

## การจัดทำรายงานการตรวจราชการ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนาและจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้	
หัวข้อ	คุณภาพการบำบัดรักษา
ประเด็นการตรวจ	ทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด
ตัวชี้วัด	<p>๑. อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (neonatal mortality rate :NMR) ต่ำกว่า ๘ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ</p> <p>๒. อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน แยกตามน้ำหนัก</p> <p>๒.๑ &lt;๑,๐๐๐ g. &lt;๕๐%</p> <p>๒.๒ ๑,๐๐๐-๑,๔๙๙ g. &lt;๑๐%</p> <p>๒.๓ ๑,๕๐๐-๒,๔๙๙ g. &lt;๒%</p> <p>๓. ภาวะแทรกซ้อนใน VLBW (BPD, ROP, IVH, hearing impairment) ลดลงจากเดิมร้อยละ ๓๐</p> <p>๔. ทารก congenital heart disease ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา closed heart surgery ได้รับการรักษาโดยไม่ต้องส่งออกนอกเขตเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ ๒๐</p> <p>๕. การส่งออกนอกเครือข่ายลดลงร้อยละ ๓๐</p> <p>๖. ภาวะแทรกซ้อนจากการส่งต่อลดลงจากเดิมร้อยละ ๕๐</p> <p>๗. อัตราการเสียชีวิตจากการส่งต่อร้อยละ ๐</p>
ผู้รับผิดชอบ :	<p>๑. พ.ญ.พัชราพร เอ้า โทรศัพท์ ๐๘๑-๔๕๕๖๔๐๐</p> <p>๒. นางวรางคณา มหาพรหม โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๘๑๕๕๔๓</p> <p>๓. นางพวงทิพย์ วัฒนนะ โทรศัพท์ ๐๘๐-๑๒๘๘๘๘๘</p> <p>๔. นางรัตนา วัฒนศรี โทรศัพท์ ๐๘๙-๔๓๓๒๓๑๙</p>

### ๑. สถานการณ์

- ๑.๑ จำนวนทารกคลอดก่อนกำหนด และน้ำหนักตัวน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม มีแนวโน้มสูงขึ้น
- ๑.๒ จำนวนสัดส่วนของบุคลากรในการรักษายังไม่ได้มาตรฐาน ทั้งพยาบาลวิชาชีพ และกุมารแพทย์ โดยเฉพาะกุมารแพทย์ด้านทารกแรกเกิด กุมารแพทย์โรคหัวใจ ศัลยแพทย์หัวใจและทรวงอก
- ๑.๓ สถานที่ และจำนวนเตียง NICU ไม่เพียงพอ
- ๑.๔ ครุภัณฑ์การแพทย์ ไม่เพียงพอ และไม่ทันสมัยทุกระดับบริการ มีเครื่องช่วยหายใจความถี่สูงไม่เพียงพอ ไม่มีการรักษาด้วยสาร surfactant ไม่มีการรักษา ROP ไม่มีการตรวจคัดกรองการได้ยินของทารก
- ๑.๕ การดูแลทารกแรกเกิดก่อน และระหว่างการส่งต่อยังไม่ได้มาตรฐาน เนื่องจากข้อจำกัดด้านทักษะการดูแล และอุปกรณ์การแพทย์ไม่เพียงพอ
- ๑.๖ การเดินทางเพื่อส่งต่อทารกแรกเกิดใช้เวลานาน เนื่องจากพื้นที่ห่างไกล ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูง
- ๑.๗ การฟ้องร้องหรือการเรียกค่าชดเชยสูงขึ้นเนื่องจากความคาดหวังของครอบครัวสูง
- ๑.๘ ปัญหาผู้ป่วยทารกแรกเกิดไร้สัญชาติ ต่างด้าว มีจำนวนมากขึ้นส่งผลให้การจัดสรรทรัพยากรต่างๆไม่เพียงพอ และการดูแลไม่ได้ประสิทธิภาพ

๒. กลยุทธ์/มาตรการที่สำคัญ

- ๒.๑ ขยายการให้บริการของ NICU รพ.เชียงใหม่ประชาชนเคราะห์จาก ๘ เตียงเป็น ๑๖ เตียง
- ๒.๒ ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ และพยาบาลได้รับการอบรมเฉพาะทางทารกแรกเกิดเพื่อให้ สัดส่วนของบุคลากรในการรักษาได้ตามมาตรฐานที่กำหนด คือ แพทย์ ๑:๘ คน และพยาบาล NNP ๑:๔ คน
- ๒.๓ ขอสนับสนุนครุภัณฑ์การแพทย์ที่ทันสมัย และมีจำนวนเพียงพอสามารถให้การดูแลรักษาได้ตาม มาตรฐาน
- ๒.๔ สนับสนุน และส่งเสริมให้รพ.แม่สาย รพ.แม่จัน และรพ.พาน เปิด NICU ได้แห่งละ ๒ เตียง
- ๒.๕ พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายเรื่องการดูแลก่อน และระหว่างส่งต่อทารกแรกเกิด มีการ feed back ข้อมูลประสิทธิภาพการส่งต่อให้เครือข่ายทราบในการประชุม perinatal conference ระดับ จังหวัดทุก ๓ เดือน
- ๒.๕ ทำ perinatal conference ร่วมกับแผนกสูติกรรมในรพ.ชร.ทุก ๑ เดือน และร่วมกับจังหวัดทุก ๓ เดือน โดยนำกรณีศึกษามาร่วมอภิปราย และหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ป้องกันการเกิดซ้ำ ลดปัญหา การฟ้องร้อง

๓. การกำกับติดตามประเมินผล

- ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 54	ปี 55	ปี 56	ปี 57
๑. อัตราตาย	< ๘%	๕.๘	๕.๐	๒.๔	
๒. อัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดที่ อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน					
๒.๑ <๑,๐๐๐ g.	<๕๐%	๒๗.๗๘	๒๒.๒๒	๓๔.๑๕	
๒.๒ ๑,๐๐๐-๑,๔๙๙ g.	<๑๐%	๑๐.๑๓	๑๒.๑๙	๑๒.๙๙	
๒.๓ ๑,๕๐๐-๑,๙๙๙ g.	<๒%	๗.๓๕	๗.๖๕	๒.๖๖	
๒.๔ ๒,๐๐๐-๒,๔๙๙ g.	<๒%	๒๒.๐๙	๑.๑๑	2.๒๕	
๓. ภาวะแทรกซ้อนใน VLBW					
๓.๑ BPD	ลดลงจาก	๔.๑๘	๓.๕๙	๔.๖๗	
๓.๒ ROP	เดิมร้อยละ ๓๐	๑.๐๑	๐.๖๙	๐.๒๖	
๔. ทารก congenital heart disease ที่ จำเป็นต้องได้รับการรักษา closed heart surgery ได้รับการรักษาโดยไม่ ต้องส่งออกนอกเขต	เพิ่มขึ้นจาก เดิมร้อยละ ๒๐	๐ ราย	๑ ราย	๑ ราย	
๕. การส่งออกนอกเครือข่าย	ลดลงร้อยละ ๓๐	๐ ราย	๐ ราย	๑ ราย	
๖. ประสิทธิภาพในการดูแลทารกขณะส่ง ต่อ					

๖.๑ การควบคุมอุณหภูมิภายใน	> ๘๐%	๖๒.๒	๘๐.๕	๗๘.๒	
๖.๒ การดูแลท่อช่วยหายใจ	> ๘๐%	๔๖.๙	๙๒.๗	๙๙.๖	
๖.๓ การได้รับสารน้ำ	> ๘๐%	๗๑.๔	๘๐.๐	๙๐.๗	
๗. การปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อ	> ๘๐%	๕๖.๐	๕๕.๔	๖๔.๑	
๘. อัตราการเสียชีวิตจากการส่งต่อ	๐%	๐	๐	๐	

- แนวทางการแก้ไขปัญหา

\* กำหนด action plan และตัวชี้วัดร่วมกันตั้งแต่รพศ.ถึงรพสต.

๔. สิ่งที่ต้องการสนับสนุน/ข้อเสนอแนะ

- ต้องการครุภัณฑ์การแพทย์ให้เพียงพอ