

**เอกสารประกอบ  
การตรวจราชการและนิเทศงาน  
กรณีปกติ รอบที่ 2  
ปีงบประมาณ 2567**



**โรงพยาบาลสงขลา  
5-7 มิถุนายน 2567**

# คำนำ

เอกสารฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการตรวจราชการละนิเทศงานระดับกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ รอบที่ ๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ เสนอผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒

เนื้อหาเอกสารประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลสงขลา และผลการดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (โดยใช้ข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม-๓๐ เมษายน ๒๕๖๗) พร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไข โดยแบ่งเนื้อหาตามประเด็นการตรวจราชการ ดังนี้

- ประเด็นที่ ๑ โครงการพระราชดำริฯ
- ประเด็นที่ ๒ สุขภาพจิตและยาเสพติด
- ประเด็นที่ ๓ มะเร็งครบวงจร
- ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
- ประเด็นที่ ๕ สถานชีวาภิบาล
- ประเด็นที่ ๖ ดิจิทัลสุขภาพ
- ประเด็นที่ ๗ ส่งเสริมการมีบุตร
- ประเด็นที่ ๘ ปัญหาสำคัญ

โรงพยาบาลสงขลา หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเอกสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการตรวจราชการ ผู้นิเทศงาน และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน หากมีข้อบกพร่องประการใด ผู้จัดทำยินดีน้อมรับคำแนะนำ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานของโรงพยาบาลสงขลาต่อไป

โรงพยาบาลสงขลา  
พฤษภาคม ๒๕๖๗



โรงพยาบาลสงขลา  
SONGKHLA HOSPITAL



# สารบัญ

คำนำ	หน้า
สารบัญ	
๑. ข้อมูลทั่วไป	๔
๒. ประเด็นการตรวจราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	
ประเด็นที่ ๑ : โครงการพระราชดำริฯ	๑๓
ประเด็นที่ ๒ : สุขภาพจิตและยาเสพติด	๒๒
ประเด็นที่ ๓ : มะเร็งครบวงจร	๒๕
ประเด็นที่ ๔ : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย	๓๒
ประเด็นที่ ๕ : สถานชีวาภิบาล	๕๖
ประเด็นที่ ๖ : ดิจิทัลสุขภาพ	๖๙
ประเด็นที่ ๗ : ส่งเสริมการมีบุตร	๗๖
ประเด็นที่ ๘ : ปัญหาสำคัญในพื้นที่	๘๖
๓. Service plan สาขาอื่น ๆ	
๑) สาขา ตา	๙๑
๒) สาขา อายุรกรรม	๙๔
๓) สาขา กุมาร	๙๘
๔) สาขา Ortho	๑๐๒
๕) สาขา trauma	๑๐๙
๖) สาขา แพทย์แผนไทย	๑๑๓
๗) สาขา IMC	๑๑๕
๘) สาขา กัญชา	๑๑๙
๙) สาขา RDU	๑๒๔
๑๐) สาขา ปลูกถ่ายอวัยวะ	๑๒๘
๑๑) สาขา ศัลยกรรม	๑๒๙



โรงพยาบาลสงขลา  
SONGKHLA HOSPITAL



# ข้อมูลทั่วไป



## โรงพยาบาลสงขลา

โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๕๐๘ เตียง พื้นที่ ๘๐ ไร่  
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



### สถานที่ตั้ง

ตั้งอยู่ที่ ๖๖๖ หมู่ที่ ๒ ตำบลพะวง อำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา รหัสไปรษณีย์ ๙๐๑๐๐

โทรศัพท์ : ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐

โทรสาร : ๐ ๗๔๓๓ ๐๒๘๒

เว็บไซต์ : [www.skhospital.go.th](http://www.skhospital.go.th)



# คนไทยแข็งแรง ประเทศชาติมั่นคง เศรษฐกิจเข้มแข็ง และเติบโตอย่างยั่งยืน

## แผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลสงขลา ฉบับที่ 3 ปี 2566-2570 (ฉบับปรับปรุง)



### วิสัยทัศน์ (Vision)

"โรงพยาบาลแห่งเทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อชาวสงขลา"

### พันธกิจ (Mission)

- สร้างเสริมสุขภาพ ให้ประชาชนมีความรอบรู้และตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
- ควบคุมรักษาโรค โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิ ทั้งโรคทั่วไปและตามความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา
- ฟื้นฟูสภาพ และลดความพิการ จากการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ
- คุ้มครองผู้บริโภค ตามสิทธิของบุคคลซึ่งเป็นผู้บริโภคให้ได้รับความคุ้มครอง ในการได้รับข้อมูลที่เป็นความจริงและมีสิทธิร้องเรียนเพื่อให้ได้รับการแก้ไข เนื่องจากความเสียหาย
- ผลิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับสมรรถนะหลักขององค์กร
- บริหารองค์กรด้วยหลักธรรมาภิบาล (Good Governance) สืบสานบุญการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ

### เป้าประสงค์ (Ultimate Goal)

- ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบทุกกลุ่มวัย มีสุขภาพ และมีความตระหนักรู้ ในการดูแลสุขภาพ (Health literacy) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ และได้รับบริการขั้นพื้นฐาน ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนด ภายใต้สภาพแวดล้อมที่มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (ยุทธศาสตร์ 1)
- ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน ตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชน (ยุทธศาสตร์ 2)
- ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ทั่วถึง ปลอดภัย (ยุทธศาสตร์ 2)
- ประชาชนได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม (ยุทธศาสตร์ 2)
- บุคลากรสุขภาพมีสมรรถนะ เก่ง ดี และมีมีความสุข (ยุทธศาสตร์ 3)
- ระบบบริหารจัดการในองค์กรมีธรรมาภิบาล และเป็นองค์กรคุณภาพ ที่อยู่รอดและยั่งยืน (ยุทธศาสตร์ 4)

### ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

<b>ยุทธศาสตร์ที่ 1</b> ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion, Prevention & Protection Excellence)	<b>ยุทธศาสตร์ที่ 2</b> พัฒนาระบบบริการสุขภาพเป็นเลิศ ภายใต้การสหภาพเชิงนวัตกรรม (Service Excellence via Innovation Synergy)	<b>ยุทธศาสตร์ที่ 3</b> บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence and Quality of Worklife)	<b>ยุทธศาสตร์ที่ 4</b> พัฒนาประสิทธิภาพการบริการสุขภาพขององค์กรอย่างมีธรรมาภิบาล (Good Governance Excellence)
---	--	---	--

### กลยุทธ์ (Strategy)

- พัฒนาระบบบริการทุกสาขา โดยการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ
- การบริการเชิงรุก สร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ และลดความแออัดโดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม
- พัฒนาโปรแกรมสนับสนุนการทำงานของบุคลากรเพื่อลดขั้นตอนการทำงาน ลดการนำเข้าข้อมูล โดยการใช้ Single Data และบริหารจัดการด้วยหลักธรรมาภิบาล
- พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้ที่มีประสิทธิภาพ รองรับสถานการณ์และนโยบายที่เกี่ยวข้องด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย
- สร้างความร่วมมือกับเครือข่ายภายนอกองค์กร เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรทั้งในด้านเทคโนโลยี และทรัพยากร (คน เงิน ของ)
- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารภายในและนอกองค์กร และการใช้ข้อมูล ในการบริหารจัดการ (Digital Information Management) โดยการใช้เทคโนโลยี เพื่อการสื่อสารที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา สร้างสุขให้บุคลากร เสริมสร้างความผูกพันและรักองค์กร

### Code of Conduct "4T"



### ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- S Smart**
- K Knowledge**
- M Mastery**
- O Originality**
- P People Center Approach**
- H Humility**

### "5K MOPH"

- ฉลาด ใฝ่รู้
- รอบรู้ องค์กรแห่งการเรียนรู้
- เป็นนายตนเอง จริยธรรม พฤติกรรมบริการที่ดี
- แต่งตั้งสิ่งใหม่ พัฒนานวัตกรรม
- ใส่ใจประชาชน
- ต่อเนื่องยั่งยืน

### Service delivery

- 2566 Level A Organ Harvest/Trans/Oculoplastic Under grad. Training
- 2568 Level A+ PCV/Typhoidology/Cornica Transplant Training BSN/MP
- 2569 Level A+ Training MED/PED Crs. Care Nurse (Adult & Aging)
- 2570 Level P Kidney transplant/Perdetric Surgery

### จุดเน้นและเข้มแข็ง (Key Focus Area)

- บูรณาการการดูแล NCDs และผู้สูงอายุ 9 ด้าน อย่างครบวงจร
- เข้มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยตาม service plan 19 สาขาหลัก
- บริหารจัดการด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม
- การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข
- การดูแลผู้ป่วยในพื้นที่พิเศษและกลุ่มเปราะบาง
- Seamless Referral Center

### วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ (Strategic Objectives)

- โรงพยาบาลใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในการให้บริการ
- ประชาชนได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ภายใต้การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีประสิทธิภาพ
- ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถดูแลตนเองเพื่อการมีสุขภาพดี
- บุคลากรมีสมรรถนะ มีความเชี่ยวชาญ และมีมีความสุข

นางสุวิรัตน์ นกหนู  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลา  
12 พฤษภาคม 2566

### อัตรากำลังเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสงขลา

บุคลากร	ปฏิบัติงานจริง
▪ ข้าราชการ	๙๐๓
▪ ลูกจ้างประจำ	๑๑
▪ พนักงานราชการ	๘๙
▪ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	๖๑๔
▪ ลูกจ้างชั่วคราว	๑๙๖
รวม	๑,๘๑๓

ที่มา: กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลสงขลา (ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๗)



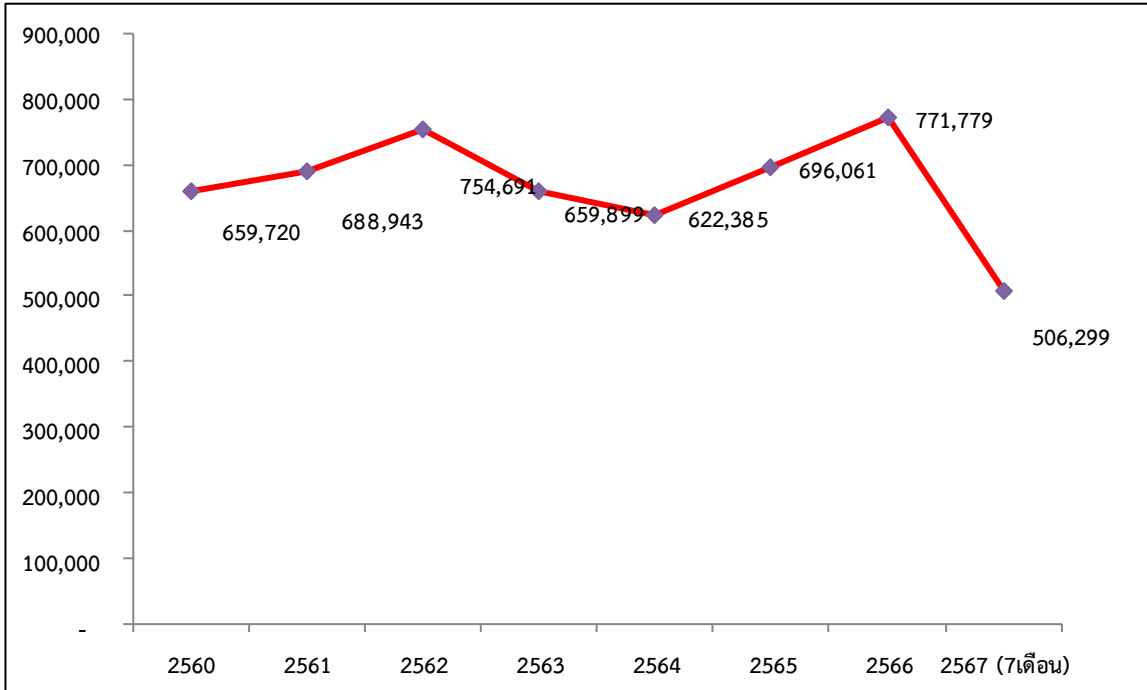
### จำนวนเตียงโรงพยาบาลสงขลา

ลำดับ	แผนก/ หอผู้ป่วย	เตียงสามัญ	เตียงพิเศษ	รวม
๑	สูติ-นรีเวชกรรม	๒๔	๙	๓๓
๒	ศัลยกรรม			
	๒.๑ ศัลยกรรมชาย	๓๓	-	๓๓
	๒.๒ ศัลยกรรมหญิง	๓๓	-	๓๓
	๒.๓ ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	๓๓	-	๓๓
	รวม	๙๙		๙๙
๓	อายุรกรรม			
	๓.๑ อายุรกรรมชาย ๑	๒๗	๖	๓๓
	๓.๒ อายุรกรรมชาย ๒+นักโทษ	๓๒	๑	๓๓
	๓.๓ อายุรกรรมชาย ๓	๒๗	๖	๓๓
	๓.๔ อายุรกรรมหญิง ๑	๒๗	๖	๓๓
	๓.๕ อายุรกรรมหญิง ๒	๒๖	๗	๓๓
	๓.๖ Stroke/ สงฆ์	๒๕	๓	๒๘
	๓.๗ MIMCU	๑๘	๐	๑๕
	รวม	๑๘๒	๒๙	๒๑๑
๔	เด็ก			
	๔.๑ เด็ก ๑	๒๒	๗	๒๙
	๔.๒ เด็ก ๒	๑๖	๔	๒๐
	๔.๓ sick New born	๑๕	๐	๑๕
	รวม	๕๓	๑๑	๖๔
๕	ศัลยกรรมกระดูก	๒๖	๗	๓๓
๖	EENT	๑๗	๓	๒๐
๗	พิเศษ Premium			
	๗.๑ Premium ๑	๐	๑๔	๑๔
	๗.๒ Premium ๒	๐	๑๔	๑๔
๘	ชลาทัศน์	๐	๒๐	๒๐
	รวม	๔๐๑	๑๐๗	๕๐๘
๙	หอผู้ป่วยหนัก			
	๙.๑ ICU	๑๖	-	๑๖
	๙.๒ NICU	๑๒	-	๑๒
	๙.๓ PICU	๔	-	๔
	๙.๔ SICU	๘	-	๘
	๙.๕ ICU Neuro	๘	-	๘
	รวมหอผู้ป่วยหนัก	๔๘	๐	๔๘

ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา (ณ วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗)

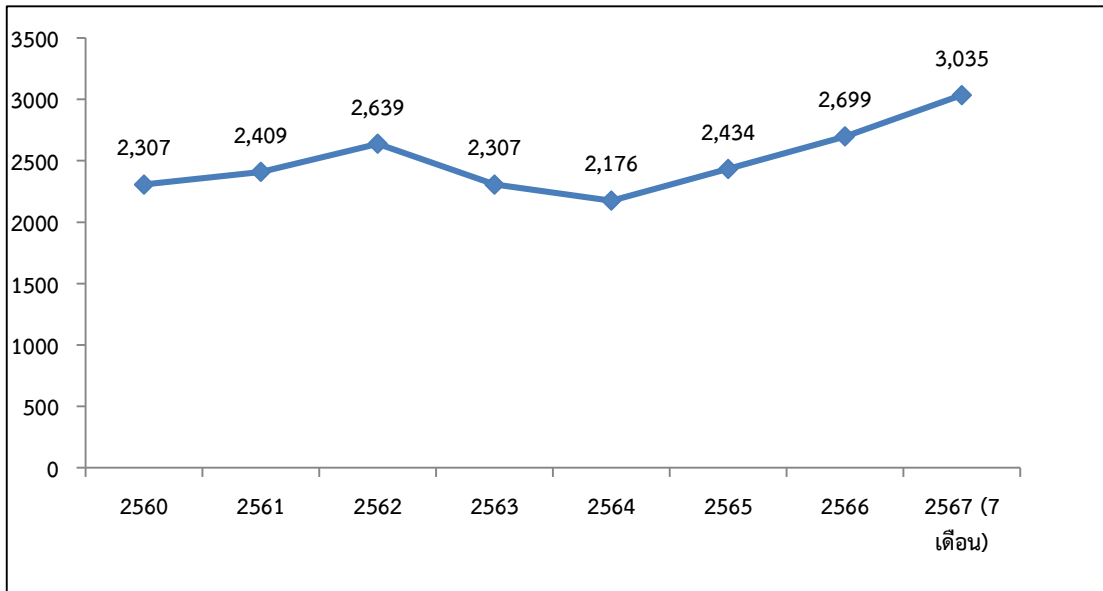


แผนภูมิที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)



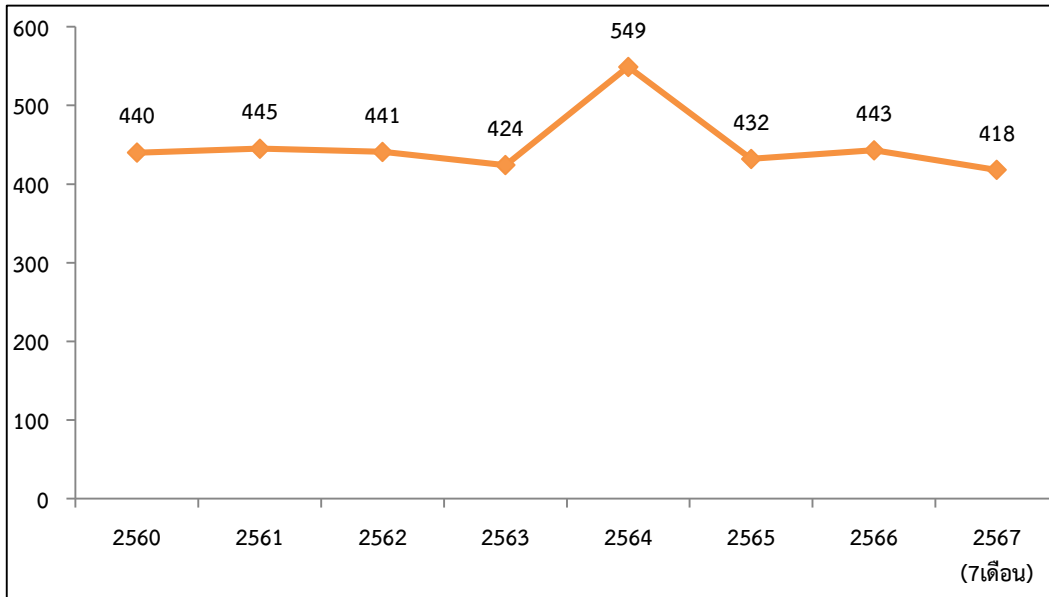
ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)



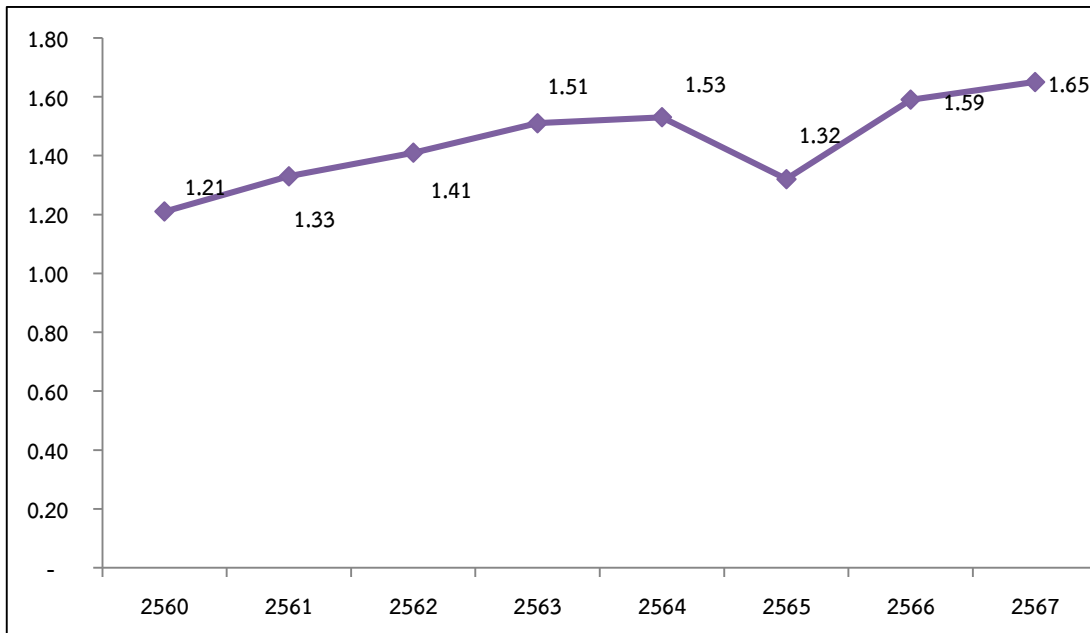
ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๓ : จำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)



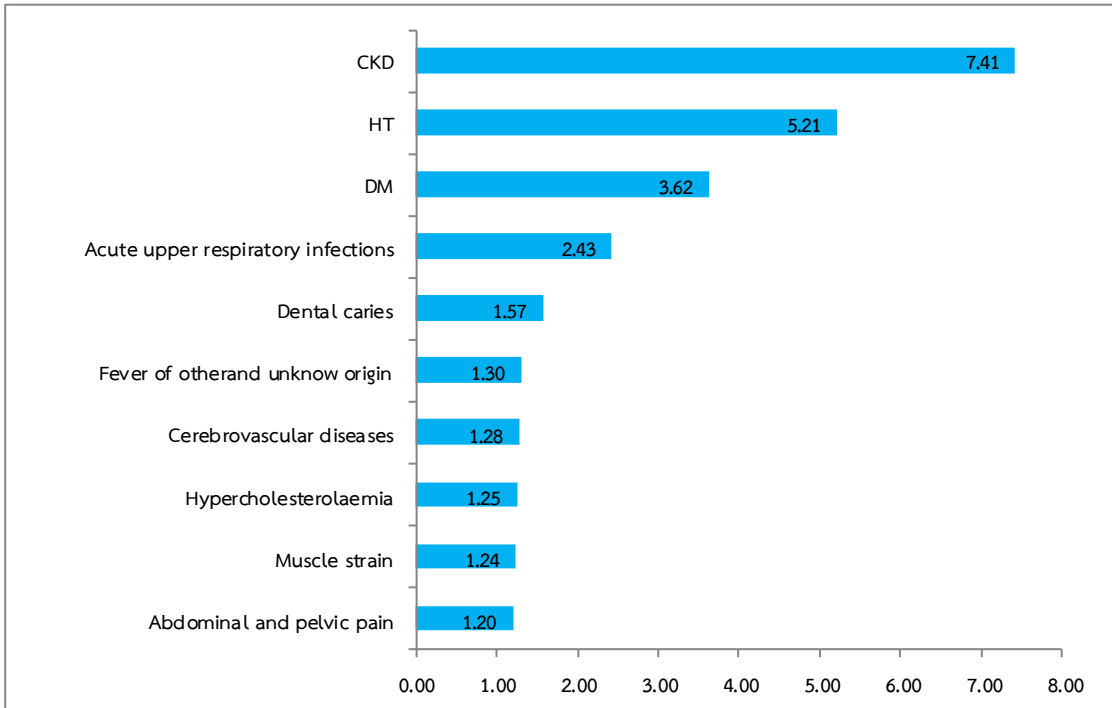
ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๔ : ค่า CMI โรงพยาบาลสงขลา  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)



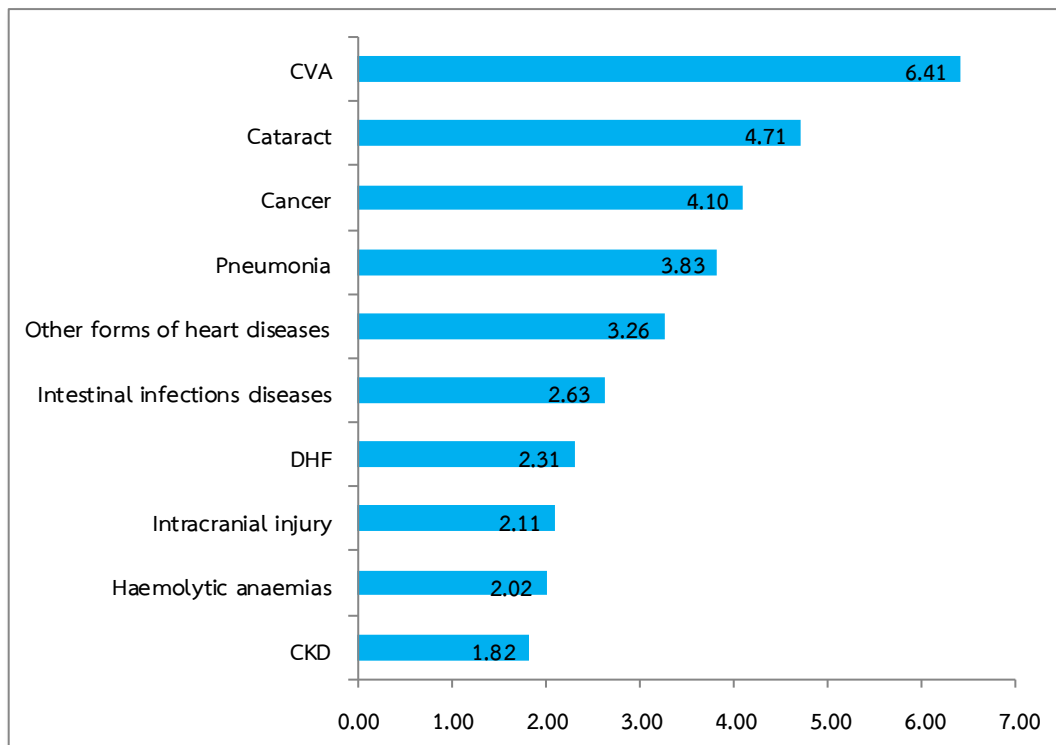
ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๕ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยนอก  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

แผนภูมิที่ ๖ : แสดง ๑๐ อันดับโรคแรก ผู้ป่วยใน  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) (หน่วย:ร้อยละ)



ที่มา: กลุ่มงานข้อมูลทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

# ประเด็นการตรวจราชการ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗



# ประเด็นที่ ๑

โครงการพระราชดำริฯ

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๑ : โครงการพระราชดำริฯ เถลิงพระเกียรติ และที่เกี่ยวข้องพระบรมวงศานุวงศ์

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์  
 ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำตามโครงการราชทัณฑ์ปันสุข  
 ทำความ ดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์



**สถานการณ์**

โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความ ดี เพื่อ ชาติ ศาสน์ กษัตริย์ มีเรือนจำ/ ทัณฑสถานที่อยู่ในความรับผิดชอบ ๔ แห่ง คือ เรือนจำกลางสงขลา เรือนจำจังหวัดสงขลา ทัณฑสถานหญิงสงขลา และทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา มีการจัดบริการสาธารณสุขครบ ๖ ด้าน ได้แก่ ๑.รักษาพยาบาล ๒.ส่งเสริมและป้องกันโรค ๓.ส่งเสริมสุขภาพจิต ๔.ฟื้นฟูสมรรถภาพ ๕.ส่งต่อเพื่อการรักษา ๖.ตรวจสอบสิทธิ

**จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน จังหวัดสงขลา**

เรือนจำ/ ทัณฑสถาน	จำนวนผู้ต้องขัง (คน)
๑.เรือนจำกลางสงขลา	๓,๖๙๙
๒.เรือนจำจังหวัดสงขลา	๒,๐๖๗
๓.ทัณฑสถานหญิงสงขลา	๘๑๐
๔.ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	๒,๙๑๐
<b>รวม</b>	<b>๙,๔๘๖</b>

## ผลการดำเนินการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗)

### ๑. มีเครือข่ายราชทัณฑ์ป็นสุขฯ ร้อยละ ๑๐๐

#### ผลงาน

- มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗/มีตารางเวรการให้บริการตรวจรักษาของแพทย์เวชปฏิบัติ/ มีตาราง Telemedicineทุกวันพุธ/มีตารางเวรแพทย์ Teleconsult กรณีฉุกเฉิน ๒๔ ชั่วโมง

- มีระบบปฐมภูมิในเรือนจำ เชื่อมโยงระบบยุติธรรม และตติยกรรม

- มีการนำเข้าข้อมูลรายงาน สสรจ.๑๐๑ ครบถ้วน ร้อยละ๑๐๐

- มีห้องแยกผู้ป่วยชายใน ๘ เตียง/หญิง ๒ เตียง

- มีการเชื่อมโยงข้อมูลสาธารณสุขผ่านระบบ HosXP และ JHCIS

- มีระบบ Fast track/ Fast pass

- มีการประชุมติดตามการดำเนินงานโครงการราชทัณฑ์ป็นสุขฯ ทุก ๔ เดือน

- มีระบบการจัดการข้อมูลเพื่อการเรียกเก็บ (E-CLAIM)

- มีการอบรม อสรจ. ๒ ครั้ง/ปี รุ่น ๑ วันที่ ๕ กุมภาพันธ์-๘ มีนาคม ๒๕๖๗ จำนวน ๓๓๐ คน รุ่น ๒ วันที่ ๑๓ พฤษภาคม-๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๗ จำนวน ๖๔๗ คน รวมทั้งสิ้น ๙๗๗ คน อัตราส่วน อสรจ. ต่อผู้ต้องขัง คิดเป็น ๑:๑๐

- เรือนจำกลางสงขลา เป็นเรือนจำ ราชทัณฑ์ป็นสุขฯ ต้นแบบ ของเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการดำเนินงาน ๖ องค์ประกอบ

- การควบคุมโรค

- การจัดการระบบบริการสุขภาพ

- ระบบปรึกษาทางไกล Telemedicine

- การควบคุมคุณภาพการบำบัดยาเสพติด

- การควบคุมคุณภาพการบำบัดพฤติกรรม

- นวัตกรรม



## ๒. การจัดบริการสาธารณสุขครบทั้ง ๖ ด้าน

มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน เครือข่ายโรงพยาบาล สงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยมีการจัดบริการสาธารณสุขครบ ๖ ด้าน

๑. ด้านรักษาพยาบาล มีแผนการตรวจของแพทย์เวชปฏิบัติ/ ทันตแพทย์ และให้บริการ Telemedicine ทุกสัปดาห์

๒. ด้านส่งเสริมและป้องกันโรค มีบริการ ANC วัคซีนพื้นฐานในเด็ก คัดกรองเบาหวาน ความดัน/ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ ทันตกรรม วัณโรค เอชไอวี

๓. ด้านส่งเสริมสุขภาพจิต บริการคัดกรองผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๑๐๐ มีแผนการตรวจรักษาของ แพทย์ และมีระบบการติดตามหลังปล่อยตัว

๔. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้บริการฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหา มีผู้พิการที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ จำนวน ๑๐๐ คน

๕. ด้านส่งต่อเพื่อการรักษา มีช่องทางการส่งต่อกรณีฉุกเฉิน และมีบริการ Teleconsult ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๖. ด้านการตรวจสอบสิทธิ มีการขึ้นทะเบียนสิทธิ์กับ สปสช. ร้อยละ ๙๙

๓. ผู้ต้องขังได้รับการคัดกรองวัณโรค มีแผนการเอ็กซเรย์ทุกเดือนในผู้ต้องขังแรกรับ ร้อยละ ๑๐๐ และ คัดกรองผู้ต้องขัง รายเก่า ร้อยละ ๑๐๐

## มาตรการสำคัญ/ สิ่งดำเนินการ

๑. มีการจัดประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด

โรงพยาบาลสงขลาจัดประชุมติดตามการดำเนินงานโครงการราชทัณฑ์ปันสุขฯ ทุก ๔ เดือน

๒. จัดบริการสาธารณสุขตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ

มีแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน เครือข่ายโรงพยาบาล สงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๓. ดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาเครือข่ายราชทัณฑ์ปันสุขฯ

เรือนจำกลางสงขลา เป็นเรือนจำ ราชทัณฑ์ปันสุขฯ ต้นแบบ ของเขตสุขภาพที่ ๑๒ มีการดำเนินงาน

## ๖ องค์ประกอบ

- การควบคุมโรค
- การจัดการระบบบริการสุขภาพ
- ระบบปรึกษาทางไกล Telemedicine
- การควบคุมคุณภาพการบำบัดยาเสพติด
- การควบคุมคุณภาพการบำบัดพฤติกรรม
- นวัตกรรม



๔. นำเข้าข้อมูลรายงาน สธจร.๑๐๑ ทาง google form ครบถ้วน ร้อยละ ๑๐๐

๕. จัดให้มีห้องแยกสำหรับผู้ต้องขังในผู้ชาย ๘ เตียง/ผู้หญิง ๒ เตียง ที่พักผู้คุม และมีระบบ Fast track/ Fast pass





วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

ระบบการส่งต่อข้อมูลด้านสุขภาพผู้ต้องขังที่รับย้ายระหว่างเรือนจำ เช่น โรคประจำตัว ผลเอ็กซเรย์ต่าง ๆ ผลเลือด วัคซีน ยาที่ใช้ปัจจุบัน เพื่อให้เรือนจำและโรงพยาบาลแม่ข่ายปลายทางได้รับทราบประวัติ ข้อมูลผู้ต้องขัง และให้การรักษาแบบต่อเนื่อง ลดการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการซ้ำซ้อน

ผู้รายงาน:

- นางศิริเพ็ญ หนูสาย
- ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: siripenaew1@hotmail.com

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
ประเด็นที่ ๑ : โครงการพระราชดำริฯ เกลิมพระเกียรติ และที่เกี่ยวข้องพระบรมวงศานุวงศ์

โครงการฟันเทียม รากฟันเทียม เกลิมพระเกียรติเนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗๒ พรรษา ๒๘ กรกฎาคม ๒๕๖๗

ตัวชี้วัด :

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
จำนวนผู้ให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ๑๖๘ คน (ร้อยละ ๘๐) สะสมตั้งแต่ตุลาคม ๖๕	จำนวนผู้ให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ๒๑๐ คน (ร้อยละ ๑๐๐) สะสมตั้งแต่ตุลาคม ๖๕	-	-
-	จำนวนผู้ให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ๑๐ คน (ร้อยละ ๔๐)	จำนวนผู้ให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ๑๘ คน (ร้อยละ ๗๐)	จำนวนผู้ให้บริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ๒๕ คน (ร้อยละ ๑๐๐)

เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

๑. จำนวนผู้ให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก

เป้าหมายของไตรมาสที่ ๒ คือจำนวนผู้ให้บริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก ๒๑๐ คน (ซึ่งคำนวณจากร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมายที่โรงพยาบาลสงขลาได้รับจัดสรร รวมปีงบประมาณ ๒๕๖๖ และ ๒๕๖๗ คือ ๒๑๐ คน )

ตัวชี้วัด	เป้าหมายไตรมาส ๒ (คน)	ผลการดำเนินการ (คน)	คิดเป็นร้อยละ
▪ จำนวนผู้ได้รับบริการใส่ฟันเทียม ถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	๒๑๐	๒๖๘	๑๒๗

ที่มา: ข้อมูลจาก HDC ๓๐ เม.ย.๖๗ หัวข้อทันตกรรม บริการ ๑๑.๕+๑๒.๕

## ๒. จำนวนผู้ได้รับบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม

เป้าหมายของไตรมาสที่ ๒ คือ จำนวนผู้ได้รับบริการรากฟันเทียมรองรับฟันเทียม ๑๐ คน (ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมายผู้รับบริการรากฟันเทียม ๒๕ คน ที่ได้รับการจัดสรรระดับจังหวัด)

ตัวชี้วัด	เป้าหมายไตรมาส ๒ (คน)	ผลการดำเนินการ (คน)	คิดเป็นร้อยละ
▪ จำนวนผู้ได้รับบริการรากฟันเทียม รองรับฟันเทียม	๑๐	๑๓	๑๓๑

## สถานการณ์

ปัจจุบันปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีผู้สูงอายุและกลุ่มวัยก่อนสูงอายุต้องการรับบริการฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปากที่โรงพยาบาลสงขลา จำนวน ๓๐๐ คน ผู้สูงอายุต้องการได้รับฟันเทียมเพิ่มขึ้นเนื่องจากการเข้าถึงการคัดกรองจากชมรมผู้สูงอายุโดยเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข นักวิชาการทันตสาธารณสุขของกลุ่มงานทันตกรรม และการประสานงานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่เป็นเครือข่ายปฐมภูมิผ่านการเข้าคิวทางระบบ online และปัจจุบัน มีอัตราการรอคอยประมาณ ๖-๗ เดือน การทำฟันเทียมที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลสงขลาจะทำโดยทันตแพทย์เฉพาะทางสาขาทันตกรรมประดิษฐ์ ซึ่งมีภาระงานเรื่องการทำฟันเทียมติดแน่นและฟันเทียมชนิดอื่น ๆ ด้วย

นอกจากนี้จากการคัดกรองผู้ที่เคยใส่ฟันเทียมไปแล้วพบว่า มีฟันเทียมที่หลวมหลังการใช้งานเนื่องจากการยุบตัวของสันเหงือก แต่มีความต้องการใส่รากฟันเทียมจำนวนไม่มากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปรับตัวในการใส่ฟันเทียมได้ และผู้สูงอายุรวมทั้งญาติผู้ป่วยหลายคนปฏิเสธการผ่าตัดฝังรากเทียม เนื่องจากกลัวการผ่าตัด นอกจากนี้จากการคัดกรองพบว่ามีผู้ป่วยหลายรายที่ไม่เข้าข้อบ่งชี้เช่นสันเหงือกแบนมาก ไม่สามารถฝังรากเทียมได้ มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามในการผ่าตัดฝังรากเทียมเช่น โรคเบาหวานควบคุมไม่ได้ โรคกระดูกพรุน ทานยาละลายลิ่มเลือด โรคหัวใจ สุกบู่หรือจัด (มากกว่า ๑๐ มวนต่อวัน) เป็นต้น

มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ทำเนนการ

มาตรการหลัก	กิจกรรมที่ดำเนินการ
๑. สื่อสารประชาสัมพันธ์ และคัดกรองเคสอย่าง ต่อเนื่อง	<ol style="list-style-type: none"><li>๑. ประชาสัมพันธ์โครงการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยการฝังราก ฟันเทียม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ในหลายช่องทางได้แก่เพจโรงพยาบาล เครือข่ายปฐมภูมิ เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน เสียงตามสายหมู่บ้าน อาสาสมัครหมู่บ้าน ป้ายหน้าคลินิกทันตกรรม</li><li>๒. ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เพื่อรับ Model ตัวอย่าง รากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก</li><li>๓. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินโครงการฝังรากเทียมแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง</li><li>๔. คัดกรองผู้สูงอายุที่เข้าโครงการเบื้องต้น โดยเจ้าหน้าที่ทันตภิบาล นักวิชาการทันตสาธารณสุขที่ออกให้บริการในชมรมผู้สูงอายุ</li><li>๕. ตรวจสอบผู้สูงอายุที่สนใจเข้าโครงการฝังรากเทียมโดยไม่มีคิวรอคอย</li></ol>
๒. พัฒนาศักยภาพ	<ol style="list-style-type: none"><li>๑. กิจกรรมแลกเปลี่ยนแนวทางในการจัดบริการรากเทียมในจังหวัด สงขลา</li><li>๒. พัฒนาศักยภาพทันตแพทย์และผู้ช่วยทันตแพทย์ในเครือข่ายโดยการ เตรียมผู้ป่วยมาฝังรากเทียมที่โรงพยาบาลสงขลาและทันตแพทย์เฉพาะ ทางของโรงพยาบาลสงขลาเป็นพี่เลี้ยง</li><li>๓. จัดบริการฝังรากเทียมโดยทันตแพทย์สาขาศัลยกรรมรากเทียม, สาขา ศัลยกรรมช่องปากและใบหน้าขากรรไกร และขั้นตอนการ pick up ฟันเทียมร่วมกับทันตแพทย์สาขาทันตกรรมประดิษฐ์</li></ol>
๓. ติดตามผล	<ol style="list-style-type: none"><li>๑. ประเมินรากเทียมและการใช้งานของฟันเทียม</li><li>๒. ติดตามการเรียกเก็บ E-Claim</li></ol>



สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. ขอความร่วมมือโรงพยาบาลเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ส่งเคสคนไข้สิทธิบัตรทองเพื่อมาตรวจ และรับการฝังรากฟันเทียมรองรับฟันเทียมทั้งปาก เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายค่อนข้างน้อย
๒. ขยายความครอบคลุมในสิทธิประโยชน์ของกลุ่มข้าราชการและผู้ประกันตน
๓. การอบรมให้ความรู้ในเรื่องการ Pick up ฟันเทียมบนรากเทียม



### ผู้รายงาน

- ทพญ.นิลุบล อัครพิมาน
- ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗
- E-mail: Dentooy๒๕@gmail.com

# ประเด็นที่ ๒

สุขภาพจิตและยาเสพติด



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๒ : สุขภาพจิต/ยาเสพติด

**สุขภาพจิตและยาเสพติด**

**ตัวชี้วัด**

๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ
  - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน)
  - ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี (ร้อยละ ๙๐)
๒. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม ๖ เดือน (ร้อยละ ๕๕)

**ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ( ๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗ )**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</li> </ul>	< ๘ ต่อแสน ปชก.	๑.๔๐ (๒ คน)
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะ ๑ ปี</li> </ul>	๙๐%	๗๖.๖๗
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม ๖ เดือน</li> </ul>	≥ ๕๕	๖๕.๒๓
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงติดตาม๑ปี (Retention Rate)</li> </ul>	๖๐%	๓๑.๘๒

**สถานการณ์**

จากสถานการณ์การระบาดของยาเสพติด ก่อให้เกิดผู้ป่วยจิตเวชจากสารเสพติดที่ก่อความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น สร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัว ชุมชนและสังคม การนำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลมีความลำบากและเสี่ยงอันตราย อีกทั้งปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม ล้วนทำให้เกิดความเครียด มีภาวะซึมเศร้าส่งผลต่ออัตราการทำร้ายตัวเอง ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัจจัยกระตุ้น เช่น ความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิตเวช

**มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ทำเนิการ**

๑. พัฒนาศักยภาพการสังเกตสัญญาณเตือนและการเฝ้าระวัง/ประเมินการคิดฆ่าตัวตายแก่ อสม.และ จนท.รพ.สต.เครือข่าย
๒. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงการรักษาโดยจัดการตรวจผ่านระบบ telemedicine เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาต่อเนื่อง ลดความแออัด และการกำเริบซ้ำ
๓. ติดตามกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตนเองทุก ๑ เดือนเป็นระยะเวลา ๖ เดือนเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองซ้ำ
๔. คัดกรอง ประเมินการใช้สารเสพติดในผู้รับบริการทุกคนที่มาใช้บริการและนำเข้าสู่การบำบัดรักษา

๕. คัดกรองและให้ความรู้เรื่องยาเสพติดแก่นักเรียนในโรงเรียนประถมและมัธยมใน อ.เมืองสงขลา เพื่อป้องกันและนำเข้าสู่การบำบัดรักษา

๖. ร่วมกับผู้นำชุมชน /มหาดไทย/ปกครองในการคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติดและบำบัดโดยชุมชนแบบ CBTx ซึ่งดำเนินการแล้ว

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. อัตรากำลัง (พยาบาล/ นักจิตวิทยา)

๒. ขวัญ/ กำลังใจ ความก้าวหน้าบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและยาเสพติด เช่น การปรับตำแหน่งจากลูกจ้างรายวันเป็นพนักงานราชการหรือบรรจุ



#### ผู้รายงาน

- นางเกศินี บัวชื่น
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลสงขลา
- E-mail kasine๑๙๖๘@gmail.com
- โทร. ๐๘๙-๕๙๙๖๔๘๗



# ประเด็นที่ ๓

## มะเร็งครบวงจร



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๓ : มะเร็งครบวงจร

ประเด็นการตรวจราชการ

- Cancer warrior
- มะเร็งปากมดลูก
- มะเร็งลำไส้ใหญ่

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง
  - ๑.๑ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (≥ ร้อยละ ๖๐)
  - ๑.๒ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็ง ปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy (≥ ร้อยละ ๗๐)
  - ๑.๓ ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (≥ ร้อยละ ๕๐)
  - ๑.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็ง ลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy (≥ ร้อยละ ๕๐)
๒. มีทีม cancer warrior ระดับจังหวัด
๓. ผู้ป่วยโรคมะเร็งสำคัญ ๕ โรค ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๗๗)
  - ๓.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา ๔ สัปดาห์
  - ๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์
  - ๓.๓ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

เป้าหมายบริการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำแนกรายอำเภอ

ในอำเภอลูกข่ายของ รพ.สงขลา เป้า ๑๑,๖๖๑ (รายยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

อำเภอ	เป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี	ผลการคัดกรอง	ร้อยละคัดกรอง (เป้าหมายร้อยละ ๕๐)	จำนวนผลบวก	ร้อยละผลบวก	หน่วยบริการที่ทำ Colonoscopy	Colonoscopy	ร้อยละ Colonoscopy	Malignancy	หมายเหตุ
เมืองสงขลา	๓,๘๑๐	๓,๒๑๓	๘๔.๓๓	๑๑๕	๓.๕๘	รพ.สงขลา	๘๙	๗๗.๓๙	๑	
ระโนด	๑,๕๐๐	๑,๓๕๑	๙๐.๐๗	๑๙๔	๑๔.๓๖	รพ.สงขลา	๑๙	๙.๗๙	๐	โครงการส่องกล้องโรงพยาบาลระโนด วันที่ ๑๘-๑๙/๐๕/๖๗
สติงพระ	๘๕๓	๘๑๐	๙๕.๙๖	๔๘	๕.๙๓	รพ.สงขลา	๔๓	๘๙.๕๘	๑	
สิงหนคร	๑,๖๖๗	๓,๑๗๒	๑๙๐.๒๘	๑๒๘	๔.๐๔	รพ.สงขลา	๙๖	๗๕	๐	
กระแสสินธุ์	๓๑๙	๒๙๓	๘๙.๐๖	๗๘	๒๖.๖๒	รพ.สงขลา	๓๑	๓๙.๗๔	๐	
จะนะ	๒,๑๐๑	๑,๗๗๖	๘๔.๕๓	๒๕๓	๑๔.๒๕	รพ.สงขลา	๑๒๗	๕๐.๒๐	๑	
เทพา	๑,๔๑๙	๒,๒๘๓	๑๖๐.๘๙	๑๑๘	๕.๑๗	รพ.สงขลา/รพ.นาทวี	๖๒	๕๒.๔๕	๓	
สะบ้าย้อย	๑,๔๐๑	๑,๑๗๕	๘๓.๘๗	๑๐๒	๘.๖๘	รพ.สงขลา/รพ.นาทวี	๑๔	๑๓.๗๓	๐	ส่องกล้องที่นาทวี ๔๑ ราย
รวม	๑๓,๐๘๐	๑๔,๐๗๓	๑๐๗.๕๙	๑,๐๓๖	๗.๓๖		๔๘๑	๔๖.๔๓	๖/๑.๒๕	



**ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ ๕๐)**

(ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	กลุ่มเป้าหมาย ชายและหญิงอายุ ๕๐-๗๐ ปี (คน)	ผลการคัดกรองด้วยการตรวจ Fit Test					
		ผลการคัดกรอง		ผลลบ		ผลบวก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	๑๓,๐๘๐	๑๔,๐๗๓	๑๐๗.๕๙	๑๒,๙๗๘	๙๒.๒๒	๑,๐๙๖	๗.๓๖

ที่มา: ข้อมูล ska.hdc.moph.go.th

**ร้อยละของผู้ที่ได้รับการส่องกล้อง colonoscopy (ร้อยละ ๕๐)**

(ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	Fit test positive		Colonoscopy (โรงพยาบาลสงขลา)		Cancer	หมายเหตุ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	๑,๐๓๖	๗.๓๖	๔๘๑	๔๖.๔๓		

หมายเหตุ: คิว Colonoscopy ไม่เกิน ๓ สัปดาห์ หลังจากรับการประสานงาน

**เป้าหมายบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำแนกรายอำเภอ ในอำเภอลูกข่าย  
ของ รพ.สงขลา เป้า ๑๑,๖๖๑ (ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)**

อำเภอ	เป้าหมาย ผู้หญิงอายุ ๓๐-๖๐ ปี	หน่วยตรวจ HPV DNA test (center lab)	หน่วยบริการ ที่ทำ Coproscopy	ผลการ คัดกรอง	ร้อยละ คัดกรอง (เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐)	ผล HPV (ราย)			ผล LB ที่ต้องทำ Colposcopy ต่อ (>ACS-US)	รวมจำนวน เคสที่ต้องทำ Colposcopy	ได้รับการทำ Colposcopy แล้ว	ร้อยละการทำ Colposcopy (เป้าหมาย ร้อยละ ๗๐)	
						จำนวน ผลลบ	Type 16	Type 18					Non 16,18
							ส่ง Colposcopy ต่อ	ส่ง LB ต่อ					
เมืองสงขลา	๔,๔๔๑	รพ.สงขลา	รพ.สงขลา	๒,๕๔๓	๕๗.๒๖	๒,๓๓๒	๔๘	๑๔	๑๒๔	๓๘	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ระโนด	๑,๕๗๕	รพ.สงขลา	รพ.สงขลา	๑,๑๘๖	๗๕.๓	๑,๑๕๗	๑๒	๑	๓๓	๐	๑๓	๙	๖๙.๒๓
สติงพระ	๙๒๕	รพ.สงขลา	รพ.สงขลา	๓๙๔	๔๒.๕๙	๓๗๔	๓	๒	๑๕	๒	๗	๓	๔๒.๘๖
สิงหนคร	๒,๐๖๗	รพ.สงขลา	รพ.สงขลา	๔๔๘	๒๑.๗๓	๔๒๑	๒	๑	๒๑	๕	๘	๗	๘๗.๕
กระแสดินรุ้ง	๓๑๓	รพ.สงขลา	รพ.สงขลา	๒๓	๗.๓๕	๒๓	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
จะนะ	๒,๗๙๓	รพ.สงขลา	รพ.สงขลา	๑,๔๗๒	๕๒.๗	๑,๔๔๔	๑๑	๖	๖๐	๑๙	๓๖	๒๕	๖๙.๔๔
เทพา	๑,๘๓๐	นาทวี	รพ.สงขลา									๘	
สะบ้าย้อย	๒,๐๐๖	นาทวี	รพ.สงขลา									๖	
รวม	๑๒,๑๐๙/ ๑๕,๙๔๕			๖,๐๖๖	๕๐.๐๙	๕,๗๕๑	๗๖	๒๔	๒๕๓	๖๔	๑๖๔	๑๔๔	๘๗.๘

ที่มา: Pathology sector SKH + HPVcx ๒๐๒๐

**ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ ๖๐)**

(ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ปี งบประมาณ	กลุ่มเป้าหมาย หญิงอายุ ๓๐-๖๐ปี	ผลการคัดกรองด้วยการตรวจ HPV DNA					
		ผลการคัดกรอง		ผลลบ		ผลบวก ที่จำเป็นต้องส่ง colposcopy	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
๒๕๖๗	๑๒,๑๐๙	๖,๐๖๖	๕๐.๐๙	๕,๗๕๑	๙๔.๘๑	๑๖๔	๒.๗๐

ข้อมูลจากโปรแกรม HPVcxS ๒๐๒๐ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ : <https://web.hpv.nci.go.th/>

**ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็ง ปากมดลูก) ได้รับการส่งกล้อง Colposcopy (≥ ร้อยละ ๗๐)**

(ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ปี งบประมาณ	กลุ่มเป้าหมายหญิง อายุ ๓๐-๖๐ปี (จำนวน)	ผลการคัดกรองด้วยการตรวจ HPV DNA				Cancer
		ผลบวก (ที่ต้องทำ colposcopy)		Colposcopy		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
๒๕๖๗	๑๒,๑๐๙	๑๖๔	๒.๗	๑๔๔	๘๗.๘	๑ ราย

ข้อมูลจากโปรแกรม HPVcxS๒๐๒๐ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ : <https://web.hpv.nci.go.th/>

**เป้าหมายบริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำแนกรายอำเภอ**

(ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

อำเภอ	ประชากรอายุ ๓๐-๗๐ ปี	ผลการคัดกรอง	ร้อยละ (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ )	ผลผิดปกติ	ส่งต่อเพื่อพบ แพทย์แล้ว	หมายเหตุ
เมืองสงขลา	๔๐,๗๒๘	๓๑,๗๒๗	๗๗.๙๐	๑๐	๑๐	รอผ่าตัดเพื่อ วินิจฉัย ๑ ราย
ระโนด	๑๔,๖๑๖	๑๒,๓๒๐	๘๔.๒๙	๐	๐	
กระแสดินธุ์	๓,๐๒๘	๒,๑๙๗	๗๒.๕๖	๒	๒	
สทิงพระ	๘,๖๗๐	๘,๕๐๐	๙๘.๐๔	๐	๐	
สิงหนคร	๑๘,๓๖๕	๑๒,๔๖๔	๖๗.๘๗	๐	๐	
จะนะ	๒๔,๔๙๙	๒๒,๐๔๖	๘๙.๙๙	๐	๐	
เทพา	๑๖,๐๒๒	๑๓,๓๐๗	๘๓.๐๕	๒	๒	
สะบ้าย้อย	๑๗,๑๑๕	๑๒,๕๖๒	๗๓.๔๐	๒	๒	
รวม	๑๔๓,๐๔๓	๑๐๘,๘๗๓	๗๖.๐๙	๑๖	๑๖	



ผลการดำเนินงานมะเร็งตับ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เป้าหมายการคัดกรองมะเร็งตับ > ๗๐ %

เป้าหมายบริการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำแนกรายอำเภอ

ในอำเภอลูกข่ายของ รพ.สงขลา จำนวน ๙,๐๒๘ ราย

อำเภอ	เป้าหมายการคัดกรอง	HBV						HCV					
		การคัดกรอง		ผลการตรวจ				การคัดกรอง		ผลการตรวจ			
		คัดกรองแล้ว	ร้อยละ	Positive	ร้อยละ	Negative	ร้อยละ	คัดกรองแล้ว	ร้อยละ	Positive	ร้อยละ	Negative	ร้อยละ
เมืองสงขลา	๒,๓๘๐	๕๐๖	๒๑.๒๖	๓	๐.๖	๕๐๓	๙๙.๔๑	๕๐๖	๒๑.๒๖	๑	๐.๒	๕๐๕	๙๙.๘
สิงหนคร	๑,๒๑๒	๙๖๕	๗๙.๖๒	๑๐	๑.๐๓	๙๕๕	๙๘.๖๙	๙๖๕	๗๙.๖๒	๑	๐.๑	๙๖๔	๙๙.๘๙
สติงพระ	๗๔๒	ชื่อชุดตรวจแล้ว	-	๐	-	๐	-	๐	-	๐	-	๐	-
กระแสดลิ้นรุ้	๒๔๐	๒๙๙	๑๒๔.๕	๑๑	๓.๖๘	๒๘๘	๙๖.๓๒	๒๙๙	๑๒๔.๕	๒	๐.๖๖	๒๙๗	๙๙.๓๓
ระโนด	๑,๐๐๓	๒๔๕	๒๔.๔๒	๔	๐.๔	๓๓๗	๓๓.๖	๒๒๕	๒๒.๔๖	๐	๐	๒๑๑	๒๑.๐๔
จะนะ	๑,๔๗๘	๑๓๓๘	๙๐.๕๒	๑๖	๑.๑๙	๑๓๒๒	๙๘.๘	๑๓๓๘	๙๐.๕๒	๑๑	๐.๘๒	๑๓๒๗	๙๙.๑๘
เทพา	๑,๐๑๘	๑,๐๑๘	๑๐๐	๑๙	๑.๘๖	๙๙๙	๙๘.๑๓	๑,๐๑๘	๑๐๐	๑	๐.๐๙	๑,๐๑๗	๙๙.๙๑
สะบ้าย้อย	๙๕๕	๓๔๖	๓๖.๒๓	๒	๐.๕๗	๓๔๔	๙๙.๔๒	๓๔๖	๓๖.๒๓	๐	๐	๓๔๖	๑๐๐
รวม	๙,๐๒๘	๔๗๑๗	๕๒.๒๕	๖๕	๑.๓๘	๔๖๕๒	๑๐๐.๖๖	๔๕๙๗	๕๐.๙๒	๑๖	๐.๓๕	๔๖๖๗	๑๐๑.๕๒

### มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องการ

การรอคอยการรักษามะเร็งเต้านมและลำไส้ รพ.สงขลา ๒๕๖๗  
(ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗	หมายเหตุ
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่		๔๗ ราย	
๑. รายงานลดอัตราป่วย ระยะ ๑-๒	๗๐	๔๓.๖๖% (๓๑/๗๑)	Unstage ๒๖ ราย
๑. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน ๒ สัปดาห์	๘๐	๘๘.๙๗% (๙๖/๙๗)	
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	๗๗	๗๕.๓๖% (๕๒/๖๙)	
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์	๗๗	๘๔.๖๔% (๕๓/๕๖)	
๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์	๗๗	N/A	

ภาพรวมการรักษามะเร็งเต้านม รพ.สงขลา ๒๕๖๖ (ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗	หมายเหตุ
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่		๔๗ ราย	
๑. รายงานลดอัตราป่วย ระยะ ๑-๒	๗๐	๔๗.๒๒ % (๑๗/๓๖)	Unstage ๑๑ ราย
๒. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน ๒ สัปดาห์	๘๐	๘๗.๘๗ % (๔๖/๕๒)	
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	๗๗	๕๕.๕๖ % (๒๐/๓๖)	
๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์	๗๗	๘๗.๓๓ % (๓๗/๓๘)	
๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์	๗๗	N/A	

ข้อมูล ๑๕/๐๕/๒๕๖๗



การรักษามะเร็งลำไส้ รพ.สงขลา ๒๕๖๗ (ยอดสะสม ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	เป้าหมาย ร้อยละ	ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๗	หมายเหตุ
ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด			
จำนวนผู้ป่วยรายใหม่		๕๐ ราย	
๑. รายงานลดอัตราป่วย ระยะ ๑-๒	๗๐	๔๐ % (๑๔/๓๕)	Unstage ๑๕ ราย
๒. ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา ภายใน ๒ สัปดาห์	๘๐	๑๐๐% (๕๐/๕๐)	
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายใน ๔ สัปดาห์	๗๗	๙๖.๙๗% (๓๒/๓๓)	
๔. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน ๖ สัปดาห์	๗๗	๘๘.๘๙ % (๑๖/๑๘)	
๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน ๖ สัปดาห์	๗๗	N/A	



ผู้รายงาน

- นพ.เอกพจน์ เชี่ยวฉลาด นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- นางเพ็ญแข รัตนพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- นางสรिता ฤทธิ์คำรพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐

# ประเด็นที่ ๔

ลดแออัด ลดรอยคย ลดป่วย ลดตาย



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

**การแพทย์ปฐมภูมิ**

ตัวชี้วัด : จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ (๓,๕๐๐ ทีม)

**เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ไตรมาส ๓)
- จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	๖๕%	๖๓.๑๖	๖๓.๑๖	๗๘.๙๕	๘๔.๒๑

**สถานการณ์**

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary care service) มีความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของประเทศ ที่จะทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรมมากขึ้น รวมทั้งสามารถลดความแออัดในโรงพยาบาลหลายแห่งได้มากขึ้น ประเทศไทยมีนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้นเมื่อมีการกำหนดสาระสำคัญในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐ มาตรา ๒๕๘ ช (๕) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมี ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค รวมทั้งส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม ปัจจุบัน พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ ได้ประกาศ ในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๒๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ประกอบด้วย ๖ หมวด และบทเฉพาะกาล รวมทั้งหมด ๔๓ มาตรา โดย มาตรา ๑๐ (๑) บัญญัติให้คณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิมีหน้าที่และอำนาจ เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์และแผนเกี่ยวกับบริการสุขภาพปฐมภูมิและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ต่อคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณา ให้ความเห็นชอบ และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปปฏิบัติคณะกรรมการระบบสุขภาพปฐมภูมิ ได้จัดทำแผนปฏิบัติการด้านระบบสุขภาพปฐมภูมิ (พ.ศ.๒๕๖๔ -๒๕๗๕) ซึ่งเป็นการกำหนดระยะเวลาของ แผน ๑๐ ปี เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ มาตรา ๔๓ ที่บัญญัติไว้ภายในสิบปีนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สำนักงาน จัดให้มี หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในสัดส่วนที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ และลักษณะพื้นที่



อำเภอเมืองสงขลา ดำเนินการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช ๒๕๖๒ ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๐- ๒๕๖๖ จำนวน ๑๕ แห่ง/ ๑๙ แห่ง พบว่าตั้งแต่วันที่ ๓ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ มีหน่วยบริการปฐมภูมิออกนอกระบบ รวมทั้งสิ้น ๗ แห่ง (ขึ้นทะเบียนฯ ๖ แห่ง / รอขึ้นทะเบียนฯ อีก ๑ แห่ง)

**สรุปแผน ๑๐ ปี การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ  
ตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ อำเภอเมืองสงขลา**

เขตพื้นที่ อำเภอ	๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๓		๒๕๖๔		๒๕๖๖		๒๕๖๗		๒๕๖๘		๒๕๗๐	
	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N	P	N
เมืองสงขลา	๔	-	๒	๓	๑	๑	-	๑	๓	-	-	-	๑	-	-	๑
สิงหนคร	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑	-	-	-	-	-
- สังกัด อบจ.																๑

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ อำเภอเมืองสงขลาขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มอีก ๑ แห่ง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวเขา (เป็นแห่งที่ ๑๖ จากเป้าหมายทั้งหมด ๑๙ แห่ง) คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๒๑ ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย โดยหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ได้รับการดูแลด้วยกลไก ๓ หมอ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลทุกแห่ง

**จำนวนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อำเภอเมืองสงขลา ปี ๒๕๖๗**

รายชื่อหน่วยงาน	จำนวน (คน)	วว.	อว.	ระยะสั้น	โครงการสนับสนุน แพทย์เพื่อสอบ อว.	สาขาอื่นๆ
โรงพยาบาลสงขลา	๑๖	๑๑	๒	๑	๑	๑

**๔. มาตรการสำคัญ/สิ่งที่ดำเนินการ**

**๔.๑ แผนการดำเนินงาน**

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- ทบทวนแผนการจัดตั้ง หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	- การแก้ไข เปลี่ยนแปลง ข้อมูลการจัดตั้งหน่วย บริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการ ปฐมภูมิ	- นิเทศผสมผสานระดับ อำเภอ ติดตามผลการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัด สาธารณสุข และประเมิน คุณภาพมาตรฐาน บริการ สุขภาพปฐมภูมิ	- พัฒนาส่วนขาดจากผลการ ประเมินตามเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานบริการสุขภาพปฐม ภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ฉบับปรับปรุง

๑. แผนการดำเนินงาน (ต่อ)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
- ทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒	- จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการ ๑ หน่วย		- หมุนเวียนแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวปฏิบัติงานครอบครัวพื้นที่ ร่วมกับใช้เทคโนโลยี Telemedicine

๒. ผลงานตัวชี้วัดตามปัญหาพื้นที่

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ			
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค. ๖๖-เม.ย. ๖๗)
- ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT	DM ≥๙๐%	๙๕.๓๑	๙๔.๗๕	๙๐.๗๕	๘๖.๖๐
	HT ≥๙๐%	๙๕.๑๖	๙๔.๗๑	๙๐.๙๙	๘๗.๗๒
- กลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน วินิจฉัย	DM ≥๗๒%	๒๑.๕๙	๖๘.๕๒	๙๐.๗๓	๗๖.๙๕
	HT ≥๘๕%	๘๖.๒๑	๘๘.๖๒	๙๔.๓๘	๙๓.๒๐

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน / ข้อเสนอแนะ
ความครอบคลุมการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ตามแผน ๑๐ ปี ขึ้นกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แต่ทว่ากรอบ FTE ของแพทย์ คัดรวมทั้งแพทย์ทุกแผนกของโรงพยาบาล	- ผู้บริหารสูงสุดทุกระดับ ทบทวนความจำเป็นตาม พรบ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ขยายกรอบ FTE ปรับเพิ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

ผู้รายงาน

- นางภัชชดา สิทธิคง
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: cupsongkhla.sk@gmail.com



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย : การแพทย์ปฐมภูมิ

**อำเภอสุขภาพดี**

คำนิยาม : อำเภอสุขภาพดี หมายถึง หน่วยงานภาคสาธารณสุข การศึกษา หรือสังคมที่ให้บริการที่เกี่ยวข้อง กับสุขภาพ เช่น การบริการข้อมูลข่าวสาร การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค พิ้นฟูสุขภาพ ร่างกายและ จิตใจ หรือการบริการอื่นใดที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงบริการที่ง่ายและมีคุณภาพจนมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น ในทั้ง ๔ setting (วัด/ โรงเรียน/ โรงงาน/ ชุมชน)

**เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.-เม.ย. ๖๖)**

ตัวชี้วัด	ผ่าน	เกณฑ์ประเมิน									
		UC CARE	กองทุน ตำบล	Health station หรือ สุขศาลา			Healthy package				
				Health station	สุขศาลา	ทะเบียนคัดกรอง	กินดี (เมนูสุขภาพ)	จิตดี (คลินิกจิตใจ)	ลดเนื้องู (ภาวะหัวใจ)	สิ่งแฉัดล้อมดี (เมืองสุขภาพดี)	สัมพันธ์ภาพดี (อำเภออรบรู)
ร้อยละ ๕๐อำเภอ ผ่านเกณฑ์ อำเภอสุขภาพดี	ไม่ผ่าน	๑	๑	๐	๑	๑	๑๐๒	๑	๔,๖๗๖	๑	๓

**สถานการณ์**

อำเภอเมืองสงขลา ทั้ง ๖ ตำบล ไม่มีตำบลที่ผ่านเป็นตำบลสุขภาพดี ภาพรวมอำเภอไม่ผ่านอำเภอสุขภาพดี (ที่มา <https://lookerstudio.google.com/s/ljzWx๗yaEHO> ข้อมูล DB\_นโยบายกระทรวง ๖๗)



มาตรการสำคัญ/สิ่งที่ดำเนินการ  
แผนการดำเนินงาน

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. ทบทวนคำสั่ง พขอ.	๑. ประชุม พขอ.ชี้แจง ทำความเข้าใจความ เป็นมา อำเภอสุขาพดี ๒. มอบหมายงาน ๓. กำกับ ติดตามการดำเนินงาน	๑. ประชุม พขอ. ติดตาม ผลการดำเนินงาน	๑. ประเมินผล ถอดบทเรียน

สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	สิ่งที่ต้องการสนับสนุน / ข้อเสนอแนะ
- มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานทุกปี (นายอำเภอ/ ผู้รับผิดชอบงาน สสอ.) ทำให้ขาดความต่อเนื่องใน การดำเนินงานและการขับเคลื่อนงาน/นโยบายสำคัญ ที่ต้องบูรณาการหลายภาคส่วน/กรม/กอง/หน่วยงาน ไม่มีประสิทธิผล	- การขับเคลื่อนงานผ่าน พจจ. โดยกำหนด Policy ในระดับ จังหวัดและขยายผลสู่ พขอ./พชต. ทุกตำบล - พัฒนาทีมเลขานุการ และคณะกรรมการ พขอ.ให้มีความ เข้มแข็ง

ผู้รายงาน.

- นายพิเชษฐ์ สุขทร
- ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา
- วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: sk\_muang@hotmail.com



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

**การแพทย์ปฐมภูมิ**

ตัวชี้วัด: อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

**เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด**

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	อำเภอ	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๖๕	เมืองสงขลา	๑,๘๕๐	๑,๘๔๕	๙๙.๘๔

ผลสำเร็จ/ตัวชี้วัด	ตำบล	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
อสม.มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๖๕	เขารูปช้าง	๔๕๗	๔๕๖	๙๙.๗๘
	เกาะแก้ว	๒๓๓	๒๓๓	๑๐๐.๐๐
	พะวง	๓๔๔	๓๔๔	๑๐๐.๐๐
	ทุ่งหวัง	๒๐๐	๒๐๐	๑๐๐.๐๐
	เกาะยอ	๘๔	๘๔	๑๐๐.๐๐
	บ่อยาง	๕๓๒	๕๒๘	๙๙.๒๕

**สถานการณ์**

จังหวัดสงขลา มีจำนวน อสม. ที่ขึ้นทะเบียน อยู่ในระบบสารสนเทศ งานสุขภาพภาคประชาชน (thaiphc) ทั้งหมด ๑๘,๒๖๙ คน โดยที่อำเภอเมืองสงขลา จำนวน อสม. ๑,๘๔๕ คน (เสียชีวิต/ลาออก ๕ คน) โควตาว่า ๕ คน อสม.มีการรายงานผลการปฏิบัติงานบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานทุกเดือน ผ่าน application Smart อสม. มีรายงาน ซึ่งประกอบด้วย

๑. การส่งเสริมสุขภาพ เยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เยี่ยมหญิงหลังคลอด เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังและถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

๒. การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค โรคไข้เลือดออก ไข้หวัดใหญ่ เบาทหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ให้คำแนะนำประชาชนบริโภคผลิตภัณฑ์/อาหาร/เกลือเสริมไอโอดีน แนะนำประชาชนลดก้นหวาน มัน เค็ม

๓. การฟื้นฟูสุขภาพ เยี่ยมบ้านให้คำแนะนำผู้ป่วย เบาทหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจ ฯลฯ

๔. การคุ้มครองผู้บริโภค เฝ้าระวังและให้คำแนะนำการบริโภคอาหารปลอดภัย

๕. การจัดการสุขภาพชุมชนและการมีส่วนร่วมในแผนสุขภาพตำบล

๖. กิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่ ชักชวนผู้เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีเลิกบุหรี่ เติบโตองค์กรฯ

๗. สนับสนุน อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ติดตามให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วย

- ๘. การใช้จ่ายสมเหตุสมผล/ การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ
- ๙. การเข้าร่วมกับทีมหมอครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยและชุมชน ช่วยเหลือครอบครัว
- ๑๐. งานอื่น ๆ ตามนโยบาย หรือสภาพปัญหาชุมชน

**มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ**

มาตรการสำคัญ	สิ่งที่ดำเนินการ
อำเภอมีกระบวนการบริหาร จัดการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชิงรุกในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	<ul style="list-style-type: none"><li>๑. มีคณะกรรมการบริหารชมรมอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ระดับอำเภอ และจัดประชุมทุก เดือน</li><li>๒. มีแผนส่งเสริมศักยภาพ และเพิ่มพูนความรู้แก่ อสม. ที่รับผิดชอบ</li><li>๓. มีคำสั่งมอบหมายให้ อสม. ที่มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูล ทะเบียนประวัติ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (<a href="http://www.thaiphc.net">www.thaiphc.net</a>) มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการให้ครบตาม จำนวนโควตาที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด</li><li>๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีแผนกำกับติดตาม การเพิ่มพูนความรู้และ ติดตามผลการปฏิบัติงาน ของ อสม. ที่มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการ</li><li>๕. อสม. รายงานผลการปฏิบัติงาน ตามแบบ (อสม. ๑) ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. (Dashboard Smart อสม.)</li><li>๖. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการตรวจสอบและรับรองผลการปฏิบัติงานของ อสม. ที่มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการ</li></ul>
อำเภอมีกระบวนการบริหาร จัดการพัฒนาศักยภาพ อสม. เชิงรุกในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (ต่อ)	<ul style="list-style-type: none"><li>๗. มีกลไกการจัดการ ปัญหา อุปสรรค</li><li>๗.๑ กรณีส่งเบิกค่าป่วยการ ไม่ครบตามโควตาที่รับการ จัดสรร หรือกรณีเบิกจ่ายไม่สำเร็จ</li><li>๗.๒ กรณีมีเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ อสม.</li><li>๘. สร้างความร่วมมือ ระหว่างทีม ๓ หมอ กับเครือข่ายสุขภาพ ในระดับพื้นที่ ในการจัดการสุขภาพ ชุมชน ด้วยการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)</li></ul>

### ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แผน/กระบวนการ/การแก้ไขปัญหา
๑. อสม. ไม่มี Smart phone ทำให้ไม่สามารถใช้ App. Smart อสม. ได้	๑. มีทีมงาน อสม. คอยช่วยเหลือ ในการบันทึกข้อมูล การบริการ ผ่าน App. Smart อสม.
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้นำข้อมูลการทำงานของ อสม. ใน Smart อสม. มาใช้ในการดูแลต่อเนื่อง	๒. ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้ ข้อมูลใน Smart อสม.

### ผู้รายงาน

- นายแสงสุรีย์ ศรีสวัสดิ์
- นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
- วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: sk\_muang@hotmail.com



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service plan สาขาไต

โรคไตวายเรื้อรัง (CKD)

ตัวชี้วัด:

๑. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR  $< 5\text{ml/min/1.73m}^2/\text{yr} \geq 66\%$
๒. ผู้ป่วยไตเรื้อรังรายใหม่ในกลุ่ม HT/DM ลดลงร้อยละ ๒๐
๓. ลดการบำบัดทดแทนไตที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า(unplanned dialysis) น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

ข้อมูลผู้ป่วยโรคไตที่มารับบริการปี ๒๕๖๕- ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-๓๐ เม.ย.๖๗) มีจำนวน ๔,๑๕๙ ๕,๕๕๑ และ ๕๕๑๐ รายตามลำดับ โดยในปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖- ๓๐ เม.ย.๖๗) มีผู้ป่วยโรคไต ระยะ ๓ จำนวน ๒๖๖๙ ราย ผู้ป่วยโรคไตระยะ ๔ จำนวน ๘๓๐ ราย และผู้ป่วยโรคไตระยะ ๕ จำนวน ๔๔๔ ราย ผู้ป่วยโรคไต ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ๓๔๓ ราย ในรพ.ผู้ป่วยประจำ ๕๗ ราย(ยังไม่รวมcase AKI และผู้ป่วยจากที่อื่นที่เป็น ESRD on HD มานอน รพ.) Outsource ๒๘๖ ราย ล้างไตทางช่องท้อง ๙๑ ราย รักษาแบบประคับประคอง ๑๕ ราย

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-๓๐เม.ย..๖๗)
- การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมี อัตราการลดลงของ eGFR $< 5$ ml/min/๑.๗๓m <sup>2</sup> /yr	เป้าหมาย	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖
	ผลงาน	๑,๒๔๐/ ๑,๙๘๐	๑,๘๕๐/๒,๘๕๘	๑,๘๖๒/๒,๘๖๘
	อัตรา/ ร้อยละ	๖๒.๖๓	๖๔.๗๓	๖๔.๙๒
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ในกลุ่ม HT/DM ลดลงร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐	น้อยกว่าร้อยละ ๒๐
	ผลงาน	๑๙๓/๖,๒๘๕	๓๓๒/๘,๑๓๕	๑๙๓/๗,๕๘๐
	อัตรา/ ร้อยละ	๓.๐๗	๔.๐๘	๒.๕๕

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-๓๐เม.ย..๖๗)
-ลดการบำบัดทดแทนไตที่ไม่ได้ วางแผนล่วงหน้า(unplanned dialysis) น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	เป้าหมาย	น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
	ผลงาน	๑๒๖/๒๒๐	๓๙/๑๙๙	๓/๑๓๒
	อัตรา/ ร้อยละ	๕๗.๒๗	๑๙.๕๙	๒.๒๗

ที่มา : ข้อมูลจากทะเบียนห้องไตเทียม รพ.สงขลา ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

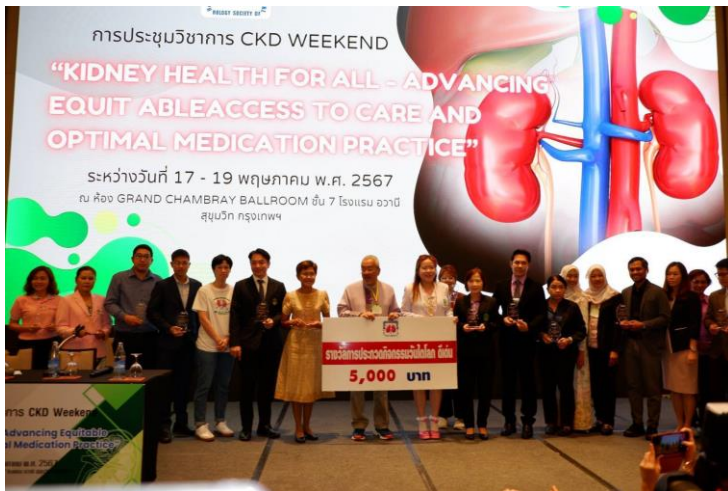
## แผนงาน/กิจกรรมการแก้ปัญหา

๑. ใช้ระบบการ pop up ในผู้ป่วย DM/HT ที่ไม่ได้รับการตรวจ serum creatinine, UACR มากกว่า ๑ ปี
๒. ควบคุมเบาหวานให้ได้เป้าหมาย Hba1c ๖.๕-๘% (individualization)
  - การทำ SMBG/ clinic DM
  - การใช้ยา ACEI /ARB ในกรณีมี proteinuria
  - การใช้ยา SGLT-๒ inhibitor กรณี eGFR <๖๐
  - การ counselling nutrition, application, QR code
๓. ควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงให้ได้เป้าหมาย SBP ๑๒๐-๑๔๐ mmHg โดยมี
  - SMBP / clinic HT
  - มีการใช้ยา ACEI /ARB ในกรณีมี proteinuria
  - การ counselling nutrition, application, QR code
๔. Early correct cause of renal obstruction e.g..stone, BPH
๕. Avoid nephrotoxic drug โดยประสานงานกับทีม IT เพื่อให้มี pop up; Drug interacton; NSAID+ACEI และมี pop up; การใช้; NSAID/ Aminoglycoside in eGFR <๖๐
๕. Screening พบอายุรแพทย์โรคไตในกลุ่มผู้ป่วย
  - eGFR < ๓๐ / eGFR ลดลงของ >๕ ml/min/๑.๗๓m<sup>๒</sup>/yr หรือ ลดลง >๒๕% ของค่าตั้งต้น
  - AKI ที่รักษาแล้วไม่ดีขึ้น/มีแนวโน้มเข้าสู่ RRT
  - มี UACR>๓๐๐ มก./กรัม หรือ UAER>๓๐๐ มก./วัน หรือ UPCR>๕๐๐ มก./กรัม UPER>๕๐๐มก./วัน ในcontrol HT/uncontrol HTที่ได้รับยาตั้งแต่ ๔ ตัวขึ้นไป
  - พบRBC cast และ/หรือ RBC ใน ปัสสาวะ>๒๐ cell/HPF
  - chronic hyperkalemia
  - โรคไตเรื้อรังที่เกิดจากถ่ายทอดทางพันธุกรรม/ผู้ป่วยที่มีrenal artery stenosis
๖. ผู้ป่วย eGFR <๓๐ได้รับการ counselling mode of RRT ที่เหมาะสม
๗. การ counselling nutrition, application, QR code
  - Low protein diet
  - Very low protein diet & ketosteril
๘. มีนโยบายส่งเสริมให้มีร้านอาหารสุขภาพในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีการสุ่มตรวจปริมาณโซเดียม น้ำตาล สารปนเปื้อนในอาหาร มีสลาโกชนาการเพื่อให้ข้อมูลผู้บริโภค
๙. เปิดบริการหน่วยเจาะเลือดล่วงหน้านอกพ.และศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน เพิ่มความสะดวกแก่ผู้รับบริการ ลดความแออัด/ระยะเวลาารอคอย
๑๐. พัฒนาความครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สะดวก ปลอดภัยผ่าน Health ID แอปพลิเคชัน หมอพร้อม



### ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

๑. มี pop up; การใช้metformin ใน eGFR <๓๐  
และมี pop up; การใช้; NSAID/ Aminoglycoside in eGFR <๖๐
๒. มีระบบrefer online รพ.ในเครือข่าย eGFR <๓๐ สามารถเข้าถึงอายุรแพทย์โรคไตโดยตรง
๓. Education nutrition in very low protein diet + ketosteril
๔. มีแอปพลิเคชัน ชุดความรู้ ชะลอไตเสื่อม แก่ผู้ป่วยในคลินิก และผู้สนใจ
๕. มี clinic DM เพิ่ม ๑ วัน ในวันพฤหัสบดีเช้า
๖. ผู้ป่วยในclinicทุกรายได้รับข้อมูลเพื่อชะลอไตเสื่อมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ  
กรณีรับ RRT>๓ ครั้งและปฏิเสธ ส่ง Palliative care เพื่อการดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสม
๗. มีการจัดกิจกรรมวันไตโลก รณรงค์ป้องกันโรคไตวาย แก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยและผู้สนใจ ในวันที่ ๙ มี.ค.๖๖
๘. รับรางวัลกิจกรรมวันไตโลกดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๖ จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
๙. รับรางวัลรองชนะเลิศ ในการประกวดคลินิกโรคไตเรื้อรังดีเด่น ประจำปี ๒๕๖๖ ประเภทโสตเตอร์ จากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย



### ผู้รายงาน

- พญ.อุไรวรรณ ปริญาศิริ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม
- นพ.นันทวุฒิ นิลวิสุทธิ นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานอายุรกรรม
- นางดวงกมล ดุษฎีธรรมโม พยาบาลวิชาชีพ ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงขลา
- โทร. ๐ ๗๔๓๓ ๘๑๐๐



### Service plan สาขา หัวใจ

#### โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI)

ตัวชี้วัด: อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามาตามาตรฐานตามเวลาที่กำหนด

- ๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ ๙)
- ๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)
  - ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐) หรือ
  - ๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (≥ ร้อยละ ๖๐)

#### เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗)

- ๑. แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา
  - ประสาน SP สาขา หัวใจ จัดประชุม ทบทวน ปัญหา ร่วมกัน ทบทวน แนวทาง การส่งต่อ ผู้ป่วย STEMI
  - กำหนด แนวทาง ส่งต่อ ผู้ป่วย STEMI ใช้ ตาราง เวร เซต ๑๒ ของ โรงพยาบาล ที่มี ศักยภาพ การเปิด เส้นเลือด PPCI ส่ง ผู้ป่วย Hatyai cath lab
- ๒. ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
  - ผู้ป่วย ที่ได้รับการ วินิจฉัย จาก แพทย์ เฉพาะ ทาง ตาม ตาราง เวร Consult ทุก ราย ก่อน ส่ง ทำ PPCI

#### ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ (ไตรมาส ๑-๒ เดือน ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)

ตัวชี้วัด	ประเด็นการตรวจราชการ	เป้าหมาย	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) N=๖๑
ตัวชี้วัดหลัก	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ ๙	๑๑.๙๔	๕.๒๒	๓.๓
ตัวชี้วัดย่อย ๑	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที หลังผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเมื่อมาถึงโรงพยาบาล	≥ ร้อยละ ๖๐	๖๒.๕๐	๔๒.๑๐	๐
ตัวชี้วัดย่อย ๒	ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน ๑๒๐ นาที หลังได้รับการวินิจฉัย เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	≥ ร้อยละ ๖๐	๙๐	๙๖.๓๐	๙๘.๒๗
	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่ได้รับ Pharmacoinvasive (SK+PCI)	≥ ร้อยละ ๖๐	๗๙.๗๕	๖๘.๐๐	๐

ข้อมูล : เวชระเบียนผู้ป่วย

## สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลาสถิติผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ปี ๒๕๖๕-๒๕๖๗ (ไตรมาสตุลาคม ๒๕๖๖ - เมษายน ๒๕๖๗) จำนวนผู้ป่วย ๑๓๔, ๑๑๕, ๖๑ ราย อัตราการตายคิดเป็นร้อยละ ๑๑.๙๔, ๕.๒๒, ๓.๓๓ ตามลำดับ (เป้าหมาย<๙%) มีแนวโน้มลดลง ผู้ป่วยทั้งหมดจะได้รับการส่งทำหัตถการ PPCI ที่ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลหาดใหญ่ ปี ๒๕๖๗ ไตรมาส ๑-๒ ระยะเวลาการเข้าถึงการรักษา (STEMI on set to ER) ใช้ระยะเวลาเฉลี่ย ๑๐๔.๕๒ นาที (เป้าหมายต้องภายในเวลา ๖๐ นาที) ผู้ป่วยปัจจุบันเริ่มพบในผู้ป่วยที่มีอายุต่ำกว่า ๔๐ ปีไม่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยมาก่อนแต่มีประวัติการสูบบุหรี่ และในกลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า ๖๐ ปีมักมีโรคร่วมได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเส้นเลือด ผู้ป่วย STEMI หลังได้รับการวินิจฉัยจะได้รับการส่งต่อทำ PPCI เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลาไม่สามารถเปิดหลอดเลือดหัวใจได้ การส่งต่อผู้ป่วยต้องไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานที่ปลอดภัย

## มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

- พัฒนาระบบการติดตาม อากาผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดผ่าน Application
- Health literacy ผู้ป่วย High risk ต้องมีความรู้โรค STEMI alert/awareness และการเข้าถึงการรักษาให้มาโรงพยาบาลทันทีด้วยบริการ ๑๖๖๙
- มีการติดตามผู้ป่วยหลังทำ PCI ให้เข้า Clinic เลิกบุหรี่ซึ่งทำได้คิดต่ำกว่าเกณฑ์เป็นร้อยละ ๑๔.๙๑ (เป้าหมาย ๑๐๐%) และมีการติดตามค่า LDL<๗๐ mg% สามารถควบคุมได้เป็นไปตามเกณฑ์ได้ ร้อยละ ๙.๐๙ (เกณฑ์>๕๐%)

## ผู้รายงาน

- พว.พรทิพย์ แสงสง่า
- พว. อรุณี ศีรนवल
- ตำแหน่ง case manager หัวใจ
- วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: icu2songkhla@gmail.com



## Service plan สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

### โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

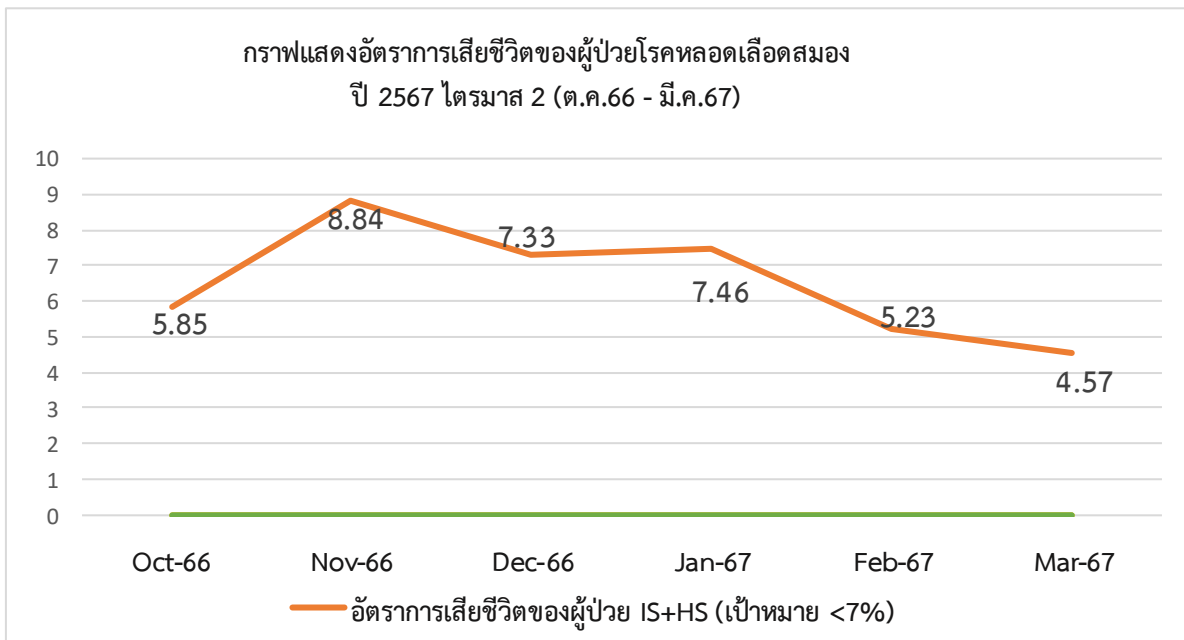
#### ตัวชี้วัดหลัก

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย < ร้อยละ ๗)
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษา ใน Stroke Unit (เป้าหมาย  $\geq$  ร้อยละ ๘๐)

#### ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการตาย stroke ของโรงพยาบาลสงขลาให้ต่ำกว่าร้อยละ ๗

กราฟที่ ๑ แสดงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๖๖ - มีนาคม ๖๗)



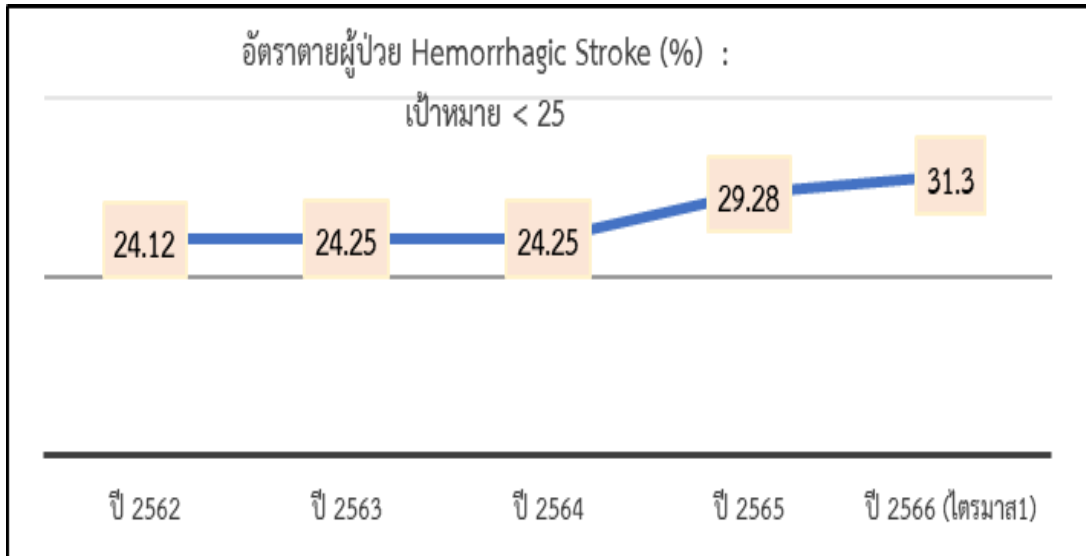
#### สถานการณ์

ในการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตัวชี้วัดของ Service Plan (สาขาโรคหลอดเลือดสมอง), ตัวชี้วัด THIP (สรพ.) และตัวชี้วัดของสถาบันประสาทวิทยาได้ ให้ความสำคัญในเรื่องอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีเป้าหมาย (๑) อัตราตายของผู้ป่วย Ischemic Stroke < ๕% (๒) อัตราตายของผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke < ๒๕% และ (๓) อัตราตายของผู้ป่วย Stroke (Ischemic Stroke + Hemorrhagic Stroke) < ๗%

เมื่อวิเคราะห์ผลดำเนินการพบว่าตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาคือเรื่องของอัตราการตายของผู้ป่วย Stroke คือ อัตราตาย Hemorrhagic Stroke ที่สูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (มากกว่า ร้อยละ ๒๕) ส่งผลให้อัตราตายรวมของ Stroke (HS+IS) สูงกว่าเป้าหมาย (มากกว่า ร้อยละ ๗) จึงได้พัฒนาเรื่องลดอัตราการตายของผู้ป่วย non traumatic intra-axial hemorrhage ที่ไม่ผ่าตัดชิ้น

จากสถิติข้อมูลอัตราการตายของผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ปี ๒๕๖๒ - ไตรมาส ๑: ๒๕๖๖ พบสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด (แสดงดังกราฟที่ ๒)

กราฟที่ ๒ แสดงอัตราการตายของผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ปี ๒๕๖๒ - ไตรมาส ๑: ๒๕๖๖



ด้วยเหตุนี้จึงหาโอกาสพัฒนาโดยกำหนดเป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการตาย Hemorrhagic stroke ของโรงพยาบาลสงขลาให้น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

กิจกรรมการพัฒนา (process) : ใช้แนวคิด ๓C-DALI มาขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพบริการ ได้มีการออกแบบระบบการดูแลและพัฒนา ดังนี้

(๑) เดิมผู้ป่วย non traumatic intra-axial hemorrhage ได้ admit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมเฉพาะทาง ปัจจุบันเปลี่ยนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มา admit ที่หอผู้ป่วยหลอดเลือดสมองและระบบประสาท ซึ่งมีแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางโรคหลอดเลือดสมองให้การดูแล โดยมีศัลยแพทย์ระบบประสาทให้คำปรึกษาในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและ/หรือมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด

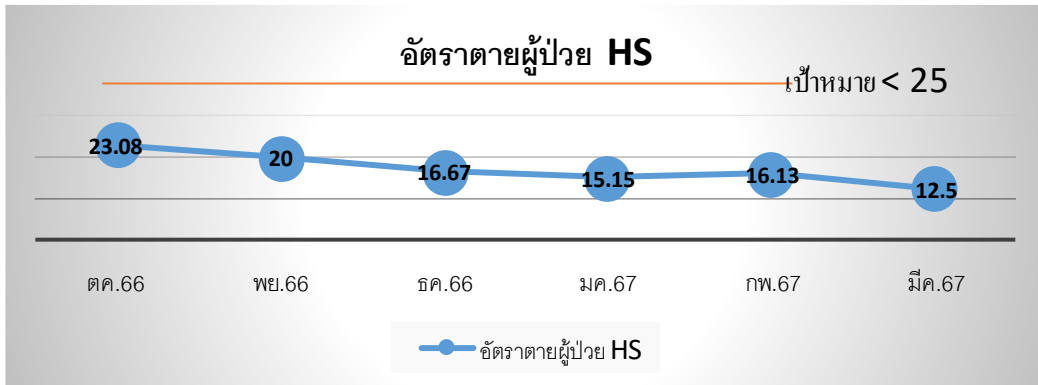
(๒) ผู้ป่วย non traumatic intra-axial hemorrhage ที่มาด้วยระบบ Stroke Fast Track (ซึ่งตอน refer มายังไม่ทราบว่าเป็น case hemorrhage) กรณีมีความดันสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับยา Nicardipine เพื่อลดความดัน ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่เป็น Intracerebral hemorrhage ได้รับการลดความดัน ส่งผลให้ลดอัตราการตายตามมา

(๓) โรงพยาบาลสงขลาได้จัดทำ CPG ในการดูแลรักษาโดยupdate แนวทางการดูแลใหม่ๆ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน, การ control BP ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด, สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้สามารถลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รวมทั้งเป็นการพัฒนาระบบคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

จากการดำเนินงานดังกล่าวหลังการพัฒนา จะเห็นได้ว่าผู้ป่วย non traumatic intra-axial hemorrhage ที่ไม่ผ่าตัด มีแนวโน้มการตายที่ลดลง อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ดังแสดงในกราฟต่อไปนี้



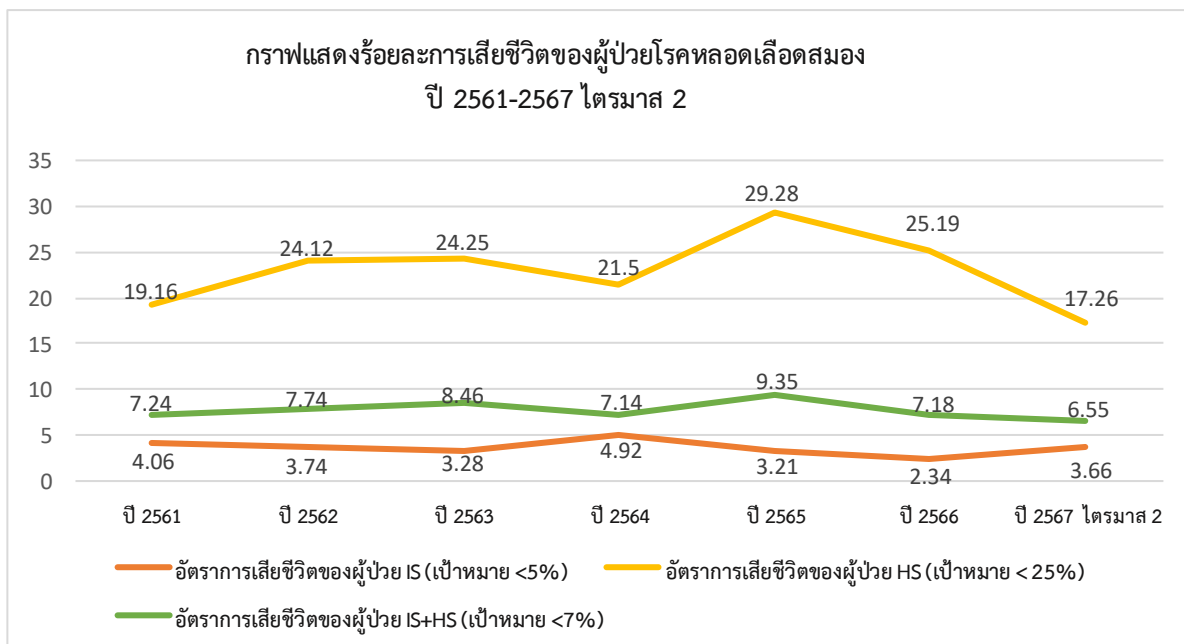
กราฟที่ ๓ แสดงอัตราการตายของผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ปี ๒๕๖๗ (ตุลาคม ๒๕๖๖ - มีนาคม ๒๕๖๗)



เมื่อวิเคราะห์ อัตราตายทั้ง Ischemic Stroke (IS), Hemorrhagic Stroke (HS) และอัตราตายรวม (IS+HS) พบมีแนวโน้มลดลง ดังแสดงในกราฟ

มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ การมองเป้าหมายเดียวกันของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติทั้งแพทย์ พยาบาลและ ผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วย non traumatic intra-axial hemorrhage ที่ไม่ผ่าตัด การที่ผู้บริหาร วางนโยบายยับยั้งเคลื่อนคุณภาพอย่างชัดเจน พร้อมทั้งให้การสนับสนุนการปฏิบัติของทีมงาน เพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย การให้ความร่วมมือในการ control BP จาก รพช.ในเครือข่าย รวมทั้งการมีแนวทาง/CPG ในการ ปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้ง่ายต่อการพัฒนาคุณภาพ

(จากการพัฒนาดังกล่าว ได้ส่งผลงานเข้าประกวดที่ สรพ. และได้รับการคัดเลือกเข้านำเสนอผลงาน เป็น Poster Presentation ในการจัดประชุม HA FORUM # ๒๔ เมื่อวันที่ ๑๒-๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗)



สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. การสร้าง Stroke Alert/ Stroke Awareness ในชุมชน ผ่านสื่อต่าง ๆ
๒. การป้องกันการเกิดโรค NCD ที่ส่งผลต่อการเกิด Stroke รายใหม่ (โดยเฉพาะ DLD, HT, DM, AF)

#### ผู้รายงาน

- นางภัทรพร วงศ์กระพันธุ์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: tum๗๘๑๑@gmail.com

## โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด: ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดี

๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน  $\geq 70$  %
๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิต  $\geq$  ร้อยละ ๘๐ %
๓. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี  $\geq$  ร้อยละ ๔๐
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี  $\geq$  ร้อยละ ๕๐

## สถานการณ์

จากสถิติผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสงขลา มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗ ไตรมาสที่ ๒ อ.เมืองสงขลา มีผู้ป่วยเบาหวานจากจำนวน ๑๐,๑๗๓, ๑๐,๕๕๐, ๑๐,๘๙๒ และ ๑๐,๔๙๕ ราย ส่วนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗ ไตรมาสที่ ๒ จาก ๒๐,๕๗๙, ๒๑,๑๑๖, ๒๑,๘๔๐ และ ๒๑,๒๐๗ ราย

งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD: non-communicable diseases) โรงพยาบาลสงขลา ได้พัฒนาระบบบริการโดยเพิ่มระบบบริการ Telehealth ในรูปแบบ Telemedicine, มีระบบการส่งยาทางไปรษณีย์, รับยา ร้ายยาใกล้บ้าน และส่งยาหลังพบแพทย์ถึงบ้านกับโครงการ Health Rider เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการและลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่ได้ โดยการเพิ่มระบบบริการ teleconsult โดยอายุรแพทย์ให้กับ รพช.และ รพ.สต.รวมทั้ง เป็นโรงพยาบาลนำร่องในจังหวัดสงขลาในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในระยะสงบ (DM remission) พัฒนางานวิจัยการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ใน เทศกาลรวมถวอล

## ผลการดำเนินงาน (๑ ต.ค. ๒๕๖๔-๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗)

### แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

๑. พัฒนาความครอบคลุมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย ผ่านระบบ Health ID แอปพลิเคชันหมอพร้อม
๒. มีการ up date ข้อมูลผู้ป่วย NCD ในระบบ HosXP ของโรงพยาบาลเป็นปัจจุบัน และส่งต่อเข้าโปรแกรม HDC ได้ถูกต้องครอบคลุม
๓. มีนโยบายส่งเสริมให้มีร้านอาหารสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล
๔. มีบริการตรวจเลือดล่วงหน้า ๑-๗ วัน เพื่อความสะดวกในการรับบริการและลดระยะเวลารอคอย
๕. เปิดบริการหน่วยงานเจาะเลือดล่วงหน้าเพิ่มนอกโรงพยาบาล เช่น หน่วยบริการ ห้างโลตัสสาขา สงขลา ศูนย์สุขภาพชุมชนพานิชย์สร้างสุข และเขารูปช้างสาขา ๒
๖. อบรมพัฒนาผู้รับผิดชอบงานข้อมูล NCD



ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ ๑: แสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมได้ดีในเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ปี ๒๕๖๔-ปี ๒๕๖๗ ไตรมาสที่ ๒

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ไตรมาส ๒)
๑.	ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐	>ร้อยละ ๔๐
		ผลงาน	๑,๕๘๖/ ๑๐,๑๗๓	๑,๗๙๐/ ๑๐,๕๕๐	๒,๗๖๒/ ๑๐,๘๙๒	๑,๘๐๖/ ๑๐,๔๙๕
		อัตรา/ร้อยละ	๑๕.๕๘	๑๖.๙๗	๒๕.๓๖	๑๗.๑๗
๒.	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	เป้าหมาย	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐
		ผลงาน	๗,๕๙๗/ ๒๐,๕๗๙	๖,๗๐๙/ ๒๑,๑๑๖	๙,๔๕๒/ ๒๑,๘๔๐	๙,๒๓๖/ ๒๑,๒๐๗
		อัตรา/ร้อยละ	๓๖.๙๒	๓๑.๗๗	๔๓.๒๘	๔๓.๕๕
๓.	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	เป้าหมาย	≥๗๐ %	≥๗๐ %	≥๗๐ %	≥๗๐ %
		ผลงาน	NA	๑๘๕/ ๒๗๐	๒๓๒/๒๕๘	๑๗๗/ ๒๔๓
		อัตรา/ร้อยละ	NA	๖๘.๕๒	๘๙.๙๒	๗๒.๘๔
๔.	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิต	เป้าหมาย	≥๘๐ %	≥๘๐ %	≥๘๐ %	≥๘๐ %
		ผลงาน	NA	๑,๔๗๔/ ๑,๕๑๙	๑,๔๒๔/ ๑,๕๒๐	๑,๒๐๔/ ๑,๓๕๗
		อัตรา/ร้อยละ	NA	๙๗.๐๔	๙๓.๖๘	๘๘.๗๓

ที่มา : ข้อมูลจาก (ข้อมูล HDC รวบรวมข้อมูลเมื่อ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

### ปัญหาและอุปสรรค

๑. ผู้ป่วยเขตเมืองสงขลา มีการเปลี่ยนที่อยู่/ย้ายถิ่น ไม่ได้เปลี่ยน type area จึงทำให้ผลการดำเนินงานบางส่วนไม่ได้แสดงเป็นปัจจุบัน
๒. ข้อมูลผู้ป่วย NCD ที่รับบริการนอกสถานบริการยังไม่เชื่อมต่อกับ HDC เช่น คลินิก รพ.เอกชน รพ. มหาวิทยาลัย เป็นต้นทำให้ข้อมูลยังไม่ถูกต้องครบถ้วน

### ผู้รายงาน

- นพ.ชาฟารี บินห์ลี นายแพทย์ชำนาญการ
- นางสาวจาดดี กองผล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลา
- โทร. ๐๘๖-๕๙๗๐๗๔๕

## โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)

ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการลดป่วย ลดตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด (ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

ลำดับ	รายการ	เป้าหมาย	ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย ๖๗
๑.	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(ราย)		๓๘๕
๒.	อัตราการกลับเข้าโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายใน ๒๘ วันโดยไม่ได้วางแผน	< ๑๐	๖.๘๘ %
๓.	อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	< ๑๑๐ ครั้งต่อ ๑๐๐ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๑๑๐.๙๔
๔.	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	< ๔	๕.๗๑
๕.	วันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	๕ วัน	๕.๓๗ วัน
๖.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้าคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังพ่นยาจนปฏิบัติถูกต้อง	> ๘๐ %	๘๓.๑๔ %
๗.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ได้รับการตรวจ Pulmonary function test	> ๖๐	๔๙.๕๐ %
๘.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่	<๑๐ %	๗.๔๙ %

### สถานการณ์

ผู้ป่วย COPD ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคร่วม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและไขมันในเลือด มีการนำ spirometry มาใช้ประเมินสมรรถภาพปอด ในการแยกวินิจฉัยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในปี ๒๕๖๖ ได้ส่งพยาบาลวิชาชีพ อบรมการตรวจสอบไปโรเมตรีย์เพิ่ม ๑ คน แต่ยังทำได้น้อย จากการทบทวนข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยบางรายมีอาการเหนื่อย จึงไม่ได้มาตามนัด บางรายติดภารกิจ ไม่ได้โทรแจ้งยกเลิกและขาดความเข้าใจถึงความสำคัญที่ต้องมาเป่าปอด ส่วนอัตราการตายของผู้ป่วย ยังเกินเกณฑ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยระยะท้าย แนวโน้มของการกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน ๒๘ วันและอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีการพัฒนาระบบ Nurse case manager และการวางแผนจำหน่าย นอกจากนี้จากการทบทวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เกิดการกำเริบเฉียบพลันมากกว่า ๔ ครั้ง/ปี จำนวน ๗๔ คน ไม่ได้ฉีดวัคซีน ๑๕ คน (๒๐.๓ %) ฉีดวัคซีน ๕๙ คน (๗๙.๗ %) โดยวัคซีนที่ฉีด ได้แก่ วัคซีน COVID-19 จำนวน ๕๘ คน (๙๘.๓ %) วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ๑ คน (๑.๗ %) และวัคซีนปอดอักเสบ ๑ คน (๑.๗ %)



## มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องการ

**กลยุทธ์ที่ ๑** พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วย COPD การวินิจฉัยที่ถูกต้องและติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง  
**กิจกรรม/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม**

๑. เน้นทำในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย หรือผู้ป่วย COPD ๑ คน/ครั้ง/ปี
๒. พยาบาลประจำคลินิก COPD นัดผู้ป่วย เพื่อส่งตรวจได้
๓. ผู้ป่วยหลังจากจำหน่าย ให้นำตรวจหลังจากออกจากโรงพยาบาล ๑-๒ เดือน
๔. ทำใบ check list การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย สำหรับเจ้าหน้าที่ ก่อนตรวจ เนื่องจากพบปัญหาผู้ป่วยพ่นยา ก่อนมาเป่าปอด
๕. การรายงานผลตรวจเป่าปอด มีการสแกนเอกสาร และเปิดอ่านได้ในช่อง EMR ของ HOSxP

**กลยุทธ์ที่ ๒** พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ให้ได้ตามมาตรฐาน เพื่อป้องกันการกำเริบเฉียบพลันของ  
ผู้ป่วย COPD

### กิจกรรม/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม

๑. พัฒนา COPD Clinic คุณภาพ
  - ๑.๑ การจัดการบริการโดยการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยา LABA หรือ LAMA ตามเกณฑ์มาตรฐาน
  - ๑.๒ การจัดการบริการโดยไม่ใช้ยา เช่น คลินิกเลิกบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด รมนรงค์ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่และปอดอักเสบทุกราย
๒. การจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD ระหว่างเครือข่าย
๓. ติดตามเยี่ยมเสริมพลังพื้นที่ โดยเยี่ยม รพช.ในเครือข่าย ๒ ครั้ง/ปี
๔. พัฒนาระบบ consult โดยการจัดทำ Line Group เพื่อเป็นช่องทาง consult แพทย์เฉพาะทางระหว่าง รพช.ในเครือข่ายกับแม่ข่าย

**กลยุทธ์ที่ ๓** พัฒนาระบบ Nurse Case Manager COPD

### กิจกรรม/ผลการดำเนินงานตามกิจกรรม

๑. จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ในการดูแลผู้ป่วย COPD ให้แก่ CM อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. เชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย COPD ทาง COC เพื่อติดตามผู้ป่วยที่เกิด AE มากกว่า ๔ ครั้ง/ปี
๓. ติดตามให้ผู้ป่วย COPD ได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกราย
  - ๓.๑ ส่งรายชื่อผู้ป่วย COPD ให้ รพ.สต.ติดตามฉีดวัคซีนตามวันเวลาที่กำหนด
  - ๓.๒ มีระบบติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้ฉีดวัคซีน ให้มาฉีดให้ครบ
๔. ธนาคารสร้างสุข มีบริการให้ยืมอุปกรณ์สำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น
๕. เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย COPD ที่อยู่ในระยะท้าย ให้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง
๕. ติดตามวิเคราะห์รายงานข้อมูลผู้ป่วย COPD ใน HDC ทุกเดือน



สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

- การจัดสรร influenza vaccine ตามจำนวนผู้ป่วย COPD ที่ได้ลงทะเบียนไว้

ผู้รายงาน

- นางผกากรอง พันธุ์ไพโรจน์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: Pkkaiphun@gmail.com



# ประเด็นที่ ๕

## สถานชีวาภิบาล

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
ประเด็นที่ ๕ : สถานชีวาภิบาล

ศูนย์ชีวาภิบาล โรงพยาบาลสงขลา

- เปิดดำเนินการ วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖



## ประเด็นการตรวจราชการ สถานชิวาภิบาล

### ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีศูนย์ชิวาภิบาลในโรงพยาบาล (บูรณาการ palliative, LTC, elderly care)
๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ ( $\geq$  ร้อยละ ๕๐)
๓. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ( $\geq$  ร้อยละ ๗๐)
๔. ให้บริการในสถานชิวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๘๐) (สถานชิวาภิบาลในชุมชน/ กุฎีชิวาภิบาล)
๕. Hospital at home/ Home ward จังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๘๐)

### ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗)

#### Service plan: Palliative care (ข้อมูลจาก HDC ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗)

๑.๑ การให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพของโรงพยาบาลสงขลา ผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน ๑,๑๘๕ ราย ได้รับ advance care planning ๗๒๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๒๖

๑.๒ การบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาลสงขลา (Workload) ผู้ป่วยประคับประคอง จำนวน ๒๒๔ ราย ได้รับ Strong Opioid ๗๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๘๒

๑.๓ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านหรือชุมชน ผู้ป่วยประคับประคอง อ.เมืองสงขลา จำนวน ๑๙๔ ราย ได้รับการเยี่ยมบ้าน ๘๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๗๕

### สถานการณ์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ๑๓ Quick Win ๒๕๖๗ ประเด็นที่ ๘ : สถานชิวาภิบาล เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องการดูแลแบบพึ่งพิง โดยเชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนและบ้าน มีการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ผ่านงานตติยภูมิ ทุตติยภูมิและงานปฐมภูมิ ลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายบริการในโรงพยาบาลและชุมชน

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะกลุ่ม non cancer ส่วนใหญ่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งปรึกษาศูนย์การดูแลประคับประคอง โดยการส่งปรึกษาในช่วงใกล้เสียชีวิตจะส่งผลให้การวางแผนดูแลล่วงหน้าโดยตัวผู้ป่วยเองทำได้น้อย ในเรื่องตัวชี้วัดพบว่า ตัวชี้วัดที่ดึงจาก HDC มีความแตกต่างจากข้อมูลเก็บมือ ในส่วนของบุคลากร พบว่า มีผู้รับผิดชอบงาน และได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามมาตรฐานในทุกโรงพยาบาล



## มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

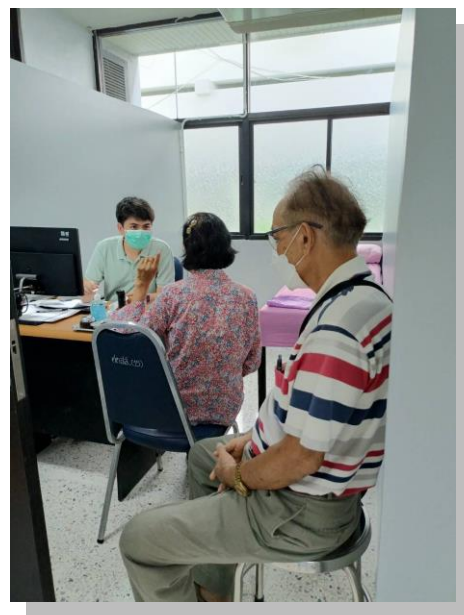
▪ โรงพยาบาลสงขลาได้มีการจัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาลเมื่อวันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖ เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว โดยการบูรณาการหน่วยงานต่าง ๆ ได้แก่ ศูนย์ประคับประคอง, งานผู้สูงอายุ และศูนย์การดูแลต่อเนื่อง

▪ ประเมินตนเองตามมาตรฐานบริการสถานชีวาภิบาลในชุมชนและองค์การศาสนา ที่กุฎชีวาภิบาล วัดโคกเปี้ยว วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ และรอรับการประเมินจากกรมอนามัย วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗

## สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

จากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ยังมีผลการดำเนินงานการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ และร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมาย ควรมีการทบทวนแนวทางการลงบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูล HDC เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้ถูกต้องครบถ้วน

การขับเคลื่อนให้เกิดสถานชีวาภิบาลในชุมชน ต้องอาศัยบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมในชุมชนและสถานพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางและจากคนในชุมชน เพื่อให้การดำเนินการในสถานชีวาภิบาลในชุมชนเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดและเกิดความยั่งยืนต่อไป



## ผู้รายงาน

- พญ.พฤษพร ธรรมโชติ
- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: pingping๐๖๕@gmail.com



### สุขภาพผู้สูงอายุ ตัวชี้วัด

- ๑. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับและผ่านเกณฑ์คุณภาพ
- ๒. ผู้ป่วย Long Term Care ได้รับการดูแลตาม Care Plan

### ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด
๑.คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๕๐	ผลการประเมินได้คะแนน ๙๗/๑๐๐ ระดับดีเด่น ผ่านเกณฑ์ รพ.ระดับ S จำแนกตามองค์ประกอบ ดังนี้ ๑: ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม(Structure) ๑๐/๑๐ คะแนน ๒: ด้านบุคคลากร (Staff) ๓๐/๓๐ คะแนน ๓: ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (Service) ๒๗/๔๐ คะแนน ๔: ด้านการบริหารจัดการคลินิก (System) ๑๗*/๒๐ คะแนน **ขาดการจัดการความรู้ (KM)** ๕: ด้านบริการอื่น ๆ ๓/๓ คะแนน รวม ๙๗ เต็ม ๑๐๐
๒.ผู้ป่วย Long Term Care ได้รับการดูแลตาม Care Plan	๙๕	๙๗

ข้อมูล ณ เดือนพฤษภาคม ๒๕๖๗

### สถานการณ์

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ๑๓ Quick Win ๒๕๖๗ ประเด็นที่ ๕ : สถานชิวาภิบาล เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอย่างครอบคลุมในทุกมิติ เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบไปด้วย ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และผู้ป่วยระยะท้าย โดยให้การดูแลครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เชื่อมโยงการดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาล จนถึงชุมชนและบ้าน มีการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ผ่านงานตติยภูมิ ทุตติยภูมิ และงานปฐมภูมิ ลงสู่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home care และ Home ward) และชุมชน โดยเชื่อมโยง เป็นเครือข่ายบริการในจังหวัดสงขลา

สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากข้อมูล HDC ณ เมษายน ๒๕๖๗ จังหวัดสงขลา มีประชากรผู้สูงอายุ ๒๒๖,๓๘๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๘๕ ของประชากรทั้งหมด ผลการดำเนินงานคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ปี ๒๕๖๗ (เดือนตุลาคม - เมษายน ๒๕๖๗) มีการคัดกรอง ADL ผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา จำนวน ๑๖๑,๖๑๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๘๔ จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๖.๑๗ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๓.๑๐ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๗๓ ซึ่งมีระบบการ





ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long term care) รองรับ โดยจังหวัดสงขลามีนโยบายที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพ  
ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดสงขลาผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งเป็นการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่าง  
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข มี Care Manager จำนวน ๔๔๒ คน และ  
Caregiver ๑,๘๑๔ คน

**ตารางที่ ๑ การคัดกรอง ADL ผู้สูงอายุ จังหวัดสงขลา ปี ๒๕๖๗ (เดือนตุลาคม - เมษายน ๒๕๖๗)**

อำเภอ	ประชากรทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (คน)	ร้อยละ	จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง							
				ติดตั้งคม ADL(๑๒-๒๐) (คน)	ร้อยละ	ติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) (คน)	ร้อยละ	ติดเตียง (ADL ๐-๔) (คน)	ร้อยละ	รวมคัดกรอง (คน)	ร้อยละ
เมืองสงขลา	๑๔๐,๘๑๖	๓๐,๙๔๗	๒๑.๙๘	๒๒,๗๓๖	๙๓.๘๘	๑,๓๔๖	๕.๕๖	๑๓๕	๐.๕๖	๒๔,๒๑๗	๗๘.๒๕
สติงพระ	๓๗,๑๓๑	๙,๖๗๗	๒๖.๐๖	๘,๖๕๑	๙๕.๗๑	๓๐๖	๓.๓๙	๘๒	๐.๙๑	๙,๐๓๙	๙๓.๔๑
จะนะ	๙๒,๑๕๐	๑๖,๐๒๑	๑๗.๓๙	๑๔,๘๗๖	๙๓.๗๗	๒๖๔	๑.๗๔	๗๕	๐.๔๙	๑๕,๒๑๕	๙๔.๙๗
นาทวี	๕๘,๕๕๐	๑๐,๖๔๘	๑๘.๑๙	๑๐,๖๒๙	๙๘.๐๒	๑๕๙	๑.๔๗	๕๖	๐.๕๒	๑๐,๘๔๔	๑๐๑.๘๔
เทพา	๖๔,๕๖๗	๑๐,๒๖๔	๑๕.๙๐	๘,๙๓๐	๙๖.๕๓	๒๔๔	๒.๖๔	๗๗	๐.๘๓	๙,๒๕๑	๙๐.๑๓
สะบ้าย้อย	๗๒,๐๐๕	๙,๒๒๙	๑๒.๘๒	๗,๗๕๘	๘๔.๒๓	๑๒๐	๑.๕๒	๒๐	๐.๒๕	๗,๘๙๘	๘๕.๕๘
ระโนด	๕๑,๒๗๒	๑๓,๔๑๒	๒๖.๑๖	๑๒,๓๐๐	๙๕.๗๗	๔๔๔	๓.๒๖	๙๙	๐.๗๗	๑๒,๘๔๓	๙๕.๗๖
กระแสสินธุ์	๑๑,๐๘๗	๓,๒๘๖	๒๙.๖๔	๓,๑๓๑	๙๖.๓๔	๙๑	๒.๘๐	๒๘	๐.๘๖	๓,๒๕๐	๙๘.๙๐
รัตภูมิ	๖๔,๑๙๑	๑๒,๐๐๐	๑๘.๖๙	๑๑,๒๒๘	๙๓.๘๑	๑๘๑	๑.๕๘	๗๐	๐.๖๑	๑๑,๔๗๙	๙๕.๖๖
สะเดา	๙๔,๙๓๕	๑๖,๒๔๑	๑๗.๑๑	๑๑,๐๓๐	๙๖.๖๙	๓๐๐	๒.๖๓	๗๘	๐.๖๘	๑๑,๔๐๘	๗๐.๒๔
หาดใหญ่	๒๘๘,๘๒๔	๕๙,๓๓๓	๒๐.๕๔	๑๗,๖๔๒	๙๔.๐๙	๘๘๔	๑.๔๗	๒๒๔	๐.๓๗	๑๘,๗๕๐	๓๑.๖๐
นาหม่อม	๒๑,๑๓๐	๔,๗๙๕	๒๒.๖๙	๓,๐๕๔	๙๖.๙๘	๖๔	๒.๐๓	๓๑	๐.๙๘	๓,๑๔๙	๖๕.๖๗
ควนเนียง	๒๖,๕๓๐	๖,๑๒๕	๒๓.๐๙	๕,๖๑๐	๙๓.๕๑	๑๐๒	๑.๗๗	๔๑	๐.๖๗	๕,๗๕๓	๙๓.๙๓
บางกล่ำ	๒๖,๙๑๐	๔,๙๘๘	๑๘.๕๔	๔,๑๕๕	๙๓.๙๐	๖๙	๑.๖๓	๒๐	๐.๕๗	๔,๒๔๔	๘๕.๐๘
สิงหนคร	๖๘,๒๗๗	๑๓,๕๔๗	๑๙.๘๘	๑๐,๒๙๒	๙๕.๔๓	๓๘๕	๓.๕๗	๑๐๘	๑.๐๐	๑๐,๗๘๕	๗๙.๖๑
คลองหอยโข่ง	๒๐,๖๗๘	๔,๔๔๔	๒๑.๔๙	๓,๓๙๕	๙๓.๕๒	๕๓	๑.๕๒	๓๗	๑.๐๖	๓,๔๘๕	๗๘.๔๒
<b>รวม</b>	<b>๑,๑๓๙,๐๕๓</b>	<b>๒๒๔,๙๕๗</b>	<b>๑๙.๗๕</b>	<b>๑๕๕,๔๑๗</b>	<b>๙๖.๑๗</b>	<b>๕,๐๑๒</b>	<b>๓.๑๐</b>	<b>๑,๑๘๑</b>	<b>๐.๗๓</b>	<b>๑๖๑,๖๑๐</b>	<b>๗๑.๘๔</b>

ที่มา : HDC สงขลา ๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗

สำหรับพื้นที่อำเภอเมืองสงขลามีประชากรผู้สูงอายุ ๓๑,๑๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๒ ของประชากรทั้งหมดซึ่งมากกว่าระดับจังหวัด จากข้อมูลการคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุ อำเภอเมืองสงขลา ปี ๒๕๖๗ (เดือนตุลาคม - เมษายน ๒๕๖๗) มีการคัดกรองจำนวน ๒๔,๒๑๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๒๕ จำแนกเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ ๙๓.๘๘ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ ๕.๕๖ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ ๐.๕๖ หรือคิดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๖.๑๒ ซึ่งมากกว่าในระดับจังหวัดเช่นกัน ในการขับเคลื่อนงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอเมืองสงขลา มีการจัดทำ Care Plan สะสม อยู่ที่ร้อยละ ๙๗ และมีการดำเนินการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตาม Care Plan โดยทีม ๓ หมอในแต่ละพื้นที่

ตารางที่ ๒ ร้อยละการจัดทำ Care Plan พื้นที่อำเภอเมืองสงขลา

รายงาน Care Plan ทั้งหมด_11-05-24				
พื้นที่	ผู้ที่มีการพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care plan	
3	[09435] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งใหญ่	24	23	95.83%
4	[09436] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนคู	50	50	100.00 %
5	[09437] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมพอ	93	91	97.85 %
6	[09438] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่ออิฐ	65	65	100.00 %
7	[09439] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควนหิน	43	43	100.00 %
8	[09440] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาบึง	31	31	100.00 %
9	[09441] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างทอง	53	53	100.00 %
10	[09442] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทรายขาว	34	32	94.12%
11	[09443] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวนเรียม	17	17	100.00 %
12	[09444] โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าไทร	22	21	95.45 %
13	[15110] ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองสงขลา	141	140	99.29%
14	[15111] ศูนย์บริการสาธารณสุขสุระเกษ	40	39	97.50%
15	[15112] ศูนย์บริการสาธารณสุขเตาหลวง	41	41	100.00 %
16	[15213] ศูนย์สุขภาพชุมชน128	74	73	98.68 %
17	[23570] ศูนย์สุขภาพชุมชนเขารูปช้างสาขา1 (เคหะชุมชนสงขลา)	31	31	100.00 %
18	[23571] ศูนย์สุขภาพชุมชนเขารูปช้างสาขา 2(เขาแก้ว)	60	59	98.33%
19	[23737] ศูนย์สุขภาพชุมชนกุโบร์รวมใจ	30	30	100.00 %
20	[24048] ศูนย์สุขภาพชุมชนพาณิชย์สร้างสุข	30	30	100.00 %
22				97.01%

ที่มา : website กรมอนามัย ๑๑ พ.ค. ๖๗

ตั้งแต่ปี ๒๕๖๖ เป็นต้นมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมการคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ในระดับชุมชน ผลการดำเนินงานคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ตั้งแต่เดือนตุลาคม - พฤษภาคม ๒๕๖๗ จังหวัดสงขลาคัดกรองได้ร้อยละ ๘๐.๓๑ พบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่พบ ๕ อันดับแรก ได้แก่ การมองเห็น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สุขภาพช่องปาก การเคลื่อนไหว และการกลืนปัสสาวะ ตามลำดับ



ตารางที่ ๔ ร้อยละผู้สูงอายุที่คัดกรองพบภาวะเสี่ยงสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ (ร้อยละ ๔๐)

ตัวชี้วัดการรับบริการ	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๔ ร้อยละ	ปี ๒๕๖๕ ร้อยละ	ปี ๒๕๖๖ ร้อยละ	ปี ๒๕๖๗ (ไตรมาส ๒) ร้อยละ
๑. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม	-	๑๗.๘๐ (๒๑/๑๑๘)	๒๗.๐๓ (๔๐/๑๔๘)	๔๘.๘๐ (๘๑/๑๖๖)	๔๔.๑๔ (๔๙/๑๑๑)
๒. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงและได้รับการรักษา	≥ ๔๐	๑๐๐ (๒๑/๒๑)	๑๐๐ (๔๐/๔๐)	๑๐๐ (๘๑/๘๑)	๑๐๐ (๔๙/๔๙)
๓. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม	-	NA	NA	๔๐.๓๖ (๖๗/๑๖๖)	๔๖.๘๕ (๕๒/๑๑๑)
๔. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มได้รับการรักษา	≥ ๔๐	NA	NA	๑๐๐ (๖๗/๖๗)	๑๐๐ (๕๒/๕๒)

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มปกติและกลุ่มติดสังคมที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการสนับสนุนการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) และสนับสนุนให้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่ดำเนินการด้านสุขภาพในทุกตำบล ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลากำลังดำเนินการจัดตั้ง "ศูนย์วัยวัฒนาเพื่อผู้สูงวัย" ณ โรงพยาบาลเมืองสงขลา ซึ่งมีกำหนดการเปิดให้บริการในวันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗ นี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง ส่งเสริมสมรรถนะภายในทุกมิติ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง สนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัว พัฒนาศักยภาพแกนนำผู้สูงอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการ งานจิตอาสา และการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคมของประชาชนสูงอายุในพื้นที่ รวมทั้งจัดกิจกรรมและโครงการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น โครงการสูงวัยไม่ล้ม สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้ในการป้องกันการหกล้ม โดยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสงขลา ซึ่งจัดขึ้นเมื่อ ๑๙ ม.ค.๒๕๖๗ และปัจจุบันยังดำเนินการคอร์สออกกำลังกายออนไลน์ ทาง Zoom meeting อย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้รับความสนใจจากสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในพื้นที่เป็นอันมาก นอกจากนี้โรงพยาบาลสงขลายังได้เข้าร่วมเป็นคณะทำงานแผนรองรับสังคมสูงวัย (พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๒๕๗๑) ของเทศบาลนครสงขลา ร่วมกับภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วน ซึ่งมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรและเอื้อต่อการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (Age friendly environment) อีกด้วย

### ผลการดำเนินงานทันตกรรมกลุ่มผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสงขลา

**เป้าประสงค์ :** ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ มีสุขภาพะ และมีความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และได้รับการพื้นฐานตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดภายใต้ศักยภาพและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

**กลยุทธ์ ๑ :** ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ ขับเคลื่อนคุณภาพระบบส่งเสริมสุขภาพ และระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care : LTC)

**กลุ่มเป้าหมาย:** ผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสงขลา จำนวน ๓๖,๔๒๖ คน

#### ตารางแสดงผลการดำเนินงานด้านคัดกรอง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปาก (จากการคัดกรอง ๙ ด้าน) *ข้อมูลจาก HDC ส่งเสริมป้องกัน : การคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๘๕.๐๖ (๓๐,๙๘๕ คน)
๒. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความผิดปกติและความจำเป็นต้องรับการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากรายบุคคล (care plan) *ข้อมูลจาก HDC ส่งเสริมป้องกัน : การคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๕.๑๔ (๑,๘๗๒ คน)
๓. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อ/ปรึกษาเพื่อวินิจฉัยและวางแผนการดูแลรายบุคคล (individual care plan) *ข้อมูลจาก HDC ส่งเสริมป้องกัน : การคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๘.๗๖ (๑๖๔ คน)
๔. ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการการตรวจและวางแผนการรักษาโดยทันตบุคลากร *ข้อมูลจาก HDC การเข้าถึงบริการการตรวจช่องปากผู้สูงอายุโดยทันตบุคลากร (ข้อ๑๒.๑)	-	ร้อยละ ๑๓ (๔,๗๒๓ คน)

### สรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา

๑. ประสานเครือข่ายเพื่อให้ทันตภิบาลและนวก.ทันตสาธารณสุขที่ประจำ รพ.สต. ร่วมประเมิน confirm STEP ๒ ในพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง
๒. ตรวจสอบวิธีการลงข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้อง

### เป้าประสงค์ :

๑. ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐาน ตอบสนองปัญหาสุขภาพของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ
๒. ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม รวดเร็ว ปลอดภัย
๓. ประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสม

**กลยุทธ์ ๒ :** พัฒนาระบบบริการสู่ความเป็นเลิศ โดยการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ พัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าถึงง่าย (Seamless Refer)

**กลุ่มเป้าหมาย :** จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพช่องปากมารับบริการในคลินิกทันตกรรม ผู้สูงอายุ (๓๐,๙๘๕ คน)

### ตารางแสดงผลการดำเนินงานด้านบริการ

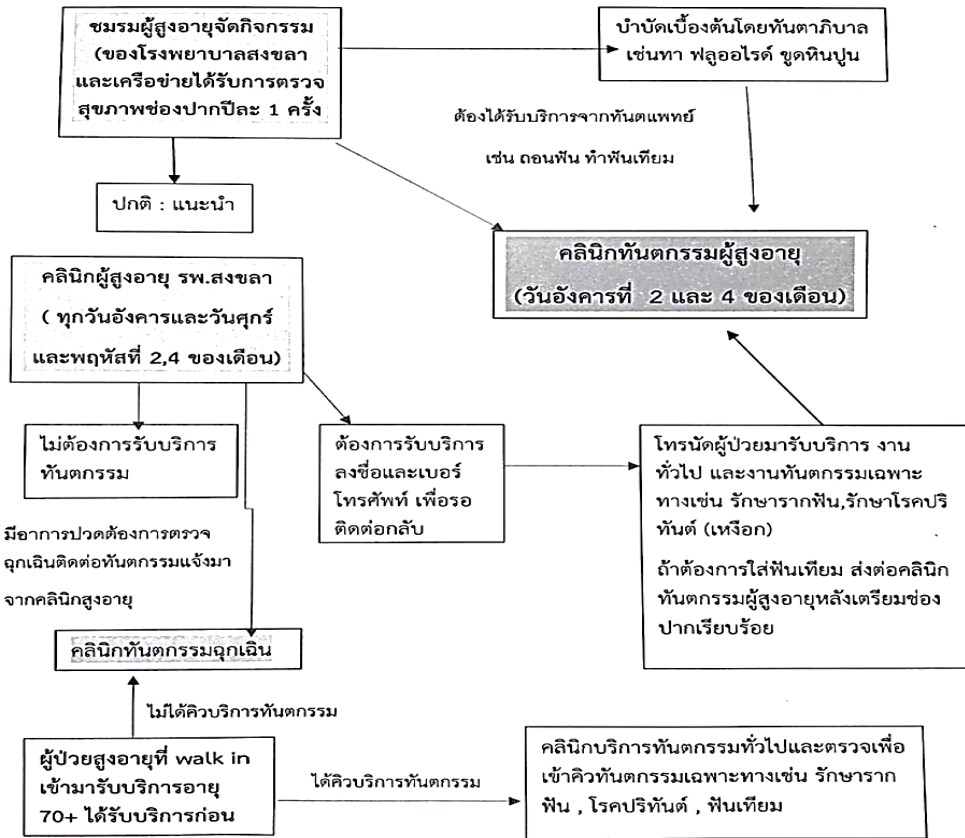
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
<p>๑. ผู้สูงอายุได้รับการจัดทำแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพช่องปากและได้รับการรักษาปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น เคลือบฟลูออไรด์ ขูดหินปูน อุดฟัน ถอนฟัน ใส่ฟันเทียม ในคลินิกทันตกรรมผู้สูงอายุ</p> <p>*ข้อมูลจาก HDC การเข้าถึงบริการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์ ในผู้สูงอายุ, กลุ่มผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรม และกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (คน)</p> <p>ข้อ ๑๒.๓, ๑๒.๔ และ ๑๒.๕</p>	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๒๓.๕๘ (๗,๓๐๖ คน)

### สรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา

๑. บริหารจัดการทีมทันตบุคลากรเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น
๒. ตรวจสอบวิธีการลงข้อมูล และการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้อง
๓. มีระบบการประสานเครือข่ายเพื่อรับบริการ



แนวทางการให้บริการผู้ป่วยสูงอายุคลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลสงขลา



มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องการ

๑. ขับเคลื่อนคุณภาพระบบส่งเสริม ป้องกันสุขภาพและระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care: LTC)
๒. พัฒนาระบบบริการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าถึงง่าย (Seamless Refer) โดยการใช้เทคโนโลยีและสร้างนวัตกรรม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ
๓. สร้างความเข้มแข็งบุคลากร บูรณาการการทำงานภาคีเครือข่าย

โครงการสำคัญ

๑. โครงการจัดตั้ง "ศูนย์วัยวัฒนาเพื่อผู้สูงวัย" เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง
๒. โครงการสูงวัยไม่ล้ม สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อให้มีความรู้ในการป้องกันการหกล้ม โดยงานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลสงขลา
๓. โครงการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยนำเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบการรักษาทางไกล (Tele-medicine) และให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-consultation) มาช่วยในการเข้าถึงบริการ
๔. จัดทำแนวทางปฏิบัติการคัดกรอง ๙ ด้าน รพ.สงขลาและมี Line group และ Line OA เป็นช่องทางในการปรึกษาและส่งต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมายังคลินิกผู้สูงอายุและคลินิกเฉพาะทางในโรงพยาบาลสงขลา ให้แก่เครือข่ายบริการอย่างครอบคลุม
๕. ร่วมจัดทำแนวทางการดูแล (flow of management) ผู้สูงอายุกลุ่มอาการต่างๆที่สำคัญ ระดับจังหวัดสงขลา ได้แก่ การเคลื่อนไหว ความคิดความจำ สุขภาพช่องปาก และการมองเห็น



## ๕. สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงานและส่วนกลาง

๑. การเข้าใช้งานระบบ DMS care tool ซึ่งยังไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถดูข้อมูลในส่วนการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการได้
๒. พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานให้มีความเข้าใจระบบในการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและถูกต้อง
๓. การปรับภาระงานผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิให้มีความเหมาะสม



### ผู้รายงาน

- แพทย์หญิงพัชรี พุทธชาติ
- นายแพทย์เชี่ยวชาญ ด้านเวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
- วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: patcharee.pu@cpirid.in.th

# ประเด็นที่ ๖

## ดิจิทัลสุขภาพ



รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็นที่ ๖ : ดิจิทัลสุขภาพ

ดิจิทัลสุขภาพ

ตัวชี้วัด

๑. โรงพยาบาลที่ยื่นขอรับรอง HAIT ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐
๒. โรงพยาบาลสังกัด สป.สธ.เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (ร้อยละ ๕๐)
๓. โรงพยาบาลในสังกัด สป.สธ. เชื่อมโยงข้อมูล PHR และ ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (ร้อยละ ๑๐๐)
๔. จังหวัดที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด (๓,๕๐๐ ครั้ง)

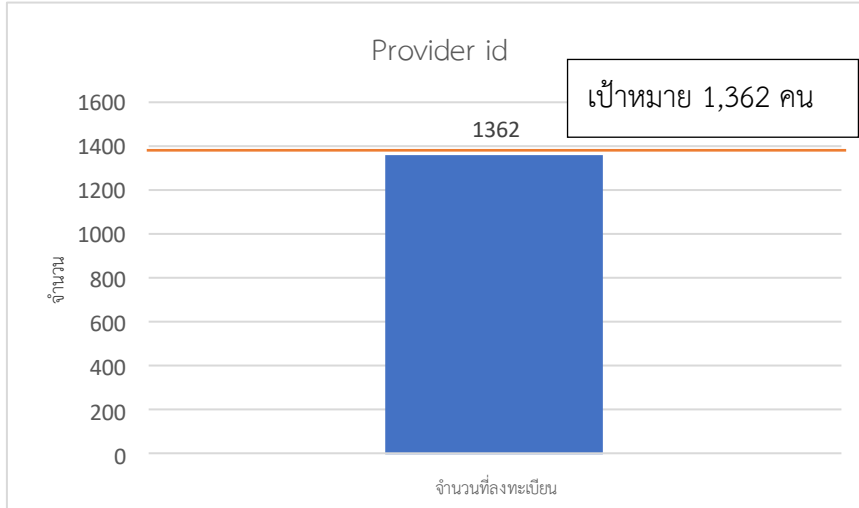
เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด ( ๑ ต.ค.๖๖ - ๓๐ เม.ย.๖๗ )

๑. โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูล PHR ร้อยละ ๑๐๐
๒. โรงพยาบาลอัจฉริยะ ประเมินระดับเพชร
๓. ประเมินมาตรฐาน HAIT ระดับ ๑ plus
๔. ดำเนินการTelemedicine ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของประเภทคลินิก OPD โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการตามช่วงเวลา ดังนี้

ตัวชี้วัด	๓เดือน	๖เดือน	๙เดือน	๑๒เดือน
โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูล PHR	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลอัจฉริยะ	ระดับ ทอง	ระดับ เพชร	ระดับ เพชร	ระดับ เพชร
ประเมินมาตรฐาน HAIT	เตรียมรับการประเมิน	รับการประเมิน	HAIT ระดับ ๒ plus	HAIT ระดับ ๒ plus
Telemedicine	แต่งตั้งคณะกรรมการหรือผู้รับผิดชอบ telemedicine	๑.จัดบริการ telemedicine ๑,๐๐๐ ครั้ง คลินิก OPD ทั้งหมด	๑. จังหวัดจัดบริการ telemedicine ๒,๐๐๐ ครั้ง	๑. จังหวัดจัดบริการ telemedicine ๓,๕๐๐ ครั้ง
		๒. รพศ. รพท. สามารถเปิดบริการ telemedicine ได้ ร้อยละ ๒๐ ของประเภท	๒. รพศ. รพท. สามารถ เปิดบริการ telemedicine ได้ ร้อยละ ๓๐ ของประเภท คลินิก OPD ทั้งหมด	๒. รพศ. รพท. สามารถ เปิดบริการ telemedicine ได้ ร้อยละ ๕๐ ของประเภท คลินิก OPD ทั้งหมด

### ผลการดำเนินการระยะที่ ๒ (ตุลาคม ๒๕๖๖ - เมษายน ๒๕๖๗)

- โรงพยาบาลเชื่อมโยงข้อมูล PHR ร้อยละ ๑๐๐ และมีการดำเนินการลงทะเบียน Provider id และ Health id เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและยกระดับบริการด้วยบัตรประชาชน มีการดำเนินการเบิกจ่ายผ่านทางระบบ Financial data hub ร้อยละ ๑๐๐ ดังแผนภาพ



### ผลการส่งข้อมูลผ่านทางระบบ Financial data hub

\*ข้อมูลอ้างอิงจากวันที่บันทึกข้อมูลในระบบ FDH  
Data Refreshed at 27-05-2567 12:40 PM (อัปเดตทุก 5 นาที)

<p><b>รวมทุกสิทธิ์ หน่วยบริการทั้งหมด</b> 1,378 แห่ง</p>	<p><b>รวมทุกสิทธิ์ รายการทั้งหมด</b> 9,416,267 เคส</p>	<p><b>รวมทุกสิทธิ์ ยอดเรียกเก็บ</b> 16,679,435,283.38 บาท</p>
<p><b>รวมทุกสิทธิ์ อนุมัติ</b> 3,964,198 เคส</p>	<p><b>รวมทุกสิทธิ์ โอนเงินสำเร็จ</b> 3,143,972 เคส</p>	
<p>ปีงบประมาณ : 2567    วันที่เริ่มต้น : 01/04/2567    วันที่สิ้นสุด : 27/05/2567</p> <p>หน่วยบริการ : 10745 : โรงพยาบาล    กองทุน : สิทธิหลักประกันสุขภาพ    ประเภทบริการ : OPD    <b>ค้นหา</b></p>		
<p><b>สิทธิหลักประกันสุขภาพ หน่วยบริการทั้งหมด</b> 1 แห่ง</p>	<p><b>สิทธิหลักประกันสุขภาพ รายการทั้งหมด</b> 47,531 เคส</p>	<p><b>สิทธิหลักประกันสุขภาพ ยอดเรียกเก็บ</b> 42,596,886.38 บาท</p>
<p><b>สิทธิหลักประกันสุขภาพ อนุมัติ</b> 22,174 เคส</p>	<p><b>สิทธิหลักประกันสุขภาพ โอนเงินสำเร็จ</b> 19,806 เคส</p>	

สถานะโอนเงิน

รายการสถานะ	ทั้งหมด(เคส)	เรียกเก็บ(บาท)	เงินชดเชยพึงรับ(บาท)
รอดัดรอบการเบิกจ่าย	1,615	3,096	0
รอโอนเงิน	753	669,176.87	0
โอนเงินสำเร็จ	19,806	18,810,008.98	8,739,300.62

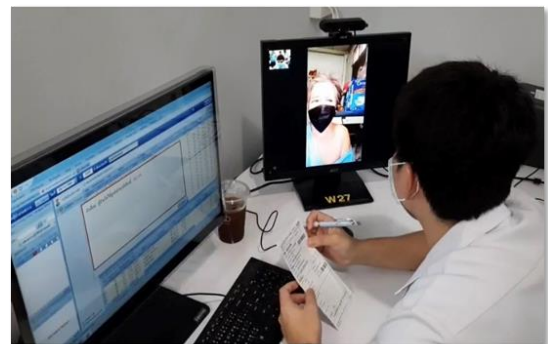
โรงพยาบาลอัจฉริยะ

โรงพยาบาลสงขลาดำเนินการด้านสารสนเทศตามแนวทางของ HAIT, Smart hospital และกรอบแนวคิด EMS ซึ่งเมื่อมีการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะทำให้ผลการประเมินได้ระดับ เพชร รวมคะแนน ๙๖๓ คะแนน ซึ่งคะแนนทั้ง ๔ ด้านเมื่อประเมินได้คะแนนดังนี้

รายการประเมิน	คะแนน
infrastructure	๒๕๐
management	๒๕๐
service	๒๓๐
security	๒๓๓

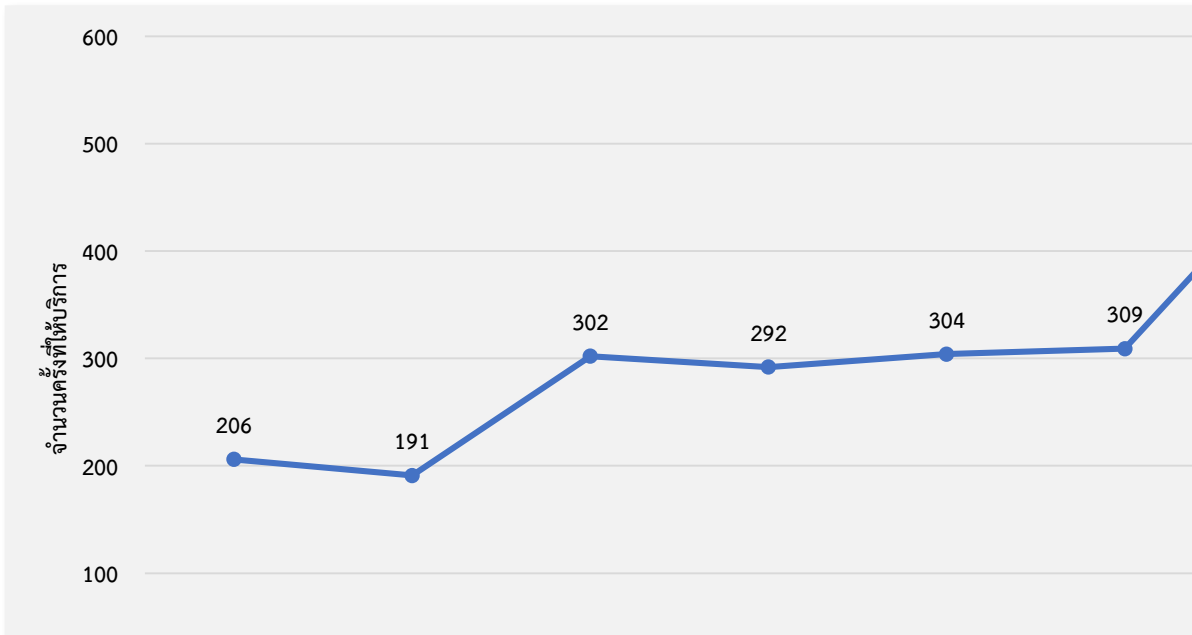
ประเมินมาตรฐาน HAIT

โรงพยาบาลสงขลาเตรียมความพร้อมในการประเมิน HAIT โดยมีการขอเยี่ยมชมสำรวจและประเมิน ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๔ ซึ่งได้มีการเยี่ยมชมสำรวจโดยคณะประเมินของสมาคมเวชสารสนเทศไทย และมีการให้คำแนะนำไว้ ทั้งนี้ในปี ๒๕๖๗ ได้ขอรับการประเมินและได้วันที่ตรวจประเมินวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๗ เพื่อขอรับรอง HAIT level ๒ plus



### Telemedicine

โรงพยาบาลสงขลาเปิดบริการ telemedicine และ telepharmacy โดยมีการให้บริการ Telemedicine ในคลินิกหูดอกมูก จิตเวช อายุรกรรม ศัลยกรรม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม ๕ คลินิก การให้บริการ Telemedicine ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ ถึง เมษายน ๒๕๖๗ มีจำนวน ๒,๐๗๓ ครั้ง ดังแผนภาพ



### สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด ๕๐๘ เตียง มีการดำเนินการภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินงานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ภายใต้วิสัยทัศน์ “โรงพยาบาลแห่งเทคโนโลยี และนวัตกรรมสุขภาพ เพื่อชาวสงขลา” และมีการจัดตั้งกลุ่มภารกิจดิจิทัลสุขภาพ เพื่อให้เกิดการบริหารจัดการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นพัฒนาคุณภาพบริการเพื่อให้การบริหารจัดการระบบคอมพิวเตอร์และเครือข่ายสารสนเทศเป็นไปด้วยความรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ตอบสนองภารกิจด้านงานบริการและบริหารจัดการของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลเริ่มมีการใช้งานสารสนเทศในการรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ ปี ๒๕๔๕ โดยเริ่มดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยนักวิชาการคอมพิวเตอร์ ในปี ๒๕๖๒ พบปัญหาการพัฒนาไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานได้ทันที จึงปรับมาใช้ระบบ hospital information system ของ HosXP XE ปี ๒๕๖๖ และนำร่อง IPD paperless ๕ หน่วยงาน โดยมีแผนพัฒนาเป็นระบบ Paperless ทั้งโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยผู้มารับบริการในปี ๒๕๖๖ เป็นผู้ป่วยนอกจำนวน ๗๗๑,๗๗๙ ครั้งและผู้ป่วยในจำนวน ๓๖,๙๑๐ ครั้ง

### มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ทำเนิการ

โรงพยาบาลสงขลาดำเนินการตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ Smart hospital การยกระดับบัตรประชาชน การยกระดับเป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะและการพัฒนาการเข้าถึงบริการ ของผู้ป่วยลดความแออัด โดยมีการบริหารจัดการตั้งแต่การมอบนโยบายถึงผู้ปฏิบัติ ปรับเปลี่ยนกระบวนการ ทำงานสนับสนุนอุปกรณ์และสถานที่ในการดำเนินงาน และการทบทวนกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อพัฒนาการบริการ ให้ผู้มารับบริการได้รับการบริการที่ดี โดยเมื่อวิเคราะห์ตาม House model จะเป็นดังแผนภาพ

KPI	ยกระดับบัตรประชาชน	ยกระดับเป็น รพ. อัจฉริยะ HAIT	บริการ Telemedicine
<ul style="list-style-type: none"> <li>Service/intervention</li> </ul>	๑. เปิดบริการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่ ๒. เจ้าที่โรงพยาบาล ลงทะเบียน provider id	๑. นโยบาย รพ. อัจฉริยะ ๒. นโยบาย HAIT	นโยบาย Telemedicine เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> <li>System</li> </ul>	บริหารจัดการตั้งแต่ห้องบัตร ระบุสิทธิผู้ป่วย การซักประวัติ ตรวจรักษา บันทึกถูลูกหนี้ จนกระทั่งรับยากกลับบ้าน	ระบบสารสนเทศสนับสนุนในการดำเนินงาน การทำความเข้าใจ ควบคุมกำกับดูแล ระเบียบที่เกี่ยวข้อง	ระบบ Telemedicine ของโรงพยาบาล ระบบอื่น ๆ ที่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ เช่น line หรือ โทรศัพท์ ระบบบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วย
<ul style="list-style-type: none"> <li>Structure</li> </ul>	มีพื้นที่บริการผู้ป่วยที่มารับบริการเพียงพอ	ดำเนินการปรับเปลี่ยนโครงสร้างทั้งกายภาพ และ software ให้เหมาะสมตามมาตรฐาน	จุดให้บริการชัดเจน และมีระบบการเงิน online และส่งยาให้ผู้ป่วย มีการนัดหมายการบริการ
<ul style="list-style-type: none"> <li>Staff</li> </ul>	มอบหมายผู้รับผิดชอบทุกกระบวนการ ใช้บุคลากรที่อยู่ในกระบวนการรักษา ดำเนินการ	มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ผู้เกี่ยวข้องกับมาตรฐานเป็นคณะกรรมการ คณะกรรมการ	มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน
<ul style="list-style-type: none"> <li>Stuff</li> </ul>	จัดหาอุปกรณ์ คอมพิวเตอร์ และอุปกรณ์สนับสนุนในการตรวจสอบสิทธิและลงทะเบียน	จัดหาอุปกรณ์เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามมาตรฐานได้	มีระบบนัดหมาย อุปกรณ์สำหรับการให้บริการ Telemedicine (ยังไม่เพียงพอ กำลังจัดหาเพิ่มเติม)





สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

อุปกรณ์หรือนวัตกรรมที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงานตามตัวชี้วัดให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเขต  
สุขภาพ หรือประเทศ

อัตรากำลังของนักวิชาการคอมพิวเตอร์ที่สามารถบริหารจัดการ software หรือการเชื่อมต่อข้อมูล  
หรือระบบ ระหว่างโรงพยาบาลกับฐานข้อมูลที่ต้องส่งในแต่ละตัวชี้วัด

#### ผู้รายงาน

- นายคิรินทร์ อิงวียะ
- ตำแหน่ง เกษีษกรชำนาญการ
- วันที่ ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail [kirintorn@gmail.com](mailto:kirintorn@gmail.com)

# ประเด็นที่ ๗

## ส่งเสริมการมีบุตร

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
ประเด็นที่ ๗ : ส่งเสริมการมีบุตร

ตัวชี้วัด

- ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
- อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน
- ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (IEM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๕
- อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (<๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ)

คลินิกส่งเสริมการมีบุตร โรงพยาบาลสงขลา

เปิดดำเนินการ วันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๖๖



## Service plan สาขาแม่และเด็ก

- ตัวชี้วัด : ๑. อัตราการตายมารดาไทยไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต
- ๑.๑ อัตราการตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดร้อยละ ๐
  - ๑.๒ อัตราการตายมารดาจากภาวะครรภ์เป็นพิษร้อยละ ๐
  ๒. อัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากเดิมร้อยละ ๑
  ๓. อัตราซีดีในหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่าร้อยละ ๑๔
  ๔. อัตราทารกเกิดไร้ชีพ (Stillbirth rate) ( $\geq 24$  สัปดาห์)
  ๕. ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
  ๖. การคัดกรองโรคธาลัสซีเมียระหว่างตั้งครรภ์ร้อยละ ๑๐๐

## สถานการณ์ (ปัญหา/สาเหตุ)

การดำเนินงาน Service Plan สาขาแม่และเด็ก มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลและระดับชุมชน ทั้งนี้ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการสุขภาพด้านสูตินรีเวชกรรม

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๖ – เมษายน ๒๕๖๗) โรงพยาบาลสงขลาไม่มีมารดาเสียชีวิต มีมารดาคลอดจำนวน ๑,๕๐๓ ราย คลอดทางช่องคลอดจำนวน ๗๑๓ ราย และผ่าตัดคลอด ๗๙๐ ราย มารดาที่คลอดทางช่องคลอดตกเลือดหลังคลอดจำนวน ๑๑ ราย (๑.๕๖%) ตกเลือดจากภาวะรกค้างและล้ารกในท้องผ่าตัดจำนวน ๑ ราย ส่วนมารดาที่ผ่าตัดคลอดมีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน ๑๕ ราย (๑.๐๙%) ไม่มีมารดาที่ผ่าตัดคลอดเกิดภาวะตกเลือดต้องตัดมดลูกและย้ายเข้าไอซียู

มารดาในกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ภาวะครรภ์เป็นพิษจำนวน ๙๕ ราย (๕.๓๕%) ภาวะครรภ์เป็นพิษระดับปานกลางจำนวน ๓๘ ราย (๔.๐๐%) และระดับรุนแรงจำนวน ๕๖ ราย (๕.๘๕%) มีมารดาเกิดภาวะชักจากครรภ์เป็นพิษ จำนวน ๑ ราย (๑.๐๕%) มารดาที่มีภาวะเบาหวาน จำนวน ๑๕๓ ราย (๑๐.๑๘%) ไทรอยด์ จำนวน ๑๑ ราย (๐.๗๓%) ความดันโลหิตสูงจำนวน ๒๔ (๑.๖๕%) ราย มีมารดาเป็นโรคหัวใจจำนวน ๒ ราย (๐.๑๓%) ไม่มีผู้ป่วย admit ด้วย septic shock จากการทำแท้ง คลินิกสูตินรีเวชกรรม มีหญิงตั้งครรภ์ไม่พร้อมจำนวน ๖๒ ราย ได้รับการทำแท้งปลอดภัย จำนวน ๒๐ ราย

## ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

### ๑. แผนงาน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

#### ๑) การพัฒนาการฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพ

- Service re-design high risk care จากบ้าน/ชุมชน: พัฒนาศักยภาพ อสม. (หมอคนที่ ๑) เพื่อเสริมความรู้การคัดแยกหญิงตั้งครรภ์ความเสี่ยงสูงโดยการใช้ Check list เพื่อส่งต่อ รพ.

- การดูแลร่วมกับเครือข่ายในการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง โดยให้วัดความดันโลหิตเมื่อกลับไปบ้านทุก ๒ สัปดาห์ที่ รพ.สต.ใกล้บ้านหรือ อสม.

- จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยความเสี่ยงสูงให้โรงพยาบาลชุมชนลูกข่าย ได้แก่ PPH, PIH, Anemia, preterm

### พัฒนา ANC คุณภาพ:

๑. คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงคลอดก่อนกำหนดมาตรฐาน TVCL, ให้อาป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด (Proluton)
๒. มีการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ขาดนัดและเตือนให้ฝากครรภ์ตามนัด โดยระบบ Line Notify SMS
๓. พัฒนารูปแบบการสอนโรงเรียนพ่อแม่ผ่านระบบ Application line
๔. พัฒนารูปแบบการจูงใจวินัดผ่าตัด/นัด Induction ผ่านระบบ Application line ร่วมกัน ทั้งเครือข่าย

### พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ :

๑. One province one labor room ๒๔/๗ @ ๑๐.๐๐ น.
๒. จัดทำแนวทางการดูแล การเฝ้าคลอดตามมาตรฐาน
๓. กำหนดแนวทางร่วมกับสูติแพทย์ อายุรแพทย์ และสหสาขา: ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มเสี่ยงทางอายุรกรรมเชิงรุกและวางแนวทางดูแลความเสี่ยงสูง ได้แก่ CHT, SLE, Overt DM, GDM เพื่อให้ได้รับการวางแผนคุมกำเนิด โดยทำงานเป็นระบบร่วมกับทาง OPD อายุรกรรม
๔. จัดทำระบบ Fast Track/ Seamless /Auto refer
๕. จัดทำระบบ consult ๒๔ ชม.

### พัฒนาหลังคลอดคุณภาพ

๑. การติดตามการเยี่ยมบ้านครรภ์เสี่ยงสูงที่ day ๓, ๗, ๑๔, ๒๑ โดยสหวิชาชีพ และเข้าระบบ COC link ในเคสเสี่ยงต่ำ
๒. โครงการเยี่ยมเสริมพลังกับรพช. ลูกข่ายทั้งหมด และเยี่ยมเสริมพลังรพ.สต เขตเมือง
๓. Discharge plan หญิงตั้งครรภ์ทุกราย (กลุ่ม High risk: PPH, PIH, SLE, Heart disease, DM, CHT)
๔. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยความเสี่ยงสูง จากรพ. สูรพ., จากรพ.สู่ชุมชน
๕. คืบข้อมูลผู้ป่วยความเสี่ยงสูงให้กับรพช., ชุมชน

### ๒) พัฒนาคัดกรองโรคธาลัสซีเมีย

๑. คัดกรองโรคธาลัสซีเมีย ๑๐๐%ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า ๑๖ สัปดาห์
๒. ติดตามคู่เสี่ยงโรคธาลัสซีเมีย ทันเวลา
๓. การลดภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์: พัฒนาแนวทางการดูแลภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์

### ๓) สนับสนุน กำกับและติดตาม โดยยกระดับคุณภาพการดูแล ทั้งในรพ. สงขลาและรพช. เครือข่าย

๑. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการดูแลมารดาคลอด ได้แก่
  - ส่งเสริมการพัฒนาสมรรถนะแพทย์ พยาบาล และอสม.โดยจัดส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรมการทำอัลตราซาวด์, การ round one province one LR, การอบรมนมแม่ทุก ๑ ปี และส่งพยาบาลเข้ารับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางผดุงครรภ์ทุก ๑ ปี
  - ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Workshop)ในการดูแลมารดาที่มีภาวะวิกฤตตกเลือดหลังคลอดภายในโรงพยาบาลสงขลาและโรงพยาบาลชุมชนลูกข่ายทั้ง ๗ โรงพยาบาล
๒. มีระบบการติดตามเคส Near missed
๓. พัฒนาระบบข้อมูล High risk care: จัดทำแนวทางปฏิบัติ
๔. การขับเคลื่อนบูรณาการ service plan ปฐมภูมิ อายุรกรรม สูติกรรม
๕. พัฒนาศักยภาพ อสม.



- ๖. วางระบบการปรึกษา: สร้างระบบ Consult ที่ชัดเจน และรวดเร็ว
- ๗. การนิเทศหน้างาน และการเยี่ยมเสริมพลัง
- ๘. ใช้นวัตกรรมในการเชื่อมโยงปัญหาจากชุมชนสู่โรงพยาบาล

**ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖-๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ			
			๒๕๖๔ จำนวน (%)	๒๕๖๕ จำนวน (%)	๒๕๖๖ จำนวน (%)	๒๕๖๗ (ต.ค.-เม.ย.๖๗) จำนวน (%)
๑	จำนวนมารดาคลอด	-	๒,๘๙๙	๒,๕๖๘	๒,๗๑๐	๑,๕๐๓
๒	จำนวนมารดาเสียชีวิต	๐ ราย	๐	๐	๐	๐
๓	อัตราการเกิดหลังคลอด (รวม)	๔%	๓๐ (๑.๐๓)	๓๓ (๑.๒๙)	๓๕ (๑.๐๓)	๒๖ (๑.๗๓)
	- คลอดทางช่องคลอด	๓%	๑๕ (๑.๑๗)	๑๑ (๐.๙๔)	๑๔ (๑.๑๘)	๑๑ (๑.๕๖)
	- ผ่าตัดคลอด	๑%	๑๕ (๐.๙๗)	๒๒ (๑.๕๖)	๒๑ (๑.๓๘)	๑๕ (๑.๙๐)
๔	อัตราการเกิดภาวะช็อกในมารดาที่ ตกเลือดหลังคลอด (รวม)	<๒๕%	๓ (๑๐.๐๐)	๑ (๓.๐๓)	๐	๐
๕	จำนวนมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ	ราย	๑๔๓ (๔.๙๓)	๑๓๙ (๕.๔๑)	๑๕๐ (๕.๕๔)	๙๕ (๕.๓๕)
	อัตรามารดาชกจากภาวะครรภ์เป็นพิษ	๐ ราย	๒ (๑.๔๐)	๐	๒ (๑.๓๓)	๑(PCT) (๑.๐๖)
๖	จำนวนมารดาที่ต้องเข้าไอซียู	๐ ราย	๑ (PPH) (๐.๐๓)	๑ (PPH) (๐.๐๓)	๖ (๐.๒๒)	๗ (SVT,ไต) (๐.๔๗)
๗	จำนวนมารดาที่ต้องส่งต่อ	ราย	๐	๐	๐	๐
๘	อัตรามารดาเป็นเบาหวาน	ราย	๒๙๔ (๑๐.๑๔)	๓๓๔ (๑๓.๐๑)	๓๒๔ (๑๑.๙๖)	๑๕๓ (๑๐.๑๘)
๙	อัตรามารดาไทรอยด์เป็นพิษ	ราย	๑๖ (๐.๕๕)	๔ (๐.๑๕)	๑๘ (๐.๖๖)	๑๑(๐.๗๓)
๑๐	อัตรามารดาโรคหัวใจ	ราย	๑ (๐.๐๓)	๒๐ (๐.๗๘)	๒ (๐.๐๗)	๒(๐.๑๓)
๑๑	จำนวนมารดาคลอดก่อนกำหนด	ราย	๒๐๑ (๖.๙๐)	๑๖๒ (๖.๔๒)	๒๑๙ (๘.๐๘)	๑๐๗ (๗.๑๒)
๑๒	จำนวนการคัดกรองโรคธาลัสซีเมียความ เสี่ยงสูงระหว่างตั้งครรภ์	ราย	๒,๐๘๖ (๑๐๐)	๒,๑๙๐ (๑๐๐)	๑,๘๖๒ (๑๐๐)	๔๘๕ (๑๐๐)



### ปัญหา / อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

- 1) ขาดอัตรากำลังพยาบาล
- 2) ขาดแพทย์อนุสาขา
- 3) พยาบาลห้องคลอดยังไม่ได้รับการอบรมเฉพาะผดุงครรภ์ครบ ๑๐๐%



### ผู้รายงาน

- นางภคินี ชุนเศรษฐ์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- โทร. ๐๙๐๔๙๔๗๑๕๙
- Email: pakineekun@gmail.com



## Service plan สาขาทารกแรกเกิด

### ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราตายทารกแรกเกิด เป้าหมาย < ๓.๖ : ๑,๐๐๐ LB
- ร้อยละของทารกแรกเกิดที่ได้รับการคัดกรองโรคหายาก (EM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๐

### สถานการณ์

หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสงขลา เปิดให้บริการเป็น ๒ หน่วย คือ หน่วยทารกแรกเกิดวิกฤติ (NICU) จำนวน ๑๒ เตียง และหน่วยทารกแรกเกิดที่มีปัญหาทางสุขภาพ (SNB) จำนวน ๑๕ เตียง ให้บริการทารกที่เกิดทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล รวมทั้งในและนอกเครือข่าย จากสถิติ ปี ๒๕๖๖ โรงพยาบาลสงขลามีทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด ๒,๗๑๑ ราย, ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) ทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมด ๑,๔๙๙ ราย, สถิติการรับทารกแรกเกิด ปี ๒๕๖๖ จำนวนทารก NICU จำนวน ๒๙๐ ราย ทารก Sick Newborn ๑,๖๔๑ ราย, ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) สถิติการรับทารก NICU จำนวน ๑๓๘ ราย, Sick newborn จำนวน ๘๓๒ ราย, ปี ๒๕๖๖ ทารกเฉลี่ยต่อวัน ของ NICU ๘.๒๘ ราย และของ Sick Newborn = ๑๐.๘๖ ราย, ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) ทารกเฉลี่ยต่อวันของ NICU ๘.๓๑ ราย, ของ sick newborn จำนวน ๘.๔๓ ราย, ปี ๒๕๖๖ อัตราการครองเตียงเฉลี่ย NICU = ๖๙.๐๕ % , Sick Newborn = ๗๒.๔๓ % , ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) อัตราการครองเตียงเฉลี่ย NICU = ๖๙.๓๗%, Sick newborn = ๕๖.๒๐%, และปี ๒๕๖๖ จำนวนทารกที่รับส่งต่อทั้งหมดจำนวน ๗๑ ราย เป็นในเครือข่าย ๖๖ ราย นอกเครือข่ายในจังหวัด ๔ ราย นอกจังหวัด ๑ ราย ทารกที่ได้รับการส่งไปรักษาต่อที่ รพ.ตติยภูมิ ๑๗ ราย ได้แก่ ทารกโรคหัวใจ ๕ ราย โรคทางศัลยกรรม ๕ ราย จักขุ ๑ ราย โรคเลือด ๑ ราย น.ๆ ๒ ราย และส่ง OPD Case ๓ ราย club foot ๒ ราย โรคเลือด ๑ ราย สถิติ ๕ อันดับโรคหลักใน NICU ได้แก่ ๑) preterm ๒) Low Birth Weight ๓) Hyperbilirubinemia ๔) sepsis และ ๕) Birth asphyxia ตามลำดับ, สถิติ ๕ อันดับโรคหลักใน SNB ได้แก่ ๑) Sepsis ๒) Low Birth Weight ๓) meconium stain ๔) Preterm และ ๕) Hyperbilirubinemia ตามลำดับ ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) จำนวนทารกที่รับส่งต่อทั้งหมดจำนวน ๕๖ ราย เป็นในเครือข่าย ๕๓ ราย นอกเครือข่ายในจังหวัด ๑ ราย, นอกจังหวัด ๒ ราย ทารกที่ได้รับการส่งไปรักษาต่อที่ รพ.ตติยภูมิ ๑๑ ราย ได้แก่ ทารกโรคหัวใจ ๓ ราย, โรคทางศัลยกรรม ๒ ราย, โรคเลือด ๒ ราย, โรคขาดออกซิเจนขณะคลอด Apgar score ที่ ๑, ๕, ๑๐ นาที ๑, ๑, ๑ คะแนน ๑ ราย, โรคผิวหนัง ๑ ราย, ส่งไปทำ C-Line ๑ และส่ง OPD Case ๑ ราย สถิติ ๕ อันดับโรคหลักใน NICU ได้แก่ ๑) Preterm ๒) Low Birth Weight ๓) Hyperbilirubinemia ๔) Sepsis และ ๕) Birth Asphyxia ส่วนสถิติ ๕ NICU ได้แก่ ๑) Preterm ๒) Low Birth Weight ๓) Hyperbilirubinemia ๔) Sepsis และ ๕) Birth Asphyxia ส่วนสถิติ ๕ อันดับโรคแรกใน SNB ได้แก่ ๑) Sepsis ๒) Low Birth Weight ๓) meconium stain ๔) Preterm และ ๕) Hyperbilirubinemia ตามลำดับ ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) จากข้อมูลอัตราการตายของทารกแรกเกิด ในปี ๒๕๖๕ พบว่า เพิ่มขึ้นจาก ๓.๐๙ โดยพบทารกเสียชีวิต ๘ ราย เมื่อวิเคราะห์พบว่า ๑) ทารกที่เสียชีวิตเป็นทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ สัปดาห์ และมีน้ำหนัก ๕๐๐-๑,๐๐๐ กรัม ทารกจำนวน ๖ ราย มีภาวะ severe RDS, severe sepsis, birth asphyxia อีกจำนวน ๒ ราย มีภาวะ congenital heart disease



และเป็นทารกเกิดจากมารดาใช้สารเสพติด ๒) ทารกที่มีอายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ มีน้ำหนัก ๑,๘๓๓ กรัม จำนวน ๑ ราย ซึ่งมีภาวะ severe birth asphyxia และ ๓) ทารกที่มีอายุครรภ์ ๓๙ สัปดาห์ ๖ วัน น้ำหนัก ๑,๙๐๓ กรัม จำนวน ๑ ราย ๒,๐๐๐ กรัม จำนวน ๒ ราย ซึ่งมีภาวะ severe birth asphyxia ส่วนในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ อัตราการตายลดลง ๒.๕๘ ต่อ ๑๐๐๐ LB พบทารกเสียชีวิตภายใน ๒๘ วัน จำนวน ๗ ราย ซึ่งเป็นทารกที่อายุครรภ์  $\leq$  ๒๘ wks. ๕ ราย (น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม ๔ ราย และทารก BBA ๑ ราย น้ำหนัก ๑,๐๗๐ gms.) Severe Birth Asphyxia ๑ รายและพิการแต่กำเนิด ๑ ราย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗) อัตราการตาย เป็น๓.๓๓ต่อ๑๐๐๐LB พบว่า ทารกเสียชีวิตภายใน ๒๘ วัน จำนวน ๗ ราย ซึ่งเป็นทารกที่คลอดและเสียชีวิตที่โรงพยาบาลสงขลา จำนวน ๕ รายเป็นทารกDiaphragmatic hernia ๑ ราย, preterm<๑๐๐๐ กรัม ๑ ราย, A-Baum septicemia ๑ ราย, Downsyndrome trisomy๒ ๑ congenital pneumonia patent ductus arteriosus ๑ราย, Severe birth asphyxia Apgar score ๑, ๕, ๑๐ นาที=๑, ๑,๑ คะแนน ๑ ราย,ทารกที่รับ refer และเสียชีวิตที่โรงพยาบาลสงขลา จำนวน ๒ รายได้แก่ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มาทำ Echo ๑ ราย, จากโรงพยาบาลเทพา preterm น้ำหนักตัวน้อย severe birth asphyxia Apgar Score ๑, ๕, ๑๐ นาที นาที=๒, ๕, ๗ คะแนน ๑ ราย

**ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์**

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)
อัตราการตาย แยกตามน้ำหนัก	<๓.๖:๑๐๐๐ LB	๓.๑๑(๘/๒๕๖๙)	๒.๕๘(๗/๒๗๑๑)	๓.๓๓(๕/๑๔๙๙)
< ๑,๐๐๐ กรัม	<๕๐ %	๕๐(๕/๑๐)	๓๖.๓๖(๔/๑๑)	๕๐(๑/๒)
> ๑,๐๐๐-๑,๔๙๙ กรัม	<๑๐%	๐(๐/๒๔)	๓.๔๕(๑/๒๙)	๐(๐/๑๒)
> ๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ กรัม	< ๒%	๑.๑๕(๓/๒๖๑)	๐.๘๒(๒/๒๔๓)	๐(๐/๑๗๘)
> ๒,๕๐๐ กรัม	< ๒%	๐ (๐/๒๒๗๔)	๐(๐/๒๔๒๘)	๐.๓๐(๔/๑๓๐๗)
ร้อยละของทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคหายาก (EM ๔๐ โรค)	ร้อยละ ๙๐	๙๙.๘๑ (๕๖๔/๒,๕๖๙)	๙๓.๖๑ (๒,๕๓๕/๒,๗๐๘)	๙๙.๙๓ (๑,๔๙๘/๑,๔๙๙)

**สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ**

๑. Preterm ยังเป็นปัญหาที่ทำนายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ตั้งแต่ งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ซึ่งต้องบูรณาการความร่วมมือกับ service plan สาขาสูติกรรม เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดรวมถึงการพัฒนาศักยภาพการดูแลทารกก่อนกำหนดโดยเฉพาะทารกน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม เช่น การช่วยหายใจด้วย เครื่องช่วยหายใจความถี่สูง (High frequency oscillatory ventilator) เครื่องช่วยหายใจชนิด non invasive (NIPPV, CPAP, Duo PAP, HHHFNC, NIHFV) การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยปฏิบัติตามแนวทางบันได ๑๐ขั้นสู่ความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สำหรับทารกที่เจ็บป่วย การให้สารน้ำและการให้อาหารทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition) การป้องกันการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ การดูแลผิวหนังทารก การแยกทารกติดเชื้อ การดูแลอุณหภูมิร่างกาย ความชื้นและ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการให้คำแนะนำบิดามารดาตั้งแต่แรกรับ และเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเพื่อส่งเสริมสายสัมพันธ์ครอบครัวและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะอยู่โรงพยาบาล และคัดกรองต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรง, การได้ยิน (OAE) ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (TSH) และโรคพันธุกรรมเมตาบอลิกแบบเพิ่มจำนวนโรค (IEM: Inborn error of metabolism) นัดติดตามทารกกลุ่มเสี่ยงทุกราย

๒. Sepsis เป็นปัญหาหลักของทารกที่เข้ารับบริการในหออภิบาลทารกแรกเกิดยังขาดการทบทวน แยกประเภทว่าเป็น early or late onset neonatal sepsis ซึ่งสาเหตุพยาธิกำเนิดของการติดเชื้อต่างกัน โดยภาวะ early onset sepsis ส่วนใหญ่เป็นการได้รับเชื้อจากมารดา ปัจจัยเสี่ยงคือ ทารกก่อนกำหนด น้ำเต็งก่อนคลอดนานกว่า ๑๘ ชั่วโมง มารดามีไข้มากกว่า ๓๘ องศาเซลเซียสระหว่างคลอด มารดามีเยื่อถุงน้ำคร่ำอักเสบ มารดามีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การพบเชื้อ GBS (Group B Streptococcus) ในช่วงคลอดของมารดาหรือมารดาเคยมีบุตรคนก่อนติดเชื้อ GBS

ส่วนภาวะ late onset sepsis เป็นการติดเชื้อโดยได้รับเชื้อจากสิ่งแวดล้อม (Healthcare-associated infections) กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงคือทารกก่อนกำหนด ได้รับสารอาหารทางหลอดเลือดดำการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน การใส่สายสวนหลอดเลือดดำ การใช้ยาลดกรดในกระเพาะอาหารเป็นต้น ยังขาดแนวทางการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ โดยมีแนวปฏิบัติคือ ๑). การประเมินความเสี่ยงของการติดเชื้อ ๒). การดูแลสิ่งแวดล้อมของทารก (NICU environment, immediate care environment, neonate environment) ๓). การทำความสะอาดมือ (Hand hygiene) ๔). อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (personal protective equipment) ๕). การบริหารจัดการและควบคุมสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย NICU ๖). สถานที่ให้การดูแลมารดาและทารก รวมถึงการเฝ้าระวังโรค (surveillance) และการใช้โปรแกรมที่เปลี่ยนแปลงและขึ้นำการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล (antibiotic stewardship program) โดยต้องอาศัยทีมงานในรูปแบบสหวิชาชีพ ได้แก่ กุมารแพทย์ กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด พยาบาลทารกแรกเกิด เภสัชกร นักควบคุมการติดเชื้อ นักจุลชีววิทยา และนักสถิติหรือจัดการข้อมูล

๓. ภาวะขาดออกซิเจนของทารกแรกเกิด (Birth Asphyxia) จัดเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดรองจากการเกิดก่อนกำหนด การขาดออกซิเจนเมื่อแรกเกิด มีผลกระทบต่อกระบวนการแลกเปลี่ยนออกซิเจนในเลือด ส่งผลให้เกิดภาวะเลือดขาดออกซิเจน และภาวะการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (hypercapnia) จะใช้การรักษาด้วยความเย็น (Therapeutic hypothermia) ซึ่งช่วยให้อุณหภูมิร่างกายของทารกลดลง ๓-๔ องศาเซลเซียส เป็น ๓๓.๕ องศาเซลเซียส ต่อเนื่องเป็นเวลา ๗๒ ชั่วโมง ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของสมองได้ โดยทารกส่วนใหญ่กลับมามีสุขภาพที่สมบูรณ์ในภายหลัง แม้ว่าภาวะขาดอากาศหายใจในระดับปานกลางถึงรุนแรง

๔. การดูแลทารกขณะส่งต่อของโรงพยาบาลในเครือข่าย มี ระบบ Fast tract newborn referral system และการให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลในเครือข่าย มีการนิเทศติดตามเยี่ยมเสริมพลังโรงพยาบาลลูกข่าย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาาร่วมกันโดยใช้ STABLE PROGRAM รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อรับผู้ป่วยทารกดูแลต่อเนื่อง refer back

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>- จำนวน ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักน้อย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง</p> <p>- ศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ</p>	<p>- ฝากครรภ์คุณภาพ, ห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board</p> <p>- จัดระบบ Intrauterine transfer</p> <p>- โครงการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</p> <p>- พัฒนาเครือข่ายในการ Refer back โดยพัฒนา</p> <p>- ศักยภาพการดูแลทารกแรกเกิดให้สามารถดูแลต่อเนื่องได้เหมาะสม</p> <p>- พัฒนาความชำนาญในการใช้เครื่องมือพิเศษที่จัดบริการเข้ามาใหม่ เช่น เครื่องช่วยหายใจ ความถี่สูง, สาร surfactant, cooling with EEG, ไนตริกออกไซด์ เป็นต้น</p>	<p>- สนับสนุนการพัฒนาประสานความร่วมมือ Service plan ทางสูติกรรม</p> <p>■ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรแพทย์และพยาบาล</p>



**ผู้รายงาน**

- นางสาวละออง นิชรานนท์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: Laongnij@gmail.com
- โทร. ๐๘๗ ๓๖๑ ๑๙๑๒

# ปัญหาสำคัญในพื้นที่

## (Area Base)

รายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ ๒ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗  
 โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา วันที่ ๕-๗ มิถุนายน ๒๕๖๗  
 ประเด็น : ปัญหาสำคัญ

Seamless refer

ตัวชี้วัด: การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ ๑๐

เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

นियามการส่งต่อนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยทุกกลุ่มโรคเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการที่เป็นหน่วยบริการที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพที่ ๑๒ รวมทั้งหน่วยงานเอกชนที่ไม่มีข้อตกลงกับกระทรวงสาธารณสุข การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกทุกสิทธิการรักษา การส่งต่อนอกเขตสุขภาพ ลดลงร้อยละ ๑๐

สถานการณ์

ส่งต่อผู้ป่วย ๔ สาขาโรคหลัก										
Service Plan สาขา	ปี ๒๕๖๓		ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖		ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖ -เม.ย.๖๗)	
	นอกเขต และ ส่วนกลาง	มอ.	นอกเขต และ ส่วนกลาง	มอ.	นอกเขต และ ส่วนกลาง	มอ.	นอกเขต และ ส่วนกลาง	มอ.	นอกเขต และ ส่วนกลาง	มอ.
▪ โรคหัวใจ (รหัส I๒๐- I๒๕)	๑	๔๕๖	๐	๒๔๘	๖	๑๗๓	๑	๑๙๘	๔	๖๘
▪ โรคมะเร็ง (รหัส C และ D๐๐)	๑๓	๑,๐๖๙	๑๒	๗๒๘	๑๖	๕๔๙	๒๒	๔๒๔	๙	๒๒๙
▪ อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ▪ (รหัส V๐๑-Y๙๙)	๐	ไม่มีข้อมูล	๐	ไม่มีข้อมูล	๐	๒๗	๐	๒๒	๐	๗
▪ ทารกแรกเกิด ▪ (รหัสวินิจฉัยที่เด็กอายุ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน เทียบกับวันเกิด แม่)	๐	๒๑	๐	๑๕	๐	๕	๐	๑	๐	๐
รวม	๑๔	๑,๕๔๖	๑๒	๙๙๑	๒๒	๗๔๙	๒๓	๖๔๕	๑๓	๓๐๔



ข้อมูลการส่งต่อนอกเขต ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗) จำนวน ๔๓ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกัน ปี ๒๕๖๖ ส่งต่อนอกเขตจำนวน ๔๓ ราย ลดลงร้อยละ ๐ หากรวม รพ.มอ. ปี ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗) จำนวน ๑,๗๙๕ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกัน ปี ๒๕๖๖ ส่งต่อนอกเขตจำนวน ๒๔๗๙ ราย ลดลงร้อยละ ๒๗.๕๙

การส่งต่อนอกเขต ส่วนใหญ่จะพิจารณาส่งต่อส่วนกลาง สำหรับโรคที่เกินศักยภาพ โรงพยาบาล หาดใหญ่และมอ หรือรอผ่าตัดนาน เช่น ส่งต่อผ่าตัดหัวใจราชวิถี แต่ยังมีผู้ป่วยเก่าที่จะต้องไปติดตามการรักษาตามนัดที่ รพ.รามาริบัติ

สำหรับการส่งต่อนอกเขตและส่วนกลางใน ๔ สาขาโรคหลักใน ปี ๒๕๖๗ จะเป็นโรคหัวใจ ๔ ราย (รายเก่า ๔) ผู้ป่วยมะเร็ง ๙ ราย (รายเก่า ๙) และ มีการส่งต่อ รพ.มอ. โรคหัวใจ ๖๘ ราย (รายเก่า ๕ รายใหม่ ๖๓) โรคมะเร็ง ๒๒๙ ราย (รายเก่า ๑๘๕ รายใหม่ ๔๔) อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ๗ ราย (รายเก่า ๓ รายใหม่ ๔)

๒. การปฏิเสธการรับ refer ไม่มีการปฏิเสธเคสจาก รพช. เว้นแต่โรคเกินศักยภาพโรงพยาบาลสงขลาให้ รพช. ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่ศักยภาพสูงกว่าได้เลย เช่น STEMI โรคศัลยกรรมเด็ก BURN

๓. การ refer receive

	ปี๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖ –เม.ย.๖๗ )
▪ รพ.หาดใหญ่	๒๑	๗๖	๖๔
▪ รพ. มอ	๙๙	๑๓๖	๑๔๔

จากตารางพบว่าการRefer receive ( ๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗ ) จำนวน ๒๐๘ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนในเดือนเดียวกันในปี ๒๕๖๖ มีจำนวนเพียง ๑๒๐ ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔๒.๓จากนโยบายSeamless refer การส่งต่อผู้ป่วยเมื่อเกินศักยภาพ หากผู้ป่วยสามารถส่งกลับดูแลต่อเนื่องได้จะไปรับกลับทันทีภายใน ๒๔ ชั่วโมงเพื่อลดแออัดในโรงพยาบาลระดับสูง และ ปัจจุบันผู้ป่วยที่รับกลับจะทำการadmit เข้าระบบpass through โดยไม่ต้องตรวจรักษาซ้ำที่ ER เพียงประเมินอาการแรกรับหากvital sign และอาการทั่วไป stable ส่งadmit ให้แพทย์เจ้าของไข้เดิม ward เดิมได้เกือบ ๙๐%

๔. การ refer back

Refer back	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗ ( ๑ ต.ค.๖๖-๓๐ เม.ย.๖๗ )
▪ สหิงพระ	๓๕๕	๔๕๘	๓๐๓
▪ จະนะ	๖๒๑	๕๔๙	๓๙๒
▪ สิงหนคร	๔๘๓	๕๓๙	๓๕๔
▪ ระโนด	๖๐๓	๕๗๙	๓๘๓
▪ กระแสสินธุ์	๑๕๒	๑๗๔	๑๑๓
▪ เทพา	๓๘๐	๔๒๕	๒๙๘
▪ สะบ้าย้อย	-	-	๑๕๐
รวม	๒,๖๐๔	๒,๗๒๔	๑,๘๔๑



จากตาราง พบว่า การ Refer back (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗) จำนวน ๑๘๔๑ ราย เป็น OPD/ER จำนวน ๑,๔๙๒ ราย และ IPD ๓๔๙ ราย เมื่อเปรียบเทียบกับปีก่อนในเดือนเดียวกันในปี ๒๕๖๖ มีจำนวนเพียง ๑,๕๐๓ ราย จำนวนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๙๔ โดยกลุ่มโรคที่ส่งกลับส่วนใหญ่เป็นแผนกอายุรกรรม และเป็นโรคที่แพทย์พิจารณาแล้วว่า รพช. สามารถดูแลต่อเนื่องได้ ซึ่งส่วนใหญ่หากเป็น IPD case จะให้ รพช. รับกลับเมื่อมีมาส่งผู้ป่วยแต่หาก ๒๔ ชม. แล้วยังไม่มา refer รพช. จะตีรถเปล่ามารับกลับให้ตามนโยบายของ สสจ.ที่กำกับดูแลเรื่อง Seamless refer

### มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

- จากนิยามการกำหนดมาตรการการส่งต่อนอกเขตรวม มอ. (เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพ. ใน สธ.) กรณีเคสเดิมให้ผู้ป่วยนำประวัติการรักษาจาก มอ. มาเพื่อพิจารณาการส่งต่อ จะไม่ส่งต่อหากเป็นโรคที่สามารถดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลสงขลาได้เองแล้ว และถ้าหากโรงพยาบาลขนาดใหญ่สามารถรักษาได้เปลี่ยนส่งต่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่
- หากเป็นผู้ป่วยเก่าที่ยังติดตามการรักษาต่อเนื่องยังจำเป็นต้องส่งต่อ แนะนำให้เปลี่ยนสิทธิหากมีการเปลี่ยนย้ายที่อยู่แล้ว

### สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. การเพิ่มศักยภาพให้มีแพทย์เฉพาะสาขาในโรงพยาบาลของ สธ. ในเขต ๑๒ ให้ครอบคลุม สำหรับโรงพยาบาลสงขลาขอให้มีแพทย์ศัลยกรรมเด็ก ศัลยกรรมตกแต่งและ ศัลยกรรมทรวงอก เพื่อลดปัญหาการส่งต่อ
๒. ปัญหาการส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งเดิมเคยมีข้อตกลงร่วมกันให้ รพช. ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลาไม่มีศักยภาพ จากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง เครื่องมือ อุปกรณ์ ซึ่งปัจจุบันพบว่าบาง รพช. ส่งต่อผู้ป่วยมาให้โรงพยาบาลสงขลาพิจารณา ก่อนทุกราย ว่าสามารถรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลแทนได้หรือไม่ ทำให้มีผู้ป่วยกลุ่มนี้มาพบแพทย์โรงพยาบาลสงขลา ไม่ได้ให้การรักษา รวมทั้งโรงพยาบาลของรัฐในระดับสูงในจังหวัดก็ไม่สามารถรักษาได้ทำให้ผู้ป่วยเสียเวลา หากมาจากอำเภอไกล ๆ ก็ต้องไปกลับหลายครั้ง หากแพทย์ รพช. ดูประวัติการรักษาแล้วมีความเห็นว่าเป็นโรคที่โรงพยาบาลสงขลาและหาดใหญ่รักษาไม่ได้ แล้วเขียนใบส่งตัวให้ไปรักษาต่อเนื่องที่เดิมได้ กรณีแพทย์ รพช. เห็นว่าโรงพยาบาลสงขลาหรือโรงพยาบาลหาดใหญ่รักษาได้ แจ้งผู้ป่วยทราบแล้วส่งต่อมา รพ.ดังกล่าวได้โดยตรง

### ผู้รายงาน

- นส.อัษฎภร บัวจันทร์
- ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: Assadaporn08@gmail.com

# Service plan

สาขาอื่น ๆ

### Service plan สาขาทา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ ๒๕๖๔	ปีงบ ๒๕๖๕	ปีงบ ๒๕๖๖	ไตรมาส ๑ ๒๕๖๗	ไตรมาส ๒ ๒๕๖๗
๑.อัตราการคัดกรองต้อกระจกในผู้สูงอายุ	>๗๕%	๕๔.๕๑%	๕๙.๕๔%	๕๙.๖๓%	๘๓.๘๐%	๔๘.๒๒
๒.ร้อยละผู้ป่วย Blinding Cataract VA < ๑๐/๒๐๐ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ตั้งแต่ปีงบ ๒๕๖๖ ปรับเกณฑ์เป็น ๘๕%	>๘๐%	๘๐.๓๗%	๗๖.๗๓%	๘๒.๗๘%	๙๒.๘๖%	๙๔.๘๗
๓.ร้อยละผู้ป่วย Low Vision VA<๒๐/๗๐ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน	>๘๕%	๑๐๐%	๙๘.๒๑%	๙๕.๖๖%	๙๗.๕๐%	๙๗.๘๔
๔.เด็กนักเรียนป.๑ได้รับการคัดกรอง สายตา	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๕.เด็กที่มีสายตาสั้นผิดปกติได้รับการแก้ไขโดยใช้แว่น	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%

ที่มา: <https://www.vision๒๐๒๐thailand.org>

### สถานการณ์

สถิติคนไทยมีภาวะตาบอด ๐.๕๙% สายตาเลือนราง ๑.๕๗% สาเหตุสำคัญของภาวะตาบอด คือ ต้อกระจก (๕๑%) ต้อหิน(๙.๘%) ภาวะตาบอดในเด็ก (๕.๗%) เบาหวานเข้าจอตา (๒.๕%) กระจกตาขุ่น (๒.๐%) ร้อยละ ๘๐ ของภาวะตาบอดสามารถป้องกันหรือรักษาได้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ตั้งเป้าหมายการลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐%

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงเต็มรูปแบบ มีผู้สูงอายุ ๒๐%ของประชากรทั้งหมด เป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทา คือ การลดความชุกภาวะตาบอดให้ต่ำกว่า ๐.๕๐% โดยเพิ่มคุณภาพการเข้าถึงบริการใน ๕ โรคหลักคือ ต้อกระจก จอตา (เนื้องาหวาน และ ROP) ตาบอดในเด็ก ต้อหิน กระจกตาขุ่น และนโยบายเขตสุขภาพต้องการลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต

สถิติผู้สูงอายุที่มารับบริการรักษาในแผนกจักษุโรงพยาบาลสงขลามี ๕ อันดับโรคคือ ต้อกระจก ต้อหิน เบาหวานขึ้นตา ต้อเนื้อ และอุบัติเหตุทางตา

กลุ่มงานจักษุ มีเป้าหมาย เพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจรักษาโรคทางตา ลดวันนอนโรงพยาบาล และลดระยะเวลารอคอยผ่าตัดต้อกระจก



## ผลการดำเนินงาน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

### แผนงาน/ กิจกรรมการแก้ไขปัญหา

#### ๑.เพิ่มการเข้าถึงบริการ

- คัดกรองต่อกระจกแข็งรุก ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๖
- ขยายการบริการผ่าตัดต่อกระจกแบบไม่ค้างคืน ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จนถึงปัจจุบัน
- เพิ่มการบริการผ่าตัดต่อกระจกผู้ป่วยจากคัดกรองต่อกระจกและโรคของเปลือกตาแข็งรุก จากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๗ จนถึง มีนาคม ๒๕๖๗
- เพิ่มห้องผ่าตัดตา เป็น ๒ ห้องตั้งแต่เดือน มีนาคม ๒๕๖๖ จนถึงปัจจุบัน
- ตรวจคัดกรองโรคทางตาในผู้สูงอายุและแจกแว่นตาให้ตามโครงการ Quick win ๕๐๐ คน

#### ๒.ลดวันนอนโรงพยาบาล

- คลินิก ODS ตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ จนถึงปัจจุบัน

#### ๓.โครงการเด็กไทยสายตาสี เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ จนถึงปัจจุบัน

### ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน

- ลดระยะเวลารอคอยเหลือ ๑๗.๖๒ วัน
- สอนให้ความรู้แก่ อสม./รพ.สต./รพช. ในเครือข่ายเพื่อคัดกรองต่อกระจกและส่งต่อได้ทันเวลา
- ลดวันนอนโรงพยาบาล ตั้งแต่เดือน ก.พ.๖๖ เปิดทำผ่าตัดต่อกระจกแบบ ODS > ๙๕ %
- ผ่าตัด SMC เพื่อเป็นทางเลือกให้กับผู้รับบริการ
- ผ่าตัดต่อกระจกผู้ป่วยจากการคัดกรองต่อกระจกแข็งรุก จากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๗
- มอบแว่นนักเรียนป.๑ ในวันเด็กแห่งชาติประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖ (จำนวน ๒๖ อัน)
- เข้าไปตรวจ รักษา ผู้ต้องขังในเรือนจำ ตามโครงการ ราชทัณฑ์ปันสุข



## ปัญหา อุปสรรค

### ด้านผู้รับบริการ

- ผู้สูงอายุที่ห่างไกลยังเข้าไม่ถึงบริการตรวจรักษาโรคทางตา
- นักเรียนชั้น ป.๑ ในชนบทยังเข้าไม่ถึงบริการวัดสายตา

### ด้านบุคลากร

- ความยุ่งยากลำบากในการเดินทางและเคลื่อนย้ายเครื่องมือตรวจตา ชุดเครื่องมืออุปกรณ์การทำผ่าตัดต่อกระจกไปยังโรงพยาบาลชุมชน
- การคัดกรองใน รพ.สต.ลดลงจาก จนท.โอนย้ายสังกัดทำให้ไม่สามารถทำงานตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขได้

## นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- งานวิจัยเปรียบเทียบการใช้ยาหยอดตาปฏิชีวนะผสม Neomycin, PolymycinB, Gramicidin (Poly oph) กับ Non preservative saline ในการทดสอบ Tear breakup time (TBUT) ในกลุ่มอาสาสมัครโรงพยาบาลสงขลา



## ผู้รายงาน

- นางสาวภัทธานิษฐ์ อธิพัศธนานนท์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: nithiwadee๗๙@gmail.com



Service plan สาขา อายุรกรรม

ตัวชี้วัด ๑ : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Severe sepsis/ Septic Shock) ชนิด

Community-acquired ≤ ร้อยละ ๒๔

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบซีได้รับการประเมินและดูแลรักษาหายขาดได้ ≤ ร้อยละ ๘๐

ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ - ๓๐ เม.ย.๖๗)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เดือน							รวม
		ต.ค.๖๖	พ.ย.๖๖	ธ.ค.๖๖	ม.ค.๖๗	ก.พ.๖๗	มี.ค.๖๗	เม.ย.๖๗	
๑.จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired		๕๘	๕๓	๖๖	๕๕	๔๗	๓๘	๔๒	๓๕๙
๒.อัตราตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	≤ ๒๔ %	๑๕.๕๒ (n=๙)	๓๐.๑๙ (n=๑๖)	๒๕.๗๖ (n=๑๗)	๒๐.๐๐ (n=๑๑)	๒๑.๒๘ (n=๑๐)	๑๘.๔๒ (n=๗)	๑๖.๖๗ (n=๗)	๒๑.๔๕ (n=๗๗)
๓.อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	≥ ๙๐ %	๑๐๐ (n=๕๘)	๑๐๐ (n=๕๓)	๑๐๐ (n=๖๖)	๑๐๐ (n=๕๕)	๑๐๐ (n=๔๗)	๑๐๐ (n=๓๘)	๑๐๐ (n=๔๒)	๑๐๐ (n=๓๕๙)
๔.อัตราการได้รับ ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ ๙๐ %	๑๐๐ (n=๕๘)	๑๐๐ (n=๕๓)	๙๖.๙๗ (n=๖๔)	๙๖.๓๖ (n=๕๓)	๙๗.๘๗ (n=๔๖)	๙๗.๓๗ (n=๓๗)	๑๐๐ (n=๔๒)	๙๘.๓๓ (n=๓๕๓)
๕.อัตราการได้รับ IV Fluid ๓๐ml/kg. ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ ๙๐ %	๙๖.๕๕ (n=๕๖)	๙๔.๓๔ (n=๕๐)	๙๕ (n=๖๓)	๙๖.๓๖ (n=๕๓)	๙๕.๗๔ (n=๔๕)	๙๗.๓๗ (n=๓๗)	๙๕.๒๔ (n=๔๐)	๙๕.๘๒ (n=๓๔๔)
๖.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.	≥ ๓๐ %	๓๒.๗๖ (n=๑๙)	๓๙.๖๒ (n=๒๑)	๓๔.๘๕ (n=๒๓)	๔๑.๘๒ (n=๒๓)	๕๑.๐๖ (n=๒๔)	๖๕.๗๙ (n=๒๕)	๔๐.๔๘ (n=๑๗)	๔๔.๘๕ (n=๑๖๑)
ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG	≥ ๙๐ %	๙๖.๙๖	๙๗.๓๓	๙๗.๖๒	๙๗.๕๓	๙๗.๘๗	๙๘.๒๕	๙๘.๔๑	๙๗.๗๑
LOS เฉลี่ย		๙.๘๑	๑๒.๙๘	๘	๑๑	๑๐	๑๓	๑๐	๑๐.๖๘



### อัตราเสียชีวิต

	A	B	C	D	(A+C)/Dx๑๐๐(%)
ต.ค.๖๖	๖	๐	๓	๕๘	๑๕.๕๒
พ.ย.๖๖	๑๕	๐	๑	๕๓	๓๐.๑๙
ธ.ค.๖๖	๑๕	๐	๒	๖๖	๒๕.๗๖
ม.ค.-๖๗	๑๐	๐	๑	๕๕	๒๐.๐๐
ก.พ.-๖๗	๘	๐	๒	๔๗	๒๑.๒๘
มี.ค.-๖๗	๖	๐	๑	๓๘	๑๘.๔๒
เม.ย.๖๗	๗	๐	๐	๔๒	๑๖.๖๗
<b>เฉลี่ย</b>	<b>๖๗</b>	<b>๐</b>	<b>๑๐</b>	<b>๓๕๙</b>	<b>๒๑.๔๕</b>

A = จำนวนผู้เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)

B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น

C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น

D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired ทั้งหมด ที่ลง ICD๑๐ รหัส R๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (Complication) และ ไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z๕๑.๕)



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ							
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)
๑.จำนวนผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired		๔๐๗	๕๑๖	๖๒๐	๗๒๔	๖๖๘	๖๘๗	๗๓๙	๘๕๙
๒.อัตราการตายผู้ป่วย Severe sepsis/Septic Shock ชนิด Community-acquired	≤ ๒๔ %	๒๖.๕๔ (n=๑๐๘)	๓๑.๗๘ (n=๑๖๔)	๒๖.๗๗ (n=๑๖๖)	๒๘.๕๙ (n=๒๐๗)	๓๐.๐๙ (n=๒๐๑)	๓๐.๗๑ (n=๒๑๑)	๒๓.๑๔ (n=๑๗๑)	๒๑.๔๕ (n=๗๗)
๓.อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	≥ ๙๐ %	๙๗.๗๘ (n=๓๙๘)	๙๙.๘๐ (n=๕๑๕)	๙๗.๙๐ (n=๖๐๗)	๙๙.๕๙ (n=๗๒๑)	๙๙.๗๐ (n=๖๖๖)	๑๐๐ (n=๖๘๗)	๙๙.๘๖ (n=๗๓๘)	๑๐๐ (n=๘๕๙)
๔.อัตราการได้รับ ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ ๙๐ %	๙๗.๗๘ (n=๓๙๘)	๙๙.๖๑ (n=๕๑๔)	๙๔.๕๒ (n=๕๘๖)	๙๘.๓๔ (n=๗๑๒)	๙๙.๗๐ (n=๖๖๖)	๙๘.๘๔ (n=๖๗๙)	๙๘.๑๑ (n=๗๒๕)	๙๘.๓๓ (n=๓๕๓)
๕.อัตราการได้รับ IV Fluid ๓๐ml/kg. ใน ๑ ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ ๙๐ %	๗๘.๘๗ (n=๓๒๑)	๖๗.๖๓ (n=๓๔๙)	๗๘.๐๖ (n=๔๘๔)	๘๖.๗๔ (n=๖๒๘)	๙๒.๙๖ (n=๖๒๑)	๙๒.๔๓ (n=๖๓๕)	๙๔.๑๘ (n=๖๙๖)	๙๕.๘๒ (n=๓๔๔)
๖.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชม.	≥ ๓๐ %	๓๕.๘๗ (n=๑๔๖)	๓๗.๒๐ (n=๑๙๒)	๓๐.๑๖ (n=๑๘๗)	๒๔.๔๕ (n=๑๗๗)	๓๖.๒๓ (n=๒๔๒)	๓๑ (n=๒๑๓)	๓๓.๑๕ (n=๒๔๕)	๔๔.๘๕ (n=๑๖๑)
ร้อยละการปฏิบัติตาม CPG	≥ ๙๐ %	๙๑.๔๘	๘๙.๐๑	๙๐.๑๖	๙๔.๘๙	๙๖.๙๔	๙๖.๘๒	๙๗.๐๘	๙๗.๗๑

### สถานการณ์

สถานการณ์ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง (Severe sepsis/Septic Shock) ชนิด Community-acquired ของโรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ และ ๒๕๖๖ ร้อยละ ๓๐.๗๑ และ ๒๓.๑๔ มีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖-๓๐ เม.ย.๖๗) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงร้อยละ ๒๑.๔๕ พบว่า ร้อยละ ๖๘.๘๓ เป็นกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคร่วมหลายโรค ติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยอาการไม่ชัดเจน ภูมิคุ้มกันต่ำ CKD, CA, Cirrhosis กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อเจาะคอ คาสายหรือท่อระบายต่าง ๆ เป็นต้น มารับการรักษาโรงพยาบาลล่าช้า ร้อยละ ๗๐.๑๓ มาถึงโรงพยาบาลล่าช้า onset ๓-๕ วัน

## มาตรการสำคัญ

บุคลากรที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง รวมทั้งครูฝึก และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยมาตรการ - การเข้าถึง ICU  
การคัดกรอง - การค้นหากลุ่มที่อัตราความเสี่ยงสูงด้วย SOS Score - การคัดกรองด้วย lactate  
การวินิจฉัย - วินิจฉัยโดยใช้ criteria ในการวินิจฉัยแบบเดียวกัน - ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ  
การรักษา - การปฏิบัติตาม Protocol - Early resuscitation โดย Rapid response team  
การติดตาม - การติดตามผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score - การติดตามผู้ป่วยโดยระบบ Application

## ผู้รายงาน

- นางสาวละมุล มุสิกพงศ์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: lamun210@gmail.com



## Service plan สาขา กุมาร

### โรคธาลัสซีเมีย

#### ตัวชี้วัด

- เด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ ปี) TDT มี Hb > ๙ มากกว่าร้อยละ ๘๐
- เด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ ปี) TDT ธาตุเหล็กสะสมไม่เกิน (serum ferritin < ๒,๕๐๐) มากกว่าร้อยละ ๘๐

#### สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลา ให้บริการผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทั้งผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยทั่วไปและกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีอายุตั้งแต่ ๐-๑๕ ปี และโรงพยาบาลใกล้เคียงในเขตจังหวัด จากสถิติ ปี ๒๕๖๕ จำนวนผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย TDT ที่มารับบริการในคลินิกธาลัสซีเมีย ๔๘ ราย พบปัญหาผู้ป่วยไม่ได้มารับเลือดตามนัด มีการเลื่อนนัดเนื่องจากต้องไปโรงเรียน ผู้ปกครองต้องทำงาน รวมทั้งปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ ปี) TDT ค่า Hb > ๙ มีเพียง ๓๐% เด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ ปี) TDT ธาตุเหล็กสะสมไม่เกิน (serum ferritin < ๒,๕๐๐) ๙๑.๕% และในปี ๒๕๖๖ ก็ยังคงพบปัญหา ผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ ปี) TDT มีค่า Hb > ๙ มีเพียง ๒๕% เด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ ปี) TDT ธาตุเหล็กสะสมไม่เกิน (serum ferritin < ๒,๕๐๐) ๙๑.๕%

#### ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ -๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗)

##### ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๗ ไตรมาสที่ ๑	ปี ๒๕๖๗ ไตรมาสที่ ๒
- อัตราเด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ปี) TDT มี Hb > ๙	>๘๐	๕๑.๑	๔๘.๙
- อัตราเด็กธาลัสซีเมีย (อายุ ๐-๑๕ปี) TDT ธาตุเหล็กสะสมไม่เกิน (serum ferritin < ๒,๕๐๐)	>๘๐	๘๕.๑	๗๘.๗

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ  
 - ผู้ป่วยมีการเลื่อนนัด ไม่ได้รับเลือดตามนัด

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ผู้ป่วยมีการเลื่อนนัดการมารับเลือดตามนัด	- พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายในการจัดระบบบริการให้เลือด ใกล้บ้านใกล้ใจ - พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย ให้บริการในวันเสาร์และอาทิตย์ - กำหนดโปรแกรมการติดตามผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย - จัดโครงการEmpowerment ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย	- สนับสนุนการพัฒนาประสานความร่วมมือ Service plan



**ผู้รายงาน**

- นางปิยาพร คงมี
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- โทร. ๐๗๔-๓๓๘๘๑๐๐



## โรค Asthma

### ตัวชี้วัด

- อัตรา Admission rate เป้าหมาย <๑๐%
- อัตรา Respiratory Failure เป้าหมาย <๒ %
- อัตราReadmitใน ๒๘ วัน เป้าหมาย ๐ %

### สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลา ให้บริการผู้ป่วยกุมารเวชกรรมทั้งผู้ป่วยวิกฤติและผู้ป่วยทั่วไป ที่มีอายุตั้งแต่ ๑ เดือน – ๑๕ ปี รับไว้รักษาในโรงพยาบาลรวมทั้งผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลใกล้เคียงในเขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง รองรับ ส่วนผู้ป่วยปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแล ส่งต่อไปรักษาที่รพ.ศูนย์หาดใหญ่ และรพ.สงขลานครินทร์ ในปี ๒๕๖๕ มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อทางเดินหายใจ ทำให้มีปอดติดเชื้อ หลอดลมอักเสบ ส่งผลให้หอบหืดกำเริบ ในปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วยหอบหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน ๑๐๓ ราย มีผู้ป่วย Respiratory Failure ๒ ราย คิดเป็นอัตรา Respiratory Failure ๑.๙๔ % อัตรา Admission rate ๓.๑๑ % และอัตรา Readmit ใน ๒๘ วัน ๐.๐๖%

### ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ -๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗)

#### ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๗ (Q1)	ปี๒๕๖๗ (Q2)
▪ อัตรา Admission rate	<๑๐%	๑.๔๗	๑.๗๕
▪ อัตรา RF	<๒ %	๐	๐
▪ อัตรา Readmit ใน ๒๘ วัน	<๐%	๐	๐

### สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

- Early Detection
- Proper treatment
- ปัจจัยกระตุ้น การติดเชื้อทางเดินหายใจ

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<p>- Early Detection</p> <p>- Proper treatment</p> <p>- ปัจจัยกระตุ้น การติดเชื้อทางเดินหายใจ</p>	<p>- มี screening tool ให้แก่ รพ.สต.ให้วินิจฉัยโรคหอบหืดในเด็กเล็กได้เร็ว และได้รับการรักษาที่เหมาะสม</p> <p>- พัฒนาเครือข่ายในการ ตั้งคลินิกหอบหืด</p> <p>- นิเทศ รพช.เครือข่ายติดตามการดำเนินงานและปัญหาในการดำเนินงานของคลินิกหอบหืด ๖ รพช.</p> <p>- พัฒนาข้อบ่งชี้ในการส่งต่อและการนำ CPG Asthma มาใช้ในการดูแลรักษาสำหรับ รพช.ก่อน และขณะส่งต่อ</p> <p>- มี Line Connection กับ รพช.๖ แห่งสำหรับรับการ Consult จากกุมารแพทย์</p> <p>- เชื่อมโยงกับ PCU รณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และรณรงค์ influenza vaccine เด็กที่อายุ ๒ ปีหรือกลุ่มเสี่ยง</p> <p>- ปรับระบบการ Empowerment และติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p>	<p>- สนับสนุนการพัฒนาประสานความร่วมมือ Service plan</p> <p>▪ สนับสนุนการพัฒนาบุคลากร แพทย์และพยาบาล</p>

ผู้รายงาน

- นางปิยาพร คงมี
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- วันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- โทร. ๐๗๔-๓๓๘๑๐๐

Service plan สาขา ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ตัวชี้วัด

เรื่อง	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๗-เม.ย ๖๗)
๑	กระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพ.ระดับ A – F๓ ร้อยละ ๗๐ (รพ.ที่ไม่มีแพทย์ออร์ โธปิดิกส์) --รพ.เครือข่ายสามารถ ดูแลผู้ป่วยกระดูกหักชนิด ไม่ซับซ้อนได้ มากกว่าร้อยละ ๘๐	>๗๐%	๗๒%	๖๘.๒๒%	๗๖.๙๒	๗๑.๖๑ (๓๒๘/๔๕๘)	๗๐.๒๐ (๓๗๐/๕๒๗)
๒	ร้อยละ ผู้ป่วย Open fracture long bone ได้รับการผ่าตัดภายใน ๘ ชม. ๑. จัดบริการ fast tract open long bone fracture ผ่าตัดได้ภายใน ๘ ชั่วโมง ร้อยละ ๑๐๐ ๒. อัตราภาวะติดเชื้อหลัง ผ่าตัด ร้อยละ ๐	>๕๐%	๘๐.๐๓%	๙๕.๔๓%	๕๔.๖๗%	๑๐๐% (๖/๖)	๑๐๐% (๕/๕)
๓	๑. ผู้ป่วย Refracture prevention อายุมากกว่า หรือเท่ากับ ๕๐ ปี ได้รับ การผ่าตัด ภายใน ๗๒ ชม. (ปรับอายุ ๖๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕) ๒. Re fracture	>๕๐%  < ๒๐%	๔๘.๔๘%  ๔.๕%	๖๕.๗๗%  ๒.๓๗%	๖๙.๑๗  ๐%	๘๔.๒๑ (๑๒๘/๑๕๒)  ๐	๗๖.๕๔ % (๖๒/๘๑)  ๐



เรื่อง	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๗-มี.ย๖๗)
๕	ผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ( Spine Unit ) ๑. ระยะเวลารอผ่าตัดผู้ป่วยบาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงมากกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วย < ๑๐ วัน มากกว่าร้อยละ ๕๐ ๓. อัตราติดเชื้อแผลผ่าตัด ( Suregical Site Infections ) ร้อยละ ๐ ๔. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามแบบประเมิน Oswestry Disability Index ภายหลังผ่าตัด ที่ระยะเวลา ๓ เดือน ตีก่อนผ่าตัด มากกว่าร้อยละ ๒๐ ๕. ความพึงพอใจของผู้มารับบริการมากกว่าร้อยละ ๙๐	>๕๐% >๕๐% ๐ >๒๐% >๙๐%	- - - - -	๔๒ ๕๔.๗๖ ๕๒.๓๘ ๐ ๖๘ ๙๕	๖๘ ๖๗.๖๔ ๖๓.๒๓ ๐ ๗๔ ๙๘	(๕๒/๖๘) ๗๐.๕๘ ๖๘.๓๗ ๐ ๘๔ ๑๐๐	(๕๓/๗๔) ๗๑.๖๒ ๗๒.๙๗ ๐ ๗๘ ๑๐๐
๖	กระดูกเชิงกรานและสะโพก (Pelvic and acetabulum Unit ) ๑. ระยะเวลารอผ่าตัดผู้ป่วยบาดเจ็บไม่เกิน ๗ วัน มากกว่าร้อยละ ๕๐ ๒. อัตราการนอนโรงพยาบาลผู้ป่วย < ๒๐ วัน มากกว่าร้อยละ ๕๐ ๓. อัตราติดเชื้อแผลผ่าตัด ( Suregical Site Infections ) ร้อยละ ๐ ๔. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยตามแบบประเมิน Oswestry Disability Index ภายหลังผ่าตัด ที่ระยะเวลา ๓ เดือน ตีก่อนผ่าตัด มากกว่าร้อยละ ๕๐	>๕๐% >๕๐% ๐ >๕๐%	- - - -	- - - -	- - - -	๒/๒ ๑๐๐ ๑๐๐ (๑๗.๕วัน) ๐ ๖๐%	๑/๑ ๑๐๐ ๑๐๐ (๑๖.๖วัน) ๐ ๗๕%

## การประชุมวิชาการทางออร์โธปิดิกส์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ เครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา



## การถ่ายทอดความรู้เรื่องการผ่าตัดหมอนรองกระดูกสันหลัง ณ โรงพยาบาลสตูล



การอบรมถ่ายทอดความรู้เรื่องการผ่าตัดกระดูกสันหลังผ่านกล้อง  
ระหว่าง โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลสงขลา และ โรงพยาบาลศิครินทร์



ประชุมวิชาการโรคทางกระดูกสันหลัง ระหว่าง โรงพยาบาลสงขลา และ โรงพยาบาลหาดใหญ่  
(Inter-hospital conference)





## ประชุมวิชาการเรื่อง “Songkhla Orthopedic day ๒๐๒๔ : Let’s grow together” ปี ๒๕๖๗



### สถานการณ์

โดยรวม โรงพยาบาลสงขลาสามารถ ทำได้ตามเป้าของตัวชี้วัด service plan เขต ๑๒ ยกเว้นในส่วน ของความสามารถ ในการรักษา simple fracture ของโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ซึ่งยังเป็นจุด ที่โรงพยาบาลสงขลา เห็นถึงข้อจำกัด ที่ยังต้องพัฒนาและเพิ่มศักยภาพให้กับโรงพยาบาลระดับ M๒ สาเหตุ หลักสำคัญเรื่องความมั่นใจในการรักษาของแพทย์ เนื่องจากมีการหมุนเวียนแพทย์ ที่มาประจำ และประสบการณ์ในการรักษาไม่มาก ขาดความมั่นใจในการรักษาประกอบกับความคาดหวังของผู้รับบริการ ที่ มีความต้องการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลาเนื่องจากมีแพทย์เฉพาะทางโดยตรง

ผู้ป่วยบาดเจ็บทางกระดูกสันหลัง ซึ่งเดิมเป้าของตัวชี้วัด service plan เขต ๑๒ ต้องมีจังหวัดละ ๑ แห่งโดยเป็นโรงพยาบาลระดับ A โดยมีการเปิด Spine Unit ที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้ป่วยกลุ่ม FLS ที่ ดำเนินการดูแลตามมา service plan เขต ๑๒ ตั้งแต่ปี ๒๕๖๕ ทั้งนี้ทางโรงพยาบาลสงขลาเห็นโอกาส พัฒนาการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางกระดูกสันหลังและสะโพกพบว่ามีความโน้มสูงมากขึ้นในปัจจุบัน โรงพยาบาลสงขลา มีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงมีแผนงานที่จะเปิด Spine and Hip unit จำนวน ๖ เตียง ซึ่งอยู่ในกระบวนการปรับปรุงโครงสร้าง Unit เพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้

ทางวิชาการกลุ่มงานออร์โธปิดิกส์โรงพยาบาลสงขลาได้จัดประชุมวิชาการเรื่อง “Songkhla Orthopedic day ๒๐๒๔ : Let’s grow together” ปี ๒๕๖๗ ในวันที่ ๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมสิงขรา อาคารผู้ป่วยนอก ชั้น ๒ โรงพยาบาลสงขลา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการ ฟื้นฟูความรู้และก้าวตามทันความรู้ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยทางออร์โธปิดิกส์ สำหรับแพทย์ออร์โธปิดิกส์ แพทย์ ประจำบ้าน แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด และโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ให้

ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ สร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างแพทย์ และ ทีม สหวิชาชีพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ๑๒๐ คน และปัจจุบันพบผู้ป่วยกลุ่มกระดูกสันหลังคดในเด็กมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น กลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์เล็งเห็นความสำคัญของการสร้างกลุ่มเครือข่ายให้แก่ผู้ป่วยกระดูกสันหลังคดในเด็กได้แก่ แพทย์ พยาบาล ผู้ปกครอง คณะครูอาจารย์ในโรงเรียนต่าง ๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา และประชาชนผู้สนใจกลุ่มเป้าหมาย ๑๕๐ คน จึงได้จัดกิจกรรม "งานวันกระดูกสันหลังคด" (Songkhla scoliosis day ๒๐๒๔) ในวันพฤหัสบดีที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๖.๐๐ น. เพื่อเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจของตัวโรค และสามารถคัดกรองอาการได้เบื้องต้น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเข้ารับการรักษา การดำเนินชีวิตภายหลังการรักษา เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับความรู้ คำแนะนำและวิถีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเมื่อเข้ารับการรักษาและภายหลังการรักษาจากแพทย์

### แผนพัฒนาการพยาบาล

#### ด้านบุคลากร

- เตรียมบุคลากรเพื่อเข้าฝึกอบรมพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ปีละ ๑ ท่าน
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยระหว่างแพทย์และพยาบาล

#### ด้านวิชาการ

- ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาระหว่างการรักษา
- ทบทวนวิชาการปัญหาของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์

### ความก้าวหน้า

ตัวชี้วัดที่ได้ตามเป้าหมาย ทางโรงพยาบาลสงขลา ยังคงให้ความสำคัญในการรักษามาตรฐานอย่างต่อเนื่องและจะมุ่งมั่นพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น

### แผนพัฒนา

- สร้างความมั่นใจให้กับทีมแพทย์ ประจำ โรงพยาบาลระดับ M๒ ในรูปแบบของการรับคำปรึกษาทางไกลหรือจัดอบรมประจำปี ให้กับโรงพยาบาลระดับ M๒ เพื่อพัฒนาความรู้ อย่างต่อเนื่อง
- สร้างระบบ Refer back เพื่อการ รักษาต่อที่โรงพยาบาล ระดับM๒ และมีระบบการติดตาม และรับคำปรึกษาที่ดี เพื่อสร้างความเชื่อมั่น ให้กับผู้รับบริการ
- จัดตั้ง Spine and Hip Unit ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูก ๖ เดียง ผ่านการศึกษาดูงานโรงพยาบาล หาดใหญ่ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย และจัดทำคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บบริเวณกระดูกสันหลังและสะโพก ฝึกอบรมโดยแพทย์เฉพาะทาง และพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเป้าหมาย

#### ด้านผู้ป่วย

- เพื่อลดระยะการรอคอยผ่าตัดและลดภาวะแทรกซ้อน
- ดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภายหลังการรักษาแบบองค์รวม

#### ด้านระบบบริการ

- ลดความแออัดและลดระยะเวลาในการรักษาผู้ป่วย
- พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

#### ด้านบุคลากร

- เพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและข้อสะโพกอย่างครบวงจรด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย สู่ความเป็นเลิศ
- เป็นหน่วยที่ดูแลรักษาผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกสันหลังและสะโพกที่มีคุณภาพด้วยมาตรฐานสากล

#### ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

สิ่งที่เป็นปัญหาใหญ่น่าจะจากการดูแลผู้ป่วยเชิงกรานและข้อสะโพกในรายที่มีความซับซ้อนสูง จำเป็นต้องมีการส่งตัวผู้ป่วยไปดูแลยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในอนาคตหากมีผู้เชี่ยวชาญด้านนี้มากขึ้น จะช่วยลดการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลอื่นได้และผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมที่ไม่สามารถให้การผ่าตัดตามเกณฑ์ได้ ซึ่งโรงพยาบาลสงขลามีการปรับช่องทางการส่งปรึกษาต่างแผนกได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง และการเยี่ยมผู้ป่วยจากทีมแพทย์วิสัญญีก่อนผ่าตัดทุกรายเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน



#### ผู้รายงาน

- นพ.ทรรคนะ แก้วมโน
- ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์
- วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- โทร.๐๘๘ - ๓๙๘๑๕๙๒





Service plan สาขา Trauma

ตัวชี้วัด

- |   |                 |
|---|-----------------|
| ๑. ร้อยละของประชากรกลุ่มวิกฤตเข้าถึงระบบ EMS                          | เป้าหมาย ๕๐%    |
| ๒. ร้อยละการ Initial Assessment ภายใน ๕ นาที                          | เป้าหมาย ๑๐๐ %  |
| ๓. ร้อยละการ Activate Team fast track ภายใน ๑๕ นาที                   | เป้าหมาย ๑๐๐ %  |
| ๔. ร้อยละของผู้ป่วย Level ๑ และมีข้อบ่งชี้ เข้าห้องผ่าตัดได้ <๖๐ นาที | เป้าหมาย > ๘๐ % |
| ๕. ร้อยละผู้ป่วย STEMI เข้าถึง PCI ภายใน ๑๒๐ นาที                     | เป้าหมาย > ๘๐ % |
| ๖. ร้อยละของผู้ป่วย Trauma ที่มี PS score > ๐.๕ ที่เสียชีวิต          | เป้าหมาย ๐ ราย  |
| ๗. อัตราตายในผู้ป่วยวิกฤต Trauma และ Non-TM ภายใน ๒๔ ชม.              | เป้าหมาย ๑๒%    |
| ๘. อัตราตายในผู้ป่วย TBI CS < ๘ ภายใน ๒๔ ชม.                          | เป้าหมาย ๓๐ %   |

เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)
๑	อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ admit )	ไม่เกินร้อยละ ๑๐	๗.๕๑	๖.๖๖	๕.๕๑
		Trauma < ๑๐%	๑๓.๕๐	๑๑.๑๑	๑๒.๗๓
		Non-trauma < ๑๐%	๖.๗๕	๖.๐๗	๔.๖๓
๒	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS > ๐.๕ ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑	< ร้อยละ ๔	๐.๒๖	๐.๒๓	๐.๑๓
๓	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality rate ) โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑	< ร้อยละ ๕	๒๗.๖๒ ( เดิม GCS < ๘ เป้าหมาย < ๓๐%)	๑๔.๒๙ ( เดิม GCS < ๘ เป้าหมาย < ๓๐%)	๑๙.๔๘  (ผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสิ่ง (So๖.๑-So๖.๙) ที่เสียชีวิต
๔	ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลง	ร้อยละ ๕	-๕๐.๔๐	+๓๒.๕๕	-๑๕.๗๘

๕	ร้อยละของประชากรกลุ่มวิกฤตเข้าถึงระบบ EMS	≥๓๐%	๑๔.๙๒	๑๕.๑๑	๑๖.๘๕ *TM ๕๔.๕๙% *Non TM ๑๒.๕๙%
๖	อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาล A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๘๐	๕๑.๖๑	๗๕.๘๖	๑๐๐
๗	อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า ๒ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M๑	ร้อยละ ๖๐ *L๑ *L๒	๗๐.๗๗ ๗๑.๑๗ ๖๔.๕๗	๗๕.๘๘ ๘๘.๐๑ ๗๓	๗๑.๖๒ ๘๖.๐๒ ๖๘.๓๔
๘	อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน	๒๒	๒๕	๒๕

**สถานการณ์**

ภาวะฉุกเฉินและวิกฤติหมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิตทางด้านร่างกาย (Life-threatening) (สุจิตรา ลีหม่ออำนวย, ๒๕๕๑) กลุ่มเงื่อนไขเวลาเป็นสิ่งที่สำคัญ และปัจจุบันมีแนวโน้มสูงขึ้น การประเมินดูแลรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ทันทีที่มีความรวดเร็ว แม่นยำ มีประสิทธิภาพจากทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีศักยภาพสูง สามารถสร้างห่วงโซ่ (Chain of Survival) ให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดของการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (golden period) หากล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงานของอวัยวะที่สำคัญรุนแรงได้ (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, ๒๕๖๒) จังหวัดสงขลาเป็นเมืองท่องเที่ยว มีขอบเขตติดทะเล ชายฝั่งอ่าวไทยและทะเลสาบสงขลา มีจำนวนนักท่องเที่ยว ๗,๐๒๕,๕๗๓ ๗,๖๓๕,๗๘๒ และ ๘,๕๓๒,๕๖๐ ตามลำดับ โรงพยาบาลสงขลาเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด ๕๐๘เตียงสามารถรองรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนรวม ๗ แห่ง มีหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน ๒ แห่ง (ER เมืองตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองสงขลา และ ER สงขลาตั้งอยู่ในเขต ต.พะวง ระยะทาง ๑๒ กม.) จากสถิติ ในระยะเวลา ๓ ปี ย้อนหลัง (๒๕๖๔ - ๒๕๖๖) มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทั้ง ๒ แห่ง จำนวน ๔๕,๐๕๒, ๕๓,๔๒๖ และ ๕๔,๑๘๓ ราย ตามลำดับมีผู้ป่วย วิกฤตฉุกเฉินจำนวนทั้งหมด ๑๔,๗๔๗ ,๑๖,๐๖๒ และ ๑๙,๕๘๙ ตามลำดับ พบว่าอัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ admit) ร้อยละ ๕.๕๑ เป็น Trauma ร้อยละ ๑๒.๗๓ และ Non trauma ร้อยละ ๔.๖๓ จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มTrauma ยังสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย รวมถึงอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality rate) ซึ่งคือผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง ที่ไม่สามารถทำตามสั่ง (So๖.๑-

So๖.๙) ที่เสียชีวิต < ร้อยละ ๕ ยังมีปริมาณสูงเกินค่าเป้าหมาย ดังนั้นจะต้องมีการณรงค์เกี่ยวกับการขับที่ปลอดภัย การเคร่งครัดวินัยจราจรให้มากยิ่งขึ้นโดยให้ประชาชนเห็นความสำคัญตั้งแต่วัยเรียน

ผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลงร้อยละ ๕ พบว่า ปีนี้มีผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอาจเนื่องจากการปิด OPD นอกเวลา ๒๐.๓๐น จากเดิม ๒๒.๐๐ น. สืบเนื่องจากปัญหาการจัดบุคลากรมารับผิดชอบในช่วงเวลาดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ที่มาในช่วงเวลาดังกล่าวต้องเข้ารับการรักษาใน ER

ผู้ป่วยร้อยละของประชากรกลุ่มวิกฤตเข้าถึงระบบ EMS เพียงร้อยละ ๑๖.๘๕ Trauma ร้อยละ ๕๔.๕๙ Non trauma ร้อยละ ๑๒.๕๙ ซึ่งจะเห็นว่า การเข้าถึงผู้ป่วย Non trauma ยังน้อยมากหากเทียบกับเป้าหมาย ร้อยละ ๓๐ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินในสถานที่ท่องเที่ยว แนวทางการที่เราจะแก้ไขปัญหานี้และพัฒนาให้ตรงจุด จะต้องมีการส่งเสริม การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค/อาการแสดง แก่กลุ่มนักท่องเที่ยวและช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉินระบบช่องทางด่วน ๑๖๖๙ ด้วยระบบ EMS เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา ในการให้การรักษานี้ ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดความพิการ สามารถฟื้นฟูสภาพให้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

### มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่ม ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตต่อชีวิต ภาวะกลุ่มเงื่อนไขเวลาเป็นสิ่งสำคัญ การประเมินดูแลรักษาพยาบาลอย่างเร่งด่วน ทันท่วงที่มีความรวดเร็ว แม่นยำ มีประสิทธิภาพ จากทีมที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มีศักยภาพสูง สามารถสร้างห่วงโซ่ (Chain of Survival) ให้เกิดโอกาสการรอดชีวิตสูงขึ้น ซึ่งถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด ของการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ (golden period) หากล่าช้าจะทำให้ผู้ป่วยเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ หรือเกิดความบกพร่องในการทำงาน ของอวัยวะที่สำคัญรุนแรงได้

### สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. ด้านบุคลากรในทีม Pre-hospital ให้มีเพียงพอ (โดยขอเพิ่ม Paramedic ๔-๖ คน /เพิ่ม EMT ๒-๔ คน และพนักงานขับรถที่ผ่านการอบรม) ที่สำคัญแยกบุคลากร EMS ออกจากหน่วยงาน ER เพื่อความคล่องตัวและตอบสนองผู้รับบริการได้ทันเวลามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด ครบทั้ง ๒๔ ชม. และครอบคลุม ER ทั้ง ๒ แห่ง (เมืองสงขลาและเกาะยอ) เพื่อให้มีบุคลากรออกเหตุได้ตลอดเวลา ไม่ควรเป็นหน้าที่ของพยาบาลเวรซึ่งอาจมีผู้ป่วยในหน่วยงานจำนวนมาก หรือหากไม่ได้ก็ขอให้มีการจัดอัตรากำลังภาระงานเวร EMS แยกจากงานประจำของหน่วยงาน

๒. รถ Ambulance Advance เครื่องมือเพียงพอ/พร้อมใช้ ทันสมัย มีระบบ AOC รวมถึงสนับสนุนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สามารถรองรับการใช้งานข้อมูลออนไลน์ได้แบบสะดวกและรวดเร็ว จากเดิม ๒ คัน (เมืองสงขลา ๑คัน และเกาะยอ ๑ คัน) เพิ่มเป็น ๔-๕ คันเพื่อความคล่องตัวและตอบสนองผู้รับบริการได้ทันเวลามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด รวมทั้งการจัดอัตรากำลังพนักงานขับรถปฏิบัติงานควรมีการเพิ่มบุคลากรเวรป่วยอีก ๑ คน ช่วงเวลา ๑๖.๐๐-๒๐.๐๐ น. เพื่อให้การบริหารจัดการรถสะดวกและรวดเร็วขึ้นไม่ต้องรอคอยนาน

๓. ด้านแพทยเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จาก ๕ คนเพิ่มเป็น ๑๐ คน เพื่อให้บริการได้ครอบคลุมตลอด ๒๔ ชม. และครอบคลุม ER ทั้ง ๒ แห่ง (เมืองสงขลา และเกาะยอ) เพื่อให้เกิดความคล่องตัวและตอบสนองผู้รับบริการได้ทันเวลามีประสิทธิภาพและปลอดภัยสูงสุด

๔. การดำเนินการขอรับรองหน่วยบริการทั้งทางบกและทางอากาศยาน HEMSจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมากเพื่อยื่นเรื่องขอขึ้นทะเบียน จึงขอให้ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญและสนับสนุนในเรื่องนี้



#### ผู้รายงาน

- นพ.วริช คุปต์กาญจนากุล
- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: warit74@hotmail.com

Service plan สาขา แพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยฯ  $\geq$  ร้อยละ ๑๐

๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยฯ  $\geq$  ร้อยละ ๔๐

ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ - ๓๐ เม.ย.๖๗)

ตัวชี้วัดที่ ๑. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยฯ  $\geq$  ร้อยละ ๑๐

ปี	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69						
	ยอดมารับบริการทั้งหมด (คน)	บริการแพทย์แผนไทยฯ(คน)	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ทำได้ (ร้อยละ)	ยอดมารับบริการทั้งหมด (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทยฯ (ครั้ง)	ร้อยละ
2566	3,660	5	3	0.14	7,489	71	0.95
2567	2,628	5	10	0.19	4,742	10	0.21

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 1 พ.ค. 2567

ตัวชี้วัดที่ ๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยฯ  $\geq$  ร้อยละ ๔๐

CUP	ร้อยละผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	เกณฑ์ (ร้อยละ)	ทำได้ (ร้อยละ)	
ปี 65	580,091	68,037	35	11.73	ไม่ผ่าน
ปี 66	132,396	22,353	35	16.88	ไม่ผ่าน
ปี 67	62,007	49,285	40	79.48	ผ่าน

## สถานการณ์

ปัจจุบันกลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลสงขลา เปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนไทย ๒ สาขา คือ ๑.โรงพยาบาลเมือง ๒.อโรคยศาลา ให้บริการตรวจ รักษา วินิจฉัยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตัวชี้วัด ๑.ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลางที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยฯ  $\geq$  ร้อยละ ๑๐ ยังไม่ผ่านตัวชี้วัดทำได้แค่ ๕ ราย เนื่องจากผู้ป่วยที่มารับการรักษามาจากพื้นที่อื่น เช่น สิงหนคร ระโนด เทพา จะนะ และข้อมูลยังไม่ถูกต้องเมื่อตรวจสอบกับข้อมูลของทาง รพ.ที่ส่งเข้า HDC

๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยฯ  $\geq$  ร้อยละ ๔๐ ปัจจุบันผ่านตัวชี้วัด เนื่องจากผู้บริหารเห็นความสำคัญในการจัดจ้างแพทย์แผนไทยมาจัดบริการใน รพ.สต. และเครือข่ายช่วยการพัฒนาการจ่ายยาสมุนไพร

## มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

๑. เพิ่มปริมาณผู้ช่วยแพทย์แผนไทย (หมอนวด) เพื่อรองรับการเปิดหน่วยบริการแพทย์แผนไทยที่ศูนย์ราชการและเปิดคลินิกนอกเวลา (วันเสาร์)
๒. ร่วมกับทีมปฐมภูมิลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วย IMC เพื่อเพิ่มยอดการให้บริการ
๓. เพิ่มการบริการให้ผู้ป่วย IMC มะเร็ง เข้าถึงกัญชาทางการแพทย์
๔. นวัตกรรม พัฒนาการจองคิวผ่านระบบออนไลน์ หมอพร้อม
๕. ร่วมกับคลินิกปวดหัว, คลินิกผู้สูงอายุ ในการเพื่อการให้บริการเฉพาะกลุ่ม

## ผู้รายงาน

- นางสาวเฉลิมขวัญ ฤทธิ์ทอง
- ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
- วันที่ ๑๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: mhor-aoy@hotmail.com



Service plan การบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลาง (IMC)

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละผู้ป่วย stroke, TBI, SCI และ Fracture Hip ที่ผ่านพ้นวิกฤตได้รับการฟื้นฟูสภาพ
๒. ร้อยละของผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ จน Barthel index=๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน
๓. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่อยู่ในกลุ่มติดเตียงติดบ้านขยับเป็นติดสังคม
๔. ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (IMC bed/ ward) ใน รพช.

เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-เม.ย.๖๗)
๑	ร้อยละผู้ป่วย stroke, TBI,SCI และ FX.Hip ที่ผ่านพ้นวิกฤตได้รับการฟื้นฟูสภาพ(IPD)	≥๘๐%	๗๘.๖๔%	๘๐.๙๑%	๘๒.๒๗% (๑,๑๓๒/๑,๓๗๖)
๒	ร้อยละของผู้ป่วย IMCได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖เดือน หรือ จน Barthel index=๒๐ ก่อนครบ๖เดือน	≥๘๕%	๘๑.๖๗%	๘๗.๓๙%	๗๘.๔๓% (๑๒๐/๑๕๓)
๓	ร้อยละผู้ป่วยIMC ที่อยู่ในกลุ่มติดเตียงติดบ้านขยับเป็นติดสังคม	≥๖๐%	๕๗.๕%	๘๑.๗๒%	๗๘.๓๐% (๘๓/๑๐๖)
๔	ร้อยละผู้ป่วย IMC ที่ refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed / ward )	≥๕๐%	๙.๒๗%	๗๕%	๘๒.๑๔% (๒๓/๒๘)
๕	ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ คะแนน เมื่อได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed (เริ่มเก็บข้อมูลในไตรมาสที่ ๒)	≥๖๐%	-	-	๑๐๐ (๖/๖)

## สถานการณ์

แนวทางการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย Intermediate care (IMC) ผู้ป่วยใน ๔ กลุ่มโรค คือ Stroke, TBI, SCI และ Fracture hip หลังผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายและมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทั้งร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้และลดความพิการหรือทุพพลภาพสามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ (Maximum Goal Rehab) ผลการดำเนินการการระบบดูแลระยะกลางของโรงพยาบาลสงขลาซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ๕๐๘ เติงในการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยระยะกลางสถิติ ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ สามารถทำได้อ้อยละ ๗๗.๒๒ ๗๘.๖๔ และ ๘๐.๙๑ ตามลำดับ จากการปรับแผนในปี ๒๕๖๖ ให้ทุกหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องมีการส่งปรึกษาผู้ป่วยทั้ง ๔ กลุ่มโรคหลังพ้นระยะวิกฤติตั้งแต่เป็นผู้ป่วย IPD มายังกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อให้เข้าสู่ระบบดูแลระยะกลางและทำการติดตามดูแลตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชนมีระบบการส่งต่อข้อมูลผ่าน PRM referral network เพื่อให้ทีมฟื้นฟูในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายรับทราบข้อมูลและทำการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและตอบกลับข้อมูลมายังโรงพยาบาลสงขลาซึ่งเป็นแม่ข่าย มีการเยี่ยมบ้านเชิงรุกในชุมชนและเพิ่มรูปแบบบริการแบบ tele-rehab/ tele consult ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน ในปี ๒๕๖๖ เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ ๕.๗๒ และทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มติดบ้านติดเตียง สามารถขยับไปเป็นกลุ่มติดสังคมได้ถึง ร้อยละ ๘๑.๗ เมื่อเทียบกับปี ๒๕๖๕ ปรับระบบ Auto refer back สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสงขลาแต่มีที่อยู่ในต่างอำเภอให้สามารถไปรับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน (IMC bed) ต่อในโรงพยาบาลชุมชนได้ง่ายสะดวกมากขึ้นและลดความแออัดของการรับบริการในโรงพยาบาลสงขลาในปี ๒๕๖๖ ผู้ป่วยที่สามารถ refer back ได้สำเร็จถึงร้อยละ ๗๕ ดังนั้น ในปี ๒๕๖๗ โรงพยาบาลสงขลาจะมีการพัฒนาระบบการดูแลระยะกลางอย่างต่อเนื่องทั้งการเข้าถึงบริการและจะเพิ่มความเข้มข้นในการให้บริการดูแลติดตามฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โดยในไตรมาสที่ ๒ เพิ่มตัวชี้วัดในการวัดคุณภาพการให้บริการการดูแลระยะกลางผู้ป่วย IMC bed ของโรงพยาบาลสงขลา คือ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ คะแนน เมื่อได้รับการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC bed ซึ่งสามารถทำได้บรรลุเป้าหมายแต่จำนวนผู้ป่วยที่สามารถรับโปรแกรมแบบ IMC bed ยังมีจำนวนน้อย เนื่องจากไม่สามารถกำหนดเกณฑ์ของผู้ป่วย IMC ที่เข้า IMC bed ของโรงพยาบาลสงขลาที่ชัดเจนและหอผู้ป่วยไม่สามารถให้ผู้ป่วย IMC ทุกรายรับบริการแบบผู้ป่วยใน IMC bed เป็นระยะเวลาสั้นได้ และถ้ามีเกณฑ์กำหนดให้เป็น IMC bed ต้องประสานทีมให้รับทราบและดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางต่อไป

มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ทำเนิกร จากเป้าหมาย/ ตัวชี้วัดการดูแลระยะกลางปี ๒๕๖๗

๑. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI และ Hip fracture สามารถเข้าถึงบริการฟื้นฟูสภาพ เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ โดยมีข้อมูลการเข้าถึงแยกเป็นรายโรคเริ่มเก็บข้อมูลในไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๒	๙๑.๗๙ (๔๓๖/๔๗๕)	๕๐.๔๙ (๕๒/๑๐๓)	๘๓.๓๓ (๕/๖)	๙๑.๔๙ (๔๓/๔๗)
ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๓	๘๕.๒๙ (๔๐๐/๔๖๙)	๔๕.๖๑ (๕๒/๑๑๔)	๑๐๐ (๑/๑)	๙๑.๕๓ (๕๔/๕๙)
ปี ๒๕๖๖ ไตรมาส ๔	๘๖.๙๗ (๓๘๗/๔๔๕)	๔๖.๗๓ (๕๐/๑๐๗)	๑๐๐ (๒/๒)	๙๗.๓๗ (๓๗/๓๘)
ปี ๒๕๖๗ ไตรมาส ๑	๘๑.๔๗ (๔๓๑/๕๒๙)	๓๘.๕๔ (๓๗/๙๖)	๑๐๐ (๘/๘)	๙๗.๑๔ (๓๔/๓๕)
ปี ๒๕๖๗ ไตรมาส ๒	๘๘.๕๓ (๔๙๔/๕๕๘)	๘๑.๔๘ (๘๘/๑๐๘)	๑๐๐ (๑/๑)	๙๕.๑๒ (๓๙/๔๑)

๒. ร้อยละผู้ป่วย Stroke, TBI, SCI และ Hip fracture ที่รอดชีวิต มีคะแนน BI < ๑๕ รวมทั้ง BI ≥ ๑๕ with multiple impairments ได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน BI = ๒๐ เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ กระทรวงได้มีการปรับนิยามการเก็บข้อมูลตัวชี้วัดให้เป็นแนวทางเดียวกันคือให้นับจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระหว่างการได้รับบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางช่วง ๖ เดือนด้วยทำให้ร้อยละที่ทำได้ลดลงเนื่องจากมีตัวส่วนที่มีจำนวนมากขึ้น ในไตรมาสที่ ๒ ปี ๒๕๖๗ ทำได้ร้อยละ ๗๘.๓ ลดลงจากปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ร้อยละ ๘.๙๖

การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพที่จำเป็นแบบครบองค์รวมด้านสุขภาพ คือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยแต่ละรายนั้น นอกจากความรู้ทางวิชาชีพในการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพที่สามารถทำให้ฟื้นฟูสภาพทางร่างกายผู้ป่วยได้ แต่ผู้ให้บริการจำเป็นต้องเพิ่มทักษะการสื่อสารและฝึกการสนับสนุนด้านจิตใจ การสื่อสารข้อมูล ความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสามารถเข้าถึงจิตวิญญาณของผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยและญาติ จึงได้มีแผนพัฒนาบุคลากรด้านการฟื้นฟู IMC และรองรับการบริการในศูนย์ชีวภาพ ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาองค์ความรู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึงจิตวิญญาณ กำหนดจัดกิจกรรมในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๗ นี้มีกลุ่มเป้าหมายสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม

## สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. ต้องการให้สนับสนุนกำลังคนในส่วนของการดูแลผู้ป่วยระยะกลางโดยเฉพาะ เพราะภาระงาน มีกำลังคนแค่ ๖๐ % ของค่า FTE ควรมีการสนับสนุนตำแหน่งนักกายภาพบำบัด, นักกิจกรรมบำบัด และพยาบาลด้านฟื้นฟู เพิ่มอาจจะเป็นในรูปแบบตำแหน่งลูกจ้างก่อนในช่วงที่ยังไม่มีตำแหน่งเพราะมีบทบาทสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพและฝึกทักษะต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยที่ยังมีความบกพร่องของร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ซึ่งผู้ป่วยควรได้รับโปรแกรมการฝึกที่เข้มข้นในช่วงเวลา Golden period จากทีมสหวิชาชีพโดยเฉพาะทาง

๒. ในส่วนของระบบข้อมูลของผู้ป่วยควรให้ระบบการบันทึกข้อมูลเชื่อมต่อเป็นฐานเดียวกันไม่ต้องมีการลงข้อมูลซ้ำซ้อน ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในหลายระบบทั้งระบบหลัก คือ HosXP, COC Link, PRM referral network, google drive และพัฒนาระบบ paperless มากขึ้นซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์คอมพิวเตอร์และสัญญาณอินเทอร์เน็ตที่สามารถรองรับการใช้งานข้อมูลออนไลน์ได้แบบสะดวกและรวดเร็วเอื้อให้บุคลากรสามารถทำงานได้ง่ายมีอุปกรณ์รองรับการใช้งานเพียงพอ

### ผู้รายงาน

- พญ.กชกร พรหมโสภา
- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: rehabsongkhla@gmail.com



### Service plan สาขา กัญชาทางการแพทย์

#### ตัวชี้วัด

๑. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕๐
๒. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ร้อยละ ๕

#### เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

##### ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (๑ ตุลาคม ๒๕๖ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗)

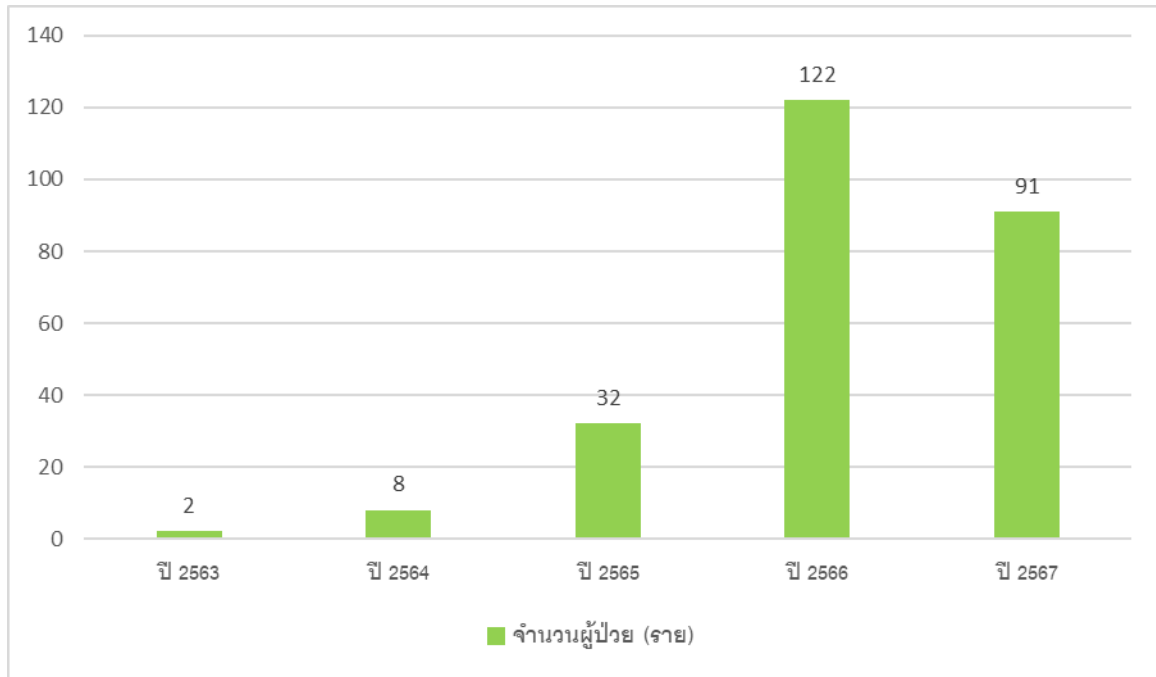
ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน	เป้าหมาย	ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ผลลัพธ์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ต.ค.๖๖-๓๐เม.ย)
๑. ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น (เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ ๒๕๖๔)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๒๓๘๓.๓๓	ร้อยละ ๑,๐๓๗.๕๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑.๑๘	ร้อยละ ๐.๗๓

ที่มา HDC ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

- จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคัดกรองที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วยเข้ารับบริการคัดกรอง (ราย)	ผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ได้รับยา (ราย)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	๒๙	๒
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	๗๑	๘
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	๘๔	๓๒
ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	๒๓๙	๑๒๒
ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ต.ค.๖๖-๓๐เม.ย)	๑๕๔	๙๑

- จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา ปีงบประมาณ ๒๕๖๓-๒๕๖๗



การประชาสัมพันธ์คลินิกกัญชาทางการแพทย์ และกิจกรรมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษ กัญชาให้กับ ให้กับ กลุ่มผู้ป่วย, อสม. ผู้นำชุมชน และประชาชน , และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายปทุมภูมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัย เหมาะสม รวมทั้งผู้ป่วยในชุมชนที่รับบริการที่หน่วยบริการปทุมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา

- กิจกรรมการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์





- กิจกรรมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับประโยชน์และโทษ กัญชาให้กับ ให้กับ กลุ่มผู้ป่วย, อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียน ผู้นำศาสนา และ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายปทุมภูมิ เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัย เหมาะสม และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่ รพ.สต. (ดำเนินการแล้ว ได้แก่ รพ.สต.ทรายขาว ,รพ.สต.เขารูปช้าง ,PCU ๑ ๒ ๘, รพ.สต.ทุ่งหวัง, PCU ชลาทัศน์, เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ผ่านระบบออนไลน์ของ รพ.สงขลา)



## สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสงขลา รูปแบบดำเนินการแบบผสมผสานระหว่างแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย ทุกวันศุกร์ เวลา ๑๓.๐๐-๑๖.๓๐ น. มีการประชาสัมพันธ์และเพิ่มช่องทางเพื่อสามารถส่งให้ผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรองที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ได้เพิ่มขึ้น เช่น แพทย์แผนกต่าง ๆ จากห้องตรวจผู้ป่วยนอก และเพิ่มวิทยบริการ แพทย์แผนไทยทั้ง รพ.เมืองสงขลา (คลินิกกรีฑากัญ) และ รพ.สงขลา เกาะยอ (คลินิกกัญและกัน) ได้เปิดให้บริการผู้ป่วยที่ต้องการรักษาอาการปวดเรื้อรังและอาการนอนไม่หลับ ทุกวัน จันทร์ ถึงศุกร์ เวลา ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. นอกจากนี้มีการประชาสัมพันธ์ในชุมชนโดยผ่านเครือข่ายบริการปฐมภูมิ การให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ทำให้มีจำนวนผู้ป่วยรับยากัญชาทางการแพทย์ตามข้อบ่งชี้เพิ่มขึ้นจากเดิม คือ ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๘ ราย ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๓๒ ราย และ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑๒๒ ราย แต่พบว่าจำนวนผู้ป่วยกลุ่มประคับประคองเข้ารับการคัดกรองและรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด โดยมีผู้ป่วยประคับประคองรับยากัญชาทางการแพทย์จำนวน ๗ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑.๑๘

เนื่องด้วยสถานการณ์ปลดล็อกกัญชา ไม่เป็นยาเสพติดให้โทษประเภท ๕ แล้วนั้น ทำให้ประชาชนสามารถใช้กัญชาเสรีเพิ่มมากขึ้น พบว่า ผู้ใช้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้กัญชา จนต้องเข้ารับการรักษาที่ รพ .สงขลา จำนวน ๔๕ ราย ทำให้ในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ คณะทำงานกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลสงขลา จึงได้มีแผนกิจกรรมการสร้างความรู้ และพฤติกรรม การใช้กัญชาในกลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่ม อสม.ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา นักเรียน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองและเลือกใช้กัญชาได้อย่างปลอดภัยต่อไป

- สูตรตำรับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาลในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ได้แก่ ๑. THC ๒. THC:CBD ๓. สุขไสยาสน์ ๔. ทำลายพระสุเมรุ ๕. สูตรน้ำมัน อ.เดชา

## มาตรการสำคัญ/ สิ่งดำเนินการ

### แผนงาน/ กิจกรรม

- มาตรการเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์  
กิจกรรมหลัก
  ๑. มีการคัดกรองและใช้กัญชาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคองเพิ่มขึ้น
  ๒. มีระบบการคัดกรอง และส่งต่อขยายกลุ่มโรคที่น่าจะได้ประโยชน์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น
  ๓. มีการเปิดให้บริการจ่ายยากัญชาทางการแพทย์โดยแพทย์แผนไทยสำหรับผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์รับยากัญชาทางการแพทย์ทุกวันในเวลาราชการ จันทร์ -ศุกร์ ทั้งโรงพยาบาล เกาะยอ และ โรงพยาบาลเมืองสงขลา
- มาตรการการสร้างความรู้ และพฤติกรรม การใช้กัญชาในกลุ่มประชากรกลุ่มเป้าหมาย  
กิจกรรมหลัก
  ๑. การสร้างความรู้ด้านการใช้กัญชา ให้กับกลุ่ม อสม.และผู้นำชุมชน นักเรียน ผู้นำศาสนา
  ๒. สร้างความรู้เรื่องการใช้กัญชาให้ปลอดภัยกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในคลินิกโรคเรื้อรังของหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ระดับความสำเร็จ

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
๑. แผนเพิ่มการคัดกรองส่งต่อผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วยที่น่าจะ ได้รับประโยชน์	๑. ผู้มารับบริการรักษาด้วย ยากัญชาเพิ่มขึ้น มากกว่า ร้อยละ ๒๐	๑. ผู้มารับบริการรักษา ด้วยยากัญชาเพิ่มขึ้น มากกว่าร้อยละ ๓๐	๑. ผู้มารับบริการรักษาด้วย ยากัญชาเพิ่มขึ้น มากกว่า ร้อยละ ๕๐
๒. แผนพัฒนาศักยภาพด้าน องค์ความรู้ให้กับ อสม. และ กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ กลุ่ม ผู้ป่วย และกลุ่มผู้สูงอายุ	๒. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคองที่ ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ มากกว่าร้อยละ ๒	๒. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัย ระยะประคับประคองที่ ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์ มาก กว่าร้อยละ ๓	๒. ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะ ประคับประคองที่ได้รับการ รักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์ มากกว่าร้อยละ ๕

**สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง**

- ต้องการให้ผลิตยากัญชาทางการแพทย์ให้มีอายุของยาวขึ้น เช่น มากกว่า ๒ ปี
- ราคายากัญชาทางการแพทย์ ค่อนข้างสูงต้องการให้มีการลดราคายาลง

**ผู้รายงาน**

- นางสาวเสาวลักษณ์ อุไรรัตน์
- เกษัชกรชำนาญการ
- วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: tangon๑๐๘@yahoo.com

Service plan สาขา การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ตัวชี้วัด:

- ๑) RDU Hospital: ผ่านตัวชี้วัดการสั่งใช้ยา ๑๐ ใน ๑๒ ตัวชี้วัด
- ๒) RDU PCU: ร้อยละ ๘๐ ของรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค Ri, AD
- ๓) RDU Community: :  $\geq$  ร้อยละ ๑๐ ของร้านชำทั้งหมดอย่างน้อย ๒ ตำบลผ่านเกณฑ์ร้านชำ  
คุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล
- ๔) AMR: อุบัติการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

๑. เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖- ๓๐ เม.ย.๖๗)
RDU Hospital	ผ่านตัวชี้วัดการสั่งใช้ยา ๑๐ ใน ๑๒ ตัวชี้วัด	๑๙ (๒๑ ตัวชี้วัด)	๑๐	๑๐ (ไม่ผ่าน FTW, Asthma)	๑๑ (ไม่ผ่าน AD=๒๐.๖๙)	๘ (ไม่ผ่าน RI=๓๓.๖๑ AD=๒๑.๘๕ Non sedative ใน เด็ก=๒๒.๑๕)
<b>RDU PCU</b>						
ร้อยละ ๘๐ ของรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค Ri, AD	$\geq$ ร้อยละ ๘๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๙๑.๓๐	๙๒
ร้อยละ รพ.สต./PCU ในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน URI $\leq$ ร้อยละ ๒๐	$\geq$ ร้อยละ ๙๐	๑๐๐	๙๐.๖๓	๑๐๐	๙๕.๖๕	๙๖
ร้อยละ รพ.สต./PCU ในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะใน AD $\leq$ ร้อยละ ๒๐	$\geq$ ร้อยละ ๙๐	๙๖.๗๗	๙๔.๗๙	๙๑.๖๗	๙๕.๖๕	๙๖
RDU Community มีร้านชำ RDU ในแต่ละอำเภอ	$>$ ร้อยละ ๑๐ อย่างน้อย ๒ ตำบล ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ ปี ๒๕๖๗)				ผ่าน (๑๕ ร้าน)	ผลการสำรวจร้านชำเขตอำเภอเมืองทั้งหมด ๔๓๘ ร้านได้คัดเลือกร้านชำ ๔๓ ร้าน เพื่อพัฒนาเป็นร้านชำ RDU ต่อไปในไตรมาสที่ ๓
<b>AMR</b>						
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่	๓.๑๓	๓.๐๔	๒.๘๔	๒.๘๗	NA

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
	เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน ๒๕๖๔					
ร้อยละของผู้ป่วยพบเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดไม่เพิ่มขึ้นจากปีปฏิทิน ๒๕๖๔	๓๘.๙๙	๓๖.๐๓	๓๖.๗๒	๓๘.๖๒	NA

\*\*หมายเหตุ: ข้อมูลจาก HDC วันที่ประมวลผล ๓๐/๔/๖๗

### สถานการณ์

RDU: รพ.สงขลาผลักดันนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมรพ.ใช้ยาสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ๒๕๖๖ ผลการดำเนินงานผ่านในทุกมิติ ทั้งในส่วนของ RDU Hospital (ผ่าน ๑๑ ตัวชี้วัด ใน ๑๒ ตัวชี้วัด), RDU PCU และ RDU Community โดยประเด็นที่ยังไม่ผ่านใน RDU Hospital คือประเด็นการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ซึ่งเกินค่าเป้าหมายเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ ๒๐.๖๔) โดยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อผลักดันการดำเนินงาน เช่น ศึกษาดูงานการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน จังหวัดพัทลุง ขับเคลื่อนงานร่วมกับหลายภาคส่วน พัฒนางานผ่าน Co-ordinator เป็นต้น ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗) พบว่า RDU Hospital ไม่ผ่านค่าเป้าหมายถึง ๓ ตัวชี้วัด ได้แก่ การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (RI), การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก (AD) และ การสั่งใช้ยาด้านฮีสตามีนชนิด non-sedating ในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ วิเคราะห์สาเหตุเกิดจากการขาดการประชาสัมพันธ์แก่บุคลากรในรพ. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์หมุนเวียน มีแผนเพิ่มการประชาสัมพันธ์ การสื่อสารข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์ผ่านระบบเอกสาร/ IT สำหรับในภาคชุมชน (RDU Community) ยังพบปัญหายาเหลือใช้ที่บ้าน พบปัญหายาปลอม/ ยาไม่มีทะเบียน/ ยาชุด/ ยาสมุนไพร และพบ สาร Steroid/ NSAID/ Sibutramine ในยาและอาหารเสริมในบางพื้นที่ อีกทั้งประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาและการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ นอกจากนี้ยังไม่มียระบบการเชื่อมโยง/ส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านการใช้ยาอันส่งผลต่อการเข้ารับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ยังไม่ครอบคลุมไปยังสถานบริการสุขภาพเอกชน/ ร้านยา ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการขับเคลื่อนของภาครัฐ เอกชน และประชาชน รวมถึงการมีนโยบายที่ชัดเจนของผู้บริหาร เพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จและยั่งยืน

AMR: โรงพยาบาลพัฒนาระบบการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ โดยแผนการดำเนินงาน ดังนี้

๑. นำข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ วิเคราะห์สัดส่วนผู้ป่วยที่พบเชื้อดื้อยาทั้งหมดเป็นเชื้อดื้อยาที่เกิดในชุมชน (Community) หรือในโรงพยาบาล (nosocomial)
๒. มีการทบทวนแนวปฏิบัติเรื่องมาตรการควบคุมเชื้อดื้อยา



๓. นำระบบสนับสนุนการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างสมเหตุผล (antimicrobial stewardship program; ASP) มากำหนดมาตรการต่าง ๆ ในการควบคุมการใช้ยาต้านจุลชีพ

๔. ใช้โปรแกรม AMASS version ๓ เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล พร้อมสนับสนุนการอบรมการใช้โปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่

### มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

๑. RDU: ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลร่วมกับเครือข่ายในชุมชน

๑.๑ การประชุมติดตามผล และส่งคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง

๑.๒ เฝ้าระวังเชิงรุกความปลอดภัยด้านยาในชุมชน:

■ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการใช้ยาเมทฟอร์มิน เพื่อลดความรุนแรงจากการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (MALA ) ในหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายโรงพยาบาลสงขลา ที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

- การส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัย และสาเหตุที่สามารถทำให้เกิดภาวะ MALA การสังเกตอาการ ให้กับทีมสหวิชาชีพ เครือข่าย อสม. และกลุ่มผู้ป่วย
- จัดทำเอกสาร one page เกี่ยวกับ MALA การปรับขนาดยา Metformin ชี้แนะสำหรับผู้ป่วย เพื่อช่วยเตือนการคัดกรอง และเฝ้าระวัง ติดตามการใช้ยา ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
- ระบบแจ้งเตือนในโปรแกรมการสั่งใช้ยา JHCIS กรณี ผู้ป่วยรับประทานยา Metformin เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ MALA
- มีการติดตามการใช้ยาในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาเมทฟอร์มินอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษาโดยทีมสหวิชาชีพ

■ การติดตามเยี่ยมบ้านสำรวจยาเหลือใช้ในครัวเรือนผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเครือข่าย อสม. ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโดย อสม.อย่างต่อเนื่อง ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน ๒๕๖๗ ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ ๑๕ เมษายน ๒๕๖๗: ติดตามเยี่ยมบ้านสำรวจยาเหลือใช้ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน ๗๓๙ ราย พบปัญหา ยาเหลือใช้ ๑๒๑ ราย ปัญหาและสาเหตุยาเหลือใช้: พบมากที่สุด ได้แก่ แพทย์สั่งยาเกินนัด จำนวน ๓๘ ราย รองลงคือ ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ๓๕ ราย

๑.๓ RDU Community: การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ดังนี้

- มีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อแจ้งเตือนภัยและจัดการปัญหา
- พัฒนาอำเภอเมืองสงขลา เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
- การสร้างความรอบรู้ และพฤติกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗
  - แผนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มารับยาตามนัดที่คลินิกโรคเรื้อรังหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยใช้เวลาประมาณ ๒๐ นาที ก่อนพบแพทย์
  - การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ทาง social media ได้แก่ กลุ่มไลน์ ,FB ของงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ



- การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย เพื่อร่วมกันส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล  
ผลการดำเนินงาน ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗
  - พัฒนาศักยภาพเครือข่าย อสม.คุ่มครองผู้บริโภคน และ RDU ในการจัดการ  
ปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในชุมชน ตำบลพะวง และ  
ตำบลทุ่งหวัง เป้าหมายจำนวน ๑๕๐ คน เข้ารับการอบรม ๑๓๒ คน (ร้อยละ  
๘๘)
  - พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการปฐมภูมิ เกี่ยวกับการใช้ยา  
อย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD เป้าหมาย ๖๐ คน เข้ารับการอบรม  
๓๙ ราย (ร้อยละ ๖๕)

๒. AMR: การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพแบบบูรณาการ

- มีการประชุมติดตามผล และส่งคืนข้อมูลแก่ผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง
- นำโปรแกรม AMASS version ๓ มาช่วยในการเก็บข้อมูลและแปลผลเพื่อเฝ้าระวังการ  
แพร่กระจายเชื้อในรพ.
- สนับสนุนเภสัชกรอบรมหลักสูตรระยะสั้นด้านการติดเชื้อ (แผนอนุมัติแล้ว)

**สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง**

๑. สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรด้าน RDU-AMR
๒. ประสานด้านนโยบาย/ ตัวชี้วัดเรื่อง RDU-AMR กับกระทรวงมหาดไทย เนื่องจากมีการถ่ายโอน  
ภารกิจ รพ.สต. สู่ อบจ.
๓. พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

**ผู้รายงาน**

- ภญ.รุตติกา ภูมิสุข
- เภสัชกรชำนาญการ
- วันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: enall๒๐๐๐@gmail.com

## Service plan สาขา ปลุกถ่ายอวัยวะ ตัวชีวิต

- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

### เป้าหมาย/ ผลการดำเนินการของตัวชีวิต ( ๑ ต.ค.๖๖ – ๓๐ เม.ย.๖๗ )

- อัตราส่วนจำนวนผู้บริจาคดวงตาต่อผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล ๐.๙:๑๐๐ hospital death

### สถานการณ์

การปลุกถ่ายอวัยวะ เป็นความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์สาขาหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีอวัยวะเสื่อมหรือพิการโดยที่ไม่สามารถรักษาให้หาย ได้พ้นจากความทุกข์ทรมาน และมีชีวิตอยู่ต่อไปได้อย่างมีคุณภาพ สามารถทำประโยชน์ให้แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมต่อไปได้ นอกจากนี้การปลุกถ่ายอวัยวะยังเป็นวิธีการรักษาที่มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรักษาแบบประคับประคองภาวะเสื่อมแบบอื่น ๆ เป็นวิธีการรักษาที่ได้ประโยชน์สูงสุด ประหยัดค่าใช้จ่าย ลดความสูญเสียของรัฐ

ศูนย์ปลุกถ่ายอวัยวะ โรงพยาบาลสงขลา มีบทบาทด้านการประสานงานเพื่อการรับบริจาคอวัยวะ ประชาสัมพันธ์ ธารรงค์ ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องการรับบริจาคแก่เจ้าหน้าที่และประชาชน ซึ่งสนับสนุนภารกิจของศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยอีกหน่วยงานหนึ่ง

โรงพยาบาลสงขลา ได้จัดตั้งศูนย์บริจาคอวัยวะ เพื่อตอบสนองนโยบายตามกระทรวงสาธารณสุขให้มีความสำคัญในการดำเนินงานบริจาคและปลุกถ่ายอวัยวะ โดยบรรจุเป็นสาขาหนึ่งในแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ของกระทรวง การพัฒนาระบบการค้นหา Donor ในหอผู้ป่วยและหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มอัตราส่วนจำนวนผู้บริจาคสมองตายในโรงพยาบาลสงขลา

### มาตรการสำคัญ/ สิ่งที่ต้องดำเนินการ

พัฒนาทีม TCWN ทุกหอผู้ป่วยให้มีบทบาทในการเจรจาผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา

### สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. ขาด Full Time TCN
๒. ความเข้าใจและทัศนคติความเชื่อของประชาชนที่มีต่อการบริจาคอวัยวะในผู้ป่วยสมองตาย

### ผู้รายงาน

- นางสาวอมรรัตน์ จำนงภักดิ์
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
- วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๗
- E-mail: Armorn16@gmail.com

Service plan สาขา ศัลยกรรม

ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery  $\geq$  ร้อยละ ๓๐
๒. การ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS&MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS) < ร้อยละ ๕

ผลการดำเนินงานการให้บริการผ่าตัด แบบวันเดียวกลับ One Day Surgery ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

(ตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗)

ตัวชี้วัดที่ ๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

คำอธิบาย : (A) คือ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

(B) คือ จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

กลุ่มโรค ODS (ปีงบประมาณ ๒๕๖๗)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗		
	(A)	(B)	ร้อยละ
Inguinal hernia	๑๖	๑๔๖	๑๐.๙๖
Hemorrhoid	๔	๓๔	๑๑.๗๖
Tongue tie release	๖๑	๑๑๖	๕๒.๕๙
Esophageal-Gastric stricture	๑	๑	๑๐๐
T-K cath	๔	๑๙	๒๑.๐๕
Colonoscopy (Fit test+ve)	๑๘๕	๑๙๑	๙๖.๘๖
Colorectal polyp (colonic, rectal polyp)	๒๑๑	๓๑๖	๖๖.๗๗
Wide Excision breast	๒๑	๔๕	๔๖.๖๗
Vascular access for hemodialysis	๓๙	๓๙	๑๐๐
Pterygium excision c graft	๑๒๓	๑๒๓	๑๐๐
LEEP	๓	๔	๗๕
Female sterilization	๑	๔	๒๕
Fistulectomy	๑	๑๒	๘.๓๓
circumcision	๑๖	๒๖	๖๑.๕๔
entropion and trichiasis	๔	๔	๑๐๐
Tympanoplasty	๒	๒	๑๐๐
Hysteroscopy	๑	๓	๓๓.๓๓
<b>รวม</b>	<b>๖๙๓</b>	<b>๑๐๗๐</b>	<b>๖๔.๗๗</b>

## ตัวชี้วัดที่ ๒. การ Re-admit ภายใน ๑ เดือน

จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS&MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS) <ร้อยละ ๕

### ผลการดำเนินงาน

ร้อยละของการ Re-admit ภายใน ๑ เดือน จากการผ่าตัดโรคต่าง ๆ ในโครงการ ODS&MIS ผ่านการผ่าตัดแผลเล็ก (Minimal Invasive Surgery: MIS) ตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๖ ถึง ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗ เท่ากับ ๐

### สถานการณ์

โรงพยาบาลสงขลาให้บริการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ (One Day Surgery) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ จนถึงปัจจุบัน มีอัตราการให้บริการที่เพิ่มขึ้น พบว่าผู้รับบริการมีความพึงพอใจ เป็นการลดค่าใช้จ่าย ได้รับบริการที่ดี และญาติมีความสะดวกที่จะพาผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โรงพยาบาลสงขลาสามารถให้บริการโรคที่กำหนด ดังนี้ Inguinal hernia , Hydrocele , Hemorrhoid ,Vaginal bleeding, Esophageal-Gastric stricture , Colorectal polyp Colonic rectal polyp , Pterygium excision c graft ,Female sterilization, Orchidectomy, Hysterroscopy, Amputation finger, Wide excision breast mass, Simple mastectomy, Breast conservative surgery, Tongue tie release, Circumcision, Colonoscopy (กรณี Fit test positive) และในปี ๒๕๖๖ มีแนวโน้มจะทำให้เกิดการ ODS เพิ่มขึ้น ดังหัตถการต่อไปนี้ Tenckhoff catheter, Loop Electrosurgical Excision procedure, Lacrimal surgery, Rhytidectomy/ Blepharoplasty (เฉพาะกรณีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป), Vascular access for hemodialysis

### มาตรการสำคัญ/สิ่งที่ดำเนินการ

- ๑ จัดทำระบบ ODS แบบ observe < ๒๔ hr. โดยต้องนัดประชุมทีมงานทั้งหมดเพื่อสร้าง workflow การดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด ไปจนถึงการติดตามอาการหลังผ่าตัด
๒. ปรับรูปแบบเอกสาร ODS ให้ใช้งานง่ายขึ้นเพื่อสนับสนุนให้แพทย์ทำ ODS มากขึ้น
๓. พัฒนาสมรรถนะ และร่วมทำโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ แบบ ODS ที่ รพช.
๔. ขยายจำนวน และสาขาหัตถการ ODS
๕. จัดทำระบบติดตามผู้ป่วยทาง line application เพื่อลดภาระงานของพยาบาล
๖. Lean ระบบเพื่อการเข้าถึง Colonoscope

### สิ่งที่ต้องการสนับสนุนจากผู้ที่ทำหน้าที่ตรวจราชการและนิเทศงาน และส่วนกลาง

๑. ขยายจำนวนหัตถการ ODS ให้มากขึ้น ทั้งสิทธิ๓๐บาท และ สิทธิประกันสังคม
๒. ค้นหาโรงพยาบาลที่เป็นแบบอย่างที่ดีของโครงการ ODS โดยควรมีในทุกเขตสุขภาพ เพื่อจะได้มีตัวอย่างที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในแต่ละพื้นที่
๓. รวบรวมแนวทางการแก้ปัญหาที่พบบ่อยของโครงการ ODS เช่น ระบบการดูแลก่อนผ่าตัด การดูแลหลังผ่าตัดโดยเฉพาะกรณีที่ไม่สังเกตอาการหลังผ่าตัด ปัญหาแพทย์ไม่ให้ความร่วมมือผ่าตัดแบบ ODS ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการทำ LC ODS+ ปัญหาด้านการclaim, home ward ในกรณีผ่าตัดใส่ตั้งอีกเสบ ระบบติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด ที่สร้างภาระงานให้กับทีมงานเพิ่มขึ้นตามจำนวนการทำ ODS ที่เพิ่มขึ้น การใช้ tele-med ในการติดตามผู้ป่วย



ผู้รายงาน:

- นายแพทย์เมธี อรัญนารถ  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านศัลยกรรม  
โทร. ๐๘๖-๙๕๙๕๔๔๙  
E-mail: noteenote@hotmail.co.th
- นางเพ็ญแข รัตนพันธ์  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ  
โทร. ๐๙๔-๕๘๔๒๕๒๙  
E-mail: [nongpenrat๑๐@gmail.com](mailto:nongpenrat๑๐@gmail.com)

