



สรุปการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ

คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2561

จังหวัดอุทัยธานี

14-16 มีนาคม 2561



การดำเนินการคลินิกหมอบครบถ้วน จังหวัดอุทัยธานี

จำนวนทีมสะสมทั้งหมด 5 ทีม คิดเป็นร้อยละ 17.27 ของแผน 10 ปี

2561

- เป้าหมายจะเปิดบริการเพิ่ม 6 ทีม **ขณะนี้ยังไม่เปิดดำเนินการ**
- ประเมิน รพ.อุทัยธานีเป็นสถาบันสนับสนุนวิชาการสำหรับ
In-service Training
- เพิ่มศักยภาพ รพ.ทัพทันในการผลิต **In-service Training**

ข้อชื่นชม PCC ตลกคู่ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวลงทำงานในพื้นที่เต็มเวลา

ข้อสังเกต บางพื้นที่มีแพทย์ที่ไปอบรมระยะสั้นๆ แต่ยังไม่ได้เปิดดำเนินการ PCC

ปัจจัยความสำเร็จ นโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหาร (ระดับเขตและระดับจังหวัด)

ความเสี่ยง

- ยังขาดแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ต้องใช้แพทย์ที่ผ่านการอบรมระยะสั้นๆ
- ขาดบุคลากร สหสาขาวิชาชีพที่จะลงมาทำงานประจำใน PCC

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

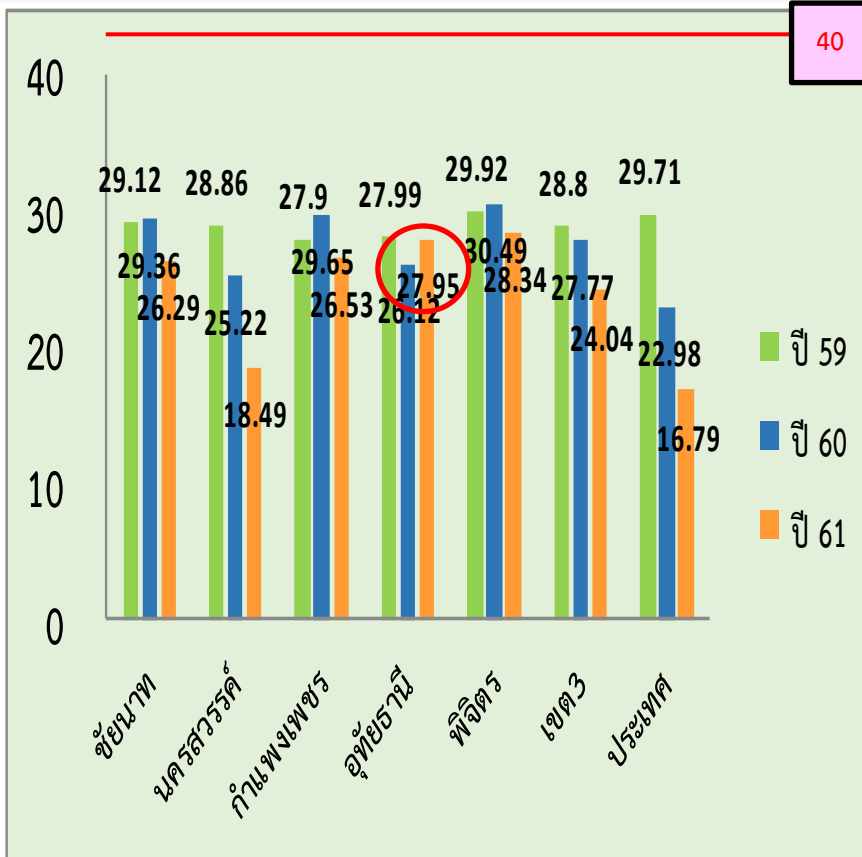
การสร้างแรงจูงใจสำหรับแพทย์ในการเลือกเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

- สนับสนุนการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และการสอบอนุมัติบัตร
- สนับสนุนการผลิตและพัฒนาบุคลากรอื่นที่ขาดนอกเหนือจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

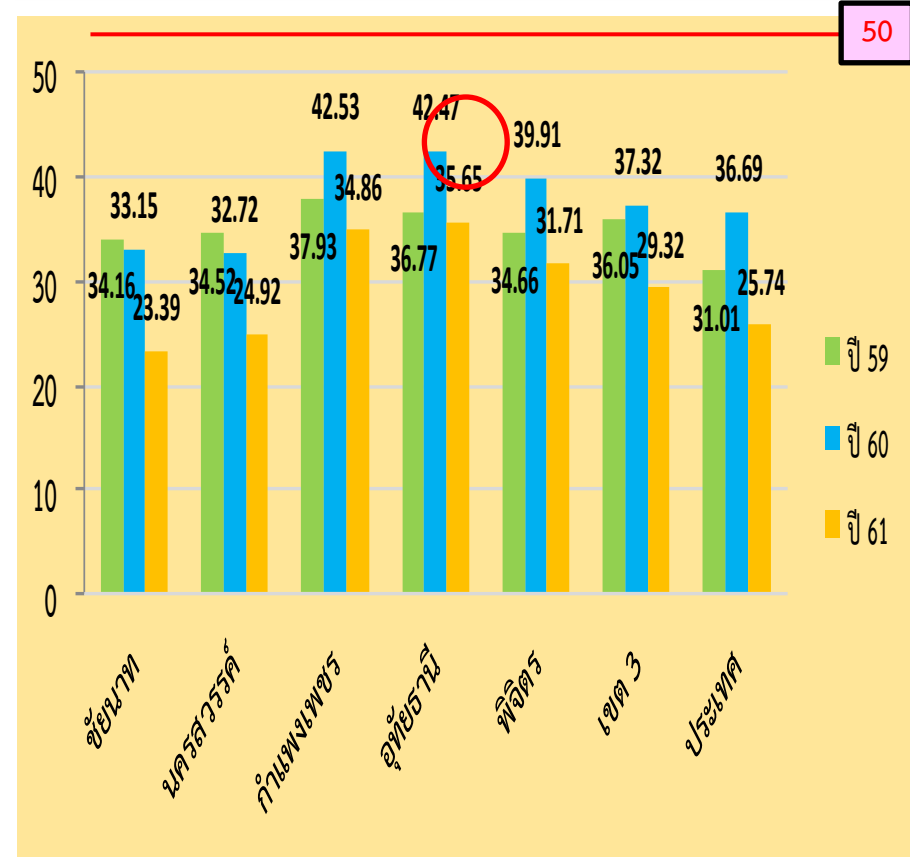
ตัวชี้วัด 26 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

สถานการณ์ / ปัญหา

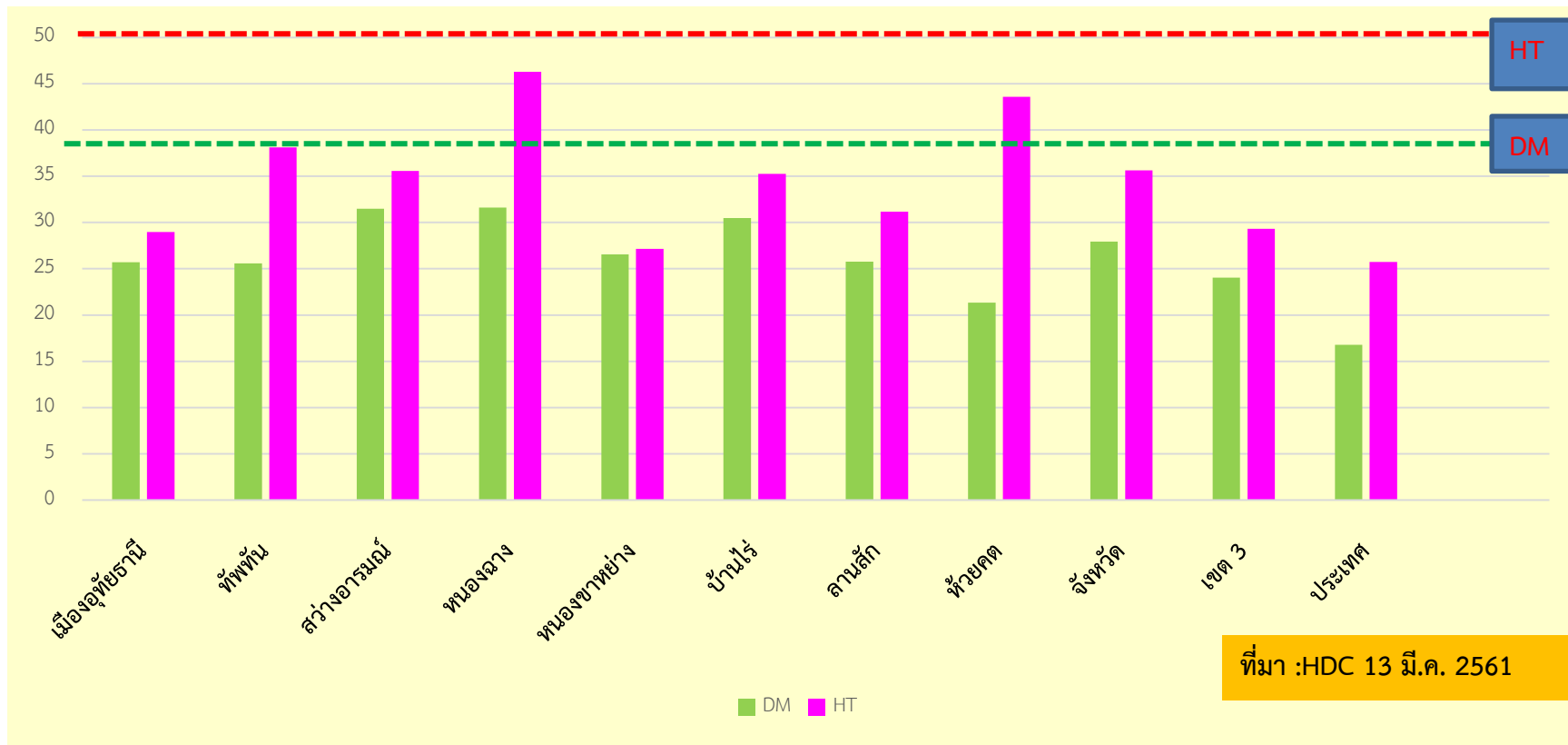
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ควบคุมได้



ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้



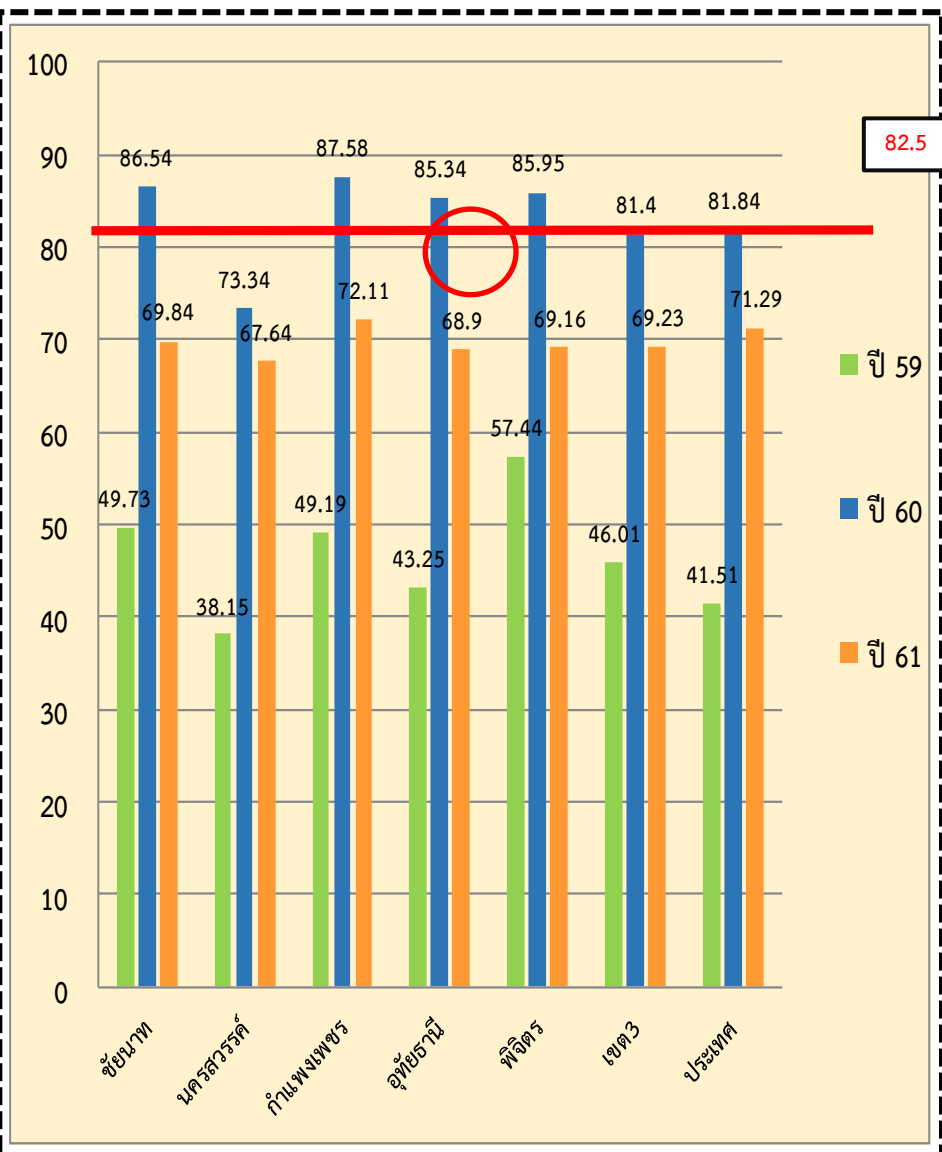
ตัวชี้วัด 26 : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้
ปี 2561 (Q2) จังหวัดอุทัยธานี



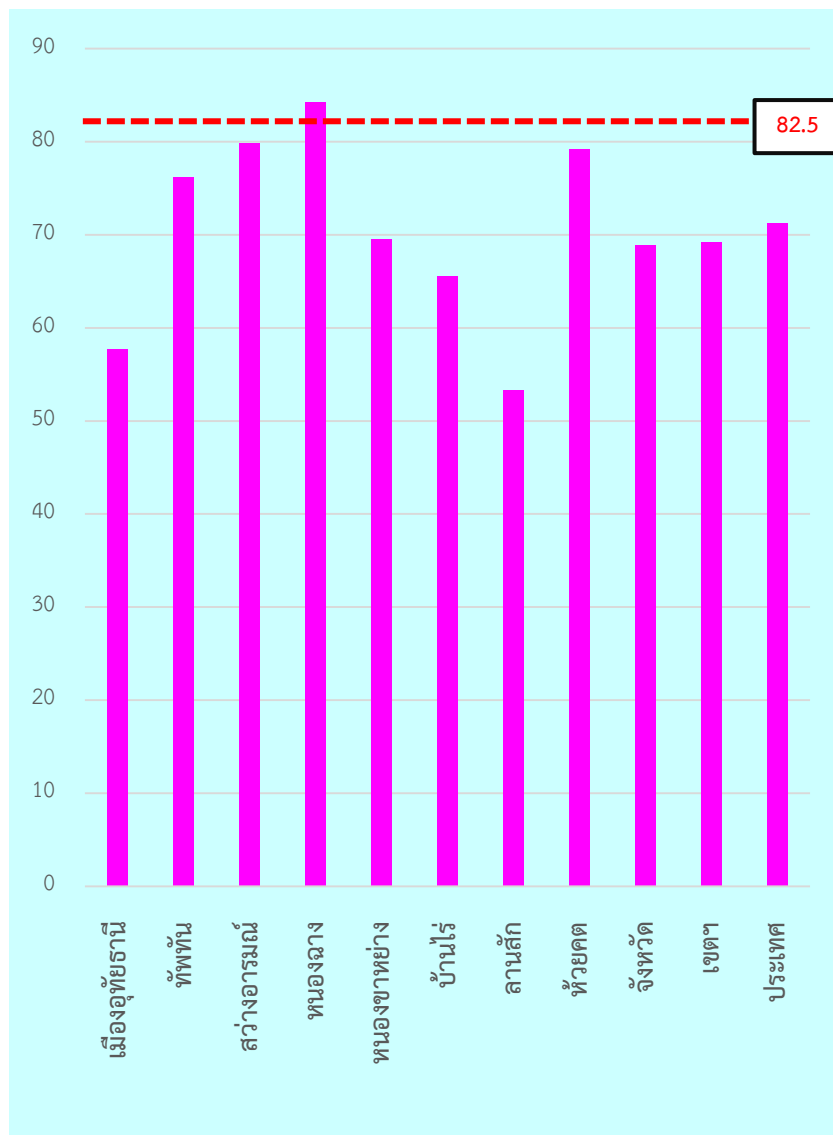
แผนงาน/แนวทางการขับเคลื่อนของจังหวัด : โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขา NCD
วางแผน พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน บูรณาการงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูและการส่งต่อ

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน
ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

ร้อยละ



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน
ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด
(CVD Risk) จังหวัดอุทัยธานี ปี 2561 (Q 2)



สรุปผลการดำเนินงาน

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership/ Governance	Plus/ Participation
-มีการพัฒนาการจัดบริการอย่างเหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย -มีแผนการพัฒนา Service Plan	-มี Nurse Case Manager , Mini Case Manager -มีบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพ ดำเนินการแต่ยังไม่เพียงพอในบางพื้นที่	-มียุทธศาสตร์การจัดการระบบข้อมูลในการพัฒนางาน -มีแผนการกำกับติดตาม การรายงานข้อมูลในระบบ	-มีแนวทาง การเลือกใช้ยาที่เหมาะสม	-มีงบประมาณสนับสนุนอย่างพอเพียง	-มีคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขา NCD	-ระดับการมีส่วนร่วมแต่ละพื้นที่มีศักยภาพไม่เท่ากัน

Best Practice : นวัตกรรมการดูแลสุขภาพ/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ใน รพ.สต.หลายแห่งเช่น CQI คุณดีไม่มีคิว รพ.สต.สุขฤทัย อ.ห้วยคต

Key Success factor : การจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ(ทุกด้าน)โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ สาขา NCD

Key risk factor: คุณภาพของข้อมูลในระบบรายงาน

ข้อเสนอแนะ : **ควรกำหนดเป็นนโยบายจากผู้บริหารและมีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิด**

ตัวชี้วัด อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรพ. (น้อยกว่าร้อยละ 7)

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี2561.....

สถานการณ์จังหวัดอุทัยธานี
พื้นที่กว้าง และ รพ. ไม่อยู่ในจุด
ศูนย์กลาง มีผลกับการเข้าถึงของ
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้
จำนวนผู้ป่วยและ อัตราตาย
เพิ่มขึ้น การเข้าถึง Stroke fast
tractและการได้รับยา rt-PA
ลดลงจาก ปี 2560

ข้อมูล

รายการข้อมูล	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
เป้าหมาย				< 7%
ผลงาน	116	103	113	48
อัตรา/ร้อยละ	21.48	17.34	22.42	24.37

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับยาละลายลิ่มเลือด (มากกว่าร้อยละ 10)

รายการข้อมูล	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
เป้าหมาย				>10%
ผลงาน	37	34	32	7
อัตรา/ร้อยละ	9.73	6.99	9.09	5.34

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

1. เสริมสร้างความรู้ สร้างความตระหนัก ถึงอาการสำคัญละสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง ในประชาชนกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรใน รพ.สต. อสม.และผู้นำชุมชน ทุกพื้นที่ ประชาสัมพันธ์เชิงรุก
3. เพิ่มการเข้าถึงบริการรวดเร็วขึ้น
4. จัดตั้งหน่วยบริการ stroke rehab. ที่ รพ. หนองขาหย่าง
5. บูรณาการงานร่วมกับงาน NCD

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

Best Practice : มีระบบ Stroke Fast Track และ มี CPG

Key Success factor : มี stroke unit 2 เดียง กำลังขยายเป็น 4 เดียง และโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1-F2 ทุกแห่งสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

Key risk factor: 1.การรับประทายอย่างสม่ำเสมอของโรคหลอดเลือดสมอง
2. การเข้าถึงบริการไม่ทันเวลา
3. การมี Stroke Rehab Unit ไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

1. พัฒนาระบบ Prevention ให้เข้าถึงประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยง
2. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลของโรคหลอดเลือดสมองและ NCD ที่ชัดเจน

ตัวชี้วัดที่ 29 : ร้อยละของรพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560

ผลการดำเนินงาน RDU ที่ผ่านมา
ปรากฏว่ามีรพ.ที่ผ่าน RDU ชั้นที่ 1
จำนวน 7 แห่ง จาก 8 แห่ง (87.5%)

ข้อมูล

ผลงาน					
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560		ปี 2561 Q1	
		RDU ชั้นที่ 1	RDU ชั้นที่ 2	RDU ชั้นที่ 1	RDU ชั้นที่ 2
-	-	87.5 %	0 %	100 %	25 %

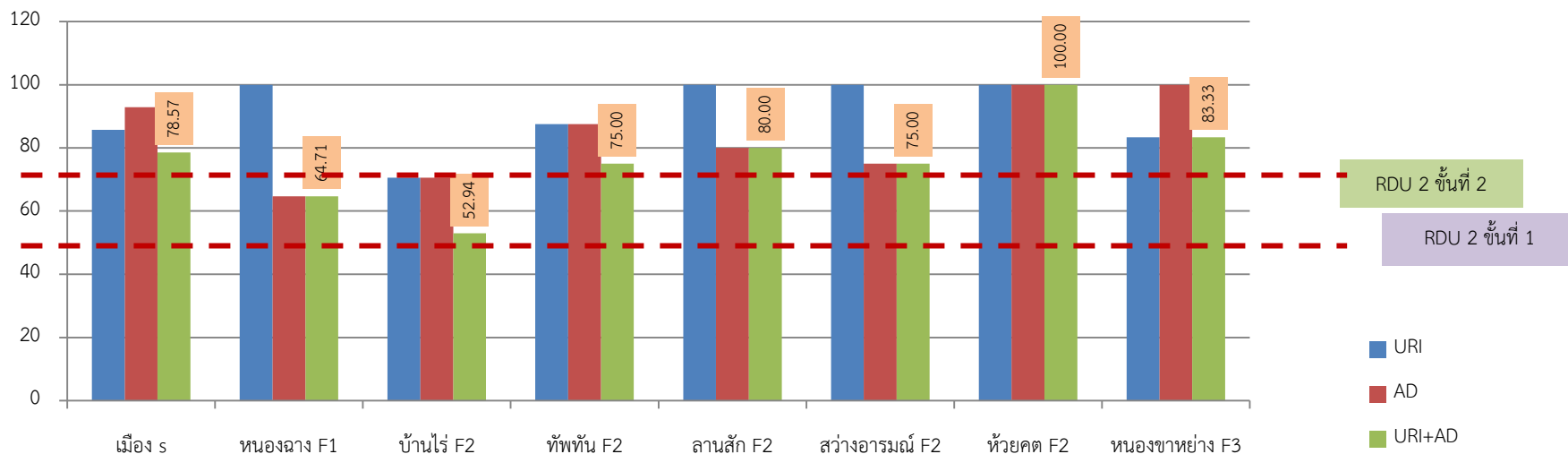
ผลการดำเนินงานตามกฤษฎีกา PLEASE และการขับเคลื่อนนโยบายในผู้บริหารทุกระดับส่งผลให้ในช่วงเดือน ต.ค. 60 – ก.พ. 61 จังหวัดอุทัยธานีมีโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 2 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลทัพทัน และโรงพยาบาลหนองขาหย่าง คิดเป็นร้อยละ 25 ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 จำนวน 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

- สร้างความเข้มแข็งในการทำงานของคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
- ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา
- สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้ความร่วมมือในการจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ มีการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม ปลอดภัย

ข้อมูล ณ ต.ค. 60 - ก.พ. 61

จำนวนหน่วยบริการในเครือ		หน่วยที่ผ่านทั้ง 2 โรค		หน่วยที่ผ่าน URIs		หน่วยที่ผ่าน Diarrhea	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เมืองอุทัยธานี	14	11	78.57	12	85.71	13	92.86
หนองฉาง	17	11	64.71	17	100.00	11	64.71
บ้านไร่	17	9	52.94	12	70.59	12	70.59
ทัพทัน	16	12	75.00	14	87.50	14	87.50
ลานสัก	10	8	80.00	10	100.00	8	80.00
สว่างอารมณ์	8	6	75.00	8	100.00	6	75.00
ห้วยคต	3	3	100.00	3	100.00	3	100.00
หนองขาหย่าง	6	5	83.33	5	83.33	5	83.33
ผ่านเกณฑ์		≥ 40% = 8 CUP	100%	≥ 60% = 7 CUP	87.50%	100% = 1 CUP	12.50



แจ้งหน่วยบริการ เครือข่ายบริการ รพ.อุทัยธานี

ต.ค. 60 – ก.พ. 61

หน่วยบริการ	URI + AD			URI			AD		
	URI	AD	URI + AD	B	A	ร้อยละ	B	A	ร้อยละ
รพ.สต. น้ำซึม	1	1	1	262	25	9.54	37	1	2.70
รพ.สต. สะแกกรัง	1	1	1	120	6	5.00	35	0	0
รพ.สต. บ้านดอนขวาง	1	1	1	78	1	1.28	8	0	0
รพ.สต. หาดทอง	0	1	0	117	32	27.35	10	0	0
รพ.สต. เกาะเทโพ	1	1	1	193	20	10.36	36	5	13.89
รพ.สต. ท่าซุง	1	1	1	177	9	5.08	27	0	0
รพ.สต. หนองแก	1	0	0	128	5	3.91	11	4	36.36
รพ.สต. โนนเหล็ก	1	1	1	160	11	6.88	13	0	0
รพ.สต. หนองเต่า	1	1	1	74	5	6.76	10	0	0
รพ.สต. หนองไผ่แบน	1	1	1	56	2	3.57	8	0	0
รพ.สต. หนองพังค่า	0	1	0	40	9	22.50	2	0	0
รพ.สต. บ้านโพธิ์ส้ม	1	1	1	39	2	5.13	8	0	0
รพ.สต. เนินแจง	1	1	1	113	6	5.31	2	0	0
รพ.สต. หมกแถว	1	1	1	187	21	11.23	5	0	0

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation
	จัดการประชุม คกก. RDU และ PTC จังหวัด	ฐานข้อมูลของ รพท./รพช. และ จากโปรแกรม HDC	เพิ่มช่องทางรายงานผ่านระบบอินเทอร์เน็ต	งบสป.และ อย.	ผู้บริหารและ คกก. RDU ดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า	รพ.สต.และ เครือข่ายสุขภาพ ในชุมชนให้ ความสำคัญกับ นโยบายและการดำเนินงาน

2561

Best Practice : ผู้บริหารเล็งเห็นความสำคัญของการดำเนินงาน

Key Success factor : ผู้บริหารให้ความสำคัญ และทีมสหวิชาชีพมีความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

Key risk factor : ประชาชนขาดความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

ขอให้ทางสสจ.และผอ.ช่วยกระตุ้นกำกับและติดตามทีม PCT ในการดำเนินงาน

ตัวชี้วัดที่ 29.1 : ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
เกณฑ์ตัวชี้วัด : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

สถานการณ์

ก่อนหน้ามีการดำเนินงานเรื่อง AMR แบบแยกส่วนกัน ปัจจุบันมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ AMR โดยมีผู้บริหารและฝ่ายงานที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการทำงานอย่างบูรณาการ แต่ยังคงขาดการกำหนดเป้าหมาย และแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน

ข้อมูล

ตัวชี้วัด	ปี 2561	Q1	Q2	Q3	Q4
ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ	เป้าหมาย	-	-	≥ ร้อยละ 40	≥ ร้อยละ 70
	ผลงาน	อยู่ระหว่างดำเนินการ			

กิจกรรม	ผลงาน ปี 2561 Q1-Q2	สถานะ
การกำหนดนโยบายและมาตรการ	มี คกก.AMR/แต่เป้าหมาย แผนยังไม่ชัดเจน	
การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ	มีกิจกรรม และข้อมูลครบถ้วน	
การดูแลกำกับการใช้ยาใน รพ.	มีกิจกรรม และข้อมูลครบถ้วน	
การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ.	มีกิจกรรม และข้อมูลครบถ้วน	
การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่มาตรการของ รพ.	มีการวิเคราะห์ แต่ยังไม่บูรณาการ	

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice :

- มีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะชัดเจน/ มีระบบ Lab Alert แจ้งผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทันทวงที่

Key Success factor:

- ผู้บริหารให้ความสำคัญสนับสนุนทั้งนโยบาย และงบประมาณ
- มีทีมงาน และแกนนำเข้มแข็ง กระตือรือร้น มุ่งมั่นให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

- ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกส่วนงานควรให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามแนวทางอย่างเคร่งครัด

ตัวชี้วัดที่ 30 : ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

สถานการณ์ / ปัญหา

- แต่งตั้งคณะกรรมการฯ ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ (ปี 2559)
- จัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.)
- จัดทำแนวทางการส่งต่อ
- มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทั้งในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ ในการส่งต่อผู้ป่วย (โปรแกรม Thai Refer)

ข้อมูลส่งต่อนอกเขต

สาขา	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2560 Q1	ปี 2561 Q1	เปรียบเทียบ 60 - 61 Q1
1.สาขาโรคหัวใจ	112	136	146	49	68	เพิ่มขึ้น 38.78
2.สาขาโรคมะเร็ง	645	804	750	305	268	ลดลง 12.13
3.สาขาอุบัติเหตุ และฉุกเฉิน	1	4	20	9	7	ลดลง 22.22
4.สาขาทารกแรกเกิด	2	1	3	0	0	-
รวม	760	945	919	363	343	ลดลง 5.51

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

- มีแผนการพัฒนาระบบส่งต่อในสถานบริการ/จังหวัด
- มีระบบเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย
- โดยโปรแกรม Thai Refer

จากการเปรียบเทียบข้อมูลการส่งต่อปีงบประมาณ 2560 กับ 2561 ไตรมาส 1 ใน 4 สาขา พบว่า **ในภาพรวมลดลง ร้อยละ 5.51** สำหรับข้อมูลในรายสาขา พบว่า **การส่งต่อเพิ่มขึ้นในสาขาโรคหัวใจ ร้อยละ 38.78** และ **ลดลงในสาขาโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ ร้อยละ 12.13 และ 22.22 ตามลำดับ** สำหรับสาขาทารกแรกเกิดไม่มีการส่งต่อออกนอกเขต

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice : มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย และรวบรวมจัดเก็บฐานข้อมูล

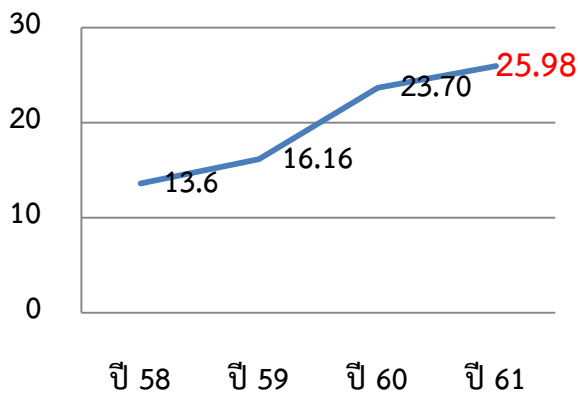
มีแนวทางการให้คำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ

Key Success factor : คณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบการส่งต่อผู้ป่วย จังหวัด/เขตสุขภาพ และ ศูนย์ประสานการส่งต่อ (ศสต.) ระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

Key risk factor : - ขาดแพทย์เฉพาะบางสาขา เช่น อายุรแพทย์โรคหัวใจ ศัลยกรรมระบบปัสสาวะ ฯลฯ
- โปรแกรม Thai Refer มีปัญหาในการรับ-ส่งข้อมูลและ Server ไม่เพียงพอกับฐานข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ 33 : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สถานการณ์/ปัญหา



ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC
ณ วันที่ 14 มีนาคม 2561

ข้อมูล : จังหวัดอุทัยธานี รอบที่ 1/2561

ผลการดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2561

อำเภอที่มีผลงานโดดเด่น 3 ลำดับ ได้แก่ อ.ทัพทัน อ.หนองขาหย่าง และ
อ.สว่างอารมณ์ โดยมีผลงานที่ร้อยละ 32.81, 31.66 และ 29.49

ตามลำดับ โดยทุกอำเภอมีผลงานผ่านเกณฑ์ 7/8 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ
87.50 อำเภอที่ควรสนับสนุนการดำเนินงาน ได้แก่ อ.บ้านไร่ ซึ่งมีผลงานที่
ร้อยละ 18.70

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

1. สนับสนุนการจัดบริการคลินิกเฉพาะโรค OPD คู่ขนานแพทย์แผนไทย และบริการการแพทย์ทางเลือก เช่น ฝังเข็ม สมุนไพรบำบัด และยาสมุนไพรในหน่วยบริการ
2. สนับสนุนให้แพทย์แผนไทยร่วมจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง
3. สนับสนุนให้ สหวิชาชีพร่วมจ่ายยาสมุนไพร
4. พัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทย เช่น การทำนวัตกรรม KM R2R และงานวิจัย



สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice :

การพัฒนานวัตกรรมแผ่นประคบร้อนพระนารายณ์คลายเส้น เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพภายในชุมชน และลดการใช้ยาซ้ำซ้อน เช่น แก้ปวด แก้อักเสบ

Key Success factor :

1. ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน
2. ภาคประชาสังคมและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชน

Key risk factor : -

1. ขาดข้อมูลวิชาการสนับสนุนการจัดการแพทย์แผนไทยและยาสมุนไพร
2. การจัดซื้อยาสมุนไพรระหว่างหน่วยบริการ

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

สนับสนุนการจัดซื้อยาสมุนไพรในภาพเครือข่ายบริการ

หัวใจ : PA ปลัด 2 , PA ผตร.4 , KPI ตรรก.14

ตัวชี้วัดที่ 38 : ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

สถานการณ์ / ปัญหา

ข้อมูล

ปี 2560

รพชตั้งแต่ F2 ขึ้นไปของ
จังหวัดอุทัยธานี สามารถ
ให้ Fibrinolytic drug ได้
100 % ตั้งแต่ปี 2558
จนถึงปัจจุบัน

ผลงาน			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
100%	100 %	100 %	100%

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

1 มีระบบ STEMI fast track

2 มี referral system เชื่อมโยง รพ อุทัยธานี กับ รพช ผ่าน STEMI line group

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforcess	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice : รพ ตั้งแต่ F2 ขึ้นไป สามารถให้ fibrinolytic drug ได้ครบทุกแห่ง (100%)

Key Success factor : มี referal system ที่เชื่อมโยง รพ อุทัยธานี กับ รพช ผ่าน STEMI line group

Key risk factor : ยังไม่มี cardiologist ประจำรพ อุทัยธานี

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

- จัดสรรให้มี cardiologist ประจำรพ อุทัยธานี เพื่อช่วยเป็นที่ปรึกษาและ เพิ่มความมั่นใจในการให้ fibrinolytic agent

ตัวชี้วัดที่ 39 : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีแนวโน้มสูงขึ้นและสอดคล้องกับอัตราตายจาก STEMI ที่เพิ่มขึ้นด้วย, อัตราการได้ยาละลายลิ่มเลือดลดลงกว่าปีก่อนๆ , ยังมีพบ บางรายที่เข้าถึงการรักษาได้ล่าช้า (awareness เกี่ยวกับ STEMI ยังไม่ดี)

ข้อมูล

ผลงาน			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
36.47	39.37	33.00	25.43

เป้าหมายคือ < 28 ต่อแสนประชากร

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

- 1 มี STEMI fast track
- 2 รพ ตั้งแต่ F2 ขึ้นไป สามารถให้ fibrinolytic drug ได้ 100%
- 3 มีการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในพบ ที่มี CVD risk score > 30%

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforcess	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice :

Key Success factor :

- 1 มี STEMI fast track
- 2 รพ ตั้งแต่ F2 ขึ้นไป สามารถให้ fibrinolytic drug ได้ 100%
- 3 มีการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจในผป ที่มี CVD risk score > 30% และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง เพื่อป้องกันการเกิดโรคหัวใจ (ร่วมกับงาน NCD)

Key risk factor:

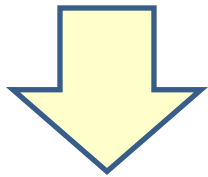
อัตราการให้ยาละลายลิ่มเลือดยังต่ำกว่าเกณฑ์, ผป บางรายยังมารพ.ช้า ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและการรักษาไม่ได้ผลเต็มที่

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

ส่งเสริมให้ประชาชนทราบอาการสำคัญของโรคหัวใจ และ เข้าถึงระบบส่งต่อEMS1669 ได้มากขึ้นเมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน , ส่งเสริมให้รพ ทุกแห่ง ให้ยาละลายลิ่มเลือด ให้ได้ตามเป้าหมาย

โรคไต : PA ปลัด 2 , PA ผตร.4 , KPI ตรรก.14

- ตัวชี้วัด :
1. screening ใน DM/HT > 80% (12 เดือน)
 2. eGFR ลดลง < 4 cc/min/1.73 m² > 65% (12 เดือน)
 3. รพ. M2, F1-2 ผ่านเกณฑ์ CKD clinic คุณภาพ > 50% (50 คะแนน)(12 เดือน)



CKD clinic เปิดครบ 100% จนถึง F3

CAPD clinic เปิดบริการใน F1(หนองฉาง), F2 (บ้านไร่, ลานสัก)

Screening (5 เดือน) = 65%
eGFR <4 (5 เดือน) = 67%

Key Success Factor
มีการให้บริการครอบคลุมทั้ง
จังหวัด

Key Risk Factor

ขาดบุคลากร โดยเฉพาะ นักกำหนดอาหาร
และ กายภาพใน CKD clinic ในระดับ รพช

ปัญหาอุปสรรค

- 1.ฐานข้อมูลไม่ครบถ้วนและไม่เชื่อมโยงกับ DHS
- 2.การคัดกรองต่ำกว่าเป้า
- 3.ขาดบุคลากรใน CKD clinic โดยเฉพาะ นักกำหนดอาหาร
- 4.ขาดแนวทางการดูแล renal alliative care

ข้อเสนอแนะจากการนิเทศ

- 1.แนะนำให้ประสานกับ IT พัฒาระบบ DATA center
- 2.ปรับให้เป็น PA ของผู้บริหาร
- 3.ควรมีนักกำหนดอาหารในทุกที่ที่มี CKD clinic และสนับสนุนให้ CKD nurse
- 4.อบรมส่วนกลางในเดือน พค 61

ตัวชี้วัดที่ 44 : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี2560
ผ่าตัดต้อกระจกชนิด
บอดได้ตามเกณฑ์
94.07%

ข้อมูล

ผลงาน			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
77.17	91.41	89.44	94.07

ปัญหา : ขาดบุคลากรในการลงข้อมูล vision 2020 ที่ตรวจโดยจักษุแพทย์
: ข้อมูล vision 2020 ไม่เสถียร ยอดผู้สูงอายุคลาดเคลื่อน

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

- นิเทศการลงข้อมูล vision 2020
- ปรับปรุงฐานข้อมูลประชากรใน vision 2020 ให้เป็นปัจจุบัน

ปลูกถ่ายฯ : PA ปลัด 2 , PA ผตร.4 , KPI ตรก.14

ตัวชี้วัดที่ 45 : อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ข้อมูล

สถานการณ์ / ปัญหา

ข้อมูลผู้ป่วยเสียชีวิต	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61
Hospital death	998	1,015	1,056	296
Accident	22	33	22	8

KPI	ผลงานได้รับบริจาค			
	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
อวัยวะ(0.4/100)	0	0	0	0
ดวงตา(5/100)	0	0	3	1

	59	60	61
ผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ	อวัยวะ 33 ราย ดวงตา 6 ราย	อวัยวะ 500 ราย ดวงตา 466 ราย	อวัยวะ 67 ราย ดวงตา 65 ราย

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

- จัดอบรมวิชาการเรื่องการบริจาคอวัยวะและหลักเกณฑ์การเจรจาขอบริจาคอวัยวะ รวมทั้งสาธิตการจัดเก็บดวงตาต่อเจ้าหน้าที่และเครือข่าย
- ร่วมออกหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ พอ.สว.ของจังหวัดอุทัยธานี ทุกเดือน

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforcess	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice : การออกไปให้ความรู้ต่อชุมชนในที่ประชุมผู้นำท้องถิ่นได้อย่างครอบคลุม

Key Success factor : ทีมงานเข้มแข็ง มุ่งมั่น ผู้บริหารสนับสนุน

Key risk factor: ทักษะ ความเชื่อของญาติผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

การบริจาคอวัยวะขึ้นกับ ทักษะ ความเชื่อเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้นการให้ความรู้ การสร้างความเชื่อมั่น ด้วยทักษะที่ดีอาจจะปรับทัศนคติ ของญาติให้ยอมรับการบริจาคอวัยวะมากขึ้นได้

ตัวชี้วัดที่ 46 : ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจาก
การบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนดร้อยละ 92 (3 month remission rate)

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560 จำนวนผู้เสพ/
ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบำบัด
แบบสมัครใจในรพ.มีจำนวน
293 คน เป็นเพศชาย 273 คน
เพศหญิง 20 คน ยาเสพติด
ที่ใช้มากที่สุดคือยาบ้า

ข้อมูล

ผลงาน			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
		98.27	ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ในปี 61 มีทั้งหมด 90 คน อยู่ใน ระหว่างบำบัดซึ่งยังบำบัดไม่ครบ 1 ปีจึงคิด remission rate ไม่ได้

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

- 1.การป้องกันกลุ่มผู้มีโอกาสเข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด
- 2.การปราบปราม การจัดตั้งด่านตรวจในพื้นที่
- 3.การสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันปัญหา ยาเสพติด
- 4.การบำบัดรักษาและให้ความช่วยเหลือ โดยเน้นประชาสัมพันธ์
- 5.สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติด

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice : -

Key Success factor : มีการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดร่วมกับหน่วยงานหลัก โดยใช้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด จ.อุทัยธานี

Key risk factor: 1.การบันทึกข้อมูลในระบบ บสต. ไม่ต่อเนื่อง

2.การรักษาโดยไม่ได้ลงทะเบียน

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

1.ข้อมูลที่ไม่ได้ลงทะเบียนในระบบ บสต. เช่น ข้อมูลนักเรียน ข้อมูลข้าราชการ ควรรวบรวมข้อมูลไว้เพื่อใช้ในการติดตาม

2.หน้าที่ความรับผิดชอบแจ้งความดำเนินคดีผู้ติดยาเสพติดควรเป็นที่ศูนย์อำเภอมากกว่า รพ. (ควรทำข้อตกลงร่วมกัน)

3.ให้ทบทวนการเก็บตัวชี้วัด 2 ตัว คือ leading Indicator และ lagging Indicator

ตัวชี้วัดที่ 48 : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560 ได้เริ่มดำเนินโครงการในระยะแรก กำหนดหัตถการเป้าหมายไว้ 3 โรค คือ โรคริดสีดวงทวาร หลอดเลือดของหลอดเลือดอาหาร และติ่งเนื้ออก ลำไส้ใหญ่ และกำลังพัฒนาตามทิศทางของกระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูล

ผลงาน			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
0	0	0	0

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

1. มีสถานที่รองรับโครงการ
2. มีระบบติดต่อสื่อสารตลอด 24 ชั่วโมง
3. มีอัตรากำลังเพื่อรองรับโครงการ

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforces	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice : ผ่านการประเมินขั้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับส่งต่อทั่วไปในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใน 12 โรค ที่กำหนด

Key Success factor : 1.มีคณะกรรมการ One day Surgery
2.มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน

Key risk factor: -

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

ควรจะทำเป็น under rocol เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน หลังการทำการผ่าตัด One day Surgery

อุบัติเหตุฯ : PA ปลัด 2 , PA ผตร.4 , KPI ตรก.14

ตัวชี้วัดที่ 50 : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560

อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีแนวโน้มลดลง

ข้อมูล

ผลงาน			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
14.20	12.79	10.94	8.98

อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง แยกตามรายโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ทั้งหมด พบอัตราต่ำสุดที่ รพ.หนองฉาง 0.12 สูงสุดที่รพ.ห้วยคต 11.86 ส่วนรพ.อุทัยธานี 9.41

แผนงาน/แนวทาง การขับเคลื่อนของจังหวัด

ประชุมเชิงปฏิบัติการระบบสั่งการในระดับผู้บริหาร, จัดส่งพยาบาล ER เข้ารับการอบรม ENP, ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบ Trauma Fast Track, จัดทำแนวทางปฏิบัติระบบ TFT เครือข่ายอุทัยธานี, ซ้อมแผนอุบัติภัยหมู่

สรุปผลการตรวจราชการ

2560

Service Delivery	Health workforcess	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation

2561

Best Practice :1.R2R ปัจจัยที่มีผลต่อระยะเวลามาโรงพยาบาล ของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองขาดเลือด ระยะเฉียบพลัน โรงพยาบาลอุทัยธานี.2.การคัดกรองโดยระบบ ESI และใช้ป้ายสีแบ่งระดับผู้ป่วย

Key Success factor : ทีมงานและเครือข่ายโรงพยาบาลเข้มแข็ง

Key risk factor: ขาดหน่วยอปท.และชุมชน ทำให้ตัวชี้วัด EMS response ต่ำลงเมื่อผู้รับบริการอยู่ไกล

ข้อเสนอแนะ/ข้อสั่งการ จากผู้ตรวจราชการ

ปัญหาการขาดความร่วมมือจากอปท.และชุมชนในด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ควรจะมีการกำหนดต้องจัดให้มีหน่วยทีมกู้ชีพทุกตำบลใน พรบ. ไม่ใช่จัดหน่วยตามความสมัครใจของผู้บริหารท้องถิ่นเอง

ตัวชี้วัด 51 : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560 อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของจังหวัดอุทัยธานีเท่ากับ ร้อยละ 88.7 ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด แต่ยังมีอัตราการเสียชีวิตเกินเป้าหมาย (ร้อยละ 5) เท่ากับร้อยละ 6.5 โดยอำเภอที่พบการเสียชีวิตสูง 3 อันดับแรก อำเภอห้วยคต อำเภอหนองฉาง และอำเภอเมืองอุทัยธานี (ข้อมูลจาก TBCM Online 8 มีนาคม 2561)

ผลงาน (อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่)

ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560 Q1	ปี 2561
83.9	85.0	88.7	-

ผลการคัดกรองด้วย X-ray ใน 7 กลุ่มเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยง	จำนวนเป้าหมาย (ราย)	จำนวนที่ X-Ray (ร้อยละ)	พบวัณโรค (ราย)
บุคลากรสาธารณสุข	1,938	95.0	1
ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน	433	59.4	0
ผู้สูงอายุ 65 ปี ที่มี COPD ร่วม	961	47.1	0
ผู้ต้องขัง	945	0	0
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	908	61.1	0
แรงงานอพยพ	1,112	78	1
ผู้ป่วยเบาหวาน (รายใหม่และ HbA1C มากกว่าหรือเท่ากับ 7)	2,389	42.9	0
รวมทั้งหมด	8,686	57.5	2

สรุปพบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ขึ้นทะเบียนในไตรมาส 1/2561 ทั้งหมด จำนวน 53 ราย

แนวทางการขับเคลื่อนของจังหวัดอุทัยธานี

- ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานควบคุมวัณโรคให้พื้นที่
- พัฒนาระบบข้อมูลวัณโรค โปรแกรม TBCM Online
- เร่งรัดการค้นหาเชิงรุกด้วยการ X-Ray ใน 7 กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย
- ประชุมคณะกรรมการ NOC-TB จังหวัดอุทัยธานี และผู้เกี่ยวข้อง
- ประชุมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยวัณโรค
- ประสาน พมจ. เรื่องการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ
- จัดประชุม Dot Meeting ติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย

สรุปผลการตรวจราชการ

2561

Service Delivery	Health workforcess	Health information system	Access to Essential medicine	Financing	Leadership / Governance	Plus/ Participation
-ให้บริการเป็น TB Clinic ให้บริการแบบ One Stop Service ในโรงพยาบาลทุกระดับ -มีการกำกับติดตาม และการส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนที่ดี	-จัดให้มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วยใน รพ. -ประสานงานการส่งต่อและรักษาผู้ป่วยกับเรือนจำอุทัยธานี	-ใช้โปรแกรม TBCM Online ในทุกระดับ ตั้งแต่ จังหวัด (สสจ. อำเภ (รพ./สสอ.) และ ตำบล(รพ.สต.)	-มีการส่งตัวอย่างตรวจจณูวิทยา ตรวจด้วยวิธี Line probe assay (LPA) และ ตรวจด้วยเครื่อง Gene Xpert MTB/RIF assay ในหน่วยบริการ 1 แห่งคือ สคร.3	งบ PP งบ สปสช.	-ศูนย์ NOC-TB จังหวัดอุทัยธานี - คณะกรรมการ พขอ.	สปสช. อสม. อปท.

Best Practice :- ปี 60 อำเภอที่มีอัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มากกว่าร้อยละ 85 ในจังหวัดอุทัยธานีได้แก่ ท้าพทัน สว่างอารมณ์ บ้านไร่ ลานสัก (โดยมี Success Rate = 100 ทั้ง 4 แห่ง) และหนองขาอย่าง ร้อยละ 85.7

Key Success factor : ควรเฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นกลุ่มสูงอายุทุกราย
เร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มสูงอายุ ให้เข้ารับการรักษาที่เร็ว ลดการเสียชีวิต

Key risk factor: ผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ 53 : จำนวนเมืองสมุนไพร

ข้อมูลจังหวัดอุทัยธานี รอบที่ 1/2561 : เขตภาคเหนือ มีพื้นที่เมืองสมุนไพรนำร่องที่จังหวัด
เชียงราย และจังหวัดอุทัยธานี เป็นพื้นที่ส่วนขยายในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3

มาตรการที่ 1

ความเข้มแข็งและบริหารนโยบายของรัฐ
เพื่อการบริหารอย่างยั่งยืน

- มีแผนพัฒนาจังหวัดบูรณาการทุกหน่วยงาน
“อุทัยธานีเมืองสมุนไพรครบวงจร สู่สังคมพาสึก
อย่างยั่งยืน” (Work Plan)
- สร้างแกนนำผู้ปลูกสมุนไพรและจัดทำฐานข้อมูล
สมุนไพร (Herbal Zone) ในพื้นที่อำเภอบ้านไร่
อำเภอห้วยคต และอำเภอลานสัก

มาตรการที่ 2

พัฒนาสมุนไพรยกระดับมูลค่า
ผลผลิตให้กับเกษตรกร

- ต้นทาง (อำเภอบ้านไร่)
 - โรงเรือนตากสมุนไพรโดยพลังงานแสงอาทิตย์
 - โรงเก็บวัตถุดิบสมุนไพร
- กลางทาง (โรงพยาบาลหนองฉาง)
 - โรงงานผลิตยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผ่าน
มาตรฐาน GMP

ตัวชี้วัดที่ 53 : จำนวนเมืองสมุนไพร

มาตรการที่ 3

ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์
เพิ่มมูลค่าและการตลาด

- ศึกษาความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/
ผลิตภัณฑ์สมุนไพรในพื้นที่ (Demand &
Supply Matching)
- ขยายช่องทางการตลาด (Shop Outlet) พืช
สมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เช่น ในพื้นที่
ตลาดชุมชน ศูนย์ผลิตภัณฑ์ชุมชน OTOP
โดยร่วมดำเนินงานกับส่วนต่างๆ เช่น พัฒนา
ชุมชน พาณิชย์จังหวัด และองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัด

มาตรการที่ 4

ส่งเสริมการใช้สมุนไพร
ในระบบบริการสุขภาพ

- เปิดตัวเมืองสมุนไพร “อุทยานเมืองพระชนก
จักรี มรดกโลกสมุนไพรไทย”
- แผนการดำเนินงานต่างๆ
 - ประชาสัมพันธ์ยาและผลิตภัณฑ์สมุนไพร
 - พัฒนาศูนย์บริการแพทย์แผนไทยในหน่วย
บริการ
 - สร้างเครือข่ายการใช้ยาสมุนไพรและการแปร
รูปสมุนไพร (ตุ๋นยาสมุนไพร)

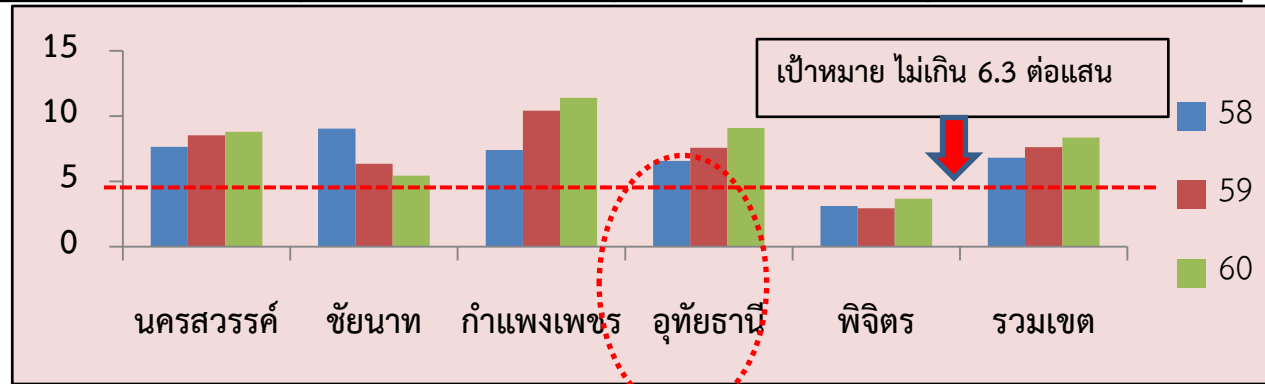
ตัวชี้วัดที่ m16 : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (เป้าหมาย ไม่เกิน 6.3 ต่อแสน ปชก.)

สถานการณ์ / ปัญหา

ปี 2560:

อัตราการฆ่าตัวตาย 9.09 ต่อแสนปชก. พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกิน 6.3 ต่อแสน ปชก. ได้แก่ อ.ทัพทัน (11.42) อ.บ้านไร่ (10.84) อ.ลานสัก (7.18) และ อ.หนองขาหย่าง(7.09)

ผลงานจังหวัดอุทัยธานี			
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
6.66	7.57	9.09	2.72



ปัญหาอุปสรรค

ข้อเสนอแนะ

- ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลระบาดวิทยาในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และการสอบสวนการฆ่าตัวตายเป็นรายกรณีเชิงลึก
- การค้นหาคัดกรองไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และไม่ครอบคลุม
- ขาดความต่อเนื่องในการขับเคลื่อนและการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกันในการแก้ไขปัญหาทั้งเชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่

- ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลระบาดวิทยาในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ และการสอบสวนการฆ่าตัวตายเป็นรายกรณีเชิงลึก
- ควรมีการค้นหาคัดกรองให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง และเพิ่มประสิทธิภาพการค้นหาคัดกรอง
- ควรมีการกำกับการติดตามการดำเนินงานโดย Service Plan อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาในแต่ละระดับรวมทั้งศึกษาข้อจำกัดและแนวทางแก้ไขปัญหาในภาพของจังหวัด และอำเภอ

ตัวชี้วัดที่ 34 (m15) : ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

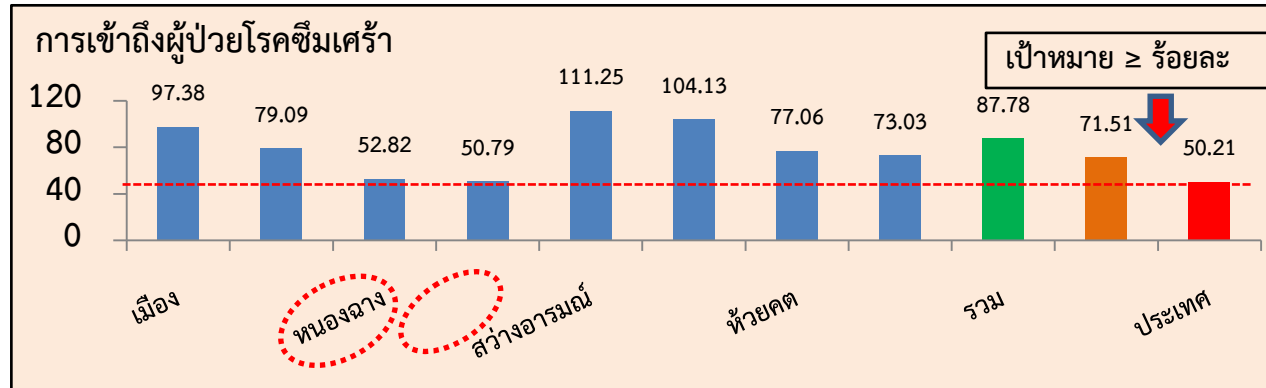
สถานการณ์ / ปัญหา

ปี2560: การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 87.84

พบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าบางอำเภอไม่ถึงค่าเป้าหมาย(\geq ร้อยละ 55) ได้แก่ อ.หนองฉาง (52.82) อ.ลานสัก (50.79)

ผลงานจังหวัดอุทัยธานี

ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561 Q1
58.25	164.29	87.84	87.78



ปัญหาอุปสรรค

1. การค้นหาคัดกรองไม่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และไม่ครอบคลุม
2. ขาดทักษะและความรู้ในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าในระดับ รพช.
3. ผู้ป่วยทางจิตเวชเกิด Stigma ทำให้ไม่เข้าสู่กระบวนการรักษาหรือขาดการรักษาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้มีการค้นหาคัดกรองให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง
2. เพิ่มทักษะและความรู้สำหรับแพทย์ใน รพช.
3. ควรมีการสร้างเจตคติให้กับผู้รับบริการและให้ความรู้โรคทางจิตเวชสำหรับผู้รับบริการ

Thank
You