การตรวจราชการและนิเทศงาน
ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

จังหวัดชัยนาท รอบที่ 2/2565
วันพฤหัสบดีที่ 23 มิถุนายน 2565

ทีมนิเทศงาน กรมการแพทย์

ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

เพื่อการเข้าถึงบริการ
โรคที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

“ลดแออัด ลดรอคอย”

ลดผู้ป่วย และหยุดความรุนแรงของโรค
ด้วยระบบบริการคุณภาพตั้งแต่ต้นน้ำ

“ลดป่วย”

ด้วยประสิทธิภาพ
ของหน่วยบริการการแพทย์ทุกระดับ

“ลดตาย”

Service Plan

Trauma

IMC

STEMI

Cancer

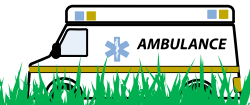
Sepsis

New Born

Stroke

“ภาพรวมผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท”

SP	ตัวชี้วัด	ตรวจราชการรอบ 1		ตรวจราชการรอบ 2	
1.STEMI	อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย< ร้อยละ 8)	10.60	ไม่ผ่าน	12.50	ไม่ผ่าน
	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย > 60%)	47.46	ไม่ผ่าน	58.33	ไม่ผ่าน
	ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที หลัง Dx (> 60%)	48.84	ไม่ผ่าน	64.28	ผ่าน
2.Stroke	อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองI60-I69 เป้าหมาย < 7%	11.11	ไม่ผ่าน	15.40	ไม่ผ่าน
	อัตราการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง เข้านอนใน Stroke Unit ≥ 75%	38.38	ไม่ผ่าน	61.94	ไม่ผ่าน
3.SEPSIS	อัตราผู้ป่วย Sepsis ชนิด Community acquired เสียชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 26	43.90	ไม่ผ่าน	53.85	ไม่ผ่าน
4.IMC	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มีอัตรารอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<15 จนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ 70)	87.64	ผ่าน	71.43	ผ่าน
5.New Born	อัตราตาย Neonatal Mortality rate <3.6 /การเกิดมีชีพ	4.69	ไม่ผ่าน	3.47	ผ่าน
6.Trauma	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < ร้อยละ 12	6.35	ผ่าน	5.56	ผ่าน
7.มะเร็ง	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (>75%)	88.88	ผ่าน	85.71	ผ่าน
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ (>75%)	85.71	ผ่าน	88.71	ผ่าน
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (>60%)	54.76	ไม่ผ่าน	59.25	ไม่ผ่าน



STEMI

ตัวชี้วัด

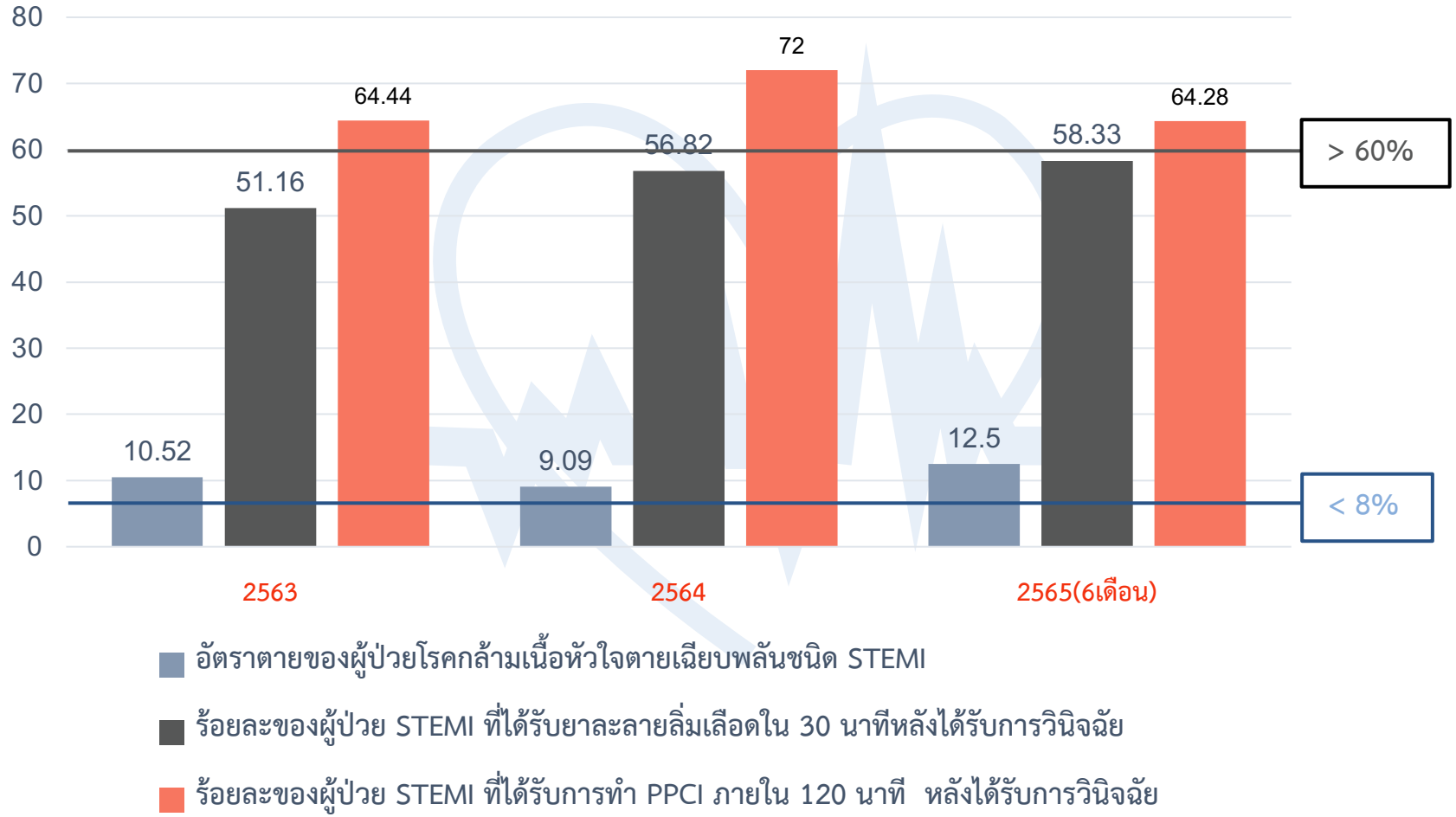
ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)	12.5 %
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	
2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย (≥ ร้อยละ 60)	58.33%
2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย (≥ ร้อยละ 60)	64.28 %

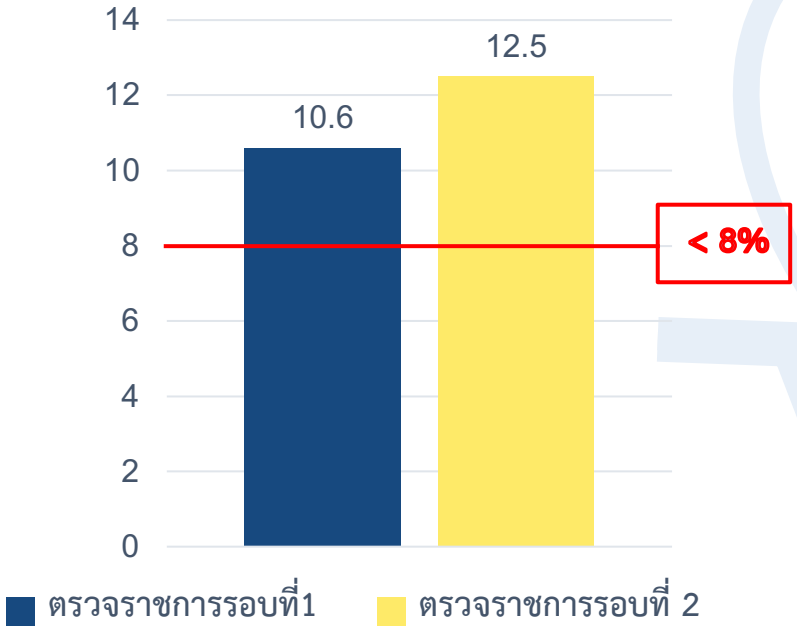
STEMI

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท

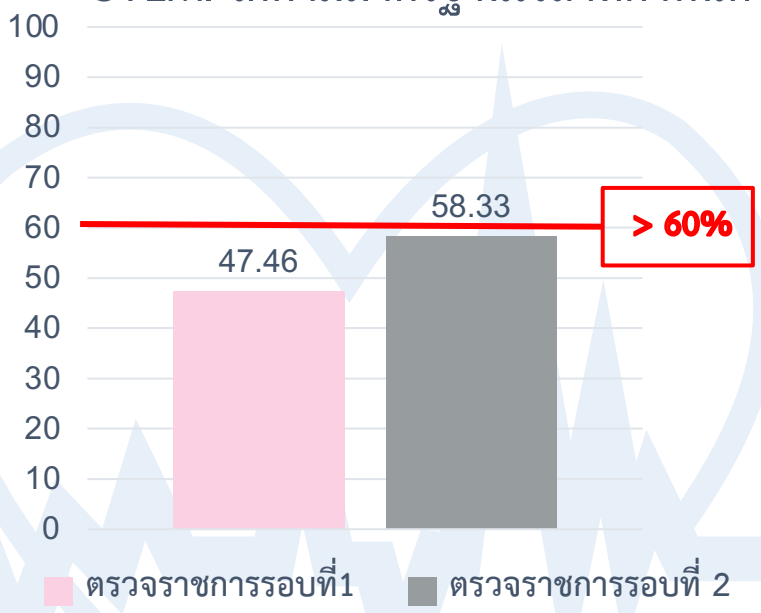


STEMI

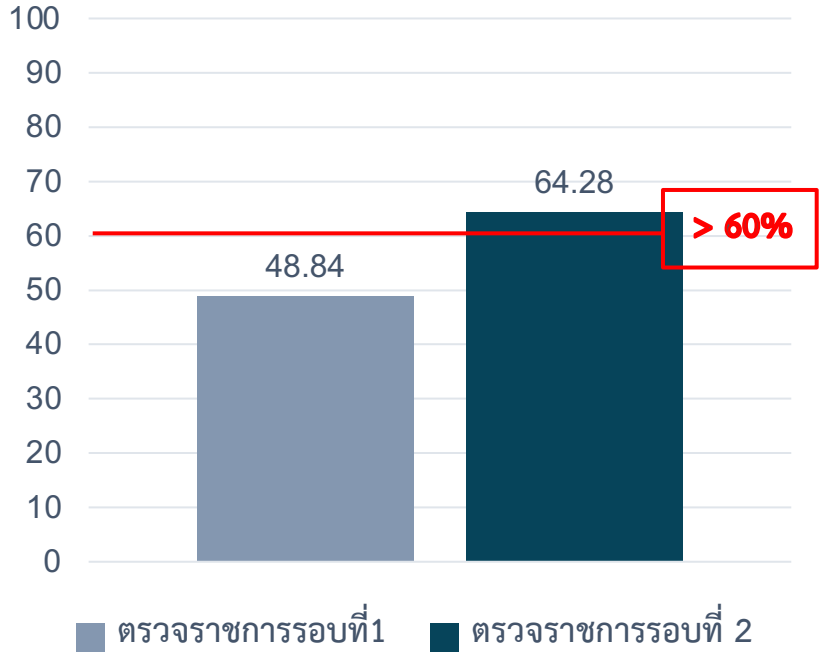
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน STEMI



ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด



ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย



STEMI

ประเด็นชื่นชม

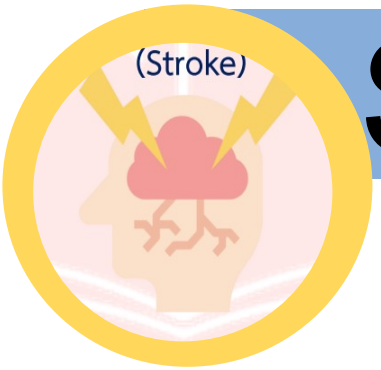
1. ตัวชี้วัดย่อยของกระบวนการรักษามีแนวโน้มที่ดีขึ้น
2. มีการศึกษา วิจัยในระดับพื้นที่ เพื่อทราบถึงปัจจัยอัตราการเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น
3. มีการกำหนดตัวชี้วัดเฉพาะพื้นที่จังหวัดชัยนาทในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง เช่น กลุ่ม High risk, NCD, สูบบุหรี่
4. มีการใช้นวัตกรรมกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (บัตรแดงแสลงใจ)

ปัญหาอุปสรรค

1. อัตราการเสียชีวิตยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ส่วนใหญ่เป็นคนไข้ผู้สูงอายุ, กลุ่มที่มีโรคร่วมมาก เช่น เบาหวาน ความดัน และไขมัน
2. บุคลากรไม่เพียงพอ เช่น แพทย์อายุรศาสตร์โรคหัวใจ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการ review case ที่เสียชีวิตในอำเภอที่มีปัญหาเรื่องหัวใจล้มเหลวมาตั้งแต่ที่บ้าน
2. ควบคุมปัจจัยเสี่ยงโดยประสานงานกับ SP NCD ในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงร่วม เช่น ความดัน เบาหวาน ไขมัน และสูบบุหรี่
3. การใช้ยา TNK ในภาพรวมขอบเขต ควรเพิ่มประสบการณ์ในการใช้ยา TNK ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI รอข้อสรุปของเขต
4. ควรลดระยะเวลา Time to needle, Medical contact



STROKE

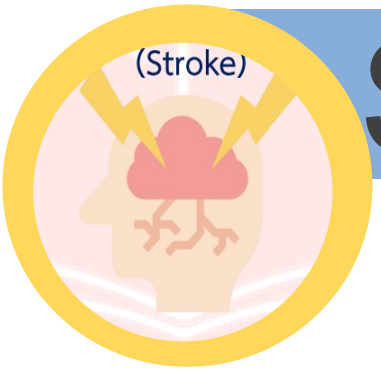
ตัวชี้วัด

ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

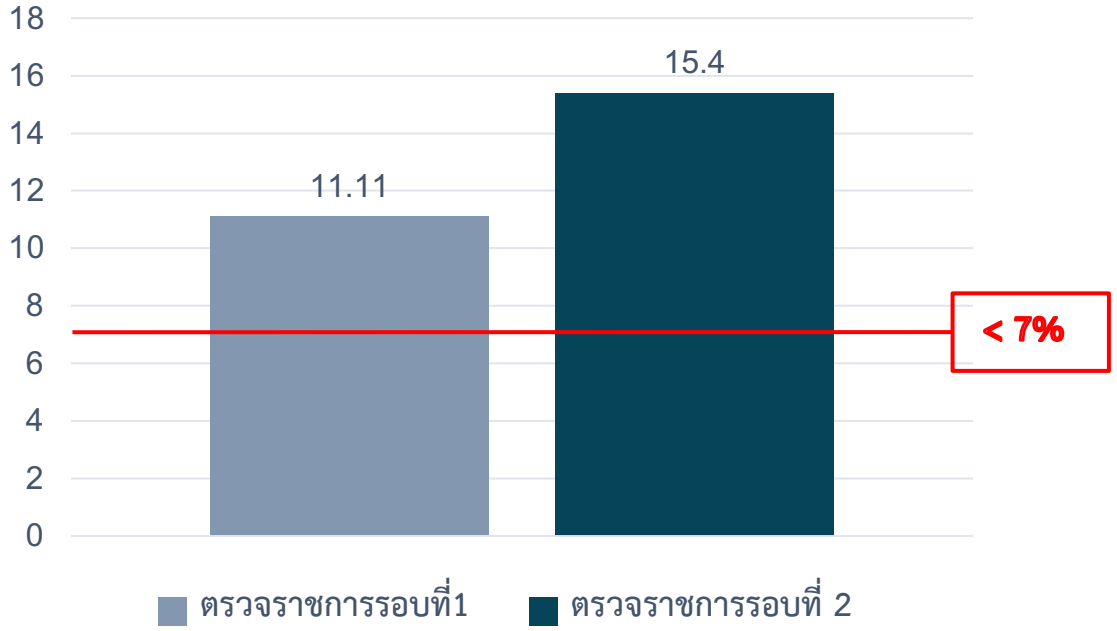
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ในโรงพยาบาล (< ร้อยละ 7) — **15.40 %**

2. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน SU (≥ ร้อยละ 75) — **61.94 %**

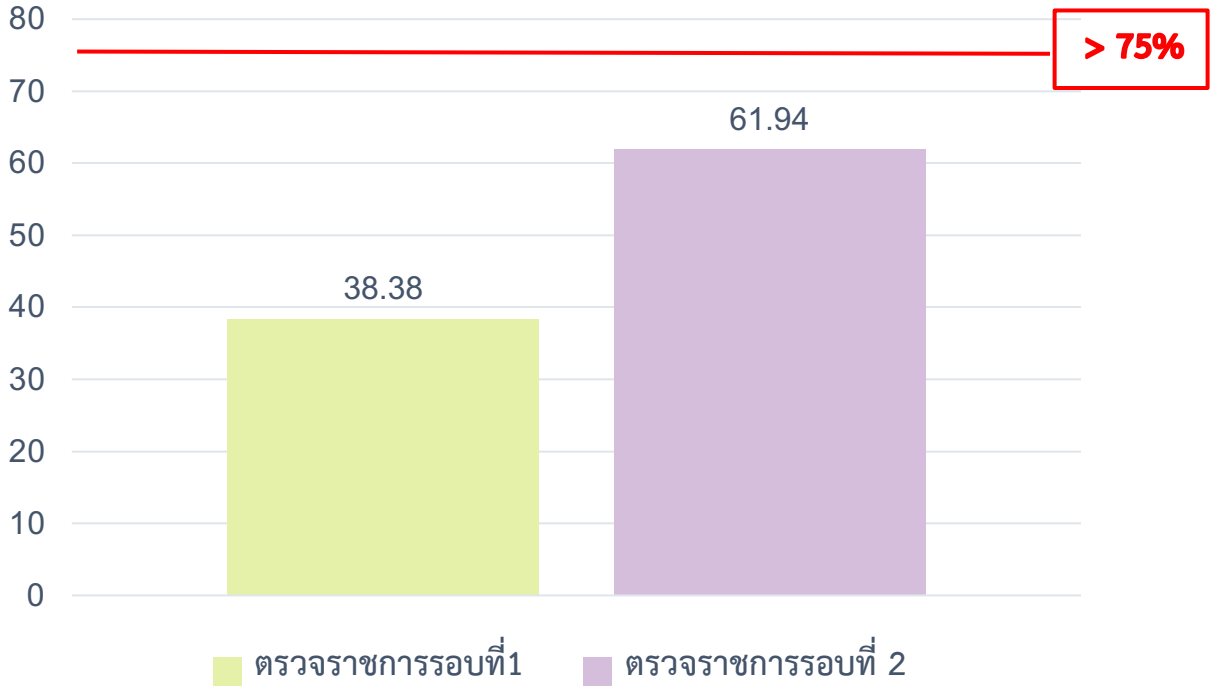


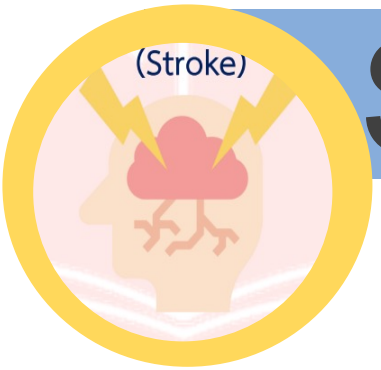
STROKE

อัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (I60-I69)ในโรงพยาบาล



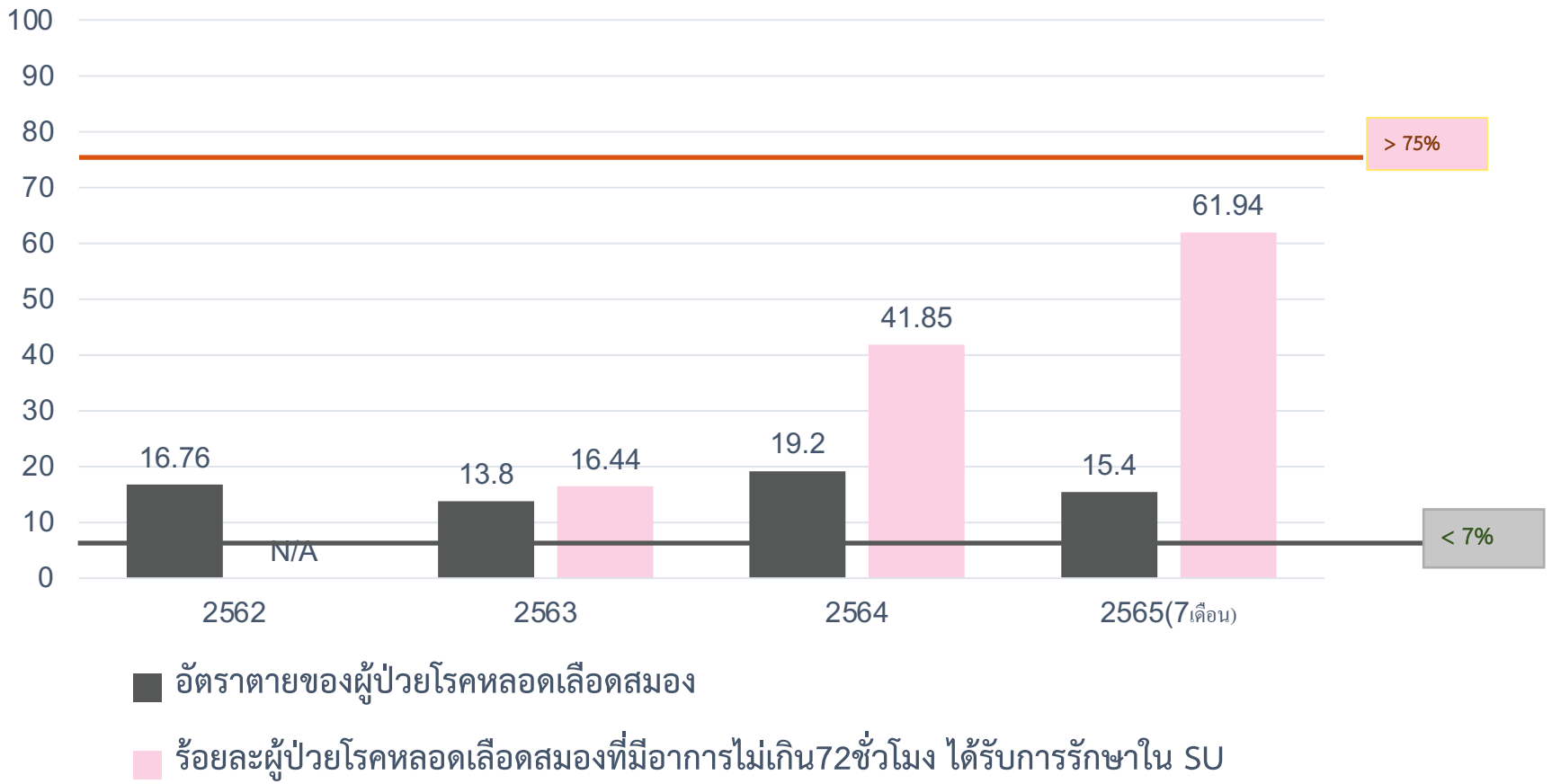
ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72ชม. ได้รับการรักษาใน SU





STROKE

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



STROKE

ประเด็นชื่นชม

1. การเข้ารักษาใน SU ทำให้อัตราการรักษาได้ยาละลายลิ่มเลือดสูงขึ้น ส่งผลทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลง ถึงแม้จะยังสูงกว่าเป้าหมาย
2. มีระบบการดูแลตั้งแต่การ Refer และรักษาทั้ง Fast track และ Standard care อย่างเป็นระบบ

ปัญหาอุปสรรค

1. บุคลากรไม่เพียงพอ เช่น แพทย์ศัลยกรรมประสาท และทีมดูแลหลังผ่าตัด
2. ระบบบริหารการจัดการเตียงใน SU ยังไม่สมดุลทั้งจำนวนคนไข้และภาระงานของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Stroke ทั้ง Basic stroke nurse, Advance stock nurse
2. เพิ่มเติมการควบคุมปัจจัยร่วมทั้งกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรค CVD สูง หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิด Stroke
3. พัฒนาระบบการให้ยา Rt-PA ให้รวดเร็วขึ้น โดยการเก็บยาไว้ในห้อง CT หรือ ER

SEPSIS

ตัวชี้วัด

ผลงาน

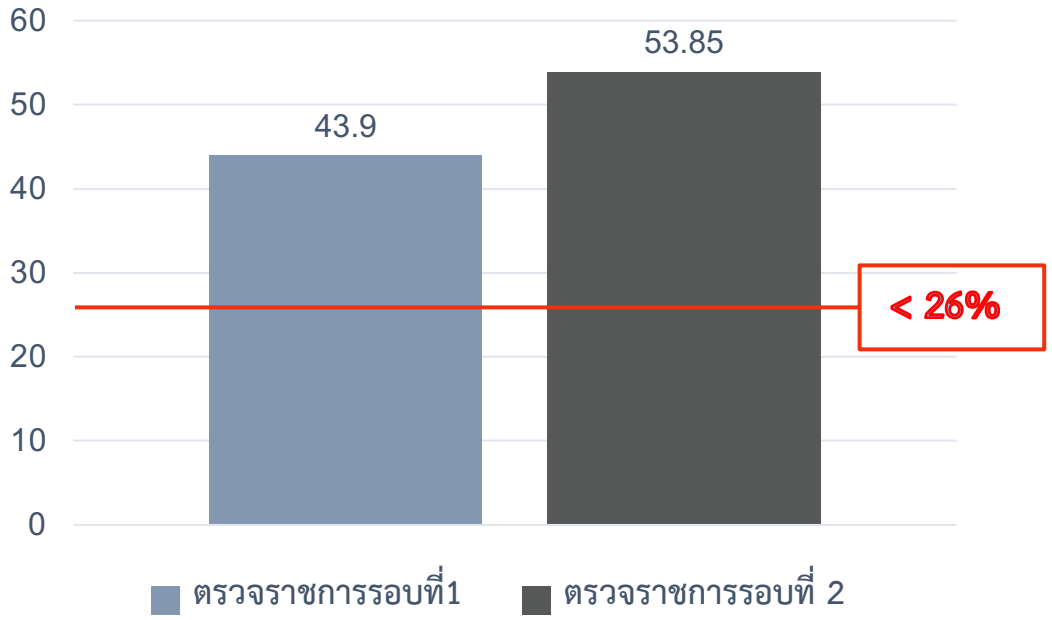
ตรวจรอบที่ 2/2565

1. อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired (<ร้อยละ 26)

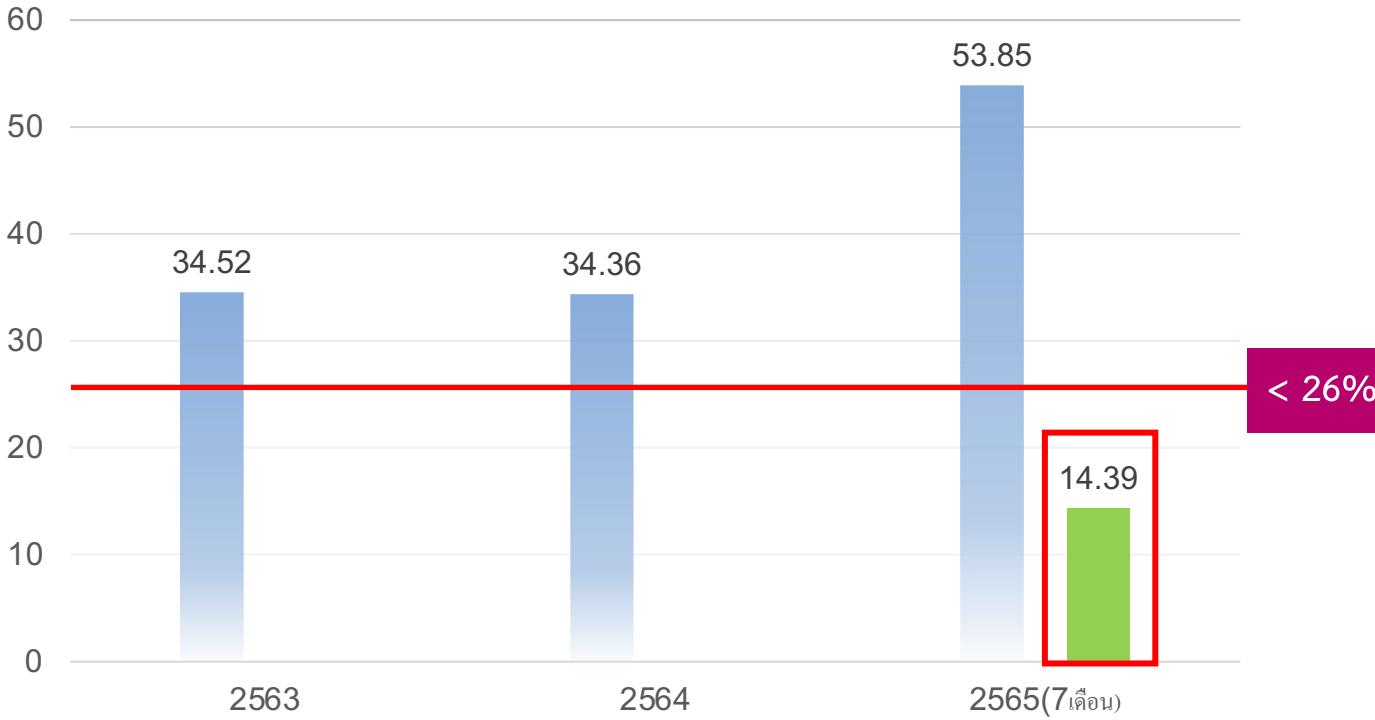
53.85 %
(เม.ย.– มิ.ย. 65)

SEPSIS

อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



SEPSIS

Total severe sepsis and/or septic shock	132	%
Community severe sepsis/septic shock	**19**	**14.39**
Palliative care (no ETT, no Inotrope, no RRT)	**25**	18.93
-Advanced stage cancer	4	
-Old age (>85 ปี) with multiple comorbid	4	
-Bed ridden ญาติไม่อยากยื้อชีวิต	12	
-Post cardiac arrest มาจาก รพช และหยุดการช่วยชีวิตต่อ	3	
-นอน รพ นาน admit ต่อเนื่อง	2	
Full med + on ETT แต่ no CPR no RRT no further investigation	**8**	6.06
Hospital septic shock	**17**	12.87
Diagnosis ผิด (MI cardiogenic shock, Rupture hepatoma, Paraquat ingestion)	**3**	2.27

SEPSIS

ประเด็นชื่นชม

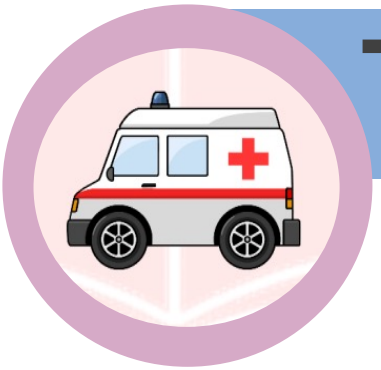
1. ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการรักษาผ่านเกณฑ์เป้าหมายทุกตัว
2. มีการวิเคราะห์ ทบทวนสาเหตุผู้ป่วยเสียชีวิตจาก Sepsis ทำให้เห็นปัญหาทางการสรุปสาเหตุการเสียชีวิต
3. มีการดูแล Sepsis corner โดยใช้ระบบ Central monitoring

ปัญหาอุปสรรค

1. ข้อมูลจากฐานข้อมูลที่ลงในระบบยังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ถึงแม้กระบวนการรักษาจะดีมากก็ตาม
2. การลงรหัสข้อมูลของผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วย Palliative care และ Sepsis

ข้อเสนอแนะ

1. ในกลุ่มที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ต้องการเครื่องมือดูแลพิเศษเพิ่มเติม เช่น CRRT เพื่อลดความรุนแรงของภาวะเลือดเป็นกรด เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจะมีสัญญาณชีพไม่คงที่
2. ควรส่งเสริม ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงระบบดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้มากขึ้น โดยเฉพาะ NCD และกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วมมาก



TRAUMA

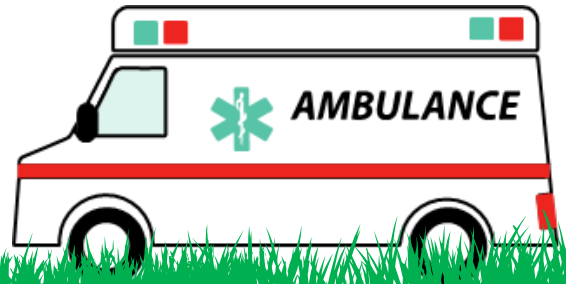
ตัวชี้วัด

ผลงาน

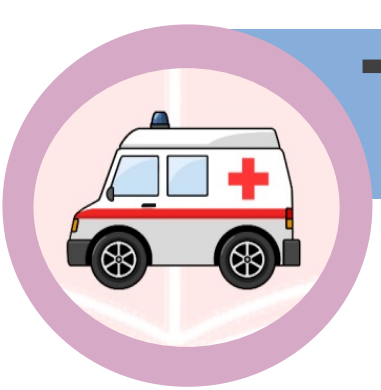
ตรวจรอบที่ 2/2565

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (<ร้อยละ 12) (Trauma <ร้อยละ 12, Non-trauma <ร้อยละ 12)

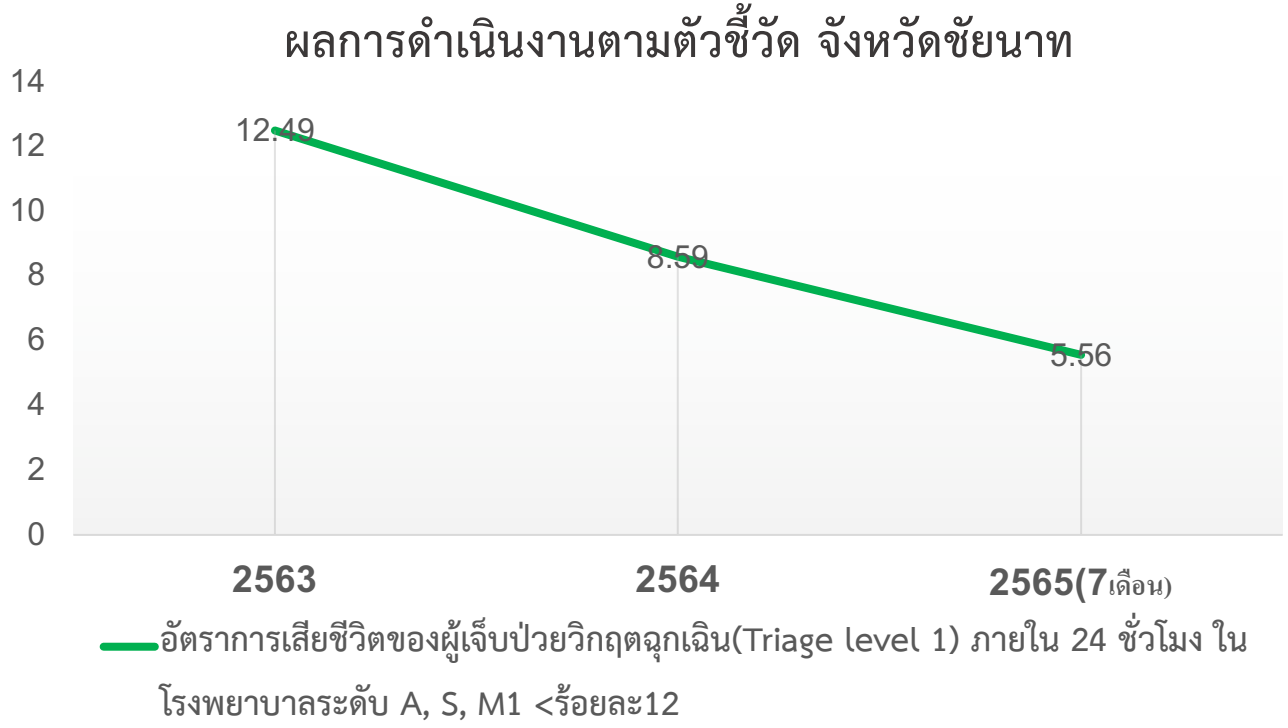
5.56 %



TRAUMA



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
จังหวัดชัยนาท
20
15
10
5
0
< 12%
6.35
5.56
ตรวจราชการรอบที่1
ตรวจราชการรอบที่ 2


ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท
14
12
10
8
6
4
2
0
12.49
8.59
5.56
2563
2564
2565(7เดือน)
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 <ร้อยละ12

TRAUMA

ประเด็นชื่นชม

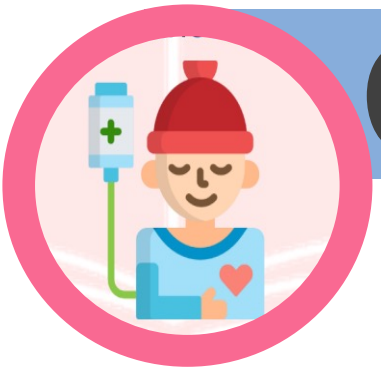
1. การทำงานเป็นทีมของสหสาขา ทำให้อัตราการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง
2. การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ เข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างครอบคลุม

ปัญหาอุปสรรค

1. ขาดบุคลากรที่สำคัญ เช่น แพทย์ศัลยกรรมประสาท และทีมสนับสนุน
2. ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเสียชีวิตมาด้วยอาการรุนแรงหลายระบบ ทำให้อัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงอุบัติเหตุที่อาจมีผลกระทบต่อสมอง รวมถึงการเคารพกฎจราจร
2. มีระบบปรึกษาแพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือดประเมินปัญหาในการดูแลโรคซับซ้อนในจังหวัดชัยนาท
3. พัฒนาศักยภาพ รพ.ชุมชน เช่น รพ.หันคา, รพ.สรรคบุรี ในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทางอุบัติเหตุ สามารถดูแลเบื้องต้นก่อน Refer รพ.ชัยนาทนเรนทรได้



CANCER

ตัวชี้วัด

ผลงาน

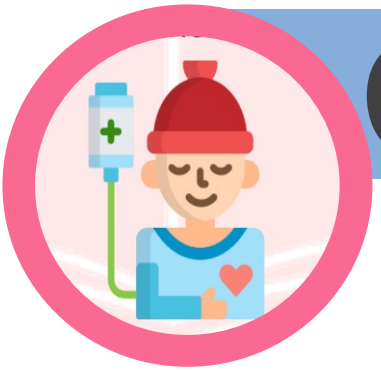
ตรวจรอบที่ 2/2565

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (≥ ร้อยละ 75)	85.71 %
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (≥ ร้อยละ 75)	88.71 %
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รัยการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (≥ ร้อยละ 60)	59.25 %

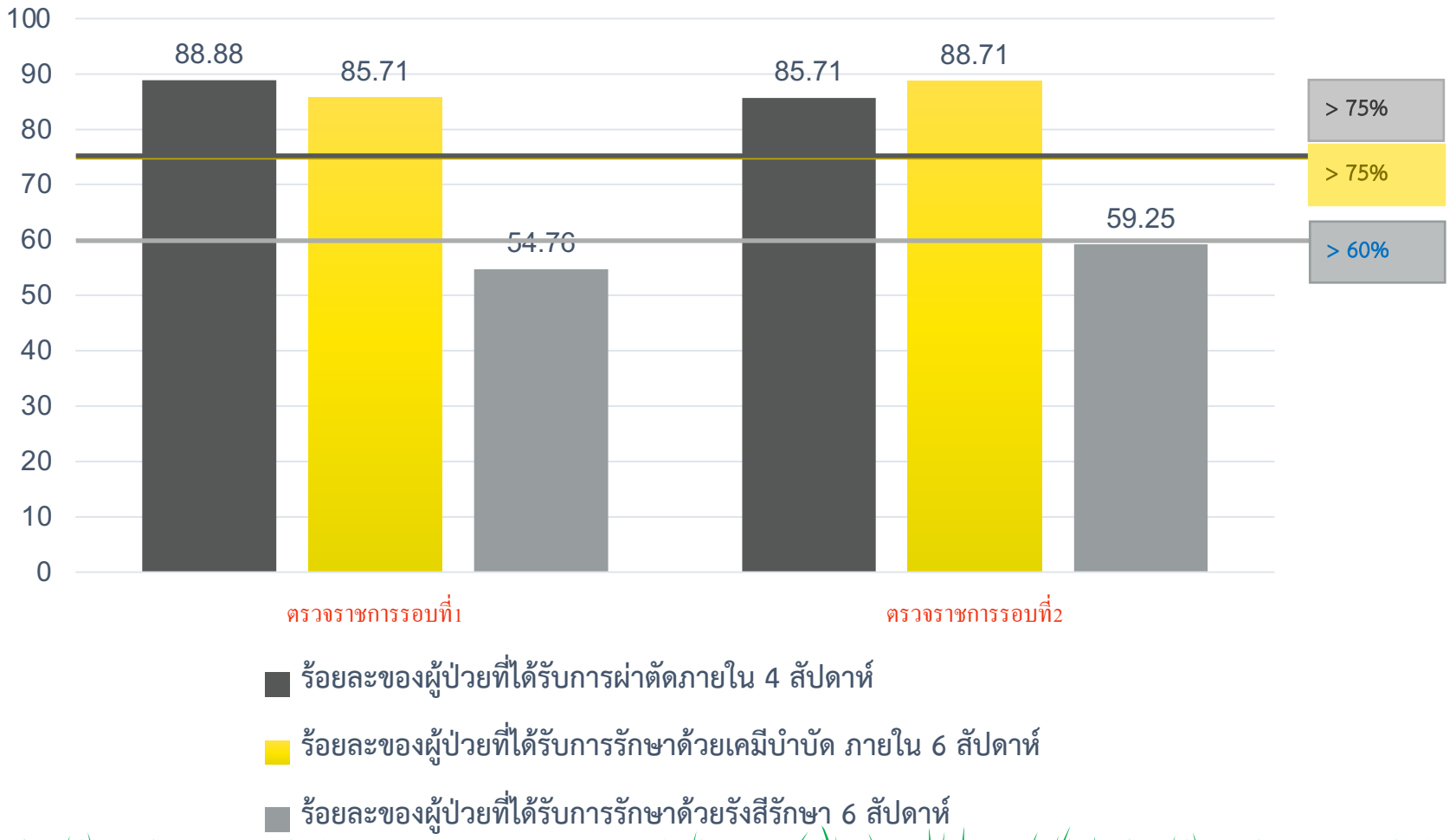
ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก

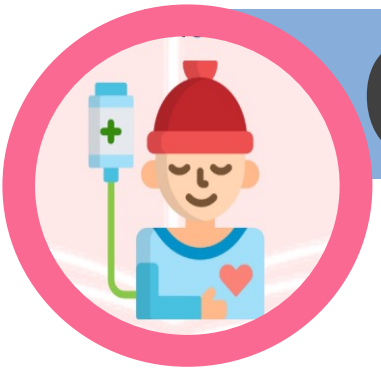
มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก



CANCER

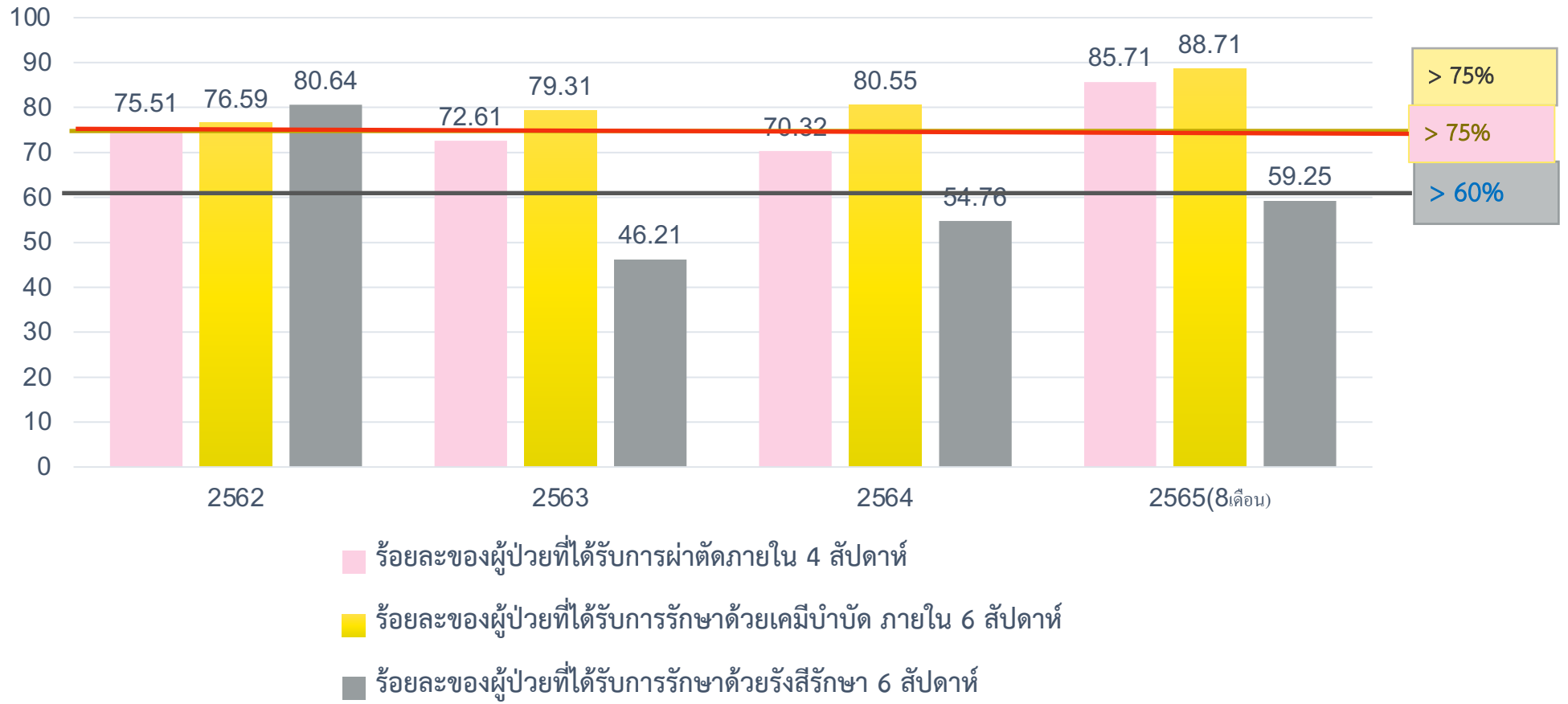
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท





CANCER

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



CANCER

ประเด็นชื่นชม

1. อัตราการเข้าถึงการรักษามีแนวโน้มดีขึ้น (รังสีรักษา)
2. มีการลงทะเบียนระบบ Cancer Anywhere, ร้อยละของหน่วยบริการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่มี cancer coordinator

ปัญหาอุปสรรค

1. การคัดกรองมะเร็งยังไม่ผ่านเกณฑ์ (มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้)
2. การ update ข้อมูลในโปรแกรม TCB ล่าช้า ข้อมูล Staging ไม่ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรัดการคัดกรองมะเร็งที่เป็นปัญหาในพื้นที่ให้ผ่านเกณฑ์ตามเป้าหมาย เช่น คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test
2. ควบคุม กำกับติดตามให้ผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันและครบถ้วน

NEW BORN

ตัวชี้วัด

ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

1. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่รอดออกมาน้ำหนัก ≥ 500 กรัม (เป้าหมาย < 3.60 : 1000 ทารกเกิดมีชีพ)

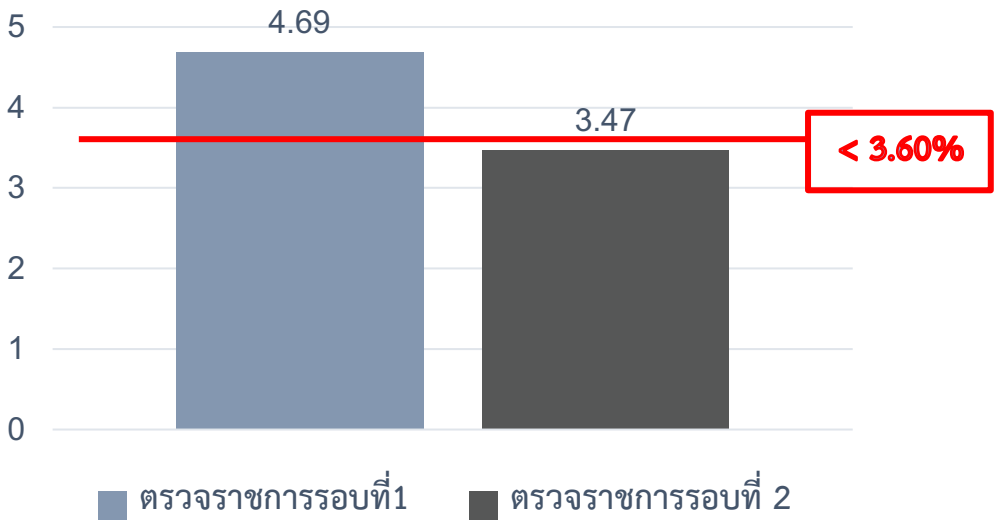
3.47 %

1.1 จำนวนเตียง NICU 1:500 การเกิดมีชีพ

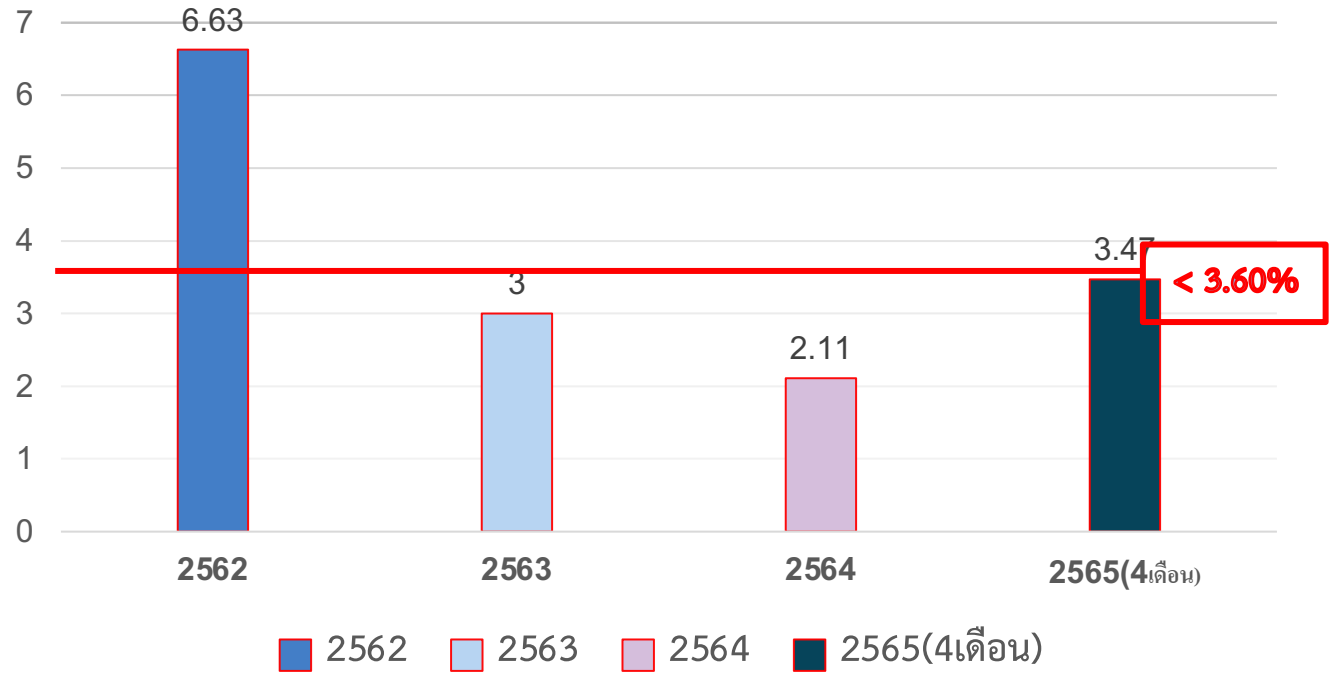
1: 216
(4 เตียง)

NEW BORN

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



NEW BORN

ประเด็นชื่นชม

1. ระบบการปรับตัวให้เข้ากับปัญหา เช่น ลดขนาดเตียง NICU ลงเนื่องจากมีการเกิดน้อย
2. มีระบบการปรึกษาในเคสที่ซับซ้อนกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า เช่น รพ.เด็กแห่งชาติ

ปัญหาอุปสรรค

1. กลุ่มเสี่ยงตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแม่ที่ใช้สาร Amphetamine ทำให้เด็กคลอดก่อนกำหนดเพิ่มมากขึ้น
2. ศักยภาพในการดูแลทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,000 กรัม ยังไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

1. เร่งรณรงค์ฝากครรภ์คุณภาพในพื้นที่ที่เป็นปัญหา
2. ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเรื่องการใช้สารเสพติดในวัยรุ่น

IMC

ตัวชี้วัด

ผลงาน

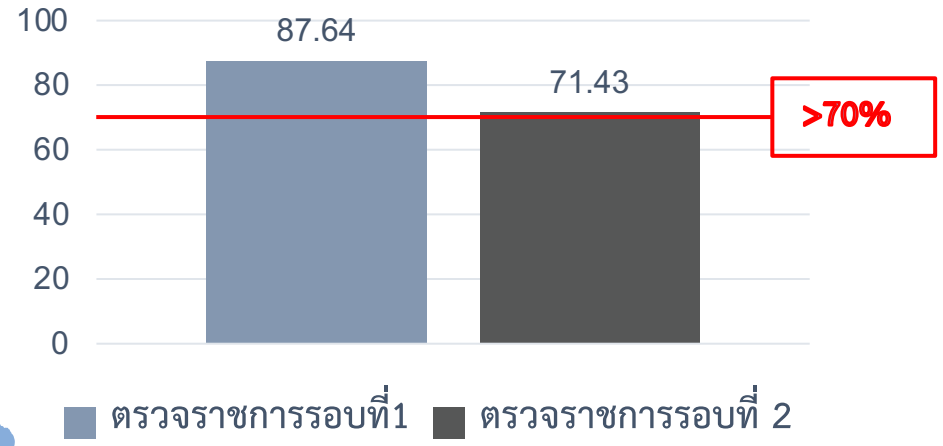
ตรวจรอบที่ 2/2565

1. เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >= 15 with multiple impairments ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (>ร้อยละ 70)

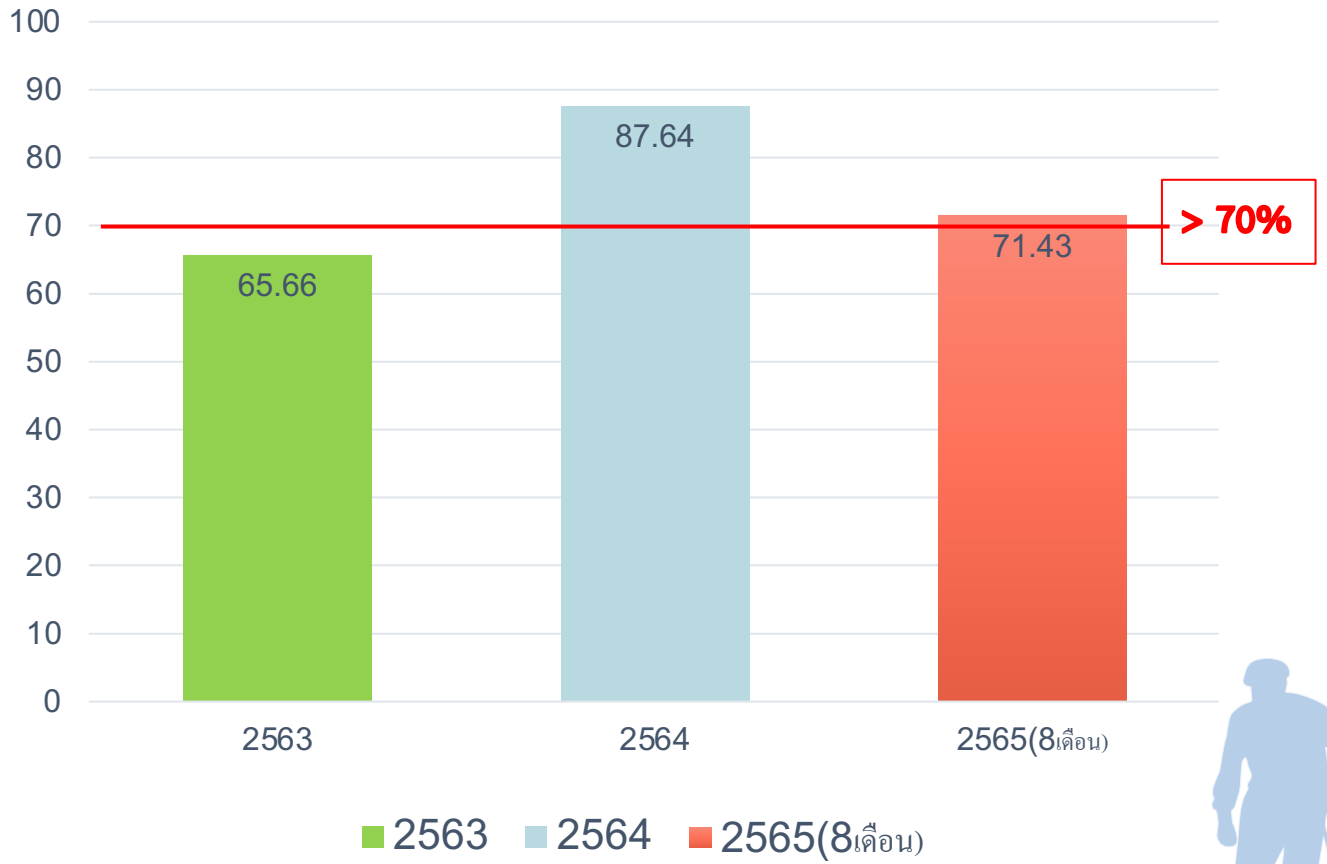
71.43 %

IMC

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดชัยนาท



IMC

ประเด็นชื่นชม

1. มีการดูแลผู้ป่วย IMC มีแนวโน้มอยู่ในเกณฑ์ที่ดี
2. มีระบบการติดตามผู้ป่วย IMC ที่ดีโดยผ่านระบบ Thai COC

ปัญหาอุปสรรค

1. รพช.บางแห่งขาดข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย IMC ในช่วงปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะปี 2565
2. แนวโน้มร้อยละการดูแลผู้ป่วยตามตัวชี้วัดมีแนวโน้มลดลงจากที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนให้มีการลงข้อมูลอย่างเป็นระบบและครบถ้วนของโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด
2. สนับสนุนให้มีหอผู้ป่วย IMC ให้ครบทุกโรงพยาบาล ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของ IMC corner, IMC bed เป็นต้น

สรุปข้อเสนอแนะ

1. วางแผนรองรับการกลับมาใช้บริการของผู้ป่วย

ภายหลังสถานการณ์โควิดที่อาจมีจำนวนและความรุนแรงมากขึ้น

2. การจัดสรรทรัพยากร เครื่องมือ ที่จำเป็นเพื่อสนับสนุนการบริการให้ดีขึ้น เช่น CRRT, SU (SU จะรับ case stroke ได้มากขึ้น)

3. บุคลากร

ส่งเสริมศักยภาพของบุคลากร เช่น แพทย์ศัลยกรรมประสาท แพทย์ศัลยกรรมหลอดเลือด แพทย์อายุรกรรมหัวใจ แพทย์ทารกแรกเกิด และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

4. สนับสนุนกระบวนการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ acute care/ Intermediate care/ Long term care อย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพ

5. ประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้บริการทางการแพทย์ที่สอดคล้องกับ Service Plan เพื่อมุ่งหวังการลดอัตราการเสียชีวิตและเพิ่มอายุขัยเฉลี่ยประชาชนในจังหวัดชัยนาท

6. แก้ปัญหาที่ต้นน้ำ STEMI, SEPSIS, STROKE (3S)

โรคพื้นฐาน NCD และกลุ่มผู้สูงอายุ บูรณาการการดูแลผู้ป่วย NCD ให้เป็นรูปธรรม โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางหลอดเลือด(CVD)

7. สนับสนุนให้มีการใช้นวัตกรรม

เพื่อแก้ไขปัญหาโรคที่สำคัญ เช่น 3S, Cancer และกลุ่มโรค NCD โดยมีต้นแบบมาจากนวัตกรรมเหล่านี้ (ธนาคารฝากเหล้า, Telemedicine)

เขตสุขภาพที่ 3

กรมการแพทย์ DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

WORLD DIABETES FOUNDATION

สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน Thai Association of Diabetes Educators

International Diabetes Federation

โครงการอบรม

เสริมสร้างพลังในทีมผู้บริบาลผู้เป็นเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุข

(Empowerment DM team and health care volunteers)

สำหรับเขตสุขภาพที่ 3

ระหว่างวันที่ 4 - 5 กรกฎาคม 2565

ณ โรงแรมแกรนด์ฮิลล์ รีสอร์ท แอนด์ สปา จังหวัดนครสวรรค์

จัดในรูปแบบ Hybrid

ONSITE

วันจันทร์ที่ 4 กรกฎาคม 2565

สำหรับแพทย์ ทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวาน 200 คน

วันอังคารที่ 5 กรกฎาคม 2565

สำหรับ อสม. ในจังหวัดนครสวรรค์ 200 คน

ONLINE (รับชมผ่านช่องทาง YouTube)

ท่านสามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และส่งรายชื่อเข้าร่วมฯได้ที่

- กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (CSO) สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 โทร. 089-9232899

หมายเหตุ: หน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่องสำหรับพยาบาล (CNEU) ให้สำหรับผู้เข้าร่วมแบบ Onsite เท่านั้น

กรมการแพทย์
"ทำดีที่สุดเพื่อทุกชีวิต"

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต

(Do Our Best for All)