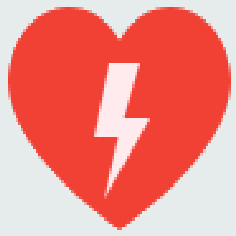
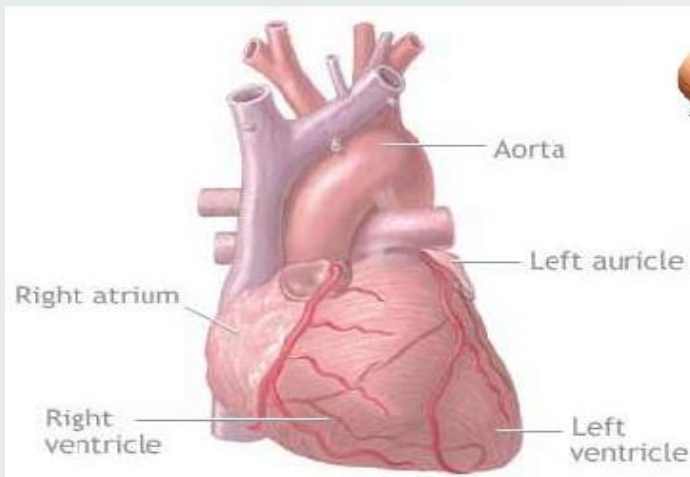




การประเมินผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ประจำปี 2563
ไตรมาสที่ 4 เดือนตุลาคม 2562- กันยายน 2563



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 < 10 %
(0/28 ราย = 0 %)



สภาพปัญหา

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

เป้าหมาย

1. อัตราตาย STEMI ≤ 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

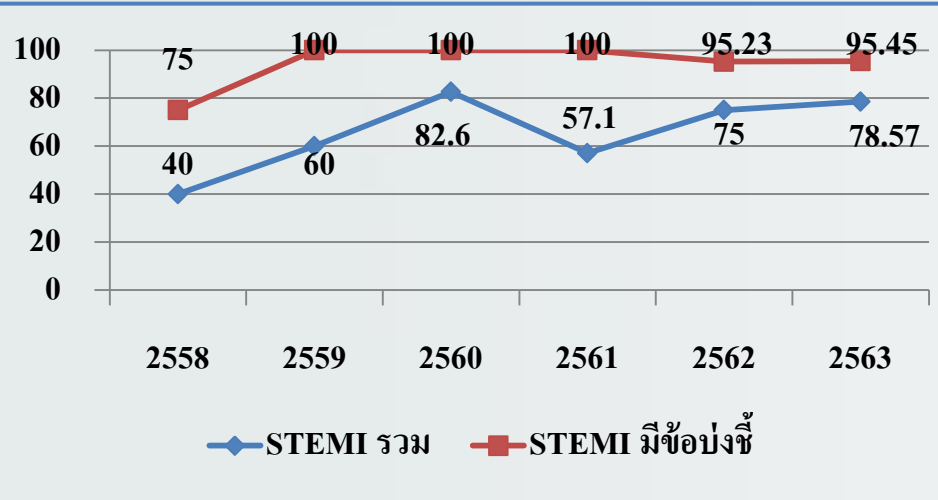
มาตรการ

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

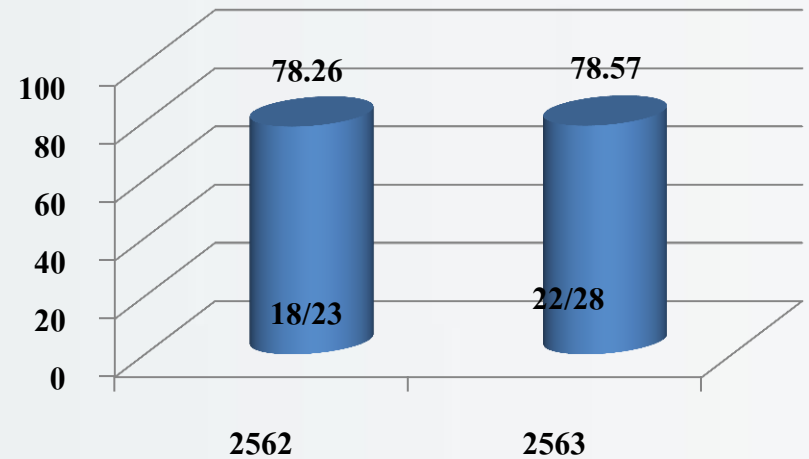


Fast track : STEMI

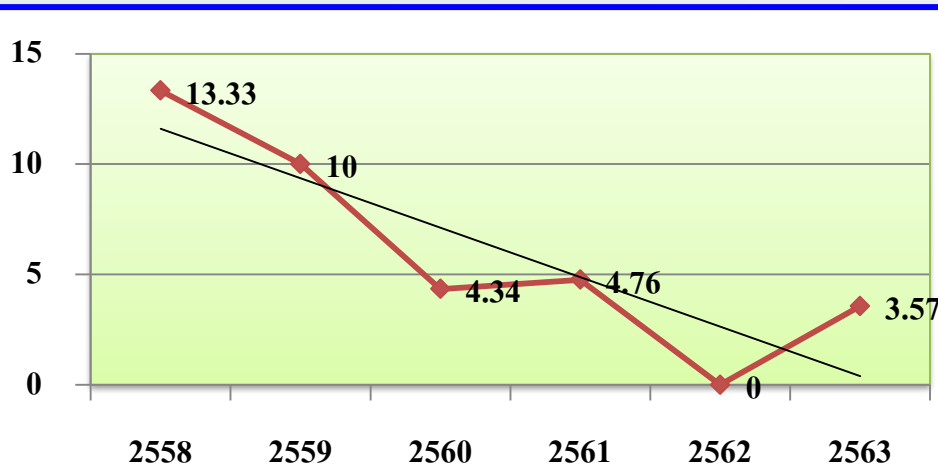
อัตรา ผล. STEMI ได้รับยา SK > 80 % (21/22= 95.45%)



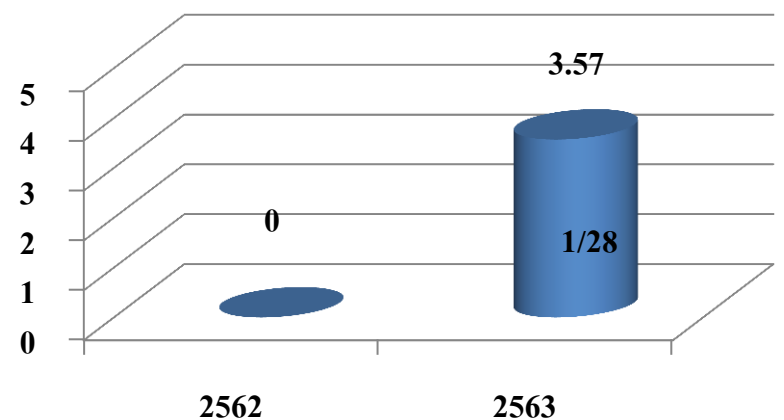
อัตราการให้ SK ปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2563



อัตราตาย ผล. STEMI < 8 % (1/28=3.57%)



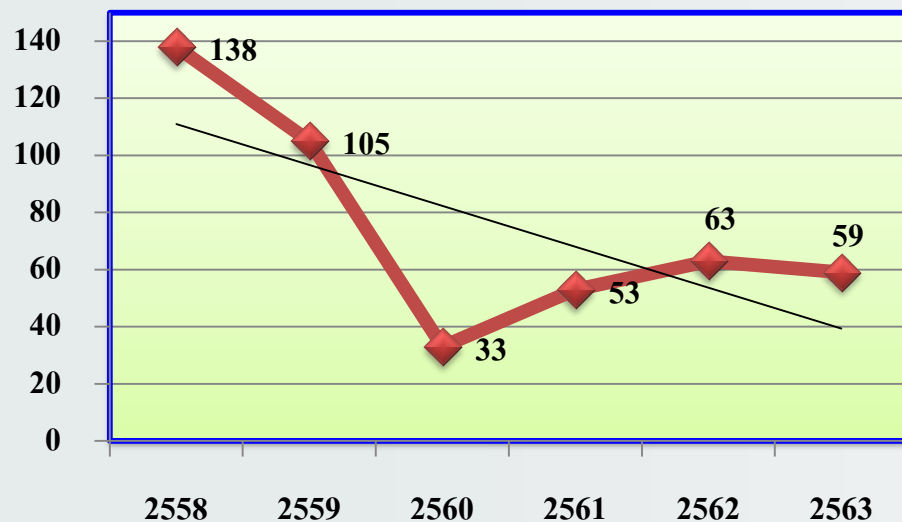
อัตราการตาย ปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2563





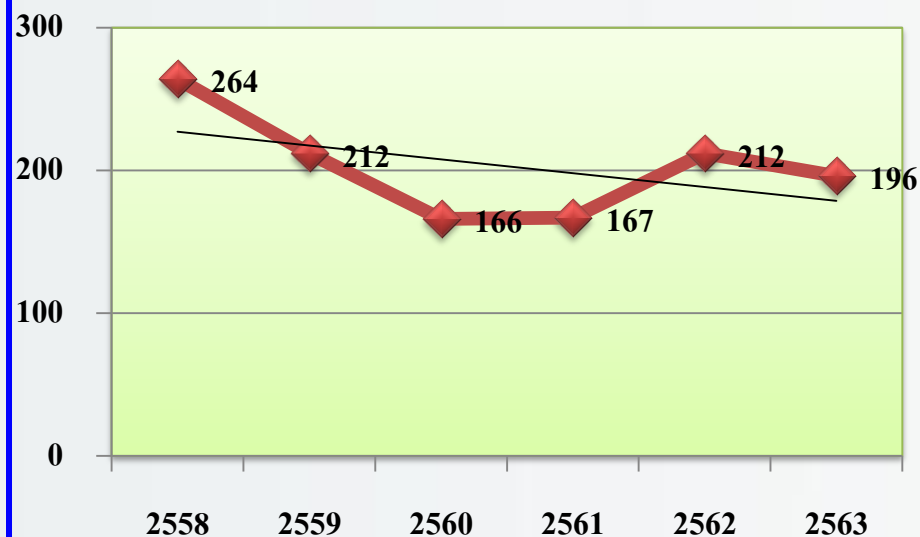
Fast track : STEMI

Door to Needle Time (เวลาเฉลี่ย)



30 นาที

Onset to Needle Time (เวลาเฉลี่ย)



180 นาที



Fast track : STEMI

บททวนการเสียชีวิตของผู้ป่วย STEMI ปี 63

สาเหตุการตาย	จำนวน
Extensive wall , cardiogenic shock,CHF (Dead ER)	1 ราย ได้ SK

อุบัติการณ์	จำนวน (ครั้ง)
Miss diagnosis	1
Un plan CPR/Dead	1
Delay diagnosis	5

สาเหตุการไม่ได้รับ SK/TNK

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

สาเหตุการไม่ให้ SK ปี 63	จำนวน
มีข้อห้ามการให้ยา	1 ราย
Miss diagnosis	1 ราย
Onset >12 ชั่วโมง	3 ราย
Spontaneous reperfusion	1 ราย

SERVICE PLAN

สาขามะเร็ง





มะเร็ง

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

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 ฉายแสง+ 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. ค้นหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำกว่าเป้าหมาย
2. การดำเนินการเชิงรุก/เชิงรับไม่ต่อเนื่อง
3. ค้นหาคัดกรองมะเร็งลำไส้ให้ได้ตามเป้าหมาย
4. ระบบส่งต่อรักษาต่อเนื่องนอกเขต 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. ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดมากกว่า 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 ระยะที่ 1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 80)

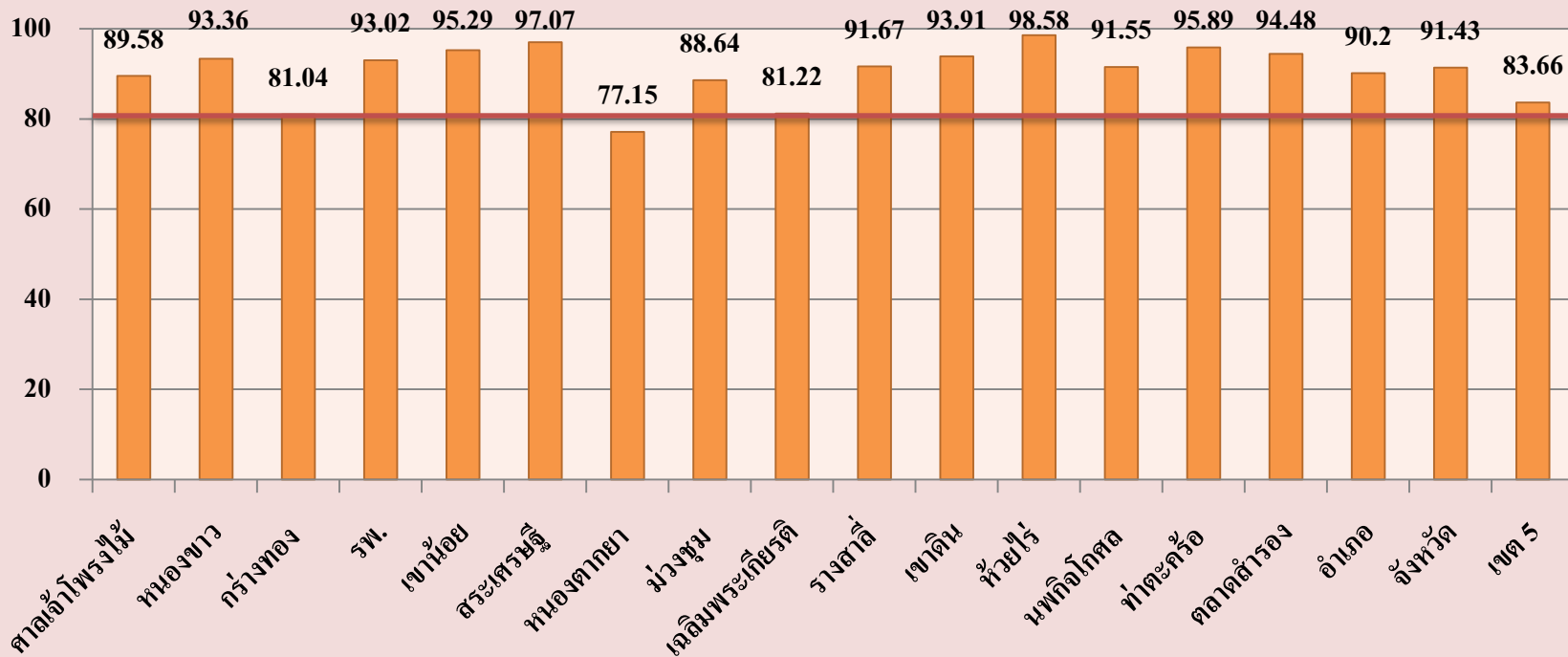
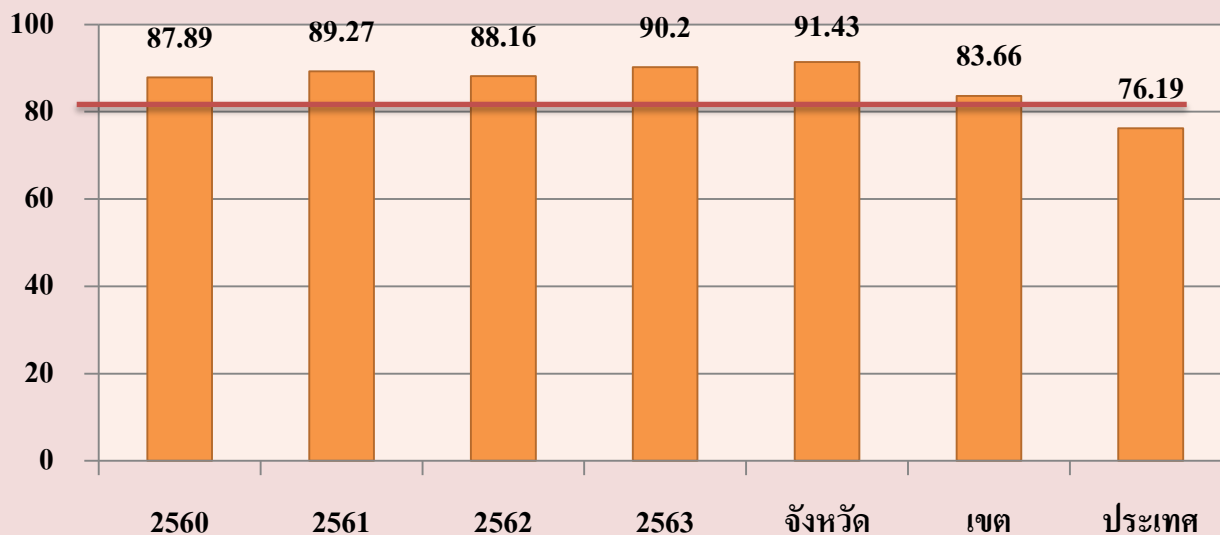
มาตรการ

1. ค้นหาคัดกรองมะเร็งปากมดลูก/ลำไส้
2. ติดตามกลุ่มเป้าหมายเชิงรุกไม่เคยตรวจ pap smear ใน5ปี
3. ลดจำนวนผู้ป่วยมะเร็งระยะ 3 และ4
4. พัฒนาการดูแลรักษามะเร็งรักษาผ่าตัดเต้านม ภายใน 4 สัปดาห์
5. พัฒนาระบบการดูแลส่งต่อในเขต colono ตามสิทธิรักษา Admit
6. พัฒนาการดูแลส่งต่อในเขต และติดตามผู้ป่วย



มะเร็ง

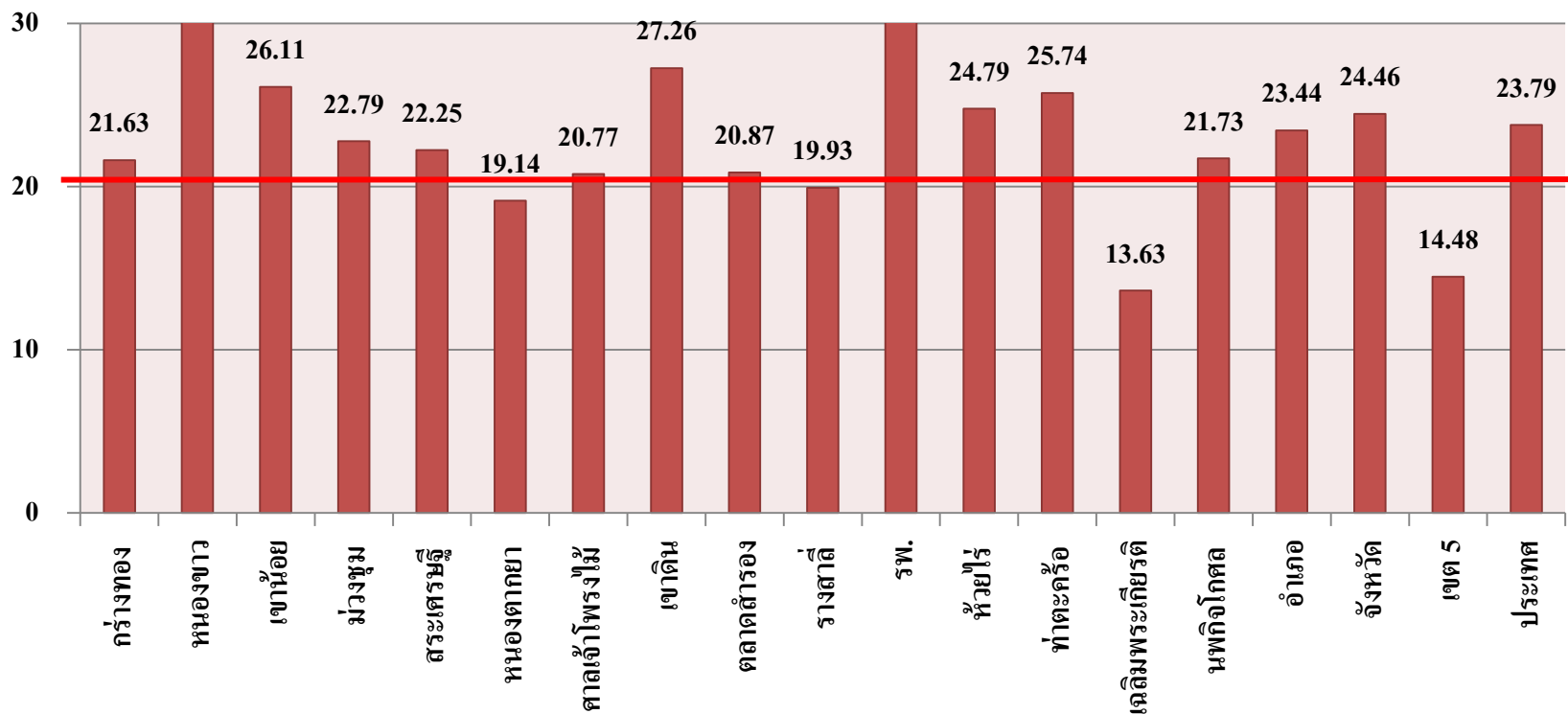
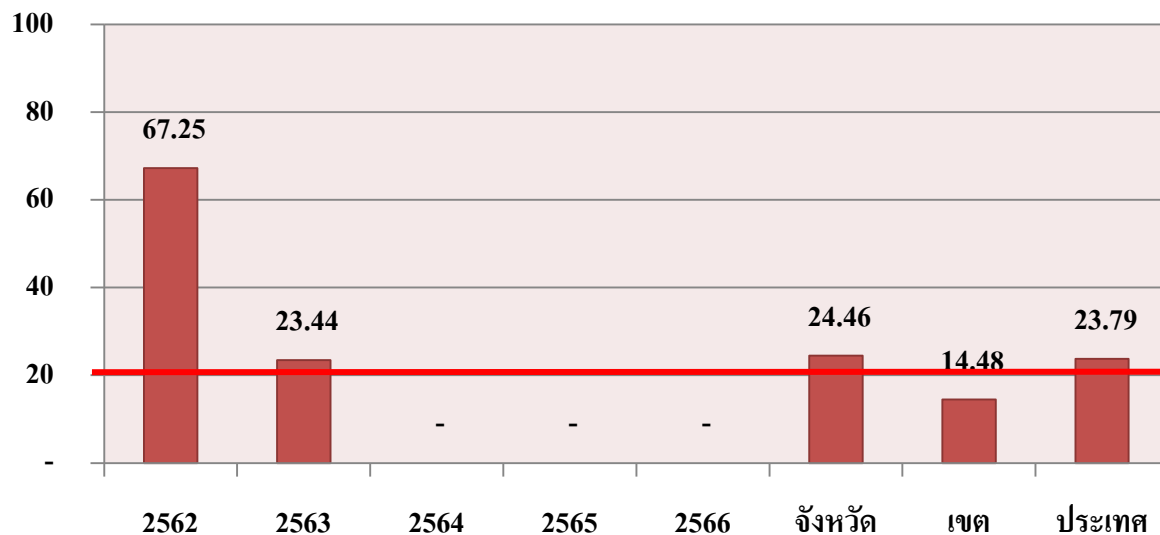
ร้อยละของสตรี 30-70 ปี
ที่มีการตรวจเต้านม จนท.
(เกณฑ์ $\geq 80\%$)





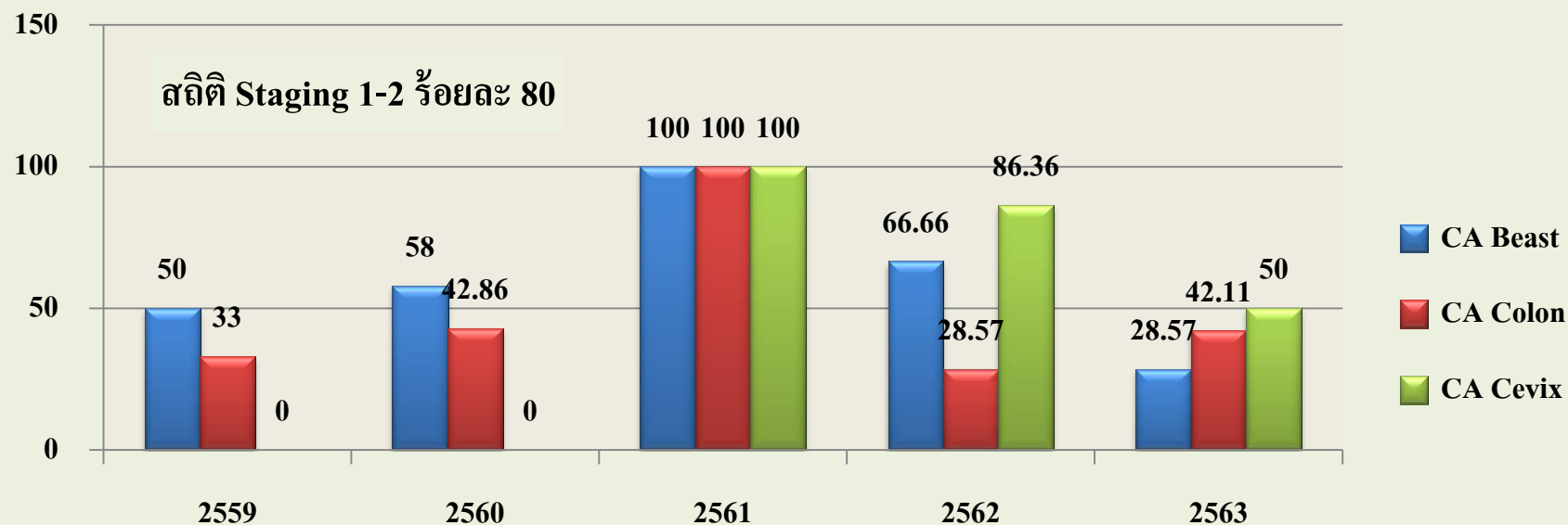
มะเร็ง

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





มะเร็ง





มะเร็ง

แผนงาน/โครงการ

กิจกรรม

- ประชุมทีมคณะกรรมการมะเร็ง และผู้รับผิดชอบ
- ปี 63 คัดกรองมะเร็งปากมดลูก
คัดกรองมะเร็งเต้านม জনท./ตนเอง
- ผ่าตัดมะเร็งเต้านม ภายใน 4 สัปดาห์
- ผ่าตัดมะเร็งลำไส้ ภายใน 4 สัปดาห์
- เป้าคัดกรองมะเร็งลำไส้ กลุ่มอายุ 50-70ปี ด้วย fit test
เป้าหมาย 1,943 ราย ผลตรวจเป็นบวกนัดส่งกล้อง
ทำ admit เบิกค่าใช้จ่ายตาม DRG
เริ่มดำเนินการไตรมาส 2 เดือน ม.ค. 63-เม.ย.
- ลงทะเบียนมะเร็ง เต้านม/ลำไส้ รายใหม่ปี 63
- หน่วยเคลื่อนที่คัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเครื่องเอกซเรย์
Mammogram ประชาชนทั่วไปและสตรีอายุ 25 ปีขึ้นไป
จำนวน 400 คน ค้นหากลุ่มเสี่ยง ผิดปกติ 150 คน
ในวันที่ 14-16 กันยายน 2563 ณ.ลานชมวิว
สวนรุกขชาติเฉลิมพระเกียรติอำเภอนาทม

ผลงาน

- รณรงค์คัดกรองตรวจมะเร็ง เต้านม/ปากมดลูก/ลำไส้ เชิงรุก ที่
รพ.สต.15แห่ง /เชิงรับที่ OPD ทุกวัน
คัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมปีที่1 เป้าหมาย 20% ทำได้ 23.44 %
CA cervix = 8 ราย 1,2 state = 4 , state 3,4 = 4
คัดกรองมะเร็งเต้านม ทำได้ 90.2 % Ca Breast = 14 ราย
state 1, 2 = 4 state 3,4 = 9 ไม่ทราบระยะ 1 ราย
CA colon = 19ราย state 1, 2 = 8 ราย state 3 , 4 = 10 ราย ไม่ทราบ = 1
- ผ่าตัดเต้านมใน 4 สัปดาห์ จำนวน 7 ราย
ส่งต่อ ฉายแสง, ฉีด kemo
- * ผ่าตัดลำไส้ ใน 4 สัปดาห์ จำนวน 13 ราย
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ ได้รับจัดสรรเงิน สปสช. 69,724 บาท
เป้าหมาย 1,943 ราย
ผลดำเนินการ ไตรมาส 4 คัดกรอง Fit test 1918 ราย
- ผลบวก 83 ราย Setทำ colono 56 ราย ปฏิเสธ 15 ราย ,สิทธิปกส. 2 ราย
เคยทำ 4 ราย AdmitเบิกDRG
ผลปกติ 39ราย ผิดปกติ ,CA 2 mas 2 Polyp 14
- ลงทะเบียนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ เต้านม , ลำไส้ Ca อื่นๆรวม 42ราย

มะเร็ง 5 อันดับในRefer

ลำดับที่

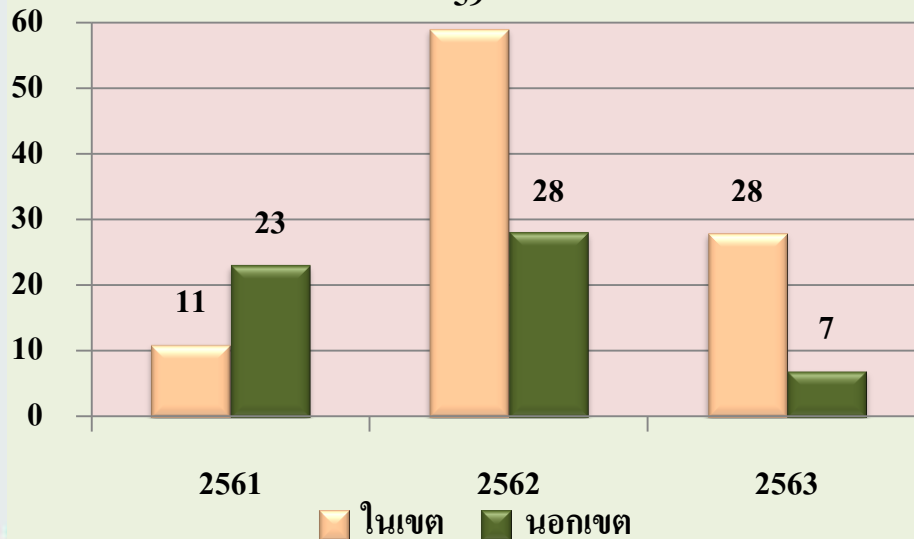
1. เนื้องอกร้ายของเต้านม 89 คน
2. เนื้องอกร้ายที่ปากช่องคลอด 26 ราย
3. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ส่วนตรง (เร็กตัม) 23 ราย
4. เนื้องอกร้ายต่อมไทรอยด์ 17 ราย
5. เนื้องอกของหลอดอาหาร 14 ราย

มะเร็ง 5 อันดับเสียชีวิต

ลำดับที่

1. เนื้องอกที่หลอดลม/ปอด 7 ราย
2. เนื้องอกของลำไส้ใหญ่ ที่มีได้ระบุ 4 ราย
3. เนื้องอกตับ 4 ราย
4. เนื้องอกลำไส้ที่มีได้ระบุรายละเอียด 2 ราย
5. เนื้องอกปากมดลูกที่มีได้ระบุรายละเอียด/
เนื้องอกของกระเพาะปัสสาวะ (ซีคัม) 1, 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 63

1. จำนวนคัดกรองด้วยวิธี FIT test จำนวน 1943 ราย
2. จำนวนส่งต่อเพื่อส่องกล้อง colonoscopy

ผลการทำ Colonoscopy

1. ตรวจพบอาการผิดปกติ โครงการ

ผล fit test 85 ราย ทำแล้ว Colono 56 ราย

แผนการดำเนินการขั้นต่อไป

1. ค้นหาคัดกรองเชิงรุก/รับ รพ.สต./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 5-10 คน (เดือน ก.ย. 63)

ปัญหา / อุปสรรค

1. การคัดกรองมะเร็งลำไส้พบความล่าช้าในการทำแผนจัดซื้อ fit test
2. ผลตรวจ pap smear ผิดปกติ ที่คลินิกนิรเวช ,เวชครอบครัว Refer ส่งตรวจ copro ไม่ทราบผลการวินิจฉัย ,ไม่รู้ state , การรักษา ผ่าตัด/ ฉายแสง/ เคมี
3. สถานการณ์ Covid 19 ประชาชนอาศัยในพื้นที่ไม่เข้ามาใช้บริการกลัวติดเชื้อ อยู่ที่บ้าน

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

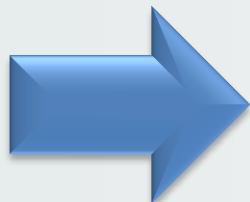
1. ระบบติดตามผู้ป่วย Refer/ /ตอบกลับ จากรพ.ศูนย์
2. ระบบรายการเคมีผลงานสปสข. ขอ IT ช่วยเหลือ



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

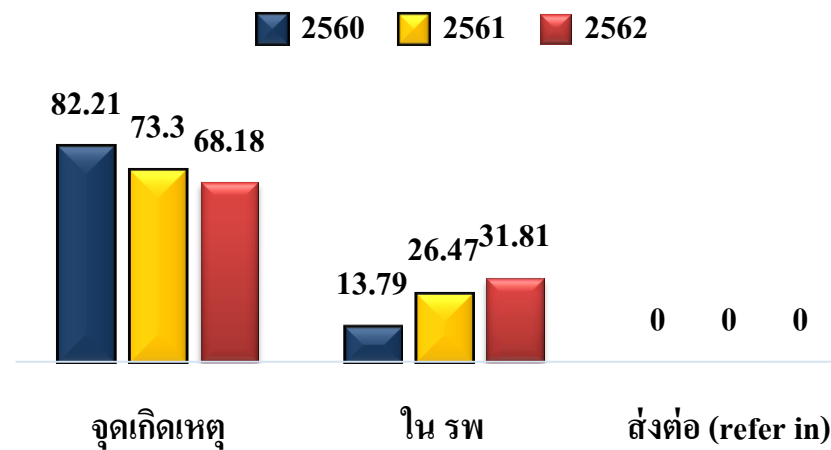
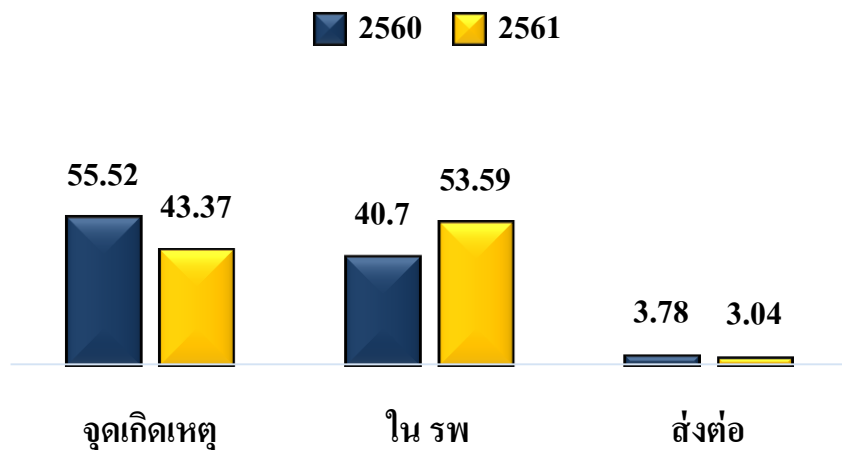
1. พัฒนาระบบ Trauma fast track
2. ทบทวนการเสียชีวิตทุกราย หา Gap มาพัฒนาต่อ
3. จัดอบรม Trauma fast track ให้กับบุคลากร แพทย์ พยาบาล
4. ซ้อมแผนอุบัติเหตุ
5. พัฒนาระบบ ECS คุณภาพ ในองค์ประกอบที่คะแนนไม่ผ่านเกณฑ์ 5,6,9,12

ร้อยละการเสียชีวิตตามสถานที่ ปีงบประมาณ 2560 – 2562

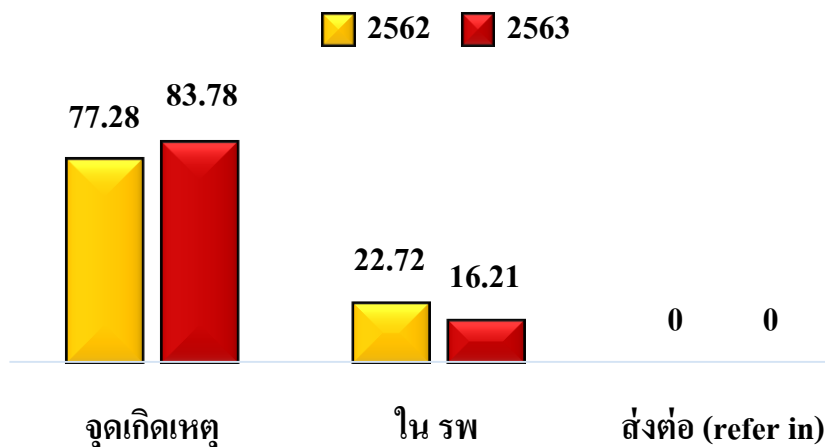


จังหวัดกาญจนบุรี

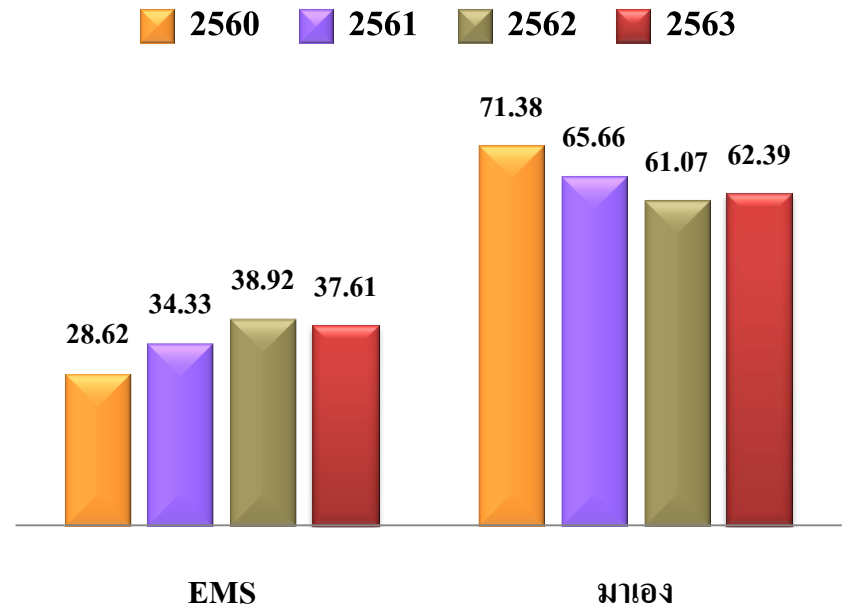
รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19



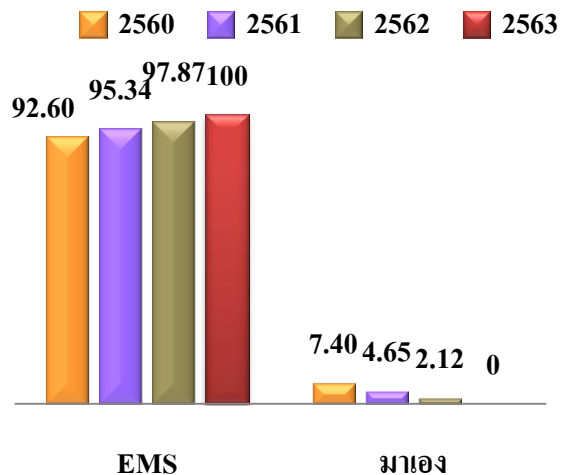
ปีงบประมาณ 2562 - 2563 (ต.ค.-ก.ย.)



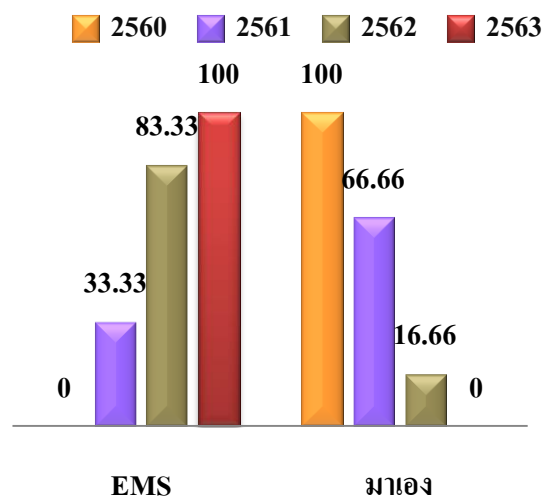
ร้อยละการมาโรงพยาบาล ของผู้ป่วยวิกฤติ ถูกเงิน เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2560 – 2563 (ต.ค.-ก.ย.)



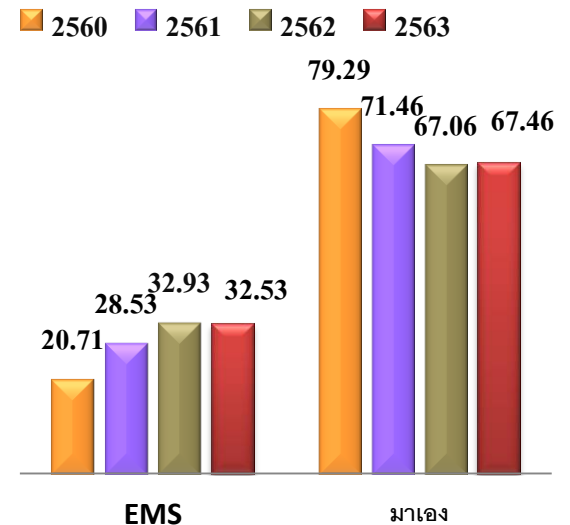
Trauma จราจร



Trauma อื่นๆ

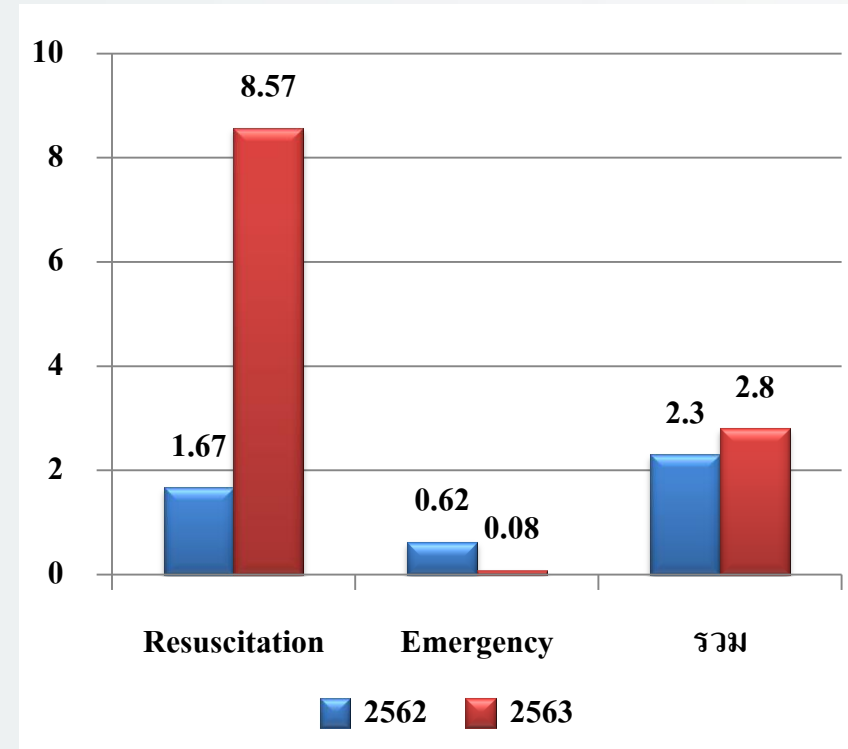
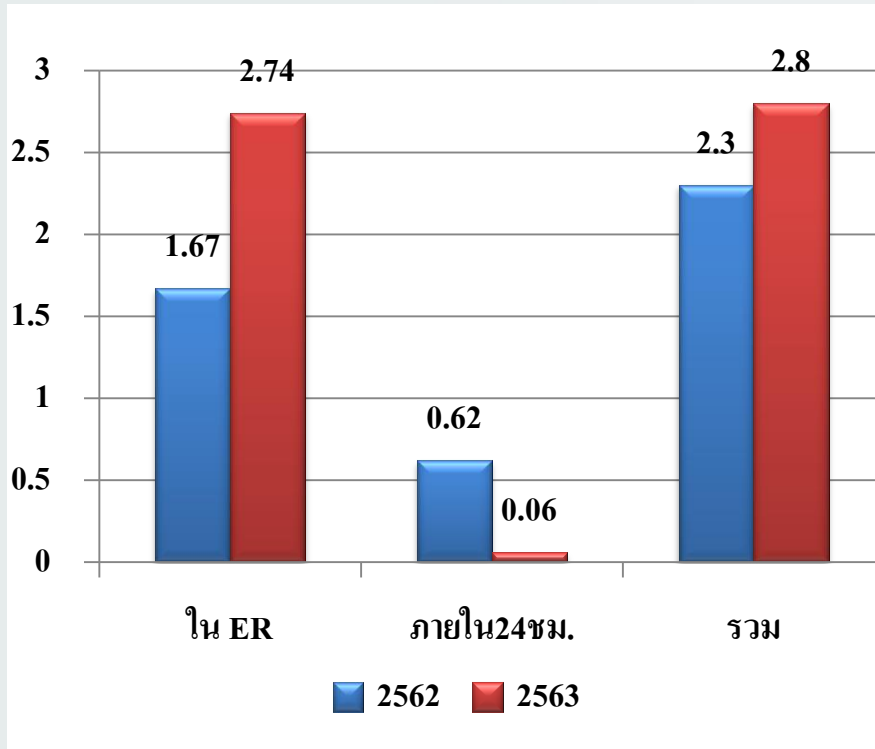


Non Trauma



อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ปี2562-2563 (ต.ค.-ก.ย.)

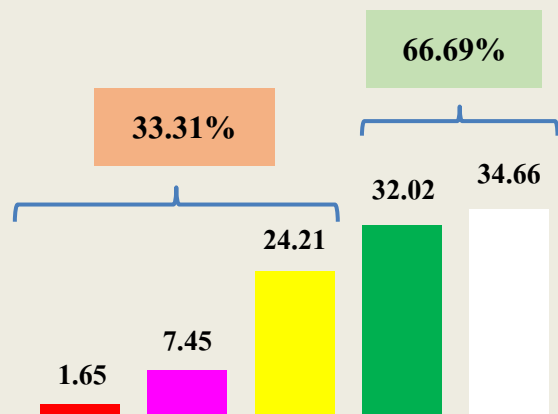
เป้าหมาย ร้อยละ12



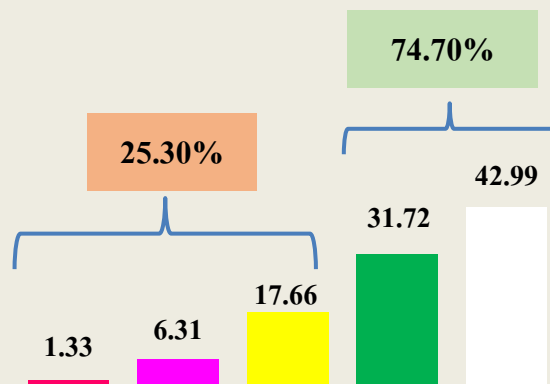
1. แนวโน้มการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตต่ำกว่าเกณฑ์
2. สาเหตุการเสียชีวิต : cardiac arrest , Cardiopulmonry failure ,MI และMultiple trauma ,Massive Hemothorax ,Hypovolemic shock

ผู้ป่วย ER แบ่งตามระดับความรุนแรง ปิงปประมาณ 2562

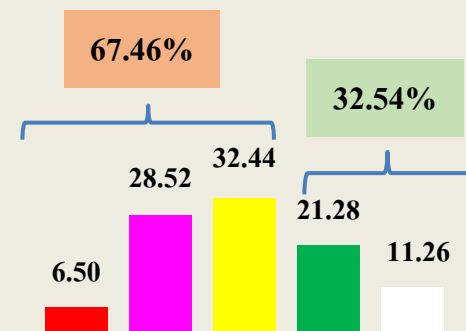
เขตสุขภาพที่ 5



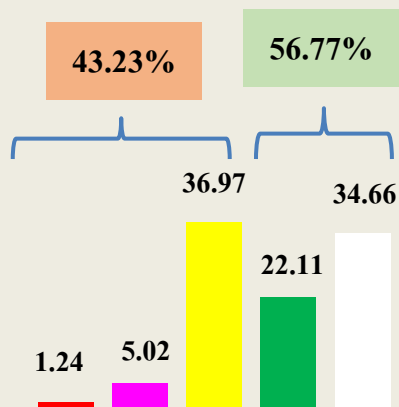
กาญจนบุรี



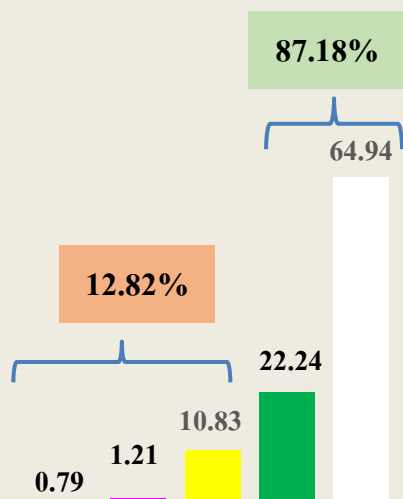
รพ. พหลพลพยุหเสนา S



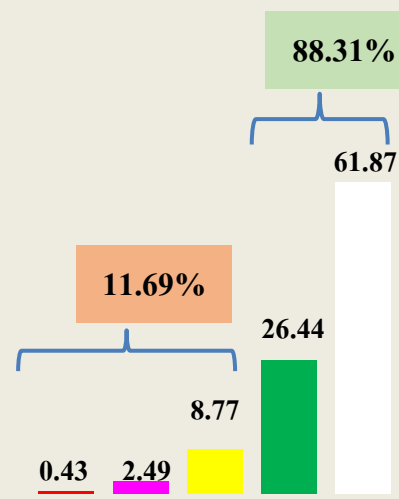
รพ. มะการักษ์ M1



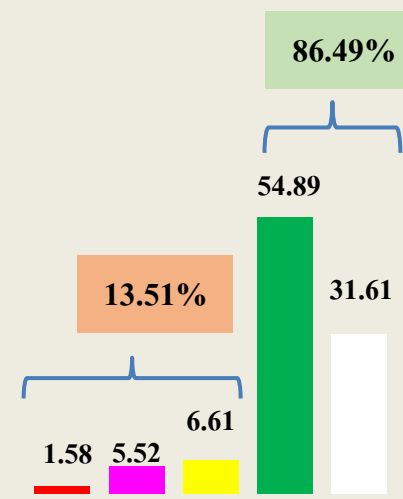
รพ. สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19 M2



รพ. ทองผาภูมิ M2



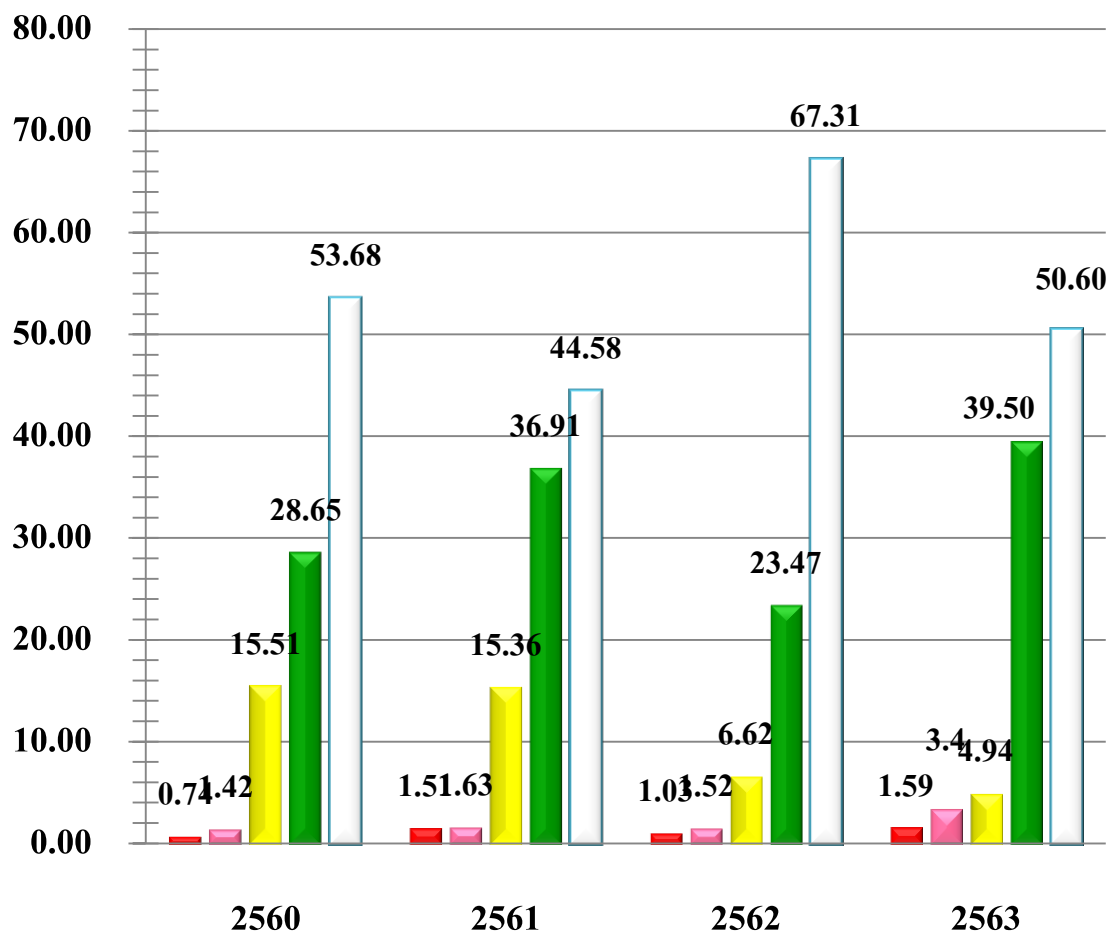
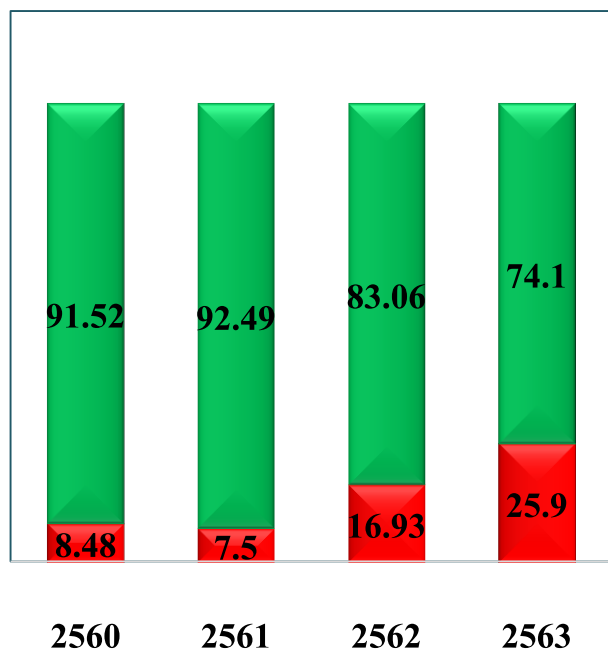
รพ. บ่อพลอย F1



ร้อยละผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน

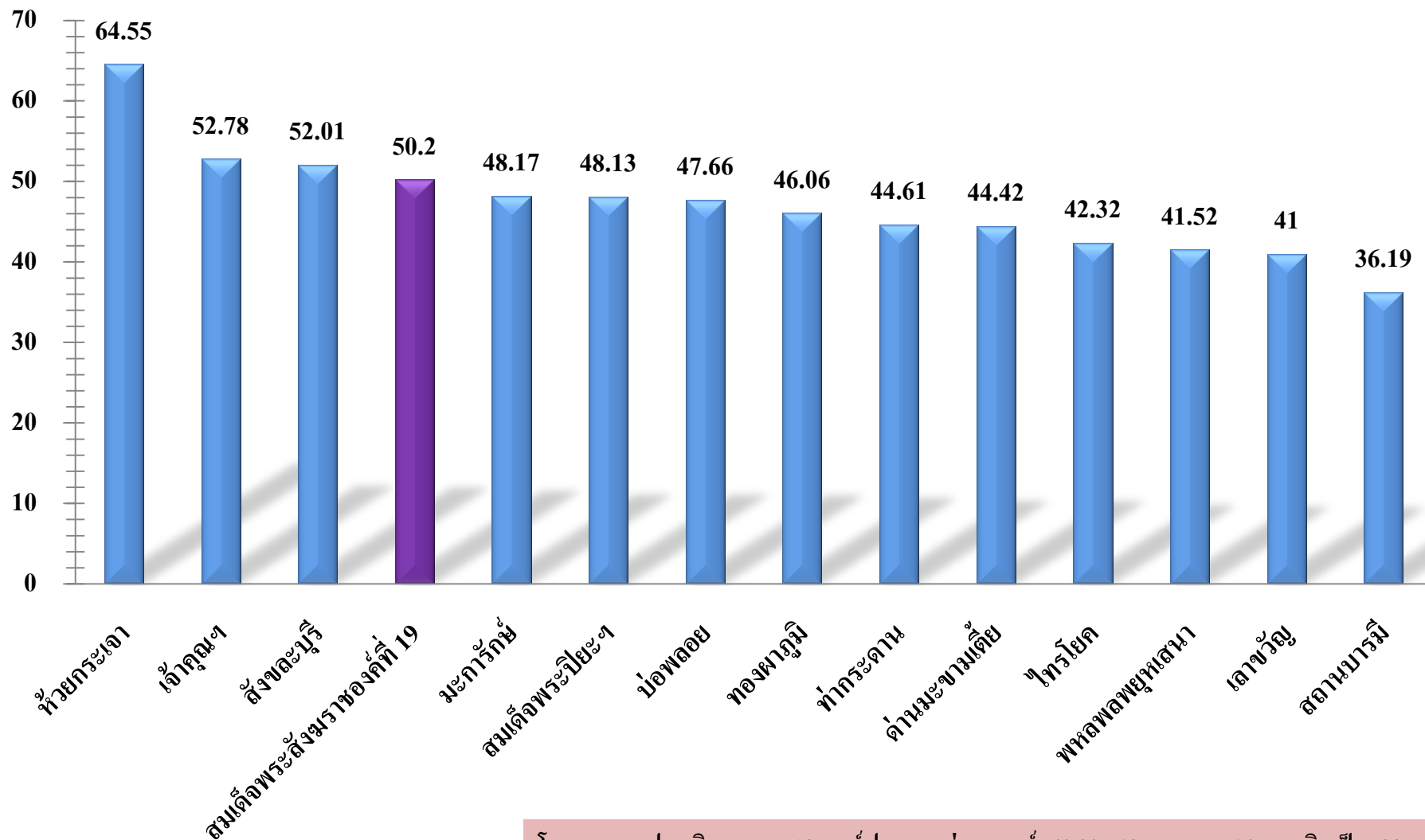
ร้อยละผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน แบ่งตามการ triage (ตค.-กย.2563)

■ Trauma ■ Non Trauma



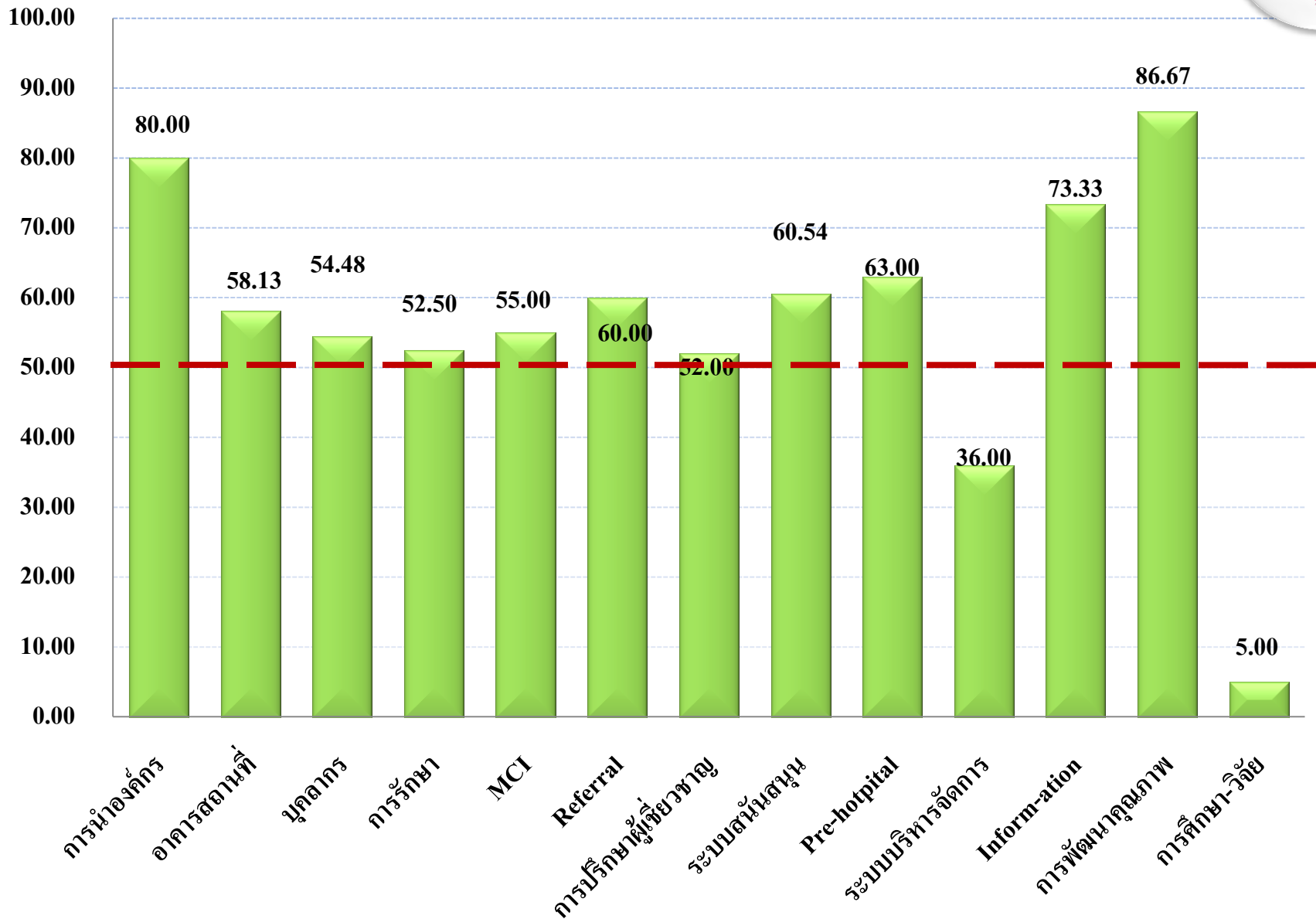


ค่าเฉลี่ย รวม 12 องค์ประกอบ ECS คุณภาพ โดยการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาลในจังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2563



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

โรงพยาบาลประเมินตนเอง 12 องค์ประกอบผ่านเกณฑ์ ปี2562 คิดเป็น 60.4%





ECS & Trauma

โครงการที่จะดำเนินการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. อบรม ATLS 2 รุ่น รุ่นละ 30 คน	17 ,31ม.ค. 63	4,600
2. ซ้อมแผนอุบัติเหตุ	28 มีค.63 (ยกเลิก) สถานการณ์ Covid 19	9,950

ปัญหา / อุปสรรค

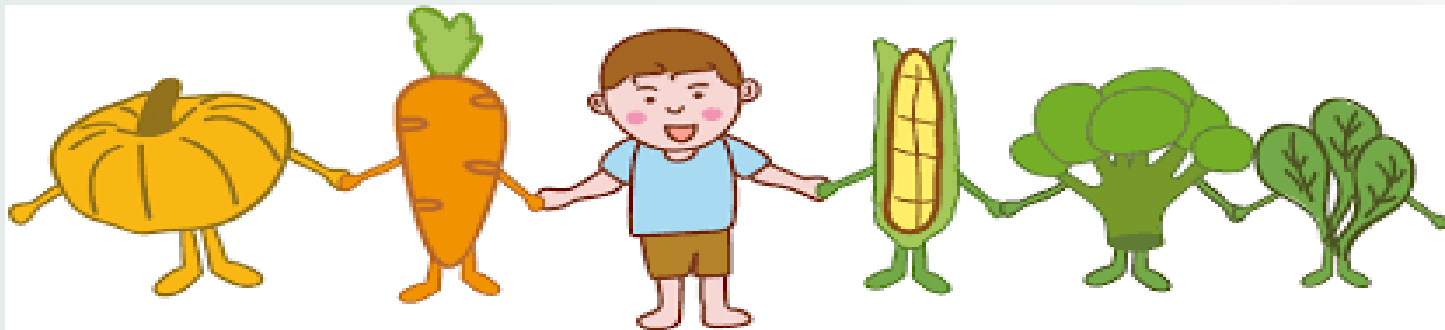
อัตราตายจากถนน ยังสูงมากกว่า 18 คน/100,000
ปชก.ต้องมีการแก้ไขปัญหาลายกระทรวง พบว่า
กระทรวงสาธารณสุขต้องเป็นหลักในการแก้ไขปัญห
บางครั้งพบปัญหา การบริหารจัดการยาก ที่จะทำให้ภาคี
เครือข่ายเข้มแข็ง อย่างต่อเนื่อง

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

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

SERVICE PLAN

สาขาทารกแรกเกิด





ทารกแรกเกิด

สถานการณ์

1. อัตราเด็กคลอดก่อนกำหนด (เกณฑ์ $< 8\%$) = 3.49%
2. อัตราการเกิด LBW (เกณฑ์ $< 7\%$) = 5.40 %
3. อัตราการเกิด BIRTH ASPHYXIA (เกณฑ์ $< 25:1,000$ การเกิดมีชีพ) = 8.2

สภาพปัญหา

- ไม่มีเตียง NICU
- อัตรา LBW เพิ่มขึ้น



เป้าหมาย

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

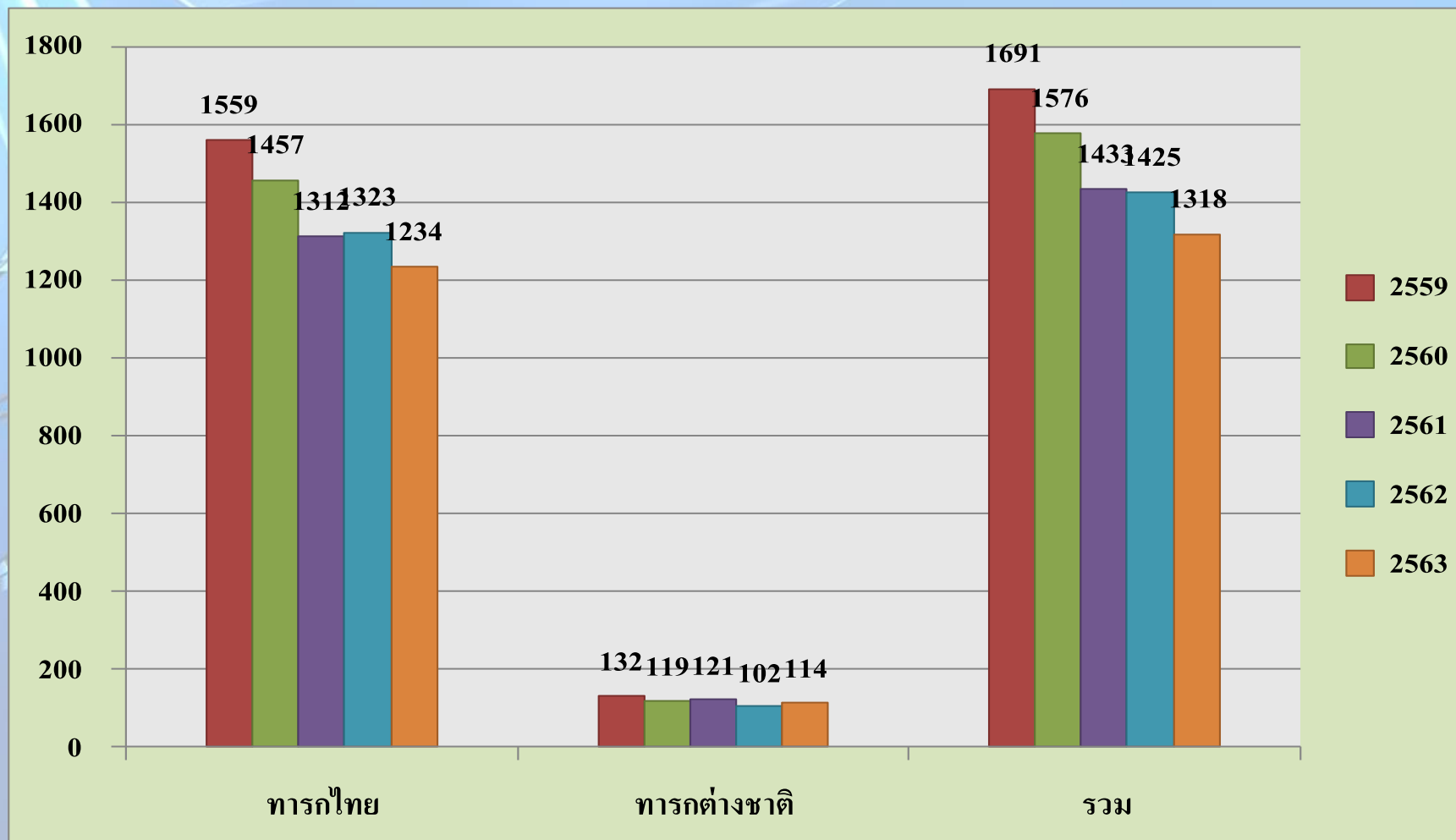
มาตรการ

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



ทารกแรกเกิด

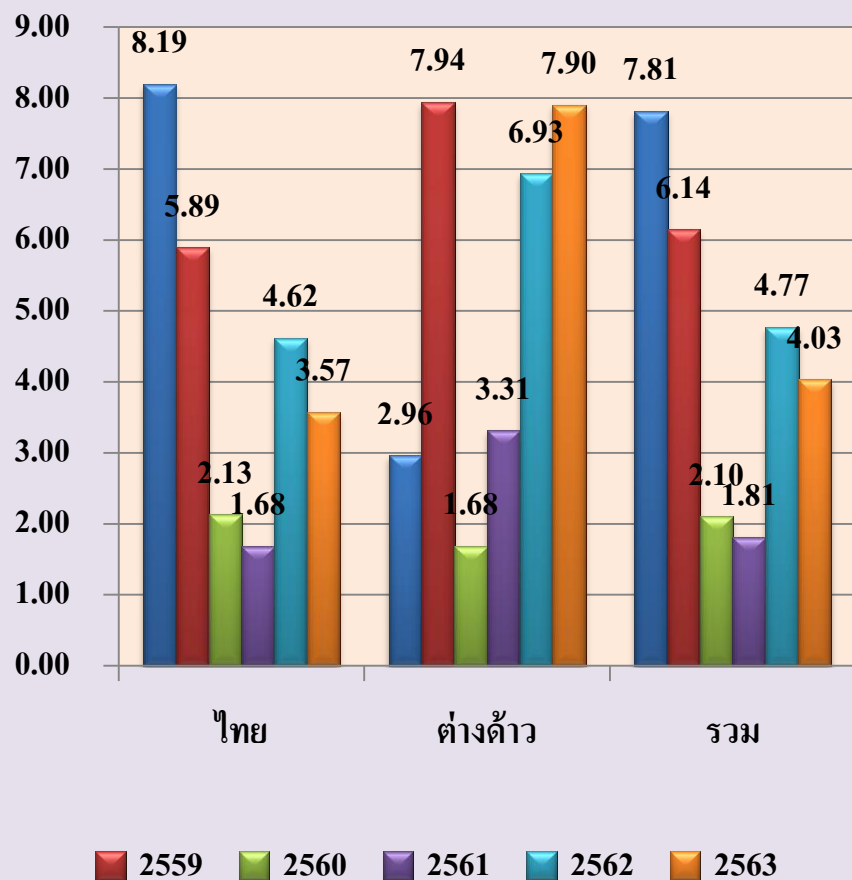
จำนวนเด็กเกิดมีชีพเปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2559 –2563



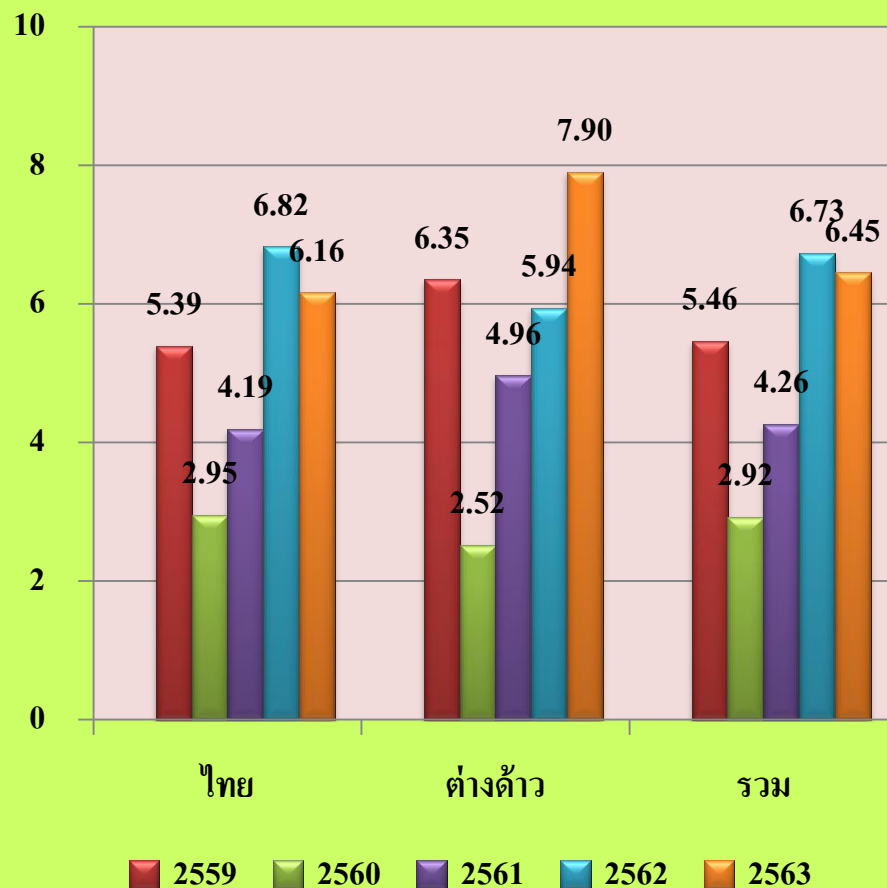


ทารกแรกเกิด

อัตราเด็กคลอดก่อนกำหนด (เกณฑ์ < 8%)



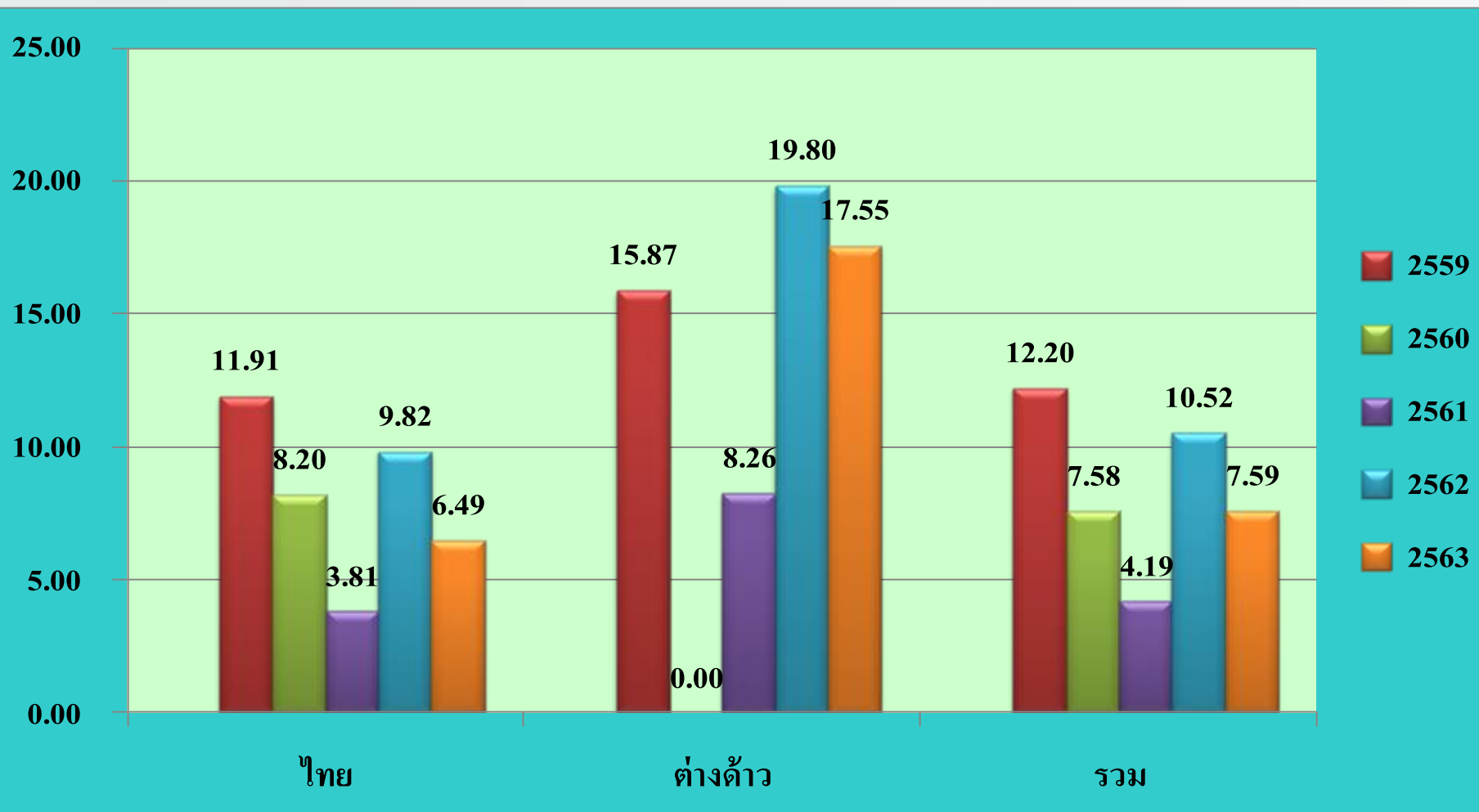
อัตราการเกิด LBW (เกณฑ์ < 7%)





ทารกแรกเกิด

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





ทารกแรกเกิด

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. อบรม NCPR ร่วมกับสาขาสูติกรรม	มิ.ย.63	-



ปัญหา / อุปสรรค

- ต้องรออาคารสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรในการเพิ่มเติมยง SNB
- มีบุคลากรใหม่ ๆ มาก ซึ่งยังขาดความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิด
- ไม่มีคลินิกนมแม่และบุคลากรประจำคลินิก

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- บุคลากร
- งบประมาณ





Service Plan

สุขภาพจิตและจิตเวช



SP สุขภาพจิตและจิตเวช

สภาพปัญหา

ปี 60, 61, 62

1. ยังมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
(≤ 6.3 ต่อแสน ปชก.)
: 6.63, 5.68, 5.65
2. ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการไม่ถึง
เป้าหมาย
ทำมั่ว่ง: 25.39, 33.79, 39.30
3. เด็ก ADHD เข้าถึงบริการน้อย
ทำมั่ว่ง: 51คน, 72 คน, 99 คน

เป้าหมาย

1. ลดจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
2. จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้า
เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5
3. เด็ก ADHD เข้าถึงบริการ
เพิ่มขึ้น $\geq$ ร้อยละ 5

มาตรการ

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

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ			
	2560	2561	2562	2563
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 คน : แสน ปชก. (ประชากรกลางปี 106,089 คน)	(7 ราย) 6.63	7 ราย 6.63	6 ราย 5.65	9 ราย 8.48
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้าย ตัวเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 80)	100 (37ราย)	100 (21ราย)	95.83 (23/24ราย)	95.45 (22คน/23 ครั้ง)
3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 55) (ยอดประมาณการ 2,107 ราย)	25.93 (585ราย) (จังหวัด57.73)	33.79 (712ราย) (จังหวัด73.23)	34.22 (721ราย) (จังหวัด78.61)	46.84 (987 ราย) (จังหวัด73.09)
4. ร้อยละของเด็ก ADHD เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น จากเดิม $\geq$ ร้อยละ 3 (ยอดประมาณการ 507 ราย)	0.40 (ราย) (จังหวัด78.61)	0.57 (ราย) (จังหวัด10.42)	0.79 (ราย) (จังหวัด13.92)	25.05 (127ราย) (จังหวัด 14.81)



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 8.14 (ปี63)

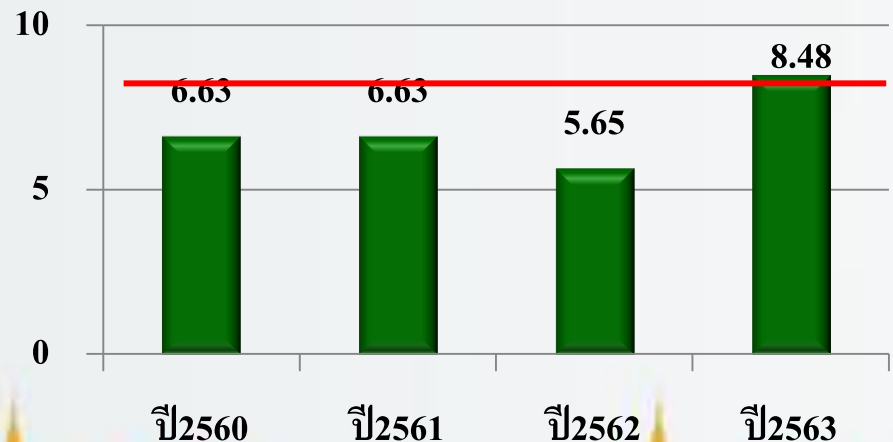
เขต 5 ผลงาน ร้อยละ 5.38 (ปี61)

ประเทศ ผลงาน ร้อยละ 6.64 (ปี62)

(ประชากรกลางปี อ.ท่าม่วง = 106,089 คน)

อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ

เกณฑ์ < 6.3 ต่อแสนประชากร



ผลการดำเนินงานโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

สถานการณ์

ตกเกณฑ์

Plan ปี 2563

1. คัดกรองซึมเศร้าเชิงรุก
2. เน้นการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง
3. จิตแพทย์สัปดาห์ 1 ครั้ง / เดือน

จิตแพทย์พหุฯ ตรวจ อ. ท่วม่วง,
อ. ด่านมะขามเตี้ย

จิตแพทย์มะเร็งตรวจ อ.ท่อม่วง
อ. พนมทวน

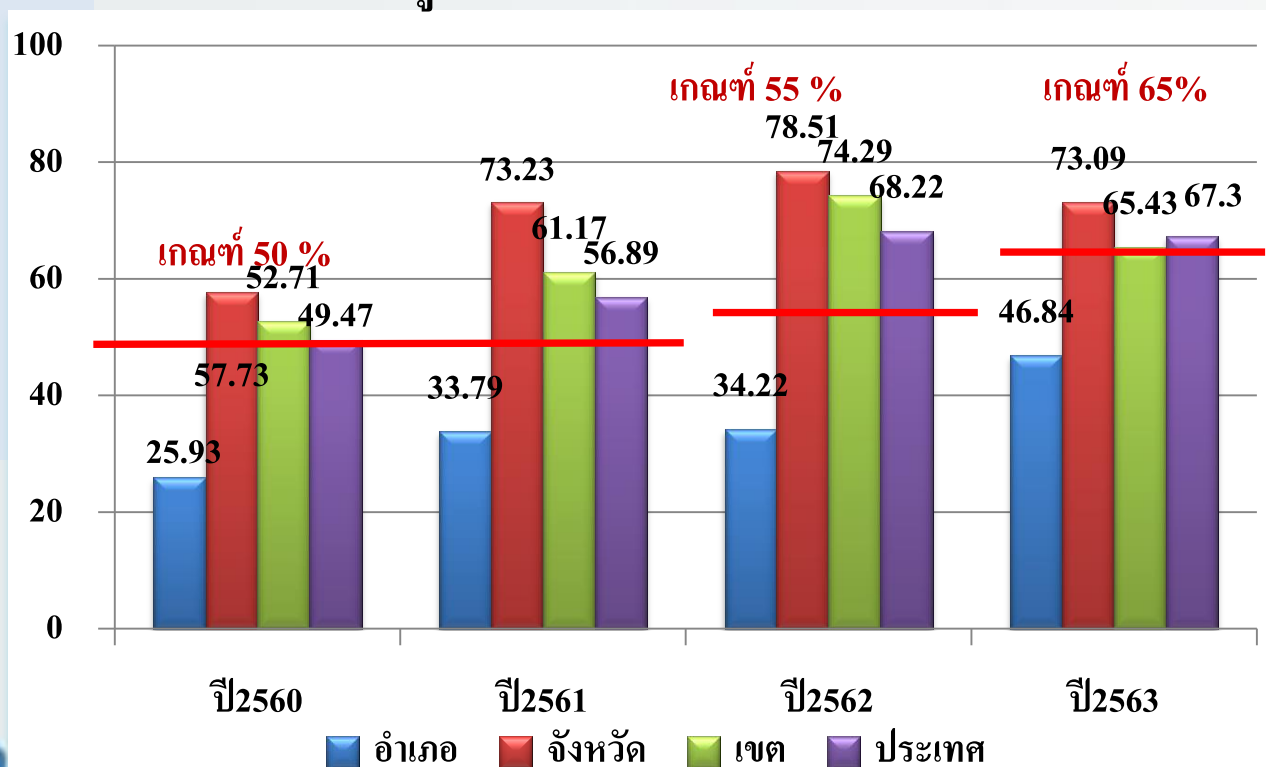
เกณฑ์ ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ $\geq$ ร้อยละ 65

จ.กาญจนบุรี ผลงาน ร้อยละ 73.09

เขต 5 ผลงาน ร้อยละ 65.43

ประเทศ ผลงาน ร้อยละ 67.30

ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการ



ผลการดำเนินงานเด็ก ADHD เข้าถึงบริการ

สถานการณ์

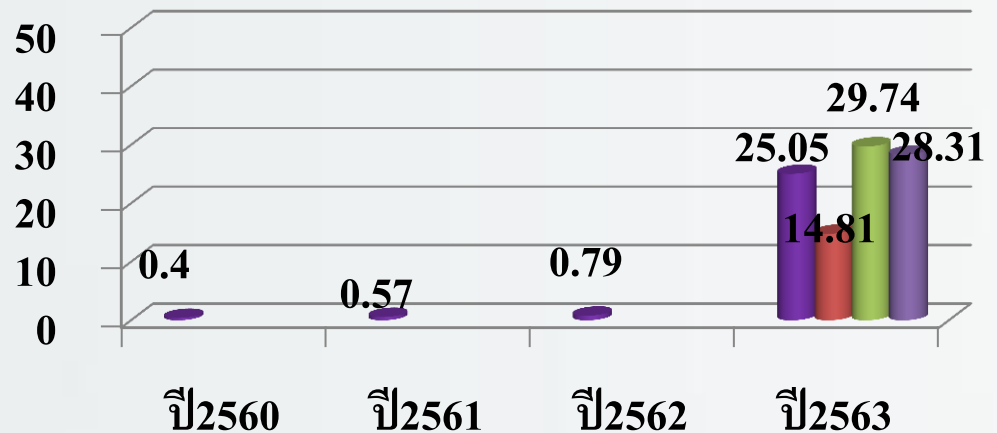
ตกเกณฑ์ ตลอด3ปีย้อนหลัง

Plan ปี 2563

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

เกณฑ์ เด็ก ADHD เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิม $\geq$ ร้อยละ 5

อ.ท่าม่วง	ผลงาน	ร้อยละ 25.05
จ.กาญจนบุรี	ผลงาน	ร้อยละ 14.81
เขต 5	ผลงาน	ร้อยละ 29.74
ประเทศ	ผลงาน	ร้อยละ 28.31

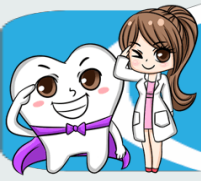


■ อำเภอ ■ จังหวัด ■ เขต ■ ประเทศ

SERVICE PLAN

สาขาสุภาพช่องปาก





สุขภาพช่องปาก

สถานการณ์

1. เด็กอายุ 12 ปี ร้อยละ 38.7 มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาหรืออุดถอน
2. ผู้สูงอายุร้อยละ 35.3 มีฟันหลังคู่สบใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ
3. รพ.สต.มีทันตภิบาล 10 แห่ง (1 แห่ง มีทันตภิบาลแต่มียูนิตทันตกรรมที่ไม่มีเครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษา) 1 แห่ง มียูนิตทันตกรรมไม่มีทันตภิบาล)

สภาพปัญหา

เพิ่มการเข้าถึงบริการ



เป้าหมาย

1. การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนไม่น้อยกว่าร้อยละ 40
2. เด็กอายุ 12 ปี มีฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษาหรืออุดถอนร้อยละ 20
3. ผู้สูงอายุมีฟันหลังคู่สบใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบร้อยละ 60
4. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการทันตกรรมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
5. เด็กอายุ 6 – 12 ปีได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
6. ผู้สูงอายุได้รับการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 45

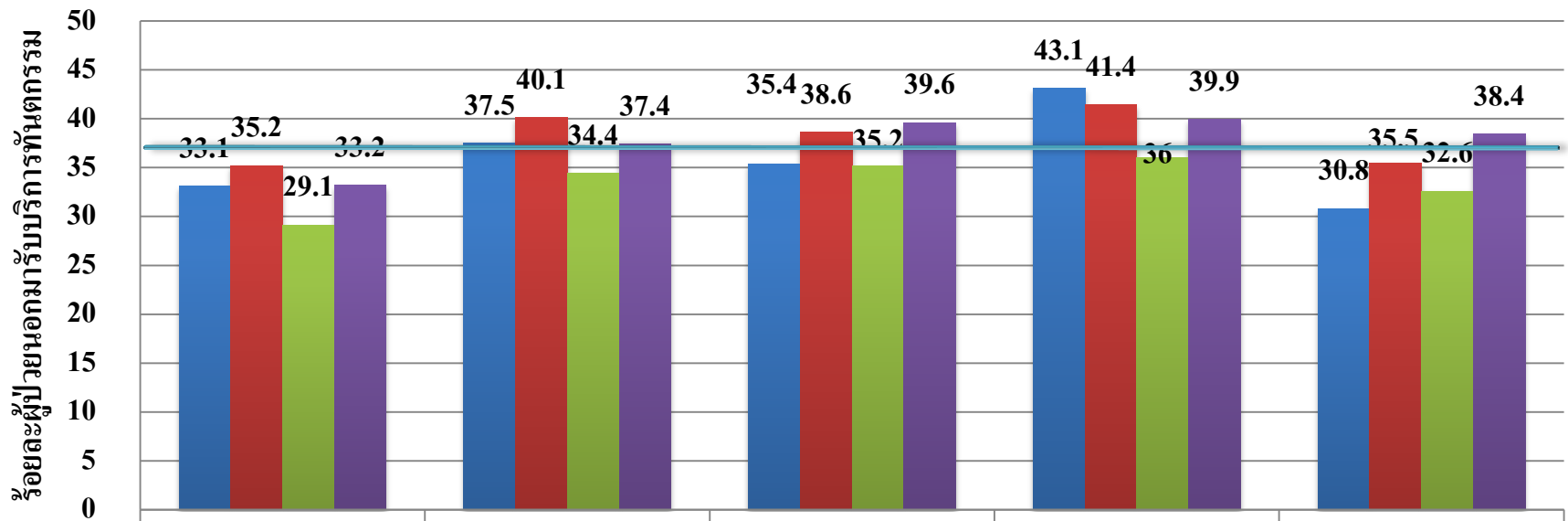
มาตรการ

1. ลดฟันผุ
2. ลดการสูญเสียฟัน
3. การร่วมมือในการให้บริการ รพ.สต.จัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพ



สุขภาพช่องปาก

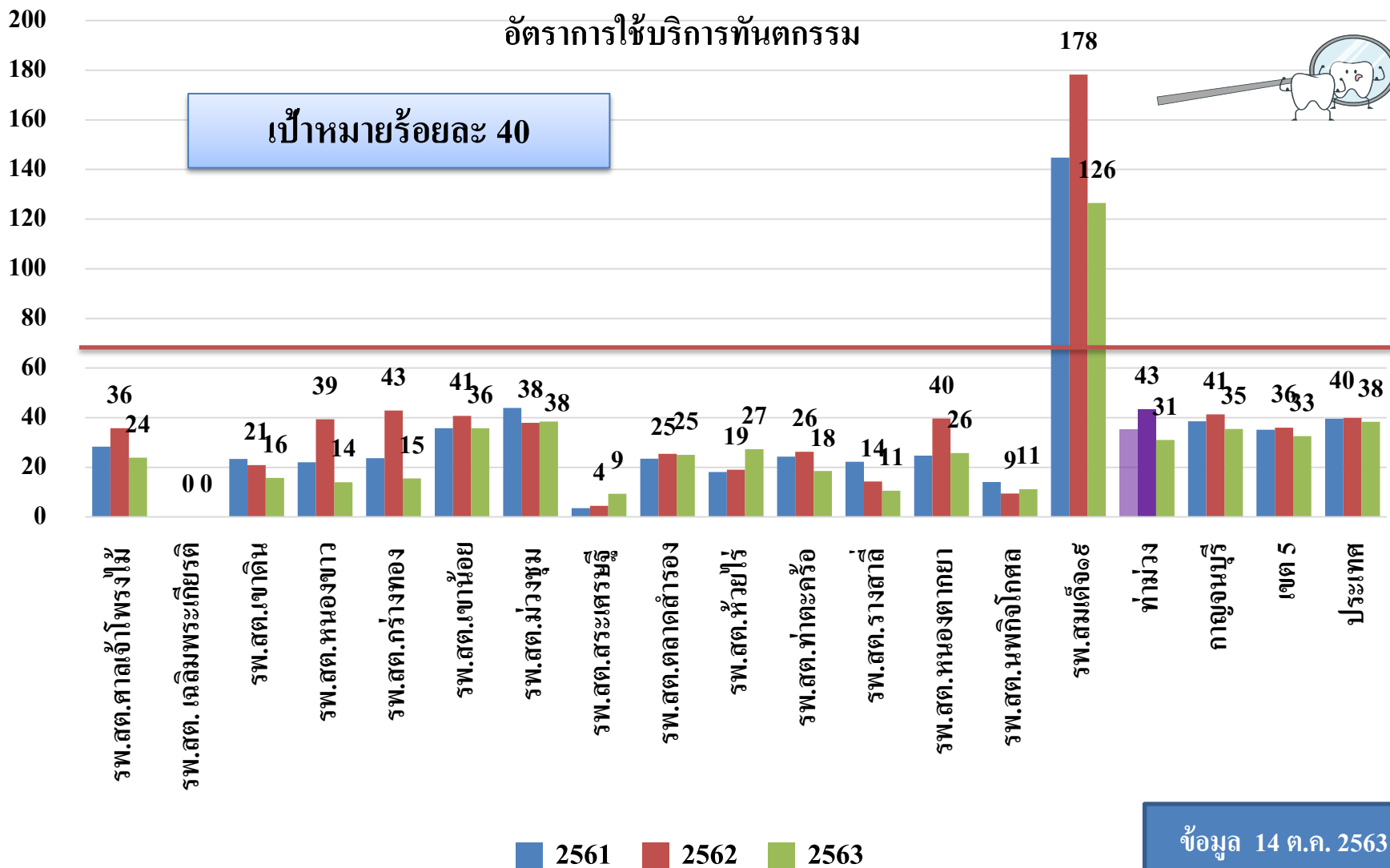
อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนอ.ท่าม่วง (HDC 14 ต.ค. 63)



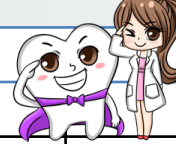
	2559	2560	2561	2562	2563
ท่าม่วง	33.1	37.5	35.4	43.1	30.8
กาญ	35.2	40.1	38.6	41.4	35.5
เขต 5	29.1	34.4	35.2	36	32.6
ประเทศ	33.2	37.4	39.6	39.9	38.4



สาขาสุขภาพช่องปาก



ข้อมูล 14 ต.ค. 2563



ผู้ป่วยนอกมารับบริการทันตกรรม (คนต่อสถานบริการ)

หน่วยบริการ												
	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	1,783	7,451	23.93
รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติ	353	11,825	2.99	17	11,820	0.14	0	11,077	0.00	4	10,418	0.04
รพ.สต.เขาดิน	3,393	6,590	51.49	1,550	6,622	23.41	1,387	6,627	20.93	1,038	6,584	15.77
รพ.สต.หนองขาว	1,230	6,301	19.52	1,462	6,639	22.02	2,632	6,684	39.38	1,038	7,407	14.01
รพ.สต.กร่างทอง	1,582	6,090	25.98	1,581	6,690	23.63	2,868	6,680	42.93	1,026	6,630	15.48
รพ.สต.เขาน้อย	2,181	4,997	43.65	1,776	4,969	35.74	2,019	4,955	40.75	1,684	4,707	35.78
รพ.สต.ม่วงชุม	990	4,482	22.09	1,987	4,523	43.93	1,757	4,635	37.91	1,747	4,550	38.40
รพ.สต.สระเศรษฐี	1,112	6,397	17.38	219	6,232	3.51	269	6,018	4.47	563	6,011	9.37
รพ.สต.ตลาดสำโรง	1,061	4,396	24.14	1,025	4,374	23.43	1,111	4,374	25.40	1,089	4,349	25.04
รพ.สต.ห้วยไร่	526	3,172	16.58	602	3,326	18.10	685	3,602	19.02	980	3,597	27.24
รพ.สต.ท่าตะคร้อ	539	3,041	17.72	745	3,064	24.31	807	3,074	26.25	571	3,090	18.48
รพ.สต.รางสาลี่	914	4,915	18.60	1,111	4,997	22.23	727	5,089	14.29	544	5,144	10.58
รพ.สต.หนองตากยา	1,239	3,558	34.82	894	3,615	24.73	1,438	3,625	39.67	902	3,509	25.71
รพ.สต.นพกิจโกศล	558	2,612	21.36	394	2,803	14.06	260	2,768	9.39	313	2,795	11.20
รพ.สมเด็จพระเจ้า	15,372	10,894	141.11	15,694	10,839	144.79	19,311	10,835	178.23	13,778	10,894	126.47
ท่าม่วง	32,761	87,280	37.54	31,266	88,311	35.40	38,395	89,111	43.1	27,227	88,464	30.77
กาญจนบุรี	251,055	625,653	40.13	245,788	637,030	38.58	260,560	629,919	41.36	223,185	628,691	35.5
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	1,347,282	4,127,369	32.6
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	17,545,491	445,705,369	38.4

รพ.สต.ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพร้อยละ60

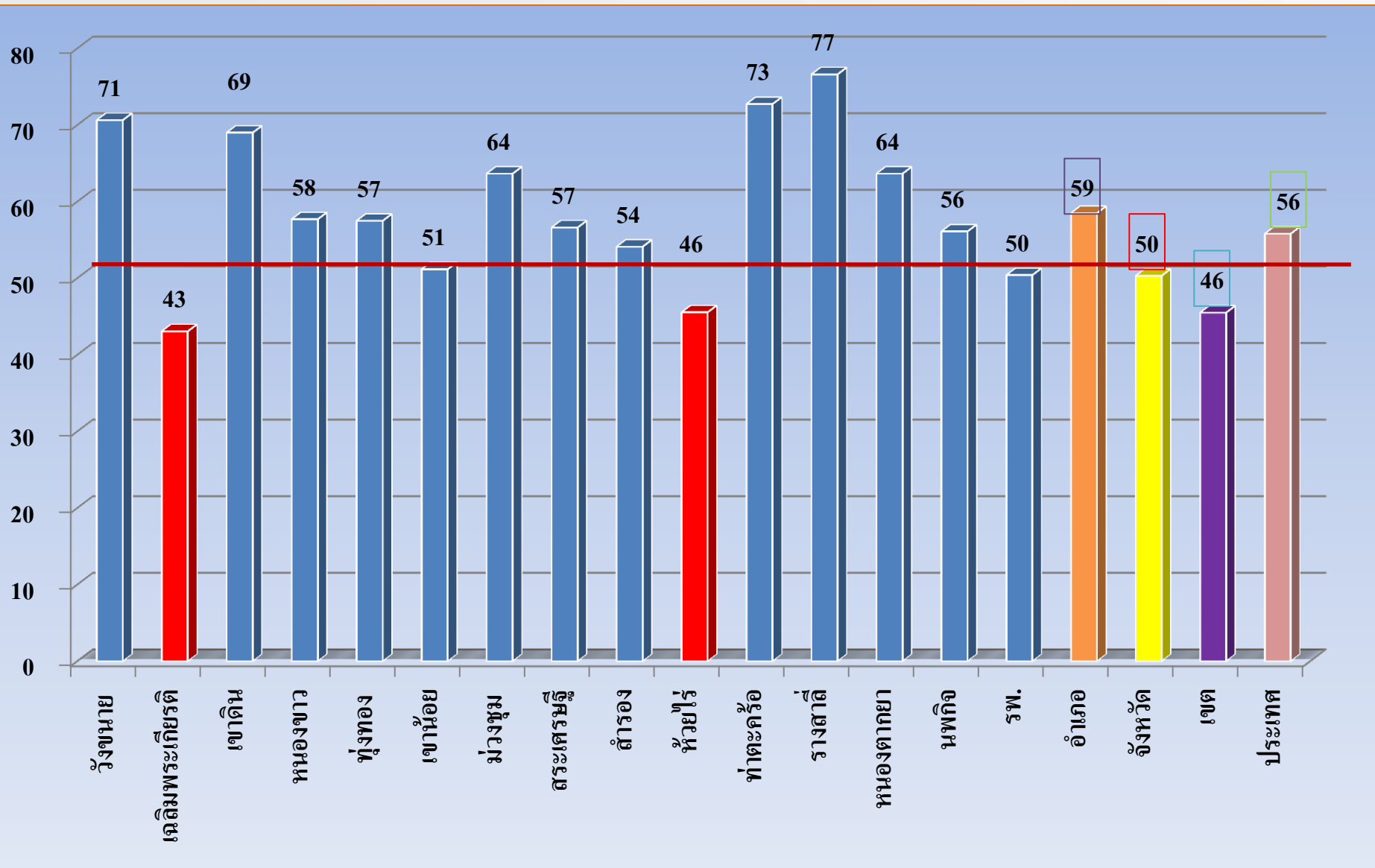
หน่วยบริการ	จำนวนรพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป.ทั้งหมด (B)	จำนวนรพ.สต./ศสม. ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปาก					
		6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	ร้อยละ	200 คนต่อ1000 ประชากร	ร้อยละ	ผ่านทั้งสอง เกณฑ์	ร้อยละ
รพ.สต.ศาลเจ้าโพรงไม้	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต. เฉลิมพระเกียรติ	0	0	0	0	0	0	0
รพ.สต.เขาดิน	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.หนองขาว	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.กร่างทอง	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.เขาน้อย	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.ม่วงชุม	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.สระเศรษฐี	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.ตลาดสำโรง	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.ห้วยไร่	1	0	0	1	100	0	0
รพ.สต.ท่าตะคร้อ	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.รางสาลี่	1	1	100	0	0	0	0
รพ.สต.หนองตากยา	1	1	100	1	100	1	100
รพ.สต.นพกิจโกศล	1	1	100	0	0	0	0
อ.ท่าม่วง	13	12	92.3	11	84.6	10	76.9
กาญจนบุรี	144	79	54.9	105	72.9	71	49.3
เขต 5	931	347	37.3	562	60.4	291	31.3
ประเทศ	10,173	6,109	60.1	7,854	77.2	5,748	56.5



ร้อยละเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากเฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)

เป้าหมายร้อยละ 50

(อ้างอิง HDC 14 ต.ค. 63)



อัตราให้บริการตรวจสุขภาพช่อง
ปากและจัดทำความสะอาดฟัน ใน
หญิงตั้งครรภ์ โดยทันตบุคลากร

=

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟัน
โดยทันตบุคลากร (คน)

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)
CUP โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19



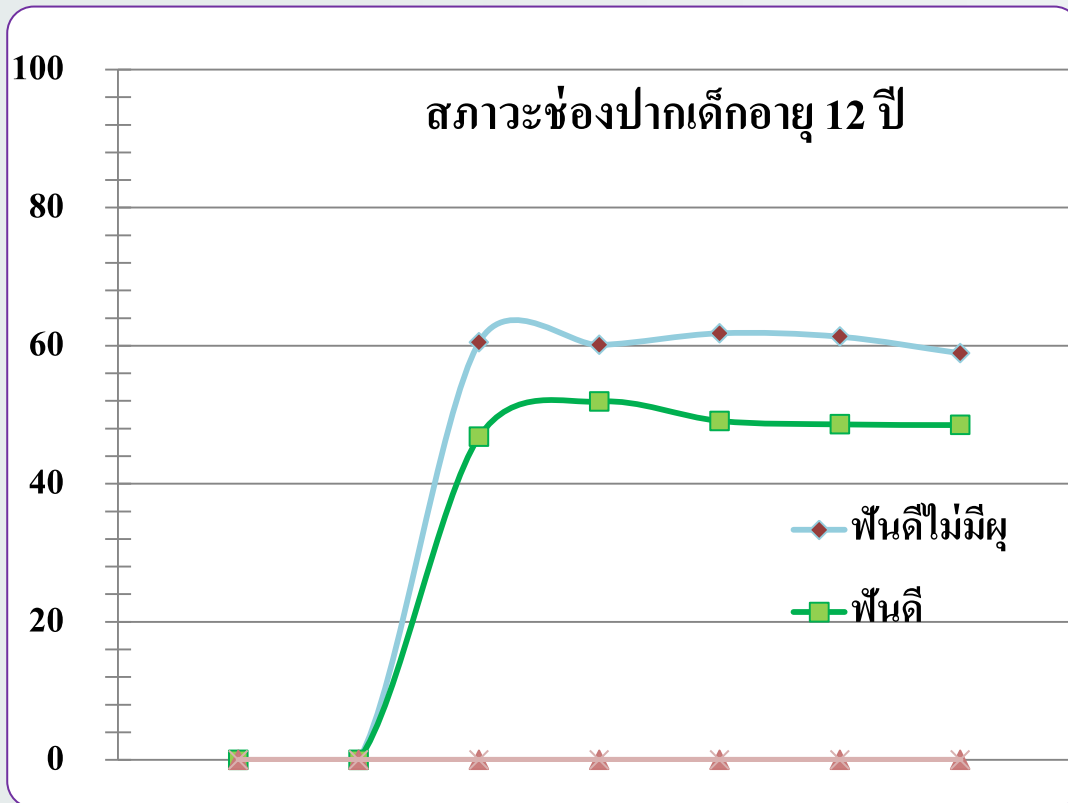
เป้าหมาย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

หน่วยบริการ	หญิงตั้งครรภ์		
	หญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ (A)	ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และจัดทำความสะอาดฟัน (B)	อัตรา ได้ตรวจ (B/A)*100
ท่าม่วง	491	478	97.4
กาญจนบุรี	3,500	2,561	73.2
เขต 5	18,877	6,702	35.5
ประเทศ	229,066	84,345	36.8

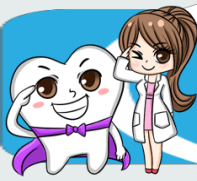


สาขาสุภาพช่องปาก

ร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (คน) เป้าหมาย ร้อยละ 62
(เพิ่มร้อยละ cavity free ร้อยละ 1 = $61.3+1 = 62.3$)



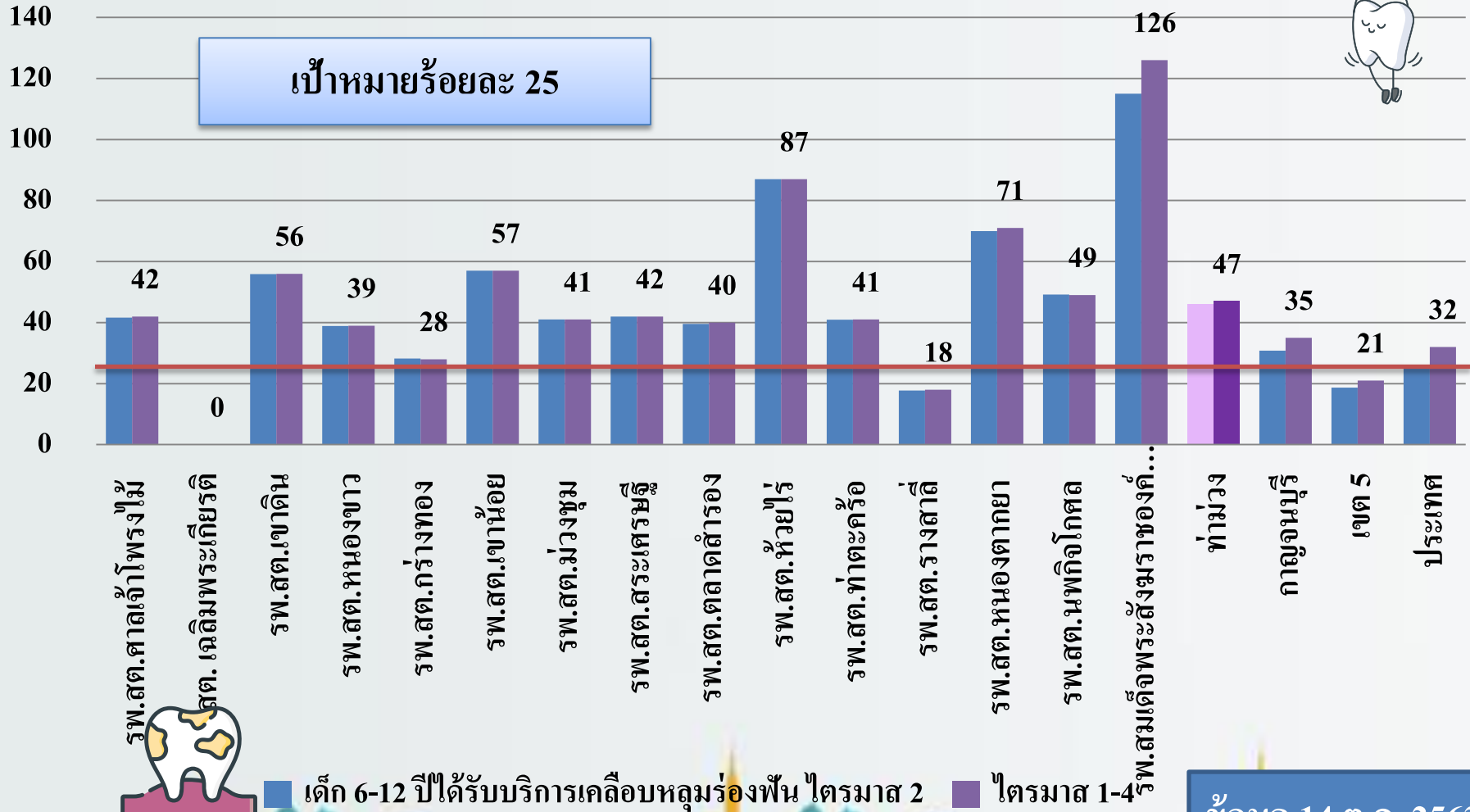
	ร้อยละ cavity free
ท่าม่วง HDC 14 ต.ค. 2563	81.9
กาญจนบุรี HDC 14 ต.ค. 2563	81.8
เขต 5 HDC 14 ต.ค. 2563	80.8
ประเทศ HDC 14 ต.ค. 2563	83.5
ผลการสำรวจ ท่าม่วง ก.ย. 2563	58.9
สำรวจสถานะสุขภาพช่องปาก แห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ.2560	66.7



สาขาสุขภาพช่องปาก

ร้อยละการเคลือบหลุมร่องฟัน อายุ 6-12 ปี

เป้าหมายร้อยละ 25



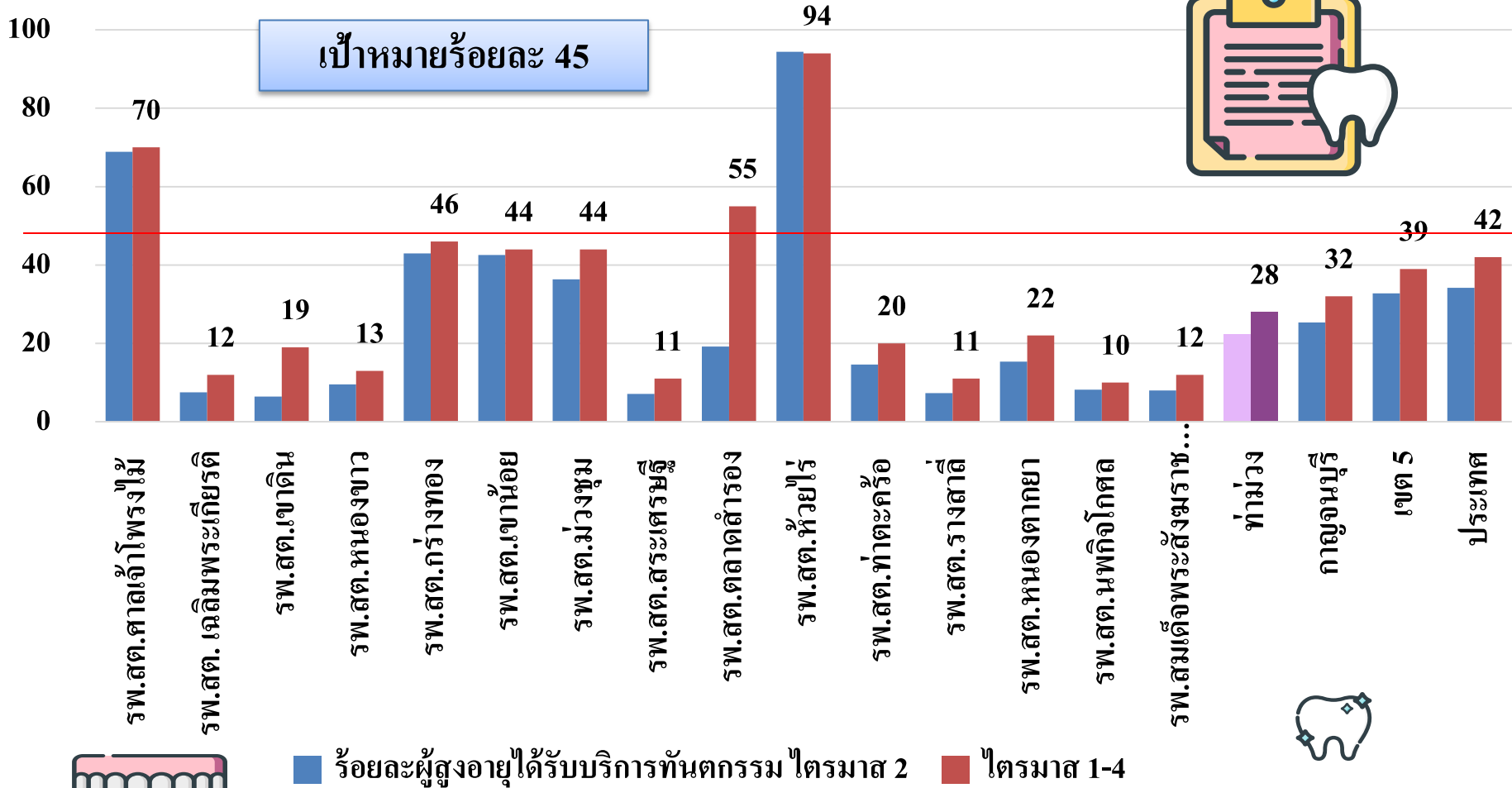
ข้อมูล 14 ต.ค. 2563



สาขาสุภาพช่องปาก

ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการทันตกรรม

เป้าหมายร้อยละ 45





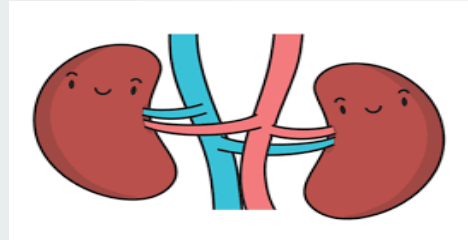
สาขาสุภาพช่องปาก

Service Plan

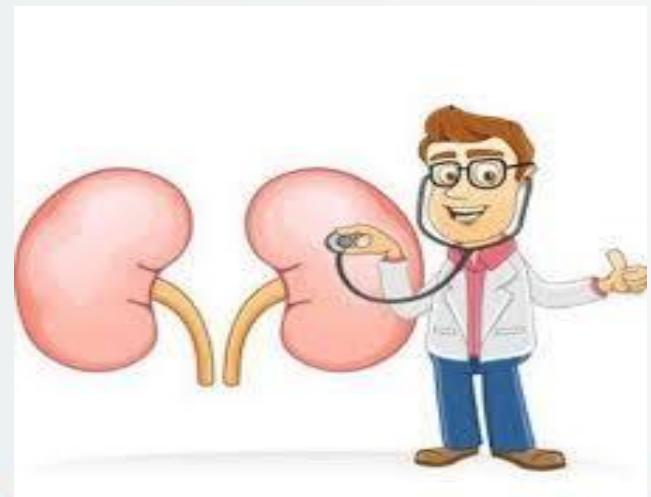
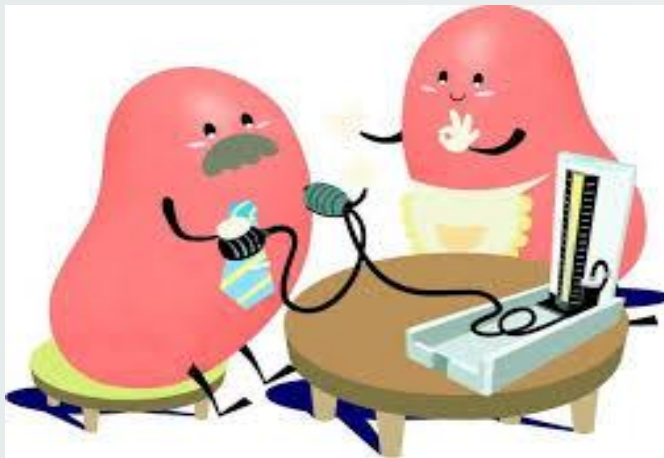
สาขาสุภาพช่องปาก



ปัญหา / อุปสรรค	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน
1. พื้นที่ที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบมากเป็นพื้นที่ที่ไม่มีทันตภิบาลประจำรพ.สต.	- จัดหาทันตภิบาลประจำนอกเหนือจากการหมุนเวียนทันตบุคลากรภายใน CUP
2. ความร่วมมือในการประสานงานควบคุมกำกับในรพ.สต. ที่โอนย้ายไปอยู่กับองค์กรท้องถิ่น	- ผู้บริหารในระดับสูงช่วยขับเคลื่อนผลักดัน
3. สถานการณ์โรคระบาดไวรัส COVID-19 ส่งผลต่อการลดระดับการให้บริการ และประเภทหัตถการฟุ้งกระจายของละอองฝอยจำนวนลดลงไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้มารับบริการ	- ปรับปรุงเรื่องโครงสร้างของระบบปรับอากาศห้องทันตกรรมใน รพ.สต.และรพ. สำหรับหัตถการฟุ้งกระจายที่มีเครื่องปรับอากาศ เพื่อลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อจากการฟุ้งกระจายของละอองฝอยจากหัตถการ
4. ขาดความร่วมมือการทำงานเชิงรุกกลุ่มเด็ก 4-12 ปี ในสถานศึกษาช่วงสถานการณ์โรคระบาดไวรัส COVID-19 ในประเทศควบคุมได้	



สาขาโรคไต





CKD

KPI : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR $< 5 \text{ ml/min/1.73 m}^2/\text{yr} \geq 66 \%$

สถานการณ์

	ปี61	ปี62	ปี63/3
กลุ่มเสี่ยง คัดกรอง	67.73	70.59	74.32
อัตราการลดลง ของ eGFR	54.46	61.2	70.79
Unplanned Dialysis ($< \text{ร้อยละ} 20$)	40	61.1	80% 12/10
CKD 5 ปฏิเสธ RRT ที่ได้รับ คำแนะนำ Palliative care 100%	53	61.5	75 15/20

สภาพปัญหา

- eGFR ลดลง $< 4 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$ 57.26% ต่ำกว่าเป้าหมาย (63/1)
- Unplanned Dialysis (Emergency Vascular ac) 40% สูงกว่าเป้าหมาย
- จำนวนเครื่องฟอก คิวฟอก ถูกเงิน ที่ยังไม่เพียงพอ

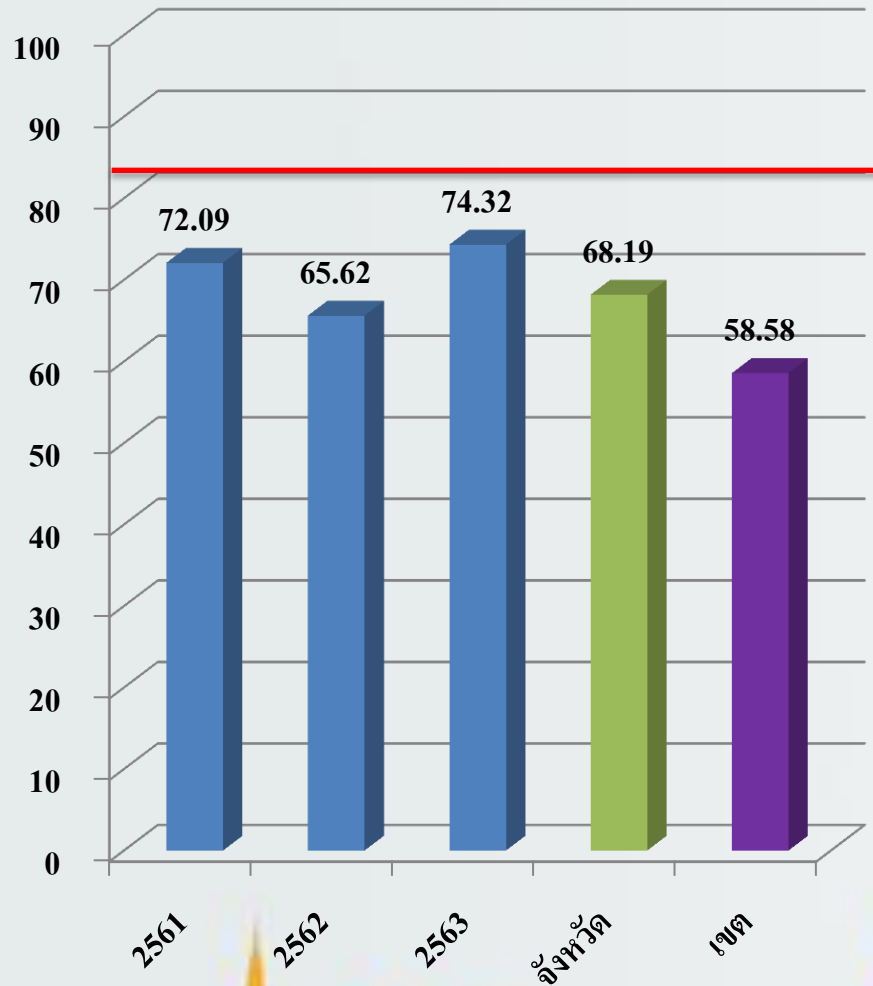
เป้าหมาย

- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง $> 80\%$
- อัตราการลดลงของ eGFR (ปี63) ปรับใหม่ $< 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr} > 66 \%$
- Unplanned Dialysis (Emergency Vascular acc) $< \text{ร้อยละ} 20$
- CKD 5 ปฏิเสธ RRT ได้รับคำแนะนำ Palliative care 100%
- รอดำเนินการ

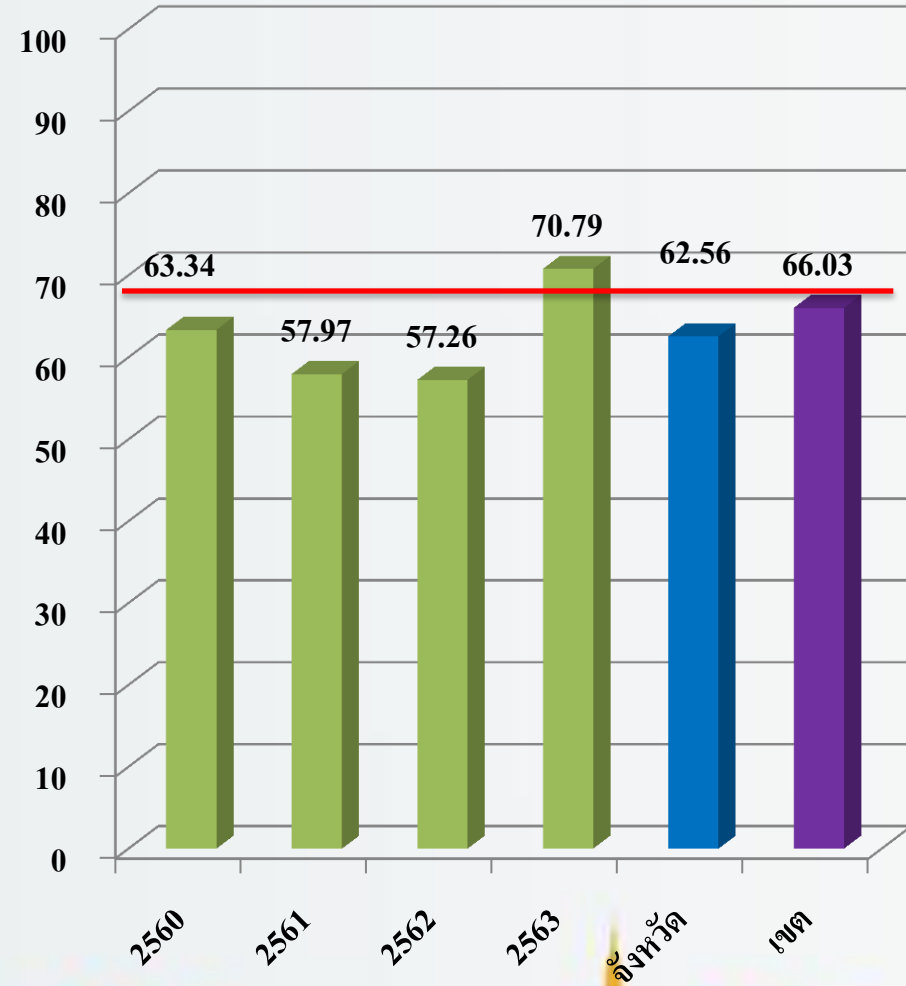
มาตรการ

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

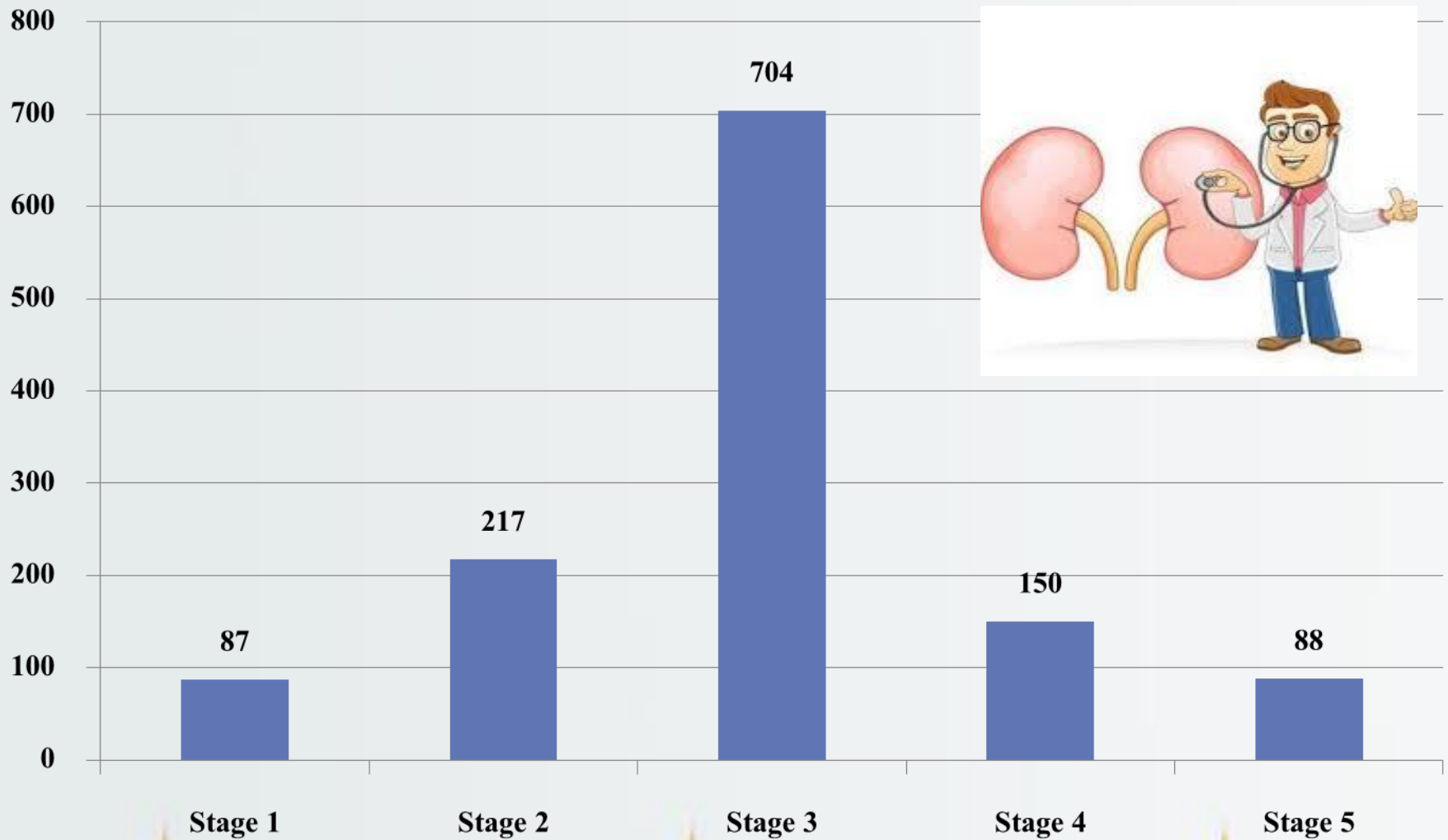
ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหา
และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เกณฑ์ 80%



ค่าeGFR ลดลง<5 ml/min/1.73m²/ปี >66 %

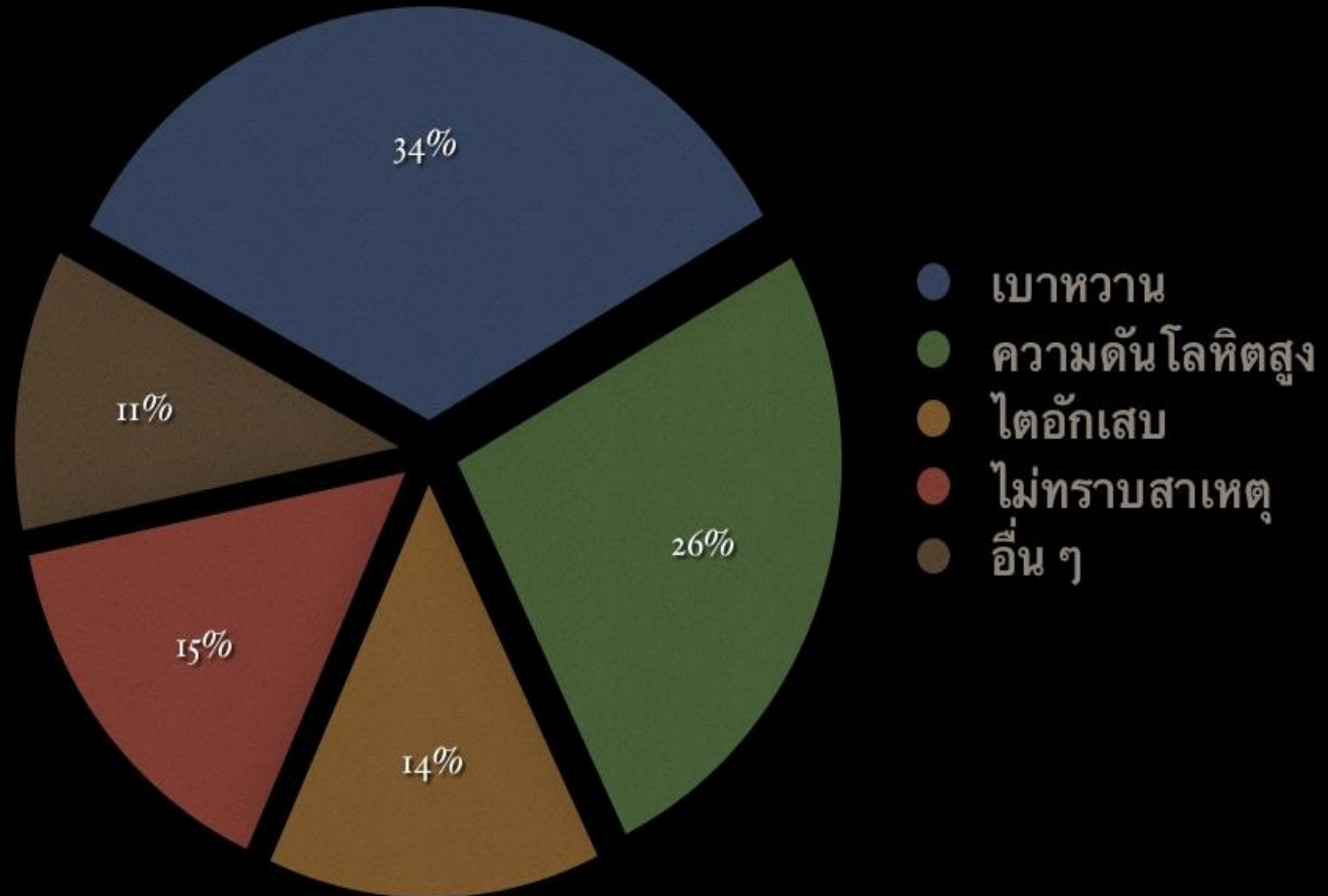


จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตามStage HDC





สาเหตุการเกิดโรคไต ในอำเภอท่าม่วง





CKD

แผนงาน/โครงการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
1. จัดประชุมวิชาการเรื่องการชะลอไตเสื่อมและการดูแลผู้ป่วย HD แก่พยาบาลผู้รับผิดชอบประชุมวิชาการกลุ่มการพยาบาล	พ.ค.-ก.ย.63
2. สอนทักษะการ เก็บน้ำยา PDF ให้แก่พยาบาลตามหน่วยงานที่รับผิดชอบ	มีค.-ตค. 63
3. สอนการผสมยา ATB ให้กับพยาบาล	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 !

ของงานหลักล้าน !

มาขึ้น
ให้พื้นที่เต็ม





ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- ## ผลการดำเนินงาน



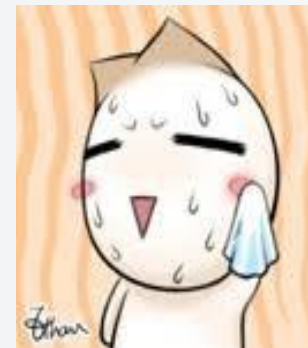


CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา



มีการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่มี
ปัญหาต่างๆ ร่วมกันกับทีม



การดำเนินงาน





CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา



ผลการด

เยี่ยมบ้านผู้ป่วยก่อน/หลังทำCAPD





CKD

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

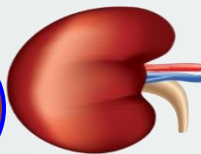
Peritoneal catheter





CKD

ผลการดำเนินงาน



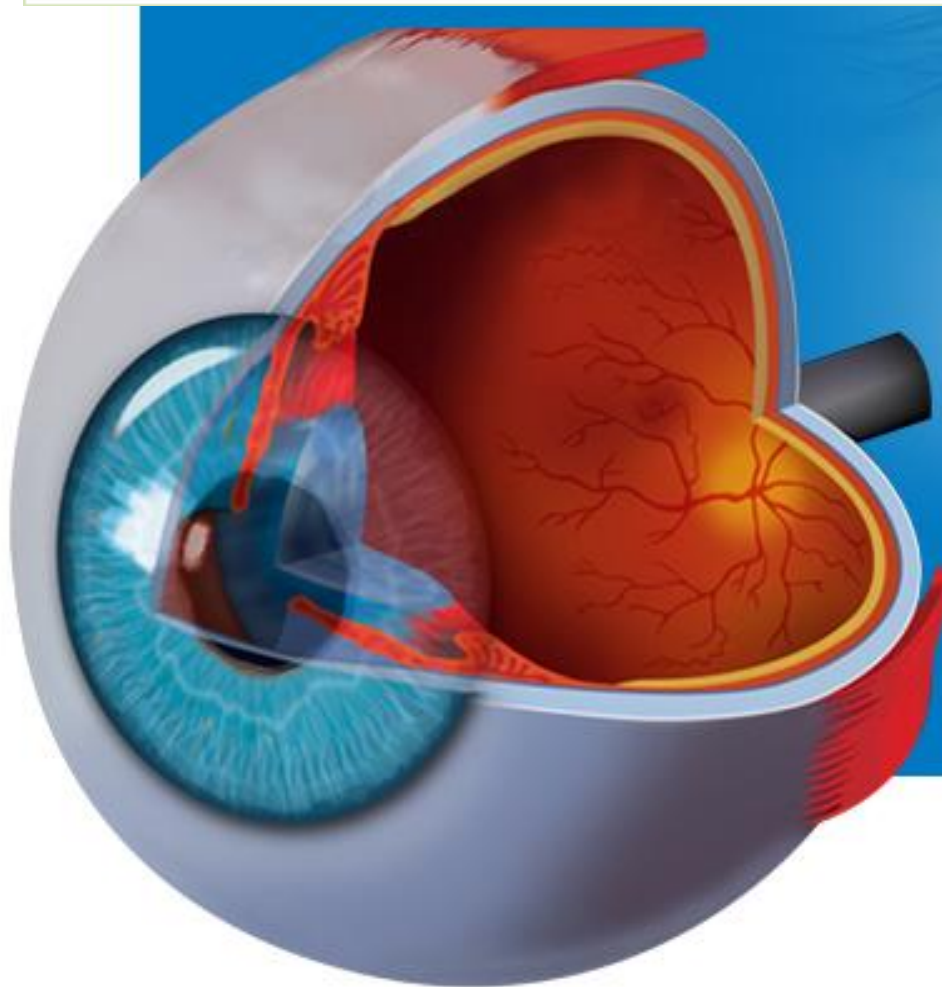
ปัญหา อุปสรรค

- มี CKD Clinic ครอบคลุม PCC และเชื่อมโยงรพสต. 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 แบบEmergency ในผู้ป่วย ESRD ยังสูง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม
 - ในคลินิกที่เกิดภาวะ ESRD คิดเป็น **58.33%(7/12)**
 - นอกคลินิก ที่เกิดภาวะ ESRD คิดเป็น **41.66%(5/12)**
- อัตราค่าล้างไม่พอในการให้บริการ (วันจันทร์-อังคาร) เนื่องจากจำนวนผู้ป่วย ไม่ต่ำกว่า 40-50 ราย
- การจัดการบริหารทาง Clinic ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากมีพยาบาลคนเดียว
- 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

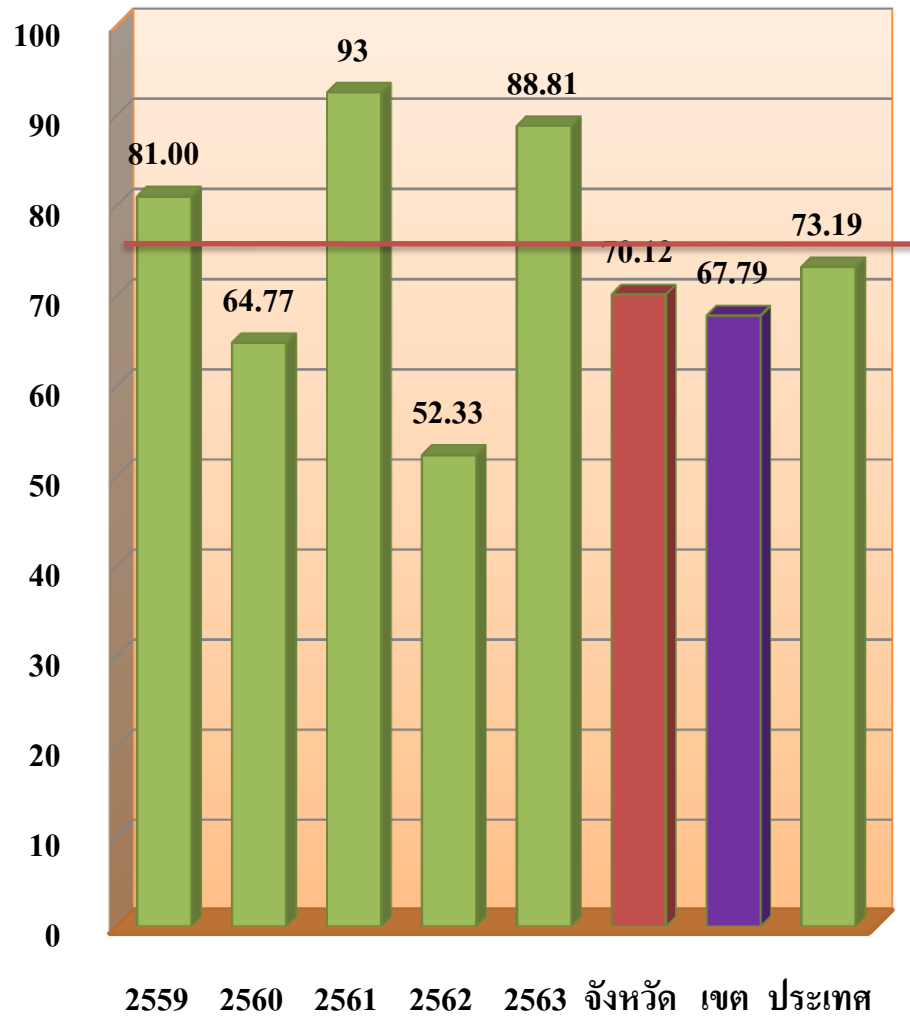
เป้าหมาย

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

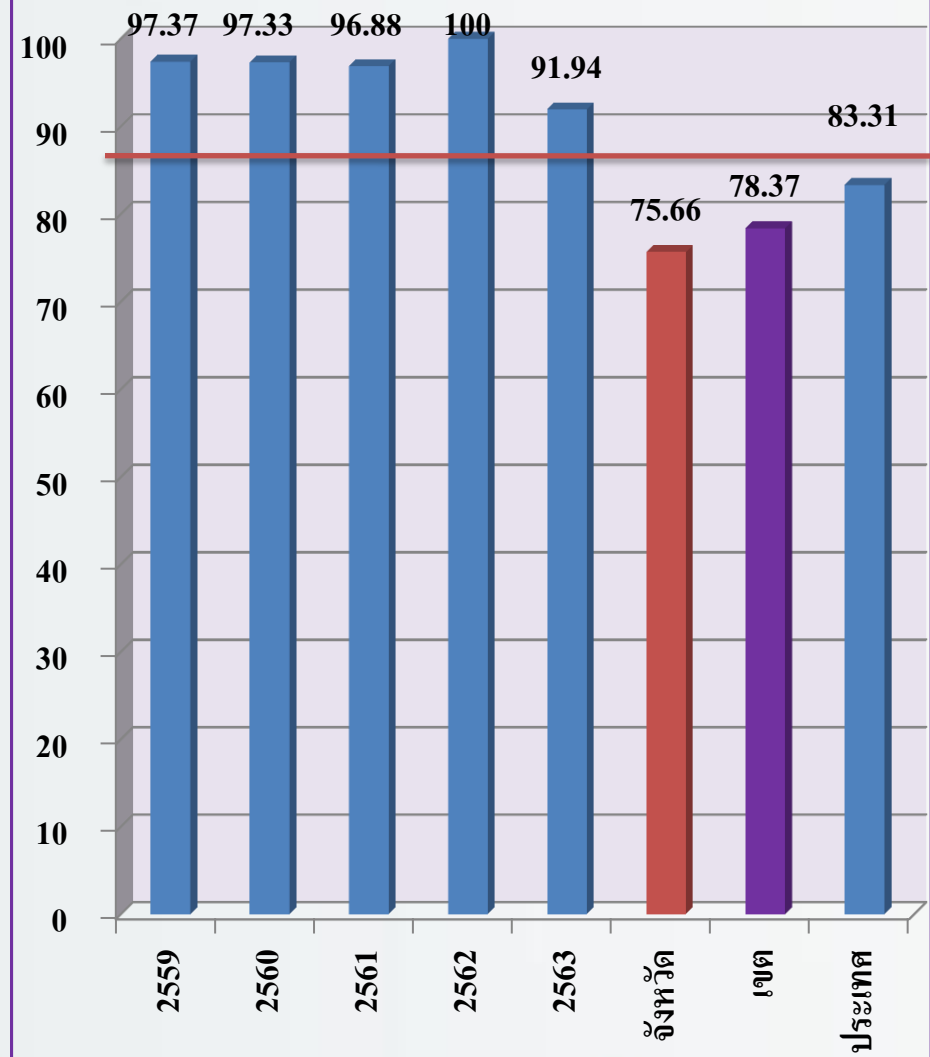
มาตรการ

- ❖ คัดกรองและแก้ไขโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดที่ป้องกันได้

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา >75 %



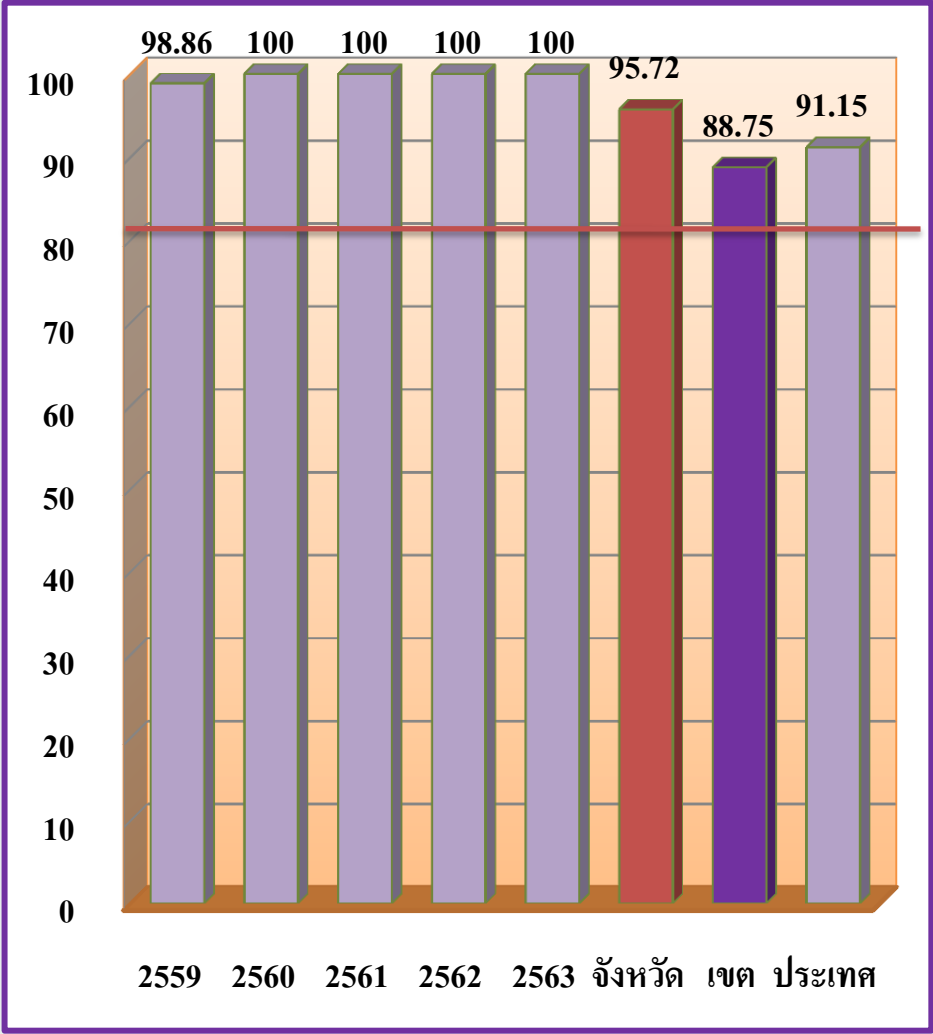
Blinding cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ร้อยละ 85



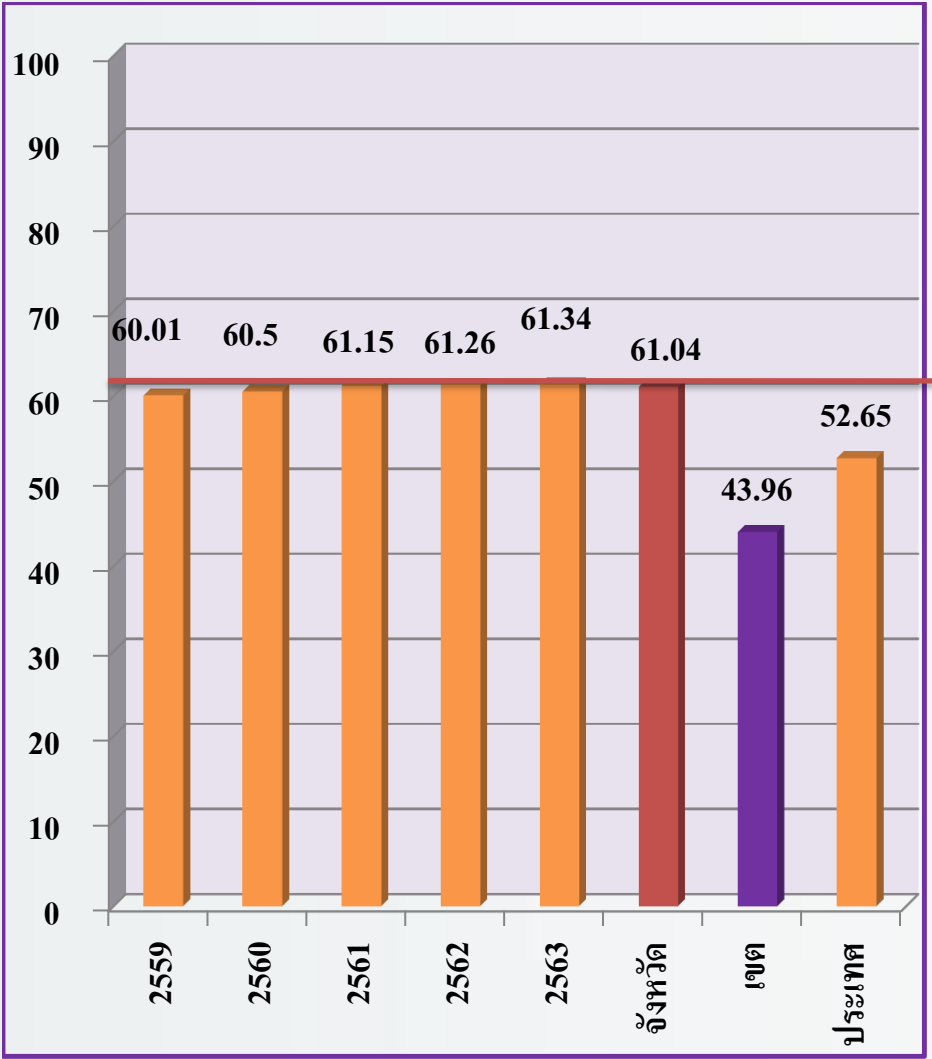
A	14,312	11,853	16,777	9,357	16,770
B	17,567	18,299	18,132	18,227	18,882

A	74	73	93	98	57
B	76	75	96	98	62

Severe low Vision Cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน ร้อยละ 80



การคัดกรองเบาหวานจอประสาทตาร้อยละ 60



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

A	2,641	3,404	3,219	3,428	3,578
B	4,401	5,626	5,264	5,596	5,833



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)
- การคัดกรองสายตาสีสูงอายุน้อยต่ำกว่าเกณฑ์ 52.33%

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

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

สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM-HT)



โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)



สภาพปัญหา

1. DM/HT ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตได้ดี
2. อัตราตายด้วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง ขาดการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่องและขาดการเข้าถึงรายบุคคล

สถานการณ์

1. DM ควบคุมน้ำตาลได้ดี 38.13%
2. HT ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 50.82%
3. ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรองภาวะแทรกทางไตร้อยละ 70.59%
4. ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 96.54%

เป้าหมาย

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

มาตรการ

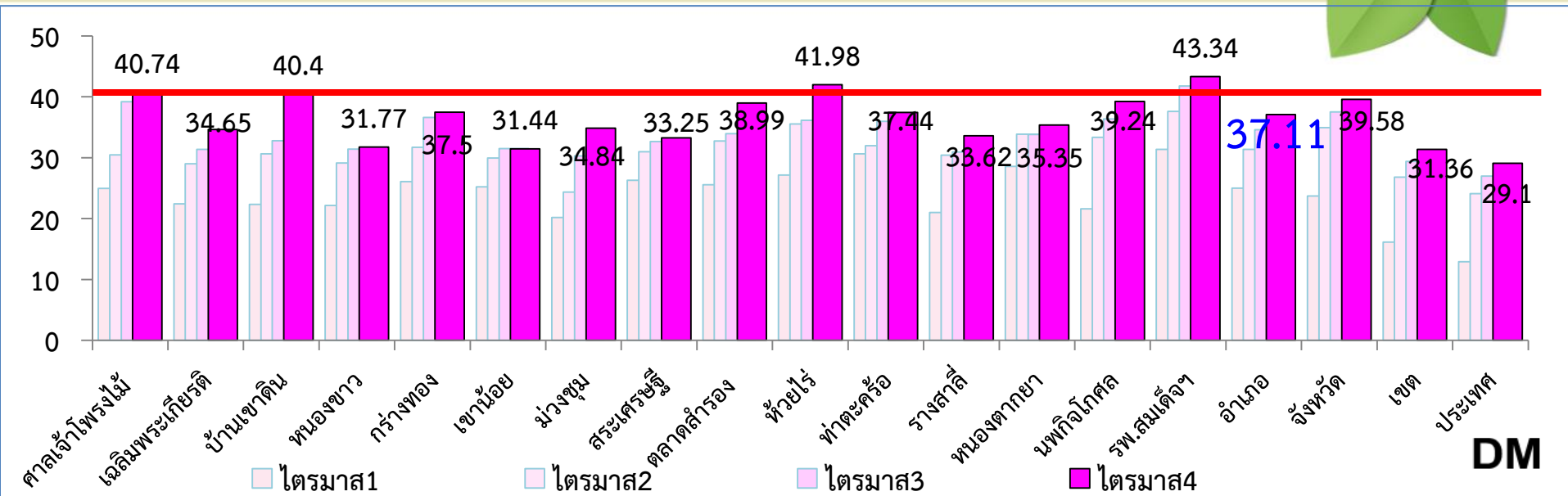
- ☐ พัฒนาคูณภาพมาตรฐานบริการ
 1. แนวปฏิบัติ CPG : DM HT
 2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: จัดการรายกรณี
 3. กลุ่มเสี่ยง CVD risk > 20 ทำ Mapping
- ☐ พัฒนาบุคลากร
 - หลักสูตร Case manager mini CM /CNN
- ☐ พัฒนาระบบข้อมูล
 1. 43 แฟ้ม HDC
 2. การขึ้นทะเบียนรักษา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)

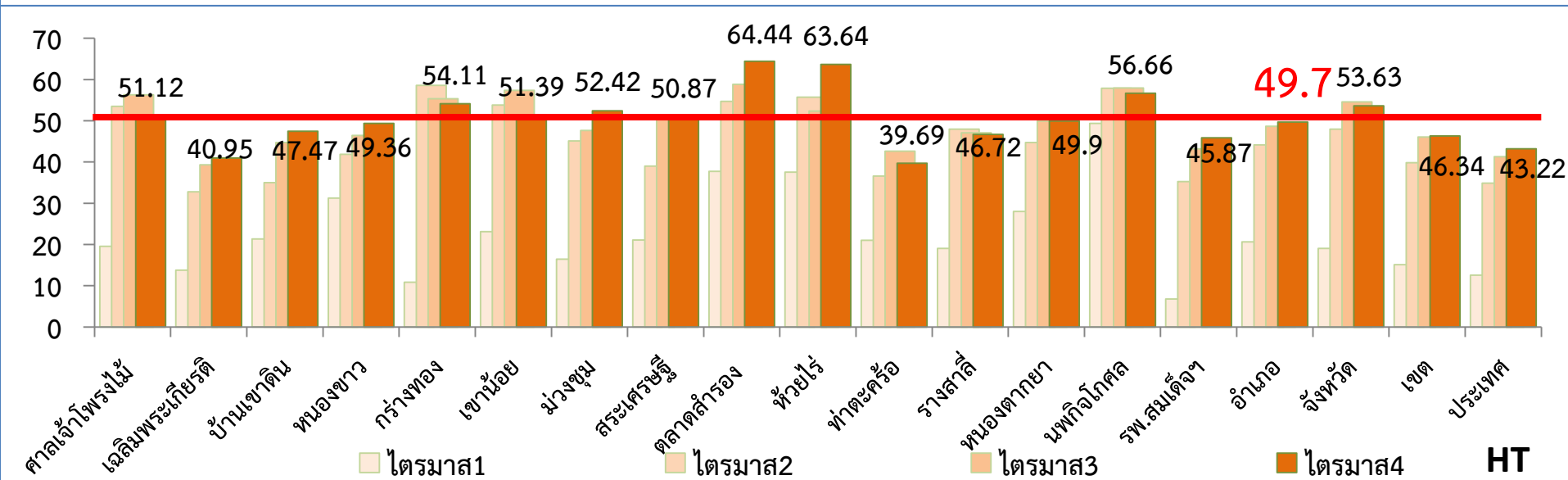


ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
Quick win	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
DM ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 40	ร้อยละ 25	ร้อยละ 31.36	ร้อยละ 34.36	ร้อยละ 37.11
HT ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50	ร้อยละ 20.66	ร้อยละ 44.17	ร้อยละ 48.63	ร้อยละ 49.7
Quick win	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรอง ภาวะแทรกทางไต ร้อยละ 80	ร้อยละ 56.47	ร้อยละ 67.76	ร้อยละ 70.79	ร้อยละ 74.27
Quick win	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 90	ร้อยละ 66.32	ร้อยละ 93.19	ร้อยละ 93.63	ร้อยละ 93.77

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันควบคุมได้ดี ปี2563



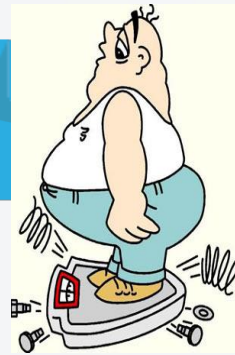
DM



HT



โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)



- ❖ ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40
- ❖ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมความดันได้ดีร้อยละ 50

กิจกรรม

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม SMBG และ Home BP
2. โปรแกรมการให้สุขศึกษารายกลุ่ม (OPD)=> งานโภชนาการ/งานสุขศึกษา/เภสัชกร
3. การทำ Drug Delivery ช่วง COVID

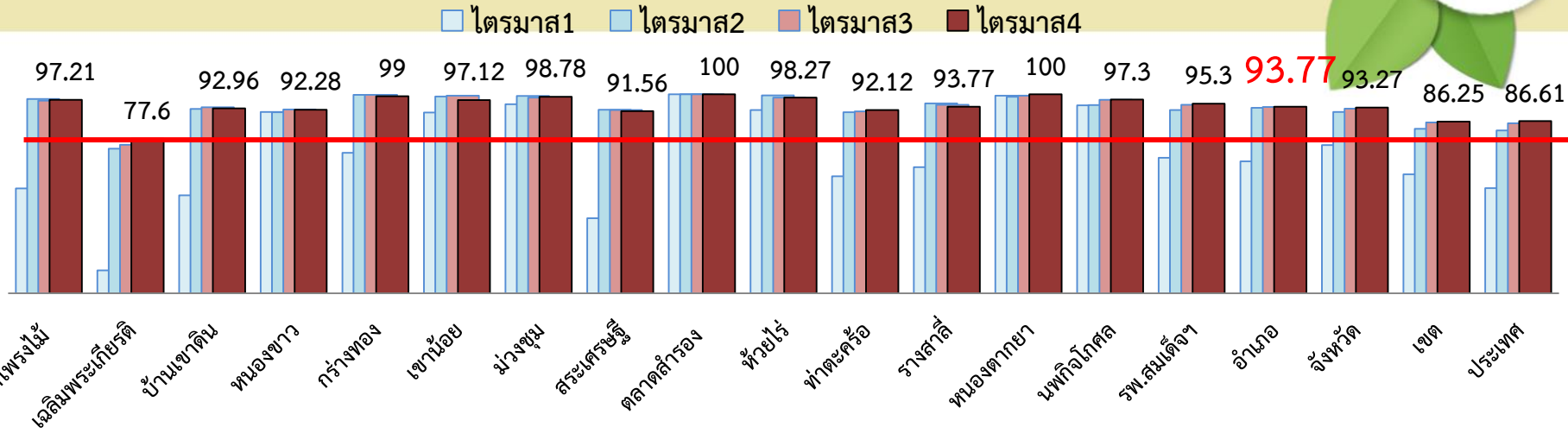
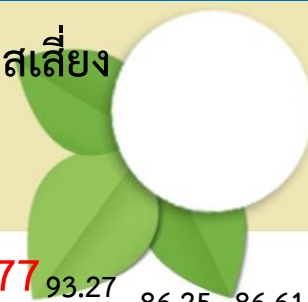
ปัญหา / อุปสรรค

ขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

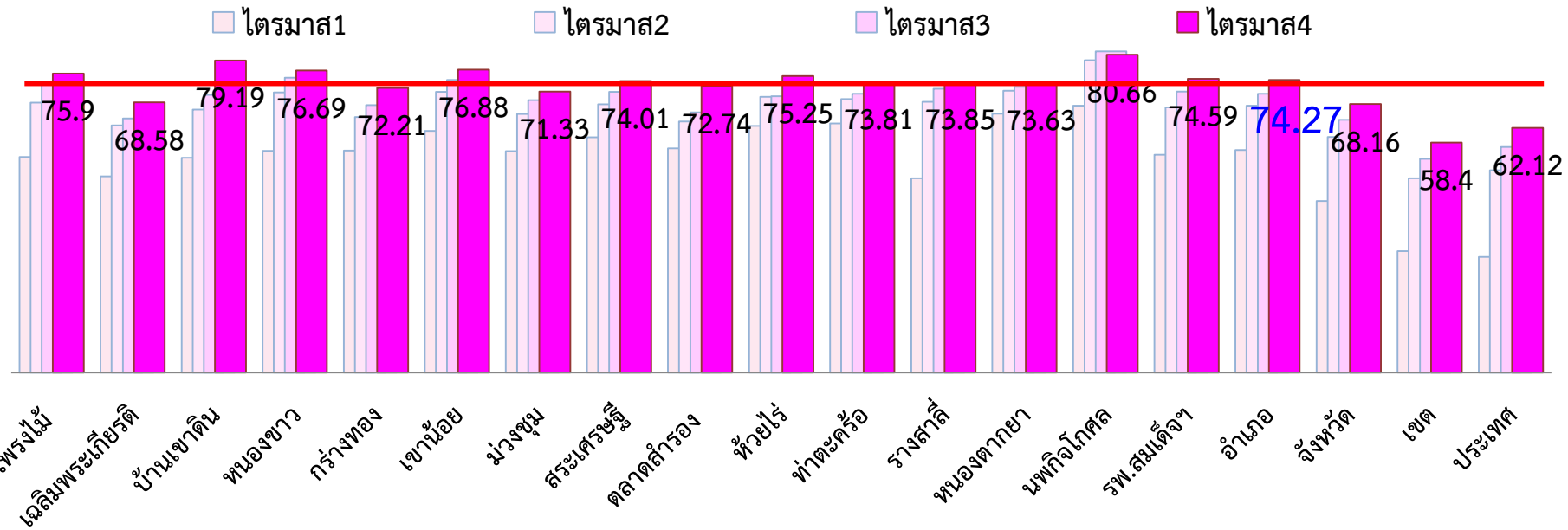
- เทศกาลปีใหม่ ตรุษจีน
- ช่วงฤดูกาลที่มีผลไม้ เช่น มังคุด ลองกอง เงาะ
- ช่วงสถานการณ์ COVID



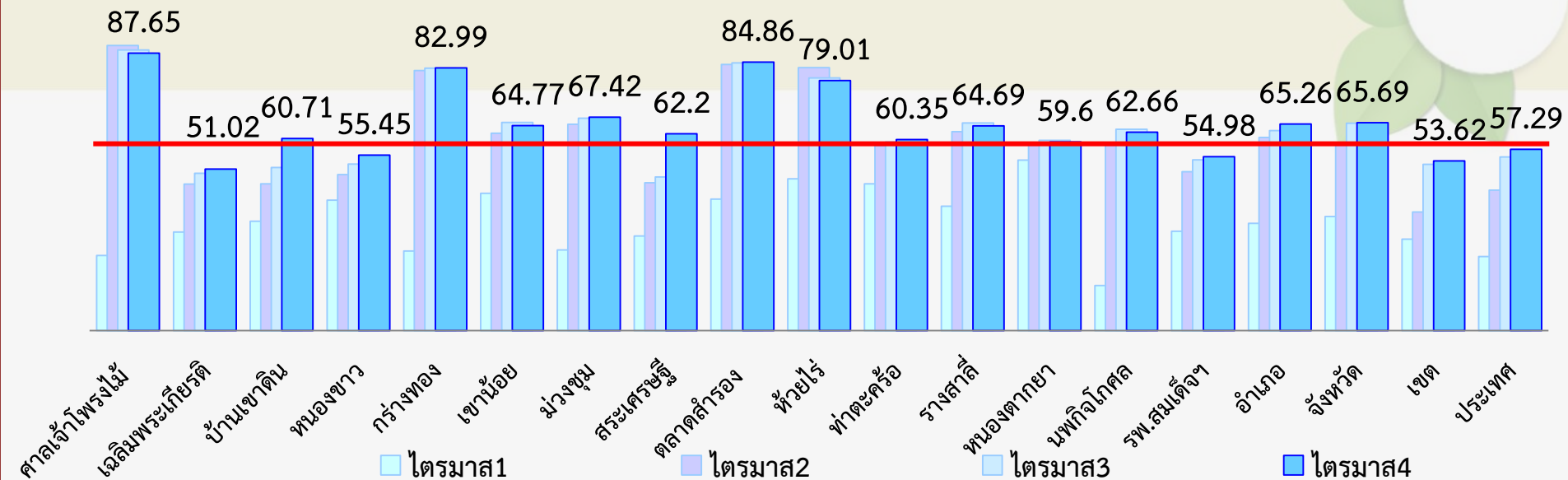
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)



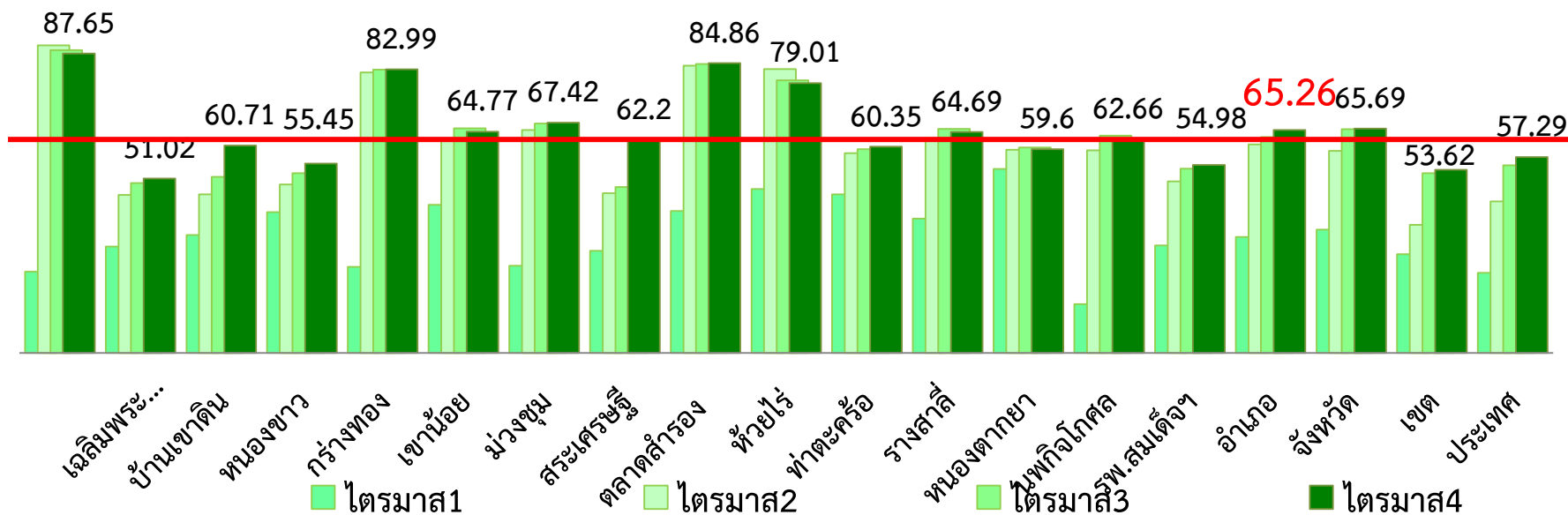
ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ปี2563

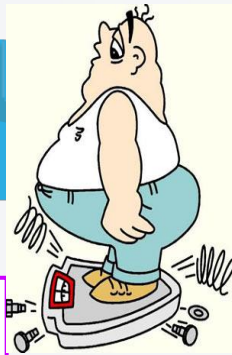


ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ปี2563





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. คืบข้อมูลให้ชุมชน
5. ส่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการลดปัจจัยเสี่ยง

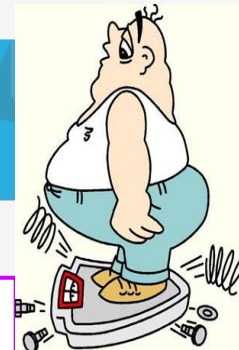
ปัญหา / อุปสรรค

- ขาดบุคลากรในการคีย์ข้อมูล (คีย์คัดกรอง+ mapping)





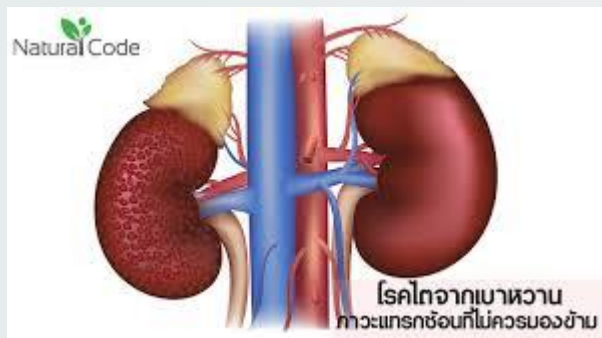
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)



❖ ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรองภาวะแทรกทางไต ร้อยละ 80

กิจกรรม

1. คืบข้อมูลป.ที่ไม่ได้ตรวจปัสสาวะ
ให้พท. คัดกรองเชิงรุกเพิ่ม



ปัญหา / อุปสรรค

มีป. 658 ราย จาก 12501 ราย ได้รับการตรวจแต่ cr. แต่ไม่ได้รับการตรวจปัสสาวะ 482 คนได้รับการตรวจที่รพ. อีก 176 คนตรวจจากสถานบริการอื่น (คัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ร้อยละ 80 (Cr+ Urine alb./UMA/UPCR)



SERVICE PLAN

โรคหลอดเลือดสมอง (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 ไม่ได้ได้รับการปรับพฤติกรรมในเรื่องสูบบุหรี่/สุรา

เป้าหมาย

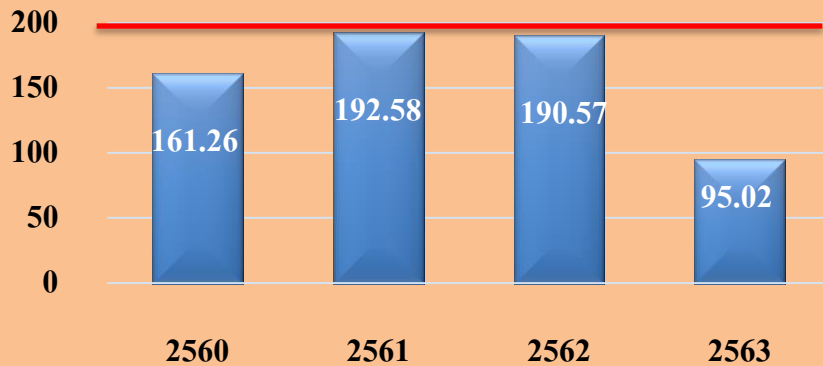
- อัตราการตาย Stroke < 7%
- อัตราการตาย Hemorrhagic Stroke < 25%
- อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic:I63) < 5 %
- Door to needle time in 60 min $\geq$ ร้อยละ 50
- Stroke ที่มีอาการภายใน 72 hr. เข้ารับการรักษาใน stroke unit $\geq$ 40%
- Door to operation room time in 90 min > 60%

มาตรการ

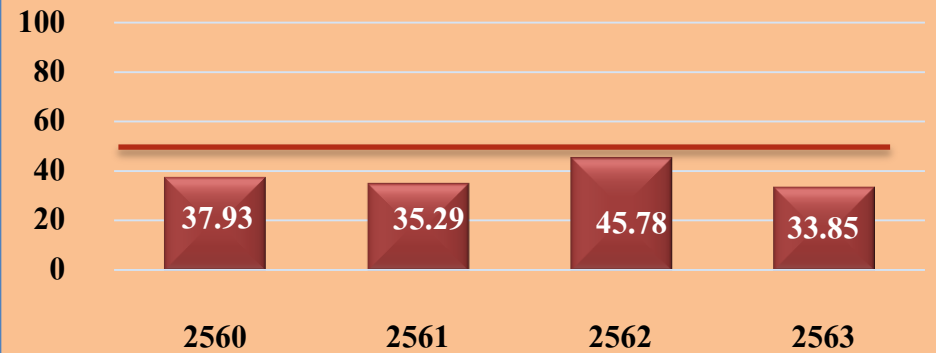
- มีการคัดกรองและให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองกับกลุ่ม CVD Risk ร่วมกับ NCD
- เพิ่มองค์ความรู้เจ้าหน้าที่
- พัฒนาระบบการติดตามขาดนัด/ขาดยา
- พัฒนาระบบเครือข่ายบริการ Stroke Fast Track

ผลการดำเนินงานสาขาอายุรกรรม (Stroke) ปีงบประมาณ 2560-2563

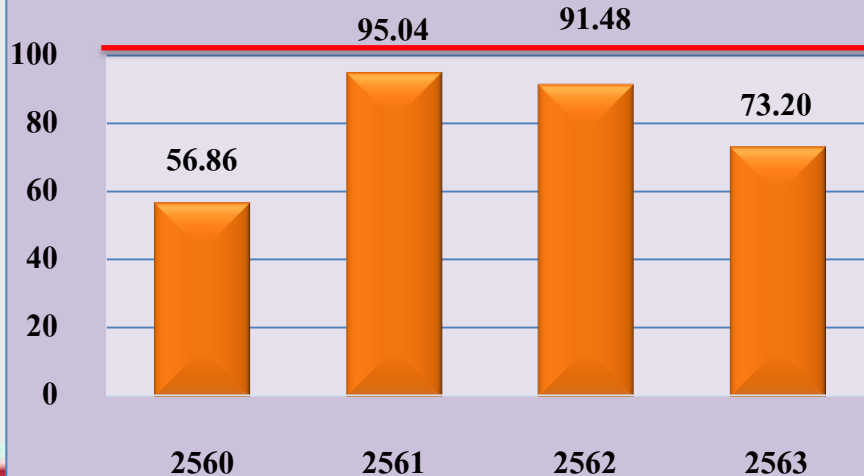
อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง(Acute stroke) รายใหม่
ไม่เกิน 200:แสนประชากร



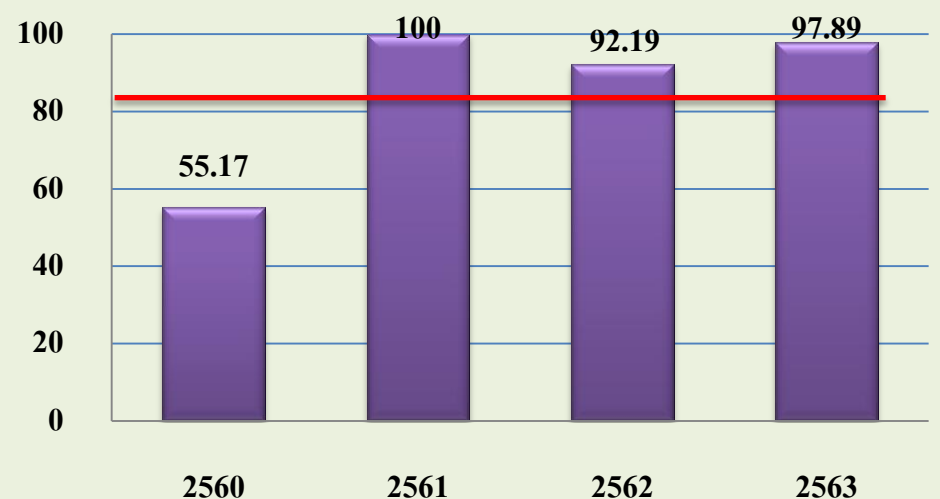
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบ
แนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด 50%



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
1. อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่	ไม่เกิน 200:แสน ปชก.	165.32	132.82	128.47	161.26	192.58	190.57 (166 ราย)	95.01 (83ราย)
2. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด	50%	9.37	26.41	38.93	37.58	40.35	45.78 (76 ราย)	33.85 (44ราย)
3. อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	100%	NA	NA	57.5	65.10	95.04	91.48 (129 ราย)	73.20 (112ราย)
4. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	80%	NA	NA	26.71	48.32	100	92.19 (130 ราย)	97.89 (93ราย)



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. ประชุมคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาพร้อมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ	ทุกเดือน	-
11. เยี่ยมบ้านผู้ป่วย Stroke	ทุกเดือน	-

ปัญหา อุปสรรค

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

แนวทางแก้ไข

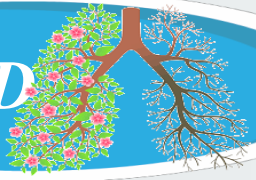
1. ให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ประชาชนทั่วไป
2. มีการติดตามระบบนัดในคลินิก
3. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกเลิกบุหรี่

SERVICE PLAN



COPD





สถานการณ์

ปี2562

- อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องรับไว้รักษาไว้ในโรงพยาบาล ไม่เกิน 130 ต่อแสนประชากร (136.20)
- บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry (39.70)

สภาพปัญหา

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

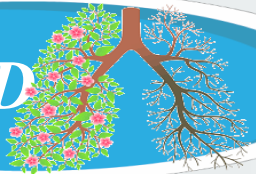
เป้าหมาย

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

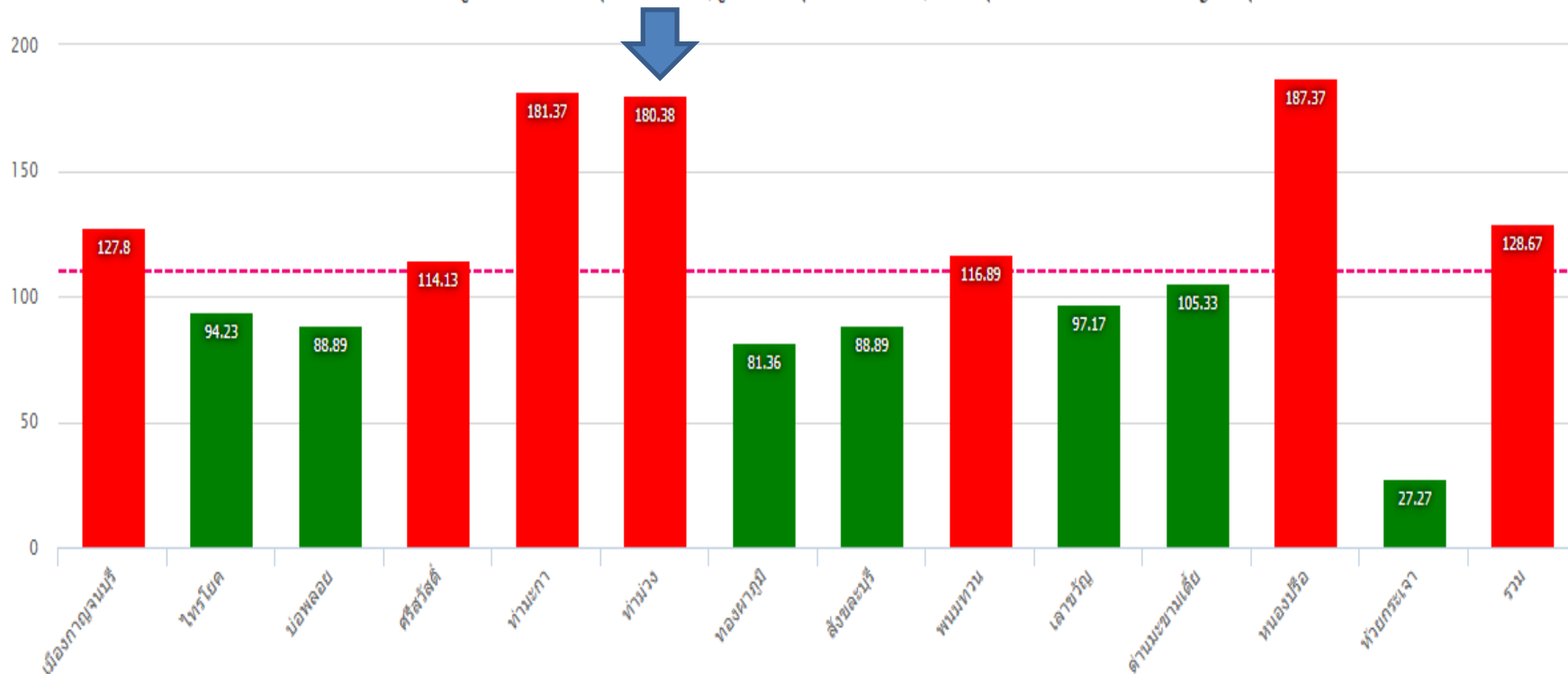
มาตรการ

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

COPD



อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ผู้ป่วยอายุ 40 ปีขึ้นไป) เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2563

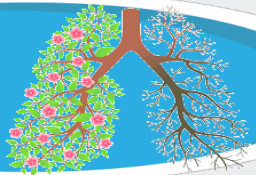


B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (PDx = J440 - J449) หน่วยเป็นคน

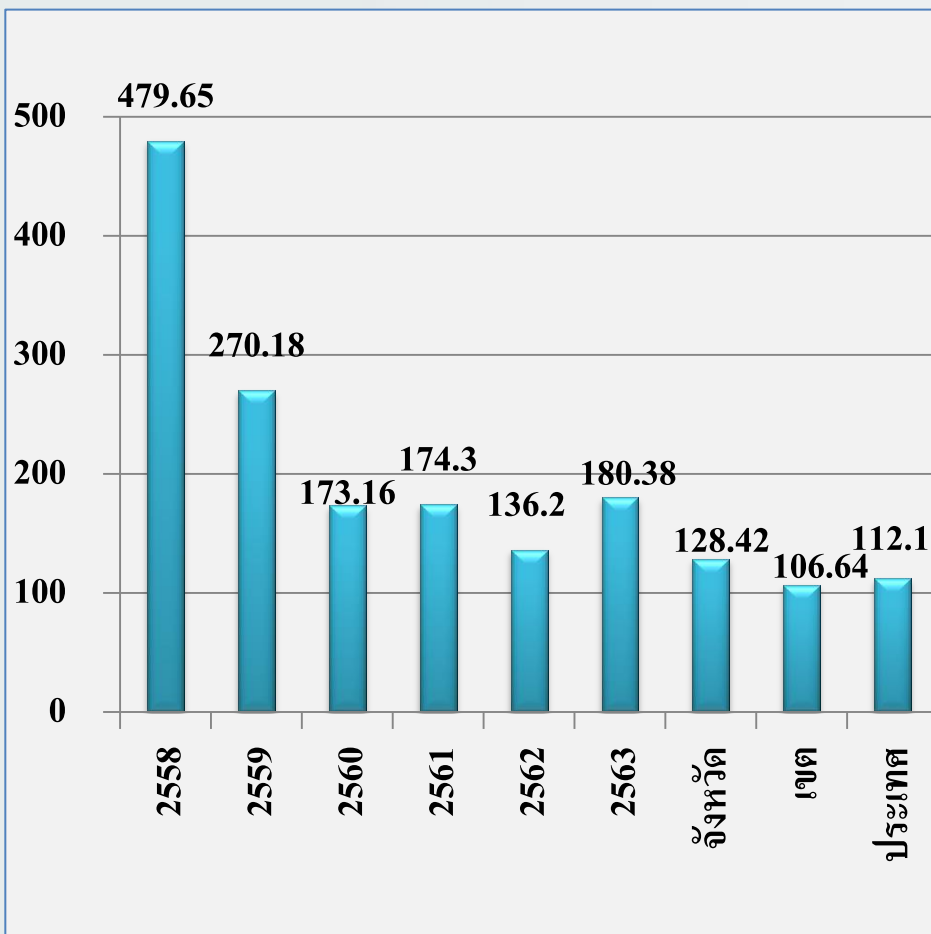
A หมายถึง จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และหรือต้องรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการกำเริบเฉียบพลันของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยนับเฉพาะ PDx = J440 หรือ J441

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

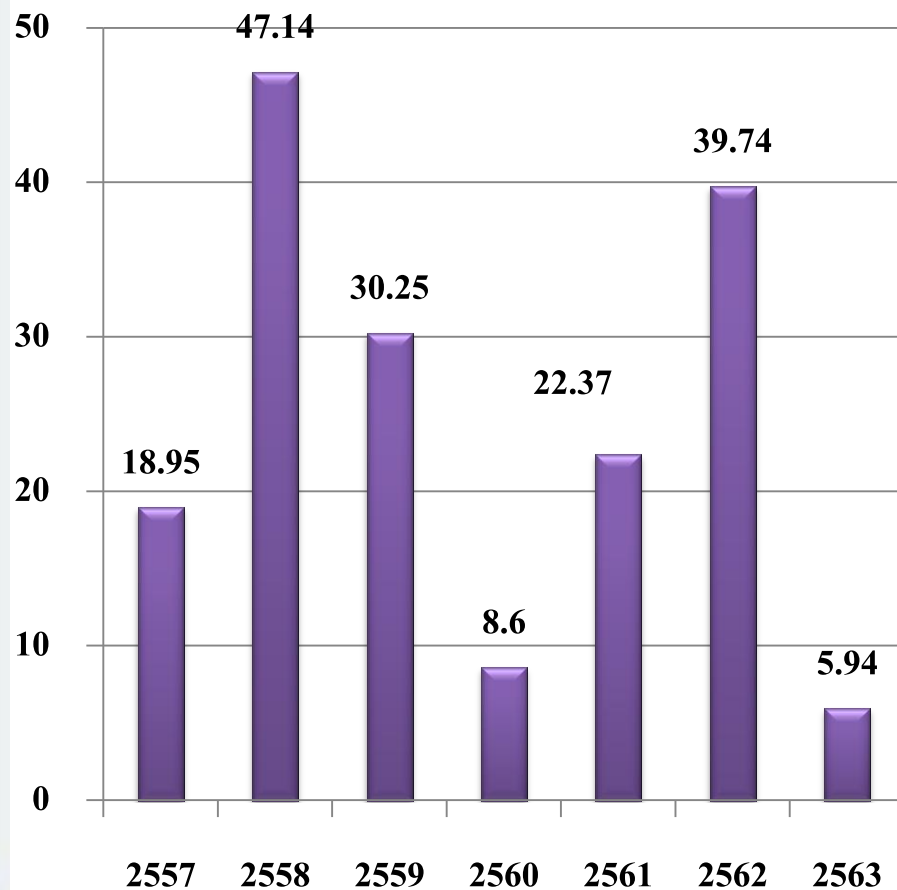
COPD



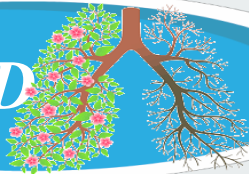
อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องรับไว้รักษา
ไว้ในโรงพยาบาล ไม่เกิน 130 ต่อแสนประชากร



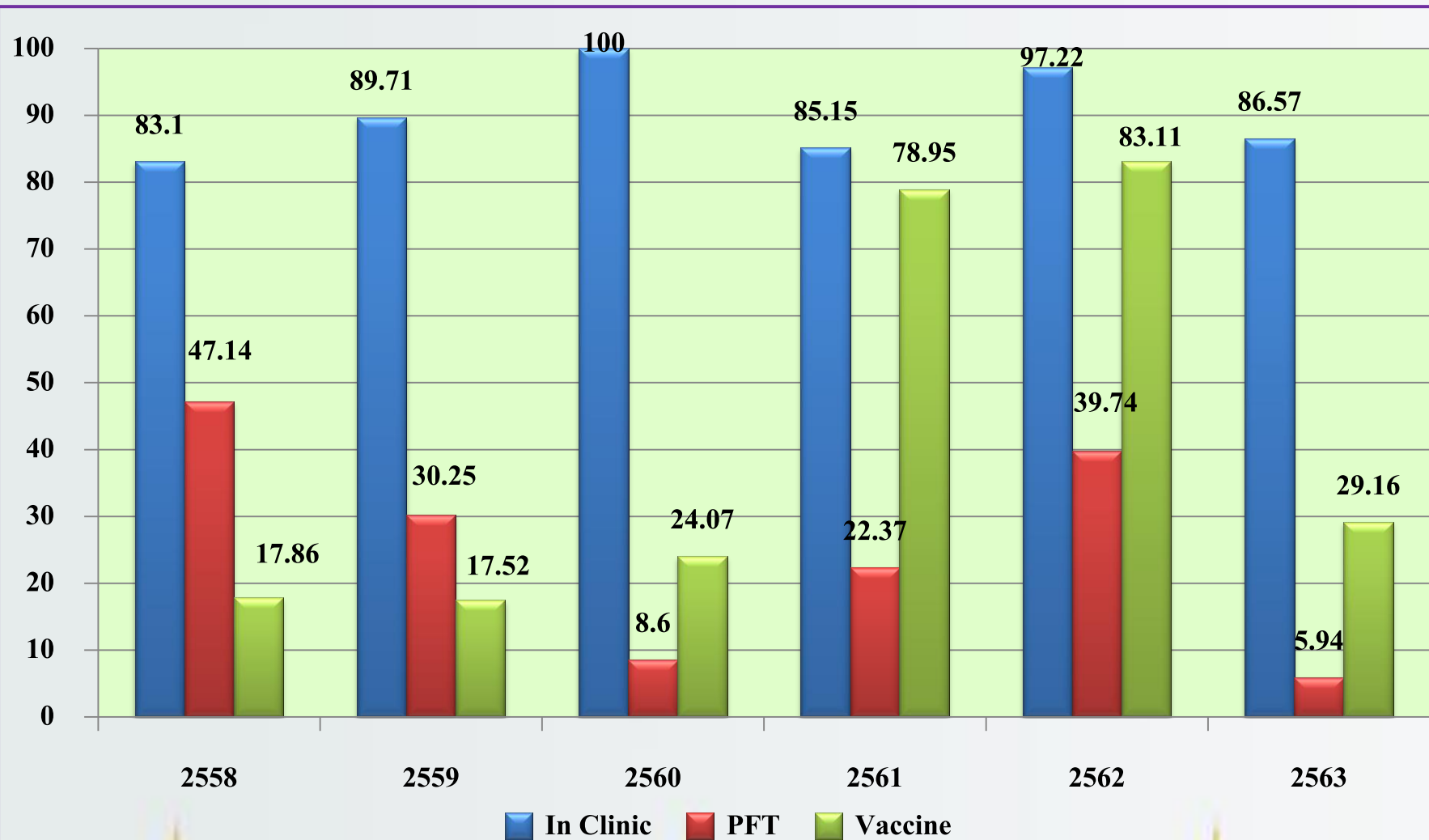
บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย
Spirometry



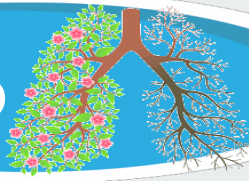
COPD



COPD in Hospital



COPD

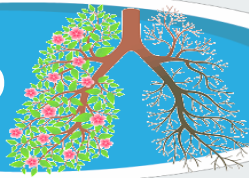


รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. อบรมพยาบาลเรื่องการตรวจสมรรถภาพปอด	พ.ค.-ส.ค.	8,000
2. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรค COPD	ทุก 3 เดือน	-
3. สอนการออกกำลังกายบำบัดแก่ผู้ป่วย - Pulmonary rehabilitation Program	เดือนละ 2 ครั้ง	-
4. จัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เรื่องกายภาพบำบัดในผู้ป่วย COPD	ก.พ.	-
5. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย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

ปัญหา / อุปสรรค

- ผู้ป่วยสูงอายุ ใช้ยาพ่น สูดไม่ถูกชนิด/เทคนิคการสูดยาไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง/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**

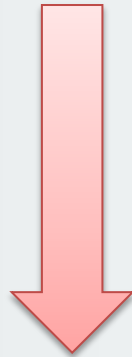
- ❖ ประเมินการใช้ยาสูดทุกรายก่อนกลับบ้าน
- ❖ ผู้ป่วยเก่าให้มาตามนัดเดิม
- ❖ ผู้ป่วยใหม่ให้นัดเข้าคลินิกภายใน 1 เดือน
- ❖ Home oxygen ในรายที่มีข้อบ่งชี้
- ❖ ในรายที่สูบบุหรี่สั่งเข้าคลินิกปลอดบุหรี่
- ❖ ปรึกษาภาพการสอนการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดตามความเหมาะสม

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

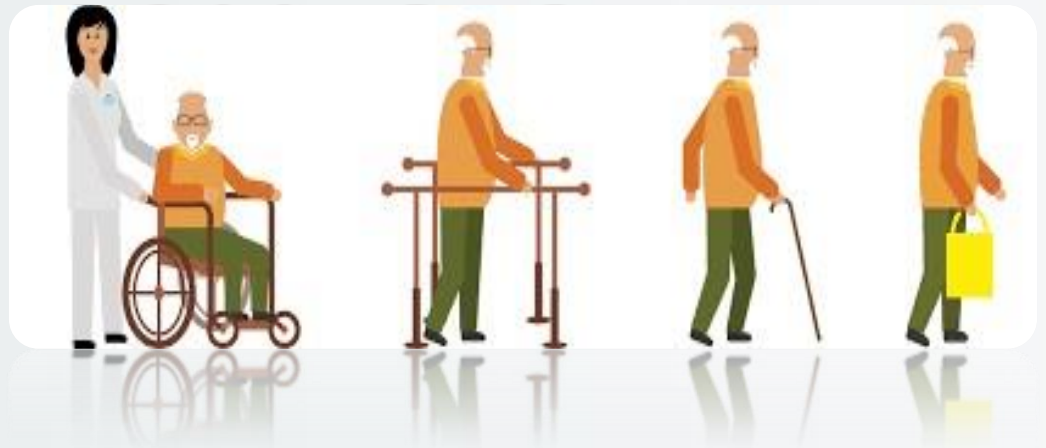
พบเภสัชกร

- ☐ ประเมินความถูกต้องของการใช้ยา Compliance , Technique , จำนวนยาที่เหลือ
- ☐ ผลข้างเคียง

SERVICE PLAN

Intermediate Care (IMC)

ระบบบริการดูแลระยะกลาง





Intermediate Care (IMC)

KPI1 : ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ 100%

KPI2 : ร้อยละของผู้ป่วย IMC ที่ประเมิน BI สูงขึ้นกว่าเดิม 70 %

สถานการณ์

1. จำนวนผู้ป่วย Stroke แนวโน้มเพิ่มขึ้น
2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถนะไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดความพิการหรือทุพพลภาพ

สภาพปัญหา

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

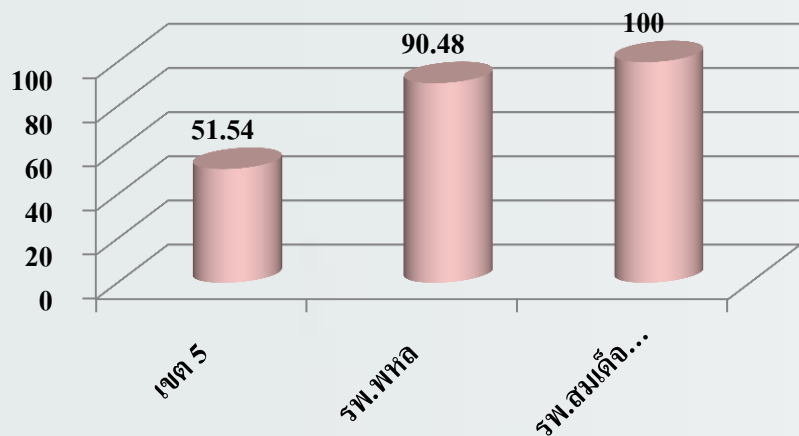
เป้าหมาย

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

มาตรการ

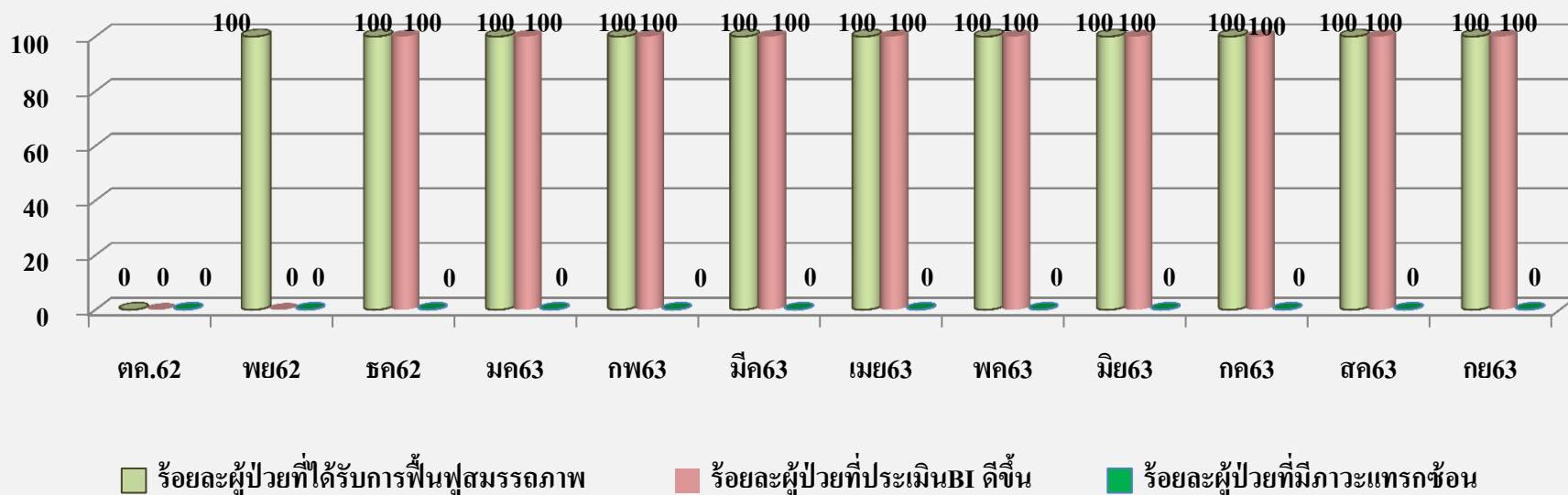
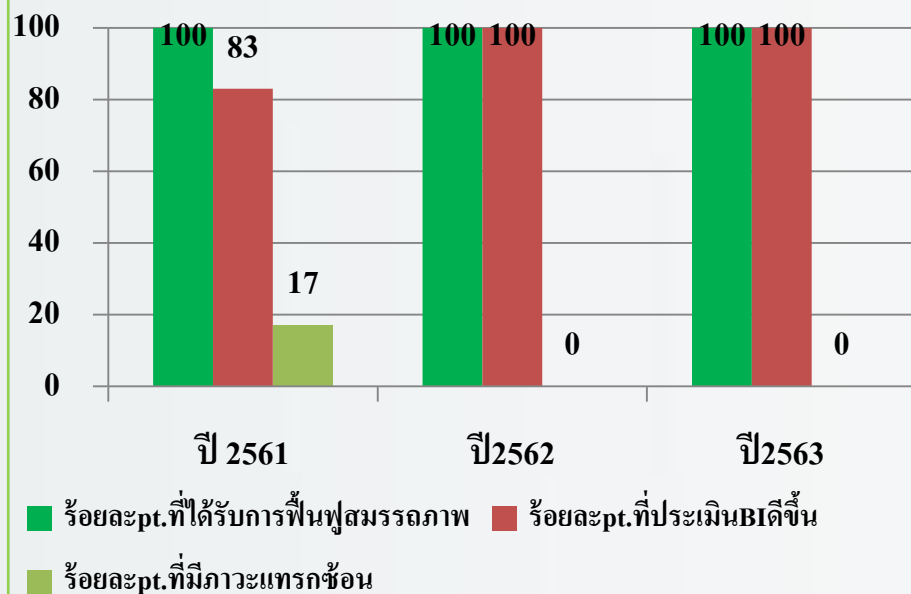
1. Auto Refer back ภายใน รัศมี 50 กม.
2. เสริมสร้างศักยภาพ รพช.

ร้อยละของการได้รับการดูแลระยะกลางจนครบ 6 เดือน

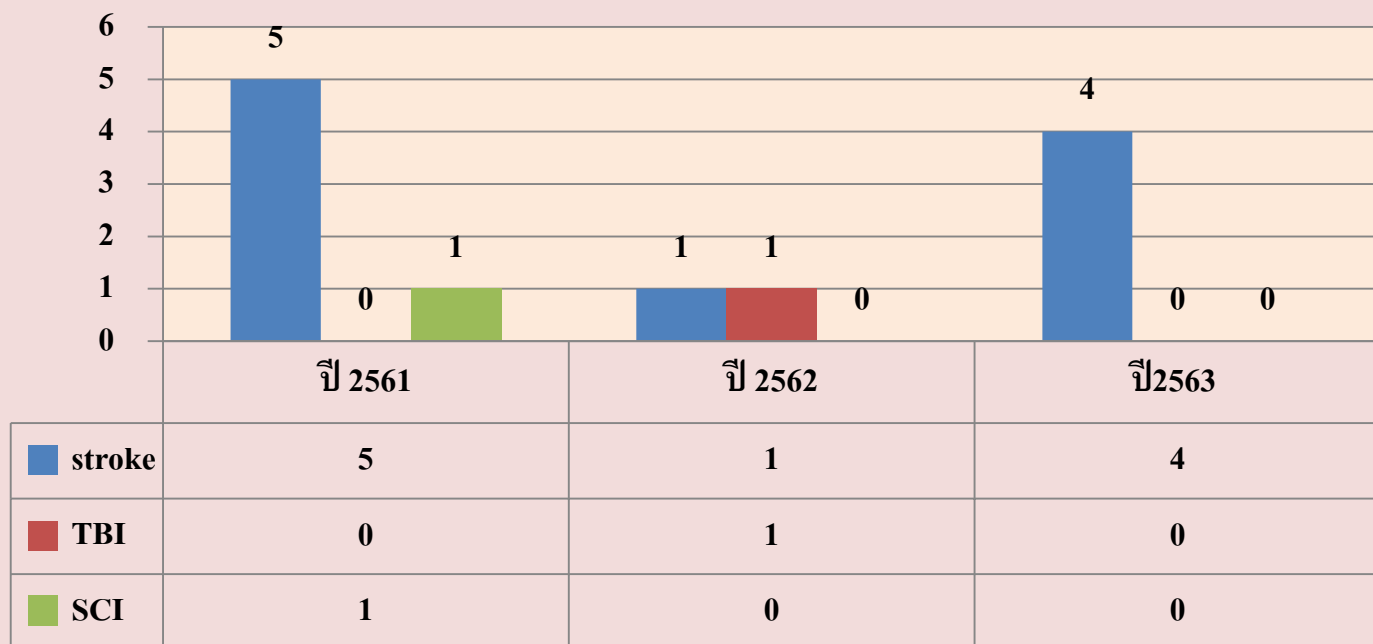


ผลการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะกลาง

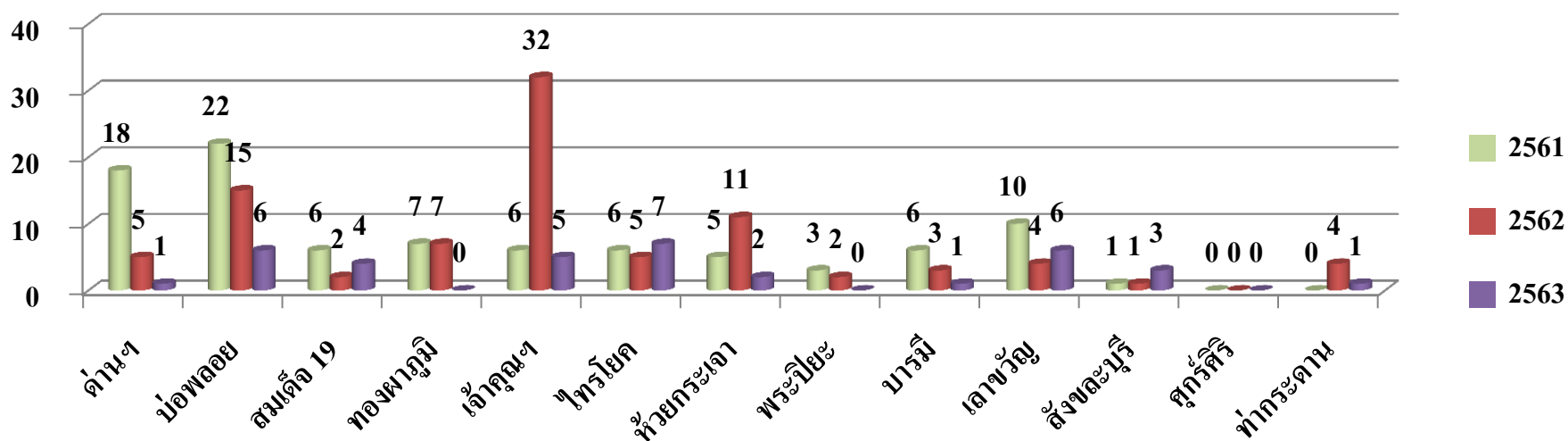
ผลการดำเนินงานระบบบริการดูแลระยะกลาง



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.เพื่อความสะดวกในการรับข้อมูล
- แจ้งกลับ รพ.พหุฯเมื่อรับผู้ป่วยแล้ว
- ปรับปรุงแบบฟอร์มเพิ่มข้อมูลที่จำเป็น (เลขโทรศัพท์ผู้ป่วย หรือผู้ดูแลเพื่อติดต่อในกรณีผู้ป่วยไม่มารับบริการ)

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



SERVICE PLAN PALLIATIVE CARE

Palliative care

KPI : ร้อยละ 40 การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong opioid ในผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

สถานการณ์

**จังหวัดกาญจนบุรี มีการดูแลผู้ป่วยด้วย
กระบวนการ Palliative Care ในโรงพยาบาล
ทุกแห่ง

ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 1,157 ราย

ปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วย 1,423 ราย

CA. 784 ราย 55% Non CA. 635 ราย 45%

ปี 2563 ต.ค.-ก.ย. 63 มีผู้ป่วย 1,926 ราย

CA. 894 ราย 46.4 % Non CA 1,032 ราย
53.6%

ปี 2563 ต.ค.-ก.ย. 63 อำเภอท่าม่วงมีจำนวน
ผู้ป่วย PC 217 ราย (ผู้ป่วย PC รายใหม่)
เข้ารับบริการ PC 281 ราย (ผู้ป่วย PC รายใหม่+
รายเก่า)

- 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

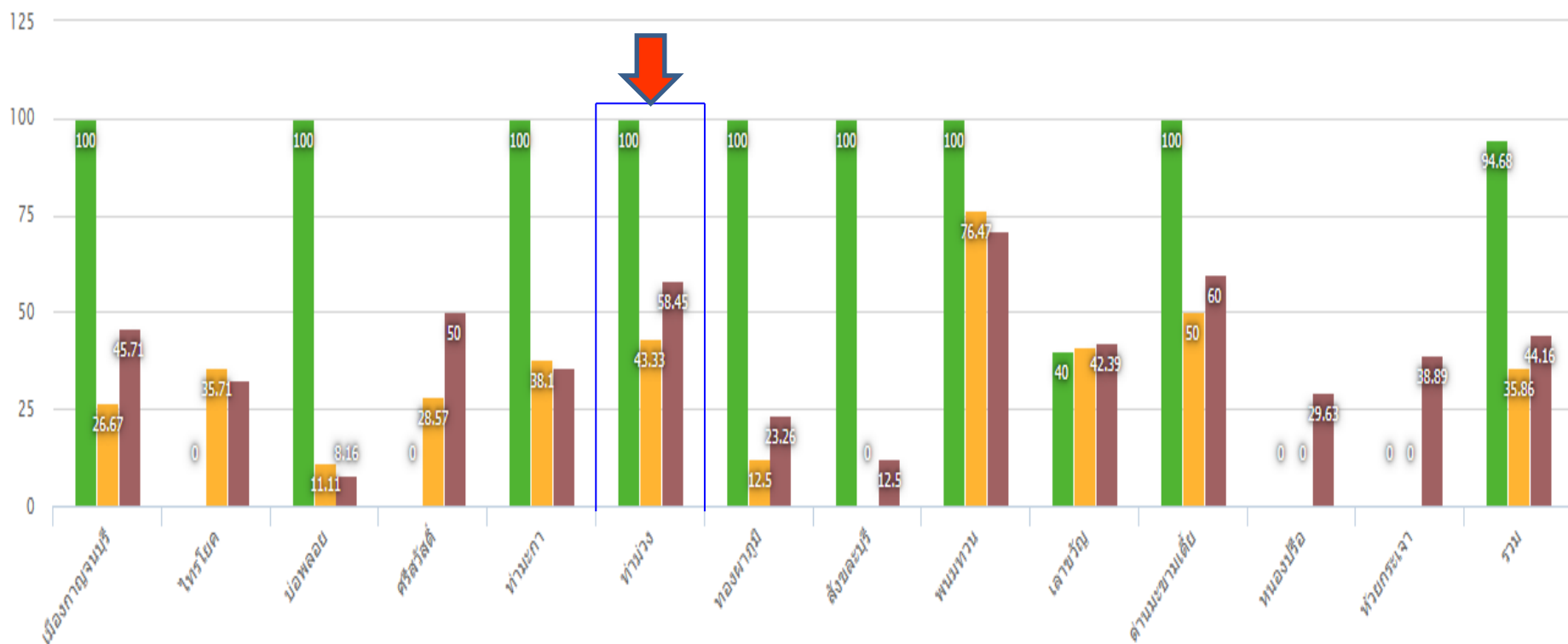
2. พัฒนาคณะความรู้ด้าน PC

3. พัฒนาระบบส่งต่อ COC IT
เครือข่ายและอุปกรณ์

4. สนับสนุน Pain /PC Clinic

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคอง และได้รับการเยี่ยมบ้าน เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ2563

ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยระดับประคอง และได้รับการเยี่ยมบ้าน เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ2563



B หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระยะประคอง(Z515) และได้รับยากลุ่ม Strong Opioid

ผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน วินิจฉัยระยะประคอง(Z515)

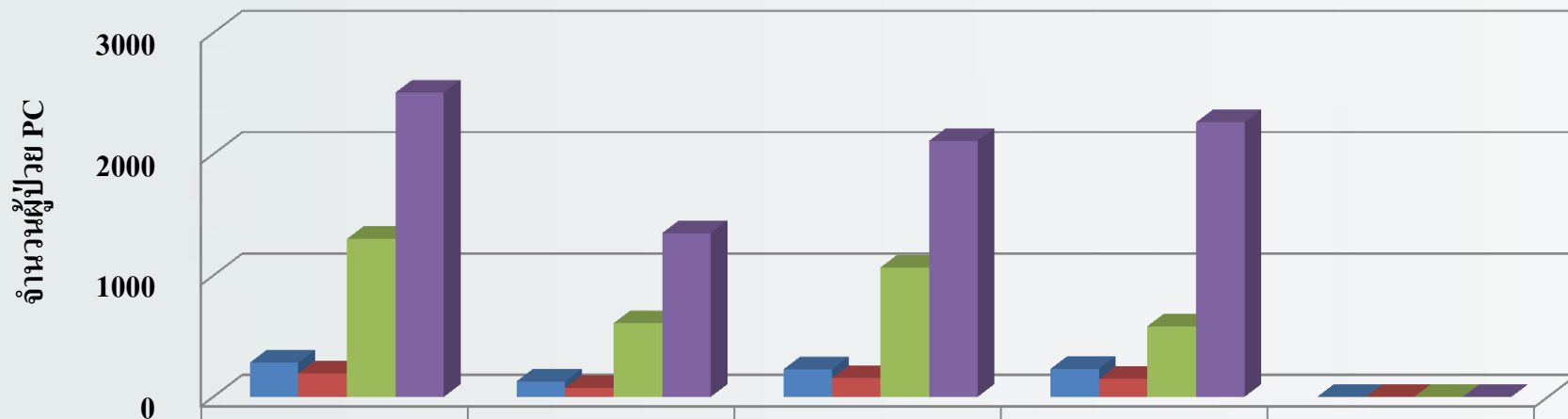
A หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระยะประคอง(Z515) และได้รับยากลุ่ม Strong Opioid ได้รับการเยี่ยมบ้าน

ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เขตสุขภาพที่ 5 จังหวัดกาญจนบุรี ปีงบประมาณ 2563

B หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Z515)
A หมายถึง ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก สัญชาติไทยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง(Z515) และได้รับ Advance Care Planning (Z718)

โรงพยาบาล	↓	B	↑	A	↑	%	↑
10731 : โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา		856		692		80.84	
10732 : โรงพยาบาลมหาราภี		213		26		12.21	
11278 : โรงพยาบาลไทรโยค		38		34		89.47	
11279 : โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยะมหาราชนนียเขต		0		0		0.00	
11280 : โรงพยาบาลบ่อพลอย		58		8		13.79	
11281 : โรงพยาบาลท่ากระดาน		21		1		4.76	
11282 : โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ ๑๙		266		168		63.16	
11283 : โรงพยาบาลทองผาภูมิ		97		47		48.45	
11284 : โรงพยาบาลสังขละบุรี		2		0		0.00	
11285 : โรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน		87		0		0.00	
11286 : โรงพยาบาลเลาขวัญ		159		3		1.89	
11287 : โรงพยาบาลด่านมะขามเตี้ย		20		0		0.00	
11288 : โรงพยาบาลสถานพระบารมี		61		2		3.28	
11520 : โรงพยาบาลวัดด้วยศรีสิน		0		0		0.00	
รวม		1,904		983		51.63	

ผลการดำเนินงานPCตามตัวชี้วัด ไตรมาสที่4 ปีงบประมาณ 2563 เทียบระดับจังหวัดและเขต5



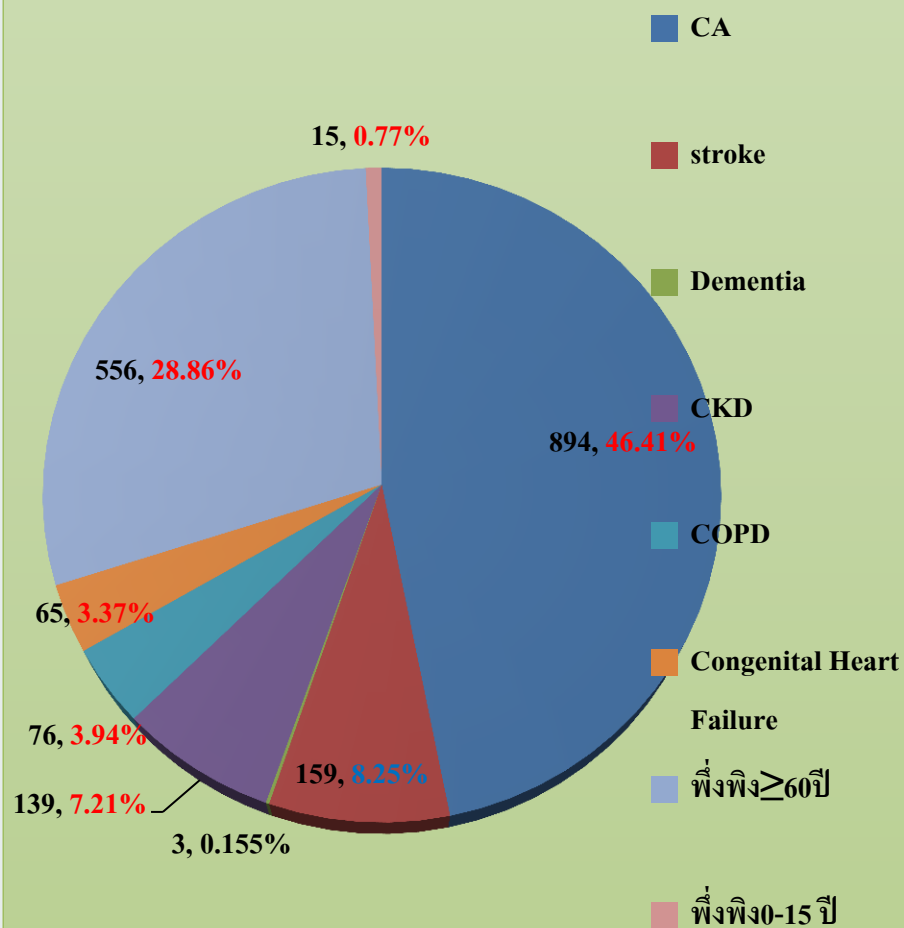
	จำนวนPCที่ได้รับการดูแล	Strong Opioids	จำนวนได้รับ Advance Care Plan	HHC	ร้อยละความพึงพอใจผู้ป่วยและครอบครัว
ไตรมาสที่4 2563	281	128	227	230	90%
2562	194	76	153	147	91.83%
จังหวัด	1301	607	1067	583	90.90%
เขต	2507	1350	2109	2262	93%

ไตรมาสที่ 4 ร้อยละการจัดการบรรเทาปวดด้วย Strong Opioids 45.5%

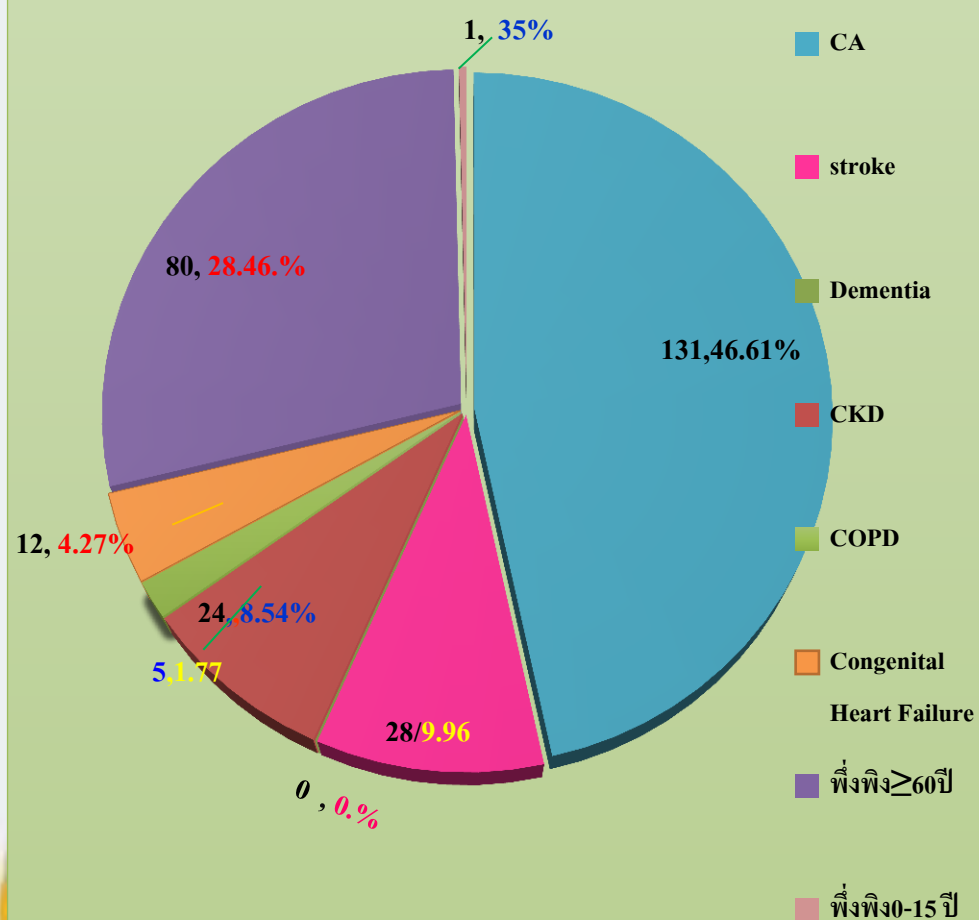
Palliative care



จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง
แยกกลุ่มโรค จ.กาญจนบุรี ไตรมาสที่ 4 ปี2563



จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง
แยกกลุ่มโรค อ.ท่าม่วง ไตรมาสที่ 4 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 ,เข้าร่วมอบรม เชิงปฏิบัติการ การดูแลจัดการอาการในผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Symptom Managment in Palliative Care”ที่ รพ.พหลพล พยุหเสนา จัดประชุม	23-24 ม.ค.63	-
4. ส่งแพทย์ เภสัชกร เข้าอบรมหลักสูตร Palliative Care ภาคทฤษฎี/เขต5ร่วมกับ ศูนย์การุณรักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (ปีงบประมาณ 2563 จัดอบรมแบบออนไลน์)	3-5วัน	เขตสุขภาพที่5

SERVICE PLAN

สาขาศัลยกรรม





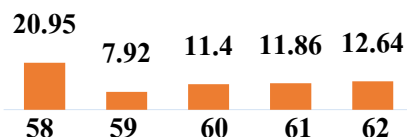
คัดสรร

KPI 1 : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ < 15 %

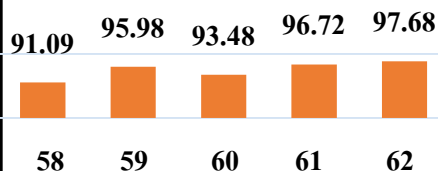
KPI 2 : ร้อยละการผ่าตัดไส้ติ่งในโรงพยาบาลระดับ M2 ลงไป > ร้อยละ 25 ของทั้งจังหวัด

สถานการณ์

ร้อยละการแตกของไส้ติ่งอักเสบ



ร้อยละการผ่าตัดไส้ติ่งM2ลงไป



สภาพปัญหา

1. ผู้ป่วยมาช้า
2. แพทย์วินิจฉัยผิดพลาด
3. Delay การผ่าตัด

เป้าหมาย

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

มาตรการ

1. ให้ความรู้แก่ประชาชน
2. แจกแผ่นพับโรคไส้ติ่งอักเสบ
3. ใช้ CPG
4. ใช้ Avarado score
5. ทบทวน case Ruptured appendicitis

สาขาศัลยกรรม

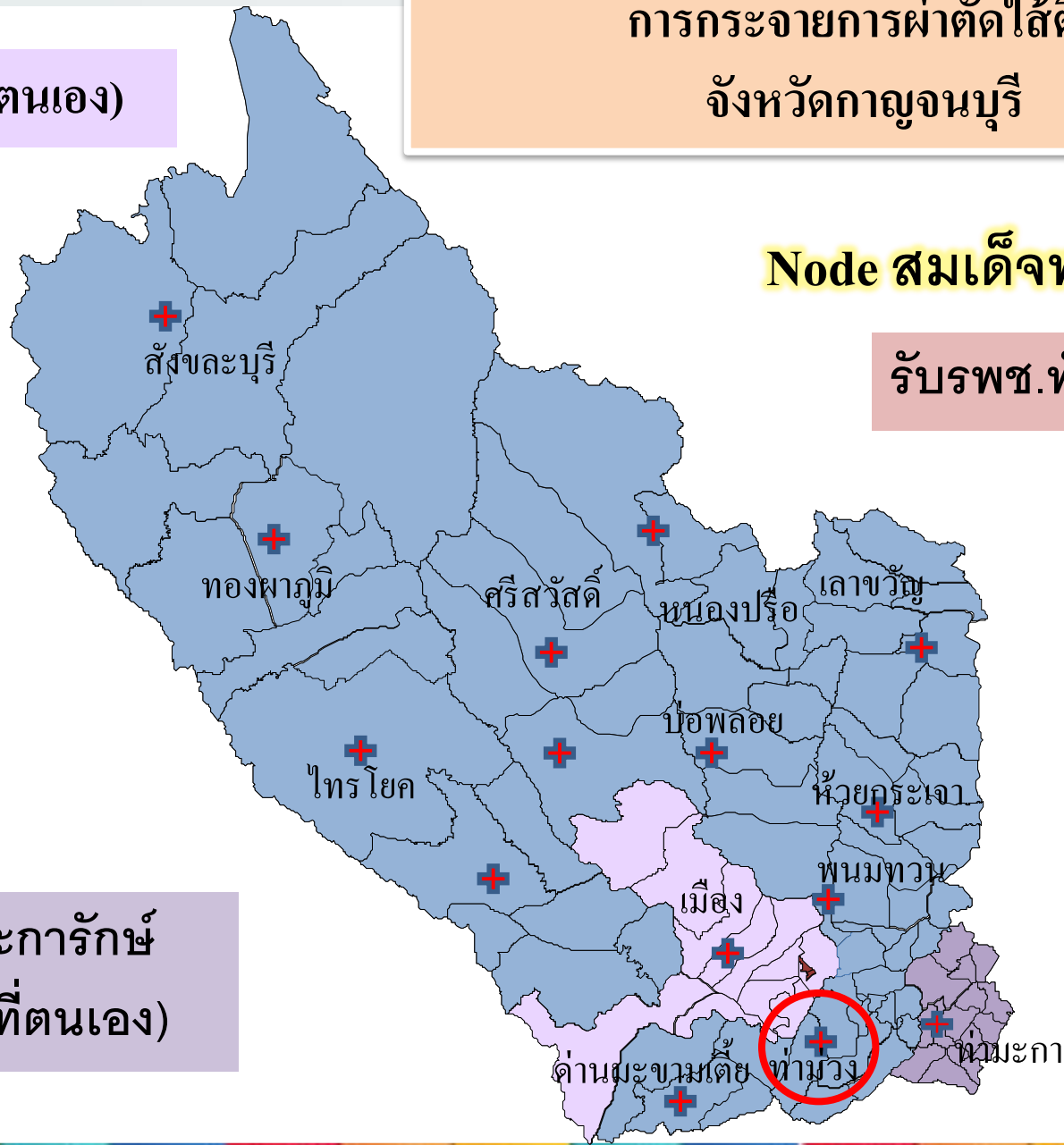
1. พหลฯ (พื้นที่ตนเอง)

การกระจายการผ่าตัดไส้ติ่ง
จังหวัดกาญจนบุรี

Node สมเด็จพระสังฆราชฯ

รับรพช.ทั้งจังหวัด

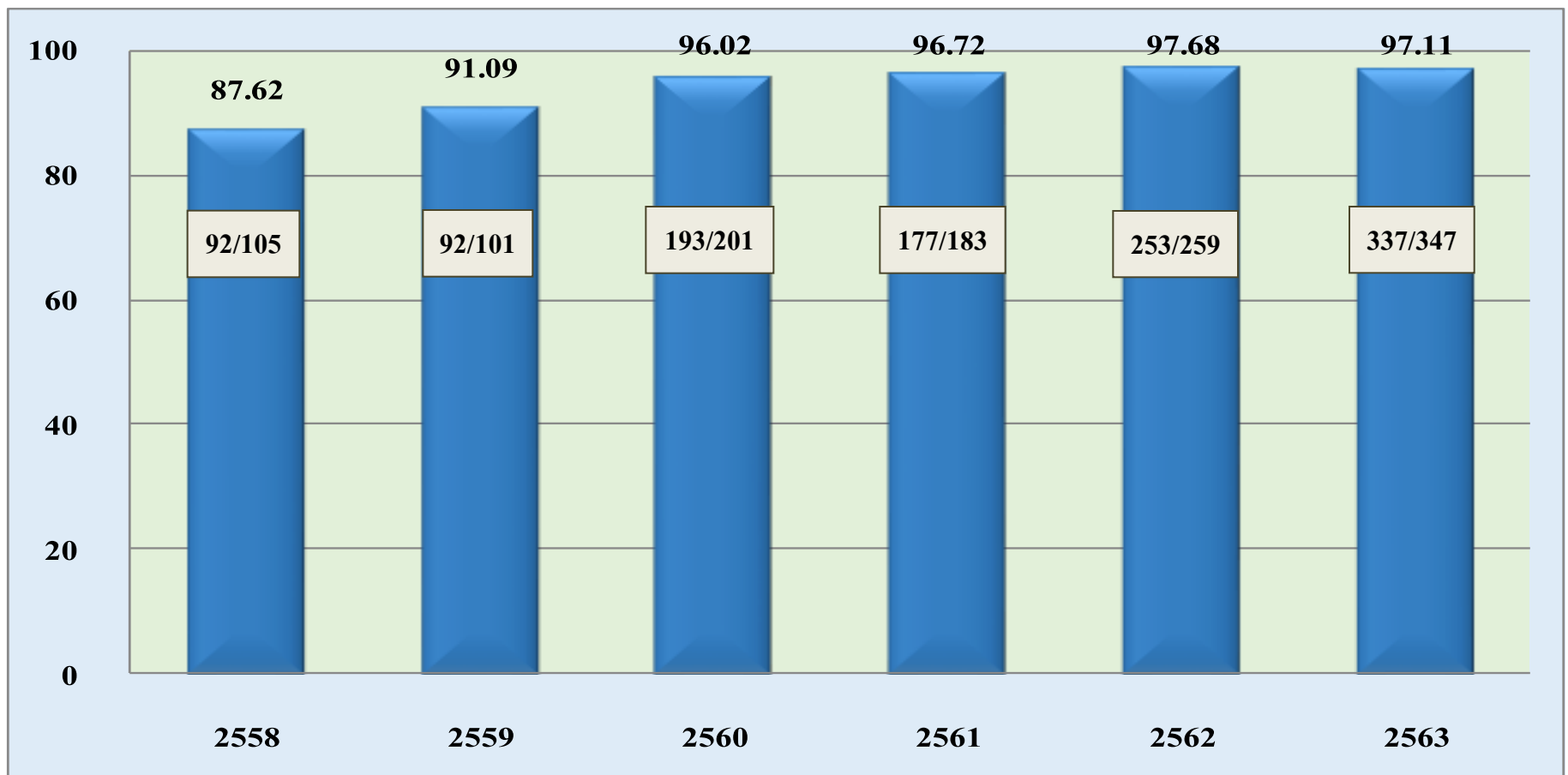
1. มะการักษ์
(พื้นที่ตนเอง)



สาขาศัลยกรรม

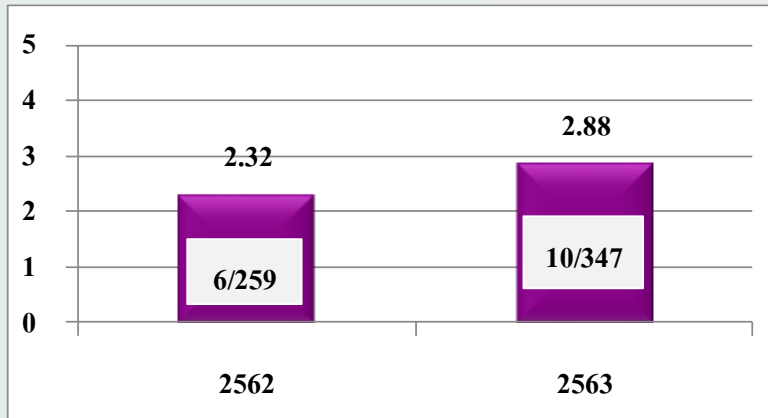
ผลการดำเนินงานสาขาศัลยกรรม ปีงบประมาณ 2558 – 2563

ร้อยละผ่าตัดไส้ติ่ง 100 %

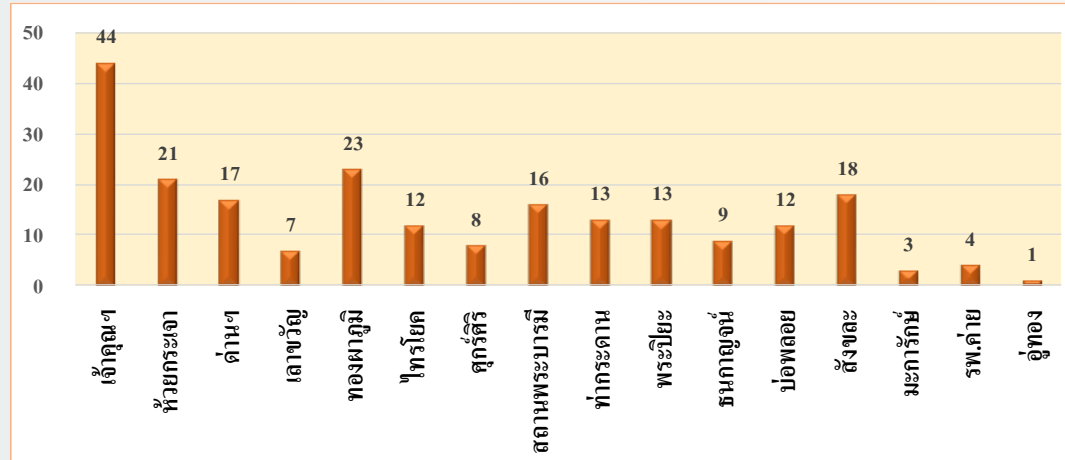


สาขาศัลยกรรม Refer ปี2563

Refer Out ปี2563



Refer In ปี2563 (221 ราย)



Refer out จำนวน 10 ราย

รพ.พหลฯ 8 ราย

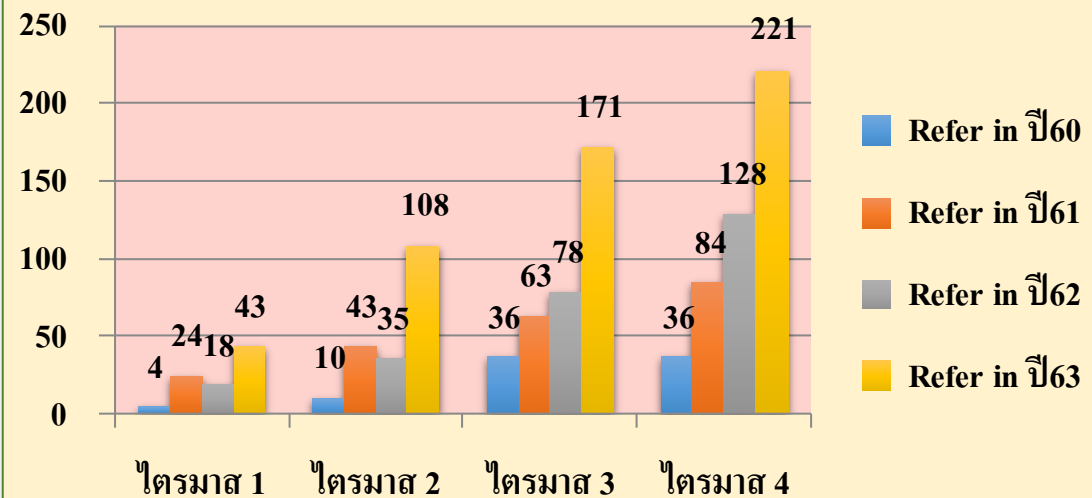
6 ราย : สิทธิประกันสังคม

1 ราย : UC อำเภอเมือง (ผู้ป่วยสะดวก)

1 ราย : อสม.ท่าม่วง (admit รพ.พหลฯ ขอใบส่งตัวย้อนหลัง)

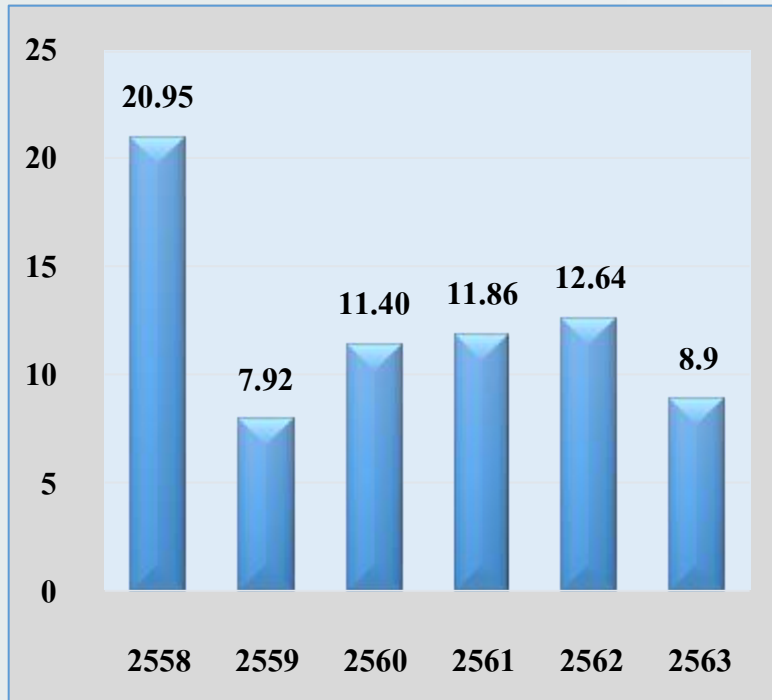
รพ.มะการักษ์ 2 ราย

2 ราย : สิทธิประกันสังคม



สาขาศัลยกรรม

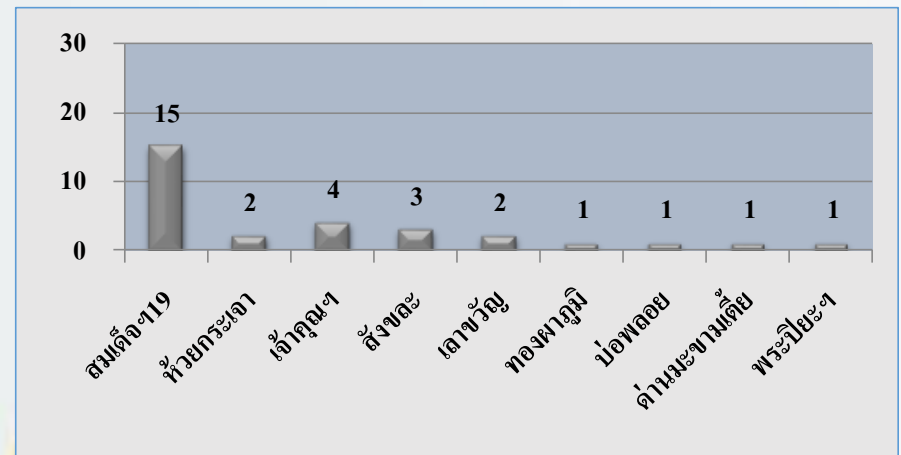
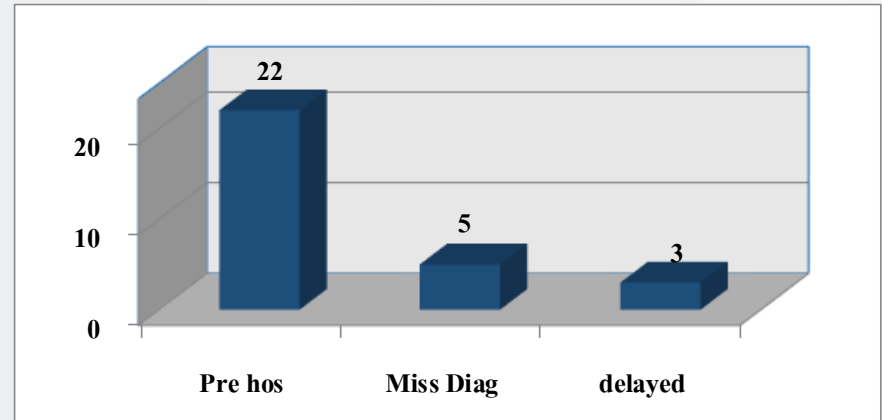
ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ < 15%



หมายเหตุ

ปี 2563 Ruptured Appendicitis จำนวน 30 ราย

กราฟแสดงสาเหตุการเกิด Rupture Appendicitis
จากการทบทวน 30 ราย (ปีงบประมาณ 63)



SERVICE PLAN

สาขายาเสพติด

ประเภทของสารเสพติด		ประเภทของสารเสพติด		ประเภทของสารเสพติด		
ลักษณะพืชที่ติดจะมีสีเขียว						
	ฝิ่น	เห็ดขี้ควาย	เฮโรอีน	โคเคน	มอร์ฟิน	แอลเอสดี
						
	ใบกระท่อม	กัญชา กัญซัง	ยาบ้า	ยาอี	ยาเต	

สาขาสาเสพติด

1. ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา **ร้อยละ 80** (ทั้งปี) (MOUของนพ.สจ.กับคปสอ.ทกอ.)
2. ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี **ร้อยละ 20** (Retention Rate)
3. ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา **ร้อยละ 40** (Remission rate)
4. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง **ร้อยละ 60**

เป้าหมาย

1. **ร้อยละ 80** ของผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา ได้ง่ายขึ้น
2. **ร้อยละ 20** ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี
3. **ร้อยละ 40** ของผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา
4. **ร้อยละ 60** ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

มาตรการ

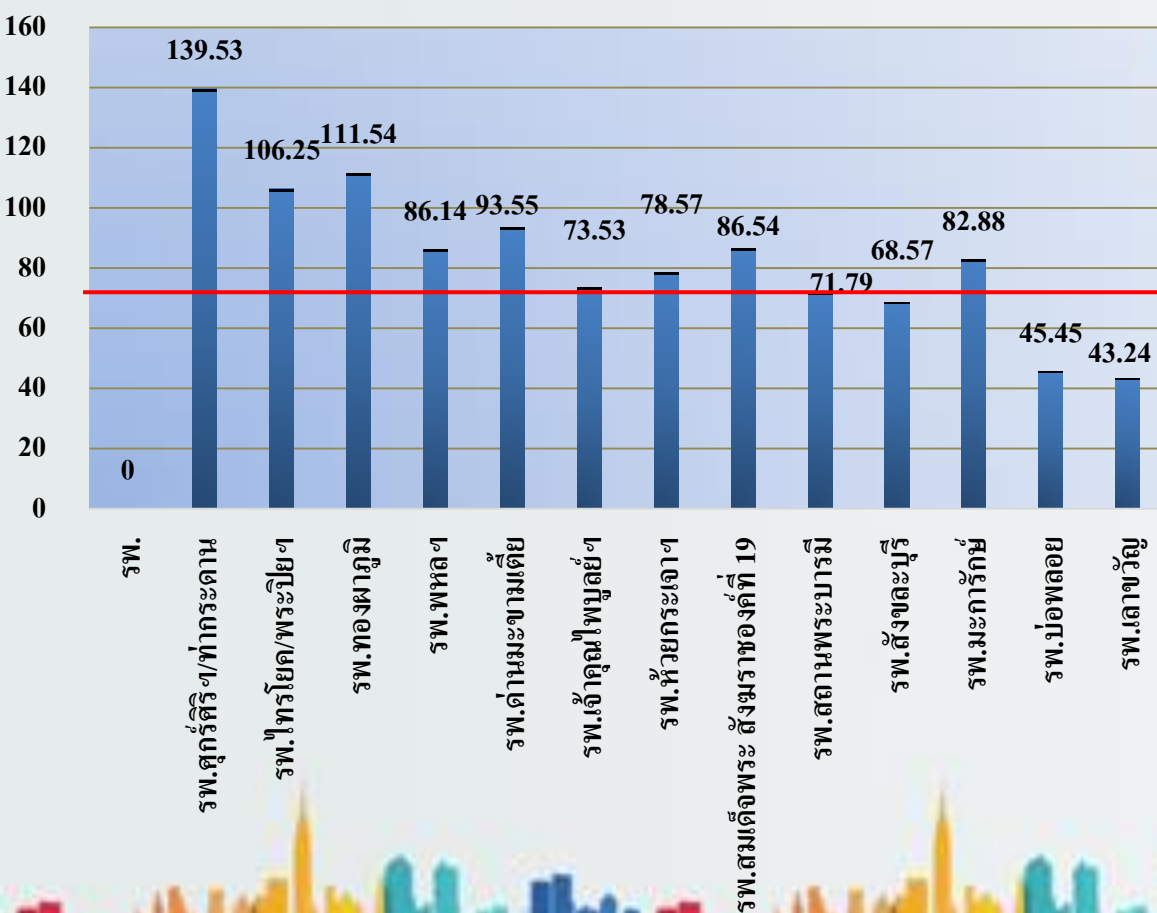
- เพิ่มการเข้าถึงบริการ การบำบัด รักษาฟื้นฟู ผู้ใช้ยาและสารเสพติด
- การบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Base Treatment and Care : CBTx)
- ลดอันตรายจากสารเสพติด
- เพิ่มประสิทธิภาพฐานข้อมูลด้านการบำบัดรักษายาเสพติด
- สร้างมาตรฐานบริการครอบคลุมทุกระบบ

ผลลัพธ์

1. ผู้ป่วยยาเสพติดสามารถเข้าถึงบริการการบำบัดรักษา ในระบบสมัครใจ **ร้อยละ 86.54**
2. ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี **ร้อยละ 51.11**
3. ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา **ร้อยละ 48.00**
4. ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง **ร้อยละ 50.00**

สาขายาเสพติด

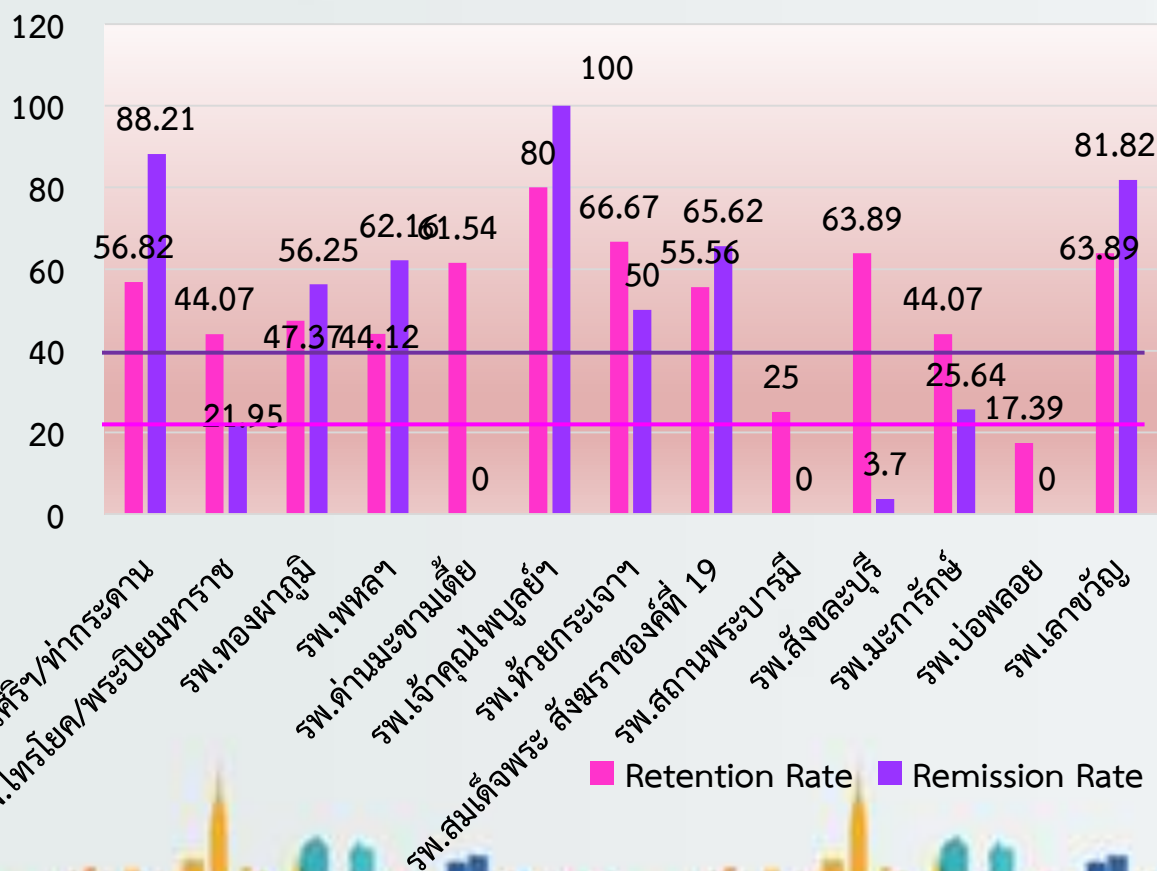
ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด
ระบบสมัครใจ (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)



อำเภอ	หน่วยงาน	ในสถานบริการ		
		เป้า หมาย	ผลการ ดำเนินงาน	ร้อยละ
ศรีสวัสดิ์	รพ.สุราษฎร์ธานี/ ท่ากระดาน	43	60	139.53
ไทรโยค	รพ.ไทรโยค/ พระปียมหาราช	64	68	106.25
ทองผาภูมิ	รพ.ทองผาภูมิ	26	29	111.54
เมือง	รพ.พหลฯ	166	143	86.14
ด่านฯ	รพ.ด่านมะขามเตี้ย	62	58	93.55
พนมทวน	รพ.เจ้าคุณไพฑูริย์ฯ	34	25	73.53
ห้วยกระเจา	รพ.ห้วยกระเจาฯ	42	33	78.57
ท่าม่วง	รพ.สมเด็จพระ สังฆราชองค์ที่ 19	104	90	86.54
หนองปรือ	รพ.สถานพระบารมี	39	28	71.79
สังขละบุรี	รพ.สังขละบุรี	35	24	68.57
ท่ามะกา	รพ.มะการักษ์	146	121	82.88
บ่อพลอย	รพ.บ่อพลอย	44	20	45.45
เลาขวัญ	รพ.เลาขวัญ	37	16	43.24

สาขาสงเคราะห์

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านการติดตาม ระบบสมัครใจ
(1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)

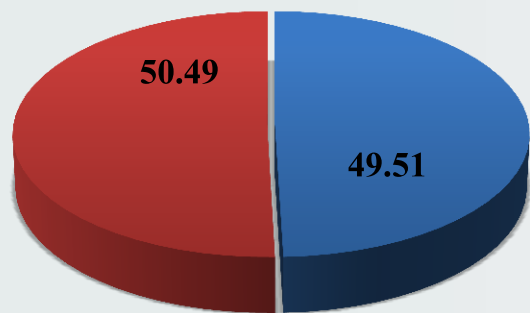


อำเภอ	หน่วยงาน	Retenti on Rate	Remission rate
		20.00	40.00
ศรีสวัสดิ์	รพ.ศุภราช/ท่ากระดาน	56.82	88.21
ไทรโยค	รพ.ไทรโยค/พระปิตมหาราช	44.07	21.95
ทองผาภูมิ	รพ.ทองผาภูมิ	47.37	56.25
เมือง	รพ.พหลา	44.12	62.16
ด่าน	รพ.ด่านมะขามเตี้ย	61.54	0
พนมทวน	รพ.เจ้าคุณไพบูลย์	80.00	100
ห้วยกระเจา	รพ.ห้วยกระเจา	66.67	50.00
ท่าม่วง	รพ.สมเด็จพระสังฆราชองค์ที่ 19	55.56	65.62
หนองปรือ	รพ.สถานพระบารมี	25.00	0
สังขละบุรี	รพ.สังขละบุรี	63.89	3.7
ท่ามะกา	รพ.มะการักษ์	44.07	25.64
บ่อพลอย	รพ.บ่อพลอย	17.39	0
เลาขวัญ	รพ.เลาขวัญ	63.89	81.82
รวม		52.84	42.12

สาขายาเสพติด

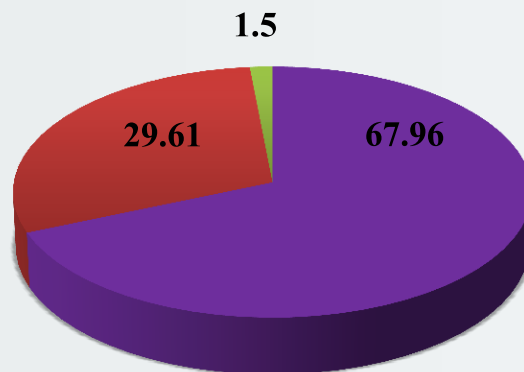
ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ผลรวมระบบสมัครใจและบังคับบำบัด
(1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)

ระบบบำบัด



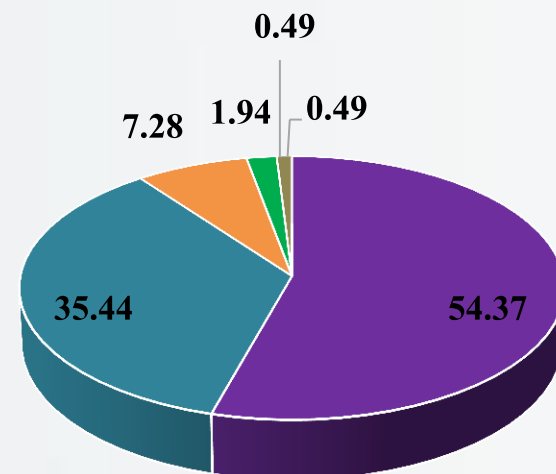
■ สมัครใจ ■ บังคับ

จำแนกประเภท



■ ผู้ป่วย ■ ผู้ติดยา ■ ผู้ใช้

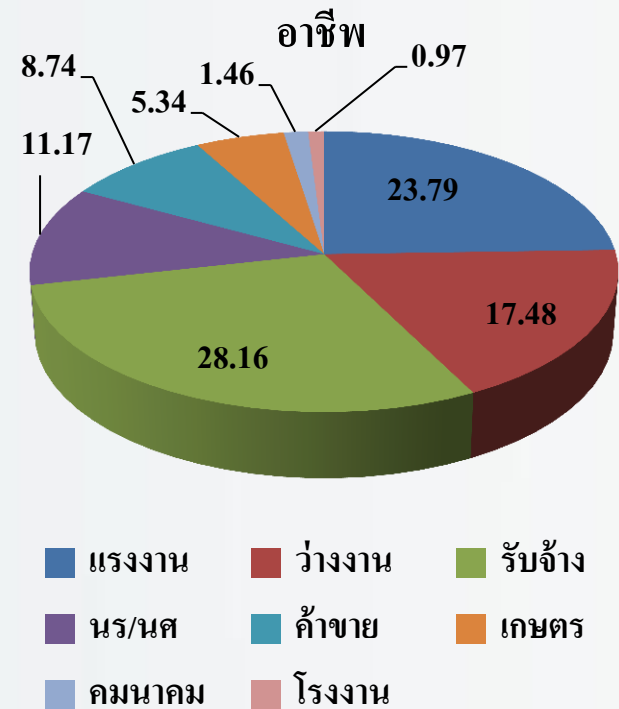
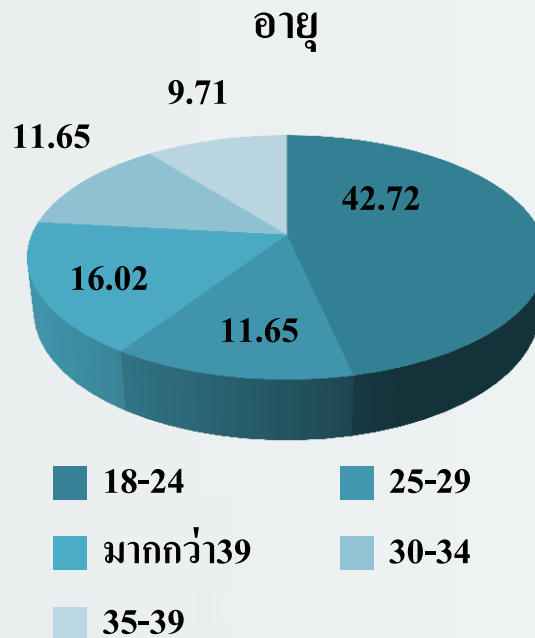
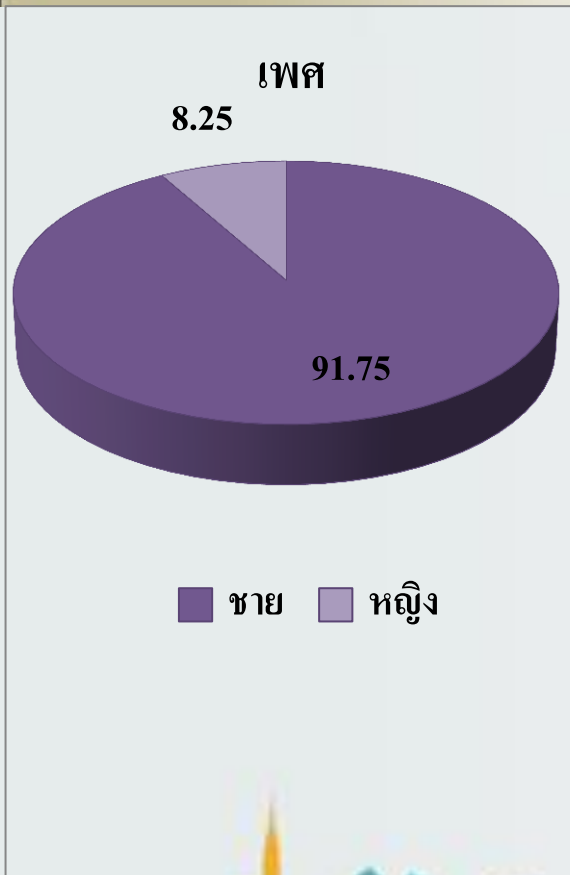
ยาเสพติดหลักที่ใช้



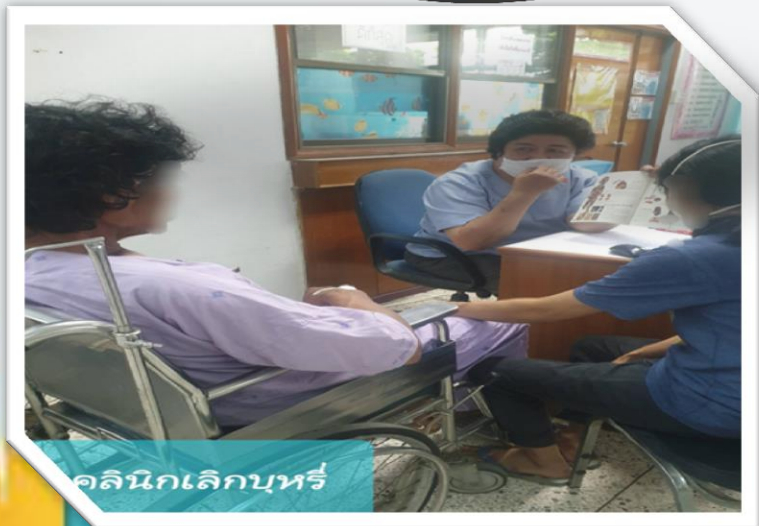
■ ยาบ้า ■ เฮโรอีน ■ กัญชา
■ ไอซ์ ■ ยาเค ■ อื่นๆ

สาขาสีแพทิด

ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาสีแพทิด ผลรวมระบบสมัครใจ
และบังคับบำบัด (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)



ภาพกิจกรรม



ภาพกิจกรรม



สาขายาเสพติด

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข
1. เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้ให้บริการและผู้ป่วยคนอื่นๆ	1. การเตรียมความพร้อมของผู้รับบริการ - ประเมินอาการผิดปกติของผู้ป่วยทุกครั้งก่อน-หลังและระหว่างการให้บริการ 2. การเตรียมความพร้อมของสถานที่หรือหน่วยบำบัด - มีการจัดห้องอย่างเป็นสัดส่วน - จัดให้มีประตู เข้า – ออก ได้สองทาง เพื่อให้ผู้บำบัดออกจากสถานที่บำบัดได้ทันทีที่มีเหตุการณ์เฉพาะหน้าที่ไม่ปลอดภัย - การจัดหากริ่งเรียกฉุกเฉิน - เผื่อระวังเหตุการณ์รุนแรงไม่พึงประสงค์ในระหว่างให้การบำบัด - จัดสถานที่และเก็บอุปกรณ์ที่อาจเป็นเครื่องมือที่ใช้ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย,ญาติและผู้ให้การบำบัดให้มิดชิด - มีการกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลมาเฝ้าดูแล ใกล้เคียงกับบริเวณที่ทำกิจกรรมกลุ่ม
2. การบันทึกข้อมูลในระบบบสต.ยังมีความไม่สมบูรณ์/ครบถ้วน	- กระตุ้น ติดตาม แจ้งเตือนการบันทึกข้อมูล ในช่องทางการสื่อสารต่างๆ - ปรึกษาผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อประสาน IT กระทรวงแก้ไขระบบรายงานบสต.

MAN





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

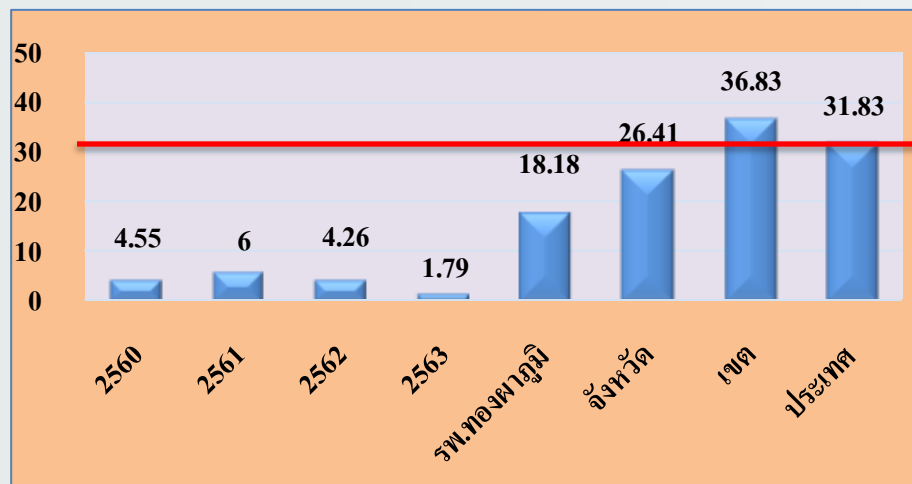
- มี Sepsis fast track
- มีแนวทางปฏิบัติเป็นระบบเดียวกันทั้งจังหวัด (CPG, NPG)
- พัฒนาศักยภาพในระบบ Early investigation Early treatment early refer
- รพ.พหลฯ จัดเตรียมเปิด Semi ICU เพื่อรองรับผู้ป่วย Septic shock



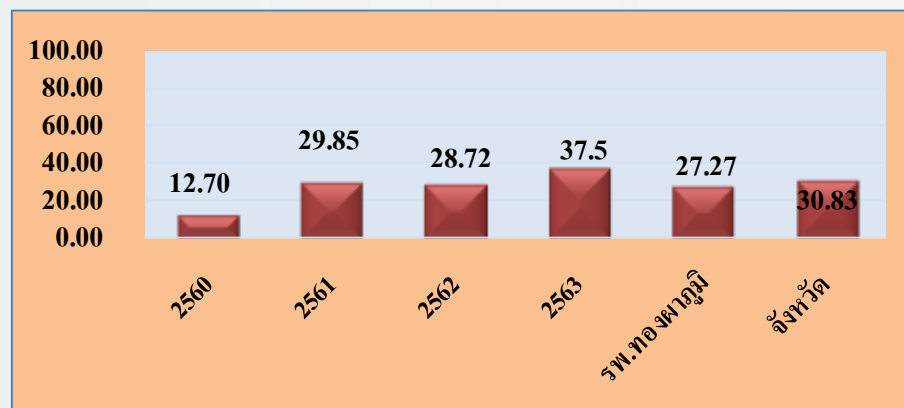
Fast track : Sepsis

ปีงบประมาณ 2560 – 2563

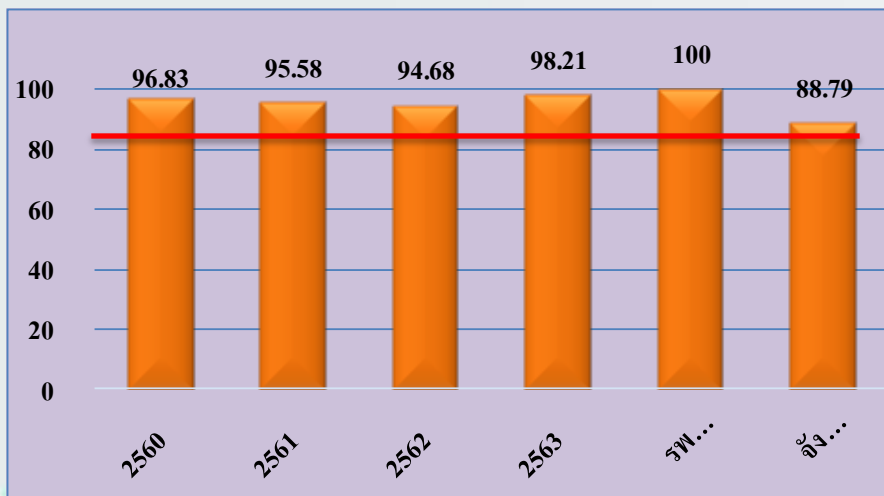
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อ (Sepsis) น้อยกว่า 30%



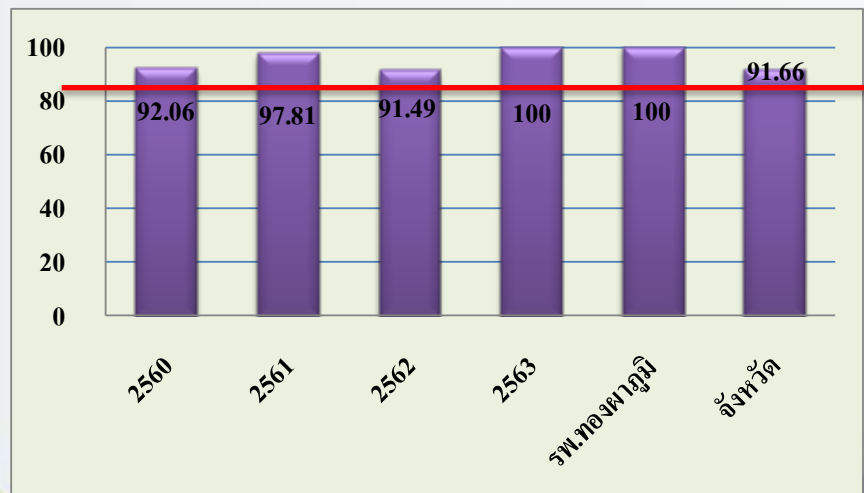
อัตราการ Refer



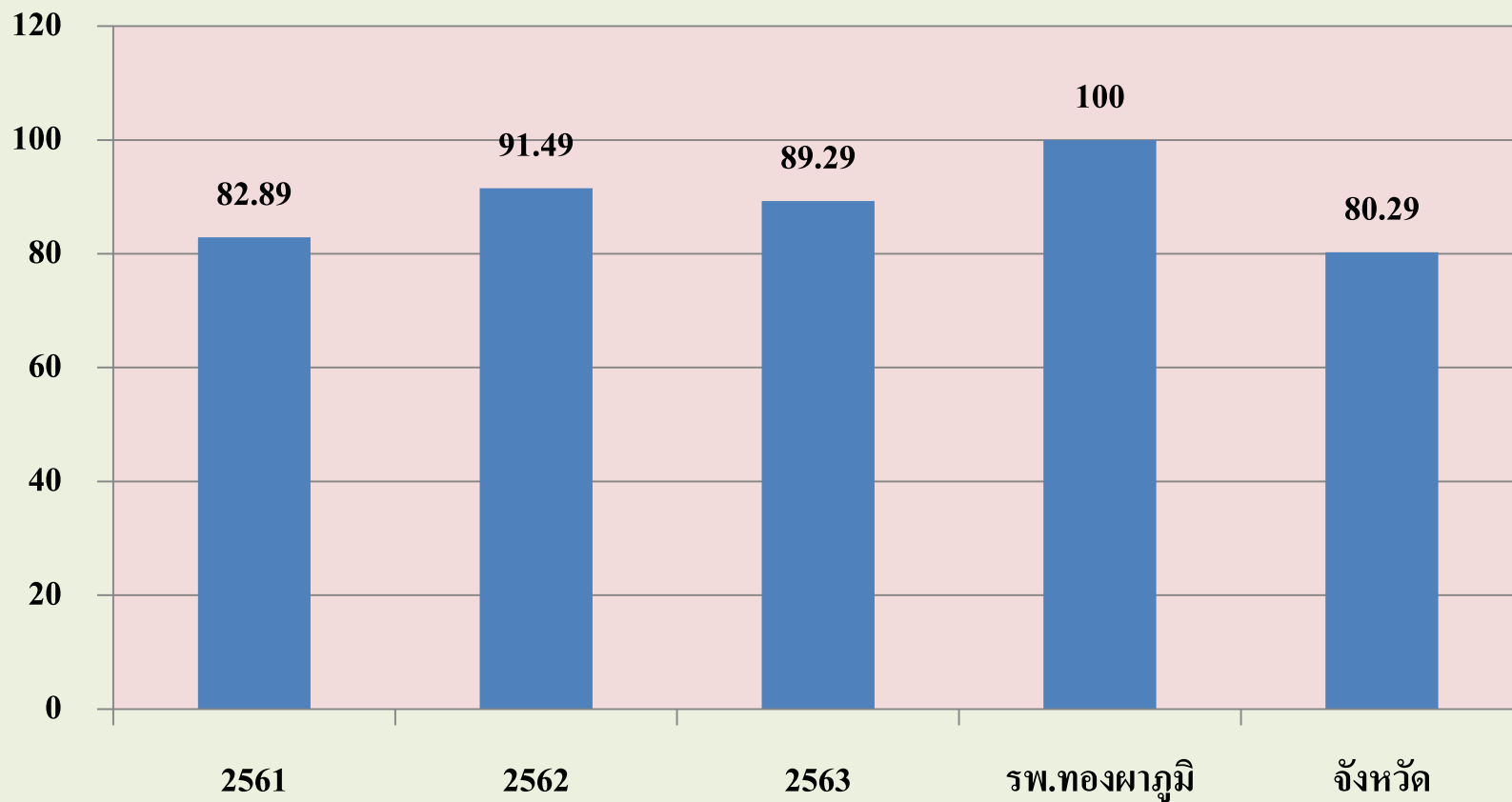
อัตราการส่งเพาะเชื้อแบคทีเรียจากกระแสเลือด $\geq 90\%$



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
1. จำนวนผู้ป่วย Sepsis (Community acquire) (ราย) (รหัส ICD10A40-A41.9)	191	141	198		241	240
2. จำนวนผู้ป่วย Septic shock (Community acquire) (รหัส ICD10R57.2,R65.1)		9	37	100	94	56
3. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่เสียชีวิต (ราย)	8	7	9	6	4	1
4. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่ได้ Hemoculture ก่อนได้รับยา ATB (ราย)	151	110	222	91	89	55
5. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชม.(ราย)	146	102	225	88	86	56
6. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ที่ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 cc/kg หรือ 1,000/hr. (ราย)		10	111	79	86	50
7. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock (Community acquire) ส่งต่อไป รพท./รพศ.	57	39	43	36	27	21



Fast track : Sepsis

แผนงาน/โครงการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	งบประมาณ
1. จัดอบรมประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย 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. ประชุมคืนข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาร่วมวางแผนจำหน่ายกับทีมสหวิชาชีพ	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





KPI 1 : อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด = 0

KPI 2 : อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 (<5.5)

KPI 3 : 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



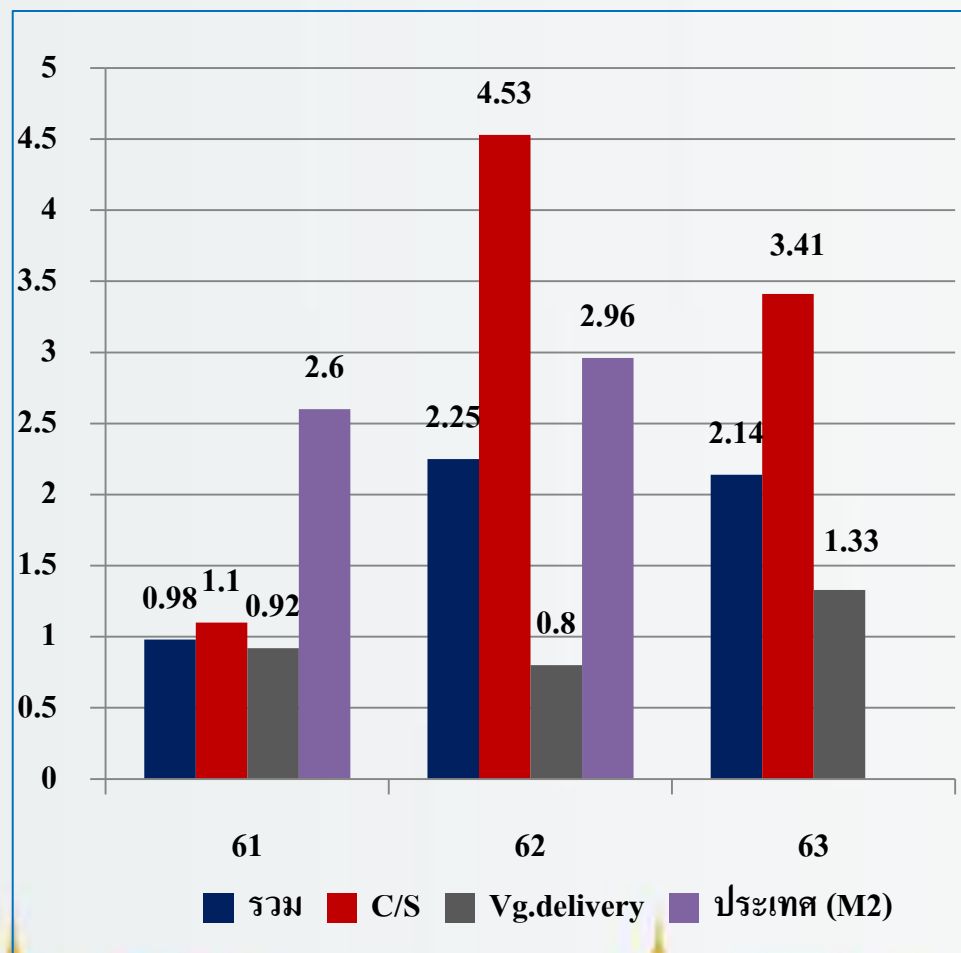
สูตรกรรม

ตกเลือดหลังคลอด PPH

อัตราPPH เป้าหมาย: <2%

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

ตัวชี้วัด	61	62	63
PPHรวม	0.98	2.25	2.14(29)
C/S	1.10	4.53	3.41(18)
Vagina delivery	0.92	0.80	1.33(11)
เทียบเคียงประเทศ(M2) (Vagina delivery) (THIP)	2.60	2.96	NA



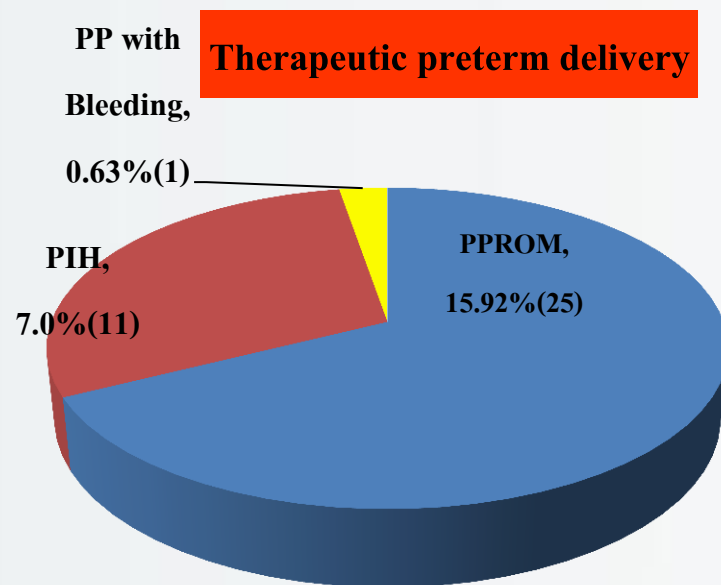
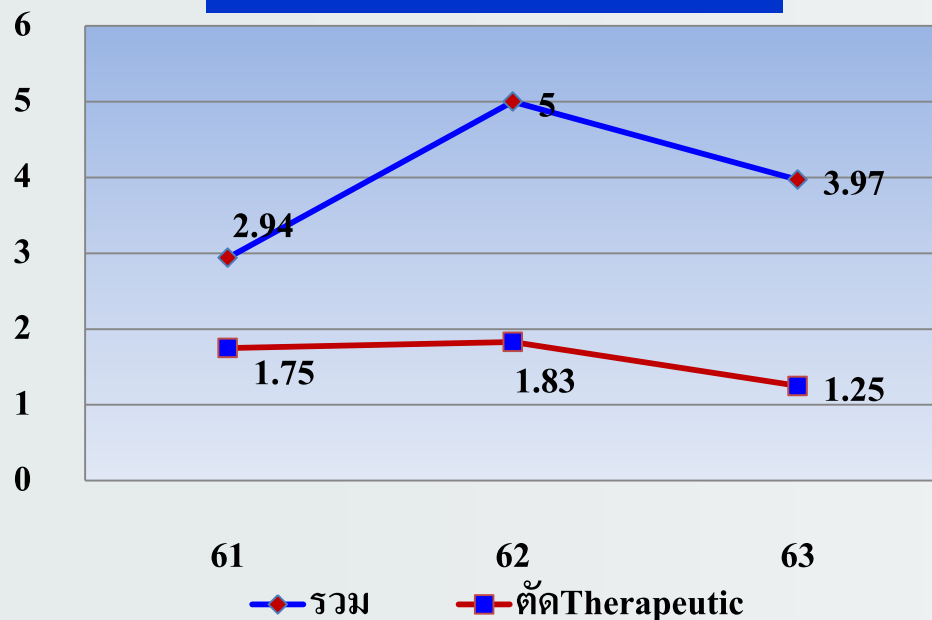


สูติกรรม

คลอดก่อนกำหนด

อัตราการคลอดก่อนกำหนด

เป้าหมาย: **ลดลงน้อยกว่าร้อยละ 10 (<5.5)**

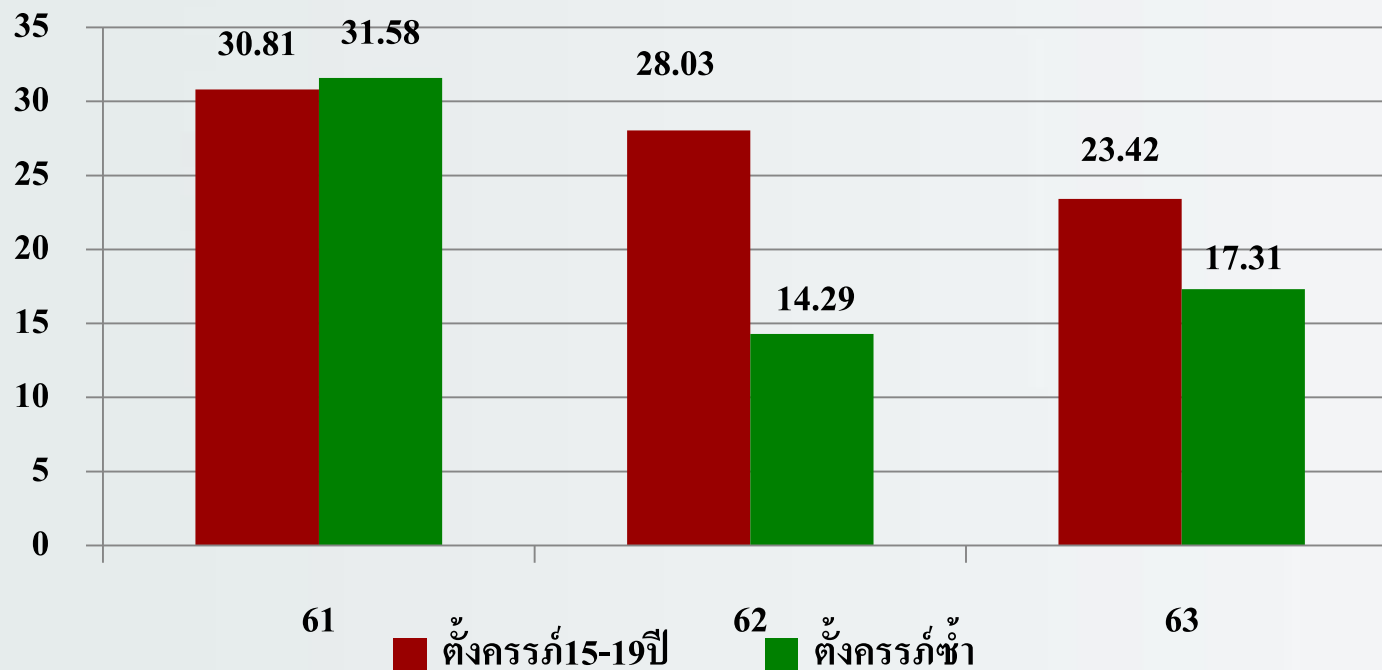


ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (รวม)	2.94	5.00	3.97(54)
อัตราการคลอดก่อนกำหนด (ไม่รวมTherapeutic preterm delivery)	1.75	1.83	1.25 (17)



สูติกรรม

หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563
ครรภ์แรกอายุ 15-19 ปี (:1,000 ประชากรในอำเภอท่าม่วง)	< 38: 1,000 ประชากร	30.81	28.03	29.30
ตั้งครรภ์ซ้ำอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละ) (อำเภอท่าม่วง)	< 14.5%	31.58	14.29	15.56
คุมกำเนิดก่อนจำหน่ายอายุน้อยกว่า 20 ปี (ร้อยละของการคลอดทั้งหมดในรพ.)	> 80%	93.93	88.98	95.34



สูติกรรม

แผนงาน/โครงการที่จะดำเนินการ

รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา
1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อการดูแลทางสูติกรรม - ประชุม/อบรม การดูแลทางสูติกรรม	พ.ย. 62
2. อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (NCPR)	30 ก.ค.63
3. พัฒนารูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด	ต.ค.62
4. ประสานความร่วมมือการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในชุมชน (MCH Boardอำเภอ)	ม.ค.63

ปัญหา / อุปสรรค

ระบบส่งต่อในรายคลอดก่อนกำหนด ทารก
คลอดก่อนกำหนด

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

มีหน่วยงานที่ดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดได้
ลดการส่งต่อ

SERVICE PLAN



สาขากุมารเวชกรรม





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

มาตรการ

1. พัฒนาความรู้ทักษะของ แพทย์/พยาบาลเรื่องโรคระบบหายใจ
2. ใช้ARICในการคัดกรองผู้ป่วย
3. ทบทวนผู้ป่วยที่ ชับซ้อน/เสียชีวิต
4. จัดหาอุปกรณ์ HFNC
5. ใช้เครื่องช่วยหายใจใน ดึกผู้ป่วยสามัญ

ผลการดำเนินงาน



ข้อมูล	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63
เด็กป่วยด้วยโรคปอดบวม 1เดือน-5ปี	949 (แยกโรค ทางเดินหายใจ)	477	482	283	135
Refer out(On ET-T)	3 (0.32%)	4 (0.84%)	2 (0.41%)	5 (1.76%)	2 (1.48%)
อัตราการตายด้วยปอดบวม	0	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยเด็ก<15ปี ป่วยด้วยDHF	79	32	40	76	93
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. ดำรวจความเพียงพอและความพร้อมใช้อุปกรณ์ที่จำเป็นประจำในหน่วยงาน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	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. สถานที่ Sick newborn ไม่เหมาะสม
2. HFNC ไม่เพียงพอ

Orthopedic





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 มีแพทย์
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ 2 ท่าน
วิสัญญีแพทย์ 1 ท่าน ยังไม่มี ICU
และไม่มีหอผู้ป่วยเฉพาะทางด้าน
ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

สถานการณ์

สถิติ ปี 2561-2563
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยกระดูกหัก
แบบปิดชนิดไม่เคลื่อนที่
ปี 61 = 96.30%
ปี 62 = 97.42%
ปี 63 (ตค-กย) = 96.67%
Fx. Around the hip ได้รับการ
ผ่าตัดใน 72 ชม
ปี 2561 = 9.1% (1/11 ราย)
ปี 2562 = 11.76 % (2/17 ราย)
ปี 2563 = 56 % (14/25 ราย)
Fracture Long bone ได้รับการ
ผ่าตัดภายใน 6 ชม
ปี 2561 = 63.64% (7/11 ราย)
ปี 2562 = 61.54% (8/13 ราย)
ปี 2563 = 72.73 % (8/11 ราย)

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
 - KM



กิจกรรมที่ดำเนินการปี 2563

- ปช. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ Ortho ทุกเดือน (ศุกร์ที่ 3) 5/9 ครั้ง
- จัดทำแนวทาง CPG: Compartment syndrome และการดูแล Open fx. ที่ ER
- ตรวจความหนาแน่นมวลกระดูก Bone mineral density: BMD
- ทุก 2 เดือน พุทธที่ 2 ของเดือน 6 ครั้ง **ยอดรวม 74 ราย**
- จัดอบรมการดูแลผู้ป่วย Spine & Fx. Around the hip **20 มี.ค. 63 (60 คน)**
- วางแผนจัดส่งอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง 1 คน (ยัง)
- Audit เวชระเบียน ผู้ป่วยผ่าตัด Hip และ Spine
- การประเมิน ADL ในผู้ป่วย Fx. Around the hip 25/27 (ผู้ป่วยพิการถาวร 1)
- การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง 20/25
- แนวทางการดูแลเฝ้าระวัง ภาวะ Compartment syndrome



Orthopedic

Linear Fracture	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ต.ค.-ก.ย.)
ผู้ป่วยทั้งหมด	317	293	351	349	330
รักษาเอง	271	265	338	340	319
Refer Out	46	28	13	9	11
ร้อยละของการ Refer Out	14.66%	9.55%	3.7%	2.58%	3.33%
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักแบบปิดชนิดไม่เคลื่อนที่ ใน รพ M2	85.34%	90.45%	96.3%	97.42%	96.67%

ข้อมูล	ปี 61	ปี 62	ปี 63 (ต.ค.-ก.ย.)
รพ.สมเด็จพระเจ้า19	96.30	97.42	96.67
จ.กาญจนบุรี	74.70	90.43	89.12
เขต5	76.47	84.24	88.36



Orthopedic

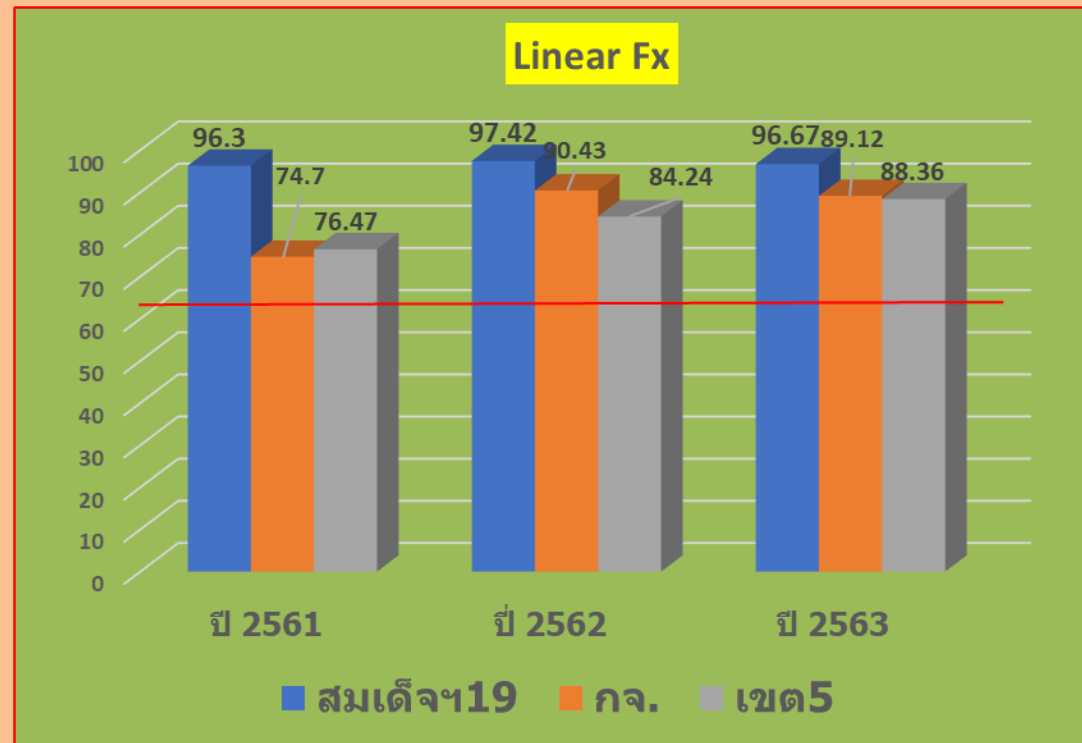
คัดสรรกระดูกและข้อ

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

กระบวนการ:

- X-Ray 24 ชม
- OR & Staff 24 ชม
- อบรมเพิ่มพูนทักษะ
- ระบบ Consult
- Audit เวชระเบียน

กรณีส่งต่อ



ผลลัพธ์ : ร้อยละการดูแลผู้ป่วยกระดูกหักชนิดไม่เคลื่อนที่ ปี 63 เท่ากับ 96.67%



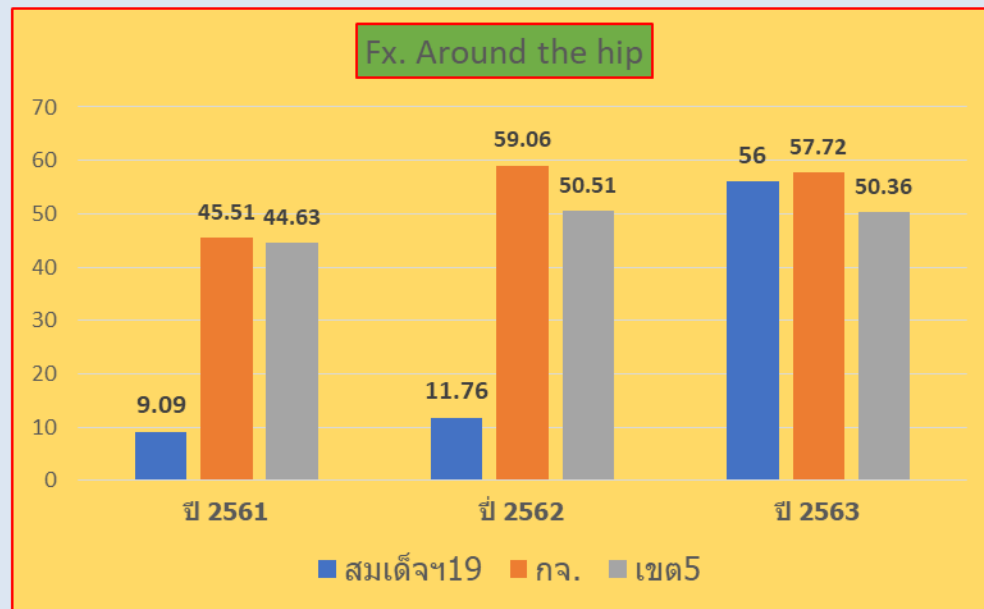
Orthopedic

Capture the Fracture

Purpose : Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม เป้าหมาย 50 %

Process :

1. ระบบการ Set ผ่าตัด
2. Consult staff 24 ชม
3. อบรมวิชาการ /
พัฒนาสมรรถนะ
4. แนวทางการดูแล CNPG
5. การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด
6. ทักษะการอ่าน Film



Performance : ปี 63 ร้อยละผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม

ตค-กย 63 (14/25ราย) = 56 %

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



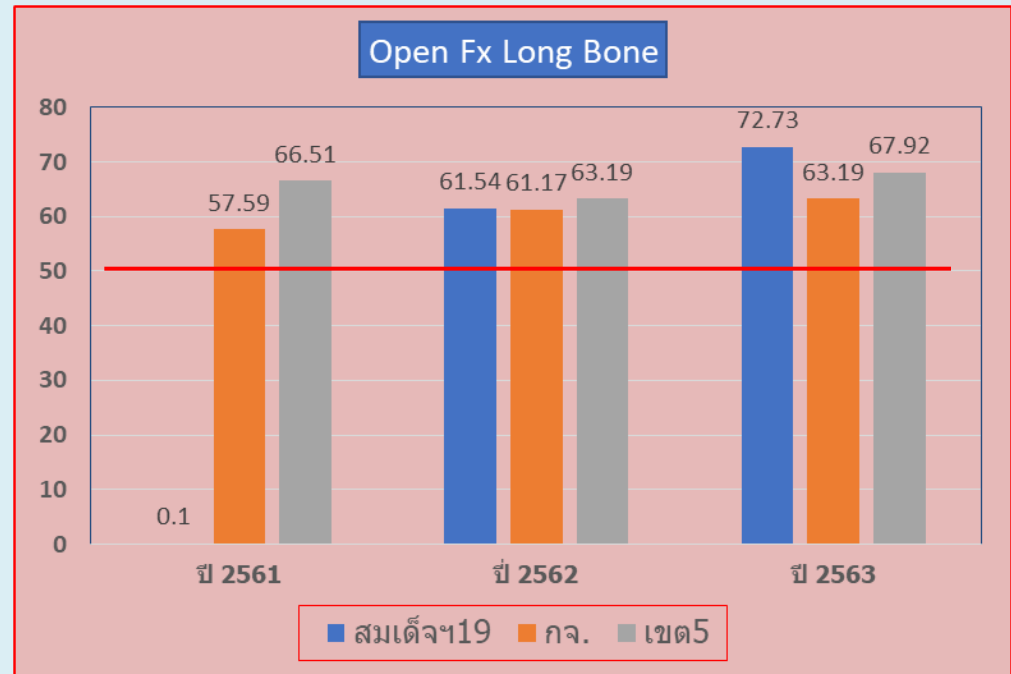
Orthopedic

ร้อยละของผู้ป่วย Open fracture long bone ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม

Purpose : ร้อยละของผู้ป่วย Open fracture long bone ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม. $\geq 50\%$

Process :

1. ระบบ การ Consult staff 24 ชม
 2. OR 24 ชม
 3. PCT Ortho / ทบพวน Trigger
 4. แบ่งระดับบาดเจ็บและ การรักษา
 5. แพทย์จัดทำแนวทางการรักษา
- กระดูกหักแบบเปิดที่ ER



Performance : ร้อยละของผู้ป่วย Open fracture long bone

ได้รับการผ่าตัดภายใน 6 ชม

ปี 2562 ทำได้ 8/13 ราย = 61.54 %

ปี 2563 ทำได้ 8/11 ราย = 72.73%



Purpose: ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture

ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Re Fracture) ≤ 20

ผู้ป่วยทั้งชาย และหญิง ที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชนิดไม่รุนแรง เช่น เดินล้ม แรง
กระแทกจากการล้ม (ไม่เอาอุบัติเหตุจราจร)

Process : 1. การวางแผนการจำหน่าย การประเมิน ADL ก่อน – หลัง ผ่าตัด

2. การส่งต่อดูแลต่อเนื่อง

3. การมีส่วนร่วมทีมสหวิชาชีพ Health literacy

Performance : ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture

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

ปี 2563 = 2.22% (1/45ราย) ล้ม

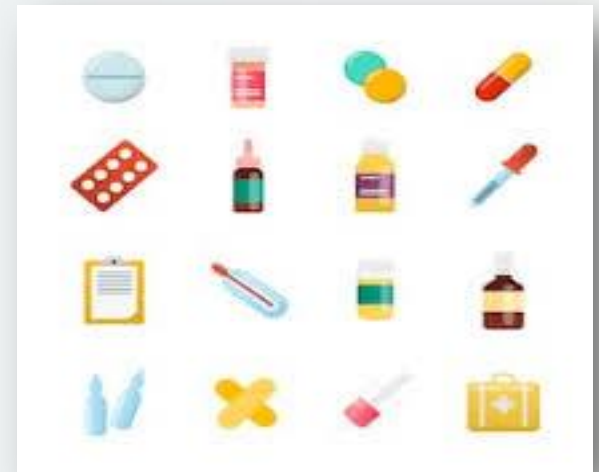


แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- 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
- พัฒนา Best practice การดูแลผู้ป่วย ผ่าตัดสะโพก

SERVICE PLAN

สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)





การใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)

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

สถานการณ์

ปี 2561
ผ่านขั้นที่ 1
ปี 2562
ผ่านขั้นที่ 2
ปี 2563
ยังไม่ผ่านขั้นที่ 3

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) ขั้นที่ 2 (ปี 2561-2562) และขั้นที่ 3 (2563-2564)

มาตรการ

1. ดำเนินการให้มีการคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ใช้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply)
2. ดำเนินการให้มีการสั่งจ่ายและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)
3. ดำเนินการให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

RDU ขั้นที่ 3 ปี 2563

RDU1 :

ประเมินผล out put

รพ.ต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้

- ตัวชี้วัด RDU ผ่านเกณฑ์ทั้ง 18 ตัวชี้วัด

RDU2:

ประเมินผล out put

- รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกแห่ง ผ่านตัวชี้วัดที่ 19 และ 20 (ทั้ง URI และ AD)

RDU ขั้น 2 ปี 2562

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

Visit List		NHSD SMC		
ลำดับ	วันที่/เวลา	PE	ER	SC
1	08/04/63 04:51:46	0	5	0
2	19/03/63 07:00:59	0	0	0
3	05/03/63 16:32:46	0	3	0
4	18/02/63 19:01:02	0	3	0
5	16/02/63 05:07:41	0	1	0
6	24/01/63 01:58:40	0	5	0
7	11/01/63 05:50:32	0	3	0
8	04/01/63 04:08:06	0	2	0
9	26/12/62 07:00:36	0	0	0
10	16/12/62 07:23:06	0	4	0
11	13/12/62 17:57:06	0	2	0
12	03/12/62 04:08:47	0	2	0
13	26/11/62 04:09:51	0	4	0
14	14/11/62 01:27:17	0	4	0
15	13/11/62 10:30:59	0	2	0
16	27/10/62 07:34:58	0	4	0
17	24/10/62 00:38:50	0	6	0
18	20/10/62 18:48:08	0	6	0
19	18/10/62 18:39:26	0	0	0
20	03/10/62 07:00:58	0	0	0
21	27/09/62 23:56:42	0	3	0
22	19/09/62 03:49:54	0	5	0
23	11/09/62 19:29:44	0	2	0
24	11/09/62 07:00:20	0	0	0
25	11/09/62 05:06:02	0	2	0
26	02/09/62 21:59:39	0	3	0
27	01/09/62 20:19:48	0	2	0
28	24/08/62 20:26:43	0	3	0
29	29/07/62 02:05:54	0	3	0

HOSxP : Electronic medical record system

เพิ่มเวชระเบียน PE Image ER Image Document ข้อมูลภายนอก Consult history IPD Medication

HN 0086757 ชื่อ นางอารีย์ อังผละ อายุ 63 ปี 5 เดือน 20 วัน ไม่สัญญา เวชระเบียน Sharing pref.
 ที่อยู่ 181/7 หมู่ 2 ต.วังขนาย อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี CID 3-7001-00401-69-2 Datacenter เอกสาร IPD BMS Link

ประวัติการรักษาอื่น การรับยาจากอื่น ประวัติการส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น Note การตรวจ การ Set ค่าคิด การตลอด การฝากครรภ์
 Screen & ตรวจรักษา ประวัติการนัดหมาย ข้อมูลเวชระเบียน การ Admit ประวัติ X-Ray ประวัติส่งเสริมสุขภาพ ประวัติการผ่าตัด

วันที่มา 4 มกราคม 2563 เวลา 04:08:06 เวร นอกเวลา ผู้ส่งตรวจ มุกดา ภาณุคุณนันทน์
 สิทธิการรักษา 67 ผู้สูงอายุ OFL เลขที่ R77710033027453 ผู้ตรวจ
 แพทย์ผู้ตรวจ น.พ. โสภณ อัครโรจน์พงศ์, "" ผู้ส่งประวัติ เปรียบท้าว ภาณุคุณนันทน์ รศส. น.พ. โสภณ อัครโรจน์พงศ์
 การวินิจฉัยหลัก J441 Other chronic obstructive pulmonary disease - Chronic obstructive pulmonary disease with acute exacerbation, U
 การวินิจฉัยอื่นๆ PROV. Dx.
 น้ำหนัก 50 อุณหภูมิ 36.5 ชีพจร 142 อัตราหายใจ 30 นัตัดไป
 ความดัน 147/94 ส่วนสูง 149 FBS BMI 22.522 ER Note Note
 โรคประจำตัว โรคเบาหวาน[E10-E14] Asthma[J... ข้อมูล CC โลหิตจางเล็กน้อย PE
 การแพ้ยา TRAMADOL=urticaria ทั้งตัว ข้อมูล HPI

รายการ Lab X-Ray ER วันพฤหัสบดี Diag Text Doctor Note ส่งเสริม คำปรึกษา พักการ แพทย์ผู้ตรวจ Eye screen แพทย์แผนไทย เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ลำดับ	ชื่อรายการ	วิธีใช้	จำนวน	unitprice	sum_price	paidst
1	ค่าบริการผู้ป่วยนอก นอกเวลาการ 55021		1	50	50 02	
2	GLYCERYL guaiacolate 100 mg เม็ด	13pt รับประทานครั้งละ 1 เม็ด	20	0.5	10 02	
3	ยาแก้ไออะซามิโอะน. ขวด (60 ml.)	drpm (ครั้งละ) 1 ขวด	1	13	13 02	
4	PREDNISOLONE 5 mg. เม็ด	22pt รับประทานครั้งละ 2 เม็ด	10	1	10 02	
5	DEXAMETHASONE 4 mg./ml. Amphule (1 ml.)	iv 8 mg. เม็ดเข้าเส้นครั้งละ 8 mg	2	30	60 02	
6	การให้ยาขยายหลอดลม(เฉพาะOPD/EPเท่านั้น)		1	50	50 02	

Visit List		NHSD SMC		
ลำดับ	วันที่/เวลา	PE	ER	SC
1	08/04/63 04:51:46	0	5	0
2	19/03/63 07:00:59	0	0	0
3	05/03/63 16:32:46	0	3	0
4	18/02/63 19:01:02	0	3	0
5	16/02/63 05:07:41	0	1	0
6	24/01/63 01:58:40	0	5	0
7	11/01/63 05:50:32	0	3	0
8	04/01/63 04:08:06	0	2	0
9	26/12/62 07:00:36	0	0	0
10	16/12/62 07:23:06	0	4	0
11	13/12/62 17:57:06	0	2	0
12	03/12/62 04:08:47	0	2	0
13	26/11/62 04:09:51	0	4	0
14	14/11/62 01:27:17	0	4	0
15	13/11/62 10:30:59	0	2	0
16	27/10/62 07:34:58	0	4	0
17	24/10/62 00:38:50	0	6	0
18	20/10/62 18:48:08	0	6	0
19	18/10/62 18:39:26	0	0	0
20	03/10/62 07:00:58	0	0	0
21	27/09/62 23:56:42	0	3	0
22	19/09/62 03:49:54	0	5	0
23	11/09/62 19:29:44	0	2	0
24	11/09/62 07:00:20	0	0	0
25	11/09/62 05:06:02	0	2	0
26	02/09/62 21:59:39	0	3	0
27	01/09/62 20:19:48	0	2	0
28	24/08/62 20:26:43	0	3	0
29	29/07/62 02:05:54	0	3	0
30	28/07/62 12:04:44	0	2	0
31	24/07/62 08:02:48	0	2	0

HOSxP : Electronic medical record system

เพิ่มเวชระเบียน PE Image ER Image Document ข้อมูลภายนอก Consult history IPD Medication

HN 0086757 ชื่อ นางอารีย์ อังผละ อายุ 63 ปี 5 เดือน 20 วัน ไม่สัญญา เวชระเบียน Sharing pref.
 ที่อยู่ 181/7 หมู่ 2 ต.วังขนาย อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี CID 3-7001-00401-69-2 Datacenter เอกสาร IPD BMS Link

ประวัติการรักษาอื่น การรับยาจากอื่น ประวัติการส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น Note การตรวจ การ Set ค่าคิด การตลอด การฝากครรภ์
 Screen & ตรวจรักษา ประวัติการนัดหมาย ข้อมูลเวชระเบียน การ Admit ประวัติ X-Ray ประวัติส่งเสริมสุขภาพ ประวัติการผ่าตัด

วันที่มา 26 ธันวาคม 2562 เวลา 07:00:36 เวร ไม่นเวลา ผู้ส่งตรวจ นาย กฤต ภูมิโรตม
 สิทธิการรักษา 67 ผู้สูงอายุ OFL เลขที่ R77710033027453 ผู้ตรวจ
 แพทย์ผู้ตรวจ น.อ. พิษณันท์ เมธิสกุลกาญจน์, "" ผู้ส่งประวัติ น.อ. พิษณันท์ เมธิสกุลกาญจน์ รศส.
 การวินิจฉัยหลัก J449 Other chronic obstructive pulmonary disease - Chronic obstructive pulmonary disease, unspecified
 การวินิจฉัยอื่นๆ PROV. Dx.
 น้ำหนัก 50 อุณหภูมิ 36.7 ชีพจร 109 อัตราหายใจ 20 นัตัดไป [016] 19/03/63
 ความดัน 107/69 ส่วนสูง 149 FBS BMI 22.522 ER Note Note
 โรคประจำตัว โรคเบาหวาน[E10-E14] Asthma[J... ข้อมูล CC มารับยาพ่นคัดลม PE
 การแพ้ยา TRAMADOL=urticaria ทั้งตัว ข้อมูล HPI

รายการ Lab X-Ray ER วันพฤหัสบดี Diag Text Doctor Note ส่งเสริม คำปรึกษา พักการ แพทย์ผู้ตรวจ Eye screen แพทย์แผนไทย เวชศาสตร์ฟื้นฟู

ลำดับ	ชื่อรายการ	วิธีใช้	จำนวน	unitprice	sum_price	paidst
8	TIOTROPIUM (spiriva) 30 cap 18 mcg. ก่อ่ง	Inhale orally hs สูดเข้าปากครั้งละ 1 แคปซูลก่อนนอน	1	590	590 02	
9	MONTELUKAST 10 mg เม็ด	11ht รับประทานครั้งละ 1 เม็ด	90	4.5	405 02	
10	Symbicort (Budesonide/Formoterol) 60 dose 160/4.5 mc MDI 3 puff bid อาหารเช้า 3 พับ	22pt รับประทานครั้งละ 2 เม็ด	7	525	3675 02	
11	METFormin HCL 500 mg. เม็ด	22pt รับประทานครั้งละ 2 เม็ด	360	1	360 02	
12	THEOPHYLLINE 200 mg เม็ด	12pt รับประทานครั้งละ 1 เม็ด	180	1.5	270 02	
13	OMEPRAZOLE 20 mg. แคปซูล	11st รับประทานครั้งละ 1 เม็ด	90	1.5	135 02	
14	BERODUAL MDI (200dose) .mg./dose ขวด MDI (200 do MDI 1-2 puff prn อาหารเช้า 1-2 พับ		2	229	458 02	
15	HISTA-OPH ml. ขวด ED (5 ml)	BED qid หนองตาทั้ง 2 ข้าง ครั้งละ 1 หยด	1	13	13 02	

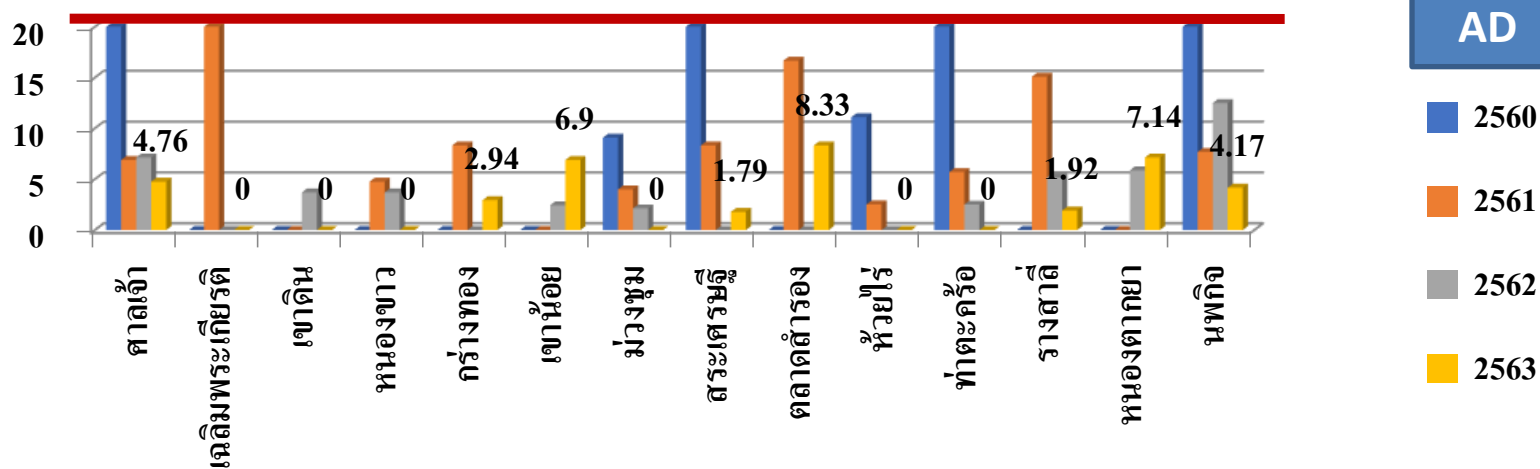
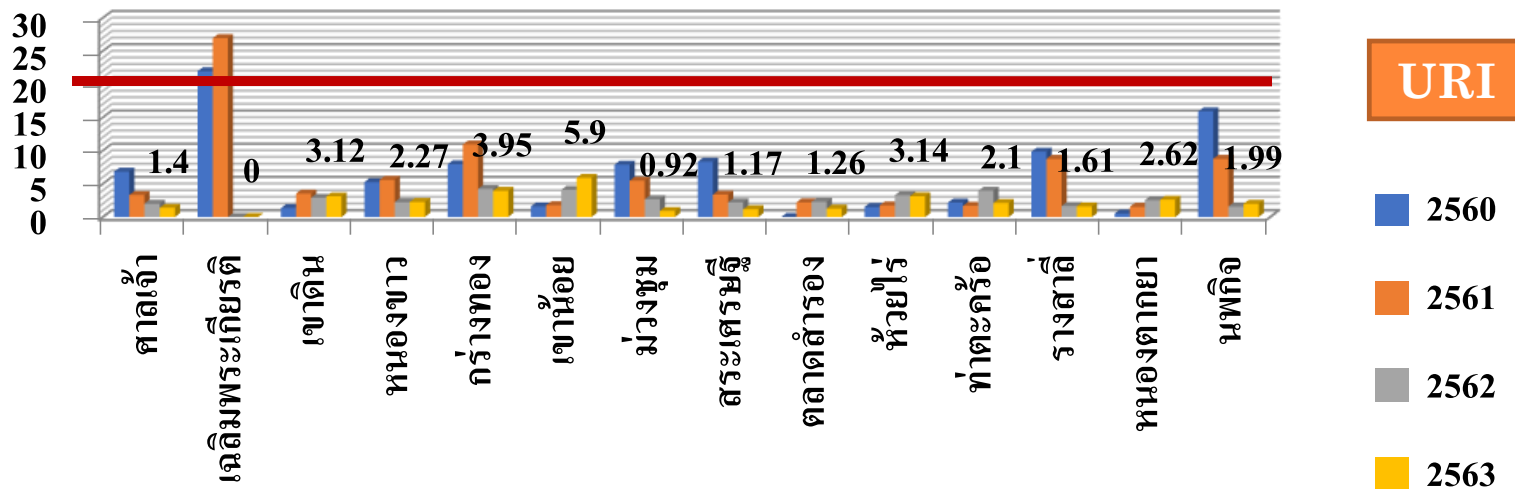
RDU:แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผลลัพธ์
1. ชี้แจงมาตรการ RDU ชั้น3 ให้แก่ คกก.บริหาร/องค์กรแพทย์/พยาบาล/คกก.คปสอ/เจ้าหน้าที่ทุกคนทราบ	ทุกครั้งที่มีการประชุม	ไตรมาส1	100%
2. สรุป/วิเคราะห์ผลตัวชี้วัด - ความเหมาะสมการสั่งใช้ยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI - ความเหมาะสมการสั่งใช้ยา ICS ในผู้ป่วย Asthma	องค์กรแพทย์/พยาบาล	ทุกเดือน	3 ครั้ง
3. ชี้แจงมาตรการ RDU ออกมาตรการส่งเสริมการใช้ ICS ในผู้ป่วย Asthma	องค์กรแพทย์/พยาบาล	ไตรมาส1	2 ครั้ง
4. ชี้แจงมาตรการ RDU ออกมาตรการควบคุมการสั่งใช้ยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI	องค์กรแพทย์/พยาบาล	ปีงบ2563	2 ครั้ง
5. พัฒนาโปรแกรมแจ้งเตือนความเหมาะสมการสั่งใช้ยา non-sedative antihistamine ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับ Dx URI	HosXp OPD/ER	ปีงบ2563	กำลังดำเนินการ
6. กำกับติดตามผลตัวชี้วัด	เดือนละ1ครั้ง	ปีงบ2563	12 ครั้ง

RDU

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63
1. ร้อยละการส่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	$\geq 85\%$	93.32	92.41	92.56	94.35
2. ประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำ สื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผล	ระดับ3	3	3	3	3
3. การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และ เอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ3	3	3	4	4
4. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	0	0	0	0
5. การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการ ขายยา	ระดับ3	3	3	3	3
6. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและ หลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	$\leq 20\%$	37.15	17.42	17.35	15.69
7. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	$\leq 20\%$	38.11	13.24	11.54	17.12
8. ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	$\leq 40\%$	65.46	57.62	34.10	35.36
9. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	$\leq 10\%$	41.28	32.05	8.61	5.36
10. ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI / ARB / Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง	ร้อยละ0	0.17	0	0	0

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63
11. ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ 5	38.29	0	0	0
12. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	$\geq 80\%$	85.28	87.02	87.08	87.63
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	0.11
15. ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	$\geq 80\%$	67.63	65.67	72.05	80.09
16. ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	$\leq 5\%$	0.83	0.81	0.29	0.73
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) และได้รับยาด้านอิสตามีนชนิด non-sedating	$\leq 20\%$	31.61	18.84	26.41	26.95
19. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการเข้าปฏิบัติชีวิตในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100%	71.42	85.71	100	100
20. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการเข้าปฏิบัติชีวิตในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100%	78.57	92.85	100	100



RUA รพสต-ปี 2563 ผ่าน 2 โรค 14/14(100%)

สรุปรายการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่3 (2563)

รพ.	RDU 1 (โรงพยาบาล)					RDU 1 (โรงพยาบาล)													RDU 2 (รพ.สต.)				สรุปผลการประเมินการเป็น RDU ชั้นที่ 3
	1) ร้อยละการใช้ ED	2) ประสิทธิภาพ PTC	3) รายการยาที่ควรคัดออก	4) รายการยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา	5) จริยธรรมในการจัดซื้อ	6) ใช้ ATB ใน URI	7) ใช้ ATB ใน AD	8) ใช้ ATB ใน แผลสด	9) ใช้ ATB ในสตรีคลอดปกติ	10) การใช้ RAS ช้อน	11) ใช้ gliben ใน ผู้สูงอายุ หรือไต	12) ใช้ Met ใน DM	13) NSA IDs ช้อน	14) ใช้ NSA IDs ใน pt. ไต ระดับ 3	15) ใช้ ICS ใน Asthma	16) ใช้ BZD ใน preg	17) ใช้ยาห้ามเลือดในสตรีตั้งครรภ์	18) ใช้ Non Seda te ในเด็ก Dx URI	รพ.สต./PCU ทั้งหมด	เป้าหมาย รพ.สต./PCU ร้อยละ 60	ผ่านทั้ง URI& AD	ร้อยละ ผ่าน URI& AD	
สมเด็จพระเจ้า	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✗	14	14	14	100	✗
เกณฑ์เป้าหมาย	M1-M2 ≥ ร้อยละ 85	ระดับ 3	0 รายการ	รายการยา 13 กลุ่ม ระดับ 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	

CQI ผู้ป่วยหอบหืดที่ไม่ได้รับ ICS

ระบบผู้ป่วยนอก ระบบผู้ป่วยใน ระบบห้องยา ระบบงานอื่นๆ Inventory รายงาน Tools Windows Help

PDx.T110 [Other injuries of upper limb,level uns...]

วันที่ 9/10/2561 08:26:51 Print Server OPDI ☐ แสดงคิวรับยา ☒ พิมพ์ Sticker ☐ Finance ☐ พิมพ์สรุปรายการ ☐ Print All ☐ Not use Print Server ☒ Drug Interaction Chk ☐ แสดงจำนวนคงเหลือ ☐ ออกใบเสร็จ

HN/AN/Q 0138787 ☒ ใช้ HN จ.ส.อ.สุพจน์ มาดะราช OPD P1 : เหวเข้า วิ

สิทธิการรักษา 37 อุบัติเหตุจากรถ(ชำระเงิน) อายุ 67.4.17 เบิกยาจาก

แพทย์ผู้ตรวจ 480 น.พ.ชัยณรงค์ กองวิฒนาณกุล ผู้ป่วยรอรับยา

ห้องตรวจ 003 ห้องตรวจโรค ชำระเงินที่ VN 61100908265 ☐ Sticker Cl

ทบทวน Diagnosis การใช้ Antibiotic ในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

OK

ED 151 NED 25 ยา 176 ลิโซยา 270 รวม 446 รวมคืน 0.00 รวมยอด 446.00 ภาษา

Vital sign BW. 51.00 Height 165.00 BMI 18.73 CC. เจ็บหน้าอกข้างขวาเวลาไอ ทดจจาก MC ล้ม ก่อนมา 4 วัน

รายการยาปัจจุบัน รายการยาจากที่อื่น ตัวเลือกอื่นๆ รายการโอน IPD

วิธีใช้ IM 0.5 ML แพทย์ น.พ.ชัยณรงค์ กองวิฒนาณกุล

รวมมูลค่า 446.00 บาท ☐ ค้นหาแพทย์ตามชื่อ ☐ ค้นหาแพทย์ ☐ ล้างข้อมูลเข้าเครื่องนับเม็ดยา

ยา 176.00 บาท

UE FM RM F3 Reset F7 Summary บันทึก F9

พิมพ์บัตรคิว - F11 พิมพ์ Sticker (ไม่บันทึก) F6 ลบ - F1 ปิด

CAPS NUM SCRL INS IDLE 3:1 15:02 ลงใบสั่งยา ศักดิ์สิทธิ์ แม้วพรายงาม (ห้องจ่ายยา) : ห้องยา : ศักดิ์สิทธิ์ แม้วพรายงาม,ในเวลา

EN 15:02

สรุปผลการดำเนินงาน RDU จังหวัดกาญจนบุรี ไตรมาส 4 ปีงบประมาณ 2563

ลำดับ	โรงพยาบาล	ED	RI	AD	FTW	APL	RAS block 2 ตัว	Gli ben	Met For min	Nsaid จำ ซ้อน	Nsaid ไท 3	Inh.	Long acting	ตัว กรรก หันใช้	Non- Seda ting	รพ.สต. RI& AD	ผ่าน ขั้นที่	เป็นเป้า หมาย
1	พหล-1		28.86									74.88					2	
2	มะกรักษ์		28.16	22.01								61.19			36.11		1	
3	พระสังฆราช														26.95		2	เป้า 3
4	ทองผาภูมิ		23.75	20.66								71.21			22.27		1	
5	บ่อพลอย		21.33									77.43					1	เป้า 3
6	ด่านมะขามเตี้ย				40.55				75.57			57.45					2	
7	ไทรโยค		20.44		41.01							70.13			20.69		1	เป้า 2
8	พระปิตะ-1			24.94	47.32												1	เป้า 2
9	สังขะบุรี																3	
10	เจ้าคุณ-1				52.76							78.57			29.97		1	
11	เลาขวัญ				45.42												2	เป้า 3
12	ห้วยกระเจา																3	
13	พระบรมมี																3	
14	ท่ากระดาน											63.83					2	เป้า 3
15	คูกระไร-1																3	
เกณฑ์ ขั้นที่ 3			≤ 20 F ≤ 30 A S M	≤ 20	≤ 40(3) ≤ 50(2)	≤ 10(3) ≤ 15(2)	0	≤ 5	≥ 80	≤ 5	≤ 10	≥ 80	≤ 5	0	≤ 20		สรุปผล ผ่านขั้น 3 = 26.67% ผ่านขั้น 2 = 60%	

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



RDU ชั้น 3

แผนงานปี 2563

กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน RDU ในโรงพยาบาลและ
รพ.สต.

- ชี้แจงองค์กรแพทย์เกี่ยวกับ RDU ชั้น 3
- วิเคราะห์ปัญหา หาสาเหตุ ที่ทำให้ตัวชี้วัด 15,18 ไม่ผ่าน
- รายงานผลตัวชี้วัดแก่ทีม PCT สуди/องค์กรแพทย์

ปัญหาและอุปสรรค

1. ตัวชี้วัดที่ต้องกำกับ ติดตามมีจำนวนมาก ต้องอาศัย
ความร่วมมือกับบุคลากรทั้งในรพ.และรพสต.
2. การดำเนินงานเพื่อให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ต้องอาศัย
ความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก และความร่วมมือจาก
บุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ผู้สั่งใช้ยา รวมถึงผู้รับบริการด้วย
3. โปรแกรมที่ใช้ดึงข้อมูล RDU 2016 ยังไม่สมบูรณ์

SERVICE PLAN

สาขาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ



ปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ

สถานการณ์

1. มีแผนการจัดตั้ง PCC 10 ปี ,10 ทีม ,4 Cluster
2. ปี 2560 เปิด PCC จำนวน 1 ทีม ร้อยละ 100
- PCC เครือข่าย รพ. จำนวน 1 ทีม
3. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว
- อบรมระยะสั้น 1 คน
- กำลังศึกษาหลักสูตรระยะยาว 1 คน

สภาพปัญหา

1. อัตรากำลังสหสาขาวิชาชีพ เทียบกับจำนวนประชากร ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เช่น แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ,พยาบาลวิชาชีพ ,เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ,ทันตภิบาล,แพทย์แผนไทย ,นักกายภาพบำบัด การจัดอัตรากำลังให้ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว จึงยังต้องใช้ระบบการหมุนเวียนจาก รพ.แม่ข่าย
2. การจัดประชากรให้ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ในคลินิกหมอครอบครัวค่อนข้างยาก เนื่องจากพื้นที่อำเภอดำรง เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชากรหนาแน่นในเขตเมือง ทำให้เกินเกณฑ์ในการจัดทีม ส่วนใน ชนบทมีประชากรไม่เพียงพอในการกำหนดทีมต้องเอาพื้นที่ใกล้เคียงมาเพิ่ม

เป้าหมาย

เป้าหมาย : เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ เข้าถึงครอบคลุมทุกมิติ และได้รับบริการมีคุณภาพ
ตัวชี้วัด : ร้อยละ 100 ของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

มาตรการ

- มาตรการ1: พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
- 1.1 ขยาย PCU และ NPCU ใน รพ.ขนาด F2 F3 รพ.สต.ขนาด L
- มาตรการ2: พัฒนากำลังคนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ
- 2.1 สนับสนุนการอบรมเวชศาสตร์ครอบครัวระยะสั้น
 - 2.2 ปรับเกลี้ยอัตรากำลังให้เหมาะสม

Mapping PCC อำเภอท่าม่วง ปี 2563-2572

Cluster 1

รพ.สต.บ้านหนองขาว
จำนวนประชากร 8,972 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ. 2560

1

อำเภอปอพลอย

รพ.สต.บ้านกร่างทอง
จำนวนประชากร 8,236 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2565

2

รพ.สต.บ้านเขาดิน
จำนวนประชากร 8,616 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2566

3

Cluster 3

รพ.สต.บ้านม่วงชุม-เขาน้อย
จำนวนประชากร 11,391 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2571

3

Cluster 2

สอ.น. เณลิมพระเกียรติ
จำนวนประชากร 11,164 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2568

3

รพ.สต.บ้านศาลเจ้าโพรงไม้
จำนวนประชากร 7,382 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2564

1

รพ.สต.บ้านตลาดสำโรง-ห้วยไร่-ท่าตะคร้อ
จำนวนประชากร 11,702 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2567

2

PCC ท่าม่วง (รพ.สมเด็จพระเจ้า
จำนวนประชากร 25,785 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2572

Cluster 4

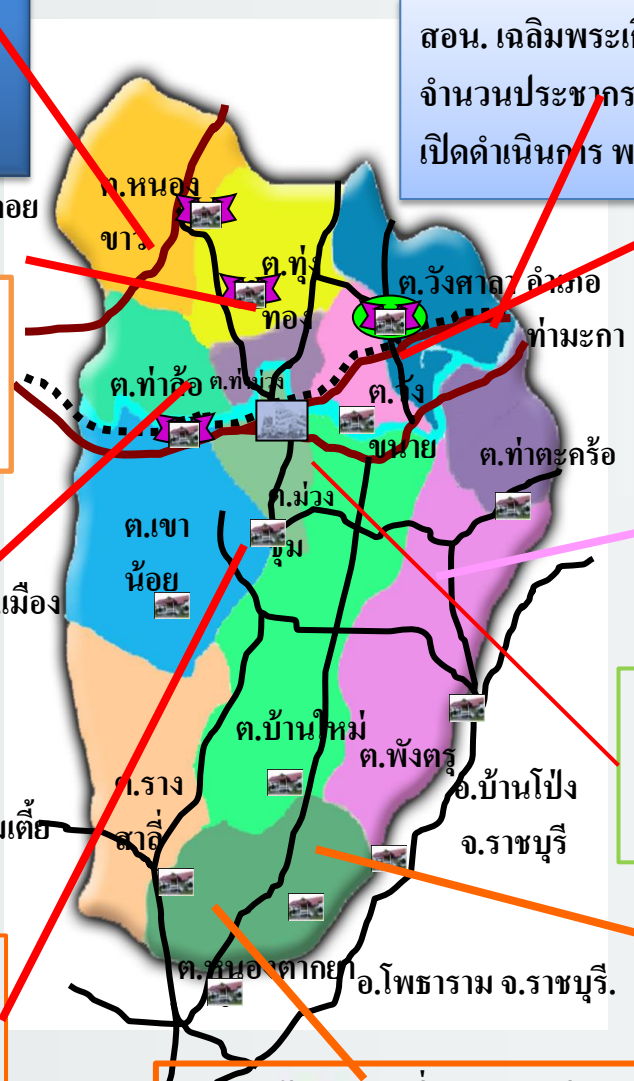
รพ.สต.บ้านหนองตากยา-นพกิจโกศล
จำนวนประชากร 7,561 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2570

2

รพ.สต.บ้านรางสาลี่-สระเศรษฐี
จำนวนประชากร 13,384 คน
เปิดดำเนินการ พ.ศ.2569

1

อ.จอมบึง
จ.ราชบุรี

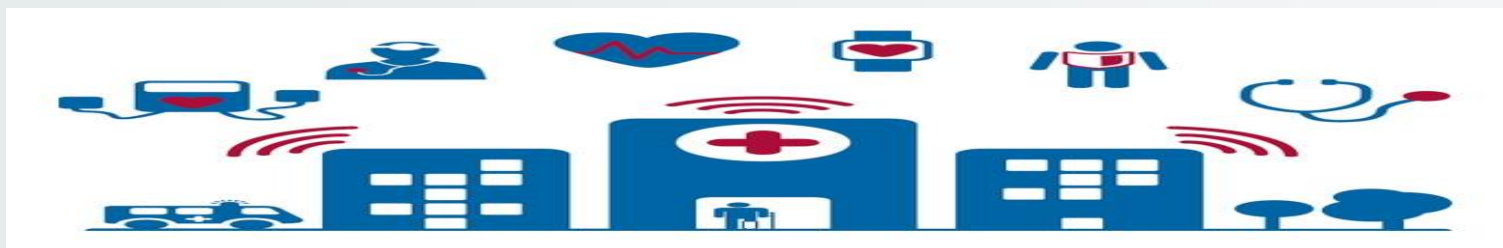


Service Excellence

PCC

สถานการณ์ / สภาพปัญหา

อำเภอ	ประชากร (คน)	ปี/จำนวนทีมหมอกรอบครัว										รวมแผน 10 ปี	
		63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	ทีม	Cluster
ท่าม่วง	113,559	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	4
จำนวนทีมสะสม		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
ร้อยละความครอบคลุม		10	20	30	40	50	60	70	80	90	100		



โครงการ/กิจกรรม	ผลลัพธ์ที่ต้องการ	3 ด	6 ด	9 ด	12 ด	งบ ประมาณ
- ทบทวนจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (PCC) - ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานในวาระประชุม คปสอ.	- ทบทวนจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (PCC) - ชี้แจงรายละเอียดการดำเนินงานในวาระประชุม คปสอ.	ต.ค.62				ไม่ใช่ งบประมาณ
- ส่งแพทย์เข้าร่วมหลักสูตรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว - ส่งพยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต.เข้าอบรมเวชปฏิบัติทั่วไปครบทุก รพ.สต.		/	-กำลัง ศึกษา /	/	/	- ใช้งบ CUP
- จัดทำแผนขอสนับสนุนงบลงทุนสิ่งก่อสร้าง/ครุภัณฑ์ให้กับ รพ.สต.ทุกแห่งเพื่อรองรับPCC เป้าหมาย		ธ.ค.62				
- รายงานผลการดำเนินงาน ทุก 3 เดือน		ธค.62	มีค.63	มีย.63	กย.63	

ปัญหา อุปสรรค

ขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและสหวิชาชีพบางสาขา

แนวทางแก้ไข

- เชิญชวนแพทย์เข้ารับอบรมระยะสั้นเพื่อปฏิบัติงานคลินิกหมอครอบครัว
- หมุนเวียน สหวิชาชีพ ในเครือข่าย เช่น แพทย์แผนไทย, ทันตภิบาล, จพ.เภสัชกรรม

รูปแบบการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัว PCC รพ.สต.บ้านหนองขาว

รพ.สต.บ้านหนองขาว เริ่มให้บริการครั้งแรกวันที่ 19 กรกฎาคม 2560

เปิดดำเนินการอย่างเต็มรูปแบบ วันที่ 25 กันยายน 2560

ประชากรรับผิดชอบ 8,972 คน

บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขาว

- แพทย์ 1 : 8,972 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 3 : 2,767 คน
- นักวิชาการสาธารณสุข 2 : 4,152 คน
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข 1 : 8,972 คน
- เภสัชกร 1 : 8,972 คน
- นักกายภาพบำบัด 1 : 8,972 คน
- นักการแพทย์แผนไทย 1 : 8,972 คน

สัดส่วนอัตราความรับผิดชอบ 897 คน

จำนวน อสม. 186 คน สัดส่วน 1 คน ต่อ 14 หลังคาเรือน





คลินิก
หมอครอบครัว
Primary Care Cluster



ข้อมูลทั่วไปด้านสุขภาพ

ผู้สูงอายุ ๑,๖๓๔ คน (ติดเตียง ๑๘)

* จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ๙๕๖ ราย

เบาหวาน ๓๗๔ ราย

ความดันโลหิตสูง ๖๔๓ ราย

โรคมะเร็ง ๑๖ ราย

CKD ๔-๕ ๑๗ ราย

โรคหลอดเลือดสมอง ๒๓ ราย

โรคหัวใจ ๖ ราย

* ผู้พิการ ๒๒๑ คน



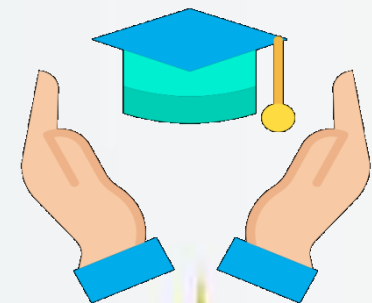
การให้บริการในกลุ่มผู้ป่วย NCD และการดูแลต่อเนื่อง

ผลงาน	DM		HT	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.สต	220	42.30	360	49.31
สมเด็จฯ	รวมกับที่อื่น			
ที่อื่น	300	57.70	370	50.69
ผู้ป่วยทั้งหมด	520	100	730	100

ผู้ป่วย NCD	จำนวน
ส่งกลับจากรพ.สมเด็จ	16
ส่งกลับจากรพ.อื่น	0
วินิจฉัยที่รพ.สต	34

ข้อมูลวันที่ 15 กรกฎาคม 2563

ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้าน T1-3			
ทั้งหมด	ดีขึ้น	คงสภาพ	เสียชีวิต
35	14	17	4



SERVICE PLAN

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

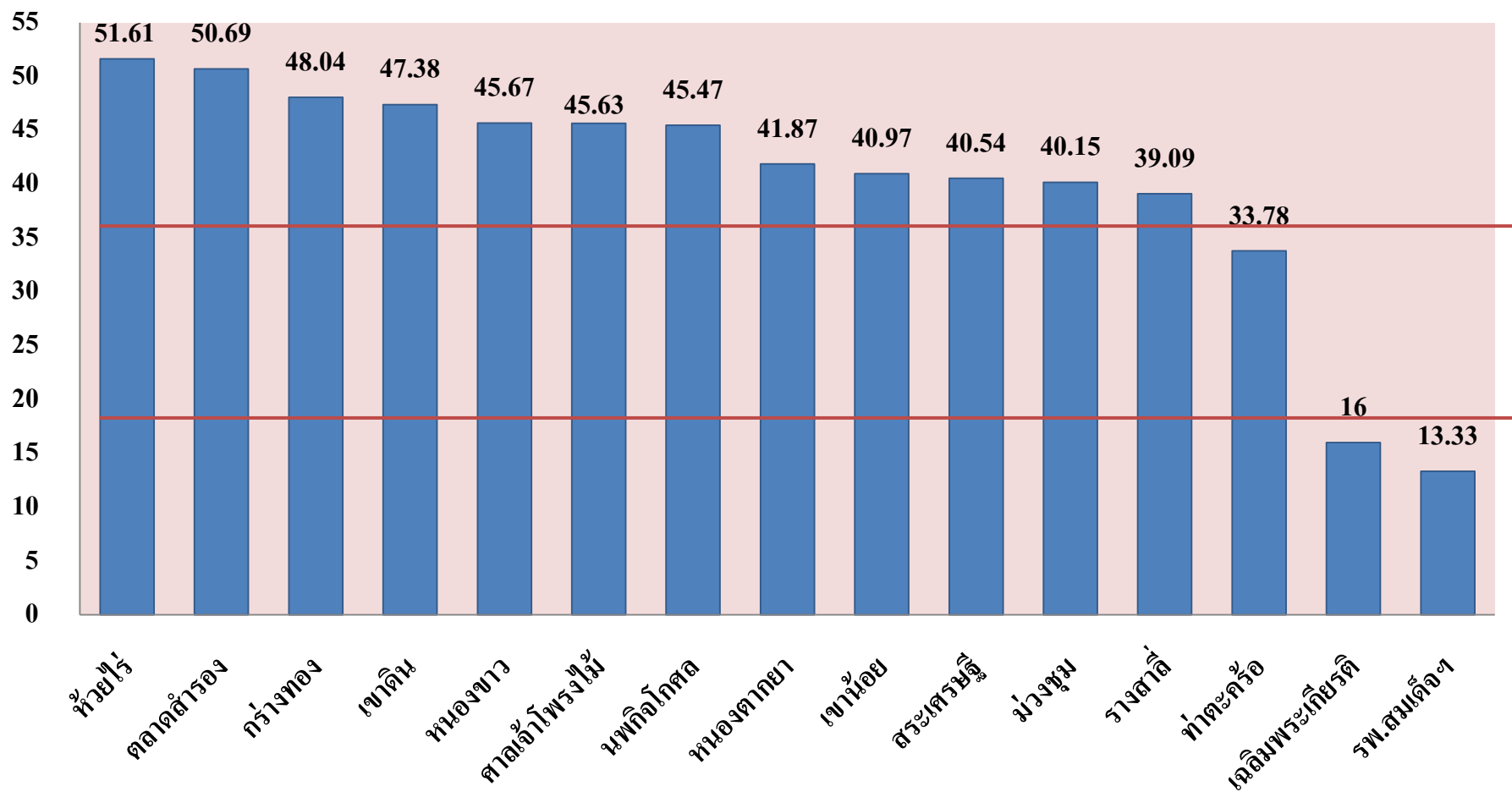


การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ผลการดำเนินงานปี 2562

ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 19



การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



สถานการณ์

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ
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

- 1 . การลงบันทึกข้อมูลไม่ครบ
ขาดความสมบูรณ์

เป้าหมาย

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

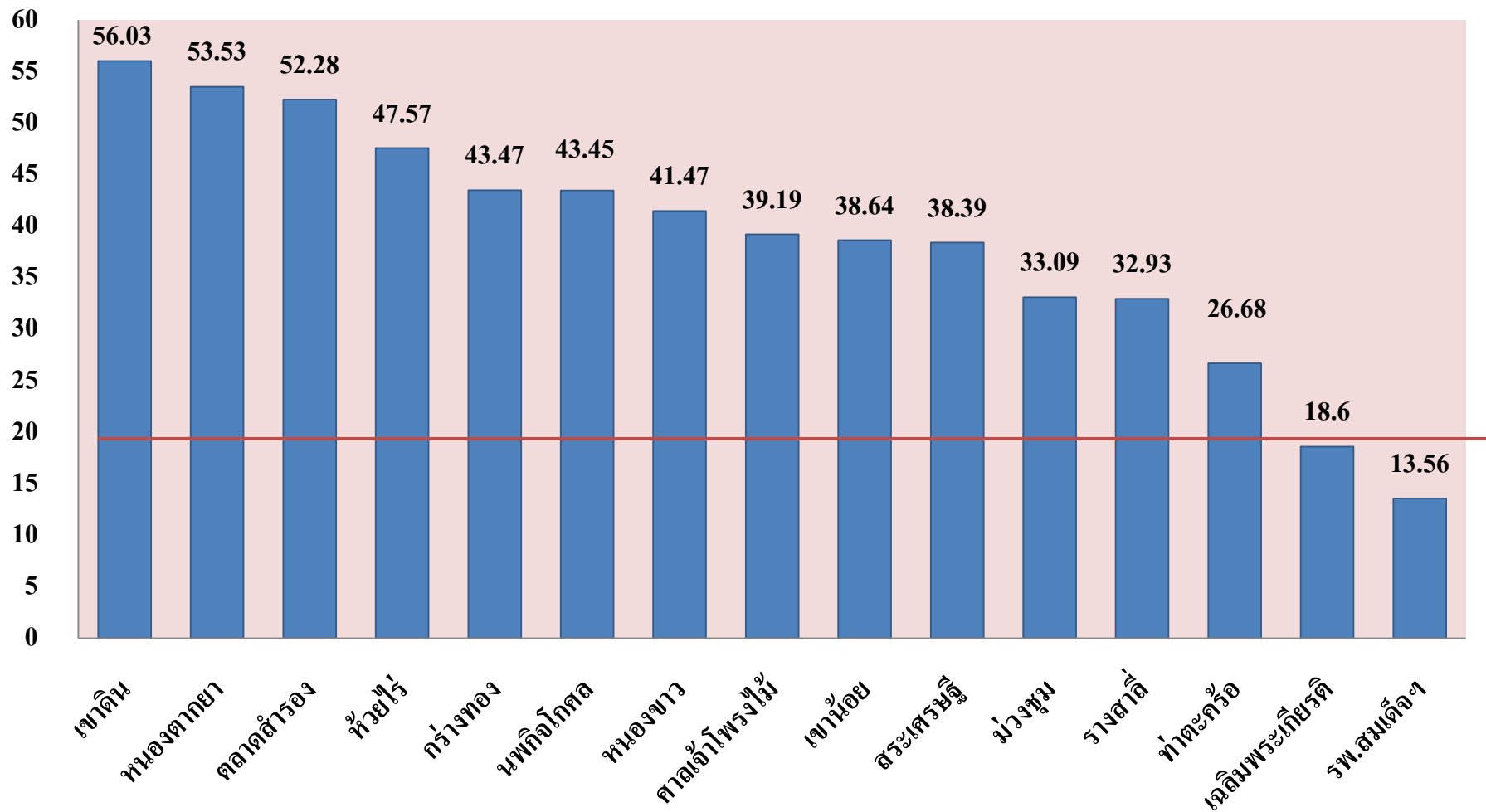
มาตรการ

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

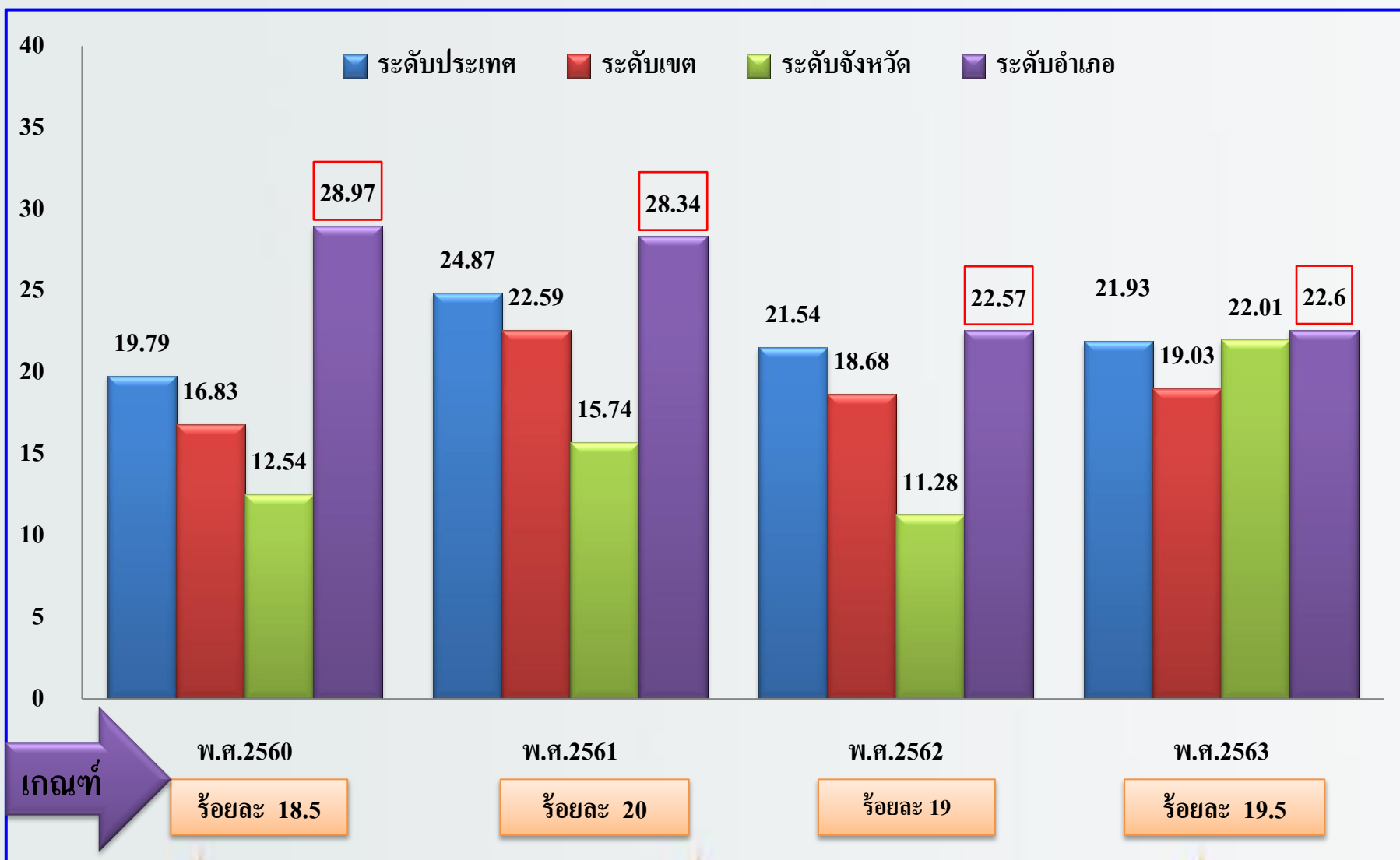
การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก 19 (รพช)/ 36 (รพ.สต) ปี 2563



ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



แผนงาน/โครงการ

1. ประชุมผู้รับผิดชอบงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
2. เยี่ยมติดตามระดับพื้นที่
3. ฟื้นฟูผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 330 ชั่วโมง
4. จัดให้บริการแพทย์แผนไทยคู่ขนานแผนกผู้ป่วยนอก รพ
5. ประเมินมาตรฐาน รพ .สส. พท

ปัญหา / อุปสรรค

❖ ด้านการจัดบริการ

- คลินิกบริการนวด อบ ประคบ ยังมีไม่ครอบคลุมสถานพยาบาลทุกแห่ง เนื่องจากขาดแคลนบุคลากรแผนไทยและงบประมาณ

ผลการดำเนินงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				สรุป
			ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
สาขาหัวใจและหลอดเลือด							
1	อัตราการตายผู้ป่วย STEMI	≤8%	0	0	0	3.57%	ผ่าน 2/4 = 50%
2	อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับยา SK (มีข้อบ่งชี้)	> 80 %	87.50%	92.30%	94.11%	95.45%	
3	Onset to needle Time	ภายใน3ชั่วโมง/ 180	66.67% (เฉลี่ย318)	60% (เฉลี่ย 252)	65% (เฉลี่ย219)	70.83% (196)	
4	Door to needle Time	<30 นาที	11.11% (เฉลี่ย 63)	13.33% (เฉลี่ย 71)	15% (เฉลี่ย69)	16.67% (เฉลี่ย59)	
สาขามะเร็ง							
1	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์	> 70%	80%	100%	75%	100%	ผ่าน 3/5 = 60%
2	การค้นพบมะเร็งเต้านมระยะที่ 1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์	80%	100%	66.67%	22.22%	28.57%	
3	การค้นพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ ระยะที่ 1,2 ต่ำกว่าเกณฑ์	80%	0%	85.70%	50%	42%	
4	สตรี 30-70 ปี ที่มีการตรวจเต้านมโดยเจ้าหน้าที่	>80%	28.39%	78.26%	89.40%	90.20%	
5	สตรี 30-60 ปี ที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปีที่1)	>20%	2.92%	18.68%	20.03%	23.44%	
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน							
1	อัตราการตายทางถนน	≤16/แสนปชก.	10/แสนปชก.	21/แสนปชก.	37.77/แสนปชก.	42.35/แสนปชก.	ผ่าน 2/4 = 50%
2	ผู้ป่วยสีแดง non trauma เข้าถึงระบบ EMS ได้	50%	30.76%	31.12%	32.83%	32.53%	
3	อัตราการเสียชีวิตของผู้บาดเจ็บวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง	<12 %	0.28%	0.13%	0.08%	0.06%	
4	พัฒนาระบบ ECS คุณภาพได้	50%	92.86%	50.20%	60.40%	50.20%	
สาขาทารกแรกเกิด							
1	อัตราเด็กคลอดก่อนกำหนด	< 8%	3.35%	3.02%	3.49%	4.03%	ผ่าน 3/3 = 100%
2	อัตราการเกิด LBW	< 7%	5.79%	5.23%	5.40%	6.45%	
3	อัตราการเกิด BIRTH ASPHYXIA	< 25/พันการเกิดมีชีพ	3.04%	11.10%	8.20%	7.59%	

ผลการดำเนินงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				สรุป
			ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
สาขาสุขภาพจิต และจิตเวช							
1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน6.3 ต่อแสนปชก.	2.82 ต่อแสนปชก.	5.65 ต่อแสนปชก.	7.30 ต่อแสนปชก.	8.48 ต่อแสนปชก.	ผ่าน 1/3 = 33.33%
2	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ 55%	34.22%	45.27%	36.97%	46.84%	
3	เด็ก ADHD เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิม	≥ร้อยละ 3	0.84%	25.05%	25.05%	25.05%	
สาขาสุขภาพช่องปาก							
1	การเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชน	40%	12.00%	24.06%	26.80%	30.80%	ผ่าน 2/3 = 66.67%
2	เด็กอายุ 12 ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	63%	62.80%	62.80%	83.23%	81.90%	
3	เด็ก 6-12 ปีในเขตรับผิดชอบ ได้รับการบริการเคลือบหลุมร่องฟัน	25%	40.10%	47.18%	46.60%	47.00%	
สาขาไต							
1	อัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m2/yr	>66 %	53.13%	70.96%	70.17%	70.79%	ผ่าน 1/4 = 25%
2	ผู้ป่วย Unplanned Dialysis (Emergency Vascular acc)	< 20%	50%	77%	80%	80%	
3	ผู้ป่วย CKD 5 ปฏิเสธ RRT ได้รับการคำแนะนำ Palliative care	100%	69.23%	69.23%	75.00%	75.00%	
4	ผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	80%	56.46%	68.17%	70.76%	74.32%	
สาขาทา							
1	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา	75%	20.46%	33.65%	33.95%	88.81%	ผ่าน 4/4 = 100%
2	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจกได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	85%	100%	93%	88.64%	91.94%	
3	การคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา	60%	37.90%	55.63%	58.33%	61.34%	
4	Severe low vision cataract ได้รับการผ่าตัดภายใน 90 วัน	80%	100%	100%	100%	100%	

ผลการดำเนินงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				สรุป
			ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
สาขาโรคไม่ติดต่อ (DM/HT)							
1	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้	> 40%	25.00%	31.36%	34.60%	37.11%	ผ่าน 1/4 = 25%
2	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	> 50%	20.60%	44.17%	48.63%	49.70%	
3	ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	80%	56.46%	67.75%	70.79%	74.27%	
4	ผู้ป่วยเบาหวานความดันได้รับการประเมิน CVD risk	90%	66.32%	93.19%	93.63%	93.77%	
สาขาอายุรกรรม (Stroke)							
1	อัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (Acute stroke) รายใหม่	ไม่เกิน 200: แส่นปชก.	60.67: แส่นปชก.	92.73: แส่นปชก.	95.02: แส่นปชก.	95.02: แส่นปชก.	ผ่าน 2/4 = 50%
2	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง (Acute stroke) ที่เข้าสู่ระบบแนวทางการรักษาโรคหลอดเลือดสมองได้ตามเวลาที่กำหนด	50%	49.21	55.08	33.85%	33.85%	
3	อัตราผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง	100%	80.56	93.67	73.20%	73.20%	
4	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง(Acute stroke) ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ	80%	91.67	81.01	97.89	97.89	
สาขาCOPD							
1	อัตราป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ต้องรับไว้รักษาไว้ในโรงพยาบาล	ไม่เกิน130 : แส่นปชก.	64.11 : แส่นปชก.	131.20 : แส่นปชก.	180.38 : แส่นปชก.	180.38 : แส่นปชก.	ผ่าน 0/2 = 0%
2	บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วย Spirometry	50%	5.94%	8.12%	5.94%	5.94%	
สาขาการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน(Intermediate care)							
1	ผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	100%	100%	100%	100%	100%	ผ่าน 3/3 = 100%
2	ผู้ป่วย IMC ที่ประเมิน BI สูงขึ้นกว่าเดิม	70%	100%	100%	100%	100%	
3	ผู้ป่วย IMC ที่มีภาวะแทรกซ้อน	<20%	0%	0%	0%	0%	

ผลการดำเนินงานแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				สรุป
			ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care)							
1	ผป.และ Fam.ได้รับการทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษร	≥ 60%	88%	87.50%	83.15%	63.16%	ผ่าน 2/2 = 100%
2	มีการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid อย่างมีคุณภาพ	≥ 40%	23.25%	32.03%	36.52%	45.50%	
สาขาศัลยกรรม							
1	การแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ	< 15 %	19.44%	11.72%	9.33%	8.90%	ผ่าน 1/2 = 50%
2	การผ่าตัดไส้ติ่งในโรงพยาบาล	100%	97.22%	97.00%	96.87%	97.11%	
สาขายาเสพติด							
1	ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	20%	0%	40.00%	39.13%	55.56%	ผ่าน 3/3 = 100%
2	ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพยาต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (Remission rate)	40%	17%	32.35%	25.00%	65.62%	
3	อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยยาเสพติด	80%	39.18%	41.18%	49.04%	86.54%	
สาขาอายุรกรรม (Sepsis)							
1	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< 30%	0%	3.33%	2.17%	1.79%	ผ่าน 3/4 = 75%
2	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	> 90%	100%	100%	97.82%	98.21%	
3	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	> 90%	100%	100%	100%	100%	
4	อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	> 90%	64.29%	83.33%	86.96%	89.29%	

ตัวชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				สรุป
			ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
สาขาสูติกรรม							
1	อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	0	0%	0%	0%	0%	ผ่าน 3/3 = 100%
2	อัตราการคลอดก่อนกำหนด	<10%	3.34%	3.07%	3.41%	3.97%	
3	อัตราการคลอดมีชีพหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 – 19 ปี	< 38 : 1000 ปชก.	21.52: 1000 ปชก.	23.42: 1000 ปชก.	26.02: 1000 ปชก.	23.42: 1000 ปชก.	
สาขากุมารเวชกรรม							
1	อัตราป่วยตายโรคปอดอักเสบในเด็กไทย 1 เดือน-1ปี	ลดลง5%	0	0	0	0	ผ่าน 2/2
2	อัตราตายทารกอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	< 7%:พันการเกิดมีชีพ	0	0	0	0	= 100%
สาขาออร์โธปิดิกส์							
1	การดูแลผู้ป่วยกระดูกหักชนิดไม่เคลื่อนที่		≥70%	96.30%	99.46%	96.48%	ผ่าน 3/3 = 100%
2	ผู้ป่วย Capture the fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.		30%	25%	44.44%	57.14%	
3	จัดบริการFast track for open long bone fracture ผ่าตัดได้ภายใน 6 ชม.		>25%	66.67%	66.67%	70.00%	
สาขาการใช้อย่างสมเหตุผล							
1	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล	RDU ขั้นที่3	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 (100 %)	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 (100 %)	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 (100 %)	ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 (100 %)	ผ่าน 0/1 = 0%
สาขาปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ							
1	คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)		100%	100%	100%	100%	ผ่าน 1/1 = 100%
สาขาแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน							
1	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	19% (รพช) ,36% (รพ.สต.)	12.93% (รพช) ,22.60% (รพ.สต.)	14.12% (รพช) ,22.68% (รพ.สต.)	13.03% (รพช) ,22.50% (รพ.สต.)	13.56% (รพช) ,22.60% (รพ.สต.)	ผ่าน 0/1 = 0%
รวม		70%	34/65=52.31% 31/65=47.70%	28/65=43.08% 37/65=56.92%	27/65=41.54% 38/65=58.46%	23/65=35.38% 42/65=64.62%	ไม่ผ่าน ผ่าน

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