

**ผลการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ ระดับกระทรวง
เขตสุขภาพที่ 1 รอบที่ 2/2561
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**

วันที่ 27-29 มิถุนายน 2561 จังหวัดแพร่



จังหวัดแพร่

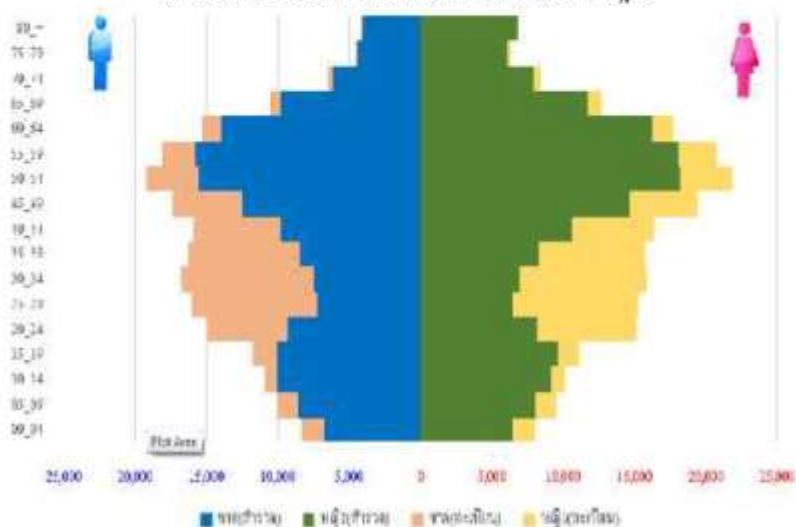
- * ระดับ S จำนวน 1 แห่ง
- * ระดับ F จำนวน 7 แห่ง

ระบบบริการสุขภาพจังหวัดแพร่



โครงสร้างประชากร

ปิรามิดประชากรแสดงความแตกต่างระหว่างประชากรจากการ
สำเร็จกับประชากรตามทะเบียนราษฎร์



อายุคาดเฉลี่ย	ประเทศ	จ.แพร่
ชาย	69.6 ปี	70.20 ปี
หญิง	76.3 ปี	78.18 ปี
รวม	72.9 ปี	74.13 ปี
อัตราเกิด	อัตราราย	อัตราเพิ่ม
5.36	9.46	-0.41

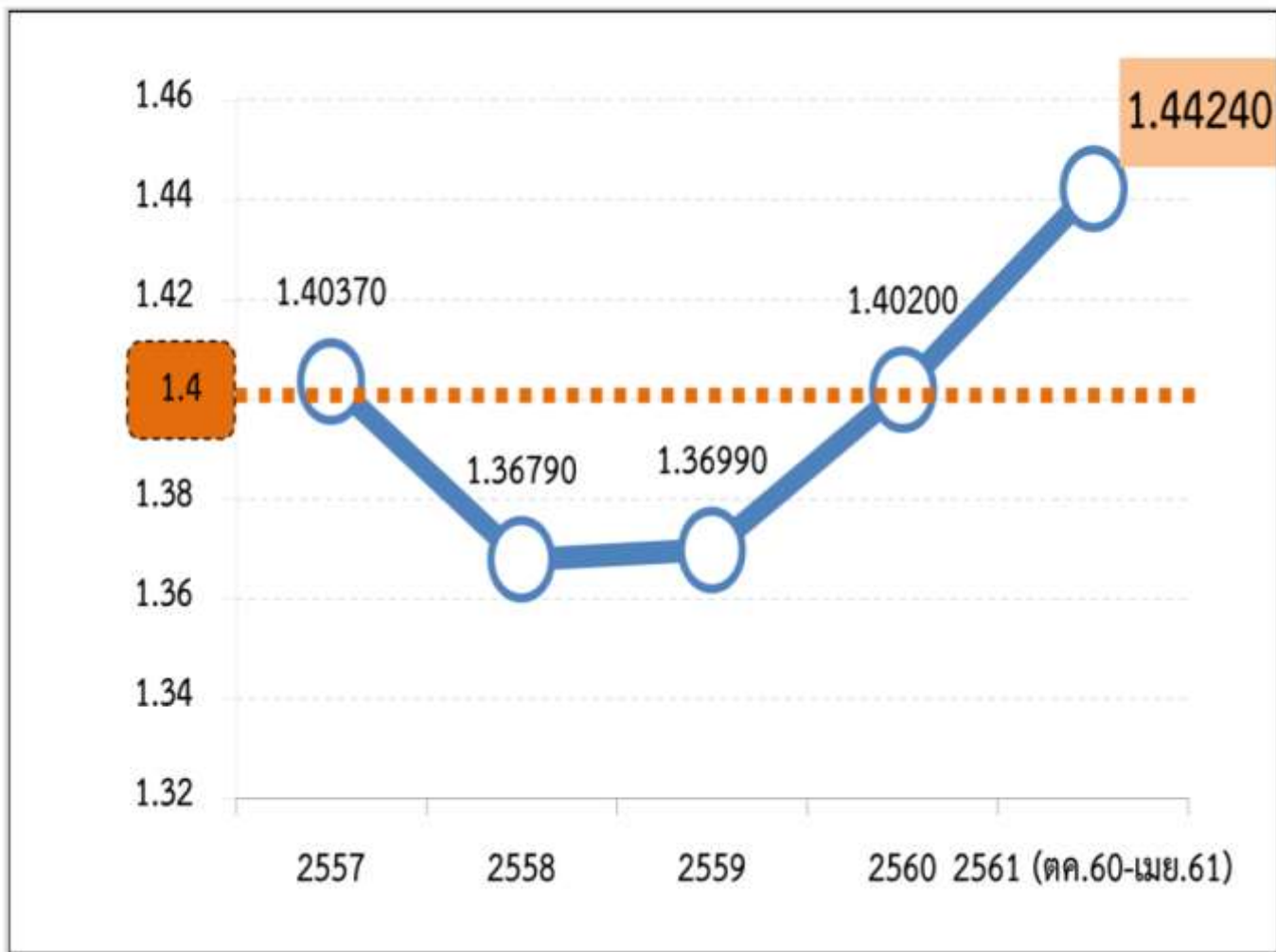
ประชากร	ทะเบียนราษฎร์ ปี 2560
ชาย	216,655 คน
หญิง	230,909 คน
รวม	447,564 คน

สัดส่วนประชากรแยกตามกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	ชาย	หญิง	รวม
• 0-4 ปี	1.88%	1.80%	3.67%
• 5-14 ปี	4.70%	4.41%	9.11%
• 15-34 ปี	13.10%	12.66%	25.76%
• 35-59 ปี	19.45%	21.08%	40.53%
• 60-74 ปี	7.28%	8.73%	16.00%
• 75-89 ปี	1.87%	2.81%	4.68%
• 90 ปีขึ้นไป	0.09%	0.15%	0.24%
รวมทั้งหมด	48.37%	51.63%	100%

ที่มา: ทะเบียนราษฎร์ ปี 2560

Case Mix Index



ข้อชื่นชมภาพรวม Service Plan

- ส่วนใหญ่มีความก้าวหน้า และมีที่สามารถพัฒนาเป็น model ต้นแบบได้หลายสาขา
- NCD
 - สามารถเชื่อมโยงตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ไปสู่ทุติยภูมิ และตติยภูมิ
 - คัดกรองผู้ป่วยใหม่, รณรงค์ให้ความรู้ warning sign ต่างๆ
- Intermediate Care
 - ขยายเป้าหมายไม่แค่ลดแออัดในรพ.ศูนย์ เพิ่ม CMI ให้ node
 - มีการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ, มองภาพรวมของจังหวัด
 - รพ.ศูนย์สนับสนุนทั้งองค์ความรู้, อุปกรณ์, นิเทศ ติดตาม

ข้อขึ้นชมภาพรวม Service Plan

- CKD
 - Concept : ก ข ค ขะลอไตเสื่อม
 - Individual personal health care
- Transplantation
 - ทีมเข้มแข็งและประสบความสำเร็จในการขอรับบริจาคอวัยวะ
 - สามารถจัดเก็บและทำ corneal transplantation ได้เอง

ระดับปฐมภูมิ

สร้างความตระหนัก ลดผู้ป่วยรายใหม่

 ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในสถาน
บริการ(90%) = 58.39%

 ประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยHT
ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
(10%) = 15.48%



ระดับทุติยภูมิ

ป้องกัน รักษาภาวะแทรกซ้อน พิกการ

 1.ควบคุม HbA_{1c} <7%(40%)
= 13.28%

 2.ควบคุม HT ในผู้ป่วยHT
(>50%)= 35.76%

 3.ควบคุม HT ในผู้ป่วย
DM(>60%) = 58.98%

 1.เข้าถึงระบบ SFT Stroke ใน 4.5
ชม.(20%)=27.61%

 1.OTN in 180min = = 227 Min

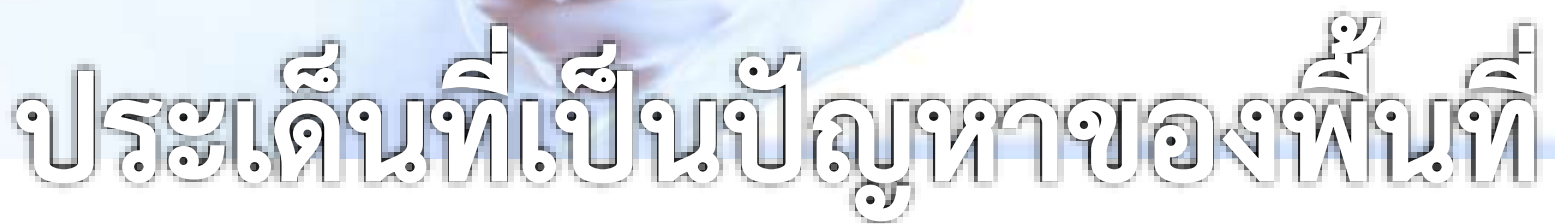
ระดับตติยภูมิ

รักษาเฉพาะประคับประคองคุณภาพชีวิต

 ความเสื่อมของไต eGFR
< 4 mL/min/1.73 m²/yr
(66%)=54.36%

 1.อัตราการตาย Stroke (≤7%) = 11.96%
2. อัตราตายIschemic Stroke (≤7%)
= 2.27%
3. อัตราตายHemorrhagic Stroke
(<25%) = 30.19%

 1.STEMI Death =8.8%
2. NSTEMI Death =11.2% (3M)



โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ลดอัตราการการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ลดอัตราการตายจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

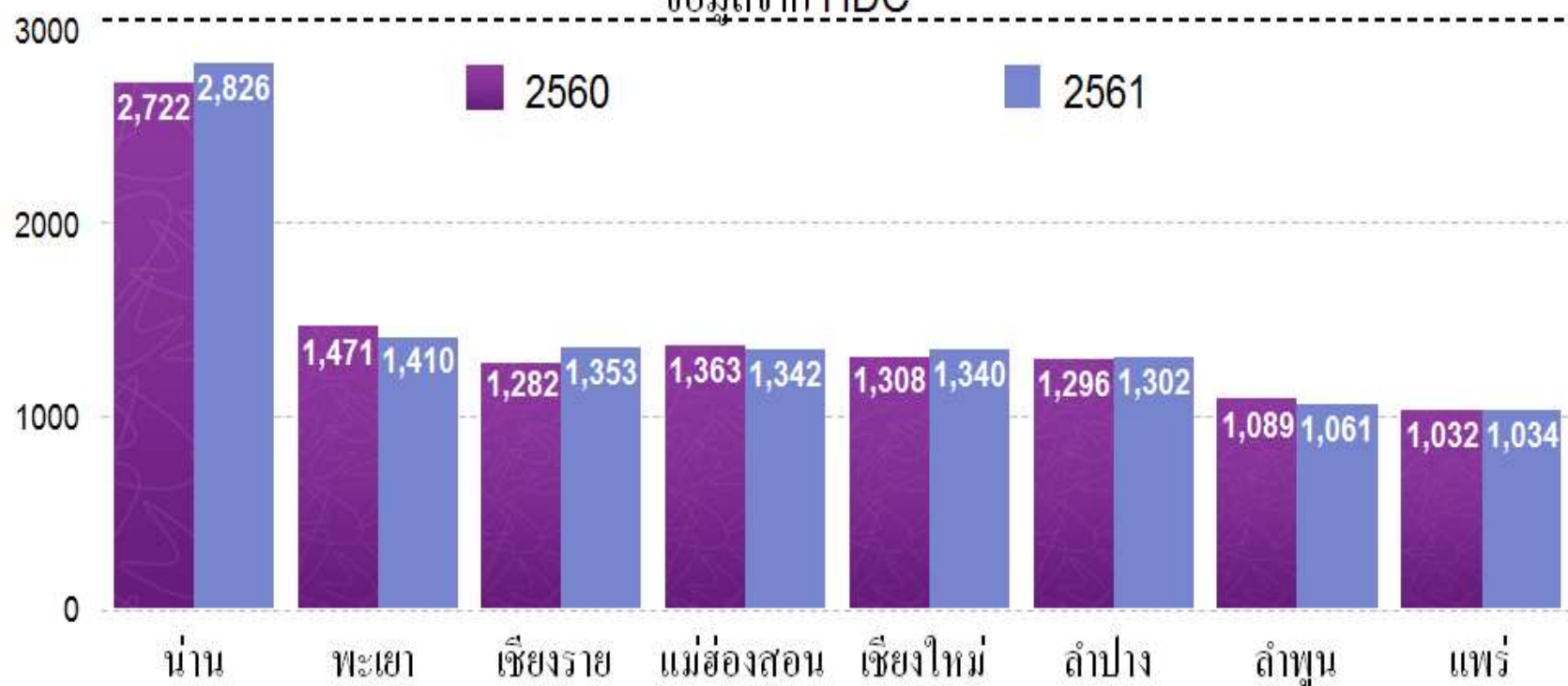
ข้อชื่นชม

- CPG ตาม GOLD guideline ปฏิบัติรวมทั้งจังหวัด
- Protocol การรับส่งต่อเพื่อมาตรวจรักษาที่ COPD clinic ของ รพ.แพร่
- การดูแลร่วมกันของทีมสหสาขา ใน COPD clinic
- การประสานการทำงานร่วมกับ COC, มี D/C plan และ HHC
- โครงการ “แบ่งปันลมหายใจ” เพื่อจัดหาเครื่องผลิตออกซิเจนให้ผู้ป่วย COPD ของอำเภอเมืองแพร่

อัตราป่วย COPD ต่อแสนประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป เขต 1

ปี 2560, 2561- 4 มิ.ย. 2561

ข้อมูลจาก HDC



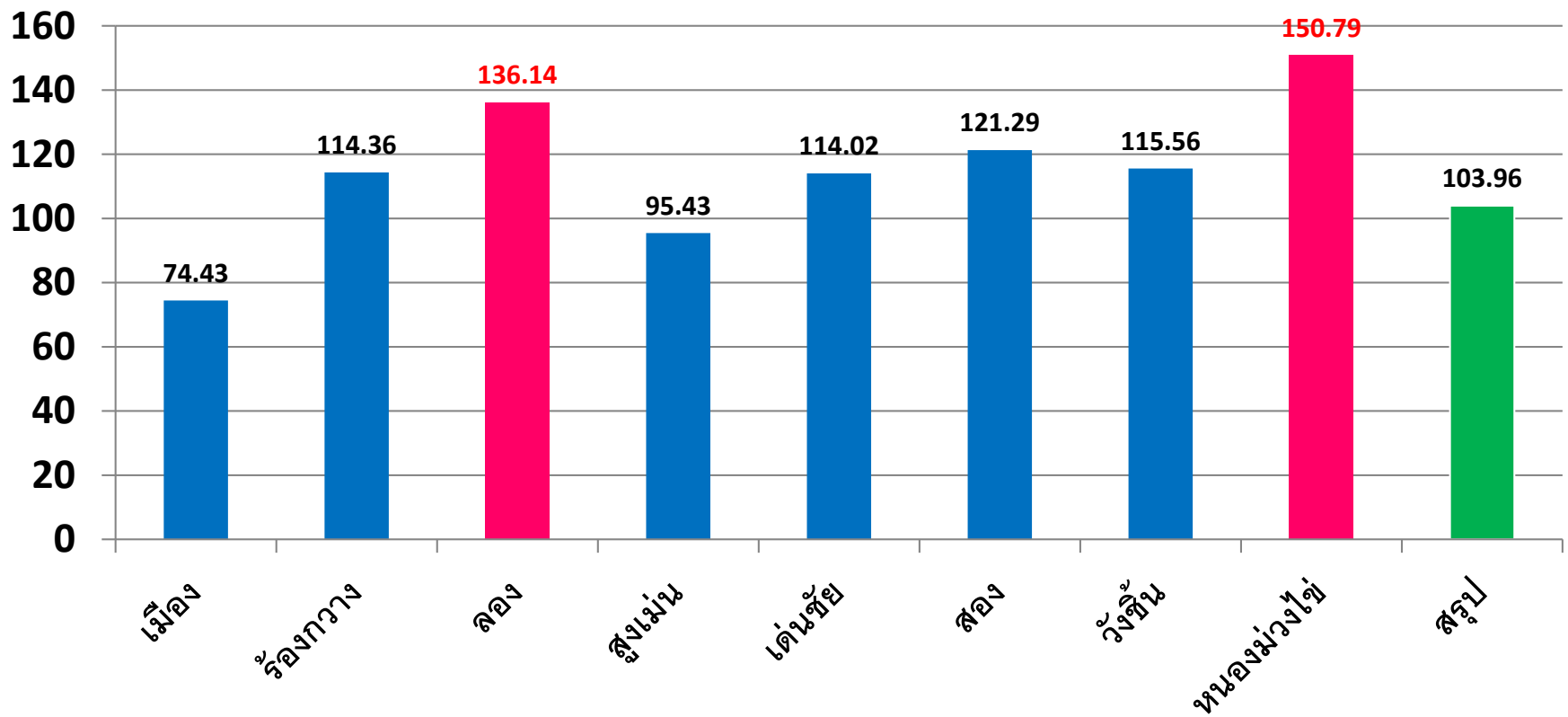
อัตรากำไรเบียบพลันต่อร้อยผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป เขต 1

ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2560- 4 มิ.ย. 2561

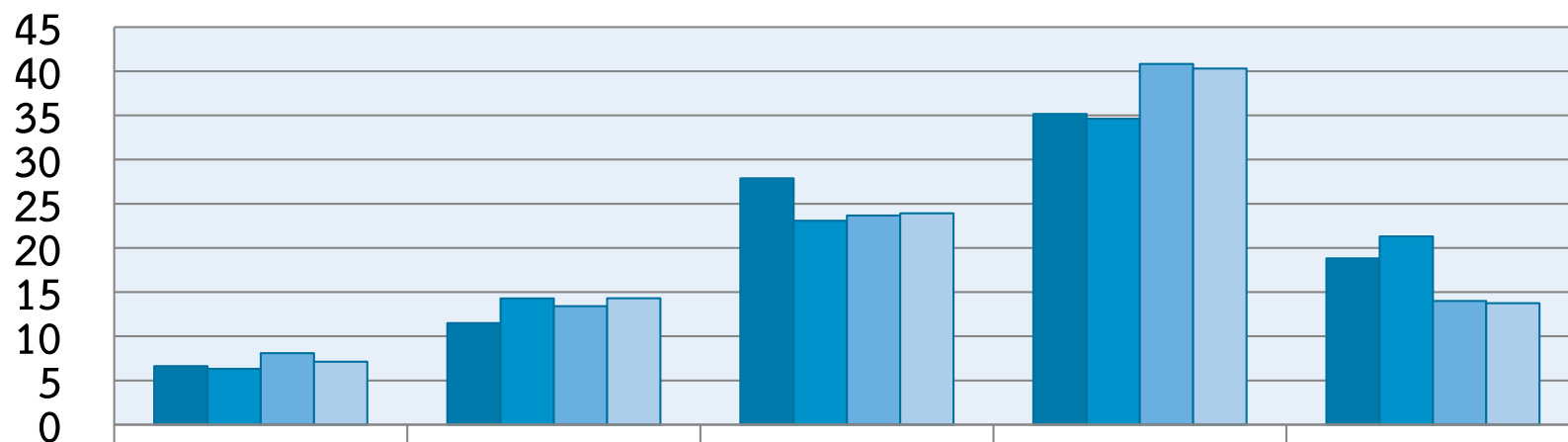
ข้อมูลจาก HDC



อัตราการเกิด AE ต่อ 100 pt. COPD ที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

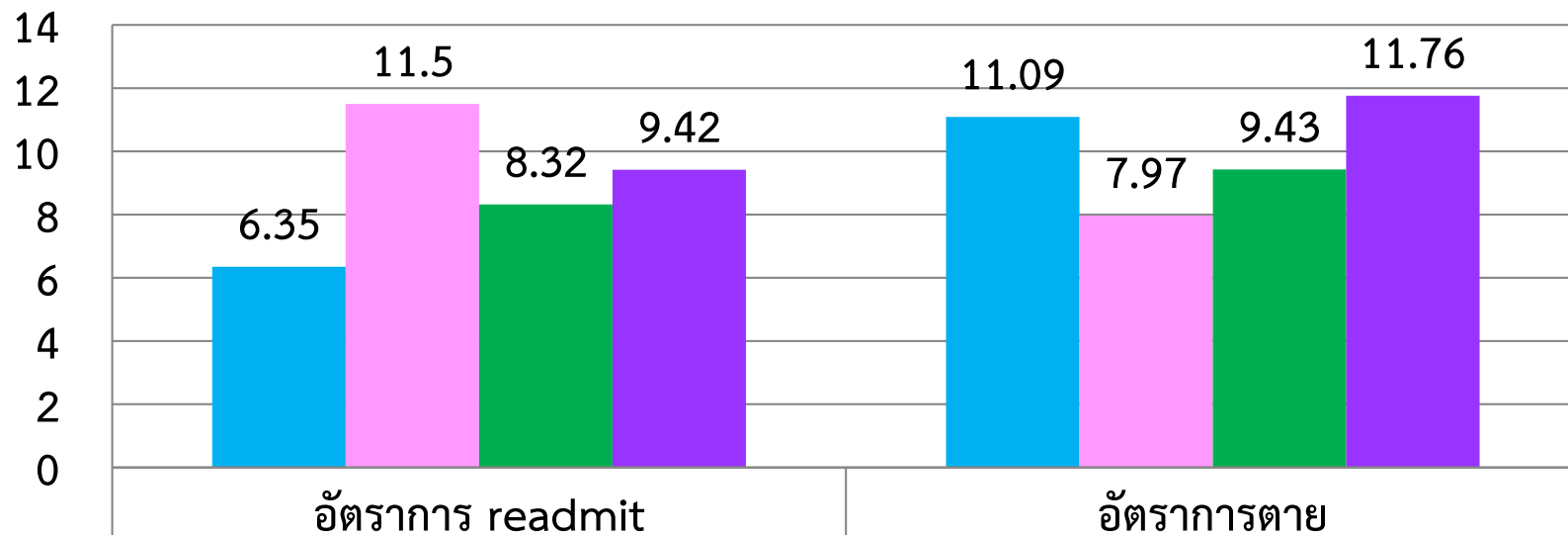


จำแนกผู้ป่วยตาม GOLD classification โรงพยาบาลแพร่



	Group A	Group B	Group C	Group D	ไม่ระบุ
2558	6.62	11.5	27.87	35.17	18.82
2559	6.32	14.29	23.08	34.62	21.30
2560	8.09	13.41	23.67	40.83	14.00
2561	7.12	14.31	23.92	40.30	13.75

โรงพยาบาลแพร์



2558	6.35	%	11.09	%
2559	11.5		7.97	
2560	8.32		9.43	
2561	9.42		11.76	

» ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (ต.ค 60-เมย.61)
1. อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	ไม่เกิน 130 ครั้ง/100 ผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปี ขึ้นไป	103.96
2. อัตราผู้ป่วย COPD ต่อแสนประชากรอายุ > 40 ปี ขึ้นไป		1,034
3. ร้อยละการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐานในรพ.ตั้งแต่ระดับ F2	60	100
4. ร้อยละการได้รับยา ICS/LBA หรือ LAMA ในผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการกำเริบเฉียบพลัน	> 50	pending

» ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (ต.ค 60-เมย.61)
5. ร้อยละผู้ป่วย COPD ได้รับ influenza vaccine	50	pending
6. ร้อยละการสถานบริการมีเครื่อง spirometer	100	100 (10/8)
7. ร้อยละสถานบริการที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรม spirometry กับสมาคมอุรเวชช์	> 60	100 (10/8)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. ความคลาดเคลื่อนของข้อมูล	1. Verify ข้อมูล, ปรับปรุงฐานข้อมูลเพิ่ม CHRONIC ก่อนส่งเข้า HDC 2. ปรับเกณฑ์การวินิจฉัยโดยใช้ Spirometer/ นิยาม exacerbation
2. คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและ ได้มาตรฐานในรพ.ตั้งแต่ระดับ F2 ยังไม่ ครบถ้วน	1. CPG / pulmonary rehabilitation 2. “คลินิกชะลอปอดเสื่อม”
3. ยา ICS/LBA หรือ LAMA	1. จัดหาให้มีในทุกโรงพยาบาล 2. ให้ผู้ป่วย COPD ทุกคนได้รับยารักษา อย่างต่อเนื่อง

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
3. วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ยังไม่ ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง	1. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดหา วัคซีนให้เพียงพอ 2. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย/แผนการให้วัคซีน
4. การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์	1. อบรมการลงรหัสโรคให้ถูกต้องและ ครบถ้วน



2.2 One Day Surgery (ODS)



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ลดความแออัดผู้ป่วยใน
- ลดระยะเวลารอคอยผ่าตัด
- ลดค่าใช้จ่าย โรงพยาบาล/ผู้ป่วย
- ผู้ป่วยปลอดภัย

ข้อชี้แจงจาก Project Manager

- ปรับได้ตามความเหมาะสมและบริบทของจังหวัด/โรงพยาบาล
- 15% คือ ได้ทำ ÷ ยอมทำ (รวมทุก procedures)
- Drop off เป็น status ขาออก
- One day = 24 hrs overnight ได้ (ใน phase แรก)
- Register กับ สปสช.ให้เลือกทุก procedures เนื่องจากเปลี่ยนแปลง
ภายหลังยาก
- ปี 2562 จะเพิ่ม procedures (33)
- ยัง Clear เรื่องเบิกจ่ายกับสปสช.ไม่จบ
- อยู่ระหว่างพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลแบบ Web base

» ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	15	pending	4/4

เป็นโรงพยาบาลต้นแบบ และเป็นผู้ประเมินระบบบริการผ่าตัด ODS โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 และเขตสุขภาพที่ 2

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
Key Success Factors	Surgeon/Endoscopist performance
Risk of Unsuccessful Factors	Patient selection

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. Surgeon/Endoscopist performance	1. ส่งฝึกอบรม, เพิ่มศักยภาพ, วางแผนเพิ่ม อัตรากำลัง, ใช้ทรัพยากรร่วมกัน 2. ขยาย procedures ให้หลากหลายมากขึ้น
2. การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าโครงการ	1. เน้นความปลอดภัย • Patient factors • Environmental factors



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

2.5 โรคหลอดเลือดสมอง



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- กระตุ้นในจัดตั้ง Stroke Unit
- ปรับเพิ่มจำนวนเตียง Stroke Unit ให้เหมาะสม
- ดูแลผู้ป่วย Hemorrhage ใน Stroke Unit
- Intermediate care

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง

1. เพิ่มบุคลากรสำหรับ Stroke Unit, Stroke Fast track
2. การประชาสัมพันธ์กับสื่ออย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง โดยเฉพาะ Stroke Awareness, Stroke Alert และการใช้สายด่วน 1669 อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ
3. ทำความเข้าใจกับพื้นที่ในการรายงานอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง
4. กระตุ้นรพ.ระดับ A, S ในแต่ละเขต ให้จัดตั้ง Stroke Unit ให้ครบถ้วน
5. การบูรณาการ service plan ที่มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกัน ให้วางแผนงานและกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดไปในทิศทางเดียวกัน
6. พัฒนาศักยภาพ Stroke Unit วิเคราะห์และพัฒนาระบบ Prevention ให้เข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยง
7. ทำ MOU กับ รพช. ให้จัดตั้งระบบ Subacute Care ใน รพช.หลัง Refer กลับจากรพศ. เมื่อรักษาเสร็จสิ้นแล้ว
8. เพิ่มจำนวนเตียง Stroke unit ให้เพียงพอ
9. Hemorrhage ให้รักษาใน Stroke unit

นวัตกรรม/Best Practice

- โปรแกรม stroke man เพื่อการส่งต่อข้อมูลและเป็นแนวทางการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์สู่โรงพยาบาลเครือข่าย จ.เชียงราย
- มีแบบฟอร์ม Index Stroke Fast Track จ.กำแพงเพชร
- Inform consent rt-PA และมีระบบ e-risk จ.สกลนคร

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (2560)	อัตรา/ร้อยละ (ไตรมาส2)
1. ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (รวม)	≤7	12.5	11.96
2. ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke	≤5	4.83	3.0
3. ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วย Acute Hemorrhagic Stroke	≤25	34.25	30.19
4. ร้อยละของการจัดตั้ง Stroke Unit รพ.ระดับ S	80	0	0
5. ร้อยละการเข้าถึง Stroke Fast Track < 4.5 hr	≥20	18.57	27.61
6. ร้อยละผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับยา rTPA	> 30	7.25	8.64
7. ร้อยละผู้ป่วย Ischemic stroke ที่ได้รับยา rTPA < 60 min.	> 80	53	36.84 (7/19)
8. Door to Needle Time (min.)	< 60	65	76.05

Interpretation : Internal Process > External Process

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1. ยังไม่มีการจัดตั้ง Stroke Unit [@] 2. ผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ยังมีอัตราตายสูง
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1. ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2. การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
Key Success Factors	1. การจัดตั้ง Stroke Fast Track/ Unit 2. Focus point

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

Stroke Unit

A stroke unit is an organized in-hospital facility that entirely is devoted to care for patients with stroke. It is staffed by a multidisciplinary team with special knowledge in stroke care.

“Stroke patients who receive organized inpatient care in a stroke unit are more likely to be alive, independent, and living at home one year after the stroke. The benefits were most apparent in units based in a discrete ward. No systematic increase was observed in the length of inpatient stay.”

(Twenty-six trials (5,592 participants) compared stroke unit care with general wards.)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. การจัดตั้ง Stroke Fast Track/ Unit	1. จัดตั้ง Stroke unit 2. ทบทวน internal process เพื่อลดระยะเวลาการได้รับยา rTPA, surgery 3. ทบทวน external process เพื่อลดระยะเวลาการเข้าถึง Fast Track
2. Focus Point (subgroup analysis)	1. Hemorrhagic Stroke - New / Known case 2. Ischemic Stroke - Known / Unknown risk
3. การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วน สมบูรณ์	หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลที่วิเคราะห์ แล้ว feed back กลับ



2.6 โรคหลอดเลือดหัวใจ



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

ข้อชื่นชม

- Cardiologist วางแผน/ระบบถึงรพ.สต.
- มีระบบให้คำปรึกษา 24/7
- มีการวางแผนเชิงป้องกันร่วมกับ cluster NCD : ACS, Stroke, CKD >> warning card



» ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (ไตรมาส1)	อัตรา/ร้อยละ (ไตรมาส1+2)
1. ร้อยละของรพ.ตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการ รักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วย STEMI	100	100	100
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับยาจริง ในกรณีที่ผู้ป่วยมาถึง โรงพยาบาลภายใน 12 ชั่วโมง	> 50	90	84.21
3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) (รายงานเมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)	27:100,000	36.8:100,000 (2560)	18 (81) (ตค.60-มีค.61)
4. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและ/หรือ ยาละลายลิ่มเลือด	≥ 80	90	92
- Door to needle time	< 30 min	18	23.13 (64.76%)
- Door to balloon time	< 30 min	-	-
- Onset to needle time	< 180 min	186	201 (53.3%) (ข้าเขตเมือง)
5. ระยะเวลารอคอยการทำบอลลูนหรือผ่าตัด bypass	<3 mth	1-3 mth	CABG 30-40 วัน PCI 22-45 วัน (รพศ.ลำปาง)

6. ร้อยละของผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในรพ.หลังได้รับการรักษา

7. ร้อยละของผู้ป่วย NSTEMI เสียชีวิตในรพ.*

8. ร้อยละของการลงข้อมูล Thai ACS registry

KPI / Year

NSTEMI

จำนวนผู้ป่วย NSTEMI

NSTEMI ที่มีข้อบ่งชี้ PCI

PCI

อัตราตาย

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1. ระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็วและเหมาะสม ทั้งการให้ยาละลายลิ่มเลือด, PCI และการผ่าตัด
2. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicine)	1. ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น, ชุมชนมีอุปกรณ์ AED ที่เพียงพอ
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1. การลงข้อมูล HDC, Thai ACS Registry ยังไม่สมบูรณ์

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
Key Success Factors	1. การได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือดอย่างรวดเร็ว 2. ประชาชนทั่วไปมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น, มีอุปกรณ์ AED ที่เพียงพอ[@]
Risk of Unsuccessful Factors	1. การสำรองยาละลายลิ่มเลือด

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

CPR with AED

Basic Life Support has changed significantly over the last 15 years. Evidence-based changes in recommendations involved compression rate, compression depth and the ratio between compressions and ventilations. There is much evidence that early basic life support increases the probability of survival two- to three-fold. Recognition of a cardiac arrest remains challenging for witness and dispatcher. Educating the public in basic life support and recognition of cardiac arrest are key factors in improving survival of cardiac arrest. The large differences in survival between countries and regions clearly indicate that education and implementation must be high on the agenda in each community. Dispatchers play an increasingly important role in the process, both in rapid recognition of the cardiac arrest as well as giving telephone guidance to those bystanders that had not followed a training in basic life support. Those instructions should only instruct to deliver chest compressions. For those who have been trained in BLS and who are willing to give full CPR, should administer ventilations and chest compressions according to the guidelines •

The AED plays a key role in early management of cardiac arrest and can substantially contribute to better survival. Logistics of placement of AEDs and the optimal way to bring AEDs to a victim require much more efforts, especially for victims in residential area's, where the great majority of cases of cardiac arrest occur.

Koster RW. Modern BLS, dispatch and AED concepts. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2013 Sep;27(3):327-34.

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. ประชาชนทั่วไปควรมีความรู้ในการช่วยฟื้นคืน ชีพเบื้องต้น, ชุมชนมีอุปกรณ์ AED ที่เพียงพอ ^๑	1. ทำโครงการ/จัดอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืน ชีพเบื้องต้น การใช้เครื่อง AED ให้กับประชาชน
2. ระบบการส่งต่อและแนวทางการรับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่รวดเร็ว และเหมาะสม	1. Delay ONT (เข้าในเขตเมือง) • สร้างเครือข่ายเขตเมือง 2. อัตราตาย NSTEMI สูง • NSTEMI Protocol 3. ปรับปรุงระบบการให้คำปรึกษาโดยใช้ technology เช่น Ambulatory Operating System
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ	ทบทวนแหล่งข้อมูลกรณี I259 ส่งผลต่ออัตรา ตาย/แสนประชากร สูงกว่าเกณฑ์



2.7 การเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชม.

➡ เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร เพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด (Emergency Department Crowding)
- การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goals
- การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

» ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (ไตรมาส 1)	อัตรา/ร้อยละ (ตค.60-มีค.61)
1. ร้อยละการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วย ESI 1-2 ภายใน 24 ชั่วโมง โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	< 12	2.98*	4.24*
2.ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วย Severe Traumatic Brain Injury (ไตรมาส)	< 40	28 ราย	7.07 (35/495)
3. ร้อยละการเสียชีวิต (ภายใน 30 วัน) ของผู้ป่วย ในที่มี Ps>0.75 (ไตรมาส)	< 1	0	0.2
4. ร้อยละรพ.F2 ขึ้นไปผ่าน ECS คุณภาพ (รายปี)	> 70	100	100
5. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (ESI 1-2) อยู่ใน ห้องฉุกเฉิน (ชม.)	2-4	2-4	3
6. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไปมีการ จัดตั้ง TEA Unit ที่ได้มาตรฐาน	80	100	100
7. ร้อยละของผป.วิกฤติฉุกเฉินมาโดย EMS		19	28.81

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1. ห้องฉุกเฉินแออัด มีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ESI 3-4) และผู้ป่วยทั่วไป มาใช้บริการจำนวนมาก ทำให้คุณภาพการรักษาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (ESI 1-2) ลดลง
2. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1. ยังไม่มีการกำหนด National Data Set 2. การติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 3. การส่งแฟ้มข้อมูล ACCIDENT ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
Key Success Factors	การจัดตั้ง TEA (Trauma and Emergency Administration) Unit

Violence prevention

- ER Security
- Ambulance Security

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. การผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ	1. สร้างความเข้มแข็ง TEA (Trauma and Emergency Administration) Unit 3. วิเคราะห์จุดอ่อนของการประเมิน ECS คุณภาพ ขับเคลื่อนกระบวนการผ่าน TEA Unit
2. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	1. <u>กระจาย</u> อัตรากำลังให้เหมาะสม 2. อบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่ 3. ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถ share ทรัพยากร ร่วมกัน หรือลดภาระของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
3. ความแออัดของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน [@]	1. มีการกำหนดนโยบายการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน 2. มีการบริหารจัดการผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ESI 4-5) และผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการนอกเวลาราชการ 3. มีมาตรการลดระยะเวลาที่ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตอยู่ในห้องฉุกเฉินให้ไม่เกิน 2-4 ชั่วโมง
4. ระบบการจัดการผู้ป่วย Severe TBI ที่เหมาะสม	พัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บทางสมอง เช่น Fast tract, ICU, Personnel, ระบบส่งต่อ
5. ระบบข้อมูลซ้ำซ้อน ไม่บูรณาการ เช่น ACCIDENT, ITEMS, HIS, IS, PHER, HDC	1. National Data Set 2. หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลที่วิเคราะห์แล้ว feed back กลับ

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ER overcrowding

4 Strategies to reduce ER overcrowding

by Paige Minemyer | Aug 29, 2017

(<https://www.fiercehealthcare.com/healthcare/4-strategies-to-reduce-er-overcrowding>)

1. **Executive buy-in:** Leaders identified overcrowding as a key problem for them to solve.
2. **Responses coordinated across the hospital:** required coordination between departments.
3. **Use of data:** provide feedback to key staff members.
4. **Accountability:** addressed issues immediately and held staff members accountable.



2.8 การให้บริการแพทย์แผนไทย



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับจัดบริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐาน

ข้อชื่นชม

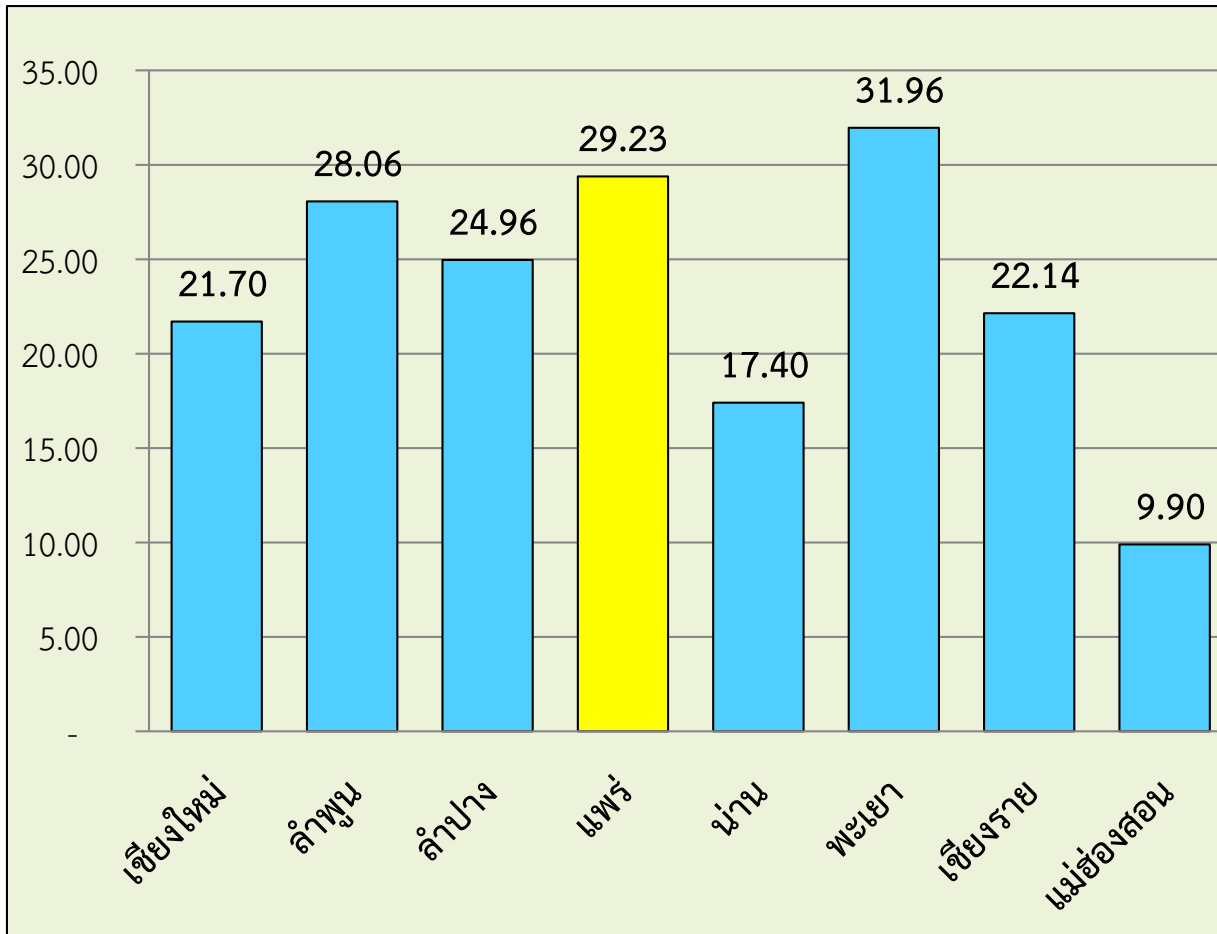
- มีการปฐมนิเทศแพทย์จบใหม่ทุกครั้งเกี่ยวกับการสั่งจ่ายยาสมุนไพร
- มีการจ่ายยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบัน 4 รายการคือ
 - มะขามแขก
 - พญายอ กลีเซอริน
 - ปาล์มไพล
 - เพชรสังฆาต
- สอ.แม่จัวจะเป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ 1 เข้าประกวดพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ระดับประเทศ

» ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (ไตรมาส 2)
1. จำนวนเมืองสมุนไพร 1 จังหวัด/เขตสุขภาพ	โรงพยาบาลที่ผลิตยาสมุนไพร จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.เด่นชัย และ รพ.สอง	
2. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	20	29.23

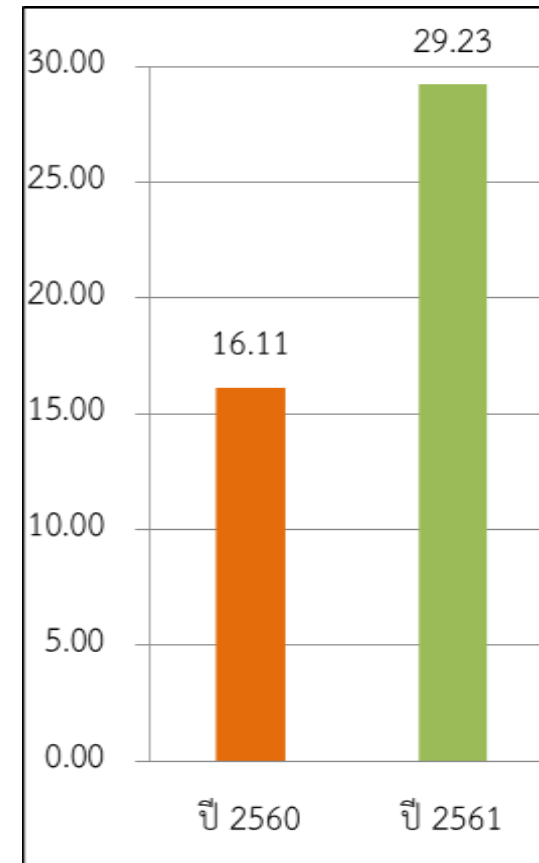
การจัดบริการแพทย์แผนไทย

เปรียบเทียบระดับเขตสุขภาพที่ 1

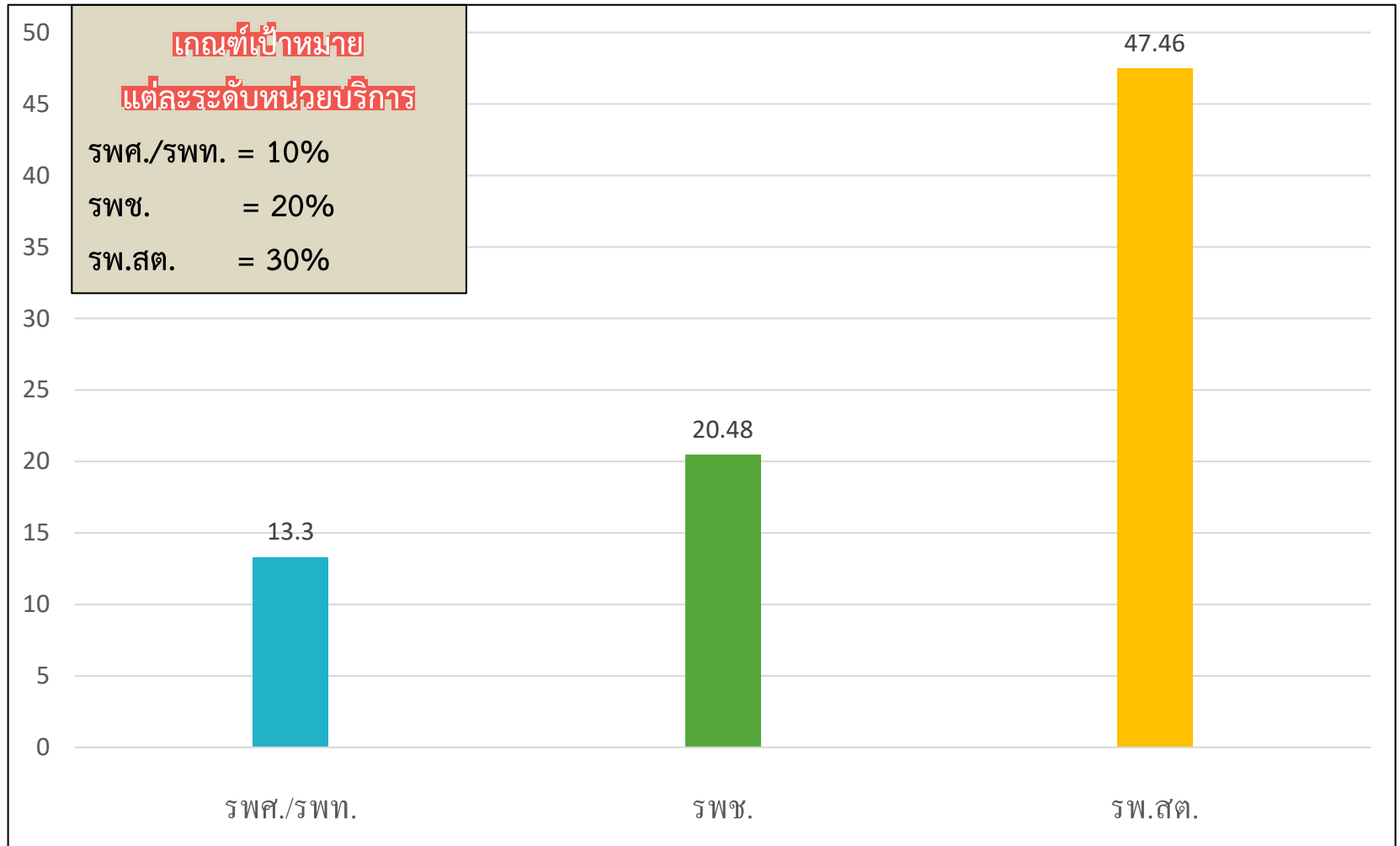


เปรียบเทียบ

ปี 2560 และ ปี 2561



ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้มาตรฐาน จังหวัดแพร่ จำแนกตามระดับสถานบริการ



ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. ผลงานวิจัยเพื่อรองรับความมั่นใจด้าน แพทย์แผนไทยและยาแผนไทยให้กับผู้สั่ง ใช้ยาหรือบริการและผู้รับบริการ ยังมีน้อย	สนับสนุนให้มีการทำวิจัยด้านการแพทย์ แผนไทยในจังหวัดเพิ่มขึ้น รวมถึงการนำ งานวิจัยมาใช้ประโยชน์และเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์



สาขาโรคไต

2.9 การชะลอภาวะไตเสื่อม



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD)
- การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- การจัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม
- การควบคุมมาตรฐานการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม
- การจัดบริการ palliative care สำหรับผู้ป่วย ESRD ที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต

ข้อชี้แจงจาก Project Manager

- บูรณาการให้เชื่อมโยงกับ NCD, PCC
- บูรณาการร่วมกับ RDU เพื่อลดการใช้ NSAIDS
- Vascular access center ของแต่ละเขต, ปรับค่าชดเชยจากกองทุนสร้างและซ่อมให้เหมาะสม (สปสช.)
- แก้ปัญหาค่าชดเชย acute hemodialysis ผู้ป่วย acute renal failure (ถูกรวมใน DRG)
- แก้ปัญหา carrier path ของ PD nurse (ต้อง bundle กับ HD nurse)

ข้อชื่นชม

- เครือข่าย CKD clinic เข้มแข็ง
- ขยาย/พัฒนา CAPD Training Center (รพ.ชุมชน)
- Concept : ก ข ค ขะลอไตเสื่อม
- CKD guideline จังหวัดแพร่
- มีการวางแผนเชิงป้องกันร่วมกับ cluster NCD : ACS, Stroke, CKD >> warning card



แผนการพัฒนาเด่น

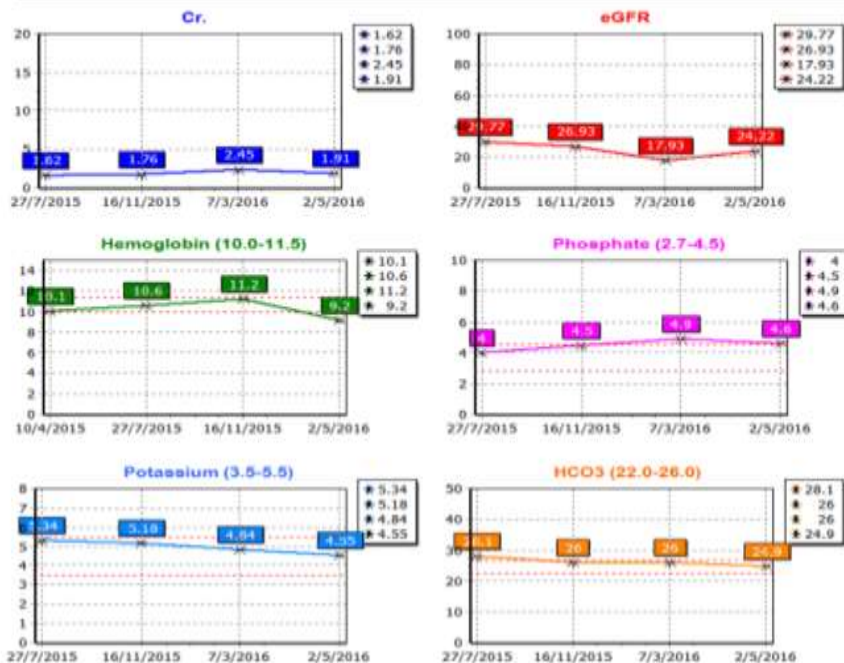
- ตั้งโรงเรียน ‘โกศัยไตแข็งแรง’ ส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนเพื่อป้องกันโรคไต (Education class)
- กระจาย concept ก ข ค ชะลอไตเสื่อม และการดูแลแบบ multidisciplinary team ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งจังหวัด

Individual Personal Health Care

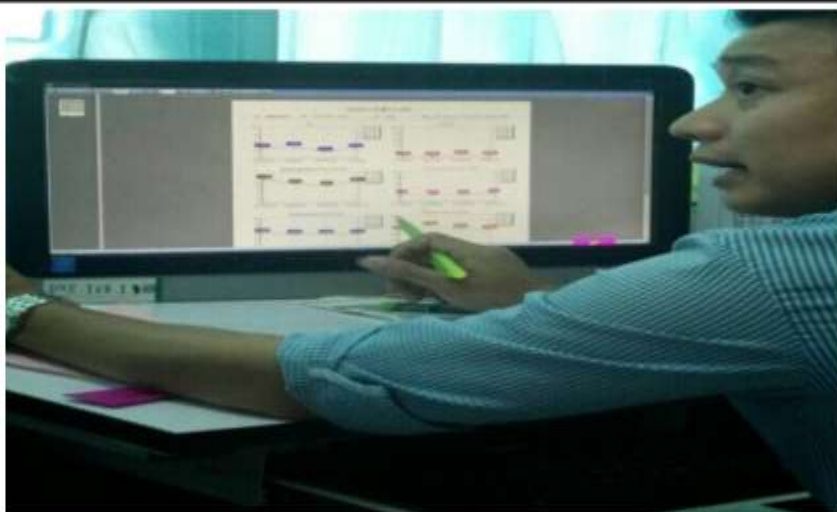
- ก - กราฟ: โดยทีมแพทย์ และพยาบาลโรคไต
 - กิน (อาหาร และการใช้ยา) : โดยทีมโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร และทีมเภสัชกร
 - กำลังกาย: การออกกำลังกาย โดยทีมกายภาพบำบัด
- ข 'ไขขาวกินเสริม กินเพิ่มเนื้อปลา'
- ค - คัดกรอง: ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง
 - ควบคุม: เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมัน เก้าอี้ ยาแก้ปวด
สมุนไพร
 - เค็ม: รณรงค์ลดเค็ม

สรุปผล Lab ผู้ป่วย CKD

HN 000489327 ชื่อ นรณอน วรรณนทร เพศ หญิง ปี 29/71 หมู่ 02 ต.ทุ่งไผ่ อ.เมืองนคร จ.ฉะ

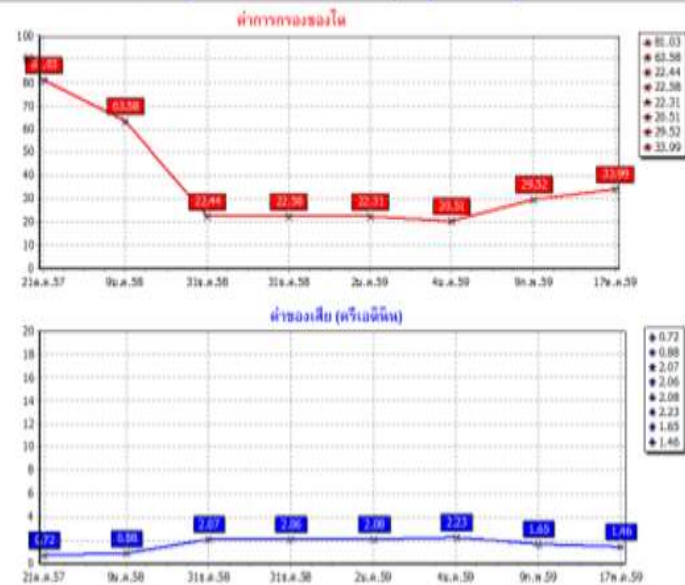


กราฟแสดงค่าผล LAB ย้อนหลัง 1 ปี สำหรับแพทย์ห้องตรวจ



กราฟแสดงค่าการทำงานของไต

HN 000207301 ชื่อ นามธนา ปราชญ์ เพศ หญิง ปี 73 หมู่ 03 ต.คลองขาม อ.สุพรรณบุรี



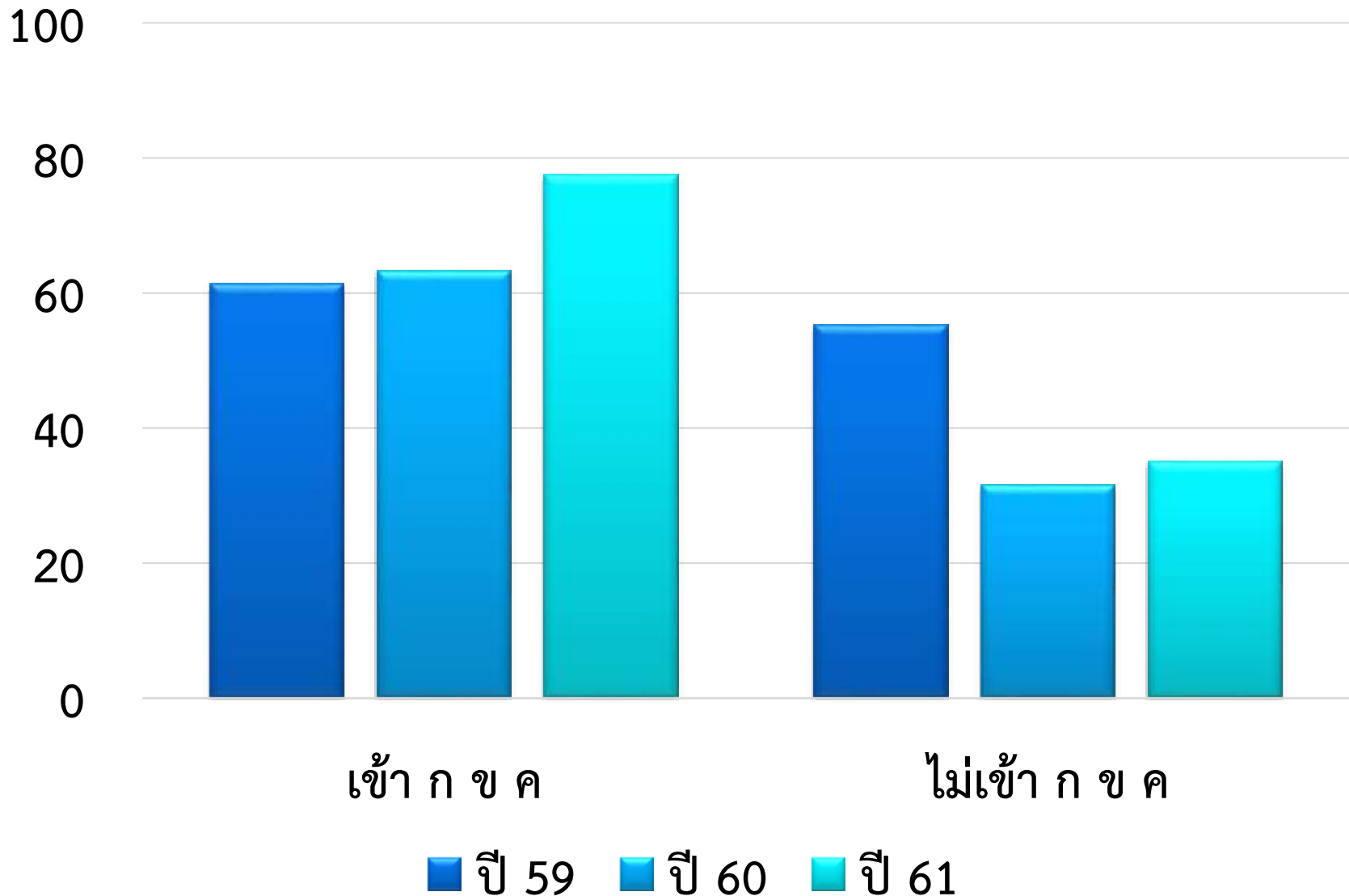
ดูตามจุดนัดหมาย และตามนัด

5/11/57 17/10/59 18/10/59

กราฟแสดงค่าการทำงานของไต ย้อนหลัง 2 ปี สำหรับผู้ป่วย



% ของผู้ป่วยที่ eGFR ลดลง $< 4 \text{ mL/min/1.73 m}^2/\text{ปี}$
เทียบระหว่างกลุ่มเข้าร่วมกับไม่ได้เข้า ก ข ค ชะลอไตเสื่อม



» ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2
1. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m ² /yr (ข้อมูลรายปี)	≥ 66	63	57.39
2. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ 80	pending	57.97 (No. 1)
3. ร้อยละของรพ.ระดับ F3 ที่มีคลินิกชะลอไตเสื่อม (ไตรมาสที่ 3)	100	100	100
Interpretation : ? clinic effectiveness			

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1. ระบบบริการ (Service Delivery)	1. การชะลอไตเสื่อมยังทำได้ต่ำกว่าเป้าหมาย 2. คลินิกชะลอไตเสื่อมรพ.ระดับ F ยังไม่ได้ผ่านการประเมิน
2. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	1. การขาดนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ และ นักกายภาพบำบัด ใน รพช. 2. จำนวนพยาบาล PD : ผู้ป่วย น้อยกว่ามาตรฐาน 1:50 (3:300) 3. ขาดแคลนศัลยแพทย์ทำ vascular access
3. ระบบข้อมูลสารสนเทศ (Health Information System)	1. ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน 2. การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์
Key Success Factors	จำนวนคลินิกชะลอไตเสื่อมที่ครอบคลุมและผ่านการประเมินมาตรฐาน

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน
ไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ

1. การขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม
มาตรฐานให้ครอบคลุมถึงรพ.ระดับ F3

1. ขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมให้
ครอบคลุมถึงรพ.ระดับ F และให้ผ่านการ
รับรองมาตรฐาน
2. ขยายแนวคิด “ก ข ค ชะลอไตเสื่อม” ลง
ไปถึงรพช.

2. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

1. วางแผนอัตรากำลังให้เหมาะสม
2. อบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่
3. ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถ share
ทรัพยากรร่วมกัน หรือลดภาระของบุคลากร
ที่เกี่ยวข้อง (Application for Patients)

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
3. การให้ความรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ของผู้ป่วย	โรงเรียน ‘โกศัยไตแข็งแรง’ ส่งเสริมความรู้ แก่ประชาชนเพื่อป้องกันโรคไต (Education class) (เริ่มดำเนินการแล้ว)
4. รอคิวทำ vascular access for HD นาน เนื่องจากขาดแคลนคัลลยแพทย์หลอดเลือด	โครงการจัดตั้ง vascular access ประจำ เขต อบรมระยะสั้น AVF/AVG/Perm cath
5. ขาดการติดตามและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อวางแผนการดำเนินงาน	1. หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลที่วิเคราะห์ แล้ว feed back กลับ



สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

2.10 การบริจาคอวัยวะ



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- เพิ่มจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ
- ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา รายที่ 9 วันที่ 15 กพ 2561
- เปิดศูนย์บริจาคอวัยวะและดวงตา วันที่ 11 พ.ค. 2561
- มีทีมหมุนเวียน ออกให้ความรู้ และปรับความเข้าใจเรื่องการบริจาคในหน่วยงานต่างๆ และตามงานในสังคม

ข้อชื่นชม

- เป็นผู้นำในเขตสุขภาพในเรื่องการรับบริจาคอวัยวะ
- มีระบบที่เข้มแข็ง ต่อยอดมาจากการรับบริจาคกระจกตาเดิม
- บุคลากรมีประสบการณ์และความสำเร็จในการรับบริจาคอวัยวะ
- มีการทำ corneal transplantation ได้เอง



» ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ (ต.ค 60-มิย.61)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (ไตรมาส)		
1. Organ Donation จากภาวะสมองตาย	0.7:100 (6/ปี)	4
2. Cornea Donation จากตายทุกสาเหตุ	1.2:100 (6/ปี)	4
จำนวนการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ราย/ปี)	2	1

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
1. กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce)	1. การ declare brain death 2. พยาบาล transplant coordinator ยังไม่เพียงพอ
2. สื่อองค์ความรู้/เทคโนโลยีทางการแพทย์ (Assess to Essential Medicine)	1. ศักยภาพ harvesting team ในเขตสุขภาพ 2. ศักยภาพ Transplantation Center ในเขตสุขภาพ 3. ทักษะความเข้าใจของประชาชน

ประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยง (6BB)

ด้านที่วิเคราะห์	ความเสี่ยงที่ค้นพบ
Key Success Factors	1. การได้ potential donor 2. การ declare brain death
Risk of Unsuccessful Factors	ทัศนคติความเข้าใจของประชาชน

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. ความเข้าใจกรอบของโครงการใน ภาพรวมของโรงพยาบาล/จังหวัด	1. ประสาน, ค้นหาผู้ป่วย potential donor ภายในโรงพยาบาล/จังหวัด
2. ขาดแคลนบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	1.อบรมเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีอยู่เช่นการ declare brain death, TC nurse 2. ใช้เทคโนโลยีเพื่อให้สามารถ share ทรัพยากรร่วมกัน หรือลดภาระของบุคลากร ที่เกี่ยวข้อง
3. ศักยภาพของเขตสุขภาพในเรื่อง harvesting team และ transplantation center	ประสาน วางแผนในกรรมการระดับเขต

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงาน ไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
4. ทักษะความเข้าใจของประชาชน	1. ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้ ความรู้แก่ประชาชนผ่านสื่อต่างๆ 2. พ่วงประชาสัมพันธ์ขอรับบริจาค กับการ รับบริจาคโลหิต
5. การลงข้อมูล HDC ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์	หน่วยงานส่วนกลางส่งข้อมูลที่วิเคราะห์แล้ว feed back กลับ



สาขายาเสพติด

2.11 การบำบัดผู้ติดยาเสพติด

➡ เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ลดจำนวนผู้ติดยาเสพติด
- ลดจำนวนผู้ติดยาเสพติดแล้วกลับไปเสพซ้ำ
- ยาเสพติดหลักที่แพร่ระบาดคือ ยาบ้า (ร้อยละ 95)
- สถานการณ์ยาเสพติดมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากเป็นพื้นที่ในการลักลอบและลำเลียงผ่านไปยังภาคต่างๆ ของประเทศ

ข้อชื่นชม

- มีการพัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครการติดตามหลังการบำบัดรักษา
ในชุมชนแก่เครือข่ายอาสาสมัคร (ผู้ใหญ่บ้าน, ผช.ผู้ใหญ่บ้าน)
ครบทุกชุมชน 720 หมู่บ้าน
- มีการพัฒนารูปแบบการติดตามโดยใช้การมีส่วนร่วมของ
ครอบครัวได้ 1,500 ครอบครัว

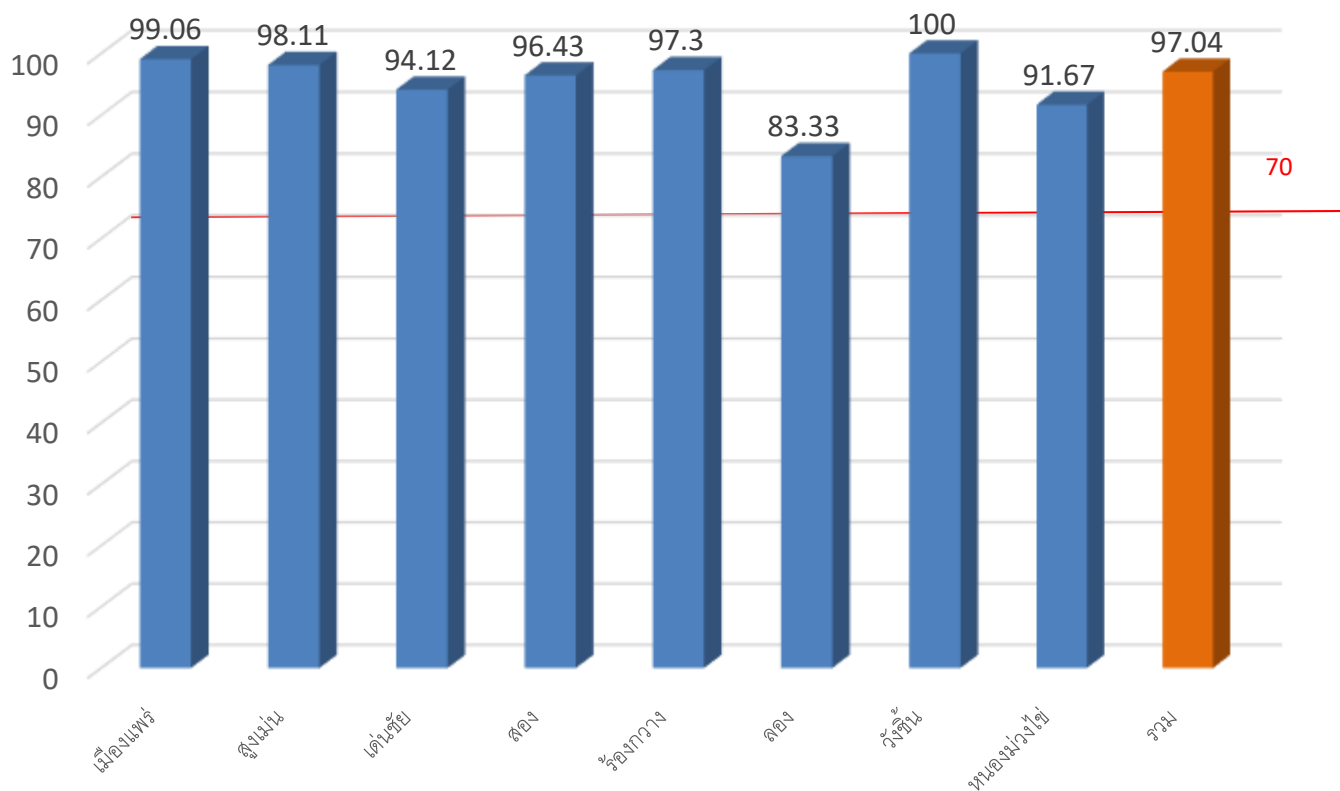


» ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพ ต่อเนื่อง 3 เดือน (1 ตค.60 - 31 ธค.60)	70	97.04
2. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพ ต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการรักษา ทุกระบบ		
Leading Indicator	ร้อยละ 90	pending
Lagging Indicator	ร้อยละ 50	pending

ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน (Remission Rate) จังหวัดน่านเทียบในเขต 1 (1 ตค. 60-31มี.ค.61)

กราฟที่สามารถรายงานได้เป็นกลุ่มผู้ป่วยยาบ้า





การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ

2.13 การส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพ

รพ.ที่ส่งต่อ	รพ.ที่รับรักษา	ปีงบประมาณ 2560 (ต.ค.59-มี.ค.61)	ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค.59-มี.ค.61)
แพรรี่	พิษณุโลก	1	0
	รามาริบดี	5	8
	ศิริราช	2	1
	สวรรคโลก	1	0
	ภูมิพล	0	1
	พรหมพิราม	0	1
	จุฬารณั สภาภาษาดไทย	0	1
	แพทยรั้งสิต	0	1
	ม.นเรศวร	1	0
	จุฬารณั	0	1
	ศรีสัชนาลัย	1	1
รวม		11	15
การส่งต่อ 4 สาขา			
โรคหัวใจ		4	4
โรคมะเร็ง		5	10
อุบัติเหตุ		2	1
รวม		11	15

ปัญหา/อุปสรรคข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ ต่อหน่วยรับตรวจ
- แพทย์เฉพาะทางและอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ขาดแคลน	- สนับสนุนแพทย์เฉพาะทางและอุปกรณ์การแพทย์
- การวิเคราะห์ข้อมูลและรายงานข้อมูลตามตัวชี้วัดใช้หลายโปรแกรม	- พัฒนาโปรแกรมให้เข้าถึงข้อมูลในการรวบรวมวิเคราะห์ และนำข้อมูลออกมาใช้ได้
- รพ.สต.ใช้โปรแกรม Thai refer น้อย ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง	- จัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อทุกโรงพยาบาลชุมชนเต็มรูปแบบ



สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU แพร่

สถานการณ์

พื้นที่ดำเนินการ 8 CUP

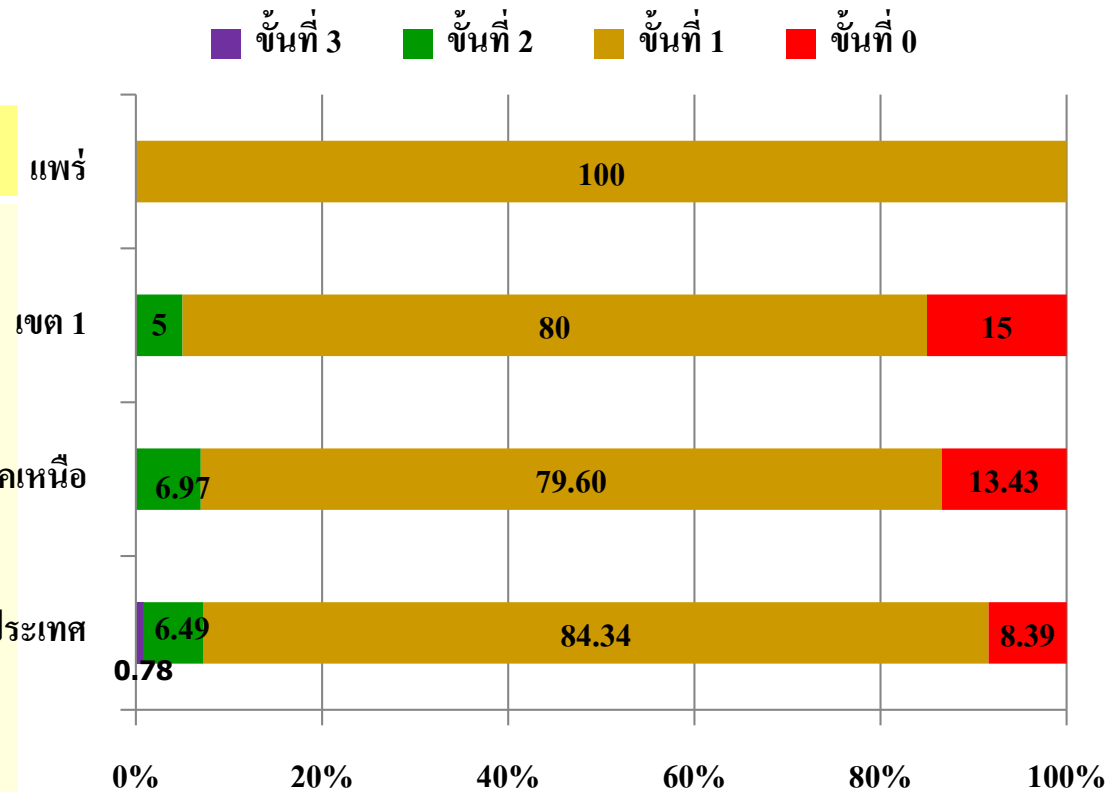
เป้าหมาย : RDU ขั้นที่ 1 : 80%

☑ RDU ขั้น1 = 8 แห่ง (100 %)

เป้าหมาย : RDU ขั้นที่ 2 : 20%
(ต้องทำให้ได้ 2 แห่ง)

☒ RDU ขั้น2 = 0 แห่ง

มีแนวโน้มผ่านเกณฑ์ 3 CUP
หนองม่วงไข่ , สูงเม่น , เด่นชัย



ปัญหา/ข้อจำกัด

การใช้ ATB 4 กลุ่มโรค
(URI, AD, FTW, APL) ใน
รพ.สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

ข้อเสนอแนะ/แนวทางการแก้ปัญหา

- 1.บูรณาการ RDU ใน Service Plan ทุกสาขา และเน้นให้มีการถ่ายทอดตาม CPG อย่างเข้มข้น จริงจัง
- 2.สร้างความตระหนักรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Awareness) ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ และประชาชน
- 3.จัดให้มี RDU Orientation ผู้สั่งใช้ยาที่จบใหม่หรือเข้ามาทำงานใหม่
- 4.คืนข้อมูลการใช้ยาแก่ผู้สั่งใช้ยาเพื่อพิจารณาทบทวนทุกเดือน
- 5.นิเทศลงพื้นที่เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา
- 6.พิจารณาทบทวนการสั่งใช้ยาใน APL โดยใช้ Standing Order ทุกโรงพยาบาล

สรุปผลการตรวจติดตาม

ตัวชี้วัด : ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)

เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

กิจกรรม AMR : รพ.แพร่	ตรวจราชการ รอบที่ 1	ตรวจราชการ รอบที่ 2
กิจกรรม 1 : การกำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR	ผ่าน	ผ่าน
กิจกรรม 2 : การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก อัตราเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด รอบที่ 1 มกราคม – ธันวาคม 2560 ร้อยละ 3.13 รอบที่ 2 มกราคม – มิถุนายน 2561 ร้อยละ 3.31	ผ่าน	ผ่าน
กิจกรรม 3 : การดูแลกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาล	ผ่าน	ผ่าน
กิจกรรม 4 : การเฝ้าระวัง และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC)	ผ่าน	ผ่าน
กิจกรรม 5 : การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาล	ผ่าน	ผ่าน

ผ่านทั้ง 5 กิจกรรม คิดเป็น ร้อยละ 100

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

กิจกรรม AMR อย่างบูรณาการ : โรงพยาบาลแพร์

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้อำเภอหน่วยรับตรวจ
มีการหมุนเวียนแพทย์เพิ่มพูนทักษะบ่อย	ควรมีการจัดปฐมนิเทศให้กับแพทย์เพิ่มพูนทักษะ ในเรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะ
มีการสั่งยาในกลุ่มที่จำกัดการใช้ของแพทย์	หากมีความจำเป็นในการใช้ยาในกลุ่มเหล่านี้ควรส่งให้ผู้บริหารพิจารณา
ขาดผู้รับผิดชอบในการบันทึกข้อมูลเป็นการเฉพาะ	ควรจัดหาเจ้าหน้าที่ธุรการที่บันทึกข้อมูลเป็นการเฉพาะ
ความเข้าใจในการจัดการข้อมูลของการรายงานจำนวนเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด โดยไม่ได้แจกแจงข้อมูลตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ	ให้คำแนะนำกับผู้รับผิดชอบในการจัดกลุ่มของเชื้อดื้อยาในห้องปฏิบัติการตามชนิดของสิ่งส่งตรวจ

สาขาสุขภาพจิต



เป้าหมาย/ประเด็นตรวจราชการ

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
- ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตสุราเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
- ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำซ้ำในรอบ 1 ปี

ข้อชื่นชม

- มีสมาคมสายใยน้ำใจแพร่ที่เข้มแข็ง ทำงานเชื่อมโยงงานสุขภาพจิตและจิตเวช ระหว่างรพท.และรพช. รวมไปถึงระดับรพ.สต.และเครือข่ายภาคประชาชน
- ในภาวะที่คนมีน้อย ต้องทำงานหลากหลาย แต่ไม่ทิ้งคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย มีระบบยาจิตเวชเครือข่าย มีจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชออกให้บริการโครงการจิตเวชสัญจรใน รพช. / รพ.สต.ที่ห่างไกล และเรือนจำ



ผลการดำเนินงาน

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.14 ต่อแสนประชากร (41 คน) เกณฑ์ 6.3
อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง ได้แก่ อ.สอง, อ.ร้องกวาง, อ.เมือง
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ 66.54 เกณฑ์ร้อยละ 55
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตสุราเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 3.91 เป้าหมาย ร้อย
ละ 1
- ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ 9.15 เป้าหมาย ร้อยละ 9
- ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี
95.85 เกณฑ์ 80

กิจกรรมที่สำคัญ

1.เพิ่มการคัดกรองโรคจิต/ซึมเศร้าเชิงรุกทั้ง
ในสถานบริการและในชุมชน

2.จัดบริการโครงการจิตเวชสัญจรใน
รพช. /รพ.สต.ที่ห่างไกลและใน
เรือนจำ

3.พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
ให้กับบุคลากรสาธารณสุข /
เครือข่ายในชุมชน

ปัญหาที่พบ

- การทำงานในภาวะที่ขาดแคลนบุคลากร (พยาบาลจิตเวช, นักจิตวิทยาคลินิก) เพื่อการรองรับงานที่หลากหลาย และมีปริมาณมากขึ้น ทั้งในระบบบริการและการทำงานเชิงรุกในชุมชน
- กรอบอัตรากำลังโครงสร้างของงานสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งความก้าวหน้าในวิชาชีพที่ไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

- กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังจากผู้บริหารระดับจังหวัด
- โครงการฟื้นฟูจิตใจ ป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานให้กับบุคลากร



Thank You