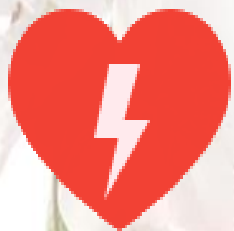




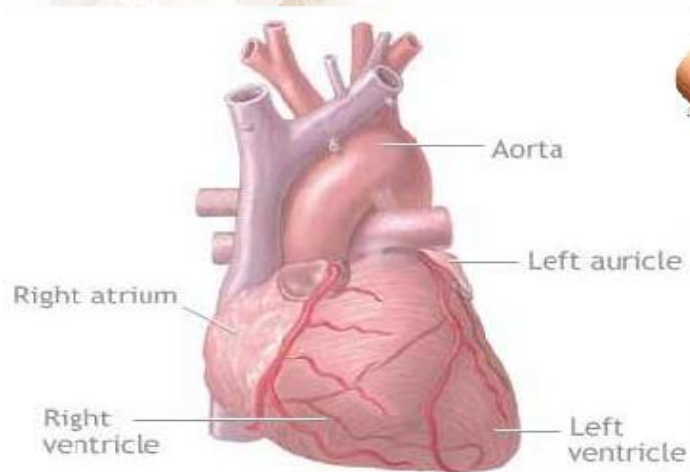
การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ประจำปี 2563
ไตรมาสที่ 1 เดือนตุลาคม 2562- ธันวาคม 2562

วันที่ 23 มกราคม 2563

ณ. ห้องประชุมม่วงมณี รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19



Fast track : STEMI





Fast track : STEMI

KPI : อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไม่เกิน 26/แสนประชากร

สถานการณ์

- ปี 2562
- อัตรา ผป. STEMI ได้รับยา SK > 80 %
(20/21 ราย = 95.23%)
 - อัตราตาย ผป. STEMI < 8 %
(0/28 ราย = 0 %)



สภาพปัญหา

1. Miss/delay diagnosis ทำให้การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า
2. ผู้ป่วยที่ให้ SK / TNK ไม่ได้ไม่สามารถส่งต่อได้ทันเวลาที่กำหนด
3. การเสียชีวิตจากกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันนอกโรงพยาบาลมีอัตราสูง (OHCA)
4. ไม่มีโรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ในจังหวัด
5. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงขาดทักษะในการดูแลตัวเองและการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างเหมาะสม
6. เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการอ่านและแปลผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ

เป้าหมาย

1. อัตราตาย STEMI $\leq 8 \%$
2. ผู้ป่วยเข้ารับบริการภายใน 4 ชั่วโมงร้อยละ 50
3. Door to needle time < 30 นาที ร้อยละ 50
4. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ยา SK/TNK ได้ตามข้อบ่งชี้ หรือมีภาวะแทรกซ้อน มี รพ. เครือข่ายเพื่อส่งต่อ กรณีฉุกเฉินได้
5. ไม่เกิดอุบัติการณ์ miss diagnosis delay diagnosis

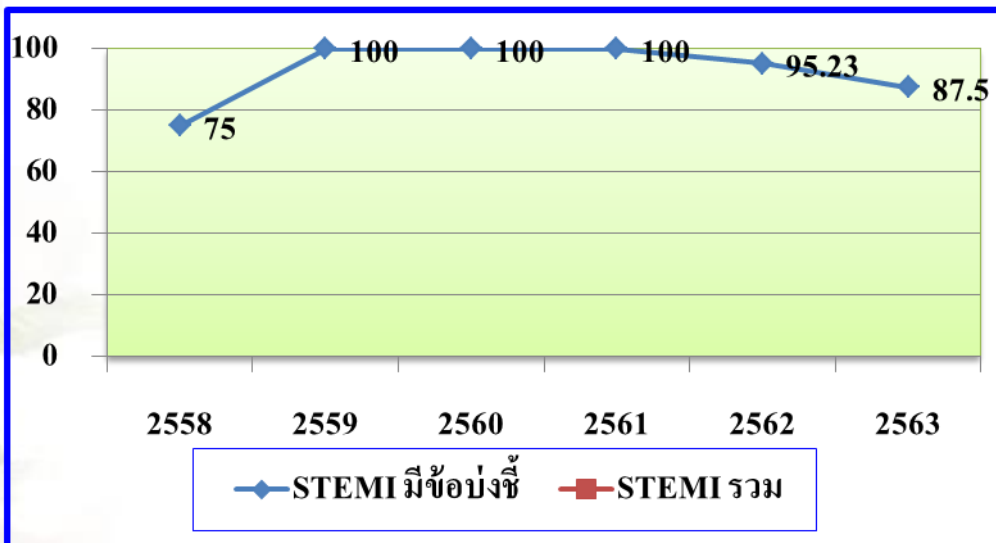
มาตรการ

1. พัฒนาระบบ STEMI Fast Track ลด onset to needle time ในผู้ป่วย STEMI
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการวินิจฉัยโรคและการส่งต่อ
3. เพิ่มคัดกรอง CVD risk ลดการเกิดรายใหม่
4. ให้ความรู้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ early warning signs ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ควบคุมปัจจัยเสี่ยงให้เป็นไปตามเป้าหมาย
5. Mapping ผู้ป่วยที่มี CVD risk > 30 ครอบคลุมทุกอำเภอ

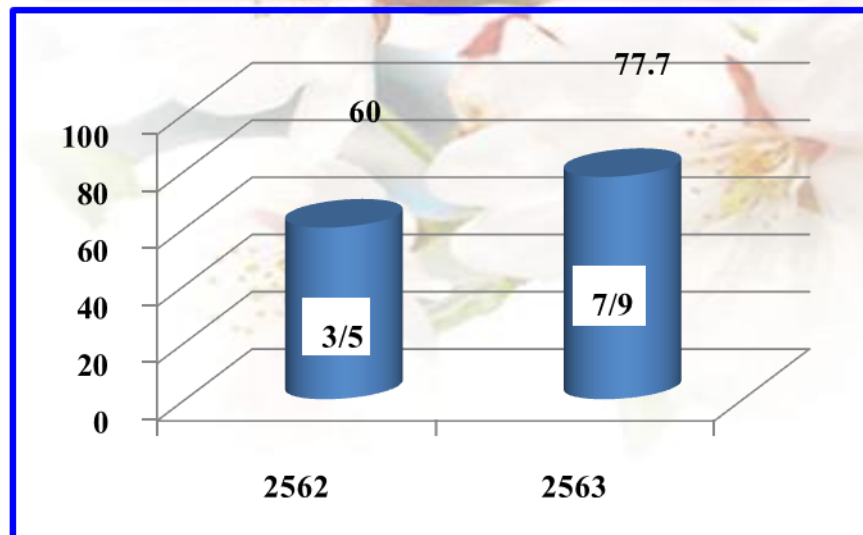


Fast track : STEMI

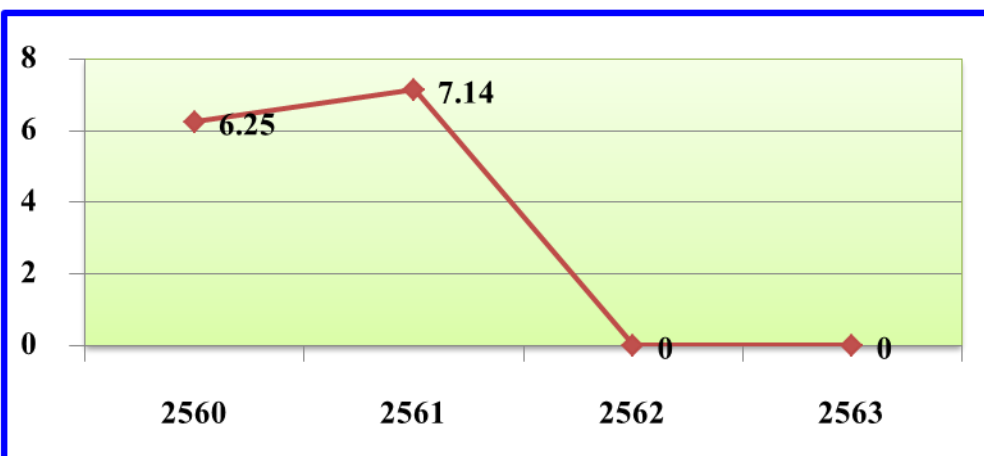
อัตรา ฝป. STEMI ได้รับยา SK > 80 % (7/8 = 87.5%)



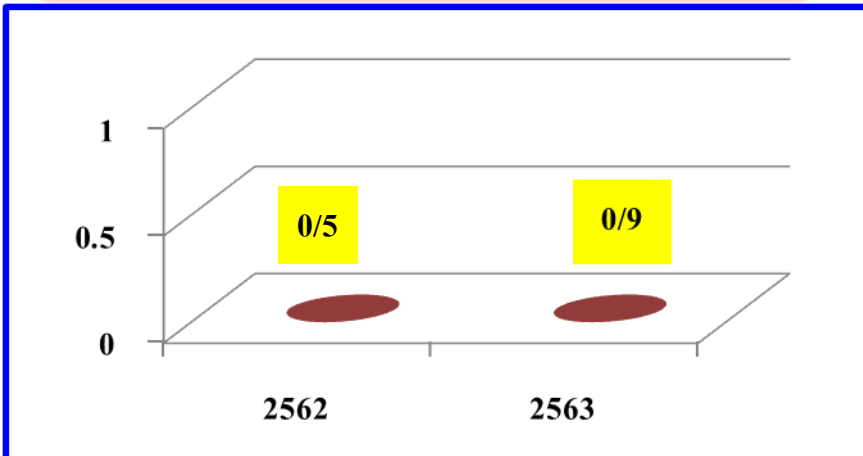
อัตราการให้ SK ปี 62 เปรียบเทียบปี



อัตราตาย ฝป. STEMI < 8 % (0/9)



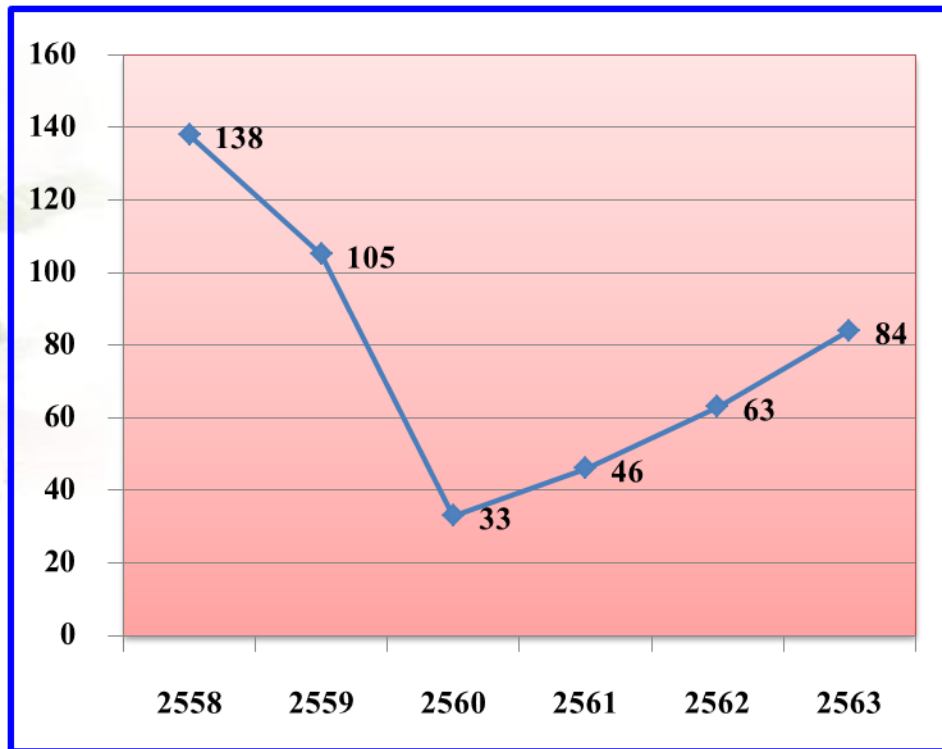
อัตราการตาย ปี 61 เปรียบเทียบปี 2562





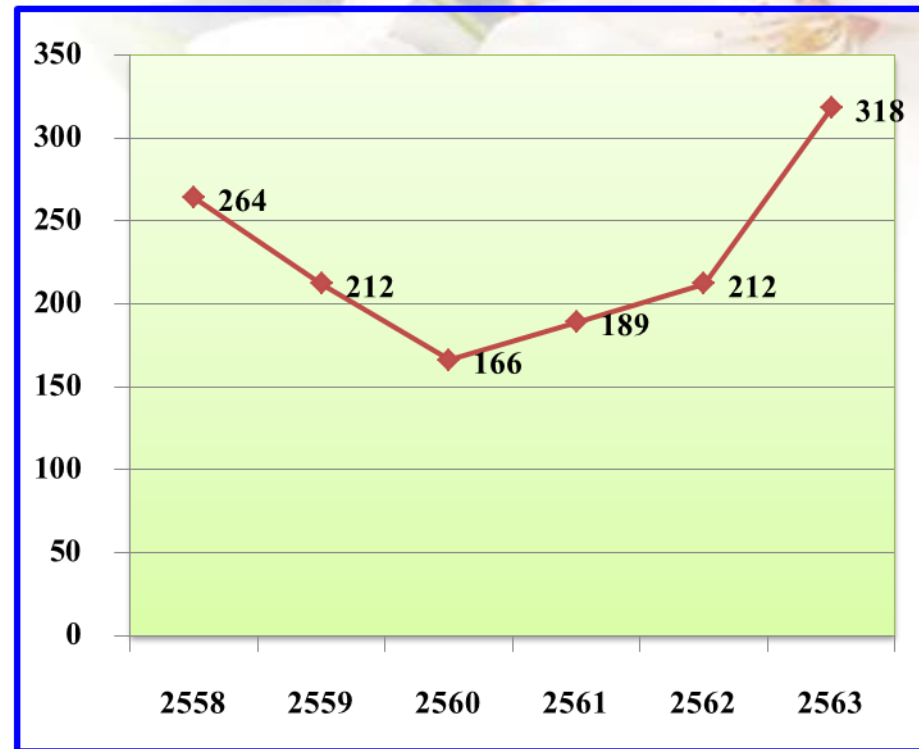
Fast track : STEMI

Door to Needle Time (เวลานัด)



30 นาที

Onset to Needle Time (เวลาเจ็บ)



180 นาที

บททวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ปี 60

สาเหตุการตาย	จำนวน
Cardiogenic shock VF (Dead ER)	1 ราย
สาเหตุการไม่ให้ SK	จำนวน
มีข้อห้ามเนื่องจากเคยได้ SK ไปไม่เกิน 1 ปี	1 ราย
มีประวัติเคยผ่าตัดสมอง (Hemorrhagic stroke)	1 ราย
Sudden cardiac arrest	1 ราย
Spontaneous reperfusion	1 ราย

บททวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ปี 61

สาเหตุการตาย ไม่ได้ SK	จำนวน
Cardiogenic shock VF (Dead ER)	1 ราย
สาเหตุการไม่ให้ SK	จำนวน
Sudden cardiac arrest	2 ราย
Onset เกิน 12 ชั่วโมง	7 ราย
Miss diagnosis	1 ราย

สาเหตุการไม่ได้รับ SK/TNK ปี 62

สาเหตุการไม่ให้ SK ปี 62	จำนวน
Complete heart block	1 ราย
Onset เกิน 12 ชั่วโมง	5 ราย
Miss diagnosis	1 ราย



Patient delay 3
System delay 4

สาเหตุการไม่ได้รับ SK/TNK ปี 63

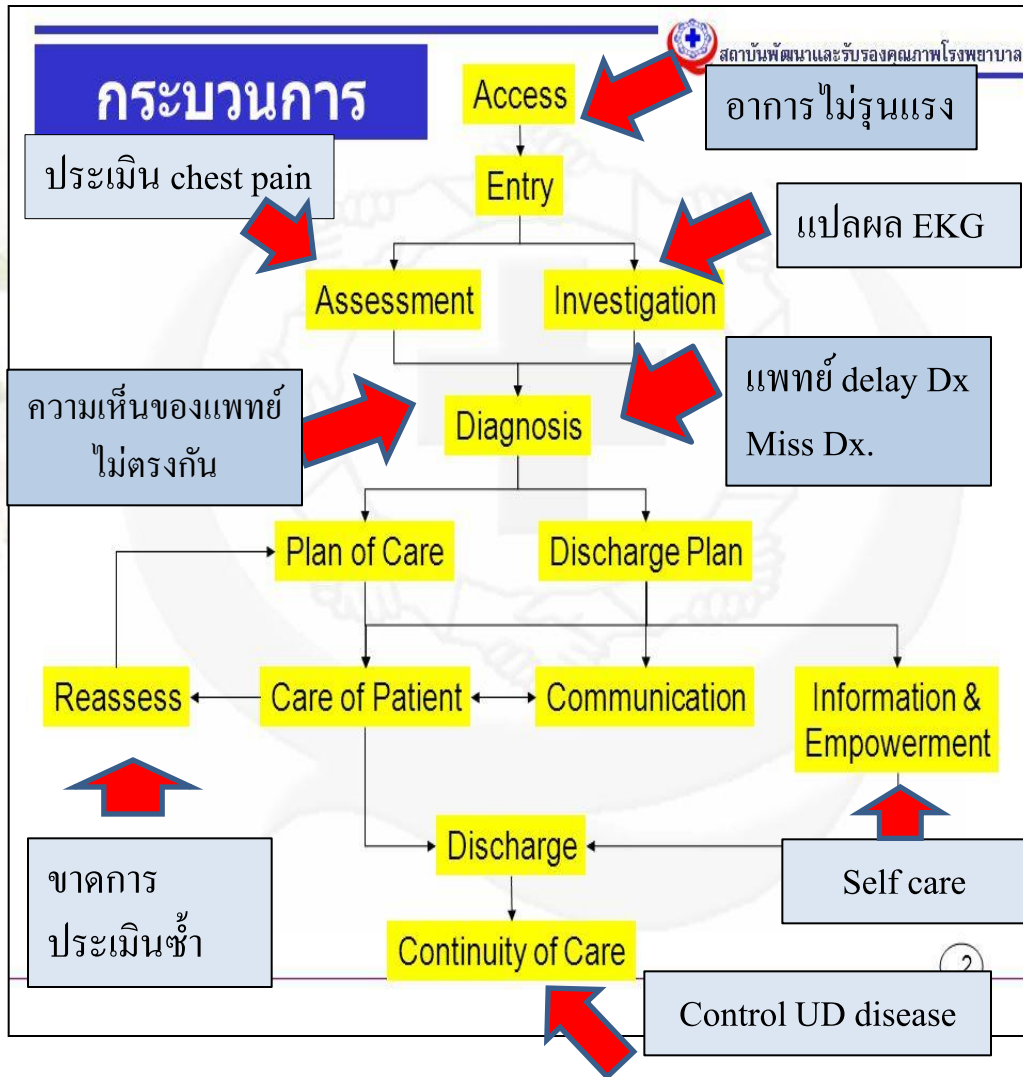
สาเหตุการไม่ให้ SK ปี 63	จำนวน
มีข้อห้ามการให้ยา	1 ราย
Miss diagnosis	1 ราย



Fast track : STEMI

ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย STEMI

ทบทวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ปี 62



ปัญหาอุปสรรคและ
ข้อเสนอแนะ

- สมรรถนะด้านการอ่านและแปลผล EKG การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา SK
- จัดหายา TNK (Tenecteplase) ไว้ใช้
ในผู้ป่วยสิทธิข้าราชการ เนื่องจากยา
มีประสิทธิภาพในการเปิดหลอดเลือด
ได้ดีกว่าและใช้ได้ง่ายและปลอดภัย
กว่า SK

Service Plan : สาขามะเร็ง





มะเร็ง

- KPI : 1. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก**
(มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งปากมดลูก)
- 2. ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อแสนประชากร**

สถานการณ์

ปี 2562

1. คัดกรองมะเร็งเต้านม 88.16%
2. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 67.25%
HDC (สะสม 5 ปี) ไม่มีผ่าตัด 4 สัปดาห์
= 0 Refer ในเขต
3. ผู้ป่วยCa colon 24 ราย ,OR ใน 4
สัปดาห์ 14 ราย =58.33% ,Refer 10
รักษา/ผ่าตัด 1 ฉายแสง/เคมี 10 ราย
4. CA Breast 16 ราย ,OR (4 สัปดาห์)
11 ราย =68.758% ,Refer 2 ราย ฉาย
แสง+ เคมี
5. Refer มะเร็งเต้านม/ลำไส้ นอกเขต
เป็น 11 ราย เพื่อ ฉายแสง 11 ราย
6. ทำ Palliative Care 100% (51 ราย)
ผู้ป่วยadmit
7. Tumor Registry จำนวน 65 ราย
ทะเบียนมะเร็งเต้านม/ลำไส้

สภาพปัญหา

1. ค้นหาคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกต่ำกว่าเป้าหมาย
2. การดำเนินการเชิงรุก/เชิงรับ
ไม่ต่อเนื่อง
3. ค้นหาคัดกรองมะเร็งลำไส้ให้
ได้ตามเป้าหมาย
4. ระบบส่งต่อรักษาต่อเนื่อง
นอกเขต ไม่ลดลง
5. ทะเบียนมะเร็งครอบคลุม

เป้าหมาย

1. คัดกรองมะเร็งเต้านมสตรีอายุ 30-70 ปี
> 80 %
2. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีอายุ
30-60 ปี >20%
3. คัดกรองมะเร็งลำไส้ Fit test 1,943 ราย
4. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัด
มากกว่า 4 สัปดาห์ (> ร้อยละ 70)
5. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับเคมีบำบัดมากกว่า
6 สัปดาห์ (> ร้อยละ 70)
3. ผู้ป่วยมะเร็งได้รับรังสีรักษา มากกว่า
6 สัปดาห์ (> ร้อยละ 60)
4. ร้อยละการค้นพบมะเร็งเต้านมระยะที่
1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)
5. ร้อยละการค้นพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะ
ที่ 1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)

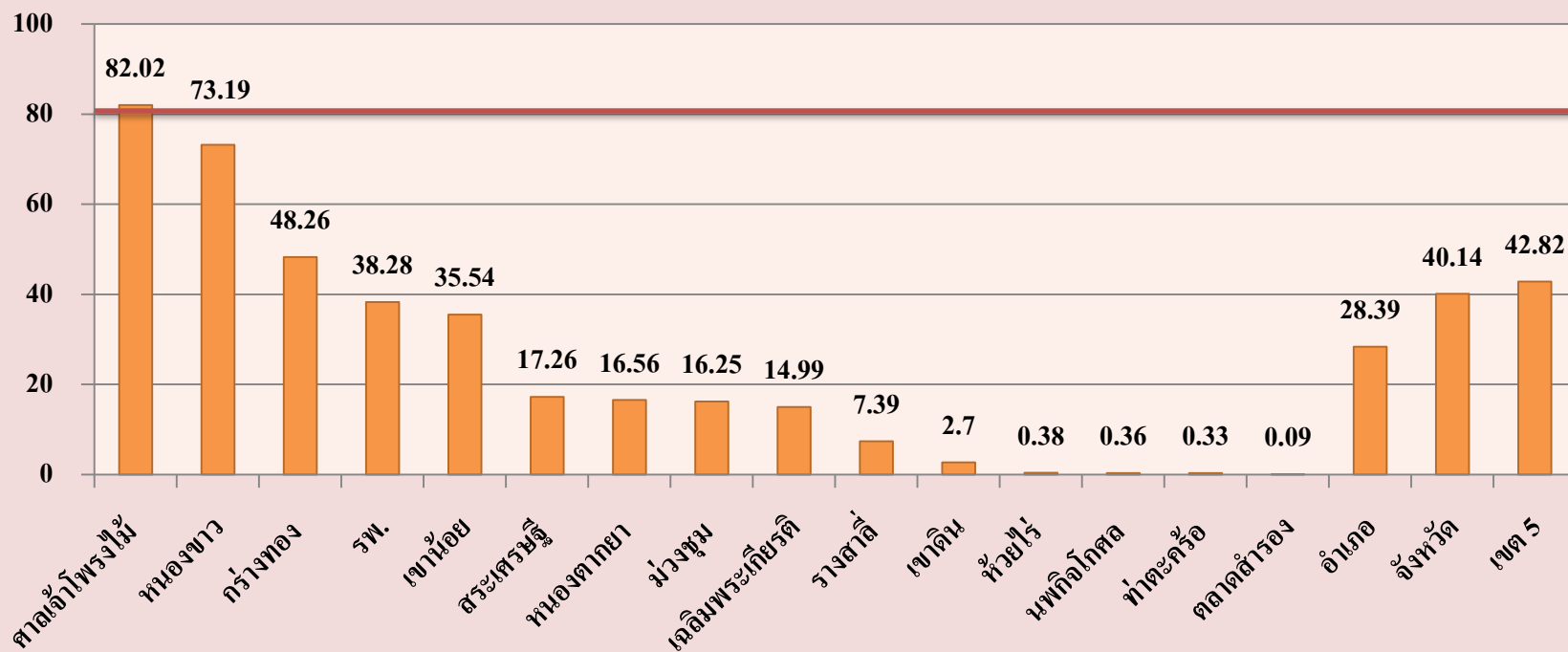
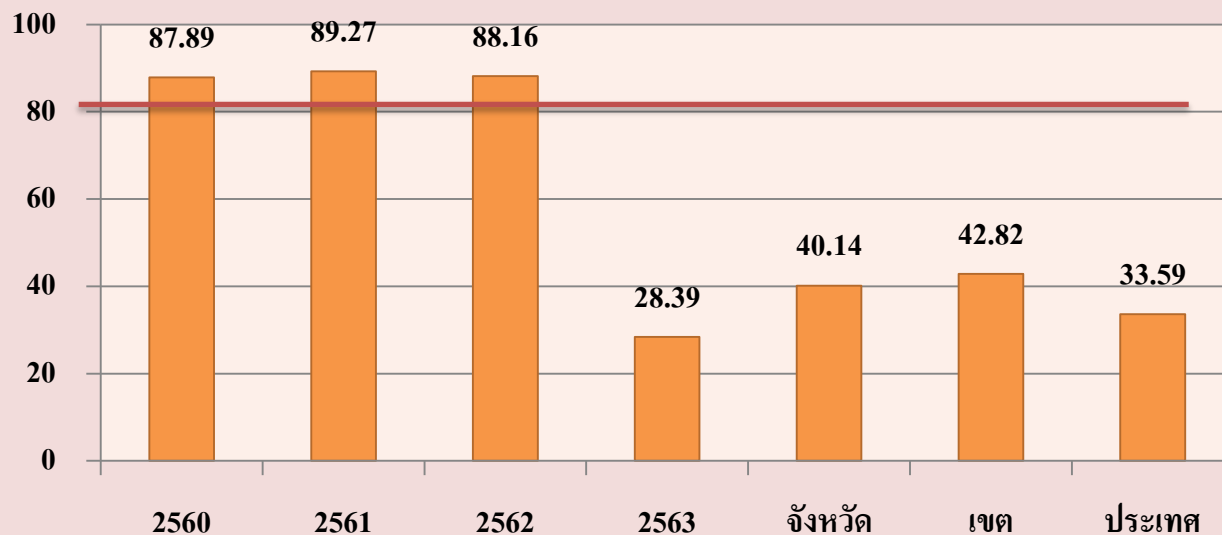
มาตรการ

1. ค้นหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/
ลำไส้
2. ติดตามกลุ่มเป้าหมายเชิงรุกไม่
เคยตรวจ pap smear ใน5ปี
3. ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3
และ4
4. พัฒนาการดูแลรักษามะเร็งรักษา
ผ่าตัดเต้านม ภายใน 4 สัปดาห์
5. พัฒนาระบบการดูแลส่งต่อกล้อง
colono ตามสิทธิรักษา Admit
6. พัฒนาการดูแลส่งต่อในเขต
และติดตามผู้ป่วย



มะเร็ง

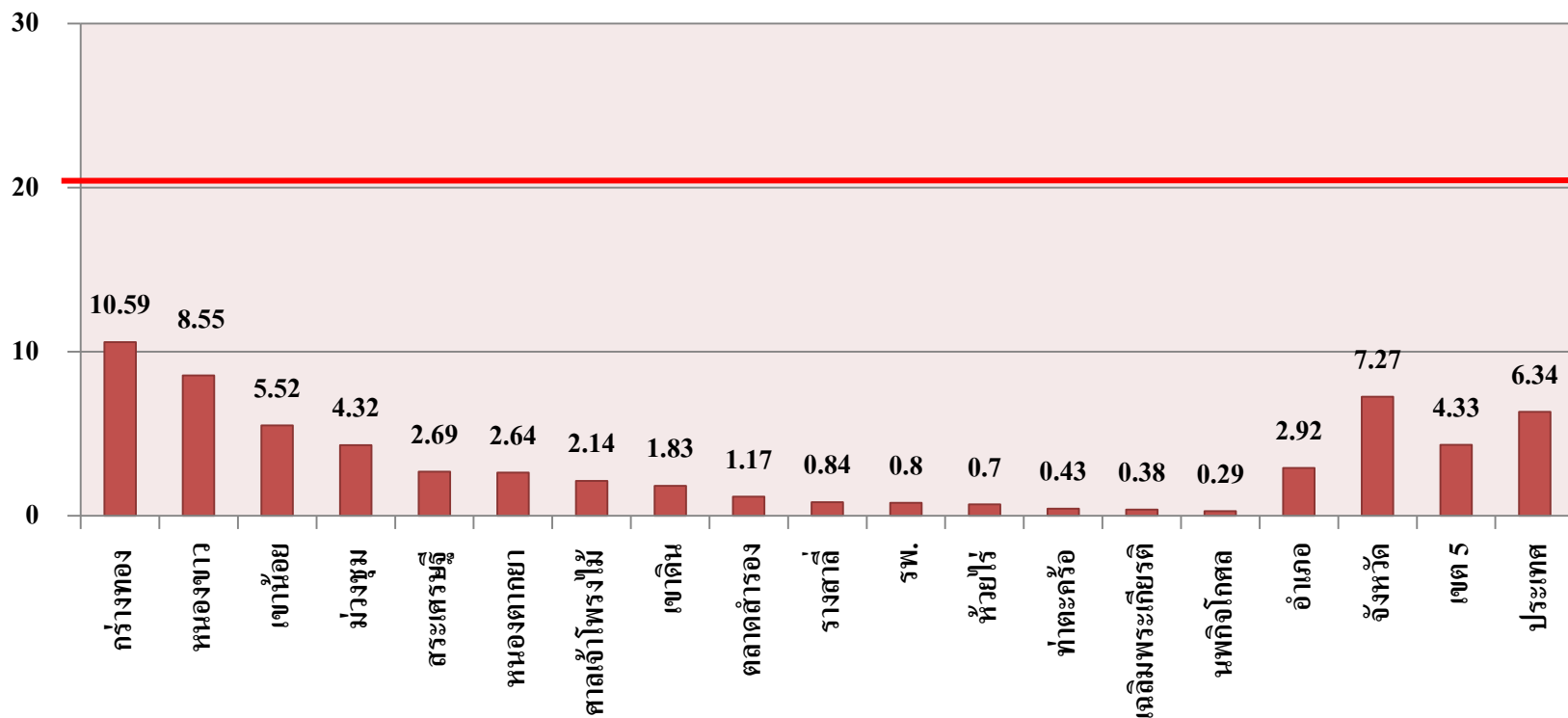
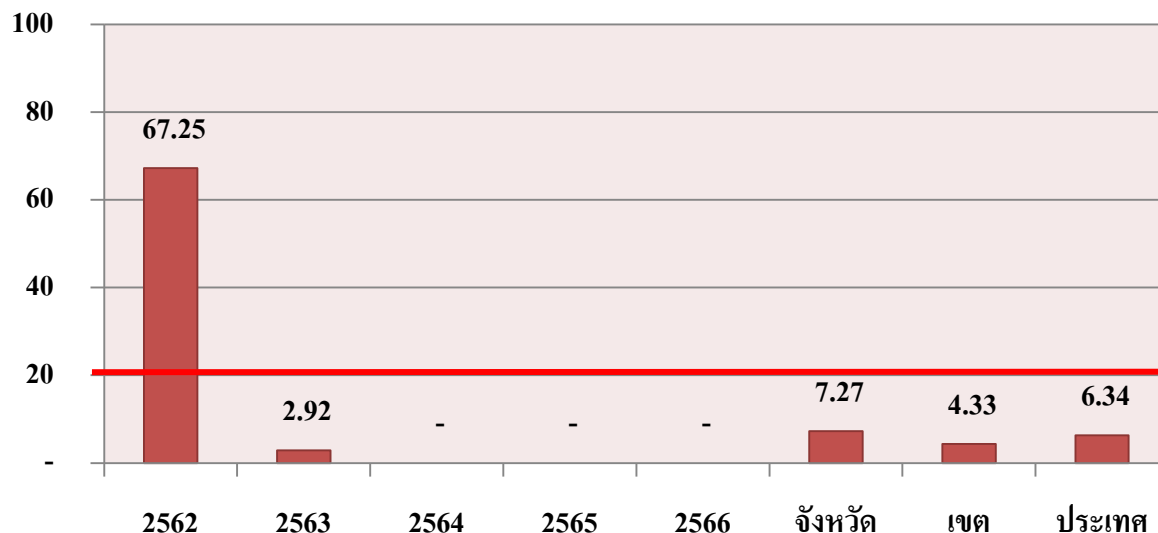
ร้อยละของสตรี 30-70 ปี
ที่มีการตรวจเต้านม จนท.
(เกณฑ์ $\geq 80\%$)





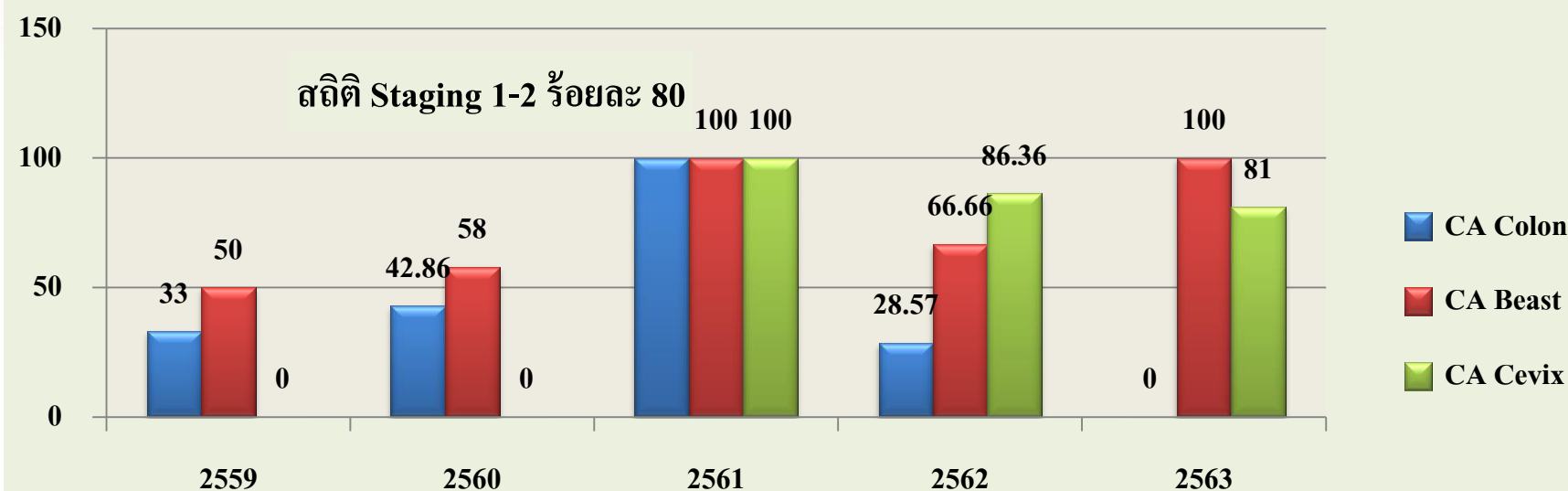
มะเร็ง

ร้อยละของสตรี 30-60 ปี
ที่มีการตรวจคัดกรอง
มะเร็งปากมดลูก
(เกณฑ์ $\geq 20\%$) ปีที่ 1





มะเร็ง





มะเร็ง

แผนงาน/โครงการ

กิจกรรม

ผลงาน

- ประชุมทีมคณะกรรมการมะเร็ง และผู้รับผิดชอบ
 - ปี 63 คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คัดกรองมะเร็งเต้านม จนท/ตนเอง
 - ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภายใน 4 สัปดาห์
 - ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ภายใน 4 สัปดาห์
 - เป้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ กลุ่มอายุ 50-70 ปี ด้วย fit test เป้าหมาย 1,943 ราย ผลตรวจเป็นบวกนัดส่องกล้อง ทำ admit เบิกค่าใช้จ่ายตาม DRG
- ไตรมาส 1- เป้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ ยังไม่ดำเนินการ อยู่ระหว่างจัดซื้อ
เริ่มดำเนินการ ไตรมาส 2 เดือน มค. 63
- ลงทะเบียนมะเร็ง เต้านม/ลำไส้ รายใหม่ปี 63
 - หน่วยเคลื่อนที่คัดกรองมะเร็งเต้านม โดยเครื่องเอ็กซเรย์ Mammogram ประชาชนทั่วไปและสตรีอายุ 25 ปีขึ้นไป
- จำนวน 500 คน ในวันที่ 16-17 กรกฎาคม 2563 ณ.ลานชมวิว
สวนรุกขชาติเฉลิมพระเกียรติอำเภอท่าม่วง

- รณรงค์คัดกรองตรวจมะเร็ง เต้านม/ปากมดลูก/ลำไส้ เชิงรุก ที่ รพ.สต.15 แห่ง /เชิงรับที่ OPD ทุกวัน
- คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมปีที่ 1 เป้าหมาย 20% ทำได้ 2.91 %
คัดกรองมะเร็งเต้านม ทำได้ 28.39 %
- ผลการรักษา/ผ่าตัด ภายใน 4 สัปดาห์
- * ผ่าตัดเต้านมใน 4 สัปดาห์ จำนวน ราย มากกว่า 4 สัปดาห์ 1 ราย
* ผ่าตัดลำไส้ จำนวน 2 ราย
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ ได้รับจัดสรรเงิน สปสช 69,724 บาท
- เป้าหมาย 1,943 ราย
- ผลบวก ส่งทำ colono 100 % นอนรพ. เบิกเงินตาม DRG โรค
ผลรอดำเนินการ ไตรมาส 2 เริ่ม มค.
- ลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เต้านม , ลำไส้ Ca อื่นๆรวม 2 ราย
- ผลรอดำเนินการ ไตรมาส 4 (กค- กย 63)

มะเร็ง 5 อันดับในRefer

ลำดับที่

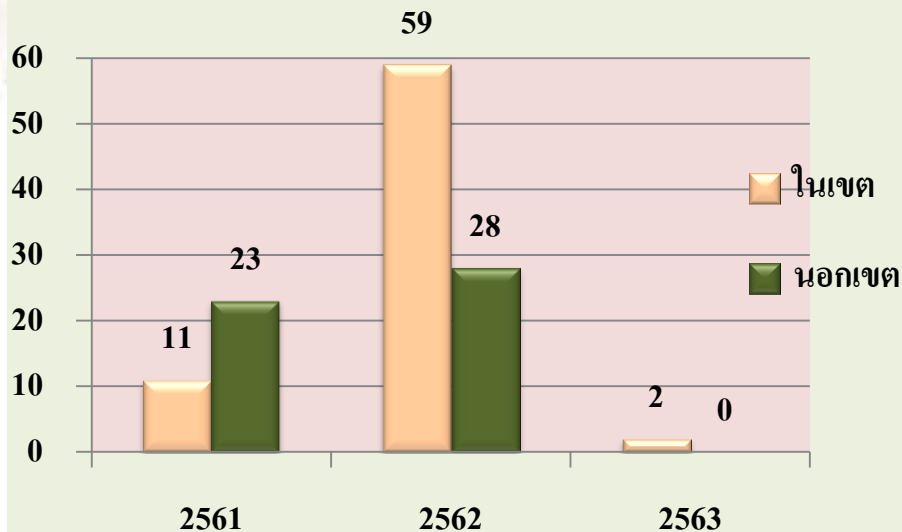
1. เนื้องอกร้ายของเต้านม 45 ราย
2. เนื้องอกร้ายที่ปากช่องคลอด 11 ราย
3. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (เร็กตัม) 11 ราย
4. เนื้องอกร้ายต่อมทัยรอยด์ 9 ราย
5. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ส่วนซิกมอยด์ 8 ราย

มะเร็ง 5 อันดับเสียชีวิต

ลำดับที่

1. เนื้องอกที่หลอดลม/ปอด 5 ราย
 2. เนื้องอกหลอดอาหารมีได้ระบุรายละเอียด 2 ราย
 3. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ ที่มีได้ระบุ 1 ราย
- เนื้องอกเหงือก 1 ราย ลิมโฟมา 1 ราย รีมฝีปาก 1 ราย
หลอดลมใหญ่ 1 ราย ถุงน้ำดี 1 ราย

ผู้ป่วยที่ส่งต่อใน/นอกเขต (มะเร็งเต้านม มดลูก ลำไส้)



ผลจากการคัดกรองมะเร็งลำไส้ (โครงการ/จัดบริการของรพ.)

คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ในกลุ่มประชากร อายุ 50-70 ปี สิทธิ UC
อ.ท่าม่วง ปี 63 เป้าหมาย สปสช.เขต ปรับแผนเป้าหมายปี 62

1. จำนวนคัดกรองด้วยวิธี FIT test จำนวน 2,030 ราย
2. จำนวนส่งต่อเพื่อส่องกล้อง colonoscopy

ผลการทำ Colonoscopy

1. คลินิก Sur ตรวจพบอาการผิดปกติ นอกโครงการ
2. การส่องกล้อง Colonoscopy ปี 63 ที่ผิดปกติ

แผนการดำเนินการขั้นต่อไป

1. ค้นหาคัดกรองเชิงรุก/รับ รพสต./รพ กลุ่มหญิง อายุ 30-60 ปี
มะเร็งเต้านมและปากมดลูก อย่างต่อเนื่อง
2. คัดกรองมะเร็งลำไส้ กลุ่มอายุ 50-70 ปี ตรวจ Fit test
ผลบวก ส่งตรวจ Colonoscopy/ ขึ้นเนื้อ
3. ตรวจเต้านมด้วยเครื่องเอ็กซเรย์เคลื่อนที่ Mammogram
ค้นหาไว้วงหน้า รพ.สต.ละ 5 คน (เดือน มิย.63)

ปัญหา / อุปสรรค

1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้พบความล่าช้าในการทำแผนจัดซื้อ
fit test
2. ผลตรวจ pap smear ผิดปกติ ที่คลินิกบริเวณ ,เวช
ครอบครัว Refer ส่งตรวจ copro ไม่ทราบผลการวินิจฉัย ,
ไม่รู้ state , การรักษา ผ่าตัด/ ฉายแสง/ เคมี
3. แผนดำเนินงานเป้าหมาย จากสปช.ส่งให้พื้นที่ล่าช้า

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

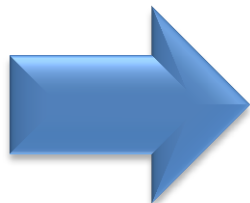
1. ระบบติดตามผู้ป่วย Refer/ /ตอบกลับ จากรพ.ศูนย์
2. ระบบรายการเคม ผลงานสปช. ขอ IT ช่วยเหลือ



ECS

And

Trauma



**อัตราการเสียชีวิต
ทางถนนสูง**

การเข้าถึง EMS ในกลุ่ม Non trauma ต่ำ

**พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ผ่านเกณฑ์
50 %**



ECS&Trauma

สถานการณ์

ปี2562

1. อัตราตายทางถนน ปี 2562 50.51/100,000 ปชก.
2. ผู้ป่วยสีแดง non trauma เข้าถึงระบบ EMS ปี 2562 ได้ 38.92%
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง เท่ากับ 3.9 % พบปัญหาการรักษา การประเมินซ้ำ
4. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ได้ 54.3%

สภาพปัญหา

1. อัตราตายจากถนน ยังสูงมากกว่า 18 คน/100,000ปชก.
2. ผู้ป่วยสีแดง Non trauma เข้าระบบ EMS ต่ำ
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ไม่เกินเกณฑ์ แต่พบปัญหาในการทบทวนการเสียชีวิต
4. ระบบ ECS คุณภาพ บางองค์ประกอบ ไม่ผ่านเกณฑ์ 50%

เป้าหมาย

1. อัตราตายทางถนน ≤ 18 คน/100,000 ปชก.
2. ผู้ป่วยสีแดง non trauma เข้าถึงระบบ EMS ได้ 50%
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ไม่เกิน 12 %
4. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ได้ 50 %

มาตรการ

Prehospital

1. ประชาสัมพันธ์ หมายเลข 1669 เพื่อเข้าถึงระบบ EMS
2. การแก้ไขจุดเสี่ยง การจับชีพจรลดภัย RTI ระดับตำบล
3. ให้ความรู้ประชาชนในเรื่อง Basic CPR

In hospital

1. พัฒนาระบบ Trauma fast track
2. ทบทวนการเสียชีวิตทุกราย หา Gap มาพัฒนาต่อ
3. จัดอบรม Trauma fast track ให้กับบุคลากร แพทย์ พยาบาล
4. ซ้อมแผนอุบัติเหตุ
5. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ในองค์ประกอบที่คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ 5,6,9,12

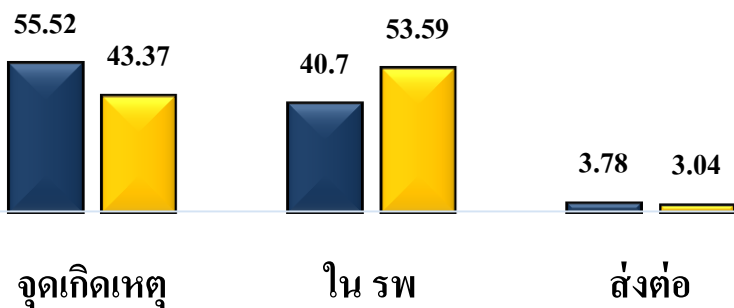
ร้อยละการเสียชีวิตตามสถานที่ ปีงบประมาณ 2560 – 2563



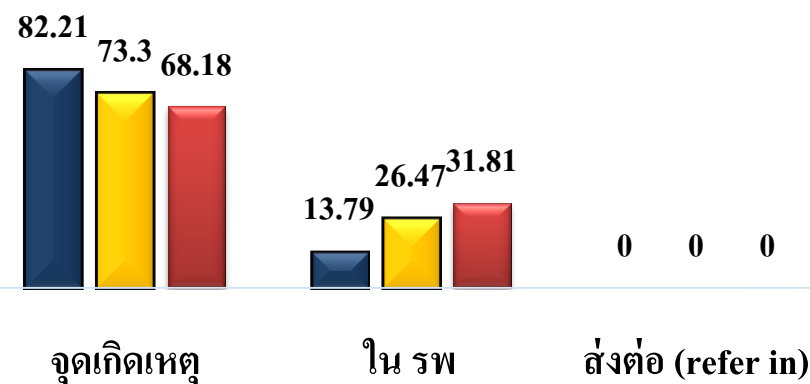
จังหวัดกาญจนบุรี

รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19

■ 2560 ■ 2561

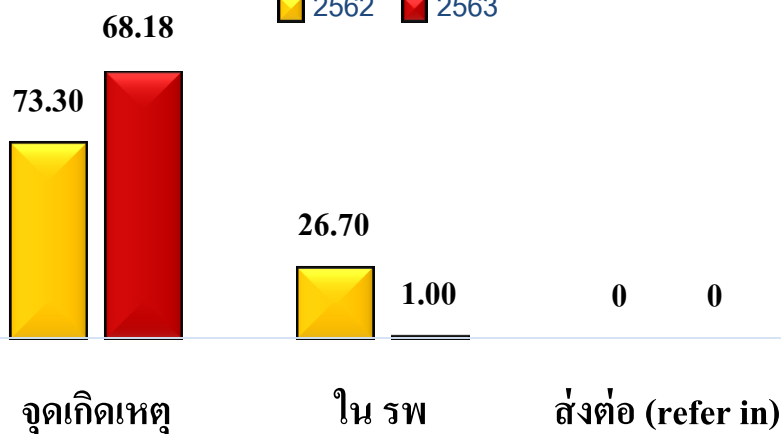


■ 2560 ■ 2561 ■ 2562

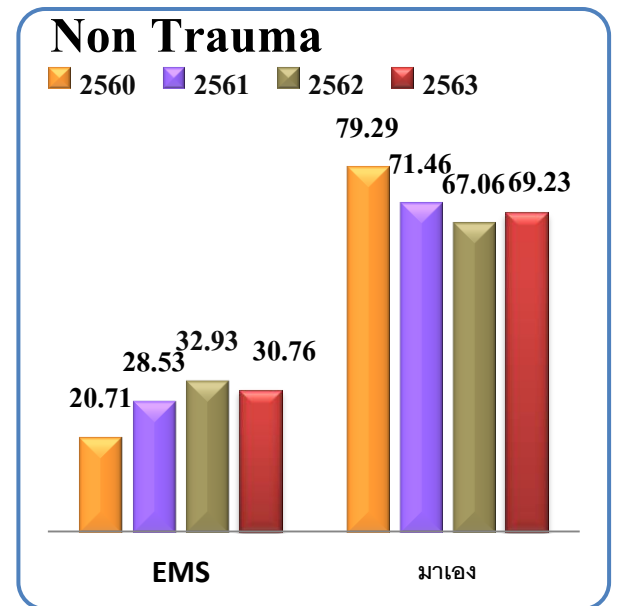
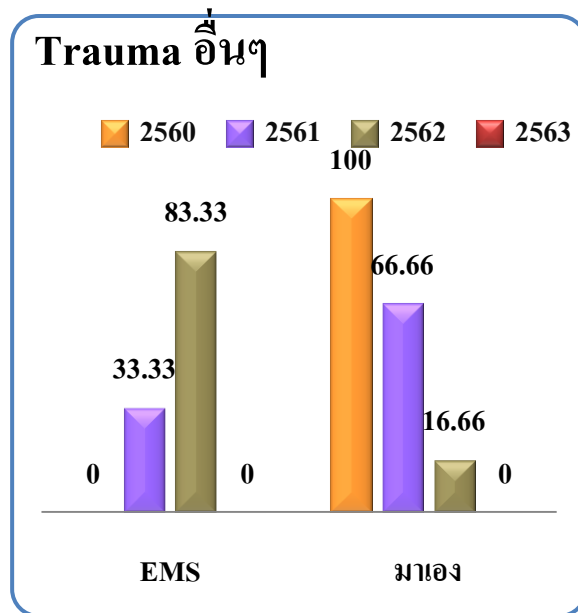
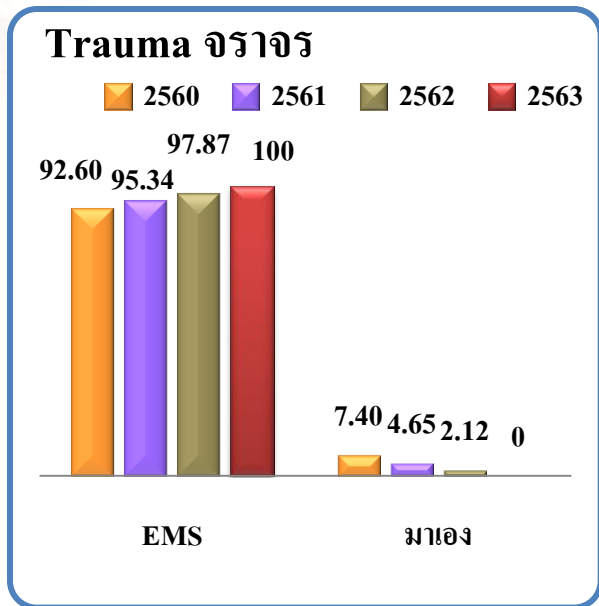
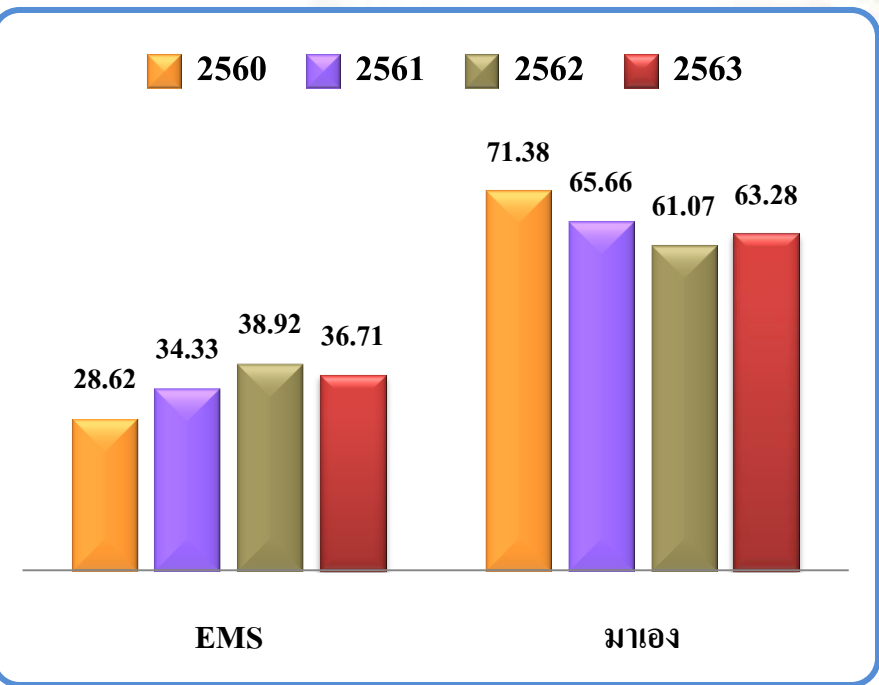


ปีงบประมาณ 2562 - 2563 (ต.ค.-ธ.ค.)

■ 2562 ■ 2563



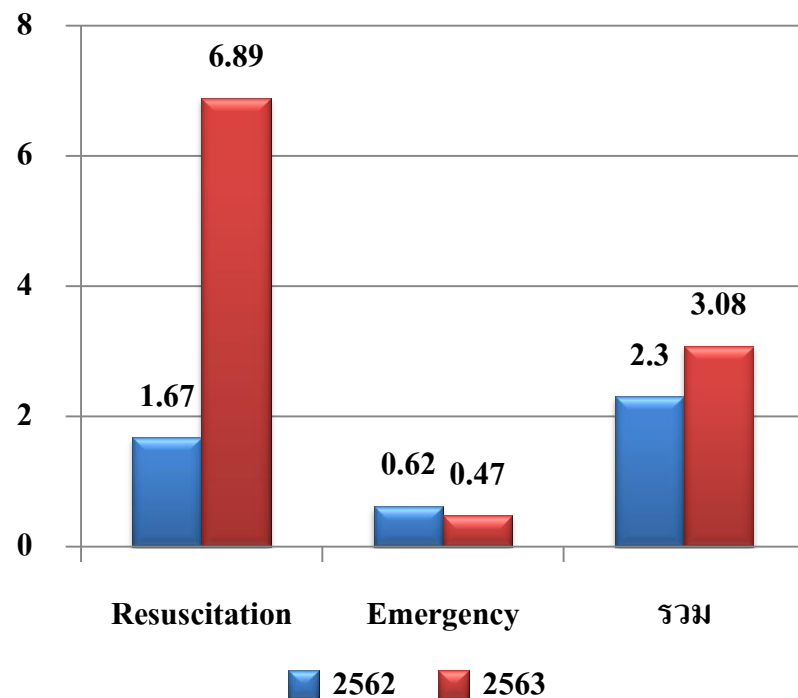
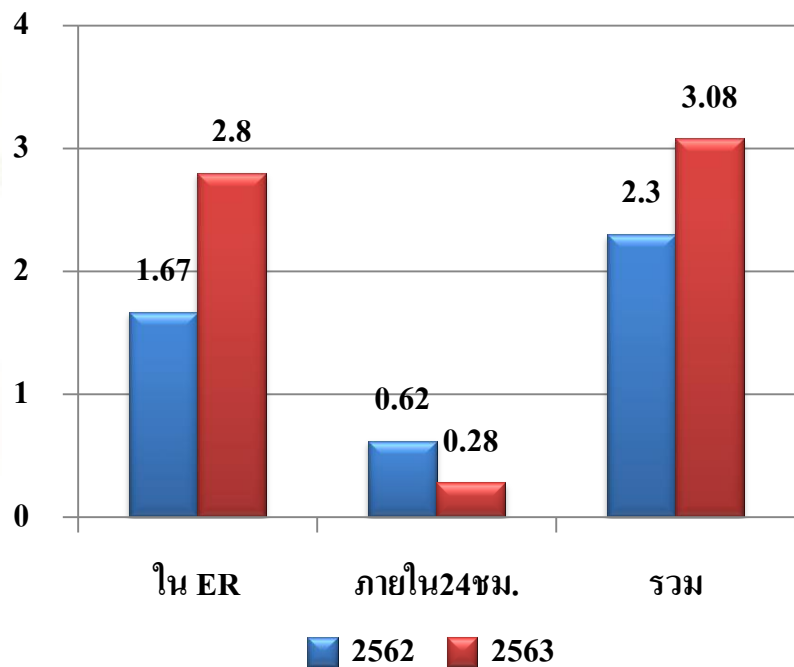
ร้อยละการมาโรงพยาบาล ของผู้ป่วยวิกฤตติ ถูกฉีดยา เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2560 – 2563 (ตค.-ธค.)





อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ปี2562-2563 (ตค.-ธค.)

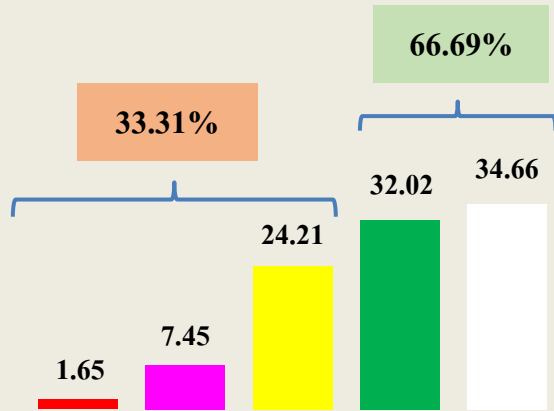
เป้าหมาย ร้อยละ12



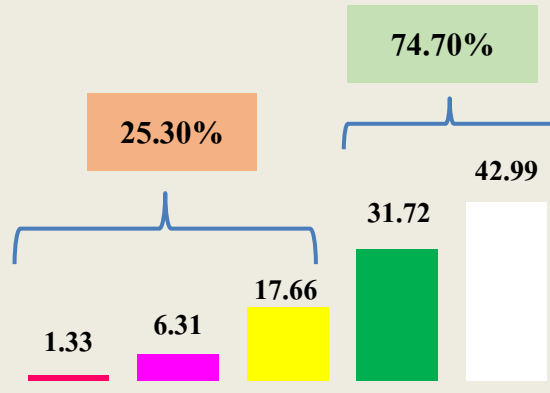
1. แนวโน้มการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่ำกว่าเกณฑ์
2. สาเหตุการเสียชีวิต : MI และ Unattended Dead, Cardiopulmonary Failure, Paraquat poisoning (24 ชม.)

ผู้ป่วย ER แบ่งตามระดับความรุนแรง ปิงปประมาณ 2562

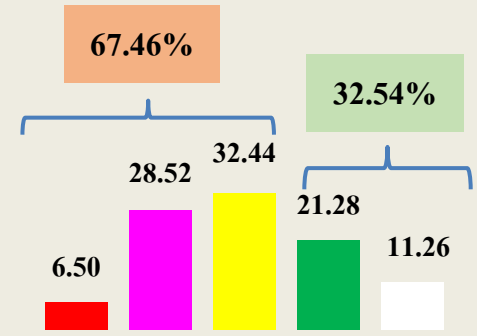
เขตสุขภาพที่ 5



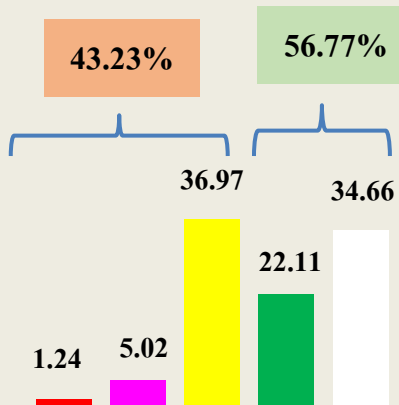
กาญจนบุรี



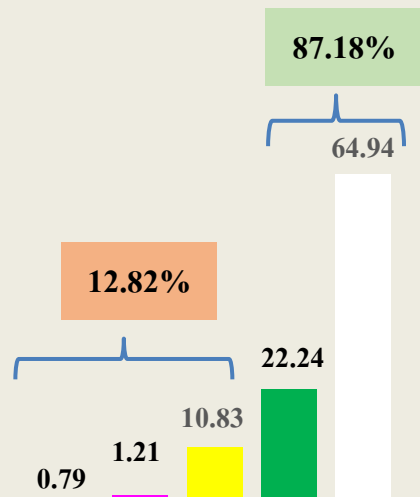
รพ. พหลพลพยุหเสนา S



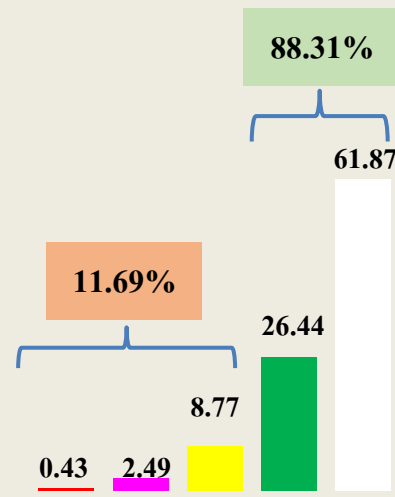
รพ. มะการักษ์ M1



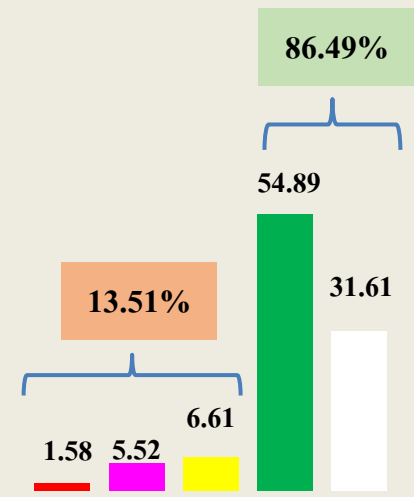
รพ. สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 M2



รพ. ทองผาภูมิ M2

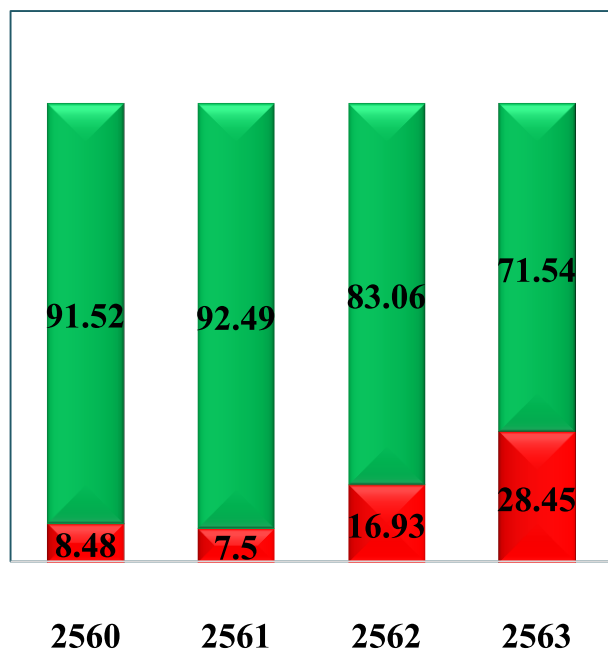


รพ. บ่อพลอย F1

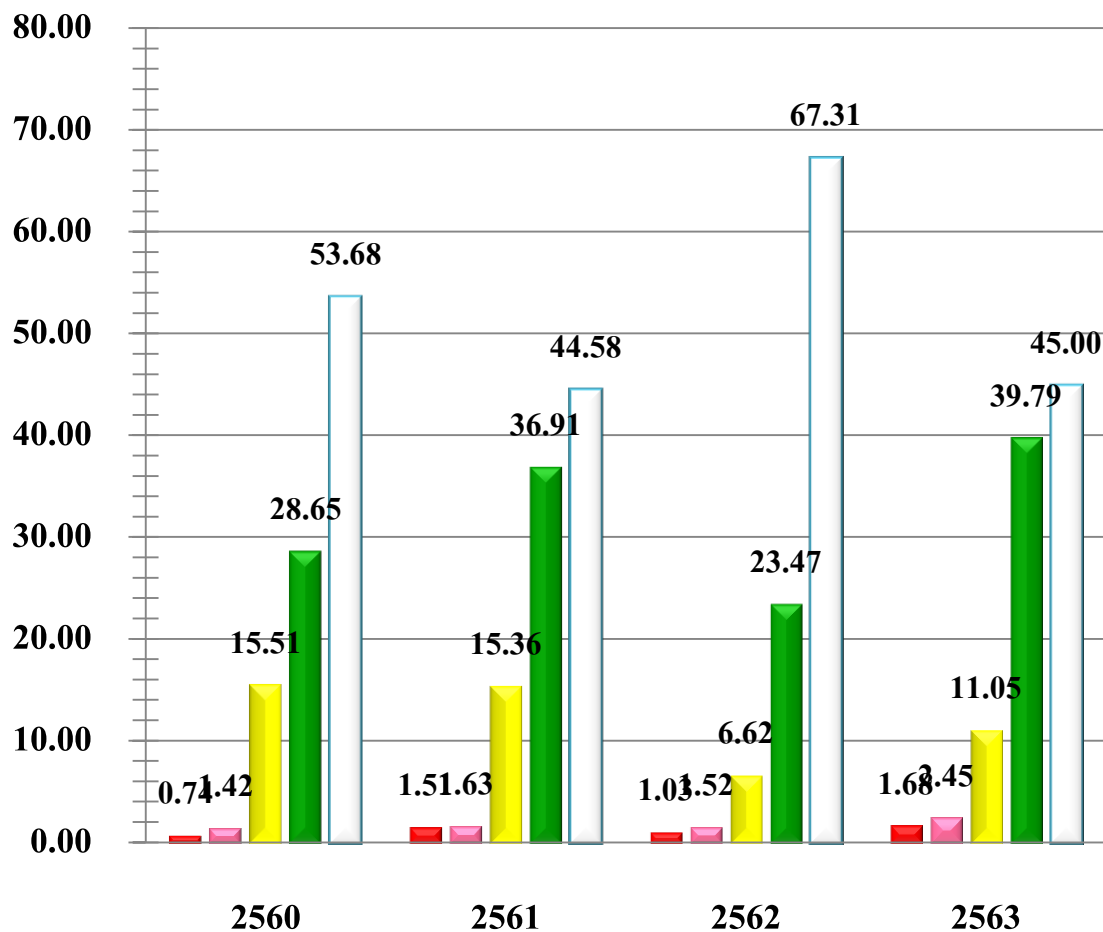


ร้อยละผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

■ Trauma ■ Non Trauma

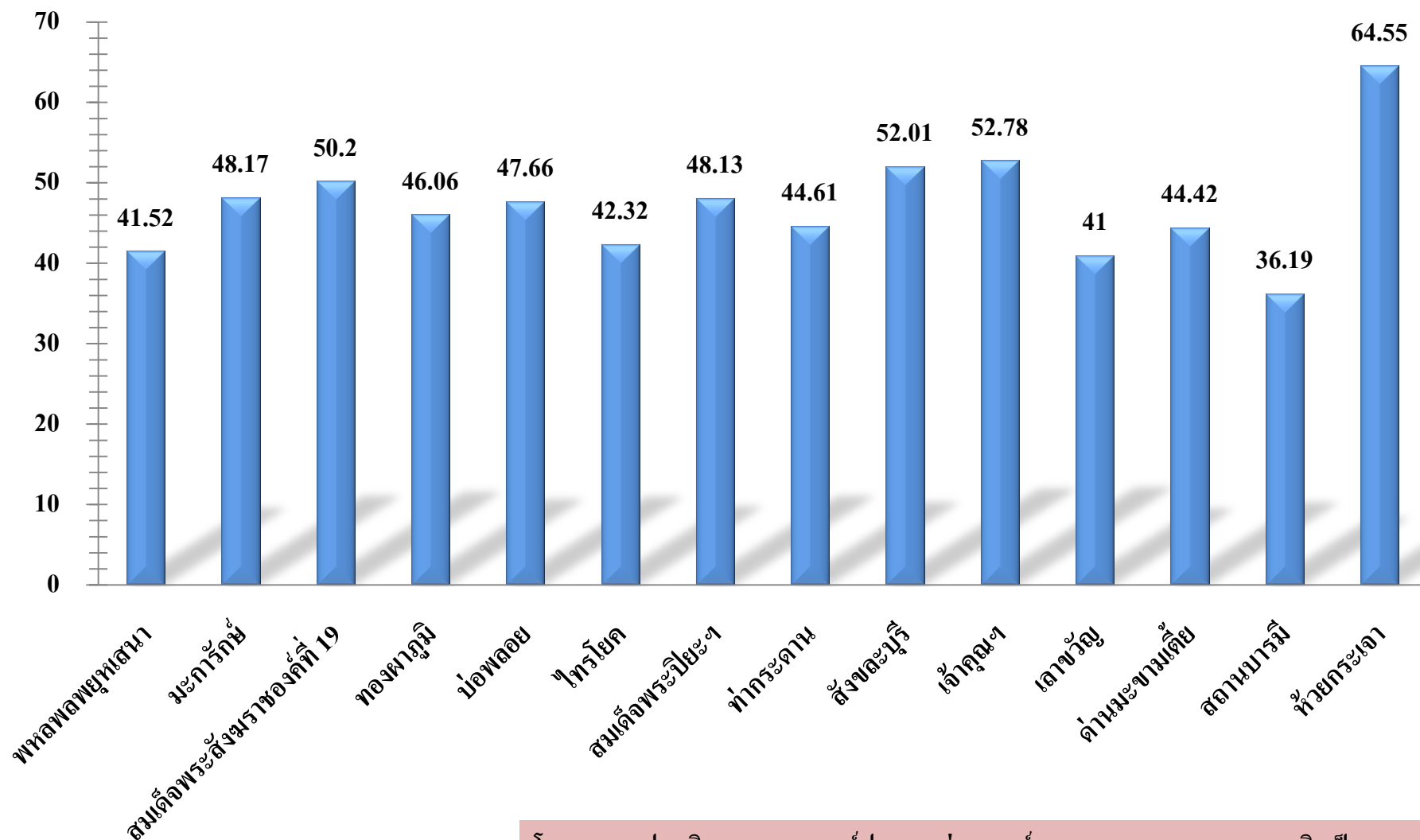


ร้อยละผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งตามการ triage (ต.ค.-ธ.ค.2563)



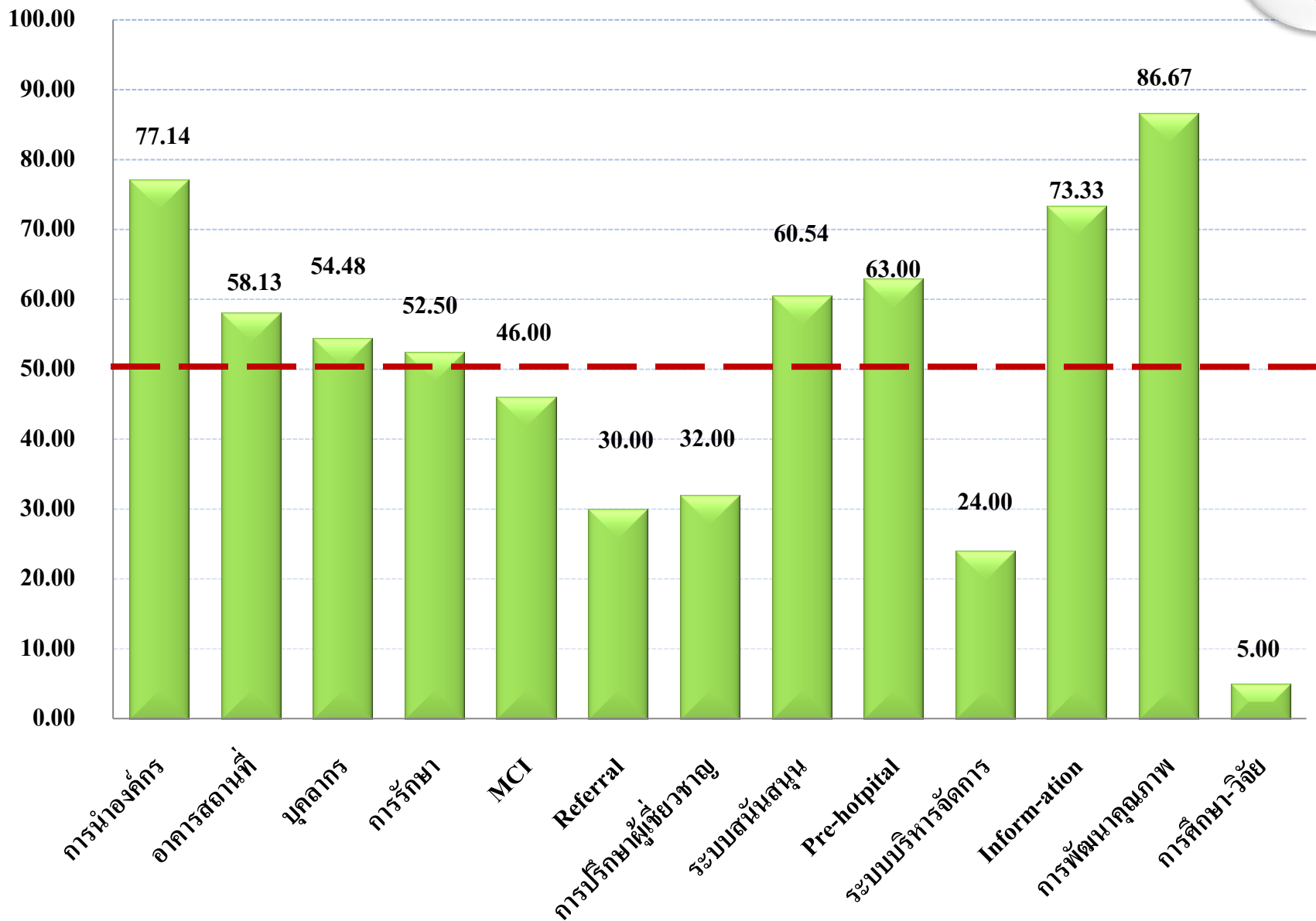


ค่าเฉลี่ย รวม 12 องค์ประกอบ ECS คุณภาพ โดยการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2563



โรงพยาบาลประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ 40 % 13 รพ. จาก 14 รพ. คิดเป็น 92.86 %

โรงพยาบาลประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ ปี2562 คิดเป็น 54.3%





โครงการที่จะดำเนินการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1.อบรม ATLS 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน	17,31ม.ค. 63	4,600
2. ซ้อมแผนอุบัติเหตุ	28 มี.ค. 63	9,950

ปัญหา / อุปสรรค

อัตราตายจากถนน ยังสูงมากกว่า 18 คน/100,000 ปชก.ต้องมีการแก้ไขปัญหาลหลายกระทรวง พบว่า กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหลักในการแก้ไขปัญห บางครั้งพบปัญหา การบริหารจัดการยาก ที่จะทำให้ภาคี เครือข่ายเข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

1. การวัดอัตราการตายทางถนน ต้องไปวัดที่กระทรวง ที่เกี่ยวข้อง
2. กระทรวงมหาดไทย (ตำรวจ) เข้มงวดต่อการใช้ กฎหมายกับผู้ขับขี่ที่ฝ่าฝืน ไม่สวมหมวกกันน็อก ไม่คาด เข็มขัดนิรภัย เมมาแล้วขับ และฝ่าฝืนกฎจราจร เป็นต้น

SERVICE PLAN : สาขาทารกแรกเกิด





ทารกแรกเกิด

สถานการณ์

ปี2562

1. อัตราเด็กคลอดก่อนกำหนด
(เกณฑ์ < 8%) = 4.77%
2. อัตราการเกิด LBW
(เกณฑ์ < 7%) = 6.73 %
3. อัตราการเกิด BIRTH ASPHYXIA (เกณฑ์ < 25:1,000การเกิดมีชีพ) = 10.52

สภาพปัญหา

- ไม่มีเตียง NICU
- อัตรา LBW เพิ่มขึ้น

เป้าหมาย

- มีจำนวนเตียง NICU ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน
- อัตราตายทารกแรกเกิดลดลง
- อัตราการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ครอบคลุมทั้งเด็กไทยและต่างด้าวทุกราย (100 %)

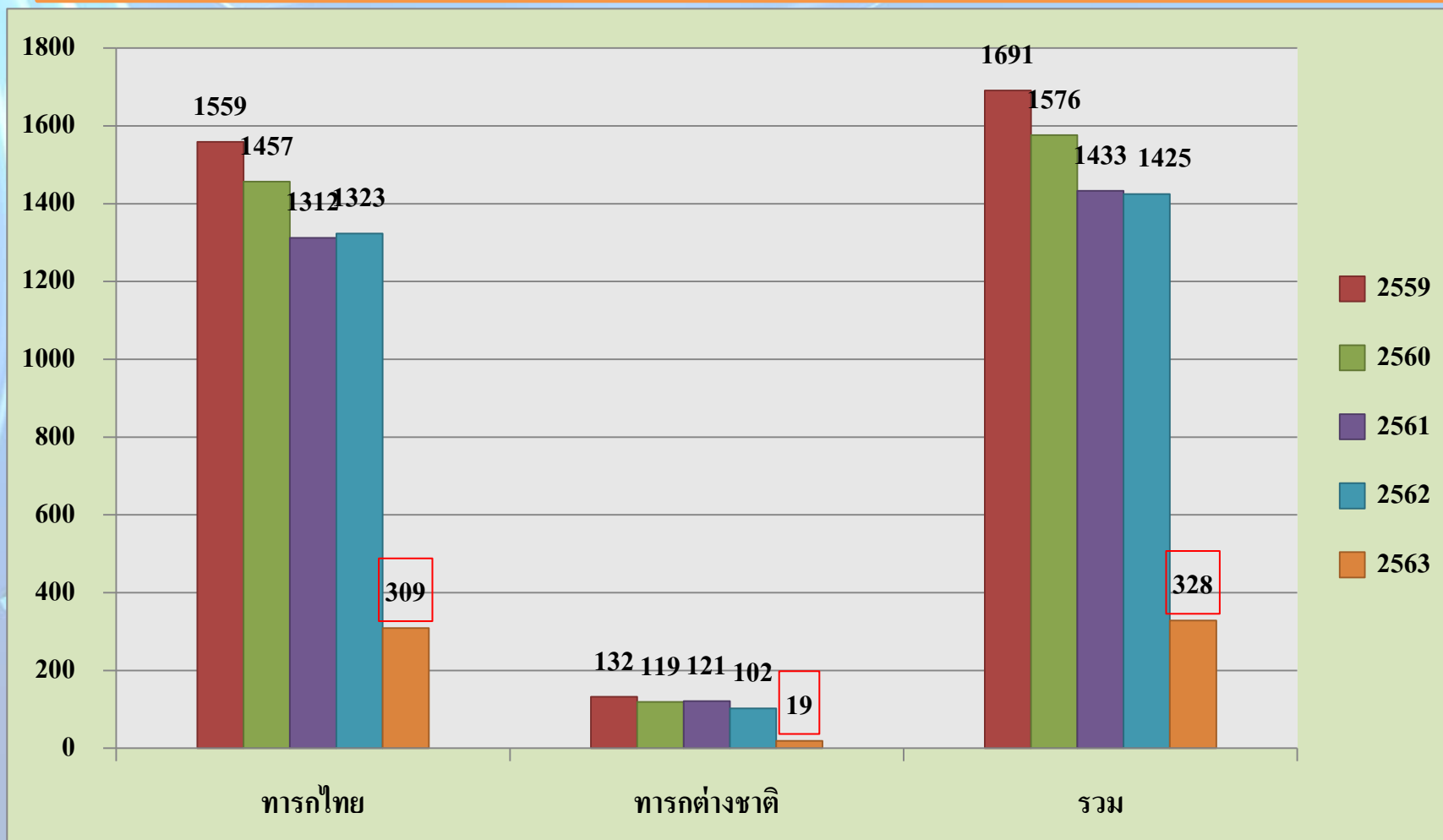
มาตรการ

- ลดการคลอดก่อนกำหนด
- ลดอัตราการเกิด Birth Asphyxia
- ANC คุณภาพ ลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- เพิ่มเตียงNICU
- ส่งเสริมวิชาการและพัฒนาบุคลากร



ทารกแรกเกิด

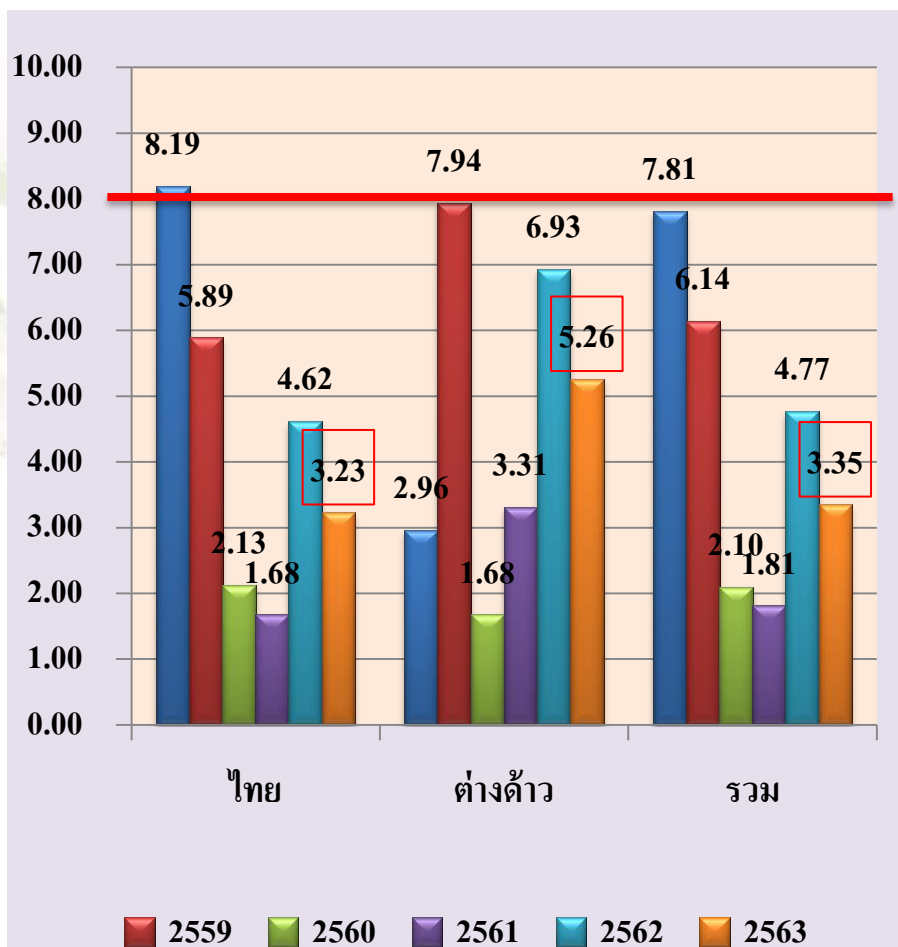
จำนวนเด็กเกิดมีชีพเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2559 –2563



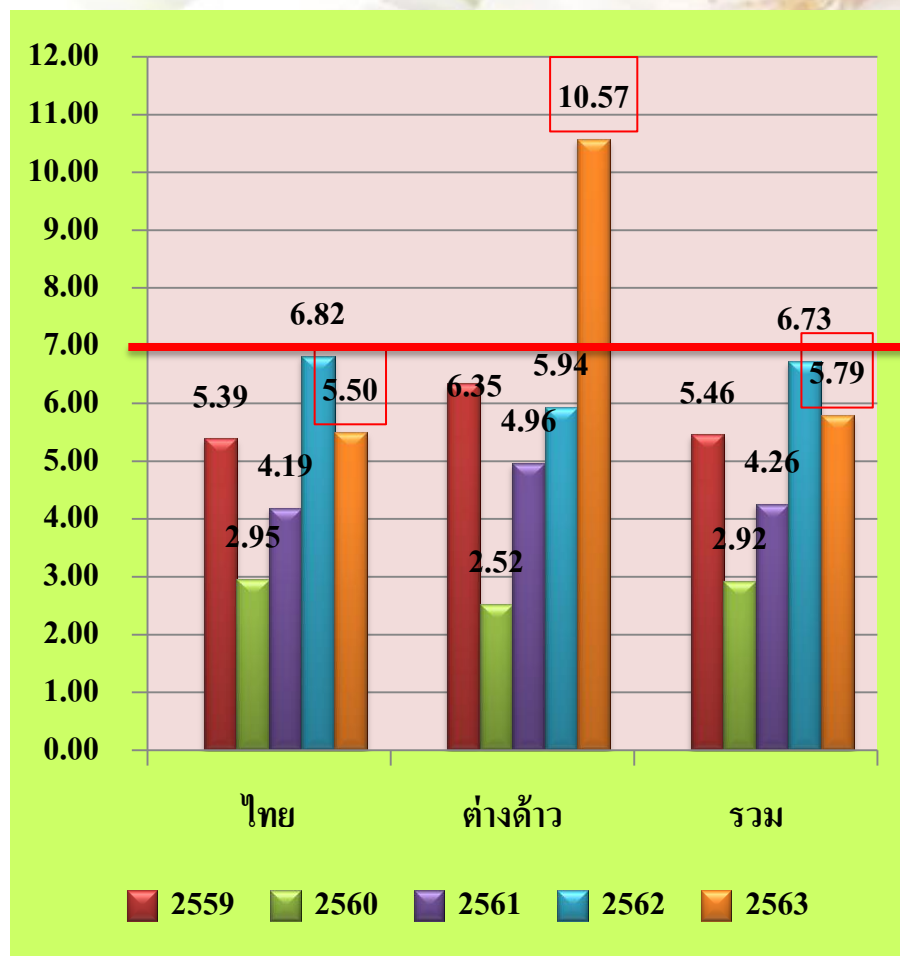


ทารกแรกเกิด

อัตราเด็กคลอดก่อนกำหนด (เกณฑ์ < 8%)



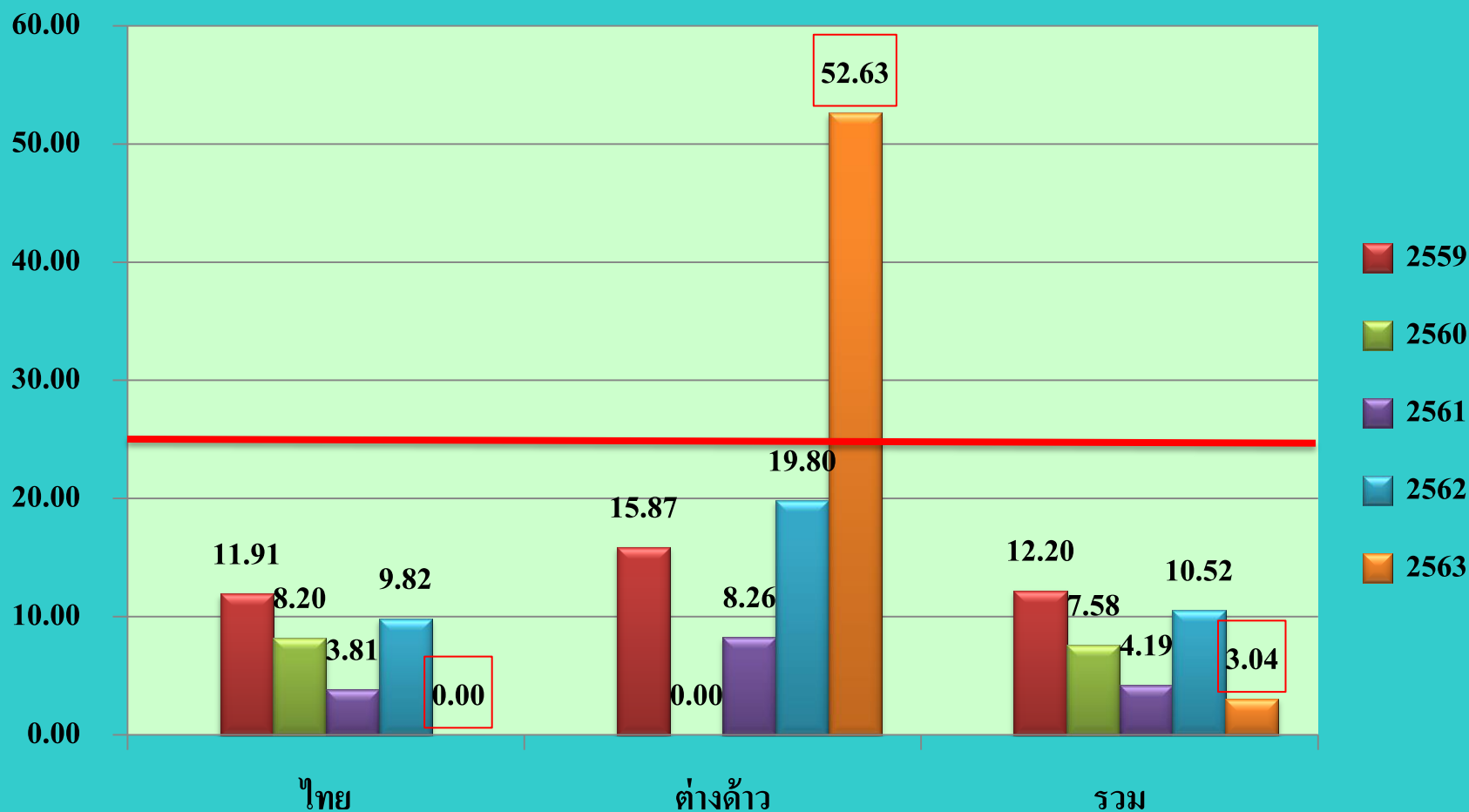
อัตราการเกิด LBW (เกณฑ์ < 7%)





ทารกแรกเกิด

อัตราการเกิด BIRTH ASPHYXIA (เกณฑ์ < 25/1,000 การเกิดมีชีพ)



แผนงาน/โครงการ

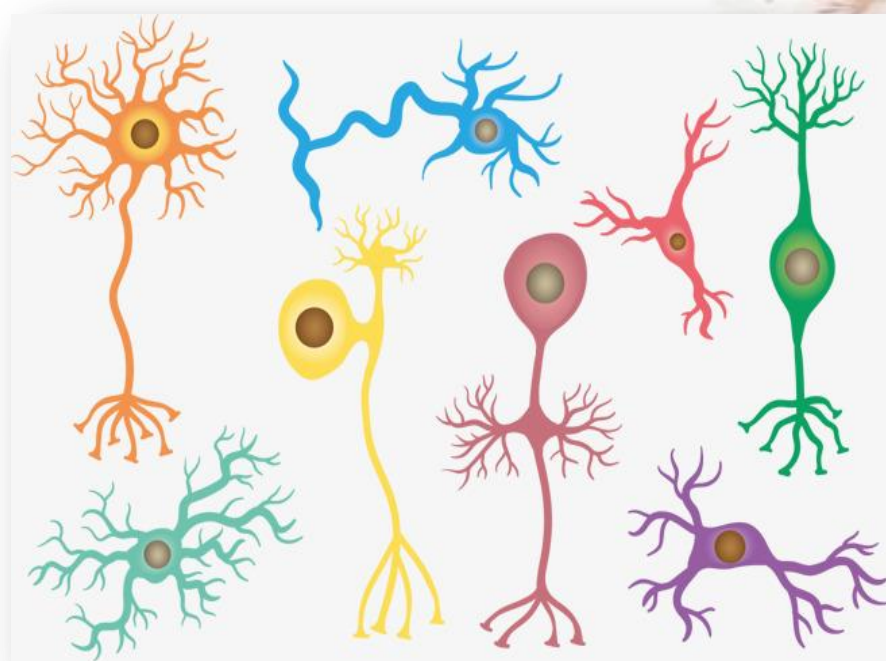
รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. อบรม NCPR ร่วมกับสาขาสูติกรรม	มี.ค.	-
2. ทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 g อายุครรภ์น้อยกว่า 36 สัปดาห์	ต.ค.	-
3. ทำKM เรื่องการดูแลทารกแรกเกิดก่อนและระหว่างส่งต่อ	ก.พ.	-
4. ทบทวนและเพิ่มเติมแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยหลังคลอดในทารกคลอดก่อนกำหนดและน้ำหนักน้อย	ม.ค.	-

ปัญหา / อุปสรรค

- ต้องรออาคารสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรในการเพิ่มเติมยง SNB
- มีบุคลากรใหม่ ๆ มาก ซึ่งยังขาดความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิด
- การรับและส่งต่อผู้ป่วยใน-นอกจังหวัด ยังเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างเดินทาง

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- บุคลากร
- งบประมาณ



Service Plan

สุขภาพจิตและจิตเวช

SP สุขภาพจิตและจิตเวช

สภาพปัญหา

ปี 60, 61, 62

1. ยังมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
(≤ 6.3 ต่อแสน ปชก.)

ทำมั่ว: 6.63, 5.68, 5.65

2. ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้า
ถึงบริการไม่ถึงเป้าหมาย

ทำมั่ว: 25.39, 33.79, 39.30

3. เด็ก ADHD เข้าถึงบริการน้อย
ทำมั่ว: 51คน, 72 คน, 99 คน

เป้าหมาย

1. ลดจำนวนผู้ฆ่าตัวตาย
สำเร็จ

2. จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า
เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น
 $\geq$ ร้อยละ 5

3. เด็ก ADHD เข้าถึงบริการ
เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5

มาตรการ

1. คัดกรอง ADHD ในโรงเรียน
2. นำเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าระบบดูแล
รักษา
3. คัดกรองซึมเศร้าเชิงรุกอายุ 15 ปี
ขึ้นไปและเน้นกลุ่มเสี่ยงคือ
มีอาการซึมเศร้าชัดเจน, โรคเรื้อรัง,
ผู้สูงอายุ, หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอด
, ผู้มีปัญหาสุรา/ยาเสพติด, ผู้ประสบ
ภาวะวิกฤตชีวิตและทรัพย์สิน)
4. จิตแพทย์สัญจร

ผลการดำเนินงานอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ

สถานการณ์

ปี 2560 อ.ท่าม่วง สูงกว่าเกณฑ์

ปี 2561 - ปี 2562 อ.ท่าม่วงผ่านเกณฑ์

Plan ปี 2563

1. ประชุมให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับแกนนำตำบล เพื่อไปส่งเสริมการสื่อสารเชิงบวกในครอบครัว/ชุมชน
2. เฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงในชุมชน (โรคเรื้อรัง, ผู้มีภาวะวิกฤติชีวิต, ผู้มีประวัติดื่มสุรา)

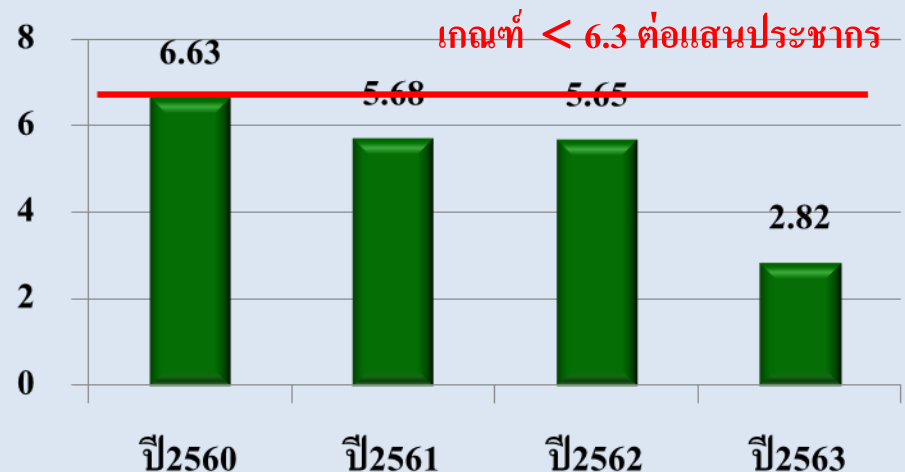
เกณฑ์ อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ < 6.3 ต่อแสนประชากร

จ.กาญจนบุรี ผลงาน ร้อยละ 6.74

เขต 5 ผลงาน ร้อยละ 5.38(ปี61)

ประเทศ ผลงาน ร้อยละ 6.32

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ



- ผลการดำเนินงานโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ -

สถานการณ์
ตกเกณฑ์

Plan ปี 2563

1. คัดกรองซึมเศร้าเชิงรุก
2. เน้นการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง
3. จิตแพทย์สัปดาห์ 1 ครั้ง / เดือน
 - จิตแพทย์พหุฯ ตรวจ อ.ท่าม่วง, อ.ด่านมะขามเตี้ย
 - จิตแพทย์มะเร็งรักษ์ ตรวจ อ.ท่าม่วง, อ.พนมทวน

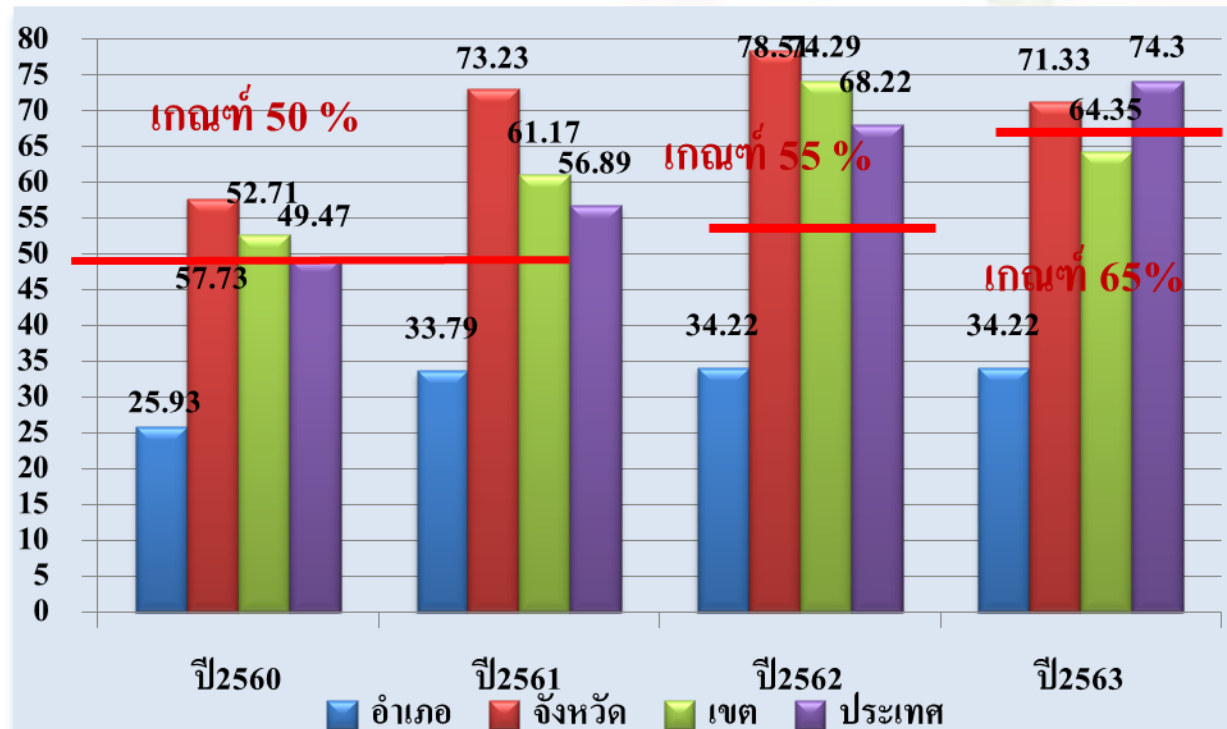
เกณฑ์ ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ $\geq$ ร้อยละ 65

จ.กาญจนบุรี ผลงาน ร้อยละ 71.33

เขต 5 ผลงาน ร้อยละ 64.35

ประเทศ ผลงาน ร้อยละ 74.30

ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



ผลการดำเนินงานเด็ก ADHD เข้าถึงบริการ

สถานการณ์

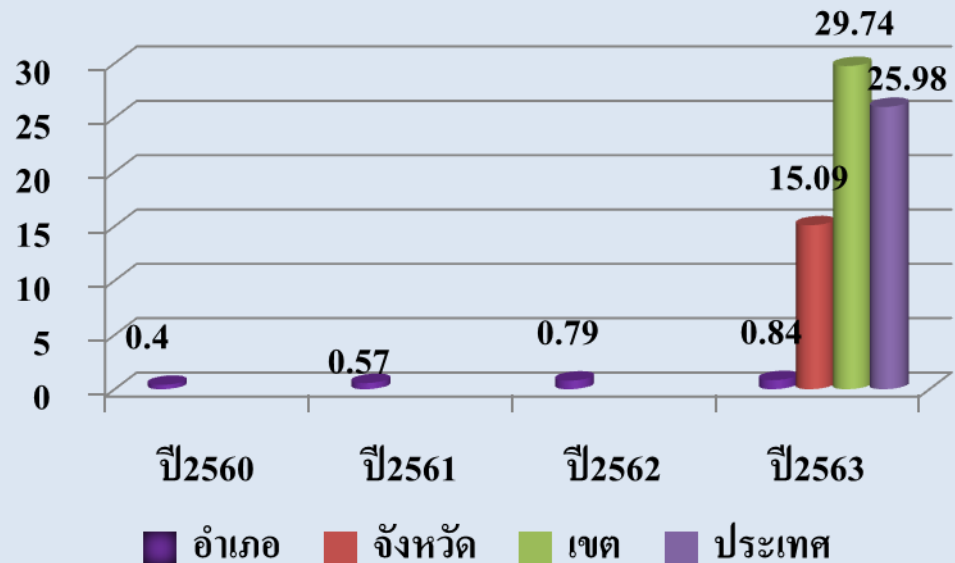
ตกเกณฑ์ ตลอด3ปีย้อนหลัง

Plan ปี 2563

1. คุณครูคัดกรองในโรงเรียน
2. รพ. ร่วมประเมินซ้ำ
3. นำเด็กกลุ่มเสี่ยงเข้าระบบการดูแล/รักษา

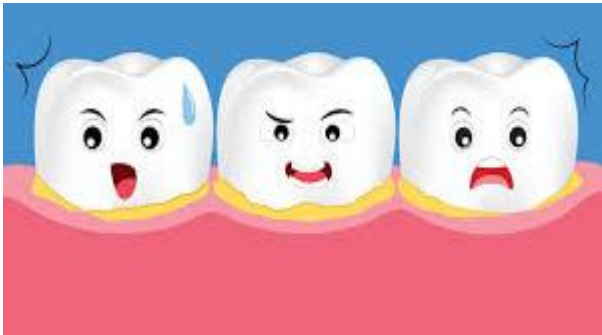
เกณฑ์ เด็ก ADHD เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิม $\geq$ ร้อยละ 5

● อ.ท่าม่วง	ผลงาน	ร้อยละ 0.84
● จ.กาญจนบุรี	ผลงาน	ร้อยละ 15.09
● เขต 5	ผลงาน	ร้อยละ 29.74
● ประเทศ	ผลงาน	ร้อยละ 25.98





SERVICE PLAN : สาขาสุขภาพช่องปาก





สาขาสุขาภช่องปาก

สถานการณ์

1. เด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ 60.2
2. รพ.สต.มีทันตภิบาล 10 แห่ง (1 แห่งมีทันตภิบาลแต่ไม่มียูนิตทันตกรรม 1 แห่งมียูนิตทันตกรรม ไม่มีทันตภิบาล)

สภาพปัญหา

เพิ่มการเข้าถึงบริการ



เป้าหมาย

1. ลดโรคฟันผุในกลุ่มเด็กวัยเรียน
2. รพ.สต.จัดบริการสุขาภช่องปากอย่างมีคุณภาพ
3. การเข้าถึงบริการสุขาภช่องปากของประชาชน

มาตรการ

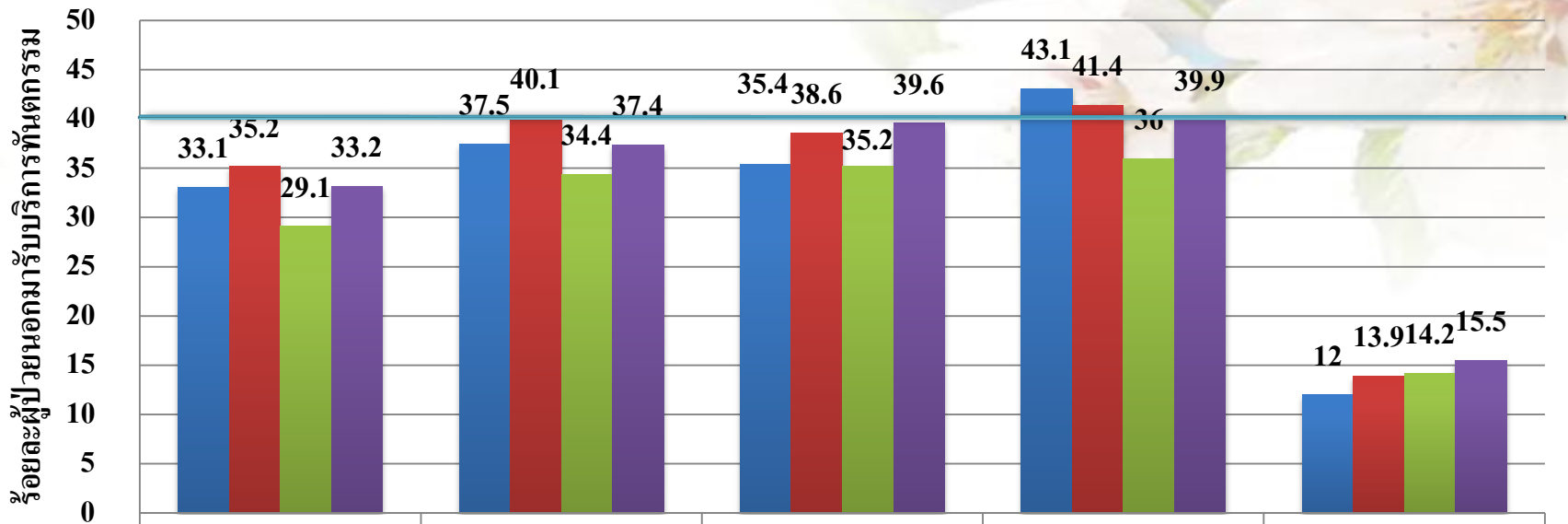
1. จัดหน่วยบริการทันตกรรมใน รพ.สต. ที่ไม่มีทันตภิบาล
2. การหมุนเวียนทรัพยากร
3. การร่วมมือในการให้บริการ



สาขาสุภาพช่องปาก



อัตราการให้บริการสุภาพช่องปากของประชาชนอ.ท่าม่วง (HDC 15 ม.ค 63)



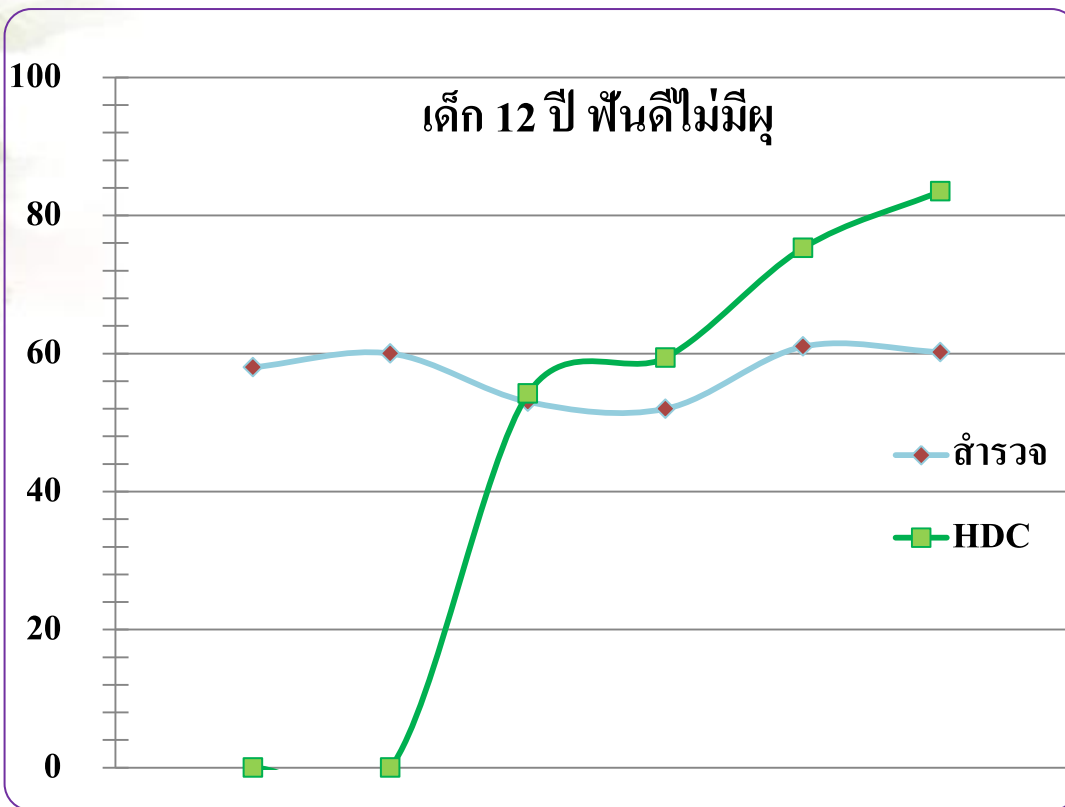
	2559	2560	2561	2562	2563
ท่าม่วง	33.1	37.5	35.4	43.1	12
กาญ	35.2	40.1	38.6	41.4	13.9
เขต 5	29.1	34.4	35.2	36	14.2
ประเทศ	33.2	37.4	39.6	39.9	15.5

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยนอกมารับบริการทันตกรรม (คนต่อสถานบริการ)											
	2560			2561			2562			2563		
	A	B	(A/B)100	A	B	(A/B)100	A	B	(A/B)100	A	B	(A/B)100
รพ.สต.ศาลเจ้าโพรงไม้	1,711	8,010	21.36	2,209	7,798	28.33	2,774	7,759	35.75	725	7,488	9.7
รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติ	353	11,825	2.99	17	11,820	0.14	0	11,077	0.00	0	10,758	0
รพ.สต.เขาดิน	3,393	6,590	51.49	1,550	6,622	23.41	1,387	6,627	20.93	162	6,590	2.5
รพ.สต.หนองขาว	1,230	6,301	19.52	1,462	6,639	22.02	2,632	6,684	39.38	586	7,418	7.9
รพ.สต.กร่างทอง	1,582	6,090	25.98	1,581	6,690	23.63	2,868	6,680	42.93	384	6,837	5.6
รพ.สต.เขาน้อย	2,181	4,997	43.65	1,776	4,969	35.74	2,019	4,955	40.75	597	4,837	12.3
รพ.สต.ม่วงชุม	990	4,482	22.09	1,987	4,523	43.93	1,757	4,635	37.91	380	4,542	8.4
รพ.สต.สระเศรษฐี	1,112	6,397	17.38	219	6,232	3.51	269	6,018	4.47	357	5,936	6
รพ.สต.ตลาดสำโรง	1,061	4,396	24.14	1,025	4,374	23.43	1,111	4,374	25.40	435	4,374	9.9
รพ.สต.ห้วยไร่	526	3,172	16.58	602	3,326	18.10	685	3,602	19.02	489	3,612	13.5
รพ.สต.ท่าตะคร้อ	539	3,041	17.72	745	3,064	24.31	807	3,074	26.25	281	3,059	9.2
รพ.สต.รางสาลี่	914	4,915	18.60	1,111	4,997	22.23	727	5,089	14.29	274	5,128	5.3
รพ.สต.หนองตากยา	1,239	3,558	34.82	894	3,615	24.73	1,438	3,625	39.67	406	3,606	11.3
รพ.สต.นพกิจโกศล	558	2,612	21.36	394	2,803	14.06	260	2,768	9.39	280	2,810	10
รพ.สมเด็จพระเจ้า	15,372	10,894	141.11	15,694	10,839	144.79	19,311	10,835	178.23	5,308	10,813	49.1
ท่าม่วง	32,761	87,280	37.54	31,266	88,311	35.40	38,395	89,111	43.1	10,664	89,143	12.0
กาญจนบุรี	251,055	625,653	40.13	245,788	637,030	38.58	260,560	629,919	41.36	87,466	628,838	13.9
เขต 5	1,461,464	4,254,122	34.35	1,490,108	4,239,147	35.15	1,499,612	4,167,532	35.98	588,020	4,124,830	14.2
ประเทศ	17,572,469	47,034,682	37.36	18,506,174	46,716,285	39.61	18,339,932	45,949,881	39.91	7,081,413	45,630,799	15.5



สาขาสุขาภช่องปาก

ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (คน) เป้าหมาย ร้อยละ 63
เพิ่มร้อยละ cavity free ร้อยละ 1 = $61.8 + 1 = 62.8$



	ร้อยละ cavity free
ท่าม่วง HDC 2 ต.ค. 2562	81.36
กาญจนบุรี HDC 2 ต.ค. 2562	84.04
เขต 5 HDC 2 ต.ค. 2562	79.74
ประเทศ HDC 2 ต.ค. 2562	83.48
ผลการสำรวจ ท่าม่วง ก.ย. 2562	60.2
สำรวจสถานะสุขภาพช่องปาก แห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560	66.7

เด็ก 6-12 ปี เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) CUP ท่าม่วง

ไตรมาส 1 ปี 2563

ข้อมูล 7 ม.ค. 2563



เด็ก 6-12 ปีในเขตรับผิดชอบ ได้รับการบริการทันตกรรม

หน่วยบริการ	จำนวนเด็กใน เขตรับผิดชอบ (B)	6-12 ปี ได้รับการ ตรวจ (A)	อัตราได้รับการ ตรวจ (A/B)*(100)	6ปีในเขต รับผิดชอบ	6ปีได้ Sealant	อัตราได้ sealant	นร 6-12 ปีได้รับ บริการทันต กรรม	ร้อยละ 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม
รพ.สต.ศาลเจ้าโพรงไม้	727	292	40.17	93	24	25.81	347	47.73
รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติ	837	193	23.06	96	2	2.08	249	29.75
รพ.สต.เขาดิน	469	85	18.12	65	1	1.54	108	23.03
รพ.สต.หนองขาว	607	252	41.52	68	11	16.18	279	45.96
รพ.สต.กร่างทอง	636	245	38.52	88	4	4.55	278	43.71
รพ.สต.เขาน้อย	421	208	49.41	45	5	11.11	229	54.39
รพ.สต.ม่วงชุม	367	161	43.87	35	2	5.71	180	49.05
รพ.สต.สระเศรษฐี	600	236	39.33	75	11	14.67	256	42.67
รพ.สต.ตลาดสำโรง	341	118	34.6	40	6	15	131	38.42
รพ.สต.ห้วยไร่	308	66	21.43	46	3	6.52	88	28.57
รพ.สต.ท่าตะคร้อ	244	135	55.33	37	3	8.11	149	61.07
รพ.สต.รางสาลี่	548	120	21.9	76	5	6.58	134	24.45
รพ.สต.หนองตากยา	287	113	39.37	32	7	21.88	129	44.95
รพ.สต.นพกิจโกศล	297	160	53.87	34	5	14.71	178	59.93
รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๕	769	200	26.01	75	5	6.67	255	33.16
ท่าม่วง	7458	2584	34.7	905	94	10.4	2990	40.1
กาญจนบุรี	61,731	11,932	19.33	7,892	200	2.53	14,766	23.92
เขต 5	351,719	48,544	13.80	44,048	737	1.67	72,351	20.57
ประเทศ	4,206,306	765,352	18.2	529,841	14,007	2.64	1,065,384	25.33

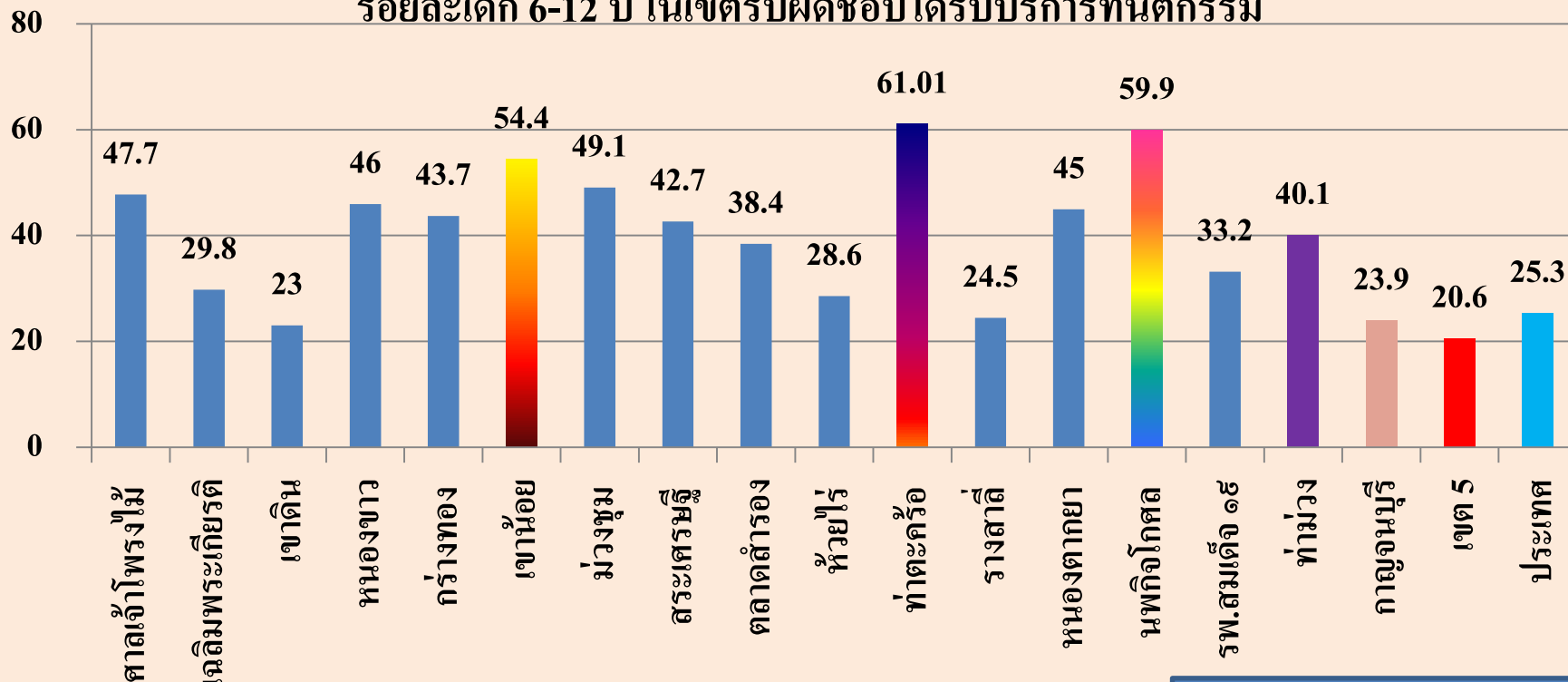
การเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กอายุ 6-12 ปี (คน) CUP ทำม่วง ปี 2563

หน่วยบริการ	เด็ก 6-12 ปีได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟัน
รพ.สต.ศาลเจ้าโพรงไม้	251
รพ.สต. เณลิมพระเกียรติ	0
รพ.สต.เขาดิน	0
รพ.สต.หนองขาว	238
รพ.สต.กร่างทอง	159
รพ.สต.เขาน้อย	136
รพ.สต.ม่วงชุม	127
รพ.สต.สระเศรษฐี	155
รพ.สต.ตลาดสำโรง	124
รพ.สต.ห้วยไร่	108
รพ.สต.ท่าตะคร้อ	100
รพ.สต.รางสาลี่	77
รพ.สต.หนองตากยา	177
รพ.สต.นพกิจโกศล	144
รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๕	232
ทำม่วง	2,028
กาญจนบุรี	2,956
เขต 5	8,434
ประเทศ	121,063



ข้อมูล 7 ม.ค. 2563

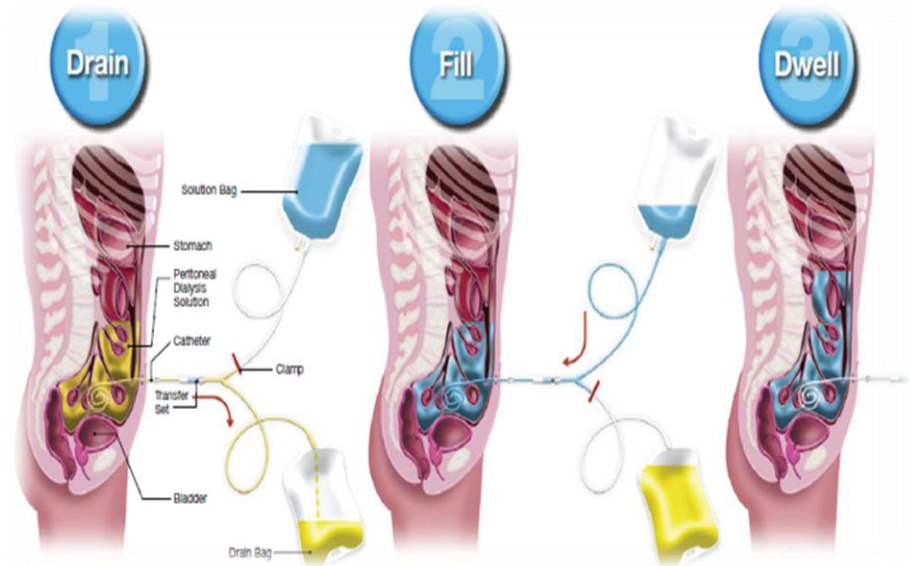
ร้อยละเด็ก 6-12 ปีในเขตรับผิดชอบได้รับบริการทันตกรรม



ข้อมูล 7 ม.ค. 2563

ปัญหา / อุปสรรค	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
1. พื้นที่ที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบมากเป็นพื้นที่ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำรพ.สต.	- จัดหาทันตภิบาลประจำนอกเหนือจากการหมุนเวียน ทันตบุคลากรภายใน CUP
2. ความร่วมมือในการประสานงานควบคุมกำกับในรพ.สต.ที่โอนย้ายไปอยู่กับองค์กรท้องถิ่น	- ผู้บริหารในระดับสูงช่วยขับเคลื่อนผลักดัน

สาขาโรคไต





CKD

KPI : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 4 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr} \geq 66 \%$

สถานการณ์

	ปี61	ปี62	ปี63/1
กลุ่มเสี่ยง คัดกรอง	67.73	70.59	56.46
อัตราการลดลง ของ eGFR	54.46	61.2	53.13
Unplanned Dialysis ($< \text{ร้อยละ} 20$)	40	61.1	50 (4/8)
CKD 5 ปฏิเสธ RRT ที่ได้รับ คำแนะนำ Palliative care 100%	53	61.5	69.23 (9/12)

สภาพปัญหา

- eGFR ลดลง $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$ 57.26% ต่ำกว่าเป้าหมาย
- Unplanned Dialysis (Emergency Vascular acc) 40% สูงกว่าเป้าหมาย

เป้าหมาย

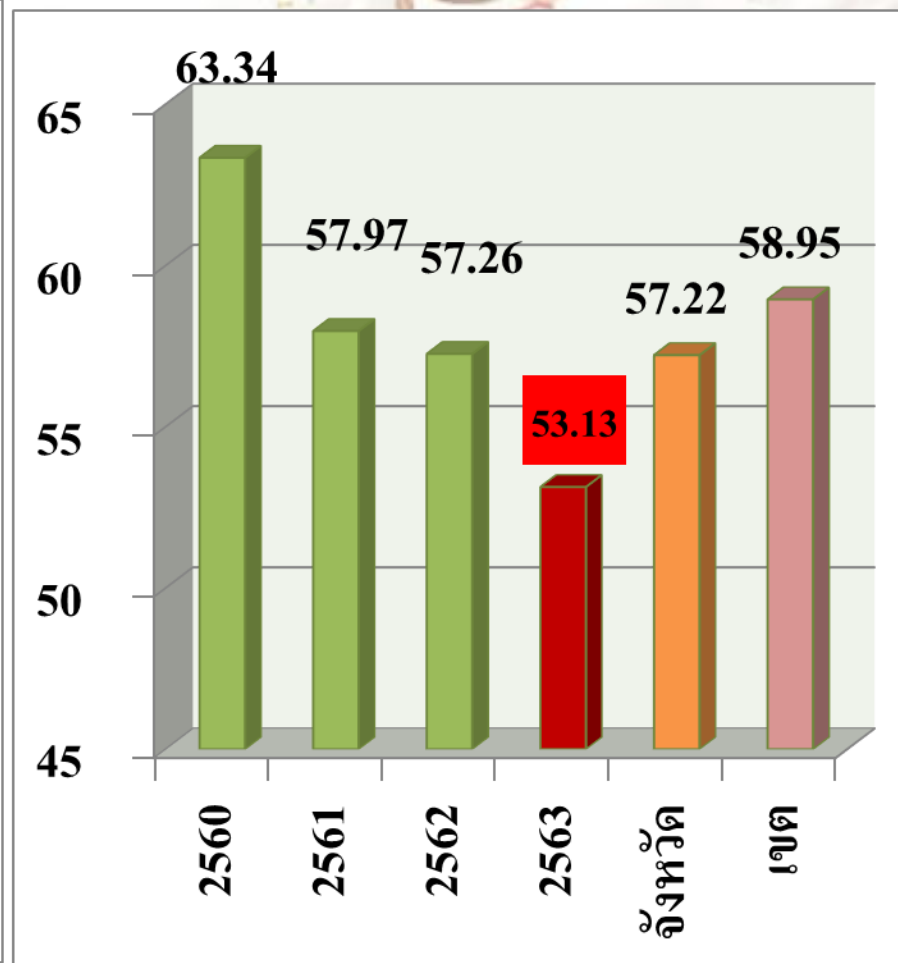
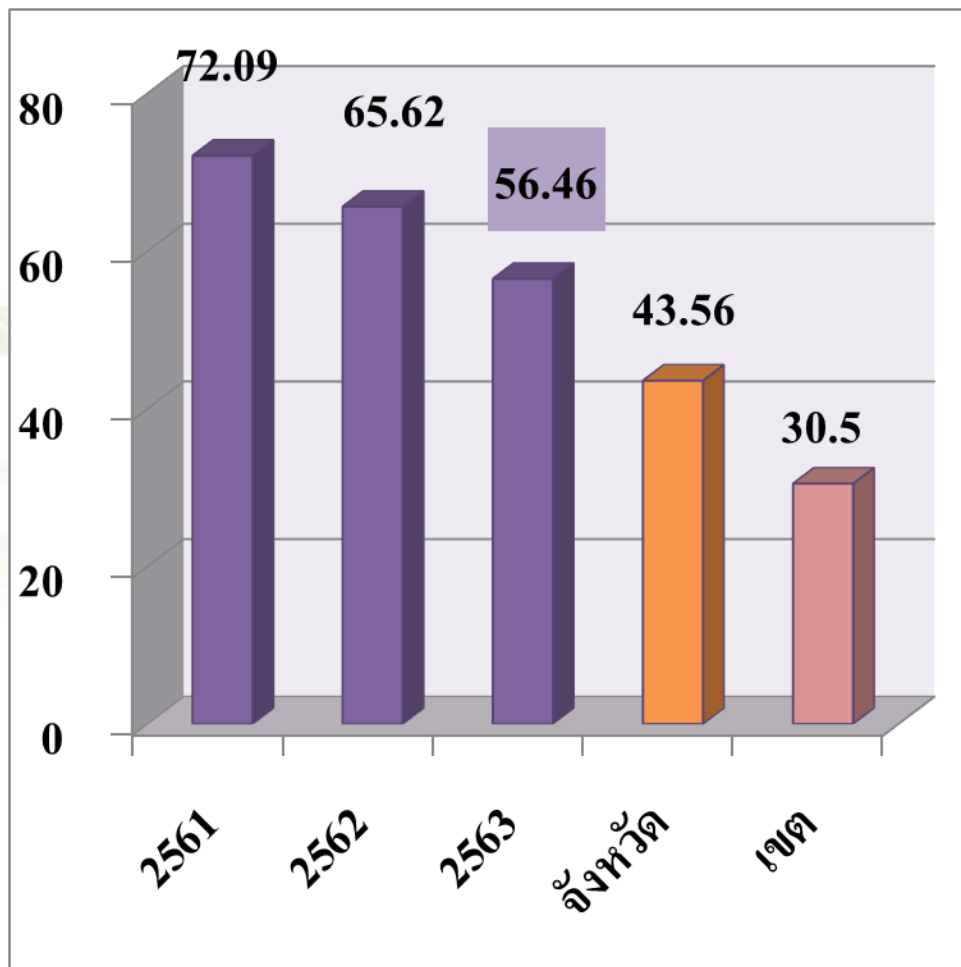
- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง $> 80\%$
- อัตราการลดลงของ eGFR $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr} > 66 \%$
- Unplanned Dialysis (Emergency Vascular acc) $< \text{ร้อยละ} 20$
- CKD 5 ปฏิเสธ RRT ได้รับคำแนะนำ Palliative care 100%

มาตรการ

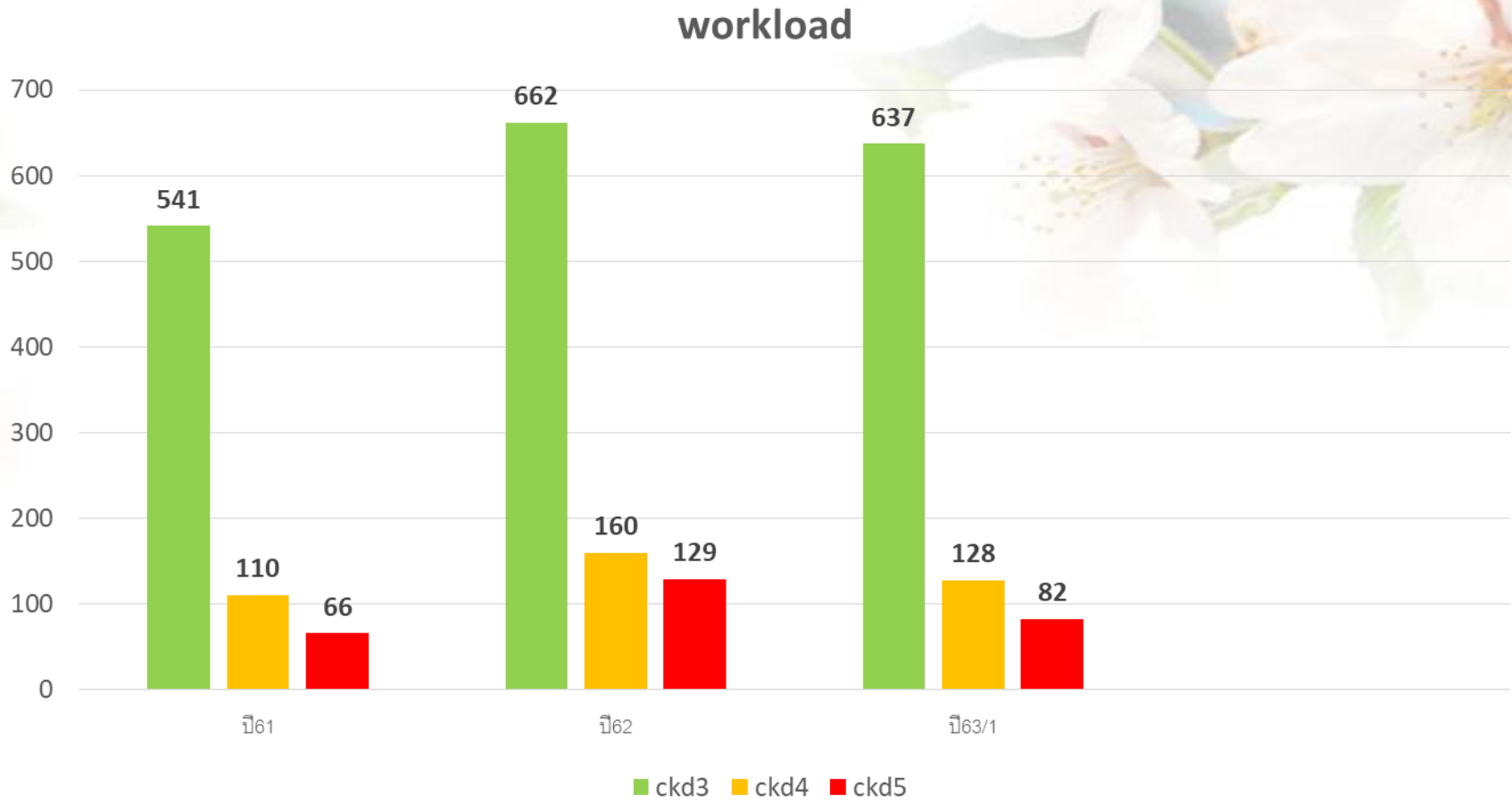
- พัฒนาศักยภาพการให้บริการ CKD Clinic ถึงระดับ รพ.สต. บูรณาการร่วมกับ NCD
- ขยายบริการ CKD /NCD Clinic ถึง PCC
- ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ
- Palliative care ผป. CKD 5 ในรายชื่อที่เหมาะสม

ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหา
และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เกณฑ์ 80%

ค่าeGFR ลดลง <4 ml/min/1.73m²/ปี >65 %



จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage





CKD

แผนงาน/โครงการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
1. จัดประชุมวิชาการเรื่องการชะลอไตเสื่อมและการดูแลผู้ป่วย CAPDแก่พยาบาลผู้รับผิดชอบและ อสม. ทั้ง 14 รพสต.	พ.ค.-ก.ค.63
2. NCD/CKD สัญจร ในรพสต.การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	มี.ค.-ต.ค. 63
3. อบรม Palliative care ในผู้ป่วย CKDร่วมกับทีม	ส.ค.63





CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- มี CKD Clinic ครอบคลุม PCC และเชื่อมโยง รพสต. รอดำเนินการ
- ให้บริการ สุขศึกษาทั้งรายกลุ่ม รายเดี่ยวที่ CKD Clinic โดยการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ขยายบริการ NCD/CKD Clinic แบบเครือข่าย



บทลึกร้อย !

ของงานลึกล้าน !

มาเย็น
ให้พื้นที่เต็ม





CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- วางแผน Palliative care ในผู้ป่วย CKD 5
- จัดกิจกรรมวันไตโลกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนมีนาคม
- เปิดให้บริการการวางสาย Peritoneal catheter
- ให้บริการดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อน/หลังวางสาย Peritoneal catheter
- ให้บริการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดที่มา F/U ตามนัด
- มีการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มีปัญหาต่างๆ ร่วมกันกับทีม



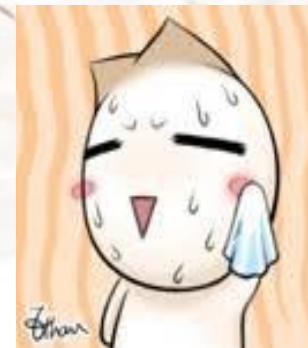


CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา



มีการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มี
ปัญหาต่างๆ ร่วมกันกับทีม





CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา



เยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อน/หลังทำCAPD

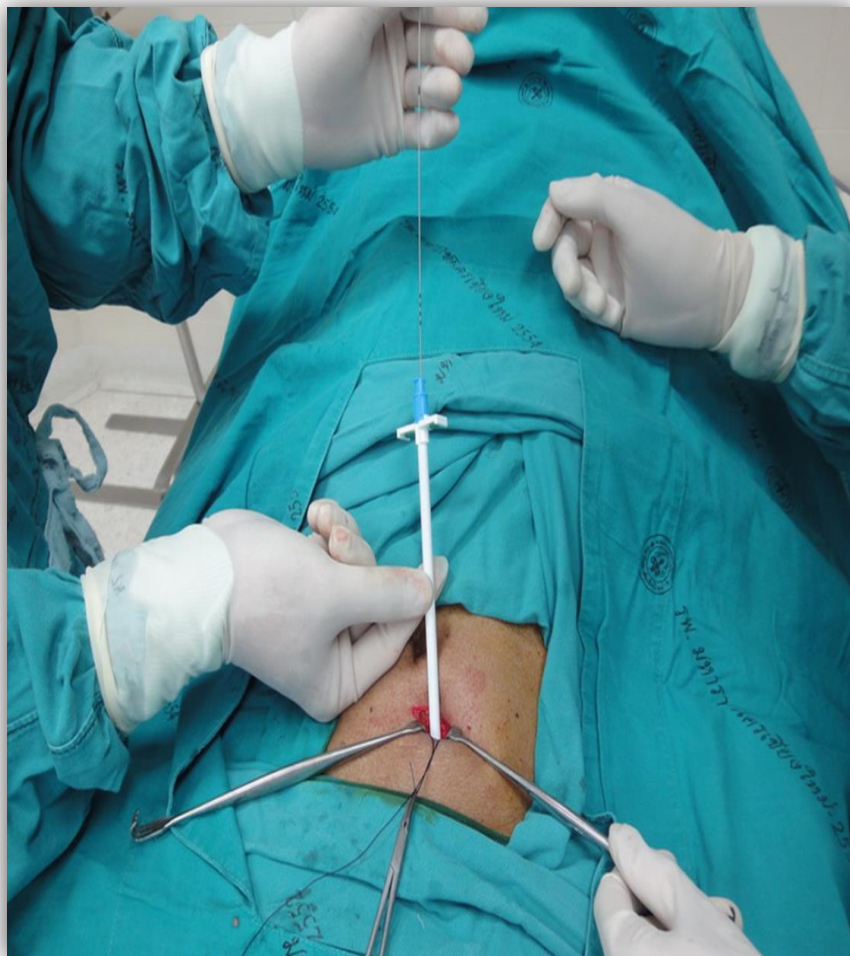




CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

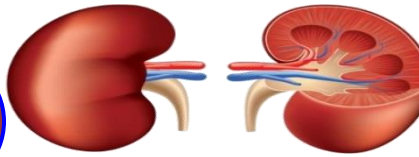
Peritoneal catheter





CKD

ผลการดำเนินงาน



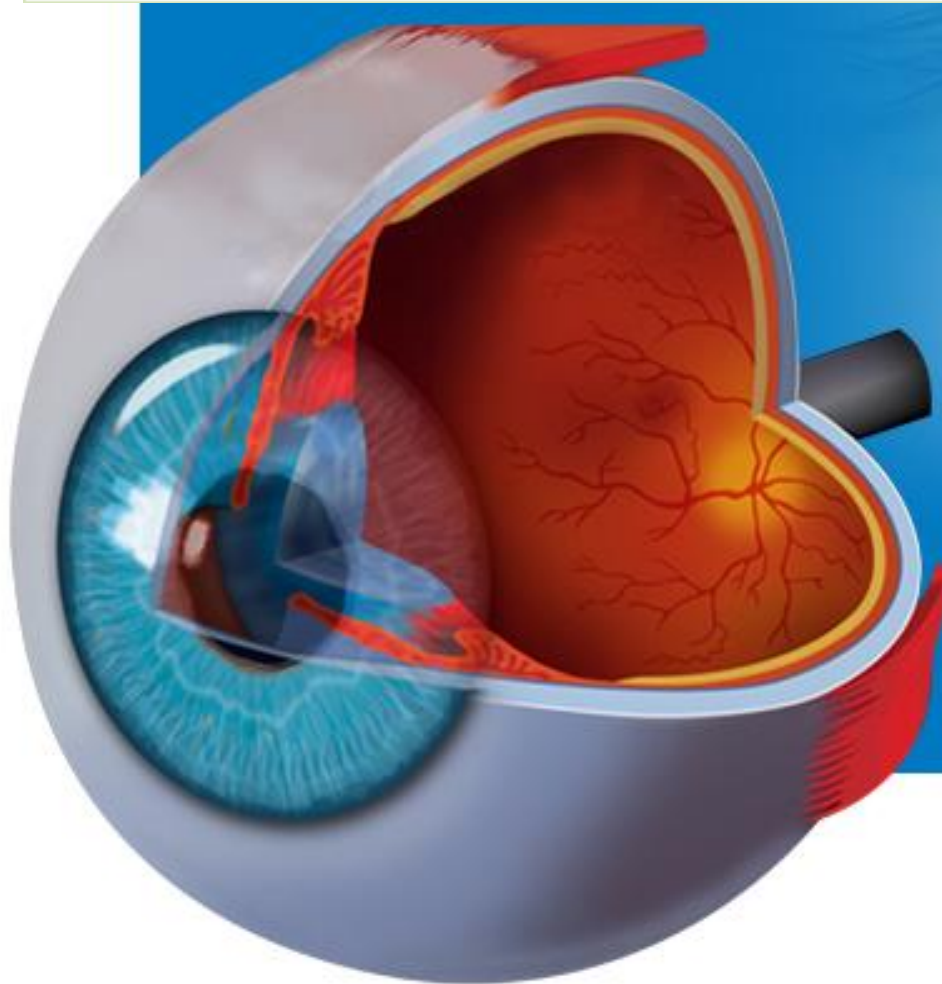
ปัญหา อุปสรรค

- มี CKD Clinic ครอบคลุม PCC และเชื่อมโยง รพสต. รอดำเนินการ
- ให้บริการ สุขศึกษาทั้งรายกลุ่ม รายเดี่ยวที่ CKD Clinic โดยการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- ขยายบริการ NCD/CKD Clinic แบบเครือข่าย
- วางแผน Palliative care ในผู้ป่วย CKD 5
- จัดกิจกรรมวันไตโลกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือนมีนาคม
- เปิดให้บริการการวางสาย Peritoneal catheter
- การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง
- การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดที่มา F/U ตามนัด

- คิวทำ Vascular access ในผู้ป่วย HD รอนาน
- การเริ่มทำ Dialysis แบบ Emergency ในผู้ป่วย ESRD ยัง สูง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
- ในคลินิกที่เกิดภาวะ ESRD คิดเป็น **38.88%(7/18)**
- นอกคลินิก ที่เกิด ภาวะ ESRD คิดเป็น **27.7%(5/18)**
- อัตรากำลังใจไม่พอในการให้บริการ (วันจันทร์) เนื่องจาก จำนวนผู้ป่วย ไม่ต่ำกว่า 40-50 ราย
- การจัดการบริหารทาง Clinic ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมี พยาบาลคนเดียว
- คนใช้ HD ไม่มีคิวฟอก เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น



สาขา โรคตา





ตา

KPI : ร้อยละ Blinding Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน >85%

สถานการณ์

ปี 2562

1. การคัดกรองสายตาสายตาผู้สูงอายุ > 75% ($9,357/18,227 = 51.36\%$)
2. Blinding Cataract ผ่าตัดภายใน 30 วัน 80% ($98/98 = 100\%$)
3. Severe low vision cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน 80% ($104/104 = 100\%$)
4. คัดกรองเบาหวานจอตา >60% ($3,428/5,596 = 61.15\%$)
5. High risk DR ได้รับการรักษาภายใน 30 วัน 100% ($32/32 = 100\%$)

สภาพปัญหา

1. การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก
2. ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับการตรวจจอประสาทตาตามเกณฑ์
3. การบริการแว่นตาเด็ก

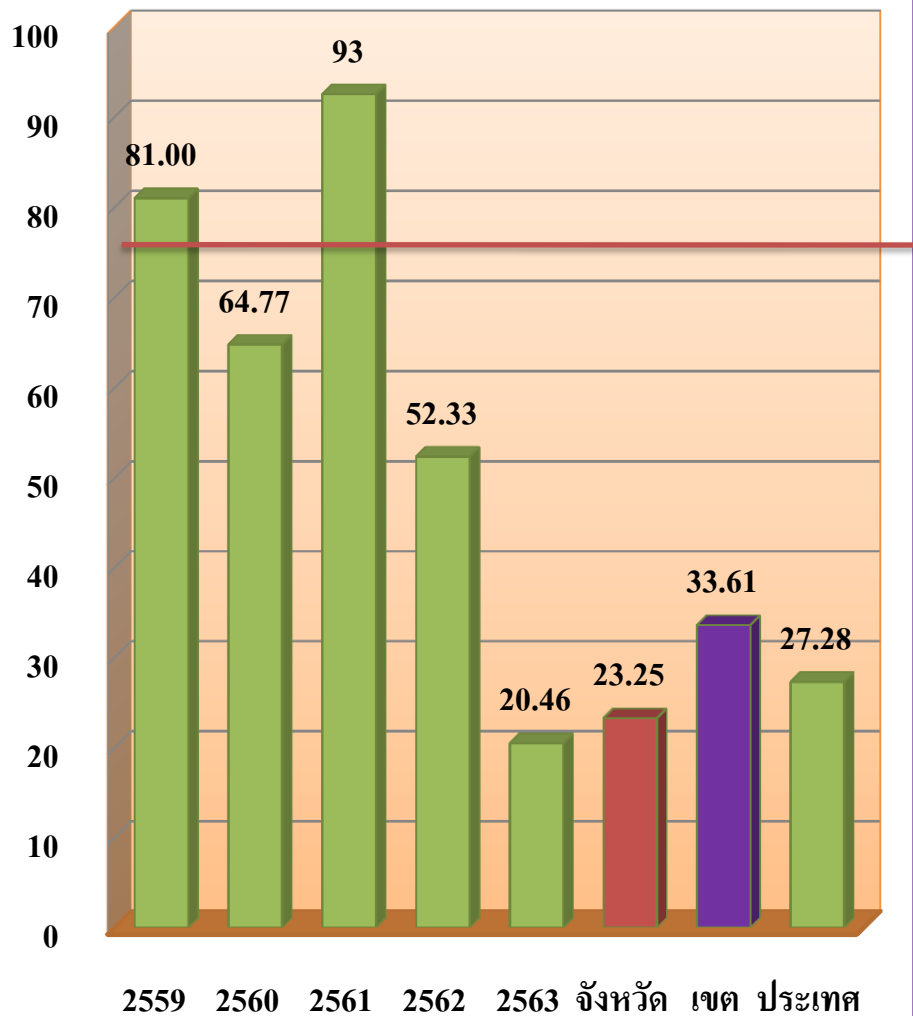
เป้าหมาย

1. สูงอายุ 60 ปีได้รับการคัดกรองสายตา ร้อยละ 75
2. ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 85
3. การคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ร้อยละ 60
4. ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นจอประสาทตาได้รับการรักษาใน 30 วัน ร้อยละ 100

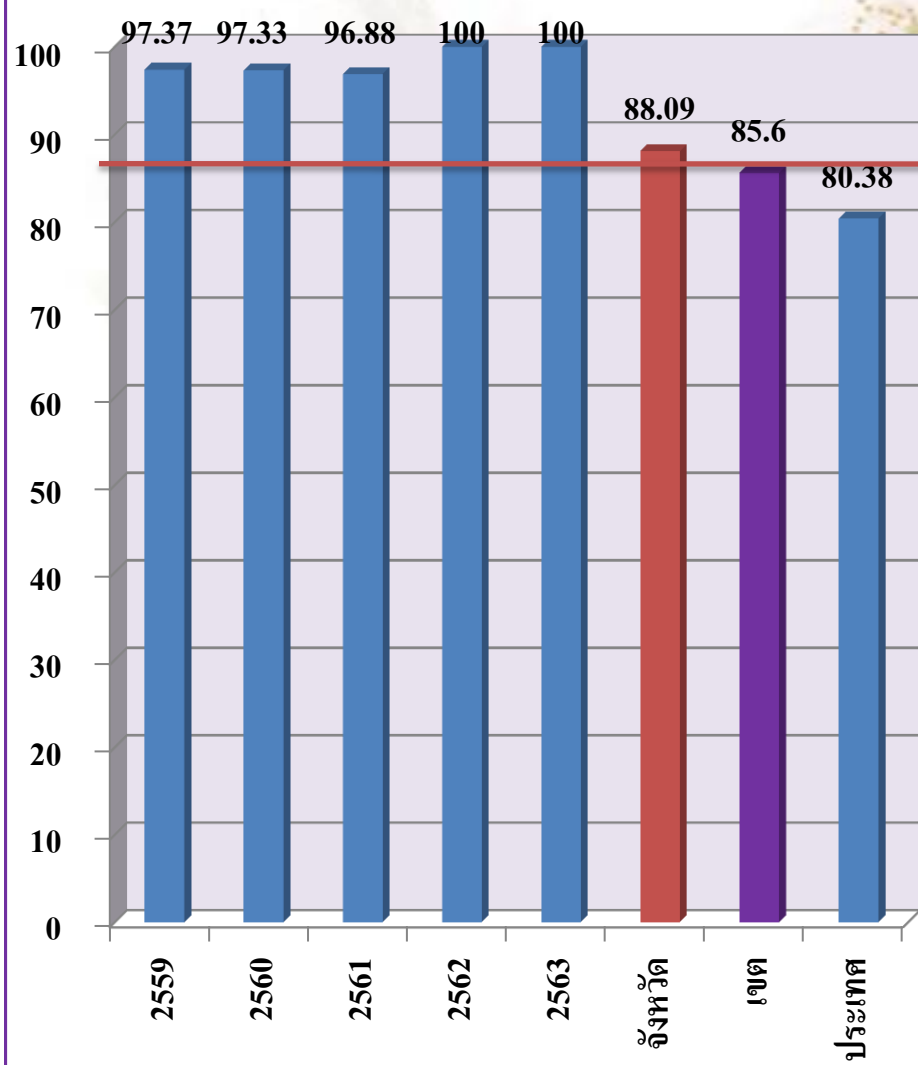
มาตรการ

- ❖ คัดกรองและแก้ไขโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดที่ป้องกันได้

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา > 75 %



Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 85

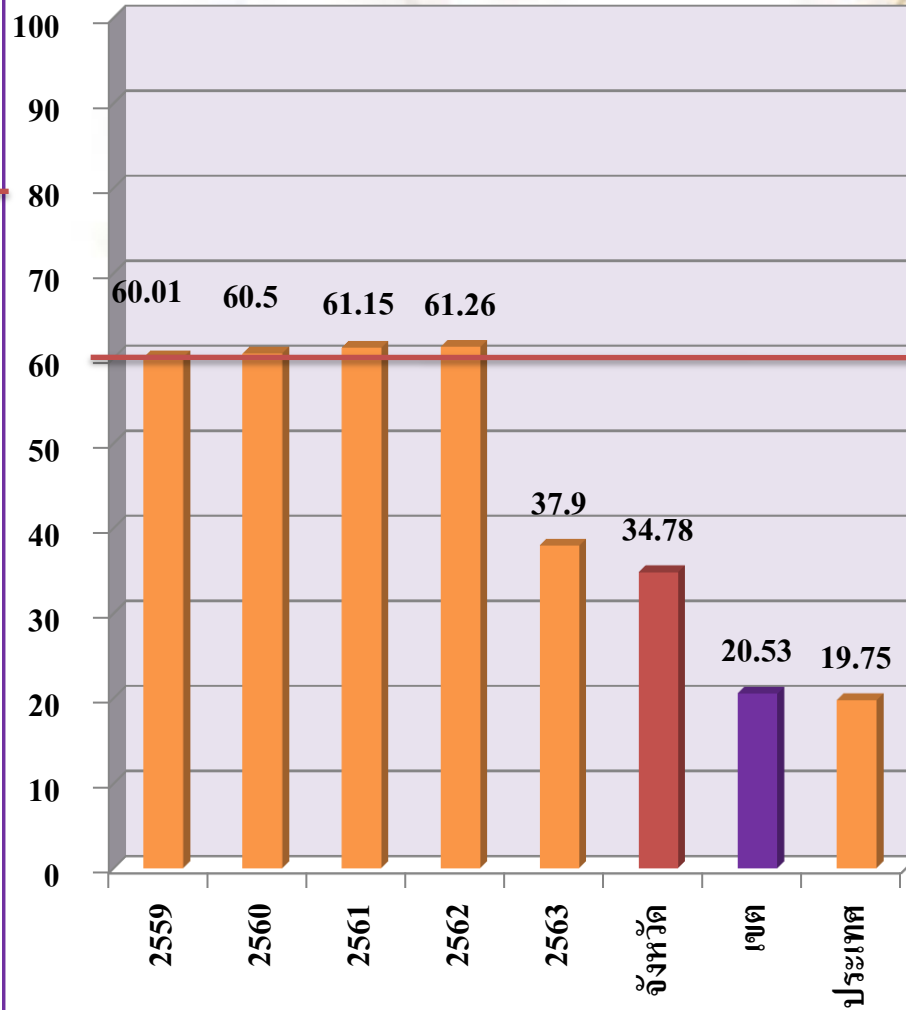
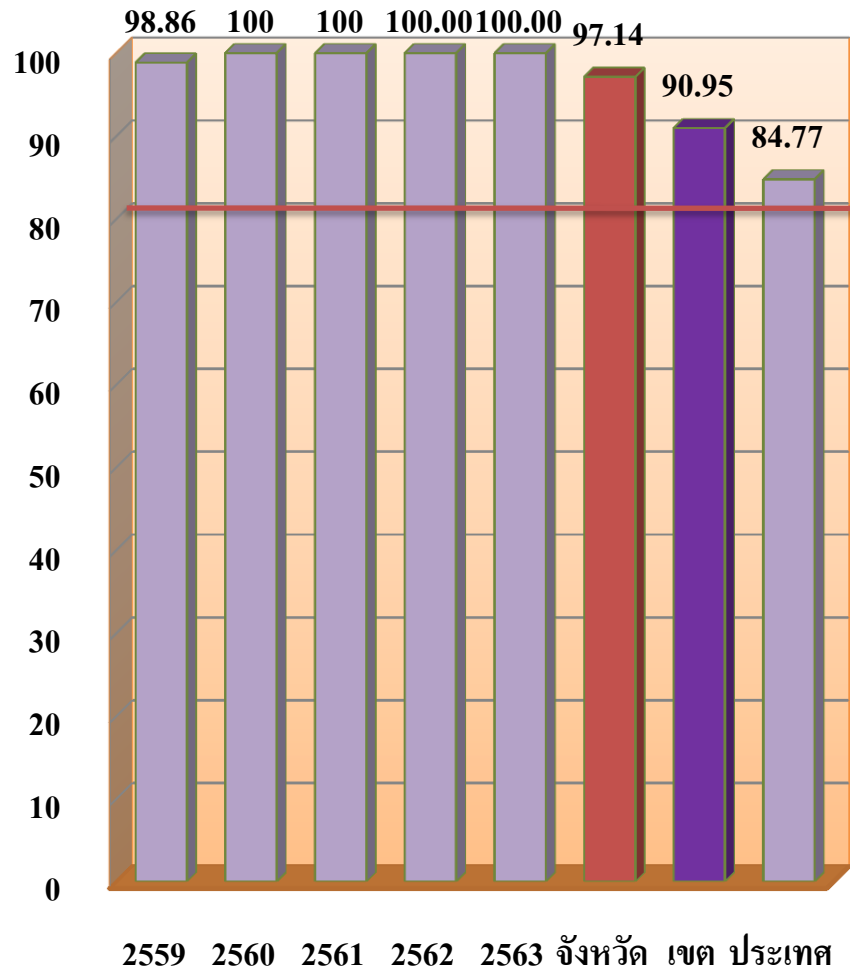


A	14,312	11,853	16,777	9,357	3,865
B	17,567	18,299	18,132	18,227	18,882

A	74	73	93	98	15
B	76	75	96	98	15

Severe low Vision Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน ร้อยละ 80

การคัดกรองเบาหวานจอประสาทตาร้อยละ 60



A	87	82	99	104	25
B	88	82	99	104	25

A	2,641	3,404	3,219	3,428	2,037
B	4,401	5,626	5,264	5,596	5,374



ตา

แผนงาน/โครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. โครงการคัดกรองตาในผู้ป่วยเบาหวาน	ต.ค.-ธ.ค.	30,000
2. จัดตั้งทีมถ่ายภาพ Fundus Camera (ที่เป็นงานหลัก)	-	-
3. เชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างโปรแกรม Vision 2020 กับ Hos-xp	-	-
4. สนับสนุนแว่นตาเด็ก	-	-

ปัญหา / อุปสรรค

- ขาดทีมถ่ายภาพ Fundus Camera (ที่เป็นงานหลัก)
- การคัดกรองสายตาส่งอายุยังต่ำกว่าเกณฑ์ 52.33%

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

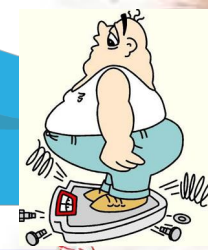
- จัดตั้งทีมถ่ายภาพ Fundus Camera (ที่เป็นงานหลัก)
- เครื่องมือในการเชื่อมโยงข้อมูลการตรวจคัดกรอง DR ระหว่างจังหวัด รพช. ปทุมธานี เพื่อลดภาระงานเจ้าหน้าที่ไม่ต้องตรวจซ้ำซ้อน

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM-HT)

คุณมี**ปัญหา**เหล่านี้หรือไม่?



โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)



สถานการณ์

1. DM ควบคุมน้ำตาลได้ดี 38.13%
2. HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 50.82%
3. ผู้ป่วยเบาหวานความดัน ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกทางไตร้อยละ 70.59%
4. ผู้ป่วยเบาหวานความดัน ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 96.54%

สภาพปัญหา

1. DM/HT ไม่สามารถ ควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี
2. อัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง ขาดการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องและขาดการเข้าถึงรายบุคคล

เป้าหมาย

1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ ≥ 40
2. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ≥ 50
3. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรองภาวะแทรกทางไต ร้อยละ 80
4. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 90

มาตรการ

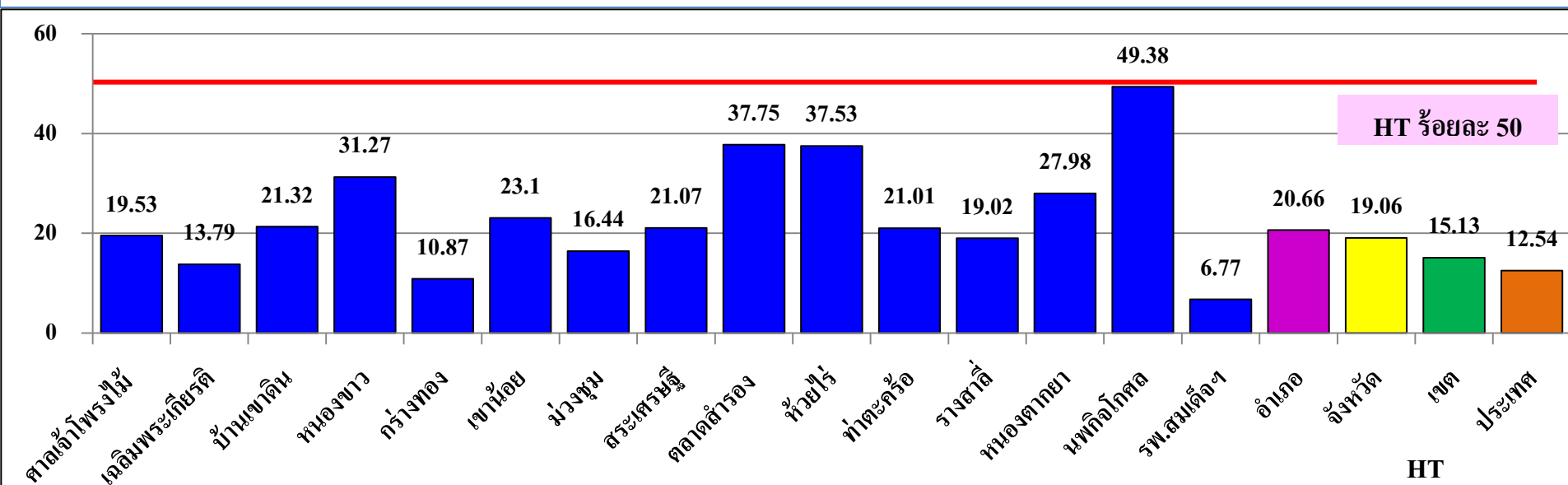
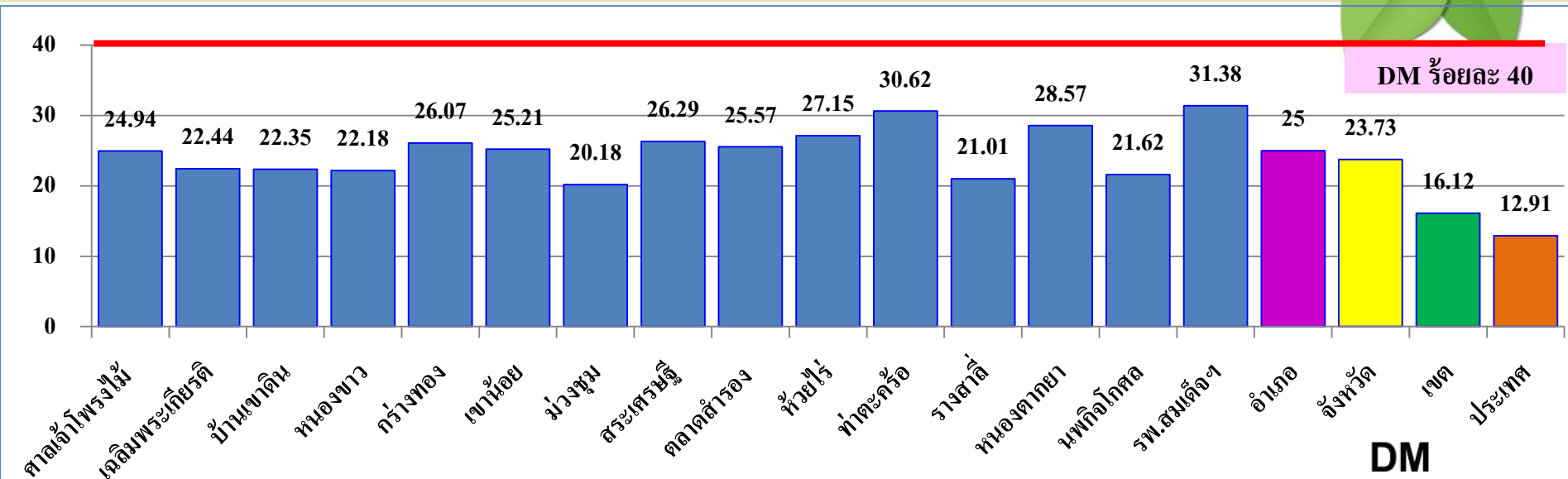
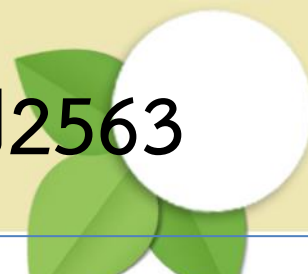
- ☐ **พัฒนาคุณภาพมาตรฐานบริการ**
 1. แนวปฏิบัติ CPG : DM HT
 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: จัดการรายกรณี
 3. กลุ่มเสี่ยง CVD risk > 20 ทำ Mapping
- ☐ **พัฒนาบุคลากร**
 - หลักสูตร Case manager mini CM /CNN
- ☐ **พัฒนาระบบข้อมูล**
 1. 43 แห่ง HDC
 2. การขึ้นทะเบียนรักษา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)



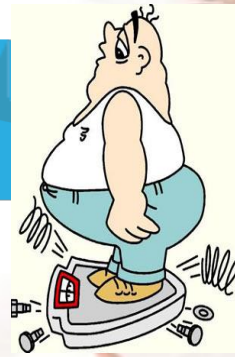
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick win	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
DM ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 40	ร้อยละ 25			
HT ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50	ร้อยละ 20.66			
Quick win	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรอง ภาวะแทรกทางไต ร้อยละ 80	ร้อยละ 56.47			
Quick win	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 90	ร้อยละ 66.32			

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันควบคุมได้ดี ปี2563





โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)



- ❖ ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
- ❖ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันได้ดีร้อยละ 50

กิจกรรม

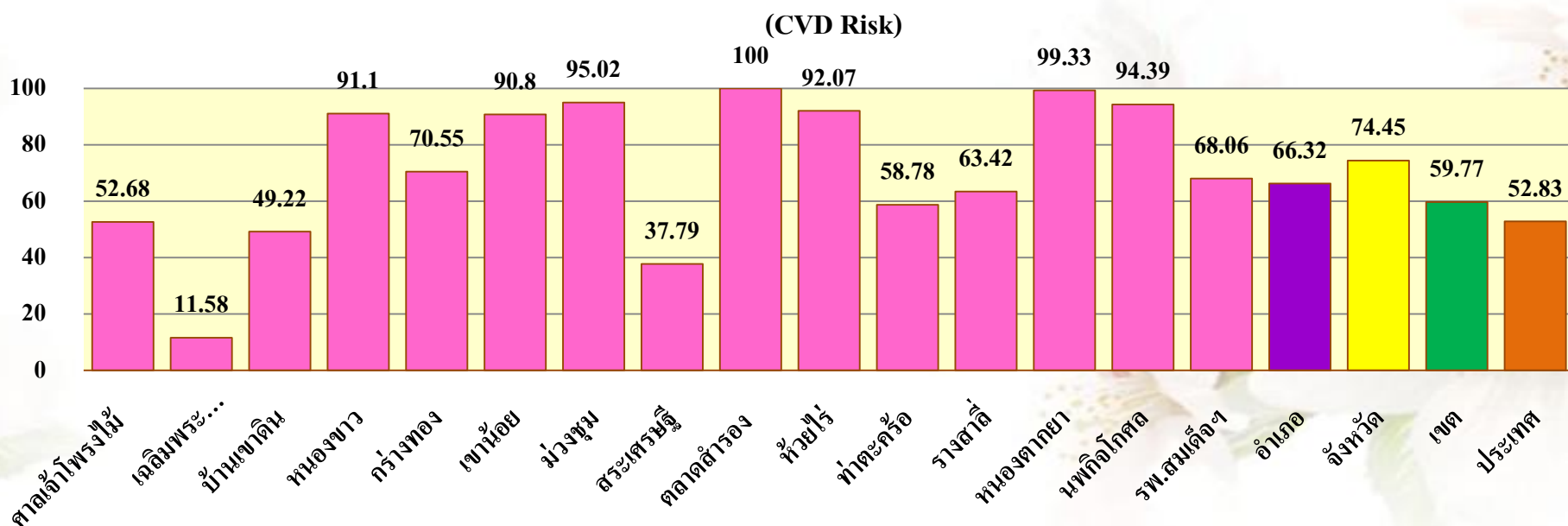
1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม SMBG และ Home BP
2. จัดการดูแลผู้ป่วยแบบการจัดการรายกรณี (case manager/mini case manager)
3. โปรแกรมการให้สุขศึกษารายกลุ่ม (OPD) => งานโภชนาการ/งานสุขศึกษา/เภสัชกร => -ขาดสถานที่
4. กิจกรรม self health group ในผู้ป่วยที่ admit ในโรงพยาบาล (IPD)

ปัญหา / อุปสรรค

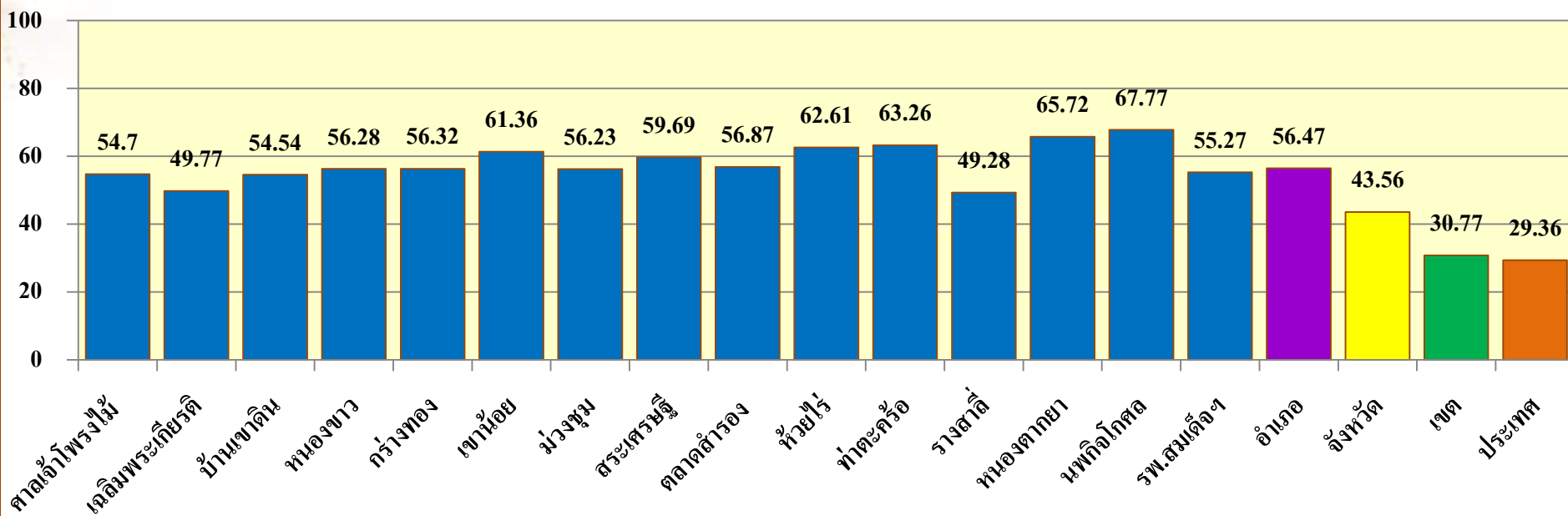
ขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง เป็นช่วงฤดูกาลที่มีผลไม้ เช่นเงาะ มังคุด ทุเรียน



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

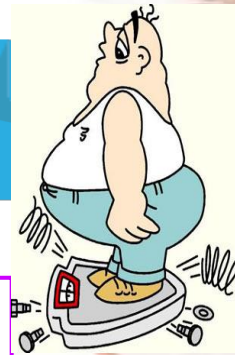


ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง





โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)



❖ ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรอง CVD risk ร้อยละ90

กิจกรรม

1. คัดกรอง CVD risk ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง => คัดกรองบุหรีใน SpPP 1B52-509 + z136 + รอบเอว (QW 80 90 100 100)
2. ประชาสัมพันธ์ เตือนภัย MI stroke
3. mapping กลุ่มเสี่ยงสูง + ทำทะเบียนผู้ป่วยที่มี CVD risk > 20
4. ก็นข้อมูลให้ชุมชน
5. ส่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยง

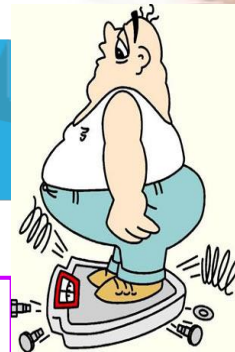
ปัญหา / อุปสรรค

- ขาดบุคลากรในการก๊อข้อมูล (ก๊อคัดกรอง+ mapping)
- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ต่อเนื่องในการลดปัจจัยเสี่ยง





โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)

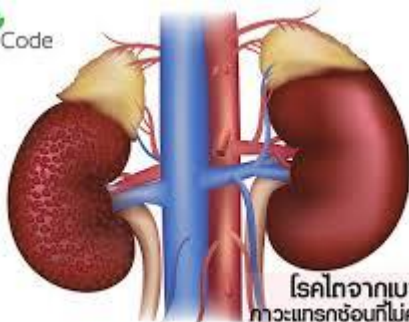


❖ ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรองภาวะแทรกทางไต ร้อยละ 80

กิจกรรม

1. คืบข้อมูลพ.ที่ไม่ได้ตรวจปัสสาวะ ให้พท. คัดกรองเชิงรุกเพิ่ม
2. ปรีกษา IT การส่งออกข้อมูลพ.ที่ตรวจ UA แล้ว แต่ข้อมูลไม่เ้า

Natural Code



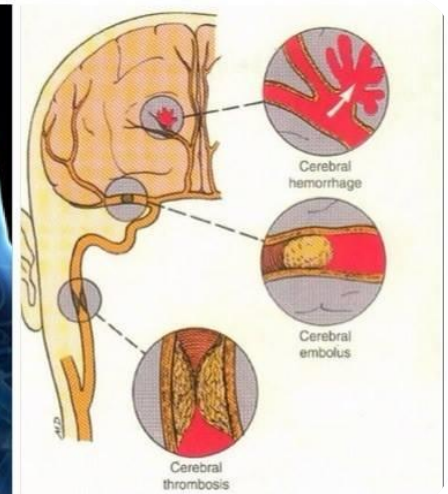
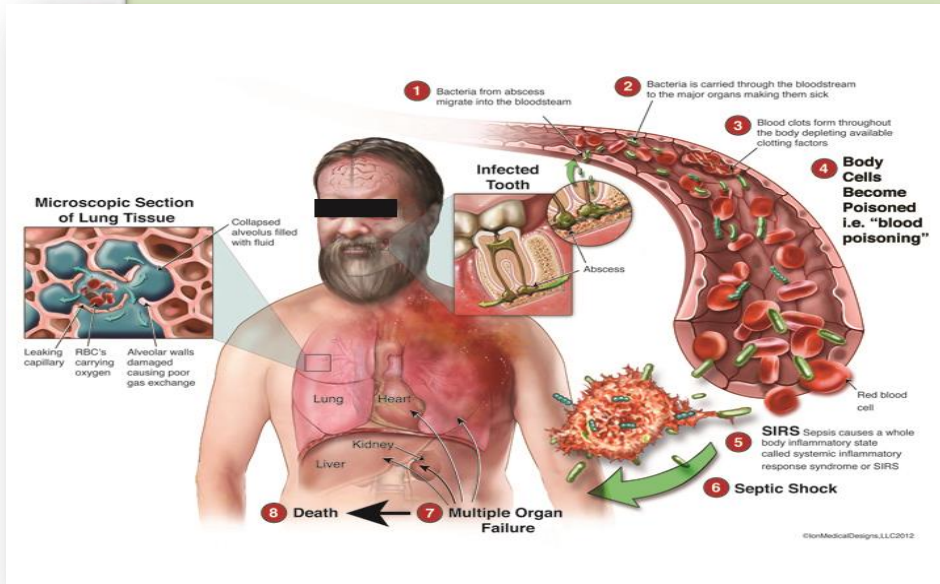
โรคไตจากเบาหวาน
ภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ควรมองข้าม

ปัญหา / อุปสรรค

มีพ. 571 ราย จาก 11667 ราย ได้รับการตรวจแต่ cr. แต่ไม่ได้รับการตรวจปัสสาวะ(คัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ร้อยละ 80 (Cr+ Urine alb./UMA/UPCR)



Stroke





Fast track : Stroke

KPI : ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคสมอง (Stroke I60-I69) < ร้อยละ 7

สถานการณ์

ปี 2562

- อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่เป้าหมาย ไม่เกิน 200:แสนประชากร (190.57)
- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ได้ตามเวลาที่กำหนดเป้าหมาย 50% (45.78%)
- อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องเป้าหมาย 100% (91.48%)
- อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ เป้าหมาย 80% (92.19%)

สภาพปัญหา

- ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการล่าช้า
- ไม่ทราบอาการเตือน/ระยะเวลา
- อาการไม่ชัดเจน
- ผู้ป่วย HT ขาดยา
- กลุ่ม NCD ไม่ได้รับการปรับพฤติกรรมในเรื่องสูบบุหรี่/สุรา

เป้าหมาย

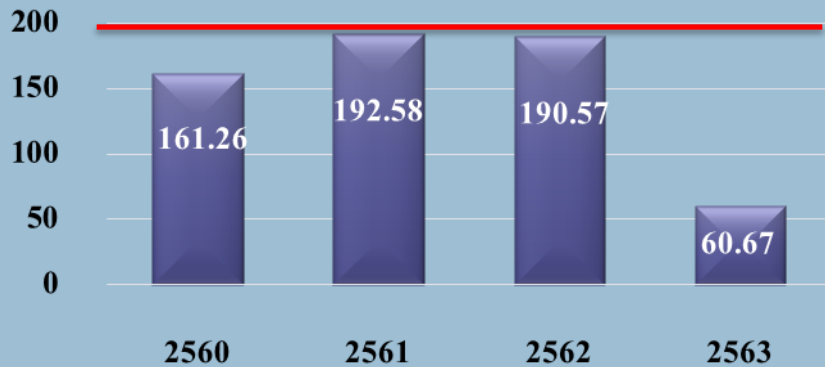
- อัตราการตาย Stroke < 7%
- อัตราการตาย Hemorrhagic Stroke < 25%
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic:I63) < 5 %
- Door to needle time in 60 min $\geq$ ร้อยละ 50
- Stroke ที่มีอาการภายใน 72 hr. เข้ารับการรักษาใน stroke unit $\geq$ 40%
- Door to operation room time in 90 min > 60%

มาตรการ

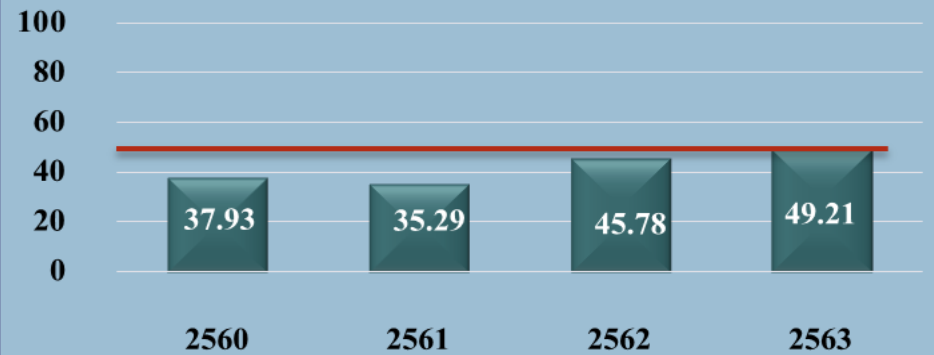
- มีการคัดกรองและให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่ม CVD Risk ร่วมกับ NCD
- เพิ่มองค์ความรู้เจ้าหน้าที่
- พัฒนาระบบการติดตามขาดนัด/ขาดยา
- พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ Stroke Fast Track

ผลการดำเนินงานสาขาอายุรกรรม (Stroke) ปีงบประมาณ 2560-2563

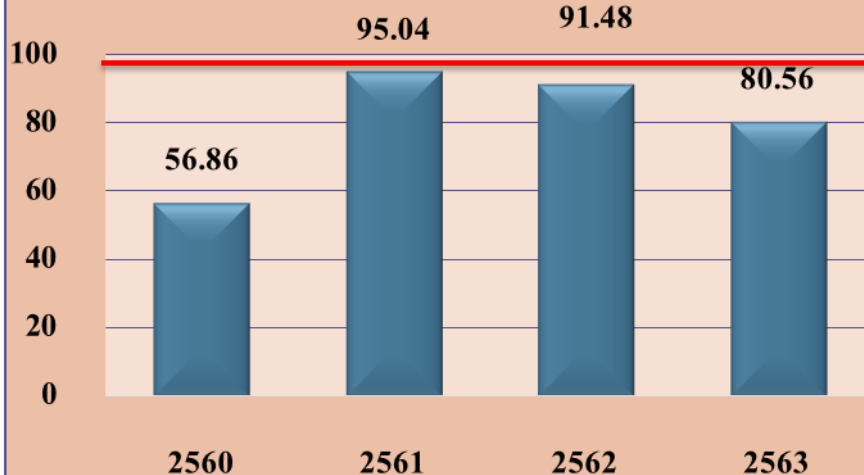
อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(Acute stroke) รายใหม่
ไม่เกิน 200:แสนประชากร



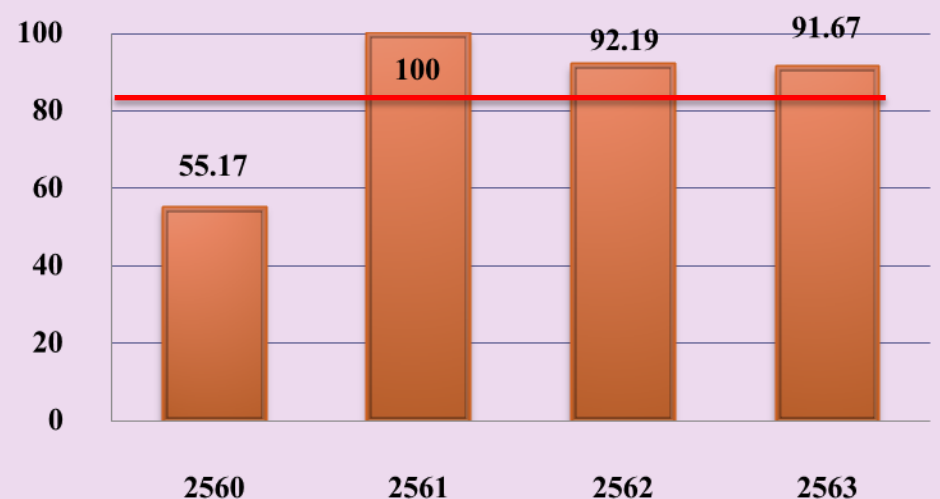
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบ
แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด 50%



อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและ
ดูแลต่อเนื่อง100%



อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแล
ต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 80%





Fast track : Stroke

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 57	ปี 58	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ต.ค.-ธ.ค.)
1. อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่	ไม่เกิน 200: แส่น ปชก.	165.32	132.82	128.47	161.26	192.58	190.57 (166 ราย)	60.67 (53 ราย)
2. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด	50%	9.37	26.41	38.93	37.58	40.35	45.78 (76 ราย)	49.21 (31 ราย)
3. อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	100%	NA	NA	57.5	65.10	95.04	91.48 (129 ราย)	80.56 (29 ราย)
4. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	80%	NA	NA	26.71	48.32	100	92.19 (130 ราย)	91.67 (33 ราย)



Fast track : Stroke

แผนงาน/โครงการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. ประชุมทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วย	ต.ค.62	-
2. จัดอบรมฟื้นฟูบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย	เม.ย.63	-
3. Case Conference (Dead, Refer)	ทุกเดือน	-
4. จัดทำ Mapping CVD Risk > ร้อยละ 30 (MI, Stroke)	ทุกเดือน	-
5. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์อาการสำคัญที่ต้องมาโรงพยาบาล	ก.พ.63	-
6. ส่งอบรม Basic Stroke nurse		-
7. Tracer หน่วยงาน	ทุก 3 เดือน	-
8. อบรมฟื้นฟู CARE Giver	มี.ค.63	-
9. ติดตามผู้ป่วย NCD ที่ขาดนัด	ทุกเดือน	-
10. ประชุมถื่นข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ	ทุกเดือน	-
11. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke	ทุกเดือน	-

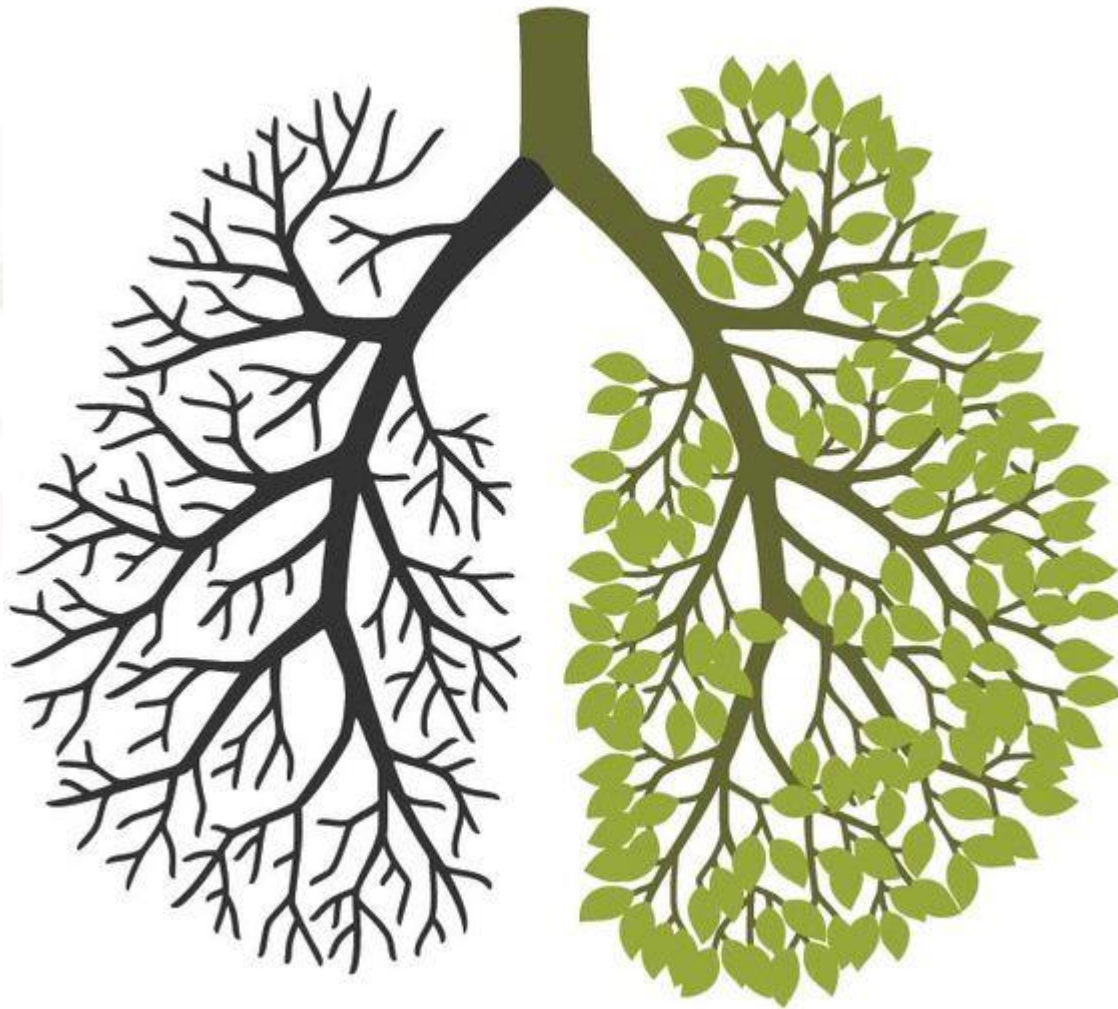
ปัญหา อุปสรรค

1. ผู้ป่วยเข้ารับบริการล่าช้าเนื่องจากไม่ทราบอาการ/อาการไม่ชัดเจน
2. HT ขาดนัด ขาดยา
3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการปรับพฤติกรรมในการละเลิกบุหรี่/สุรา

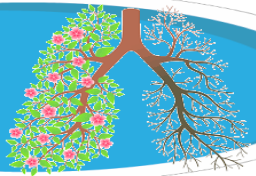
แนวทางแก้ไข

1. ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ประชาชนทั่วไป
2. มีการติดตามระบบนัดในคลินิก
3. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกเลิกบุหรี่

SERVICE PLAN



COPD



สถานการณ์

ปี2562

- อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องรับไว้รักษาไว้ในโรงพยาบาล ไม่เกิน 130 ต่อแสนประชากร (136.20)
- บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry (39.70)
- อัตราการกำเริบเฉียบพลัน < 130 ครั้ง/100 ผู้ป่วย COPD (198.75/100 ผู้ป่วย)

สภาพปัญหา

1. อัตราการรับไว้ในโรงพยาบาลและอัตราการเกิด Exacerbation (ER visit rate) สูง
2. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุขาดผู้ดูแล อยู่ตามลำพัง
3. ผู้ป่วยขาดนัดและผิคนัด
4. สภาพแวดล้อมภายในอำเภอมิการเผาอ้อย เผาขยะ เผาป่าและ PM 2.5
5. ค่าใช้จ่ายสูง
6. ขาดอายุรแพทย์และแพทย์ประจำคลินิก

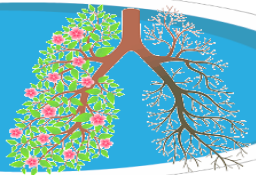
เป้าหมาย

- อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องรับไว้รักษาไว้ในโรงพยาบาล ไม่เกิน 130 ต่อแสนประชากร
- บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry
- ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลัน < 130 ครั้ง/100 ผู้ป่วย COPD
- โรงพยาบาล A-F3 มีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้มาตรฐาน >60%

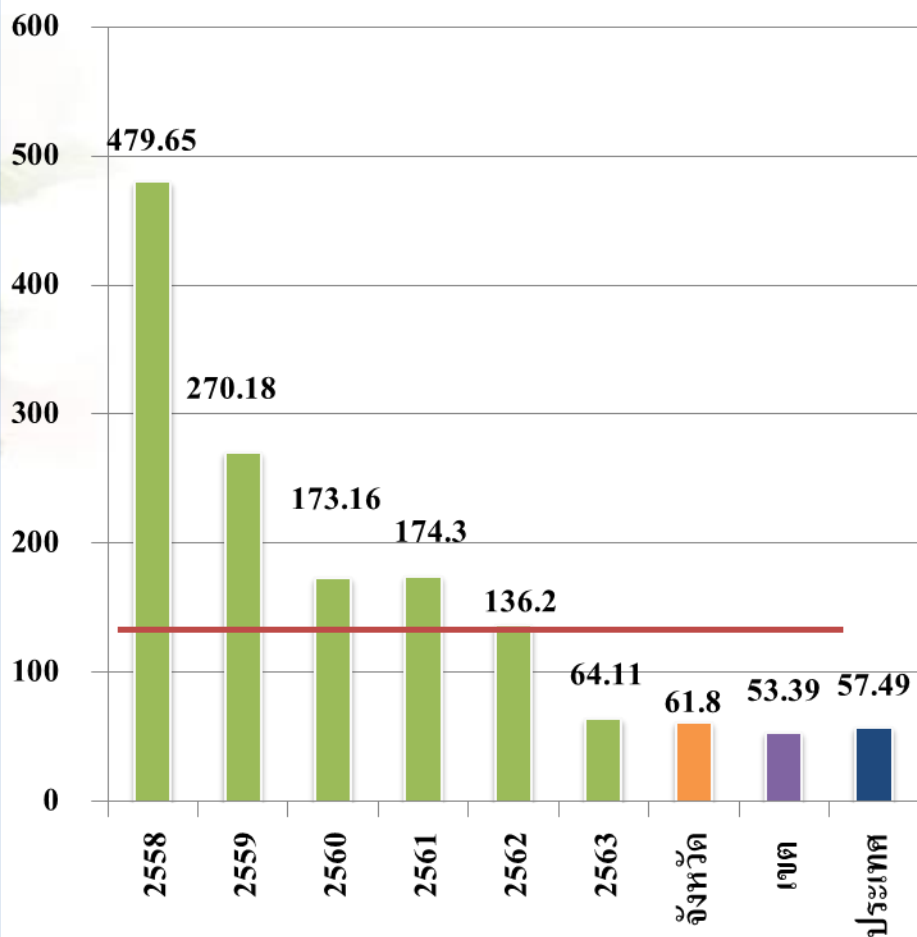
มาตรการ

1. COPD clinic ครบวงจรได้มาตรฐาน A-F3 >60%
2. จัดหา Spirometry และอบรมบุคลากร
3. ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยากกลุ่ม long acting bronchodilator ได้

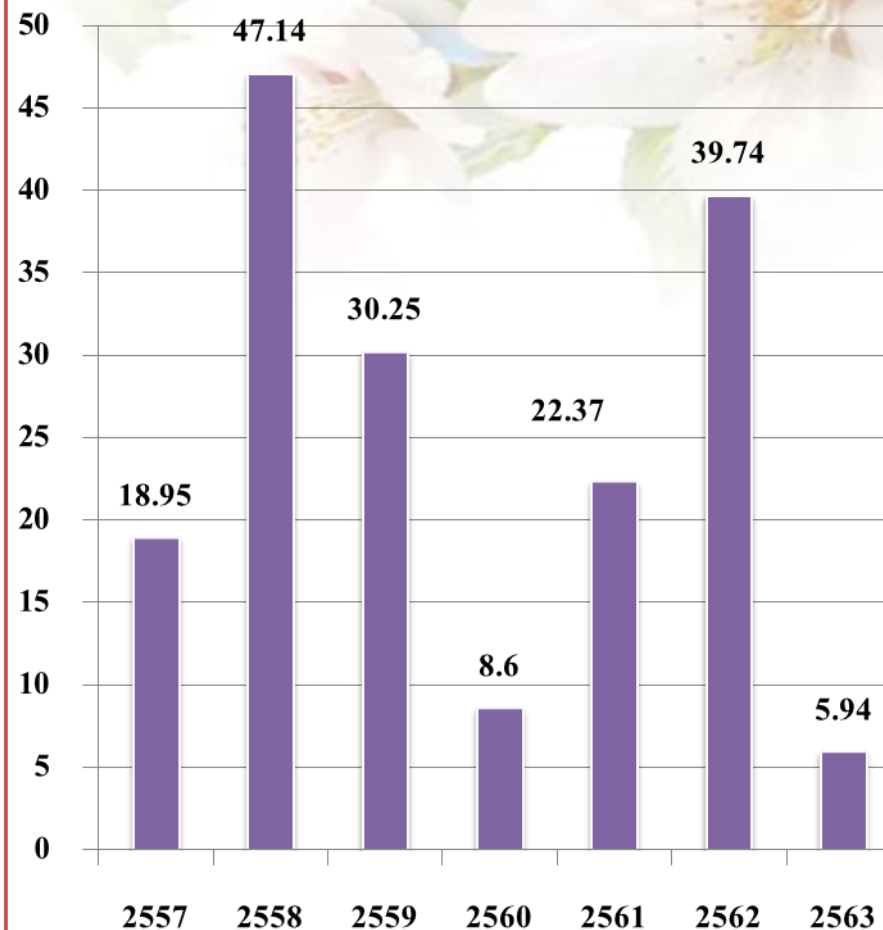
COPD



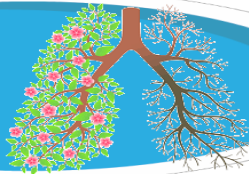
อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องรับไว้รักษา
ไว้ในโรงพยาบาล ไม่เกิน 130 ต่อแสนประชากร



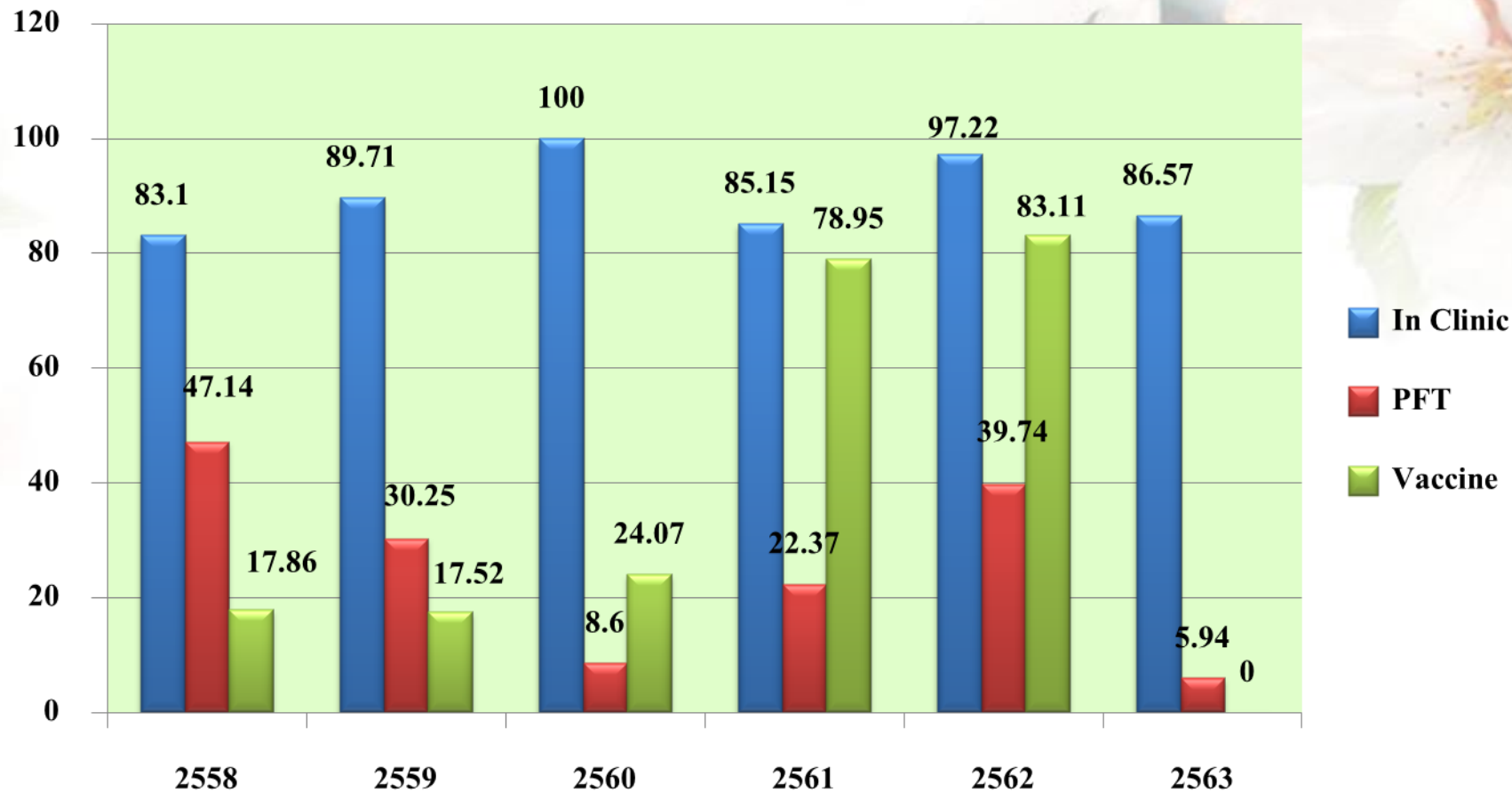
บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย
Spirometry



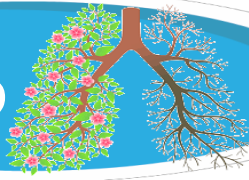
COPD



COPD in Hospital



COPD

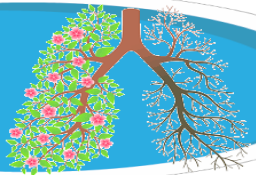


รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. อบรมพยาบาลเรื่องการตรวจสมรรถภาพปอด	พ.ค.-ส.ค.	8,000
2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรค COPD	ทุก 3 เดือน	-
3. สอนการออกกำลังกายบำบัดแก่ผู้ป่วย - Pulmonary rehabilitation Program	เดือนละ 2 ครั้ง	-
4. จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เรื่องกายภาพบำบัดในผู้ป่วย COPD	ก.พ.	-
5. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD ในคลินิก	ต.ค.	-

ปัญหา / อุปสรรค

- ผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ยาพ่น สูดไม่ถูกชนิด/เทคนิคการสูดยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง/ขาดนัด ขาดยาและขาดผู้ดูแล
แนวทางการแก้ไข
 - ให้ความรู้แก่ญาติ หรืออบรมผู้ดูแลในการช่วยเหลือ การใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุและช่วยติดตามการรักษาต่อเนื่อง
 - ติดตามเยี่ยมบ้าน
- วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ไม่ทั่วถึง
- สถานที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ ทั้งการให้ความรู้ และ กายภาพบำบัด
- ขาดบุคลากรพยาบาล

COPD



แนวทางบริการ COPD clinic

IPD (AE COPD)

COPD AE at ER

**OPD มารับยา
COPD**

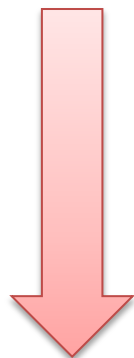
- ❖ ประเมินการใช้ยาสูดทุกรายก่อนกลับบ้าน
- ❖ ผู้ป่วยเก่าให้มาตามนัดเดิม
- ❖ ผู้ป่วยใหม่ให้นัดเข้าคลินิกภายใน 1 เดือน
- ❖ Home oxygen ในรายที่มีข้อบ่งชี้
- ❖ ในรายที่สูบบุหรี่ส่งเข้าคลินิกปลอดบุหรี่
- ❖ ปรึกษาภาพถ่ายสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามความเหมาะสม

นัดเข้า COPD clinic วันพฤหัสบดี(เช้า)

พบพยาบาลประจำคลินิก

- ประเมิน CAT score , MMRC , Spirometry อย่างน้อยปีละครั้ง
- Daily Physical activity

คลินิกปลอดบุหรี่ในรายที่
ยังสูบบุหรี่



นักกายภาพ

- ให้ความรู้
- Pulmonary rehabilitation program
- 6MWT ทุกครั้ง

พบแพทย์

- ✓ ให้การรักษานัดต่อเนื่อง
- ✓ รักษาโรคร่วมที่มี

พบเภสัชกร

- ☐ ประเมินความถูกต้องของการใช้ยา Compliance , Technique , จำนวนยาที่เหลือ
- ☐ ผลข้างเคียง

Intermediate Care (IMC)

ระบบบริการดูแลระยะกลาง





Intermediate Care (IMC)

KPI1 : ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 100%

KPI2 : ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่ประเมิน BI สูงขึ้นกว่าเดิม 70 %

สภาพปัญหา

1. ผู้ป่วยและญาติมีความยากลำบากในการกลับมาใช้บริการฟื้นฟูต่อ
2. ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือในการฟื้นฟู
3. บุคลากรไม่เพียงพอ
4. ระบบ refer back

สถานการณ์

1. จำนวนผู้ป่วย Stroke แนวโน้มเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ

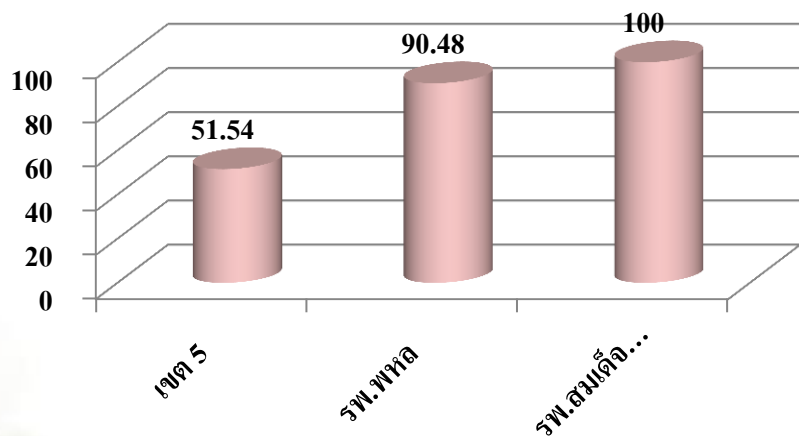
เป้าหมาย

1. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 100%
2. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่ประเมิน BI สูงขึ้นกว่าเดิม 70 %
3. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่มีภาวะแทรกซ้อน <20%

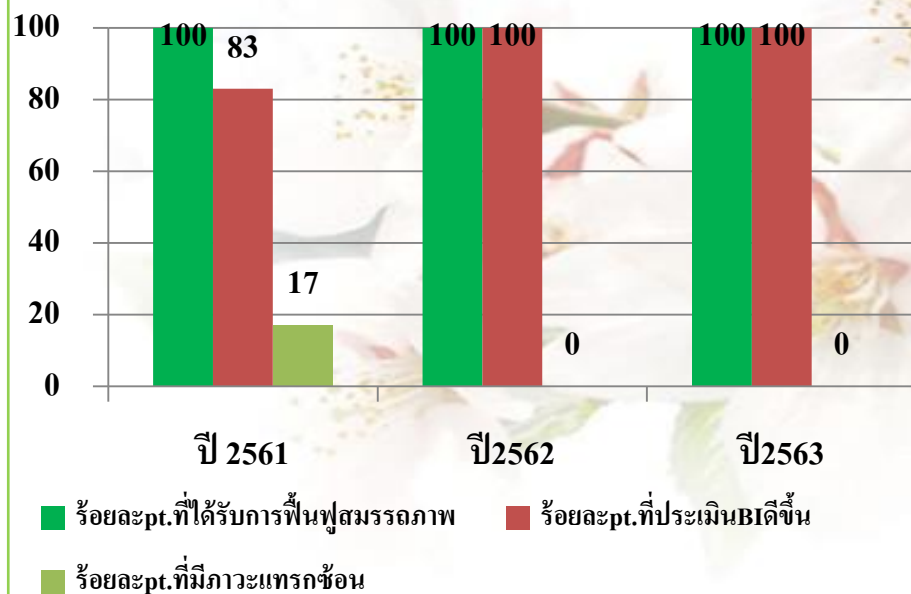
มาตรการ

1. Auto Refer back ภายใน 50 กม.
2. เสริมสร้างศักยภาพ รพช.

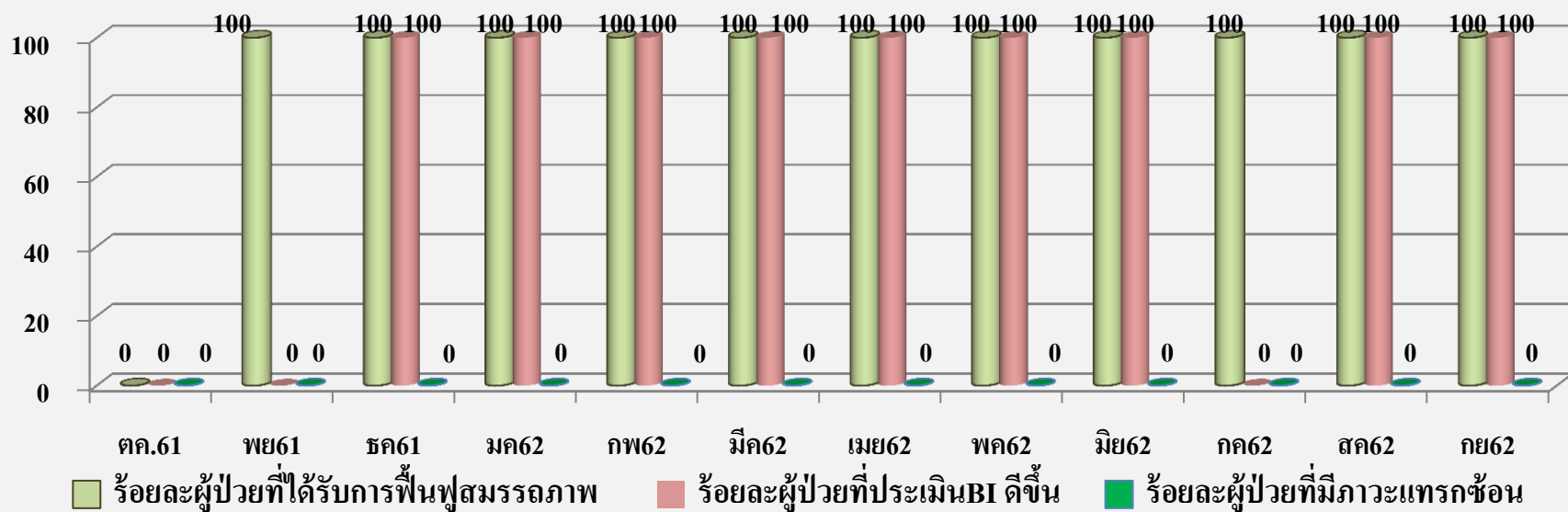
ร้อยละของการได้รับการดูแลระยะกลางจนครบ 6 เดือน



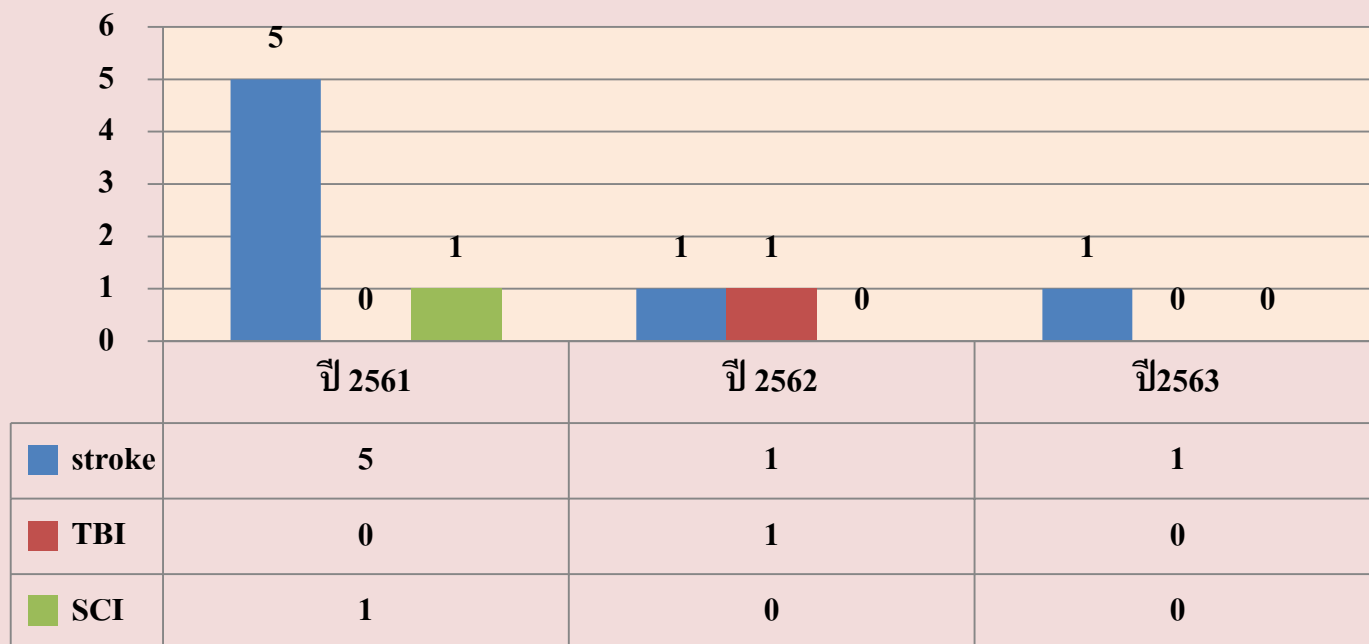
ผลการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะกลาง



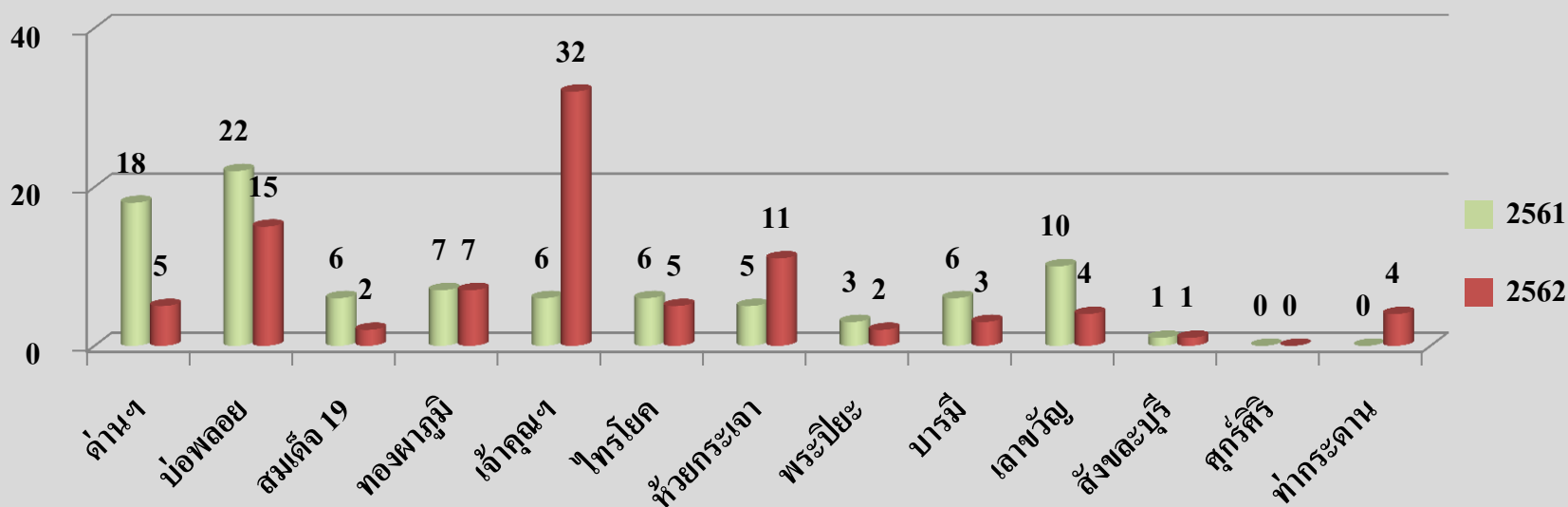
ผลการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะกลาง



จำนวนผู้ป่วย แยกตามโรค



จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง ในจังหวัดกาญจนบุรี





Intermediate Care (IMC)

ปัญหา / อุปสรรค

❖ การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน การเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ

❖ การแจ้งชื่อ ประวัติผู้ป่วยก่อน ส่งต่อผู้ป่วย

❖ ผู้ป่วยที่ refer back ไม่มารับการรักษาต่อ

แนวทางแก้ไข

- โทรศัพท์ติดตาม สอบถามอาการ
- ประสานทีมเยี่ยมบ้านของ รพ.สต
- ประสานทีมหมอบรรเทา

- จัดทำอัลบั้ม ใบส่งตัว IMC เป็นเฉพาะ แต่ละรพ.เพื่อส่งและสะดวกในการรับข้อมูล
- แจ้งกลับ รพ.พหุฯเมื่อรับผู้ป่วยแล้ว
- ปรับปรุงแบบฟอร์มเพิ่มข้อมูลที่จำเป็น (เลขโทรศัพท์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเพื่อติดต่อในกรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการ)

ผู้ป่วยที่ refer back รพ.พหุฯจะใช้รถ Ambulance มาส่งถึง รพ.หรือ รอกลับพร้อมรถ refer ที่ไปส่งผู้ป่วย

สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบ ประคับประคอง

Palliative Care

Relieves suffering. Improves quality of life.



Palliative care

KPI : ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong opioid ในผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

สถานการณ์

**จังหวัดกาญจนบุรี มีการดูแลผู้ป่วยด้วย
กระบวนการ Palliative Care ในโรงพยาบาล
ทุกแห่ง

ปี2561 มีจำนวนผู้ป่วย 1,157 ราย

ปี2562 มีจำนวนผู้ป่วย 1,423 ราย

Ca 784 ราย 55% Non Ca 635 ราย 45%

ปี2563 ต.ค.-ธ.ค.62 มีผู้ป่วย 402 ราย

Ca 187 ราย 46.5 % Non Ca 215 ราย 53.4%

ปี2563 ต.ค.-ธ.ค.62 อำเภอท่าม่วงมีจำนวน

ผู้ป่วย PC 61 ราย

เข้ารับบริการ PC 52 ราย

- พยาบาลอบรม 1 เดือน 1 คน

- พยาบาลผ่านการอบรม PCN 4 เดือน 1 คน

ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดบุคลากรที่ได้รับการอบรม/การ
ดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ (แพทย์ ,
เภสัชกร)

2. การเข้าถึงยา Strong Opioid และ
ไม่มี Pain Clinic/Palliative Care
Clinic

3. การส่งต่อผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่อง
ยังไม่ครอบคลุม และการตอบกลับ
มีระบบการส่งต่อ By Line การ
จัดเก็บข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

4. ระบบยืม-คืนอุปกรณ์ เครื่องมือ
แพทย์ยืมกลับบ้าน ยังไม่รัดกุม และ
อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ไม่เพียงพอ

เป้าหมาย

1. ผป.และ Fam.ได้รับการทำ
Advance Care Plan เป็นลายลักษณ์
อักษร $\geq$ ร้อยละ 60

2. มีการบรรเทาอาการปวดและ
จัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong
Opioid อย่างมีคุณภาพ $\geq$ ร้อยละ 40

3. รพ.ระดับ M2 มีแพทย์ เภสัชกร ที่
ผ่านการอบรม PC อย่างน้อย 1 คน
พยาบาล Full time อย่างน้อย 1 คน

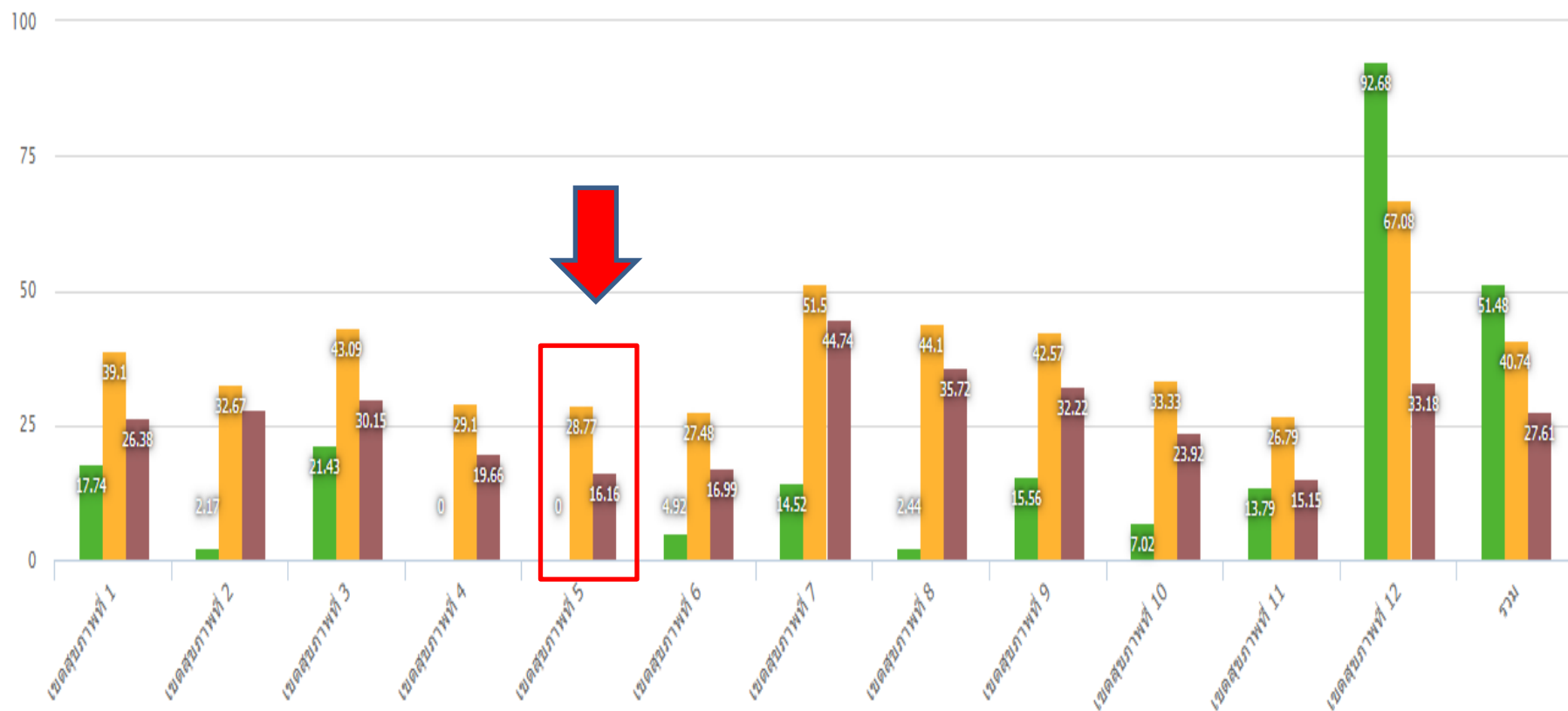
4. รพ.ทุกระดับจัดให้มี PC
Essential drug list ตามองค์การ
อนามัยโลก

มาตรการ

1. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร
ด้าน PC ตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. พัฒนานอ้กความรู้ด้าน PC
3. พัฒนาระบบส่งต่อ COC IT
เครือข่ายและอุปกรณ์
4. สนับสนุน Pain /PC Clinic

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioidในผู้ป่วย ระดับประคอง อย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาล (Work Load) เทียบของแต่ละเขตสุขภาพ

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาล (Work Load) ปีงบประมาณ 2563



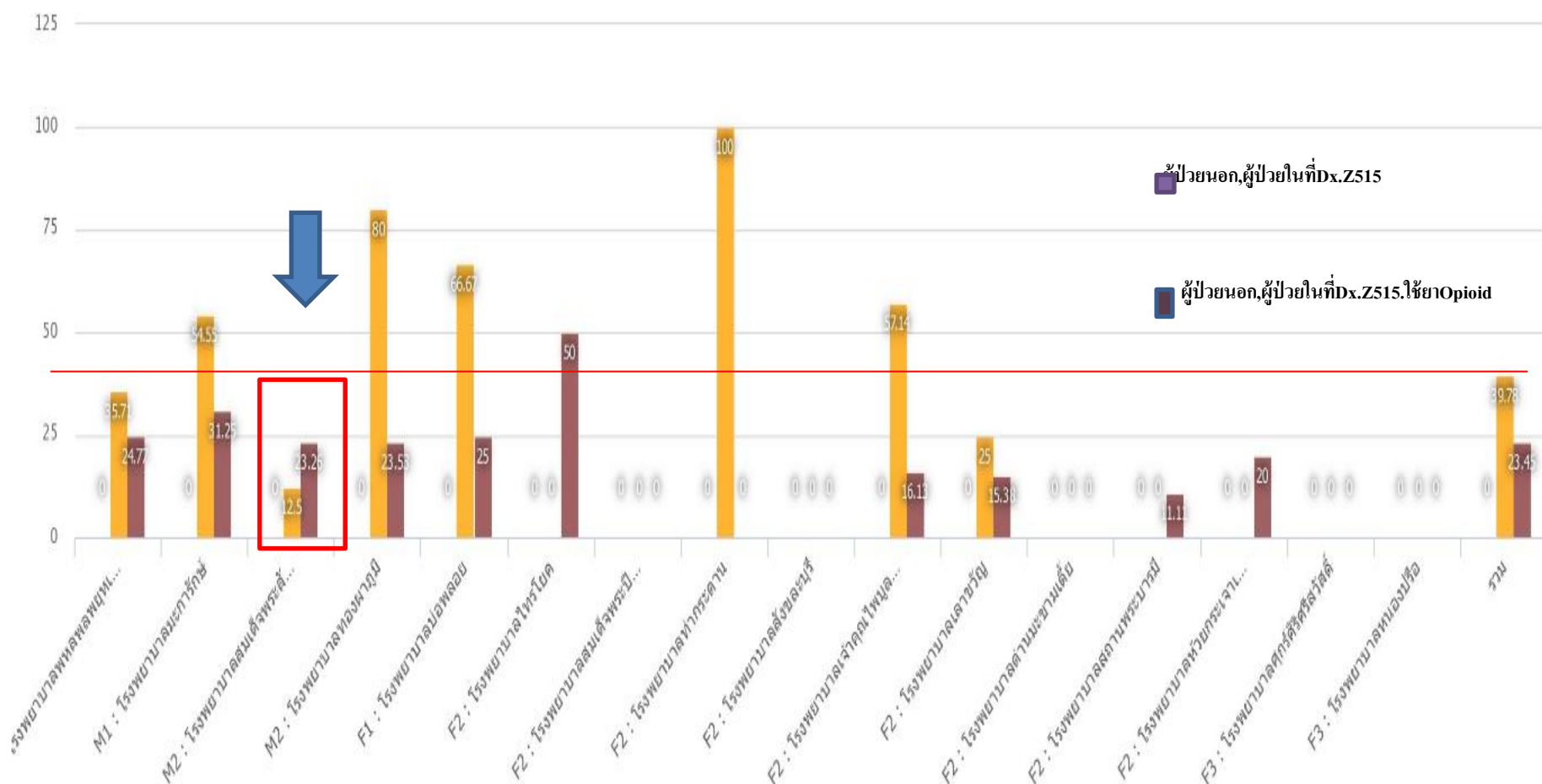
B หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระดับประคอง (Z515)

A หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระดับประคอง (Z515) และได้รับยา Strong Opioid

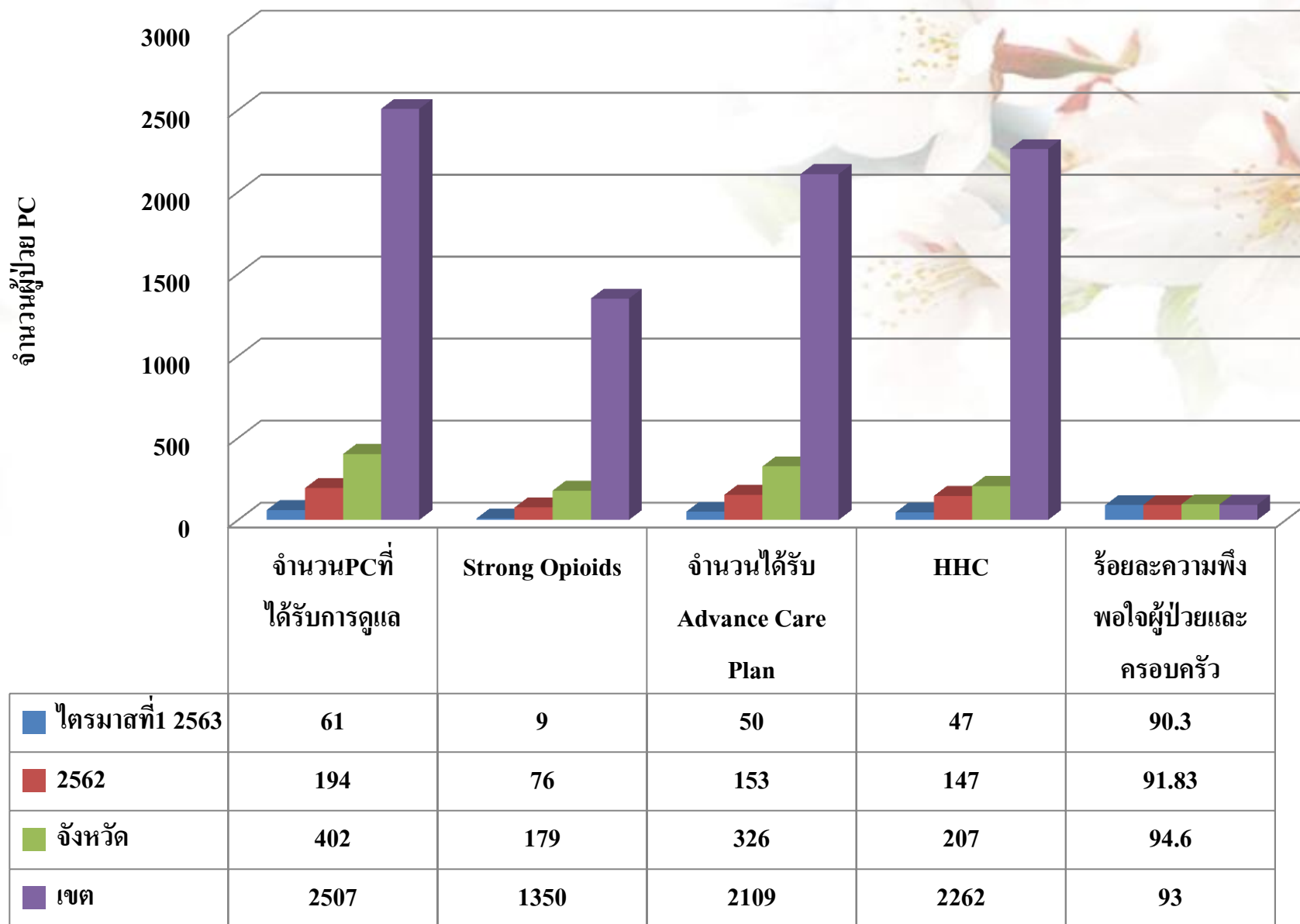
ผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน วินิจฉัยระดับประคอง (Z515) และได้รับยา Strong Opioid

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาล (Work Load) เทียบของแต่ละโรงพยาบาลจังหวัดกาญจนบุรีต้องได้ $\geq$ ร้อยละ 40

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาล (Work Load) เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดกาญจนบุรี ปี ๒๕๖3



ผลการดำเนินงานPCตามตัวชี้วัด ไตรมาสที่1 ปีงบประมาณ 2563 เทียบระดับจังหวัดและเขต5

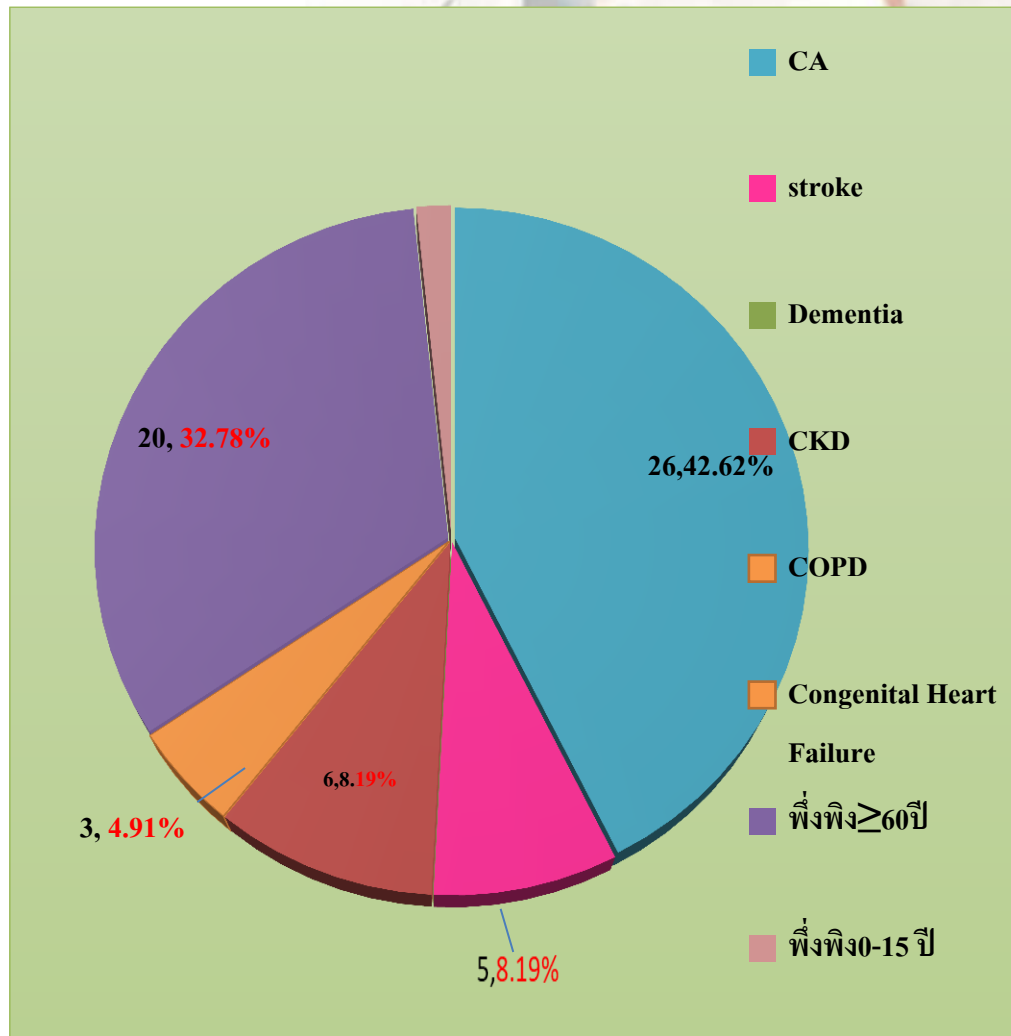
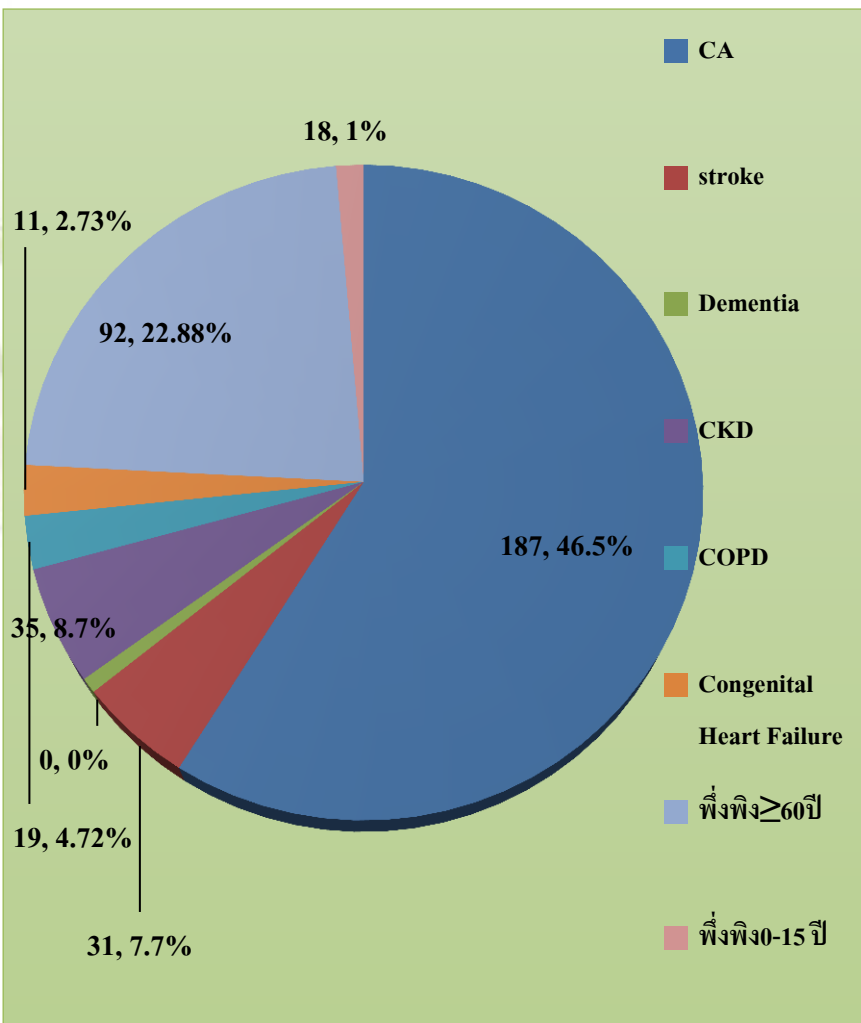


Palliative care



จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง
แยกกลุ่มโรค.กาญจนบุรี ไตรมาสที่ 1 ปี2563

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง
แยกกลุ่มโรค อ.ท่าม่วง ไตรมาสที่ 1 ปี2563





Palliative care

โครงการที่จะดำเนินการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. ทบทวนข้อมูล/แนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน	ต.ค.62-ก.ย.63	-
2. ประชุมคณะทำงาน Palliative care	ทุก 4 เดือน	-
3. ส่ง แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ,เภสัชกร ,PCWN ,เข้าร่วม อบรมเชิงปฏิบัติการ การดูแลจัดการอาการในผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง(Symptom Managment in Palliative Care”ที่ รพ.พหลพลพยุหเสนา จัดประชุม	23-24 ม.ค.63	-
4. ส่งแพทย์ เภสัชกร เข้าอบรมหลักสูตร Palliative Care ภาคทฤษฎี/เขตร่วมกับ ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	3-5วัน	เขตสุขภาพที่5

สาขาศัลยกรรม





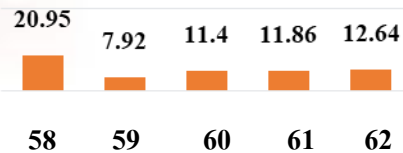
ตัลยกรรรม

KPI 1 : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ < 15 %

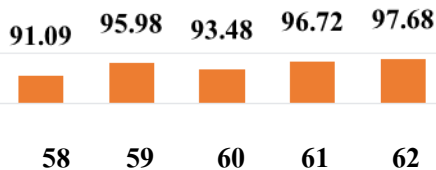
KPI 2 : ร้อยละการผ่าตัดไส้ติ่งในโรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป > ร้อยละ 25 ของทั้งจังหวัด

สถานการณ์

ร้อยละการแตกของไส้ติ่งอักเสบ



ร้อยละการผ่าตัดไส้ติ่งM2ลงไป



สภาพปัญหา

1. ไม่มีวิสัญญีแพทย์ที่จะต้องดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มี ASA Status มากกว่า 3 ขึ้นไป จึงต้องส่งผู้ป่วยไปยังรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า
2. ไม่มีหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่รองรับกลุ่มผู้ป่วยวิกฤต
3. ผู้ป่วยมาช้า
4. แพทย์วินิจฉัยผิดพลาด

เป้าหมาย

1. ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ < 15 %
2. ร้อยละการผ่าตัดไส้ติ่งในโรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป > ร้อยละ 25 ของทั้งจังหวัด

มาตรการ

1. เพิ่มทักษะการประเมินผู้ป่วยให้กับแพทย์ใช้ทุน
2. พัฒนาศักยภาพ รพ. ที่เป็น node ให้ผ่าตัดไส้ติ่งได้
3. ปรับระบบการปรึกษา

สาขาศัลยกรรม

1. พหุรับสังขละ
และปิยะฯ และทั้งหมด
ที่ไม่สามารถผ่าตัดที่
Node ได้

การกระจายการผ่าตัดไส้ติ่ง
จังหวัดกาญจนบุรี

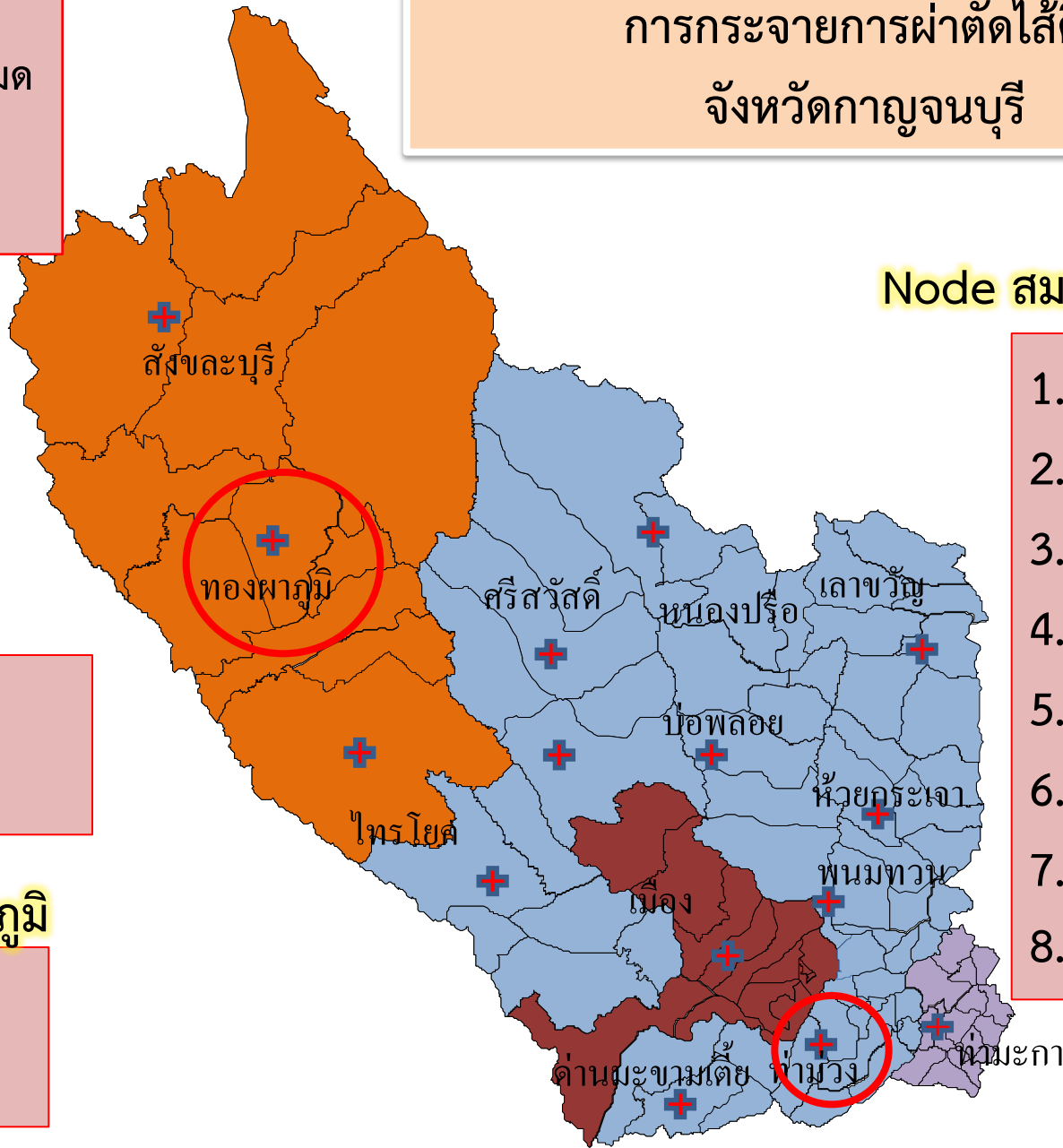
Node สมเด็จพระสังฆราช

1. ศรีสวัสดิ์
2. ไทรโยค
3. หนองปรือ
4. บ่อพลอย
5. เลาขวัญ
6. ห้วยกระเจา
7. พนมทวน
8. ด่านมะขามเตี้ย

1. มะการักษ์
(พื้นที่ตนเอง)

Node ทองผาภูมิ

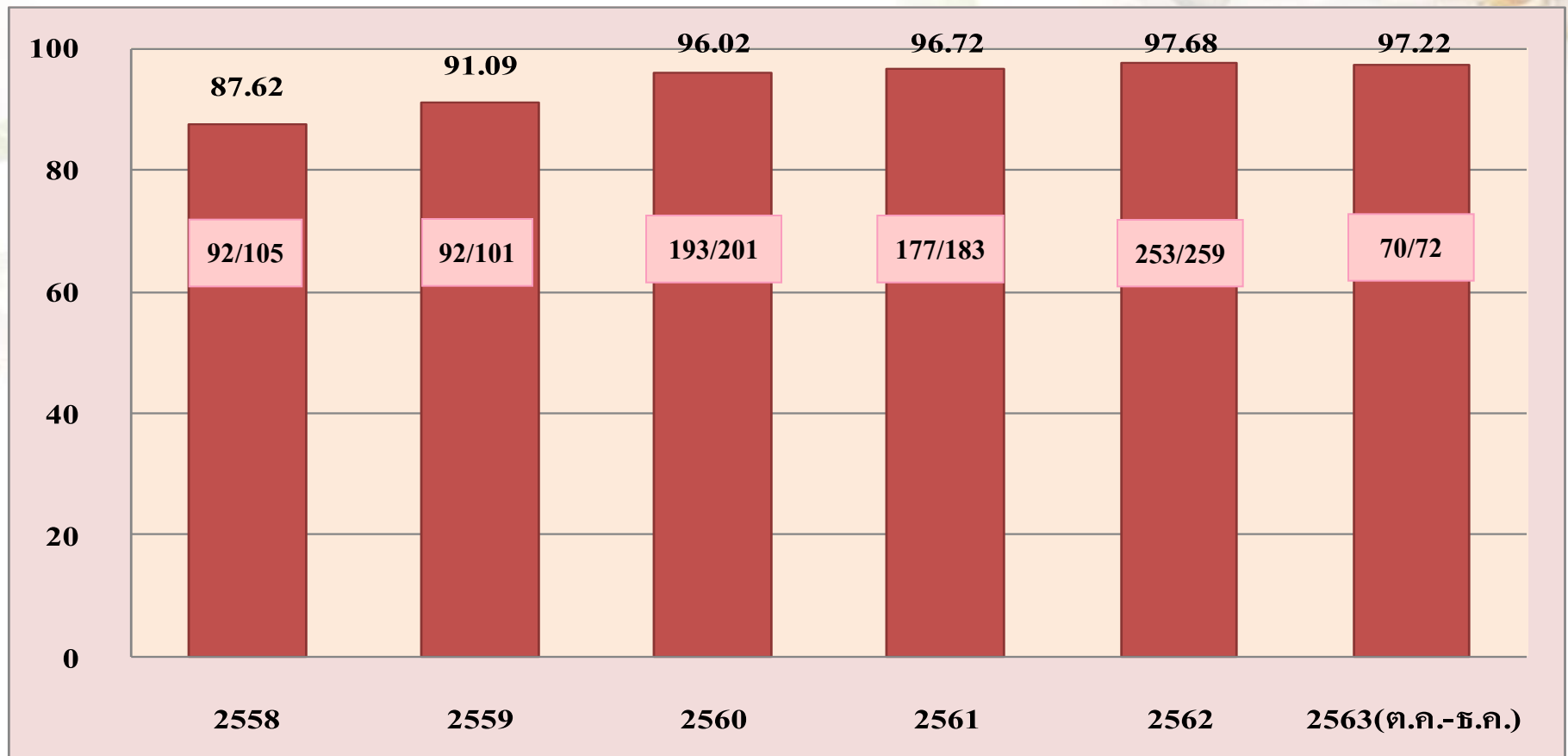
1. ทองผาภูมิ
(พื้นที่ตนเอง)



สาขาศัลยกรรม

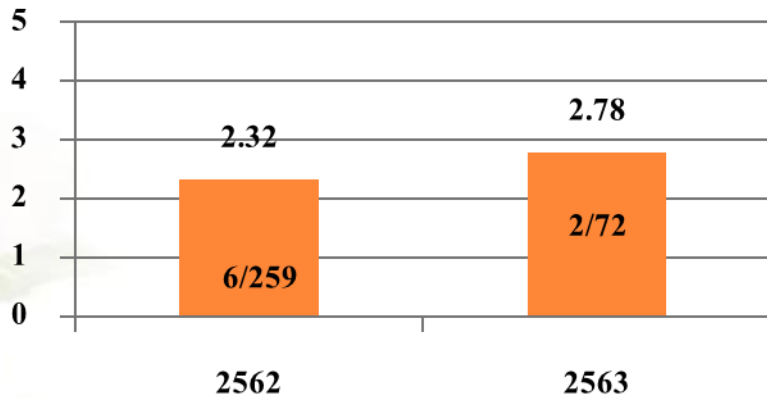
ผลการดำเนินงานสาขาศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2558 – 2563

ร้อยละผ่าตัดได้ตั้ง 100 %

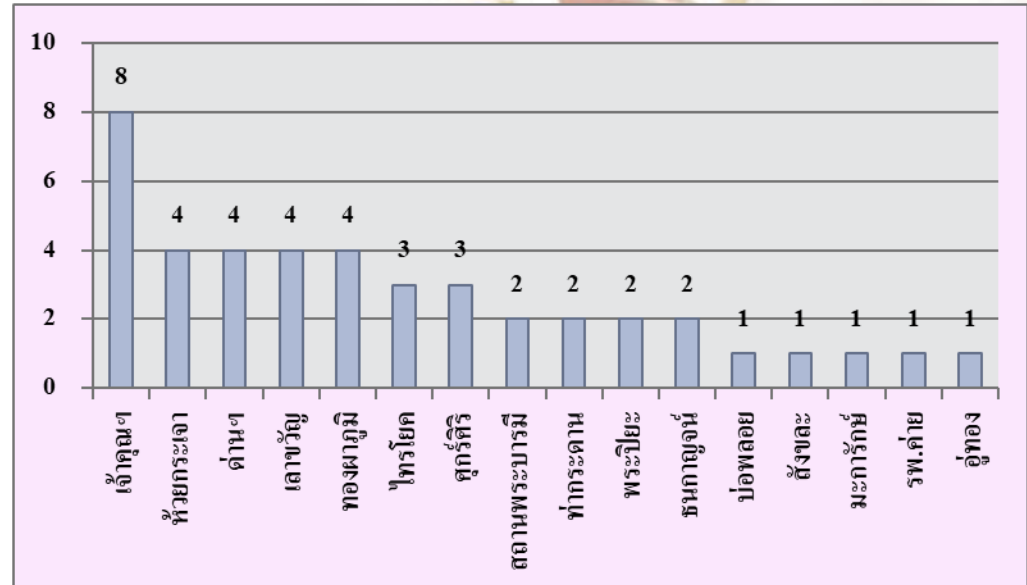


สาขาศัลยกรรม Refer ปี2563

Refer Out ปี2563



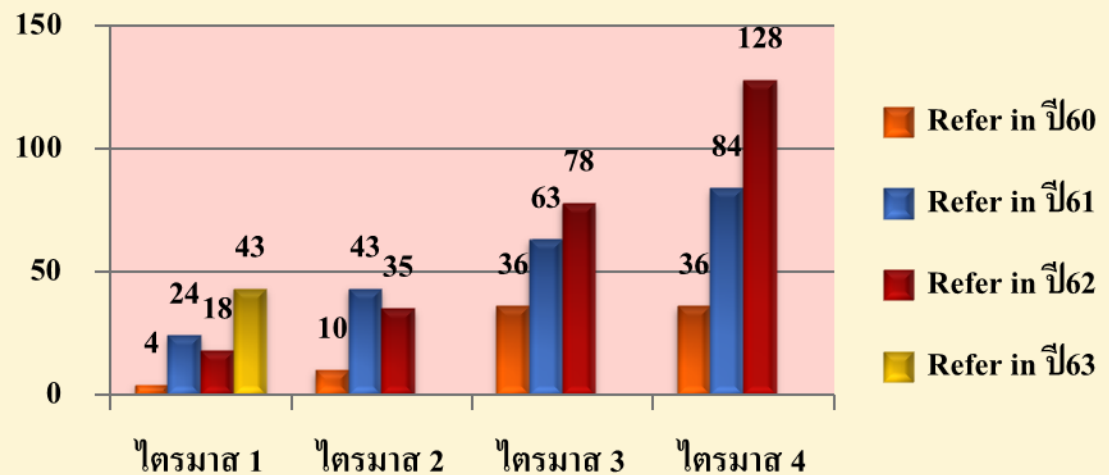
Refer In ปี2563 (43 ราย)



Refer out จำนวน 2 ราย

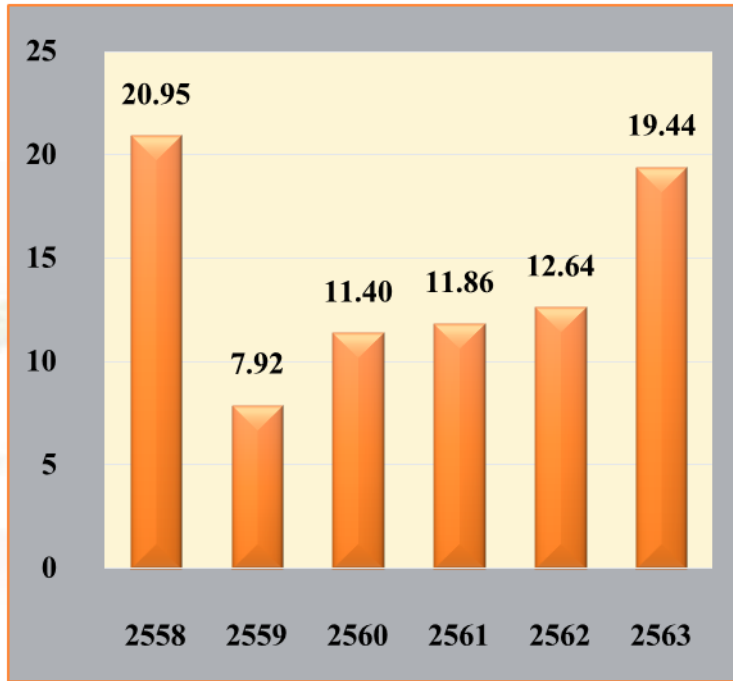
รพ.พหลฯ 2 ราย

2 ราย : ประกันสังคม

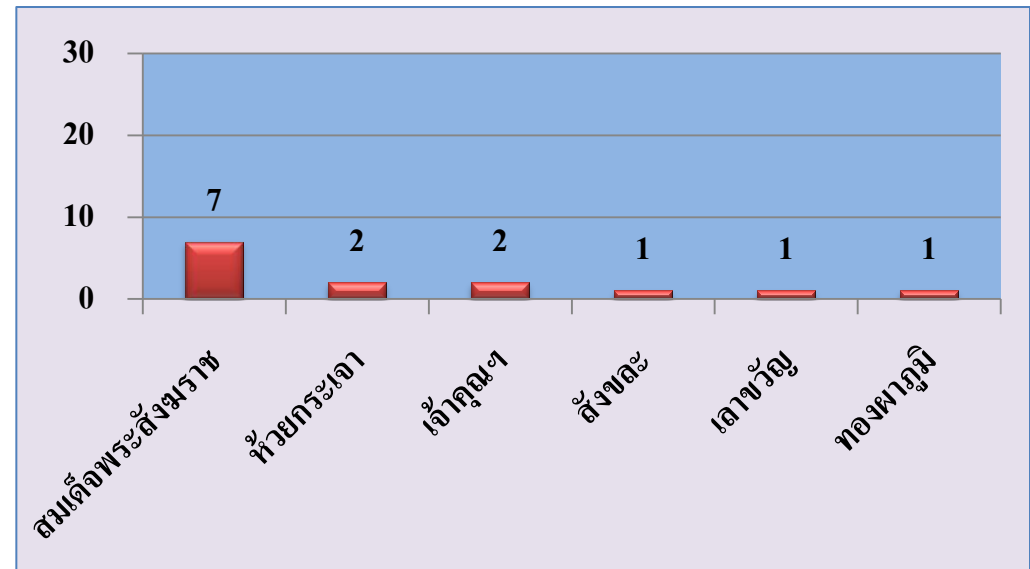
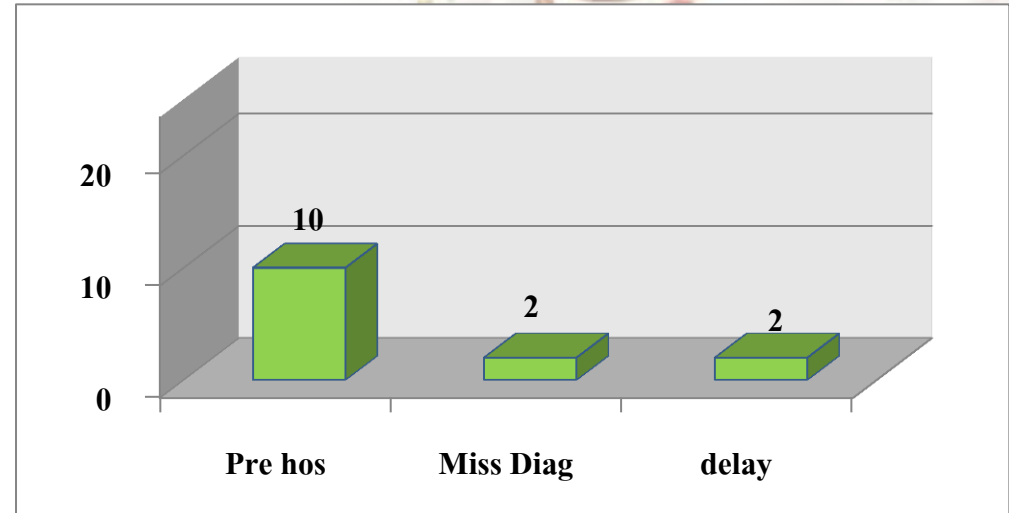


สาขาศัลยกรรม

ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ < 15%



กราฟแสดงสาเหตุการเกิด Rupture Appendicitis
จากการทบทวน 14 ราย (ปีงบประมาณ 63)



A close-up photograph of medical supplies on a dark, textured surface. Two syringes with green barrels and white plungers are positioned diagonally. Several red, round pills are scattered around them, along with a small pile of white, irregularly shaped pills. The lighting is soft, creating subtle highlights on the syringes and pills.

Service Plan

สาขายาเสพติด

ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563

สาขายาเสพติด

- KPI : 1. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 20 (Retention Rate)
2. ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 40 (Remission rate)
3. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด ร้อยละ 80 (ทั้งปี) (MOUของนพ.สสจ.กับคปสอ.ทุกอำเภอ)
4. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

เป้าหมาย

1. ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา พื้นฟูได้ง่ายขึ้น
2. ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับ การติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 20
3. ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 40

มาตรการ

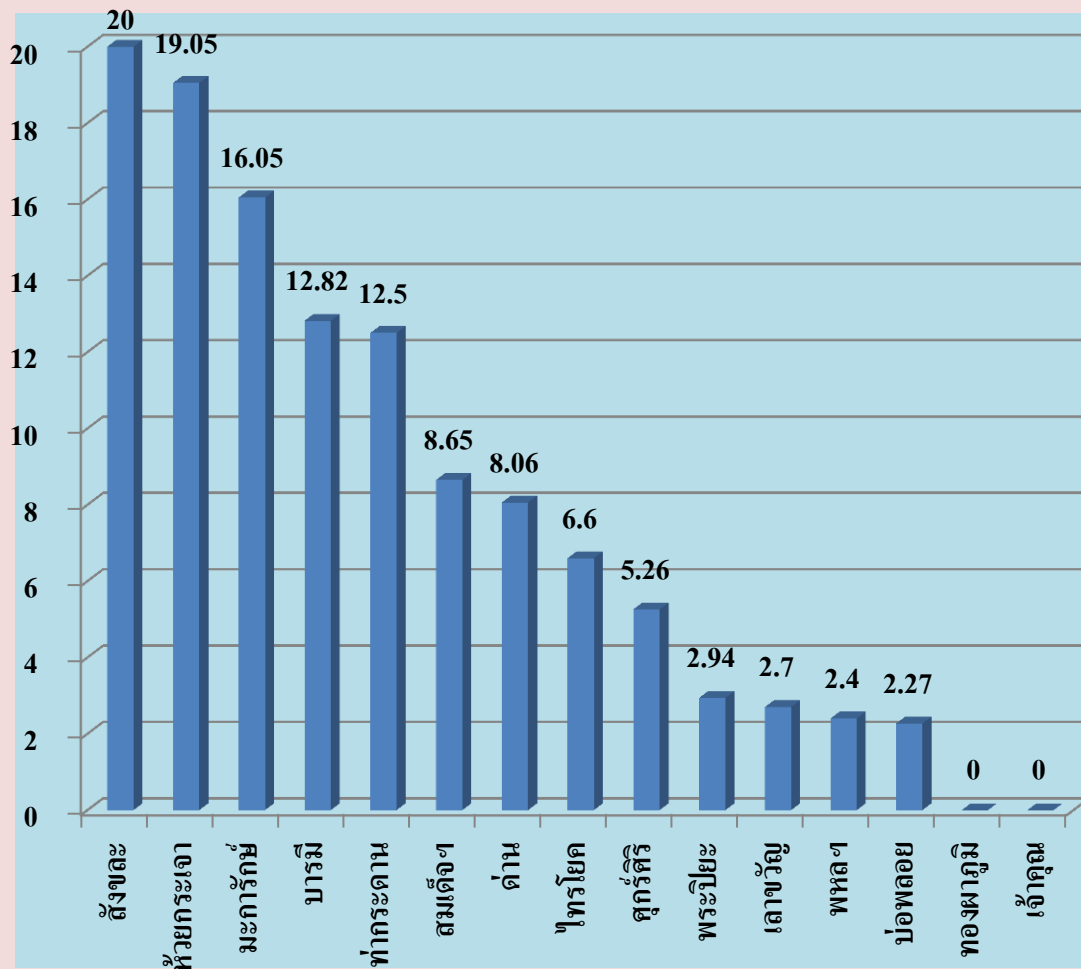
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ การบำบัด รักษา พื้นฟู ผู้ใช้ยาและสารเสพติด
- การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง(Community Base Treatment and Care : CBTx)
- ลดอันตรายจากสารเสพติด
- เพิ่มประสิทธิภาพฐานข้อมูลด้านการบำบัดรักษา ยาเสพติด
- สร้างมาตรฐานบริการครอบคลุมทุกระบบ

ผลลัพธ์

1. อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด ร้อยละ 8.65
2. ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี ร้อยละ 0
3. ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ร้อยละ 16.67
4. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 0

สาขายาเสพติด

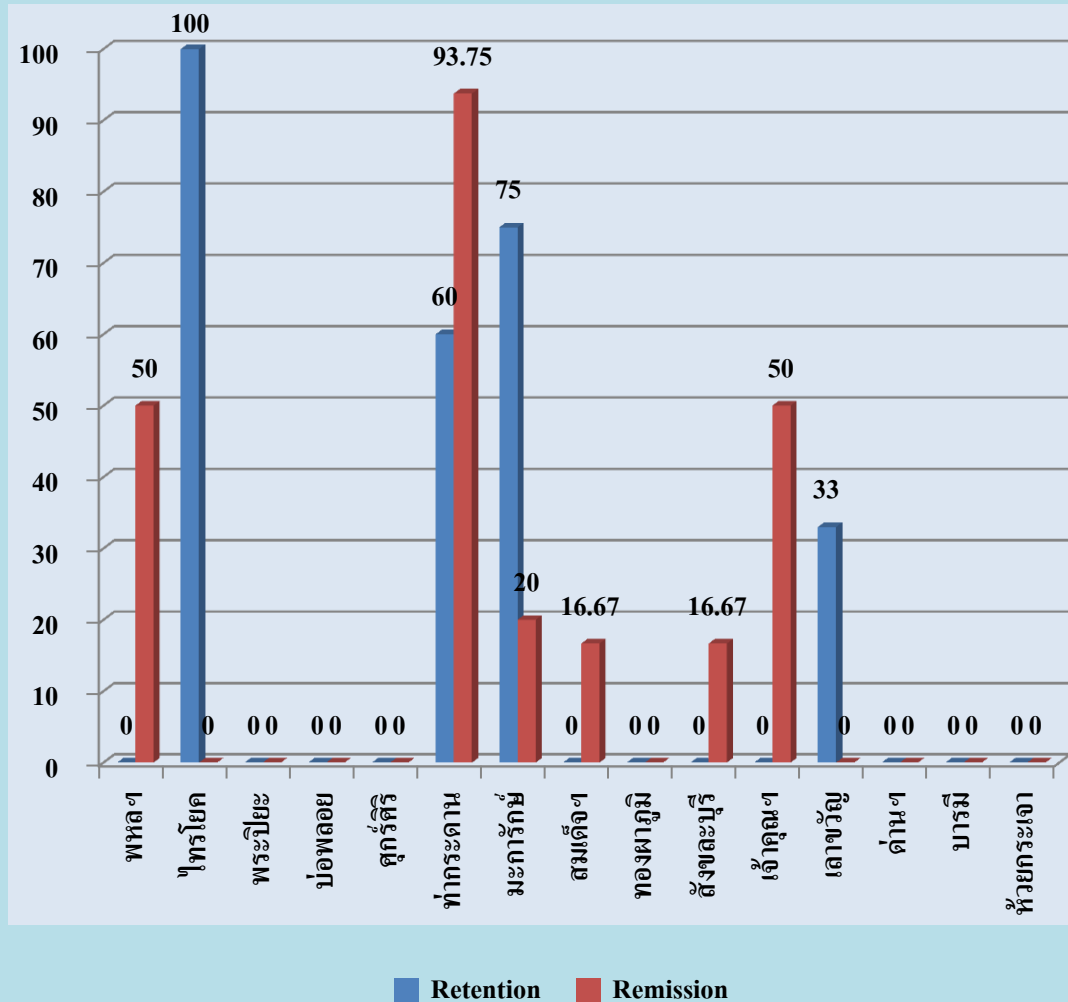
ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ระบบสมัครใจ
(ต.ค.62-31ธ.ค.62)



อำเภอ	หน่วยงาน	ในสถานบริการ		
		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ
เมือง	โรงพยาบาลพหลฯ	166	4	2.4
ไทรโยค	โรงพยาบาลไทรโยค	30	20	6.6
	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต	34	1	2.94
บ่อพลอย	โรงพยาบาลบ่อพลอย	44	1	2.27
ศรีสวัสดิ์	โรงพยาบาลสุกรัตรีฯ	19	1	5.26
	โรงพยาบาลท่ากระดาน	24	3	12.5
ท่ามะกา	โรงพยาบาลมะการักษ์	81	13	16.05
ท่าม่วง	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19	104	9	8.65
ทองผาภูมิ	โรงพยาบาลทองผาภูมิ	43	0	0
สังขละบุรี	โรงพยาบาลสังขละบุรี	35	7	20
พนมทวน	โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน	34	0	0
เลาขวัญ	โรงพยาบาลเลาขวัญ	37	1	2.70
ด่านฯ	โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย	62	5	8.06
หนองปรือ	โรงพยาบาลสถานพระบารมี	39	5	12.82
ห้วยกระเจา	โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	42	8	19.05

สาขาสีบำบัด

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการติดตาม ระบบสมัครใจ



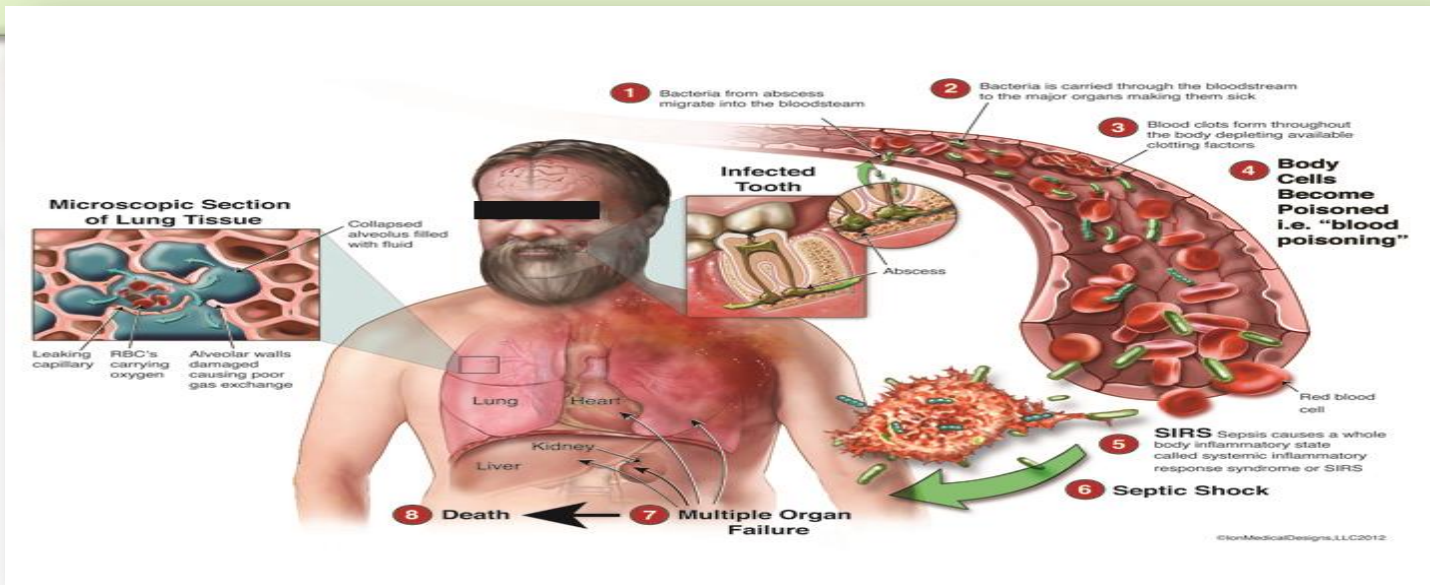
อำเภอ	หน่วยงาน	Retention Rate (20)	Remission rate (40)
เมือง	โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา	0	50
ไทรโยค	โรงพยาบาลไทรโยค	100	0
	โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะ		
	มหาราชรมณียเขต	0	0
บ่อพลอย	โรงพยาบาลบ่อพลอย	0	0
ศรีสวัสดิ์	โรงพยาบาลสุราษฎร์ศรีสวัสดิ์		0
	โรงพยาบาลท่ากระดาน	60	93.75
ท่ามะกา	โรงพยาบาลมะการักษ์	75	20
ท่าม่วง	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 19	0	16.67
ทองผาภูมิ	โรงพยาบาลทองผาภูมิ	0	0
สังขละบุรี	โรงพยาบาลสังขละบุรี	0	16.67
พนมทวน	โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบุลย์		
	พนมทวน	0	50
เลาขวัญ	โรงพยาบาลเลาขวัญ	33	0
ด่านมะขามเตี้ย	โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย	0	0
หนองปรือ	โรงพยาบาลพยาบาลสถานพระ		
	บารมี	0	0
ห้วยกระเจา	โรงพยาบาลห้วยกระเจาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา	0	0
ยอดรวม 15 รพ.		25	30

สาขายาเสพติด

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. การบูรณาการความร่วมมือในการใช้รูปแบบชุมชนบำบัด ไม่ครบทุกภาคส่วน/ทุกพื้นที่	1. ประชุมชี้แจงนโยบายแก่ผู้เกี่ยวข้องในที่ประชุม สป.ปส.อ 2. ประชุมคณะกรรมการระดับตำบลเป้าหมายด้านยาเสพติด 3. ประชุมภาคีเครือข่ายคณะทำงานด้านยาเสพติด
2. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้ให้บริการ	1. การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ - ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยทุกครั้งก่อน-หลังและระหว่างการให้บริการ 2. การเตรียมความพร้อมของสถานที่หรือหน่วยบำบัด - มีการจัดห้องอย่างเป็นสัดส่วน - จัดให้มีประตู เข้า – ออก ได้สองทาง เพื่อให้ผู้บำบัดออกจากสถานที่บำบัดได้ทันทีที่มีเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่ไม่ปลอดภัย - การจัดหากริ่งเรียกฉุกเฉิน - เผื่อระวังเหตุการณ์รุนแรงไม่พึงประสงค์ในระหว่างให้การบำบัด - จัดสถานที่และเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นเครื่องมือที่ใช้ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย, ญาติและผู้ให้การบำบัดให้มิดชิด - มีการกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลมาเฝ้าดูแล ใกล้ๆกับบริเวณที่ทำการกิจกรรมกลุ่ม
3. การบันทึกข้อมูลในระบบ บสต.ยังมีความไม่สมบูรณ์/ครบถ้วนในบางพื้นที่รับผิดชอบ	- กระตุ้น ติดตามทักษะการบันทึกข้อมูลในระบบ บสต. ให้กับผู้รับผิดชอบงาน ในเวทีประชุมเครือข่ายคนทำงานยาเสพติด - แจ้งเตือนการบันทึกข้อมูล ในช่องทางการ สื่อสารอื่นๆ

สาขาอายุรกรรม

Sepsis





Fast track : Sepsis

KPI : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด (Community-acquired sepsis) < ร้อยละ 30

สถานการณ์

ปี2562

1. อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อ (Sepsis) น้อยกว่า 30%
(4/94 = 4.26%)
2. อัตราการ Refer (27/94 = 28.72%)
3. อัตราการส่งเพาะเชื้อแบคทีเรียจากกระแสเลือด $\geq 90\%$
(89/94 = 94.68%)
4. อัตราผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย $\geq 90\%$ (86/94 = 91.49%)
5. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ 90% (86/94 = 91.49%)

สภาพปัญหา

- การวินิจฉัย Sepsis /septic shock ยังไม่ถูกต้อง
- การประเมินและการประเมินซ้ำยังไม่เป็นตามแนวทางที่กำหนด
- กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ/โรคเรื้อรังติดบ้านติดเตียงมาล่าช้า

เป้าหมาย

1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired < ร้อยละ 30
2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic $\geq$ ร้อยละ 90
3. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) $\geq$ ร้อยละ 90
4. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) $\geq$ ร้อยละ 90

มาตรการ

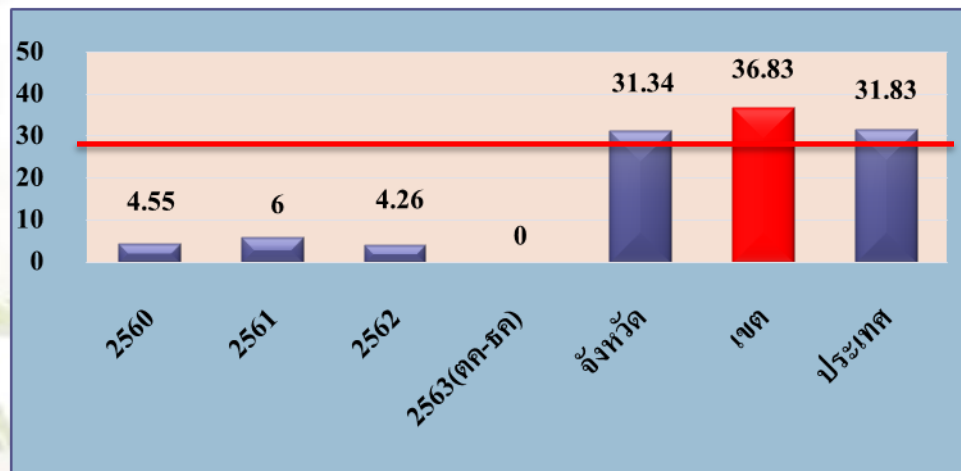
- มี Sepsis fast track
- มีแนวทางปฏิบัติเป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด (CPG, NPG)
- พัฒนาศักยภาพในระบบ Early investigation Early treatment early refer
- รพ.พหลฯ ให้ขาด Hemoculture ใช้ที่ รพช. ที่มีข้อจำกัด
- รพ.พหลฯ จัดเตรียมเปิด Semi ICU. เพื่อรองรับผู้ป่วย Septic shock



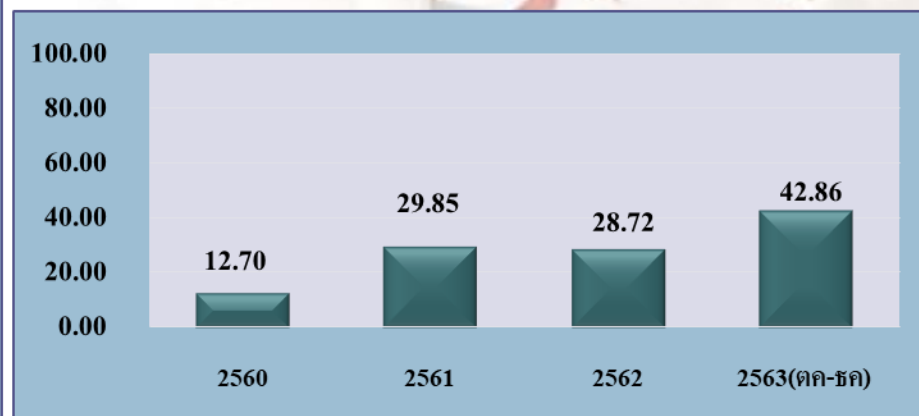
Fast track : Sepsis

ปีงบประมาณ 2560 – 2563

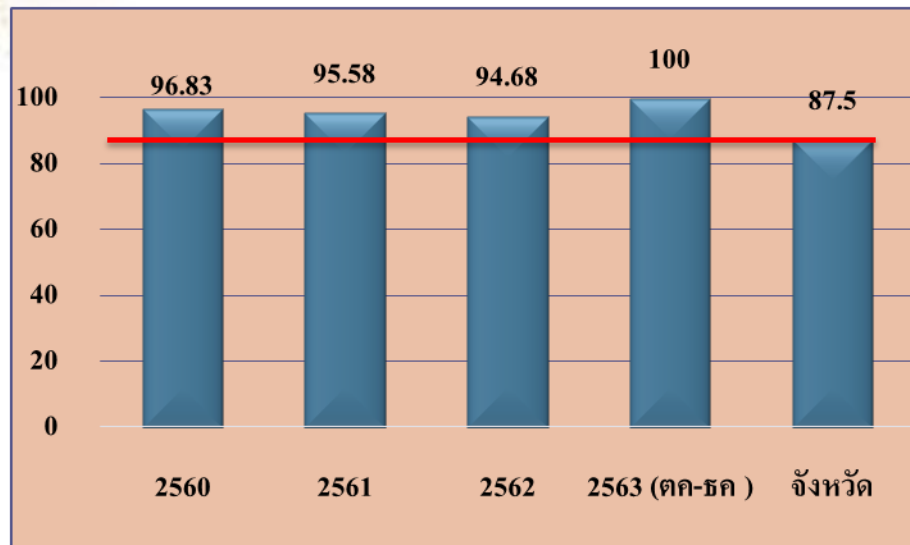
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อ (Sepsis) น้อยกว่า 30%



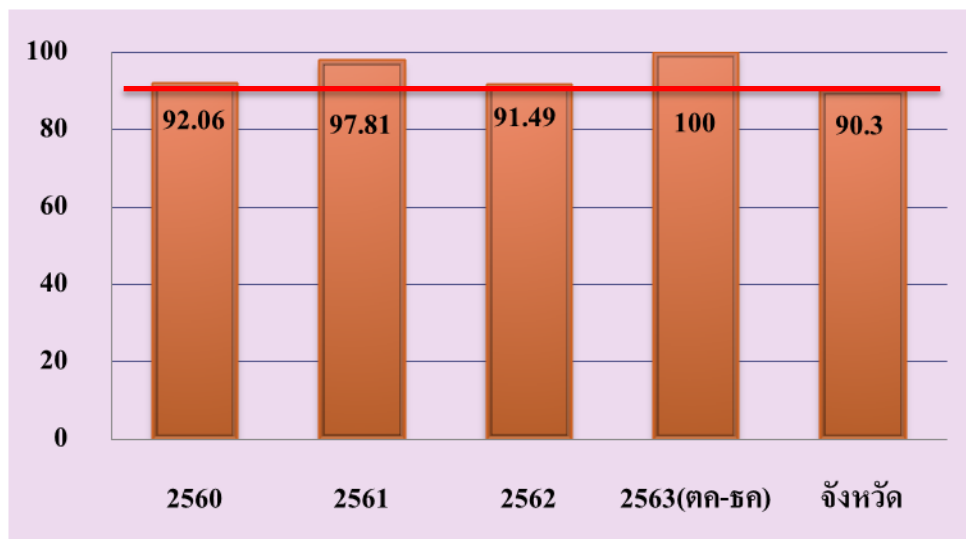
อัตราการ Refer



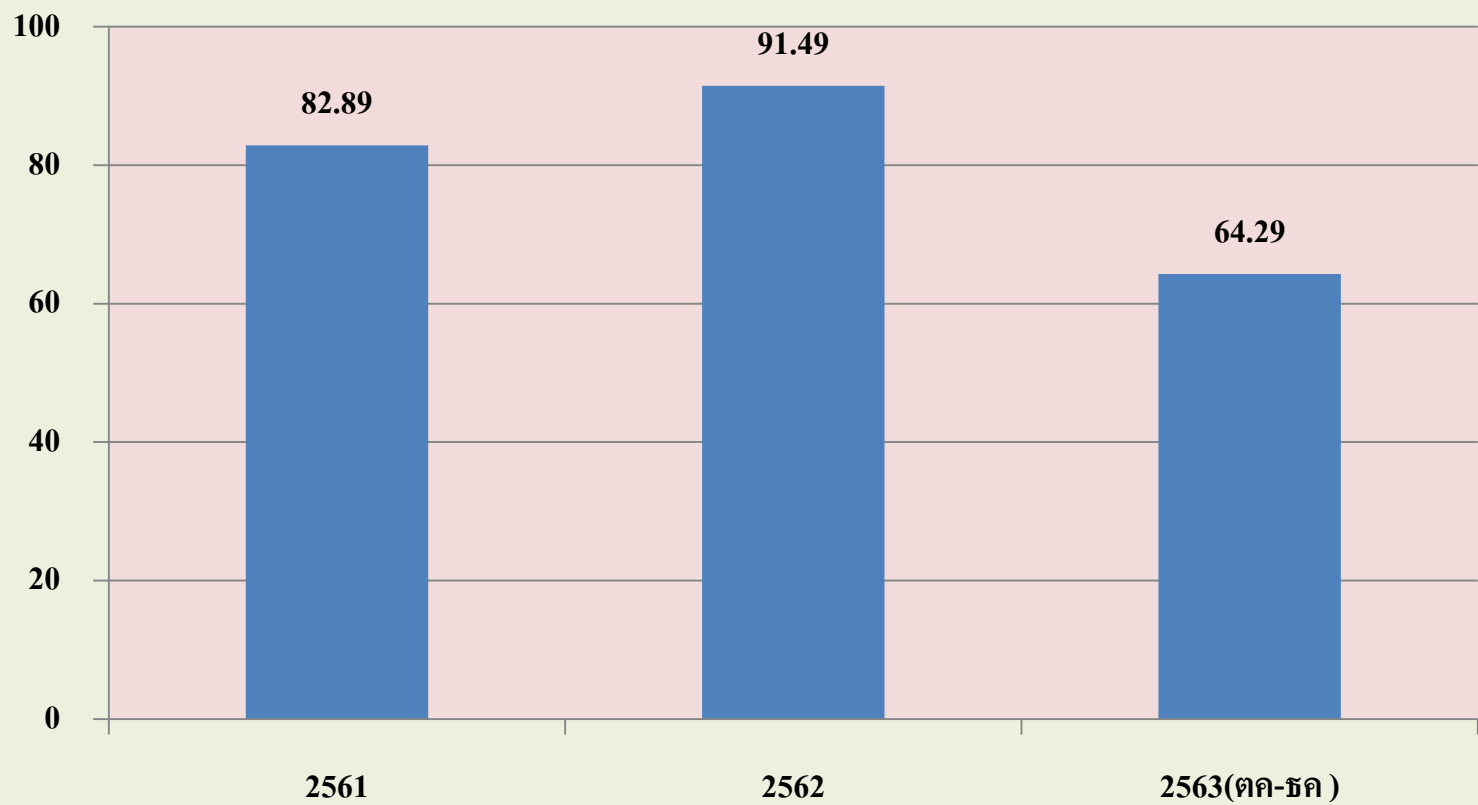
อัตราการส่งเพาะเชื้อแบคทีเรียจากกระแสเลือด $\geq 90\%$



อัตราผู้ป่วยได้รับยาต้านจุลชีพภายใน 1 ชั่วโมงหลังได้รับการวินิจฉัย 90%



อัตราการได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 cc/kg หรือ 1000 cc/hr





Fast track : Sepsis

ปีงบประมาณ 2560 – 2563

ข้อมูล	ปี 58	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ต.ค.-ธ.ค.)
1. จำนวนผู้ป่วย Sepsis (Community acquire) (ราย) (รหัส ICD10A40-A41.9)	191	141	198		241	67
2. จำนวนผู้ป่วย Septic shock (Community acquire) (รหัส ICD10R57.2,R65.1)		9	37	100	94	14
3. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่เสียชีวิต (ราย)	8	7	9	6	4	0
4. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่ได้ Hemoculture ก่อนได้รับยา ATB (ราย)	151	110	222	91	89	14
5. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชม.(ราย)	146	102	225	88	86	14
6. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 cc/kg หรือ 1,000/hr. (ราย)		10	111	79	86	9
7. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ส่งต่อไป รพท./รพศ.	57	39	43	36	27	6



Fast track : Sepsis

แผนงาน/โครงการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. จัดอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาศักยภาพระบบการดูแลผู้ป่วย sepsis	พ.ค.63	-
2. ประชุมทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วย	มี.ค.63	-
3. Case Conference (Dead, Refer)	ทุกเดือน	-
4. Tracer หน่วยงาน	ทุก 3 เดือน	-
5. ติดตามผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมการเยี่ยมบ้านศูนย์ดูแลต่อเนื่องครบวงจร(COC)	ทุกเดือน	-
6. ให้ความรู้ Care Giver ในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง		-
7. ประชุมคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ	ทุกเดือน	-

ปัญหา อุปสรรค

1. การลงวินิจฉัยของแพทย์ไม่ถูกต้อง
2. การไม่ปฏิบัติตาม Sepsis fast track
3. การคัดกรองและการประเมินโดยใช้ SOS Score ยังไม่ครอบคลุม

แนวทางแก้ไข

1. สอนการลงวินิจฉัยให้ถูกต้อง
2. มีการทบทวนcase โดยสหวิชาชีพ
3. เพิ่มศักยภาพในการคัดกรอง การประเมินและการประเมินซ้ำ
4. มีการนิเทศ กำกับ ติดตามโดยหัวหน้างานสม่ำเสมอ

สาขา สุติกรรม





สูติกรรม

KPI 1 : อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด = 0 , อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 (<5.5)

KPI 2 : อัตราการคลอดมีชีพหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี น้อยกว่า 38 : 1000 ประชากร

สถานการณ์

ปี2562

1. อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด = 0
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 5.00
3. อัตราการคลอดมีชีพหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี 29.98 :1000 ประชากร

สภาพปัญหา

อัตราการคลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้น เป็นสาเหตุหลักของการส่งต่อ

เป้าหมาย

1. อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด = 0
2. อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10
3. อัตราการคลอดมีชีพหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี น้อยกว่า 38 :1000 ประชากร

มาตรการ

1. การรับและถ่ายทอดนโยบายร่วมกับการขับเคลื่อนงานลงสู่ระดับปฏิบัติ
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสูติกรรม
3. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ



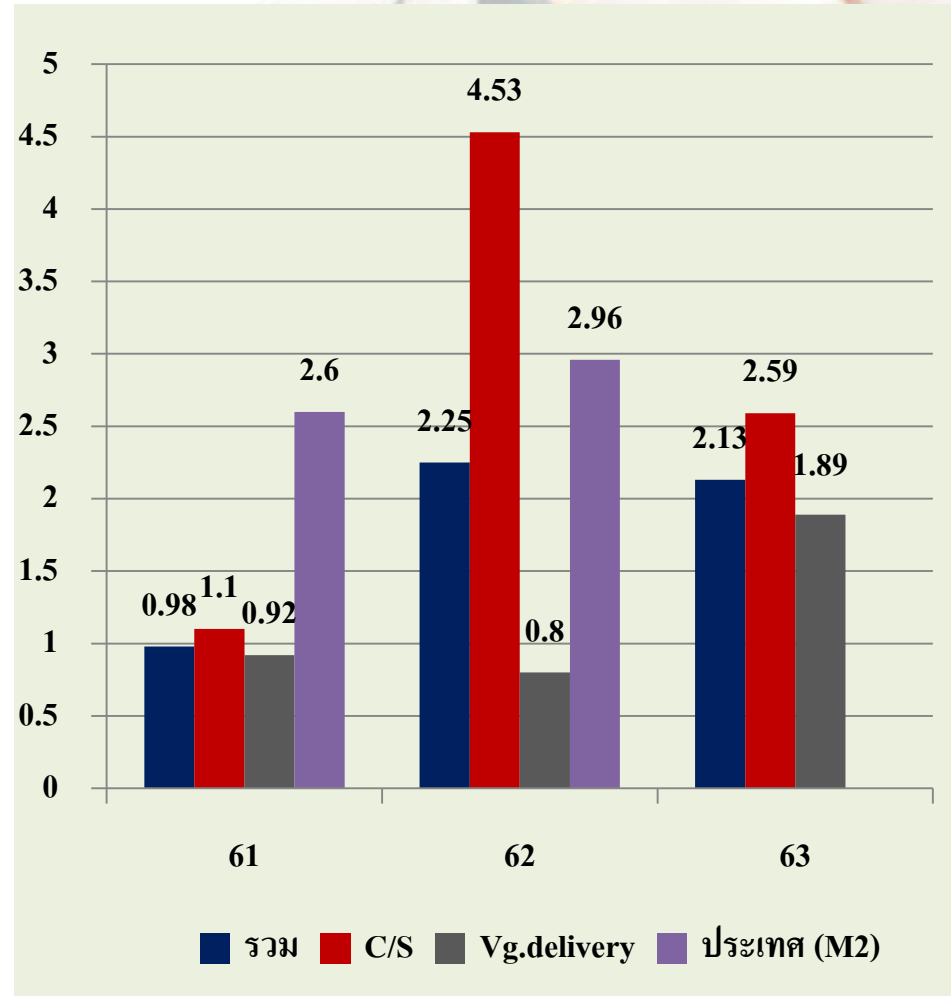
สูตรการ

ตกเลือดหลังคลอด PPH

อัตราPPH เป้าหมาย: <2%

ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
อัตราการตาย จากPPH = 0	0	0	0

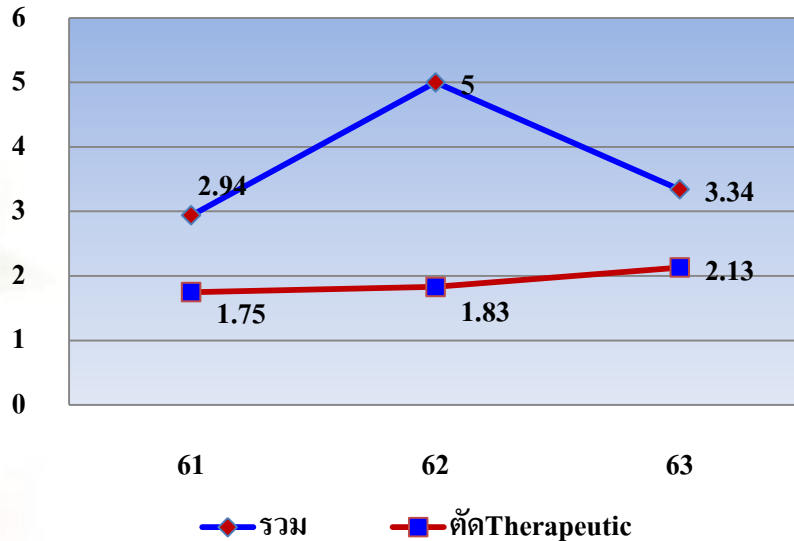
ตัวชี้วัด	61	62	63
PPHรวม	0.98	2.25	2.13
C/S	1.10	4.53	2.59
Vagina delivery	0.92	0.80	1.89
เทียบเคียงประเทศ (M2) (Vagina delivery) (THIP)	2.60	2.96	





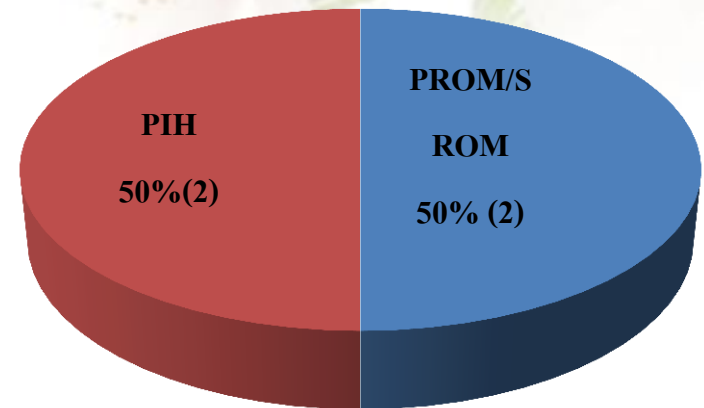
คลอดก่อนกำหนด

อัตราการคลอดก่อนกำหนด



เป้าหมาย: ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 (<5.5)

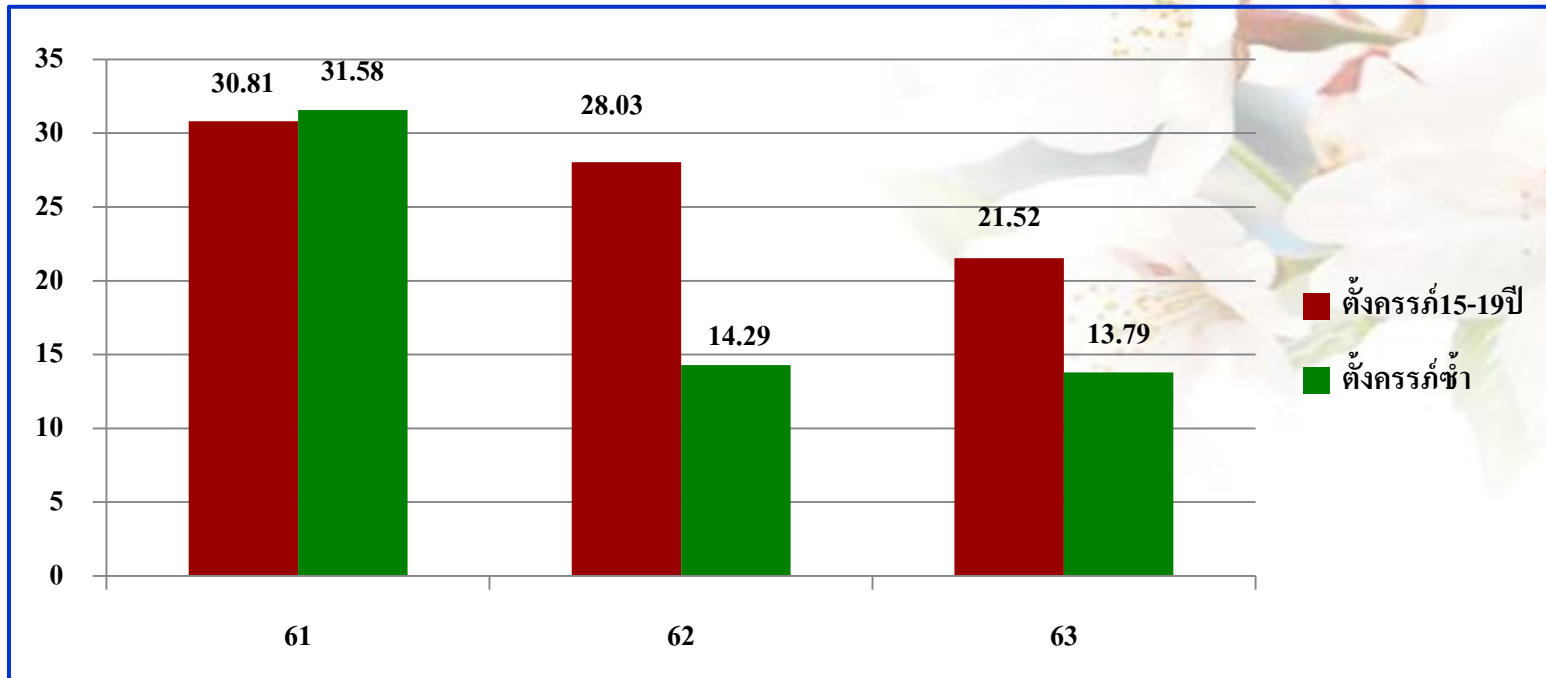
Therapeutic preterm delivery



ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (รวม)	2.94	5.00	3.34(11)
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (ไม่รวมTherapeutic preterm delivery)	1.75	1.83	2.13(7)



หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
ครรภ์แรกอายุ 15-19 ปี (: 1,000 ประชากรในอำเภอท่าม่วง)	< 38: 1,000 ประชากร	30.81	28.03	21.52
ตั้งครรภ์ซ้ำอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ) (อำเภอท่าม่วง)	< 14.5%	31.58	14.29	13.79
คุมกำเนิดก่อนจำหน่ายอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละของการคลอดทั้งหมดในรพ.)	> 80%	93.93	88.98	96.55



สูติกรรม

แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการดูแลทางสูติกรรม - ประชุม/อบรม การดูแลทางสูติกรรม	พ.ย. 62
2. อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (NCPR)	พ.ค. 63
3. พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด (วิจัย)	ต.ค.62
4. ฝึกลานความร่วมมือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน (MCH Boardอำเภอ)	ม.ค.63

ปัญหา / อุปสรรค

ระบบส่งต่อในรายคลอดก่อนกำหนด ทารกคลอดก่อนกำหนด

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

1. มีหน่วยงานที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้ ลดการส่งต่อ
2. รพ.แม่ข่ายรับส่งต่อ Un Limit

สาขา กุมารเวชกรรม





กุมารเวชกรรม



KPI 1 : อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กไทยอายุ 1 เดือน – 1 ปี ลดลง 5 % เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

KPI 2 : อัตราตายทารกอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี น้อยกว่า 7 ต่อ1000 การเกิดมีชีพ

สภาพปัญหา

1. ผู้ป่วยเสียชีวิตอายุ<1ปี และมีโรคร่วม/โรคแทรก
2. เข้าถึงบริการช้า(จากบ้าน)
3. เติียงICUเด็กไม่เพียงพอ
4. ความรู้/ทักษะ แพทย์ พยาบาล
5. อัตราตายทารกอายุ <1ปี 44%เป็นกลุ่มอายุ <28 วัน

สถานการณ์

1. อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็กไทย 1 เดือน-1ปี ปี60-62 =0.83,0.18 และ 0.56
2. อัตราตายของทารกอายุ <1ปี60-62=7.59,8.24 และ 16.26/1000LB
3. เติียงICUไม่เพียงพอ
4. แพทย์/พยาบาลขาดความรู้ ทักษะ
5. อุปกรณ์ไม่เพียงพอ

เป้าหมาย

- 1.อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็กไทย 1เดือน-1ปี ลดลง5%เมื่อเทียบกับปีที่แล้ว
- 2.อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี น้อยกว่า 7%ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ

มาตรการ

1. พัฒนาคำรู้ทักษะของแพทย์/พยาบาลเรื่องโรคระบบหายใจ
2. ใช้ARICในการคัดกรองผู้ป่วย
3. ทบทวนผู้ป่วยที่ซับซ้อน/เสียชีวิต
4. จัดหาอุปกรณ์ HFNC
5. ใช้เครื่องช่วยหายใจในเด็กผู้ป่วยสามัญ

ผลการดำเนินงาน



ข้อมูล	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ต.ค.-ธ.ค.62)
เด็กป่วยด้วยโรคปอดบวม 1เดือน-5ปี	949 (แยกโรค ทางเดินหายใจ)	477	482	283	65
Refer out(On ET-T)	3 (0.32%)	4 (0.84%)	2 (0.41%)	5 (1.76%)	1 (1.54%)
อัตราการตายด้วยปอดบวม	0	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยเด็ก<15ปี ป่วยด้วยDHF	79	32	40	76	27
อัตราการตายผู้ป่วยเด็ก<15ปี ด้วยDHF	0	0	0	0	0
อัตราการตายเด็กทารก <1ปี/1000 LB	0	0	0	0	0

แผนกำกับการดำเนินงาน



กิจกรรม	ช่วงเวลาในการดำเนินงาน												ผู้รับผิดชอบ
	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย.	พ.ค	มิ.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	
1. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขากุมารเวชกรรมระดับโรงพยาบาลและระดับอำเภอ	/		/		/		/		/		/		PCT กุมาร
2. ประชุมเชิงปฏิบัติการการดูแลรักษาผู้ป่วย ARIC ,Pneumonia									/				PCT กุมาร
3. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพเด็ก (PCPR)											/		PCT กุมาร
4. สำรวจความเพียงพอและความพร้อมใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นประจำในหน่วยงาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PCT กุมาร
5. ประชุมการจัดการแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค Pneumonia		/											PCT กุมาร
6. อบรมการดูแลโรค DHF (ร่วมกับNSO)										/			PCT กุมาร
7. ทบทวนอุบัติการณ์ระดับE ขึ้นไปที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	PCT กุมาร
8. ติดตามและประเมินผล						/						/	PCT กุมาร



กุมารเวชกรรม



การดำเนินงานโรค Pneumonia

Problem

- การประเมินไม่เหมาะสมและการใส่ ET-tube ช้า

Purpose

- ลดการเกิด Respiratory failure

Process

- เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการประเมินสภาพผู้ป่วยและการใช้ HFNC วันที่ 15 ก.พ.62
- จัดทำ Early warning sign และ Critical criteria ในกลุ่มเสี่ยง
- เพิ่ม Stock ยา Fentanyl ,Midazolam,Ketamine ตึกสามัญ
- นำแนวทาง ARIC ลงสู่รพ.สต.ในอ.ท่าม่วง
- อบรมเชิงปฏิบัติการ PCPR วันที่ 17 พ.ค.62
- ทบทวนการวางแผนการจำหน่าย การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล
- พัฒนาระบบการ Consult กุมารแพทย์และส่งต่อรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า

Plan

- เพิ่มศักยภาพการดูแลโดย O2 High flow
- ปรับ CPG และ CNPG Pneumonia

การดำเนินงานโรค DHF

Problem

- การวินิจฉัยล่าช้าและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล

Purpose

- ป้องกันภาวะน้ำเกินในผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

Process

- พัฒนาแนวทางในการวินิจฉัยโรคไข้เลือดออกให้เร็วขึ้น ตั้งแต่ระยะไข้ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคและลดจำนวนผู้ป่วยลง
- ให้ความรู้ เรื่องการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย และประเมินความพร้อมด้านเครื่องมือ อุปกรณ์ในการรักษาแก่ทีมในรพ.และรพ.สต.ในเขตอ.ท่าม่วงวันที่ 29 พ.ค.62
- พัฒนาระบบการ Consult และส่งต่อกุมารแพทย์รพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า
- นิเทศ ติดตาม การดำเนินงานของโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาล และ รพ.สต.อย่างต่อเนื่อง
- การควบคุมโรคตามมาตรการ 3ก โดยร่วมกับภาคีเครือข่าย
- เฝ้าระวังในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงและมาตรการสอบสวนโรครวดเร็ว

Plan

- จัดทำ CNPG
- ทบทวน DHF gr II ขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง



กุมารเวชกรรม

ผลการดำเนินงาน

1. ทีมสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กถึงวิกฤตได้
2. ไม่พบอุบัติการณ์ความไม่พร้อมของเครื่องมือในการช่วยฟื้นคืนชีพ
3. จัดทำแผนเพิ่ม HFNC

ปัญหาและอุปสรรค

1. ยังไม่มีผู้รับผิดชอบ OPD เด็ก
2. สถานที่ Sick newborn ไม่เหมาะสม
3. HFNC ไม่เพียงพอ

Orthopedic



ไตรมาส 1/2563





Orthopedic

KPI 1 : โรงพยาบาลระดับ M1-F3 จัดบริการรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ. ได้ ร้อยละ 70

KPI 2 : Fast track fracture around the hip ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม (Early Surgery) ร้อยละ 30

KPI 3 : จัดบริการ Fast track for open long bone fracture ได้ภายใน 6 ชั่วโมง มากกว่าร้อยละ 25

สภาพปัญหา

โครงสร้างประชากรของ
ป. ไทย จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
และแนวโน้มเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์
การเกิดกระดูกสะโพกหัก มักมา
จากการพลัดตกหกล้ม ร่วมกับการ
มีกระดูกพรุน ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ
นอนนานค่าใช้จ่ายสูง ต้องพึ่งพา
ญาติผู้ดูแล

รพ. สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ 19 มีแพทย์
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน
วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน ยังไม่มี ICU
และไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะทางด้าน
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

สถานการณ์

สถิติ ปี 2559-2562 ร้อยละการ
ดูแลผู้ป่วยกระดูกหักแบบปิดชนิด
ไม่เคลื่อนที่

ปี 60 = 90.45%

ปี 61 = 96.30%

ปี 62 = 97.42%

สถิติผู้ป่วยปี 2562

Ex. Around the hip ได้รับการ
ผ่าตัดใน 72 ชม

ปี 2561 = 9.1% (1/11 ราย)

ปี 2562 = 11.76 % (2/17ราย)

Fracture Long bone ได้รับการ
ผ่าตัดภายใน 6 ชม

ปี 2561 = 63.64% (7/11 ราย)

ปี 2562 = 61.54% (8/13ราย)

เป้าหมาย

1. จัดบริการรักษาผู้ป่วยที่มี
กระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ. ได้
ร้อยละ 70
2. ผู้ป่วย Fracture around the
Hip ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.
ร้อยละ 30
3. จัดบริการ Fast track for open
long bone fracture ผ่าตัดได้
ภายใน 6 ชั่วโมง >ร้อยละ 25

มาตรการ

รพ. M2พัฒนาศักยภาพ
ทีมสหวิชาชีพ ในการดูแล
รักษา Capture the fracture

- ระบบการ Consult
สหวิชาชีพ/staff
- พัฒนาสมรรถนะบุคลากร
- กิจกรรมทบทวนสม่ำเสมอ
- จัดส่งอบรม/ฝึกปฏิบัติ



กิจกรรมที่ดำเนินการปี 2563

- ปช. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ Ortho ทุกเดือน (ศุกร์ที่ 3)
- จัดทำแนวทาง CPG: Compartment syndrome และการดูแล Open fx. ที่ ER
- ตรวจความหนาแน่นมวลกระดูก Bone mineral density: BMD ทุก 2 เดือน
พุธที่ 2 ของเดือน เริ่ม 8 ม.ค. 63
- วางแผนจัดอบรมการดูแลผู้ป่วย Spine & Fx. Around the hip 20 มีค 63
- วางแผนจัดส่งอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง 1 คน
- Audit เวชระเบียน ผู้ป่วยผ่าตัด Hip และ Spine
- ติดตามผลการประเมิน ADL ในผู้ป่วย Fx. Around the hip
- การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง



ข้อมูลผู้ป่วย Linear Fracture

	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ตค-ธค)
ผู้ป่วยทั้งหมด	317	293	351	349	108
รักษาเอง	271	265	338	340	104
Refer Out	46	28	13	9	4
ร้อยละของการ Refer Out	14.66%	9.55%	3.7%	2.58%	3.7%
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักแบบปิด ชนิดไม่เคลื่อนที่ใน รพ M2	85.34%	90.45%	96.3%	97.42%	96.3%

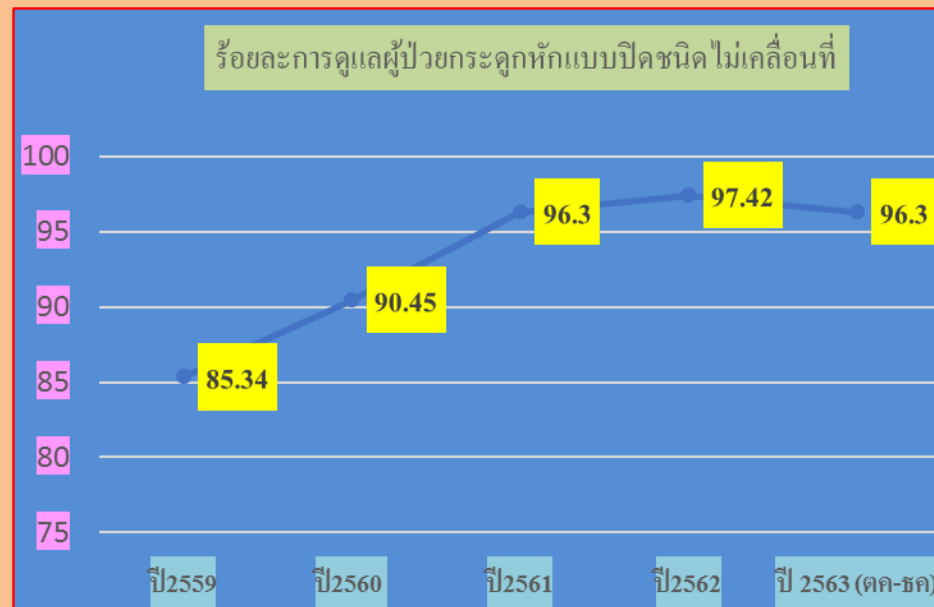


คัดสรรกระดูกและข้อ

เป้าหมาย: การดูแลผู้ป่วย Linear Fracture $\geq 70\%$

กระบวนการ:

- X-Ray 24 ชม
- ฝีก 24 ชม
- อบรมเพิ่มพูนทักษะ
- ระบบ Consult



เกณฑ์ 70%

ปี 62

เขต 84.33%

กจ. 91.2%

ผลลัพธ์ : ร้อยละการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักชนิดไม่เคลื่อนที่ ปี T1/63 เท่ากับ 996.3%



Orthopedic

Capture the Fracture

Purpose : Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม เป้าหมาย 30 %

Process :

1. จัดทำแนวทางให้ รพสต.
2. ระบบ Consult staff 24 ชม
3. อบรมวิชาการ
4. แนวทางการดูแล CNPG
5. อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง



Performance : ร้อยละผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม
หลังนอน รพ. $(2/17 \text{ ราย}) = 11.76\%$

(Consult Med ตรวจพิเศษ ปรับยา Hold ASA วิสัญญีแพทย์ มา สค. 62)



Orthopedic

ร้อยละของผู้ป่วย Open fracture long bone ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม

Purpose : ร้อยละของผู้ป่วย Open fracture long bone ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. ≥ 25 %

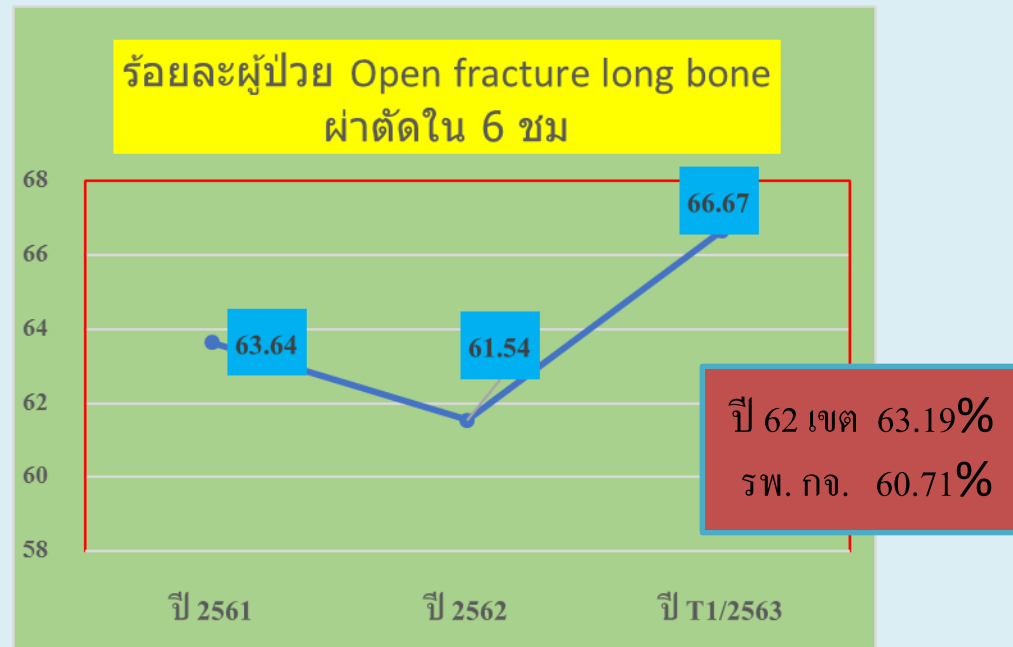
Process :

1. ระบบ การ Consult staff 24 ชม
2. ประชุมทีม PCT Ortho/ทบทวน Trigger
3. การแบ่งระดับบาดเจ็บและการรักษา
4. แพทย์จัดทำแนวทางการรักษากระดูกหักแบบเปิดที่ ER
5. จัดทำแนวทางการดูแลภาวะ

Compartment Syndrome

Performance : ร้อยละของผู้ป่วย Open fracture long bone

ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม ปี 2562 61.54 % (8/13ราย) ปี 1/63 = ทำได้ 4/6 ราย 66.67%





Purpose: ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture

ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Re Fracture)

ผู้ป่วยทั้งชาย และหญิง ที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษานใน รพ. ชนิดไม่รุนแรง เช่น เดินล้ม แรงกระทำจากการล้ม (ไม่เอาอุบัติเหตุจากรถ)

Process : 1. การวางแผนการจำหน่าย การประเมิน ADL ก่อน – หลัง ผ่าตัด

2. การส่งต่อดูแลต่อเนื่อง

Performance : ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture

ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ ปี 2562 = 0 % (0/32 ราย)

ปี 2563 ยังไม่พบ (0/11 ราย)



แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Fx. Around the hip ผ่าตัดภายใน 72 ชม
- พัฒนาทีม & จัดเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์
- การดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านโดยทีม สหวิชาชีพ
- จัดทำ CPG และ CNPG โรคสำคัญของ Ortho
- พัฒนา Liaison nurse
- การพัฒนาการดูแล Re-fracture prevention โดยทีมสหวิชาชีพ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกระดูกพรุน Osteoporosis

สาขาพัฒนาระบบบริการ ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)





การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)

KPI : ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล : RDU 1 $\geq$ 95 % , RDU 2 $\geq$ 20 %

สถานการณ์

ปี 2561
ผ่านขั้นที่ 1
ปี 2562 (ไตรมาส 2)
ผ่านขั้นที่ 2

สภาพปัญหา

- มีการใช้ยาไม่สมเหตุผล โดยเฉพาะในกลุ่มยา antibiotic ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษาและก่อให้เกิดเชื้อดื้อยา
- มูลค่าการใช้ยาที่เพิ่มขึ้นจากการใช้ยาไม่สมเหตุผล

เป้าหมาย

- ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยด้านยา
- ค่าใช้จ่ายด้านยาลดลง
- การติดเชื้อดื้อยาลดลง

เป้าหมาย ระยะ 5 ปี

1. ให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็น RDU hospital
2. ให้ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งเป็น RUA : Responsible Use of Antibiotic : ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

เป้าหมาย ระยะ 2 ปี

1. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่าน RDU ขั้นที่ 1 (2560) ขั้นที่2(ปี2561-2562) และขั้นที่3 (2563-2564)

มาตรการ

- 1.ดำเนินการให้มีการคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply)
- 2.ดำเนินการให้มีการสั่งจ่ายยาและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
- 3.ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

เป้าหมาย ระยะ 5 ปี

1. ให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็น RDU hospital

2. ให้ รพ.สต และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่งเป็น RUA :

Responsible Use of Antibiotic : ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

เป้าหมาย ระยะ 2 ปี

1. โรงพยาบาลทุกแห่งผ่าน RDU ขั้นที่ 1 (2560) ขั้นที่2 (ปี2561-2562) และ
ขั้นที่3 (2563-2564)

2. รพ.ระดับ S และ M1 มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ(AMR)
และมีข้อมูล (Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

RDU ขั้นที่ 3

RDU1 :

ประเมินผล out put

รพ.ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1.ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด**

RDU2:

ประเมินผล out put

- รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ
ทุกแห่ง ผ่านตัวชี้วัดที่ 19 และ 20
(ทั้ง URIและAD)**

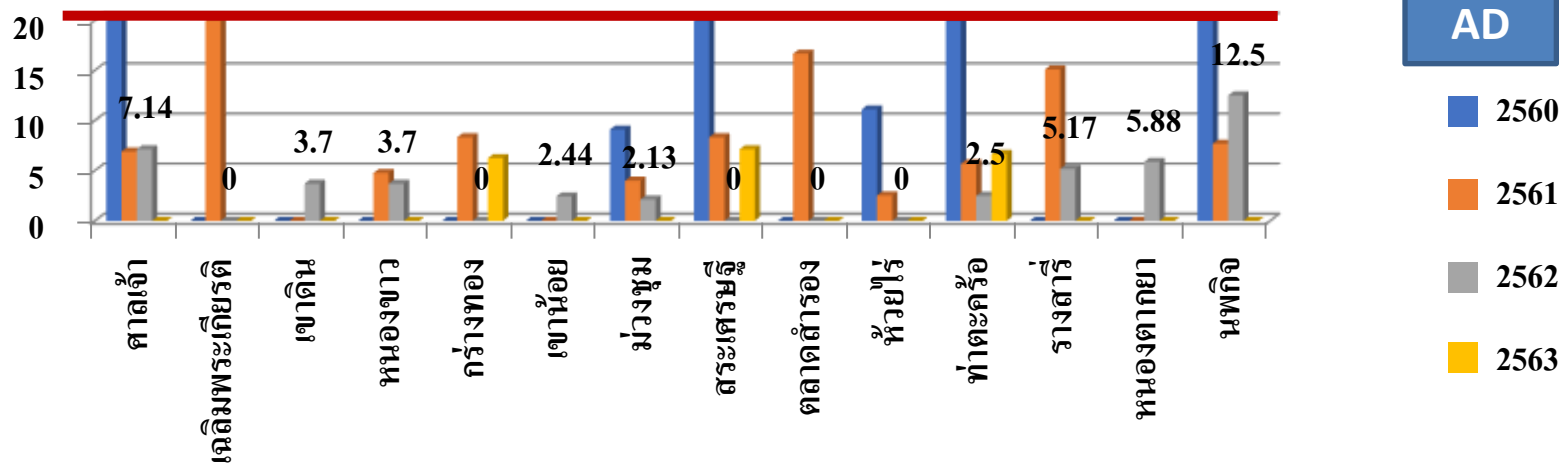
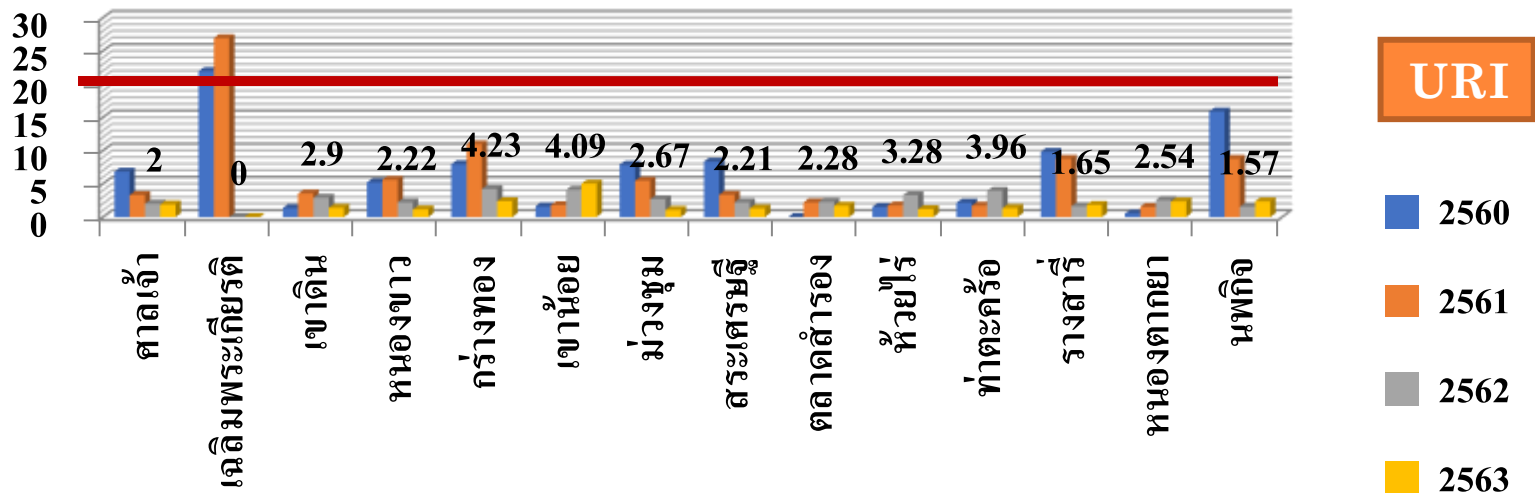
RDU:แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผลลัพธ์
1. ชี้แจงมาตรการ RDU ชั้น3 ให้แก่ คกก.บริหาร/องค์กรแพทย์/พยาบาล/คกก.คปสอ/เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ	ทุกครั้งที่มีการประชุม	ไตรมาส1	100%
2. สรุป/วิเคราะห์ผลตัวชี้วัด - ความเหมาะสมการสั่งจ่ายยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI - ความเหมาะสมการสั่งจ่ายยา ICS ในผู้ป่วย Asthma	องค์กรแพทย์/พยาบาล	ทุกเดือน	3 ครั้ง
3. ชี้แจงมาตรการ RDU ออกมาตรการส่งเสริมการใช้ ICS ในผู้ป่วย Asthma	องค์กรแพทย์/พยาบาล	ไตรมาส1	2 ครั้ง
4. ชี้แจงมาตรการ RDU ออกมาตรการควบคุมการสั่งจ่ายยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI	องค์กรแพทย์/พยาบาล	ปีงบ2563	
5. พัฒนาโปรแกรมแจ้งเตือนความเหมาะสมการสั่งจ่ายยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI	HosXp OPD/ER	ปีงบ2563	กำลังดำเนินการ
6. กำกับติดตามผลตัวชี้วัด	เดือนละ1ครั้ง	ปีงบ2563	3 ครั้ง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63
1. ร้อยละการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	$\geq 85\%$	93.32	92.41	92.56	94.33
2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ3	3	3	3	3
3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ3	3	3	4	4
4. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	0	0	0	0
5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ3	3	3	3	3
6. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	$\leq 20\%$	37.15	17.42	17.35	18.19
7. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	$\leq 20\%$	38.11	13.24	11.54	15.18
8. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	$\leq 40\%$	65.46	57.62	34.10	33.42
9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	$\leq 10\%$	41.28	32.05	8.61	6.25
10. ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) 2 ชนิด ร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง	ร้อยละ0	0.17	0	0	0
11. ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5	38.29	0	0	0

RDU

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	$\geq 80\%$	85.28	87.02	87.08	87.14
13. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	$\leq 5\%$	0.19	0.19	0.06	0.07
14. ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	$\leq 10\%$	1.06	0.43	0.48	0.12
15. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	$\geq 80\%$	67.63	65.67	72.05	84.05
16. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	$\leq 5\%$	0.83	0.81	0.29	0.83
17. จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0	0	0	0	0
18. ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	$\leq 20\%$	31.61	18.84	26.41	26.75
19. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้อาาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100%	71.42	85.71	100	100
20. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้อาาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100%	78.57	92.85	100	100



RUA รพสต-ปี 2562 ผ่าน 2 โรค 14/14(100%)

สรุปการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ขั้นที่3 (2563)

ร.พ.	RDU 1 (โรงพยาบาล)					RDU 1 (โรงพยาบาล)													RDU 2 (รพ.สต.)				สรุปผลการประเมินการเป็น RDU ขั้นที่ 3
	1) ร้อยละการใช้ ED	2) ประสิทธิภาพ PTC	3) รายการยาที่ควรตัดออก	4) ฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา	5) จริยธรรมในการจัดซื้อ	6) ใช้ ATB ใน URI	7) ใช้ ATB ใน AD	8) ใช้ ATB ในแผลสด	9) ใช้ ATB ในสตรีคลอดปกติ	10) การใช้ RAS ช้อน	11) ใช้ gliben ในผู้สูงอายุน้อยหรือไต	12) ใช้ Met ใน DM	13) ใช้ NSAIDs ช้อน	14) ใช้ NSAIDs ใน pt. ไตระดับ 3	15) ใช้ ICS ใน Asthma	16) ใช้ BZD ใน preg	17) ใช้ยาห้ามเลือดในสตรีตั้งครรภ์	18) ใช้ Non-Steroidal ในเด็ก Dx URI	รพ.สต. /PCU ทั้งหมด	เป้าหมาย รพ.สต./PCU ร้อยละ 60	ผ่านทั้ง URI&AD	ร้อยละผ่าน URI&AD	
สมเด็จฯ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	×	14	14	14	100	×
เกณฑ์เป้าหมาย	M1-M2 ≥ ร้อยละ 85	ระดับ 3	0 รายการ	รายการยา 13 กลุ่มระดับ 3	ระดับ 3	≤ ร้อยละ 20	≤ ร้อยละ 20	≤ ร้อยละ 40	≤ ร้อยละ 10	0	≤ ร้อยละ 5	≥ ร้อยละ 80	≤ ร้อยละ 5	≤ ร้อยละ 10	≥ ร้อยละ 80	≤ ร้อยละ 5	0 คน	≤ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 100			≥ ร้อยละ 20	

RDUชั้น3

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62
15.ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid (ICS)	$\geq 80\%$	67.63	65.67	72.05
18.ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	$\leq 20\%$	31.61	18.84	26.41

CQI ผู้ป่วยหอบหืดที่ไม่ได้รับ ICS

นางพิไลรัก เกษมสิทธิ์ชัยกุล	620708213701	นางอารีย์ ข้างพลาย	611108051524
22 นายจาริก หนูผาสุก	620115174556	86757 นางอารีย์ ข้างพลาย	620413051902
59608 น.ส.เจลินี เจริญชัย	611208172801	86757 นางอารีย์ ข้างพลาย	620421073530
61219 นายชัยวัฒน์ อิมสอาด	611208001440	86757 นางอารีย์ ข้างพลาย	620506035439
61464 น.ส.กาญจนา บุญยะภักธธาดา	611026163640	86757 นางอารีย์ ข้างพลาย	620523181129
63143 นางสาวฤทธิ จ้อยทองมูล	620128103122	86757 นางอารีย์ ข้างพลาย	620707183116
63143 นางสาวฤทธิ จ้อยทองมูล	620311101211	90163 นายนิคัย ธิมูลเชื้อ	611108172625
64946 นายจิรทีปต์ เย็นอารีย์	620429184113	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	611217070154
67768 น.ส.นิศายล บุญเกลี้ยง	611105130039	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	620114070151
67891 นางสมคิด รวีอินทร์	611116070037	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	620218080049
67891 นางสมคิด รวีอินทร์	620208070052	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	620325101218
67891 นางสมคิด รวีอินทร์	620726070014	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	620401070134
70027 นางปาริชาติ เขียงจีน	611118080400	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	620527070107
70137 น.ส.ประภาดา ตั้งการณจิต	611107110045	90552 น.ส.วันดี สุขสมัย	620715083012
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	611009173525	93508 นายณรงค์ เกตุนรินทร์	620423100312
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	611022193950	94180 นายเอกรัตน์ เอสงวาท	620314193329
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	611104075953	95182 น.ส.สุทธิดัน อภัย	611031181642
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	611127195427	96464 น.ส.อรสา มั่นคง	611120135637
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	620301210141	98737 นายณกร ศรีลาเรียง	620218154722
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	620310003928	100733 น.ส.ธราทิพย์ สวนทอง	611207135348
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	620325023129	100733 น.ส.ธราทิพย์ สวนทอง	620411191846
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	620523024425	100733 น.ส.ธราทิพย์ สวนทอง	620731150315
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	620626022542	102986 นายวุฒิศาสตร์ กระแสภาค	611211070008
73077 นายฉัตร นกยูงทอง	620709073245	102986 นายวุฒิศาสตร์ กระแสภาค	620402070006
75511 นายจักรพัฒน์ ทองสัมฤทธิ์	611010213101	102986 นายวุฒิศาสตร์ กระแสภาค	620723070001
75511 นายจักรพัฒน์ ทองสัมฤทธิ์	611203084320	103230 นายประชา ถ้ำทอง	611116184325
75610 นายจักรกฤษ อันเชิด	620623084523	103230 นายประชา ถ้ำทอง	620620052808
75610 นายจักรกฤษ อันเชิด	620710151655	103833 นางแสงเดือน ไทยถำนันดร	611007164854
78911 นางสาวชล เปียสวน	611116221721	104043 นางดาว อ่อนโพธิ์แก้ว	611114082142
79910 นางหอมพล แทนเครือ	611209144444	104043 นางดาว อ่อนโพธิ์แก้ว	611212083014
80187 น.ส.ธันยชนก ชีวะพานิช	620520020952	104043 นางดาว อ่อนโพธิ์แก้ว	620517081447
83249 นางคณิน หลวงเทพ	611103112326	104043 นางดาว อ่อนโพธิ์แก้ว	620617090423
83496 น.ส.น้ำทิพย์ อินอำไพ	620227180355	106812 นางประเทือง นันทรักษ์	620201121908
83496 น.ส.น้ำทิพย์ อินอำไพ	620301181112	109100 น.ส.สายชล รักลัดดี	611115134017

ลำดับ	โรงพยาบาล	RDU ชั้นที่ 1 2561	RDU ชั้นที่2 2562	RDU ชั้นที่3 2563	ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านในชั้นที่2 และ 3
1	พหลฯ	✓	✓	✗	6/15
2	มะการักษ์	✓	✗	✗	6/7/15/18
3	พระสังฆราช	✓	✓	✗	18
4	ทองผาภูมิ	✓	✗	✗	6/9/15/18
5	บ่อพลอย	✓	✗	✗	8/15
6	ด่านมะขามเตี้ย	✓	✓	✗	8/12/15
7	ไทรโยค	✓	✗	✗	8/15/18
8	พระปียะฯ	✓	✗	✗	8
9	สังขละบุรี	✓	✓	✗	RDU2
10	เจ้าคุณฯ	✓	✗	✗	8/18
11	เลาขวัญ	✓	✓	✗	7/8
12	ห้วยกระเจา	✓	✓	✗	RDU2
13	สถานพระบารมี	✓	✓	✗	RDU2
14	ท่ากระดาน	✓	✓	✗	RDU2
15	สุราษฎร์ฯ	✓	✗	✗	15



RDU ชั้น 3

แผนงานปี 2563

กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาลและ รพ.สต.

- ชี้แจงองค์กรแพทย์เกี่ยวกับ RDU ชั้น3
- วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ที่ทำให้ตัวชี้วัด 15,18 ไม่ผ่าน
- รายงานผลตัวชี้วัดแก่ทีม PCT สหุติ/องค์กรแพทย์

ปัญหาและอุปสรรค

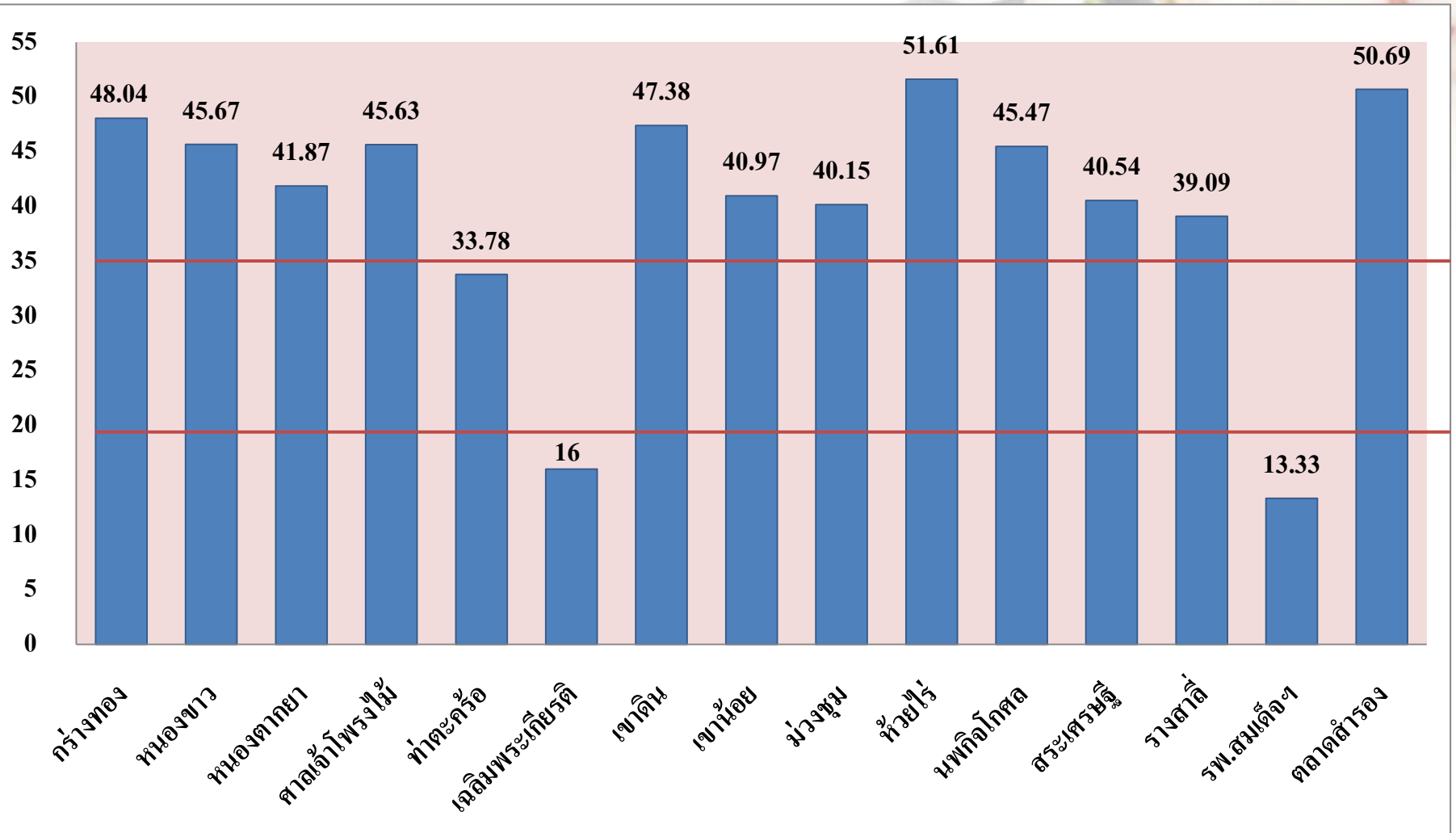
- 1.ตัวชี้วัดที่ต้องกำกับ ติดตามมีจำนวนมาก ต้องอาศัยความร่วมมือกับบุคลากรทั้งในรพ.และรพสต.
- 2.การดำเนินงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ ความตระหนัก และความร่วมมือจากบุคลากร โดยเฉพาะแพทย์ผู้สั่งใช้ยา รวมถึงผู้รับบริการด้วย
3. โปรแกรมที่ใช้ดึงข้อมูล RDU 2016 ยังมีปัญหา

สาขากาพย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

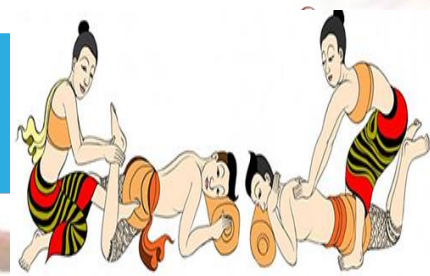


ผลการดำเนินงานปี 2562

ผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 19



การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับ
บริการการแพทย์แผนไทยและ
การแพทย์ทางเลือก
ปี 2560 ร้อยละ 28.97
(เป้าหมายร้อยละ 18.5)
ปี 2561 ร้อยละ 28.34
(เป้าหมายร้อยละ 20)
ปี 2562 ร้อยละ 22.57
(เป้าหมายร้อยละ 19)

สภาพปัญหา

การลงบันทึกข้อมูลไม่ครบ
ขาดความสมบูรณ์

เป้าหมาย

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่
ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษา
โรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์
ทางเลือก 19 (รพช) / (36 รพ.สต.)

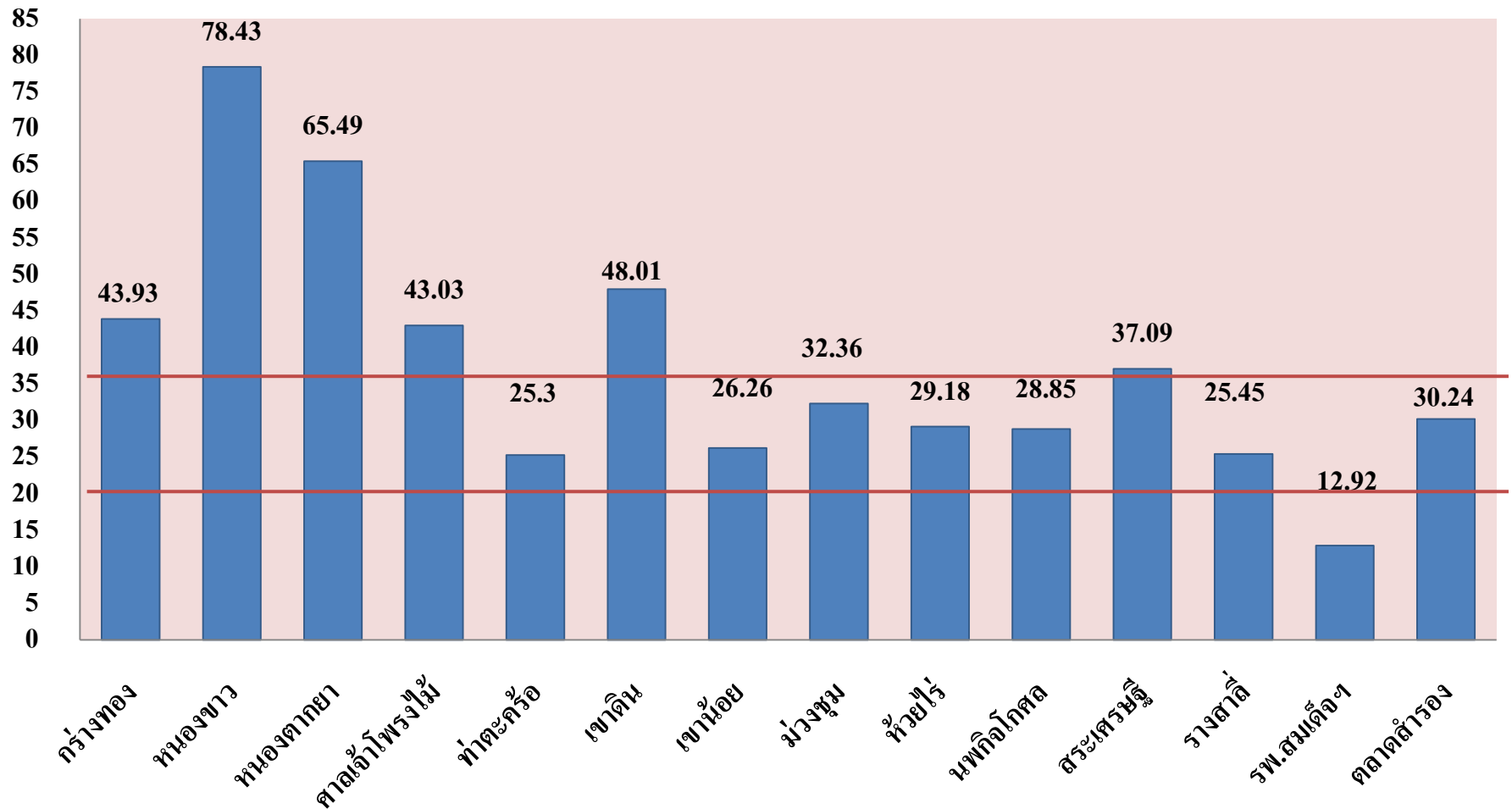
มาตรการ

1. พัฒนากลไกการขับเคลื่อนงาน
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร
3. ส่งเสริม สนับสนุน การ
จัดบริการ

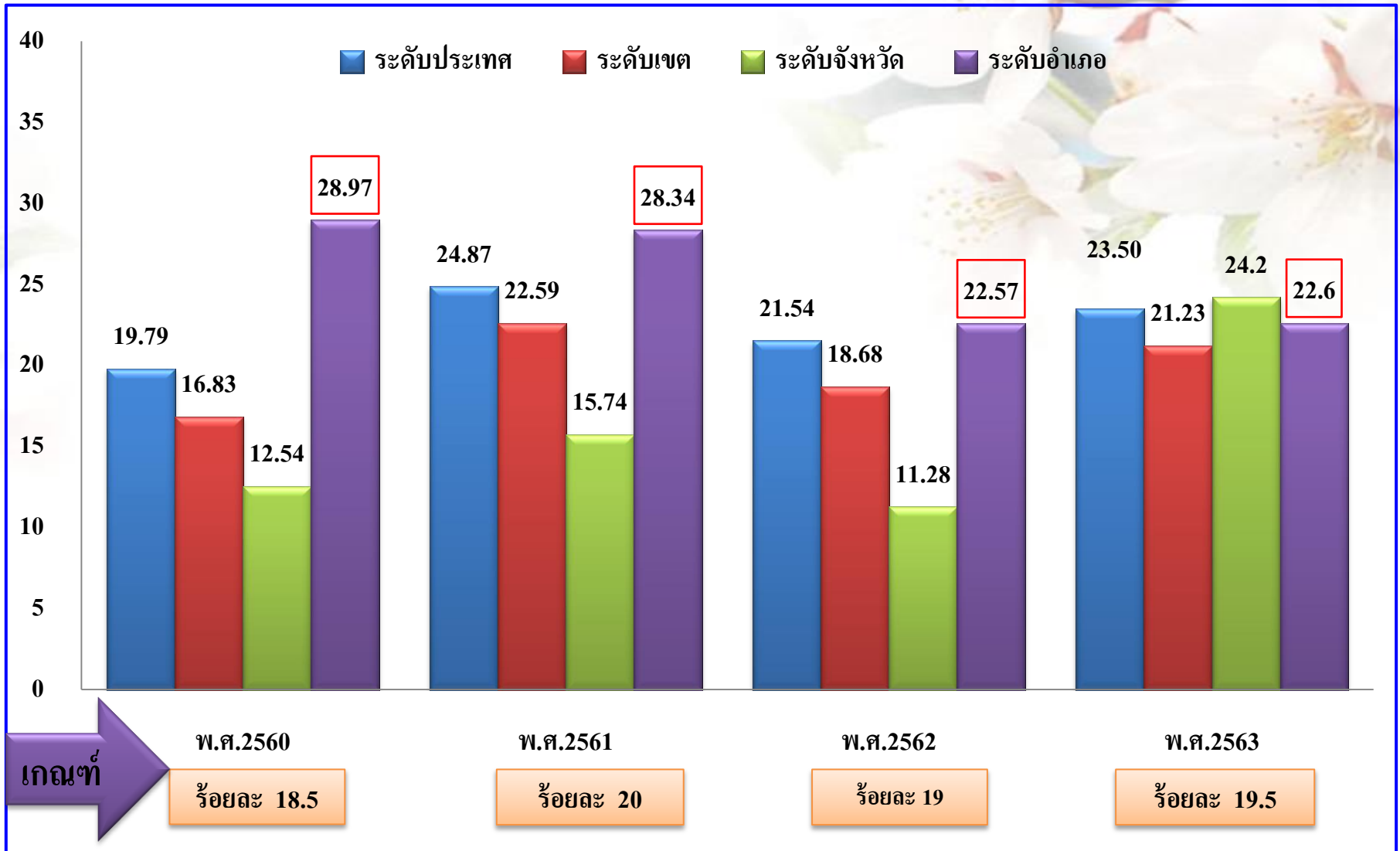
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก 19 (รพช)/ 36 (รพ.สต) ปี 2563 (ต.ค.-ธ.ค. 62)



ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการ

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. เยี่ยมติดตามระดับพื้นที่
3. ฟื้นฟูผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง
4. จัดให้บริการแพทย์แผนไทยกลุ่มงานแผนกผู้ป่วยนอก รพ.
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
6. ประเมินมาตรฐาน รพ. สต. พท.

ปัญหา / อุปสรรค

❖ ด้านการจัดบริการ

- คลินิกบริการนวด อบ ประคบ ยังมีไม่ครอบคลุม
สถานพยาบาลทุกแห่ง เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรแผนไทย
และงบประมาณ

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

Small Success/Quick Win

มาตรการ	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา			
		3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
- พัฒนากลไกการขับเคลื่อนงาน - พัฒนาศักยภาพบุคลากร - ส่งเสริม สนับสนุน การจัดบริการ	ร้อยละของผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 18	ร้อยละ 18.5	ร้อยละ 19	ร้อยละ 19.5

A close-up photograph of a wooden desk. On the left, the corner of a tablet with a dark screen is visible. To its right is a spiral-bound notebook with a light green cover. The text "THANK YOU" is overlaid in a bright blue, bold, sans-serif font across the middle of the image.

THANK YOU