

ตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 2/2566

ประเด็นที่ 5 : ลดบ่วย ลดตาย และการสร้าง
ความมั่นคงทางสุขภาพ

จังหวัดพิจิตร



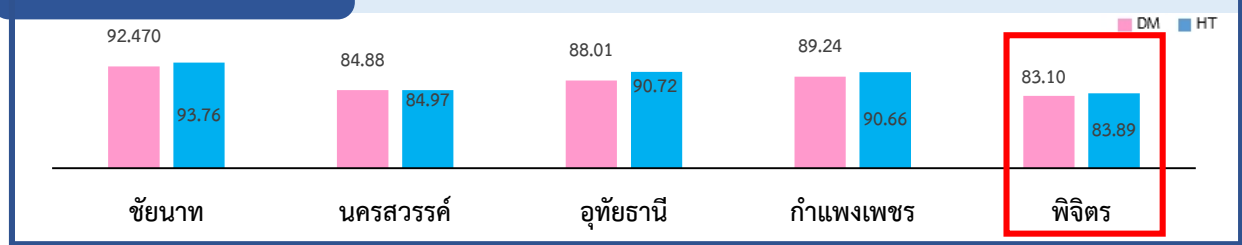


DM&HT

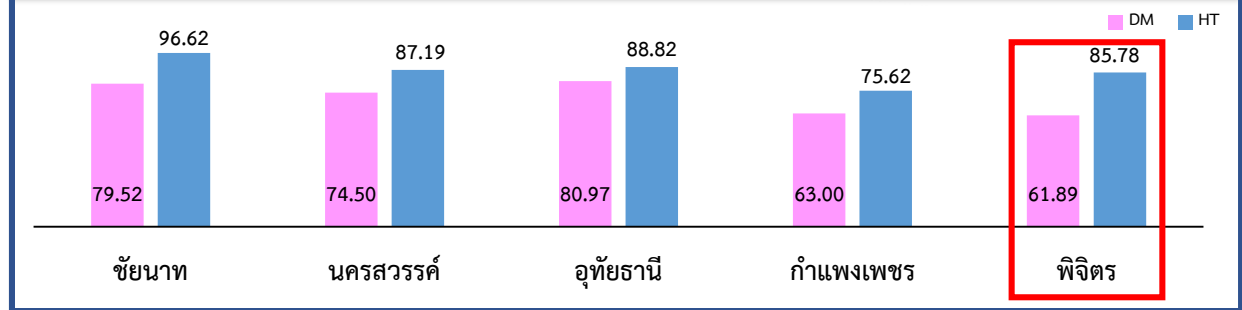


Where are you

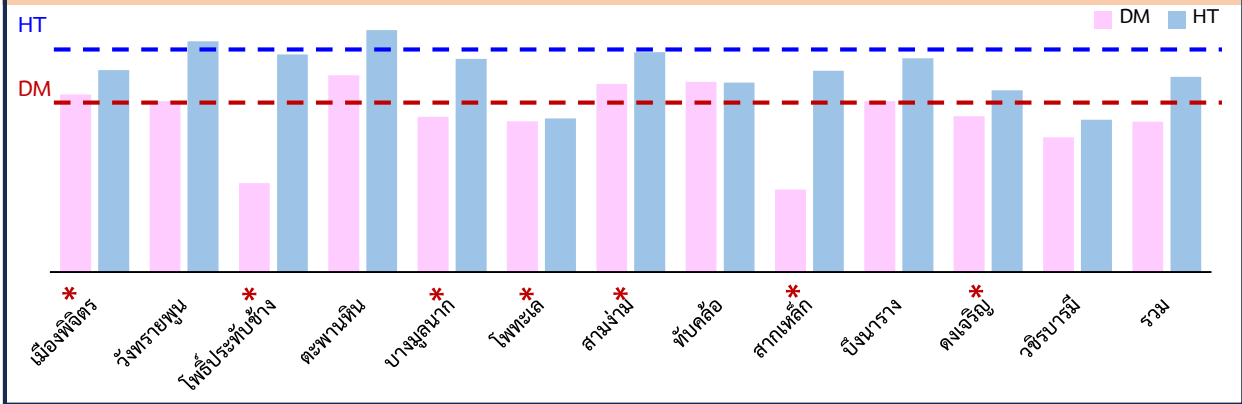
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง DM/HT ปี 2566



ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM / HT ปี 2566

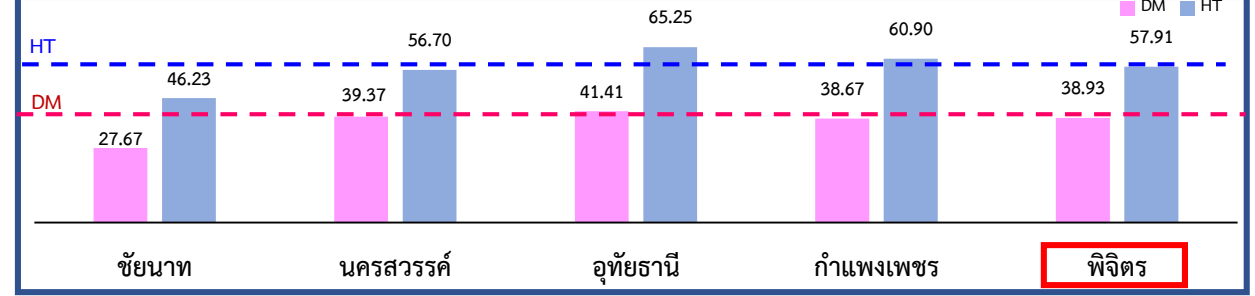


ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM /HT ปี 2566 จังหวัดพิจิตร รายอำเภอ

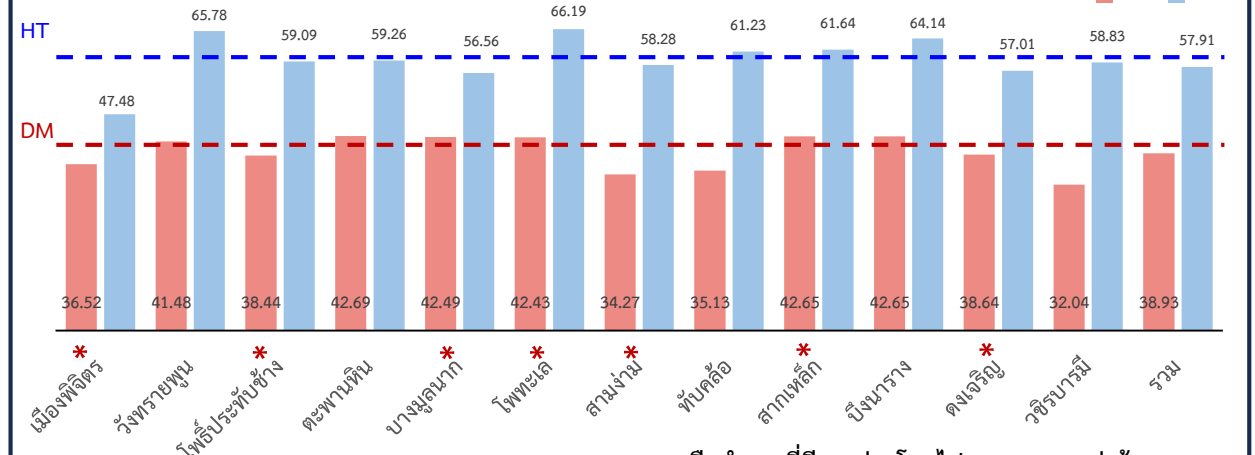


ผลงาน การคัดกรอง DM = 83.10 % HT = 83.89 %
 ติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย DM = 61.89 % HT = 85.78 %
 ผู้ป่วยควบคุมได้ดี DM = 38.93% (เป้าหมาย 40 %) HT = 57.91% (เป้าหมาย 60 %)

ควบคุม DM / HT ได้ดี ปี 2566



ร้อยละผู้ป่วย DM / HT ควบคุมได้ดี ปี 2566 จังหวัดพิจิตร รายอำเภอ

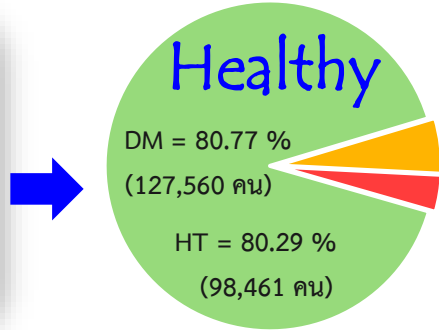


* คืออำเภอที่มีการถ่ายโอนไป อบจ. มากกว่าร้อยละ 50



Screening

DM = 83.10 %
 HT = 83.89 %
 BMI เกิน = 62.55 %



เสี่ยง

DM = 17.42 % (27,515 คน)
 HT = 12.11 % (14,855 คน)



DM = 2.32 % (320 คน)
 HT = 7.20 % (155 คน)

สงสัยป่วย

DM = 1.43 % (2,115 คน)
 HT = 7.03 % (9,445 คน)



DM = 61.89 % (1,309 คน)
 HT = 85.78 % (8,102 คน)



DM = 19.25 % (252 คน)
 HT = 7.05 % (571 คน)

ป่วยขึ้นทะเบียน

DM = 35,942 คน
 รับยา DM 81.05 % (29,131 คน)

ป่วย DM / HT สูบ
 ปี 66 สูบ 1,589 คน

HT = 84,685 คน
 รับยา 71.33 % (60,405 คน)

ได้รับการตรวจ 74.78 % (26,879 คน)
 ไม่ได้ตรวจ/ไม่พบประวัติ 25.22 % (9,063 คน)

ได้รับการตรวจ 76.78 % (65,021 คน)
 ไม่ได้ตรวจ/ไม่พบประวัติ 23.22 % (19,664 คน)

คุมได้ 52.05 % (13,991 คน)
 Uncontrol 47.95 % (12,888 คน)

คุมได้ 75.43 % (49,045 คน)
 Uncontrol 24.57 % (15,976 คน)

คุมได้ 38.93 % (ตาม ตชว.)

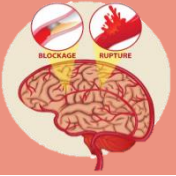
คุมได้ 57.91 % (ตาม ตชว.)

STROKE
 รายใหม่ 229.68 ต่อแสนประชากร (1,208 คน)
 ผู้ป่วยใน 690 ราย
 ตาย 28 คน (8.78 %)

STEMI
 รายใหม่ (ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ) 27.52 ต่อแสนประชากร
 รายใหม่ (STEMI) 18.03 ต่อแสนประชากร
 ผู้ป่วยใน 95 ราย
 ตาย 8 คน (8.42 %)

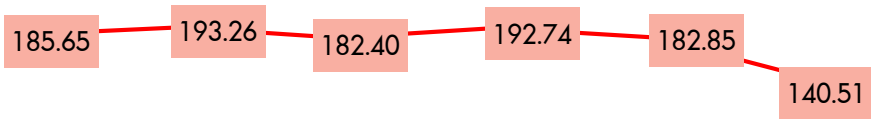
ข้อเสนอแนะ

1. ทบทวนการประสานงานกับ อบจ. และ กระบวนการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยภายในจังหวัด เพื่อวางมาตรการติดตามที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น
2. ขยายระบบ Telemed ที่ใช้ดูแลผู้ป่วย Uncontrol DM มาใช้ในด้านอื่นๆ ทั้ง Uncontrol HT หรือขยายนวัตกรรมไปสู่การทำงานด้าน Primary Health Care ในการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย หรือกลุ่มที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น smoking cessation นอกเหนือจากผ่านระบบสายด่วน 1600
3. ทบทวนระบบติดตามผู้ป่วยเพื่อมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับ รพช. รวมถึงพิจารณาสร้างต้นแบบด้าน NCD remission ในพื้นที่



STROKE

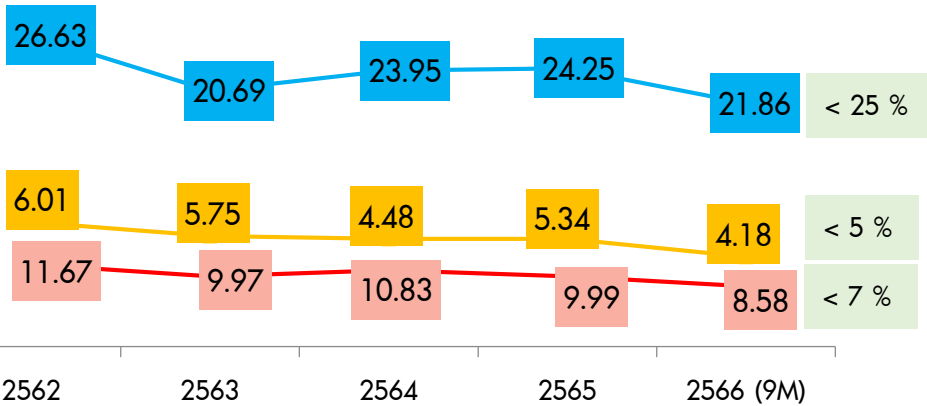
อัตราป่วยของผู้ป่วย Stroke ต่อประชากรแสนคน สว.พิจิตร



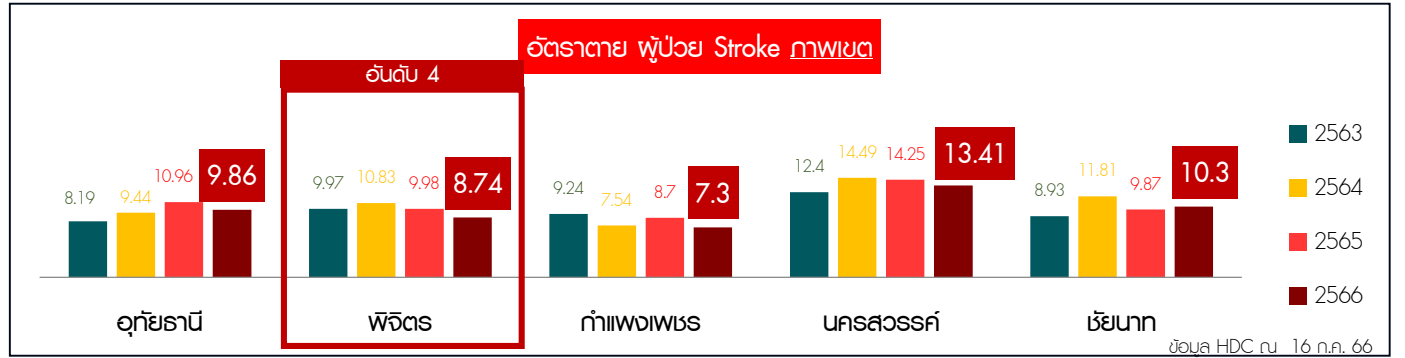
ข้อมูล SP.Stroke..3 น.ค. 66

อัตราป่วยตายของ Stroke จ.พิจิตร

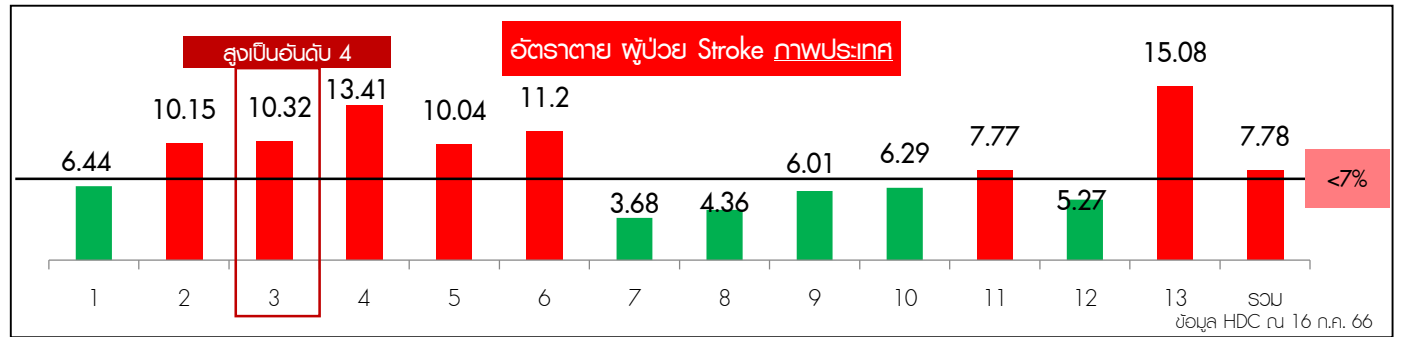
Stroke Ischemic Hemorrhagic



ข้อมูล HDC ณ 19 ก.ค. 66



ข้อมูล HDC ณ 16 ก.ค. 66

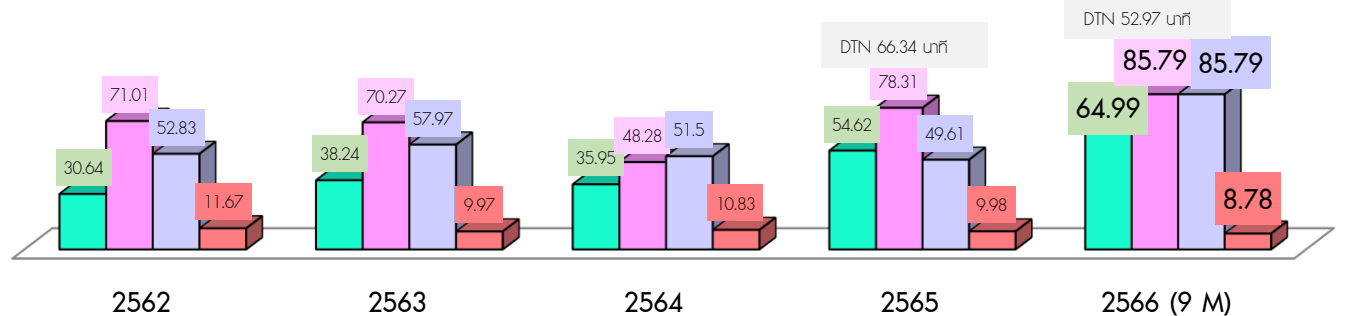


ข้อมูล HDC ณ 16 ก.ค. 66

อัตราการเข้าถึงเข้าถึงการรักษของผู้ป่วย Stroke

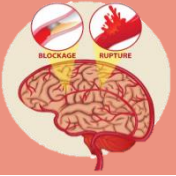
ข้อมูล : พันท์ (HDC 3 ก.ค. 66)

stroke fast track rt-PA >70% การเข้า SU >80% อัตราตาย Stroke <7%



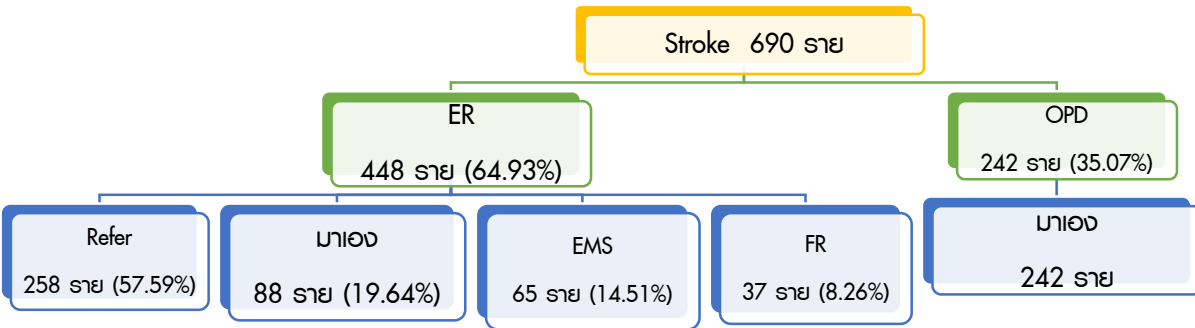
DTN 66.34 บาท

DTN 52.97 บาท

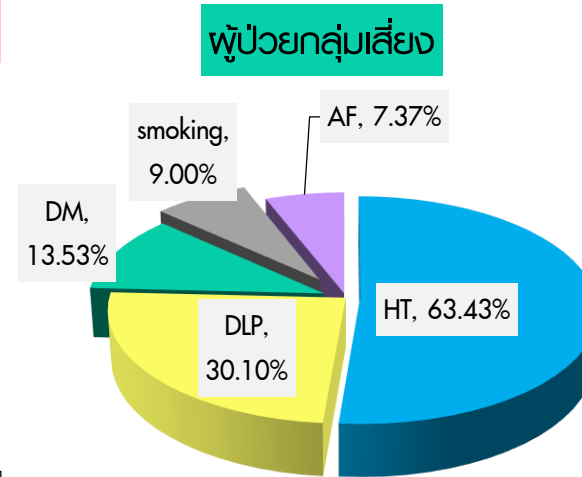


STROKE

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke รพ.พิจิตร

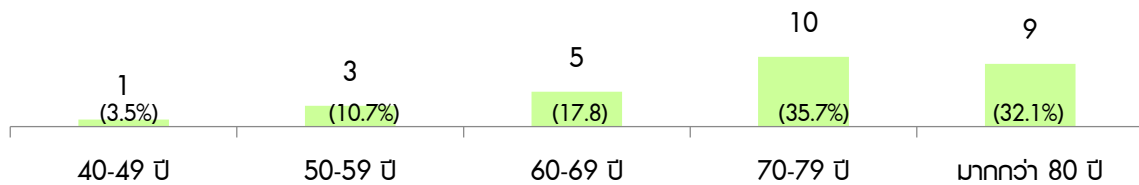


สาเหตุการเสียชีวิต

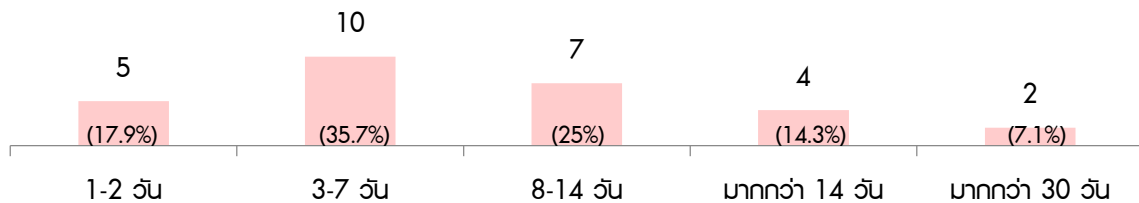


1. อายุมาก
2. Brain herniate/ brain death
3. โรคร่วมหลายโรค HT, DLP, AF, DM, Acute Renal failure
4. Sequelae : pneumonia, UTI, sepsis
5. Smoking

จำนวนผู้เสียชีวิต Acute ischemic stroke จำแนกตามอายุ (ราย) 28 ราย

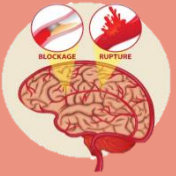


Length of stay at Death 28 ราย



ข้อชื่นชม

- ★ เปิด Node ให้ยา rt -PA ที่ sw.M2
- ★ มีการ Consult Rehab ทุกราย
- ★ มีการเชื่อมโยงระบบ 3 หมอ Long-term Care และ Palliative Care



STROKE

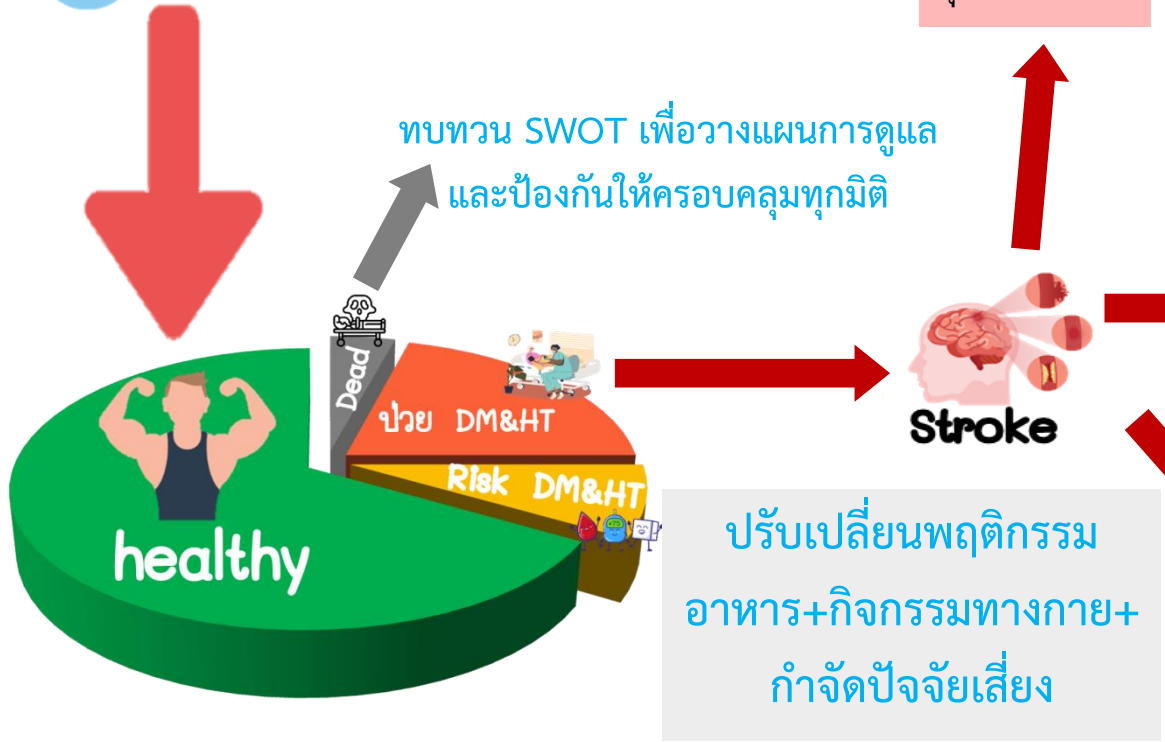
Screening NCD+บุหรี สุรา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค

Health Literacy (primary, secondary prevention)

- บูรณาการ (primary, secondary prevention)
- เสริมสร้าง Stroke awareness
- Control NCD
- การบูรณาการการดูแลรักษาบุหรีและสุราในผู้ป่วย NCD

ทบทวน SWOT เพื่อวางแผนการดูแล และป้องกันให้ครอบคลุมทุกมิติ



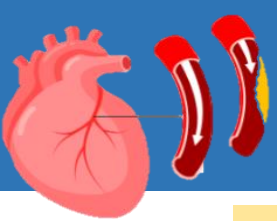
Stroke Fast Track

- การ Mapping กลุ่มเสี่ยง
- ประชาสัมพันธ์ stroke fast tract และการใช้ 1669

การวินิจฉัย+รักษา

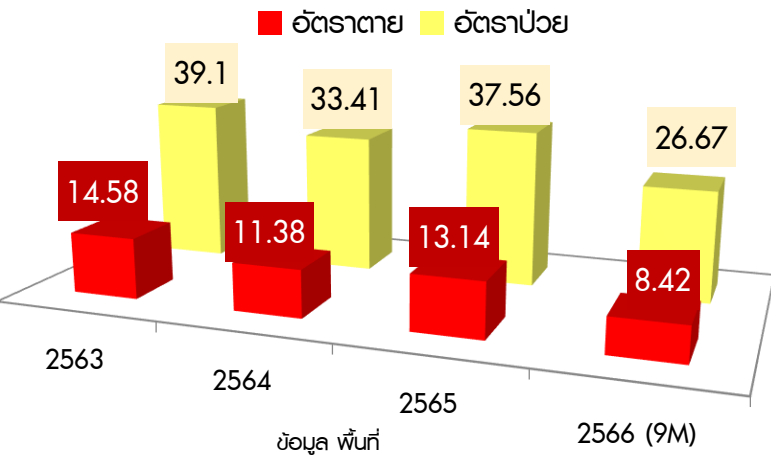
- เพิ่มศักยภาพรพช. ในการดูแลผู้ป่วย step down หลังพ้นระยะ acute stroke 72 ชั่วโมง เชื่อมโยง IMC และ LTC
- ให้ความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน เช่น pneumonia UTI

NCD remission

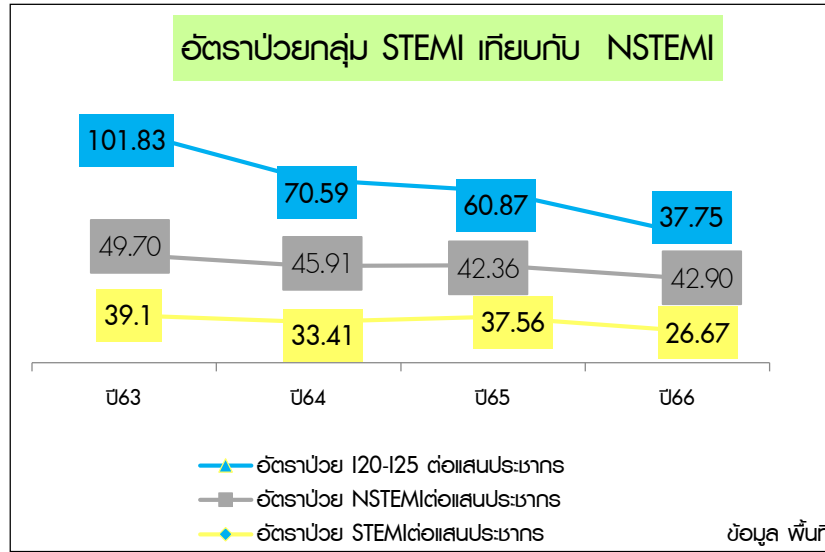


STEMI

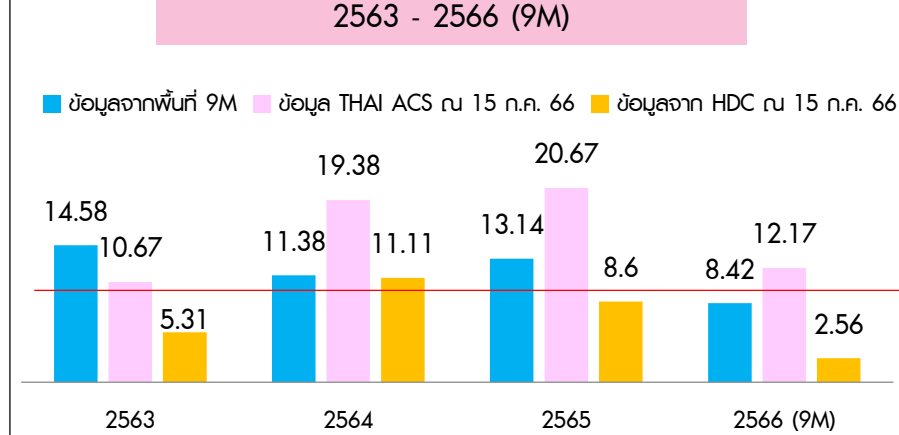
อัตราการป่วยและตาย STEMI จ.พิจิตร



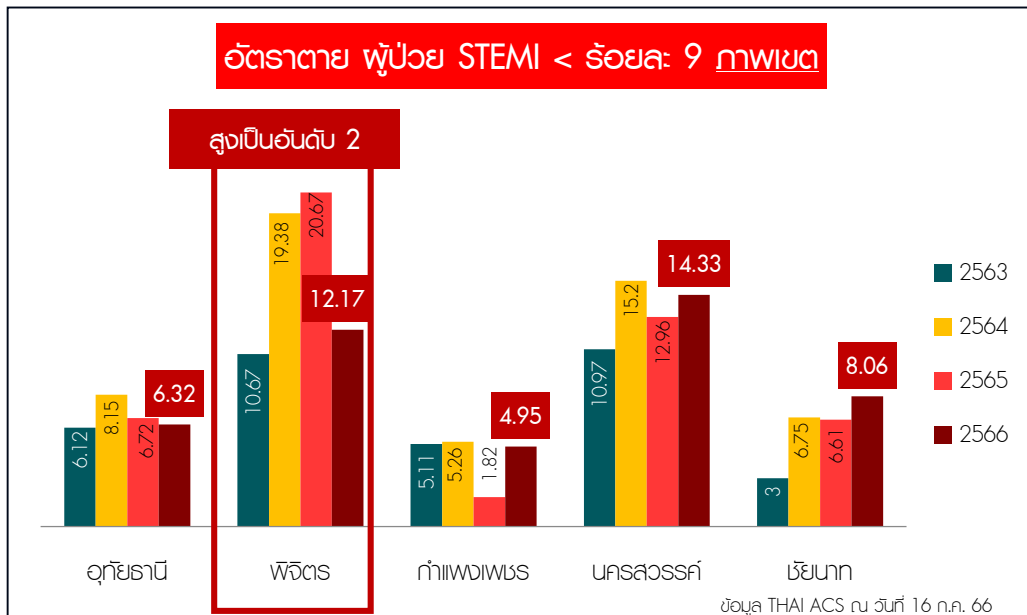
อัตราป่วยกลุ่ม STEMI เทียบกับ NSTEMI



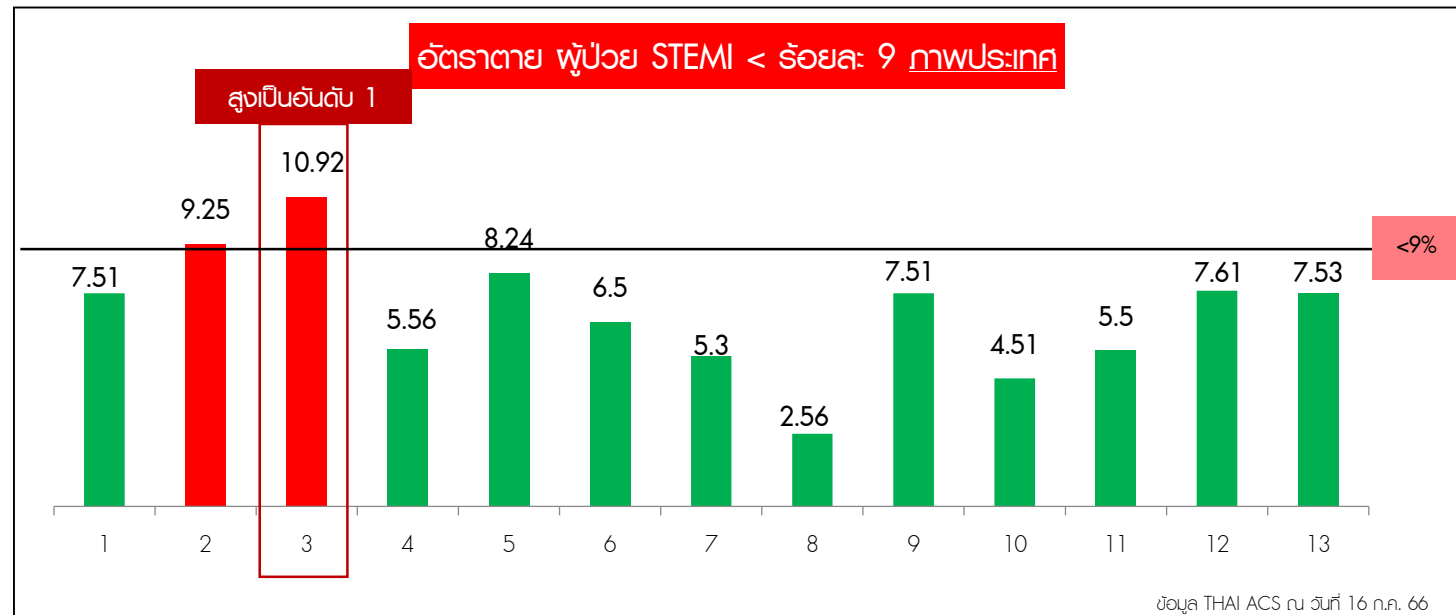
อัตราการตายของผู้ป่วย STEMI < 9% จ.พิจิตร

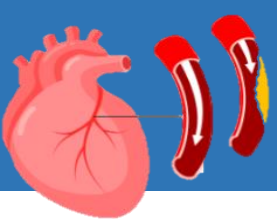


อัตราตาย ผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 9 ทั่วประเทศ

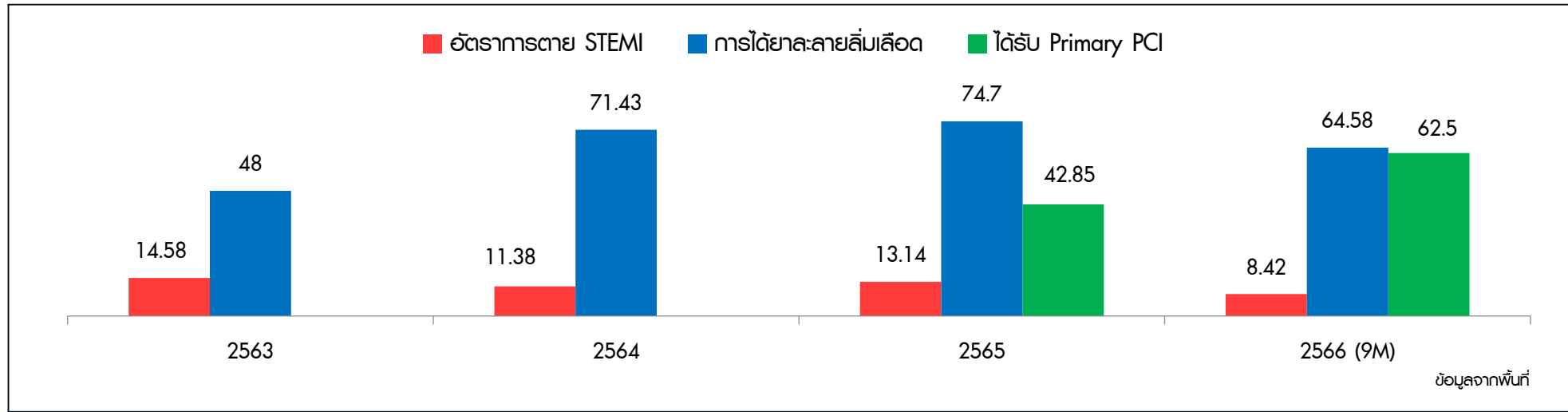


อัตราตาย ผู้ป่วย STEMI < ร้อยละ 9 ทั่วประเทศ





STEMI

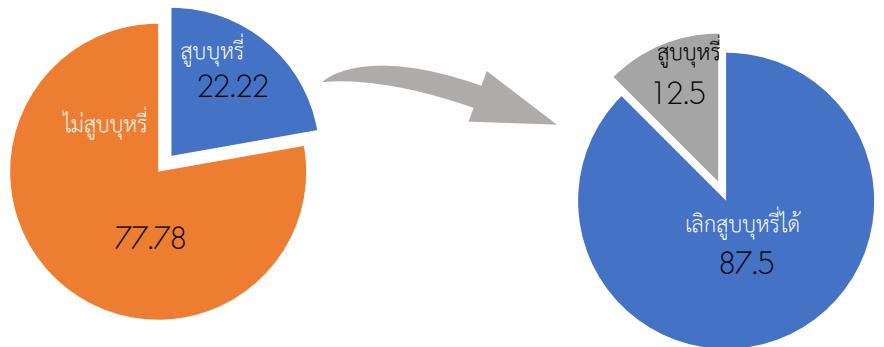


ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่สูบบุหรี่ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

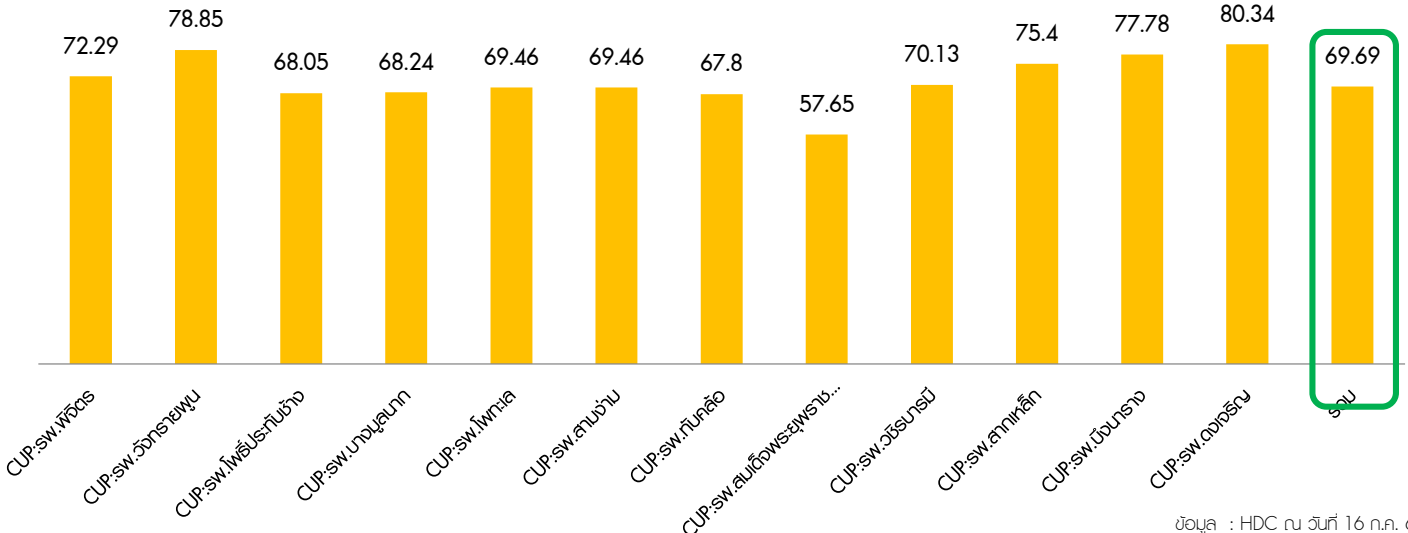
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้รับการตรวจไขมัน LDL และ มีค่า LDL < 100 mg/dl จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566

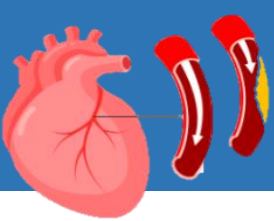
เป้าหมาย \geq ร้อยละ: 50

ผู้ป่วยทั้งหมด 36 ราย
(จากการทบทวนเวชระเบียน)



ข้อมูลจากคลินิกโรคหัวใจโรงพยาบาลพิจิตร



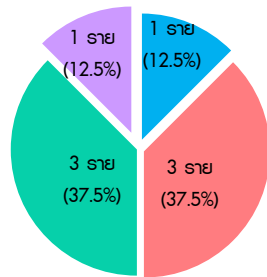


STEMI

Risk factors

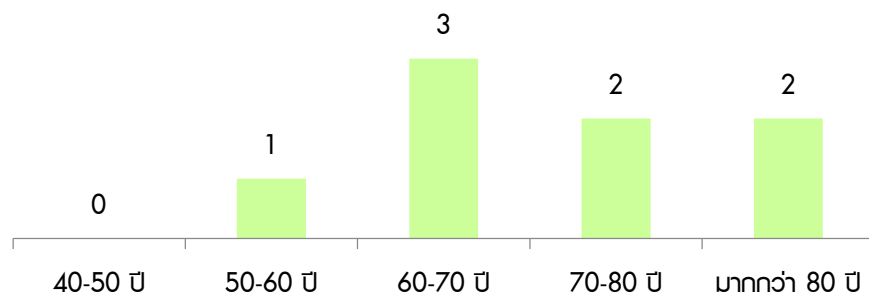
- อายุมากกว่า 60 ปี 7/8 ราย
- Severe case: cardiac arrest, cardiogenic shock, previous IHD
- Loss FU NCD

สาเหตุการเสียชีวิต

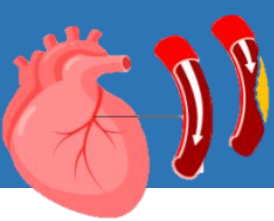


■ deley DX ■ cardiac arrest ■ complicate ■ หลังเที่ยงคืน

จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิต จำแนกตามอายุ (ราย)



อายุ	Killip classified	DM (HbA1C)	DLP (LDL)	HT (รายการยา)	อื่นๆ	ประวัติการตรวจสุขภาพ
65 (ญ)	IV	7.5 (ตรวจครั้งสุดท้าย 9/55)	126 (ตรวจครั้งสุดท้าย 9/55)	ได้รับยา Bisoprolol (5) 1/2x1	Hct 22-30% ขึ้นๆลงๆ (เริ่มพบปี 58) CKD (Cr 7, GFR 4.9 นอน รพ.ต.ค.65 ปฏิเสธ RRT	เริ่มตรวจ Lab พบ DM ปี55 F/U ต่อเนื่อง รพ. พิจิตร ปี58 ไม่พบรายการยา เริ่มรับยาที่พิจิตร ปี 64
80 (ญ)	IV		56 (ตรวจครั้งสุดท้าย ปี 60)	E (20) 1x2 Atenolol (50) 1x1 Hydralazin 1x2 รายการยา รพ.สามง่าม ปี 60 และไม่ได้ไปรับยาอีกเลย		
64 (ญ)	III			มี systolic BP> 140 mmHg (150-165 mmHg) บ่อยครั้งที่มาตรวจกระดูก แต่ผู้ป่วยไม่ได้รักษา		เริ่มรักษากระดูก ปี 61 รพ. พิจิตร ไม่มีประวัติที่ทับค้อเลย
82 (ญ)	IV		62 (ตรวจครั้งสุดท้าย 12/65)	lasatan 1x1 Hydralazin 1x2 รับยาที่ รพ. สากเหล็ก ไม่ได้มาตามนัด ขาดยา มีอาการ ผิดปกติจึงมาขอรับยา ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง	CKD Stage III, Hct 27%	มาด้วย มีไข ไอ ถ่ายเหลว
84 (ญ)	IV		111 (ตรวจครั้งสุดท้าย 63)	lasatan (50) 1x1 รับยาปี 64 รพ.ต.หนอง โสน และไม่ได้ไปอีกเลย		
74 (ช)	IV		106 (ตรวจครั้งสุดท้าย 10/64)	amlo 1/2x1 รับยา รพ.โพทะเล ตามนัด ไม่เคยขาดยา	CKD	
57 (ช)	III		172 (ตรวจครั้งสุดท้าย 2/65)	E(20) 1x2 amlo 1x1 Hydralazin 1x3 รับยาตามนัด รพ.วชิรบรรณมี ไม่ขาดยา	Hct 25% มีปัญหาเรื่องซีด มาตลอด	
69 (ช)	IV		65 (ตรวจครั้งสุดท้าย 11/65)	amlo 1x1 atenolol (50) 1/2x1 E(5) 1x1 รับยา รพ.โพทะเลตามนัด ไม่เคยผิดนัด	Old CVA รับยา CKD	



STEMI



Screening CVD risk ใน NCD DM HT



กลุ่มเสี่ยง

Health Literacy

- สร้างความตระหนักรู้การป้องกันโรค
- ค้นหา คัดกรอง NCD บุหรี่ สุรา
- การบูรณาการช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชน โดยประชาสัมพันธ์ สายด่วน 1600
- เพิ่ม Control NCD
- การยกระดับการประชาสัมพันธ์เทียบเท่าเอกชน

กลุ่มป่วย STEMI

- ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกันร่วมกับ SP ภาพเขต
- การพัฒนาและบูรณาการรักษามะเร็ง สุรา ในผู้ป่วย STEMI
- การพัฒนาศักยภาพ Cardiac Rehabilitation เพื่อเป็น Secondary prevention
- เสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง

Dead Case

- ทบทวน SWOT เพื่อวางแผนการดูแลและป้องกันให้ครอบคลุมทุกมิติ

ข้อเสนอแนะ

- การสื่อสาร การประเมินการรับรู้ของโรค
- กำหนดแนวทางการดำเนินงาน STEMI ในการ refer ให้ชัดเจน
- ให้แม่ข่ายใช้ Spoke hub model เพราะจะลดความสับสนต่อลูกข่าย



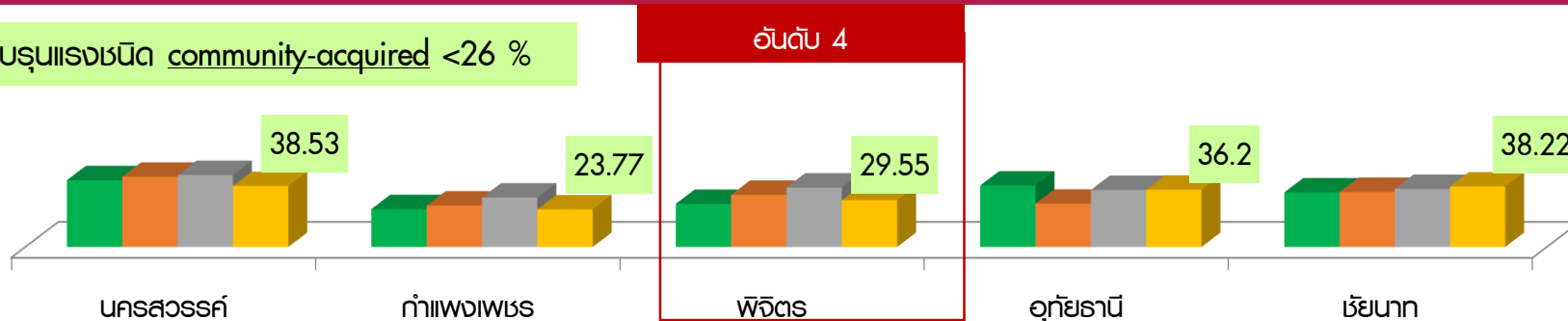
ข้อชื่นชม

- เพิ่มเครือข่ายพิษณุเวชพิษณุโลก ใน node รพ.พิจิตร เปิด 24/7



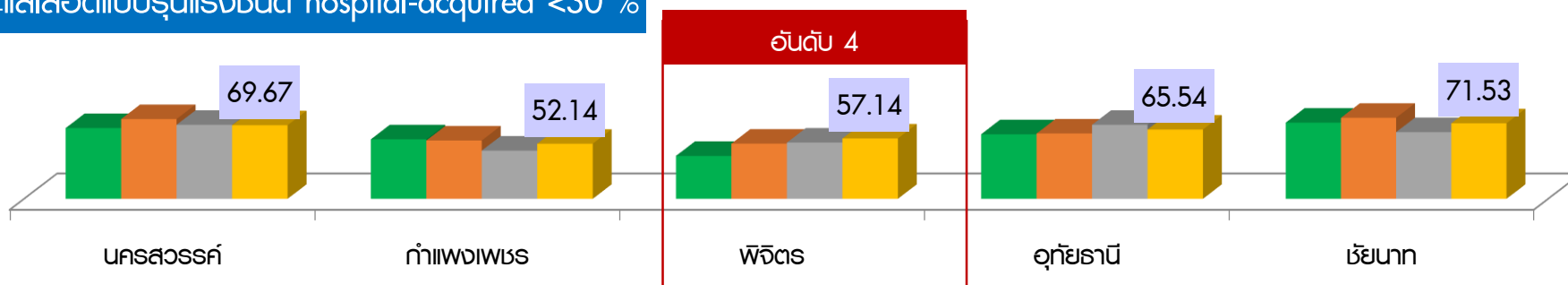
SEPSIS

อัตราการเสียชีวิตเชื่อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired <26 %



2563
2564
2565
2566

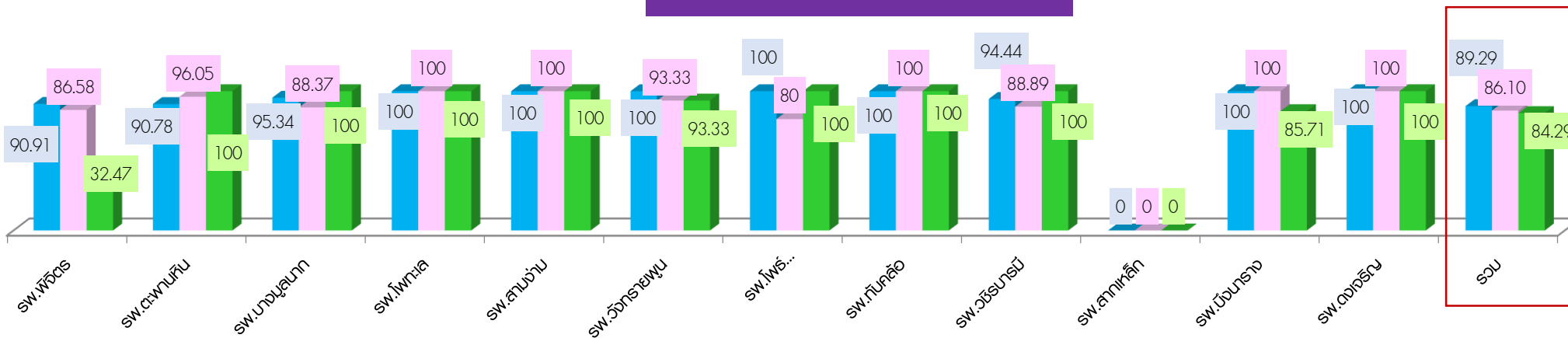
อัตราการเสียชีวิตเชื่อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด hospital-acquired <30 %



2563
2564
2565
2566

HDC ณ 16 ก.ค. 66

ผลการดำเนินงานจังหวัดพิจิตร



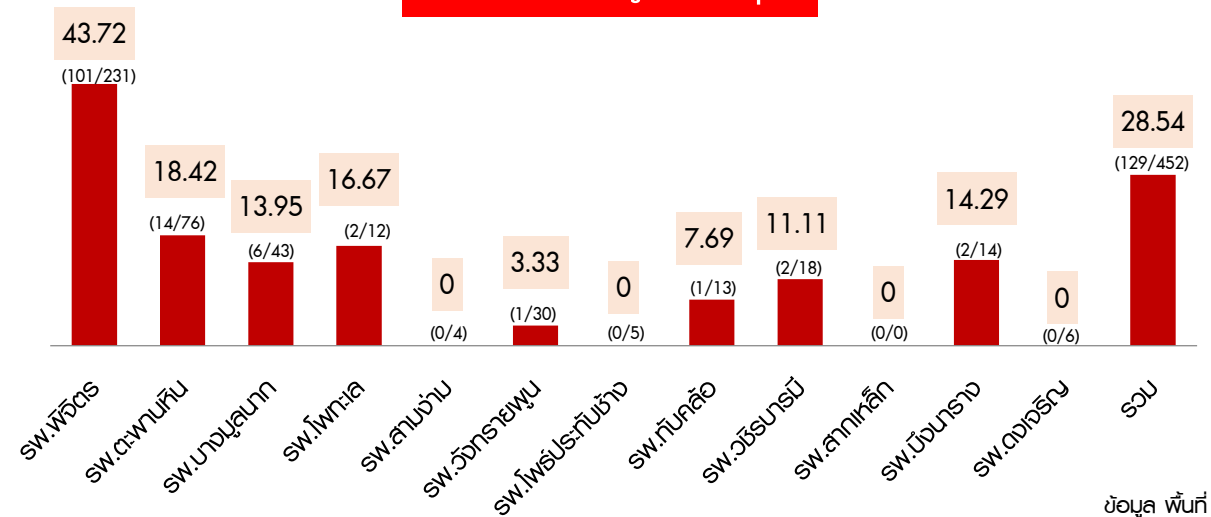
ทรได้รับ ATB > 90 %
ทรได้รับ IV fluid > 90 %
เข้า ICU ภายใน 3 h. > 30 %

ข้อมูล พื้นที่



SEPSIS

อัตราการตายของผู้ป่วย Sepsis



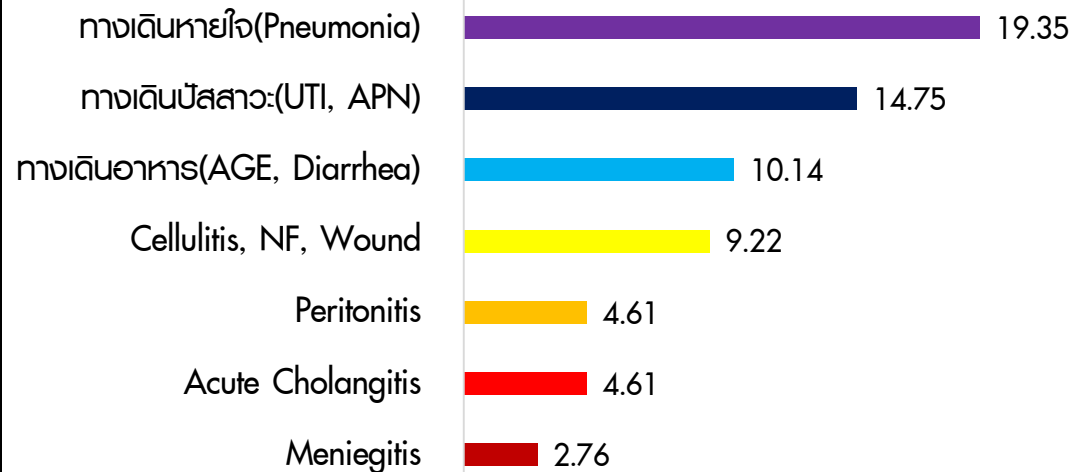
สาเหตุการเกิด Sepsis

- ☆ มากกว่าร้อยละ 60 อยู่ในกลุ่มอายุ 65 ปีขึ้นไป
- ☆ ส่วนใหญ่มีโรคร่วม (DM HT CKD COPD)
- ☆ พบในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง มีอุปกรณ์ เช่น NG Tube/Foley 's cath/Tracheostomy Tube
- ☆ อวัยวะที่พบว่าเป็นสาเหตุของการติดเชื้อได้แก่ URI /UTI /GI

เชื้อก่อโรคที่พบบ่อยที่สุด 5 อันดับ

1. Escherichia coli
2. Klebsiella pneumoniae
3. Staphylococcus aureus
4. Streptococcus pyogenes
5. Pseudomonas aeruginosa

ร้อยละของโรคที่เป็นปัญหาหลัก



ข้อค้นพบ

1. เกินร้อยละ 60 ส่งมาที่ sw.ฟิจิตร
2. 30% เสียชีวิตอยู่ที่อำเภอเมือง
3. ความล่าช้าในการ Refer และการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยและ Delay Diagnosis
4. การใช้งาน CPG/Standing order ยังไม่ทั่วถึง
5. เตียง ICU ไม่เพียงพอในเคสระดับวิกฤติ
6. ความผิดพลาดในการลง ICD10
7. ความไม่เสถียรของโปรแกรม SepNetOnline
8. การเก็บ/ลงข้อมูลไม่ครบถ้วน



SEPSIS



การประเมินอาการเบื้องต้น
ด้วยตนเอง/ การคัดกรอง



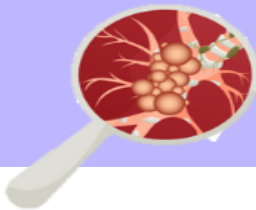
ปกติ

- บูรณาการสร้างความรู้ความตระหนักถึงความรุนแรง สัญญาณอันตราย และในการประเมินอาการด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
- ส่งเสริมการสื่อสารประชาสัมพันธ์
- พัฒนาศักยภาพการคัดกรอง Care giver และ อสม.ในชุมชนให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด
- แนวทางการส่งต่อ การให้คำปรึกษาผ่านระบบ 3 หมอ



ติดเชื้อ
ในกระแสเลือด

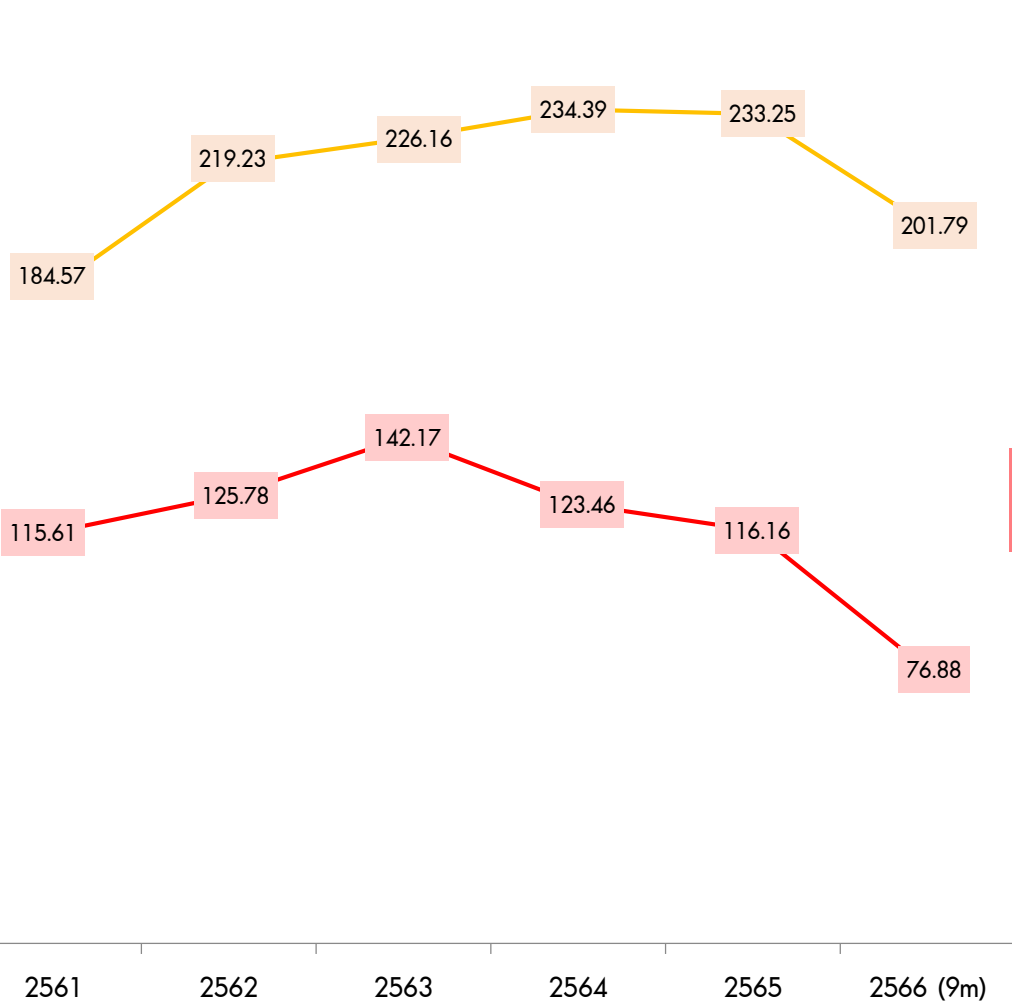
- พัฒนาแนวทางการดูแลรักษา ร่วมกับการกำกับ ติดตาม การดำเนินงาน + ประเมินผล
- การจัดอบรมทบทวนการดูแล + การวินิจฉัยในแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งจังหวัด รวมถึงการส่งต่อ
- การจัดตั้ง RRT เพื่อพัฒนาแนวทางการคัดกรอง รักษาให้ทันต่อสถานการณ์
- มีการจัดทำ Antibioqram ในจังหวัด/อำเภอ เพื่อเลือกใช้ยารักษาเบื้องต้นได้อย่างรวดเร็ว
- ทบทวนการเก็บข้อมูลแยกส่วน community acquire, Hospital acquire



CANCER

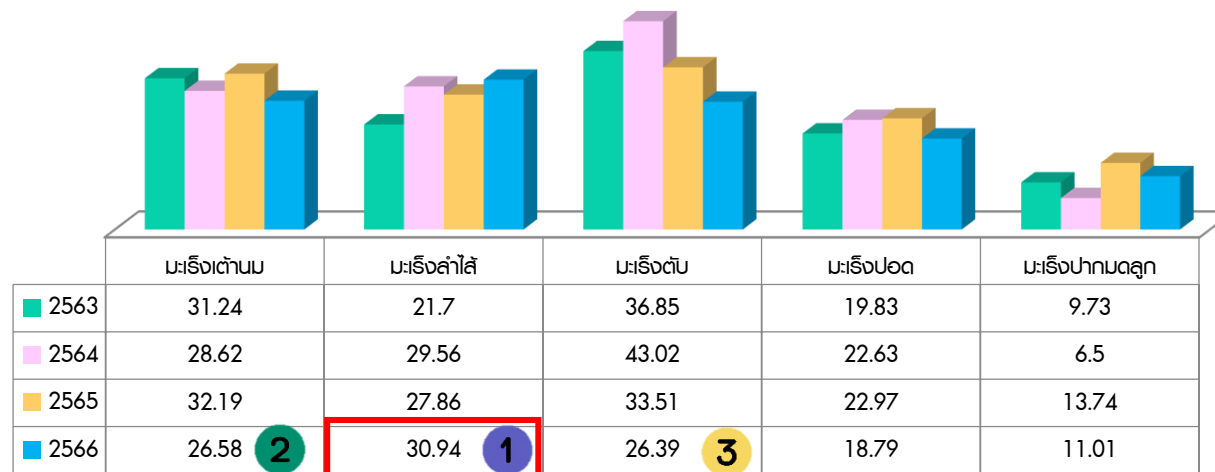
อัตราป่วยและอัตราตายต่อแสนประชากร จังหวัดพิจิตร

— อัตราป่วย — อัตราตาย



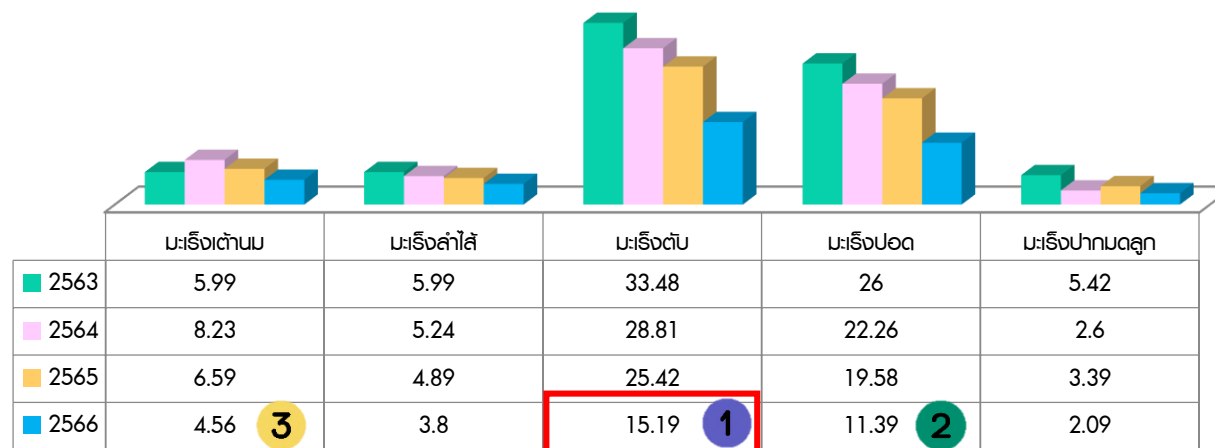
ข้อมูลจากพื้นที่

อัตราป่วย มะเร็งต่อประชากรแสนคน



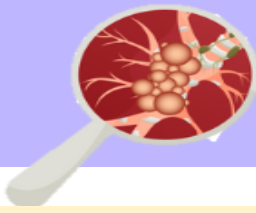
ข้อมูลจากพื้นที่

อัตราตาย มะเร็งต่อประชากรแสนคน

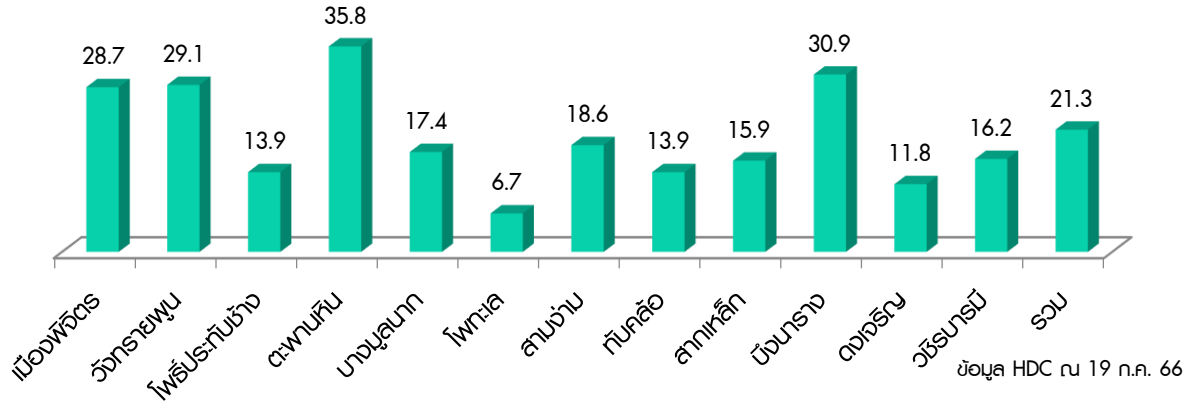


ข้อมูลจากพื้นที่

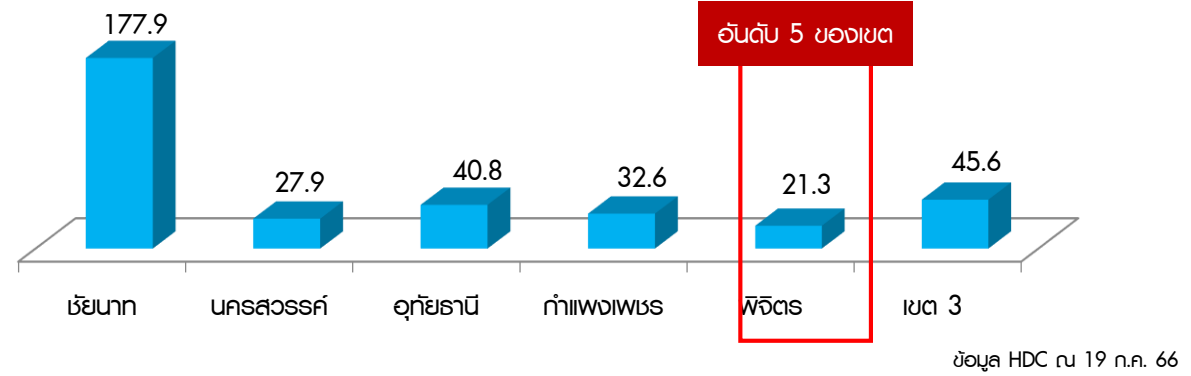
CANCER



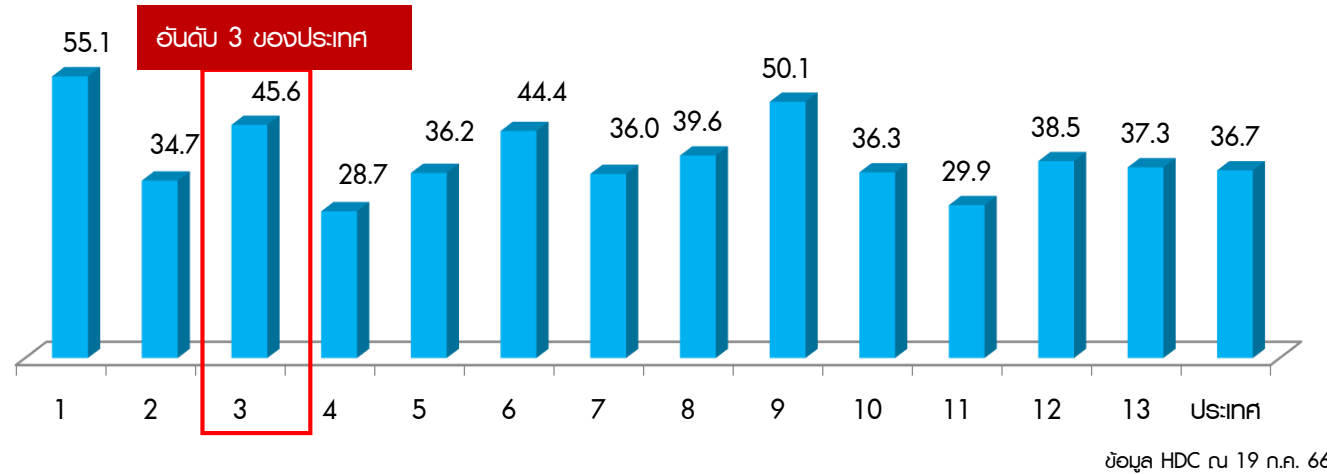
ร้อยละสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(≥ ร้อยละ 60) จ.พิจิตร ปี 2566



ร้อยละสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(≥ ร้อยละ 60) ภาพเขต



ร้อยละสตรีอายุ 30 - 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
(≥ ร้อยละ 60) ภาพประเทศ





CANCER

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา
Pichit Provincial Health Office

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test

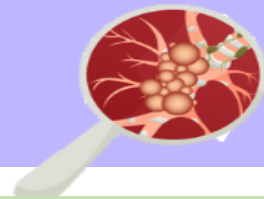
ที่	อำเภอ	จำนวนที่ลงทะเบียนทั้งหมด	จำนวนที่ตรวจด้วยตนเอง	รวมผลตรวจ	ผลการคัดกรอง HPV DNA Test			การตรวจชิ้นเนื้อผลด้วย Liquid Based Cytology (LBC) ในผู้ที่พบผลผิดปกติ (Type non 16,18)			การตรวจชิ้นเนื้อผลด้วย Colposcopy				
					ปกติ (Negative)	ผิดปกติ (Positive) Type 16, 18	ผิดปกติ (Positive) Type non 16, 18	จำนวนผู้ที่ต้องได้รับการตรวจ LBC (คน)	ตรวจ LBC เรียบร้อยแล้ว	ผล LBC ปกติ (Code 100-125)	ผล LBC ≥ ASCUS (Code 200-308)	รวม	Colposcopy (67.19)	Colpo + biopsy (67.11, 67.12)	Colpo + LEEP (67.32)
1	อ.เมือง	296	0	21	252	5	18	18	10	9	1	0	0	0	0
2	อ.วังทรายพูน	181	0	14	155	2	10	10	0	0	0	0	0	0	0
3	อ.โพธิ์ประทับช้าง	193	0	26	153	3	11	11	6	5	1	0	0	0	0
4	อ.บางมูลนาก	184	0	17	150	2	15	15	0	0	0	0	0	0	0
5	อ.โพทะเล	157	0	33	120	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0
6	อ.สามง่าม	81	0	15	62	1	3	3	1	1	0	0	0	0	0
7	อ.ทับคล้อ	144	0	2	135	0	7	7	4	4	0	0	0	0	0
8	อ.ตะพานหิน	549	0	60	458	10	21	21	9	9	0	0	0	0	0
9	อ.วิเศษบุรี	107	0	29	74	2	2	2	1	1	0	0	0	0	0
10	อ.สากเหล็ก	122	0	17	98	2	5	5	4	4	0	0	0	0	0
11	อ.บึงนาราง	260	0	38	212	1	9	9	8	8	0	0	0	0	0
12	อ.ดงเจ็ญ	72	0	47	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม		2,346	0	319	1894	30	103	103	44	42	2	0	0	0	0

ที่มา : โปรแกรม HPV Screening สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ณ วันที่ 20 มิถุนายน 2566

ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการ colposcope 32 ราย

จำนวนผู้ป่วย HPV DNA positive ที่ได้รับการ colposcope

หน่วยตรวจ	จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี	ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายสะสม ถึงปีงบประมาณปี 66
sw.พิจิตร	22	12
sw.ตะพานหิน	10	2
รวม	32	14 (43.7%)

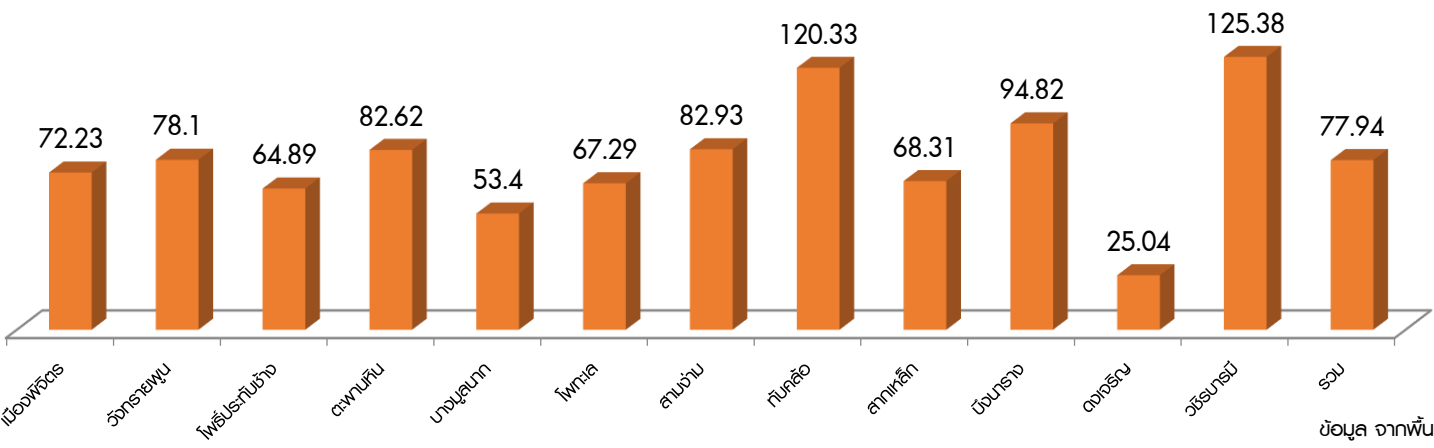


CANCER

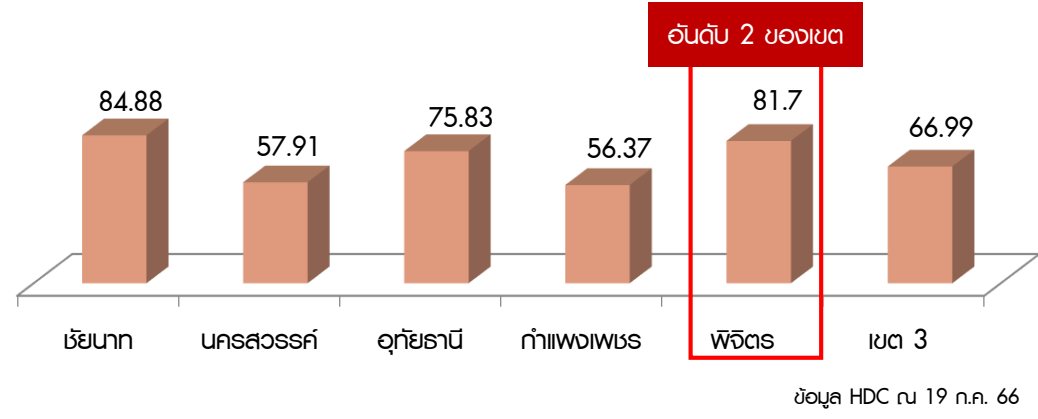
การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง FIT Test จังหวัดพิจิตร ปี 2566 เกณฑ์ $\geq 50\%$

ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และมะเร็งไส้ตรง (FIT TEST) จ.พิจิตร ปี 2566 (9ม)

ร้อยละ 10 ของประชากรอายุ 50-70 ปี

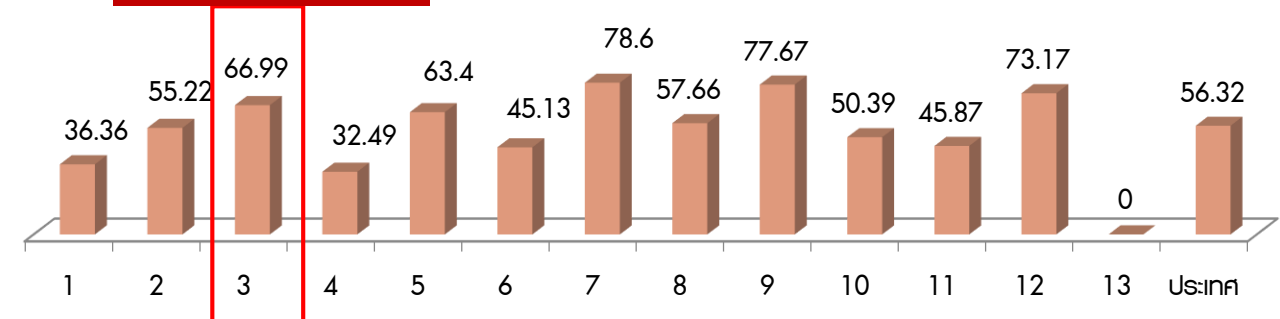


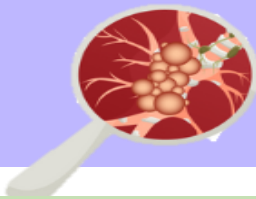
ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และมะเร็งไส้ตรง (FIT TEST) ภาพเขต (ร้อยละ 10 ของประชากร)



ร้อยละประชากรอายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้และมะเร็งไส้ตรง (FIT TEST) ภาพประเทศ

อันดับ 4 ของประเทศ





CANCER

การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

FIT Test จังหวัดพิจิตร ปี 2566 เกณฑ์ $\geq 50\%$

การส่งต่อผู้ป่วย FIT positive เพื่อ colonoscopy

โรงพยาบาลพิจิตร = โพร้ประทับช้าง/สามง่าม/วชิรบำรุง/ทับคล้อ

โรงพยาบาลบางมูลนาก = โททะเล/บึงนาราง/ดงเจริญ

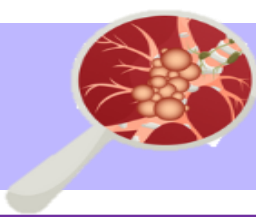
โรงพยาบาลตะพานหิน

โรงพยาบาลวังทรายพูน = สากเหล็ก

การรับบริการส่องกล้องเพื่อตรวจหาะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง จังหวัดพิจิตร ปีงบประมาณ 2566 แบ่งตาม Node

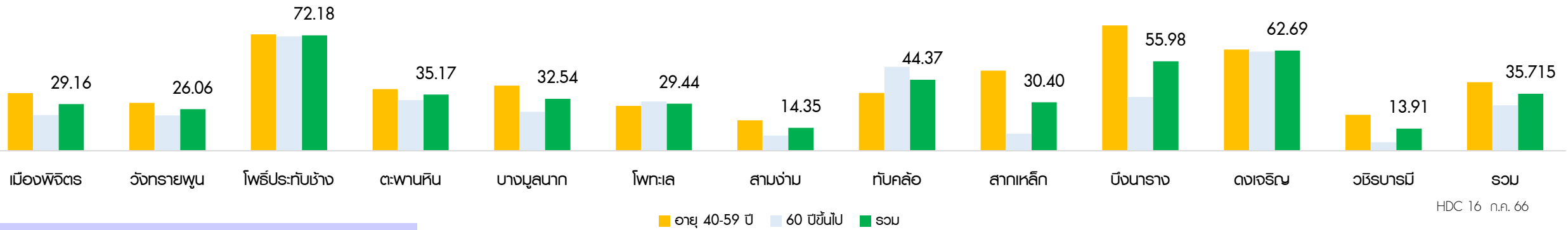
รพ.ที่ทำการส่องกล้อง (Node)	จำนวนประชากร FIT Test ทั่วประเทศ (คน)	ส่องกล้องจากผล FIT Test ทั่วประเทศ (คน)	ร้อยละ	WU CA
เมืองพิจิตร	376	301	80.05	10 (2.67)
วังทรายพูน	169	154	91.12	3 (1.95)
ตะพานหิน	94	86	91.49	2 (2.33)
บางมูลนาก	162	170	104.94	4 (2.35)
รวม	801	711	88.76	19 (2.67)

CANCER



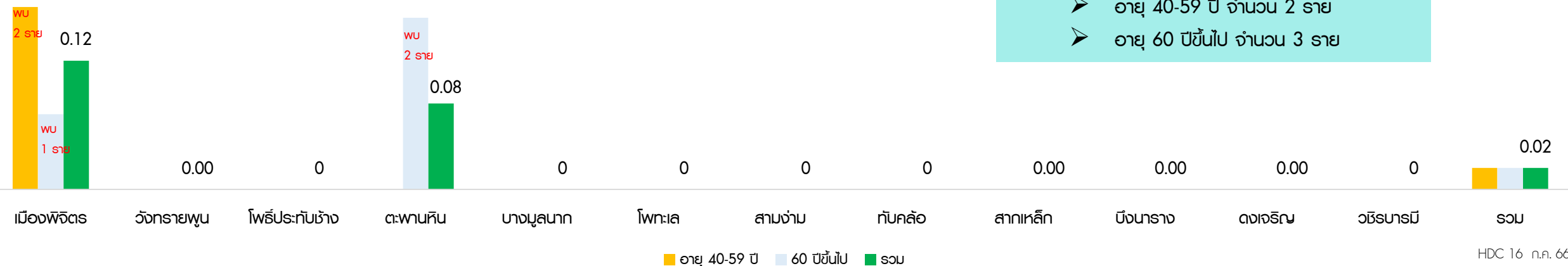
การคัดกรองรอยโรคเสี่ยงมะเร็งช่องปาก

ร้อยละการคัดกรองมะเร็งช่องปาก (เป้าหมาย ร้อยละ: 40)



HDC 16 น.ศ. 66

พบรอยโรค

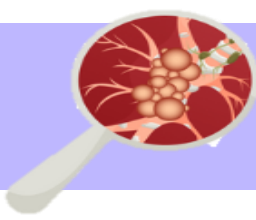


พบรอยโรค ทั้งหมด จำนวน 5 ราย

- อายุ 40-59 ปี จำนวน 2 ราย
- อายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 3 ราย

HDC 16 น.ศ. 66

CANCER



โอกาสพัฒนา

- ★ พัฒนาระบบข้อมูล สนับสนุนการดำเนินงานทะเบียนมะเร็ง
- ★ Service Plan cancer บูรณาการร่วมกับปฐมภูมิ เชื่อมโยง 3 P

ข้อชื่นชม



- ▶ มีการแบ่ง Node การให้บริการส่องกล้อง Colonoscope 4 แห่ง ได้แก่ Node รพ.พิจิตร Node รพ.ระพพานหิน Node รพ.บึงนาราง และรพ.วังทรายพูน

กลุ่มเป้าหมาย



ได้รับการคัดกรอง

ไม่ได้รับการคัดกรอง

เป็นโรค

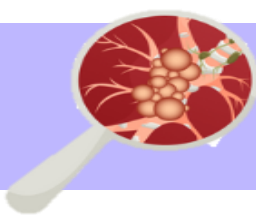
การรักษา

ไม่เป็นโรค

การสร้างความตระหนัก

- พัฒนาศักยภาพระบบการติดตามผู้ป่วยในการนัดการตรวจ Colposcope
- ทบทวนข้อมูลอัตราตายของมะเร็งที่พบมากในจังหวัด

1. ส่งเสริม Health Literacy ด้านโรคมะเร็ง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยง
2. จัดกิจกรรมตามแผนป้องกันและรณรงค์ Vaccine
3. พัฒนาแนวทางการเชื่อมโยงกับอบจ.ในกรณีถ่ายโอน รพ.สต.เพื่อให้การทำงานต่อเนื่อง
4. เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้เทียบเท่าเอกชน เพื่อให้ประชาชนรับรู้+เข้าถึงได้ง่าย
5. การคัดกรองควรทำให้เสร็จในไตรมาสแรก
6. ปรับรูปแบบการคัดกรองเป็น Self-test



CANCER

แนวทางการคัดกรองมะเร็งตับ

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองหาโรคมะเร็งตับ

- ผู้ป่วยโรคตับแข็งจากการดื่มสุรา ทั้งเพศหญิงและชาย
- ผู้ป่วยโรคตับอักเสบเรื้อรังที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบี
 - ตั้งแต่แรกคลอด
 - ชาย >40 ปีขึ้นไป หญิง >50 ปี
 - ครอบครัวมีประวัติเป็น HCC
- ผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ที่มี fibrosis stage 3 และ 4

วิธีการและระยะเวลาการตรวจเฝ้าระวัง

- ultrasonography (US) ทุก 6-12 เดือน + ตรวจเลือดหาค่า Alfa - fetoprotein AFG

แนวทางการคัดกรองมะเร็งปอด

กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการคัดกรองหา

โรคมะเร็งปอด

- smoking >30packyear
- Smoking >20packyear +other risk

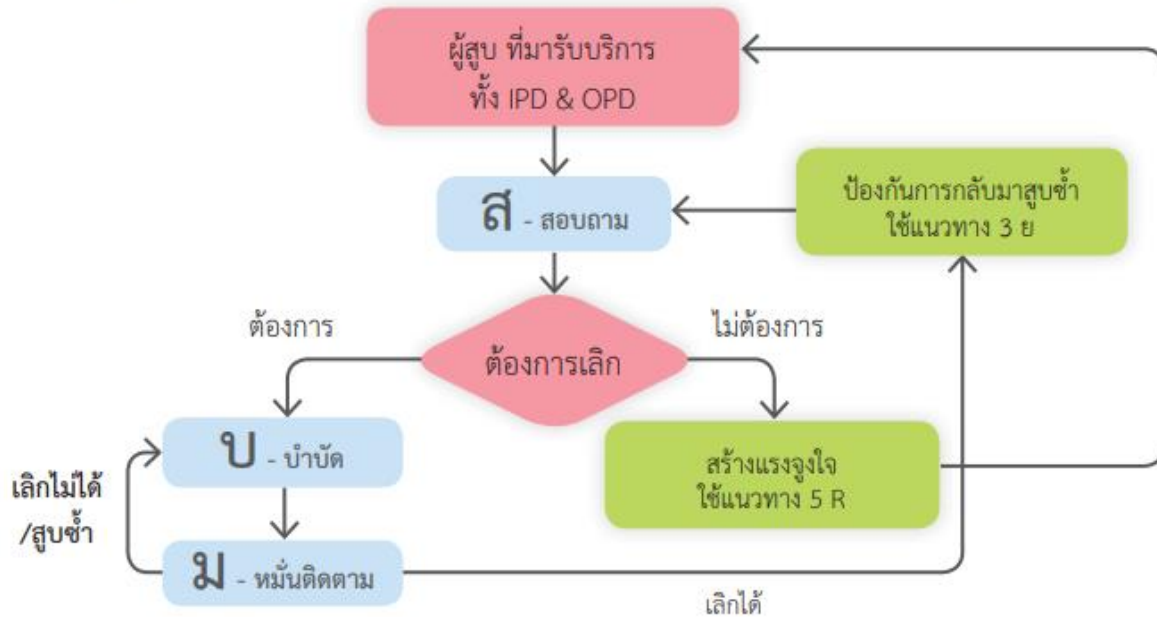
วิธีการและระยะเวลาการตรวจเฝ้าระวัง

Low.dose CT chest , yearly

แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน

สอบถาม (Ask & Assess)	ส	สอบถามประวัติปริมาณการสูบบุหรี่และระยะเวลาสูบบุหรี่แรกหลังตื่นนอน (time to first cigarette)
บำบัด (Advise & Assist)	บ	บำบัดด้วยการให้คำแนะนำแบบสั้น (brief advice) และ/หรือให้คำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral modification)
หมั่นติดตาม (Arrange)	ม	หมั่นติดตามผลการบำบัดและให้กำลังใจเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ โดยแนวทาง 3ย (ย ยกย่อง - ย ย้อนรอย - ย ย้ำบ่อยๆ)

รูปที่ 1.1: แนวทางการบำบัดภาวะติดนิโคติน (น้ำหนักคำแนะนำ ++)(II)



แนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับการบำบัดภาวะติดนิโคติน.

เครือข่ายวิชาชีพ ร่วมกับ กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค ราชวิทยาลัยที่เกี่ยวข้อง

ส : สอบถาม

1. สูบบุหรี่/บุหรี่ไฟฟ้า ?
2. สูบวันละเท่าไร?
3. สูบมวนแรกหลังตื่นนอนนานเท่าไร?

บ : บำบัด

- การให้คำปรึกษา
- การใช้ยาช่วยเลิกบุหรี่
 - NRT : gum, patch
 - non NRT : nortriptyline, Bupropion, Varenicline
 - สมุนไพร : หน้ำดอกขาว รังจืด กานพลู
- กดจุดสะท้อนเท้า
- การฝังเข็ม
- การส่งต่อ 1600

ม : หมั่นติดตาม

- การติดตามแบบ face to face/โทรศัพท์
- ติดตามโดย 1600

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายแบบประคับประคอง

หัวข้อ	Guideline
เกณฑ์ในการคัดกรอง Palliative care (Screening)	กรมการแพทย์
Advance care plan and Living will	สช.
Care map	U-care map 14 days
Home care	รพ.มะเร็งลำปาง
Bereavement care	รพ.มะเร็งชลบุรี
กายภาพบำบัด	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
โภชนาการ	สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
Telehealth	รพ.มะเร็งลพบุรี
Referral system	รพ.มะเร็งอุบลราชธานี

1. คัดกรอง NCD, Cancer & Smoking ทุกปีภายใน 1st trimester



2. พบเสี่ยง/สงสัยป่วย ≈ 20%

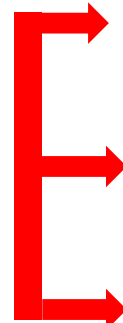


DPAC

NCD Remission



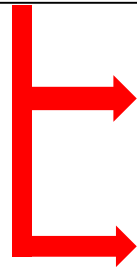
3. พบ Smoking



อยากลด

ไม่อยากลด

4. Prevalence NCD Cases



NCD Clinic Plus

NCD Remission Clinic

5. CVD Risk Mapping

1. <u>Stroke</u>	Fast tract
2. <u>STEMI</u> (อาจจะเพิ่ม non - STEMI)	Fast track
3. <u>CKD</u>	<u>Early Detect</u>
4. <u>Cancer</u>	Early Detect Early Treatment
5. <u>Sepsis</u>	Early Detect Early Treatment
6. <u>Obesity</u>	Early Detect Early Treatment



Prevent

ประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับภูมิคุ้มกัน
อย่างครอบคลุม

1. ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608)
ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)

Detect

จังหวัดมีระบบเฝ้าระวังและ
ตอบสนองอย่างครอบคลุมและมี
ประสิทธิภาพ

1. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับจังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และผู้ตรวจราชการ

Response &

Recovery

จังหวัดมีความพร้อมและแนวทางการ
ตอบโต้และฟื้นฟูภาวะฉุกเฉินทางด้าน
การแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญของ
พื้นที่อย่างเหมาะสม

1. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100
2. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม
3. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความเสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย
4. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ
5. มี operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบุระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย
6. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ.2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2	คะแนน
1.1 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (เอา 607 ไม่เอา 608)	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 49.23	0
1.2 ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	≥ ร้อยละ 90	ร้อยละ 50.53	1





ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

ตัวชี้วัด / กิจกรรม / มาตรการ	การวิเคราะห์ปัญหา	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับพื้นที่	ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา สำหรับส่วนกลาง
1.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่ม 607 2.ความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ (15-45 ปี)	1.กลุ่ม 607ฉีดได้ต่ำสุด 41.62 % (อ.สามง่าม) สูงสุด 58.28% (อ.เมือง) , กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ฉีดได้ต่ำสุด 44.21% (อ.วชิรบารมี) สูงสุด 64.34% (อ.บางมูลนาก) 2.ความตระหนักของประชาชนลดลง 3.การประมวลผลข้อมูลการได้รับวัคซีนจาก MOPH IC จากการป้องกันการเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล	1)เร่งรัดการดำเนินงานในอำเภอที่ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนที่ยังได้รับต่ำกว่าเป้าหมาย 2) การสื่อสารความเสี่ยง สร้างความตระหนักประเด็นผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ที่ยังไม่ฉีดวัคซีน ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สื่อท้องถิ่น หอกระจายข่าวในชุมชน และ Social Media 3) ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงมหาดไทย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดผู้ใหญ่บ้าน ให้ประชาสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น 4)ประชาสัมพันธ์การฉีดวัคซีนคู่ สู้หน้าฝน กระตุ้นให้ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายมาฉีดวัคซีนเพิ่มขึ้น	-



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ.2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
2. ผู้ปฏิบัติงาน SAT ที่ผ่านการอบรมอย่างเพียงพอ และจัดทำ CIR ระดับ จังหวัดและระดับเขตที่ชัดเจน ได้รับความเห็นชอบจาก นพ.สสจ. และ ผู้ตรวจราชการ	5 คะแนน	5 คะแนน
3. ร้อยละของผู้บริหารระดับจังหวัดที่ผ่านการอบรมหลักสูตร ICS & EOC 100 (ทั้ง Online & Onsite)	ร้อยละ 100	0 คะแนน (เป้าหมาย 142 คน เป็น Onsite 4 คน / Online 138 คน ผ่านการอบรม 4 คน (2.82%)
4. มีทีม CDCU ที่ผ่านการฝึกอบรมไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 ทีม	ร้อยละ 100	5 คะแนน
5. มี Official document ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดที่ระบุความ เสี่ยงภัยที่สำคัญ อย่างน้อย 3 ภัย	5 คะแนน	5 คะแนน



ประเด็นตรวจราชการ Functional based พ.ศ. 2566 ประเด็นที่ 5 ความมั่นคงทางสุขภาพ

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน รอบที่ 2
6. Resource mapping สำหรับการรับมือภัยที่สำคัญ	5 คะแนน	1 คะแนน (ขาดการคาดการณ์การใช้)
7. มี operational plans (HSP) สำหรับ 3 ภัย ที่สำคัญ โดยระบบบัญชาการที่สอดคล้องกับภัยที่สำคัญทั้ง 3 ภัยไว้ด้วย	5 คะแนน	4 คะแนน (ซ้อมแผนไม่ครบ 3 ภัย)
8. มีแผน BCP สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ที่สอดคล้องกับ operational plan	5 คะแนน	4 คะแนน (ไม่ได้นำ BCP มาซ้อมแผน)
รวมคะแนน	> ร้อยละ 80 (>28 คะแนน)	ร้อยละ 68.57 (24 คะแนน)

จังหวัดพิจิตร รอบที่ 2



ผลงานเด่น : 1. ปี 2566 เจ้าหน้าที่ในหน่วย CDCU อำเภอทุกคน ได้รับการพัฒนาสมรรถนะ และมีจำนวนเพียงพอ สามารถจัดทีมได้ 65 ทีม

2. ประเมินความเสี่ยงครอบคลุม All Hazard Plan 5 Hazards

ปัญหา/อุปสรรค : 1) หลักสูตร ICS&EOC 100 Online กรมควบคุมโรค และ กสธจ. สามารถเข้าเรียนได้วันที่ 19 ก.ค.66

2) Resource Mapping ตามที่จังหวัดประเมินความเสี่ยงระดับจังหวัดไว้ 4 โรคภัยคือไข้เลือดออก, RTI, ไข้หัดและโรคไข้หวัดใหญ่) ยังขาดการจัดทำแผนการจัดการ/การขนส่ง/การประเมินผลการจัดการทรัพยากร ยังคงมีการวางแผนตาม routine ปกติ

ข้อเสนอแนะต่อพื้นที่ : 1) เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างกลุ่มงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ความเสี่ยง การจัดทำแผนรองรับ การจัดทำ

Resource mapping และการฝึกซ้อมแผน เพื่อให้เห็นภาพการจัดการทั้งระบบ

2) Resource mapping (RM) เน้นการคาดประมาณความต้องการการใช้ขั้นต่ำ การจัดหา การสำรอง

การกระจายทรัพยากร และพัฒนาสมรรถนะบุคลากร และ RM ควรทำให้เป็นปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะต่อส่วนกลาง : เร่งรัดการเรียนหลักสูตร ICS&EOC 100 ในทุกจังหวัด

ท. = ทำทันที

ท. = ทำต่อเนื่อง

ท. = ทำและพัฒนา

..Thank you..

