



ประเด็นที่ 5

ลดแออัด ลดรอย คอย ลดป่วย ลดตาย

การตรวจราชการกรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2565
จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



สาขาหลอดเลือดหัวใจ

ข้อสั่งการ 2564 สาขาหลอดเลือดหัวใจ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ปัญหา	แผนการดำเนินงาน (Action Plan)		
	การดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
Primary Prevention ควบคุม NCD	เพิ่มศักยภาพชุมชนในการดูแล NCD	3 เดือน	SP NCD
พิจารณาให้ SK และ PCI ให้ทันเวลา	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาสมรรถนะ รพ.ระดับ F2 ขึ้นไปให้ SK ได้มากขึ้น - พัฒนาแนวทางการส่งต่อทำ PCI ให้ทันเวลา - สร้างระบบ Consult EKG - เริ่มมีการให้ยา TNK - เฝ้าระวังผู้ป่วย HF 	3 เดือน	SP หัวใจ
อัตราการตาย NSTEMI	มีแนวทางการเพิ่มอัตราการเปิดหลอดเลือดในผู้ป่วย High risk กลุ่ม NSTEMI	6 เดือน	SP หัวใจ

ผลการดำเนินงาน สาขาหลอดเลือดหัวใจ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้อมูลจาก Thai ACS Registry Data Base

ตัวชี้วัด	เกณฑ์	2564	2565 (ตค.-ธค.2564)
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	< ร้อยละ 8	9.59	0
ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	> 60 %	46.15	37.50
ร้อยละของการให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	> 60 %	28.57	40.00
ร้อยละของการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล	> 60 %	50.00	37.14

วิเคราะห์การดำเนินงาน สาขาหลอดเลือดหัวใจ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จำนวนผู้ป่วย	จำนวน SK	ร้อยละ SK	จำนวน PCI	ร้อยละ PCI	SK+PCI	ร้อยละ Reperfusion	จำนวน Reperfusion ตามมาตรฐาน	ร้อยละ Reperfusion ตามมาตรฐาน	จำนวน เสียชีวิต	ร้อยละ เสียชีวิต
40	5	12.5	35	87.5	40	100	15/40	37.5	0	0

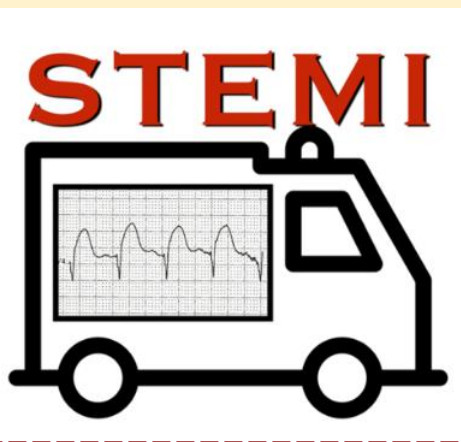
Ayutthaya Strategy : Primary PCI > SK

Node รพ.พระนครศรีอยุธยา	Node รพ.เสนา	Node รพ.บางปะอิน	Node* 66 รพ.วังน้อย
Cardio 2(+1) Cardio Nurse 8	Med 6(+1)	Med 3	Med จบ 65=1 66=1
Mobile Echo 1 EST 2 Holter 1	ไม่มี OPD รพ.เอกชน ไม่มี Echo	OPD รพ.เอกชน เดือนละ 1 ครั้ง (อังคารที่2)	OPD รพ.เอกชน เดือนละ 2 ครั้ง (ศุกร์ที่1,3)
ไม่มี CCU RCU 20 bed	ICU 12 bed	ICU 4 bed	เตรียม ICU 4 bed (65-66)

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (STEMI) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ปรับ 16 มิถุนายน 2563) เริ่มใช้ 1 กรกฎาคม 2563

ผู้ป่วยมีความสงสัยหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
เจ็บเค้นอกสงสัยเกิดจากโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- เจ็บเค้นอกรุนแรงติดต่อกันมากกว่า 20 นาที
- เจ็บเค้นอกรุนแรงขึ้นกว่าที่เคยเป็นมาก่อน
Onset chest pain \leq 12 hours

ประเมินเร่งด่วนโดยแพทย์ที่ห้องฉุกเฉิน (<10 min)
- ตรวจติดตามสัญญาณชีพ
- ประเมิน ECG 12 lead และ ตรวจซ้ำ
- ชักประวัติและตรวจร่างกายที่สำคัญ
- ส่งเลือดตรวจ TnT, CBC, Cr, Electrolyte, PT, PTT, INR



(1) ติดต่อ PCI Center (\leq 30 นาที)
- สถาบันโรคทรวงอก
- ศูนย์การแพทย์ มศว.
- รพ.ราชธานี (ยกเว้นสิทธิข้าราชการ)
- *รพศ.สระบุรี (เฉพาะ รพช.ท่าเรือ / รพช.ภาชี)
(2) ติดต่อ แพทย์ ICU รพศ.อยุธยา

ติดต่อแพทย์ ICU รพศ.อยุธยา เพื่อพิจารณาให้ SK

Refer PCI center ที่ตอบรับ ติดต่อยกเลิก PCI center อื่นๆ ที่ติดต่อคู่ขนานไว้

Monitor ผ่าน ระบบ Telemedicine

ให้ SK, TNK
1) Drip SK ที่ รพช./ER
2) Refer ICU รพ.อยุธยา

ไม่ให้ SK (มีข้อห้าม)
1) Refer / Admit ICU รพ.อยุธยา
2) ติดต่อ Refer PCI center (รพ.ธรรมศาสตร์ / รพ.แพทย์รังสิต / รพ.มงกุฎวัฒนะ / รพ.ยันฮี)

นำยา TNK มาให้แทนยา SK ในผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีข้อบ่งชี้และความจำเป็น

การพัฒนาศักยภาพภาพ รพ.แม่ข่าย **STEMI**

Zoning ภายในจังหวัด

แม่ข่ายเดิม 2 แห่ง

แม่ข่าย : **รพ.พระนครศรีอยุธยา**

Node : บางบาล อุทัย

บางปะอิน วังน้อย

สมเด็จพระสังฆราช

บางปะหัน มหาสารคาม

บ้านแพรก ท่าเรือ ภาษี

แม่ข่าย : **รพ.เสนา**

Node : ผักไห้ บางไทร

ลาดบัวหลวง บางซ้าย

F3 : พัฒนาศักยภาพในการให้SK

เพิ่มแม่ข่าย

รพ.บางปะอิน M2 ปี65

รพ.วังน้อย F1 ปี 66



Zoning ภายในเขตสุขภาพ

เครือข่าย : **สถาบันโรคทรวงอก**



เวลาเตรียมการไม่เกิน 30 นาที
เวลาเดินทางไม่เกิน 60 นาที

เงื่อนไข

ถ้าติดต่อreferไม่ได้ภายใน **20 นาที**
พิจารณา SK

เครือข่าย : **รพ.พระนั่งเกล้า**

**ศูนย์การแพทย์มศว.
ศูนย์การแพทย์ปัญญาฯ**

**ศูนย์ CathLab เอกชนภายในจังหวัดพิจารณาตามความเหมาะสม

สาขาหลอดเลือดหัวใจ

ประเด็น	ปัญหา	ข้อเสนอแนะ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
การรักษาตามมาตรฐาน	<ul style="list-style-type: none"> ไม่ทันเวลา หลายขั้นตอน 	<ul style="list-style-type: none"> ปรับ Guideline STEMI การลดระยะเวลา ลดขั้นตอน ปรับ Strategy Zoning : Zone SK / Zone PPCI (สรอ./รพ.เอกชน) เพิ่ม Node การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ (รพ.บางปะอิน) พัฒนาระบบ Consult : ลดขั้นตอน และมีผู้รับผิดชอบในการ Consult / Confirm Dx 	ไตรมาส 2	SP หัวใจ
Fibrinolytic Agent		<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาการให้ SK ในรพช.ทุกระดับ (มีรพ.อยุธยา เป็นพี่เลี้ยง) ติดตามระบบการบริหารยา TNK 	ไตรมาส 3	เภสัชกรรม สสจ./รพศ./รพท/รพช
Refer	CathLab เต็ม	<ul style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบการรับส่งต่อ ไปที่รพ. Node Post PCI Stable 	ไตรมาส 3	SP หัวใจ
ผู้ป่วย	ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง / NCD ยังไม่ตระหนัก	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามผู้ป่วย NCD และจัดการตามระดับความเสี่ยงให้ครอบคลุม 	ไตรมาส 3-4	SP NCD SP ปฐมภูมิ



สาขาทารกแรกเกิด

ข้อสั่งการ 2564 สาขาทารกแรกเกิด

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



ปัญหา	แผนการดำเนินงาน (Action Plan)		
	การดำเนินงาน	ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
การบริหารจัดการเตียงทารกแรกเกิดในสถานการณ COVID-19	มีการแยก ward COVID-19 จำนวน 6 เตียง PUI จำนวน 4 เตียง	1 ปี	ผู้บริหาร รพ.
อัตราการเสียชีวิตสูง เช่น Preterm Congenital Anomaly	ANC คุณภาพมากกว่า 75% (65.2%)	1 ปี	MCH Board

ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ไม่เกิน 3.6 / 1000 ทารกเกิดมีชีวิต	4.31 รพศ 4.85	5.08 รพศ 5.47	9.92 รพศ 8.60	6.59 รพศ 8.90

น้ำหนัก	จำนวนการเสียชีวิต	
	รพศ.	จังหวัด
≤ 1,000	1(50)	1(50)
1000-1499	1(11.11)	1(9.09)
1500-2499	1(1.19)	1(0.72)
≥ 2,500	4(0.57)	5(0.42)

วิเคราะห์ Dead 8 ราย

Preterm 2 ราย : Outborn ELBW – Early Onset Sepsis, Pneumonia
Inborn VLBW - Pulmonary He.

Term 6 ราย : Inborn - Congenital Diaphragmatic
- Microcephaly with Moderate BA
- Birth Asphyxia with Pul.Hemorrhage DIC
- Fetal Distress with Thick Meconium (รพท.)
Outborn – Sepsis PPHN DIC R/O Noonan Syn.
- Pul.Hypertension with Down Syndrome พบ
Pneumothorax เมื่อรับRefer

อนามัยมารดา - ANC ในคลินิกเอกชน 57.5% รพ.เอกชน 28.6% รพ.รัฐ 14.3%
ANC 9 ครั้ง 1 ราย ANC ไม่ครบ 4 ครั้ง จำนวน 5 ราย
มารดา อายุเฉลี่ย 22-34 ปี อาชีพรับจ้างและค้าขาย



ประเด็น	ปัญหาอุปสรรค	ประเด็นติดตาม	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
อัตราตาย	อัตราตายสูงทั้ง Term และ Preterm	<ul style="list-style-type: none"> การพัฒนาเครือข่ายการดูแลทารกแรกเกิดในจังหวัด 	ไตรมาส 3-4	SP ทารกแรกเกิด MCH Board SP สูติกรรม
ANC คุณภาพ	ANC ในคลินิกเอกชนและคลอดที่เอกชนเสียชีวิต ANC ไม่ครบตามเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> ระบบการเชื่อมโยงข้อมูล ANC ระหว่างสถานบริการ ความร่วมมือของรัฐและเอกชนในการนำ BR Preterm สู่การปฏิบัติ (การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงที่มีความเสี่ยง) เร่งรัดการดำเนินการ ANC ให้ครอบคลุม 		MCH Board SP สูติกรรม
ระบบส่งต่อ	การส่งต่อจากรพ. เครือข่าย	<ul style="list-style-type: none"> ผลลัพธ์ระบบการส่งต่อทารก 	ไตรมาส 3	SP ทารกแรกเกิด MCH Board

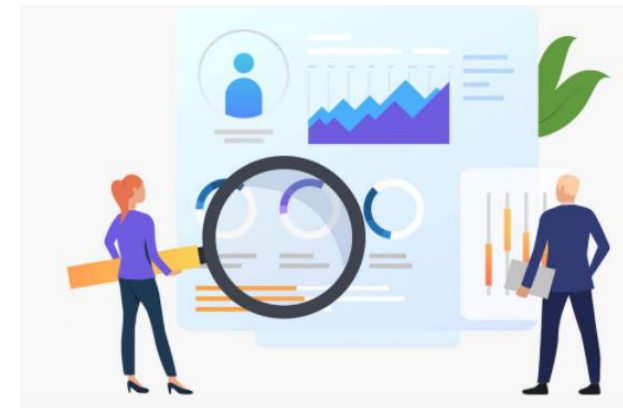
ข้อชี้แนะ :

- การคัดกรองโรคหัวใจ : พยาบาล NICU สามารถทำ Echo เพื่อประเมินความผิดปกติของโรคเบื้องต้น และมีช่องทาง Consult Cardio ในเขต/ในรพ.แพทย์
- ทีม NRT และระบบการดูแลทารกที่คลอดจากมารดา Covid-19/PUI ไม่พบทารกเสียชีวิต



การดำเนินงาน Big Rock ประเด็น Intermediate Care

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา





การขับเคลื่อนงาน Service Plan IMC ในระดับจังหวัด

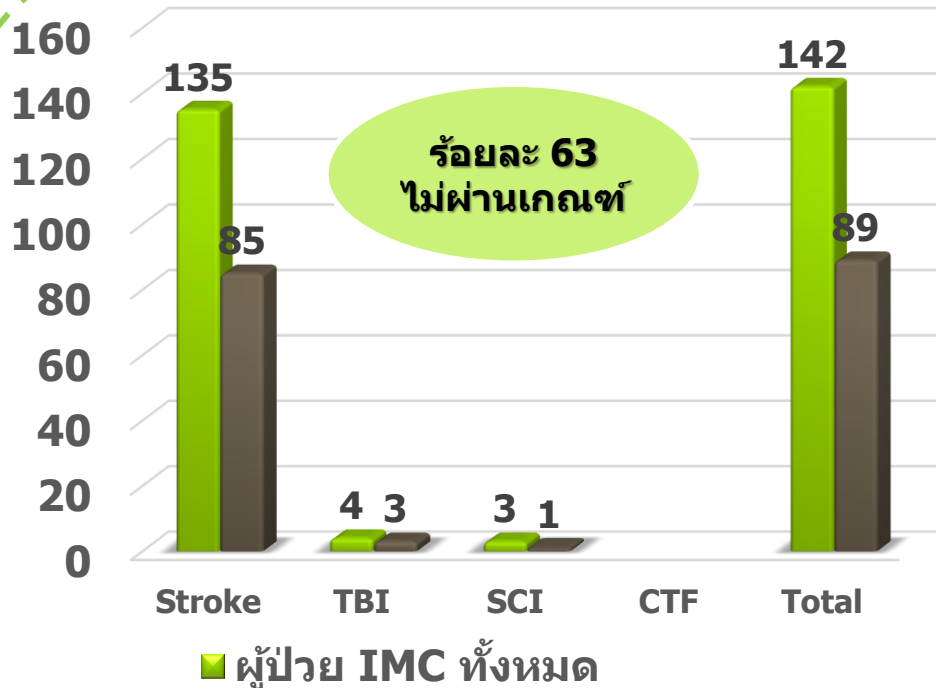
- **โครงสร้างคณะกรรมการ Service Plan สาขา Intermediate care**
คณะอำนวยการ
 1. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา (ประธาน)
 2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา (รองประธาน)
 3. หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (กรรมการและเลขานุการ)
- **โครงสร้างคณะกรรมการ Service Plan สาขา Intermediate care**
คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Intermediate care
 1. นักรักษาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) (ที่ปรึกษา)
 2. แพทย์หญิงเนาวรัตน์ ลีโทขวลิต (ประธาน)
 3. แพทย์หญิงสุดใจ บุญยกิจไธภัย (รองประธาน)
 4. แพทย์หญิงลลิตารัตน์ รักษาวิทย์ (กรรมการและเลขานุการ)
 5. โรงพยาบาล และนักกายภาพ (กรรมการ)
- ผู้รับผิดชอบงาน IMC ของ สสจ.
 1. นางสาวปณชชา คุดชนม์
 2. นางสาววันทนีย์ สุขทรัพย์ศรี



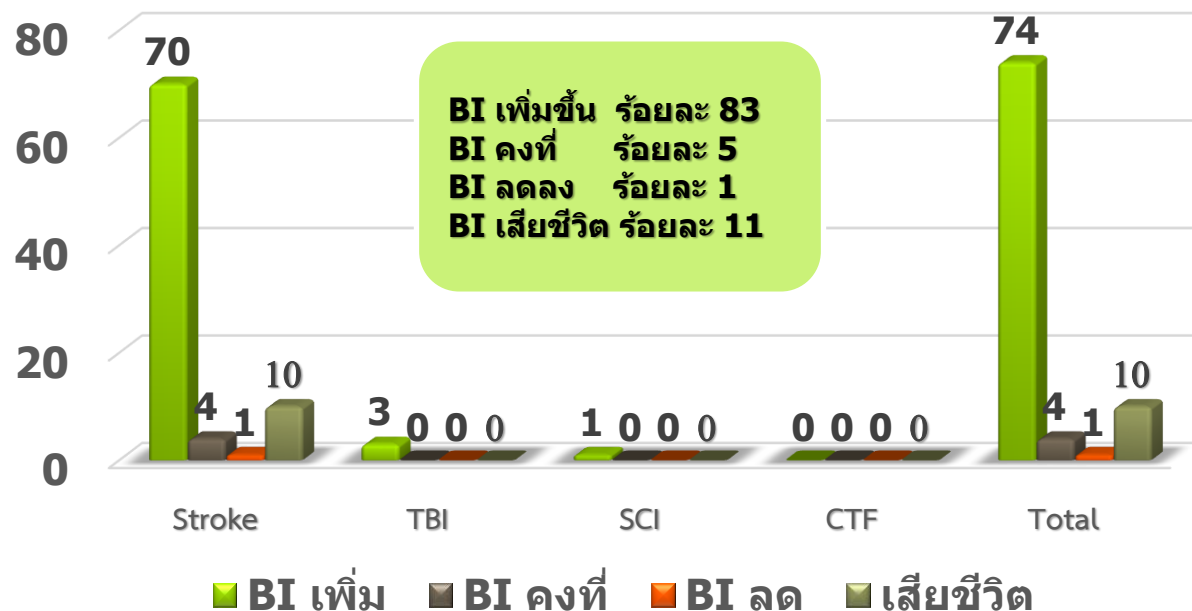


ตัวชี้วัด

ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการปรับสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index =20 ก่อนครบ 6 เดือน ร้อยละ 70



คะแนน Bathel Index (ไตรมาส 1/2565)





แผนการดำเนินการ Big Rock IMC

กิจกรรม	แผน/กิจกรรมการดำเนินงาน	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
1. ประชุมชี้แจงแนวทาง	จัดประชุม 22 กุมภาพันธ์ 2565	-รพ.และสสอ. เริ่มดำเนินการ
2. จัดตั้งศูนย์บริการ IMC ประจำ รพศ. รพท.	รพ.พระนครศรีอยุธยา รพ.เสนา	กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการ
3. อบรมเฉพาะทางสำหรับนักกายภาพบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วย IMC	ส่งนักกายภาพอบรม เดือน กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม	รพ. บางชัย
4. ปรับปรุงห้องน้ำคนพิการ	รพ.ภาษี ได้รับการจัดสรรงบประมาณ	กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการ
5. จัดตั้งฟื้นฟูผู้ป่วย IMC ในชุมชน	คัดเลือก รพ.สต และส่งรายชื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2565	กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการจัดตั้ง ทั้ง 16 อำเภอ
6. เยี่ยมเสริมพลังจากเขตสุขภาพที่ 4	วันที่ 28 มิถุนายน 2565	รพ.และสสอ. รับทราบแผนการดำเนินงาน
7. สรุปผลการดำเนินงาน	เดือนสิงหาคม 2565	-



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา



ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 16 อำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ชื่อรพ.สต.
1	พระนครศรีอยุธยา	รพ.สต.บ้านใหม่
2	เสนา	รพ.สต.ดอนทอง
3	บางปะอิน	รพ.สต.ตลาดเกรียบ
4	วังน้อย	รพ.สต.ลำตาเสา
5	นครหลวง	รพ.สต.บ้านซุง
6	บางปะหัน	รพ.สต.ตานิม
7	บางบาล	รพ.สต.บ้านกุ่ม
8	ลาดบัวหลวง	รพ.สต.หลักชัย
9	ผักไห่	รพ.สต.หนองน้ำใหญ่
10	ท่าเรือ	รพ.สต.วังแดง
11	บางซ้าย	รพ.สต.เต่าเล่า
12	อุทัย	รพ.สต.สามบัณฑิต
13	ภาชี	รพ.สต.พระแก้ว
14	มหาราช	รพ.สต.บ้านนา
15	บ้านแพรก	รพ.สต.สำพะเนียง
16	บางไทร	รพ.สต.ราชคราม



สิ่งที่น่าชื่นชม

- ❖ การขับเคลื่อน **BR IMC** มีสสจ.เป็นผู้ประสานงานหลักและเป็น **Data Center**
- ❖ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เป็นผู้สนับสนุนด้านการรักษา การดูแลฟื้นฟูต่อเนื่อง รวมถึงการส่งต่อ
- ❖ มีศูนย์แพทย์ชุมชนที่ให้การรักษาระบบวงจรเพื่อลดความแออัด โดยในการจัดบริการรักษามีการฟื้นฟูผู้ป่วย **IMC** รวมอยู่ด้วยในผู้ป่วย **Clinical** ต่างๆ โดยนักกายภาพบำบัด
- ❖ มีการขับเคลื่อน **BR IMC** ไปแล้วในหลายประเด็น
- ❖ มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด อยู่แล้วเป็นทุนเดิม

บทบาทศูนย์บริการ IMC รพศ. รพท. (Job Description)

- ประสานส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย IMC
- ดำเนินงาน **service plan** และ **BR IMC**
- โทรติดตามการเข้าถึงบริการ **IMC** ของผู้ป่วย หลังจำหน่ายกลับบ้าน 2 สัปดาห์
- ประสานการดำเนินงาน **IMC** ร่วมกับกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัด
- พัฒนาต่อยอดไปสู่การเบิกจ่ายอุปกรณ์มูลค่าสูงเช่น รถเข็นไฟฟ้า/ **sport wheelchair/** รถเข็นเด็ก **Cerebral Palsy** เป็นต้น

(BR IMC เขตวางแผนจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตาม **Job Description**)

บทบาทศูนย์ฟื้นฟูฯ ชุมชน

- จัดตั้งเป็นต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง ส่วนมากที่ รพ.สต.
- จัดสรรนักกายภาพบำบัดในแต่ละอำเภอ ร่วมให้บริการเต็มวัน **1** ครั้งต่อสัปดาห์ (เข้าบริการที่ศูนย์ บ่าย เยี่ยมบ้าน) เบิกค่าบริการได้ครั้งละ **450** บาท รวม **20** ครั้งต่อผู้ป่วย **IMC 1** ราย
- ร่วมให้บริการโดยอาสาสมัครฟื้นฟูฯชุมชน แห่งละ **5** คน (หมุนเวียนมาช่วยให้บริการ)
- คลังอุปกรณ์ชุมชน
- ประสานการปรับสภาพบ้าน ในรายชื่อจำเป็น



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ศูนย์ร่วมสุข (ศูนย์ฟื้นฟูฯชุมชน)



กองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด

 Big Rock IMC

ศูนย์ร่วมสุข

- ดูแลด้านการแพทย์
- ดูแลด้านสังคม

บริการฟื้นฟูฯ



เยี่ยมบ้าน



จัดอบรม



อาสาสมัคร
ฟื้นฟูฯ ชุมชน



เริ่มเปิดให้บริการ
1 แห่งต่ออำเภอ

ปรับสภาพบ้าน



ประสานซ่อม
อุปกรณ์



คลังอุปกรณ์



พชอ.



การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

โรงพยาบาล



ประสานซ่อม
อุปกรณ์



คลังอุปกรณ์



ประเด็นปัญหา	แนวทางการแก้ไข
<p>การสื่อสารถ่ายทอดนโยบายระบบบริการ IMC รวมถึงการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC ทั้งในและนอกพื้นที่เขตเทศบาลของอำเภอเมือง และในทุกอำเภอ ยังมีประเด็นที่ต้องทบทวนเพื่อพัฒนา</p>	<ul style="list-style-type: none"> • คณะทำงาน BR IMC ระดับจังหวัด จัดประชุมทบทวนแนวทางการส่งต่อข้อมูล IMC (IMC Program) ในพื้นที่ อ.เมือง และระดับจังหวัด • มีระบบประสานงานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย IMC โดยศูนย์บริการ IMC รพศ./ รพท. • ดึงทีม Fam med เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ
<p>รพ.สต.บ้านใหม่ ที่จัดตั้งศูนย์ร่วมสุข สามารถจ้างนักกายภาพบำบัดได้เอง โดยใช้งบ สปสช. จากอบต. (นักกายภาพบำบัดให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วย IMC และ LTC ในชุมชน) อาจมีปัญหาด้านความยั่งยืน</p>	<p>เสนอให้สาธารณสุขอำเภอ/ ผอ.รพ.สต.บ้านใหม่ นำเสนอกิจกรรมการจัดตั้งศูนย์ร่วมสุขในชุมชนเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของ Big Rock IMC กับ อบต. และเน้นการ key เบิกค่าบริการครั้งละ 450 บาท X 20 ครั้งต่อราย</p>

ประเด็นปัญหา	แนวทางการแก้ไข
<p>ระบบบริการ IMC ใน Fragility Fracture Hips ยังไม่ชัดเจน</p>	<p>ประสาน PCT Ortho ดำเนินงานสร้างแนวทางในการคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามผู้ป่วยในระดับจังหวัด</p>
<p>ยังไม่มีข้อกำหนดชื่อนักกายภาพบำบัดและอาสาสมัครฟื้นฟูชุมชน เพื่อให้บริการผู้ป่วย IMC ในศูนย์ฟื้นฟูชุมชน อำเภอละ 1 แห่ง</p>	<ul style="list-style-type: none"> • จัดหา/จัดสรร นักกายภาพบำบัดเพื่อให้บริการผู้ป่วย IMC และอื่นๆ ในศูนย์ร่วมสุขทุกอำเภอ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ • คัดเลือกคนในชุมชน (อสม., นักบริบาล, จิตอาสา) และจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสภาพเบื้องต้นสำหรับผู้ป่วย IMC และอื่นๆ อย่างน้อยศูนย์ละ 5 คน

ประเด็นปัญหา	แนวทางการแก้ไข
การจัดตั้งศูนย์บริการ IMC รพศ./รพท. ยังไม่เสร็จสมบูรณ์	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งรายชื่อพนักงานภาพบำบัดประจำศูนย์ฯ แห่งละ 1 ท่าน - ประสานทีม BR IMC เขต เรื่องการโอนเงินและจัดซื้อครุภัณฑ์
การขับเคลื่อนกิจกรรม BR IMC ยังไม่ครอบคลุมทุกอำเภอ	จัดประชุมชี้แจงแนวทางการขับเคลื่อน BR IMC ในระดับจังหวัดให้กับกลุ่มเป้าหมายทุกกิจกรรมอย่างครบถ้วน / จัดทีมไปศึกษาดูงาน ที่ จ.สระบุรี ในช่วงเดือน เมษายน – พฤษภาคม 2565
มีการจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัดแล้ว ในปีนี้มีการจัดประชุมคณะกรรมการแล้ว และมีการดำเนินโครงการไปแล้วบางส่วน	พัฒนาการดำเนินงานกองทุนฯให้ครอบคลุม เช่น คลังอุปกรณ์ ชุมชน ระบบปรับสภาพบ้าน การจัดอบรมอาสาสมัครฟื้นฟูชุมชน

สรุปประเด็นพัฒนาร่วมกัน



- การจัดตั้งศูนย์บริการ **IMC** รพศ./รพท. สถานที่ ครูภัณฑ์ นักกายภาพบำบัด
- พัฒนาระบบการส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย **IMC**
- แนวทาง **IMC** ใน **Fragility Fracture Hips** การคัดกรอง **refer back** และการติดตาม ให้บริการครบ **6** เดือน
- การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูชุมชน ตั้งคณะกรรมการ รายชื่อนักกายภาพบำบัดและอาสาสมัครฟื้นฟูชุมชน/ นำ ทีมดูงาน อบจ.สระบุรี
- การขับเคลื่อนกองทุนฟื้นฟูฯจังหวัดร่วมกับ อบจ.พระนครศรีอยุธยา



สาขา Trauma & RTI

ประเด็น : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

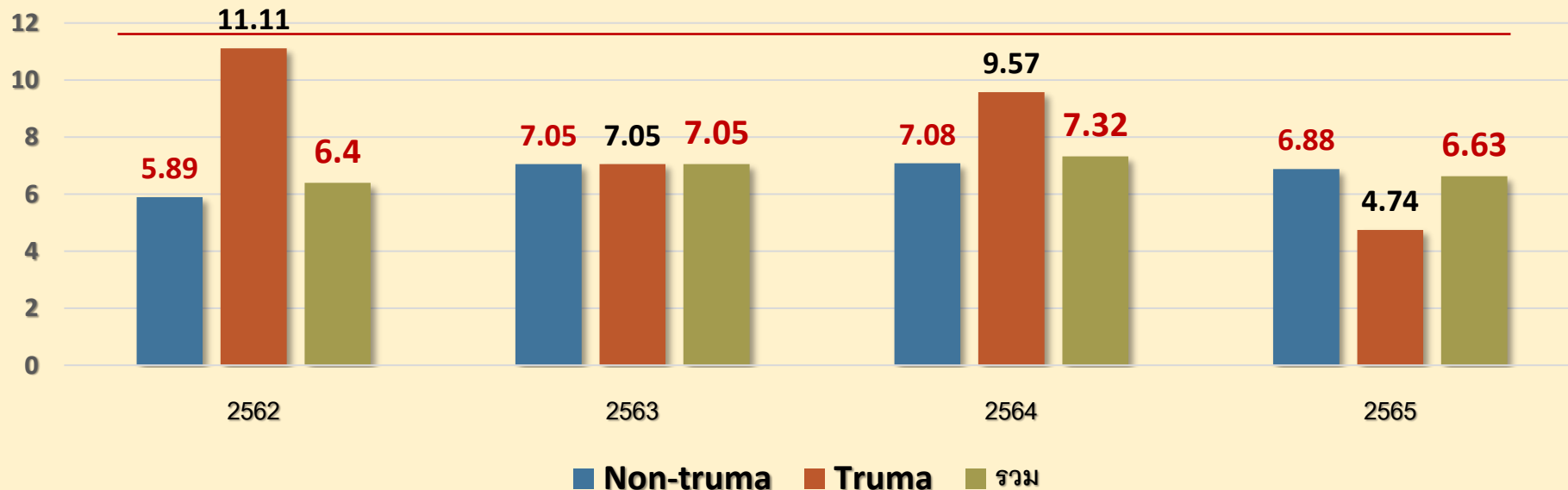
หัวใจ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ครบวงจร

สถานการณ์ : ๑) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในระดับ A, S, M1

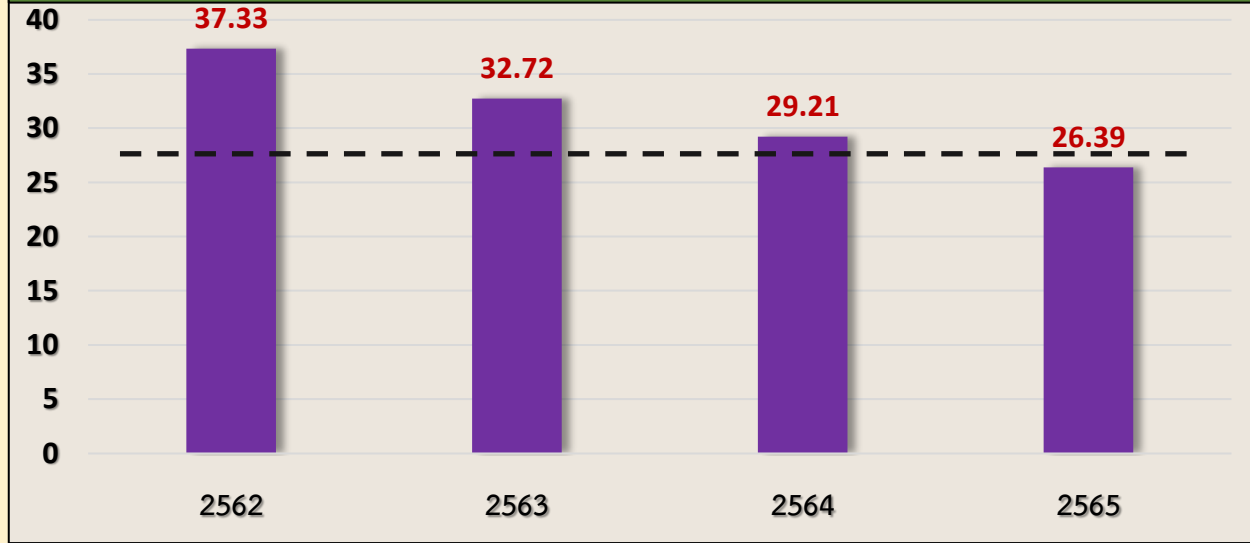
ปี ๒๕๖๔ = ๗.๓๒ ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑ = ๘

๒) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ ปี ๒๕๖๔ = ๙.๕ และ ปี ๒๕๖๕ = ๘.๒

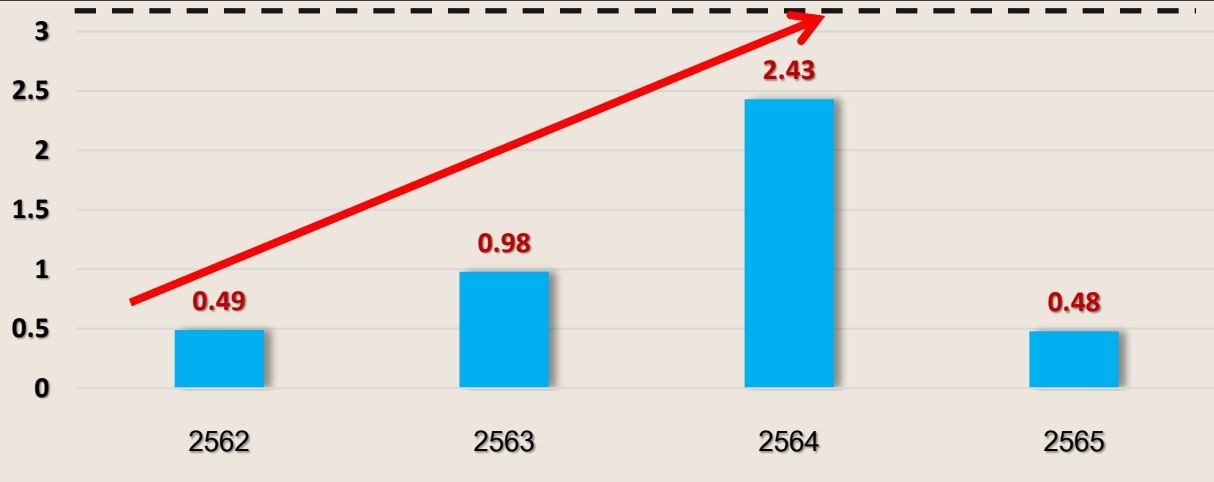
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง
ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย < ร้อยละ 12)
(Trauma < 12%, Non-trauma < 12%) ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



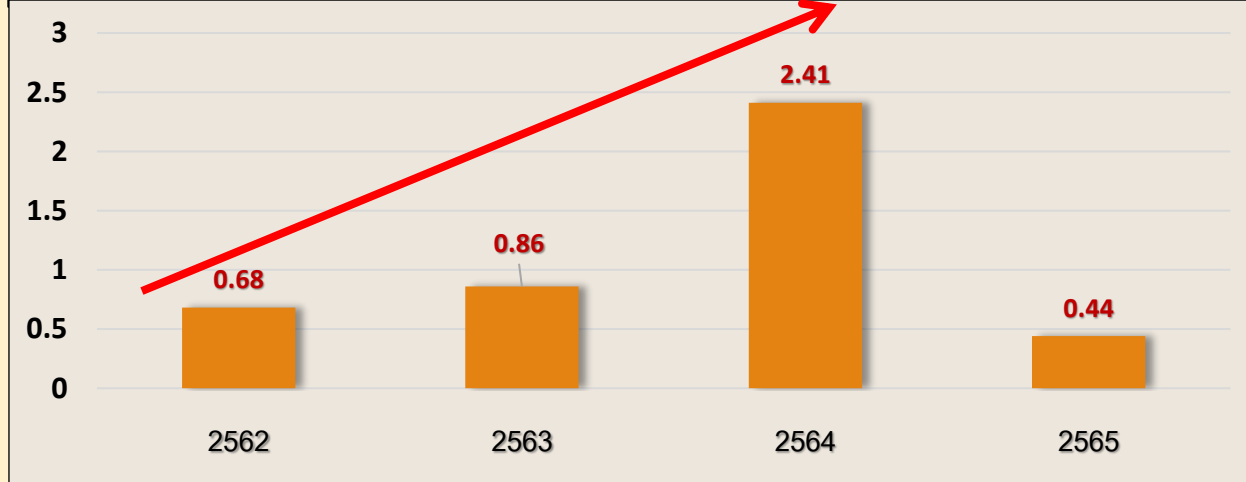
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury)(GCS ≤ 8)ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 30)
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



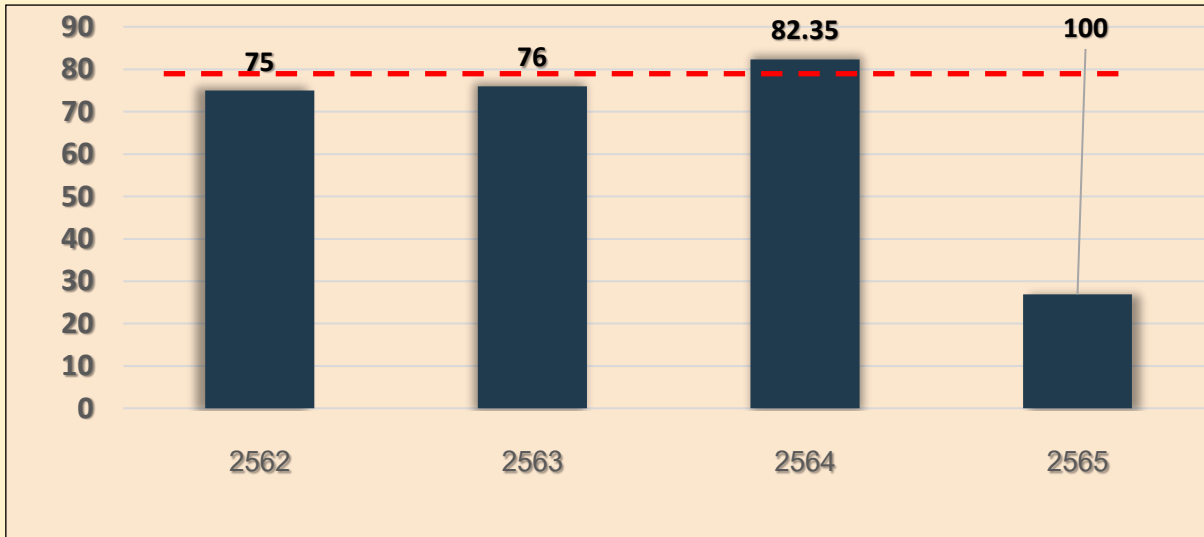
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ใน โรงพยาบาลระดับ A,S,M1 (เป้าหมาย < ร้อยละ 4) ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



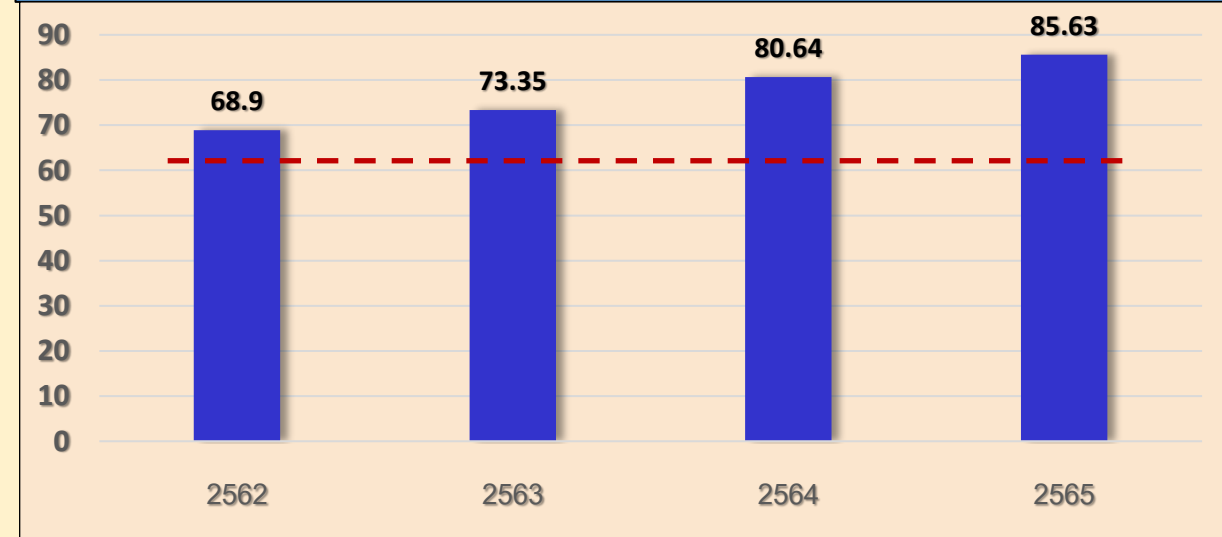
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บจรรยาจรที่มีค่า PS มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A,S,M1



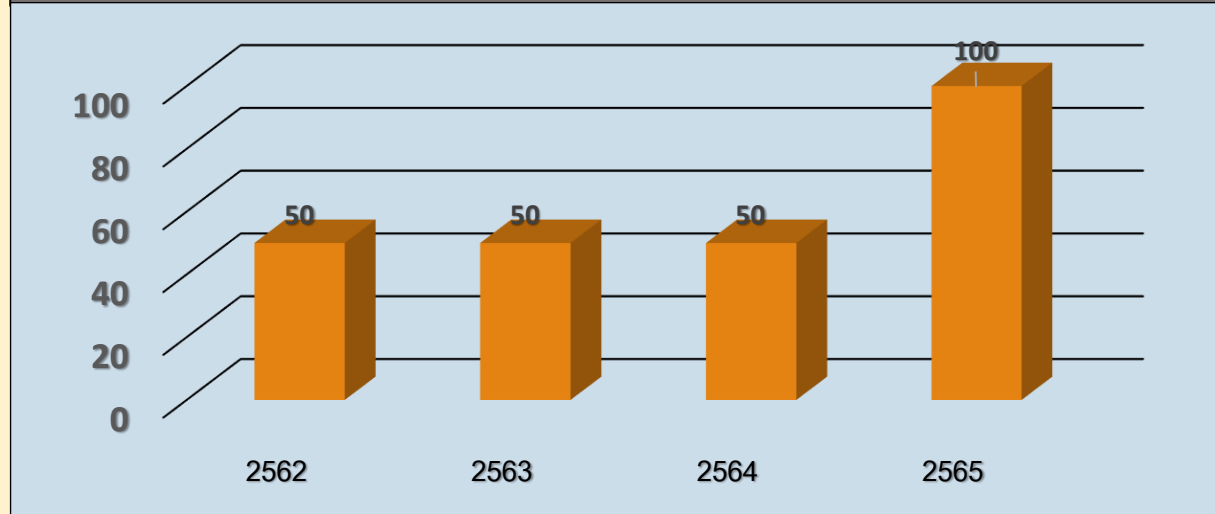
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัด ได้ภายใน 60 นาที มากกว่าร้อยละ 80 ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



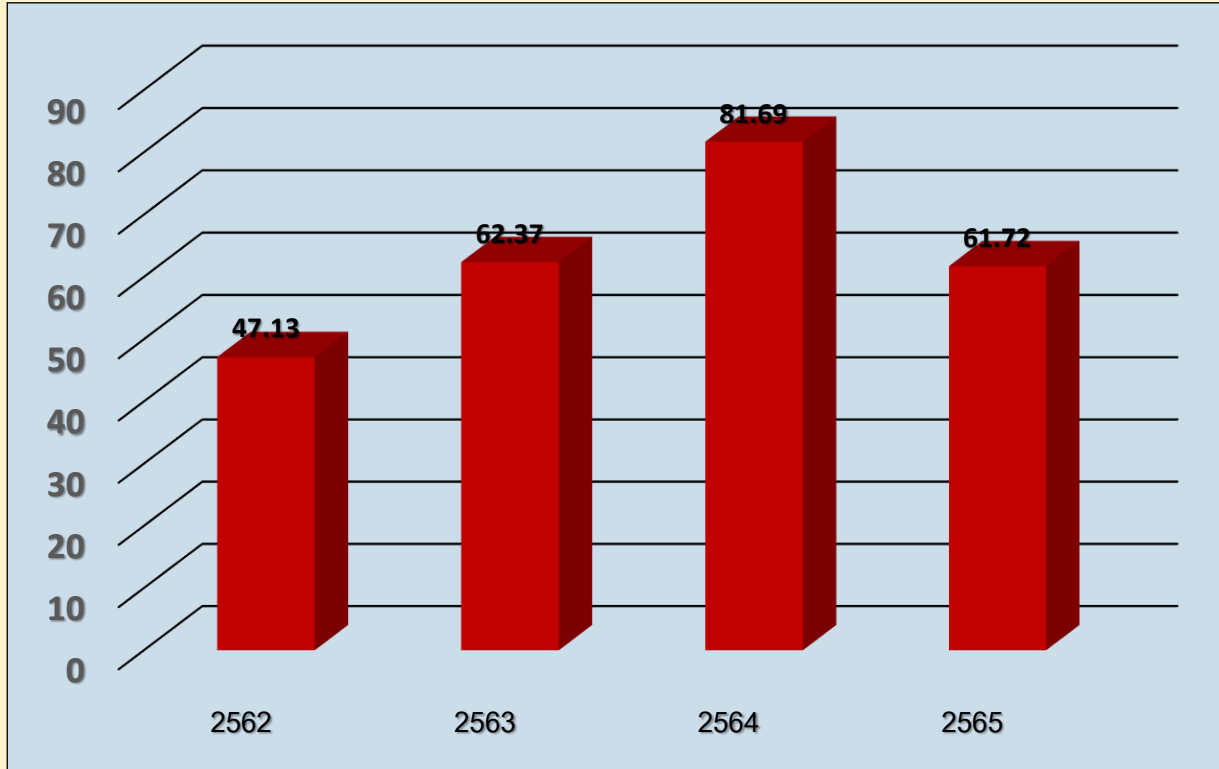
ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน level 1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2 ชั่วโมงในโรงพยาบาล ระดับ A S M1 > 60% ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



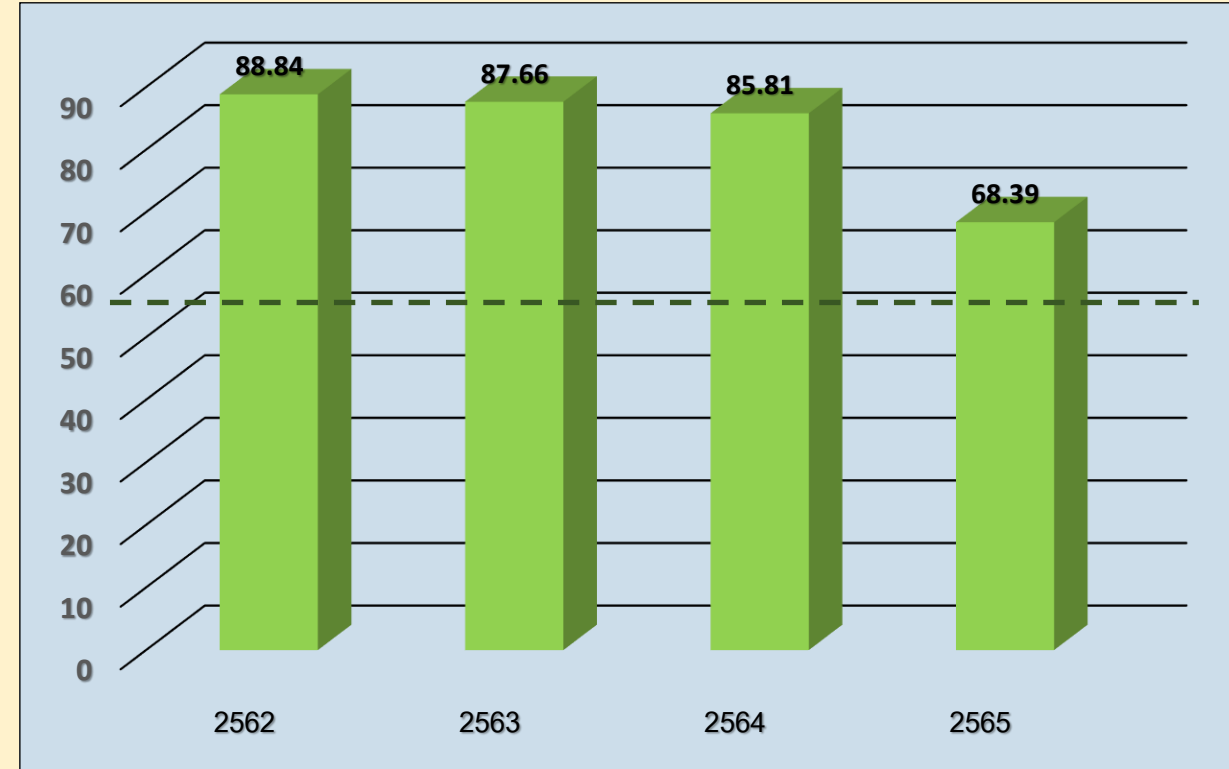
อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (> 25คะแนน) (เป้าหมาย ร้อยละ 100)



ร้อยละผู้ป่วยกลุ่ม Fast track (STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma)
ได้รับการรักษาทันเวลาที่กำหนด ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง
มากกว่าร้อยละ 60 ผลงานย้อนหลัง 3 ปี



ชุดปฏิบัติการฉุกเฉินแต่ละหน่วยงานที่ให้บริการในพื้นที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา



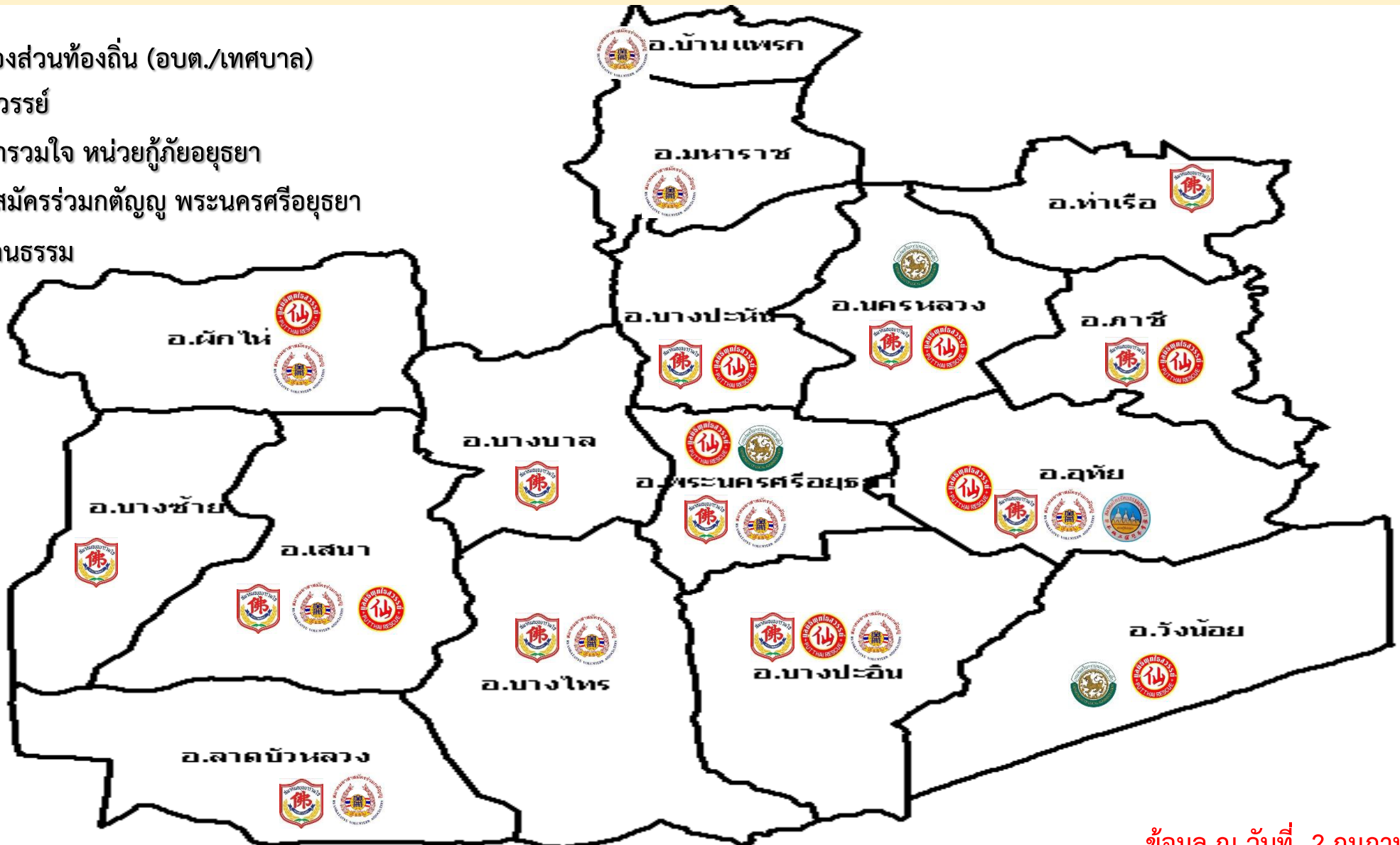
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล)

มูลนิธิพุทไธสวรรย์

สมาคมอยุธยาธรรมใจ หน่วยกู้ภัยอยุธยา

สมาคมอาสาสมัครร่วมกตัญญู พระนครศรีอยุธยา

สมาคมไตรรัตนธรรม



จำนวนผู้ปฏิบัติ (EMT/EMR) /ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน (BLS/FR) :
เฉพาะสังกัดอบต./ทม./สมาคม/มูลนิธิ ข้อมูล ณ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565

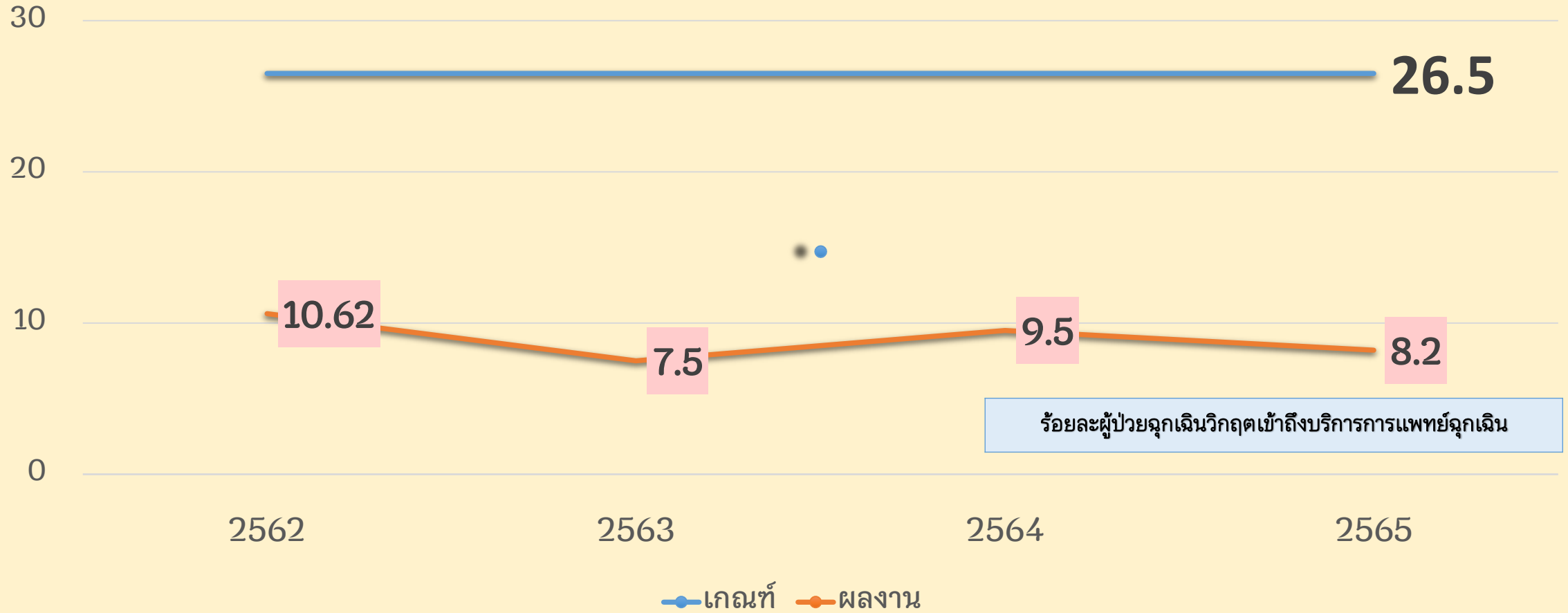
หน่วยปฏิบัติการ	จำนวน (คน)	จำนวน (ชุด)	ให้บริการในพื้นที่อำเภอ
สมาคมอุรุษารวมใจ หน่วยกู้ภัย อุรุษยา	144	46	อุรุษยา,บางปะหัน,บางปะอิน,บางไทร,ภาชี,อุทัย, เสนา,ลาดบัวหลวง,ท่าเรือ,นครหลวง,บางซ้าย
มูลนิธิพุทไธสวรรย์	187	60	วังน้อย,อุทัย,บางปะอิน,ภาชี,ผักไห่,อุรุษยา,นคร หลวง,บางปะหัน,เสนา
สมาคมอาสาสมัครร่วมกตัญญู	103	30	บางไทร,บางปะอิน,บ้านแพรก,มหาราช,ลาดบัวหลวง อุทัย,เสนา,อุรุษยา,ผักไห่
สมาคมไตรรัตนธรรม	7	2	อุทัย
อบต.เกาะเรียน	12	1	พระนครศรีอยุธยา
อบต.พยอม	20	1	วังน้อย
อบต.ลำไทร	13	1	วังน้อย
ทม.ลำตาเสา	7	1	วังน้อย
อบต.แม่ลา	9	1	นครหลวง
รวม	494	143	

****เพิ่มเติม ปี 64** อบต.สามเรือน : ขอขึ้นหน่วยปฏิบัติการใหม่ อยู่ระหว่างดำเนินการอบรมเจ้าหน้าที่ (ฝึกประสบการณ์ในโรงพยาบาล)



ร้อยละของประชากรเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

เกณฑ์ตัวชี้วัด มากกว่าร้อยละ 26.5



ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (แดง) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉิน อย่างทัน่วงที (Response Time)

	2564	2565
ผู้ป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุที่ได้รับ ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่าง ทัน่วงที ภายใน 8 นาที	15.95%	10.59%
ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่ได้รับ ปฏิบัติการฉุกเฉินอย่าง ทัน่วงที ภายใน 8 นาที	70.59%	71.82%

	2565
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่มาโดยระบบ EMS	11.51
ร้อยละผู้ป่วย STEMI fast tract ที่มาโดยระบบ EMS	17.05
ร้อยละผู้ป่วย NSTEMI ที่มาโดยระบบ EMS	14.71

ประเด็น : ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย

หัวใจ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบส่งต่อ ครบวงจร

สถานการณ์ : ๑) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในระดับ A, S, M1

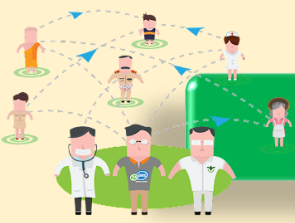
ปี ๒๕๖๔ = ๗.๓๒ ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑ = ๘

๒) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ ปี ๒๕๖๔ = ๙.๕ และ ปี ๒๕๖๕ = ๘.๒

การจัดการบริการ	ER/EMS/ECS คุณภาพ	การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล	การพัฒนาบุคลากร	ระบบข้อมูล	การป้องกัน
แผนปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> - อบรมและประเมิน TEMSA - รพ.ทุกแห่งประเมินตนเอง ECS คุณภาพ - รพศ./รพท. ประเมิน ER คุณภาพ - สสจ.ประเมิน EMS คุณภาพ รพ. ทุกแห่ง - ทีมประเมินคุณภาพออกตรวจเยี่ยม 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.ทุกแห่งจัดทำกรจัดการสาธารณสุขแผน ประครอง /แผนอพยพผู้ป่วย และซ้อมแผน 	<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนการฝึกอบรมหลักสูตร ENP/EMT/EMR และ TEA (Unit) - เพิ่มชุดปฏิบัติการระดับ ALS และ BLS 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.ทุกแห่ง อบรม IS - TEA unit มีการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อการพัฒนา ร่วมกับเครือข่ายปีละ 2 ครั้ง 	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนา AOC - การสอบสวน - ชี้เป้าจุดเสี่ยง
ระดับความสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.ทุกแห่งมีแผนและพัฒนาคุณภาพงาน - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในรพ.ระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.ทุกแห่งมีการซ้อมแผน - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในรพ.ระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 15% - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในรพ.ระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน ๒๔ ชม. ในรพ.ระดับ A, S, M1 ไม่เกินร้อยละ 12 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนจุดเสี่ยงนี้ได้รับการแก้ไข - อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงร้อยละ 5



ประเด็น : Big Rock RTI การบาดเจ็บจากจราจรทางถนน

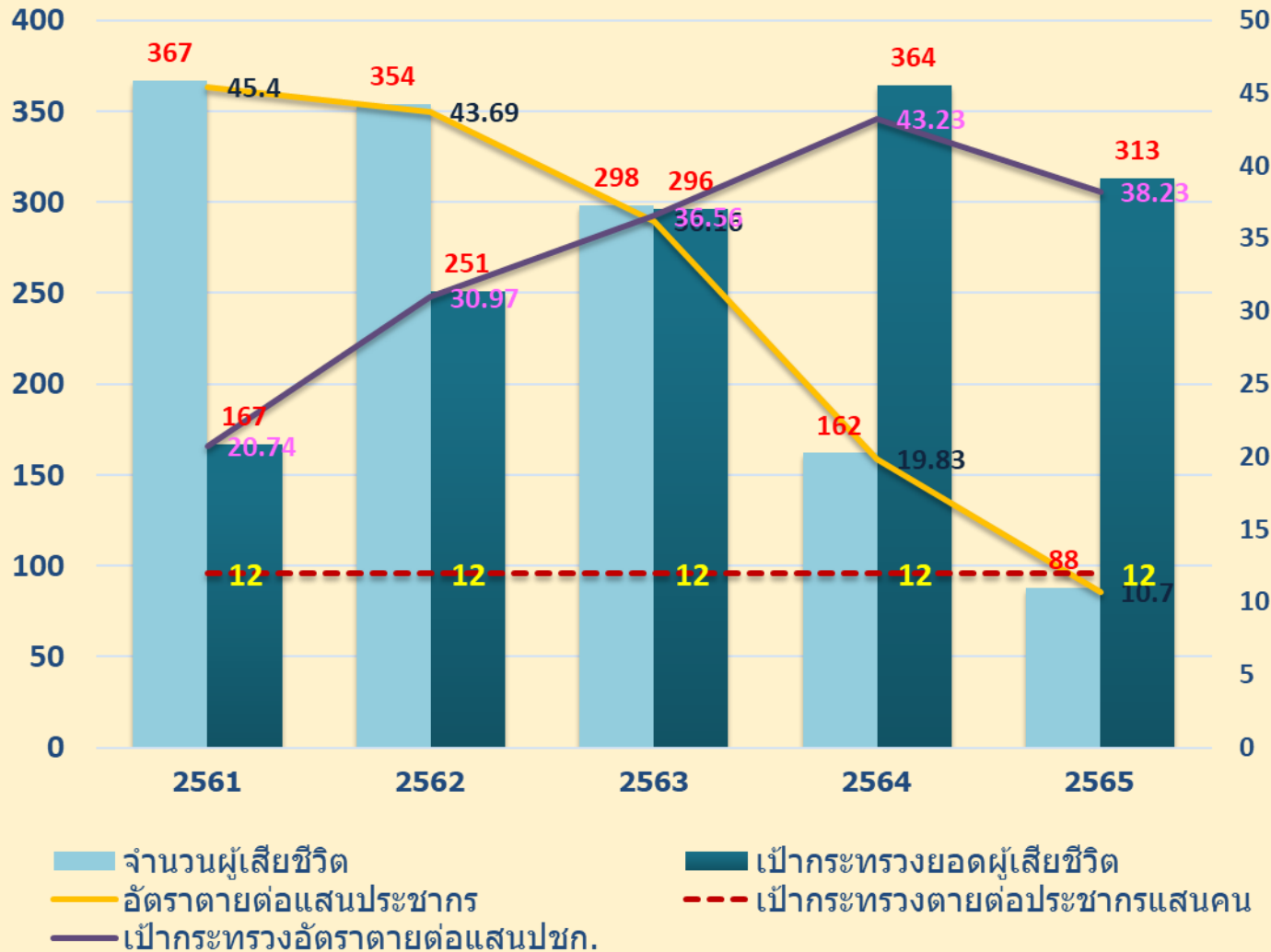


ตัวชี้วัดการดำเนินงาน Big Rock เขตสุขภาพที่ 4



ประเด็น	ตัวชี้วัด
การป้องกันอุบัติเหตุทางท้องถนน (Road Traffic Injury : RTI)	<ol style="list-style-type: none"><li data-bbox="675 371 2433 535">1. มีการจัดตั้งหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น (First responder: FR) อย่างน้อย ร้อยละ 50<li data-bbox="675 556 2433 735">2. จังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มีพื้นที่ต้นแบบดำเนินการประเด็นอุบัติเหตุทางถนน อย่างน้อย 1 อำเภอ<li data-bbox="675 821 2433 992">3. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินด้วยอากาศยาน(Sky Doctor) นำร่องในจังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี<li data-bbox="675 1013 2433 1263">4. มีระบบฉุกเฉินทางการแพทย์ ศูนย์รับเรื่องและส่งการดิจิทัล (D1669) นำร่องในจังหวัดปทุมธานี จังหวัดสระบุรี จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน ต่อแสนประชากร ปี 2561-2564

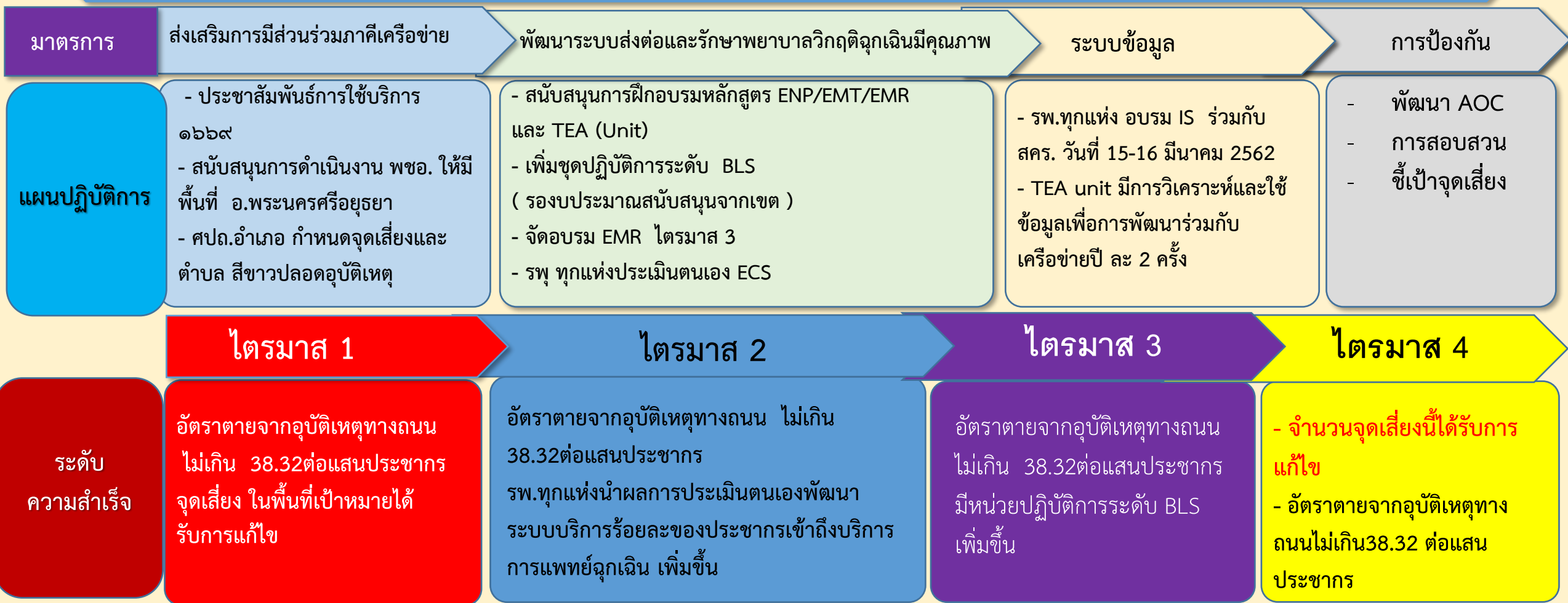


ปี	จำนวนประชากร	จำนวนผู้เสียชีวิต	อัตราการตายต่อแสนประชากร	เป่ากระทรวงยอดผู้เสียชีวิต	เป่ากระทรวงอัตราตายต่อแสนปชก.	เป่ากระทรวงตายต่อแสนคน
2561	807606	367	45.4	167	20.74	12
2562	810232	354	43.69	251	30.97	12
2563	810232	298	36.16	296	36.56	12
2564	816709	162	19.83	364	43.23	12
2565	819088	88	10.7	313	38.23	12

** ปี 2565 ข้อมูล เดือน ตค. - มค

BIG ROCK 8 : การป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (Road Traffic Injury)

สถานการณ์ : ๑) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๓ = ๓๖.๑๖ ปี ๒๕๖๔ = ๑๙.๘๓ ปี ๒๕๖๕ ไตรมาส ๑ = ๑๐.๗ ต่อประชากรแสนคน
 ๒) มี FR สังกัด อบต. ๕ หน่วย คิดเป็นร้อยละ ๓.๒ อปท.ทั้งหมด (๑๕๖ แห่ง) (FR สังกัด มูลนิธิ/ สมาคม จำนวน ๑๔๐ ชุด)
 ๓) พื้นที่ต้นแบบ RTI ได้แก่ อำเภอบางปะกำ บ้านแพรง ตำบลปลอดภัย ได้แก่ เทศบาลตำบลเกาะเรียน



ข้อเสนอแนะ

- ศูนย์สั่งการบริหารจัดการเรียกรถตามบริบทแห่งพื้นที่ เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างทันท่วงที
- พัฒนาเพิ่มทีม BLS ALS เพื่อการเข้าถึงบริการอย่างเหมาะสมและทันท่วงที
- ประสานความร่วมมือกับอบจ. เพื่อส่งมอบภารกิจศูนย์สั่งการ
- ขยับเคลื่อนการดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุผ่านกลไกศปถ. อ.เมืองอย่างบูรณาการและเป็นรูปธรรม

นครเวียงจันทน์
Aputhaya
1500-1700





สาขามะเร็ง

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาหลักภายในเกณฑ์เวลาที่กำหนด

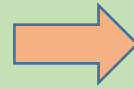
ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565 (ไตรมาส 1)
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	58.44 (135/231)	47.41 (128/270)	68.02 (134/197)	86.05 (37/43)
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	75.91 (104/134)	69.44 (100/144)	60.32 (76/126)	82.61 (19/23)
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	41.30 (19/46)	43.33 (39/90)	31.58 (12/38)	71.42 (5/7)

การดำเนินงานการคัดกรอง

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาวางแผนการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
ด้วยวิธี **HPV DNA Test** ปีงบประมาณ 2565 ประมาณเดือน**มีนาคม**

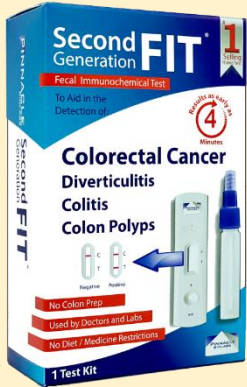
การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี (FIT test) ปี 2564

คัดกรอง
๗,๙๐๔



ร้อยละการคัดกรอง
๔๓.๕๗

ในปี 2565 มีการดำเนินการคัดกรองมะเร็งลำไส้อย่างต่อเนื่อง





ผลการดำเนินงานนโยบายมะเร็งรักษาทุกที่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา (1 ตุลาคม 2564 – 31 มกราคม 2565)

1. ร้อยละของจำนวนการรับบริการแยกตามโรงพยาบาลภายในเขตบริการและประเภทการรักษา

โรงพยาบาล	Surgery		Chemotherapy		Radiation		อื่นๆ		รวม
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	3	60	1	20	0	0	1	20	5
โรงพยาบาลเสนา	3	30	0	0	0	0	7	70	10

2. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่มีการส่งต่อข้อมูลผ่านโปรแกรม TCB PLUS

โรงพยาบาล	จำนวนที่คีย์จริง (Dxเก่า และ Dxใหม่) รวม API และจาก TCB	จำนวนที่คีย์ (Dxใหม่)	จำนวนผู้ป่วยราย ใหม่ (จาก TCB Plus) ที่มีอยู่ใน e-Claim	จำนวนผู้ป่วยราย ใหม่ จาก e-Claim	ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่ (จาก TCB Plus) ที่มีอยู่ใน e-Claim เทียบกับ จำนวนที่ส่ง e-Claim
โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา	151	87	5	46	10.87
โรงพยาบาลเสนา	77	57	0	6	0.00

การดำเนินงาน

Cancer Nurse Coordinator



- ติดต่อประสานงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล
- จัดระบบทะเบียนมะเร็งในระดับโรงพยาบาล
- จัดเก็บข้อมูลตามแนวทางการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขา โรคมะเร็งในโรงพยาบาล / นำเสนอผลงาน ในระดับเขต
- วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไข
- ติดตามข้อมูลจาก Nurse Case Manager ของแต่ละสาขา