ผลการดำเนินงาน
การตรวจราชการและนิเทศงาน
กรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2562

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส

บทสรุปผู้บริหาร

การดำเนินงานตามประเด็นการตรวจราชการ ซึ่งประกอบด้วย 3 คณะ ประจำปีงบประมาณ 2562 ซึ่งอยู่ในช่วงต้นปีงบประมาณ และอยู่ระหว่างเริ่มดำเนินการตามแผน และ Small Success ที่กำหนดไว้ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จของแผนงานต่างๆ คือ ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และสนับสนุนให้นำนโยบายไปสู่การปฏิบัติโดยตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์แล้วก็ให้รักษาสภาพการผ่านเกณฑ์ไว้ ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ให้มีการทบทวนมาตรการ เร่งรัดการดำเนินงานให้มีผลการดำเนินงานที่ดียิ่งขึ้นในปีงบประมาณ 2562 และวางแผนแก้ปัญหาตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกำลังดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้ ผลการดำเนินงานตามแผนงาน ตัวชี้วัดที่ดำเนินการได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ อัตราส่วนการตายของมารดา เด็กอายุ 0-5 ปี การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี และโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ส่วนตัวชี้วัดที่ดำเนินการไม่ได้ตามเกณฑ์ คือ ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care และการควบคุมความดันโลหิตและเบาหวานของผู้ป่วย

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไต สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สาขาอายุรกรรม สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ สาขา One Day Surgery สาขาหัวใจและหลอดเลือด สาขาโรคตา สาขาทารกแรกเกิด สาขาสูติกรรม สาขากุมารเวชกรรม และ สาขามะเร็ง สำหรับการพัฒนาระบบบริการสาขาที่ได้รับการติดตามในการตรวจราชการและนิเทศงานปีงบประมาณ 2562 ประกอบด้วย สาขาอายุรกรรม สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ สาขา One Day Surgery สาขาหัวใจและหลอดเลือด และสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งในปีงบประมาณ 2562 อยู่ระหว่างดำเนินการตามแผนงานที่วางไว้

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

การดำเนินงานปีงบประมาณ 2562 อยู่ในช่วงกำลังดำเนินการโดยมีความก้าวหน้าตาม Small Success ที่กำหนดไว้ ได้แก่ องค์กรแห่งความสุข การบริหารการเงินการคลัง การพัฒนางานคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 การดำเนินงานตาม ITA และการควบคุมภายใน

สรุปผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดตามประเด็นการตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2562 (ณ ตุลาคม 2561)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2562	ผลการดำเนินงาน	การประเมิน	หมายเหตุ
คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ (ผลงานโรงพยาบาล/อำเภอเมืองนราธิวาส)					
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทย	น้อยกว่า 25:แสนการเกิดมีชีพ	0 ราย 0/823	ผ่าน	
2	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	96.29	ผ่าน	
3	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	20.14	ผ่าน	
4	ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน	ร้อยละ 100	96.83	ไม่ผ่าน	
5	ร้อยละ60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ 60	28.57	ไม่ผ่าน	
6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	34.39	ผ่าน	
7	ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด LTC 7 ข้อ	6 ข้อ ร้อยละ85.71	ไม่ผ่าน	
8	การดำเนินงานบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่	-	อยู่ระหว่างการเข้ารับการรักษา 7 ราย		
9	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้	มากกว่าร้อยละ 40	13.50	ไม่ผ่าน	
10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้	มากกว่าร้อยละ 50	16.69	ไม่ผ่าน	
11	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	มากกว่าร้อยละ 80	73.36	ไม่ผ่าน	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2562	ผลการดำเนินงาน	การประเมิน	หมายเหตุ
12	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ผ่านเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์ระดับดี	ผ่าน	
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ					
13	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	-	มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อกำหนดปัญหาร่วมกันจากทุกภาคส่วน	รอการประเมิน	
14	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว	ผ่านเกณฑ์	11/11 แห่ง	ผ่าน	
15	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	72.22	ไม่ผ่าน	
16	ร้อยละ รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (เป้าหมาย : RDU ขั้น 1 ≥ 95% , RDU ขั้น 2 ≥ 20%)	ร้อยละ 20	อยู่ระหว่างประเมิน	อยู่ระหว่างประเมิน	
17	ร้อยละ รพ.ที่มีระบบ AMR เป้าหมาย AMR ระดับ intermediate	ร้อยละ 20	อยู่ระหว่างประเมิน	อยู่ระหว่างประเมิน	
18	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม	น้อยกว่าร้อยละ 7	10.96	ไม่ผ่าน	
19	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	น้อยกว่าร้อยละ 7	5.41	ผ่าน	
20	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	น้อยกว่าร้อยละ 25	23.23	ผ่าน	
21	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit	มากกว่าร้อยละ 40	53.33	ผ่าน	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2562	ผลการดำเนินงาน	การประเมิน	หมายเหตุ
22	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที	มากกว่าร้อยละ 40	35.62	ไม่ผ่าน	
23	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (Door to operation room time)	มากกว่าร้อยละ 60	12.5	ไม่ผ่าน	
24	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (ภาพจังหวัด)	น้อยกว่าร้อยละ 30	36.34	ไม่ผ่าน	
25	อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ. S, M1	น้อยกว่าร้อยละ 12	17.84	ไม่ผ่าน	
26	ร้อยละ 20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บาบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)และ	ร้อยละ 20	อยู่ระหว่างติดตาม	อยู่ระหว่างติดตาม	
27	ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บาบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจาหน่ายจากการบาบัด 3 เดือน (3 months Remission rate)	ร้อยละ 40	80.00	ผ่าน	
28	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากรไทย	1.09	ผ่าน	
29	ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือHT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (ภาพจังหวัด)	ร้อยละ 80	8.72	ไม่ผ่าน	
30	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr (ภาพจังหวัด)	ร้อยละ 66	62.80	ไม่ผ่าน	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปี 2562	ผลการดำเนินงาน	การประเมิน	หมายเหตุ
31	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 18	17.05	ไม่ผ่าน	
32	อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< 10%	16.13	ไม่ผ่าน	
33	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (DTN ใน 30 นาที)	ร้อยละ 50	43.48	ไม่ผ่าน	
34	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร	16.45	ผ่าน	
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ					
35	จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข (อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง)	อย่างน้อย จังหวัดละ 1 แห่ง	อยู่ระหว่างสำรวจ	อยู่ระหว่างสำรวจ	
36	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ 0	ระดับ 0	ผ่าน	
37	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ผ่านเกณฑ์	ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3	ผ่าน	
38	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ผ่านเกณฑ์	อยู่ระหว่างประเมิน	อยู่ระหว่างประเมิน	
39	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินผลระบบการควบคุมภายใน	ผ่านเกณฑ์	อยู่ระหว่างประเมิน	อยู่ระหว่างประเมิน	

คำนำ

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีแนวทางในการรับการตรวจราชการและนิเทศงาน โดยมีการจัดการและบริหารงานให้เป็นไปตามความคาดหวังของรัฐบาล ได้แก่ 1) งานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข 2) งานที่ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและคณะผู้บริหาร เขตสุขภาพที่ 12 เห็นว่าควรทำให้ได้ผลตามนโยบายและภายในระยะเวลาที่กำหนด 3) งานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาสวิเคราะห์เห็นว่ามีปัญหาและต้องการพัฒนาให้มีความยั่งยืน มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพมากขึ้น และ 4) งานที่คาดว่าจะเกิดปัญหาในอนาคต การคาดการณ์ และวางแผนป้องกันปัญหาอันอาจจะเกิดได้

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยคณะกรรมการบริหาร คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ คณะกรรมการแผนยุทธศาสตร์ และกลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ ได้ร่วมกันจัดทำรายงานผลการดำเนินงาน การตรวจราชการและนิเทศงาน เพื่อใช้นำเสนอการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ 2562 เพื่อเป็นการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานราชการในส่วนภูมิภาค ในการนำนโยบายที่สำคัญเร่งด่วน และนโยบายด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดเครื่องมือตัวชี้วัดความสำเร็จและเป้าหมายให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา ในการพัฒนาระบบสุขภาพในแต่ละยุทธศาสตร์ ให้บรรลุตามเป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่กำหนด เพื่อเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

ข้อมูลที่ปรากฏในรายงานฉบับนี้ ได้รับความร่วมมือในการสนับสนุนข้อมูลจากหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ หวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานฉบับนี้จะเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนางานสาธารณสุข ต่อไป

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
ธันวาคม 2561

สารบัญ

บทสรุปผู้บริหาร ..... **ก**
คำนำ ..... **ฉ**
สารบัญ ..... **ช**
สารบัญตาราง ..... **ฌ**
ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ **1**
ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาล 1
อัตรากำลังโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 3
อัตรากำลังแพทย์ 3
อัตรากำลังพยาบาล 4
ศักยภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 5
สถิติการบริการของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 6
จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน ปีงบประมาณ 2553 – 2562 6
ค่าเฉลี่ยวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay : LOS) ปีงบประมาณ 2554 – 2561 7
ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ปีงบประมาณ 2554 – 2561 7
อันดับโรคผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 7
อันดับโรคผู้ป่วยในที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 8
อันดับสาเหตุการตาย 9
จำนวนผู้รับบริการ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2558 – 2562 9
อันดับโรคของผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10
อันดับการผ่าตัดใหญ่ 10
อันดับการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย 11
สถานการณ์ทางการเงิน 13
คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ **14**
การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย 14
อัตราส่วนการตายมารดาไทย 14
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน 16
กลุ่มการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น 21
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี 21
กลุ่มผู้สูงอายุ 23
ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์ 23
การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ 27
โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน 27
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ 28
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital 32
คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ **35**

สาขาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ 35
การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ 35
ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดาเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) 35
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว 36
การพัฒนาโครงการตามพระราชดาริและพื้นที่เฉพาะ 38
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 38
สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล 40
ร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบ AMR 40
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) 51
สาขายาเสพติด 54
สาขาจิตเวช 55
สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ 57
สาขาโรคไต 58
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ **One Day Surgery** 60
สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 62
สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 64
โรคหลอดเลือดสมอง 64
สาขาอายุรกรรม 67
สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด 70
สาขาทารกแรกเกิด 73
สาขาการดูแลแบบประคับประคอง 78
สาขาสูติกรรม 81
สาขาโรคมะเร็ง 83
สาขาโรคตา 85
สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 88
สาขาทันตกรรม 93
รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ 93
การใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่ 94
คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการ เพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ 96
ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ 96
ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ 96
ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ 98
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 98
หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA 101
การตรวจสอบภายใน 103
การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ 104
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7 104

สารบัญตาราง

ตาราง 1 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำแนกตามประเภท....3
ตาราง 2 อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์....3
ตาราง 3 จำนวนแพทย์แยกตามสาขา....4
ตาราง 4 จำนวนหอผู้ป่วยและเตียง....5
ตาราง 5 จำนวนหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำแนกตามสาขา....5
ตาราง 6 10 อันดับโรคของผู้มารับบริการที่ OPD ปีงบประมาณ 2558 – 2561....7
ตาราง 7 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2559 – 2561....8
ตาราง 8 10 อันดับสาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2559 – 2561....9
ตาราง 9 10 อันดับโรคของผู้รับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2559 – 2562....10
ตาราง 10 10 อันดับการผ่าตัด ปีงบประมาณ 2560 - 2562....10
ตาราง 11 อันดับการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2560 - 2562....11
ตาราง 12 10 อันดับการรับผู้ป่วย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2560 – 2562....12
ตาราง 13 อัตราส่วนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2557 – 2561....13
ตาราง 14 อัตราส่วนการตายมารดา....14
ตาราง 15 ร้อยละ90 ของเด็ก 0- 5 ปี อายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ....16
ตาราง 16 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก...17
ตาราง 17 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกและได้รับการติดตาม....18
ตาราง 18 ร้อยละ60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I....19
ตาราง 19 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี....22
ตาราง 20 ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term care) ในชุมชน....25
ตาราง 21 ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์....26
ตาราง 22 การคัดกรองผู้รับบริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่....27
ตาราง 23 ผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่....27
ตาราง 24 ทีมคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองนราธิวาส....35
ตาราง 25 ผลการประเมิน รพ.สต. ติดดาว อำเภอเมืองนราธิวาส....37
ตาราง 26 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำแนกตามประเภท....38
ตาราง 27 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์....39
ตาราง 28 การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล....51
ตาราง 29 ผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด....54
ตาราง 30 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากรไทย....56
ตาราง 31 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ....57
ตาราง 32 ผลการดำเนินงานสาขาโรคไต....59
ตาราง 33 ผลการดำเนินการ One Day Surgery....62

ตาราง 34 ผลการดำเนินงานสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์....62
ตาราง 35 ผลการดำเนินงานสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของเครือข่ายบริการสาธารณสุข....63
ตาราง 36 ผลการดำเนินงานการให้บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู(ฝังเข็ม)....63
ตาราง 37 ผลการดำเนินงานโรงหลอดเลือดสมอง....65
ตาราง 38 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาอายุรกรรมโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์....68
ตาราง 39 ผลการดำเนินงานผู้ป่วยตามตัวชี้วัด Sepsis ของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดนราธิวาส....69
ตาราง 40 ผลการดำเนินงานสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด....71
ตาราง 41 ผลการดำเนินงานสาขาทารกแรกเกิด....74
ตาราง 42 ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตแยกรายโรงพยาบาล....76
ตาราง 43 ผลการดำเนินงานการส่งต่อทารกแรกเกิด....76
ตาราง 44 ข้อมูลการ Refer back สู่ รพช.....77
ตาราง 45 จำนวนทารกส่งกลับ....77
ตาราง 46 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด การดูแลแบบประคับประคอง....79
ตาราง 47 ผลการดำเนินงานสาขาสูติกรรมและนรีเวชกรรม....82
ตาราง 48 ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและมะเร็งปากมดลูก ปี 2561 – 2562....83
ตาราง 49 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ปี 2559 - 2561....84
ตาราง 50 ผลการดำเนินงานสาขาโรคตา....86
ตาราง 51 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน....90
ตาราง 52 รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ....93
ตาราง 53 การใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่....94
ตาราง 54 ผลการดำเนินงาน Happinometer....97
ตาราง 55 ผลการดำเนินงานการประเมินคุณภาพ HA (Reaccredit ครั้งที่ 3)....101
ตาราง 56 การควบคุมภายใน ปีงบประมาณ 2562....104
ตาราง 57 กระบวนการการดำเนินงานทางการเงิน....105
ตาราง 58 อัตราส่วนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2557 – 2562....106
ตาราง 59 อัตราส่วนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2561 - 2562 จำแนกเป็นรายเดือน....106
ตาราง 60 ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 7....106
ตาราง 61 ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบ Quick Method ปี 2561 - 2562....107

ข้อมูลพื้นฐาน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 400 เตียง เปิดบริการจริง 407 เตียง มีสถานบริการในเครือข่าย รวม 14 แห่ง แบ่งเป็น

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขนาดใหญ่ 4 แห่ง ประกอบด้วย รพ.สต.โคกเคียน ลำภู บือราเป๊ะ และรพ.สต.กะลุวอเหนือ
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลขนาดเล็ก 7 แห่ง ประกอบด้วย รพ.สต.กะลุวอ โคกศิลา มะนังตายอ ตะโล๊ะแน็ง สะปอม สุไหงบาลา และรพ.สต.บางปอ
3. ศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง 3 แห่ง ประกอบด้วย ศสม.ยะกัง 2 กำปงบารู และ ศสม.วัดประชาภิรมย์
4. ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนราธิวาส 1 แห่ง ทั้งนี้ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ร่วมกับเทศบาลเมืองนราธิวาส ร่วมกันพัฒนาการให้คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนกำปงบารู

นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย 8 แห่ง แบ่งเป็น

1. โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง 3 แห่ง ประกอบด้วย รพช.ตากใบ ระแงะ และ รพช. รือเสาะ
2. โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง 5 แห่ง ประกอบด้วย รพช.บาเจาะ ศรีสาคร เจาะไอร้อง จะแนะ และ รพช.ยี่งอเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีแพทย์เฉพาะทาง 14 สาขา (สูติ-นรีเวชกรรม ศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม กุมารเวชกรรม กุมารเวชกรรมโรคเลือด ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ ศัลยกรรมประสาท จักษุวิทยา โสตศอนาสิก รังสีวิทยาทั่วไป เวชศาสตร์ฟื้นฟู วิสัญญีวิทยา จิตเวช แพทย์ทั่วไป) นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งฝึกอบรมของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และเป็นสถาบันสมทบในการสอนนักศึกษาแพทย์ของศูนย์แพทย์ฯ ยะลาร่วมกับสถาบันผลิตแพทย์เพิ่มเพื่อชาวชนบท สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข และคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขของโรงพยาบาล

วิสัยทัศน์ (Vision)

"เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีคุณภาพคู่คุณธรรม ภาคีเข้มแข็ง เพื่อประชาชนสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข"

พันธกิจ (Mission)

1. ยกระดับคุณภาพการให้บริการ การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตามมาตรฐานสากล และมาตรฐานวิชาชีพ
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล และโรงพยาบาลคุณธรรม
3. เสริมสร้างความร่วมมือและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพประชาชน
4. พัฒนาสมรรถนะและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากรทุกระดับอย่างต่อเนื่อง

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. การให้บริการ การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานสากล
2. ระบบบริหารจัดการมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล และโรงพยาบาลคุณธรรม
3. ภาคีเครือข่ายมีความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพประชาชน
4. บุคลากรทุกระดับมีสมรรถนะและคุณภาพชีวิตการทางานที่ดีของบุคลากร

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

1. การพัฒนาคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐาน
2. การพัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาลและหลักโรงพยาบาลคุณธรรม
3. การเสริมสร้างความร่วมมือและความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ
4. การพัฒนาสมรรถนะและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคลากร

ค่านิยมร่วม

เป็นอักษรย่อรวมกันว่า TEAM + MOPH มีความหมาย ดังนี้

1. T = Team Work หมายถึง การทำงานเป็นทีม การร่วมแรงร่วมใจ
2. E = Empowerment หมายถึง การเสริมพลังให้คนทำงานเชื่อในความสามารถว่าทำได้
3. A = Achievement หมายถึง การทำงานมุ่งผลสัมฤทธิ์มากกว่ากระบวนการ
4. M = Management by Fact หมายถึง ใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเพื่อการพัฒนางาน
5. M = Mastery หมายถึง มีวินัย ใฝ่เรียนรู้
6. O = Originality หมายถึง ผู้สร้าง ทางสดใส
7. P = People centered หมายถึง จัดวาง ไว้กลางใจ
8. H = Humility หมายถึง น้อมให้ ไว้ถ่อมตน

เข็มมุ่ง ประจำปีงบประมาณ 2562

1. ลดอัตราตายของโรคต่างๆ ดังนี้
   1.1. มารดาและทารกแรกเกิด
   1.2. โรคหลอดเลือดในสมอง
   1.3. โรค Pneumonia และ Sepsis
2. Smart Hospital : พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอก
3. ส่งเสริมและพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational Drug Use - RDU)
4. พัฒนาระดับความปลอดภัย 2P Safety : SIMPLE
5. เพิ่มความครอบคลุมของการให้บริการวัคซีน
6. สร้างเสริมองค์กรแห่งความสุข (Happy Workplace)

อัตรากำลังโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 1 จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงาน จำแนกตามประเภท

ประเภท	ปีงบประมาณ						
	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562
ข้าราชการ	658	699	688	687	683	677	667
ลูกจ้างประจำ	142	122	123	107	97	84	71
พนักงานราชการ	313	28	35	39	40	45	50
พนักงานกระทรวง	-	295	282	271	247	237	231
ลูกจ้างชั่วคราว	30	43	38	28	46	71	67
จ้างเหมา	-	42	78	165	174	182	215
รวมทั้งสิ้น	**1,196**	**1,229**	**1,244**	**1,297**	**1,287**	**1,296**	**1,301**

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ พฤศจิกายน 2561

ตาราง 2 อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตำแหน่ง	FTE		ปีงบประมาณ							
	กรอบขั้นสูง	กรอบขั้นต่ำ	2556	2557	2558	2559	2560	2561	2562	% กรอบขั้นต่ำ
แพทย์	105	82	53	64	61	62	70	69	73	89.02
ทันตแพทย์	19	14	13	10	9	10	12	13	11	78.57
เภสัชกร	38	30	23	23	24	28	28	28	27	90.00
พยาบาลวิชาชีพ	597	477	504	486	483	474	459	453	444	93.71
พยาบาลเทคนิค			20	18	13	10	6	4	3	
เจ้าหน้าที่อื่น ๆ			98	98	98	103	108	110	103	
ลูกจ้างประจำ			142	122	123	107	97	84	71	
พนักงานราชการ			30	28	35	39	40	45	50	
พกส.			-	295	282	271	247	237	231	
ลูกจ้างชั่วคราว			313	43	38	28	46	71	67	
ลูกจ้างเหมาบริการ			-	42	78	165	174	182	215	
รวม			**1,196**	**1,229**	**1,244**	**1,297**	**1,287**	**1,296**	**1,301**	

ที่มา : กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ พฤศจิกายน 2561

อัตรากำลังแพทย์

จำนวนแพทย์ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

- จำนวนแพทย์ที่ควรมีตามกรอบFTE ขั้นต่ำ 82 คน
- แพทย์ปฏิบัติงานจริง 50 คน และ แพทย์ Intern 23 คนคิดเป็นร้อยละ 89.02 ของกรอบ FTE ขั้นต่ำ
- กำลังศึกษาต่อ 23 คน

ตาราง 3 จำนวนแพทย์แยกตามสาขา

ที่	สาขาแพทย์เฉพาะทาง	กรอบขั้นสูง	ปฏิบัติงานจริง	ปีที่จบการศึกษา					รวมทั้งสิ้น	ขาด (-) / เกินจากกรอบขั้นสูง
				2562	2563	2564	2565	รวมศึกษาต่อ		
1	สูติ-นรีเวชวิทยา	8	8	-	-	-	-	0	**8**	0
2	ศัลยศาสตร์	8	2	1	1	2	2	6	**8**	0
3	อายุรศาสตร์	10	6	-	-	1	-	1	**7**	-3
4	อายุรศาสตร์โรคไต	2	1	-	1	-	-	1	**2**	0
5	กุมารเวชศาสตร์	8	6	-	-	1	-	1	**7**	-1
6	ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	6	2	-	-	1	1	2	**4**	-2
7	เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	5	2	-	1	1	-	2	**4**	-1
8	วิสัญญีวิทยา	5	2	-	-	-	-	0	**2**	-3
9	ประสาทศัลยศาสตร์	3	2	-	-	-	-	0	**2**	-1
10	รังสีวิทยาวินิจฉัย	4	1	1	1	1	-	3	**4**	0
11	เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	1	-	-	-	-	0	**1**	-2
12	จิตเวชศาสตร์	2	2	-	1	-	-	1	**3**	1
13	จักษุวิทยา	3	4	-	-	-	-	0	**4**	1
14	โสต ศอ นาสิก	3	3	-	-	-	-	0	**3**	0
15	ศัลยศาสตร์ยูโรวิทยา	3	1	-	1	-	-	1	**2**	-1
16	ประสาทวิทยา	2	-	1	-	-	-	1		-2
17	เวชศาสตร์ครอบครัว	22	2	-	1	1	-	2	**4**	-18
18	แพทย์ GP	-	2	-	-	-	-	0	**2**	
19	พยาธิวิทยากายวิภาค	-	1	-	-	-	-	0	**1**	
20	กุมารเวชศาสตร์โรคเลือด	-	1	-	-	-	-	0	**1**	
21	มะเร็งนรีวิทยา	-	-	1	1	-	-	2		
	รวม		**49**	**4**	**8**	**8**	**3**	**23**	**72**	

ที่มา : กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ พฤศจิกายน 2561
หมายเหตุ : ไม่รวมผู้อำนวยการโรงพยาบาล และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ

อัตรากำลังพยาบาล

- จำนวนพยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ควรมีตามกรอบ FTE ขั้นต่ำ 477 คน
- พยาบาลวิชาชีพและพยาบาลเทคนิคที่ปฏิบัติงานจริง (รวมพยาบาลตามโครงการผลิตพยาบาลเพิ่มเพื่อจังหวัด ชายแดนใต้) 447 คน คิดเป็นร้อยละร้อย 93.71

ศักยภาพในการให้บริการของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 4 จำนวนหอผู้ป่วยและเตียง

ศักยภาพการให้บริการ	จำนวน
ห้องผ่าตัด	8 ห้อง
ห้องผ่าตัดเล็ก	1 ห้อง
ห้องตรวจผู้ป่วยนอก	33 ห้อง
คลินิกผู้ป่วยนอก	42 คลินิก
หอผู้ป่วยหนัก	
- ICU	10 เตียง
- RCU	12 เตียง
- CCU	8 เตียง
- NICU	13 เตียง
Stroke unit	9 เตียง
ห้องคลอด	4 เตียง
ห้องรอคลอด	15 เตียง
ไตเทียม 1	16 เตียง
ไตเทียม 2	6 เตียง
อาคารอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
- Resuscitate	2 Unit
- Observe	4 เตียง
หอผู้ป่วยใน	
- เตียงพิเศษ	119 ห้อง (ร้อยละ29.24)
- เตียงสามัญ	288 เตียง

ที่มา : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ พฤศจิกายน 2561

ตาราง 5 จำนวนหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำแนกตามสาขา

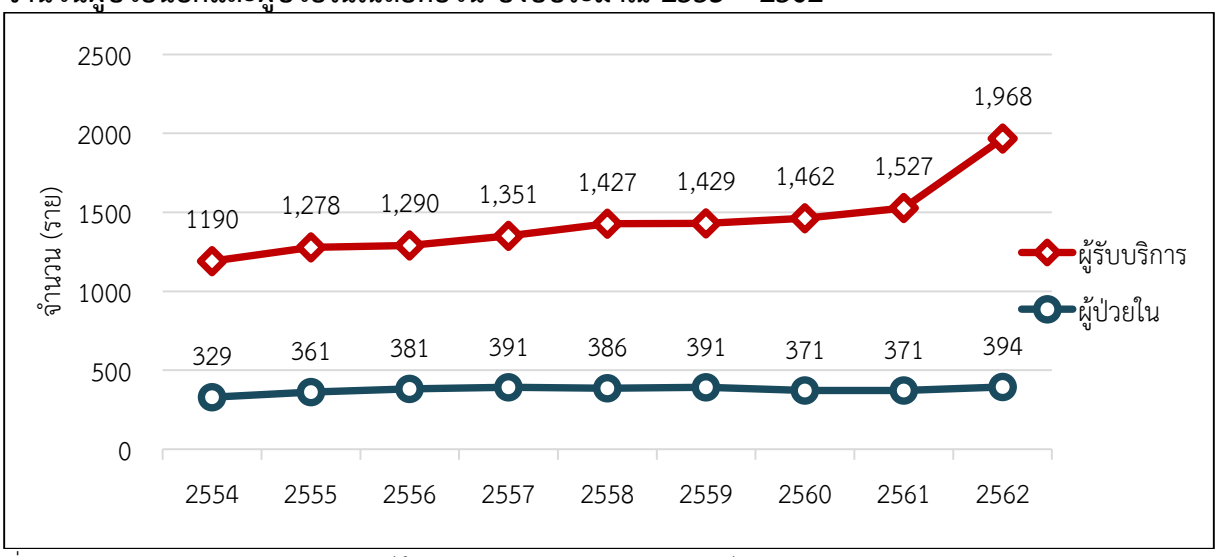
หอผู้ป่วย	จำนวนเตียงพิเศษ	จำนวนเตียงสามัญ	จำนวนรวม
กุมารเวชกรรม	**24**	**85**	**109**
นวมินทร์ 5	13	0	13
ประชารักษ์ 4	6	26	32
เปี่ยมสุข 3 (NS+NICU)	0	30	30
เปี่ยมสุข 4	5	29	34
ศัลยกรรม	**12**	**50**	**62**
ประชารักษ์ 1	6	24	30
ประชารักษ์ 2	6	26	32
อายุรกรรม	**49**	**99**	**148**

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียงพิเศษ	จำนวนเตียงสามัญ	จำนวนรวม
กัญญารักษ์ 1	5	25	30
กัญญารักษ์ 2	6	24	30
กัญญารักษ์ 3	6	24	30
นวมินทร์ 1	13	0	13
นวมินทร์ 2	13	0	13
ประชารักษ์ 3	6	26	32
สูติ-นรีเวชกรรม	**34**	**54**	**88**
กัญญารักษ์ 4	5	25	30
นวมินทร์ 3	13	0	13
นวมินทร์ 4	13	0	13
เปี่ยมสุข 2	3	29	32
ผลรวมทั้งหมด	**119**	**288**	**407**

ที่มา : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ พฤศจิกายน 2561

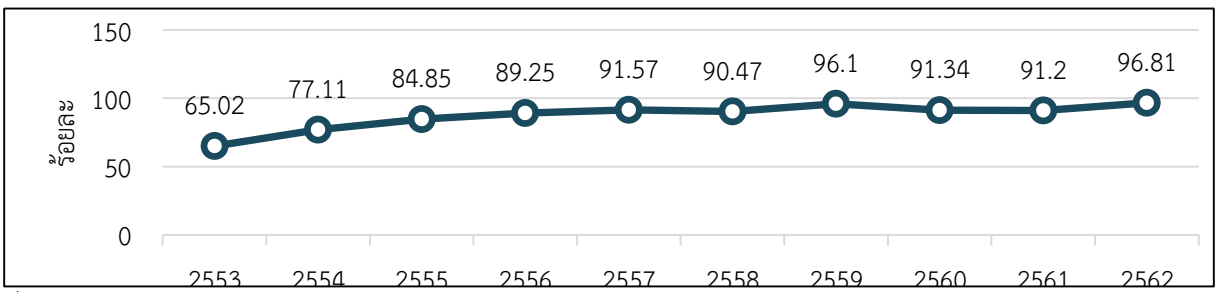
สถิติการบริการของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

จำนวนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน ปีงบประมาณ 2553 – 2562



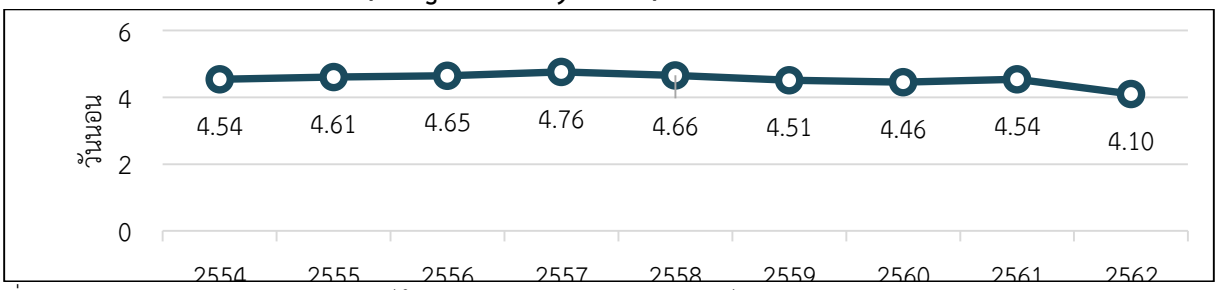
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

อัตราครองเตียง ปีงบประมาณ 2554 – 2562



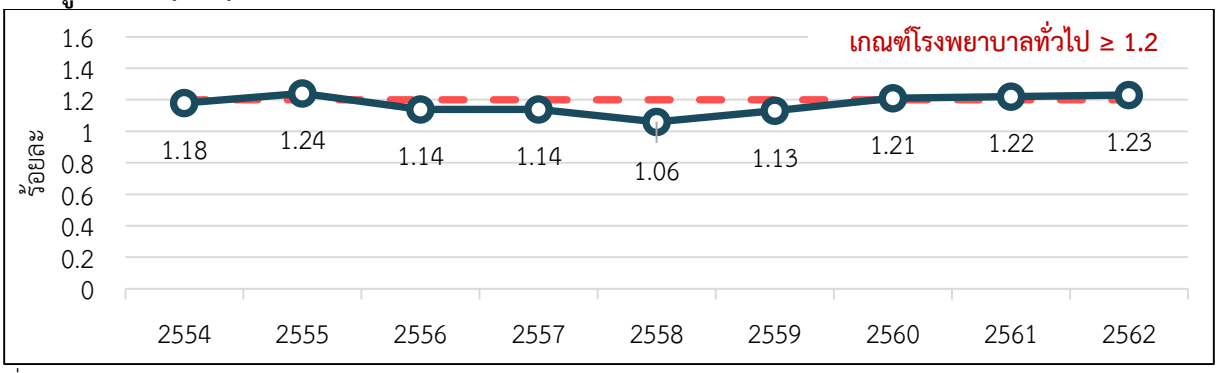
ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

ค่าเฉลี่ยวันนอนในโรงพยาบาล (Length of Stay : LOS) ปีงบประมาณ 2554 – 2561



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

ดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ปีงบประมาณ 2554 – 2561



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

ดัชนี Case Mix Index (CMI)

ปีงบประมาณ	ผลการดำเนินงาน		
	Sum Adj.RW	Case (N)	CMI
2557	33,811.74	29,907	1.14
2558	33,686.72	30,147	1.12
2559	35,321.89	31,322	1.12
2560	36,821.25	30,297	1.21
2561	36,396.92	29,577	1.22
2562	3,706.52	2,972	1.23

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

อันดับโรคผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 6 10 อันดับโรคของผู้มารับบริการที่ OPD ปีงบประมาณ 2558 – 2561

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Essential (primary) hypertension	16,954	Chronic kidney disease	19,151	Dental caries	2,961
2	Chronic kidney disease	16,208	Essential (primary) hypertension	17,227	Chronic kidney disease	1,711
3	Dental caries	15,641	Dental caries	13,220	Essential (primary) hypertension	1,456

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
4	Diabetes	9,626	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	9,820	Non-insulin-dependent diabetes mellitus	836
5	Fever	4,937	Diseases of pulp and periapical tissues	4,418	Fever of unknown origin	690
6	Disorder of muscle	4,359	Spondylosis	4,358	Diseases of pulp and periapical tissues	558
7	Diseases of pulp and periapical tissues	4,255	False Labour	3,924	Spondylosis	321
8	Dyspepsia	3,981	Dyspepsia	3,809	False Labour	317
9	Acute upper respiratory infections	3,591	Acute upper respiratory infections	3,653	Dyspepsia	313
10	False Labour	3,527	Other disorder of muscle	3,609	Acute bronchitis	301

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

อันดับโรคผู้ป่วยในที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 7 10 อันดับโรคผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ 2559 – 2561

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
			โรค	**จำนวน**	**โรค**	**จำนวน**
1	Maternal care for Abnormal	1,204	Pneumonia, organism unspecified	1,238	Pneumonia, organism unspecified	141
2	Diarrhea and gastroenteritis	918	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs	1,175	Diarrhea and gastroenteritis	124
3	Dengue hemorrhagic fever	914	Diarrhea and gastroenteritis	957	Senile cataract	121
4	Pneumonia, organism unspecified	895	Cerebral infarction	739	Maternal care for Abnormal	101
5	Thalassemia	682	Neonatal jaundice from other and unspecified causes	604	Cerebral infarction	89
6	Cerebral infarction	650	Thalassemia	592	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified	61
7	Bacterial pneumonia,	553	Other chronic obstructive pulmonary disease	511	Intracranial injury	50
8	Other chronic obstructive pulmonary disease	512	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	500	Acute myocardial infarction	50
9	Intracranial injury	486	Intracranial injury	496	Thalassemia	49
10	Disorders related to short gestation and low birth weight, not elsewhere classified	474	Heart failure	487	Heart failure	48

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

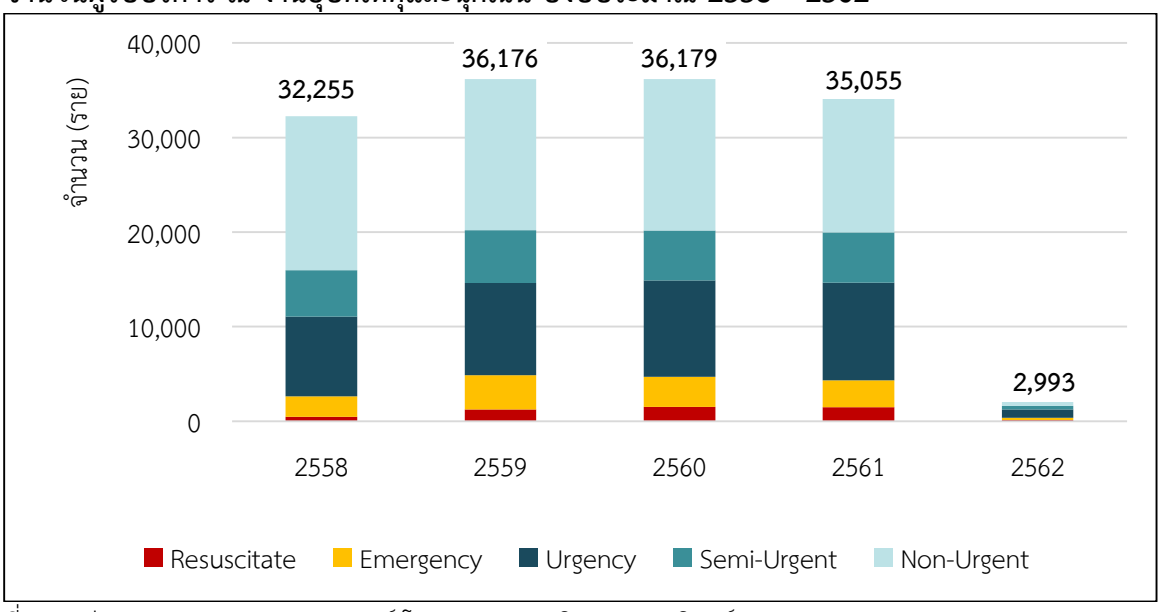
อันดับสาเหตุการตาย

ตาราง 8 10 อันดับสาเหตุการตาย ปีงบประมาณ 2559 – 2561

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Accident	130	Accident	108	Essential (Primary) Hypertension	11
2	Pneumonia	108	Pneumonia	87	Pneumonia	9
3	Essential (Primary) Hypertension	64	Essential Hypertension	72	Malignant Neoplasm Of Ovary	7
4	Ischemic Heart Diseases	56	Leukemia	57	Acute Myocardial Infarction	7
5	Malignant Neoplasms	50	Acute Myocardial Infarction	46	การถูกทำร้ายโดยการใช้กำลังกาย	7
6	Heart Disease	47	Chronic Kidney Disease	27	Chronic Kidney Disease	4
7	Disorders Related To Short Gestation And Low Birth Weight	34	Heart Failure	24	Respiratory Tuberculosis, Not Confirmed Bacteriologically Or Histologically	3
8	Cerebrovascular Disease	32	Preterm Low Birth Weight	24	Other Septicemia	2
9	Chronic Lower Respiratory Disease	30	Cerebral Infarction	23	Unspecified Human Immunodeficiency Virus (HIV) Disease	2
10	Human Immunodeficiency Virus(HIV) Disease	23	Renal Failure	13	Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus	2

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

จำนวนผู้รับบริการ ณ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2558 – 2562



ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

อันดับโรคของผู้รับบริการที่มารับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ตาราง 9 10 อันดับโรคของผู้รับบริการ ณ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ 2559 – 2562

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Open wound	1,714	Open wound	2,079	Fever, unspecified	471
2	Fever, unspecified	1,647	Fever, unspecified	1,708	Open wound	333
3	Dyspepsia	1,488	Dyspepsia	1,620	Dyspepsia	230
4	Gastroenteritis and colitis	1,017	Acute bronchitis, unspecified	1,200	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	193
5	Unspecified injury of head	979	Unspecified injury of head	1,197	Unspecified injury of head	180
6	Acute nasopharyngitis	874	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	1,130	Gastroenteritis and colitis of unspecified origin	170
7	Asthma, unspecified	821	Stroke, not specified as hemorrhage or infarction	995	Acute bronchitis, unspecified	162
8	Dizziness and giddiness	751	Pneumonia, unspecified	963	Dizziness and giddiness	146
9	Need for immunization against rabies	730	Dizziness and giddiness	882	Pneumonia, unspecified	144
10	Chronic obstructive pulmonary disease	724	Asthma, unspecified	820	Essential (primary) hypertension	133

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

อันดับการผ่าตัดใหญ่

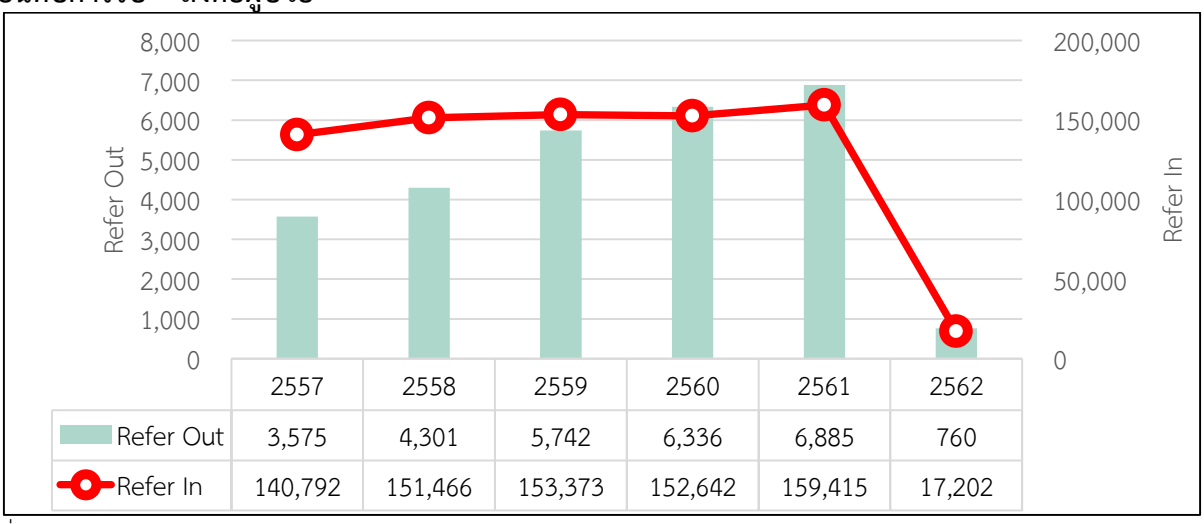
ตาราง 10 10 อันดับการผ่าตัด ปีงบประมาณ 2560 - 2562

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Low cervical cesarean section	2,417	Low cervical cesarean section	2,537	Low cervical cesarean section	206
2	Debridement of wound, infection, or burn	616	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	552	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	116
3	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	505	Debridement of wound, infection, or burn	542	Phacoemulsification and aspiration of cataract	77
4	Other appendectomy	402	Other appendectomy	407	Debridement of wound, infection, or burn	75
5	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	263	Insertion of intraocular lens prosthesis at time of cataract extraction, one-stage	295	Other bilateral ligation and division of fallopian tubes	42
6	Phacoemulsification and aspiration of cataract	211	Phacoemulsification and aspiration of cataract	268	Other appendectomy	40
7	Other portion adhesiolysis	154	Aspiration curettage following delivery or abortion	141	Extra capsular extraction of lens by linear extraction technique	39

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
8	Repair of indirect inguinal hernia	145	Other portion adhesiolysis	130	Aspiration curettage following delivery or abortion	15
9	Aspiration curettage following delivery or abortion	144	Repair of indirect inguinal hernia	111	Other portion adhesiolysis	14
10	Open reduction of fracture with internal fixation (tibia and fibula)	92	Open reduction of fracture with internal fixation (femur)	88	Repair of indirect inguinal hernia	10

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

อันดับการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย



	2557	2558	2559	2560	2561	2562
Refer Out	3,575	4,301	5,742	6,336	6,885	760
Refer In	140,792	151,466	153,373	152,642	159,415	17,202

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

ตาราง 11 อันดับการส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2560 - 2562

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Chronic ischemic heart disease	351	Chronic ischemic heart disease	363	Chronic ischemic heart disease	39
2	Calculus of kidney and ureter	120	Acute myocardial infarction	141	Acute myocardial infarction	19
3	Congenital malformations of cardiac septa	88	Calculus of kidney and ureter	125	Malignant neoplasm of breast	18
4	Acute myocardial infarction	80	Malignant neoplasm of breast	90	Congenital malformations of cardiac septa	14
5	Systemic lupus erythematosus (SLE)	79	Congenital malformations of cardiac septa	81	Malignant neoplasm of bronchus and lung	10
6	Epilepsy	78	Epilepsy	81	Malignant neoplasm of ovary	10
7	Complications and ill-defined descriptions of	76	Complications and ill-defined descriptions of	77	Hyperplasia of prostate	9

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
	heart disease		heart disease			
8	Chronic kidney disease	73	Chronic kidney disease	69	Retinal disorders in diseases classified elsewhere	8
9	Malignant neoplasm of breast	73	Malignant neoplasm of ovary	69	Systemic lupus erythematosus (SLE)	8
10	Malignant neoplasm of ovary	69	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	65	Complications and ill-defined descriptions of heart disease	8

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

ตาราง 12 10 อันดับการรับผู้ป่วย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2560 – 2562

อันดับ	ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
	โรค	**จำนวน**	**โรค**	**จำนวน**	**โรค**	**จำนวน**
1	Chronic kidney disease	1,498	Chronic kidney disease	2178	Chronic kidney disease	222
2	Chronic ischemic heart disease	663	Chronic ischemic heart disease	747	Calculus of kidney and ureter	85
3	Other nontoxic goiter	658	Other nontoxic goiter	684	Other nontoxic goiter	72
4	Essential (primary) hypertension	584	Glaucoma	678	Glaucoma	58
5	Other spondylopathies	575	Essential (primary) hypertension	553	Supportive and unspecified otitis media	54
6	Glaucoma	570	Supportive and unspecified otitis media	491	Chronic ischemic heart disease	51
7	Supportive and unspecified otitis media	464	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	455	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs	46
8	Thyrotoxicosis [hyperthyroidism]	439	Other spondylopathies	423	Essential (primary) hypertension	39
9	Other intervertebral disc disorder	422	Maternal care for known or suspected abnormality of pelvic organs	418	เยื่อบุมดลูกอยู่ผิดที่	39
10	Thalassemia	403	Leiomyoma of uterus	390	Leiomyoma of uterus	37

ที่มา : กลุ่มงานสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ตุลาคม 2561

สถานการณ์ทางการเงิน

ตาราง 13 อัตราส่วนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2557 – 2561

ปี	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depleciation	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scoring
2557	2.77	2.62	2.05	212,631,544.99	22,251,121.43	0	0	0	0
2558	1.79	1.61	0.92	92,497,049.62	-36,427,330.61	0	1	0	1
2559	1.02	0.88	0.50	3,229,108.78	-56,773,125.66	3	2	1	6
2560	1.46	1.36	0.95	82,851,406.24	40,234,867.92	1	0	0	1
2561	1.66	1.52	1.22	115,616,862.98	3,344,056.31	0	0	0	0
2562	2.01	1.87	1.38	166,256,774.90	45,560,833.11	0	0	0	0

ที่มา : กลุ่มงานการเงินและบัญชี ณ ตุลาคม 2561

CR คือ Current Ratio (อัตราส่วนทุนหมุนเวียน) QR คือ Quick Ratio (อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว)

Cash คือ Cash Ratio (อัตราส่วนเงินสด) NWC คือ Net Working Capital (เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ)

คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ

การพัฒนาสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

อัตราส่วนการตายมารดาไทย

ในบริบทจังหวัดนราธิวาส มารดาที่ตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนสูงเช่น มีภาวะแทรกซ้อนสูงเช่นมีภาวะเสี่ยง PIH โรคหัวใจ,เบาหวาน,ไทรอยด์และยังพบหญิงตั้งครรภ์มีภาวะซีดก่อนการตั้งครรภ์ทำให้ต่อเนื่องขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอดและหลังคลอด

มาตรการ

กระบวนการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ High Risk Pregnancy ที่มาฝากครรภ์อย่างต่อเนื่องและอยู่ในความดูแลของสูติแพทย์ อายุรแพทย์เพื่อดูแลและเตรียมตัวเพื่อการคลอดและส่งต่อข้อมูลให้ห้องคลอดเพื่อเตรียมการและวางแผนในการคลอดให้ปลอดภัยทั้งมารดาและทารกและดูแลหลังคลอดจนถึงกลับบ้านและมีการเยี่ยมบ้านจนถึง 7 วันหลังคลอดหรือจนกว่าปลอดภัย

1. ด้านบริหาร นโยบายและแผนพัฒนางานแม่และเด็กชัดเจนทั้งจังหวัดในการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยง มี PNC เครือข่ายระดับจังหวัด
   - มีการจัดโซนนิ่งแพทย์ในการดูแลประจำโรงพยาบาลชุมชน
   - มีการวางแผนจัดสูติแพทย์ออก screening case เสี่ยงที่ศูนย์ชุมชนเมืองเดือนละ 1 ครั้ง
   - มีการปรับระบบ refer ให้ง่ายขึ้นในเรื่อง การเหน็บยา PGE2 1 dose ปรับเวลาการเบ่งคลอดก่อน refer และการประเมินน้ำหนักเด็กที่โตกว่า 3500 กรัมให้ส่งมาคลอดในโรงพยาบาลจังหวัด
2. ด้านวิชาการ มีการนิเทศหน้างานแม่และเด็กเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
   - โครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน
   - มีการอบรมเจ้าหน้าที่งานแม่และเด็กเพื่อพัฒนางานอย่างตอเนื่อง
3. ด้านบุคลากร มีการพัฒนาและเพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่อนามัยแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ
   - เพิ่มพูนความรู้ใหม่ ๆและอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อพัฒนางาน
   - สร้างขวัญและกำลังใจให้บุคลากรงานอนามัยแม่และเด็ก
   - มีการประชุม conference case ทุกครั้งที่มีเหตุการณ์สำคัญเช่น แม่ dead เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน
4. ด้านบริการ บริการตามมาตรฐานวิชาชีพในการดูแลหญิงตั้งครรภ์

ตาราง 14 อัตราส่วนการตายมารดา

รายการ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		2557	2558	2559	2560	2561	2562
มารดาตาย	<25:100,000	124.97 5/4,001	117.76 5/4246	206.42 9/4360	45.48 2/4397	83.99 4/4762	0 0/823

ที่มา งานห้องคลอด โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ พฤศจิกายน 2561

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา อุปสรรค ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
-การเข้าถึงบริการล่าช้า	**Prehospital** 1. ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานเกี่ยวกับการคัดกรองผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อภาวะครรภ์เป็นพิษแพทย์ออก screening case เสี่ยงร่วมกับเจ้าหน้าที่รพสต 2. ให้ความรู้แก่แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชม ปรับระบบเกณฑ์การส่งต่อให้เร็วขึ้น 3. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงให้มาฝากครรภ์ตามนัดทุกๆ ครั้ง ผ่านเครือข่าย อสม. โดยเฉพาะในรายที่ไปทำงานที่ประเทศมาเลเซียที่มักไม่ได้มาติดตามการรักษาตามนัด (Loss follow up)
-2.การประเมินผู้ป่วย การวางแผน (ระบุ) การประเมินอาการไม่ถูกต้อง การรักษาไม่ครอบคลุม	**In Hospital** 1. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงครรภ์เป็นพิษ ได้พบสูติแพทย์ High risk Clinic ทุกๆ visit 3. Early Diagnosis ทุกช่วงอายุครรภ์ให้รายงานแพทย์เพื่อรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อสังเกตอาการ 4. Early Treatment สามารถรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงของจังหวัดนราธิวาสได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องเหมาะสม โดยมีสูติแพทย์ประจำ Zoningเป็นที่ปรึกษาในราย ที่จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ 5. Early Refer เมื่อวินิจฉัยว่ามีแทรกซ้อนรุนแรง ให้โทรปรึกษาแพทย์เวรห้องคลอด ระหว่างการนำส่งเข้าโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ทุกรายเพื่อพิจารณาการดูแลรักษาต่อตามอายุครรภ์ โดยใช้ระบบ Fast track

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

1. ทบทวนระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในเครือข่ายร่วมกันทุกราย
2. การให้ข้อมูลเพื่อการส่งต่อที่ครบถ้วนเพื่อการวินิจฉัย
3. ก่อนการ Refer ควรแจ้งข้อมูลของคนไข้ให้ครบถ้วนเพื่อการรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว
4. ทบทวนระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงในเครือข่ายร่วมกันทุกรายอย่างต่อเนื่อง
5. ปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงการติดตามเยี่ยมบ้าน

ผู้รายงาน

นางปัทมา หะมะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล
โทร. 073 510 510 E-mail: pathamahama@hotmail.com

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย ใน คปสอ. เมืองนราธิวาส ปี 2561 มีจำนวนเด็ก 0-5 ปี กลุ่มอายุ 9 , 18 , 30 และ 42 เดือน จำนวน 5203 คน พัฒนาการสมวัยจำนวน 5010 คน คิดเป็นร้อยละ 96.29 ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) จำนวน 1009 คน คิดเป็นร้อยละ 20.14 และได้รับการติดตามหลังพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน จำนวน 977 คน คิดเป็นร้อยละ 96.83 และเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการและได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30

มาตรการ/แผนการดำเนินงาน

การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1. คัดกรองพัฒนาการเด็ก 4 กลุ่มอายุ (9,18,30,42 เดือน) ด้วยเครื่องมือ DSPM ส่วนกลุ่มเสี่ยง (BAและ LBW) ได้รับการคัดกรองด้วยเครื่องมือ DAIM และติดตามอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยในช่วงอายุที่ต้องรับ EPI
2. คัดกรองพัฒนาการเด็ก 0 - 5 ปี พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และหลังกระตุ้น 1 เดือน หากยังมีพัฒนาการไม่สมวัย ส่งต่อเข้าคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อให้มีการตรวจและกระตุ้นพัฒนาการด้วย TDEDA4I
3. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูผู้ดูแลเด็ก ครูในโรงเรียนชั้นอนุบาล และ อสม. ให้สามารถดำเนินการเชิงรุกค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยและสามารถคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย DSPM
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำ รพ.สต. และ ศสม. ทุกแห่ง ได้รับการฝึกทักษะการตรวจพัฒนาการเด็กในคลินิกพัฒนาการที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
5. ติดตามนิเทศหน้างานทักษะการตรวจพัฒนาการของบุคลากรทุกระดับโดยใช้เครื่องมือ DSPMในกลุ่มปกติ และ DAIM ในกลุ่มเสี่ยง BA และ LBW
6. ส่งเสริมให้ทุกสถานบริการสาธารณสุข จัดมุมส่งเสริมสุขภาพโภชนาการ พัฒนาการเด็ก และทันตสุขภาพ (มุม NDDC: Nutrition Development Corner) เพื่อเป็นแหล่งเรียนรู้และสาธิตให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้เลี้ยงดูเด็ก ได้เรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพ โภชนาการ พัฒนาการ และการดูแลสุขภาพช่องปากเพื่อนำความรู้ไปปฏิบัติกับลูกได้อย่างถูกต้อง

ผลการดำเนินงาน

ตาราง 15 ร้อยละ90 ของเด็ก 0- 5 ปี อายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)	เป้าหมาย	5,576	5,073	5,203
	ผลงานอำเภอ	1,298	4,388	5,010
	ร้อยละ	23.28	86.50	96.29
รพ.สต.ลำภู		500/280	472/389	505/497
รพ.สต.มะนังตายอ		318/34	275/264	246/246
รพ.สต.บางปอ		257/74	232/196	257/248

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง		314/78	279/273	261/254
รพ.สต.โคกศิลา		211/70	193/183	178/175
รพ.สต.กะลุวอ		301/117	286/276	262/261
รพ.สต.กะลุวอเหนือ		639/101	636/541	636/631
รพ.สต.บือราเป๊ะ		440/44	381/370	348/347
รพ.สต.โคกเคียน		590/114	567/481	542/534
รพ.สต.สุไหงบาลา		323/97	337/309	306/302
รพ.สต.สะปอม		380/133	383/322	407/407
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล		93/2		226/123
ศสม.วัดประชาภิรมย์		256/65	184/121	188/175
ศสม.ยะกัง 2		434/49	411/350	473/459
ศสม.กำปงบารู		520/40	437/313	368/351

ที่มา : Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส (ณ 6 ธันวาคม 2561)

ผลการดำเนินงานพัฒนาการ 4 กลุ่มวัย อายุ 9 , 18 , 30 และ 42 เดือน คปสอ.เมืองนราธิวาส ปี 2559 - 2561 พบว่า การบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองพัฒนาการ 4 กลุ่มวัย คิดเป็นร้อยละ 23.28 , 85.76 และ 96.29 ตามลำดับ และ ในปี 2561 รพ.สต.ทุกแห่งมีผลการดำเนินงานพัฒนาการตามเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)

ตาราง 16 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20)	เป้าหมาย	1,298	4,388	5,010
	ผลงานอำเภอ	228	451	1,009
	ร้อยละ	17.57	10.28	20.14
รพ.สต.ลำภู		280/29	389/72	497/124
รพ.สต.มะนังตายอ		34/16	264/19	246/47
รพ.สต.บางปอ		74/3	196/15	248/61
รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง		78/9	273/32	254/60
รพ.สต.โคกศิลา		70/5	183/10	175/51
รพ.สต.กะลุวอ		117/25	276/51	261/67
รพ.สต.กะลุวอเหนือ		101/51	541/61	631/148
รพ.สต.บือราเป๊ะ		44/8	370/9	347/82
รพ.สต.โคกเคียน		114/23	481/59	534/90
รพ.สต.สุไหงบาลา		97/13	309/16	302/55
รพ.สต.สะปอม		133/6	322/16	407/52
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล		2/0		123/7
ศสม.วัดประชาภิรมย์		65/11	121/2	175/36

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ศสม.ยะกัง 2		49/15	350/65	459/58
ศสม.กำปงบารู		40/14	313/24	351/71

ที่มา : Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส (ณ 6 ธันวาคม 2561)

ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 คปสอ.เมืองนราธิวาส ปี 2559 - 2561 พบว่า ผลการคัดกรองพัฒนาการล่าช้าในการตรวจครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 17.57 , 10.25 และ 20.14 ตามลำดับ และในปี 2561 รพ.สต. ที่มีผลการดำเนินงานการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน 9 แห่ง และ รพ.สต.ที่มีผลงานผ่านเกณฑ์ 3 อับดับแรก คือ รพ.สต.โคกศิลา รพ.สต.กะลุวอ รพ.สต.ลำภู ผลงานร้อยละ 29.14 ,25.67 , และ 24.95 ตามลำดับ ส่วน รพสต.ที่มีผลการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ 3 อันดับแรกคือ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล ศสม.ยะกัง 2 รพ.สต.สะปอม ผลงานร้อยละ 5.69 ,12.64 และ 12.78 ตามลำดับ

ตาราง 17 ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกและได้รับการติดตาม

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)และได้รับการติดตามภายใน 30 วัน (ร้อยละ 100)	เป้าหมาย	228	451	1009
	ผลงานอำเภอ	142	351	977
	ร้อยละ	62.28	77.83	96.83
รพ.สต.ลำภู		29/7	72/51	124/121
รพ.สต.มะนังตายอ		16/12	19/14	47/47
รพ.สต.บางปอ		3/3	15/4	61/53
รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง		9/5	32/31	60/59
รพ.สต.โคกศิลา		5/5	10/6	51/50
รพ.สต.กะลุวอ		25/23	51/49	67/67
รพ.สต.กะลุวอเหนือ		51/29	61/51	148/148
รพ.สต.บือราเป๊ะ		8/5	9/9	82/82
รพ.สต.โคกเคียน		23/14	59/35	90/90
รพ.สต.สุไหงบาลา		13/7	16/8	55/53
รพ.สต.สะปอม		6/2	16/7	52/52
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล		0/0	0/0	7/6
ศสม.วัดประชาภิรมย์		11/10	2/1	36/25
ศสม.ยะกัง 2		15/8	65/62	58/56
ศสม.กำปงบารู		14/12	24/23	71/68

ที่มา : Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส (ณ 6 ธันวาคม 2561)

ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก อายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)และได้รับการติดตาม ภายใน 30 วัน เกณฑ์ร้อยละ 90 คปสอ.เมืองนราธิวาส ปี 2559 - 2561 พบว่า ผลการคัดกรองพัฒนาการล่าช้าในการตรวจครั้งแรกและได้รับการติดตาม คิดเป็นร้อยละ 62.28 , 7783 และ 96.83 ตามลำดับ และ ในปี 2561 รพ.สต. ที่มีผลการดำเนินงานการคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)และได้รับการติดตามภายใน 30 วัน ผ่านเกณฑ์ทุกแห่ง ยกเว้น ศสม.วัดประชาภิรมย์ และศูนย์บริการสาธารณสุข ผลงาน 69.44 และ 85.71 ตามลำดับ

ตาราง 18 ร้อยละ60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
ร้อยละ60 ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	เป้าหมาย			7
	ผลงานอำเภอ			2
	ร้อยละ			28.57
รพ.สต.ลำภู				1/1
รพ.สต.มะนังตายอ				0/0
รพ.สต.บางปอ				2/0
รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง				1/0
รพ.สต.โคกศิลา				0/0
รพ.สต.กะลุวอ				0/0
รพ.สต.กะลุวอเหนือ				0/0
รพ.สต.บือราเป๊ะ				0/0
รพ.สต.โคกเคียน				0/0
รพ.สต.สุไหงบาลา				2/0
รพ.สต.สะปอม				0/0
ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล				0/0
ศสม.วัดประชาภิรมย์				0/0
ศสม.ยะกัง 2				1/1
ศสม.กำปงบารู				0/0

ที่มา : Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนราธิวาส (ณ 6 ธันวาคม 2561)

ผลการดำเนินงานเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ60 คปสอ.เมืองนราธิวาส ปี 2561 พบว่า เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I คิดเป็นร้อยละ 28.57 และ ในปี 2561 รพ.สต. ที่มีผลการดำเนินงานเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ผ่านเกณฑ์จำนวน 2 แห่ง คือ รพ.สต.ลำภู และ ศสม.ยะกัง 2 ส่วน รพสต.ที่ไม่ได้ส่งต่อเด็กเด็กพัฒนาการล่าช้าเข้ารับกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I มีจำนวน 3 แห่ง คือ รพ.สต.บางปอ ,รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง และ รพ.สต.สุไหงบาลา

ปัญหา อุปสรรค

1. บุคลากรสาธารณสุขไม่สามารถตรวจพัฒนาการเด็กโดยละเอียดในวันคลินิกเด็กดีได้ เนื่องจากจำนวนผู้บริการมีจำนวนมาก และมีหลายกิจกรรมในการให้บริการ
2. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการคัดกรองพัฒนาการเด็กมีทักษะแต่ไม่ปฏิบัติตามคู่มือที่กำหนด
3. ระบบฐานข้อมูลใน 43 แฟ้ม /HDC มีการบันทึกข้อมูลไม่ครอบคลุม การบันทึกข้อมูลมีความซับซ้อน
4. ความแตกต่างของผลการคัดกรอง ซึ่งตัดสินผลการประเมินของเจ้าหน้าที่แตกต่างกัน
5. เด็กขาดการติดตามเนื่องจากเด็กย้ายตามผู้ปกครองไปอยู่นอกพื้นที่
6. ผู้ปกครอง ไม่ยอมรับ ว่าบุตรของตนเองควรได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ
7. เด็กขาดโอกาสในการส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเนื่องจากไม่ได้รับการฝึกจากพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็ก/ครู
8. ระบบการส่งต่อเด็กที่เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ณ คลินิกพัฒนาการเด็ก ยังไม่ชัดเจน
9. เจ้าหน้าที่ที่คลินิกประตุ้นพัฒนาการยังไม่สามารถตรวจสอบรายชื่อเด็กที่ต้องรับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ข้อเสนอแนะ

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน เพื่อสรุปปัญหาผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา และชี้แจงการดำเนินงานพัฒนาการ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการบันทึกข้อมูลร่วมกับ IT ของอำเภอ
2. ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ มีการตรวจสอบข้อมูลในHDC อย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ไขปัญหาให้แก่สถานบริการ ตลอดจนการเร่งรัดผลการดำเนินงาน
3. ควรปรับการนัดเข้ารับบริการให้มีจำนวนเหมะสมกับบุคลากร เพื่อการตรวจพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง
4. แจ้งการประเมินให้ผู้ปกครองเด็กทราบ ให้เป็นลายลักษณ์อักษร และส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยพ่อ/แม่/ผู้ปกครอง เป็นผู้กระตุ้น และให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาพัฒนาการ
5. ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ประสานคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ให้มีการบันทึกข้อมูล ในสมุดสีชมพูทุกครั้งที่ให้บริการ และส่งข้อมูลคืนกลับแก่รพ.สต.ในรายที่มีพัฒนาการล่าช้า และผู้รับผิดชอบงานระดับตำบลจัดทำทะเบียนเด็กที่พัฒนาการล่าช้า ให้เป็นปัจจุบัน
6. พัฒนามุม NDDC ในสถานบริการ ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
7. จัดตั้งทีมคณะทำงาน คปสอ.เมือง เพื่อประเมินหน้างานการประเมินพัฒนาการ ที่ รพ.สต. ศสม. และ ศพด.

ผู้รายงาน

นางชลธิชา ลิ่มอุสันโน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร 081-9692029 E-mail:oochon.l@gmail.com

กลุ่มการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

มาตรการในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ การให้วัยรุ่นสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านเพศ เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้และมีทักษะในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนได้รับการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการจัดบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ของสถานบริการตั้งแต่ระดับ รพ.สต.และศสม. จึงเป็นมาตรการสำคัญในการดำเนินงานป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร จากการดำเนินงานในปี 2560 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ รวมทั้งรพ.สต.และศสม. ทุกแห่งได้ให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน (คลินิกวัยรุ่น) ทั้งนี้ได้บูรณาการร่วมกับคลินิกอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ เช่น คลินิก OSCC คลินิกยาเสพติด นอกจากนี้ได้มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อคลินิกบริการผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด โดยการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. มอบนโยบายและแนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแก่ผู้บริหารของ ศสม.และ รพ.สต.ในการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส
2. ประชุมติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่นและอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อให้ศสม.และ รพ.สต.เกิดการพัฒนาในระดับที่ดีขึ้น
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกับแกนนำมุสลิม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานให้กับเจ้าหน้าที่ตามวิถีมุสลิม

อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี ในอำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2561 เท่ากับ 34.39 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ 2560 เท่ากับ36.61, ปี 2559 เท่ากับ 40.90 ,ปี 2558 เท่ากับ 38.02, ปี 2557เท่ากับ 32.77 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คน) ในช่วงเวลาเดียวกัน แต่ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1000 คน(ในปีงบประมาณ 2562 เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิน 38ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1000 คน)

แผนการดำเนินงาน

1. ดำเนินงานจัดตั้งคลินิกอนามัยการเจริญพันธ์ที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมให้บริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อประเมินภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ให้คำปรึกษาและการบริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การเตรียมตัวก่อนมีบุตร การให้คำปรึกษาครอบครัว พ่อแม่ ผู้ปกครอง การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ การแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยการเจริญพันธ์
2. สร้างการมีส่วนร่วมของเยาวชนและภาคีเครือข่ายในการวางแผนและดำเนินการบริการสุขภาพและอนามัยเจริญพันธ์สำหรับวัยรุ่น โดยเป้าหมายหลักคือเยาวชนในช่วงอายุ 10 – 24 ปี
3. พัฒนาความรู้ โดยการจัดอบรมทักษะการให้บริการและปรับเปลี่ยนทัศนคติแก่บุคลากรทุกระดับ ภาคีเครือข่าย เยาวชนแกนนำทั้งในและนอกสถานศึกษา เพื่อให้กลุ่มวัยรุ่นเยาวชนเข้าถึงบริการ

4. ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานคลินิกโดยใช้ช่องทาง ป้ายไวนิล และ Facebook ของคลินิกวัยรุ่น http://www.facebook.com/ page คลินิกวัยรุ่น วัยใส โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์
5. การให้บริการช่องทางพิเศษสำหรับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ ตั้งแต่ การฝากครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด และการติดตามเยี่ยมหลังขณะอยู่ใน รพ. และ ออกจาก รพ.
6. จัดโครงการ ปฏิบัติการเชิงรุก วัยรุ่น วัยใส จากโรงพยาบาล สู่ โรงเรียนนำร่อง ในปีงบประมาณ 2561
7. ประชุมคณะกรรมการทุก ๓ เดือน เพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภในวัยรุ่นในขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด

ผลการดำเนินงาน

ตาราง 19 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	เป้าหมาย	4,364	4,681	3,447	4,097	4,041
	ผลงาน	143	178	141	150	139
	อัตรา	32.77	38.02	40.90	36.61	34.39
รพ.สต.โคกเคียน		394/12	388/20	401/9	413/13	432/10
รพ.สต.บือราเป๊ะ		422/10	444/20	425/12	416/8	399/7
รพ.สต.กะลุวอเหนือ		364/14	365/16	364/13	387/16	389/17
รพ.สต.สะปอม		241/10	257/10	266/9	264/10	253/12
รพ.สต.กะลุวอ		205/15	236/16	238/13	229/11	232/12
รพ.สต.โคกศิลา		124/6	177/6	140/6	148/4	155/5
รพ.สต.ลำภู		328/17	326/17	324/16	320/14	321/15
รพ.สต.มะนังตายอ		186/9	176/7	190/6	189/6	185/3
รพ.สต.สุไหงบาลา		198/6	188/3	179/7	185/7	184/6
รพ.สต.บางปอ		191/10	204/7	193/5	177/8	178/13
รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง		225/5	200/4	211/10	214/4	199/8
ศสม.วัดประชาภิรมย์		170/5	179/3	186/5	163/3	147/2
ศสม.ยะกัง 2		381/8	366/10	55/4	350/11	361/8
ศสม.กำปงบารู		430/10	445/13	59/10	444/9	404/7
เทศบาลเมือง		505/6	685/26	216/18	198/26	202/14

ที่มา: แบบรายงานการคลอด โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์,

: Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส (ณ 16 พฤศจิกายน 2561)

ผลการการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ทำให้อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 – 19 ปี เขตอำเภอเมืองจังหวัดนราธิวาส ปีงบประมาณ 2557-2561 (เดือนตุลาคม2556 – กันยายน 2561) เท่ากับ 32.77, 38.02, 40.90, 36.61 และ 34.39 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1000 คน ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ในช่วงเวลาเดียวกันแต่ไม่เกินเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15 –

19 ปี 1000 คน (ในปีงบประมาณ 2562 เกณฑ์เป้าหมาย ไม่เกิน 38ต่อประชากรหญิงอายุ 15 – 19 ปี 1000 คน)

ปัญหา อุปสรรค

ประเด็นปัญหาที่สำคัญของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเนื่องจากบริบทของพื้นที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งแต่งงานเมื่ออายุยังน้อยและถูกต้องตามหลักศาสนา ซึ่งขัดต่อหลักการศาสนาในการคุมกำเนิดของมารดาวัยรุ่น และเนื่องจากมารดาที่เป็นวัยรุ่นส่วนใหญ่มอบอำนาจการตัดสินใจในเรื่องการคุมกำเนิดให้กับสามีและญาติผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นพ่อแม่เป็นหลัก ทำให้ยากต่อการดำเนินงานดังกล่าว มาตรการในการที่จะสร้างความรู้ความเข้าใจแก่มารดาวัยรุ่น คือการให้ความรู้แก่คู่สมรสก่อนแต่งงานที่ทางคณะกรรมการอิสลามจังหวัดได้ดำเนินการเป็นประจำทุกเดือน และการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียนมัธยมเพื่อให้มารดาวัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการคุมกำเนิด การให้ความรู้เกี่ยวกับคลินิกบริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ใน รพ.สต. และ ศสม.ทุกแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานยังขาดทักษะและความรู้ในการให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่น เพศศึกษาในโรงเรียน นอกจากนี้ยังขาดสื่อสิ่งพิมพ์ที่เพื่อใช้ในการจัดกิจกรรมแก่เยาวชนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

1. ส่วนกลางควรมีการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฯที่เป็นภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติงาน
2. มีการสนับสนุนสื่อ-สิ่งพิมพ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
3. ประชาสัมพันธ์โดยใช้ช่องทางหลายๆช่องทางเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามารับบริการให้มากขึ้น

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

จัดทำโครงการ ปฏิบัติการเชิงรุก วัยรุ่น วัยใส จากโรงพยาบาล สู่ โรงเรียนนำร่องในปีงบประมาณ 2561 โดยมีการสร้างระบบบริการสุขภาพวัยรุ่ยแบบองค์รวมที่สามารถเข้าถึงบริการในสถานบริการทุกระดับ มีกิจกรรมอบรมแกนนำวัยรุ่น มีหลักสูตรการจัดการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษาในโรงเรียน กิจกรรมค่ายทักษะชีวิตในวัยรุ่นและเยาวชน การป้องกันเอดส์และท้องไม่พร้อมในชุมชน

ผู้รายงาน

นางสุรัยยา แมยู พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 087 807 9819 Email : suyamae290@gmail.com

กลุ่มผู้สูงอายุ

ร้อยละตำบลที่มีระบบ Long Term Care ผ่านเกณฑ์

การดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เมืองนราธิวาสได้จัดทำโครงการเพื่อสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพของกลุ่มวัยผู้สูงอายุร่วมกับภาคีเครือข่ายในระบบ

บริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยพื้นที่ตำบล Long term care (LTC) จากพื้นที่นำร่องปี 2559 จำนวน 1 ตำบล คือ ตำบลบางนาค เพิ่มปี 2560 จำนวน 2 ตำบล คือ ตำบลลำภู และตำบลมะนังตายอ และเพิ่มปี 2561 จำนวน 1 ตำบล คือ ตำบลกะลุวอ รวมทั้งหมด 4 ตำบลและวางแผนเพิ่มปี 2562 อีก 2 ตำบล คือ ตำบลโคกเคียนและตำบลกะลุวอเหนือ มีการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care giver เพิ่มจากปี 2559 เดิม 14 คน เพิ่มปี 2560 อีก 64 คน เพิ่มปี 61 อีก 37 คน รวม Caregiver ทั้งหมดในเขตอำเภอเมือง จ.นราธิวาสจำนวน 115 คน และมีการนิเทศการดำเนินงานของ Care giver มี Care managerที่ ได้รับการอบรมจากปี 2559 จำนวน 2 คน เพิ่มในปี 2560 จำนวน 3 คน และปี 2561 จำนวน 5 คน รวมเป็น 10 คน จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในปี 2559 จำนวน 29 คน ทำcare plan จำนวน 29 ฉบับ ร้อยละ 100 ในปี 2560 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รายใหม่ จำนวน 34 คน ทำ care plan จำนวน 34 ฉบับร้อยละ 100 ในปี 2561 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ 32 คน ทำ care plan จำนวน 32 ฉบับร้อยละ 100 ในปี2562 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายใหม่ 9 คน ทำ care plan จำนวน 9 ฉบับร้อยละ 100 รายเก่า 17 คน ร้อยละ100

ในปัจจุบัน จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น จากการลงพื้นที่สำรวจประชากร ปี 2561 พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวน 11,019 คน อยู่ในกลุ่มติดสังคม จำนวน 10,473 คน ร้อยละ 95.00 ติดบ้านจำนวน 520 คน ร้อยละ 4.71 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 26คน ร้อยละ 0.23 แนวโน้มโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ พบว่าจำนวนมากขึ้น ซึ่งเป็นปัญหาในผู้สูงอายุ ปัญหาทางสุขภาพกาย และสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้สูงอายุจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการคัดกรองและประเมินสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่ายลงพื้นที่เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพ โดยดำเนินการต่อไปนี้

1. ออกคัดกรองภาวะสุขภาพ 10 เรื่อง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
2. ออกกนิเทศงานตำบล Long term care โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
3. ดำเนินกิจกรรมตามกลุ่มของผู้สูงอายุ
    - กลุ่มติดสังคม โดยส่งเสริมการจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุและประเมินสุขภาพ
    - กลุ่มติดบ้าน โดยมีกิจกรรมออกเยี่ยมบ้าน และตรวจสุขภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
    - กลุ่มติดเตียง โดยมีกิจกรรมออกเยี่ยมบ้านและตรวจสุขภาพร่วมกับทีมวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

แผนการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ/ผู้พิการเกี่ยวกับตัวชี้วัด
2. จัดทำแผนการดำเนินงานตามตัวชี้วัด
3. ลงพื้นที่เพื่อคัดกรองภาวะสุขภาพ 10 เรื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
4. จัดทำระบบการบันทึกข้อมูลและติดตามการประเมินผล
5. ออกนิเทศตำบล Long Term Care
6. สรุปผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน

ตาราง 20 ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term care) ในชุมชน

หน่วย อปท. ที่รับผิดชอบ	ผลการดำเนินงาน														
	2559/2560					2561					2562				
	จำนวนผู้สูงอายุรายใหม่	จำนวน CG	จัดทำ CPราย ใหม่(ฉบับ)	ผู้สูงอายุพัฒนาดีขึ้น	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์	จำนวนผู้สูงอายุรายใหม่	จำนวน CG	จัดทำ CPราย ใหม่ (ฉบับ)	ผู้สูงอายุมีการพัฒนาที่ดีขึ้น	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์	จำนวนผู้สูงอายุรายใหม่	จำนวน CG	จัดทำ CP ราย ใหม่ (ฉบับ)	ผู้สูงอายุพัฒนาดีขึ้น	จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์
เทศบาลเมืองนราธิวาส	29/11	14/14	29/11	0/11	1/1	9	14	9	7	1	9	17	9	0	1
อบต.ลำภู	0/8	0 /10	0/8	0/4	0/1	1	10	1	2	1	0	10	0	0	1
อบต.มะนังตายอ	0 /15	0/4	0/15	๐/1	0/1	2	4	2	1	1	0	4	0	0	1
อบต.กะลุวอ	0/0	0/0	0/0	0/0	0/0	20	7	20	0	1	0	7	0	0	1
	29/34	**14/28**	**29/34**	**0/16**	**1/3**	**32**	**35**	**32**	**10**	**4**	**9**	**38**	**9**	**0**	**4**

ที่มา HDC นราธิวาส ข้อมูล ณ ตุลาคม 2561

ตาราง 21 ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน				
		2557	2558	2559	2560	2561
ร้อยละตำบลที่มีระบบ LTC ผ่านเกณฑ์	เป้าหมาย/เกณฑ์	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ltc 7 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ltc 7 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดltc 7 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ltc 7 ข้อ	ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ltc 7 ข้อ
	ผลงาน	0	0	4 ข้อ	6 ข้อ	6 ข้อ
	ร้อยละ	%	%	57.14%	85.71%	85.71 %
	เทศบาลเมืองนราธิวาส	0	0	ผ่าน 4 ข้อ 57.14%	ผ่าน 6 ข้อ 85.71 %	ผ่าน 6 ข้อ 85.71%
	อบต.ลำภู	0	0	0	ผ่าน 6ข้อ 85.71%	ผ่าน 6 ข้อ 85.71%
	อบต.มะนังตายอ	0	0	0	ผ่าน 6 ข้อ 85.71%	ผ่าน 6 ข้อ 85.71%
	อบต.กะลุวอ	0	0	0	0	ผ่าน 6 ข้อ 85.71 %

ที่มา HDC นราธิวาส ข้อมูล ณ ตุลาคม 2561

. ผลการดำเนินงานในไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 คปสอ.เมืองนราธิวาส ในระบบบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โดยพื้นที่ตำบล LTC ทั้งหมด 4 ตำบล มีผลงานร้อยละ 85.71 มีการจัดตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคณะกรรมการกองทุนตำบล มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุขึ้นในบางพื้นที่ มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีบริการทันตกรรมในบางพื้นที่ แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ Care giver ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และมีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care manager เยี่ยมติดตาม และนิเทศงาน โดยจะมีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย

ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
พื้นที่เขตศสม.วัดประชาภิรมย์ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care manager เกษียณอายุราชการทำให้ไม่มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care manager ในพื้นที่นั้น	อยากให้เปิดอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ Care managerทดแทน ในพื้นที่ที่ยังขาดแคลน

ผู้รายงาน

นางรอฮานา ลาเต๊ะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร 081 798 3803 Email : Rohanafadil@hotmail.com

การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ

โครงการ “3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน

การบำบัดรักษาเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ปีงบประมาณ 2561 – 2562 (ณ พฤศจิกายน ๒๕๖๑)

ตาราง 22 การคัดกรองผู้รับบริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่

ปีงบประมาณ	เป้าหมาย (ราย)	การคัดกรอง ราย (ร้อยละ)	ผลการคัดกรอง ราย (ร้อยละ)		
			ไม่สูบ	สูบ	เลิก> 1 เดือน
2561	30,382	18,088 (59.54)	16,861 (93.21)	908 (5.02)	319 (1.76)
2562	150,540	47,011 (31.23)	41,456 (88.18)	3,808 (8.10)	1,747 (3.72)

(ณ พฤศจิกายน 2561)

การคัดกรองผู้รับบริการเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ พบว่า ปีงบประมาณ 2561 – 2562 (ณ พฤศจิกายน 2561) คิดเป็นร้อยละ 59.43 และร้อยละ 31.23 ซึ่ง พบ ผู้สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.02 และ 8.10 ผู้ที่เลิกบุหรี่ > 1 เดือน ร้อยละ 1.79 และ 3.72 ตามลำดับ

ตาราง 23 ผลการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้รับบริการ ราย	ผลการบำบัดรักษา ราย(%)				
		เลิกสูบ > 6 เดือน	ลดลง	ยังคงสูบ	กำลังรักษา	ขาดการรักษา
2561	82	18 (21.95)	13 (15.85)	8 (9.76)	32 (39.02)	11 (13.41)
2562	7	-	-	-	7	-

(ณ พฤศจิกายน 2561)

การดำเนินงานบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ ปี งบประมาณ 2561 – 2562 (พฤศจิกายน 2561) พบว่า ปี 2561 มีผู้รับบริการเลิกบุหรี่ จำนวน 82 ราย สามารถเลิกสูบ > 6 เดือน ร้อยละ 21.95 ลดปริมาณการสูบ ร้อยละ 15.85 และ กำลังรักษา ร้อยละ 39.02 ปีงบประมาณ 2562 (ณ พฤศจิกายน 2561) มีผู้รับรับบริการกำลังรักษา จำนวน 7 ราย

กิจกรรม /โครงการ ปีงบประมาณ 2562

1. กิจกรรมรณรงค์บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ร่วมใจ ลด ละ เลิก บุหรี่ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชันย์ภายใต้ชื่อ “ค่ายคนดี..ที่รักษ์สุขภาพ” เป็นบุคคลต้นแบบของการเลิกบุหรี่ได้ จำนวน 60 ราย
2. การพัฒนาโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นสถานพยาบาลปลอดบุหรี่ร้อยละ100 มีนโยบาย/มาตรการควบคุมสิ่งแวดล้อมให้ ปราศจากควันบุหรี่อย่างเคร่งครัด เริ่มดำเนินการวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2561 เป็นต้นไป
3. อบรมแกนนำชุมชนช่วยเลิกบุหรี่ 3 ล้าน 3 ปี เทิดไท้องค์ราชัน ปี 2561” จำนวน 160 ราย
4. ประชุมเชิงปฏิบัติ “ทีมสหวิชาชีพ รักใครให้ชวนเลิก (บุหรี่)”เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ในการนำมาตรการ 5Aสู่งานประจำ จำนวน 95 ราย
5. จัดประชุมองค์กรแพทย์ โดยขอความร่วมมือบูรณาการช่วยเลิกบุหรี่ในการตรวจรักษาแพทย์/ทันตแพทย์ จำนวน 40 ราย
6. พัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา/ติดตาม ผู้รับบริการคลินิกอดบุหรี่โดยบูรณาการการแพทย์แผนไทย ร่วมกับจิต สังคมบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้รายงาน

นางสุชาดา อุดมลาภสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช
โทร. 07 351 0680 Email: suchada_udom@hotmail.com

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

จากการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงได้วิเคราะห์สถานะสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำคัญ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในปี 2558-2561 ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ได้ดี /ระดับความดันโลหิตได้ดี ยังไม่ผ่านเกณฑ์ อาจเนื่องจากผู้ป่วย DM HT ส่วนหนึ่งยังไม่เข้าถึงบริการ /ขาดนัด การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมทั้งการบันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์

แผนการดำเนินงาน

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยังควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด / ความดันโลหิต โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยเภสัชกร นักโภชนากร นักวิชาการสาธารณสุข จากคลินิกDPAC
2. การทำ SMBG (Self-Monitoring Blood Glucose) ใน ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ยาก ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลสูงมาก หรือ ต่ำมาก , ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลต่ำโดยไม่มีอาการน้ำตาลต่ำ และ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 โดย แพทย์ผู้ตรวจ จะเป็นผู้พิจารณาซ้ำอีกครั้ง
3. การทำ SMBP (Self-Monitoring Blood pressure) ใน ผู้ป่วยที่มีเครื่องวัดความดันเองที่บ้าน แนะนำจดบันทึก พร้อมนำมา ประกอบการรักษาตามนัดหมาย

ผลการดำเนินงาน

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน											
		2558			2559			2560			2561		
		จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (DM > ร้อยละ 40)	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ศสม.วัดประชาภิรมย์	377	45	11.94	379	98	25.86	398	15	3.82	522	99	18.97
	ศสม.ยะกัง 2	274	31	11.31	296	63	21.28	301	9	2.99	365	57	15.62
	ศสม.กำปงบารู	413	37	8.96	601	74	12.31	599	8	1.34	668	59	8.83
	รพ.สต.ลำภู	370	47	12.70	396	83	20.96	387	14	3.62	477	78	16.35
	รพ.สต.มะนังตายอ	122	10	8.20	128	15	11.72	112	3	2.68	151	15	9.93
	รพ.สต.บางปอ	119	26	21.85	121	29	23.97	114	1	0.88	145	9	13.10
	รพ.สต.ตะโละแน็ง	80	7	8.75	80	12	15.00	83	1	1.20	109	13	11.93
	รพ.สต.โคกศิลา	77	10	12.99	77	18	23.38	74	0	0.0	97	14	14.43
	รพ.สต.กะลุวอ	168	14	8.33	171	39	22.81	172	1	0.58	213	26	12.21
	รพ.สต.กะลุวอเหนือ	241	32	13.28	244	33	13.52	249	6	2.41	315	26	8.25
	รพ.สต.บือราเป๊ะ	381	40	10.50	371	59	15.90	348	9	2.59	438	62	14.16
	รพ.สต.โคกเคียน	322	22	6.83	337	43	12.76	336	4	1.19	360	59	16.39
	รพ.สต.สุไหงบาลา	79	7	8.86	89	16	17.98	86	8	9.30	102	22	21.57
	รพ.สต.สะปอม	143	13	9.09	157	24	15.29	155	1	0.65	181	19	10.50
	เทศบาล	484	39	8.06	157	24	15.29	158	8	5.06	266	27	10.15
	รวม	**3,655**	**381**	**10.42**	**3,600**	**634**	**17.61**	**3567**	**88**	**2.47**	**4,409**	**595**	**13.50**
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (HT > ร้อยละ 50)	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ศสม.วัดประชาภิรมย์	1000	99	9.90	982	134	13.7	937	164	17.5	1227	316	25.75
	ศสม.ยะกัง 2	663	31	4.68	695	38	5.47	683	73	10.69	893	173	19.37
	ศสม.กำปงบารู	706	20	2.83	757	20	2.64	710	68	9.58	936	100	10.68
	รพ.สต.ลำภู	1007	53	5.26	1067	55	5.15	1064	111	10.43	1286	353	27.45

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน											
		2558			2559			2560			2561		
		จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%
	รพ.สต.มะนังตายอ	351	21	5.98	354	33	9.32	327	15	4.59	412	36	8.74
	รพ.สต.บางปอ	360	9	2.50	363	62	17.1	371	27	7.28	472	68	14.41
	รพ.สต.ตะโละแน็ง	310	9	2.90	310	17	5.48	314	19	6.05	414	38	9.18
	รพ.สต.โคกศิลา	224	8	3.57	236	20	8.47	231	36	15.58	300	32	10.67
	รพ.สต.กะลุวอ	468	11	2.35	452	38	8.41	428	33	7.71	551	122	22.14
	รพ.สต.กะลุวอเหนือ	536	14	2.61	543	27	4.97	529	30	5.67	768	81	10.55
	รพ.สต.บือราเป๊ะ	922	25	2.71	915	41	4.48	852	77	9.04	1126	180	15.99
	รพ.สต.โคกเคียน	730	17	2.33	724	23	3.18	726	53	7.30	833	121	14.53
	รพ.สต.สุไหงบาลา	291	5	1.72	336	38	11.3	336	63	18.75	396	52	13.13
	รพ.สต.สะปอม	371	8	2.16	389	11	2.83	368	17	4.62	474	47	9.92
	เทศบาล	1050	42	4.0	314	18	5.73	286	31	10.84	677	78	11.52
	รวม	**9,019**	**374**	**4.15**	**8,437**	**575**	**6.82**	**8,162**	**817**	**10.01**	**10,765**	**1,797**	**16.69**
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (>ร้อยละ80)	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	ศสม.วัดประชาภิรมย์				217	51	23.50	512	364	71.09	465	386	83.01
	ศสม.ยะกัง 2				350	143	40.86	425	177	41.65	442	254	57.47
	ศสม.กำปงบารู				395	194	49.11	519	337	64.93	486	338	69.55
	รพ.สต.ลำภู				448	266	59.38	535	484	90.47	533	497	93.25
	รพ.สต.มะนังตายอ				152	90	59.21	181	138	76.24	186	162	87.10
	รพ.สต.บางปอ				264	81	49.39	209	148	70.81	204	129	63.24
	รพ.สต.ตะโละแน็ง				125	71	56.80	165	123	74.55	168	117	69.64
	รพ.สต.โคกศิลา				111	67	60.36	140	109	77.86	140	108	77.14
	รพ.สต.กะลุวอ				186	109	58.60	240	213	88.75	233	217	93.13
	รพ.สต.กะลุวอเหนือ				256	45	17.58	370	266	71.89	399	273	68.42

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน											
		2558			2559			2560			2561		
		จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%	จำนวนผู้ป่วย	ควบคุมได้	%
	รพ.สต.บือราเป๊ะ				406	226	55.67	487	398	81.72	475	360	75.79
	รพ.สต.โคกเคียน				424	240	56.60	475	351	73.89	452	309	68.36
	รพ.สต.สุไหงบาลา				159	67	42.14	167	153	91.62	168	154	91.67
	รพ.สต.สะปอม				178	99	55.62	229	185	80.79	249	175	70.28
	เทศบาล				460	34	7.39	179	28	15.64	294	111	37.76
	รวม				**4040**	**1784**	**44.16**	**4,833**	**3,474**	**71.88**	**4,894**	**3,590**	**73.36**

ร้อยละของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และร้อยละของการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดียังไม่ผ่านเกณฑ์ เกิดจาก ตัวผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง เนื่องจากยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนที่เห็นได้ชัดเจนกับตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัว ชุมชนยังขาดการมีส่วนร่วม ในการควบคุมระดับน้ำตาล ผู้รับผิดชอบงาน /ผู้ปฏิบัติงาน ในคลินิก ต้องเน้นในการให้คำปรึกษา การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง และในส่วนของชุมชน รพ.สต. ศสม. มีแกนนำชุมชน อสม. ช่วยในการประสาน ช่วยเหลือผู้ป่วยในชุมชนและเรื่องการลงข้อมูลในการดูแลก็มีส่วนสำคัญ ควรมีการปรับฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน

ปัญหา อุปสรรค

1. การจัดบริการ การจัดการรายกรณี ในรายบุคคล CM มี 1 คน โอกาสและเวลาในการจัดการยังน้อย เนื่องจากภาระงานมาก ประกอบกับจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น โดยส่วนใหญ่จะจัดการในรูปแบบรายกลุ่มทำให้ผู้ป่วยขาดความใส่ใจในปัญหาของตนเอง และทำให้ผลการดำเนินงานผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ยังมีผลงานที่ต่ำ
2. ข้อมูลจำนวนประชากรยังไม่เป็นปัจจุบัน / การลงบันทึกข้อมูล ยังไม่ครอบคลุม

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

1. พัฒนาระบบข้อมูลให้มีความทันสมัย ทันเวลา ถูกต้อง เป็นระบบ Real Time
2. ชี้แจงความสำคัญของการบันทึกข้อมูล การลงรหัส ICD 10 การตรวจสอบข้อมูลก่อนส่งข้อมูล และเส้นทางการส่งข้อมูลให้ทันเวลา
3. ชี้แจงความสำคัญของจำนวนประชากรที่ไม่เป็นปัจจุบัน

ผู้รายงาน

นางสาวสาวิตรี หอมลออ ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. 093 578 7410 E-mail : AAE_sawitree@hotmail.com

โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มุ่งเน้นการพัฒนาโรงพยาบาลซึ่งถือว่าเป็นหน่วยงานที่ใกล้ชิดกับประชาชน โดยให้มีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล ทั้งการจัดการด้านสุขาภิบาลตามหลักวิชาการและการจัดสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล รวมถึง การที่โรงพยาบาลสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชนผู้มารับบริการ เพื่อนำไปสู่การรณรงค์ขยายผลสู่ชุมชนและสังคมต่อไป ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลอยู่ในระดับดี และอยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อยกระดับไปสู่ในระดับที่ดีมากต่อไป

การดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital

กิจกรรม	แนวทางการประเมิน	การดำเนินงาน
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา		
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนสื่อสารให้ เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร		ปี 2561 โรงพยาบาลมีการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN		
G : Garbage	1. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 2. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอย อื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ	โรงพยาบาลได้ดำเนินการกำจัดขยะติดเชื้อจัดจ้างโดยบริษัทเอกชนที่ผ่านการรับรอง จากการติดตามกระบวนการขนย้าย อุปกรณ์การขนย้าย เตาเผาขยะติดเชื้อ พบว่า เป็นไปตามมาตรฐาน สำหรับขยะทั่วไปจัดจ้างกำจัดโดยสำนักงานเทศบาลเมืองนราธิวาส
R : Rest room	มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก	โรงพยาบาลได้ปรับปรุงโครงสร้างอาคารสถานที่ให้เป็นไปตามกฎหมายเอื้อต่อความปลอดภัย/ประสิทธิภาพ โดยปรับปรุงสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย เช่น ห้องน้ำผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่ OPD
E : Energy	มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรม เกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	โรงพยาบาลได้เข้าร่วมโครงการของกรมอนุรักษ์พลังงาน โดยจัดทำโครงการอนุรักษ์พลังงานในปี 2560 โดยมีดำเนินการตามแผนอนุรักษ์พลังงาน การตรวจสอบและวิเคราะห์การปฏิบัติตามเป้าหมายและแผนอนุรักษ์พลังงาน มีมาตรการการประหยัดพลังงานไฟฟ้าในแต่ละหน่วยงาน
E : Environment	1. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่ สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น สำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ	โรงพยาบาลได้จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยเพื่อให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเป็นสัดส่วนมิดชิด มีศาลาละหมาดที่สะอาดและเป็นสัดส่วนระหว่างเพศชายและเพศหญิงเหมาะสมกับการ

กิจกรรม	แนวทางการประเมิน	การดำเนินงาน
	2. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ	ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาอิสลาม ตลอดจน มีการจัดสวนหย่อมและศาลาที่พักผ่อนหย่อนใจเพิ่มขึ้นตามจุดต่างๆ นอกจากนี้ มีศูนย์ออกกำลังกาย (Fitness Room) มีห้องฝึกพัฒนาสำหรับเด็กออร์ทิสติกและพิการ มีสนามเทนนิส และสนามกีฬาในร่ม ภายในอาคารเอนกประสงค์
N : Nutrition	1. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน 2.ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย 3.จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	โรงพยาบาลได้จัดสถานที่ขายอาหารภายในโรงพยาบาลให้เป็นสัดส่วน สะอาดและถูกสุขลักษณะ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ญาติผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ โดยมีการตรวจสอบและควบคุมให้จำหน่ายในราคาที่เหมาะสม ทั้งนี้ มีการตรวจสอบน้ำดื่ม น้ำใช้ จำนวน 8 จุดครอบคลุมส่วนให้บริการผู้ป่วยและโรงอาหารโรงพยาบาลทุกเดือนๆ ละ 1 ครั้งกรณีที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับคำแนะนำและแนวทางแก้ไขโดยนักวิชาการกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ผู้รายงาน นายตฤณ ชินพงศ์ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โทร. 073 510 470 E-mail: trinchinnapong@gmail.com

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

สาขาการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ

เนื่องด้วย อำเภอเมืองนราธิวาส มีการเปลี่ยนผู้บริหาร นายอำเภอย้ายมาบริหารราชการใหม่ ทำให้การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอล่าช้า ซึ่งปัจจุบัน อำเภอเมืองนราธิวาส ได้จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอเมือง และอนุกรรมการพร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ เสนอลงนาม และนัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นที่เรียนร้อยแล้ว

การกำหนดปัญหา อาจจะเป็นการรณรงค์ด้านสาธารณสุขมากกว่าด้านอื่น และอาจเป็นภาระของสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว

ข้อเสนอแนะ

ควรพัฒนาองค์ความรู้แก่คณะกรรมการฯ และผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

ผู้รายงาน

นางนางจามรี รัตนอุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร 07 351 0483 Email : yak2502@hotmail.com

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดาเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีการจัดการระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง โดยแบ่งพื้นที่รับผิดชอบในรูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จำนวน 3 แห่ง เพื่อให้บริการประชาชนทุกกลุ่มวัยแบบองค์รวม ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้นโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) มาเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนเพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลสุขภาพโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โดยยึดหลัก “บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย”

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ปี 2559 – 2561 จำนวนที่เปิด 3 ทีม (ข้อ

ตาราง 24 ทีมคลินิกหมอครอบครัว อำเภอเมืองนราธิวาส

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี 2559 – 2561		ทรัพยากร		
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	Structure	Staff	System
PCC. กำปงบารู	✓	✓	✓	✓	✓
PCC.ยะกัง ๒	✓	✓	✓	✓	✓

ทีมคลินิกหมอครอบครัว	เปิดดำเนินการ ปี 2559 – 2561		ทรัพยากร		
	ลงทะเบียน	ผ่านเกณฑ์	Structure	Staff	System
PCC.ประชาภิรมย์	✓	✓	✓	✓	✓

ทีมหมอครอบครัวทั้ง 3 ทีมมีบุคลากรครบทุกวิชาชีพ แพทย์ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว(FM.) 2 คน (PCC. กำปงบารูและ PCC.ยะกัง 2) ส่วน PCC.ประชาภิรมย์ เป็นแพทย์ผ่านการอบรมระยะสั้น พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติรักษา(พยาบาลเบื้องต้น)จำนวน 11 คนจาก 18 คน คิดเป็นร้อยละ 61 และในปีงบประมาณ 2562 คปสอ.เมืองนราธิวาสได้ส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าอบรมหลักสูตรพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว ณ วิทยาลัยพยาบาลยะลา จำนวน 6 คน (PCC. 3 คน และ รพ.สต.3 คน) และในเดือน มกราคม 2562 จะจัดให้ PCC. เป็น Node.บริการงานฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงจาก รพ.สต. มาพบสูติแพทย์ 1 วัน ต่อสัปดาห์ เพื่อลดความแออัดในแผนกฝากครรภ์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ผู้รายงาน

นางจามรี รัตนอุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร 07 351 0483 Email : yak2502@hotmail.com

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการพื้นฐาน ซึ่งให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เน้นการทำงานเชิงรุก มีการประสานงานกับภาคีเครือข่าย แต่ระบบการบริหารจัดการและการสนับสนุนให้เกิดบริการแบบองค์รวม ยังขาดความชัดเจน อำเภอเมืองนราธิวาส มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับนโยบาย สนับสนุน และติดตามการดำเนินงาน รพสต.ติดดาว ควบคู่ไปกับการดำเนินงาน รพสต.แนวใหม่ใกล้ใจชาวนรา โดยได้มีการแบ่งระดับการดำเนินดังนี้

1. ระดับที่ 1 ชี้แจงเกณฑ์คุณภาพ รพสต.ติดดาว
2. ระดับที่ 2 รพสต.ประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพสต.ติดดาว
3. ระดับที่ 3 พัฒนาทีมประเมิน และ รพสต.ตามเกณฑ์คุณภาพ
4. ระดับที่ 4 ประเมินรับรองผล รพสต.ติดดาว
5. ระดับที่ 5 วิเคราะห์ผล และถอดบทเรียน

ซึ่งบริบทของการดำเนินงาน รพสต.แนวใหม่ใกล้ใจชาวนราของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส มีลักษณะการดำเนินงานที่ใกล้เคียงกับ นโยบาย รพสต.ติดดาวของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้จัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนในการดำเนินงาน ทุก 2-3 เดือน ในส่วนอำเภอเมืองนราธิวาสได้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา รพสต.แนวใหม่ใกล้ใจชาวนรา โดยให้ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องจัดเจ้าหน้าที่ในการร่วมทำ ร่วมสังเกตการณ์ ทุกสถานบริการ และมีการรายงานความก้าวหน้าการพัฒนาเครือข่าย เพื่อเป็นการกระตุ้น ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานและมีการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลทุกเดือน ในปีงบประมาณ 2559 รพสต.ทุกแห่งในเขตอำเภอเมืองนราธิวาส ได้รับการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด รพสต.แนวใหม่ใกล้ใจชาวนราทุกแห่ง ในรูปแบบการประเมินแบบเสริมแรงเสริมพลัง (DE)ตามเกณฑ์ประเมินของรพสต.แนวใหม่ใกล้ใจชาวนรา ในเรื่องการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วม การดำเนินงานด้านสิ่งแวดล้อม การเยี่ยมบ้าน

ดูแลต่อเนื่อง โดยให้การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และระบบข้อมูลสารสนเทศ ผลจากการประเมิน พบว่า รพสต.ในเขตอำเภอเมืองนราธิวาส ผ่านการประเมินทั้ง 11 แห่ง

ปีงบประมาณ 2560 อำเภอเมืองนราธิวาส ได้มีการดำเนินงานตามแผนงานนโยบาย รพ.สต.ติดดาว ดังนี้

1. ได้มีการประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน รพสต.ติดดาว
2. มีการพัฒนาทีม อบรมประชุมทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากการดำเนินงาน รพสต.แนวใหม่ใกล้ใจชาวนรา ควบคู่ไปกับ รพสต.ติดดาว
3. มีการดำเนินการตามกรอบแนวคิด รพ.สต.ติดดาว และมีการพัฒนาส่วนที่ขาดตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว
4. ทีมอำเภอประเมิน และสรุปผลส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

จากการประเมินในปีงบประมาณ 2560 รพสต.ทั้ง 11 แห่งในเขตอำเภอเมืองนราธิวาสมีผลการประเมิน รพ.สต.ตามเกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว ทั้ง 5 หมวด ซึ่งในภาพรวมทุก รพ.สต.ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน และทุกแห่งจะตกเกณฑ์ในหมวดที่ 5 ซึ่งเป็นหมวดผลลัพธ์

ดังนั้น ปีงบประมาณ 2561 คณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอเมืองนราธิวาสได้มีแผนงานฯ รองรับการดำเนินงานตามนโยบายของ รพ.สต.ติดดาว โดยวิเคราะห์หาส่วนขาดในหมวดที่ตกเกณฑ์ พร้อมวางแผนการดำเนินงานตามแนวทางกรอบแนวคิดของ รพสต.ติดดาว รวมทั้งพัฒนาทีม/ประชุมทีมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ จากการดำเนินงาน รพสต.ติดดาว พร้อมร่วมกันปรับปรุงมาตรฐาน/วิชาการ และให้ รพ.สต.ทุกแห่งดำเนินการประเมินตนเองตามมาตรฐานทั้ง 5 หมวด ซึ่งทีมอำเภอได้ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาแก้ไขส่วนขาด พร้อมออกประเมิน รพ.สต.อีกครั้ง โดยมีการแปลผลการแปรผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00-69.99 เท่ากับ 3 ดาว ร้อยละ 70.00-79.99 เท่ากับ 4 ดาว และ ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับ 5 ดาว ซึ่งได้ผลลัพธ์การประเมิน ดังนี้

ตาราง 25 ผลการประเมิน รพ.สต. ติดดาว อำเภอเมืองนราธิวาส

จำนวน รพ.สต	รพ.สต.ประเมินตนเอง		อำเภอประเมิน (ทีม คปสอ.)	
	จำนวนประเมิน (แห่ง/ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์ (แห่ง/ร้อยละ)	จำนวนประเมิน (แห่ง/ร้อยละ)	ผ่านเกณฑ์ (แห่ง/ร้อยละ)
11 แห่ง	11 แห่ง ไม่ผ่าน 4 แห่ง (36.36%) 1.รพ.สต.โคกศิลา 2.รพ.สต.มะนังตายอ 3.รพ.สต.บางปอ 4.รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง	ผ่านเกณฑ์ 7 แห่ง (63.64%) ระดับ 4 ดาว 2 แห่ง (28.57 %) 1.รพ.สต.ลำภู 2.รพ.สต.สุไหงบาลา ระดับ 3 ดาว 5 แห่ง (71.43 %) 1.รพ.สต.โคกเคียน 2.รพ.สต.บือราเป๊ะ 3.รพ.สต.กะลุวอเหนือ 4.รพ.สต.สะปอม 5.รพ.สต.กะลุวอ	11 แห่ง	11 แห่ง (100%) ระดับ 5 ดาว 1 แห่ง (9.09 %) 1.รพ.สต.ลำภู ระดับ 4 ดาว 3 แห่ง (27.27 %) 1.รพ.สต.สุไหงบาลา 2.รพ.สต.โคกเคียน 3.รพ.สต.กะลุวอเหนือ ระดับ 3 ดาว 7 แห่ง (63.63 %) 1.รพ.สต.สะปอม 2.รพ.สต.กะลุวอ 3.รพ.สต.โคกศิลา 4.รพ.สต.มะนังตายอ 5.รพ.สต.บางปอ 6.รพ.สต.ตะโล๊ะแน็ง 7.รพ.สต.บือราเป๊ะ

การบูรณาการงานของกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขับเคลื่อน รพสต.ติดดาวยังไม่ชัดเจน และการประสานความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลและรพ.สต. ในการขับเคลื่อนไม่ชัดเจน อาจส่งผลให้ขาดความต่อเนื่อง และยั่งยืนในการพัฒนาต่อไป

ปัญหา อุปสรรค

1. ปัญหาสุขภาพในอำเภอมีมากมายหลายประเด็น การกำหนดประเด็นที่นำมาแก้ปัญหาก็มีหลายหลาก แต่กระบวนการหรือวิธีการแก้ไขปัญหายังยึดติดกับรูปแบบเดิมๆ ซึ่งอาจจะมีผลต่อกระบวนการแก้ไขปัญหาที่ประสบไม่ความสำเร็จหรือไม่ยั่งยืน
2. ความเข้าใจในกรอบแนวคิด รพ.สต.ติดดาวและนำไปปฏิบัติ ยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาองค์ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายต่างๆ เพื่อให้รับทราบ เข้าถึง มีแนวทางในการปฏิบัติตามนโยบาย
2. ควรเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงานตามนโยบาย รพสต.ติดดาวให้กว้างขวางให้ทุกคนทราบ

ผู้รายงาน

นางนางจามรี รัตนอุดม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร 07 351 0483 Email : yak2502@hotmail.com

การพัฒนาโครงการตามพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

โรงพยาบาลนราธิวาส มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียนรักษา รวมทุกประเภท พบว่า ปี 2557 - 2561 มีจำนวนผู้ป่วย 148, 145, 134, 179 และ 168 ราย ตามลำดับ ในปี 2557-2561 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษารวมทุกประเภทมากที่สุด 179 ราย ปี 2560 เป็นผู้ป่วยรายใหม่ เสมหะพบเชื้อ จำนวน 139 ราย เสมหะไม่พบเชื้อ จำนวน 22 ราย วัณโรคนอกปอด จำนวน 17 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำเสมหะพบเชื้อ จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยรักษาล้มเหลว จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยขาดยา จำนวน 24 ราย ประเภทอื่นๆ จำนวน 4 ราย

ในปี 2559 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษารวมทุกประเภทน้อยที่สุด ทั้งหมด 134 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยรายใหม่เสมหะพบเชื้อ จำนวน 75 ราย เสมหะไม่พบเชื้อ จำนวน 29 ราย วัณโรคนอกปอด จำนวน 28 ราย ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำเสมหะพบเชื้อ จำนวน 2 ราย ผู้ป่วยรักษาล้มเหลว จำนวน 4 ราย ผู้ป่วยขาดยา จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยวัณโรคประเภทอื่นๆ และพบผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่รับTI จำนวน 1 ราย

ตาราง 26 ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำแนกตามประเภท

ปีที่ขึ้นทะเบียน	ประเภทผู้ป่วยรายใหม่ (New)			รวมผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด
	M+	M-	Other	
2557	96	30	22	148
2558	93	26	26	145

ปีที่ขึ้นทะเบียน	ประเภทผู้ป่วยรายใหม่ (New)			รวมผู้ป่วยรายใหม่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด
	M+	M-	Other	
2559	75	29	30	134
2560	139	22	18	179
2561	98	33	37	168
รวม 5 ปี ย้อนหลัง	**501**	140	133	774

ที่มา : ทะเบียนวัณโรค TB07

แผนการดำเนินงาน

1. จัดกิจกรรมรณรงค์วันวัณโรคโลก และสนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ แก่พื้นที่เขตอำเภอเมืองนราธิวาส
2. ดำเนินการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ และคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาล และพื้นที่เขตอำเภอเมืองนราธิวาส
3. จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพพี่เลี้ยงในการควบคุมกำกับการกินยา(Dot)ผู้ป่วยวัณโรค ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่

ผลการดำเนินงาน

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปี 2557 มีอัตราการรักษาสำเร็จมากที่สุด ร้อยละ 81.98 (เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85) รองลงมา คือ ในปี 2559 ร้อยละ 75.47 และน้อยที่สุดในปี 2560 ร้อยละ 69.84

ตาราง 27 ผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน							
		2554	2555	2556	2557	2558	2559	2560	2561
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85)	เกณฑ์	85	85	85	85	85	85	85	85
	ร้อยละ	70.45	63.82	84.84	81.98	69.93	75.49	69.84	72.22

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ 7 กลุ่ม ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายวัณโรคกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมายเนื่องจากไม่สามารถติดตามกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินการ CXR ทุกรายได้

ปัญหา อุปสรรค

1. การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากยังขาดการบูรณาการร่วมกัน เจ้าหน้าที่ OPD และคลินิกต่างๆ ได้แก่ คลินิกเบาหวาน, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง COPD/Asthma, ผู้สูงอายุ, กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการ

2. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ประเภท MDR มีความยุ่งยาก และเป็นการเพิ่มภาระงาน เนื่องจากต้องบันทึกข้อมูล 2 โปรแกรม (โปรแกรม TBCM 2010,DATA HUB) และต้องให้ สคร.12 บันทึกผลทางห้องปฏิบัติการให้ หากไม่มีผลดังกล่าว โรงพยาบาลจะไม่สามารถเบิกยาให้แก่ผู้ป่วยได้
3. การย้ายถิ่นฐานที่อยู่ของผู้ป่วย ทำให้มีอุปสรรคในการติดตามเยี่ยมบ้าน และคัดกรองผู้สัมผัสร่วมบ้าน
4. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงยังขาดความตระหนัก ไม่เห็นความสำคัญในการควบคุมป้องกันโรควัณโรคในชุมชน
5. การมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีน้อย
6. บุคลากรในโรงพยาบาลยังไม่เพียงพอ ในการดำเนินงาน ควบคุมป้องกัน และรักษาวัณโรค
7. การคัดกรองนักโทษในเรือนจำ ดำเนินการได้เพียงร้อยละ 68 เนื่องจากช่วงเวลา และสถานที่จำกัด ระบบรักษาความปลอดภัยเรือนจำมีความมั่นคงสูง ต้องอาศัยระยะเวลาดำเนินการตามระเบียบทางเรือนจำกำหนดโดยหลักการแสวงหาคมร่วมมือจากหน่วยงานโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุนจำนวนบุคลากรที่รับผิดชอบงาน TB เฉพาะทาง
2. การคัดกรองมีความยุ่งยากกับกลุ่มเป้าหมายตามห้วงเวลากำหนดไม่สอดคล้องกัน
3. การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขาดการวางแผนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียไม่เข้าใจระบบวิธีการบริหารจัดการมุ่งเน้นแต่ปริมาณไม่เน้นคุณภาพทำให้ผลงานไม่สอดรับระบบ TBCM Online ที่ต้องรายงานเชิงระบบอย่างครอบคลุมทุกมิติ
4. สนับสนุนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่รับผิด วัณโรค
5.

ผู้รายงาน

1. นายฐรณิศร์ พลานิวัติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
   โทร. 07 351 0483 Email : tharanis200@gmail.com
2. นางอุทัย ขวัญแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
   โทร. 07 351 0468 Email : utai_kongkang@hotmail.com
3. นางสาวอุษณีย์ เจ๊ะฮะ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
   โทร. 07 351 0483 Email : usnee.che@gmail.com

สาขาการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

ร้อยละโรงพยาบาลที่มีระบบ AMR

ประเด็นการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	เป้าหมาย
Integrated AMR Management	1. กลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ 2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ 3. การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ	ติดตามการดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ 5	มี รพ.ที่ดำเนินการระดับ Intermediate ไม่

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจ ติดตาม	เป้าหมาย
	4. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	กิจกรรม	น้อยกว่าร้อยละ 20 ของรพ.ทั้งหมดในเขตสุขภาพ
	5. การวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลอย่างบูรณาการ		

การแปลผล

โดยหัวข้อการประเมินมีทั้งสิ้น 5 มาตรการสำคัญ และในแต่ละมาตรการ มีค่าคะแนนเท่ากับ 100 คะแนน รวมเป็น 500 คะแนนเต็ม ในการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ รายละเอียดตามตาราง

ระดับ	การแปลผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
ระดับ 1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	< 150 คะแนน
ระดับ 2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ 150 – 250 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน
ระดับ 3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ 250 – 350 คะแนน และข้อบังคับ Intermediate > 0 คะแนน
ระดับ 4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ 350 คะแนน

การติดตามผลการดำเนินการ โดยวิธีการประเมินตนเอง (self-assessment) และจัดส่งผ่านระบบรายงานสนับสนุนข้อมูลสุขภาพ กองบริหารการสาธารณสุข โปรแกรม RDU & AMR ปีละ 2 ครั้ง

ครั้งที่ 1 ส่งผลการประเมิน ระหว่างวันที่ 1 - 15 ธันวาคม 2561

ครั้งที่ 2 ส่งผลการประเมิน ระหว่างวันที่ 1 - 15 มิถุนายน 2562

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

รายละเอียดผลการดำเนินงาน “โรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ”

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
1. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR)	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
1.1 มีคณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR ที่มีองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ แพทย์ระดับบริหาร /แพทย์หัวหน้าทีมรับผิดชอบงาน AMR/ ตัวแทน PCT /เภสัชกร /พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์ งานจุลชีววิทยา /ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา /นักจัดการสารสนเทศ	0	Basic
○ ไม่มีคณะกรรมการที่รับผิดชอบงานด้าน AMR		
○ มีเฉพาะแกนนำ (core team) รับผิดชอบงาน AMR โดยไม่เป็นรูปแบบคณะกรรมการ	2	
○ มีคณะกรรมการ *(กรุณาระบุรูปแบบคณะกรรมการ และUpload file คำสั่ง)*	(5)	
( ) คณะกรรมการ AMR ของโรงพยาบาล เป็นการเฉพาะ หรือ ( ) มอบหมายคณะกรรมการอื่นที่มีอยู่ เช่น PTC หรือ ICC ให้รับผิดชอบงาน AMR		
1.2 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา คณะกรรมการ AMR ของรพ. (หรือคณะกรรมการชุดที่ได้รับมอบหมาย โดย		Basic

<table>
<tr><th>กิจกรรม AMR</th><th colspan="2">ผลการดำเนินงาน</th></tr>
<tr><td>ไม่นับรวม core team) มีการประชุม</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>○ ไม่มีการประชุม</td><td>0</td><td></td></tr>
<tr><td>○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) 1 ครั้ง ต่อปี</td><td>5</td><td></td></tr>
<tr><td>○ ประชุม (ที่มีวาระเรื่อง AMR) มากกว่า 1 ครั้ง ต่อปี</td><td>7</td><td></td></tr>
<tr><td>○ มีการประชุมติดตามความก้าวหน้า AMR อย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก 3 เดือน</td><td>10</td><td></td></tr>
<tr><td>1.3 มีเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาลที่เป็นลายลักษณ์อักษร และมีข้อมูล baseline data
<table>
<tr><th><u>ตัวอย่างการกำหนดเป้าหมาย</u>
เป้าหมาย</th><th>ตัวชี้วัด</th><th>เกณฑ์เป้าหมาย</th><th colspan="3">Baseline data</th></tr>
<tr><th></th><th></th><th></th><th>ปี 59</th><th>ปี 60</th><th>ปี 61</th></tr>
<tr><td>เป้าหมายหลัก</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>1. ลดป่วย / ลดตาย</td><td>เช่น อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด
อัตราตายจากเชื้อดื้อยา</td><td>< 50 %
< %</td><td>1.38
-</td><td>1.62</td><td>0.81
9.8</td></tr>
<tr><td>เป้าหมายรอง</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2. Lab surveillance</td><td>เช่น อัตราการพบเชื้อดื้อยา/เชื้อไม่ดื้อยา
อัตราการติดเชื้อ CRE</td><td></td><td>-</td><td></td><td>9.8</td></tr>
<tr><td>3. Antimicrobial stewardship</td><td>เช่น ปริมาณ (DDD) การใช้ยาปฏิชีวนะกลุ่มที่ออกฤทธิ์กว้างหรือสงวนกับเชื้อดื้อยา</td><td>ลดลง - %</td><td>-</td><td>72</td><td>71.96</td></tr>
<tr><td>4. Infection control</td><td>เช่น อัตราการเกิด HAI</td><td>ลดลง %</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
○ ไม่มีเป้าหมายหลัก
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองบางด้าน
○ มีเป้าหมายหลักและเป้าหมายรองทั้ง การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (lab surveillance), การกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)</td><td>0
5
10</td><td>Basic</td></tr>
<tr><td>1.4 มีแผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR สู่การปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด
○ ไม่มีแผน
○ มีแผนขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย</td><td>
0
10</td><td>Basic</td></tr>
<tr><td>1.5 มีการกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
○ ไม่มี
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา แต่ผลการดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมาย
○ มีรายงานสรุปผลความก้าวหน้าปีที่ผ่านมา และผลการดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย
○ มีรายงานสรุปความก้าวหน้าอย่างน้อยติดต่อกัน 3 ปี</td><td>
0
10
15
20</td><td></td></tr>
<tr><td>1.6 โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา</td><td></td><td>Intermediate</td></tr>
</table>

กิจกรรม AMR	ผลการดำเนินงาน	
AMR ใน รพ.		
○ ไม่มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร	0	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ด้านทรัพยากร แต่ยังไม่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงาน	(5)	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (Gap) ทรัพยากรของรพ.และจัดลำดับความสำคัญในการให้การสนับสนุนการดำเนินงาน AMR ได้แก่ - วัสดุอุปกรณ์เครื่องมือสำหรับ Lab - การฝึกอบรมบุคลากร - วัสดุอุปกรณ์เพื่อการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ - ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ - ด้านอาคารสถานที่	10	
○ มีการวิเคราะห์ช่องว่างตามข้างต้นและมีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนตามความจำเป็นที่เห็นร่วมกันโดยคณะกรรมการ	20	
1.7 มีการประสานและให้ความร่วมมือการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับจังหวัด/เขต เพื่อสร้างความยั่งยืน		
○ ยังไม่มีการดำเนินงานร่วมระดับจังหวัด /ระดับเขต	0	
○ มีทีมระดับจังหวัดขับเคลื่อนมาตรการและกิจกรรมร่วมของหน่วยบริการในเครือข่ายจังหวัด (ยังไม่มีทีมระดับเขต /หรือมีทีมระดับเขตแต่ยังไม่มีการกำหนดมาตรการและกิจกรรมร่วมเขต)	10	
○ มีทีมระดับเขต และทีมระดับจังหวัดในการกำหนดมาตรการและขับเคลื่อนงาน AMR และโรงพยาบาลร่วมทำกิจกรรมเขต/จังหวัดเป็นอย่างดี	(25)	
รวมคะแนน มาตรการที่ 1	**100**	72

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
2.1 สามารถตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียได้ตามมาตรฐานห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา *(กรณีส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลตนเอง (out source) ให้นับรวมว่าสามารถ identify เชื้อได้ หากห้องปฏิบัติการที่รับตรวจต่อจะต้องได้รับมาตรฐาน LA หรือ ISO 15189 หรือมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุขในด้านของจุลชีววิทยา)*		Basic
○ Identify ไม่ได้ หรือใช้บริการ outsource ที่ยังไม่ผ่านการรับรองมาตรฐาน	0	
○ ได้บางเชื้อ เช่น อาจวิเคราะห์ *Acinetobacter* spp. ได้ แต่ไม่สามารถแยก *A. baumannii*	5	
○ ได้ อย่างน้อยครบตามรายการเชื้อแบคทีเรียสำคัญ 8 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp. (ระดับ A, S ต้องวินิจฉัย *Acinetobacter baumannii* ได้), *Enterococcus spp.* (ระดับ A, S ต้อง identify *Enterococcus faecium* ได้), *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Streptococcus pneumoniae*	(10)	
2.2 การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (CLSI, EUCAST) ของเชื้อแบคทีเรียที่กำหนดให้สอดคล้องกับยาที่มีใช้ในโรงพยาบาล		Basic
○ ไม่ใช่	0	

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
○ ใช่	(5)	
2.3 มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบทันท่วงที เมื่อพบเชื้อดื้อยาสำคัญที่เป็นปัญหาของ รพ.		Basic
○ ไม่มีการวางระบบ Lab Alert	0	
○ มีการวางระบบแต่ยังไม่ได้ดำเนินการเป็นรูปธรรม เช่น มีการกำหนดรายการเชื้อที่ต้องรายงานด่วน มีการจัดทำ flowchart ระบบรายงานด่วน	5	
○ มีการดำเนินการตาม flowchart และมีการ Alert แจ้งให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์ รวมถึง ICN ทราบ เป็นระบบที่ชัดเจน	(7)	
○ มี flowchart มีการ Alert และมีการกำหนดแนวปฏิบัติเชื่อมโยงระบบยา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนยาต้านจุลชีพสอดคล้องตามผลความไวของเชื้อต่อยา (escalation หรือ de-escalation) ภายใน 24 ชั่วโมง หลังรายงานผล Lab	10	
2.4 มีระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ ได้แก่ CRE, VRE, VRSA, VISA, *N.gonorrhoeae* ดื้อต่อ 3rd cephalosporin		Intermediate
○ ไม่มีระบบ	0	
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล	(5)	
○ มีระบบเฝ้าระวังพิเศษในโรงพยาบาล และเชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และ สคร.เขต	10	
2.5 จัดทำ Antibiogramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง		
○ ไม่มี Antibiogram ปีล่าสุด	0	
○ มี Antibiogram ปีล่าสุด และเป็นไปตามมาตรฐาน CLSI M39-A4 (หรือฉบับปัจจุบัน)	5	
○ มี Antibiogram ปีล่าสุดได้มาตรฐาน และเผยแพร่ในรูปแบบที่แพทย์/ผู้เกี่ยวข้องเข้าถึงได้ง่าย	(8)	
○ มีการจัดทำ Antibiogram ที่มีรายละเอียดเพิ่ม เช่น แยกเป็นแผนก แยกตาม site of infection และนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	10	
2.6 มีการรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ		
○ ไม่มี	0	
○ มี (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน)		
I. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต ในมิติต่าง ๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์แนวโน้มของปัญหาเชื้อดื้อยา และนำเสนอต่อคณะกรรมการตามข้อ 1 - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ Hem culture ทั้งหมด - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ผล Hem culture พบเชื้อแบคทีเรีย - อัตราส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ต่อผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ดื้อยา	5	
II. มีรายงานการพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสโลหิต และใน Specimen ต่าง ๆ และ	5	

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
สามารถสะท้อนกลับข้อมูลปัญหา AMR แยกรายแผนก พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์แนวโน้มปัญหาได้		
III. มีรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เชื่อมโยงกับ Service Plan Sepsis เช่น อัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ชนิด community acquired sepsis และ hospital acquired sepsis	(10)	
2.7 มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์		
○ ไม่มีฐานข้อมูลทางจุลชีววิทยาในโรงพยาบาล หรือไม่ได้รับฐานข้อมูลกลับจาก out source	0	
○ มีระบบ IT ในการบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา ( ) MLab ( ) WHONet ( ) อื่นๆ	5	
○ สามารถเชื่อมโยงฐานข้อมูลจุลชีววิทยาคลินิก กับฐานข้อมูลโปรแกรมบริการของโรงพยาบาล (HIS) และนำข้อมูลมาวิเคราะห์อัตราป่วย/ตายจากเชื้อดื้อยาได้	(10)	
2.8 มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R		
○ ไม่มี	(0)	
○ มีการทำ CQI , R2R หรืองานวิจัยพัฒนาในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา	10	
2.9 มีความเชื่อมโยงกับการเฝ้าระวังระดับประเทศ : รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาส่งมายังศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข		Intermediate
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST แต่ไม่ได้ส่งข้อมูล หรือส่งข้อมูลไม่ครบ 12 เดือน	0	
○ เป็น รพ.ที่เป็นสมาชิก NARST และมีการส่งข้อมูลครบ 12 เดือน อย่างสม่ำเสมอ (หากยังไม่เป็นสมาชิก NARST ให้เลือกตอบข้อนี้)	(5)	
2.10 รพ.มีความพร้อมและให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อสร้างระบบที่มีประสิทธิภาพและที่ยั่งยืน		
○ ไม่มีการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการทั้งระดับจังหวัด/เขต	0	
○ ระดับจังหวัด มีการพัฒนาเครือข่ายการการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. ในจังหวัด แต่ระดับเขตยังไม่มีการกำหนดมาตรการ/กิจกรรมเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการของ รพ. เครือข่ายเขต	5	
○ มีการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังทั้งระดับจังหวัด และระดับเขต ร่วมกับศูนย์วิทย์ฯ และ สคร.เขต และโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการพัฒนาเครือข่ายเป็นอย่างดี	(10)	
รวมคะแนน มาตรการที่ 2	**100**	70

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
3.1 มีการวางระบบการคัดเลือกยา กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลของตนเองและในเครือข่ายตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด เขต อย่างเหมาะสมตามปัญหาโรคติดเชื้อและผลความไวของ		Basic

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
เชื้อ		
○ ไม่มี	0	
○ มี	(5)	
3.2 มีการกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นในกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL ให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด		Basic
○ ไม่มี	0	
○ มี กิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายครบทั้ง 4 กลุ่มโรค	(3)	
○ มี การกำกับติดตามการใช้ยาปฏิชีวนะ มีกิจกรรมส่งเสริมการดำเนินงาน และบรรลุเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่มโรค	5	
3.3 มีการติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ		Basic
○ ไม่มี หรือมีไม่ครบทั้ง 3 ข้อ	0	
○ มีการติดตามทั้งปริมาณและมูลค่ายา ทั้ง 3 ข้อ ดังนี้ - มีการวัดปริมาณการใช้ยา โดยการดูค่า DDD และ/หรือ DOT - มีการติดตามมูลค่าการซื้อ/หรือการสั่งใช้ยาต้านจุลชีพ - มีการเปรียบเทียบปริมาณและมูลค่าการใช้ยากลุ่มที่สงวนกับเชื้อดื้อยา ได้แก่ Carbapenem, Colistin, BL/BI , 3rd และ 4th Cephalosporin, FQ ในแต่ละช่วงเวลา	(5)	
3.4 มีการกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย เช่น Community-acquired pneumonia, Urinary tract infection, Skin and soft tissue infections, Surgical prophylaxis, Sepsis		Basic
○ ไม่มีการจัดทำ clinical practice guideline : CPG	0	
○ มีการนำ CPG ของสมาคม หรือของ รพ.อื่นมาใช้ โดยยังไม่ได้ปรับให้สอดคล้องกับความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	5	
○ มีการจัดทำ CPG ที่สอดคล้องกับผลความไวของเชื้อต่อยาของโรงพยาบาล	(10)	
○ มีการประเมินและกำกับให้มีการปฏิบัติตาม CPG รวมทั้งปรับปรุงแนวปฏิบัติให้เป็นปัจจุบัน และสอดคล้องกับผลความไวต่อยาของโรงพยาบาล *(ดังนั้น lab ควรทำผลความไวต่อยาแบบจัดกลุ่ม เพื่อให้การกำหนด empirical therapy เหมาะสม เช่น แบ่งตามลักษณะหอผู้ป่วย เช่น ICU กับนอก ICU กลุ่มเฉพาะ เช่น NICU)*	15	
3.5 มีการติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือกลุ่มที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา		Basic
○ ไม่มีระบบ	0	
○ มีระบบ **(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 30 คะแนน)**		
I. มีระบบขออนุมัติแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Preauthorization) ก่อนสั่งใช้ยาที่จำกัดการใช้ และ/หรือมีการติดตามประเมินการสั่งใช้ (Prospective Audit) ในกลุ่มยาที่ควบคุมการใช้	(+5)	
II. มีระบบให้รายงานแบบแผนความไวต่อยาต้านจุลชีพแบบ cascade reporting แทนการรายงานการทดสอบยาต้านจุลชีพทั้งหมด เช่น จะรายงาน ความไวของยา linezolid และ daptomycin ต่อ Enterococcus เมื่อเชื้อดื้อต่อยา ampicillin และ vancomycin	(+5)	

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
เท่านั้น		
III. มีระบบทบทวนการสั่งใช้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังเริ่มใช้ยา พร้อมข้อเสนอแนะกลับ (feedback) และ/หรือ มีการทบทวนการสั่งใช้ยาทุก 7 วัน รวมทั้งมีแนวปฏิบัติการ escalation และ de-escalation กลุ่มยาที่สงวนสำหรับเชื้อดื้อยา เช่น carbapenem และมีการติดตามผลลัพธ์การรักษา	+15	
IV. มีระบบหยุดการใช้ยาหากไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ (antibiotic time-out)	+5	
3.6 มีมาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะทุกชนิดอย่างเหมาะสม ในเรื่องต่อไปนี้		
o ไม่มีมาตรการและแนวปฏิบัติ	0	
o มีมาตรการและแนวปฏิบัติในเรื่องต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)		
I. มีมาตรการปรับขนาดยาตามสภาวะการสภาวะการทำงานของตับ/ไต	+2	
II. การประเมินการแพ้ยาอย่างเหมาะสม และมีการติดตาม ADR ที่เกิดจากยา	+2	
III. การเฝ้าระวัง Drug Interaction ของยา	+2	
IV. การเตือนเมื่อมีการใช้ยาปฏิชีวนะซ้ำซ้อนโดยไม่จำเป็น	+2	
V. การปรับการใช้ยาให้เหมาะสมตามหลัก PK/PD เพื่อลดค่าใช้จ่ายและลด ADR จากยา	+2	
VI. มาตรการให้เลือกใช้ยาต้านจุลชีพชนิดกินอย่างเหมาะสมสำหรับการรักษาเบื้องต้น และการเปลี่ยนจากแบบฉีดมาเป็นแบบกินอย่างเหมาะสม (IV to PO)	+2	
VII. มาตรการเพื่อให้ใช้ยาต้านจุลชีพอย่างมีประสิทธิภาพในระยะเวลาสั้นที่สุด *(ควรมีคำแนะนำระยะเวลาการรักษาการติดเชื้อแต่ละชนิด)*	+3	
3.7 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training ASP)		
o ไม่มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ ทั้งผู้รับผิดชอบงาน ASP และทีมรักษา	0	
o มีการฝึกอบรม/เพิ่มพูนทักษะ (สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)		
I. ผู้รับผิดชอบงาน ASP ได้รับการอบรมเพิ่มพูนทักษะอย่างสม่ำเสมอ	5	
II. มีการฝึกอบรมในโรงพยาบาล และถ่ายทอดความรู้และทักษะเรื่อง ASP ของทีมรักษา	5	
3.8 มีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (Computerized Clinical Decision Support Systems) โดยเป็นการ integrate ข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ตั้งแต่ ข้อมูลผู้ป่วย (health record) ผลความไวของเชื้อต่อยา ผลทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ รวมถึงขนาดยาที่เหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย		
o ไม่มี	0	
o มีระบบ CCDS	10	
3.9 มีการประเมินผลการดำเนินงาน มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อนกลับให้ PCT/ AMR/ PTC ทราบ		
o ไม่มี	0	
o มีการประเมินโดยคำนึงถึงเป้าหมายของมาตรการที่ใช้ เช่น สัดส่วนผู้ป่วยที่ได้มีการทบทวนการใช้ยาต้านจุลชีพกับข้อมูลทางจุลชีววิทยา จำนวนวันที่ได้ยาต้านจุลชีพโดยไม่จำเป็นและไม่สอดคล้องกับเกณฑ์ รวมทั้ง มีการสรุปผลการดำเนินงานและสะท้อน	5	

3. การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
กลับให้ PCT และคณะกรรมการ AMR ทราบ		
รวมคะแนน มาตรการ ที่ 3	100	56

4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
4.1 มีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ICN: Infection Control Nurse) ≥ 1 คน : 200 เตียง		Basic
○ ไม่มี ICN	0	
○ มี ICN < 1 คน : 200 เตียง	3	
○ มี ICN ≥ 1 คน : 200 เตียง	5	
4.2 มีคณะกรรมการ ICC มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอไม่น้อยกว่าปีละ 2 ครั้ง		Basic
○ ไม่มีการประชุม	0	
○ มีการประชุม 1 ครั้งต่อปี	3	
○ มีการประชุมมากกว่า 1 ครั้งต่อปี	5	
4.3 มีโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ที่พร้อมในการดำเนินงาน ดังนี้ - ห้องแยก/ โซนแยกกลุ่มผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา - ระยะห่างเตียงสามัญไม่น้อยกว่า 1 เมตร - มีอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ (PPE) เพียงพอต่อความจำเป็นใช้ (ตามข้อกำหนดของ ICC ของรพ.) - มีการแยกอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาประจำเตียง เช่น ปรอท หูฟัง เครื่องวัดความดันโลหิต - อุปกรณ์จากหน่วยจ่ายกลางมีเพียงพอ พร้อมใช้ ถูกจัดวางในหอผู้ป่วยอย่างเหมาะสม		Basic
○ ไม่มีทั้ง 5 ข้อ	0	
○ มีความพร้อมอย่างน้อย 3 ข้อ	5	
○ มีความพร้อมครบทุกข้อ	10	
4.4 มี IPC guideline เช่น Isolation precautions, Prevent MDR transmission, Disinfection and sterilization และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติ		Basic
○ ไม่มี IPC guideline	0	
○ มี IPC guideline	3	
○ มีการกำกับติดตาการปฏิบัติตาม IPC guideline และพัฒนาปรับปรุง guideline	5	
4.5 มีแนวปฏิบัติการรับ-ส่งต่อ และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยดื้อยา/สงสัยดื้อยา และการให้ข้อมูลผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน		
○ ไม่มี	0	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติทราบ และมีการกำกับติดตามการปฏิบัติในโรงพยาบาล	5	
○ มีแนวปฏิบัติ มีการกำกับ และมีมาตรการให้ทุกหน่วยบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดปฏิบัติตาม	10	
4.6 มีระบบการจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak management)		

4	การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
	○ ไม่มี	0	
	○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน (Flow chart) และมีการสื่อสารชี้แจงให้ผู้ปฏิบัติในโรงพยาบาลทราบ	5	
	○ มีแนวปฏิบัติ มีผังงาน มีการสื่อสาร และมีการวางระบบ Outbreak เชื่อมโยงกับงานระบาดวิทยาระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ	10	
	4.7 แนวปฏิบัติข้อ 4.4 - 4.6 มีการร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเพื่อให้ทันสมัย		
	○ ไม่ใช่	0	
	○ ใช่	10	
	4.8 มีการสอนและฝึกอบรมทักษะ (education and training) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เช่น • กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การปฐมนิเทศลูกจ้างใหม่ และบุคลากรประจำของ รพ • กลุ่มที่ 2 : บุคคลภายนอก เช่น การล้างมือในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย		
	○ ไม่มีการฝึกอบรมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา	0	
	○ มีการสอน/ฝึกอบรมบางกลุ่ม	5	
	○ มีการสอน/ฝึกอบรมทั้ง 2 กลุ่ม	10	
	4.9 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)		
	○ ไม่มี	0	
	○ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 15 คะแนน)**		
	I. มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยภูมิต้านทานต่ำ ทารกแรกเกิด ผู้ป่วยหนัก (ICU) และมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่เสี่ยงต่อผู้ให้บริการ	+ 5	
	II. มีการบริหารจัดการข้อมูลและแปลผลภาพรวมการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล มีการทบทวนคุณภาพข้อมูล และมีการจัดลำดับความสำคัญ และกำหนดเป้าหมายการเฝ้าระวัง HAI ตามบริบท ของรพ.	+ 5	
	III. มีระบบข้อมูลสารสนเทศ IPC เชื่อมโยงกับฐานข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรมบริการของ รพ. (HIS) และมีการสรุปปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุหลักของการป่วย การตาย มีการสะท้อนข้อมูลให้ PCT หรือ กลุ่มบริหาร เช่น เขียนรายงาน นำเสนอ มีการประชุม	+ 5	
	4.10 มีการประสานข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูล IPC เพื่อการติดตามสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยา (ทั้ง colonization และ infection)		
	○ ไม่มี	0	
	○ มี	10	
	4.11 มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC		
	○ ไม่มีการกำกับติดตาม	0	
	○ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 10 คะแนน)**		
	I. มีการกำกับติดตามเป้าหมายที่ชัดเจน เช่น การสำรวจการล้างมือ การทำความสะอาดหอผู้ป่วย การล้างทำความสะอาดและฆ่าเชื้อเครื่องมือ ปริมาณการใช้สบู่และ	+ 5	

4 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
alcohol hand rub เป็นต้น		
II. มีสรุปรายงาน (report) นำเสนอคณะกรรมการ ICC/ AMR และมีการ feedback ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	+ 5	
รวมคะแนน มาตรการที่ 4	100	90

5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
a. การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล มีการสรุปขนาดของปัญหา AMR ของโรงพยาบาล สถานการณ์ของเชื้อดื้อยาแต่ละชนิด สถานการณ์การติดเชื้อ และตำแหน่งของการติดเชื้อ และสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ถึง		
○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
○ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 50 คะแนน)**		
I. แนวโน้มของขนาดปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล (Healthcare associated infection, HAI) และความสอดคล้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	+10	
II. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มดังกล่าว	+10	
III. อัตราป่วย อัตราตายจากเชื้อดื้อยา	+10	
IV. ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการติดเชื้อ AMR ทั้งในภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และอาจจะรวมถึงภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว	+10	
V. แนวโน้มและขนาดปัญหาที่เกิดจากการติดเชื้อดื้อยาในชุมชน (community acquired infection, CAI)	+10	
b. การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล ทั้งนี้ การประเมินเน้นการรายงานให้ตรงตามความเป็นจริงที่มีหลักฐานสนับสนุนการดำเนินงาน คะแนนจะไม่ขึ้นกับความสมบูรณ์แบบของระบบ แต่ขึ้นกับการวิเคราะห์สถานการณ์ได้อย่างถี่ถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้องตามความจริง		
○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
○ มี **(สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ รวม 30 คะแนน)**		
I. มีการวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาระบบ ตั้งแต่การศึกษาระบบเดิม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาหาความต้องการและสิ่งที่จะต้องปรับปรุงในระบบ และ/หรือวิเคราะห์ระบบงานหลังจากที่พบปัญหาของระบบ และการศึกษาความเป็นไปได้ในการปรับปรุงระบบใหม่	+10	
II. มีการประเมินระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้พบผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว (early detection) เช่น ความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลและความทันเวลาในการตอบโต้กรณี Epidemic หรือการระบาด (Out break) และมาตรการในการดำเนินการควบคุม	+10	
III. มีการวิเคราะห์ระบบติดตามประเมินผล (M&E) การดำเนินระบบการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล ด้วยระบบสารสนเทศที่สนับสนุนงานและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง	+10	

5. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	คะแนน	หมายเหตุ เป็นข้อบังคับ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ห้องปฏิบัติการด้านจุลชีววิทยา ข้อมูลเวชระเบียน (คลินิก) ข้อมูลการใช้ยา และระบบที่ช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างเหมาะสม		
c. มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้ **(เลือกได้เพียง 1 ข้อ)**		
○ ควบคุมการระบาดได้ น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	0	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	5	
○ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 จากเหตุการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลทั้งหมดในรอบปี	10	
○ ไม่มีการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลในรอบปี	10	
d. มีการนำข้อมูลจาก 5.1, 5.2 และ 5.3 มาใช้ในการวางแผนตามแนวทางของ Continuous Quality Improvement (CQI) หรือ PDCA (Plan-Do-Check-Act/Adjust)		
○ ไม่มีการวิเคราะห์	0	
○ มีรายงานการประเมินมาตรการ และการปรับปรุงพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน	10	
คะแนนรวม มาตรการที่ 5	**100**	30

ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

ปีงบประมาณ 2561 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ 1 แต่ไม่ผ่าน RDU ขั้นที่ 2 เนื่องจากตัวชี้วัด RDU 1 output ผ่านเกณฑ์ 7 ตัว จาก 12 ตัวชี้วัด ซึ่งตัวชี้วัดที่ไม่ผ่าน ได้แก่หัวข้อการใช้ยาปฏิชีวนะ ทั้งในกลุ่มโรค RI AD FTW และ APL โดยทำได้ร้อยละ 28.58 21.22 44.07 และ 10.70 ตามลำดับ และหัวข้อการใช้ยา Glibenclamide ทำได้ร้อยละ 20.59

สำหรับ RDU 2 ซึ่งประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค RI และ AD ในรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ ซึ่งทำได้ร้อยละ 73.33 (ผ่าน 11 แห่งจากทั้งหมด 15 แห่ง)

ตาราง 28 การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปีงบ 61	ต.ค.-พ.ย.61
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (ผู้ป่วยนอก)	S≥ 80 M2≥ 85 F1, F2≥ 90	93.65	93.69
2	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริม เพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	3	3
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่มที่มีรายละเอียด	รายการยา 13 กลุ่ม	3	3

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปีงบ 61	ต.ค.-พ.ย.61
	ครบถ้วน			
4	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤1 รายการ	0	0
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	3	3
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ร้อยละ 20	28.58	29.73
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ร้อยละ 20	21.22	20.77
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ร้อยละ 40	44.06	38.32
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ ครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ร้อยละ 10	10.7	13.26
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไปที่ใช้ RAS blockade(ACEI/ARB/Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกัน ในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	0.01	0.00
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	≤ร้อยละ 5	20.59	5.56
12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา Metformin เป็นยาชนิดเดียว หรือร่วมกับยาอื่น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (ห้ามใช้ หาก eGFR น้อยกว่า 30 มล./นาที/1.73 ตร.ม.)	≥ร้อยละ 80	78.96	84.01
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ร้อยละ 5	0.15	0.04
14	ร้อยละของผู้ป่วยที่โรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ร้อยละ 10	1.3	1.08
15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา Inhaled corticosteroid	≥ร้อยละ 80	59.24	70.63
16	ร้อยละของผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long acting benzodiazepine ได้แก่ Diazepam, Dipotassium chlorazepate	≤ร้อยละ 5	0.81	0.74
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา Warfarin (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve), Statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	0 คน	0	0
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ(ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด Non-sedating	≤ร้อยละ 20	20.39	27.76

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปีงบ 61	ต.ค.-พ.ย.61
19	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20	ร้อยละ 100	100.00	100.00
20	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ร้อยละ 20	ร้อยละ 100	73.33	93.33

มาตรการปี 2562

1. ตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค RI และ AD จากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก อย่างต่อเนื่องทุกเดือน
2. ทบทวนความเหมาะสมของการใช้ยาดังต่อไปนี้ พร้อมปรึกษาแพทย์
   - การหลีกเลี่ยงการใช้ยา Glibenclamide ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตร.ม.
   - การเลือกใช้ยา Metformin เป็นยาขนานแรกในการรักษาเบาหวานชนิดที่ 2 เมื่อไม่มีข้อห้ามใช้
   - การเลือกใช้ยา Inhaled corticosteroid เป็นยาหลักในการควบคุมอาการของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังทุกราย และ
   - หลีกเลี่ยงการใช้ยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating เพื่อลดน้ำมูก ในผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ
3. ทบทวนประวัติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ที่ได้รับยากลุ่ม RAS blockage 2 ชนิดร่วมกัน เป็นประจำทุกสัปดาห์ และปรึกษาแพทย์เพื่อปรับยาหากพบความไม่เหมาะสม

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. ไม่ได้รับการตอบสนองจากองค์กรแพทย์ แม้จะมีการสรุปผล การสั่งยาปฏิชีวนะของแพทย์ แยกเป็นรายคน ทุกเดือนในหัวข้อ URI,AD	1. กำหนดผลงาน RDU เป็นตัวชี้วัดประเมินขั้นเงินเดือนของแพทย์
2. บุคลากรทางการแพทย์ยังคงตระหนักถึงปัญหาเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะไม่มากเท่าที่ควร ส่งผลให้ยังคงมีอัตราการสั่งจ่ายยาปฏิชีวนะสูงอยู่ในปัจจุบัน	2. จัดให้มีการถ่ายทอดความรู้และสร้างความตระหนักของปัญหาเชื้อดื้อยาและการจ่ายยาปฏิชีวนะอย่างไม่เหมาะสม จากผู้เชี่ยวชาญในแต่ละสาขา เช่น ด้านโรคติดเชื้อ ด้านสูตินารีเวช และด้านโสต ศอ นาสิก เป็นต้น

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
3. ร้อยละตามกำหนดในตัวชี้วัดการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสดจากอุบัติเหตุเกิดจากการวิจัยในชุมชนเมือง ซึ่งแตกต่างกับบริบทของพื้นที่ชนบทซึ่งผู้ป่วยหลายรายมีแผลจากการถูกสัตว์กัด	3. ส่วนกลางควรมีการปรับแก้ไข หรือชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้เหมาะสม

ผู้รายงาน

ภญ.อุมาภรณ์ สีสวนแก้ว เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม
โทร 081 540 1990 E-mail: fonnara2@yahoo.com

สาขายาเสพติด

“ ยาเสพติด ” ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ซึ่งอำเภอเมืองนราธิวาส ยังคงเป็นพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของยาสารเสพติดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสังคม จิตใจ และร่างกาย ในพื้นที่ โดยเฉพาะกระทบถึงภาวะสุขภาพจิต และเกิดโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้นตามมาโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พัฒนาขีดความสามารถระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดยาเสพติด ในระดับ Standard (S) ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูติดตาม ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด รองรับนโยบายรัฐบาลด้านยาเสพติด ตามแนวทางระบบการบำบัดยาเสพติดและฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดร่วมกับภาคีเครือข่ายปฏิบัติงานในการช่วยเหลือผู้ใช้สารเสพติดในชุมชนในรูปคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและบำบัดรักษายาเสพติดอำเภอเมือง โดย เป็นหน่วยบริการด้านการคัดกรอง ประเมินทางคลินิก บำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และติดตามดูแลผู้ผ่านการบำบัด ตามมาตรฐาน เป็นศูนย์คักรองผู้เสพผู้ติดอำเภอเมืองนราธิวาส คัดกรองและส่งต่อบำบัดรักษาเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูตามความรุนแรงนำผู้เสพเข้าบำบัดค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดินจังหวัดนราธิวาสจากการดำเนินงานยาเสพติดของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ปี 2561 มีผู้รับบริการบำบัดรักษายาเสพติด จำนวนทั้งสิ้น 375 ราย เป็นผู้ป่วยที่เข้าบำบัดระบบสมัครใจ จำนวน 86 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.93 ระบบบังคับบำบัด จำนวน 289 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.07 ซึ่งประเภท ผู้ติดสารเสพติดที่เข้าบำบัดรักษาสูงสุด เป็นผู้ติดยาเสพติดประเภทยาบ้าจำนวน 237 ราย ร้อยละ 63.73 รองลงมา คือ ผู้ติดสารเสพติดชนิดเฮโรอีน จำนวน 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.87 และกระท่อม จำนวน 35 ราย ร้อยละ 9.33 ตามลำดับ

ผลการดำเนินงาน

ตาราง 29 ผลการดำเนินงานด้านยาเสพติด

ตัวชี้วัด	รายงาน	ผลการดำเนินงาน				
		2558	2559	2560	2561	2562
ร้อยละ 20 ผู้ติดสารเสพติดที่บำบัดตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตามครบ 1 ปี (Retention Rate)	ผลงาน	-	-	-	2	อยู่ระหว่างติดตาม
	เป้าหมาย	-	-	-	6	
	ร้อยละ	-	-	-	33.33	

ตัวชี้วัด	รายงาน	ผลการดำเนินงาน				
		2558	2559	2560	2561	2562
ร้อยละ 40 ของผู้ใช้ผู้เสพ ที่บำบัดครบตามเกณฑ์หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 months Remission Rate)	ผลงาน	26	54	15	18	4
	เป้าหมาย	30	56	16	19	5
	ร้อยละ	86.67	96.43	93.70	93.70	80.00

จากตาราง ปีงบประมาณ 2560 – 2561 (ณ พฤศจิกายน 2561) พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนดบำบัดตามเกณฑ์ที่กำหนดได้รับการติดตามครบ๑ปี(Retention Rate) คิดเป็นร้อยละ 33.33 และผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์สามารถหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 80.00

การดำเนินงานค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามคำสั่ง คสช. 108 ปีงบประมาณ 2562

1. คัดกรองผู้เสพผู้ติดในชุมชนร่วมกับ ศอ.ปส. อ.เมืองนราธิวาส เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดตาม จำนวน 47 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100
2. เข้าค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กองร้อย อส.นธ จำนวน 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 78.33

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการบำบัดรักษาบำบัดยาเสพติด

1. ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานยาเสพติด จาก สรพ. Reaccredit ครั้งที่ 3 ระหว่าง 6 มิถุนายน 2561 – 5 มิถุนายน 2564
2. กิจกรรม“เสวนากลุ่มครอบครัวคนดีศรีสังคม” ผลงาน จำนวน 10 ครอบครัว รวมสมาชิก 30 คน จำนวน 4 ครั้ง/ปี
3. กิจกรรมเยี่ยมติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ผลงาน จำนวนครอบครัว/ผู้ป่วยที่รับการบำบัดแบบสมัครใจได้รับกาเยี่ยมติดตามในชุมชนจำนวน 6 ครอบครัว ร้อยละ 60.00
4. กิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน ชนะใจ คือชัยชนะ” (harm reduction) ผลงาน ผู้ป่วย MM / สารเสพติดชนิดฉีดได้รับการบริการ harm reduction 10 ชุดบริการ จำนวน 32 ราย ร้อยละ 61.50 ทีพบเชื้อ HIV/TB ได้รับการส่งต่อเพื่อบำบัดรักษาและติดตาม ร้อยละ 100 (TB 1 ราย HIV 1ราย)

ผู้รายงาน

นางสุชาดา อุดมลาภสกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช
โทร. 07 351 0680 Email: suchada_udom@hotmail.com

สาขาจิตเวช

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษา สาขาจิตเวช ด้านการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงในเขตอำเภอเมือง พบว่า ปี 2558 ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย (2.2ต่อแสนประชากร) ปี2559 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 3 ราย (3.2 ต่อแสนประชากร) ปี 2560 ไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2561 มีผู้ฆ่าตัว

ตายสำเร็จ จำนวน 1 ราย (0.8 ต่อแสนประชากร) และปี2562 ณ 30 พฤศจิกายน มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 ราย (1.09 ต่อแสนประชากร) ส่วนผลการดำเนินงานคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่า กลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป มีภาวะซึมเศร้าแนวโน้มเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 4.51 จากปีที่ผ่านมา กลุ่มงานจิตเวชจะดำเนินการเฝ้าระวังติดตาม คัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายต่อไป

แผนการดำเนินงาน

1. จัดทำโครงการ
   - การพัฒนาทักษะการการให้คำปรึกษาแก่บุคลากรและเครือข่าย รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ จะดำเนินการ เดือนมีนาคม 2562
   - พัฒนาศักยภาพพยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในและเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เดือนพฤษภาคม 2562
   - พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกจิตเวชโดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตอำเภอเมืองนราธิวาส (เดือน เม.ย.-ก.ย. 62)
   - การอบรมหลักสูตรการอบรมผู้ปกครองเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมเด็ก (เดือน มี.ค. 62)
   - การพัฒนาศักยภาพครูด้านสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน (เดือนเม.ย. 62)
   - พัฒนาบุคลากรทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤติ (MCATT) (เดือน เม.ย. 62)
   - ประชุมเชิงปฏิบัติการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต อึด ฮึด สู้ แก่บุคลากรในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ทีมีความเสี่ยงต่อภาวะเครียด
2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในเรือนจำ
3. กิจกรรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง ณ กลุ่มงานจิตเวช ในสัปดาห์สุขภาพจิต (1-7 พ.ย. 61)
4. พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง (F20.0-F29) มารับยาต่อเนื่อง ปี2562 (ทำต่อเนื่องจากปี 2561)
5. ประชุมกับกลุ่มการพยาบาลขอความร่วมมือ คัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q/8Q/9Q) ในกลุ่มเสี่ยง
6. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ตาราง 30 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากรไทย

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินการ				
		ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากรไทย	เป้าหมาย	6	6	7	7	7
	ผลงาน	2	3	0	1	1
	ต่อแสนประชากร	2.2	3.2	0	0.83	1.09

ณ พฤศจิกายน 2561

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในเขตอำเภอเมืองนราธิวาส มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากปี 2560-2561 ซึ่งปี 2562 (ณ 30 พฤศจิกายน 61) มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 ราย ซึ่งต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง

อย่างต่อเนื่องต่อไป และมีการทำ conference case ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อทบทวนและจัดระบบการดูแลเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงร่วมกับเครือข่าย

ตาราง 31 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินการ				
		ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
ร้อยละ 80 ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือ	เป้าหมาย	80	80	80	80	80
	ผลงาน	0	12	8	30	9
	ร้อยละ	0	100	100	100	100

ณ พฤศจิกายน 2561

จากตารางที่2 สรุปกลุ่มงานจิตเวชได้ช่วยเหลือติดตามให้คำปรึกษาแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2562 ร้อยละ 100 และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ 0 ราย

ข้อเสนอแนะ

ประสานงานกับเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และทำงานแบบบูรณาการเข้ากับงานด้านอื่นๆ

ผู้รายงาน

นางสาวเจะมีเนาะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวช
โทร. 086 004 9557 E-mail: Chemenoh_nara@hotmail.com

สาขาการรับบริจาคและการปลูกถ่ายอวัยวะ

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ได้มีการเปิดศูนย์รับบริจาคอวัยวะ เมื่อวันที่ 27 กรกฎาคม 2560 เพื่อเป็นศูนย์รับแจ้งความจำนงในการบริจาคอวัยวะและดวงตา จากผู้มีจิตกุศลตั้งแต่เมื่อยังมีชีวิตอยู่ และเป็นศูนย์ปลูกถ่ายอวัยวะให้แก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะและดวงตา ปีงบประมาณ 2561 พบว่า ผลการดำเนินงานมีผู้แจ้งความจำนง และขึ้นทะเบียนบริจาคอวัยวะ 291 ราย นอกจากนี้มีมีผู้จำนงบริจาคดวงตา 290 ราย และดำเนินการเก็บดวงตาแล้ว 1 ราย

แผนการดำเนินงาน

1. ประชาสัมพันธ์ และรณรงค์ให้ประชาชนมีความรู้และละมีการขึ้นทะเบียนเป็นผู้บริจาคอวัยวะและดวงตา พร้อมสร้างเครือข่ายรับบริจาคอวัยวะและดวงตาในจังหวัดนราธิวาส
2. จัดประชุมวิชาการให้บุคลากรและเครือข่ายมีความรู้และสามารถปฏิบัติงานด้านการให้บริการเมื่อมีผู้บริจาคอวัยวะและดวงตาได้ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้สามารถปฏิบัติงานได้ถูกต้องตามมาตรฐาน

ผู้รายงาน

นางสวาท ดำสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล

โทร. 07 351 0569 E-mail: ornara5569@gmail.com

สาขาโรคไต

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในจังหวัดนราธิวาส เพราะมีความชุกที่สูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น มีประชากรจำนวนน้อยมากที่ทราบว่าตนกำลังเป็นโรคไตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคไตเรื้อรังระยะ ที่ 1-3 เพราะในระยะแรกของโรคส่วนใหญ่ไม่มีอาการผิดปกติ และจะทราบเมื่อมีอาการของโรคมักดำเนินไปถึงระยะที่ 3หรือ4 และในบางรายทราบเมื่อไตวายระยะสุดท้ายไปแล้ว ซึ่งเมื่อโรคดำเนินไปสู่ระยะที่ 5 และเกิดภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (end stage renal disease; ESRD) จะทำให้การพยากรณ์ของโรคแย่ลง มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นมาก ดังนั้นหากมีระบบคัดกรองผู้ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและค้นพบผู้ป่วยในระยะแรกของโรค และให้ความรู้เรื่องอาหารและการปฏิบัติตัว รวมถึงให้ยาที่เหมาะสม จะสามารถป้องกันและชะลอการเสื่อมของหน้าที่ไตได้ นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความคุ้มค่าทางเศรษฐกิจได้มากกว่า จากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ในปี 2561จังหวัดนราธิวาสมีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในหน่วยบริการ จำนวน 28,381 ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 71,938 ราย ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นในการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง เพื่อเป็นการค้นหาและป้องกันการดำเนินของโรคต่อไป และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งมีการดำเนินงานคลีนิคชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) ร้อยละ 100 ในปี 2561 พบว่ามีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้ารับบริการจำนวนถึง 7,537ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่โรคดำเนินเข้าสู่ระยะที่ 4 จำนวน 1,057 ราย และระยะสุดท้ายถึง 728 ราย ซึ่งต้องได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้อง และจังหวัดนราธิวาสสามารถรองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้เพียงบางส่วนเท่านั้น โดยหน่วยไตเทียมในจังหวัดนราธิวาส 3 หน่วย สามารถรองรับผู้ป่วยได้เพียง 250 ราย และหน่วยบริการล้างไตทางช่องท้อง 2 หน่วย มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียน 150 ราย ดังนั้นในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง การได้รับข้อมูลในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต จะทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ช่วยชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้ดำเนินสู่ระยะสุดท้ายได้

กลยุทธ์/กิจกรรมขับเคลื่อนงาน

ปัญหาโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะของโรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตสูง ค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากขึ้น และผู้ป่วยเกิดความท้อแท้ในการดำรงชีวิต ดังนั้นการร่วมมือกันของบุคลากรสาธารณสุขในการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อวางแผนการดูแล ป้องกันการเกิดโรคและ/หรือช่วยชะลอการเสื่อมของไต จึงเป็นสิ่งจำเป็น จังหวัดนราธิวาสและเครือข่ายในระบบบริการสุขภาพสาขาไต ประกอบด้วย 13 อำเภอ ที่ให้การดูแลผู้ป่วย ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจังหวัดนราธิวาส ได้ดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์หลักในปี 2561 ดังนี้

1. จัดประชุมเครือข่ายระบบบริการสุขภาพสาขาไตเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงปัญหา อุปสรรค ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจากทุกหน่วยบริการ และอายุรแพทย์โรคไต เพื่อปรับระบบการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
2. คณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาไต จังหวัดนราธิวาส ได้ออกนิเทศติดตามหน่วยบริการทุกแห่ง เพื่อรับทราบปัญหาจากหน้างาน และปรับแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ปฏิบัติ
3. ร่วมแก้ไขปัญหาโดยผู้ปฏิบัติจากการใช้สื่อออนไลน์ กลุ่มสาขาไตจังหวัดนราธิวาส เพื่อรับทราบปัญหาและร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. เข้าร่วมประชุมกับคณะกรรมการระบบบริการสุขภาพสาขาไตระดับเขต เพื่อรับทราบแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ตาราง 32 ผลการดำเนินงานสาขาโรคไต

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน											
			2559			2560			2561			2562 (ต.ค.-พ.ย.61)		
1	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	เป้าหมาย/เกณฑ์	80			80			80			80		
		ผลงานจังหวัด	41.08			35.29			48.08			18.3		
		เมือง	8,683	3,019	34.77	10282	2,554	24.84	10798	3,884	35.97	10284	897	8.72
		สุไหงโกลก	6,523	3,001	46.01	7,014	1,781	25.39	7,122	3,007	42.22	6,775	1,170	17.27
		ตากใบ	2,851	1,269	44.51	4,387	1,617	36.86	4,506	2,301	51.07	4,351	850	19.54
		บาเจาะ	7,822	3,647	46.62	8,075	3,368	41.71	7,944	5,090	64.07	7,689	1,716	22.32
		ระแงะ	3,821	1,494	39.1	4,664	1,590	34.09	4,727	2,420	51.2	4,428	789	17.82
		รือเสาะ	4,791	2,016	42.08	6,432	2,149	33.41	5,904	2,581	43.72	5,488	779	14.19
		ศรีสาคร	2,407	973	40.42	2,295	715	31.15	2,430	1,049	43.17	2,298	987	42.95
		แว้ง	5,060	1,579	31.21	5,016	2,024	40.35	4,762	2,185	45.88	4,394	671	15.27
		สุคิริน	2,180	843	38.67	2,335	936	40.09	2,400	1,110	46.25	2,296	248	10.8
		สุไหงปาดี	5,192	2,182	42.03	5,759	2,802	48.65	5,698	3,076	53.98	5,596	1,027	18.35
		จะแนะ	4,862	2,309	47.49	5,045	2,229	44.18	5,078	2,812	55.38	4,999	1,621	32.43
		เจาะไอร้อง	2,171	838	38.6	2,414	887	36.74	2,497	1,256	50.3	2,444	506	20.7
		ยี่งอ	2,656	1,074	40.44	3,012	894	29.68	3,286	1,513	46.04	3,087	473	15.32
2	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	เป้าหมาย/เกณฑ์	50			65			66			66		
		ผลงานจังหวัด	2396	1514	63.2	3291	1859	56.49	2036	1167	57.32	465	292	62.8
		เมือง	364	220	60.44	216	113	52.31	71	39	54.93	3	3	100
		สุไหงโกลก	198	117	59.09	81	24	29.63	165	92	55.76	90	50	55.56
		ตากใบ	201	124	61.69	557	324	58.17	463	243	52.48	60	30	50
		บาเจาะ	43	21	48.84	298	193	64.77	251	176	70.12	93	58	62.37
		ระแงะ	236	136	57.63	626	319	50.96	53	29	54.72	106	68	64.15
		รือเสาะ	385	269	69.87	347	207	59.65	243	136	55.97	12	8	66.67
		ศรีสาคร	131	78	59.54	171	94	54.97	167	90	53.89	28	22	78.57
		แว้ง	72	35	48.61	112	63	56.25	29	14	48.28	2	2	100
		สุคิริน	33	24	72.73	234	123	52.56	208	117	56.25	19	8	42.11
		สุไหงปาดี	224	145	64.73	119	99	83.19	74	37	50	6	6	100
		จะแนะ	71	42	59.15	215	124	57.67	89	57	64.04	17	16	94.12

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน											
			2559			2560			2561			2562 (ต.ค.-พ.ย.61)		
		เจาะไอร้อง	50	37	74	189	109	57.67	148	94	63.51	24	17	70.83
		ยิ่งอ	388	266	68.56	126	67	53.17	75	43	57.33	5	4	80

ที่มา HDC นราธิวาส ข้อมูล ณ พฤศจิกายน 2561

ผลลัพธ์/นวัตกรรมที่เกิดขึ้น

1. จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนิเทศหน่วยบริการ ทำให้สามารถค้นพบ
2. ปัญหาจากการลงบันทึกข้อมูลได้ในบางจุด เมื่อมีการปรับแก้หน้างาน พบว่าข้อมูลการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
3. การชะลอการเสื่อมของไตใน CKD clinic ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากการเชื่อมต่อข้อมูลของห้องปฏิบัติการในการคำนวณอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ยังไม่สมบูรณ์ ทำให้ข้อมูลบางส่วนยังไม่เข้าระบบ

ปัญหาอุปสรรค

1. การลงข้อมูลระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เชื่อมเข้าสู่ฐานข้อมูล 43 แฟ้มและ HDC พบปัญหาในการลงข้อมูลยังมีความผิดพลาด และไม่มีบุคลากรรับผิดชอบหลัก
2. ระบบสารสนเทศในจังหวัดได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริง ระบบข้อมูลไม่เชื่อมโยง
3. บุคลากรมีภาระงานประจำมากเกินไป ทาให้ปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่อง
4. การคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงยังมีการเชื่อมโยงกับงานโรคเรื้อรังค่อนข้างน้อย
5. ระบบ palliative care for ESRD ยังไม่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

1. พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้เชื่อมโยงกับเครือข่ายและข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. การลงข้อมูลการคัดกรอง/ HDC ยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ สื่อสารสู่ผู้ปฏิบัติ นิเทศควบคุมกำกับติดตาม
3. พัฒนาระบบการดูแล palliative care for ESRD ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ implement palliative care สาหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย

ผู้รายงาน

นางสาวสุธาสินี เรียมจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร. 081 542 2800 E-mail: sutha-sinee@hotmail.com

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลทั่วไปประจำจังหวัดนราธิวาส เปิดให้บริการ 407 เตียง โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายหลักในการประสานความช่วยเหลือ และเตรียมความพร้อมรองรับประชาชนที่ประสบโรคภัยไข้เจ็บ และกำลังพลที่ได้ภยันตรายจากสถานการณ์ความไม่สงบของจังหวัดนราธิวาส โดยเปิด

บริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ให้บริการรักษาพยาบาล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ และเป็นศูนย์รับส่งต่อทั้งภายในจังหวัดนราธิวาสและจังหวัดใกล้เคียง ในปี 2556 2557 2558 และ 2559 มีการส่งต่อผู้ป่วยเท่ากับ 3,413 4,480 5,281 และ 5,044 ตามลำดับ มีสถานบริการในเครือข่ายรวม 15 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1 แห่งรวมถึงสถานบริการที่อยู่ในบริเวณรอยต่อในจังหวัดปัตตานีและเป็นแหล่งฝึกอบรมให้กับนักศึกษาพยาบาลอีกด้วย ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ให้บริการผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน 1,519 ราย ผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน 407 ราย อัตราครองเตียงเฉลี่ยร้อยละ 100.08 และผู้ป่วยจากสถานการณ์ความไม่สงบเฉลี่ย 191 รายต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี นอกจากนี้ มีผู้ป่วยบางส่วนไม่พร้อมที่จะไปรับบริการที่จังหวัดอื่น โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จึงได้จัดทำโครงการให้บริการผู้ป่วยโดยร่วมกับทีมแพทย์จากโรงพยาบาลศิริราชและแพทย์จากกองทัพบก โดยโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์เป็นตัวกลางในการประสานความเข้าใจระหว่างประชาชนกับเจ้าหน้าที่ทหาร กำลังพลภายในจังหวัดด้วยสาเหตุที่หน่วยงานสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่ได้รับความไว้เนื้อเชื่อใจจากประชาชนสอดคล้องกับแนวทางพระราชดำริ เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา ดังนั้น เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการเพื่อรองรับผู้ป่วยในกลุ่มโรค ที่ต้อง ใช้การรักษาเฉพาะสาขา และเพื่อรองรับแพทย์เฉพาะทางที่จะมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปี 2560-2561 อีกจำนวน 16 คน และรองรับประชาชนและพลเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพพร้อมกับพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ ของประชาชน

สภาพปัญหา

1. ผู้ป่วยที่มารับบริการยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน
2. ยังทำหัตถการได้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. แนวทางการปฏิบัติในโรงพยาบาลและเครือข่ายยังไม่ชัดเจน

แผนการดำเนินงาน

1. จัดทาคู่มือแนวทางให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังมารับบริการ
2. วางแผนกำหนดหัตถการที่จะดำเนินการ จำนวน 4 โรค
   - Inguinal hernia
   - Hydrocele
   - Hemorrhoid
   - Vaginal bleeding
3. จัดตั้งคณะทำงาน One Day Surgery
4. มีการกำหนดตัวชี้วัดแต่ละกิจกรรม
5. อยู่ในระหว่างดำเนินการเตรียมความพร้อมเพื่อเข้าร่วมโครงการโดยมีการส่งบุคลากรศึกษาดูงาน
6. จัดวางระบบและดำเนินการเตรียมความพร้อมของบุคลากร/สถานที่ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อไม่ให้เกิดความเสี่ยง
7. พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจ ทักษะเกี่ยวกับการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ
8. สร้างเครือข่ายการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง
9. สมัครเข้าร่วมโครงการ ODS

ตาราง 33 ผลการดำเนินการ One Day Surgery

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน			
		2559	2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบ one day surgery	ร้อยละ 15	n/a	n/a	อยู่ระหว่างดำเนินงาน	

ปัญหา อุปสรรค

1. บุคลากร ได้แก่ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาลประจำศูนย์ ODS
2. ความรู้ความชำนาญการใช้ E-Claim

ผู้รายงาน

นางสวาท ดำสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร. 07 351 0569 E-mail: ornara5569@gmail.com

สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ทำการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ที่คลินิกแพทย์แผนไทย ทุกวัน จันทร์ - เสาร์ ออกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในวันอังคารและวันพฤหัสบดี รวมไปถึง หน่วยบริการในเครือข่าย 3 PCU 11 รพ.สต.

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ บริการวิชาการด้านการแพทย์แผนไทยส่งเสริมการใช้สมุนไพรท้องถิ่นในการดูแลตนเองของคนไข้ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่ม อสม. และผู้เข้าร่วมกิจกรรมในงานอื่นๆ ตลอดจนการให้คำแนะนำ และวิเคราะห์ธาตุเจ้าเรือน

ด้านการป้องกันโรค ได้จัดกิจกรรมออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตนแก่ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่รอรับบริการผู้ป่วยนอก (OPD) และการออกกำลังกายด้วยท่าฤาษีดัดตนประจำเดือน เดือนละ1 ครั้ง ณ ลานหน้าคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รวมถึงการให้บริการตรวจเวชกรรมไทย ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (OPD)

ด้านการรักษาโรค รักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยด้วยการใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่มอาการโรค หัตถบำบัดและการประคบสมุนไพร การนวดฝ่าเท้า การอบไอน้ำสมุนไพร การสุมยา พอกยาสมุนไพร และการบริบาลมารดาหลังคลอด

ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ให้บริการหัตถบำบัดและการประคบสมุนไพรฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ฟื้นฟูมารดาหลังคลอด

ตาราง 34 ผลการดำเนินงานสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน			
			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
1	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทย	เป้าหมาย	18%	18%	18%	18%
		ร้อยละ	13.80	13.70	18.25	17.05

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน			
			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
2	ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์ทางเลือก(ฝังเข็ม)	ผลงาน	5,921	5,894	5,999	808
		ร้อยละ	2.41	2.22	2.16	0.67

ตาราง 35 ผลการดำเนินงานสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของเครือข่ายบริการสาธารณสุข

หน่วยบริการ	รวมทั้งปีงบประมาณ 2560			รวมทั้งปีงบประมาณ 2561			รวมทั้งปีงบประมาณ 2562		
	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ
รพ.สต ลำภู	6,865	479	6.98	11,005	7,122	64.72	1,322	267	20.2
รพ.สต.มะนังตายอ	2,760	1,080	39.13	4,416	1,336	30.25	562	104	18.51
รพ.สต.บางปอ	5,194	329	6.33	4,879	1,379	28.26	644	173	26.86
รพ.สต.บ้านตะโละแน็ง	4,741	134	2.83	4,806	1,639	34.1	999	635	63.56
รพ.สต.บ้านโคศิลา	2,690	203	7.55	2,535	401	15.82	591	329	55.67
รพ.สต.กะลุวอ	5,746	756	13.16	6,265	2,455	39.19	1,804	1,007	55.82
รพ.สต กะลุวอเหนือ	5,488	434	7.91	6,260	1,302	20.8	1,317	543	41.23
รพ.สต บ้านบือราแป๊ะ	3,647	70	1.92	3,661	1,002	27.37	553	182	32.91
รพ.สต.โคกเคียน	4,855	537	11.06	3,659	860	23.5	1,164	782	67.18
รพ.สต.บ้านสุไหงบาลา	5,319	217	4.08	5,415	1,397	25.8	492	155	31.5
โรงพยาบาลนราธิวาสฯ	265,218	37,139	14.00	276,638	40,480	14.63	53,161	6,395	12.03
รพ.สต.บ้านสะปอม	4,874	491	10.07	4,633	523	11.29	814	120	14.74
ศสม. วัดประชาภิรมย์	1,609	1,126	69.98	1,410	558	39.57	328	62	18.9
ศสม. ยะกัง ๒	2,291	625	27.28	3,031	1,131	37.31	486	222	45.68
ศสม. กำปงบารู	4,232	970	22.92	4,617	1,060	22.96	1,009	151	14.97
รวม	**325,525**	**44,590**	**13.70**	**343,230**	**62,645**	**18.25**	**65,246**	**11,127**	**17.05**

ณ พฤศจิกายน 2561

ตาราง 36 ผลการดำเนินงานการให้บริการเวชศาสตร์ฟื้นฟู(ฝังเข็ม)

หน่วยบริการ	รวมทั้งปีงบประมาณ 2560			รวมทั้งปีงบประมาณ 2561			รวมทั้งปีงบประมาณ 2562		
	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ	บริการผู้ป่วยนอก (ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ
โรงพยาบาลนราธิวาสฯ	265,218	5,894	2.22	276,638	5,999	2.16	53,161	808	0.66
รวม	**265,218**	**5,894**	**2.22**	**276,638**	**5,999**	**2.16**	**53,161**	**808**	**0.66**

ณ พฤศจิกายน 2561

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. มีความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลผ่านระบบ Hos XP ทำให้ข้อมูลของการให้บริการยังไม่สมบูรณ์ 2. การบริบาลมารดาหลังคลอด มีผู้มารับบริการค่อนข้างน้อย เนื่องจากความไม่สะดวกในการมารับบริการและมีความเชื่อว่าห้ามออกนอกบ้านภายใน 40 วันหลังคลอด	1. การประชาสัมพันธ์ ให้ผู้มารับบริการทราบถึงการให้บริการตรวจเวชกรรมไทย ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล (OPD) และการบริบาลมารดาหลังคลอด 2. การเพิ่มการให้บริการยาปรุงเฉพาะราย 3. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในทุกกลุ่มโรค/และในคลินิกอดบุหรี่

ผู้รายงาน

นางมณี กรดแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โทร 073 510 673 E-mail: panthai-nara@outlook.com

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคหลอดเลือดสมอง

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ได้ผ่านการประเมินมาตรฐานการจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยสถาบันประสาทวิทยา เมื่อวันที่ 3 เมษายน 2560 โดยเปิด Stroke Unit ในแผนก RCU จำนวน 6 เตียง รับผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ไว้ใน Stroke unit ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในหน่วยมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นจากปี 2559 มีเพียงร้อยละ 35.9 ปี ปี2560 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.56

อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมาด้วยอาการเกิน 72 ชั่วโมง เนื่องจากไปรับการรักษากับหมอบ้าน นอกจากนี้ยังไม่ได้เข้าถึงบริการ 1669 จึงทำให้เสียโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยกลุ่มนี้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จึงอาจไม่ได้รับการดูแลตาม Care Map ผู้ป่วยมักมีความพิการหลงเหลืออยู่ ทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน พบปัญหาว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ ทักษะในการทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ จึงต้องพัฒนาความรู้ ทักษะของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย อีกทั้งมีการส่งต่อและการติดตามของกายภาพ ในผู้ป่วยที่อยู่ต่างอำเภอ ให้ได้รับการฟื้นฟู ส่งผลให้มีผู้ป่วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ส่วนผลการดำเนินงานในปี 2560 พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ย Door to needle time อยู่ที่ 90-100 นาที (เกณฑ์ ภายใน 60 นาที) จึงได้ทบทวนโดยตามรอยกระบวนการ Fast Track พบขั้นตอนที่ล่าช้าเกิดจากระยะเวลาการส่งต่อของรพช. ที่ต้องประเมิน NIHSS score และการ Advice ตัดสินใจยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือดของญาติผู้ป่วย จึงได้ปรับลดขั้นตอนการประเมิน เมื่อผู้ป่วยมีอาการเข้าได้กับอาการโรคหลอดเลือดสมองให้รีบ Refer ผู้ป่วยมาก่อนโดยไม่ต้องประเมิน NIHSS score (ค่อยประเมิน NIHSS ก่อนการให้ยา) และผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ต้องให้ยาลดความดันโลหิตลงก่อนรักษาด้วยยา rt-PA

แผนการดำเนินงาน

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี 2558 - 2560 มีผู้ป่วย Ischemic Stroke จำนวน 427, 551 และ 668 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่มารับการรักษาล่าช้า ไม่ได้รับการดูแลในหน่วย Stroke unit (6 เตียง) ส่วนผู้ป่วย Hemorrhagic stroke มีจำนวน 192, 245 และ 258 ราย ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย HT ที่ขาดยา จึงได้มีแผนดำเนินงานในปี 2562 ดังนี้

1. ขยายจำนวนเตียงให้บริการใน Stroke unit เป็น 9 เตียง ในวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 โดยรับผู้ป่วยที่ให้ยา rt-PA ไว้ที่หอผู้ป่วยวิกฤต RCU 1 เตียง และเพิ่มจำนวนเตียงในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 จำนวน 8 เตียง ผู้ป่วยที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำครบ 24 ชั่วโมง พ้นระยะวิกฤตแล้ว จะย้ายผู้ป่วยไปดูแลต่อที่ Stroke unit ของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย
2. จัดระบบการติดตามผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขาดยา หรือไม่มาตรวจตามนัด
3. รณรงค์ให้ความรู้ประชาชน เรื่อง Stroke alert การปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการและการเข้าถึงบริการ 1669
4. จัดทำ Guideline การให้ยา Nicardipine ก่อนการส่งต่อจากรพช. เพื่อลดระยะเวลาการได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ให้ได้ภายในเวลา 60 นาที

ผลการดำเนินงาน

ตาราง 37 ผลการดำเนินงานโรงหลอดเลือดสมอง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม		631	619	796	926	912
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม	< 7%	10.93 (69/631)	13.57 (84/619)	9.92 (79/796)	9.83 (91/926)	10.96 (100/912)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	< 7%	4.62 (22/476)	7.49 (32/427)	5.98 (33/551)	3.74 (25/668)	5.41 (34/628)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	< 25%	30.32 (47/155)	27.08 (52/192)	18.77 (46/245)	25.58 (66/258)	23.23 (66/284)
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน 72 ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke unit	> 40%	-	-	35.9	51.56	53.33
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที	≥ 50%	-	32.0 (8/25)	18.18 (6/33)	44.54 (49/110)	35.62 (57/160)
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (Door to operation room time)	≥ 60%	NA	NA	NA	NA	12.5 (3/24)
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดสมอง		14.83 (23/155)	11.45 (22/192)	8.16 (20/245)	15.11 (39/258)	8.45 (24/284)

จากผลการดำเนินงาน พบตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม อัตราผู้ป่วยที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ยังเกิน 60 นาที และอัตราได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (Door to operation room time) ไม่ผ่านเกณฑ์ มีรายละเอียดดังนี้

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรวม สูงกว่าเกณฑ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลล่าช้า มีความเชื่อในการรักษากับหมอบ้านก่อนที่จะมารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เกินระยะเวลาที่จะให้ยาละลายลิ่มเลือด เกิด Large infarction และมีโรคร่วมได้แก่ DM HT หัวใจ ทำให้นอนนานจนเสียชีวิตด้วยโรคแทรกซ้อน นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรค HT ที่มีประวัติขาดยาทำให้ความดันโลหิตสูง จนเกิด Stroke Hemorrhage และเสียชีวิต

อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยา rt-PA ภายใน 60 นาที ยังต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุเกิดจาก (1) ผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูง ต้องให้ยาลดความดันโลหิตลงก่อนรักษาด้วยยา rt-PA (2) ผู้ป่วยที่ประเมินแล้วไม่เข้าเกณฑ์ให้ยา rt-PA ได้แก่ ค่า NIHSS ลดลง ≤4 จำนวน 18 ราย (3) พบ MCA Infarction มากกว่า1/3 จำนวน 22 ราย ผล CT มีminimal hemorrhage จำนวน 6 ราย (4) ผู้ป่วย/ญาติปฏิเสธการให้ยา rt-PA เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากกลัวการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยามีจำนวน 10 ราย (5) ผู้ป่วย/ญาติที่ตัดสินใจยินยอมให้ยา rt-PA แล้วขอเวลาตัดสินใจใหม่

อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดสมอง ตั้งแต่ปี 2557-2561 มีเพียงร้อยละ 8-16 -15.11 เนื่องจากร้อยละ 90 ของญาติผู้ป่วยจะปฏิเสธการผ่าตัด เนื่องจากผู้ป่วยอายุมากแล้ว และความเชื่อตามหลักศาสนาทำให้อัตราการเข้ารับการผ่าตัดมีน้อย ส่วนผู้ป่วยที่ตัดสินใจรับการผ่าตัด ในปี 2561 อัตราได้รับการผ่าตัดสมองภายใน 90 นาที (Door to operation room time) ไม่ผ่านเกณฑ์ ได้เพียงร้อยละ 12.5 เนื่องจากญาติผู้ป่วยใช้เวลาตัดสินใจนานต้องรอปรึกษาญาติหลายๆคนก่อน ทำให้ระยะเวลารอรับการผ่าตัดนานเกิน 90 นาที

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
การเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจากมีความเชื่อในการไปรักษากับหมอบ้านก่อนมาโรงพยาบาล ประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และการเรียกใช้บริการ 1669 รวมทั้งการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ยังไม่ทั่วถึงประชาชนทั้งจังหวัด	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น เช่น ใช้รถและเครื่องขยายเสียง ขับไปยังสถานที่ต่างๆในชุมชนเพื่อประกาศประชาสัมพันธ์
การตัดสินใจยินยอมให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือยินยอมรับการผ่าตัดของผู้ป่วย/ญาติล่าช้า เนื่องจากบริบทการอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ต้องรอผู้มีอำนาจในการตัดสินใจ หรือต้องตัดสินใจด้วยมติญาติหลายคน ทำให้ใช้เวลานาน	ประสาน รพช. ขณะส่งต่อให้ญาติที่สามารถตัดสินใจได้นั่งรถ refer มาพร้อมกับผู้ป่วย
ขาดแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ อายุรแพทย์ประสาทวิทยา บุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรคยังมีน้อย	จัดอบรมให้ความรู้บุคลากรในโรงพยาบาลและเครือข่าย ได้แก่ รพช. รพ.สต. อสม. เพื่อให้ความรู้ประชาชน และสร้างเครือข่ายในชุมชนให้มีแกนนำในการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยStroke ในชุมชน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. เครื่องออกกำลังกายแขน-ขา (Two in one) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2. โปรแกรมให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ผู้รายงาน

นางสาววรารัตน์ บุตรมาตา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร 086 598 2947 E-mail aomza_cute@hotmail.com

สาขาอายุรกรรม

ภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง (septic shock) เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล สำหรับโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบผู้ป่วยมีภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ปี 2559 – 2561 พบผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิต มีจำนวน 816, 983, 878 คน อัตราการเสียชีวิตด้วย septic shock เท่ากับ 51.79% 37.02% และ 36.34% มีแนวโน้มลดลง ตำแหน่งของการติดเชื้อเฉลี่ย 3 อันดับแรก ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบทางเดินอาหาร โดยเชื้อที่พบเป็นเชื้อก่อโรคที่เกิดในชุมชน (CI) 89.13% ได้แก่ เชื้อ Klebsiella pneumonia และ E coli ส่วนเชื้อก่อโรคที่พบในโรงพยาบาล (NI) 10.87% ได้แก่ เชื้อ Acinetobacter spp.และ Klebsiella pneumonia โดยในปี 2559 มีการนำโปรแกรม M lab มาใช้ทำให้ตรวจพบเชื้อดื้อยา MDR, CRE, VRE

ที่ผ่านมาทีมการดูแลผู้ป่วยได้มีการจัดอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง และลงนิเทศหน้างานเพื่อเน้นย้ำการใช้ Sepsis Protocol ให้เป็นไปตามแนวทาง โดยในส่วนของหอผู้ป่วยในได้นำเครื่องมือ SOS score, qSOFA score มาใช้ในการ early detection sepsis ทุกราย รวมทั้งได้นำ Criteria SIR มาใช้เป็นเครื่องมือในการช่วยแพทย์วินิจฉัย วางระบบการประสานงานระหว่างแพทย์ พยาบาล IC ห้อง LAB ห้องยา เกี่ยวกับระบบการรายงาน LAB และเกณฑ์ในการสั่งใช้ยา ATB ในกลุ่มผู้ป่วย sepsis และจัดทำแนวทางการใช้ยา ATB ในกลุ่มผู้ป่วยเชื้อดื้อยา นำคู่มือแนวทางมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วย sever sepsis /septic shock ให้โรงพยาบาลในเครือข่ายในแนวทางเดียวกัน และได้มีการประชุม service plan โรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อวางแผนดำเนินงานร่วมกัน จากผลการดำเนินงานพบว่า อัตราการเสียชีวิตด้วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงมีแนวโน้มลดลง แต่อย่างไรก็ตามก็อัตราการเสียชีวิตยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดคือต้องน้อยกว่า 30%

จากการเก็บข้อมูล ทบทวน chart และทำ trigger tool ในปี 2561 พบว่า อัตราการเกิดภาวะ septic shock ก่อนถึงรพ.19% และอัตราการเกิดภาวะ septic shock ขณะอยู่รพ. มากถึง 61.73% โดยกลุ่มที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงมากที่สุดในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและมีภาวะปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ร่วมกับมีภาวะเชื้อดื้อยา กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง เบาหวาน และผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น HIV TB เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาที่ทีมการดูแลต้องวางแนวทางเพื่อแก้ไขต่อไป

แผนการดำเนินงาน

1. จัดทำแนวทาง VAP bundle มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

2. ติดตามกำกับเกณฑ์ในการสั่งใช้ยา ATB ในกลุ่มผู้ป่วย sepsis และแนวทางการใช้ยา ATB ในกลุ่มผู้ป่วยเชื้อดื้อยา
3. ติดตามลงนิเทศหน้างานตึกที่เกี่ยวข้อง และนิเทศโรงพยาบาลเครือข่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ตาราง 38 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาอายุรกรรมโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

ลำดับ	รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	≤ 30%	232	244	197
			448	659	542
			51.79%	37.02%	36.34%
2	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยา ATB	≥90%	766	929	850
			816	983	878
			93.87%	94.50%	96.81%
3	อัตราการได้รับยาATB ภายใน1ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ 90%	816	983	856
			733	974	878
			89.83%	99.08%	97.49%
4	อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ 90%	N/A	626	498
			N/A	644	542
			N/A	97.20%	91.88%
5	อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม.	≥30%	N/A	162	150
			N/A	659	542
			N/A	24.58%	27.67%
6	จำนวนอายุรแพทย์ (ระบุจำนวนคน)		9	9	8
7	แพทย์เวชบำบัดวิกฤต (แพทย์เฉพาะทางไอซียู)		-	-	-
8	จำนวน ICU (ระบุจำนวนเตียง)		10	10	10

จากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และเครือข่าย ตั้งแต่ ปี 2559-2561 พบว่า ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่ (1) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired แต่มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง กลุ่มที่เสียชีวิตจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงมากที่สุดในโรงพยาบาล ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจและมีภาวะปอดอักเสบร่วมกับภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ร่วมกับมีภาวะเชื้อดื้อยา กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง ไตเรื้อรัง เบาหวาน และผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น HIV TB เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้มีภาวะเสี่ยงที่จะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงได้ง่าย แต่อย่างไรก็ตามจากการทบทวน chart และทำ trigger tool พบว่าประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ ที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงจากการที่วินิจฉัยล่าช้า ทำให้เกิดการ delay treatment ต่างๆ ตามมา ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (2) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. หรือผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลภายใน ICU จากความจำกัดของเตียงในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่จะได้เข้า ICU ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ ทำให้จำนวนเตียงไม่เพียงพอที่จะรับ

ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis/septic shock แต่ทางทีมให้การพยาบาลได้แก้ปัญหาโดยการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis/septic shock อยู่เตียงใกล้ที่สามารถดูแลได้อย่างใกล้ชิด เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่างๆ ซึ่งผลการดำเนินการพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากขึ้น และลดความเสี่ยงจากภาวะติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงได้ดีขึ้น

ตาราง 39 ผลการดำเนินงานผู้ป่วยตามตัวชี้วัด Sepsis ของโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดนราธิวาส

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน		
			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
1	อัตราการส่งต่อ (refer out)	100%	126	168	165
			160	168	165
			78.75%	100%	100%
2	อัตราการเปิด IV × 2 เส้นพร้อมกัน และ การได้รับสารน้ำ อย่างน้อย 1,500ml ใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย septic shock	100%	124	168	165
			160	168	165
			77.50%	100%	100%
3	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ยา ATB	90%	148	168	165
			160	168	165
			92.50%	100%	100%
4	อัตราการได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง	90%	158	168	165
			160	168	165
			98.75%	100%	100%
5	อัตราตายของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ ผู้ป่วย Severe sepsis /septic shock	≤30%	26	19	22
			160	168	165
			16.25%	11.30%	13.33%

จากผลการดำเนินการพัฒนาระบบในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ของโรงพยาบาลเครือข่าย ในปี 2558-2561 มีการส่งต่อผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ได้ถูกต้องรวดเร็ว และมีแนวโน้มปฏิบัติตาม sepsis protocol ก่อนส่งต่อดีขึ้นเป็นลำดับ โดยมีการปฏิบัติตามแนวทาง Sepsis Protocol และปฏิบัติตามคู่มือแนวทางมาตรฐานการส่งต่อ แต่ยังคงพบปัญหาในบางประเด็น ได้แก่ การส่งตรวจ H/C บางรพช. ไม่ได้นำขวด H/C มาส่งตรวจตามข้อตกลง แต่ส่งไปตรวจที่ศูนย์วิทย์ฯ (กทม.) ทำให้การรายงานผลล่าช้า ไม่เป็นไปตามระบบ ทำให้เกิดการล่าช้าในการรักษาต่อเนื่อง และการส่งต่อข้อมูลผิดพลาดในเรื่อง การให้ATB ทำให้เกิดการให้ยาซ้ำซ้อน

ปัญหา อุปสรรค

แพทย์และพยาบาลมีการหมุนเวียนตลอด และส่วนใหญ่เป็นแพทย์เพิ่มพูนทักษะและพยาบาลจบใหม่ ทำให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระเสโลหิต (sepsis) ไม่เป็นไปตาม protocol sepsis

ข้อเสนอแนะและโอกาสพัฒนา

1. ทบทวนความรู้แก่แพทย์และพยาบาลจบใหม่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระเสโลหิต (sepsis) ตาม protocol sepsis และทำ standing order เฉพาะในผู้ป่วย sever sepsis /septic shock
2. ปรับปรุงการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มาด้วยอาการไข้ ร่วมกับมีตำแหน่งของการติดเชื้อ เช่น Pneumonia, UTI โดยต้องมีการเกณฑ์ SIR ทุกราย
3. ติดตามระบบการประสานงานระหว่าง IC ห้อง LAB ห้องยา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระเสโลหิต (sepsis) ในการรายงาน LAB และเกณฑ์ในการสั่งใช้ยา ATB ในกลุ่มผู้ป่วย sepsis และจัดทำแนวทางการใช้ยา ATB ในกลุ่มผู้ป่วยเชื้อดื้อยา (anti-bio gram)
4. ทบทวน case dead conference ทุกเดือน เพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันหาแนวทางแก้ไข
5. กำกับติดตามการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย การส่งตรวจ H/C และให้มีการใช้ sepsis protocol อย่างต่อเนื่องในเครือข่าย

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. วิจัย R2R เรื่องผลของการใช้ SOS score ในการ early detection ผู้ป่วย stoke ที่มีภาวะ sepsis
2. คู่มือมาตรฐานการส่งต่อ และแนวทางการ refer back ผู้ป่วย severe sepsis/septic shock

ผู้รายงาน

นางสาวทัศณียา ไข้บวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร..087 394 0668 E-mail aung_rin2011@hormail.com

สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ปัญหาสุขภาพในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ของประชากรในจังหวัดนราธิวาส เป็นปัญหาสำคัญที่มีความรุนแรงและมีอัตราการตายสูง แม้ว่าโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนราธิวาส จะเพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ด้วยยาละลายลิ่มเลือดครบทุกแห่งตั้งแต่ปี 2558แล้วก็ตาม จากข้อมูลสถิติของผู้ป่วยกลุ่ม STEMIที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่างๆ ของจังหวัดนราธิวาส ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2558-2561 มีจำนวนที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี (263,236,263 และ 297 รายตามลำดับ) พบว่าอัตราการเข้าถึงการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย มีสัดส่วนที่สูงขึ้นใกล้เคียงกับเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 63.88,75.0,76.81 และ 75.08 % ตามลำดับ) แต่ถึงแม้ผู้ป่วยจะเข้าถึงการรักษาได้เพิ่มมากขึ้น แต่อัตราการตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยSTEMI ยังคงไม่ลดลง ทบทวนพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เสียชีวิตมาถึงโรงพยาบาลด้วยอาการที่รุนแรง มีภาวะ Cardiogenic shock เกิด Cardiac arrest ไม่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดได้ จำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดด้วยการสวนหัวใจใส่ขดลวดหรือบอลลูน (PPCI) ซึ่งยังคงเป็นข้อจำกัดด้านศักยภาพในพื้นที่ นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยที่มาถึงโรงพยาบาล แล้วไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Door To Needle Time ใน 30 นาที) คือได้รับยาละลายลิ่มเลือดล่าช้าด้วยปัจจัยต่างๆ ทั้งจากการตัดสินใจของผู้ป่วย

และญาติ การเปลี่ยนแปลงที่ไม่ชัดเจนของEKG การวินิจฉัยล่าช้า/ผิดพลาดของแพทย์และอื่นๆ ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุของผลการดำเนินงานที่ไม่บรรลุเป้าหมาย

ดังนั้น เพื่อให้กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาหัวใจ ในเครือข่ายจังหวัดนราธิวาส บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ จึงจำเป็นต้องทบทวนกระบวนการและดำเนินการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการส่งเสริมป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา การส่งต่อ การกำกับติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การประเมินผล รวมทั้งการพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็ว คลอบคลุมในทุกพื้นที่มากยิ่งขึ้น

แผนการดำเนินงาน

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดประชุมวิชาการ สนับสนุนวิทยากรจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ลงพื้นที่ให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุขในเครือข่ายทุกระดับ และส่งบุคลากรอบรมเฉพาะทางตามแผนพัฒนา
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในเครือข่าย ด้านทักษะการอ่านแปลผลEKG การตรวจหัวใจด้วยเครื่องEchocardiogram โดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านเพื่อลดการวินิจฉัยผิดพลาด เพิ่มโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็วของผู้รับบริการ
3. จัดกิจกรรมเดิน-วิ่งรณรงค์วันหัวใจโลก ประจำปี 2562 เพื่อกระตุ้นให้ประชาชนมีความตระหนักถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย ดูแลสุขภาพได้ ป้องกันการเกิดโรคในระยะยาว
4. บูรณาการงานเชิงรุกด้านการส่งเสริมป้องกันร่วมกับงานปฐมภูมิ งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มุ่งเสริมสร้างSTEMI Alert ให้เกิดในชุมชนอย่างทั่วถึง ติดป้ายประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการกาแพทย์ฉุกเฉิน 1669 อาการนำของโรค เพื่อเพิ่มการรับรู้ สร้างความตระหนักถึงอันตราย ความรุนแรงของโรคหัวใจ และเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทันท่วงที

ผลการดำเนินงาน

ตาราง 40 ผลการดำเนินงานสาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ)					
		เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562(ต.ค.61)
1	อัตราตายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	**เป้า /เกณฑ์**	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%	≤ 10%
		ผลงานจังหวัด	19/263	48/236	27/263	33/297	5/31
		ร้อยละ	7.22	20.34	10.27	11.11	16.13
		นราธิวาสฯ	5	13	4	3	2
		สุไหงโก-ลก	-	8	5	8	-
		ตากใบ	-	1	-	-	-
		บาเจาะ	-	-	6	3	-
		ระแงะ	1	4	2	2	1
		รือเสาะ	3	5	5	5	1
		ศรีสาคร	3	-	1	3	-
		แว้ง	1	5	1	1	1
		สุคิริน	-	-	-	1	-
		สุไหงปาดี	4	5	-	1	-

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงาน(ปีงบประมาณ)					
		เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561	2562(ต.ค.61)
		จะแนะ	2	3	-	4	-
		เจาะไอร้อง	-	2	1	1	-
		ยี่งอ	-	2	2	1	-
2	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (DTN ใน 30 นาที)	เป้า/เกณฑ์	**50 %**	**50 %**	**50 %**	**50 %**	**50 %**
		ผลงานจังหวัด	NA	**42/110**	**80/184**	**98/223**	**10/23**
		ร้อยละ	NA	**38.18**	**43.48**	**43.95**	**43.48**
		นราธิวาสฯ			20/51	12/32	2/4
		สุไหงโก-ลก			17/35	20/45	1/3
		ตากใบ			1/10	3/14	-/2
		บาเจาะ			9/15	8/16	1/2
		ระแงะ			4/13	13/31	1/2
		รือเสาะ			5/17	10/24	2/4
		ศรีสาคร			5/5	2/5	-/1
		แว้ง			2/6	3/11	-/1
		สุคิริน			2/3	0/5	-/-
		สุไหงปาดี			2/5	8/14	-/1
		จะแนะ			7/14	6/7	2/2
		เจาะไอร้อง			-/4	2/8	-/-
		ยี่งอ			6/6	11/11	1/1
3	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 26 ต่อแสนประชากร	ภาพรวมจังหวัด	40.62	42.49	42.29	42.45	16.45

ที่มา ; ทะเบียนผู้รับบริการ โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนราธิวาส ข้อมูล ณ สิ้นเดือนตุลาคม 2561 (ปีงบประมาณ 2562)

จากตารางอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยกลุ่ม STEMI ในโรงพยาบาลยังมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลง คาดการณ์แนวโน้มยาก ทบทวนพบว่ามีปัจจัยร่วมและปัจจัยส่งเสริมหลายประการทั้งทางด้านตัวผู้ป่วย การรับรู้ การตัดสินใจ ความตระหนักทำให้มาโรงพยาบาลล่าช้า ด้านระบบงานการประชาสัมพันธ์สู่ชุมชนไม่ทั่วถึง การส่งต่อทำPPCI มีข้อจำกัดด้วยระยะทาง ด้านบุคลากรทางการแพทย์ ขาดทักษะความชำนาญ เกิดการวินิจฉัยผิดพลาด ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลรักษาและทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตมากขึ้น ส่วนในภาพรวมอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร มีอัตราที่สูงเกินเกณฑ์มากในทุกๆปี แต่สัดส่วนคงที่ ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยร่วมอื่นๆตามบริบทพื้นที่ พฤติกรรมการบริโภค

ส่วนอัตราการได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที (Door To Needle Time) ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ ทบทวนพบประเด็นสาเหตุเกิดจากปัญหาความล่าช้าในการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ขาดทักษะความชำนาญของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งแพทย์และพยาบาลในการอ่านEKG ระบบการติดต่อประสานระหว่างแม่ข่ายลูกข่าย ระบบการให้คำปรึกษาล่าช้าและจากความรุนแรงของโรค มีโรคร่วมเช่นความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องควบคุมระดับความดันโลหิตก่อนการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด จากผลการทบทวนได้มีการพัฒนาและปรับกระบวนการทำงาน โดยเฉพาะการเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดจากห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลนราธิวาสราช

นครินทร์ ก่อนเคลื่อนย้ายไปดูแลต่อเนื่องที่หอผู้ป่วยหนักCCU เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาเร็วที่สุด ลดIschemic Time แต่ทั้งนี้ก็ยังมีปัจจัยอื่นๆที่อาจทำให้เวลาไม่ได้ตามเกณฑ์ดังที่กล่าวถึงข้างต้น

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1.ด้านผู้ป่วยและญาติ - การรับรู้เรื่องอาการ ความรุนแรงของโรค	- เชิงรุก เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์สู่ชมชุนให้มากขึ้น - ให้ความรู้กับผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง (NCD) ในชุมชนเพื่อลดความรุนแรงและลดอัตราตาย
2.ด้านระบบบริการ	- พัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข แพทย์และพยาบาล ให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย - ทำ STEMI สัญจรร่วมกันกับ Cardiologist ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้
3.ด้านศักยภาพการรักษามีข้อจำกัด	- ควรมีการขยายขีดความสามารถของ รพ.ศูนย์ยะลาให้สามารถรองรับผู้ป่วยใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้เพิ่มมากขึ้น

ผู้รายงาน นางกนกรัตน์ ขานโบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มการพยาบาล
โทร 081-0937245 E-mail : kanokrat_k@hotmail.com

สาขาทารกแรกเกิด

จังหวัดนราธิวาสมีกุมารแพทย์ จำนวน 7 คน (รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ 5 คน กุมารแพทย์โรคเลือด 1 คน รพ.สุไหงโกลก 1 คน) มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง จำนวน 17 คน (รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ 13 รพ.สุไหงโกลก 7 คน) ไม่ได้สัดส่วนตามเกณฑ์ศักยภาพ มีทารกเกิดประมาณ 12,000 รายต่อปี ปัจจุบันมีเตียง NICU ทั้งหมด 18 เตียง SNB 24 เตียง (รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ มีเตียง NICU 13 เตียง SNB 17 เตียง รพ.สุไหงโกลก มีเตียง NICU 5 เตียง SNB 7 เตียง) ซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการในจังหวัด เนื่องจากมีการดูแลโดยใช้ Noninvasive respirator ทำให้ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดระยะวันนอนใน NICU วันนอนเฉลี่ย 8.17 วัน. อัตราครองเตียงเฉลี่ย 72.27และไม่มีการส่งต่อนอกเขตบริการสุขภาพ การเสียชีวิตของทารกน้ำหนัก > 500 กรัม อายุ < 28 วัน เกินเป้าหมายที่กำหนด สาเหตุการเสียชีวิต 3 อันดับโรค ได้แก่ Preterm ,Congenital anomaly และ MAS & PPHN มีการคัดกรองความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ROP IVH hearing screening มีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าในด้านศัลยกรรม โรคหัวใจ และ Laser ROP มีการพัฒนาโรงพยาบาลเครือข่ายทุกระดับ ทำให้การ Refer in ลดลง มีระบบ fast track ทำให้การส่งต่อรวดเร็วและปลอดภัย แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาภาวะแทรกซ้อนในเรื่อง ตำแหน่งท่อช่วยหายใจไม่เหมาะสม

ตื้นหรือลึกกว่าปกติ สูงร้อยละ 43.18 สามารถส่งทารกกลับไปดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนเมื่ออาการคงที่เพิ่มมากขึ้นร้อยละ 40.60 จากเดิม ร้อยละ 12.63 และมีการคัดกรองโรคหัวใจชนิดเขียวในทารก ครบทั้งเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 100

มาตรการ/แผนการดำเนินงาน

สภาพปัญหา อัตราตายของทารก ≥ 500 กรัม อายุ ≤ 28 วัน เท่ากับ 4.98 ต่อ 1000 LB
เป้าหมาย อัตราตายของทารก ≥ 500 กรัม อายุ ≤ 28 วัน ≤ 3.4 ต่อ 1000 LB
มาตรการเป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small Success)

มาตรการ	เป้าหมายระยะ 3 เดือน	เป้าหมายระยะ 6 เดือน	เป้าหมายระยะ 9 เดือน	เป้าหมายระยะ 12 เดือน
การพัฒนาสมรรถนะการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิดเครือข่ายจังหวัดนราธิวาส	คัดเลือกแพทย์/พยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอบรมเชิงปฏิบัติงานเพื่อเป็นแกนนำ	CPR บุคลากรที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลในเครือข่าย		

สภาพปัญหา ความรู้ ทักษะ จำนวนบุคลากรเฉพาะทาง ยังไม่เพียงพอ
เป้าหมาย ปีละ 4 คน (2558 - 2562)
มาตรการเป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small Success)

มาตรการ	เป้าหมายระยะ 3 เดือน	เป้าหมายระยะ 6 เดือน	เป้าหมายระยะ 9 เดือน	เป้าหมายระยะ 12 เดือน
พัฒนาสมรรถนะและศักยภาพพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด	- คัดเลือกพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด รพ.นธ จำนวน 2 คน รพ.สุไหงโกลก จำนวน 1 คน	ส่งอบรมเฉพาะทางรุ่นที่ 5		

ตาราง 41 ผลการดำเนินงานสาขาทารกแรกเกิด

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน				
			2558	2559	2560	2561	2562
1	อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน น้ำหนัก ≥ 500 กรัม (Neonatal mortality	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	≤ 8:1000 LB	≤ 5:1000 LB	≤ 4:1000 LB	≤ 3.4:1000 LB	≤ 3.4:1000 LB
		ผลงานจังหวัด	63/12,382	62/12,360	54/12,252	60/12,042	7/2106
			5.09	5.02	4.41	4.98	3.32

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน				
			2558	2559	2560	2561	2562
	rate)	นราธิวาส	49/4209	45/4350	45/4136	41/4733	5/831
		สุไหงโกลก	7/2078	14/2027	6/1976	14/1715	2/381
		ตากใบ	1/745	1/812	0/785	3/767	0/101
		บาเจาะ	1/679	0/625	0/694	0/624	0/95
		ระแงะ	1/998	0/935	1/953	1/867	0/132
		รือเสาะ	2/850	1/818	0/822	0/772	0/131
		ศรีสาคร	2/554	0/494	0/495	1/454	0/85
		แว้ง	0/320	1/368	0/441	0/379	0/58
		สุคิริน	0/273	0/239	0/267	0/215	0/48
		สุไหงปาดี	0/453	0/464	0/407	0/384	0/62
		จะแนะ	0/517	0/536	2/518	0/481	0/88
		เจาะไอร้อง	0/388	0/344	0/344	0/295	0/35
		ยี่งอ	0/354	0/348	0/414	0/310	0/59
2	จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	1:500	1:500	1:500	1:500	1:500
		ผลงานจังหวัด	1:687	1:6686	1:680	1:666	1:117
		อัตราครองเตียง รพ.นราธิวาสราชนครินทร์					
		NICU/เตียง	13/88.82	13/75.05	13/79.42	13/72.27	13/83.84
		SNB/เตียง	17/109.17	17/116.24	17/113.6	17/127.79	17/149.50
		อัตราครองเตียง รพ.สุไหงโกลก					
		NICU/เตียง	4/ 158.33	5/ 63.21	5/ 37.41	5/110.45	5/
		SNB/เตียง	-	-	-	7/48.45	7/
3	การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (โรงพยาบาลระดับ F ขึ้นไป)	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	-	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%	≥ 60%
		ผลงานจังหวัด	-	2/13	13/13	13/13	13/13
		ร้อยละ	-	15.38	100	100	100

ณ พฤศจิกายน 2562

อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน น้ำหนัก ≥ 500 กรัม เกินเกณฑ์ที่กำหนด จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบสาเหตุ 3 อันดับแรก ได้แก่ 1.Preterm 2.Congenital anomalies 3. MAS, & PPHN โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีจำนวนทารกเสียชีวิต 41 ราย โรงพยาบาลสุไหงโกลก 14 ราย โรงพยาบาลตากใบ 2 ราย โรงพยาบาลศรีสาครและโรงพยาบาลระแงะ โรงพยาบาลละ 1 ราย โดยแยกข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตแยกรายโรงพยาบาล ดังนี้

ตาราง 42 ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตแยกรายโรงพยาบาล

สาเหตุการเสียชีวิต	รพ.นราธิวาสราชนครินทร์	รพ.สุไหงโก-ลก	รพ.ตากใบ	รพ.ศรีสาคร	รพ.ระแงะ	รวม
Preterm <1000 กรัม	9	-	1	-	-	10
< 1500 -2000 กรัม	9	-	-	-	-	9
Congenital pneumonia	2	-	-	-	-	2
Congenital anomaly	10	2	2	1	1	16
MAS & PPHN	4	2	-	-	-	6
Neonatal sepsis	3	2	-	-	-	5
Severe BA	2	1	-	-	-	3
RDS	2	6	-	-	-	8
Congenital heart	-	1	-	-	-	1
รวม	**41**	**14**	**3**	**1**	**1**	**60**

ณ ปีงบประมาณ 2561

จำนวนเตียง NICU ที่เปิดให้บริการมีจำนวนทั้งหมด 18 เตียง ซึ่งยังไม่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (มาตรฐานเตียง NICU 1:500) เป้าหมายจำนวนเตียงที่ควรมีคือ 24 เตียง (จำนวนทารกเกิดมีชีพปี 2557 - 2561 เท่ากับ 12,042 - 12,391 คนตามลำดับ) เดิมจะมีแผนเพิ่มจำนวนเตียงโดยในปี 2560-2561 เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 15 เตียง ในปี 2562-2563 เพิ่มเป็น 17 เตียง ดังนั้นเมื่อครบตามระยะเวลากำหนดจะมีเตียง NICU จำนวนทั้งหมด 22 เตียง (โดยเพิ่มจำนวนเตียงที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์) แต่จากการทบทวนอัตราครองเตียงทั้งโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และโรงพยาบาลสุไหงโกลก (ปีงบประมาณ 2561) เท่ากับ 72.27 และ 110.45 ตามลำดับและไม่มีการส่งต่อนอกเขตบริการสุขภาพ ดังนั้นในภาพรวมของจังหวัดนราธิวาสจำนวนเตียง NICU เพียงพอต่อการให้บริการ

การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ในปีงบประมาณ 2560 ภาพรวมมีการคัดกรองเพียง 2 โรงพยาบาลคือโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และโรงพยาบาลสุไหงโกลก คิดเป็นร้อยละ 15.38 ได้มีการนิเทศการตรวจคัดกรองหน้างาน การให้แนวทางการคัดกรองแก่โรงพยาบาลเครือข่าย ส่งผลให้ในเดือนสิงหาคม 2560 มีการคัดกรองครบทั้งเครือข่าย คิดเป็นร้อยละ 100

ตาราง 43 ผลการดำเนินงานการส่งต่อทารกแรกเกิด

รพ/จำนวนผู้ป่วย	ปี 2558 (30/15 ราย)	ปี 2559 (19/13 ราย)	ปี2560 (22 /5 ราย)	ปี 2561 (11/9 ราย)
ยะลา	โรคศัลย์เด็ก 10 ราย โรคหัวใจ 2 ราย TPN 3 ราย ตามสิทธ์ 1 ราย	โรคศัลย์เด็ก 6 ราย โรคหัวใจ 3 ราย	โรคศัลย์เด็ก 11/2 ราย โรคหัวใจ 1/1 ราย	โรคศัลย์เด็ก 8/3 ราย โรคหัวใจ 1/1 ราย
หาดใหญ่	TPN 5 ราย ตา – ROP 2 ราย	โรคศัลย์เด็ก 6 ราย โรคหัวใจ 1 ราย	โรคศัลย์เด็ก 1/0 ราย โรคหัวใจ 1/0 ราย	ระบบต่อมไร้ท่อ 0/1
มอ	โรคศัลย์เด็ก 2 ราย TPN 1 ราย	TPN 2 ราย โรคศัลย์เด็ก 1 ราย	โรคศัลย์เด็ก 3/1 ราย โรคหัวใจ 1/0 ราย	ตา – ROP 1/0 โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

รพ/จำนวนผู้ป่วย	ปี 2558 (30/15 ราย)	ปี 2559 (19/13 ราย)	ปี2560 (22 /5 ราย)	ปี 2561 (11/9 ราย)
		Leukemia 1 ราย Anemia 1 ราย		แต่กำเนิด 1/0 โรคศัลย์เด็ก 0/1 โรคหัวใจ 0/1
ปัตตานี			โรคศัลย์เด็ก 2/0 ราย ตามสิทธ์ 2/0 ราย	-
สงขลา	TPN 4 ราย	-	โรคหัวใจ 0/1 ราย	โรคหัวใจ 0/2

การส่งต่อทารกแรกเกิดออกนอกจังหวัดนราธิวาส ส่งต่อเนื่องจากเกินศักยภาพ โดยในปีงบประมาณ 2561 มีการส่งต่อทั้งหมด 20ราย โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ส่งต่อทั้งหมดจำนวน 11 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ยะลา 9 ราย เป็นทารกทางศัลยกรรม 8 ราย โรคหัวใจ 1 ราย ส่งต่อโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ 2 ราย เป็นทารกโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องแต่กำเนิด 1 ราย และ ROP 1ราย ส่วนโรงพยาบาลสุไหงโกลก ส่งต่อทั้งหมด 9 ราย โรงพยาบาลหาดใหญ่ 1 ราย ด้วย โรคทางระบบต่อมไร้ท่อ ส่งต่อทารกทางศัลยกรรม โรงพยาบาลศูนย์ยะลา 3 รายและโรคหัวใจ 1 รายโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรคทางศัลยกรรม 1 ราย โรคหัวใจ 1 ราย และส่งต่อโรงพยาบาลสงขลาด้วยโรคหัวใจ 2 ราย

ตาราง 44 ข้อมูลการ Refer back สู่ รพช.

ข้อมูล	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
รับส่งต่อ (Refer in)	85/38	117/34	190/57	133/52
ส่งกลับ (Refer back)	34.12 (29)/7.89(3)	33.80 (24)/2.9 (1)	12.63 (24)/7.02 (4)	40.60(54)/(0)

ตาราง 45 จำนวนทารกส่งกลับ

โรงพยาบาล	จำนวนทารกส่งกลับ
รือเสาะ	9
บาเจาะ	8
ระแงะ	13
สุไหงโกลก	6
ตากใบ	7
จะแนะ	4
เจาะไอร้อง	3
ศรีสาคร	1
ยี่งอ	3

สาเหตุที่ Refer back รอเลี้ยงโต 41 ราย ฉีดยา ABT ต่อ 12 ราย ON Photo ต่อ 1 รายจากการติดตามการส่งกลับ พบว่า ไม่มีทารกเสียชีวิต มี Readmit 1 รายจากรพ.รือเสาะด้วยอาการหายใจเหนื่อย (BPD lung) เพื่อมา ON ventilator ปัจจุบัน สามารถ หยุดการใช้เครื่องช่วยหายใจได้แล้ว

ปัญหา อุปสรรค

1. ด้านบริการ
   - ศักยภาพในการดูแลทารกโรคหัวใจ ต้อง ส่งต่อไปทำ Echocardiogram ที่โรงพยาบาลสงขลา (เดิมส่งต่อไปทำที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เนื่องจากแพทย์เฉพาะทางย้ายไปปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสงขลา) และการส่งต่อเพื่อผ่าตัดโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทำได้ยาก
   - เครื่องตรวจการได้ยิน มีจำนวนไม่เพียงพอ ทำให้การคัดกรองไม่ได้ตามมาตรฐาน คิวรอตรวจนาน
   - Incubator บางช่วงมีจำนวนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีทารกคลอดก่อนกำหนดเป็นจำนวนมาก ทำให้ต้องมีการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์
   - Transport Incubator มีจำนวนไม่ครบทั้งเครือข่าย (ขาดอีก 4 โรงพยาบาล) ทำให้เกิดภาวะ Hypothermia ขณะส่งต่อ
   - การบูรณาการ การดูแลทารกแรกเกิดระหว่างสูติกรรมและทารกแรกเกิดยังไม่เกิดผลเป็นรูปธรรม Preterm มีแนวโน้มสูงขึ้น
2. ด้านบุคลากร
   - ขาดแพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดและแพทย์พัฒนาการเด็ก
   - พยาบาลเฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดไม่ได้สัดส่วนการให้การพยาบาลทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะ

1. สนับสนุน Transport incubator เพื่อให้บริการได้ตามมาตรฐาน ทำให้ระบบ Referral system มีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. สนับสนุนแพทย์และพยาบาลอบรมการตรวจการได้ยิน
3. สนับสนุนให้มีแพทย์ทำ Echocardiogram ในโรงพยาบาล 3 จังหวัดเพื่อลดระยะเวลาการส่งต่อ
4. ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนดเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด
5. ลดอัตราการเสียชีวิตจากความพิการแต่กำเนิดในหญิงวัยเจริญพันธ์

ผู้รายงาน

นางสาววิมลวรรณ ดำคล้าย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร. 084 968 1895 E-mail: wiwun5517@gmail.com

สาขาการดูแลแบบประคับประคอง

แผนการดำเนินงาน

1. มีการกำหนด Criteria และแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างชัดเจน
2. มีทีมให้การดูแลตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อให้เหมาะสมกับวิถีวัฒนธรรม และความเชื่อ
3. มีการประสานหน่วยงานเวชกรรมสังคม เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมรพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบ
4. กรณีเสียชีวิต ให้การดูแลผู้ป่วยจากไปอย่างสงบตามหลักศาสนา ไม่ทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ

5. มีการช่วยเหลือดูแลญาติและผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งก่อนและหลังการสูญเสีย
6. รับปรึกษาจากทีมเวชกรรม รพช.ต่างๆ และ รพ.สต. ทั้งทางโทรศัพท์และทางไลน์
7. รับประสานงานระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ (ยะลาและรพ.มอ.) กับรพช.ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย
8. มีการนิเทศและติดตามรพสต.ต่างๆที่ยังขาดความมั่นใจในการค้นหาและดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ตาราง 46 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด การดูแลแบบประคับประคอง

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน			
			ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
1	ผู้ป่วยที่consult ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง100%	เป้าหมาย	26 ราย	38 ราย	23	75
		ผลงาน	26 ราย	38 ราย	23	60
		ร้อยละ	100%	100%	100%	80
2	ผู้ป่วยจำหน่ายได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยชุมชน 100%	เป้าหมาย	26 ราย	38 ราย	23	75
		ผลงาน	26 ราย	38 ราย	23	60
		ร้อยละ	100%	100	100%	80
3	จำนวนผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองจนเสียชีวิต	เป้าหมาย	26 ราย	19 ราย	7	15
		ผลงาน	26 ราย	19 ราย	7	15
		ร้อยละ	100%	100%	100%	100
4	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่ รพ.	เป้าหมาย	11 ราย	6 ราย	3	8
		ผลงาน	11 ราย	6 ราย	3	8
		ร้อยละ	100%	100%	100%	100
4	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตที่บ้าน	เป้าหมาย	15 ราย	13 ราย	4	7
		ผลงาน	15 ราย	13 ราย	4	7
		ร้อยละ	100%	100%	100%	100
5	จำนวนผู้ป่วย CA ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	เป้าหมาย	24 ราย	18 ราย	11	23
		ผลงาน	24 ราย	18 ราย	11	23
		ร้อยละ	100%	100%	100%	100
6	จำนวนผู้ป่วย Non CA ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	เป้าหมาย	2 ราย	20 ราย	12	52
		ผลงาน	2 ราย	20 ราย	12	37
		ร้อยละ	100%	100%	100	71.15

ข้อมูล ณ พฤศจิกายน 2561

จากตาราง การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปี2559 พบว่า ได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคอง และนำลงสู่การปฏิบัติมากขึ้น โดยมีการทำ Family meeting และทำ Advance Care plan ได้มีการนำ Fentanyl Pacth มาใช้ ปี 2560 ได้มีการดูแลรักษาอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากมีแพทย์ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทำให้ง่ายต่อการปรับใช้ยาเพื่อจัดการอาการรบกวนและบรรเทาความทุกข์ทรมานได้อย่างรวดเร็ว ผลการดำเนินการ พบว่าสามารถค้นหา

และเข้าถึงปัญหาและจัดการตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุขและได้มีการขยายการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไปสู่ผู้ป่วยที่เป็น Non CA มากขึ้น

ปี2561 ได้มีการใช้ strong opioid ในหลากหลายรูปแบบมากขึ้น และสามารถค้นหาผู้ป่วยได้มากขึ้น แต่ปัญหาที่ตามมา คือ ไม่สามารถให้การดูแลได้ครอบคลุมกับจำนวนผู้ป่วย เนื่องจาก ไม่มีพยาบาลที่รับผิดชอบ Full time รวมถึง PCWN ที่มีภาระงานประจำที่ค่อนข้างมาก สำหรับเรื่องการใช้ strong opioid ในโรงพยาบาลและในชุมชน ยังคงพบว่า บุคลากรส่วนหนึ่งยังกลัวผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา โดยเฉพาะเมื่อต้องมีการใช้ยากับ Syringe Driver ที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลต่อเนื่องขณะใช้เครื่อง โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ เนื่องจากบางพื้นที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้พักอยู่ในพื้นที่ ทำให้เกิดความลำบากในการส่งต่อและติดตามอาการดังกล่าว ส่วนในด้านของการเตรียมอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยที่เลือกใช้ชีวิตและเสียชีวิตที่บ้านนั้น ยังไม่พอใช้และไม่ครอบคลุม ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่มั่นใจที่จะเลือกใช้ชีวิตและเสียชีวิตที่บ้าน

จากปัญหาดังกล่าว ทีมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง จึงได้ประชุมวางแผนการดำเนินงานในการพัฒนาการดูแล คือ ด้านบุคลากรทางการพยาบาล ได้มีการวางแผนส่งบุคลากรไปอบรม 4 เดือนเพิ่ม 1 คน เพื่อสามารถค้นหาและเข้าถึงปัญหาและจัดการตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้มากขึ้น และได้มีแผนการส่งเสริมความรู้การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เป็นเชิงรุก เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ในชุมชน ส่วนด้านผู้ป่วยและญาติที่มีปัญหาเรื่องอุปกรณ์ในการดูแลที่บ้าน แผนพัฒนาคือ จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่ม เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่บ้าน และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดหาอุปกรณ์

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
ยังไม่มีหน่วยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง และพยาบาลที่ให้การดูแลเต็มเวลา	ควรมีหน่วยการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง รวมทั้งมีพยาบาลเฉพาะทาง ที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เต็มเวลา
พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง 4 เดือน มีภาระงานที่เป็นงานประจำ ทำให้ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง	วางแผนส่งบุคลากรไปอบรม 4 เดือนเพิ่ม 1 คน
เนื่องจากบุคลากรกลัวผลกระทบจากผลข้างเคียงของยาจากการใช้ยา strong opioid ด้วยเครื่อง syringe Driver ที่บ้าน รวมถึงการส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลอาการต่อเนื่องต่างๆ โดยเฉพาะนอกเวลาราชการ เนื่องจากบางพื้นที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้พักอยู่ในพื้นที่	พัฒนาสมรรถนะของอสม.ในพื้นที่ เพื่อส่งต่อการใช้เครื่องและจัดการอาการได้อย่างต่อเนื่อง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
ครุภัณฑ์เพื่อให้ผู้ป่วยยืมใช้เมื่อกลับบ้านยังไม่พอใช้	จัดหาครุภัณฑ์เพิ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยยืมใช้เมื่อกลับบ้าน

ผู้รายงาน

นางสาวฮามีด๊ะ แวและ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร 08 8790 5153 E-mail dokyaprincess@hotmail.com

สาขาสูติกรรม

โรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาสได้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูติกรรม มาโดยตลอด รวมการขับเคลื่อนการดำเนินงานของคณะกรรมการ MCH ของจังหวัด โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาสูติกรรม มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีการเฝ้าติดตามกำกับดูแลในหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่างๆเพื่อป้องกันการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและอาจนำมาถึงขั้นทำให้มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด รวมทั้งการดูแลและเฝ้าระวังในมารดาที่มีภาวะคลอดก่อนกำหนด ปัจจุบันโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีสูติแพทย์ จำนวน 8 คน มีการจัดระบบสูติแพทย์Zoning มีการดำเนินการร่วมกับจังหวัดมอบหมายสูติแพทย์รับผิดชอบดูแลโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนราธิวาส 1- 2 แห่งต่อสูติแพทย์ 1 คน โดยมีการดูแลร่วมกันทั้งเครือข่าย ร่วมกับมีการปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบ ต่างๆ เช่น พัฒนาระบบการส่งต่อ Fast track ระบบสนับสนุนต่างๆ

ประเด็น PPH

1. มีการใช้ PPH Fast track ทุกโรงพยาบาล
2. มีการวินิจฉัย และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะตกเลือดตาม “แนวทางการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือด”
3. Early detection มีการใช้ถุงตวงเลือดหลังคลอดทารก มีการคำนวณ SI Score และรายงานแพทย์ทันทีเมื่อมีข้อบ่งชี้
4. Early diagnosis : รายงานแพทย์ทันทีเมื่อเสียเลือด≥300 cc
5. Early Refer : PPH Fast Track with Standing Order

ประเด็น Preterm

1. สูติแพทย์ได้ชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่แพทย์โรงพยาบาลชุมชน และนิเทศหน้างานการประเมินประจำปีงบประมาณ 2561
2. สูติแพทย์ zoning และงานฝากครรภ์ รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการรักษาให้ได้ถูกต้องเหมาะสม
3. แผนกฝากครรภ์ทุกที่ซักประวัติ เกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ที่แล้ว

4. ส่งตัวหญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนดมาที่แผนกฝากครรภ์ รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ เพื่อรับยา17HPC ไปฉีด รพ.ใกล้บ้าน โดยเริ่มให้ยา 17HPC ทางกล้ามเนื้อ ทุกสัปดาห์ ตั้งแต่แรกวินิจฉัยจนถึง อายุครรภ์ 36 สัปดาห์
5. ติดตามวัดความยาวปากมดลูกที่ 18-24 สัปดาห์
6. มีทะเบียนติดตามการรับยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ตาราง 47 ผลการดำเนินงานสาขาสูติกรรมและนรีเวชกรรม

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน
อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด	ร้อยละ 0	0.82%
อัตรามารดาคลอดก่อนกำหนด	ลดลง 1 %จากปีก่อน	8.13%

ที่มา PCT สูติกรรม ณ ปีงบประมาณ 2561

ในปีงบประมาณ 2561 การดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการ สาขาสูติกรรม โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนราธิวาสมีการวางแผนและพัฒนาการบริการร่วมกันโดยทำงานในรูปแบบของเครือข่าย เพื่อพร้อมให้บริการหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มฝากครรภ์ การดูแลขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด จนถึงหลังคลอด รวมทั้งการเยี่ยมบ้านหลังคลอด มีการพัฒนาระบบส่งต่อและจัดทำมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ Fast track พัฒนาระบบงานในแผนกฝากครรภ์ และห้องคลอด ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเด็นปัญหากรณีที่มีมารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด โดยใช้กระบวนการ Root Cause Analysis 5 ขั้นตอน (Story & timeline, Potential change, Listen to voice of staff, Swiss cheese, Creative solution) มีการดำเนินการดูแลมารดากลุ่มเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดโดยลงสู่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย มีแนวทางปฏิบัติและมีการเบิกจ่ายยาที่ใช้ในการรักษาทุกที่

ปัญหา อุปสรรค

ประเด็น PPH

บุคลากรขาดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางสูติกรรม เนื่องจากมีการหมุนเวียนแพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลใหม่เข้ามารับงานห้องคลอด

ประเด็น Preterm

1. หญิงตั้งครรภ์บางรายยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงปฏิเสธยาฉีดเมื่อได้รับคำแนะนำ
2. การเก็บข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ซ้ำซ้อน

ข้อเสนอแนะ

ประเด็น PPH

จัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางสูติกรรมเป็นประจำทุกปี โดยมีเป้าหมายหลัก คือ แพทย์ประจำโรงพยาบาลชุมชน และพยาบาลห้องคลอด สามารถปฏิบัติตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยวิกฤตทางสูติกรรมได้ถูกต้อง โดยเฉพาะภาวะตกเลือดหลังคลอด

ประเด็น Preterm

1. เน้นย้ำความสำคัญและผลเสียของการคลอดก่อนกำหนดในทุก visit ของการฝากครรภ์และย้ำในหลักสูตรโรงเรียนพ่อแม่
2. จัดประชุมทำความเข้าใจแนวทางการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดจะมีการปรับปรุงการเก็บข้อมูลให้ง่ายและสะดวกในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น

ผู้รายงาน

นางสาวจุฑามาศ เอี่ยมวุฒิวัฒนา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร. 073 510 515 Email : jutamas.ieam@gmail.com

สาขาโรคมะเร็ง

การดำเนินงานมะเร็ง จังหวัดนราธิวาส ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปคณะกรรมการ Service Plan สาขามะเร็ง โดยมีผู้รับผิดชอบงานทุกระดับเป็นคณะกรรมการ มีการประชุม และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านการสั่งการ/การประสานงาน ในระดับจังหวัด รวมทั้งการนิเทศติดตามโดย บูรณาการกับงานโรคไม่ติดต่ออื่นๆ และได้จัดทำแผนงาน/โครงการเร่งรัดการดำเนินงานเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคมะเร็ง เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่ รวมทั้งเพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและเข้าถึงบริการมากขึ้น เป้าหมายหลัก คือ การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคมะเร็ง การรณรงค์ค้นหาผู้ป่วยและวินิจฉัยโรคให้ได้ในระยะแรกๆ เพื่อลดอัตราป่วยและอัตราตายจากโรคมะเร็ง ซึ่งได้จัดให้มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ปี 2561 และชี้แจงนโยบายตัวชี้วัดแนวทางการดำเนินงานมะเร็ง ปี 2561 แก่ผู้รับผิดชอบงานทุกระดับ ผ่านการประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขามะเร็ง ครั้งที่ 1/2561 แล้ว

ผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกจังหวัดนราธิวาส มีการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้น ปี 2560 โดยมีการคัดกรองมะเร็งเต้านม คิดเป็นร้อยละ 81.33 อำเภอ ที่มีการคัดกรองสูงสุด คือ อำเภอแว้ง ร้อยละ 89.40 ส่วนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ปี 2558-2560 คิดเป็นร้อยละ 24.11 อำเภอที่มีการคัดกรองสูงสุดคือ อำเภอยี่งอ ร้อยละ 45.32

ตาราง 48 ผลการดำเนินงานคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองและมะเร็งปากมดลูก ปี 2561 – 2562

คปสอ.	การคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80				การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ร้อยละ 80			
	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2561		ปี 2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมืองนราธิวาส	18,244	76.77	3,722	15.35	3,714	19.51	3,775	19.84
ตากใบ	12,428	89.02	2,108	14.82	5,647	50.23	5,728	50.96
บาเจาะ	8,498	89.58	1,599	16.38	3,967	53.41	4,141	55.37
ยี่งอ	7,291	84.54	414	4.69	4,604	67.83	4,606	67.83
ระแงะ	15,042	94.93	2,190	13.53	6,031	48.21	6,139	49.12
รือเสาะ	7,346	53.86	148	1.05	3,743	34.92	3,748	34.96
ศรีสาคร	4,663	66.06	560	7.63	2,382	42.50	2,385	42.58

คปสอ.	การคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80				การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ร้อยละ 80			
	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2561		ปี 2562	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แว้ง	8,355	86.87	5,280	53.62	3,043	39.91	3,067	40.32
สุคิริน	3,433	79.56	252	5.7	1,908	54.76	1,931	55.42
สุไหงโก-ลก	11,014	80.23	2,486	17.72	2,224	20.14	2,269	20.62
สุไหงปาดี	8,455	82.62	2,518	23.93	2,489	30.73	2,514	31.04
จะแนะ	5,583	86.75	662	9.9	2,802	56.13	2,917	58.49
เจาะไอร้อง	5,133	73.64	80	1.11	1,070	19.43	1,072	19.51
รวมทั้งหมด	**115,485**	**80.38**	**22,019**	**14.93**	**43,624**	**38.24**	**44,292**	**38.84**

ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส ณ พฤศจิกายน 2561)

หมายเหตุ : สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 80 และสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ20 และสะสมปี 2558-2561 ร้อยละ 80

ตาราง 49 ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด ปี 2559 - 2561

ตัวชี้วัด	ผลงาน (ร้อยละ)			
	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
1.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ ร้อยละ 80	82.89 (63/76 ราย)	61.54 (24/39 ราย)	50 (18/36 ราย)	75 (3/4 ราย)
2.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ร้อยละ 80	-	-	100 (7/7 ราย)	-
3.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับยาเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ร้อยละ 80	90.91 (20/22 ราย)	70.59 (12/17 ราย)	71.42 (20/28 ราย)	100 (2/2 ราย)
4.ผู้ป่วยที่ refer ออกนอกเขตสุขภาพ เพื่อทำการรักษาโรคมะเร็ง ลดลง ≥ ร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา	11 ราย (เพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.5)	5 ราย (ลดลง ร้อยละ 54.54)	3 ราย (ลดลงร้อยละ 40)	1 ราย (ลดลงร้อยละ 66.67)

ที่มา ระบบ Thai Cancer Base ณ พฤศจิกายน 2561

ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบัน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก สามารถวินิจฉัยโรคมะเร็งและให้การรักษาโดยการทำหัตถการ การผ่าตัด เก็บชิ้นเนื้อส่งตรวจ และการให้ยาเคมีบำบัด โดยรับผู้ป่วยจากเขตที่รับผิดชอบและจากโรงพยาบาลชุมชน กรณีเกินศักยภาพจะมีการส่งต่อเพื่อรักษาในสถานบริการที่มีศักยภาพที่สูงกว่า ได้แก่ โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย และรักษาโดยแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางต่อไป เนื่องจากข้อจำกัดของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก ยังไม่สามารถให้การรักษาโดยวิธีรังสีรักษาได้

นอกจากนี้ การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงเริ่มมีการเยี่ยมบ้านเชิงรุกโดยนำร่องในผู้ป่วยคลินิกศัลยกรรม มะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ โดยพยาบาลจากหน่วยงานเวชกรรมชุมชนผู้รับผิดชอบงานมะเร็งมาพบสร้างสัมพันธภาพและเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามเยี่ยมบ้านตั้งแต่เริ่มได้รับการวินิจฉัยมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้

ปัญหา อุปสรรค

1. ผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนไม่ยอมรับการรักษาจากแพทย์ แต่ไปรับการรักษาจากหมอพื้นบ้านแทน และใช้เวลาในการตัดสินใจรับการตรวจรักษาช้า
2. สตรีกลุ่มเป้าหมายบางส่วนไปตรวจเองกับคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลอื่นๆในต่างจังหวัดทำให้ขาดความครอบคลุมของการคัดกรอง/ตรวจรักษา เนื่องจากไม่ได้รับผลการตรวจรักษา
3. กลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรอง เพราะความอาย ไม่กล้า และกลัวตรวจพบความผิดปกติ
4. การเข้าถึงข้อมูลระดับจังหวัด ยังไม่สามารถดึงข้อมูลได้โดยตรง และข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยรังสีรักษา ไม่ได้รับการคืนข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการให้ความรู้โรคมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่มีอัตราป่วย/ตายสูง ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งปอด และมะเร็งตับ เพื่อสร้างความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติ ที่ถูกต้องให้แก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสตรีเป้าหมายและสามีอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพื่อสร้างความตระหนักในการตรวจรักษาแต่เนิ่นๆ ตลอดจนเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความมั่นใจและเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในการตรวจคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง รวมทั้งการบริหารจัดการข้อมูล การประสานงานและหาช่องทางในการคืนข้อมูลกลับที่โรงพยาบาล
3. ควรออกหน่วยบริการเชิงรุกตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในชุมชนอย่างต่อเนื่องทุกปี

นวัตกรรม

1. การให้บริการแบบ one stop service และการให้บริการเชิงรุกถึงบ้าน
2. สร้างบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพ (Role Model)
3. รับถึงบ้าน ส่งถึงเรือน ปรับทัศนะคติทางด้านศาสนา
4. ปฏิทินการตรวจมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก

ผู้รายงาน

นางดวงหทัย ปรีชาเลิศมิตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล
โทร 081 347 7119 E-mail: phingwha@hotmail.com

สาขาโรคตา

การให้บริการผู้ป่วยต้อกระจกในระบบปกติ ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ในระดับปฐมภูมิให้ อสม.คัดกรองตาอย่างง่าย โดยให้นับนิ้วที่ระยะ 3 เมตร หากบอกผิด 3 ใน 5 ครั้งขึ้นไปถือว่าผิดปกติต้องส่งต่อในระดับทุติยภูมิ (รพ.สต./รพช.) ให้เจ้าหน้าที่วัดสายตา หากสายตาแย่กว่า 20/70 ถือว่าเป็นสายตาเลือนราง (Low vision) และแย่กว่า 10/200 ถือว่าเป็นระยะบอด (Blindness) ให้ส่งต่อ ในระดับตติยภูมิ (รพท./รพศ.) พบจักษุแพทย์เพื่อวินิจฉัยและนัดผ่าตัดลอกต้อกระจก

การเพิ่มนโยบายเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการให้บริการมากขึ้น โดยการออกหน่วยคัดกรองและผ่าตัดต้อกระจกในพื้นที่ห่างไกลและเข้าถึงการให้บริการยาก

ในหลายปีที่ผ่านมา โดยภาพรวมในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้มีอัตราการเข้าถึงบริการน้อยกว่าในภูมิภาคอื่นๆในประเทศ โดยมีปัจจัยหลายอย่างที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการได้แก่ ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ปัญหาความไม่สงบในพื้นที่และความปลอดภัยอันส่งผลต่อการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยและการให้บริการนอกพื้นที่ของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นจึงมีมาตรการเชิงรุก ควบคู่ไปกับระบบการให้บริการปกติ โดยร่วมมือกับทีมผ่าตัดจากภายนอก ได้แก่ ทีมแพทย์ทหาร ทีมแพทย์อาสา พอ.สว. และมูลนิธิพิทักษ์ดวงตา ทำการผ่าตัดต้อกระจกเป็นหมู่คณะ เพื่อเพิ่มอัตราการได้รับการผ่าตัดต้อกระจกให้มากขึ้น และมีมาตรการอื่นๆเสริม เช่น การไม่ต้องใช้ใบส่งตัวในการผ่าตัดต้อกระจก การใช้โปรแกรม Vision 2020 ในการติดตามการดำเนินงาน เพื่อให้การบริการเป็นอย่างครอบคลุม เป็นต้น

ในปีงบประมาณ 2561 ทีม Service plan ตา จังหวัดนราธิวาส ได้ดำเนินการคัดกรองวัดสายตา (VA) และค้นหา ผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding cataract) เบื้องต้นโดยอสม.และทำการตรวจยืนยันซ้ำโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต. ดังตารางผลการดำเนินงาน สามารถคัดกรองสายตาได้ 41,975 ราย คิดเป็น 72.89 % ซึ่งสูงกว่าปีงบประมาณ 2560 ส่วนร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน ทำได้ 97.3 % จากเป้าหมาย 85 % ซึ่งตั้งเป้าไว้สูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา (80%) จากการประชุม Service plan สาขาตาเขต 12 การคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ และการผ่าตัดต้อกระจกจะลงข้อมูลทั้งหมดในโปรแกรม Vision 2020 โดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และรพท. เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงานสามารถ ซึ่งฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะต้องมีการ update ทุกปี ซึ่งในปีนี้พบว่าฐานข้อมูลประชากรยังไม่ถูกต้อง

แผนการดำเนินงาน

มีผู้ป่วย Blinding cataract ที่ปฏิเสธการผ่าตัดอีกจำนวนหนึ่ง ส่วนใหญ่ไม่สะดวกในการเดินทางและญาติไม่สะดวก แต่ยินดีหากได้ทำการผ่าตัดใกล้บ้าน ในปีงบประมาณ 2562 ทีม Service plan ตา จังหวัดนราธิวาส จึงได้วางแผนการรณรงค์คัดกรองและผ่าตัดต้อกระจก ในรพช.ร่วมกับทีมพันธมิตรภายนอก ดังนี้

1. วันที่ 26 ต.ค. 61 ผ่าตัดต้อกระจกหมู่ที่รพ.นราธิวาสราชนครินทร์ ร่วมกับทีมเขตและพอ.สว.
2. เดือน ก.พ.62 ออกหน่วยที่รพช.ศรีสาคร ร่วมกับทีมแพทย์ทหาร
3. เดือน เม.ย.62 ออกหน่วยที่รพช.สุคิริน ร่วมกับทีมแพทย์ทหาร
4. เดือน ส.ค.62 ออกหน่วยที่รพช.ยี่งอ ร่วมกับทีมแพทย์ทหาร

ตาราง 50 ผลการดำเนินงานสาขาโรคตา

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน			
			2558	2559	2560	2561
1	ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา (≥ร้อยละ 75)	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**75%**	**75%**	**75%**	**75%**
		ผลงานจังหวัด	**54875**	**54338**	**48207**	**41975**
		ร้อยละ	**73.49%**	**80.95%**	**67.04%**	**72.89%**
		นราธิวาส	7,303	6,844	5,987	5,818
		สุไหงโก-ลก	2,968	4,400	4,935	5,235
		ตากใบ	5,898	5,572	3,725	497

ลำดับ	รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน			
			2558	2559	2560	2561
		บาเจาะ	4,943	4,509	749	4,408
		ระแงะ	7,034	6,176	7,5,22	6,048
		รือเสาะ	4,664	4,936	5,189	5,094
		ศรีสาคร	2,297	2,187	926	374
		แว้ง	3,580	4,447	4,329	2,165
		สุคิริน	2,047	1,840	1,806	2,184
		สุไหงปาดี	4,011	4,071	4,506	3,359
		จะแนะ	2,057	2,026	2,209	1,898
		เจาะไอร้อง	3,234	2,801	2,621	2,315
		ยี่งอ	4,839	4,529	3,703	265
2	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (≥ร้อยละ 85)	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**80%**	**80%**	**80%**	**85%**
		ผลงานจังหวัด	**306**	**307**	**385**	**343**
		ร้อยละ	**89.5%**	**88.9%**	**91.4%**	**97.3%**
		นราธิวาส	113	79	80	104
		สุไหงโก-ลก	193	186	207	176
		ตากใบ	-	10	-	28
		บาเจาะ	-	-	-	-
		ระแงะ	-	-	-	-
		รือเสาะ	-	-	-	-
		ศรีสาคร	-	32	40	-
		แว้ง	-	-	-	-
		สุคิริน	-	-	-	33
		สุไหงปาดี	-	-	-	-
		จะแนะ	-	-	-	-
		เจาะไอร้อง	-	-	-	-
		ยี่งอ	-	-	61	2

ณ ตุลาคม 2561

ปัญหา อุปสรรค

1. การคัดกรองสายตาในระดับ รพ.สต.หรือ รพช. ยังมีบางแห่งที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากภาระงานของเจ้าหน้าที่
2. ขาดการลงข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุลงใน Vision 2020 ในระดับรพ.สต. โดยเฉพาะในเขตรับผิดชอบของเทศบาล
3. ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งจังหวัดนราธิวาสของปี 2561 ยังไม่ update ถูกต้องเดิมหน่วยงานที่ลงข้อมูลเป็นสสจ.
4. ยังมีผู้ป่วย Blinding cataract ที่ยังเข้าไม่ถึงบริการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ
5. ยังมีผู้ป่วยโดยเฉพาะ Blinding cataract ปฏิเสธการผ่าตัด

ข้อเสนอแนะ

1. รณรงค์คัดกรองสายตาผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปให้แก่ รพ.สต. โดยรพ.นราธิวาสราชนครินทร์และรพ.สุไหงโกลกเป็นพี่เลี้ยงเพื่อค้นหา คัดกรองผู้ที่มีปัญหา สายตาเข้าสู่ระบบการรักษาให้ครอบคลุม และใช้โปรแกรม Vision 2020 กำกับติดตามทุกเขต
2. กำหนดให้แต่ละพื้นที่รพ.สต. update ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ของตนเอง เพื่อฐานข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020 ถูกต้องแม่นยำ
3. เร่งรัดการผ่าตัดลอกต้อกระจุกเชิงรุก ในพื้นที่ห่างไกลหรือรพช.โดยเน้นที่ผู้ป่วย Blinding cataract ส่วนผู้ป่วย Low vision cataract ให้เข้ารับการผ่าตัดที่หน่วยบริการประจำ ณ รพท.
4. ประสานความร่วมมือกับภาคีท้องถิ่นทุกภาคส่วน ได้แก่ อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น เพื่อนำผู้ป่วยมายังหน่วยคัดกรอง และอำนวยความสะดวกในการรับส่งผู้ป่วยเข้ารับบริการ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และลดการปฏิเสธการผ่าตัดต้อกระจก

ผู้รายงาน

แพทย์หญิงอารีนา สะอีดี นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทร 07 351 0458 E-mail : eye-nara@hotmail.com

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลในจังหวัดนราธิวาสได้มีการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินมาโดยตลอด รวมทั้งการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ECS โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานร่วมกันเพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติที่เกี่ยวข้องกับภัยสุขภาพต่างๆ โดยดำเนินงานในรูปคณะกรรมการภัยพิบัติ/คณะกรรมการอุบัติเหตุกลุ่มชนของโรงพยาบาล รวมทั้งการให้การดูแลรักษาผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ซึ่งยังคงมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยส่วนหนึ่งมีความซับซ้อนต้องการการรักษาพยาบาลที่เฉพาะเจาะจงเพื่อให้เหมาะสมกับโรค ในขณะที่โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และโรงพยาบาลสุไหงโก-ลกมีข้อจำกัดด้านบุคลากร มีแพทย์เฉพาะทางไม่ครบทุกสาขา ขาดอุปกรณ์และเครื่องมือเพื่อการตรวจวินิจฉัย ทำให้ยังต้องส่งต่อผู้ป่วยส่วนหนึ่งไปรับการรักษายังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า อีกทั้งแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางอุบัติเหตุยังมีน้อยเมื่อเทียบกับสัดส่วนของผู้มารับบริการ การดำเนินการจัดตั้งศูนย์ TEA Unit (Trauma & Emergency admin unit) โรงพยาบาลระดับ S และ M1 มีการดำเนินการแล้วแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ มีข้อจำกัดด้านสถานที่และบุคลากรซึ่งยังใช้อัตรากำลังปกติร่วมกับห้องฉุกเฉิน มีการบริหารจัดการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการดำเนินงานและตัวชี้วัดร่วมกับงานเวชสถิติและศูนย์ IT ซึ่งสามารถบริหารจัดการข้อมูลได้ระดับหนึ่ง ในส่วนของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ธุรการมาช่วยในการคีย์ข้อมูลที่จำเป็นรวมทั้งข้อมูล 43 แฟ้ม ประเด็นการเตรียมความพร้อมรับอุบัติเหตุหมู่/ภัยพิบัติทุกโรงพยาบาลมีการจัดทำแผนรับอุบัติเหตุกลุ่มชน มีการจัดตั้งทีม Mini MERT ในทุกอำเภอ และในระดับจังหวัดมีการจัดตั้งทีม MERT เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับอุบัติเหตุหมู่/ภัยพิบัติ จัดให้มีการซ้อมแผนเสมือนจริงในระดับโรงพยาบาลและร่วมซ้อมกับหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เมื่อมีการเปิดใช้แผนฯจะมีการทำ AAR เพื่อหาโอกาสพัฒนา โดยเฉพาะโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ (โรงพยาบาลจังหวัด) และ

โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก (โรงพยาบาลทั่วไป) มีการปรับปรุงแผนอุบัติเหตุกลุ่มชน การจัดทำแผนปฏิบัติการฉุกเฉินรับผู้ป่วยได้รับสารเคมีและโรคระบบทางเดินหายใจ (กรณีระบาด) การติดตั้งเครื่อง AED มีการติดตั้งเฉพาะในจุดที่มีความเสี่ยงสูง โดยในพื้นที่อำเภอสุไหงโก-ลกมีการติดตั้งกระจายตามแหล่งชุมชนที่มีความเสี่ยงสูงจำนวน 23 เครื่อง ทุกโรงพยาบาลมีการเปิดให้บริการคลินิกนอกเวลาเพื่อช่วยลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน มีการคัดแยกผู้ป่วย (Triage) โดยใช้เกณฑ์ของ ESI วางระบบป้องกันความปลอดภัยโดยใช้ 2P safety

การบาดเจ็บยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ส่วนใหญ่เป็นการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร แม้ว่าปัจจุบันอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรยังไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด แต่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และตัวโรคมีความรุนแรงขึ้น อีกทั้งปัจจุบันยังคงมีผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องแม้ว่าแนวโน้มลดลงแต่ระดับความรุนแรงยังคงเดิม โดยในปี 2561 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีผู้บาดเจ็บจากสถานการณ์เข้ารับบริการจำนวน 39 ราย และมีผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินปีงบประมาณ 2559-2561 เฉลี่ย 35,800 ราย/ปี โดยแยกตามระดับความรุนแรงดังนี้

- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (R) เฉลี่ยจำนวน 1,442 ราย/ปีคิดเป็นร้อยละ 4.03
- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (E) เฉลี่ยจำนวน 3,204 ราย/ปีคิดเป็นร้อยละ 8.95
- ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (U) เฉลี่ยจำนวน 10,105 ราย/ปีคิดเป็นร้อยละ 28.23
- ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (SU) เฉลี่ยจำนวน 5,395 ราย/ปีคิดเป็นร้อยละ 15.07
- ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (NU) เฉลี่ยจำนวน 15,653 ราย/ปีคิดเป็นร้อยละ 43.72

การรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่/ภัยพิบัติที่มีโอกาสเกิดขึ้นในพื้นที่ เช่น อุบัติเหตุจราจร สถานการณ์ความไม่สงบ น้ำท่วม ดินโคลนถล่ม รวมถึงการระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจตะวันออกกลาง เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามมีการเดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ที่นครมักกะห์ ประเทศซาอุดิอาระเบียซึ่งมักมีการระบาดของโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง โดยปัจจุบันมีเที่ยวบินตรงจากประเทศซาอุดิอาระเบียมายังจังหวัดนราธิวาส ในปีที่ผ่านมามี 6 เที่ยวบิน มีผู้โดยสาร 1,720 คน ทำให้มีโอกาสเกิดการระบาดของโรคได้ง่ายถ้าไม่มีแผนหรือระบบรองรับที่เหมาะสม

แผนการดำเนินงาน

ประเด็น		มาตรการดำเนินการ
ER คุณภาพ	ลดแออัด	- สร้างมาตรการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน - พัฒนาระบบให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินอยู่ใน ER ไม่เกิน 2-4 ชม.
	จัดมาตรฐาน/ พัฒนาคน	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตามโรค Fast track - พัฒนาสมรรถนะแพทย์และพยาบาลด้าน ATLS - นำเกณฑ์ ECS มาประเมินตามระดับของโรงพยาบาล - Audit case ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง - ใช้ระบบ National Triage ในการคัดแยกผู้เจ็บป่วย - Trauma สัญจร
EMS คุณภาพ	เพิ่มการเข้าถึง บริการ	- พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินทุกระดับ - ประชาสัมพันธ์เชิงรุกทั้งใน รพ.และชุมชน
TEA Unit	TEA Unit มาตรฐาน	- จัดตั้ง TEA Unit ให้ได้ตามมาตรฐานในโรงพยาบาลระดับ S, M1

ประเด็น		มาตรการดำเนินการ
	จัดมาตรฐาน/ พัฒนาคน	- พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานประจำศูนย์ TEA Unit - พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน - พัฒนาการส่งออกข้อมูลการบริการห้องฉุกเฉินผ่านแฟ้ม accident
Severe Traumatic Brain Injury	การวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยที่มี PS≥0.75	- Audit case ผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิตที่มีค่า PS≥0.75
	การพัฒนาระบบการดูแลผู้บาดเจ็บทางสมองและเครือข่าย	- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ - พัฒนามาตรฐานการส่งต่อผู้บาดเจ็บที่ศีรษะจากโรงพยาบาลชุมชนมายังโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดนราธิวาส - พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ - Audit case ที่มีการส่งต่อจาก รพช. ล่าช้ามากกว่า 1 ชั่วโมง - Audit case ที่มีการส่งผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดช้ามากกว่า 1 ชั่วโมง

ตาราง 51 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ลำดับ	รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน (ต.ค.-พ.ย.)	
			ปีงบ 2561	ปีงบ 2562
1	อัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ. S, M1	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**<12 %**	**<12 %**
		ผลงานจังหวัด	13.03 (55/422)	17.84 (48/269)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	13.60 (37/272)	11.59 (27/233)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	12.0 (18/150)	58.33 (21/36)
	อัตราการตายของผู้ป่วย Trauma (Triage Level 1)	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**<12 %**	**<12 %**
		ผลงานจังหวัด	14.81 (8/54)	13.51 (5/37)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	15.79 (6/38)	18.51 (5/27)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	12.5 (2/16)	0 (0/10)
	อัตราการตายของผู้ป่วย Non Trauma (Triage Level 1)	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**<12 %**	**<12 %**
		ผลงานจังหวัด	12.77 (47/368)	18.53 (43/232)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	13.25 (31/234)	10.68 (22/206)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	11.94 (16/134)	80.77 (21/26)
2	อัตราของผู้ป่วย Trauma Triage Level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใน รพ.ระดับ S, M1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**>80 %**	**>80 %**
		ผลงานจังหวัด	NA	100 (0/0)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	NA	100 (0/0)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	NA	100 (0/0)
3	อัตราของผู้ป่วย Triage Level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชั่วโมงในรพ. ระดับ S, M1	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**NA**	**>60 %**
		ผลงานจังหวัด	96.72 (738/763)	85.84 (1,224/1,426)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	96.72 (738/763)	97.24 (705/725)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	NA	74.04 (519/701)

ลำดับ	รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	หน่วยงาน	ผลการดำเนินงาน (ต.ค.-พ.ย.)	
			ปีงบ 2561	ปีงบ 2562
4	อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บที่ PS≥0.75 ในรพ. ทุกระดับและได้รับการทำ root cause analysis	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**100 %**	**100 %**
		ผลงานจังหวัด	100 (2/2)	100 (3/3)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	100 (1/1)	100 (1/1)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	100 (1/1)	100 (0/0)
		รพ. ระดับ F1, F2	ไม่มีการทำ IS	
5	อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (รหัส ICD S 06.1 – S 06.9)	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**<45 %**	**<45 %**
		ผลงานจังหวัด	6.0 (3/50)	4.55 (1/22)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	20.0 (2/10)	0 (0/6)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	2.5 (1/40)	6.25 (1/16)
6	TEA Unit ใน รพ. ระดับ S, M1 ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**NA**	**>80 %**
		ผลงานจังหวัด	NA	35.0 (14/40)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	NA	32.5 (13/40)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	NA	37.5 (15/40)
7	อัตราของ รพ. ระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	**เป้าหมาย/เกณฑ์**	**> 70%**	**> 80%**
		ผลงานจังหวัด	92.30	ยังไม่ครบรอบการประเมิน
		เป้าหมาย/เกณฑ์ ของ รพ. F2 ขึ้นไป	> 40%	> 40%
		S: นราธิวาส	59.40	ยังไม่ครบรอบการประเมิน
		M1: สุไหงโก-ลก	52.60	
		ตากใบ	55.7	
		บาเจาะ	44.9	
		ระแงะ	46.0	
		รือเสาะ	37.9	
		ศรีสาคร	47.1	
		แว้ง	41.1	
		สุคิริน	40.1	
		สุไหงปาดี	42.2	
		จะแนะ	49.8	
		เจาะไอร้อง	40.12	
		ยี่งอ	47.92	
8	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Triage Level 1, 2)	**เป้าหมาย**	**> 60 %**	**> 22 %**
		ผลงานจังหวัด	13.12 (192/1,463)	10.24 (146/1,426)
		S: รพ. นราธิวาสฯ	18.87 (144/763)	16.28 (118/725)
		M1: รพ. สุไหงโก-ลก	6.86 (48/700)	3.99 (28/701)
9	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (สาขาหัวใจ/มะเร็ง/อุบัติเหตุ/ทารกแรกเกิด)	**เป้าหมาย**	**ลดลง 10 %**	**ลดลง 10 %**
		ผลงานจังหวัด	6 ราย	16.67 (5 ราย)

ในปีงบประมาณ 2561 การดำเนินงานเพื่อพัฒนาให้เป็นไปตาม Service plan อุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนราธิวาสมีการวางแผนและพัฒนาการบริการร่วมกัน เพื่อพร้อมให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง เช่น มีแผนดำเนินการลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัดในช่วงคลินิกนอกเวลาปิดให้บริการ จัดทำ standing order ในกลุ่มโรค Fast Track กำหนดระยะเวลาการรักษาผู้ป่วยอยู่ใน ER ในผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน Level 1, 2 และกลุ่มโรค Fast Track การรอคอย Lab ด่วน (ที่ผ่านมาไม่มีผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน Level 1, 2 รอคอยใน ER เกิน 4 ชั่วโมง) มีการจัดทำข้อมูล 43 แฟ้ม ทบทวนการดูแลผู้บาดเจ็บที่เสียชีวิต (Trauma audit) ที่มีค่า PS >0.75 ทุกราย พัฒนาระบบส่งต่อและจัดทำมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยในรูปแบบ Fast track พัฒนาระบบงานใน ER และงาน EMS ให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในผู้บาดเจ็บที่ศีรษะ มีการตรวจสอบคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยและสะท้อนกลับไปยังโรงพยาบาลบาลชุมชน พัฒนาระบบการส่งกลับ (Refer back) ในผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤติกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นทาง จัดตั้งศูนย์ TEA Unit (Trauma & Emergency admin unit) ในโรงพยาบาลระดับ S และ M1 มีการดำเนินการจัดตั้งแบบไม่เต็มรูปแบบ ยังมีข้อจำกัดด้านสถานที่และบุคลากรที่ใช้อัตรากำลังร่วมกับงาน ER ในส่วนของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีการจัดจ้างเจ้าหน้าที่ธุรการมาช่วยในการคีย์ข้อมูล 43 แฟ้ม และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งสามารถบริหารจัดการข้อมูลได้ระดับหนึ่ง คณะทำงานของจังหวัดมีการลง Trauma สัญจรเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับทราบผลการดำเนินงานที่ผ่านมาของตัวชี้วัดตาม Service Plan โดยตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องของปีงบประมาณ 2561 ส่วนใหญ่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดมีเพียงอัตราผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติมาโดยระบบ EMS ที่ยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์อาจเนื่องจากยังขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก และผลการประเมิน ECS คุณภาพในภาพรวมของจังหวัดตั้งแต่โรงพยาบาล F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ 92.31 (12/13 รพ.) แต่ประเด็นที่ไม่ผ่านในภาพรวมของจังหวัดคือ องค์ประกอบที่ 12 การศึกษาและการวิจัย รองลงมาคือองค์ประกอบที่ 9 การบริหารจัดการ องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร และองค์ประกอบที่ 5 Emergency referral system เป็นโอกาสในการพัฒนาต่อเนื่องในปี 2562 โดยทุกโรงพยาบาลจะมีการนำแผนพัฒนา ECS บรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562 (ตุลาคม-พฤศจิกายน 2561) พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ. S, M1 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (Triage Level 1, 2) และผลประเมินการจัดตั้ง TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ S, M1 ยังไม่ผ่านเกณฑ์

ปัญหา อุปสรรค

1. แพทย์และพยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีน้อย
2. บุคลากรมีจำนวนน้อยกว่าภาระงานที่รับผิดชอบทั้งในการให้บริการ EMS การดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน งานศูนย์ประสานการส่งต่อ และงานศูนย์ TEA Unit ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการในบางช่วงเวลา
3. บริบทของพื้นที่ (สถานการณ์ความไม่สงบ การรับรู้ปัญหาด้านสุขภาพในเรื่องอาการของฉุกเฉิน)
4. การมีส่วนร่วมขององค์กรส่วนท้องถิ่นยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุก ทำให้การรับรู้ของประชาชนในพื้นที่มีน้อย ขาดโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
5. ศูนย์ TEA Unit มีการเก็บข้อมูลในประเด็นสำคัญในการพัฒนางานแต่ขาดการวิเคราะห์

6. โรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีการคีย์ข้อมูลผู้ป่วยอุบัติเหตุในโปรแกรม IS ทำให้ไม่สามารถประมวลผลอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บได้
7. ในเวลาราชการโรงพยาบาลชุมชนยังใช้แพทย์เวร ER ร่วมกันกับแผนกอื่น
8. ห้องฉีดยาทำแผลของโรงพยาบาลชุมชนยังอยู่ร่วมกับ ER

ข้อเสนอแนะ

1. ในเบื้องต้นควรนำข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการมาวิเคราะห์ก่อน
2. พัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์เชิงรุกลงสู่ชุมชนเพื่อเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ผู้รายงาน

นางชฎาพร ฟองสุวรรณ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร. 07 351 0438 E-mail kobernara@hotmail.com

สาขาทันตกรรม

รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

การเข้าถึงบริการของประชาชนที่น้อย เนื่องจากยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก รวมถึงการกระจายตัวของทันตาภิบาลใน รพ.สต. ยังไม่ทั่วถึง ส่งผลให้ รพ.สต. ยังไม่มีทันตาภิบาลปฏิบัติงานประจำ

แผนการดำเนินงาน

1. สนับสนุนและควบคุมกำกับให้ รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาล หรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานทันตกรรมได้ดำเนินการตามตัวชี้วัด ทั้ง 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม
2. จัดให้มีทันตแพทย์หมุนเวียนไปปฏิบัติงานใน ศสม./รพ.สต. เพื่อเป็นการกระจายการบริการให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการได้สะดวกขึ้น
3. จัดให้ทันตาภิบาลใน รพ.สต. ออกไปช่วยปฏิบัติงานใน รพ.สต.ใกล้เคียง ที่ยังไม่มีทันตาภิบาลประจำ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ได้รับการบริการทันตกรรมอย่างทั่วถึง เช่น รพ.สต. โคกศิลา จะจัดให้ทันตาภิบาลที่ประจำ รพ.สต. กะลุวอ หมุนเวียนลงไปปฏิบัติงานสัปดาห์ละ 1 วัน

ตาราง 52 รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน					
		2557	2558	2559	2560	2561	2562
ร้อยละ รพ.สต/ศสม. มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	เป้าหมาย/เกณฑ์	n/a	n/a	n/a	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
	ร้อยละ	%	%	%	%	%	%
	เมืองนราธิวาส	-	-	-	64.29 (9/14 แห่ง)	42.86 (6/14 แห่ง)	อยู่ระหว่างดำเนินงาน

ณ เดือนตุลาคม 2561

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
1. รพ.สต.ที่ยังไม่มีทันตาภิบาลปฏิบัติงานประจำแต่มีทันตาภิบาลจากโรงพยาบาลไปหมุนเวียนให้บริการ 1 วัน/สัปดาห์ ซึ่งทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดทุกกิจกรรมนั้นได้เต็มที่	1. จัดให้มีทันตาภิบาลครอบคลุมคลอบคลุม และปฏิบัติงานประจำเต็มเวลาทุก รพ.สต. ซึ่งรพ.สต.ที่ยังไม่มีทันตาภิบาลปฏิบัติงานประจำในเขต คปสอ. เมือง ได้แก่ รพ.สต.ตะโล๊งแน็ง รพ.สต.สุไหงบาลา และรพ.สต.โคกศิลา
2. ระบบการลงข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ในบทบาท รพ.สต. ผลงานจะน้อยได้สอบถามพบว่า มีปัญหาในหารลงข้อมูล ทำให้ผลการปฏิบัติงานที่ทำได้จริงกับผลงานที่แสดงขึ้นในระบบ HDC ไม่ตรงกัน	2. พัฒนาระบบการลงข้อมูลใน HDC โดยการเพิ่มจำนวนคอมพิวเตอร์สำหรับการลงข้อมูลให้มีความเพียงพอ และจัดประชุมคณะทำงานที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจระบบการลงข้อมูลในทิศทางเดียวกัน

การใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ เป็นแม่ข่าย ในการดูแลการให้บริการทันตกรรม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 11 แห่ง และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 3 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองนราธิวาส 1 แห่ง โดยสนับสนุนทั้งวัสดุอุปกรณ์ และการจัดทำโครงการส่งเสริมทันตสาธารณสุขในทุกกลุ่มวัย และ ติดตามการดำเนินงาน ร่วมกันแก้ไขปัญหา เพื่อให้สามารถดำเนินการเป็นไปตามเป้าหมาย

แผนการดำเนินงาน

1. เพิ่มการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ทันตสุขภาพแก่ประชาชน
2. ส่งเสริมให้ประชาชนตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
3. จัดให้มีทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลลงปฏิบัติงานให้ครบทุกสถานบริการสาธารณสุขในเขตอำเภอเมืองนราธิวาส

ตาราง 53 การใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

รายการข้อมูล / ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน				
		2558	2559	2560	2561	2562
อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่	เป้าหมาย/เกณฑ์	ร้อยละ 35				
	ร้อยละ	-	-	22.35	22.33	1.62

ณ เดือนตุลาคม 2561

การเข้าถึงบริการของประชาชนที่น้อย เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบระบบการให้บริการคลินิกทันตกรรมใน รพ.สต. รวมถึงขอบเขตของงานบริการ เช่น ขูดหินปูน ถอนฟัน อุดฟัน ทำฟันเทียม (ไม่ทราบว่าสามารถทำได้) อีกทั้งระยะเวลาการรอคอยการรับบริการที่ยาวนาน จึงทำให้ไม่อยากมารับบริการจนกว่าจะทนความเจ็บปวดไม่ไหว

ปัญหา อุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
ผู้เข้ารับบริการรายใหม่มีน้อยเนื่องจากการเข้าบริการจะจำกัดในบางกลุ่มคน (คนเดิม) อีกกลุ่มจะไม่มารับบริการโดยเฉพาะรายใหม่ รวมถึงประชาชนส่วนมากขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพช่องปาก เนื่องจากโรคในช่องปากที่เป็นอยู่ยังไม่ทำให้เกิดอาการเจ็บปวด	ทำสื่อเพิ่มเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปได้ทราบถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากและ จัดรณรงค์กิจกรรมส่งเสริมทันตสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้ชุมชนและผู้นำชุมชนตระหนัก และสามารถนำไปเผยแพร่ต่อได้
ประชาชนยังมีความกลัวต่อหัตถการทางทันตกรรมและไม่มีความเชื่อมั่นในการบริการทันตกรรมของทันตบุคลากรของสถานบริการสุขภาพบางแห่ง	สร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชนมั่นใจในศักยภาพของทันตบุคลากรให้บริการทันตกรรมที่มีคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล/ รพ.สต./ ศสม. โดย*การ*ดูแลผู้ป่วยให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและป้องกัน*การ*เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการหัตการในช่องปาก

ผู้รายงาน

ทพ. พีระ เจริญสุข ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

โทร 07 351 1542 Email : denthos_nara@hotmail.com

คณะที่ 3 การพัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพ

ระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ

ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

โรงพยาบาลได้ทำการสำรวจความสุขของบุคลากรโดยใช้เครื่องมือ Happinometer ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน เพื่อสะท้อนความจำเป็นที่องค์กรต้องพัฒนาสร้างเสริมคุณภาพชีวิตและความสุขของคนในองค์กรอย่างทันท่วงที เพื่อให้คนทำงานอย่างมีความสุข และก่อให้เกิดเป็นองค์กรแห่งความสุขได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ทั้ง 5 ประเภทการจ้าง ได้แก่ ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้างชั่วคราว ซึ่งได้ทำการสำรวจในรอบปีที่ผ่านมา โดยได้กำหนดระยะเวลาในการเข้าไปตอบแบบสอบถามออนไลน์ และกำหนดเป้าหมายขั้นต่ำของจำนวนคนที่เข้าไปตอบแบบสำรวจไม่น้อยกว่า 60% ของจำนวนบุคลากรทั้งหมด ซึ่งโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีเจ้าหน้าที่ที่ได้เข้าไปตอบแบบสอบถามออนไลน์ทั้งสิ้นจำนวน 828 ราย คิดเป็น 77.75%

คะแนนจากการตอบแบบสำรวจความสุขทั้ง 9 ด้านเรียงคะแนนที่ได้มากที่สุดตามลำดับดังนี้

1. Happy Soul จิตวิญญาณดี 74.45 คะแนน
2. Happy Heart น้ำใจดี 69.63 คะแนน
3. Happy Body สุขภาพกายดี 69.46 คะแนน
4. Happy Family ครอบครัวดี 67.40 คะแนน
5. Happy Society สังคมดี62.86 คะแนน
6. Happy Brain ใฝ่รู้ดี 62.45 คะแนน
7. Happy Work Life การงานดี 61.18 คะแนน
8. Happy Relax ผ่อนคลายดี 57.44 คะแนน
9. Happy Money สุขภาพเงินดี 51.49 คะแนน

คะแนนเฉลี่ยทั้ง 9 ด้านเท่ากับ 64.04 คะแนน เมื่อสรุปจากคะแนนเฉลี่ยถือได้ว่าบุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์อยู่ในเกณฑ์บุคลากรในองค์กร “มีความสุข”ผู้บริหารควรสร้างเสริมและสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นต่อไป

เมื่อมาวิเคราะห์จากผลคะแนนทั้ง 9 ด้านแล้ว พบว่า ด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ Happy Money สุขภาพเงินดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีปัญหาในด้านการเงินมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.49 จึงเป็นประเด็นที่ผู้บริหารจะต้องนำไปวางแผนพัฒนาเพื่อสร้างเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีความสุขยิ่งขึ้นต่อไป

แผนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลได้ดำเนินการจัดทำตามแผนสร้างเสริมสุขภาพทางการเงินให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล (Happy Money Program) โดยจะดำเนินโครงการความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของบุคลากร เพื่อเป็นขวัญกำลังใจต่อการปฏิบัติงาน เกิดการบริการที่ดี มีคุณภาพ เจ้าหน้าที่สุขใจ โดยได้ดำเนินการร่วมกับธนาคารไทยพาณิชย์ สาขานราธิวาส และได้เชิญให้ธนาคารไทยพาณิชย์มาชี้แจงเกี่ยวกับโครงการ Happy Money Program ณ ห้องประชุมใบไม้สีทอง ชั้น 3 อาคารศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2561 โดยมีผู้สนใจเข้าร่วมรับฟังจำนวน 30 คน

1. ปรับปรุงที่พักอาศัยของบุคลากร
2. ปรับปรุงลานจอดรถของบุคลากร
3. การโยกย้ายภายในหน่วยงาน
4. เร่งรัดดำเนินการจ่าย ฉ.11 ฉ.12 และ P4P ให้เป็นปัจจุบัน
5. ปรับสถานการณ์ดำรงตำแหน่งของบุคลากรประเภทจ้างเหมาบริการให้เป็นลูกจ้างชั่วคราว จำนวน 49 คน
6. ปรับเงินเดือนจ้างเหมาบริการให้สูงขึ้นกรณีเกินกรอบ FTE ซึ่งเป็นผู้ที่มีผลการปฏิบัติงานดี และเป็นสายงานที่ขาดแคลน
7. จัดสวัสดิการให้บุคลากร วันเกิด ป่วย เสียชีวิต เกษียณอายุราชการ ไปประกอบพิธีฮัจย์
8. จัดทำแผนสร้างเสริมสุขภาพทางการเงินให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล (Happy Money Program) โดยดำเนินโครงการความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยของบุคลากร ร่วมกับธนาคารไทยพาณิชย์ สาขานราธิวาส เพื่อเป็นขวัญกำลังใจต่อการปฏิบัติงาน เกิดการบริการที่ดี มีคุณภาพ เจ้าหน้าที่สุขใจ โดยได้ชี้แจงเกี่ยวกับโครงการ Happy Money Program ณ ห้องประชุมใบไม้สีทอง ชั้น 3 อาคารศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก เมื่อวันที่ 24 มกราคม 2561 โดยมีผู้เข้ารับฟังจำนวน 30 คน ทั้งนี้ ได้เปิดรับสมัครผู้สนใจเข้าร่วมโครงการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม 2561 จากการดำเนินงานพบว่า ไม่มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ

ตาราง 54 ผลการดำเนินงาน Happinometer

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย/ผ่านเกณฑ์ระดับ	ผลการดำเนินงาน	
			2560	2561
1	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	60	64.04	64.04
2	ระดับความสำเร็จของการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไป(Happinometer) ใช้	3	3	3

ปัญหา อุปสรรค

1. โปรแกรม Happinometer ไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ปัจจัยที่มีผลกับสถานภาพของบุคลากร เช่น ประเภทตำแหน่ง สายงานวิชาชีพ ฯลฯ
2. บางหน่วยงาน/สายงานวิชาชีพ ไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าไปตอบแบบสำรวจออนไลน์ จึงทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่มีความครอบคลุมทุกสายงาน

3. เจ้าหน้าที่บางคนตอบข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมสำเร็จรูปให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกได้
2. ควรกระตุ้นให้ทุกหน่วยงาน/สายงานวิชาชีพเข้าไปตอบแบบสำรวจความสุข Happinometer ให้ครบถ้วนทุกคน เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความครอบคลุม ไม่คลาดเคลื่อน
3. ควรส่งเสริมให้บุคลากรมีความตระหนักและตอบข้อมูลตามความเป็นจริง เพื่อให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ
4. โรงพยาบาลควรจัดทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานให้มากกว่านี้ มีกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มบุคลากรที่มีความหลากหลาย

ผู้รายงาน

1. นายเอก สมสมาน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ
โทร 073 510 474 E-mail : hrd-nara@hotmail.com
2. นางสาวมาซีเตาะห์ กาเจ นักทรัพยากรบุคคล
โทร 073 510 474 E-mail : hrd-nara@hotmail.com

ระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ

ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล เป็นนโยบายที่ผู้บริหารให้ความสำคัญในระดับต้นๆ ซึ่งได้บรรจุการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานสากลลงในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล ข้อที่ 1 การยกระดับคุณภาพการให้บริการ การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ตามมาตรฐานสากล และมาตรฐานวิชาชีพ อยู่ในเป้าประสงค์ G3 โรงพยาบาลได้รับรองมาตรฐานด้านคุณภาพ กลยุทธ์ S3 พัฒนาระบบคุณภาพตามมาตรฐานสากล การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพต่างๆ มีเป้าประสงค์หลัก คือเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ มีความปลอดภัย เกิดความพึงพอใจ และเจ้าหน้าที่มีความสุขในการทำงาน โดยในปี 2557 โรงพยาบาลฯได้เข้าร่วมโครงการ “การพัฒนาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย (Engagement for patient safety)” ร่วมกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เพื่อการพัฒนาคุณภาพและสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กร สู่กระบวนการ Patient Safety & Safety Hospital ในปีงบประมาณ ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ มีการใช้งานโปรแกรมระบบสารสนเทศเปรียบเทียบวัดระดับคุณภาพโรงพยาบาล (THIP II) เพื่อให้ทราบผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการใช้โปรแกรมแบบสำรวจเพื่อการวินิจฉัยองค์กรและประเมินวัฒนธรรมความปลอดภัย (Hospital diagnosis : Emometer, 9 cell, Safety Culture) เพื่อวิเคราะห์การบริหารงานโรงพยาบาล การพัฒนาคุณภาพ ความสุข ความผูกพันของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน มีการใช้โปรแกรมระบบบริหารความเสี่ยง (HRMS) เพื่อควบคุม ติดตาม ประเมินและแก้ไข ความเสี่ยงในโรงพยาบาล และในปี 2560 โรงพยาบาลฯได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการรายงานและเรียนรู้ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ระดับประเทศ (National Reporting and Learning System : NRLS) เพื่อแลกเปลี่ยนกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยงในสถานพยาบาล และตอบสนองนโยบาย 2P Safety

การขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลฯ ดำเนินการโดยคณะกรรมการสำคัญต่างๆ เช่น คณะกรรมการทีมนำ เป็นผู้กำหนดนโยบายด้านคุณภาพ วางแผนงาน ควบคุมกำกับ และติดตามประเมินผล คณะกรรมการประสานงานคุณภาพ (Facilitator) มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพทั้งหมดภายในโรงพยาบาล ซึ่งดำเนินการโดยทีมคุณภาพแยกตามระบบงานสำคัญต่างๆ ได้แก่ PCT อายุรกรรม PCT ศัลยกรรม PCT กุมารเวชกรรม PCT สูติกรรม การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IC) ระบบสารสนเทศการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (IM) ระบบบริหารความเสี่ยง (RM) ระบบการจัดการด้านยา (PTC) การจัดการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย (ENV) การจัดการด้านสิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม และการทำงานกับชุมชน แต่ละทีมมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง การประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ค้นหากระบวนการพัฒนาในหน่วยงาน โดยกระบวนการ Internal Audit มีระบบการรายงานผลตามตัวชี้วัดคุณภาพต่างๆ และมีการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ การพัฒนาคุณภาพ โดยการนำเสนอผลงานด้านการพัฒนาคุณภาพ (CQI) อย่างต่อเนื่อง การพัฒนาคุณภาพตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมาหลังรับการ Re-accredit ครั้งที่ 2 ในปี 2557 พบว่า เจ้าหน้าที่ทุกคนให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพ แต่ยังมีจุดอ่อนในการติดตามผล การรายงานและการนำข้อมูลป้อนกลับเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนา เช่นตัวชี้วัด THIP II , ผลการวิเคราะห์ข้อมูล 9 cell, Emo-metter, Safety Culture เป็นต้น การใช้งานโปรแกรม HRMS พบว่าเจ้าหน้าที่ Back Office ส่วนใหญ่ขาดการรายงานความเสี่ยง และในปี 2560 โรงพยาบาลเข้าสู่กระบวนการต่ออายุการรับรองคุณภาพ Re-accreditation ครั้งที่ 3 พบว่า กระบวนการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล มีประเด็นที่ต้องพัฒนา และปรับปรุงโดยเร่งด่วน ได้แก่

1. ทีมนำทางคลินิกทุกระบบได้ดำเนินการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย Dead ปี 2558-2560 พบว่าเวชระเบียนที่ได้ทบทวน ได้แก่ PCT อายุรกรรม 368 chart, PCT ศัลยกรรม 187 chart, PCT กุมารเวชกรรม 454 chart และ PCT สูติ-นรีเวชกรรม 293 chart รวมทั้งหมดประมาณ 1,302 chart
2. ทีมนำทางคลินิกทุกระบบได้ดำเนินการทบทวน วิเคราะห์บริบท ประเด็นสำคัญต่างๆ และนำผลการทบทวนเวชระเบียนดังกล่าวเชื่อมโยงกับ Clinical tracer Highlight สรุปได้ดังนี้
   - PCT อายุรกรรม จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วย Sepsis 2) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COPD 3) การดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคหัวใจ STEMI 4) การดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) 5) การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 6) การดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 7) การดูแลผู้ป่วย Ischemic Stroke 8) การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค HIV
   - PCT ศัลยกรรม จำนวน 13 เรื่อง ได้แก่ 1) การดูแลผู้ป่วย Head injury 2) การดูแลรักษาผู้ป่วย Multiple Organ Injury 3) การดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke 4) การดูแลผู้ป่วย Fracture Spine 5) การดูแลผู้ป่วย Open Fracture Femur Tibia 6) การดูแลผู้ป่วย Acute Appendicitis 7) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม 8) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดไส้เลื่อนผ่านกล้อง 9) การดูแลผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีที่เข้ารับการผ่าตัดถุงน้ำดีโดยใช้กล้อง 10) การดูแลผู้ป่วยจากสถานการณ์ความไม่สงบ 11) การดูแลผู้ป่วยต้อกระจก 12) การดูแลผู้ป่วยต้อหิน 13) การดูแลผู้ป่วยผ่าตัดต่อมไทรอยด์
   - PCT สูติ-นรีเวชกรรม จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (Anemia in Pregnancy) 2) การดูแลผู้ป่วย Ectopic pregnancy 3) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด (Preterm labour) 4) การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องผ่าตัดคลอดโดยไม่ได้วางแผน 5) การดูแลผู้ป่วย Pregnancy Induced Hypertension 6) การ

ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) 7) การดูแลมารดาที่เป็นโรคหัวใจ (heart disease) 8) การดูแลมารดาวัยรุ่น

- PCT กุมารเวชกรรม จำนวน 8 เรื่อง ได้แก่ 1) Neonatal sepsis 2) การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 3) Neonatal jaundice 4) การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบในเด็กในเด็กอายุ 1 เดือนถึงน้อยกว่า 5 ปี 5) การดูแลผู้ป่วยเด็ก Sepsis อายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี บริบูรณ์ 6)การดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย 7) การดูแลผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลียในเด็ก 8) การดูแลผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในเด็ก

3. ด้านสิ่งแวดล้อมได้ปรับปรุงพื้นที่พักขยะ ต่อท่อระบายน้ำลงบำบัดน้ำเสีย เพื่อให้สามารถชำระล้างสิ่งสกปรกระหว่างการขนย้าย และเปลี่ยนตู้คอนเทนเนอร์ใหม่ จากนั้นได้ปรับปรุงภาชนะบรรจุคลอรีนที่ระบบบำบัดน้ำเสียให้ได้ตามมาตรฐานเป็นทียอมรับ ได้ปรับปรุงระบบใหม่ เป็นการจ่ายคลอรีนแบบน้ำ
4. ระบบ IC ได้ดำเนินทบทวน วิเคราะห์ ข้อมูลผู้ป่วย Sepsis, ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา เชื่องโยงกับผล Antibiogram ,วิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ VAP .HAP ,ดำเนินการปรับปรุงระบบการทำความสะอาดเครื่องมือ การเตรียมอุปกรณ์ปราศจากเชื้อของหน่วยงานทันตกรรม ลงที่หน่วยจ่ายกลาง รพ. และได้ดำเนินการปรับปรุงพื้นที่ที่ให้บริการผู้ป่วยนอก คลินิกกุมารเวชกรรม เริ่มเปิดให้บริการในเดือนมีนาคม 2561
5. ทีมนำโรงพยาบาล ได้ดำเนินการทบทวนตัวชี้วัดคุณภาพ 7 ด้าน ให้ครอบคลุมตามข้อเสนอแนะของ สรพ. จากเดิมมีตัวชี้วัดคุณภาพ 141 ตัว เป็น 236 ตัว ครอบคลุมคุณภาพ 7 ด้าน Pre, in. Post Hospital

จากความพยายามและความมุ่งมั่นในการพัฒนาคุณภาพบริการของเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA ขั้น Re-accreditation ครั้งที่ 3 จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2561 มีอายุการรับรองระหว่างวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2561 – 12 กุมภาพันธ์ 2564

แผนการดำเนินงาน

แผนการดำเนินงาน ตามข้อเสนอแนะของ สรพ. หลังการเยี่ยมสำรวจ ได้แก่

1. ทีมนำทางคลินิกทุกระบบทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย Dead, Unplanned intubation, Unplanned CPR, Refer in/ Refer out, ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงในระหว่างการดูแลรักษา ปี 2561-ปัจจุบัน และสรุปผลการทบทวนรายโรค ส่งศูนย์คุณภาพรวบรวม และรายงานผู้บริหาร เพื่อหาแนวทางป้องกัน และแก้ไข
2. ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกหน่วยงาน (สายวิชาชีพและสายสนับสนุน) รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ให้เกิดวัฒนธรรมขององค์กร เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ และบุคลากรสาธารณสุข
3. ทุกระบบงาน และทุกหน่วยงาน ควรเพิ่มการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลทุกวันๆละ 3 chart เพื่อหา AE และสามารถดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงสำคัญได้
4. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (KM) ทั้งในหน่วยงาน หอผู้ป่วย และระบบงานสำคัญต่างๆ และสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่จัดทำผลงานวิชาการ หรือนวัตกรรมต่างๆ เพื่อยกระดับคุณภาพขององค์กร ผู้รับบริการพึงพอใจ เจ้าหน้าที่มีความสุข

5. ทีมนำคุณภาพเพิ่มการติดตามผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพทางคลินิก ระบบบริหารความเสี่ยง ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน

ตาราง 55 ผลการดำเนินงานการประเมินคุณภาพ HA (Reaccredit ครั้งที่ 3)

รายการข้อมูล/ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน					
		2557	2558	2559	2560	2561	2562
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ HA (Reaccredit ครั้งที่ 3)	ผ่านการประเมิน Re-ac 3	ผ่านการประเมิน Re-ac 2	-	-	ผ่านการรับรอง HA ขั้น 3		

ปัญหา อุปสรรค

1. กระบวนการคุณภาพของโรงพยาบาลขาดการทบทวน ทำความเข้าใจมาตรฐาน HA ส่งผลให้การต่ออายุการรับรองในครั้งนี้ ต้องปรับปรุงประเด็นการทบทวนเวชระเบียนอย่างเร่งด่วน
2. การทบทวนเวชระเบียน ส่วนใหญ่ทบทวน case dead ซึ่งยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากภาระงานมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำข้อมูลผลลัพธ์คลินิก/ผลจากการทบทวน ที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย stroke จาก hemorrhagic stroke ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นในขณะที่โรงพยาบาลมีความเชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมประสาท อัตรา delayed, missed diagnosis และ พบ ruptured appendicitis ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการตกเลือกหลังคลอดและเกิดภาวะ shook ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นต้น โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อให้เห็นประเด็น/โอกาสพัฒนา นำสู่การปรับปรุง/พัฒนาที่ชัดเจน ตรงประเด็น
2. ควรนำความเสี่ยง/อุบัติการณ์ที่พบ near missed สูงขึ้นมาทบทวน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงในเชิงระบบ เพื่อนำมาปรับปรุงระบบงานสำคัญ ป้องกันการเกิดอุบัติการณ์ซ้ำ
3. ควรนำผลการทบทวนความสมบูรณ์เวชระเบียนที่พบว่ามีค่าต่ำกว่าเกณฑ์และมีแนวโน้มลดลงในขณะที่โรงพยาบาลมีแพทย์ปฏิบัติงานจำนวนมาก โดยนำข้อมูลมาทบทวนและพัฒนาระบบบันทึกเวชระเบียนให้มีความสมบูรณ์และมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยและการใช้ข้อมูลเพื่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ

ผู้รายงาน

1. นางทัดเดือน ภาวสุทธิไพศิฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. 081 969 8549 E-mail : tadduean.p@gmail.com
2. นางคอดีเยาะ ยาหมาย นักวิชาการสาธารณสุข
โทร.085 629 2765 E-mail : kor.nilao@gmail.com

หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้นหน่วยงานมีกระบวนการปฏิบัติงานตาม EB 1 – EB11 มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นประเด็นความโปร่งใส ความพร้อมรับผิด ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน

วัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร และคุณธรรมการดำเนินงานในหน่วยงาน ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 1 – EB 11)

รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและผลักดันให้การป้องกันและปราบปรามทุจริตเป็นวาระแห่งชาติ โดยส่งเสริมการบริหารราชการแผ่นดินมีธรรมาภิบาล ยึดหลักการบริหารจัดการที่ดี ตามยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ (ประเด็นที่ 5) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาวิเคราะห์และบูรณาการระบบการประเมินด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้ตอบรับนโยบายดังกล่าว โดยการประกาศแสดงเจตจำนงการดำเนินงานภายใต้ภารกิจ ความโปร่งใส ที่ดีตามมาตรฐาน การปฏิบัติต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยสุจริต และเท่าเทียมกันและประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน เพื่อป้องกันการทุจริตผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน ตลอดจน มีนโยบายของผู้นำองค์กรในการบริหารจัดการด้วยการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการกำหนดคุณธรรมร่วม ยึดมั่นในสิ่งที่ถูกต้อง บนพื้นฐานทางศีลธรรม วัฒนธรรม ตลอดจนให้บริหารด้วยจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ ด้วยความมีน้ำใจ เคารพในศักดิ์ศรีคุณค่าของผู้รับบริการ โดยการดำเนินการตามระดับความสำเร็จระดับที่ 5

ผลการดำเนินงาน

ตามที่ได้มีการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ไตรมาสที่ 1 วัดระดับความสำเร็จของดัชนีความโปร่งใส ข้อ EB4-EB6 (โรงพยาบาลนราธิวาสราชนรินทร์ อยู่ในระดับความสำเร็จ 5)

แบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based : EB 4)

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้างด้วยความโปร่งใส ดังนี้

1. มีการประกาศเผยแพร่แผนการปฏิบัติการจัดซื้อจัดจ้างประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561
   - ประกาศผ่าน Intranet ของโรงพยาบาล
   - ส่งแผนให้สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินภูมิภาคที่ 15
   - ติดบอร์ดประชาสัมพันธ์แผนที่หน่วยงานพัสดุ
2. มีการเผยแพร่ข้อมูลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการจัดซื้อจัดจ้าง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 (ในระบบ e-GP) เพื่อให้สาธารณชนสามารถตรวจสอบข้อมูลการจัดซื้อจัดจ้างของโรงพยาบาลได้ โดยมีองค์ประกอบตามที่หลักเกณฑ์กำหนด
3. มีแนวทางการตรวจสอบถึงความเกี่ยวข้องระหว่างเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการจัดซื้อจัดจ้าง และผู้เสนองาน เพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ดังนี้
   - มีการนำหนังสือประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงว่าด้วยแนวทางปฏิบัติงานเพื่อการตรวจสอบบุคลากรในหน่วยงานด้านการจัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 12 ตุลาคม 2560 เสนอผู้บริหาร และแจ้งเวียนหนังสือภายในหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ
   - มีการแนบเอกสารแบบแสดงความบริสุทธิ์ใจฉบับที่มีลายมือชื่อของคณะกรรมการตรวจ รับ

โดยแต่ละโครงการมีการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างตามระเบียบพัสดุและมีการประกาศเผยแพร่ต่าง ๆ เพื่อความโปร่งใส ดังนี้

1. มีการประกาศเผยแพร่การจัดซื้อจัดจ้างแต่ละโครงการ (แผนการจัดซื้อจัดจ้างของหน่วยงาน)
2. มีการประกาศเผยแพร่หลักเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือก/ตัดสินผลการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละโครงการ (ประกาศจากระบบจัดซื้อจัดซื้อภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP)
3. มีการประกาศเผยแพร่วิธีการคำนวณราคากลางแต่ละโครงการ (แบบ ปปช. ตารางแสดงวงเงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรและราคากลาง)
4. มีการประกาศเผยแพร่รายชื่อผู้มีคุณสมบัติเบื้องต้นในการซื้อหรือจ้างแต่ละโครงการ (ประกาศจากระบบจัดซื้อจัดซื้อภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP)
5. มีการประกาศเผยแพร่ผลการจัดซื้อจัดจ้างแต่ละโครงการ พร้อมระบุวิธีการจัดซื้อจัดจ้าง และเหตุผลที่ใช้ในการตัดสินผลการจัดซื้อจัดจ้าง โครงการ (ประกาศจากระบบจัดซื้อจัดซื้อภาครัฐด้วยอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP)

ปัญหา อุปสรรค

1. ระบบอินเตอร์เน็ตมีปัญหาในการเชื่อมต่อเข้าระบบ e-GP ทำให้งานล่าช้า
2. ผู้ปฏิบัติงานพัสดุ เปลี่ยนเจ้าหน้าที่บ่อยทำให้ไม่มีความชำนาญในระเบียบพัสดุ และในการลงข้อมูลระบบ e-GP
3. มีการซื้อนอกแผน

ข้อเสนอแนะ

1. ให้หน่วยงานที่ต้องการพัสดุ กำหนดรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะมาให้พร้อมกับขั้นตอนการเขียนรายงานความต้องการ เพื่อเพิ่มความรวดเร็วในการดำเนินการตามขั้นตอนของการจัดซื้อของเจ้าหน้าที่พัสดุ
2. จัดให้มีการอบรมของเจ้าหน้าที่พัสดุที่มาใหม่ ในเรื่องของระเบียบพัสดุ ขั้นตอนของการลงข้อมูลระบบ e-GP เพื่อความถูกต้องและมีประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่พัสดุ
3. รายงานความก้าวหน้าในการจัดหาพัสดุให้ผู้บริหารทราบ

ผู้รายงาน

1. นายตฤณ ชินพงศ์ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โทร. 073 510 470 E-mail: trinchinnapong@gmail.com
2. นายศรายุทธ์ ยูนุ๊ นักวิชาการพัสดุชำนาญการ กลุ่มงานพัสดุและซ่อมบำรุง
โทร. 073 510 475 E-mail: asunnus@gmail.com

การตรวจสอบภายใน

การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติให้หน่วยงานทุกระดับ ดำเนินการจัดวางระบบควบคุมภายใน มีการประเมินและจัดทำรายงานควบคุมภายใน ตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน และตามนโยบายกระทรวง (กิจกรรมที่สำคัญ) กำหนดกิจกรรมควบคุมภายใน/กระบวนการปฏิบัติงาน จำนวน 9 กระบวนงาน ประกอบด้วย 1) แผนการจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิข้าราชการ 2) การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาลสิทธิ UC 3) การควบคุมเก็บรักษา (บริหารคลังยา เวชภัณฑ์ และวัสดุ) 4) การจัดทำแผนจัดซื้อและวัสดุ

ประจำปี (วัสดุสำนักงาน-เงินบำรุงวัสดุทันตกรรม,วัสดุวิทยาศาสตร์) 5) การจัดทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย 6) การจัดทำแผนการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ 7) การจัดทำแผนการจัดหางบลงทุน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามประเมินผลการจัดทำรายงานควบคุมภายใน และกำหนดประชุมเพื่อประเมินและจัดทำรายงานควบคุมภายในปีงบประมาณ 2559
2. ดำเนินการได้จัดทำและส่งรายงานการควบคุมภายในเป็นไปตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินแก่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดควบคุมภายใน

ตาราง 56 การควบคุมภายใน ปีงบประมาณ 2562

ระดับ	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน
1	ประเมินระบบควบคุมภายใน ณ งวดวันที่ 30 กันยายน 2561 โดยทบทวนระบบการควบคุมภายในครบทุกกิจกรรมและกระบวนการปฏิบัติงานตามนโยบายที่สำคัญ-ติดตามรอบ 12 เดือน ณ 30 กันยายน 2561 ปีที่ผ่านมา	/
2	วิเคราะห์ความเสี่ยงที่เหลืออยู่สอดคล้องกับวิธีการปรับปรุงการควบคุมเชิงคุณภาพตามข้อ 1 (ปย.2/ปอ.3)	/
3	รายงานความก้าวหน้ารอบ 6 เดือน (ปย.2/ปอ.3)	/
4	รายงานความก้าวหน้ารอบ 9 เดือน (ปย.2/ปอ.3)	-
5	ผลสำเร็จเชิงมีหลักฐานเชิงประจักษ์สามารถระบุคุณภาพ ประสิทธิภาพของกระบวนการปฏิบัติงานได้ชัดเจน (ปย.2/ปอ.3)	-

ปัญหา อุปสรรค

เจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายในที่ได้รับการแต่งตั้งยังขาดทักษะในการตรวจสอบภายใน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมและพัฒนาสมรรถนะการตรวจสอบภายในเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการตรวจสอบภายใน
2. ควรกำหนดโครงสร้างงานตรวจสอบและควบคุมภายในและกำหนดกรอบอัตรากำลัง

ผู้รายงาน นายตฤณ ชินพงศ์ นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป
โทร. 073 510 470 E-mail: trinchinnapong@gmail.com

การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7

ประเด็นตรวจราชการ 1 หน่วยบริการได้รับการจัดสรรที่เพียงพอต่อการให้บริการ มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2561

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย และ ณ เดือนตุลาคม 2561 ปีงบประมาณ 2562 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีรายได้ไม่ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

ประเด็นตรวจราชการ 2 การบริหาร ติดตามกำกับแผนการเงินการคลังด้วยแผนทางการเงิน(Plan FIN Management) ทุกเดือน มีการดำเนินการติดตามกำกับแผนด้วยแผนทางการเงินทุกเดือน

ประเด็นตรวจราชการ 3 การประเมินกระบวนการทำงาน (FAI) การประเมิน FAI มีเกณฑ์คะแนน 100 คะแนน และโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ณ ไตรมาสที่4 ปีงบประมาณ 2561 ผ่านเกณฑ์ได้ 92 คะแนน

ประเด็นตรวจราชการ 4 ประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงานโดยใช้ดัชนี 7 ตัว โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ในไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 เมื่อประเมินโดยใช้ดัชนี 7 ตัว อยู่ในระดับ 0 โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ในเดือนตุลาคม 2561 ปีงบประมาณ 2562 เมื่อประเมินโดยใช้ดัชนี 7 ตัว อยู่ในระดับ 0

ประเด็นตรวจราชการ 5 การตรวจสอบบัญชีหน่วยบริการทุกแห่ง/คะแนนคุณภาพบัญชีผ่านเกณฑ์ มีการตรวจสอบบัญชี ปีละ 2 ครั้ง ณ เดือนตุลาคม ปีงบประมาณ 2562 คะแนนคุณภาพบัญชี 100 คะแนน และมีการตรวจสอบบัญชี ปีละ 2 ครั้ง ณ ไตรมาสที่ 4 ปีงบประมาณ 2561 คะแนนคุณภาพบัญชี 100 คะแนน

ประเด็นตรวจราชการ 6 มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีเครือข่ายด้านการเงินการคลังและมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรอยู่เสมอ

ตาราง 57 กระบวนการการดำเนินงานทางการเงิน

หน่วยบริการ	ข้อมูลสนับสนุนประเด็นที่ 1 ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 7 ของหน่วยการในพื้นที่ (ไม่เกินร้อยละ 10)					รวม
	1.มีการแต่งตั้งคกก.แก้ปัญหาการเงิน รพ.	2หน่วยบริการมีแผนควบคุม planfin ครบถ้วนสมบูรณ์	3.คุณภาพบัญชีรพ.ผ่านเกณฑ์คะแนน 100%	4.มีรายงานการเงินและตัวชี้วัดเสนอผู้บริหารทุกเดือน	5.คะแนน FAI ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	
รพ. นราธิวาสฯ	1	1	1	1	1	5
	ข้อมูลสนับสนุนประเด็นที่ 2 หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ (ไม่เกินร้อยละ 20)					
	1. มีผู้รับผิดชอบตรวจสอบ Service Data ในการทำUnit Costแบบ Quick Method	2.มีการรายงานต้นทุน Quick Methodให้ผู้บริหารทุกเดือน	3.ต้นทุน OPD ของ รพ.ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรพ.กลุ่มระดับเดียวกันเมื่อเทียบไตรมาส	4.ต้นทุน IPD ของ รพ.ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรพ.กลุ่มระดับเดียวกันเมื่อเทียบไตรมาส	5.ได้นำข้อมูลไปใช้เพื่อการพัฒนาระบบบริการ	
รพ. นราธิวาสฯ	1	1	1	0	1	4

ที่มา กลุ่มงานการเงินและบัญชี ณ ตุลาคม 2561

ตาราง 58 อัตราส่วนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2557 – 2562

ปี	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depleciation	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scoring
2557	2.77	2.62	2.05	212,631,544.99	22,251,121.43	0	0	0	0
2558	1.79	1.61	0.92	92,497,049.62	-36,427,330.61	0	1	0	1
2559	1.02	0.88	0.50	3,229,108.78	-56,773,125.66	3	2	1	6
2560	1.46	1.36	0.95	82,851,406.24	40,234,867.92	1	0	0	1
2561	1.66	1.52	1.22	115,616,862.98	3,344,056.31	0	0	0	0
2562	2.01	1.87	1.38	166,256,774.90	45,560,833.11	0	0	0	0

ที่มา กลุ่มงานการเงินและบัญชี ณ ตุลาคม 2561

ตาราง 59 อัตราส่วนทางการเงิน ปีงบประมาณ 2561 - 2562 จำแนกเป็นรายเดือน

เดือน	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depleciation	Liquid Index	Status Index	Survive Index	Risk Scoring
ต.ค.-60	1.58	1.49	1.03	96,062,691.09	6,070,963.48	0	0	0	0
พ.ย.-61	1.75	1.62	1.33	117,885,978.09	26,955,690.38	0	0	0	0
ธ.ค.-61	1.71	1.56	1.15	106,109,679.35	19,251,127.67	0	0	0	0
ม.ค.-61	2.00	1.87	1.50	167,426,484.62	78,392,121.41	0	0	0	0
ก.พ.-61	2.06	1.90	1.42	169,543,955.45	92,966,593.50	0	0	0	0
มี.ค.-61	1.96	1.79	1.37	171,307,527.53	87,855,794.43	0	0	0	0
เม.ย.-61	2.04	1.89	1.33	167,987,044.33	81,181,570.48	0	0	0	0
พ.ค.-61	1.74	1.60	1.19	131,251,191.24	50,719,195.26	0	0	0	0
มิ.ย.-61	1.75	1.61	1.25	129,281,319.35	40,593,852.93	0	0	0	0
ก.ค.-61	1.86	1.71	1.31	139,842,442.57	43,357,684.89	0	0	0	0
ส.ค.-61	1.91	1.74	1.37	140,294,964.71	35,844,487.44	0	0	0	0
ก.ย.-61	1.66	1.52	1.22	115,616,862.98	3,344,056.31	0	0	0	0
ต.ค.-61	2.01	1.87	1.38	166,256,774.90	45,560,833.11	0	0	0	0

ที่มา กลุ่มงานการเงินและบัญชี ณ ตุลาคม 2561

ตาราง 60 ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 7

ตัวชี้วัด		ผลการดำเนินงาน					
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562
ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินระดับ 7	เป้าหมาย	0	0	0	0	0	0
	ผลงาน	0	1	6	1	0	0

ที่มา กลุ่มงานการเงินและบัญชี ณ ตุลาคม 2561

ตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์การประเมิน โดยมีการควบคุมกำกับผ่านคณะกรรมการบริหารและมีรายงานตัวชี้วัดทางการเงินให้ผู้บริหารทุกเดือนโดยมีการกำกับ ติดตามด้านรายได้และค่าใช้จ่ายที่มากกว่าหรือน้อยกว่าแผน

แต่ยังมีปัจจัยเสี่ยงในด้านการเงินโอนจาก สปสช.ที่ยังไม่ชัดเจนในรายละเอียดในการโอนเงิน ที่แน่นอนในแต่ละครั้ง

ตาราง 61 ต้นทุนการให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบ Quick Method ปี 2561 - 2562

เดือน	ต้นทุนการให้บริการ		จำนวน		(1/3)	(2/4)	Mean+1SD		ประเมิน
	(1) OPD Cost	(2) IPD Cost	(3) AmtOPD	(4) AmtRW	Unit Cost OPD	Unit Cost RW	Unit Cost OPD	Unit Cost RW	
ต.ค.-60	34,516,520.50	31,052,841.21	31,513.00	2,940.75	1,095.31	10,559.49	1,156.23	15,575.26	ผ่าน
พ.ย.-60	68,252,189.37	64,630,161.45	63,950.00	5,861.78	1,067.27	11,025.69	1,141.76	15,704.17	ผ่าน
ธ.ค.-60	113,628,954.22	99,505,457.72	94,956.00	8,762.00	1,196.65	11,356.48	1,141.76	15,704.17	ไม่ผ่าน
ม.ค.-61	153,420,792.13	136,550,684.67	127,785.00	11,581.81	1,200.62	11,790.10	1,084.56	14,566.27	ไม่ผ่าน
ก.พ.-61	171,507,706.84	198,990,989.02	158,630.00	14,288.03	1,081.18	13,927.11	1,084.56	14,566.27	ผ่าน
มี.ค.-61	198,000,351.75	247,810,062.92	195,423.00	17,149.38	1,013.19	14,450.09	1,084.56	14,566.27	ผ่าน
เม.ย.-61	226,605,897.91	293,776,545.83	228,854.00	19,960.93	990.18	14,717.58	1,026.10	15,308.41	ผ่าน
พ.ค.-61	258,813,694.64	354,126,526.10	260,612.00	22,886.28	993.10	15,473.31	1,026.10	15,308.41	ไม่ผ่าน
มิ.ย.-61	276,661,908.30	411,300,287.84	289,465.00	25,692.94	955.77	16,008.30	1,026.10	15,308.41	ไม่ผ่าน
ก.ค.-61	301,936,791.54	467,378,136.05	322,438.00	28,585.17	936.42	16,350.37	1,097.80	15,404.03	ไม่ผ่าน
ส.ค.-61	326,258,590.98	527,865,547.13	357,272.00	31,509.34	913.19	16,752.67	1,097.80	15,404.03	ไม่ผ่าน
ก.ย.-61	370,791,854.16	586,280,054.83	393,107.00	34,475.59	943.23	17,005.66	1,097.80	15,404.03	ไม่ผ่าน
เฉลี่ย	**30,899,321.18**	**48,856,671.24**	**32,758.92**	**2,872.97**	**943.23**	**17,005.66**	**1,097.80**	**15,404.03**	**ไม่ผ่าน**
ต.ค.-61	15,878,760.20	56,760,176.13	43,087.00	3,497.79	368.53	16,227.44	1,102.25	15,990.87	ไม่ผ่าน

ผู้รายงาน

นางสาววัชรินทร์ พรหมไชย เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี กลุ่มงานการเงินและบัญชี
โทร. 073 510 479 E-mail: vatcharin_tonaor@hotmail.com