



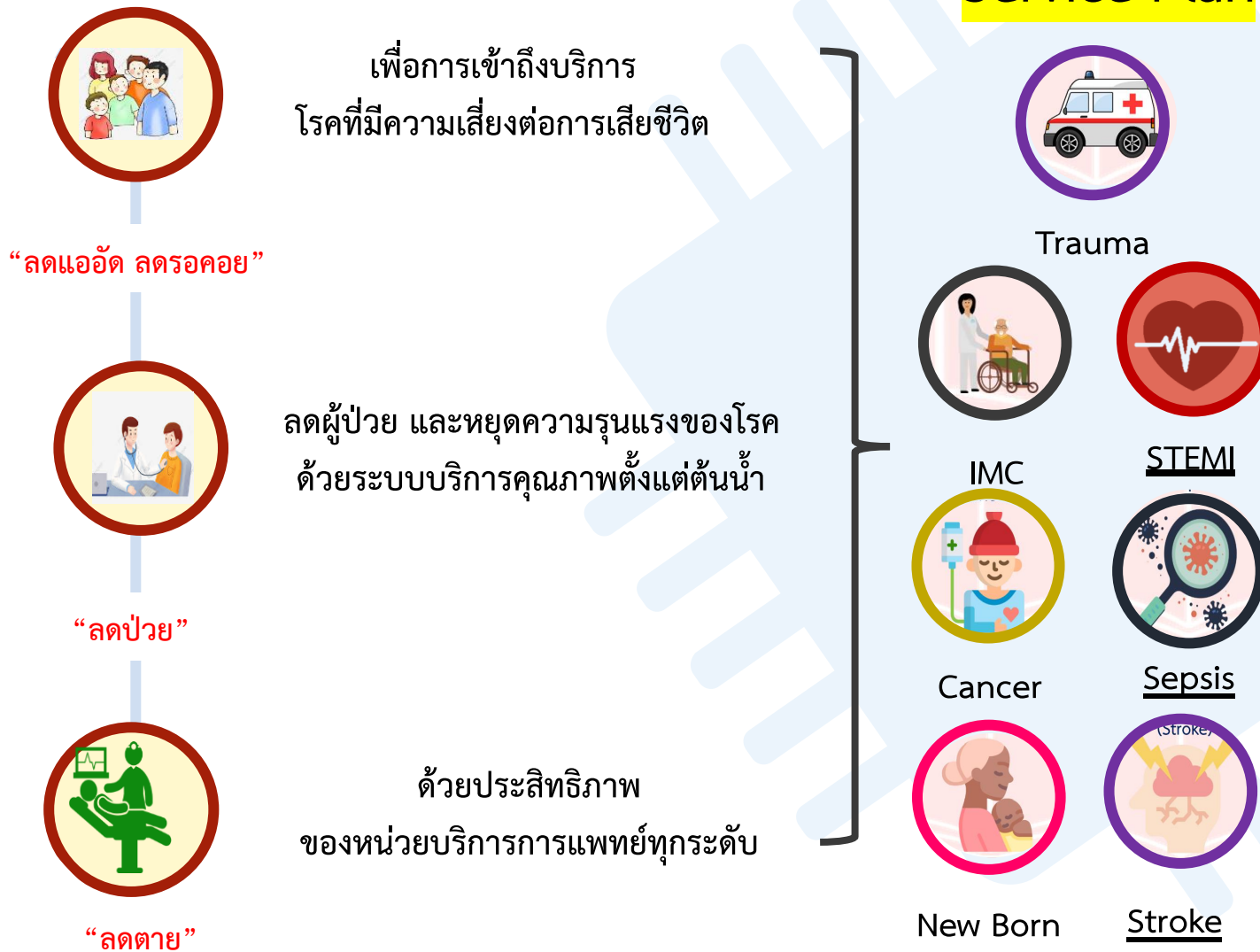
การตรวจราชการและนิเทศงาน
ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย
จังหวัดกำแพงเพชร รอบที่ 2/2565
วันที่ 30 มิถุนายน 2565

ที่มนิเทศงาน กรมการแพทย์



ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

Service Plan

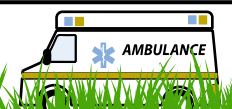




“ภาพรวมผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร”



SP	ตัวชี้วัด	ตรวจราชการรอบ 1		ตรวจราชการรอบ 2	
		ค่าเฉลี่ย	ผ่าน/ไม่ผ่าน	ค่าเฉลี่ย	ผ่าน/ไม่ผ่าน
1.STEMI	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (เป้าหมาย < ร้อยละ 8)	11.89	ไม่ผ่าน	9.09	ไม่ผ่าน
	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (เป้าหมาย > 60%)	90	ผ่าน	93.15	ผ่าน
	ผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ PPCI ภายใน 120 นาที หลัง Dx (> 60%)	NA	-	NA	-
2.Stroke	อัตราการตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 เป้าหมาย < 7%	3.89	ผ่าน	8.76	ไม่ผ่าน
	อัตราการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง เข้านอนใน Stroke Unit ≥ 75%	ไม่มี Stroke Unit	-	ไม่มี Stroke Unit	-
3.SEPSIS	อัตราผู้ป่วย Sepsis ชนิด Community acquired เสียชีวิตน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 26	25.2	ผ่าน	33.3	ไม่ผ่าน
4.IMC	ร้อยละ ผู้ป่วยที่มีอัตราการรอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index < 15 จนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (ร้อยละ 70)	95.62	ผ่าน	92.83	ผ่าน
5.New Born	อัตราการตาย Neonatal Mortality rate < 3.6 / การเกิดมีชีพ	3.45	ผ่าน	2.65	ผ่าน
6.Trauma	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 < ร้อยละ 12	15.43	ไม่ผ่าน	14.53	ไม่ผ่าน
7.มะเร็ง	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์ (>75%)	80	ผ่าน	75.71	ผ่าน
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์ (>75%)	86.11	ผ่าน	87.20	ผ่าน
	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายใน 6 สัปดาห์ (>60%)	57.62	ไม่ผ่าน	56.69	-





STEMI

ตัวชี้วัด

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (< ร้อยละ 8)
2. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
 - 2.1 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย (\geq ร้อยละ 60)
 - 2.2 ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที หลังได้รับการวินิจฉัย (\geq ร้อยละ 60) ระยะเวลาเฉลี่ย 160 นาที

ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

9.09 %

93.15%

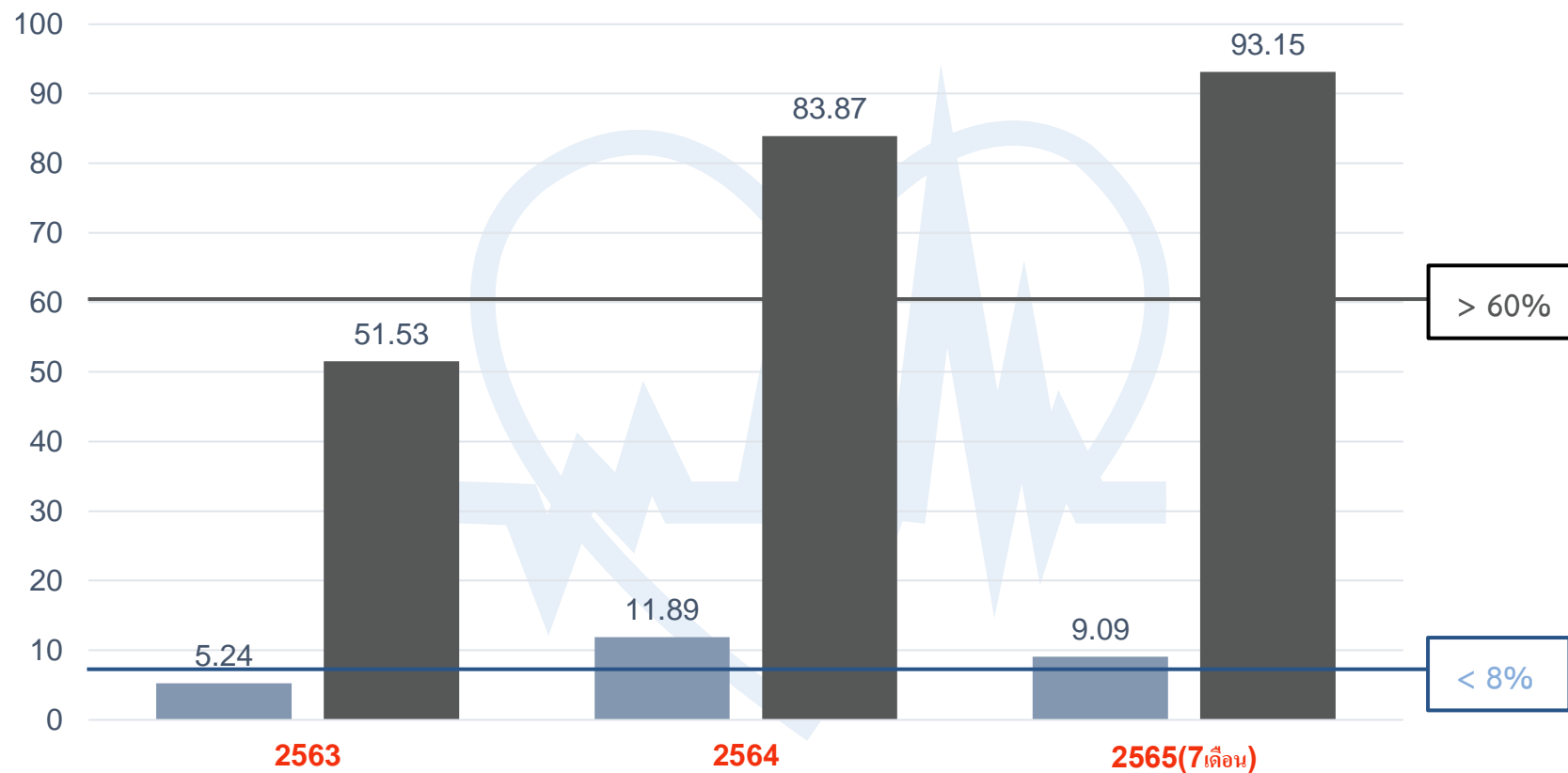
NA





STEMI

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร



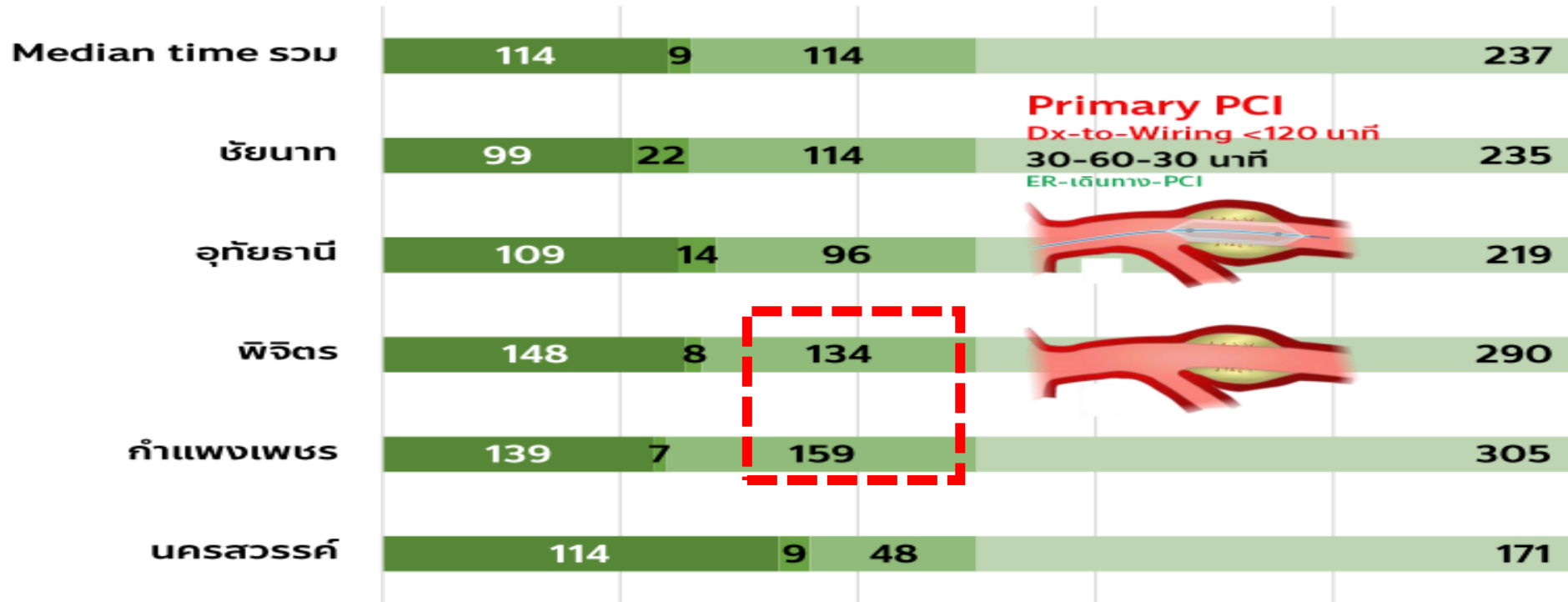
■ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI

■ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดใน 30 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย



STEMI

Total ischemic time for Primary PCI (นาที)



■ Onset-to-FMC ■ ER-Dx time ■ Dx-to-wiring time ■ Total ischemic time





ประเด็นชื่นชม

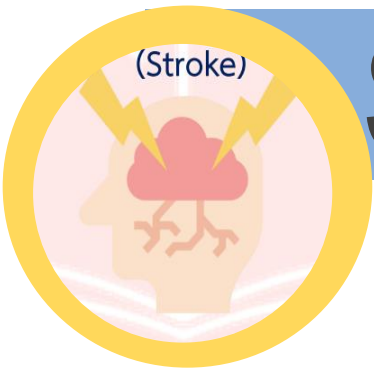
1. มีการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ระบบปฐมภูมิ (ต้นน้ำ) เช่น การคัดกรอง CVD Risk และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง STEMI Awareness
2. มีการดำเนินงาน Heart Failure Clinic ในโรงพยาบาล
3. มีการวิเคราะห์ผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตทุกราย
4. มีการให้บริการ Warfarin Clinic ในระดับโรงพยาบาลชุมชน ทำให้สามารถลดความแออัดในโรงพยาบาล กำแพงเพชรได้
5. ตัวชี้วัดการเข้าถึง SK เป็นไปตามเป้าหมาย

ปัญหาอุปสรรค

1. มีการเรียกใช้ระบบ EMS 1669 น้อย
2. ขาดความรู้และประสบการณ์ในการให้ยา TNK ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI ระยะเวลาการเข้ารับรักษาด้วย PCI นานเกินค่าเฉลี่ยเขต

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างระบบเครือข่ายการให้ยา TNK ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI ในภาพเขต
2. วิเคราะห์ระยะเวลากระบวนการแต่ละขั้นตอน เพื่อนำไปปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย



STROKE

ตัวชี้วัด

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ในโรงพยาบาล
(**< ร้อยละ 7**)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ที่มีอาการไม่เกิน 72 ชม. ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (**≥ ร้อยละ 75**)



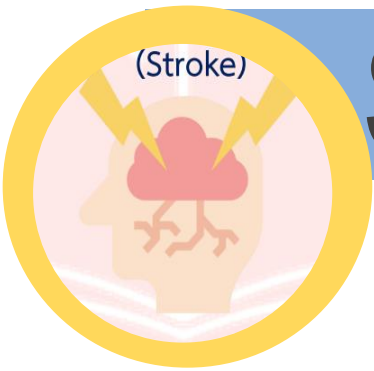
ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

8.76 %

NA

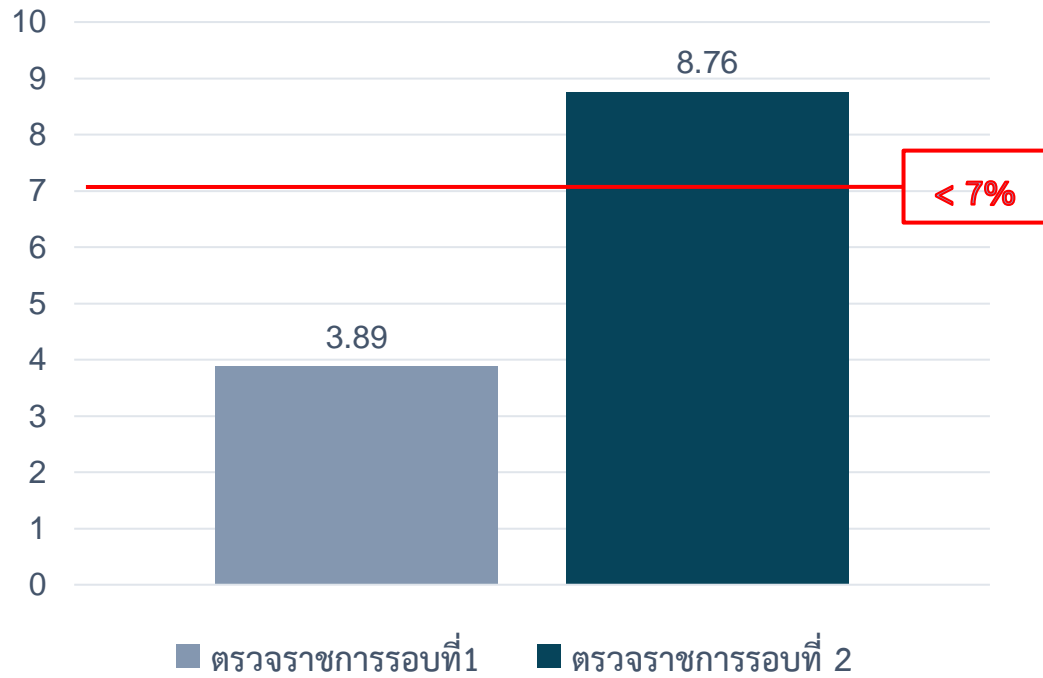
ยังไม่มีเปิดให้บริการ
Stroke Unit



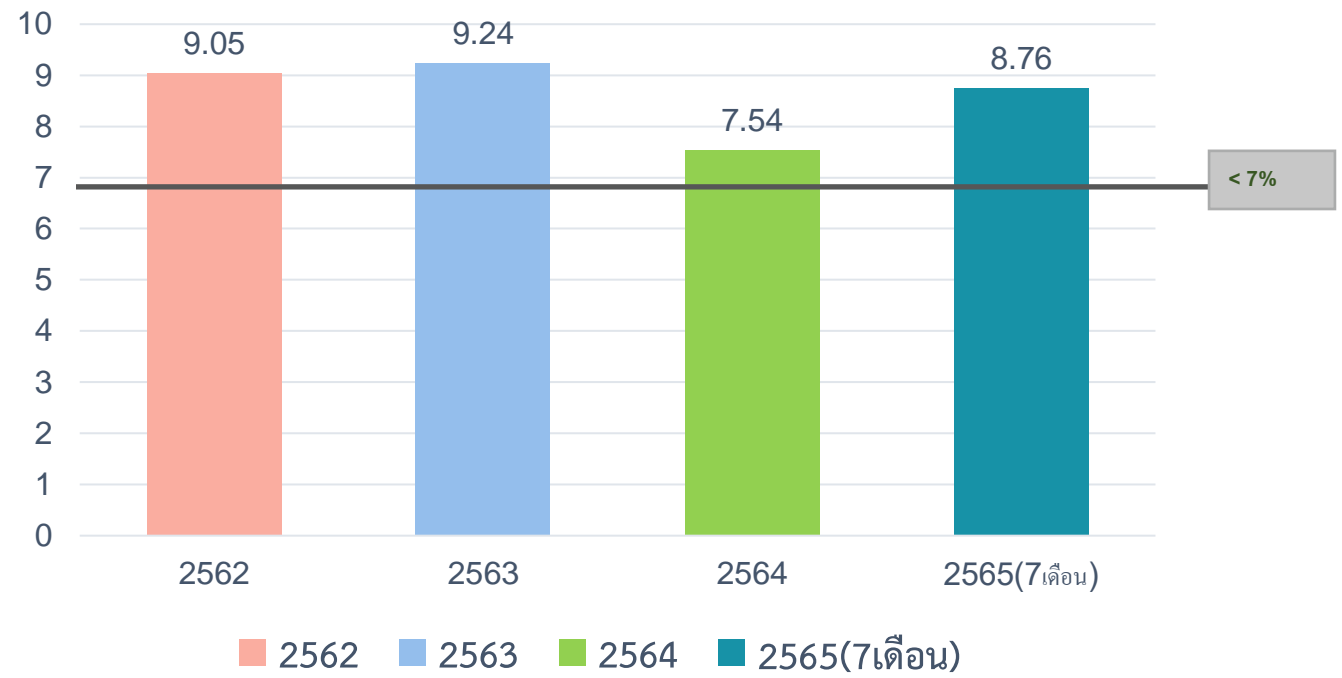
STROKE



อัตราการตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ในโรงพยาบาล



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร



ประเด็นชื่นชม

- 1 มีการให้ความรู้ Health Literacy ในระบบปฐมภูมิ ส่งผลทำให้ผู้ป่วย Stroke ดีขึ้นตามลำดับ
- 2 นวัตกรรม BP Station นวัตกรรม DTX Station การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วย Stroke
- 3 มีการจัดบริการ Stroke Corner มีเตียงรองรับผู้ป่วยและมีการทบทวนวิเคราะห์ปัญหา

ปัญหาอุปสรรค

1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น **
2. การเข้าถึงยา rt-PA และการเข้าถึง Stroke Fast Track ต่ำลง

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาระบบให้ยา rt-PA ให้รวดเร็วและมากขึ้น
2. ลดเวลารอคอย CT Node ดำเนินการเพิ่ม หน่วยให้บริการ CT ที่ รพ.คลองขลุง
3. พัฒนาศักยภาพ Stroke Unit เตรียมพร้อมการเปิดบริการ



SEPSIS

ตัวชี้วัด

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

ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

33.3 %

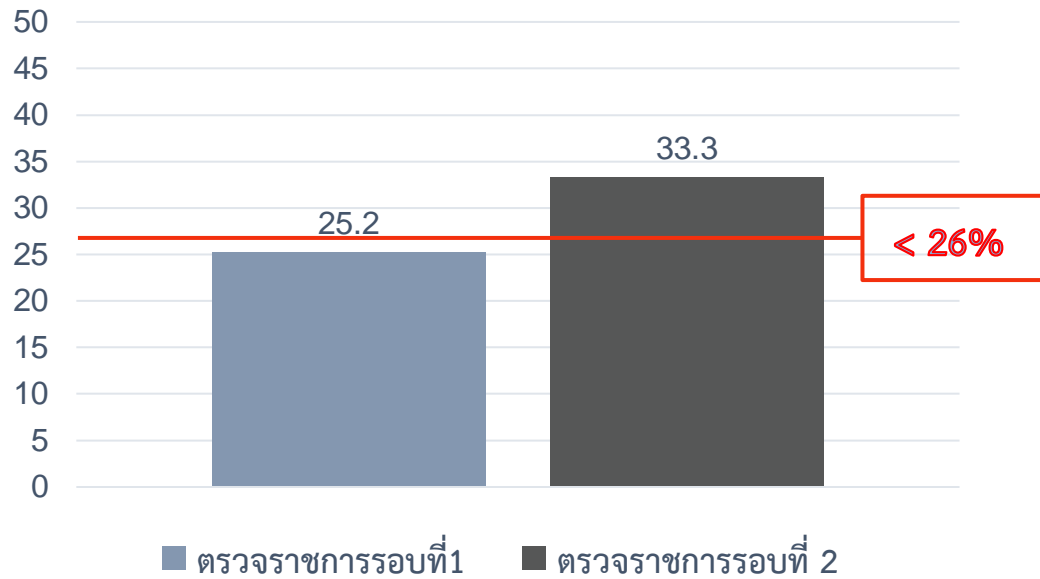




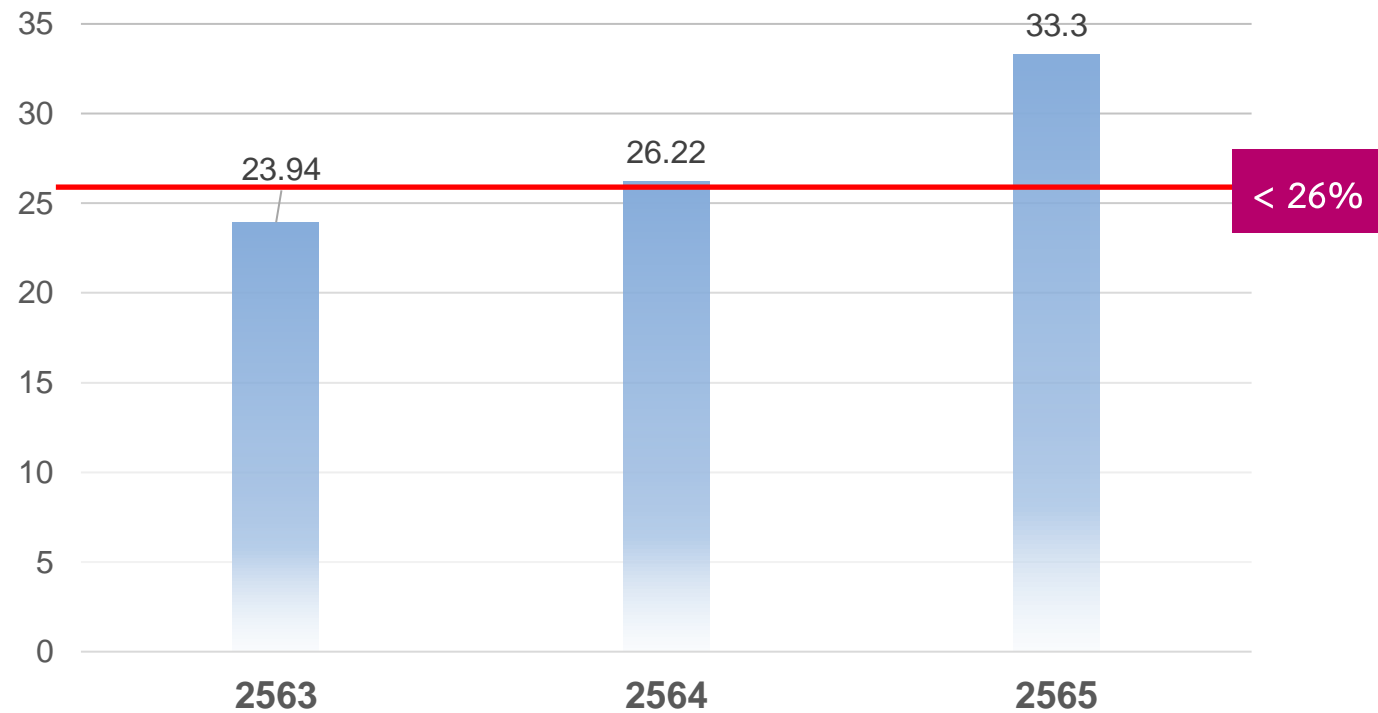
SEPSIS

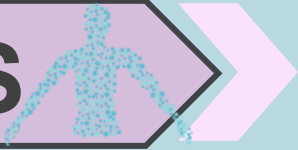


อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร





ประเด็นชุมชน

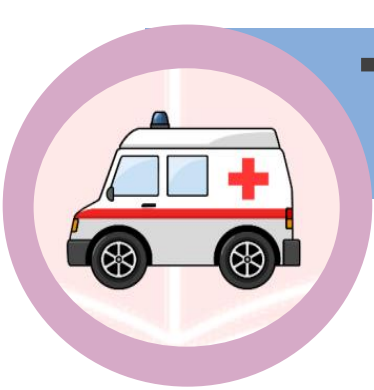
- 1 มีการสร้างความรู้การเฝ้าระวัง Pneumonia/sepsis ในระดับชุมชน
- 2 มีการวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิต (สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ส่วนใหญ่จะมีโรคร่วม เช่นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไตเรื้อรัง เป็นต้น)
- 3 มีการรายงานข้อมูลย้อนกลับสะท้อนปัญหา กระบวนการรับบริการของผู้ป่วยทั้งใน Pre-Hospital และ In-Hospital ให้กับโรงพยาบาลชุมชน

ปัญหาอุปสรรค

- 1 อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น
- 2 ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค และการประเมินอาการเบื้องต้นของการติดเชื้อ
- 3 อุปกรณ์ US ในการคัดกรอง sepsis มีการชำรุด (ER และ OPD)

ข้อเสนอแนะ

- 1 พัฒนาศักยภาพ Care giver และอสม. ในชุมชน เกี่ยวกับ warning sing ให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
- 2 ดำเนินงานปรับการใช้ยา Antibiotic ที่เหมาะสมตั้งแต่ในระดับ รพ.ชุมชน โดยเฉพาะกลุ่ม MDR ที่ต้องใช้ยา Carbapenam
- 3 สะท้อนปัญหาการสรุปเวชระเบียนในกรณีผู้ป่วย Sepsis กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



TRAUMA

ตัวชี้วัด

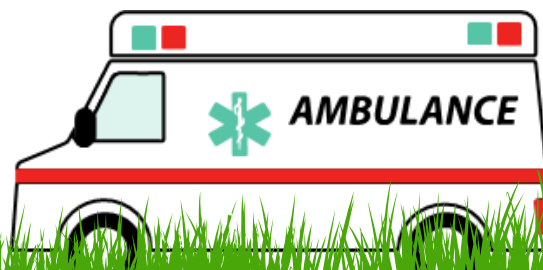
1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (<ร้อยละ 12) (Trauma <ร้อยละ 12, Non-trauma <ร้อยละ 12)

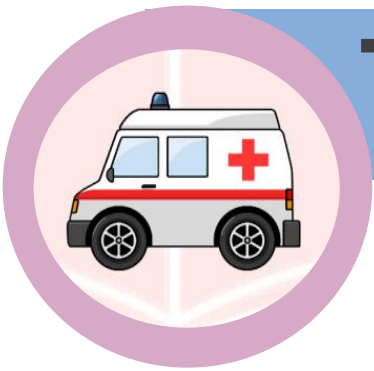


ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

14.53 %



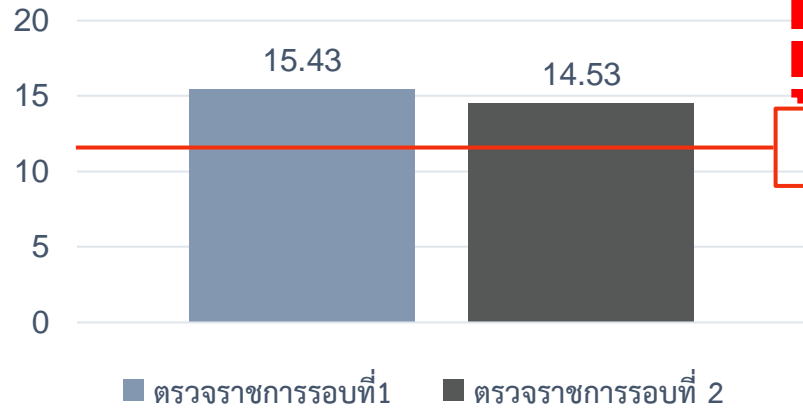


TRAUMA



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
จังหวัดกำแพงเพชร

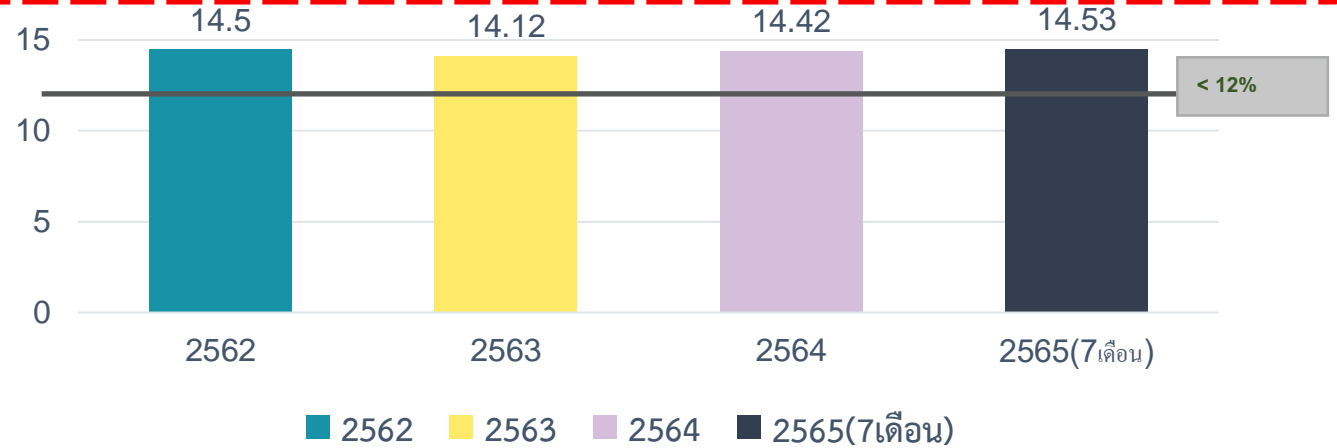


ผู้ป่วยเสียชีวิตกลุ่ม Non Trauma		
ลำดับ	โรค	ร้อยละ
1	Sepsis	20.26
2	Myocardial Infarction	15.69
3	Pneumonia	15.69
4	Stroke	12.42
5	Skin Infection	9.15
6	CHF	8.50
7	UGIH	5.88

สัดส่วนจำนวนผู้เสียชีวิต

ประเภทอุบัติเหตุ

ชนิดอุบัติเหตุทางจราจร





ประเด็นชื่นชม

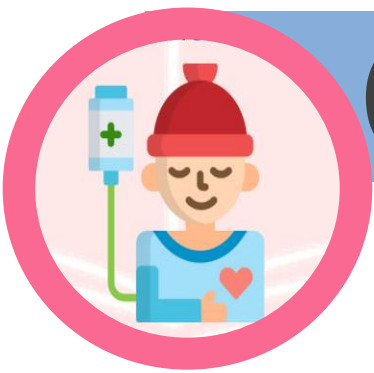
1. มีแพทย์ช่วยตรวจเฉพาะทางและintern นอกเวลาราชการ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล
2. มีการพัฒนาระบบการจ่ายยา ผ่านระบบ ER paperless และมีระบบ Patient Tracking

ปัญหาอุปสรรค

1. การใช้บริการ EMS 1669 น้อย
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤต (Level 1) ภายใน 24 ชม. เพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วย Non Trauma อัตราส่วนของผู้ป่วยเป็น 3 ใน 4 อยู่ที่ ER

ข้อเสนอแนะ

1. วิเคราะห์ ระบบ ER paperless และผลลัพธ์ที่เกิด
2. บูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการลดอุบัติเหตุ เช่น การสวมหมวกกันน็อคเพื่อลดความรุนแรงของอุบัติเหตุ เป็นต้น



CANCER

ตัวชี้วัด

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย การผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 75)
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย เคมีบำบัด ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 75)
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย รังสีรักษา ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (\geq ร้อยละ 60)

75.71 %

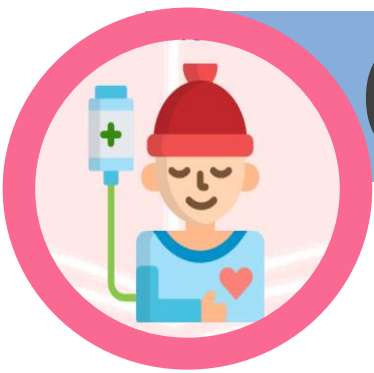
87.20 %

56.69

** ข้อมูลจากเขต

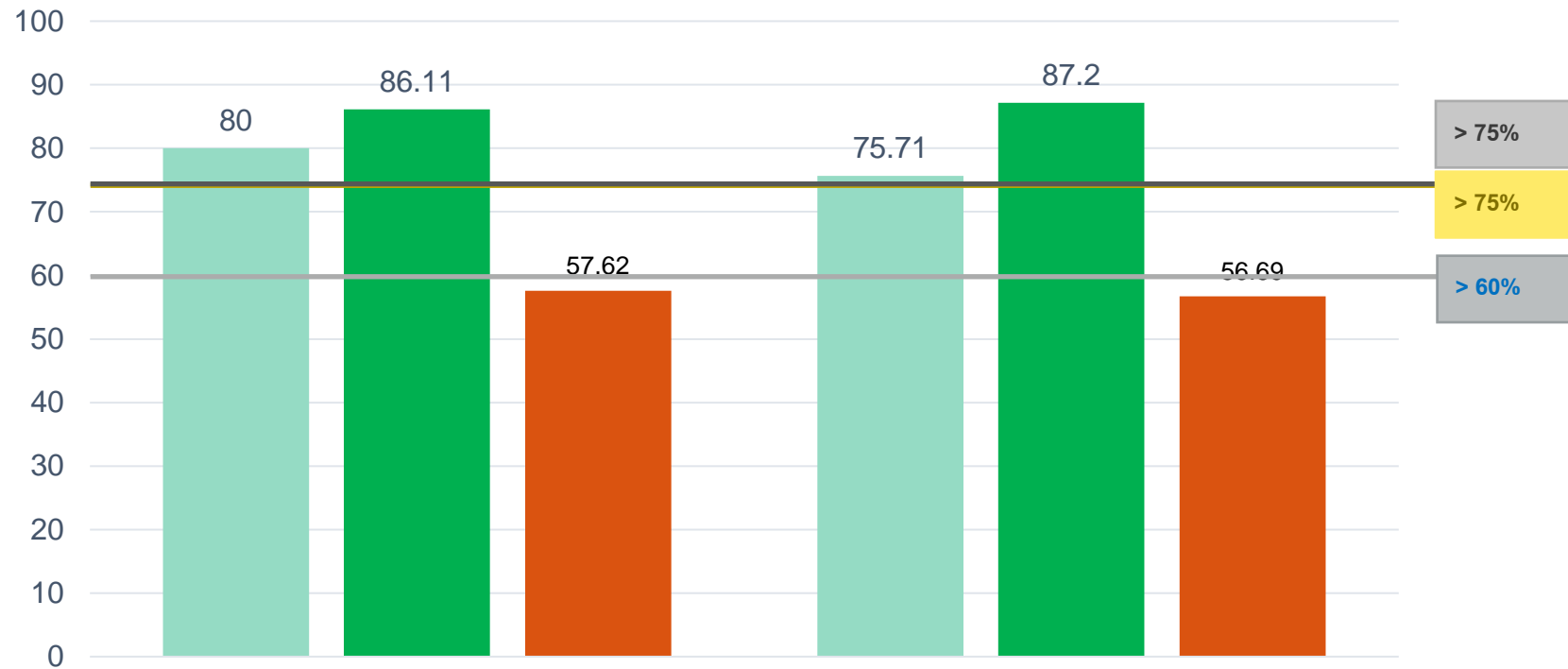
ผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก

มะเร็งลำไส้ มะเร็งเต้านม มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งปากมดลูก



CANCER

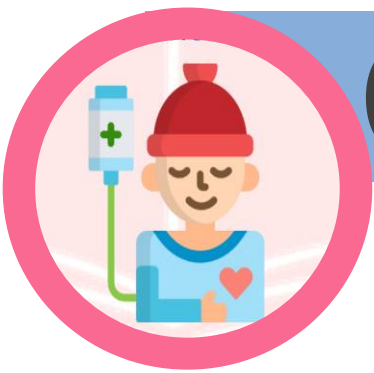
ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร



ตรวจราชการรอบที่ 1

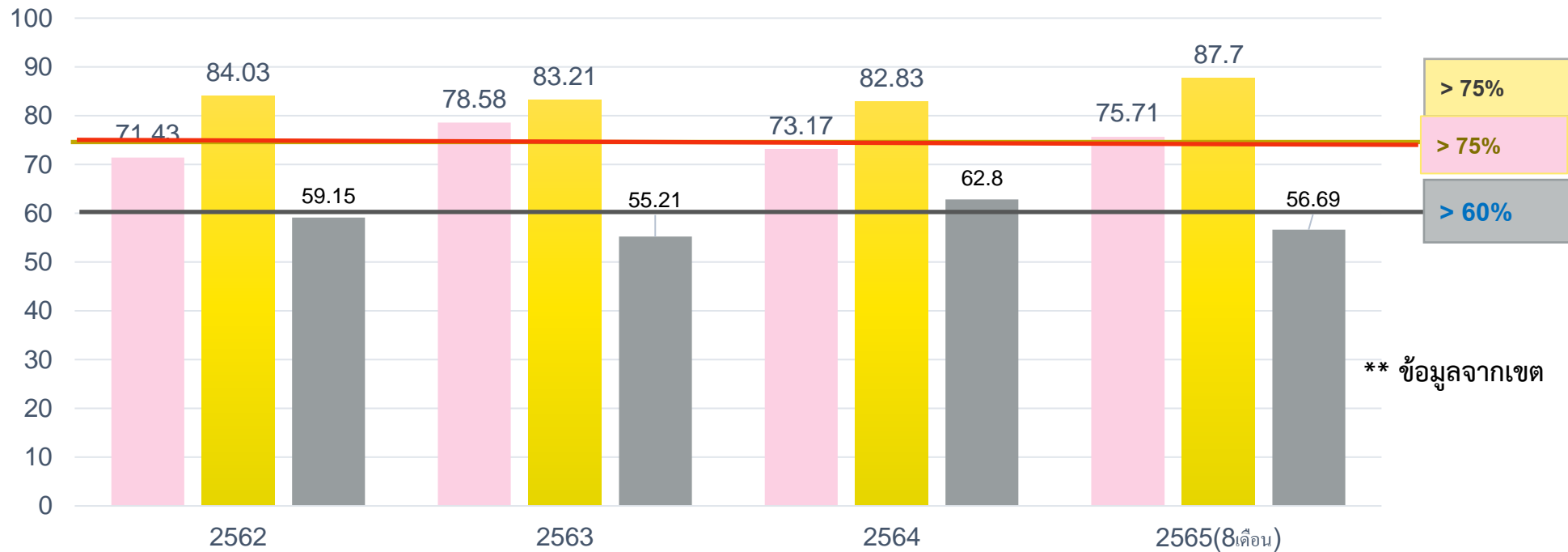
ตรวจราชการรอบที่ 2

- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา 6 สัปดาห์



CANCER

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร



- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายใน 6 สัปดาห์
- ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา 6 สัปดาห์



ประเด็นชื่นชม

1. การทำ sharing resources ใช้ทรัพยากรร่วมกัน ในภาพจังหวัด (Best Practice)
2. แนวทางในการสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วย เพิ่มขึ้น เช่น การทำ Colonoscope รพ.คลองขลุง การทำ Colpo scope
3. ตัวชี้วัด ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อโปรแกรม TCB Plus และ cancer Nurse Coordinator ครอบคลุม 100 %

ปัญหาอุปสรรค

1. มะเร็งลำไส้ใหญ่มีอัตราการวินิจฉัยที่สูงขึ้นผิดปกติ
2. ฐานข้อมูลตัวชี้วัดการฉายรังสี

ข้อเสนอแนะ

1. วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตมะเร็งลำไส้ใหญ่ว่าเกิดจากสาเหตุใด
2. ดำเนินการการส่งตรวจ Fit test ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ให้เข้าสู่กระบวนการรักษา
3. การ LEAN ระบบ การรวมข้อมูลการฉายแสง มีการประสานการเตรียมผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ เพื่อลดระยะเวลารอคอยในแต่ละศูนย์ที่รับเรื่อง (สปร.และรพ.มะเร็งลพบุรี)
4. พัฒนาศักยภาพการดูแลมะเร็งในเขต 3 ให้เป็นรูปธรรม ตามเกณฑ์ที่เหมาะสม



NEW BORN

ตัวชี้วัด

ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

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

2.65 %

1 : 557

- 1.1 จำนวนเตียง NICU 1:500 การเกิดมีชีพ

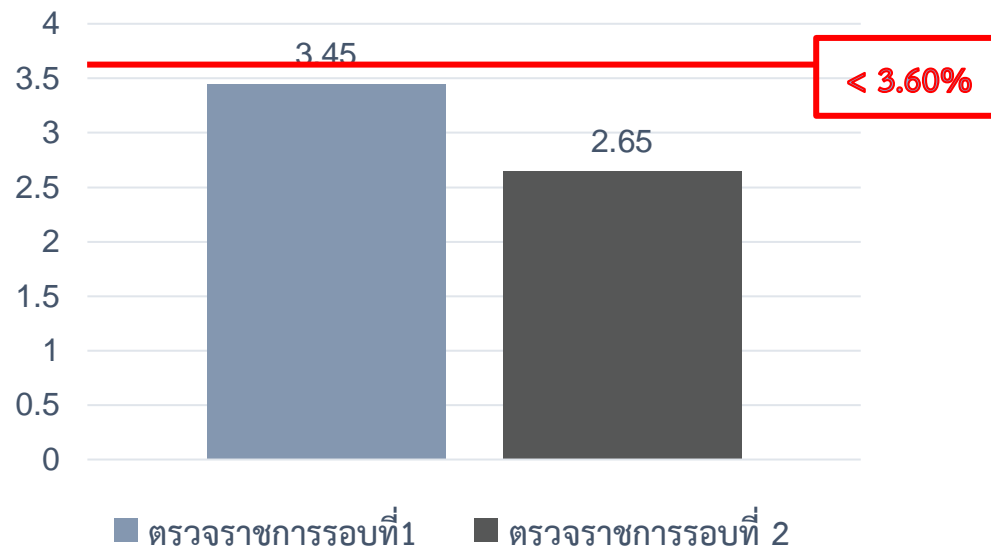




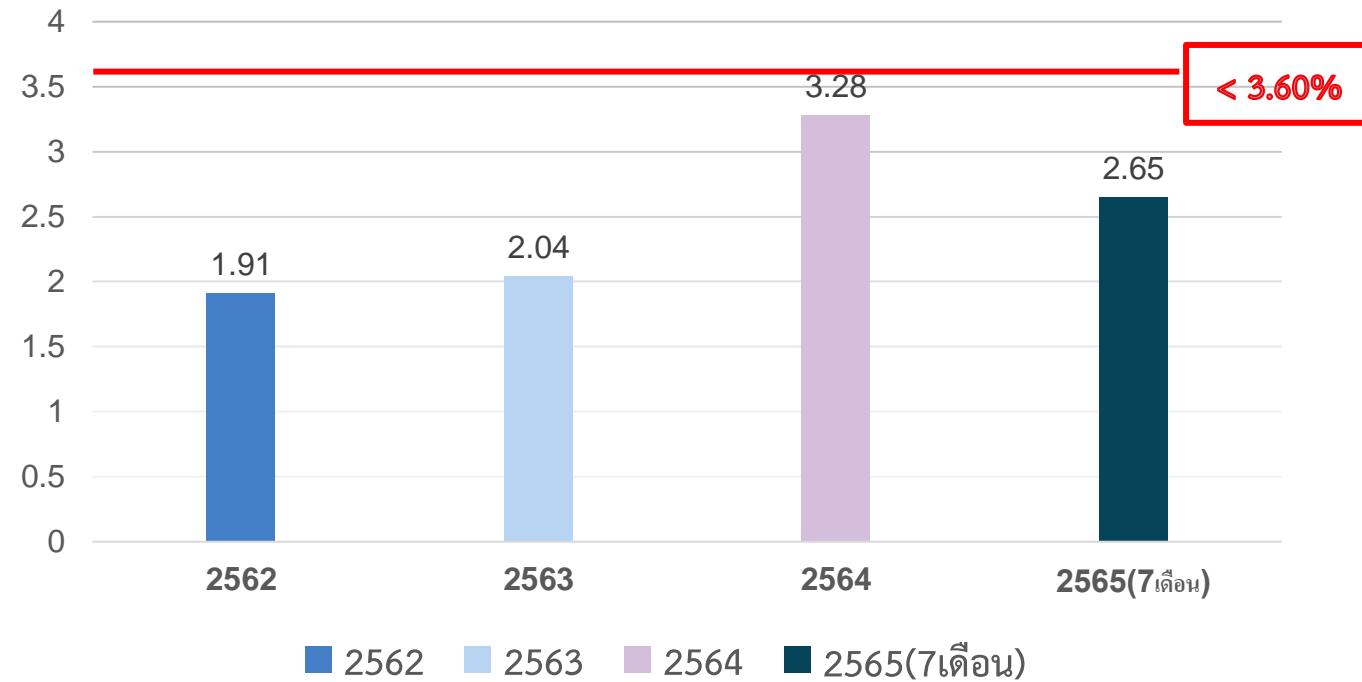
NEW BORN



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
จังหวัดกำแพงเพชร



ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร





ประเด็นขึ้นชม

1. มีการวิเคราะห์หาสาเหตุการเสียชีวิตทุกราย
2. มีระบบคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในเด็ก Preterm อย่างเป็นรูปธรรม

ปัญหาอุปสรรค

1. อัตราการเกิดน้อยลง
2. ปัญหาคุณภาพของแม่ตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. บูรณาการร่วมกับแผนกสูติกรรมในการประเมิน high risk ในการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ เพื่อลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด
2. ติดตามข้อมูลการใช้เตียง NICU



IMC

ตัวชี้วัด

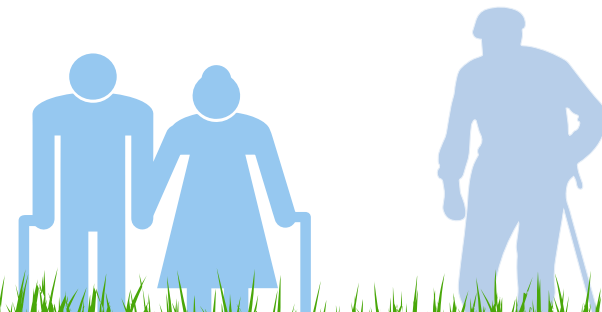
1. เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairments ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 (>ร้อยละ 70)



ผลงาน

ตรวจรอบที่ 2/2565

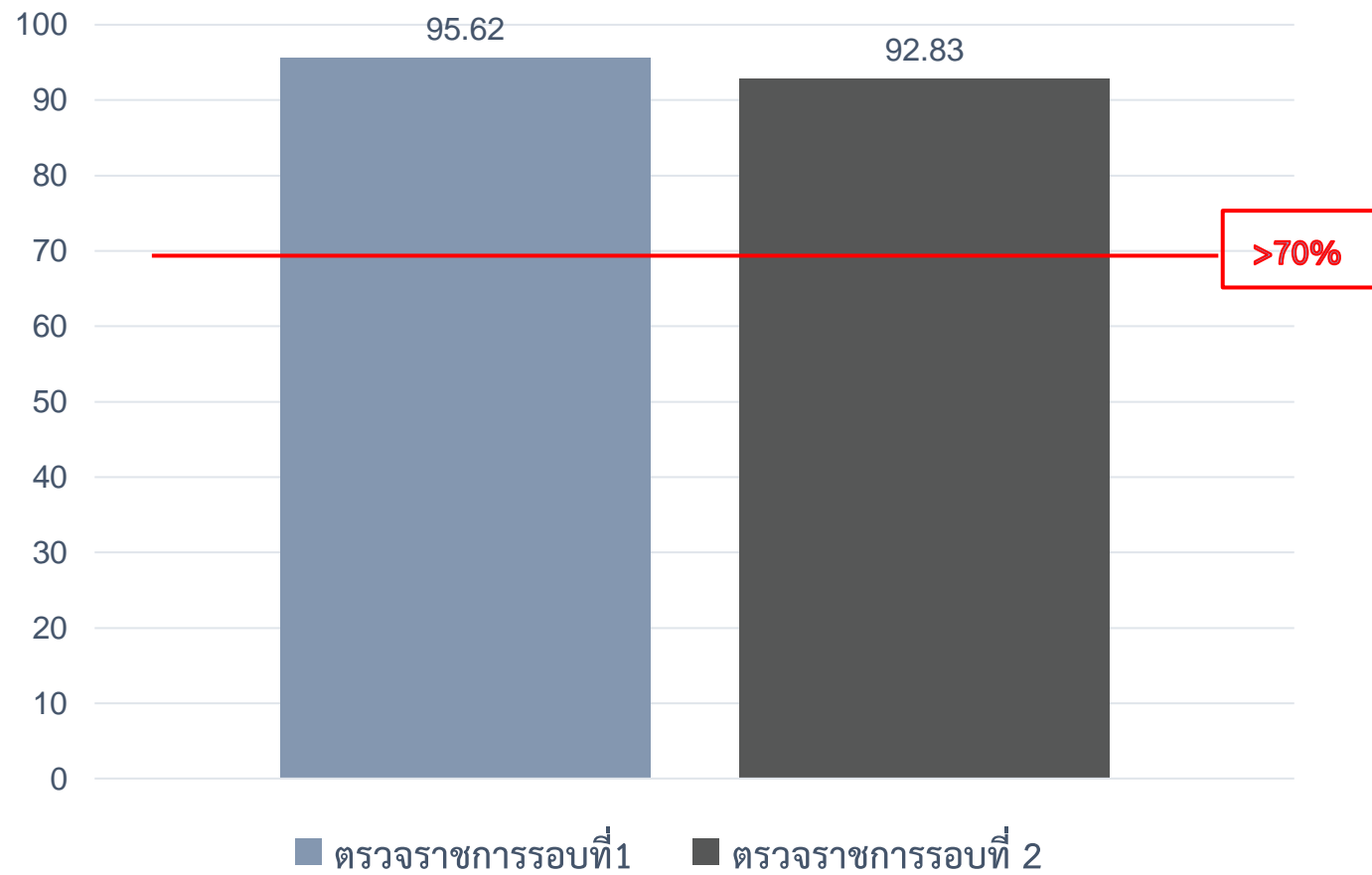
92.83 %





IMC

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จังหวัดกำแพงเพชร





ประเด็นชื่นชม

1. มี Tele meeting ให้กับผู้รับผิดชอบงาน IMC
2. โปรแกรม SNAP มีการเชื่อมโยงผู้ป่วย 2 สาขา ทั้ง Stroke และ IMC
3. มีการพัฒนา IMC Ward ที่รพ.ชาณุวรลักษบุรีและรพ.คลองขลุง

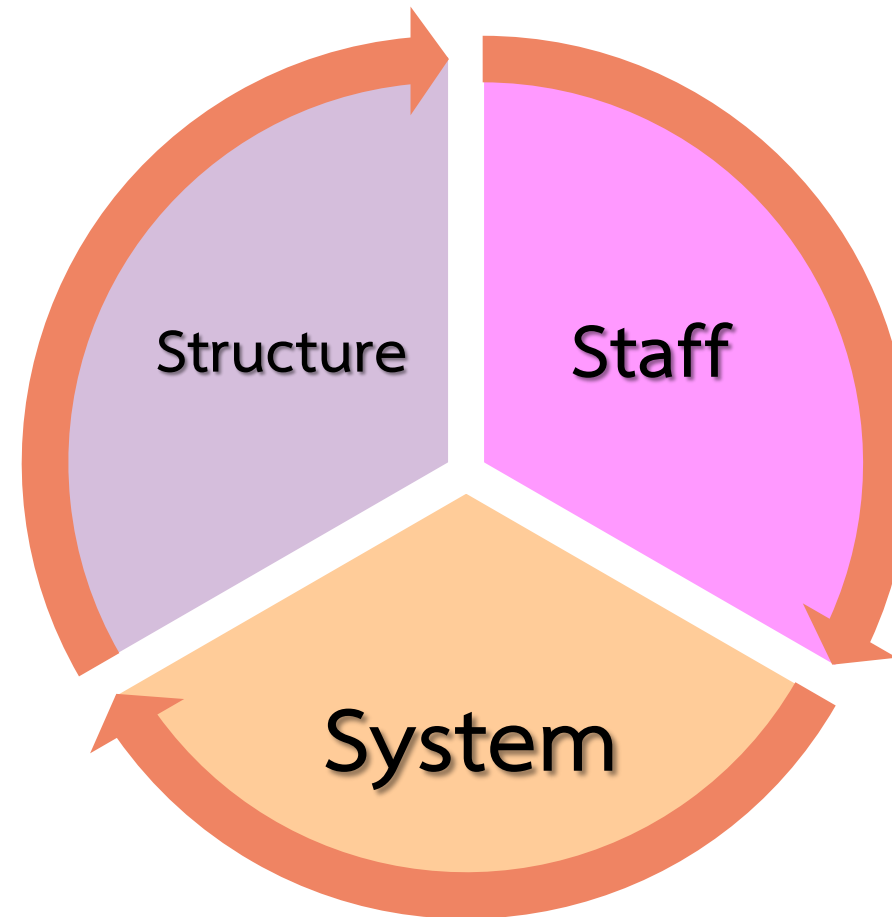
ปัญหาอุปสรรค

ผู้ป่วย TBI SCI และ Fracture Hip เข้าระบบ IMC ค่อนข้างน้อย
(Stroke >95%)

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนระบบค่าตอบแทนของผู้ให้บริการ
2. ขยายรูปแบบการบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค; Fracture Hip

สรุปข้อเสนอแนะ



- รอเปิดบริการ Stroke Unit เพื่อการดูแลผู้ป่วย stroke เร็วๆนี้
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย CT Scan มากกว่าแค่การเป็นจุด scan
- ขาดอุปกรณ์ Ultrasound IVC ในการประเมินข้างเดียว

- สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพ Service Plan เช่น สาขา Stroke
- สาขา Sepsis สร้างความรู้ความเข้าใจของบุคลากรและสร้างความรู้ในการใช้เครื่องมือการคัดกรองผู้ป่วย Sepsis
- ส่งเสริมการมีประสบการณ์การให้ยาที่สำคัญและเหมาะสม รพ.ชุมชน เช่น TNK, specific antibiotic ที่เหมาะสมกับเชื้อที่รับเข้ามา

- สะท้อนข้อมูลระยะเวลา Overtime ของ process KPI ทั้ง Stroke และ STEMI เสนอให้จัดทำข้อตกลงให้เป็นลายลักษณ์อักษร ทุก stake holder ที่เกี่ยวข้อง เอกชน, รร.แพทย์ และ ตัวแทน service plan ของเขต
- ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย แต่ละขั้นตอนเพื่อนำไปปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย
- การจัดการข้อมูล โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล ออกจาก community acquired sepsis
- การ LEAN ระบบ, การรวมข้อมูล



เขตสุขภาพที่ 3



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES



WORLD DIABETES FOUNDATION



สมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวาน
Thai Association of Diabetes Educators



International Diabetes Federation
World Health Organization

โครงการอบรม

เสริมสร้างพลังในทีมผู้รับบาลผู้เป็นเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุข

(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



ทำดีที่สุด เพื่อทุกชีวิต
(Do Our Best for All)

