คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการ

๒.๑ Service Plan สาขา NCD

๑.สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)

๑. สถานการณ์

การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วย DM,HT จากผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๙ เมื่อพิจารณาข้อมูลจาก HDC ที่รายงาน ผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในปี ๒๕๕๙ ผลงานมีเพียง ร้อยละ ๒๘ ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปี ๒๕๕๙ ผลงานมีเพียงร้อยละ ๒๖.๖๕ ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้ผลงานเพียงร้อยละ ๑๙.๐๕ แม้ว่าได้มีการพัฒนาโครงสร้างในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งผู้รับบริการหลักคือ ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจัดให้ทุกสถานพยาบาลมีการประเมิน NCD clinic คุณภาพ ผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ๑๐๐% ทั้งจังหวัด แต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในปี ๒๕๖๐ ส่วนกลางได้มีการปรับรูปแบบการประเมินที่สามารถบอกถึงคุณภาพการดูแลรักษาและการจัดบริการให้กับผู้ป่วย โดยรวมเอาตัวชี้วัดเข้ามาร่วมในการประเมิน NCD clinic plus สำหรับระบบข้อมูล ควรมีการตรวจสอบการจัดการระบบทะเบียนข้อมูลเพื่อนำเข้าระบบ HDC ในการรายงานสถานการณ์

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

๑.๑ มีการกระจายผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลไปสู่รพสต. เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและรัฐบาล แพทย์เฉพาะทางได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

๑.๒ มีระบบการดูแลที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับรพช.ลูกข่าย และรพสต.ลูกข่าย ทั้งไปและกลับ

๑.๓ มีอุปกรณ์ในการดูแลครบตามมาตรฐาน

การพัฒนาระบบข้อมูล

- มีการปรับใช้ระบบข้อมูลของส่วนกลางคือ HDC เหมือนกันทั้งประเทศ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน

ค้นหาผู้ที่มีโอกาสสูงต่อ CVD

มีการประเมินผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ในทุกสถานบริการ

การจัดการหลังการประเมินในกลุ่ม CVD risk ≥๓๐%

จัดแบ่งเป็นกลุ่มๆ ๕ กลุ่ม ตามรายงานใน HDC แล้วนำ ๕ กลุ่มดังกล่าวมาแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงน้อยกว่า ๓๐% จัดการโดย

- ให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงปีละครั้งกลุ่มเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐% จัดการโดย
- ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยง ให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค ส่งพบแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยง และประเมินโอกาสเสียงทุก ๑-๓ เดือน

ตัวชี้วัด

๑. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสม

- ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๔๐)
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีได้ดี (เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๕๐)

๒. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๘๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตาม*

แสดงข้อมูลเชิงปริมาณระดับจังหวัด ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)

อำเภอ	๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๔๐)			๒. ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๕๐)		
	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๔,๘๐๐	๔๒๖	๘.๘๖	๙,๒๐๓	๒,๒๒๕	๒๔.๑๘
ห้วยยอด	๓,๐๑๖	๔๖๑	๑๕.๒๙	๖,๖๒๗	๑,๕๓๕	๒๓.๑๖
ย่านตาขาว	๒,๔๒๕	๓๒๕	๑๓.๔๐	๖,๕๒๕	๒,๑๒๕	๓๒.๕๗
กันตัง	๒,๗๒๖	๔๓๖	๑๕.๙๙	๖,๒๘๖	๑,๙๙๓	๓๑.๗๑
ปะเหลียน	๒,๔๕๘	๑๙๗	๘.๐๑	๕,๓๑๕	๑,๗๓๒	๓๒.๕๙
สิเกา	๑,๑๘๔	๑๕๘	๑๓.๓๔	๒,๕๕๘	๙๘๙	๓๘.๖๖
วังวิเศษ	๑,๓๓๐	๓	๐.๒๓	๒,๙๕๐	๔๗๕	๑๖.๑๐
นาโยง	๑,๕๔๐	๑๕๙	๑๐.๓๒	๔,๐๙๐	๑,๔๐๖	๓๔.๓๘
รัษฎา	๑,๑๓๗	๑๕๖	๑๓.๗๒	๒,๒๑๘	๔๘๘	๒๒.๐๐
หาดสำราญฯ	๖๗๗	๕	๐.๘๗	๑,๕๐๙	๕๔๘	๓๖.๓๒
รวมจังหวัด	**๒๑,๑๙๓**	**๒,๓๒๖**	**๑๐.๙๘**	**๔๗,๒๘๑**	**๑๓,๕๑๖**	**๒๘.๕๙**

อำเภอ	๓. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า (≥ร้อยละ ๘๐)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองตรัง	๔,๕๑๕	๑,๒๗๔	๒๘.๒๒
ห้วยยอด	๓,๑๔๐	๑,๕๑๔	๔๘.๒๒
ย่านตาขาว	๒,๗๘๓	๑,๘๘๘	๖๗.๘๔
กันตัง	๓,๐๒๒	๑,๑๖๔	๓๘.๕๒
ปะเหลียน	๒,๕๐๓	๑,๙๗๒	๗๘.๗๙
สิเกา	๑,๓๖๓	๔๘๑	๓๕.๒๙
วังวิเศษ	๑,๓๘๘	๖๙๗	๕๐.๒๒
นาโยง	๑,๖๔๕	๗๔๖	๔๕.๓๕
รัษฎา	๑,๑๗๙	๕๖๔	๔๗.๘๔
หาดสำราญฯ	๖๕๑	๑๙๔	๒๙.๘๐
รวมจังหวัด	**๒๒,๑๘๘**	**๑๐,๔๙๔**	**๔๗.๓๐**

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	ห้วยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๔	สถานบริการผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus >๖๐%	เป้าหมาย	**ยังไม่ประเมิน เนื่องจากแบบประเมินเสร็จเมื่อปลายม.ค.๖๐ ตอนนี้อยู่ในขั้นชี้แจงเกณฑ์ และหลังชี้แจงเกณฑ์ จะให้ประเมินตนเอง**										
		ผลงาน											
		อัตรา/ร้อยละ											

อภิปรายผลจากตาราง

ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่สุด คืออำเภอกันตัง ร้อยละ ๑๕.๙๙ รองลงมาคือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ๑๕.๒๙ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดตรังยังทำได้ไม่ดี ยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยผลงานคิดเป็นร้อยละ ๑๐.๙๘

ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีที่สุดคือ อำเภอสิเกา ผลงานร้อยละ ๓๘.๖๖ รองลงมาคือ อำเภอหาดสำราญ ผลงานร้อยละ ๓๖.๓๒ มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ร้อยละ ๒๘.๕๙

ผู้ป่วย DM และ HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ใน อำเภอปะเหลียน ได้รับการประเมินมากที่สุดร้อยละ๗๘.๗๙ รองลงมาคือ อำเภอห้วยยอด ผลงานร้อยละ ๔๘.๒๒ เฉลี่ยทั้งจังหวัดประเมินได้ร้อยละ **๔๗.๓๐**

สำหรับการประเมิน.สถานบริการ ผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus ยังไม่ประเมิน เนื่องจากแบบประเมินเสร็จเมื่อปลายมกราคม ๒๕๖๐ ตอนนี้อยู่ในขั้นชี้แจงเกณฑ์ และหลังชี้แจงเกณฑ์จะให้สถานบริการประเมินตนเอง

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ปัญหาที่ทำให้ผลการควบคุมระดับเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ผลงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจากมีการประเมินแล้วแต่ยังบันทึกได้ไม่ครบ จากสาเหตุ

- ปัญหาอุทกภัยจังหวัดตรังล่าสุด ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการแก้ปัญหาอุทกภัย
- ผู้บันทึกข้อมูลในบางสถานบริการยังไม่เข้าใจระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC ทำให้ข้อมูลไปไม่หมด โปรแกรม HDC ดูแลความครอบคลุมของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ซึ่งต่างจากเดิมที่ใช้ Chronic link ดูผู้ป่วยที่มารับบริการ ในบางรายการต้องบันทึกซ้ำบางสถานบริการเจ้าหน้าที่มีน้อยรับผิดชอบงานหลายอย่าง งานส่วนใหญ่ต้องบันทึกข้อมูล ทำให้บันทึกไม่ทันเวลา

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ
ผลงานใน HDC และ Chronic link ไม่ตรงกัน	- อยากให้มีการเชื่อมโยงโปรแกรมที่สามารถทำให้ข้อมูลจากทั้ง ๒ โปรแกรมตรงกัน
-	- การจัดมหกรรมในการทำกิจกรรมทำให้กิจกรรมต่างๆ บรรลุเป้าหมายเร็วขึ้น

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรมีการบูรณาการการบันทึกข้อมูลทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

๖. **นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง** (ถ้ามี)

-โครงการเฝ้าระวังและสร้างความตื่นตัวต่อโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ (Stroke STEMI Alert)

๒.๒ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หรือโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประเทศไทย และก่อให้เกิดความพิการ ทุพพลภาพ การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด rt-PA (Recombinant Human Tissue –Type Plasminogen Activator) ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้และผู้ป่วยที่มารับบริการทันทีภายหลังเกิดอาการภายในเวลา ๓-๔.๕ ชั่วโมง สามารถช่วยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันในระยะเฉียบพลันให้รอดชีวิต และลดความพิการทุพพลภาพได้

สถานการณ์จังหวัดตรัง ปัจจุบันแต่ยังพบว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นของโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือ อุดตันได้อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จากปีงบฯ ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ พบว่า มีแนวโน้มอัตราตายลดลง ร้อยละ ๖.๔๗ ,๖.๖๐, ๕.๕๑, ๖.๒๙ และ ๕.๖๕ ตามลำดับ โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงในปีงบฯประมาณ ๒๕๕๙ คือ อำเภอเมืองตรัง ร้อยละ ๘.๗๖ และอำเภอที่มีอัตราการน้อยที่สุดคือ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๒.๘๓

แผนปฏิบัติและผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ เริ่มมีการคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรัง ทุกรายให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยม และนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

กระตุ้นให้เป็นไปตามแผน Stroke service plan

บันทึกข้อตกลงเครือข่าย

โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)

มาตรการ	เป้าหมายระยะ ๓ เดือน	เป้าหมายระยะ ๖ เดือน	เป้าหมายระยะ ๙ เดือน	เป้าหมายระยะ ๑๒ เดือน
๑. พัฒนาประสิทธิภาพระบบ Stroke fast track ในรพ. ระดับ A, S, M๑ ครบ ๑๐๐%		- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ ๗๐	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาทีเมื่อมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ ๗๕	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๐
		- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๕	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด ร้อยละ๖.๕	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๗

		- รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจ วินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพในรพช. จำนวน ๓ รพช.ระดับ M๒, F๒, F๒ (กันตัง)	- รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจ วินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพในรพช. จำนวน ๓ รพช.ระดับ F๒ (ปะเหลียน, นาโยง, สิเกา)	- รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจ วินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพในรพช. จำนวน ๓ รพช.ระดับ F๒(รัษฎา,วังวิเศษ) , F๓(หาดสำราญ)
๒. Stroke alert		- ผลิตสื่อความรู้เรื่อง โรคอาการ Stroke ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ - ประสานเครือข่ายท้องถิ่นเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ	- ร่วมมือกับสาขาปฐมภูมิเพื่อปฏิบัติงานในชุมชน สร้างเครือข่ายเข้มแข็งในการลดป่วย ลดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	- ร่วมมือกับสาขาปฐมภูมิเพื่อปฏิบัติงานในชุมชน สร้างเครือข่ายเข้มแข็งในการลดป่วย ลดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ

แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไขปัญหา หรือที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๐

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข หรือดำเนินการ ปี ๒๕๕๙	เป้าหมาย/ พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการเฝ้าระวังและสร้างความตื่นตัวต่อโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ (Stroke STEMI Alert)	๑. ประชาสัมพันธ์อาการโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ แก่ประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดละ ๓,๐๐๐ ครอบครัว ๒. กิจกรรมชุมชนต้นแบบ ลด Stroke จังหวัดละ ๑ ชุมชน	กุมภาพันธ์ – กันยายน ๒๕๖๐	งาน NCD
๒.	ประชุมคณะกรรมการโรคเรื้อรังระดับจังหวัด NCD Broad	ทุกโรงพยาบาล / สสอ.	ทุก ๒ เดือน	งาน NCD
๓.	ติดตามผลการดำเนินงานตัวชี้วัด	ทุกโรงพยาบาล	ต.ค.๕๙-ก.ย.๖๐	พญ.ภัทรนันท์ เหลืองดิลก นางพิมใจ หอยบาง รพ.ตรัง นางจันทร์ทราทิพย์ เพทาย สสจ.ตรัง
๔.	โครงการสื่อสารเตือนภัย Stroke Alert	ทุกพื้นที่ จ.ตรัง	ต.ค.๕๙-ก.ย.๖๐	นางจันทร์ทราทิพย์ เพทาย สสจ.ตรัง/งาน NCD

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ***(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)***

๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(<ร้อยละ๗) ปีงบฯ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ธ.ค.๕๙)

โรงพยาบาล	รพ.ตรัง			รพช.			รวม		
	จ น . ผู้ป่วย	ตาย	ร้อยละ	จ น . ผู้ป่วย	ตาย	ร้อยละ	จ น . ผู้ป่วย	ตาย	ร้อยละ
ตรัง	๑๑๔	๙	๗.๘๙	-	-	-	๑๑๔	๙	๗.๘๙
ห้วยยอด	๙๘	๗	๗.๑๔	๖	๐	๐	๑๐๔	๗	๖.๗๓
ย่านตาขาว	๓๕	๓	๘.๕๗	๕	๐	๐	๔๐	๓	๗.๕๐
กันตัง	๖๙	๔	๕.๘	๑	๐	๐	๗๐	๔	๕.๗๑
ปะเหลียน	๔๘	๒	๔.๑๗	๓	๐	๐	๕๑	๒	๓.๙๒
สิเกา	๒๕	๓	๑๒	๗	๐	๐	๓๒	๓	๙.๓๘
วังวิเศษ	๒๖	๑	๓.๘๕	๑	๐	๐	๒๗	๑	๓.๗๐
นาโยง	๒๙	๐	๐	๓	๐	๐	๓๒	๐	๐.๐๐
รัษฎา	๑๘	๐	๐	๑	๐	๐	๑๙	๐	๐.๐๐
หาดสำราญฯ	๗	๐	๐	๑	๐	๐	๘	๐	๐.๐๐
ต่างจังหวัด	๓๔	๑	๒.๙๔	๐	๐	๐	๓๔	๑	๒.๙๔
รวม	๕๐๓	๓๐	๕.๙๖	๒๘	๐	๐	๕๓๑	๓๐	๕.๖๕

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

๓.๒ Stroke unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ ปีงบฯ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ธ.ค.๕๙)

ตัวชี้วัด	ปีงบฯ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ธ.ค.๕๙)		รวมจังหวัด
	รายการข้อมูล	โรงพยาบาลตรัง	
๑. Stroke unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐	เป้าหมาย	๑	๑
	ผลงาน	๑	๑
	อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐
๒. Stroke unit โรงพยาบาลระดับ M๒ (รพช.ห้วยยอด) (ไม่สามารถจัดตั้งเป็น STROKE unit ได้เนื่องจาก ไม่มี CT SCAN)			

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปีงบฯ ๒๕๕๖ - ๒๕๖๐ พบว่า มีแนวโน้มอัตราตายยังคงที่ ร้อยละ ๖.๔๗ ,๖.๖๐, ๕.๕๑, ๖.๒๙ และ ๕.๖๕ ตามลำดับ โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงในปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ คือ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๙.๓๘ และอำเภอที่ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แก่ อ.นาโยง อ.รัษฎา อ.หาดสำราญ

มีการนำส่งระบบทางด่วน(stroke fast tract) จากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ที่สามารถให้บริการ Unit stroke ในอัตราการเข้าถึงตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐ ร้อยละ ๕๐.๓, ๔๔.๙, ๔๒.๙และ ๔๘.๐๓ ตามลำดับ อัตราการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖.๔๓ ,๗.๒ ,๕.๓๔ และ ๕.๕๕ ตามลำดับ

อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน ๖๐ นาที ผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙๓.๕๐, ๗๔.๐๓, ๗๙.๗๖ และ ๗๖.๑๙

แผนปฏิบัติและผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ เริ่มมีการคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรัง ทุกรายให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยม และนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ในปี ๒๒๕๙ ตรังได้นิเทศ รพช. ๘ แห่งได้กำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน คือ ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันเวลาที่กำหนดเป้าหมายมากว่าเท่ากับร้อยละ ๕๐ บางพื้นที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และในปี ๒๕๕๙ ร้อยละผู้ป่วยเข้ารับบริการทันเวลาสูงสุด ได้แก่ รพช.กันตัง ร้อยละ ๕๙.๑ น้อยสุดโรงพยาบาลรัษฎา ร้อยละ ๓๔.๓

การเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละหน่วยบริการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงมีการคืนกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรังทุกเดือน ในกรณีที่ด่วนจะติดต่อทางไลน์ทันที

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑. พัฒนาการดำเนินงาน Stroke Alert ทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว
๒. พัฒนาศักยภาพของ อสม./นสค.ในพื้นที่ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

๒.๒. การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan: RDU)

๑. สถานการณ์

จังหวัดตรัง ได้มีกิจกรรมที่ตอบสนองนโยบาย “โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (Rational Drug Use Hospital) ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่

ควบคุมให้โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องมีระบบการกำกับประเมินการใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (Utilization Evaluation) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลกับยา ๙ กลุ่ม (NED ยากลุ่มราคาแพงที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง)

ควบคุมให้โรงพยาบาลใช้ยาปฏิชีวนะตามโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU) มีการประเมินกิจกรรมความสมเหตุสมผลในการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาล ได้มีการดำเนินการทั้ง ๑๐ โรงพยาบาล

ควบคุมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบาลมีการควบคุมกำกับ, ยาปฏิชีวนะตามโครงการ ASU ใน ๒ โรค คือ ในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน,โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ในเกณฑ์เภสัชปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๔

ข้อมูลพื้นฐานตามตัวชี้วัด “ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ปีงบประมาณ ๒๕๕๙

รายชื่อรพ.	ระดับ ASM๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ระดับ	RDU ๑								RDU ๒	สรุปผลการประเมินการเป็น RDU Hospital ขั้นที่ ๑ (RDU ๑ + RDU ๒)	
		RDU ๑ : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU ๑ : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)					ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)		
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาใน รพ. เฉพาะ รพ. ระดับ A S และ M๑	๑) ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED	๒) ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๓) รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล	๔) การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	๕) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย		
					ร้อยละ	ระดับ	จำนวนรายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.ตรัง	A	X	X	√	๗๒.๓๙	๒	๑	๓	๒	๔.๕๕		√
๒.ห้วยยอด	M๒	X	X		๙๒.๕๖	๒	๑	๒	๒	๑๘.๑๘		√
๓ ย่านตาขาว	F๑	X	X		๗๓.๑๙	๒	๑	๑	๒	๐		√
๔. กันตัง	F๑	X	X		๖๗.๗๘	๒	๓	๒	๒	๓๓.๓๓		√
๕.นาโยง	M๒	X	X		๗๐.๙๑	๒	๒	๑	๒	๒๕		√
๖.ปะเหลียน	F๒	X	X		๗๑.๕๓	๑	๑	๑	๒	๔๗.๓๗		√
๗.สิเกา	F๒	X	X		๖๙.๑๘	๑	๒	๑	๒	๗๗.๗๘		√
๘.วังวิเศษ	F๒	X	X		๙๐.๐๔	๑	๒	๑	๒	๐		√
๙.รัษฎา	F๒	X	X		๙๕.๕๗	๑	๑	๑	๒	๓๓.๓๓		√
๑๐.หาดสำราญ	F๓	X	X		๗๗.๔	๑	๒	๑	๒	๗๕		√
รวม(แห่ง)ผ่าน		X	X	√	๓	๐	๕	๑	๐	๓	๐	๑๐
เกณฑ์เป้าหมาย		มี	มี	มี	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐	ระดับ ๓	≤ ๑ รายการ	รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓	ระดับ ๓	≥ ร้อยละ ๔๐	รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด		
าหมาย SP-RDUปีงบประมาณ ๒๕๖๐		รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ RDU ๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด										

สรุปผลการดำเนินงาน

๑) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ..๐.. แห่ง (รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย)

๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ....๑๐. แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัด (A / B) x ๑๐๐

คิดเป็นร้อยละ.....๐.....

ตัวชี้วัด RDU Output อื่นๆ	เกณฑ์		ตรัง	ห้วยยอด	กันตัง	นาโยง	รัษฎา	ปะเหลียน	หาดย่านตาขาว	สิเกา	วังวิเศษ
๖.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ๒๐	ร้อยละ	๓๗.๕๕	๒๗.๔๘	๑๖.๖๙	๒๓.๓๗	๓๕.๔๒	๒๑.๕๗	๓๔.๗๐	๓๐.๗๔	๑๐.๒๔	๓๗.๕๗
๗.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ๒๐	ร้อยละ	๒๔.๙๖	๒๔.๒๘	๓๓.๙๐	๒๘.๑๔	๓๐.๖๐	๒๕.๓๐	๕๓.๕๓	๒๙.๘๗	๑๓.๖๒	๓๑.๙๒
๘.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ๔๐	ร้อยละ	๑๕.๐๐	๔๑.๓๘	๕๐	N/A	N/A	๔๓.๖๔	๗๔.๕๕	๒๑.๖๗	๕๕.๗๗	๖๘.๒๕
๙.ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ๑๐	ร้อยละ	๑๐.๖๓	๑๖.๑๖	N/A	N/A	N/A	๑๐.๗๒	N/A	N/A	N/A	๕๒.๓๔
๑๐.ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงทั่วไป ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) ๒ ชนิดร่วมกันในการรักษาความดันเลือดสูง	ร้อยละ ๐		๐.๑๒	N/A	N/A	N/A	๐	๑๓.๑๙	๑๒.๙๑	๑๓.๖๑	๐	๐
๑๑.ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีหรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร)	≤ ๕	ร้อยละ	๑.๑๓	๓.๑๙	๓.๐๓	๓.๙๘	๐	๑๐.๓๔	๙.๐๙	๐	๑.๖๒	๓.๓๓
๑๒.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลโดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < ๓๐ มล./นาที/๑.๗๓ เมตร^{๒})	≥ ๘๐	ร้อยละ	๕๕.๖๓	N/A	๖๓.๘๙	๗๕.๑๕	N/A	๗๐.๓๒	๗๕.๔๕	๕๕.๒๒	๕๕.๕๗	๘๓.๓๗
๑๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ๕	ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐	N/A	๐	๐	๐	๐.๑๗
๑๔.ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ ๑๐	ร้อยละ	๐.๔๙	๒.๖๗	๐	๐	N/A	๐	๒.๓๓	๐	๓.๓๓	๐.๘๖
๑๕.ร้อยละของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ๘๐	ร้อยละ	๖๖.๖๗	๗๔.๓๗	๕๑.๕๔	๗๑.๕๒	N/A	๗๙.๓๗	๗๖.๒๘	N/A	๘๒.๓๕	๕๖.๔๔
๑๖.ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า ๖๕ ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium clorazepate	≤ ๕	ร้อยละ	๗.๔๓	๑.๕๑	๖.๓๙	๔.๒	๒.๔๗	๔.๖๙	๖.๐๗	๗.๘๓	๓.๙๕	๑.๓๕
๑๗.จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin, statin, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๐		๐	๐	๐	๐	๐	๐	N/A	๐	๐	๐
๑๘.ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ ๒๐	ร้อยละ	๔๓.๗๖	๑๕.๙	๕๓.๙๔	๑๐.๐๔	๐	๓๐.๑๒	๕๒.๙๓	๓.๔๗	๓๘.๑๕	๓.๗๓

ตัวชี้วัด RDU Output อื่นๆ	เกณฑ์	ตรัง	ห้วยยอด	กันตัง	นาโยง	รัษฎา	ปะเหลียน	หาดสำราญ	ย่านตาขาว	สิเกา	วังวิเศษ
๑๙.ร้อยละของ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐	๑๐๐	๑๓.๖๔	๒๕	๓๓.๓๓	๒๘.๕๗	๕๐	๕๗.๘๙	๑๕	๖.๒๕	๗๗.๗๘	๐
๒๐.ร้อยละของ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐	๑๐๐	๒๒.๗๓	๗๐	๙๐.๔๘	๔๒.๘๖	๖๖.๖๗	๕๗.๘๙	๒๐	๒๕	๘๘.๘๙	๑๔.๒๙

๒.ประเด็นการตรวจราชการ: การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan: RDU)

การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อ.เมืองตรัง	อ.ห้วยยอด	อ.ย่านตาขาว	อ.กันตัง	อ.นาโยง	อ.ปะเหลียน	อ.สิเกา	อ.วังวิเศษ	อ.รัษฎา	อ.หาดสำราญฯ	ภาพรวมจังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๑ ณ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) รอบ ๒ ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ม.ค.๖๐- มี.ค.๐)
๑	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล** (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์ RDU๑ และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU๒) **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : รพ.RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.ทั้งหมด)	**เป้าหมาย**	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑๐	๑๐
		รพ.แม่ข่าย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑๐	
		หน่วยบริการลูกข่าย	๒๒	๒๒	๑๖	๒๑	๘	๑๙	๙	๗	๖	๙	๑๓๔	
		ผลงาน (จำนวน รพ.ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑*)	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
		ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

หมายเหตุ *รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ IRDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓ ระดับ	RDU ๑								RDU ๒	สรุปผลการประเมินการเป็น RDU Hospital ขั้นที่๑ (RDU ๑ + RDU ๒)	
		RDU ๑ : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)			RDU ๑ : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)					ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)		
		มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มีแผนปฏิบัติการจัดการเชื้อดื้อยาใน รพ. เฉพาะ รพ. ระดับ A S และ M๑	๑) ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ED ร้อยละ	๒) ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการชี้นำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ระดับ	๓) รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล จำนวนรายการ	๔) การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐานฉลากยาเสริมและเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน ระดับ	๕) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา ระดับ	ร้อยละของ รพ.สต. / หน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.ตรัง	A	√	√	√	๙๐	๓	๑	๔	๒	๙.๐๙		√
๒.ห้วยยอด	M๒	√	√		๙๓.๒๒	๒	๑	๓	๒	๕๐		√
๓ ย่านตาขาว	F๑	X	√		๙๕.๕๐	๒	๑	๑	๒	๑๘.๗๕		√
๔. กันตัง	F๑	√	√		๘๖.๓๒	๒	๓	๒	๒	๖๓.๑๖		√
๕.นาโยง	M๒	√	√		๗๐.๙๑	๒	๒	๒	๒	๕๐		√
๖.ปะเหลียน	F๒	X	√		๗๑	๒	๑	๑	๒	๔๗.๓๗		√
๗.สิเกา	F๒	X	√		๙๘.๐๗	๒	๑	๑	๒	๕๕.๕๖		√
๘.วังวิเศษ	F๒	X	√		๙๑	๒	๑	๑	๒	๑๔.๒๙		√
๙.รัษฎา	F๒	√	√		๙๑.๓๕	๓	๑	๓	๒	๑๖.๖๗		√
๑๐.หาดสำราญฯ	F๓	√	√		๗๕.๘๓	๒	๑	๑	๒	๕๐		√
รวม(แห่ง)ผ่าน		๖	๑๐	๑	๐	๑	๘	๓	๐	๖	๐	๑๐
เกณฑ์เป้าหมาย		มี	มี	มี	รพ. ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐	ระดับ ๓	≤ ๑ รายการ	รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓	ระดับ ๓	≥ ร้อยละ ๔๐	รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่าย ในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด		
าหมาย SP-RDUปีงบประมาณ ๒๕๖๐		รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ RDU ๒) ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด										

สรุปผลการดำเนินงาน ๑) A = จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมาย ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ..๐.. แห่ง (รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย)

๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ....๑๐. แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัด (A/B)x๑๐๐

คิดเป็นร้อยละ.....๐.....

๓.๒ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
คณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU จังหวัด	การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนSP-RDU	☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการฯ ☑ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งจังหวัดตรังที่ ๒๔๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ชื่อคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดตรัง มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็นประธาน
มีเป้าหมายแผนปฏิบัติการตัวชี้วัด การติดตาม ควบคุม กำกับ และการรายงานผลการดำเนินงาน SP-RDU ในระดับจังหวัด	การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน SP-RDU การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขับเคลื่อน SP-RDU การกำหนดตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน SP-RDU การควบคุม กำกับ กลวิธีในขับเคลื่อน SP-RDU อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน	☐ ไม่มีแผนปฏิบัติการหรืออยู่ระหว่างการจัดทำ ☑ มีแผนปฏิบัติการ **<u>สรุปภาพรวมของแผนปฏิบัติการ</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการของทีม sp จังหวัด, คณะทำงาน ๒. ประชุมสื่อสารตัวชี้วัดและกำหนดแผนปฏิบัติการและแนวทางการดำเนินงานรายตัวชี้วัด (๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) ๓. เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ๔. สื่อสารนโยบายการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) ครั้งที่ ๑๑/๒๕๕๙ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ๕. พัฒนาศักยภาพ รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและประชาชน ๖. พัฒนาสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ๗. ทบทวนบัญชีรายการยาโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๘. ทบทวนแนวทางในการรักษา และประกาศใช้ทั้งจังหวัด ๙. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาตัวแรกในการรักษา ๑๐. บูรณาการร่วมกับ Service Plan อื่นๆ ๑๑. เฝ้าระวังการใช้ยาในชุมชน โดยบูรณาการกับโครงการยาปลอดภัยในชุมชน ๑๒. ติดตาม กำกับ ผลการดำเนินงาน เป็นรายไตรมาส **<u>เป้าหมายการดำเนินงาน</u>** โรงพยาบาลในจังหวัดตรัง ผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ ในปี ๒๕๖๐ ทุกแห่ง โดยมีจำนวนโรงพยาบาลแม่ข่าย ทั้งหมด ๑๐ แห่ง และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ๑๓๔ แห่ง รวมทั้งหมด ๑๔๔ แห่ง **<u>ตัวชี้วัด</u>** จังหวัดตรังได้กำหนดให้ ปี ๒๕๖๐ โรงพยาบาลทุกแห่งต้องผ่านเกณฑ์ขั้นที่ ๑

		<u>การควบคุม กำกับ กลวิธีในขับเคลื่อน SP-RDU</u> ระบบรายงานรายไตรมาส, การประชุมคณะทำงาน **<u>การจัดทำรายงานส่งให้กับจังหวัด/ สบรส.</u>** ☐ ครบถ้วน ☑ ไม่ครบถ้วน ระบุ..โรงพยาบาลส่งรายงานครบทุกแห่ง แต่ไม่ครบถ้วนในบางตัวชี้วัด **<u>สรุปผลการดำเนินงาน SP-RDU ระดับจังหวัด</u>** ในไตรมาส๑ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการของทีม sp จังหวัด, คณะทำงานประชุมสื่อสารตัวชี้วัดและกำหนดแผนปฏิบัติการและแนวทางการดำเนินงานรายตัวชี้วัด เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาตัวแรกในการรักษา
การพัฒนาระบบสารสนเทศ เพื่อการติดตามผลการดำเนิน SP-RDU ตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด	การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☑ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ ในระดับจังหวัด ได้แก่ ภญ.วิไลพรรณ ธิติประเสริฐ และนายสมโชค ขวัญเมือง ในระดับอำเภอ ได้แก่ เภสัชกรที่รับผิดชอบงานและนักวิชาการคอมพิวเตอร์ทุกแห่ง ☐ ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ☑ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบที่ใช้ ๑. ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดตรัง (๔๓ แฟ้ม) ๒. เขียนรายงานในระบบ HOS-xP **<u>สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด</u>** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังร่วมกับโรงพยาบาลทุกแห่ง พัฒนาโปรแกรมร่วมกันโดยใช้ RDU ๒๐๑๖ เป็นต้นแบบ
มีการติดตามการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	การติดตามและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ	**<u>สรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับจังหวัด</u>** ในไตรมาส๑ ได้มีการสื่อสารนโยบายการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยา อย่างสมเหตุผลและตัวชี้วัดแก่ทีมที่เกี่ยวข้อง

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การให้ความสำคัญกับนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของผู้บริหาร

การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาในระดับโรงพยาบาลให้มีความตระหนักในการสั่งใช้ยา โดยเฉพาะแพทย์ยังไม่ให้ความสำคัญ

ความเข้มแข็งของคณะกรรมการขับเคลื่อน sp-RDU แต่ละแห่ง

ค่าใช้จ่ายด้านยาทดแทนมีมูลค่าสูง เช่น ยาสมุนไพร หรือ ยาพาราเซตามอลเหน็บทวาร เป็นต้น

ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ยาของประชาชน

๔.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

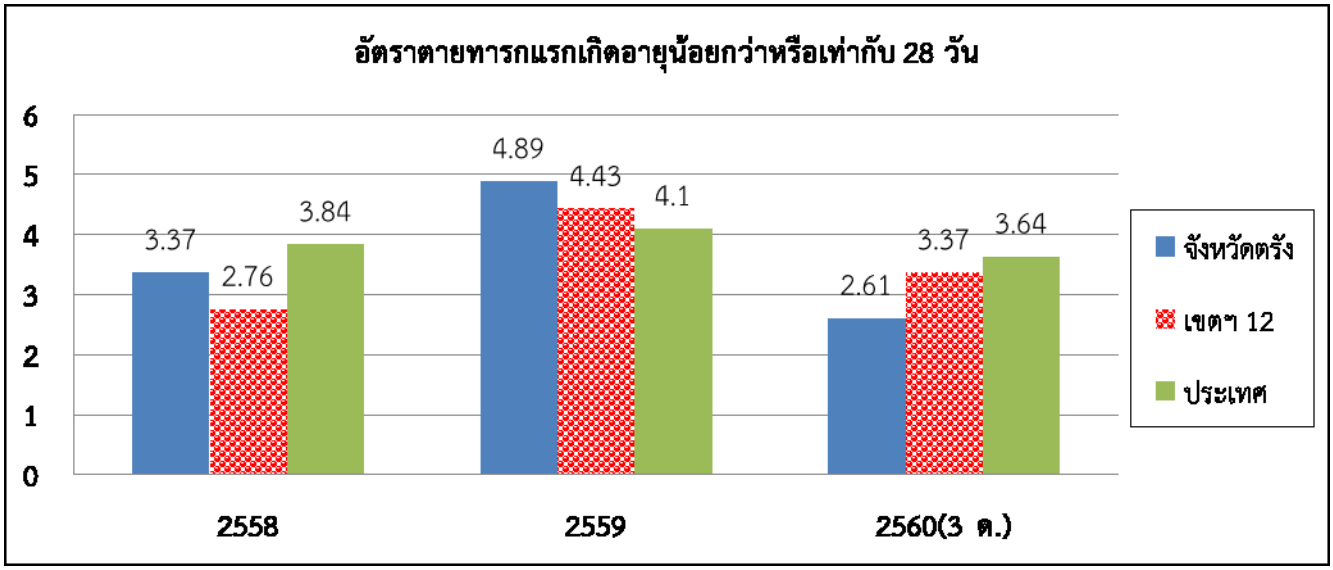
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
- สั่งใช้ยาบางท่าน ยังขาดความตระหนักในการสั่งใช้ยาอย่าง สมเหตุผล โดยเฉพาะแพทย์ - ผู้สั่งใช้ยาบางท่านไม่ยอมรับ CPG ที่มีอยู่จึงไม่ปฏิบัติตาม CPG	-ให้ผู้สั่งใช้ยาโดยเฉพาะแพทย์แต่ละสาขา หาข้อสรุปร่วมกันในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสาขาของตน โดยจัดทำ CPG กลางและประกาศใช้ทั่วประเทศ
โปรแกรมการประมวลข้อมูลที่สมบูรณ์ ยังไม่มี	กระทรวงเร่งพัฒนาโปรแกรมกลางในการดึงข้อมูลที่สมบูรณ์

๒.๓ สาขาทารกแรกเกิด

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ยังไม่สามารถลดอัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ลงได้ จากการวิเคราะห์พบปัญหา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ปัญหาความเชี่ยมโยงของระบบการส่งต่อ ทั้งการส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพเหนือกว่า และส่งกลับไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขณะเดียวกันภาวการณ์ขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) ร้อยละ ๒๒.๙๒ (ปี ๒๕๖๐ ถึง ธ.ค.๕๙) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนสูง และทารกที่รอดชีวิตมีปัญหาความพิการ เช่น BPD ROP สมองพิการ พัฒนาการล่าช้า รวมทั้งบุคลากรยังขาดแคลนโดยเฉพาะกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด พยาบาลเฉพาะทางทารกแรกเกิด สัดส่วนพยาบาลต่อการดูแลทารกยังไม่ได้มาตรฐาน ระบบการส่งต่อยังไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงยังมีทารกอีกส่วนหนึ่งที่มีปัญหาด้านโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคทางศัลยกรรม ที่ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและศัลยกรรมเด็ก ตามลำดับ การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำและการส่งเสริมการให้นมแม่ในเด็กป่วย การคัดกรองทารกที่มีปัญหาโรคหัวใจชนิดเขียว เพื่อช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิต เพื่อแก้ปัญหาในการดูแลทารกแรกเกิดดังกล่าว การพัฒนาบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด โดยเน้นในเรื่องการเพิ่มศักยภาพการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับทารกภายในเครือข่ายให้ได้มาตรฐานเพื่อจะนำไปสู่การลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสร้างความประทับใจแก่ประชาชนที่ได้รับบริการ โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในแต่ละพื้นที่อย่างคุ้มค่าและเป็นไปตามมาตรฐานการรักษาในแต่ละระดับหน่วยบริการอันจะส่งผลประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ใช้บริการ ลดการเกิดความพิการและลดอัตราป่วยตายของทารกแรกเกิด

ผลการดำเนินการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดจังหวัดตรัง พบว่าอัตราการตายของทารกมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คิดเป็น ๔.๘๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ ซึ่งสูงกว่าผลรวมของระดับเขตและประเทศ



ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

Health outcome :

อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ไม่เกิน ๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

อัตราส่วนการตายของทารก ปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ผลงานจังหวัดตรังเท่ากับ ๕.๓๕, ๓.๓๗ และ ๔.๘๙ ตามลำดับ สาเหตุการตายของทารก พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๐ สัปดาห์ มีความดันเลือดในปอดสูง และทารกมีความพิการแต่กำเนิด สำหรับปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙) มีอัตราเท่ากับ ๒.๖๑

Service outcome :

(๒) เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)

โรงพยาบาลตรังได้ให้บริการทั้งผู้รับบริการในเขตและนอกเขต รวมทั้งโรงพยาบาลใกล้เคียง และพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อรองรับกับอัตราการคลอดมีชีพให้เพียงพอ โดยภาพรวมทั้งจังหวัดมีจำนวนทารกคลอดมีชีพประมาณ ๗,๐๐๐ รายต่อปี ต้องมีจำนวนเตียง NICU ๑๔ เตียง (เตียง NICU ๑ เตียง : คลอด ๕๐๐ ราย) ซึ่งปัจจุบันให้บริการเตียง NICU ๘ เตียง และเพิ่มอีก ๒ เตียง ในปี ๒๕๖๑ ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการของทารกป่วย โดยอัตราการครองเตียง ปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๘๐, ๗๔.๐๐, ๗๙.๑๖ และ ๘๕.๘๙ ตามลำดับ

การเพิ่มจำนวนเตียง NICU อีก ๑๐% ของจำนวนที่ต้องการ : อัตราการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิดต่อเตียง NICU พบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังพบภาวะทารกตายปริกำเนิด ในอัตราที่สูงอยู่ จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อไปรพ.ที่มีศักยภาพสูง เนื่องจากยังขาดเครื่องมือที่จำเป็นได้แก่ High Frequency Ventilator ตลอดจนกุมารแพทย์เฉพะทาง การขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานของพยาบาลและแพทย์

(๓) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (>๖๐%)

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไป มีจำนวน ๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง ห้วยยอด ย่านตาขาว

มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในทารกแรกเกิดคิดเป็นร้อยละ ๖๖.๖๖ ยกเว้นโรงพยาบาลย่านตาขาว ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ พบเด็กผิดปกติ ๒ ราย ที่โรงพยาบาลห้วยยอด ในส่วนของโรงพยาบาลต่ำกว่าระดับ F๑ ในจังหวัดตรังมีการคัดกรองอีก ๓ แห่ง คือ รพช.กันตัง ปะเหลียน และรพช.นาโยง

(๔) มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ

มีระบบประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดา (Intrauterine transfer system) เพื่อมาคลอดในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
		ระดับ	A	M๒	F๑	๒	F๒	F๒	F๒	F๒	F๒	F๓	-
๑.	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐	เป้าหมาย	๙๔๙	๑๓๖	๑๐๔	๑๐๓	๕๒	๖๖	๔๓	๓๘	๔๐	๐	**๑,๕๓๑**
		ผลงาน	๔	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๔**
		อัตรา/ร้อยละ	๔.๒๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๒.๖๑**
ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
		ระดับ	A	M๒	F๑	๒	F๒	F๒	F๒	F๒	F๒	F๓	-
๒.	เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ	จำนวนทารกเกิดมีชีพ ปี ๕๙	๔,๑๓๙	๕๑๘	๔๐๗	๔๐๓	๓๕๕	๒๖๔	๒๓๕	๒๒๓	๒๐๐	๑	๖,๗๔๕
		จำนวนเตียง	๘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๘**
		อัตรา/ร้อยละ	๘.๒๘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๑๓.๔๙**
๓	ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด(๖๐%)	เป้าหมาย	๑	๑	๐	-	-	-	-	-	-	-	**๒**
		ผลงาน	๑	๑	๓	-	-	-	-	-	-	-	**๓**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๐.๐๐	-	-	-	-	-	-	-	**๖๖.๖๖**
	ทั้งจังหวัด ๕ แห่ง		๑	๑		๑	๑			๑			**๕/๑๐ (๕๐%)**
๔	มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ	เป้าหมาย											**มี**
		ผลงาน											**มี**

		อัตรา/ร้อยละ											มี
บุคลากรสาขาทารกแรกเกิด													
๑	กุมารแพทย์	ราย	๙	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๐
๒	พยาบาลเฉพาะทาง (๔ เดือน)	ราย	๕	กำลังศึกษา ๑ ราย	-	-	-	-	-	-	-	-	๕
๓	พยาบาลเฉพาะทาง (๑ เดือน)	ราย	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
เครื่องมือ													
๑	ventilator	เครื่อง	๑๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๑
	-ชนิดความถี่สูง	เครื่อง	๓	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๓
๒	Transport incubator	เครื่อง	๑	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-	๓
๓	NBP	เครื่อง	๑๒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑๒
๔	Neopuff	เครื่อง	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๑

อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ รายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	๒๕๕๘			๒๕๕๙			๒๕๖๐ (๑ ต.ค.-๓๑ ธ.ค.๕๙)		
	คลอด	ตาย	อัตรา	คลอด	ตาย	อัตรา	คลอด	ตาย	อัตรา
ตรัง	๓,๑๔๑	๒๐	๖.๓๗	๔,๑๓๙	๓๒	๗.๗๓	๙๔๙	๔	๔.๒๑
ห้วยยอด	๖๑๐	๐	๐	๕๑๘	๐	๐	๑๓๖	๐	๐.๐๐
ย่านตาขาว	๔๖๔	๐	๐	๔๐๗	๐	๐	๑๐๔	๐	๐.๐๐
กันตัง	๔๕๒	๐	๐	๔๐๓	๐	๐	๑๐๓	๐	๐.๐๐
ปะเหลียน	๔๐๓	๐	๐	๓๕๕	๑	๒.๘๒	๕๒	๐	๐.๐๐
สิเกา	๒๕๑	๐	๐	๒๖๔	๐	๐	๖๖	๐	๐.๐๐
วังวิเศษ	๑๕๐	๐	๐	๒๓๕	๐	๐	๔๓	๐	๐.๐๐
นาโยง	๒๔๙	๐	๐	๒๒๓	๐	๐	๓๘	๐	๐.๐๐
รัษฎา	๒๐๔	๐	๐	๒๐๐	๐	๐	๔๐	๐	๐.๐๐
หาดสำราญ	๒	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐
รวม	**๕,๙๒๖**	**๒๐**	**๓.๓๗**	**๖,๗๔๕**	**๓๓**	**๔.๘๙**	**๑,๕๓๑**	**๔**	**๒.๖๑**

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดจังหวัดตรัง พบว่าอัตราการตายของทารกแรกเกิด ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ ๓.๓๗ ๔.๘๙ และ ๓.๐๖ ตามลำดับ มีแนวโน้มสูงขึ้น ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ คิดเป็น ๔.๘๙ ต่อพันการเกิดมีชีพ จากการวิเคราะห์พบปัญหา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ปัญหาความเชี่ยมโยงของระบบการส่งต่อ ทั้งการส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพเหนือกว่า และส่งกลับไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนสูง และทารกที่รอดชีวิตมีปัญหาความพิการ เช่น BPD ROP สมองพิการ พัฒนาการล่าช้า ปัจจุบันรพ.ตรังเปิดบริการ เตียง NICU จำนวน ๘ เตียง จำนวนทารกคลอดมีชีพประมาณ ๗,๐๐๐ รายต่อปี ต้องมีจำนวนเตียง NICU ๑๔ เตียง (เตียง NICU ๑ เตียง : คลอด ๕๐๐ ราย) ซึ่งปัจจุบันให้บริการเตียง NICU ๘ เตียง และเพิ่มอีก ๒ เตียง ในปี ๒๕๖๑ ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการของทารกป่วย มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลห้วยยอด (M๒) และย่านตาขาว(F๒) ทุกราย ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และจังหวัดตรังมีระบบ Intrauterine transfer system ประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดา เพื่อมาคลอดในโรงพยาบาลที่มีความสามารถในการดูแลทารกแรกเกิดกลุ่มเสี่ยง

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานพื้นที่	ผลลัพธ์	โอกาสพัฒนา
ทารกที่เกิดมีชีพและมีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน	๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกคลอด	-เตียง ICU มีทั้งหมด ๘ เตียง คิดเป็น ๕๗.๑๕%, พิจารณาจากจากความต้องการจำนวนตียงปัจจุบันยังเพียงพอต่อการให้บริการ	-มีการวางแผนเพิ่มเติม NICU อีก ๒ เตียงปี ๒๕๖๑ เพื่อรองรับ Excellent center ทารกแรกเกิด
	๒. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้อง กับจำนวน NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้ มี neonatal nurse practitioner (NNP) เวรละ ๑ คน ร่วมกับมีพยาบาลวิชาชีพ ๑ คนต่อผู้ป่วย ๒ คน และ ๑ คนต่อผู้ป่วย ๔ คน สำหรับ sick newborn	-มีจำนวนพยาบาลวิชาชีพจำนวน ๒๑ คน (รวมหัวหน้าหอผู้ป่วย) เป็น NNP ๕ คน ซึ่งยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	-ส่งบุคลากรอบรม NNP ทุกปีปีละ ๒ คน
	๓. จัดระบบ Intrauterine transfer	-มีระบบประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดาเพื่อไปคลอดยังรพ.ที่มีความสามารถในการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยง	
	๔.จัดระบบstep downbeds (refer back)	-ยังไม่มีการบริหารจัดการเตียงเพื่อการรองรับการส่งกลับไป	-จัดทำแผนการบริหารจัดการเตียงเพื่อการรองรับการ

		รักษาต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้แล้ว (Stepdownbed for refer back)	ส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาลระดับ A
	๕.การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย	-มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลระดับ M๑ และ F๒	-จัดทำแผนการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลทุกราย
	๖. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทาง พยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต	-มีการสนับสนุนบุคลากรเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างต่อเนื่องปีละ ๒ คน	
	๗. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิดพร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน	-มีเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิดภายในจังหวัด	

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. ยังไม่มีกุมารแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจทำให้ -ต้องมีการส่งต่อ ๕-๖ ราย/ปี -เป็น ๑ ใน ๓ อันดับแรกของสาเหตุการตาย -ไม่มีเครื่อง Echocardiogram สำหรับเด็กทารก ๒. ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ไม่เพียงพอ ๓. ระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่เชื่อมและเป็นแนวทางเดียวกัน	๑. ควรมีกุมารแพทย์เฉพาะทางหัวใจ ๒. ยังขาดครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นได้แก่ HFOV ๒ เครื่อง Conventional (ทดแทน) ๒. จัดทำระบบข้อมูลที่ทันสมัยครบถ้วนและสามารถพร้อมใช้ ๓. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขตโดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการความรู้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ ๔. การพัฒนานวัตกรรมในการดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ	๑. การเพิ่มจำนวนเตียง NICU ตามเกณฑ์ โดยคำนึงถึงการสนับสนุนด้านบุคลากรและการพัฒนาสมรรถนะและโครงสร้างพื้นฐานของหน่วยงาน ๒. สนับสนุนแพทย์เรียนเฉพาะทางโรคหัวใจ ๓. สนับสนุนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น ๔. สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาเครื่องมือให้เพียงพอ ๕. สนับสนุนการจัดทำระบบเก็บข้อมูล ๖. สนับสนุนการพัฒนา Service plan ทางสูติกรรม เพื่อลด Preterm ๗. สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

สนับสนุนบุคลากรและครุภัณฑ์ที่สำคัญในการใช้บริการ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน

๗.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ป้ายเตือนการใช้ยา : เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา

Retraint แสนสะดวก : ง่ายสะดวก รวดเร็วในการทำหัตการ

ผ้าปิดตาทารก : ลดการเจ็บปวดจากการส่องไฟ

ชุด Keep warm : ให้วามอบอุ่นขณะส่งต่อ

กล่อง Six pack : ลดภาระงาน

๒.๔ Service Plan สาขา Palliative care

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

ข้อมูลสถิติจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ปี ๒๕๕๘ พบสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในจังหวัดตรัง สามอันดับแรก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยคิดเป็นอัตราตาย ๘๕.๔๘, ๕๐.๔๑ และ ๔๙.๖๓ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งโรคเหล่านี้ล้วนเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และผู้ป่วยมักได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานก่อนการเสียชีวิตมาก แต่ในทางกลับกัน การคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้าย เพื่อให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองยังมีน้อย ผู้ป่วยอีกจำนวนมากไม่มีสิทธิ์ได้เลือกหรือได้รับการวางแผนการดูแลช่วงสุดท้ายของชีวิตอย่างเป็นองค์รวมทั้งทางด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสาธารณสุข ทั้งหมด ๑๐ แห่ง ได้แก่

รพ.ศูนย์ ๑ แห่ง (ระดับ A) ได้แก่ รพ.ตรัง

รพช. ๙ แห่ง ได้แก่

ระดับ M๒ ๑ แห่ง คือ รพ.ห้วยยอด

ระดับ F๑ ๒ แห่ง คือ รพ.ย่านตาขาว และรพ.กันตัง

ระดับ F๒ ๕ แห่ง คือ รพ.สิเกา รพ.ปะเหลียน รพ.วังวิเศษ รพ.นาโยง และรพ.รัษฎา

ระดับ F๓ ๑ แห่ง คือ รพ.หาดสำราญ

๑.๒ เนื่องจากปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น โรงพยาบาลส่วนใหญ่ในจังหวัดตรังจึงได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ ๙๐ ของโรงพยาบาลทั้งหมด โดย ๘ ใน ๑๐ โรงพยาบาล ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานและมีพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ผ่านการอบรมเป็นระยะเวลา ๒ วันหรืออบรมระยะสั้น ๑-๒ เดือน ส่วนอีก ๒โรงพยาบาลกำลังอยู่ในขั้นจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน

โดยเฉพาะ รพ.ห้วยยอด มีจุดเด่นด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีหน่วยบริการเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ชื่อ “ตึกอโรคยา” ซึ่งมีการผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ โดยมีแพทย์และพยาบาล Palliative care ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๑.๓ โรงพยาบาลในจังหวัดตรัง มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การดูแลประคับประคองถึงร้อยละ ๘๐ ซึ่งมีเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

- Cancer ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก
- HIV infection หรือ AIDs ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และมีคะแนน PPS ≤ ๖๐%
- Chronic kidney Disease ตั้งแต่ stage ๔ ขึ้นไป ที่ไม่ประสงค์ล้าง/เปลี่ยนไต
- Stroke ที่มีใบรับรองความพิการและมี Barthel Index ≤ ๔ คะแนน
- Heart Disease ตั้งแต่ stage III ขึ้นไป (มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน)
- โรคอื่นๆ ที่ได้รับการ consult และมีคะแนน PPS ≤๕๐%

และมีระบบการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน และมีการรักษาแบบผสมผสาน แพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้ยากลุ่ม Opioids ร่วมกับระบบแพทย์ทางเลือก ได้แก่ สวดมนต์ สมาธิบำบัด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรม Family meeting การทำ Advance care plan และยังมีโครงการร่วมกับท้องถิ่นในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีคลังอุปกรณ์ให้บริการผู้ป่วยร้อยละ ๕๐ ส่วนงานวิจัยโรงพยาบาลห้วยยอดกำลังเริ่มดำเนินการ ดังแสดงในตารางที่ ๒

สภาพปัญหาของจังหวัดตรัง

ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดตรัง ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและตัวชี้วัดที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันทั้งหมด และยังไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจนและดูแลอย่างเป็นองค์รวม

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด: ร้อยละ ๙๐ ของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

Health outcome:

ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐานจนถึงวาระสุดท้าย

KPI: ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

Service outcome:

ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม

ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

KPI: - ผู้ป่วยได้รับ Strong Opioids ตามเกณฑ์

- มีการเตรียม Advance Care Plan
- มีการลงเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๓.๑ ผลการดำเนินงาน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (เดือน ต.ค.-ธ.ค. ๒๕๕๙)

ลำดับ	แผนปฏิบัติการ	ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ
		A	M2	F2	F2	F2	F2	F2	F2	F2	F3
1	จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการแบบประคับประคอง										
	*แพทย์ที่อบรม PC - ประธาน/เลขาทีม										
	มีพยาบาลประคับประคองอย่างน้อย 1 คน										
	* มีทีม PCWN ครอบคลุม OPD,IPD										
2	กำหนดแนวทางการดูแลแบบ PC										
3	จัดตั้งงานพยาบาลแบบประคับประคอง										
4	มีการคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เข้าสู่การดูแลแบบ PC > 80%										
5	มีระบบการดูแลต่อเนื่องจาก รพ. ถึงบ้าน										
6	รักษาด้วย Strong Opioid										
7	จัดระบบการดูแล และแบบการแพทย์ไทย (สวดมนต์/สมาธิบำบัด/ปรับสมดุลร่างกาย)										
8	มีกิจกรรม Family meeting /ทำ ACP										
9	มีการส่งข้อมูลต่อ ACP										
	* ระดับ รพ.										
	* ระดับจังหวัด										
	* ระดับเขต										
	* ข้ามเขต										
10	มีโครงการกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่น										
	รพ.สต/สสอ/สสจ										
11	มีคลังอุปกรณ์										
	* ระดับ รพ.										
	* ระดับจังหวัด										
	* ระดับเขต										
	* จัดทำฐานข้อมูล และบำรุงรักษาให้เข้าถึงง่าย										
12	มีงานวิจัย										
	* R2R/CQI										
	* Best Practice 1 เรื่อง/จังหวัด										
	* วิจัย 1 เรื่อง/เขต										
	* Bechmarking										

หมายเหตุ แทนโรงพยาบาลที่ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

แทนโรงพยาบาลที่กำลังดำเนินการ

แทนโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการ

ตารางที่ ๒ ผลงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองภาพรวมทั้งจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รพ.ตรัง		รพ.ห้วยยอด		รพ.ย่านตาขาว		รพ.กันตัง		รพ.ปะเหลียน		รพ.สิเกา		รพ.วังวิเศษ		รพ.นาโยง		รพ.รัษฎา	
		A		M2		F2		F2		F2		F2		F2		F2		F2	
		2559	2560	2559	2560	2559	2560	2559	2560	2559	2560	2559	2560	2559	2560	2559	2560	2559	256
1	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด	575	111	179	66	56	25	85	55	20	5	77	33	29	9	5	0	10	2
	- OPD	133	50	110	46	39	17	39	19	NA	NA	46	22	5	2	NA	NA	0	0
	- IPD	442	61	69	20	17	8	46	36	20	5	31	11	24	7	5	0	10	2
2	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวด แล้ว PS ≤ 3 คะแนน	552	109	25	20	10	16	41	6	18	0	57	25	17	7	5	0	10	0
3	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	158	64	82	32	74	57	47	40	7	2	36	12	29	9	1	NA	8	2
	- OPD	133	50	NA	21	26	13	23	20	NA	NA	0	0	5	2	NA	NA	6	1
	- เยี่ยมบ้าน	25	14	82	11	48	44	24	20	7	2	36	12	24	7	1	0	2	1
4	จำนวนผู้ป่วย/ครอบครัวที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)	259	56	54	20	NA	NA	40	40	20	5	26	7	10	20	5	0	6	2
5	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต	134	16	25	3	17	5	48	7	6	2	9	3	12	4	5	0	8	2
	- ที่บ้าน	50	3	18	1	12	2	42	6	1	2	8	3	10	4	1	0	4	1
	- ที่โรงพยาบาล	84	13	7	2	5	3	6	1	5	0	1	0	2	0	4	0	4	1

อภิปรายผลจากตาราง

โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดตรัง มีการจัดตั้งคณะกรรมพัฒนาคุณภาพแบบปรับประคองคิดเป็นร้อยละ ๘๐ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการฯ และบางโรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการฯ

การทำกิจกรรม Advance care plan ในแต่ละโรงพยาบาลมีการทำเฉพาะระดับโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระดับจังหวัด หรือระดับเขต

ด้านโครงการกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่นในแต่ละโรงพยาบาลยังมีค่อยข้างน้อย

ด้านคลังอุปกรณ์ในแต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลาย ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่ได้จัดสรรอุปกรณ์ และไม่ได้จัดทำฐานข้อมูล และการบำรุงรักษาให้เข้าถึงง่าย

ในแต่ละโรงพยาบาลยังไม่มีงานวิจัย มีแค่บางโรงพยาบาลกำลังเริ่มดำเนินการ**เท่านั้น**

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑) ด้านความรู้ ความเข้าใจของแพทย์ และพยาบาลในเรื่องการดูแล Palliative care น้อย

๒) หน่วยการบริการการดูแลประคับประคอง ไม่ชัดเจน ไม่มีพยาบาล Full time

๓) ด้านคลังอุปกรณ์ยังไม่มีการจัดทำข้อมูลที่ชัดเจน และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ

๔) การดำเนินงานของทุกโรงพยาบาล ยังไม่ได้อิงตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของจังหวัดตรัง ดังนี้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	อัตราผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ได้รับการคัดกรอง เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง	≥ 80%
2	อัตราผู้ป่วยและครอบครัวรายใหม่ได้รับการเตรียม Advance care plan	≥ 50%
3	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	≥ 50%
4	อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวด หลังการรักษาแล้วมี PS ≤ 3 คะแนน	≥ 70%
5	อัตราผู้ป่วยที่หลังการดูแลมีคะแนน ESAS ลดลง ≥ 4 คะแนน	≥ 70%
6	อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน	≥ 80%

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑.ด้านความรู้ ความเข้าใจของแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแล Palliative care	เตรียมจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในเดือนมีนาคม ๒๕๖๐ ให้พยาบาลในโรงพยาบาลตรังและพยาบาลที่รับผิดชอบในเครือข่ายตั้งเป้าหมาย ๑๐๐%
๒.หน่วยการบริการการดูแลประคับประคอง ไม่ชัดเจน และไม่มีพยาบาล, Full time ด้าน Palliative care	ฝ่ายการพยาบาลได้มอบหมายงานเป็นสองส่วน คือ พยาบาลประสานงาน และและพยาบาลปฏิบัติการเพื่อแบ่งภาระงานในลักษณะที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง
๓.ด้านคลังอุปกรณ์ยังไม่มีการจัดทำข้อมูลที่ชัดเจนและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ	จัดทำฐานข้อมูล และบำรุงรักษาให้เข้าถึงง่าย

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มีเจ้าหน้าที่ ทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้รับผิดชอบงานอื่นๆที่ทำงานด้าน Palliative care แบบ full time ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่นและต่อเนื่อง

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ในผู้ป่วยมะเร็งทุกรายมีการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยหลังทราบผลชิ้นเนื้อ OPD จะส่งพบพยาบาลเพื่อ empowerment ให้ข้อมูลในการรักษาในระยะผ่าตัดมี APN nurse ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกราย ทั้งด้านร่างกายและ palliative care ระยะรับยาเคมีบำบัด : พยาบาลห้องเคมีบำบัดจะให้การดูแลแบบประคับประคอง หากพบปัญหา สามารถปรึกษา pain clinic และโภชนากรได้ระยะแพร่กระจาย : มี pain clinic ใกล้กับ tumor clinic ของศัลยกรรม ให้การดูแลแบบ palliative ควบคู่ไปด้วย โดยแพทย์หรือทีม, มีบริการการแพทย์ทางเลือกที่ Pain clinic และ consult ใน IPD ได้ มีการส่งต่อให้ HHC ประสานการดูแลที่บ้าน กรณีญาติรับยาแทนมีการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในคนไข้มะเร็งทุกวันพุธเช้า โดยทีม Palliative care ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความทุกข์ใจน้อยลง ผ่านพ้นช่วงวิกฤติไปได้ด้วยดี

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดมุมแยกผู้ป่วยในหน่วยงาน และมีการอนุญาตให้เข้าห้องพิเศษได้ เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสงบในวาระสุดท้าย

มีทีมจิตอาสาจากกลุ่มพึ่งตน พึ่งธรรม เพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และญาติทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์

มีกิจกรรมตักบาตรข้างเตียงสำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธศาสนาทุกวันพุธที่ ๑ และ ๓ ของเดือน

มีการกิจกรรมจากชมรมชายผ้าเหลืองที่โรงพยาบาลห้วยยอด ที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างพระภิกษุสงฆ์กับเจ้าหน้าที่ในตึกอโรคยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ๒๔ ชั่วโมง

มีจิตอาสากลุ่มพึ่งตน พึ่งธรรม มาเยี่ยมให้กำลังใจและเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยระยะท้าย/ผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตรังทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ในโครงการ “**สร้างสุขที่ปลายทาง**” ซึ่งจิตอาสาประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล/สัตวแพทย์/เจ้าของธุรกิจ/ครู/อบต./ประชาชนทั่วไปในเขตพื้นที่จังหวัดตรัง) จิตอาสาจะมาปฏิบัติตามตารางปฏิบัติงานในแต่ละเดือน วันละ ๒ คน และเยี่ยมผู้ป่วยวันละ ๒ -๓ ราย และเยี่ยมนอกเวลาราชการตั้งแต่ ๑๗.๐๐ – ๑๙. ๓๐น. โดยมีพยาบาลในโรงพยาบาลตรังทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ซึ่งผู้ป่วยที่เยี่ยมต้องได้รับความยินยอมจากญาติและผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยรู้สึกตัว) จิตอาสาส่วนใหญ่จะผ่านการอบรมการเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย/ผู้สูงอายุ ลักษณะของกิจกรรมใช้หลัก Sound Therapy จิตอาสาและญาติร่วมกันการอ่านธรรมะข้างเตียงให้ผู้ป่วยฟังในรายที่นับถือศาสนาพุทธ ส่วนศาสนาคริสต์ให้ญาติอ่านคัมภีร์ไบเบิ้ล ศาสนาอิสลามให้อ่านยาซีน เป็นต้น ผลลัพธ์ที่ดำเนินโครงการมาเป็นเวลา ๒ ปี ผลลัพธ์อย่างแรก ผู้ป่วยได้กำลังใจโดยการเยียวยาทางด้านจิตใจจากญาติ ทำให้การฟื้นหายเร็วขึ้น ได้กลับเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวผู้ป่วยและโรงพยาบาล ผลลัพธ์อย่างที่สอง คือ ถ้าผู้ป่วยถึงเวลาต้องจากไป ก็จะจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ญาติก็ยอมรับกฎของธรรมชาติ ไม่โศกเศร้าจนขาดสติ และญาติส่วนหนึ่งได้มีการวางแผนทำ Living Will ไว้ด้วย ส่วนในด้านของจิตอาสาจะมีการพัฒนาตนเองขึ้นทุกข์น้อยลงจากการเจอผู้ป่วยหรือญาติที่ทุกข์กว่า เกิดความปีติในการให้ที่ปราศจากเงื่อนไข ได้ดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาท เป็นต้นแบบให้บุคคลในครอบครัวได้มาเรียนรู้ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความอบอุ่นมากขึ้น

๒.๕ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

๑.๑ การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

สรุปสถานการณ์

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ได้มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ตั้งแต่ปี ๒๕๔๙ ปัจจุบันมีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ตามระดับบริการ ประกอบด้วย รพศ. จำนวน ๑ แห่ง รพช.จำนวน ๙ แห่ง และรพ.สต./สอ. จำนวน ๑๒๕ แห่ง รวมทั้งหมด ๑๓๕ แห่ง ดังรายละเอียดตามตาราง ๑ และ ๒ ดังนี้

ตารางที่ ๑ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐ (รพ.)

ที่	หน่วยบริการ	ระดับ รพ.	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					การจัดบริการ OPD คู่ขนาน
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย(ยาปรุง)	นวดไทย (นวด ประคบ อบ)	การดูแลมารดาหลังคลอด	ยาแผนไทย (จำนวน/ชนิด)	
๑	โรงพยาบาลตรัง	A	๑	๑	๑	๑	๕๓	๑
๒	โรงพยาบาลห้วยยอด	M๒	๑	๑	๑	๑	๕๐	๑
๓	โรงพยาบาลย่านตาขาว	F๑	๑	๑	๑	๑	๓๕	๑
๔	โรงพยาบาลกันตัง	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑
๕	โรงพยาบาลสิเกา	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑
๖	โรงพยาบาลวังวิเศษ	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑
๗	โรงพยาบาลรัษฎา	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑
๘	โรงพยาบาลนาโยง	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๒	๑
๙	โรงพยาบาลปะเหลียน	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๑	๑
๑๐	โรงพยาบาลหาดสำราญ	F๓	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑
	รวม	-	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	-	๑๐

ตารางที่ ๒ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐(รพ.สต.)

ที่	หน่วยบริการตามเครือข่ายภาพ CUP	จำนวน รพ.สต.(แห่ง)	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
			ยาแผนไทย / ยาสมุนไพร (แห่ง)	เวชกรรมไทย (แห่ง)	นวดไทย (แห่ง)	การดูแลมารดาหลังคลอด (แห่ง)
๑	เมืองตรัง	๑๘	๑๘	๒	๙	๒
๒	ห้วยยอด	๒๐	๒๐	๕	๑๗	๕
๓	กันตัง	๒๐	๒๐	๑	๒	๑
๔	ย่านตาขาว	๑๖	๑๖	๑	๑๑	๔
๕	ปะเหลียน	๑๘	๑๘	๑	๔	๑
๖	สิเกา	๙	๙	๒	๕	๒
๗	นาโยง	๗	๗	๑	๑	๑
๘	รัษฎา	๖	๖	๑	๔	๑
๙	วังวิเศษ	๗	๗	๑	๑	๑
๑๐	หาดสำราญ	๔	๔	๐	๑	๐
	รวม	**๑๒๕**	**๑๒๕(๑๐๐%)**	**๑๕ (๑๒%)**	**๕๕**(๔๔%)	**๑๘** (๑๔.๔%)

บุคลากรปฏิบัติงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ในรพ.และรพ.สต. พบว่า จังหวัดตรังมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล จำนวน ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ มีบุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ตารางที่ ๓ บุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐

ที่	สถานบริการสาธารณสุข	ประเภทวุฒิการศึกษาแพทย์แผนไทย				แพทย์ฝังเข็ม	แพทย์แผนจีน	มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย				
		๔ ปี	๓ ปี	๒ ปี	ผช.			แผนไทยประยุกต์	เวชกรรม	เภสัชกรรม	นวดไทย	ผดุงครรภ์
๑	รพ.ตรัง	๕	๓	๐	๓๔	๓	๒	๑	๓	๔	๔	๕
๒	รพ.ห้วยยอด	๘	๐	๐	๒๒	๐	๒	๑	๕	๕	๔	๔
๓	รพ.กันตัง	๓	๑	๑	๔	๑	๑	๑	๑	๓	๒	๑
๔	รพ.ย่านตาขาว	๒	๐	๐	๓	๐	๐	๐	๒	๒	๒	๒
๕	รพ.ปะเหลียน	๑	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๑	๒	๑	๐
๖	รพ.สิเกา	๒	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๓	๓	๑	๒
๗	รพ.นาโยง	๒	๑	๐	๗	๐	๐	๐	๒	๒	๒	๒
๘	รพ.รัษฎา	๓	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๒	๒	๒	๒
๙	รพ.วังวิเศษ	๑	๒	๐	๑	๐	๐	๐	๒	๑	๑	๑
๑๐	รพ.หาดสำราญ	๒	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๒	๑	๑
	รวม	**๒๙**	**๑๑**	**๒**	**๖๑**	**๔**	**๕**	**๔**	**๒๒**	**๒๖**	**๒๐**	**๒๐**

ตารางที่ ๔ บุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสานที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐

ที่	สถานบริการสาธารณสุข	ประเภทวุฒิการศึกษาแพทย์แผนไทย				แพทย์ฝังเข็ม	แพทย์แผนจีน	มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย				
		๔ ปี	๓ ปี	๒ ปี	ผช.			แผนไทยประยุกต์	เวชกรรม	เภสัชกรรม	นวดไทย	ผดุงครรภ์
๑	อ.เมืองตรัง	๓	๓	๐	๘	๐	๐	๐	๒	๑	๐	๑
๒	อ.ห้วยยอด	๕	๐	๐	๑๖	๐	๐	๒	๓	๓	๓	๓
๓	อ.กันตัง	๒	๐	๐	๒	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
๔	อ.ย่านตาขาว	๒	๓	๐	๗	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
๕	อ.ปะเหลียน	๒	๒	๑	๕	๐	๐	๐	๒	๓	๑	๑
๖	อ.สิเกา	๒	๒	๐	๕	๐	๐	๒	๐	๒	๐	๑
๗	อ.นาโยง	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
๘	อ.รัษฎา	๑	๐	๐	๕	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
๙	อ.วังวิเศษ	๑	๐	๐	๕	๐	๐	๐	๑	๑	๑	๑
๑๐	อ.หาดสำราญ	๑	๐	๐	๕	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม		**๒๐**	**๑๐**	**๑**	**๕๙**	**๐**	**๐**	**๔**	**๑๒**	**๑๔**	**๙**	**๑๑**

๑.๒ บริการคลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกในรพศ. รพท.และรพช. (A-F๓) คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน (ร้อยละ ๑๐๐)

<u>สรุปสถานการณ์</u>

การจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกในรพศ. รพท.และรพช. (A-F๓) คู่ขนานกับแพทย์ แผนปัจจุบัน จังหวัดตรัง มีรพศ. จำนวน ๑ แห่ง มีการจัดบริการฯ ร้อยละ ๑๐๐ และมี รพช. จำนวน ๙ แห่ง มีการจัดบริการฯ จำนวน ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ ภาพรวมมีการจัดบริการฯ จำนวน ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐

๑.๓ คลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรที่มีการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค เช่น ไมเกรน,ข้อเข่าเสื่อม,อัมพฤกษ์,อัมพาต,ภูมิแพ้อย่างน้อย ๑ คลินิกในรพศ./รพท. (A-M๑) (ร้อยละ ๘๐)

<u>สรุปสถานการณ์</u>

การจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรที่มีการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรคเช่นไมเกรน,ข้อเข่าเสื่อม,อัมพฤกษ์,อัมพาต,ภูมิแพ้ อย่างน้อย ๑ คลินิก พบว่า โรงพยาบาลตรังมีการจัดบริการคลินิก การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งมีทั้งหมด ๕ โรค คือ หลอดเลือดสมอง , ข้อเข่าเสื่อม , ภูมิแพ้ , ไมเกรน ปวดหลังและการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ผลงานคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรโรงพยาบาลตรัง

เดือน	หลอดเลือดสมอง		ข้อเข่าเสื่อม		ภูมิแพ้		ไมเกรน		ปวดหลัง		กระตุ้นพัฒนาการเด็ก	
	แ ผ น ไทย	ฝังเข็ม	แ ผ น ไทย	ฝังเข็ม	แ ผ น ไทย	ฝังเข็ม	แ ผ น ไทย	ฝังเข็ม	แ ผ น ไทย	ฝังเข็ม	แ ผ น ไทย	ฝังเข็ม
ต.ค.๕๙	๑๓๐	๑๗๘	๑๒๓	๗๓๘	๗	๙	๖	๑๓	๗๒๙	๑๒๑	-	๑๘
พ.ย.๕๙	๙๓	๑๑๓	๗๙	๔๘	๑๓	๑๑	๔๘	๔๖	๘๑๑	๑๔๖	-	๒๓
ธ.ค.๕๙	๙๐	๑๑๗	๕๘	๕๐	๙	๑๐	๔๔	๔๘	๖๐๒	๘๓	-	๒๑
รวม	**๓๑๓**	**๔๐๘**	**๒๖๐**	**๘๓๖**	**๒๙**	**๓๐**	**๙๘**	**๑๐๗**	**๒,๑๔๒**	**๓๕๐**	**-**	**๖๒**

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ๑๘.๕)

ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุข ของรัฐ เกณฑ์ร้อยละ ๑๘.๕ จังหวัดตรัง มีผลงาน ร้อยละ ๒๔.๔๘

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวมจังหวัด
ตัวชี้วัดหลัก (ภาพรวม)	เป้าหมาย	๑๐๙,๑๓๙	๖๒,๔๔๙	๔๖,๑๗๖	๓๙,๗๐๒	๒๕,๘๓๐	๖๐,๕๒๐	๒๗,๒๒๓	๒๗,๒๗๑	๑๙,๐๖๖	๑๑,๓๔๙	**๔๒๘,๗๒๕**
	ผลงาน	๑๙,๖๘๑	๑๗,๖๒๙	๑๓,๑๔๗	๙,๘๒๓	๕,๘๕๕	๑๙,๖๕๓	๖,๒๙๙	๗,๖๓๗	๒,๗๗๐	๒,๔๕๑	**๑๐๔,๙๔๕**
	อัตรา/ร้อยละ	๑๘.๐๓	๒๘.๒๓	๒๘.๔๗	๒๔.๗๔	๒๒.๖๗	๓๒.๔๗	๒๓.๑๔	๒๘.๐๐	๑๔.๕๓	๒๑.๖๐	**๒๔.๔๘**
ตัวชี้วัดหลัก รพศ/รพช.	เป้าหมาย	๗๕,๑๐๒	๓๘,๕๕๘	๒๖,๒๒๑	๑๗,๗๘๗	๑๖,๗๔๙	๓๑,๕๙๒	๑๗,๖๔๖	๑๕,๖๓๐	๑๔,๕๗๙	๗,๐๗๙	**๒๖๐,๙๔๓**
	ผลงาน	๑๐,๗๐๗	๕,๗๔๐	๓,๖๗๐	๓,๒๙๒	๒,๖๔๑	๘,๐๖๓	๓,๙๔๙	๔,๕๒๔	๑,๕๐๗	๕๔๓	**๔๔,๖๓๖**
	อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๒๖	๑๔.๘๙	๑๔.๐๐	๑๘.๕๑	๑๕.๗๗	๒๕.๕๒	๒๒.๓๘	๒๘.๙๔	๑๐.๓๔	๗.๖๗	**๑๗.๑๑**
ตัวชี้วัดหลัก รพ.สต.	เป้าหมาย	๒๖,๕๘๕	๒๓,๘๙๑	๑๙,๙๕๕	๒๑,๔๔๘	๙,๐๘๑	๒๗,๕๐๒	๙,๕๗๗	๑๐,๗๘๘	๔,๔๘๗	๔,๒๗๐	**๑๕๗,๕๘๔**
	ผลงาน	๗,๘๗๕	๑๑,๘๘๙	๙,๔๗๗	๖,๕๒๓	๓,๒๑๔	๑๑,๔๒๗	๒,๓๕๐	๒,๘๘๘	๑,๒๖๓	๑,๙๐๘	**๕๘,๘๑๔**
	อัตรา/ร้อยละ	๒๙.๖๒	๔๙.๗๖	๔๗.๔๙	๓๐.๔๑	๓๕.๓๙	๔๑.๕๕	๒๔.๕๔	๒๖.๗๗	๒๘.๑๕	๔๔.๖๘	**๓๗.๓๒**

หมายเหตุ : อ้างอิงข้อมูลจาก HDC วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๐

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ ๑๘.๕)

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ ๑๘.๕) พบว่าในภาพรวมของตัวชี้วัดนี้ จังหวัดตรังสามารถดำเนินการได้เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๒๔.๔๘

ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกเป็นโรงพยาบาล (รพศ.ร้อยละ ๑๐, รพช. ร้อยละ ๒๐)

เมื่อจำแนกเป็นโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ กลุ่มโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๔.๒๖ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน ๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลนาโยง ร้อยละ ๒๘.๙๔ โรงพยาบาลห้วยยอด ร้อยละ ๒๕.๕๒ และ โรงพยาบาลวังวิเศษ ๒๒.๓๘ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๘.๒๖ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ร้อยละ ๓๐)

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖ อำเภอ คือ อำเภอกันตัง ร้อยละ ๔๙.๗๖ รองลงมาอำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๔๗.๔๙ อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๔๔.๖๘ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๔๑.๕๕ อำเภอ สิเกา ร้อยละ ๓๕.๓๙ และอำเภอปะเหลียน ร้อยละ ๓๐.๔๑

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ ระดับจังหวัด

การสนับสนุนยาแผนไทยในหน่วยบริการยังไม่มีเพียงพอสำหรับความต้องการใช้ยาแผนไทยของบุคลากร โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ประเภทและปริมาณของยาแผนไทย ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการเวชกรรมไทย

การจัดบริการนวดไทยในรพ.สต. มีข้อจำกัดเรื่อง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้านบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในกลุ่มข้าราชการ จะต้องมีแพทย์แผนไทย(หลักสูตร ๔ ปีและมีใบประกอบโรคศิลปะสาขาแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย หรือสาขาแพทย์แผนไทยประยุกต์)

การสนับสนุน ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยใน รพ. และ รพ.สต. และสนับสนุนงบประมาณสำหรับการจ้างแพทย์แผนไทยให้ปฏิบัติงานใน รพ.และ รพ.สต. ยังไม่ชัดเจนในเรื่องงบประมาณ และตำแหน่งที่จัดสรรได้มาไม่เพียงพอต่ออัตรากำลังและบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริงและ ไม่เพียงพอต่อภารกิจการจัดบริการตาม Service Plan

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การสนับสนุนยาแผนไทยในหน่วยบริการ ควรมีการจัดสรรงบการซื้อยาแผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลและรพ.สต.ต่อปริมาณการใช้ยาแผนไทย ในกิจกรรมต่างๆ เช่น OPD คู่ขนาน , การออกหน่วย พอสว.

โรงพยาบาลที่จัดบริการการแพทย์แผนไทย ฯ และบริการนวดไทย ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องสถานที่ ในการจัดบริการฯ เสนอควรจัดสรรงบประมาณเพื่อก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ตามสภาพความต้องการของพื้นที่

การขยายกรอบตำแหน่งแพทย์แผนไทย (FTE) ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการตาม SP ของโรงพยาบาลซึ่งต้องเปิด OPD คู่ขนาน และมีการดูแลผู้ป่วย IPD ร่วมด้วย

๒.๖ Service Plan สาขาสุขภาพจิต

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรจังหวัดตรัง ๓ ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๕๙ เท่ากับ ๖.๐๒ ๕.๗๘ และ ๖.๐๐ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดตรัง อยู่ในระดับคงที่ แต่เมื่อพิจาณารายอำเภอในแต่ละปี พบว่า อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง คือ อำเภอย่านตาขาว รัษฎา และนาโยง ตามลำดับ ส่วนอำเภออื่นๆ อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับคงที่ จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพจังหวัดตรัง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในช่วงอายุ ๕๐-๕๙ ปี รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นเพศชายร้อยละ ๖๕ โดยใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุดร้อยละ ๘๐ ปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นโรคเรื้อรัง ใช้สารเสพติด/สุรา ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่พบว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก่อน บางรายไม่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน แต่พบว่า ก่อนที่ ผู้ฆ่าตัวตายจะกระทำสำเร็จ ได้พูดถึงเรื่องเกี่ยวกับเรื่องการตายกับบุคคลที่สนิทใกล้ชิดหรือญาติบ้างแล้ว ซึ่งครอบครัวและญาติ คิดว่าไม่มีอะไร หรือไม่กระทำจริงๆ จนกระทั่งฆ่าตัวตายสำเร็จจริง ฉะนั้นบุคคลในครอบครัวหรือคนที่สนิทใกล้ชิดหรือญาติ ควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงความสำคัญถึงคำพูด “การตาย”หรือสัญญาณเตือนการตายของบุคคลในครอบครัวและญาติ หรือคนสนิทโดยเฉพาะคนที่ไม่เคยพูดเรื่องการตายมาก่อน เพื่อช่วยกันเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากร

ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า เพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ ๒๐-๒๙ ปี รองลงมาคือ อายุ ๓๐-๓๙ ปี สถานภาพโสดพบมากที่สุด ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง รองลงมาคือเกษตรกร วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้วิธีการกินยาเกินขนาดมากที่สุด รองลงมาคือกินสารเคมี น้ำยาล้างห้องน้ำ สาเหตุเกิดจากขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว น้อยใจที่ถูกดุด่า รองลงมาคือ ปัญหาด้านความรัก ทะเลาะกับคนใกล้ชิด

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๑. การพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานและระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในหน่วยบริการทุกระดับ	จังหวัดมีการประชุมเพื่อพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิต และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน รวมถึงการดูแลผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ตามมาตรฐานบริการจิตเวชเร่งด่วน และมีการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน (flow chart) ของจังหวัดชัดเจน โดยมี รพ.ตรังเป็นแม่ข่ายหลักในการให้การปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชน	การประสานการดูแลผู้ป่วยตาม พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ในระดับผู้ปฏิบัติการ ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ	จังหวัดมีแผนการจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตามพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ในระดับผู้ปฏิบัติการ ในเดือนมีนาคม ๒๕๖๐
๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ	รพศ. ๑ แห่ง, รพช. ๙ แห่ง จัดให้มีการบริการยาทางจิตเวชที่สำคัญพร้อมใช้ในหน่วยบริการ	-	-
๓. พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น	จังหวัดมีการพัฒนาการเข้าถึงบริการโรคทางจิตเวชสำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น ตามมาตรฐาน Service Plan และมีแผนพัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ รพ./สสอ./รพ.สต. และมีแนวทางการดำเนินงานที่เป็น Flow chart ที่ชัดเจน	-	-
๔. การเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม ๑. โรคจิต/โรคซึมเศร้า ๒. โรคทางกายเรื้อรัง ๓. โรคสุรา/สารเสพติด) และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการการเฝ้าระวังคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง และโรคสุรา/สารเสพติด และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน บางหน่วยบริการคัดกรองครอบคลุมถึงประชากร ๑๕ ปีขึ้นไป	-	-

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน	มีระบบการติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน flow chart ของจังหวัด	การติดตามผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายยังขาดการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๕๐๖-s online ที่ครอบคลุมทั้งหมด	ควรบันทึกข้อมูลการติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ในระบบรายงาน ๕๐๖-s online ครอบคลุมทั้งหมดทุก รพ.
๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจ และให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องอื่นๆ ตามประเด็น ODOP ของอำเภอ หรือตามบริบทของพื้นที่	-	มีแผนงาน/โครงการการวิเคราะห์ปัญหาผู้ที่เสี่ยงหรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอเพื่อเชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอตามบริบทของพื้นที่ในการสร้างความตระหนักกับประชาชนและญาติแกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๓.๑ ผลการดำเนินงานตัวชี้วัด

โรงพยาบาล	๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรไทย			๒. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี ≥๘๐%			๓. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค = ๕๐%		
	ประชากร	ผลงาน	อัตรา	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ตรัง	๑๕๒,๖๑๙	๘	๕.๒๕	๑๑	๑๑	๑๐๐	๑๙	๑๙	๑๐๐
ห้วยยอด	๙๔,๑๓๕	๒	๒.๑๓	๑๒	๑๑	๙๑.๖๗	๒๑	๒๑	๑๐๐
ย่านตาขาว	๖๔,๐๐๗	๑	๑.๕๗	๖	๕	๘๓.๓๔	๑๗	๑๗	๑๐๐

กันตัง	๘๖,๒๐๐	๐	๐	๑	๑	๑๐๐	๒๑	๒๑	๑๐๐
ปะเหลียน	๖๖,๗๕๘	๐	๐	๒	๒	๑๐๐	๑๙	๑๙	๑๐๐
สิเกา	๓๗,๔๒๓	๐	๐	๓	๓	๑๐๐	๑๐	๑๐	๑๐๐
วังวิเศษ	๔๓,๒๒๐	๐	๐	๐	๐	๐	๘	๘	๑๐๐
นาโยง	๔๔,๓๕๙	๐	๐	๓	๓	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐
รัษฎา	๒๘,๘๕๒	๐	๐	๑๓	๑๒	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
หาดสำราญฯ	๑๖,๖๕๑	๐	๐	๐	๐	๐	๕	๕	๑๐๐
ต่างจังหวัด	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	**๖๓๔,๒๒๔**	**๑๑**	**๑.๗๔**	**๕๑**	**๔๘**	**๙๔.๑๒**	**๑๓๕**	**๑๓๕**	**๑๐๐**

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙) เท่ากับ ๑.๗๔ (เกณฑ์ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)

ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙) ร้อยละ ๙๔.๑๒ (เกณฑ์เท่ากับ >๘๐%) ซึ่งผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รักษาและดูแลต่อเนื่องครั้งแรกหลังจากกลับบ้านภายใน ๒ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน และติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ ๑ ปี

ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๑๓๕ แห่งคิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ ร้อยละ ๕๐)

โรงพยาบาล	๔. ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ≥๕๐%			๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥๖๕%			๖. ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๘%		
	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
ตรัง	๒,๘๒๘	๒,๓๘๒	๘๔.๒๓	๙๘๔	๑,๕๖๔	๑๕๘.๙๕	๔๗๔	๕๖๔	๑๑๙
ห้วยยอด	๑,๗๓๙	๑,๒๘๙	๗๔.๑๓	๖๐๕	๔๕๙	๗๕.๘๗	-	-	-
ย่านตาขาว	๑,๑๙๒	๕๖๕	๔๗.๔๐	๔๑๕	๒๓๒	๕๕.๙๑	-	-	-
กันตัง	๑,๕๗๘	๕๗๙	๓๖.๗๐	๔๕๙	๒๘๙	๕๒.๖๕	-	-	-
ปะเหลียน	๑,๒๓๑	๑,๙๖๖	๑๕๙.๗๑	๔๒๘	๓๓๒	๗๗.๕๗	-	-	-
สิเกา	๖๖๖	๖๐๕	๙๐.๘๔	๒๓๒	๑๕๖	๖๗.๒๕	-	-	-
วังวิเศษ	๗๘๒	๔๑๐	๕๒.๔๓	๒๗๒	๑๖๐	๕๘.๘๓	-	-	-
นาโยง	๘๒๖	๑,๒๙๘	๑๕๗.๑๕	๒๘๗	๒๑๒	๗๓.๘๗	-	-	-

รัษฎา	๕๒๑	๕๒๖	๑๐๐.๙๖	๑๘๑	๙๓	๕๑.๓๙	-	-	-
หาดสำราญฯ	๒๙๘	๙๘	๓๒.๘๙	๑๐๓	๕๒	๕๐.๔๙	-	-	-
ต่างจังหวัด	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	**๑๑,๖๖๑**	**๙,๗๑๘**	**๘๓.๓๔**	**๔,๐๕๖**	**๓,๕๔๙**	**๘๗.๕๐**	**๔๗๔**	**๕๖๔**	**๑๑๙**

ที่มา : ๑. ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จากโปรแกรมฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า รพ. พระศรีมหาโพธิ์
๒. ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการจากโปรแกรมฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
๓. ข้อมูลผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการจากโปรแกรมฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม โรงพยาบาลตรัง

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๘๓.๓๔ (เกณฑ์ >๕๐%) แต่ยังมีอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ๓ อำเภอ คือ กันตัง ย่านตาขาว และหาดสำราญ
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๘๗.๕๐ (เกณฑ์>๖๕%) ทั้งนี้ในระดับอำเภอยังมีอำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิต คือ ย่านตาขาว กันตัง วังวิเศษ รัษฎา และหาดสำราญ
ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ =๑๑๙ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในหน่วยบริการ รพศ. ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของจังหวัดตรังที่ได้รับบริการตามแนวทางการดูแล โดยหน่วยบริการ รพช. มีการคัดกรอง ค้นหา และส่งต่อมา รพศ.เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกแห่ง

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ระบบงาน ข้อมูลและตัวชี้วัดระดับต่างๆของงานสุขภาพจิตในเชิงนโยบายมีจำนวนมากเกินไป ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีบุคลากรเพียง ๑ คน ไม่สอดคล้องกับภาระงานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู อีกทั้งให้เชื่อมโยงครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ทำให้ผู้รับผิดชอบงานมีข้อจำกัดในการทำงานทั้งการวิเคราะห์และติดตามงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และส่งผลต่อคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต
ระบบโครงสร้างการปฏิบัติงานและกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบสุขภาพจิตไม่ชัดเจน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ทำให้บุคลากรมีข้อจำกัดในการทำงานให้ทันกับปริมาณงาน และเวลาที่กำหนด
ขาดการบูรณาการงานระหว่างศูนย์สุขภาพจิตเขต และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทำให้เกิดความซับซ้อนในการทำงานในระดับพื้นที่
การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาต่อของบุคลากร หลักสูตร ๔ เดือนสาขาต่างๆทางจิตเวช กรมสุขภาพจิตสนับสนุนบางส่วนเท่านั้น ทำให้โรงพยาบาลที่มีงบประมาณจำกัดและบุคลากรขาดโอกาสในการพัฒนาองค์ความรู้ทางจิตเวช ที่จะมาช่วยปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเพื่อช่วยเหลือประชาชนในพื้นที
การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุ และปัจจัยผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงลึกยังไม่ครอบคลุม และครบถ้วน บางรายพบข้อมูลเมื่อมาชันสูตรศพกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาล ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อนำไปแก้ไขป้องกันในระดับพื้นที่ต่อไป

ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรขึ้นอยู่กับสาเหตุและปัจจัยส่งเสริมหลายๆ ปัจจัย เช่น การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างครอบครัวและสังคม เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวและเป็นสังคมเมืองมากขึ้น ทำให้ประชาชนเกิดความโดดเดี่ยว ขาดความอบอุ่น ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ สัมพันธภาพในครอบครัว และนำไปสู่ปัญหาความรุนแรงทางสังคมที่มากขึ้น ซึ่งบางรายไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้
วิกฤตการณ์ต่างๆ เป็นสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดการณ์ได้ เช่น ภัยพิบัติต่างๆที่เกิดขึ้นและกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการเยียวยาโดยเร่งด่วน ส่งผลทำให้ต้องทำงานเร่งด่วนอยู่เสมอ

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ รับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยต่างหน่วยบริการสุขภาพจากเขตบริการสุขภาพอื่นๆเพื่อรับยาต่อเนื่องมีบางรายการยาที่หน่วยบริการไม่มีจำเป็นต้องส่งกลับต่างเขตบริการสุขภาพเดิม เป็นปัญหาต่อค่ารักษาการเรียกเก็บ	ความจำเป็นในการรับยาบางรายผู้ป่วยไม่ยินยอมที่จะปรับเปลี่ยนยาเห็นสมควรยกเว้นเป็นรายกรณี	ประสานเขตบริการสุขภาพอื่นๆ
การบริการผู้ป่วยใน รพศ. ยังไม่สามารถเปิดบริการเป็นหอผู้ป่วยในได้เต็มรูปแบบเนื่องจากสถานที่บุคลากรยังไม่พร้อม	รพศ.เปิดบริการผู้ป่วยในร่วมกับหอผู้ป่วยอื่นและเปิดเป็น unit แยกที่หอผู้ป่วย ENT รับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด ๔-๖ เตียง	การให้บริการแบบผู้ป่วยในตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถรองรับได้
การส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. ไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจิตแพทย์พิจารณาแล้วเกินความสามารถบางรายถูกปฏิเสธไม่รับ	เนื่องจากจิตแพทย์รพศ.ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรส่งต่อและปัจจุบันรพศ.มีข้อจำกัดด้านบุคลากร	ประสานเรื่องการรับและส่งต่อเพื่อการรักษา

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑.ควรมีการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนามาตรฐานบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) อย่างมีประสิทธิภาพ
๒.โครงสร้างและบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความพร้อม ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน
๓) ควรจัดสรรเรื่องการปรับตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพจิต เพื่อการประเมินเลื่อนระดับ และเพิ่มแรงจูงใจ/แนวทางความก้าวหน้าในอาชีพ ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

๒.๗ Service Plan ๓ สาขาหลัก

๑.สาขากุมารเวชกรรม

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

จากข้อมูล Health Data center รายไตรมาสปี ๒๕๕๙ พบว่า เด็กอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปี บริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปวดบวม จำนวน ๔๘๐ ราย และมีอัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมของเด็ก ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๑ ซึ่งเป็นผู้ป่วยอายุ ๑ เดือน มี Congenital Heart Disease และเป็นผู้ป่วยเด็กที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวนทั้งหมด ๒๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔.๓๘

ดังนั้นในปี ๒๕๖๐ Service Plan สาขากุมารเวชกรรม จึงมีเป้าหมายโดยอัตราป่วยตายโรคปอดบวมของเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ให้ลดลงร้อยละ๑๐ ทั้งในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน

มีโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลเด็กโรคปอดบวม แก่โรงพยาบาลเครือข่าย

มีแผนการนิเทศ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ในการปฏิบัติตาม CPG การดูแลเด็กโรคปอดบวม เกณฑ์การวินิจฉัยโรค และเกณฑ์การ Refer เด็ก

การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

การประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเด็ก ๑ เดือน ถึง ๕ ปี ในระดับโรงพยาบาลชุมชนมายังระดับจังหวัด การเฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลการตายของเด็กแลการวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขร่วมกันกับโรงพยาบาลจังหวัดและเครือข่าย

พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานคณะกรรมการ ARIC ในระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย

การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กโรคปอดบวมทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและเครือข่าย

การพัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในโรงพยาบาล ระดับ M๒

สร้างเครือข่ายการมีทีมระบบปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด SP๑๖.อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี

โรงพยาบาล	ระดับ	จำนวนผู้ป่วย refer in ด้วย pneumonia ในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี	จำนวนผู้ป่วย pneumonia อายุ๑ เดือน – ๕ ปี	จำนวนผู้ป่วยDeadด้วย pneumoniaในเด็กอายุ ๑ เดือน - ๕ปี	อัตรา/ร้อยละ
ตรัง	A	๐	๑๘๒	๑	๐.๕๕
ห้วยยอด	M๒	๒	๗๒	๐	๐
ย่านตาขาว	F๑	๓	๕๖	๐	๐
กันตัง	F๒	๑	๔๑	๐	๐
สิเกา	F๒	๑	๓๙	๐	๐
ปะเหลียน	F๒	๐	๒๓	๐	๐
นาโยง	F๒	๑	๒๒	๐	๐
วังวิเศษ	F๒	๒	๑๘	๐	๐
รัษฎา	F๒	๓	๒๑	๐	๐
หาดสำราญฯ	F๓	๐	๖	๐	๐
ต่างจังหวัด	-	๑	-	-	-
รวม	-		๔๘๐	๑	๐.๒๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	**สิเกา**	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๑.	จำนวนผู้ป่วย refer in ด้วย pneumonia ในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี	อายุ ๐-๑ ปี	๔๕	๑	๐	๐	๐	๑	๑	๐	๓	๐	**๕๑**
		>๑-๒ ปี	๔๓	๐	๑	๐	๐	๐	๑	๐	๑	๐	**๔๖**
		>๒-๓ ปี	๒๗	๐	๒	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๓๑**
		>๓-๕ ปี	๒๖	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๐	๐	**๒๘**
		>๕ ปี	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๒**
		เด็กrefer ที่ on Endo tube		๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**
๒.	จำนวนผู้ป่วย pneumonia อายุ ๑ เดือน – ๕ ปี	อายุ ๐-๑ ปี		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		>๑-๒ ปี		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		>๒-๓ ปี		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		>๓-๕ ปี		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		>๕ ปี		NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
๓	จำนวนผู้ป่วย Deadด้วย pneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี	อายุ ๐-๑ ปี	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**
		>๑-๒ ปี	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**	**๐**
		>๒-๓ ปี	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**	**๐**
		>๓-๕ ปี	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**	**๐**
		>๕ ปี	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**	**๐**

อภิปรายผลจากตาราง

จากข้อมูล HDC ในรายไตรมาสพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปีบริบูรณ์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง จำนวน ๑๘๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๙๒ ของผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่าย และมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๑ เป็นเด็กอายุ ๑ เดือน มีภาวะ Underlying Congenital Heart Disease รับ refer กลับมาจากรพ.หาดใหญ่ เนื่องจากมารักษาต่อ เพื่อ Supportive เด็กมีภาวะ Neonation sepsis และมีเด็กที่รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลเอกชน ในเดือน ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๕๙ ได้แก่ ตุลาคม ๕๙ รับไว้รักษาทั้งหมด จำนวน ๖๕ ราย รับส่งต่อมา ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙๒ เดือนพฤศจิกายน รับไว้รักษาทั้งหมด จำนวน ๔๘ ราย รับส่งต่อมา ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘.๓๓ เดือนธันวาคม ๕๙ รับไว้รักษาทั้งหมด จำนวน ๔๔ ราย รับส่งต่อมา ๖ ราย คิดเป็น ร้อยละ ๑๓.๖๓

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงานในระดับคณะกรรมการ ARIC ระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย ยังไม่ได้มีการกำหนดแผนงาน โครงการอย่างต่อเนื่อง
การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง ได้ดำเนินการสืบสวนสาเหตุการตาย และการจัดทำ Conference case วิเคราะห์แก้ปัญหาทำในเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด ยังไม่ได้ทำร่วมกันในระดับเครือข่าย โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ มีกุมารแพทย์เพียง ๑ โรงพยาบาล การการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องให้ออกซิเจนหรือรับการรักษาที่ซับซ้อน ต้องส่งต่อมารับการรักษาโรงพยาบาลตรัง การยังไม่มีการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม Lower respiratory tract infection ได้

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑.คณะกรรมการ ARIC ยังไม่ได้ดำเนินการในระดับเครือข่าย	-การดำเนินงานคณะกรรมการ ARIC ในระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย	
๒.โรงพยาบาลระดับจังหวัดยังขาดอัตรากำลัง ในการจัดบุคลากรในการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กโรคระบบทางเดินหายใจได้ตามแผน	-	-การจัดบุคลากรในการอบรมการดูแลเด็กระบบทางเดินหายใจได้ตามแผน
๓.โรงพยาบาลระดับ M๒ ยังไม่มีเครื่องมือ Oxygen high flow system	-การให้โรงพยาบาลระดับ M๒ พัฒนาศักยการการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system	-การพัฒนาศักยการการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในรพ.ระดับM๒

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาโรคปอดบวมในเด็กตามแนวทางมาตรฐาน ARIC ในรพ.ทุกระดับ

การพัฒนาการใช้ CPG ในการดูแล ARIC ทุกระดับ และเกณฑ์ในการ Refer ผู้ป่วย และการดูแลระหว่างนำส่ง

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การใช้ Oxygen high flow system ในการดูแลผู้ป่วย Impending Respiratory Failure โดยใช้ Non invasive Respirator

๒. Service Plan สาขาศัลยกรรมกระดูก

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

การพัฒนาการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกจังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้พัฒนาระบบการ Consult online ในจังหวัดตรังสามารถช่วยในการวางแผนการรักษา รพช.มีความมั่นใจในการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน

มีการจัดประชุมวางแผนงานและโครงการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลชุมชน M๒ ลงไป ระดับเขตสุขภาพที่ รพ.หาดใหญ่เมื่อวันที่ ๑๓ ต.ค.๕๙

การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

มีการเพิ่มเติมความรู้ วิทยาการใหม่ๆและ conference case ทุกวันพุธโดยมีแพทย์จากโรงพยาบาล M๒ และแพทย์จากโรงพยาบาลตรัง

พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน จ.ตรัง ในวันที่ ๒๘-๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐

สร้างเครือข่าย

ระบบการ Consult online ในโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตรัง ๑๐๐ % ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ที่ผ่านมา โรงพยาบาลชุมชน M ๒ ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้มากกว่าร้อยละ ๕๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัดร้อยละของการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป

โรงพยาบาล	ระดับ	๒๕๕๙				๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)			
		จำนวน	refer	ทำเอง	ร้อยละ	จำนวน	refer	ทำเอง	ร้อยละ
ตรัง	A	๑๒๖	๐	๑๒๖	๑๐๐	๑๗	๐	๑๗	๑๐๐
ห้วยยอด	M๒	๓๘	๒	๓๖	๙๔.๗๔	๙	๐	๙	๑๐๐
ย่านตาขาว	F๑	๒๔	๑๐	๑๔	๕๘.๓๓	๑๑	๓	๘	๗๒.๗๓
กันตัง	F๒	๓๖	๒	๓๔	๙๔.๔๔	๑๖	๑	๑๕	๙๓.๗๕
สิเกา	F๒	๗	๑	๖	๘๕.๗๑	๕	๐	๕	๑๐๐
ปะเหลียน	F๒	๒๙	๕	๒๔	๘๒.๗๖	๓	๐	๓	๑๐๐
นาโยง	F๒	๓๐	๑๕	๑๕	๕๖.๐๐	๔	๓	๑	๗๕
วังวิเศษ	F๒	๑๓	๓	๑๐	๗๖.๙๒	๘	๒	๖	๗๕
รัษฎา	F๒	๑๖	๕	๑๑	๖๘.๗๕	๓	๑	๒	๖๖.๖๗
หาดสำราญฯ	F๓	๗	๒	๕	๗๑.๔๓	๐	๐	๐	n/a
รวม	-	๓๒๖	๔๕	๒๘๑	๘๖.๒๐	๗๖	๘	๖๘	๘๙.๔๗

ที่มา : ข้อมูลจาก สสจ.ตรัง

ผลงานการพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับ M๒ ในเขตฯ ๑๒ (รพ.ห้วยยอด)

ชนิดหัตถการ	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๐		
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
Major surgery(GA/RA)						
ORIF with Plate&Screw	๐	๑๑	๑๑	๒	๗	๒
ORIF with K-wire	๐	๔	๓	๑	๒	๐
Remove Plate&Screw	๑	๑	๑	๐	๑	๐
Repair tendon	๑	๑๓	๒	๐	๑	๑
Closed Reduction under GA	๑	๑	๐	๐	๐	๐
ORIF with Tension band wiring	๐	๓	๐	๐	๐	๐
รวม	๓	๓๓	๑๗	๓	๑๑	๓
Minor surgery (LA)						
Release Trigger finger	๗	๑๐	๒	๐	๑	๑
Carpal tunnel release	๔	๓๐	๕	๒	๑	๒
Release De quervain's	๐	๓	๐	๐	๐	๐
Excision	๑	๒๑	๑	๑	๐	๐
Other เช่น Debridment,Suter	๓	๕	๑	๐	๑	๐
Arthrotomy joint	๐	๑	๑	๐	๑	๐
A๑ Pulley	๐	๑	๐	๐	๐	๐
Closed stump	๐	๑	๒	๐	๑	๑
Eccision	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Connection Bipolar hemiphoplasty Lt hip	๐	๑	๑	๐		๐
รวม	๑๕	๗๓	๑๓	๓	๖	๔

ที่มา : ข้อมูลจาก รพช.ห้วยยอด

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าโรงพยาบาล M๒ ลงไปโรงพยาบาลชุมชน M ๒ ลงไปสามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้มากกว่าร้อยละ ๕๐ แต่ยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ๗๐ ในบางโรงพยาบาล

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้มีโรคอื่นร่วมด้วยเช่นโรคทางศัลยกรรมประสาทจึงทำให้ต้อง refer

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ข้อมูลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่ไม่มีโรคร่วม	เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่ไม่มีโรคร่วม	
ไม่มีเจ้าหน้าที่เอกซเรย์นอกเวลาราชการ	เสนอให้มีเจ้าหน้าที่เอกซเรย์นอกเวลาราชการ	

๓. Service Plan สาขาอายุรกรรม

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อ (Sepsis) ในจังหวัดตรัง เป็นสาเหตุของการตายและเป็นปัญหาสำคัญ ในปี พ.ศ.๒๕๕๙ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย sepsis ๗๖๔ คน และมีอัตราการเสียชีวิตโดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๒๙.๒๑ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาด้วยอาการติดเชื้อซึ่งต้องได้รับการประเมิน วินิจฉัยและให้การรักษาโดยให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ให้ยาปฏิชีวนะในการรักษาเบื้องต้น และการจัดสาเหตุของการติดเชื้อ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาในระยะแรกจะทาให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ Septic shock มีภาวะ Multi organ dysfunctions ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา สูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา และเพิ่มโอกาสของการเสียชีวิต การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ (Sepsis) คือการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตาย ลดลงน้อยกว่า ร้อยละ ๓๐

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนกระตุ้นให้เป็นไปตามแผน Sepsis Fast Track

การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

จัดประชุมรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ครอบคลุมในเรื่อง การประเมินรักษา การเฝ้าระวังและการดูแลส่งต่อผู้ป่วย

จัดให้มีการรายงานผลการปฏิบัติงานตัวชี้วัดทุก ๓ เดือน

การพัฒนาระบบและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากร โดยการดูแลและคัดกรองเบื้องต้น ตามระบบ Sepsis Fast Track ในการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตาย

สร้างเครือข่าย

พัฒนาศักยภาพความรู้บุคลากรด้านการดูแลรักษาและวินิจฉัยเร็ว ได้แก่การให้ Fluid resuscitation, ATB ภายใน ๑ ชั่วโมง , H/C ก่อนได้รับ ATB

พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรอง ดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย

ขยาย Node เครือข่ายรพ. ในการรักษา Sepsis

จัดระบบสนับสนุน Drug จัดทำบัญชีรายการยา ATB

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษา Sepsis จังหวัดตรัง

KPIs	เป้าหมาย	๒๕๕๗ (เริ่ม พ.ค. ๕๗)	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	ปีงบฯ ๒๕๖๐		
						ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
๑. การวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็วใน ๑ ชม.	๑๐๐%	๘๐.๘	๙๑.๖	๙๒.๘๔	๙๑.๒๓	๘๙.๒๘	๙๓.๕๐	๙๐.๙๐
๒.อัตราการใช้ sepsis protocol	๑๐๐%	๙๑.๑	๙๒.๗	๙๕.๒๘	๙๑.๓๗	๙๒.๔๕	๙๓.๓๐	๘๘.๓๗
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	๑๐๐%	๙๓.๓	๙๕.๔	๙๙.๑๐	๙๖.๗๕	๑๐๐	๑๐๐	๙๐.๒๔
๔. อัตราการได้รับยา ATB ใน ๑ชม.	๑๐๐%	๖๓.๒	๘๓.๗	๘๔.๒๓	๘๕.๑๕	๘๓.๙๒	๘๕.๓๖	๘๖.๑๘
๕. อัตราผู้ป่วยที่มี adequate tissue perfusion ภายใน ๖ ชม. >๘๐%	>๘๐%	๗๘.๖	๕๘.๖	๕๔.๐๓	๕๘.๔๗	๖๒.๒๖	๕๕	๕๘.๑๔
๖. อัตราตายรวม	< ๓๐%	๓๓.๔	๒๔.๘	๒๙.๒๑	๒๖.๖๓	๒๑.๔๓	๒๘.๔๕	๓๐
๗. อัตราวันนอนเฉลี่ย	ลดลง	๑๑.๖	๙.๙	๑๑.๙๐	๑๐.๔๗	๑๐.๘๗	๙.๓๓๓	๑๑.๒๐
๘. อัตราตายของผู้ป่วย severe sepsis/sepsis shock	ลดลง	NA	๓๙.๙	๔๕.๙๗	๔๐.๔๒	๓๗.๗๓	๔๑.๖๗	๔๑.๘๖
๙. จำนวนผู้ป่วย		๔๓๗	๑,๐๐๖	๗๖๔				

อภิปรายผลจากตาราง

จากข้อมูลพบว่า ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๕๙ มีอัตราป่วยตายผู้ป่วย Sepsis เฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ ๒๗ และอัตราป่วยตายด้วย septic shock คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๙๓ ซึ่งพบว่ามีอัตราการป่วยตายที่สูง พบว่ามีความล่าช้าในการให้ยาต้านจุลชีพเพื่อการรักษาคิดเป็นร้อยละ ๘๓.๗ และ ๘๔.๒๓ ในปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ตามลำดับ ร่วมกับขาดประสิทธิภาพของการรักษาภาวะ Septic shock ในช่วง ๖ ชั่วโมงแรกซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยใน

ภาวะวิกฤต (Critical care) โดยมีอัตรา adequate tissue perfusion ภายใน ๖ ชั่วโมงที่ร้อยละ ๕๘.๖ และ ๕๔.๐๓ ในในปี ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ตามลำดับ

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ขวด H/C ในสถานบริการเครือข่ายไม่เพียงพอ

ผู้ป่วยติดเชื้อเข้าถึงบริการล่าช้า

การประชุมทีมเครือข่าย Sepsis fast Track จ. ตรัง ทุก ๓ เดือน ร่วมกันปรึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

ทีมเข้มแข็ง ติดตามข้อมูลต่อเนื่อง

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ
- ผู้ป่วยติดเชื้อเข้าถึงบริการล่าช้า	๑. พัฒนาระบบ Fast track เข้า ICU ได้มากขึ้น โดยมีการขยายเตียง ICU ถ้าเป็นไปได้ และมีมาตรการรองรับในการบริหารจัดการเชื้อดื้อยาใน ICU ๒. พัฒนาการใช้ CPG ๓. ติดตามประเมินการใช้ SOFA, qSOFA สาหรับ รพ.ชุมชน รพ.สต และแบบประเมินการใช้ MEWS ๔. พัฒนา รพ.ชุมชน เรื่องการวินิจฉัย การให้การรักษาเบื้องต้น การรับ Consult ในจังหวัด เพื่อลดอัตราการ Refer และเพิ่ม Fast track เข้า ICU **๕.** เสนอการใช้ชุดตรวจ Blood Lactate

๒.๘ Service Plan สาขาหัวใจและหลอดเลือด

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี ๒๕๕๖ – ๒๕๕๙ พบอัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดหัวใจที่เสียชีวิตต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๕, ๒๕๕๖, ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ อัตราตายอยู่ที่ ๒๔.๒๕, ๓๕.๒๙, ๓๐.๒๓ ,๓๕.๒๓ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ตามลำดับ (ใช้ฐานข้อมูลจาก สนย.) พบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หากใช้ผลงานฐานข้อมูลจาก HDC ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ พบว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาลมีอัตราที่ลดลงดังนี้ ๗.๕๓, ๖.๗๙ และ ๑.๘๙ ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลไม่ได้สัมพันธ์กัน จังหวัดตรังได้พัฒนาการดูแลรักษาโรคหัวใจโดยมีเครือข่ายหัวใจตั้งแต่ ปี ๒๕๕๒ และพัฒนาระบบส่งต่อโดยใช้ช่องทางด่วน STEMI ในปี ๒๕๕๗ เปิดห้องตรวจสวนหัวใจและผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ทำให้อัตราตายลดลง ลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า รวมทั้งช่วยลดระยะเวลารอคอย และภาวะแทรกซ้อนซึ่งส่งผลให้ต้องเข้ารับการรักษา

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำบอลลูน

มีการคัดกรองผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ตามแนวทางของเครือข่าย

มีช่องทางการปรึกษา EKG โดย Cardiologist เป็นผู้รับปรึกษาโดยตรง

มีระบบ line group STEMI Trang

มีช่องทางด่วน กรณี STEMI สามารถ pass ER ไปห้อง Cath Lab หรือ Drip SK ที่ ICU Med ได้เลย

มีการประเมินตัวชี้วัด Fast track ทุกเดือน

การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอการทำ

มีการนัด Case IHD เพื่อทำ Elective case วันละ ๒-๓ case

มี Cardio CVT conference ทุกวันศุกร์เพื่อส่งต่อ Case ที่ต้องผ่าตัดหัวใจ

ห้อง Open heart ๒ วัน/สัปดาห์ ทำได้ ๒-๓ Case/สัปดาห์

ระยะเวลาการรอคอยทำ Balloon ๕ เดือน

ระยะเวลาการรอคอย Open heart ๒ เดือน

ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยภาวะ cardiac arrest และภาวะ cardiogenic shock สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจหยุดเต้น

แนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด

ผู้ป่วยที่มีคลื่น ST ยกที่เข้าได้กับ STEMI ปรึกษา Cardiologist ซึ่งโรงพยาบาลตรังมีแนวทางการรักษาผู้ป่วย STEMIแบบ Primary PCI base แต่ได้มีการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนระดับ F๒ทุกแห่งให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ หากกรณี Cath Lab unavailable สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ที่โรงพยาบาลชุมชน F๒ ทุกแห่ง ถ้ามีแพทย์ Refer มาด้วยหลังแทงเข็มให้ Refer ผู้ป่วยมาเลย หากไม่มีแพทย์

Refer มาได้ให้ยาละลายลิ่มเลือดจนหมดที่โรงพยาบาลชุมชนจึงRefer หลังให้ยาหมด ๓๐ นาที ให้ประเมิน Reperfusion ถ้าไม่เปิดให้พิจารณา Rescue PCI

ระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

ใช้ระบบสำรองยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลตรัง โดยให้สำรองโรงพยาบาลชุมชนละ ๒ vial หากใช้ยาละลายลิ่มเลือดไปแล้วให้งานคลังยาของโรงพยาบาลชุมชนมาเบิกที่คลังยาโรงพยาบาลตรัง หากยาใกล้หมดอายุ ให้หมุนใช้ในโรงพยาบาลที่มีจำนวนการใช้มาก

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ผลงานปี ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙)

รพ.	ระดับ	๒๖. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			SP๒๓.รพ.ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด **ในผู้ป่วย STEMI ๑๐๐%**			SP๒๔.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการ**ขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI) ≥๘๐%**			SP๒๕.อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล ≤๑๐%		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ตรัง	A	๗๑๑	๑๗	๒.๓๙	๑	๑	๑๐๐	๔๘	๓๕	๘๙.๕๘	๔๘	๗	๑๔.๕๘
ห้วยยอด	M๒	๔๑๕	๙	๒.๑๗	๑	๑	๑๐๐	๔	๒	๕๐	๔	๐	๐
ย่านตาขาว	F๑	๓๓๒	๙	๒.๗๑	๑	๑	๑๐๐	๓	๑	๓๓.๓๓	๓	๐	๐
กันตัง	F๑	๔๗๖	๗	๑.๔๗	๑	๑	๑๐๐	๗	๑	๑๔.๒๘	๗	๐	๐
สิเกา	F๒	๑๓๘	๓	๒.๑๗	๑	๑	๑๐๐	๓	๓	๑๐๐	๓	๐	๐
ปะเหลียน	F๒	๔๕๗	๓	๐.๖๖	๑	๑	๑๐๐	๒	๒	๑๐๐	๒	๐	๐
นาโยง	F๒	๒๗๖	๖	๒.๑๗	๑	๑	๑๐๐	๔	๑	๒๕	๔	๐	๐
วังวิเศษ	F๒	๒๒๗	๓	๑.๓๒	๑	๑	๑๐๐	๔	๐	๐	๔	๐	๐
รัษฎา	F๒	๑๖๔	๔	๒.๔๔	๑	๑	๑๐๐	๑	๐	๐	๑	๐	๐
หาดสำราญฯ	F๓	๙๓	๑	๑.๐๘	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	-	๓๒๘๙	๖๒	๑.๘๙	๘	๘	๑๐๐	๔๘	๓๕	๘๙.๕๘	๔๘	๗	๑๔.๕๘

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด ๑.๘๙ ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย และผู้ป่วย STEMI ยังคงมีอัตราตาย ๑๔.๕๘ มีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์เป้าหมาย(๑๐%) การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบ ๑๐๐% ทำให้อัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นเป็น ๘๙.๕๘%

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

พบว่า ถึงแม้อัตราตายมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจากมีผู้ป่วย Killip ๔ รวมอยู่ประมาณ ๓๐% ยังมีผู้ป่วยที่มาช้าเกิน ๑๒ ชั่วโมงประมาณ ๙.๖๔ % ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บหน้าอกจนกระทั่งได้เปิดหลอดเลือดหัวใจประมาณ ๑๘๗ นาที หากผู้ป่วยสามารถมาเร็วจะช่วยลดอัตราการตายได้ พบปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหัวใจได้แก่การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขาดการควบคุม ดังนั้นการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้เกิดโรคหัวใจจึงควรพัฒนาคู่ขนานกันกับการรณรงค์ให้ผู้ป่วยมาเร็ว

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
การรณรงค์ให้ผู้ป่วยมาเร็วขึ้นเพื่อลดอัตราตายจากกล้ามเนื้อหัวใจ ยังทำได้ไม่ทั่วถึง	ควรมีการรณรงค์ระดับประเทศโดยใช้สื่อที่ประชาชนสามารถตื่นตระหนกได้	เสนอระดับประเทศ
ปัญหาผู้ป่วยSTEMIส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขาดการควบคุม	ควรมีการคัดกรองด้วย CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง	กำหนดเป็นเชิงนโยบายแก่หน่วยงานหลักได้แก่งานโรคเรื้องรังและเวชกรรมสังคม
สถานที่ บุคลากรด้านโรคหัวใจ HF Clinic ห้องผ่าตัดหัวใจ Cardioward และ CCU ไม่เพียงพอมีข้อจำกัดในการรับบริการ	ผลักดันด้านสถานที่และบุคลากร	ผลักดันด้านสถานที่และบุคลากรให้ได้ในปี๒๕๖๑

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ควรมีการรณรงค์ระดับประเทศโดยใช้สื่อที่ประชาชนสามารถรับรู้และเข้าใจให้มารักษาเร็วได้
ควรมีการคัดกรองด้วย CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง
ผลักดันด้านสถานที่และบุคลากรให้ได้ในปี๒๕๖๑
เพิ่มมาตรการงดสูบบุหรี่ที่เข้มข้น

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- Portable zero gravity radiation shield ช่วยลดน้ำหนักเสื้อตะกั่วของInterventionist ซึ่งป่วยด้วยหมอนรองกระดูกคอทับเส้นประสาท

๒.๙ Service Plan สาขาโรคมะเร็ง

๑. สถานการณ์

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เป็นสาเหตุการเสียชีวิตเป็นอันดับหนึ่งของคนไทย และแนวโน้มการตายด้วยโรคมะเร็งสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีปัญหาการเข้าถึงบริการที่ดีมีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนการสร้างภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่มีราคาสูง จึงได้จัดเป็นหนึ่งในสาขาที่จะต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตามเป้าหมายแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่จะ ลดอัตราตาย ลดระยะเวลารอคอย ลดอัตราป่วย ลดค่าใช้จ่าย และบริการสุขภาพได้มาตรฐานในภาคใต้ พบว่า มีโรคมะเร็งรายใหม่จำนวน ๑๐,๓๒๒ รายต่อปี แบ่งเป็นเพศชาย ๔,๓๕๓ รายต่อปี เพศหญิง ๕,๗๘๘ รายต่อปี อุบัติการณ์โรคมะเร็งเมื่อจำแนกเป็นชนิดของโรคมะเร็ง พบว่า ในเพศชายพบมะเร็งปอดสูงเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน ๘๙๙ รายต่อปี ในเพศหญิงพบว่า มะเร็งเต้านมสูงเป็นอันดับหนึ่ง จำนวน ๙๐๑ รายต่อปี รองลงมาคือ มะเร็งปากมดลูก จำนวน ๗๓๘ รายต่อปี และมะเร็งลำไส้จำนวน ๓๒๗ รายต่อปี และประมาณการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งแต่ละปี พบว่าในภาคใต้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งประมาณปีละ ๗,๐๑๘ รายต่อปี (จากสถิติทะเบียนมะเร็งในปี ๒๐๐๗-๒๐๐๙ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ)

จังหวัดตรัง ในปี ๒๕๕๗ ที่มาจากรายงานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งในจังหวัดตรังปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบว่า จำนวน ๔๓๘ และ ๕๔๖ คน คิดเป็นอัตราการตาย ๗๖.๔๓, ๘๕.๔๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายในเพศชาย ได้แก่มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งไม่ระบุตำแหน่ง ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับในขณะที่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกตำแหน่งมะเร็ง อีกทั้งมะเร็งรายใหม่ก็เกิดเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูลโรงพยาบาลตรังปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ พบมะเร็งที่เข้ามารักษาตัวอันดับ๑ คือมะเร็งเต้านม อันดับ ๒ มะเร็งปอด อันดับ ๓ มะเร็งลำไส้ใหญ่ อันดับ ๔ มะเร็งปากมดลูก และอันดับ ๕ คือมะเร็งตับ

๒.ประเด็นการตรวจราชการ (ติดตาม ทุก ๖ เดือน)

๒.๑ ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง ๕ อันดับแรก

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

โรคมะเร็ง	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-ธ.ค.)
เต้านม	๘๗.๕	๗๐.๘๓	๘๐.๘๒	๖๓.๖๑
ลำไส้ใหญ่	๖๐	๖๖.๗	๘๘.๘๙	๘๐

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

โรคมะเร็ง	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-ธ.ค.)
เต้านม	๗๕	๖๐.๔๘	๘๐.๘๘	๗๓.๓๓
ลำไส้ใหญ่	๕๐	๖๐	๗๗.๓๓	๕๐

ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

โรคมะเร็ง	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-ธ.ค.)
เต้านม	N/A	N/A	N/A	N/A
ลำไส้ใหญ่	N/A	N/A	N/A	N/A

*ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนที่ต้องประสานโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปฉายแสง

ร้อยละของระยะโรคมะเร็งเต้านม(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-ธ.ค.)
ระยะที่๑,๒	๖๕.๓๙	๖๖	๖๙/๙๙=๖๙.๗	๑๔/๒๑=๖๖.๖๗
ระยะที่๓,๔	๓๔.๘๘	๓๕	๓๐/๙๙=๓๐.๓	๗/๒๑=๓๓.๓๓

ร้อยละของระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-ธ.ค.)
ระยะที่๑,๒	๑๓/๓๕=๓๗.๑๔	๑๔/๒๗=๕๑.๘๕	๔/๒๔=๑๖.๖๖	๖/๑๑=๕๔.๕๔
ระยะที่๓,๔	๒๒/๓๕=๖๒.๘๖	๑๓/๒๗=๔๘.๑๔	๒๐/๒๔=๘๓.๓๓	๕/๑๑=๔๕.๔๕

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งเต้านมจังหวัดตรัง ณ.วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

อำเภอ	B	ได้รับการคัดกรอง					
		A	ร้อยละ	คัดกรองด้วยตนเอง	ร้อยละ	คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่	ร้อยละ
เมืองตรัง	๓๔,๐๓๑	๔,๓๒๓	๑๒.๗	๑,๑๒๕	๓.๓๑	๔,๓๒๐	๑๒.๖๙
กันตัง	๑๘,๔๓๑	๓,๖๑๒	๑๙.๖	๘๐๘	๔.๓๘	๓,๖๐๙	๑๙.๕๘
ย่านตาขาว	๑๓,๑๕๒	๑๐,๖๔๘	๘๐.๙๖	๒๗๑	๒.๐๖	๑๐,๖๔๕	๘๐.๙๔
ปะเหลียน	๑๕,๓๑๓	๑๒,๒๕๒	๘๐.๐๑	๗,๗๖๑	๕๐.๖๘	๑๒,๒๓๘	๗๙.๙๒
สิเกา	๘,๐๖๕	๒,๘๘๘	๓๕.๘๑	๑,๐๕๑	๑๓.๐๓	๒,๘๘๑	๓๕.๗๒
ห้วยยอด	๑๙,๗๖๙	๖,๑๔๔	๓๑.๐๘	๖	๐.๐๓	๖,๑๔๔	๓๑.๐๘
วังวิเศษ	๙,๑๐๐	๓,๐๔๔	๓๓.๔๕	๒,๓๑๖	๒๕.๔๕	๒,๘๔๘	๓๑.๓
นาโยง	๙,๘๙๗	๔,๙๖๙	๕๐.๒๑	๔,๓๒๙	๔๓.๗๔	๔,๙๖๓	๕๐.๑๕
รัษฎา	๖,๓๑๕	๑๙๕	๓.๐๙	๓	๐.๐๕	๑๙๔	๓.๐๗
หาดสำราญ	๓,๒๙๒	๓๕๗	๑๐.๘๔	๖	๐.๑๘	๓๕๗	๑๐.๘๔
รวม	๑๓๗,๓๖๕	๔๘,๔๓๒	๓๕.๖๒	๑๗,๖๗๖	๑๒.๘๑	๔๘,๑๙๙	**๓๕.๐๖**

โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมมูลนิธิกาญจนบารมีในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี

เป็นโครงการที่ให้มีการคัดกรองเต้านมและส่งผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมแมมโมแกรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

รายการ	**๒๕๕๘(๑วัน)**	**๒๕๕๙(๒วัน)**
คัดกรองโดยพยาบาล (NCM)	๕๐๑(๑๐๐%)	๔๗๑(๑๐๐%)
คัดกรองโดยแพทย์	๕๙(๑๑.๗๗%)	๑๕๐(๓๑%)
Mammogram & U/S	๓๓(๖.๕๘%)	๕๘(๑๒.๓๑%)
CA	๓(๐.๕๙%) พบระยะ๒ ทั้งหมด	๕(๑.๐๖%)พบระยะ๒,๒คน และระยะ๓,๓ คน

จากตาราง : พบว่า ร้อยละการคัดกรองมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๐.๕๙ เป็น ร้อยละ ๑.๐๖ และระยะโรคยังสูงอยู่คือระยะ ๒ และ ๓

ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ณ.วันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

อำเภอ	**B**	**A**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๒๘,๑๔๕	๘,๓๘๑	๒๙.๗๘
กันตัง	๑๕,๕๗๑	๖,๕๖๓	๔๒.๑๕
ย่านตาขาว	๑๐,๗๒๑	๕,๒๑๘	๔๘.๖๗
ปะเหลียน	๑๒,๘๘๐	๖,๓๙๔	๔๙.๖๔
สิเกา	๗,๐๑๗	๔,๐๒๘	๕๗.๔
ห้วยยอด	๑๖,๗๐๓	๑๒,๑๑๕	๗๒.๕๓
วังวิเศษ	๗,๘๑๔	๓,๙๙๕	๕๑.๑๓
นาโยง	๘,๑๑๙	๔,๐๓๑	๔๙.๖๕
รัษฎา	๕,๔๓๖	๓,๒๒๔	๕๙.๓๑
หาดสำราญ	๒,๗๕๖	๑,๕๓๐	๕๕.๕๒
รวม	๑๑๕,๑๖๒	๕๕,๔๗๙	๔๘.๑๗

คัดกรองมะเร็งลำไส้ ปี ๒๕๕๙ เริ่มทำการคัดกรองในอำเภอห้วยยอด ประชากรทั้งหมด ๗๓,๐๐๒ คน

ประชากรกลุ่มอายุ ๕๐-๗๐ ปี = ๑๖,๒๔๓ คน
จากการคัดมาจาก ๓ ตำบล (๔,๔๐๑ คน)
ตำบลห้วยยอด ๑,๘๙๖ คน
ตำบลห้วยนาง ๑,๐๔๘ คน
ตำบลบางกุ้ง ๑,๔๕๗ คน (ตำบลบางกุ้งประกอบด้วยรพสต.เหนือคลอง, รพสต.นาวง

เทศบาลนาวง)

คัดกรองทั้งหมด ๓ ตำบลรวม ๓๓๓ คน

ตำบลห้วยยอด ตรวจ ๒๓๕ คน FIT Positive ๕๑ คน ร้อยละ ๒๑.๗๑ ของผู้ที่มาตรวจ

ตำบลห้วยนาง ตรวจ ๔๙๐ คน FIT Positive ๑๘๔ คน ร้อยละ ๓๗.๕๕ ของผู้ที่มาตรวจ

ตำบลบางกุ้ง ตรวจ ๒๙๔ คน FIT Positive ๙๘ คน ร้อยละ๓๓.๓๓ ของผู้ที่มาตรวจ

คัดกรองcolonoscopy ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๒-๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๙

รายการ	**จำนวน**	**%**
FIT positive	๓๓๓/๑๐๑๙	๓๒.๗
นัดมาส่องกล้อง	๒๑๖/๓๓๓	๖๔.๘๖
colonoscopy	๑๕๗/๒๑๖	๗๒.๖๙
รอนัด	๔๐	

รายการ	**จำนวน**	**%**	**ห้วยยอด**	**ห้วยนาง**	**บางกุ้ง**	**รัษฎา**	**นาวง**	**ทับเที่ยง**
total	๑๕๗	๑๐๐						
Total polyp	๔๗	๒๙.๙๓	๘	๒๖	๑๐			
Total cancer	๓	๑.๙๑	๑(stage๑)	๑(stage๑)	๑(stage๑)			
Total hyperplastic	๗	๔.๔๕	๑	๔	๑	๑		
Total other	๗	๔.๔๕	๑	๔	๑			๑
Pre cancer	๓๐	๑๙.๑๐	๕	๑๗	๗		๑	

จากตาราง พบว่า ในเขตห้วยยอดพบ ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๑๙.๑๐ ซึ่งลดการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใน๕ ปีข้างหน้าได้ และพบ มะเร็งลำไส้ในระยะที่ ๑ ร้อยละ ๑.๙๑

๔.ปัญหาและอุปสรรค

ขาดทีมแพทย์ศัลยกรรมในการ coloscopy ที่จะทำได้อย่างต่อเนื่อง

ขาดเครื่องมือ Colonoscopy

๕.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จากสถานการณ์ของโรคมะเร็งในปัจจุบัน การรณรงค์ การคัดกรองผู้ป่วย ของโรคมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ นั้นขาดความต่อเนื่อง และขาดบุคลากร อุปกรณ์ ขาดระบบและความเชื่อมโยงในการเข้าถึงบริการของประชาชน อีกทั้งทัศนคติความเข้าใจต่อโรคมะเร็งนั้นยังน้อยกลัวการรักษา เก็บปัญหาสุขภาพไว้ ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ การให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งยังขาดแคลนบุคลากรและสถานที่

อุปกรณ์เครื่องมือที่จำเป็นในการบริการรักษา เช่น เครื่องแมมโมแกรม ผู้ป่วยไม่มีเงินไปแมมโมแกรม หรือเดินทางไปแมมโมแกรม กล้องส่องลำไส้ใหญ่มี ๒ ตัว ไม่เพียงพอต่อการคัดกรองห้องผ่าตัดมี ๔ ห้องถูกใช้งานอย่างจำกัดทุกสาขา ทีมศัลยแพทย์มีการย้าย ลาออกบ่อยในแต่ละปีทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคิวรอคอยการ ผ่าตัดมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้นาน เกิน๔สัปดาห์อยู่ประมาณ๖-๘สัปดาห์ ส่วนทัศนคติต่อการรักษายังไม่ถูกต้องทำให้ไม่ยอมมารักษาหรือปฏิเสธ การรักษา และระยะเวลาให้เคมีบำบัดนานเกิน ๖ สัปดาห์หลังวินิจฉันจากสาเหตุผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ แผลหลังผ่าตัดมี seroma มาก วันนอนโรงพยาบาลนาน ๑๐-๑๔ วัน และช่วงเวลาหลังจากนัดเข้าคลินิกมะเร็งใช่เวลานาน ๒ สัปดาห์ ซึ่งยังขาดแพทย์มะเร็งวิทยามีแต่เพียงแพทย์ศัลยกรรมที่รับการอบรมเคมีบำบัด ส่งผลให้ผู้ป่วยให้เคมีบำบัดล่าช้าไป ๗ – ๘ สัปดาห์

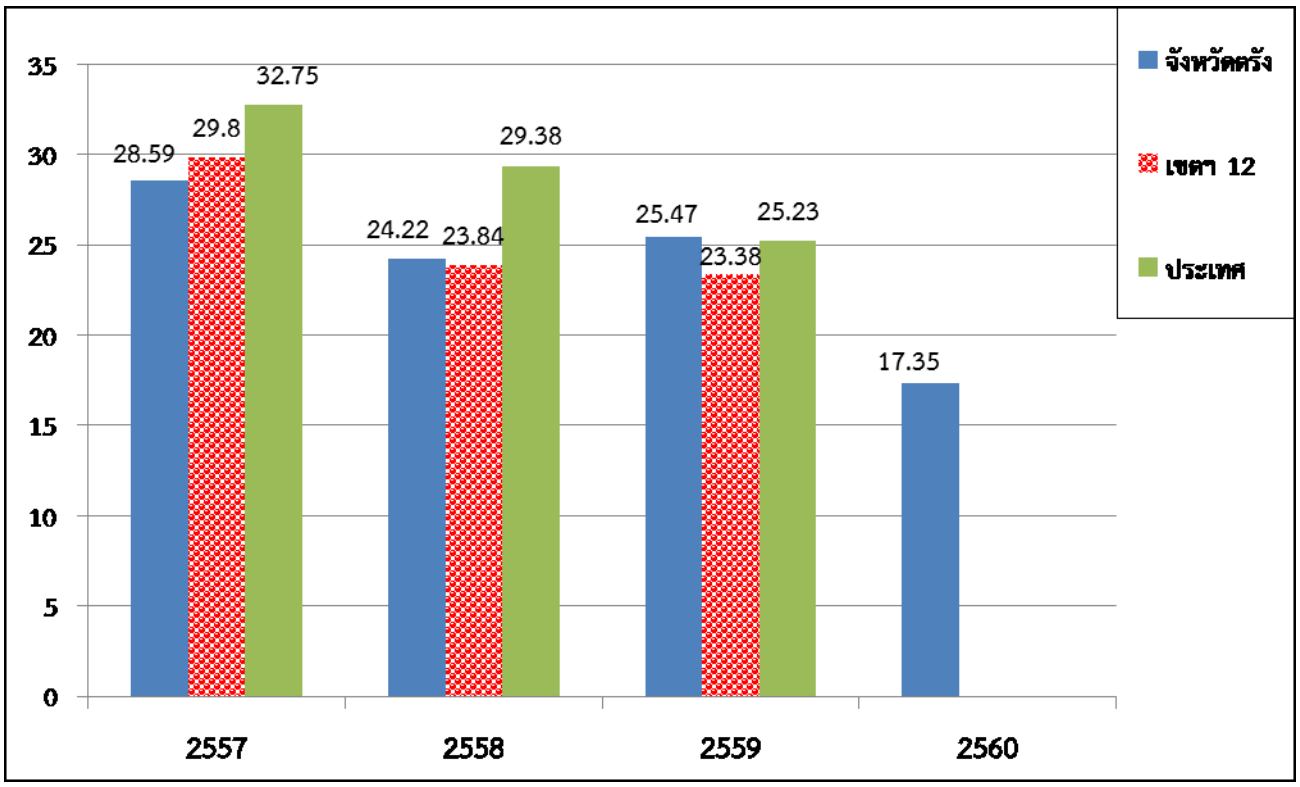
๖.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	**ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**
การคัดกรองที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ - การคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งBSE,CBEยังไม่ได้เพิ่มความตระหนักให้แก่ประชาชนถึงระยะโรคต่อการรักษาผู้ป่วยยังเข้ามารักษาเมื่อเป็นมากขึ้นแล้ว	- เพิ่มสื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ อย่างต่อเนื่อง โดยทำอย่างมีระบบ ทั่วประเทศ
- การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสิ่งที่ป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้แต่ทางปฏิบัติยังใช้ความพยายามสูงเพราะขาดทรัพยากรศัลยแพทย์ colonoscopy ทีมงานทั้งระบบ	- เพิ่มศัลยแพทย์ส่องกล้อง เพิ่มcolonoscopy เพิ่มศักยภาพที่งานตั้งแต่จุดคัดกรองจนถึงห้องผ่าตัด
การรักษา ผ่าตัด และ เคมีบำบัดมีปัญหา - ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา - ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ - ศัลยแพทย์ย้าย ลาออกบ่อย - ขาดแพทย์อายุรศาสตร์มะเร็ง	

๒.๑๐ Service Plan สาขาไต

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๖-๒๕๕๙ พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ และปี ๒๕๕๙ พบสูงกว่าระดับเขต และระดับประเทศ



ที่มา : แหล่งข้อมูล HDC ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ) (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันที่ได้รับ

ตารางแสดงการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙)

อำเภอ	ปีงบฯ ๒๕๕๙			ปีงบฯ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙)		
	ผู้ป่วย DM/HT			ผู้ป่วย DM/HT		
	ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	อัตรา (๑๐๐)	ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	อัตรา (๑๐๐)
เมืองตรัง	๙,๑๔๓	๒,๓๒๓	๒๕.๔๑	๔,๑๐๘	๗๙๕	๑๙.๓๕
กันตัง	๖,๒๗๔	๑,๐๓๔	๑๖.๔๘	๔,๖๘๐	๔๕๕	๑๑.๘๖
ย่านตาขาว	๔,๗๘๕	๑,๕๐๕	๓๑.๔๕	๒,๓๒๕	๔๕๔	๑๙.๕๓
ปะเหลียน	๕,๕๖๖	๑,๐๖๙	๑๙.๒๑	๒,๖๗๗	๒๔๑	๙.๐๐
สิเกา	๒,๔๐๘	๖๖๙	๒๗.๗๘	๘๒๖	๗๐	๘.๔๗

ห้วยยอด	๖,๔๙๑	๑,๒๓๐	๑๘.๙๕	๓,๗๕๔	๖๓๒	๑๖.๘๔
วังวิเศษ	๒,๖๗๒	๕๒๙	๑๙.๘๐	๗๗๒	๒๗๖	๓๕.๗๕
นาโยง	๓,๔๘๒	๒,๑๘๐	๖๒.๖๑	๘๐.๓	๕๐๗	๖๓.๑๔
รัษฎา	๑,๙๖๒	๓๔๔	๑๗.๕๓	๑,๓๕๘	๒๐๐	๑๔.๗๓
หาดสำราญ	๑,๐๑๙	๒๗๒	๒๖.๖๙	๓๒๙	๒๔	๗.๒๙
รวม	**๔๘,๘๐๒**	**๑๑,๑๕๕**	**๒๕.๔๗**	**๒๑,๖๓๒**	**๓,๗๕๔**	**๑๗.๓๕**

ปี ๒๕๕๙ จังหวัดตรัง พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๒๕.๔๗ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๔๓,๘๐๒ พบผลเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน ๑๑,๑๕๕ รายอำเภอที่พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่สูงสุดคือ อำเภอนาโยง รองลงมาย่านตาขาว สิเกา หาดสำราญ เมืองตรัง วังวิเศษ ปะเหลียน ห้วยยอด รัษฎา และกันตัง ร้อยละ ๖๒.๖๑, ๓๑.๔๕, ๒๗.๗๘, ๒๖.๖๙, ๒๕.๔๑, ๑๙.๘๐, ๑๙.๒๑, ๑๘.๙๕, ๑๗.๕๓ และ ๑๖.๔๘ ตามลำดับ

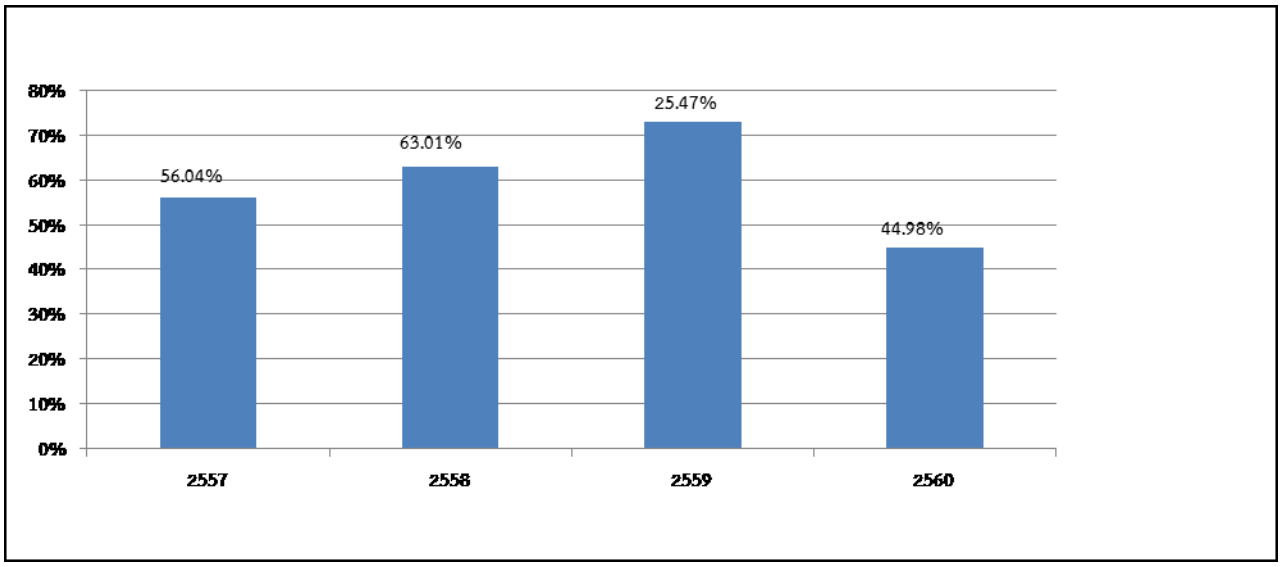
๒. ประเด็นการตรวจราชการ

๒.๑ การคัดกรองโรคไต

KPI CKD ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ เป้าหมาย ≥ ๘๐% ปี ๒๕๖๐ ๙๐%

ปี	ผู้ป่วย DM/HT	ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	คิดเป็น %
๒๕๕๗	๕๙,๘๒๙	๓๓,๕๒๗	๕๖.๐๔%
๒๕๕๘	๖๐,๐๕๖	๓๗,๘๓๙	๖๓.๐๑%
๒๕๕๙	๕๙,๙๕๙	๔๓,๘๐๒	๗๓.๐๕%
๒๕๖๐	๔๘,๐๙๑	๒๑,๖๓๒	๔๔.๙๘%

กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ เป้าหมาย ≥ ๘๐% ปี ๒๕๖๐ ≥๙๐%



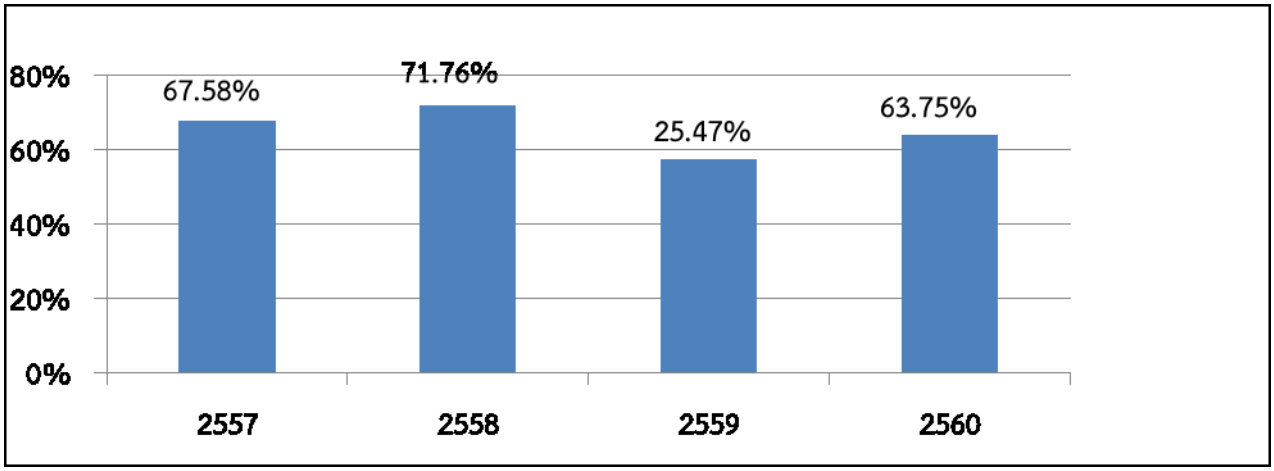
๒.๒ การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม

KPI CKD ๒.๓ การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < ml /min /๑.๗๓ $m^{๒}$ /yr

ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ เป้าหมาย ๕๐%

ปี ๒๕๖๐ เป้าหมาย ≥๖๕%

ปี	ผู้ป่วย CKD	eGFR < ๔	คิดเป็น%
๒๕๕๗	๓,๔๕๒	๒๓๓๓	๖๗.๕๘%
๒๕๕๘	๕,๓๖๘	๓๘๔๒	๗๑.๗๖%
๒๕๕๙	๘,๗๙๔	๕๐๓๖	๕๗.๒๗%
๒๕๖๐	๖,๙๓๕	๔๔๒๑	๖๓.๗๕%



๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓$m^{๒}$/yr

(เป้าหมาย: ≥๕๐% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ๒๕๕๙) (เป้าหมาย: ≥๖๕% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ๒๕๖๐)

โรงพยาบาล	ผู้ป่วย CKD ได้รับการตรวจ Creatinine/ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า		ได้รับการตรวจcreatinine/มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง< ๔		ร้อยละ	
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๕๙	๒๕๖๐
A : โรงพยาบาลตรัง	๒,๔๘๒	๙๐๐	๑,๐๘๗	๕๒๙	๔๓.๘	๕๘.๗๘
M๒ : โรงพยาบาลห้วยยอด	๖๗๗	๓๖๖	๔๑๒	๒๑๘	๖๐.๘๖	๕๙.๕๖
F๑ : โรงพยาบาลย่านตาขาว	๑,๓๔๕	๑,๑๑๖	๗๒๙	๗๑๘	๕๓.๙	๖๔.๓๔
F๒ : โรงพยาบาลกันตัง	๑,๓๙๓	๑,๑๔๕	๙๙๑	๘๓๒	๗๒.๑๘	๗๒.๖
F๒ : โรงพยาบาลปะเหลียน	๑,๐๒๑	๑,๗๑๐	๖๖๖	๑,๑๑๔	๖๕.๒๓	๖๕.๑๕
F๒ : โรงพยาบาลสิเกา	๘๙	๔๔	๕๙	๓๐	๖๖.๒๙	๖๘.๑๘
F๒ : โรงพยาบาลวังวิเศษ	๒๘๐	๓๖๘	๘๕	๑๓๔	๓๐.๓๖	๓๖.๔๑
F๒ : โรงพยาบาลนาโยง	๑,๑๕๙	๗๓๒	๗๙๐	๕๐๓	๖๘.๑๖	๖๘.๗๒
F๒ : โรงพยาบาลรัษฎา	๓๔๐	๕๔๔	๒๐๘	๓๔๐	๖๑.๑๘	๖๒.๕
F๓ : โรงพยาบาลหาดสำราญ	๒๘	๑๐	๑๓	๓	๔๖.๔๓	๓๓.๐๐
รวม	๘,๗๙๔	๖,๙๓๕	๕,๐๓๖	๔,๔๒๑	๕๗.๒๗	๖๓.๗๕

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR **<๔ ml/min/๑.๗๒ $m^{๒}$/yr** จังหวัดตรัง ในภาพรวมของจังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๕๙ สามารถทำผลงานได้ตามเป้าหมาย ผลงานอยู่ที่ร้อยละ ๕๗.๒๗ พื้นที่เครือข่ายอำเภอกันตังมีอัตราการชะลอไตเสื่อมสูงสุดร้อยละ ๗๒.๑๘ รองลงมาเป็นเขตพื้นที่อำเภอนาโยง ร้อยละ ๖๘.๑๖ และอัตราการชะลอไตเสื่อมต่ำสุดในเขตพื้นที่อำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๓๐.๓๖ และรองลงมาเป็นเขตพื้นที่อำเภอหาดเมืองตรัง ๔๓.๘ และผลงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ - ๓๑ ธ.ค.๕๙) ในภาพรวมของจังหวัดตรัง ร้อยละ ๖๓.๗๕

งานไตเทียม

การรักษาบำบัดทดแทนไตจังหวัดตรัง ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค.-ธ.ค.๕๙)
๑. จำนวนเครื่องไตเทียม					
- รพ.ตรัง	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
- รพ.ห้วยยอด		๐	๔	๕	๖
- รพ.ตรังรวมแพทย์		๘	๘	๘	๘
- รพ.วัฒนแพทย์		๘	๘	๘	๘

	รวม ๓๒ เครื่อง				
๒. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟอกเลือด					
รพ.ตรัง					
- Chronic		๔๐	๔๘	๔๘	๔๑
- Acute		๑๕๐	๑๙๐	๒๑๕	๖๘
	รวม ๖๘ คน				
รพ.ห้วยยอด		๐	๒๐	๓๒	๓๕
รพ.ตรังรวมแพทย์				๖๐	๖๐
รพ.วัฒนแพทย์				๖๔	๖๔
	รวม ๒๐๐ คน				
๓.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD)					
- รพ.ตรัง		๖๔	๖๗	๖๘	๖๘
- รพ.ห้วยยอด		๐	๗	๑๓	๑๘
	รวม ๘๖ ราย				
๔.จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต		-	-	-	-
๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการฟอกเลือดในเวลาที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖. Unplanned dialysis		NA	๙๘%	๘๘.๘๙%	๘๐%
๗. ระยะเวลารอคอยทำ Vascular Access(< ๒ เดือน) จำนวนราย	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๖. จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไตทำ Vascular Access		๒๗	๑๔	๒๑	๔

จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)

(ต.ค.-ธ.ค.59)

ผู้ป่วย	**๒๕๕๗**		**๒๕๘๘**		**๒๕๕๙**		**๒๕๖๐**	
	ราย	**ครั้ง**	**ราย**	**ครั้ง**	**ราย**	**ครั้ง**	**ราย**	**ครั้ง**
๑. Case chronic	๔๐	๓,๒๔๐	๔๘	๓,๘๔๐	๔๘	๓,๙๙๑	๔๑	๙๙๘
๒. Case acute	๑๕๐	๑,๐๑๖	๑๙๐	๘๕๙	๒๑๕	๘๒๒	๖๘	๒๐๙

จำนวนผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้อง(CAPD) : มีการให้บริการในรพ.ตรัง และรพ.ระดับ M๒ (รพ.ห้วยยอด)

ผู้ป่วย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
๑. CAPD	๖๔	๖๗	๖๘	๖๘

ข้อมูลด้านบุคลากรสาขาไตจังหวัดตรัง (ต.ค.-ธ.ค. ๒๕๕๙)

บุคลากร	รพ.ตรัง	รพ.ห้วยยอด	รพ.ตรังรวมแพทย์	ร พ . วั ฒ น แพทย์	รวมจังหวัด
๑. แพทย์โรคไต	๓	๐	๐	๐	๓
๒. แพทย์ไตเทียม ๔ เดือน	-	-	-	-	-
๓. แพทย์วางสายทางช่องท้อง	๑	-	-	-	-
๔. พยาบาลไตเทียม	๕	๑+RN๑	๕	๑+RN๑	๑๓/RN๓
๕. พยาบาล CAPD (๔ เดือน)	๒	๑	-	-	๓
๖. พยาบาล CAPD (๑ สัปดาห์)	๑	รพ.กันตัง ๑ คน	-	-	๒

จังหวัดตรังมีหน่วยไตเทียมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(Hemodialysis) ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลตรังรวมแพทย์ โรงพยาบาลวัฒนแพทย์ และมีหน่วยบริการที่ให้บริการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง และโรงพยาบาลห้วยยอด

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาประกันสังคม/เบิกได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเลือกวิธีการบำบัดรักษาทดแทนไต โดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ซึ่งจะถูกจำกัดด้วยเครื่องไตเทียม งานไตเทียมโรงพยาบาลตรัง จะฟอกเลือดให้ผู้ป่วยรายใหม่หรือผู้ป่วยรายเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อนจนอาการพ้นวิกฤติ หลังจากนั้นจะส่งผู้ป่วยไปฟอกเลือดโรงพยาบาลเอกชนที่ผู้ป่วยสมัครเข้าคิวไว้ ส่วนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เลือกบำบัดรักษาโดยการล้างไตทางช่องท้อง งานไตเทียมจะ Training ผู้ป่วยจนสามารถกลับไปล้างไตทางช่องท้องเองที่บ้าน และนัดมา Follow up ตามอาการ ๑-๒ เดือน สำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่อำเภอห้วยยอด หลังจากใส่ราย Tenchk off แล้วจะส่งผู้ป่วยไป Training ที่ รพ.ห้วยยอด

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ผู้ป่วย DM/HT เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น จากการควบคุมโรคได้ไม่ดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภคหวาน มัน เค็ม การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคไตเรื้อรังยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

บุคลากรที่ให้บริหารในคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลทุกแห่งมีไม่เพียงพอ

พัฒนา CKD คลินิก ให้มีคุณภาพครอบคลุมในระดับ รพ.สต

การส่งข้อมูลในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD ให้เครือข่ายมีการตอบกลับมาน้อย

การพัฒนาระบบ Palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ยังไม่มีรูปแบบและการดูแลที่ชัดเจน

การขยายบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีข้อจำกัดในเรื่อง สถานที่ ไม่สามารถขยับขยายได้

๕. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การประชาสัมพันธ์และรณรงค์ พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ และการป้องกันโรคไต ให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขมีความสุขในการทำงาน มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม

๒.๑๑ Service Plan สาขาตา

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

สถานการณ์จังหวัดตรัง ผู้ป่วยที่มารับบริการในรอบ ๓ ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ถึง ๒๕๕๙ สาเหตุโรคที่สำคัญของการเจ็บป่วย ๓ อันดับแรก คือ โรคต้อกระจก ร้อยละ ๒๘.๖๖, โรคต้อหิน ร้อยละ ๒๗.๒๑ และโรคเยื่อบุตาอักเสบ ร้อยละ ๑๑.๙๙ จากสถิติดังกล่าวพบว่า โรคต้อกระจกเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการสายตาเลือนราง

การผ่าตัดต้อกระจกในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ พบว่า ผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ผลงานร้อยละ ๙๘.๑๐ และผู้ป่วยต้อกระจกชนิด Low vision cataract ได้รับการผ่าตัดใน ๙๐ วัน (เกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ผลงานร้อยละ ๑๐๐

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีเครื่อง Fundus camera ๖ เครื่อง กระจายอยู่ตามโรงพยาบาลครบทุกโซนในจังหวัดตรัง และเครื่องวัดความดันลูกตา ปัจจุบันมีจำนวน ๒ เครื่อง อยู่ที่โรงพยาบาลตรังและห้วยยอด เพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคต้อหิน

การเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต

แนวทางการพัฒนาผ่านเครือข่ายบริการ

เครือข่าย	โรคต้อกระจก	เบาหวานเข้าจอประสาทตา (DR)	ภาวะตาบอดในเด็ก (ROP)	โครงการเด็กไทยสายตาดี	โครงการคัดกรองต้อหิน
P, F,M๒	ตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป อย่างง่ายๆ ด้วยการนับนิ้วที่ระยะ ๓ ม. โดยอสม. และ Visual Acuity โดย จนท.รพสต. - อบรม Eye nurse ประจำ รพช. - บันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรม Vision ๒๐๒๐	-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน ถึงความสำคัญของการตรวจจอประสาทตาอย่างน้อยปีละ๑ ครั้ง -รณรงค์คัดกรองถ่ายภาพจอประสาทตาในพื้นที่ รพสต.ทั้ง ๑๘ แห่งในเขตฯ อ.เมืองตรัง ปี ๕๙ : ๒ ครั้ง -พบเบาหวานขึ้นจอประสาทตาตั้งแต่ Moderate NPDR ส่งพบจักษุแพทย์	-มีการรณรงค์เพื่อให้มีการฝากครรภ์คุณภาพและการดูแลตนเองระหว่างการตั้งครรภ์อย่างถูกต้อง	-เตรียมโรงเรียน จนท.สถานบริการ โดยการคัดกรองและวัดสายตาเด็กนักเรียน ป.๑ ที่มีสายตา <๒๐/๔๐ ในตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือตาทั้งสองข้าง ที่มองเห็นต่างกัน ๒ แถว ส่งพบจักษุแพทย์	-สนับสนุนเครื่องวัดความดันลูกตาอัตโนมัติจากเขตฯ ๑๒ จำนวน ๑ เครื่อง -จัดอบรมให้จนท.ที่ให้ความรู้โรคต้อหินสามารถใช้เครื่องวัดความดันลูกตาอัตโนมัติได้ทุก รพช. -มีโครงการรณรงค์คัดกรองโรคต้อหินในผู้สูงอายุ ๔๐ ปี โดยคัดกรองวัดความดันลูกตาอัตโนมัติได้ และพบว่าความดันลูกตาสูงมากว่า ๒๑ mmHg. ส่งพบจักษุแพทย์
เครือข่าย	**โรคต้อกระจก**	**เบาหวานเข้าจอประสาทตา (DR)**	**ภาวะตาบอดในเด็ก (ROP)**	**โครงการเด็กไทยสายตาดี**	**โครงการคัดกรองต้อหิน**
A๑,S,M๒	-เร่งรัดการผ่าตัดต้อกระจกระยะบอดให้เป็นไปตามเป้าหมายตาม KPI ระยะ ๓ ด, ๖ ด., ๙ ด. และ ๑๒ ด.	-ยิงเลเซอร์รักษา DR ได้ภายใน ๓๐ วัน	-ติดตาม Case ROP ที่ผิดนัด -Case ROP ที่พบความผิดปกติ เช่น ชีดตัวเหลือง อ่อนเพลีย ตัวเย็น Consult กุมารแพทย์ก่อนตรวจตา -ทารกที่ off O๒ ไม่ได้ จักษุแพทย์สามารถไปตรวจที่แผนก NICU	-เตรียมเครื่องมือในการวัดแว่น -สถานที่ -ส่งรายชื่อเด็ก ป.๑ เพื่อทำแว่นที่ รพ.เด็ก -ติดตามเด็ก ป.๑ มารับแว่นฟรี -นัดติดตาม ๓ เดือน	-รักษาโดยการใช้ยาหยอดตาเพิ่มยา/ปรับยา นัด FLU ไม่ดีขึ้นพิจารณา Laser หรือผ่าตัด

โครงการดำเนินการ

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / มาตรการแก้ไข หรือดำเนินการ ปี ๒๕๕๙	เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ความก้าวหน้า	ผู้รับผิดชอบ
๑	การคัดกรองโรคต้อกระจกโดยจัดอบรม Eye nurse ๗ พ.ย.๕๙	ทั้งจังหวัด	๑ วัน	คัดกรองผู้ป่วย ส่งต่อโรคต้อกระจกได้ถูกต้อง เริ่มเก็บข้อมูลเดือน ๑. ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙ คิดเป็นร้อยละ ๓.๖๕	รพช. ทุกแห่ง

๓. มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small success)

มาตรการ	เป้าหมายระยะ ๓ เดือน	ผลงาน	เป้าหมายระยะ ๖ เดือน	เป้าหมายระยะ ๙ เดือน	เป้าหมายระยะ ๑๒ เดือน
๑. อบรม Eye Nurse ทุกรพช. คัดกรองสายตาโรคต้อกระจก	-ประชุมชี้แจงแนวทางพยาบาลอบรม Eye Nurse ทุก รพช. ๗ พ.ย.๕๙ ร้อยละ ๑๐๐	-	-	-	-
๒. ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองโรคต้อกระจก โดย รพ สต. บันทึกในโปรแกรม vision ๒๐๒๐	ร้อยละ ๒๐	๖.๓๕% (๘๖,๐๔๑/๕,๖๐๐)	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕
๓. ผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะบอด ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๐	๙๗.๓๑% (๒๖๐/๒๕๓)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
มาตรการ	**เป้าหมายระยะ ๓ เดือน**	**ผลงาน**	**เป้าหมายระยะ ๖ เดือน**	**เป้าหมายระยะ ๙ เดือน**	**เป้าหมายระยะ ๑๒ เดือน**
๔. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกระยะบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย	ร้อยละ ๒๐	๓๘.๒๔%	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐
			คัดกรองโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น	-	ประเมินผลการดำเนินงานทีมจักษุ
๕. ร้อยละผู้ป่วย ต้อหินได้รับการ คัดกรอง	ประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองต้อหินร้อยละ๑๕	๙๖.๖๗% (๗๒๕/๗๕๐)	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๖๐
๖. ร้อยละเด็กนักเรียน ป.๑ ได้รับการคัดกรองสายตาโดยจักษุแพทย์	ร้อยละ ๔๐	๖๗.๔๖% (๒๐๖/๑๔๑) อ.เมืองตรัง	ร้อยละ ๔๐	-	ร้อยละ ๘๐
๗. ร้อยละของเด็กนักเรียน ป.๑ ที่มีสายตาผิดปกติ		๕๓.๑๙% (๑๔๑/๗๕)			ร้อยละ ๖๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (≥ร้อยละ ๘๐)

อำเภอ	**ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๐**(วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)					
	ปชก.อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	ปชก. เป้าหมาย	ผ่าตัดต้อกระจก	ร้อยละ	ผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๒,๙๙๗	๑๗๘	๖๑	๓๔.๒๗	๖๐	๙๘.๓๖
ห้วยยอด	๑๓,๐๑๘	๑๐๐	๔๖	๔๖.๐๐	๔๓	๙๓.๔๘
ย่านตาขาว	๙,๒๒๒	๗๑	๒๐	๒๘.๑๗	๒๐	๑๐๐.๐๐
กันตัง	๑๑,๐๐๗	๘๔	๒๗	๓๒.๑๔	๒๗	๑๐๐.๐๐
ปะเหลียน	๙,๕๑๗	๗๔	๒๓	๓๑.๐๘	๒๑	๙๑.๓๐
สิเกา	๔,๓๘๐	๓๔	๙	๒๖.๔๗	๙	๑๐๐.๐๐
วังวิเศษ	๕,๒๓๓	๔๐	๑๗	๔๒.๕๐	๑๗	๑๐๐.๐๐
นาโยง	๗,๑๖๓	๕๕	๒๐	๓๖.๓๖	๒๐	๑๐๐.๐๐
รัษฎา	๓,๔๒๒	๒๗	๘	๒๙.๖๓	๗	๘๗.๕๐
หาดสำราญฯ	๒,๒๗๔	๑๗	๒	๑๑.๗๖	๒	๑๐๐.๐๐
ต่างจังหวัด	-	-	๓	-	๓	๑๐๐.๐๐
รวมจังหวัด	**๘๘,๒๓๓**	**๖๘๐**	**๒๓๖**	**๓๔.๗๑**	**๒๒๙**	**๙๗.๐๓**

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand

๓.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา โดย รพ./รพสต. (≥ร้อยละ๗๐) จังหวัดตรัง

อำเภอ	**ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๐** (วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)		
	ปชก.อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	ผลการคัดกรองสายตา	อัตรา/ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๒,๙๙๗	๗๕๑	๓.๒๗
ห้วยยอด	๑๓,๐๑๘	๑,๕๖๕	๑๒.๐๒
ย่านตาขาว	๙,๒๒๒	๓๖	๐.๓๙
กันตัง	๑๑,๐๐๗	๒๕๑	๒.๒๘
ปะเหลียน	๙,๕๑๗	๓๖๘	๓.๘๗
สิเกา	๔,๓๘๐	๑,๙๙๓	๔๕.๕๐
วังวิเศษ	๕,๒๓๓	๒๘	๐.๕๔
นาโยง	๗,๑๖๓	๖๐	๐.๘๔
รัษฎา	๓,๔๒๒	๕๔๑	๑๕.๘๑
หาดสำราญฯ	๒,๒๗๔	๗	๐.๓๑
รวมจังหวัด	**๘๘,๒๓๓**	**๕,๖๐๐**	**๖.๓๕**

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand

๓.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐(วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)

อำเภอ	ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Type area ๑,๓			ผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยบริการจากแฟ้ม Chronic FU		
	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการตรวจ	%	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการตรวจ	%
เมืองตรัง	๕,๒๖๕	๕๕๓	๑๐.๕	๓,๙๙๓	๕๖๔	๑๔.๑๒
ห้วยยอด	๓,๓๒๓	๙๓	๒.๘	๒,๑๘๐	๘๙	๔.๐๘
ย่านตาขาว	๒,๔๘๖	๑,๔๔๙	๕๘.๒๙	๒,๒๕๗	๑,๗๑๓	๗๕.๙
กันตัง	๒,๘๘๘	๘๐๐	๒๗.๗	๒,๒๙๙	๘๗๕	๓๘.๐๖
ปะเหลียน	๒,๖๖๒	๑๑๐	๔.๑๓	๑,๗๗๖	๗๓	๔.๑๑
สิเกา	๑,๒๘๕	๗	๐.๕๔	๖๖๓	๐	๐
วังวิเศษ	๑,๓๙๘	๑๒๕	๘.๙๔	๑,๐๘๒	๑๙๔	๑๗.๙๓
นาโยง	๑,๕๗๗	๐	๐	๑,๑๘๐	๐	๐
รัษฎา	๑,๑๘๘	๑	๐.๐๘	๗๗๔	๐	๐
หาดสำราญ	๖๐๐	๘	๑.๓๓	๔๖๒	๐	๐
รวมจังหวัด	**๒๒,๖๗๒**	**๓,๑๔๖**	**๑๓.๘๘**	**๑๖,๖๖๖**	**๓,๕๐๘**	**๒๑.๐๕**

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปีงบฯ ๒๕๖๐			รวม
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	
๑.	ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๑๐๐) (High risk DR : ผป. DM ขึ้นจอประสาทตาชนิดรุนแรงได้รับการรักษาด้วย LASER)	เป้าหมาย	๑๔	๙	๕	๓๘
		ผลงาน	๑๔	๙	๕	๓๘
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒.	อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๘	๔	๘	๒๐
		ผลงาน	๘	๔	๗	๑๙
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๘๗.๕๐	๙ ๕ .๘๓

๓.๔ อัตราการวัดสายตาในเด็กนักเรียน ป.๑(ร้อยละ ๑๐๐) ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ จังหวัดตรัง

อำเภอ	ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๐(วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙)					
	จำนวนนักเรียน	คัดกรอง		การแปรผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น		
		ทดสอบ	ไม่ได้ทดสอบ	ผิดปกติ	ผิดปกติเล็กน้อย	ส่งต่อ มอ.
เมืองตรัง	๒๐๙	๑๔๑	๖๘	๗๕	๖๑	๕
ห้วยยอด						
ย่านตาขาว						
กันตัง						
ปะเหลียน						
สิเกา		กำลังคัดกรอง				
วังวิเศษ						
นาโยง						
รัษฎา						
หาดสำราญฯ						
รวมจังหวัด	**๒๐๙**	**๑๔๑**	**๖๘**	**๗๕**	**๖๑**	**๕**

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังมีสถานบริการที่สามารถผ่าตัดต้อกระจก ๒ แห่งคือ โรงพยาบาลตรังและรพช.นาโยง มีเครื่อง ถ่ายภาพจอประสาทตา (fundus camera) ที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕ เครื่อง ใช้ระบบหมุนเวียนเครื่องร่วมกันในการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และมีเครื่องวัดความดันลูกตาอัตโนมัติ ที่ รพช. จำนวน ๑ เครื่อง เพื่อคัดกรองต้อหินในประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ทำให้สามารถเพิ่มศักยภาพในการให้บริการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการคัดกรองโรคต้อหิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายของการดำเนินงานตาม Service Plan สาขาตา คือ ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เกณฑ์ ≥ร้อยละ ๘๐) ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙) มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกทั้งหมด ๒๓๖ ราย ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๒๒๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๐๓ เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๕ วัน และร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา โดยรพ./รพสต. (เกณฑ์≥ร้อยละ ๗๐) จังหวัดตรัง ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙) ร้อยละ ๖.๓๕

อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ธ.ค.๕๙) ผลงานร้อยละ ๙๕.๘๓ มีทารก ๑ รายที่ไม่สามารถตรวจ ROP สาเหตุทารกมีภาวะวิกฤติจากโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถนำทารกออกจากตู้อบมาตรวจได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จักษุแพทย์โรงพยาบาลตรัง มีทั้งหมด ๔ คน จักษุแพทย์ ๓ คนสามารถทำการผ่าตัดต้อกระจกได้วันละ ๖-๑๐ case/ต่อคน ทำให้ผลงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนและลดความอัดที่โรงพยาบาลตรัง จึงมีการใช้สถานที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนาโยงทำการผ่าตัดได้ ๑๐ case/วัน พยาบาลประจำ รพสต.คนเดียวต้องทำหน้าที่หลายด้าน ทำให้การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม version ๒๐๒๐ Thailand ล่าช้า ทำให้ผลงานได้น้อยกว่าความเป็นจริง

กลุ่มเป้าหมาย ที่พบว่าเป็นตาต้อกระจกส่วนหนึ่งไม่สมัครใจผ่าตัด เนื่องจากกลัวการผ่าตัด ไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ไม่มีญาติดูแล เลือกแพทย์ในการผ่าตัด และมีความปกติสุขดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

๑. ไม่สามารถผ่าตัดต้อกระจกได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หอบหืด และในรายที่ไม่สามารถหยุดยาละลายลิ่มเลือดได้

๒. ผู้ป่วยเลือกแพทย์ผู้ผ่าตัดทำให้ระยะเวลารอคอยมากกว่ากำหนด

๓. ผู้ป่วยรอความพร้อมจากครอบครัว เช่น ไม่มีคนดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

๔. การลงข้อมูลในโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand พยาบาล รพสต.ลงข้อมูลไม่ทัน ต้องทำงานหลายด้าน

๒.๑๒ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

๑.๑ จำนวนประชากรทั้งหมด ๕๓๘,๓๗๔ **คน จำนวนประชากรสิทธิ์ UC** ๔๓๒,๙๖๓ **บาท**

๑.๒ หน่วยบริการสุขภาพช่องปาก

จำนวนอำเภอ	๑๐ แห่ง	จำนวน CUP	๑๐ แห่ง
จำนวน ศสม.	๔ แห่ง	จำนวน รพ.สต.	๑๒๕ แห่ง
จำนวนคลินิกทันตกรรม	๓๔ แห่ง	รพ.เอกชน	๔ แห่ง

๑.๓ จำนวนทันตบุคลากรในจังหวัดตรัง

๑.๓.๑ จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด	๕๖ คน	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร	๑ : ๖,๙๙๒
ทันตแพทย์ กสธ.	๕๕ คน	ทพ.รัฐอื่นๆ	๖ คน
ทันตแพทย์เอกชน	๑๖ คน	จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทาง	๒๕ คน
๑.๓.๒ จำนวนทันตาภิบาลทั้งหมด	๙๙ คน	สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากร	๑ : ๕,๔๓๘
ทันตาภิบาลใน สสจ.	๒ คน	ทันตาภิบาลใน รพ.	๔๐ คน
ทันตาภิบาลใน สสอ.	๖ คน	ทันตาภิบาลใน รพ.สต./ศสม.	๕๑ คน
ทันตาภิบาลตำแหน่งนักวิชาการ	๖ คน		

นิยามของ “นวก.” คือ ทันตาภิบาลที่ได้รับการเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการ และยังทำงานสุขภาพช่องปาก			
๑.๓.๓ จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด	๖๑ คน	ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ในตำแหน่ง จพง.ทันตฯ)	๙ คน
ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.	๕๐ คน	ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.สต.	๒ คน
๑.๓.๔ จำนวนช่างทันตกรรม	๑ คน	ร้อยละรพ.สต.ที่มีลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม	๑.๖๐

๑.๔ ครุภัณฑ์ทันตกรรมในการให้บริการใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๖๐ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๑๒ แห่ง
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่ไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	๕๗ แห่ง		

๑.๕ ความพร้อมในการให้บริการใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๓๕ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจาก รพ.ให้บริการ และครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๒๗ แห่ง
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจาก รพ.ให้บริการแต่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๒๙ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม	๓๗ แห่ง

ที่มา : โรงพยาบาลตรัง, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบดังนี้

๑) รพ.สต./ ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม จากผลงาน มี ๗๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๑๔

๒) รพ.สต./ ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุม ร้อยละ ๒๐ มี ๘ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖.๒๐

สรุป รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตาม ครบ ๒ องค์ประกอบ มีทั้งหมด ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๔๓ เป็นรพ.สต./ศสม. ในอำเภอย่านตาขาว เมืองตรัง ปะเหลียน กันตัง และห้วยยอด

อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

จากผลงาน HDC จังหวัดตรังจัดบริการสุขภาพช่องปากประชาชนในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๙๘ โดยอำเภอที่จัดบริการได้มากที่สุด ได้แก่ อำเภอเมืองตรัง ย่านตาขาว และสิเกา ร้อยละ ๑๘.๖๙, ๑๕.๒๕ และ ๑๒.๓๒ตามลำดับ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.อย่างมีคุณภาพของจังหวัด

ในภาพรวมของจังหวัดตรัง พบว่าองค์ประกอบที่ ๑ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม มี ๗๕ แห่ง ร้อยละ ๕๘.๑๔ และองค์ประกอบที่ ๒ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ ๒๐ มี ๘ แห่ง ร้อยละ ๖.๒๐ และมีสัดส่วนรพ.สต./ศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๒องค์ประกอบ ๗ แห่ง ร้อยละ ๕.๔๓ (ตารางที่ ๑) และ อำเภอที่มีผลงานรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพสูงสุด คือ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๑๘.๗๕ รองลงมาคืออำเภอเมืองตรัง และปะเหลียน ร้อยละ ๕.๒๖ ส่วนอำเภอสิเกา วังวิเศษ นาโยง รัษฎา และหาดสำราญยังไม่ผ่านเกณฑ์รพ.สต./ศสม.คุณภาพ

รูปที่ ๑ ผลงานภาพรวมการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.รายอำเภอ สรุปจาก HDC ณ วันที่ ๑๕ ก.พ. ๒๕๖๐

รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากมีคุณภาพตามเกณฑ์	
อำเภอ	**รพ.สต.**
ย่านตาขาว	รพ.สต.บ้านต้นปรง, รพ.สต.ในควน, รพ.สต.บ้านนานิน
เมืองตรัง	รพ.สต.น้ำผุด
ปะเหลียน	รพ.สต.สุโสะ
กันตัง	รพ.สต.บ้านนาเกลือใต้
ห้วยยอด	รพ.สต.บ้านนาวง

๓.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

ในภาพรวมจังหวัดตรัง พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขตเฉลี่ย ร้อยละ๑๒.๙๘ อำเภอที่พบอัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ สูงสุด ๓ อันดับคือ อำเภอเมืองตรัง ย่านตาขาว และสิเกา ร้อยละ ๑๘.๖๙, ๑๕.๒๕ และ ๑๒.๓๒ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑ แสดงผลงานเชิงปริมาณ (รอบ ๑ ข้อมูล ๓ เดือน ต.ค.๕๙ – ธ.ค.๕๙)

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ										ภาพรวมจังหวัด
			เมือง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	
๑	ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ>= ร้อยละ ๖๐												
๑.๑	รพสต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่อง	เป้าหมาย	๑๙	๒๑	๑๖	๒๐	๑๙	๙	๗	๘	๖	๔	๑๒๙
		ผลงาน	๑๐	๙	๑๓	๑๓	๑๐	๔	๕	๗	๓	๑	๗๕

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ										ภาพรวมจังหวัด
			เมือง	ว่ายยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	
	ปากได้ตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑ ๔ กิจกรรม	อัตรา/ร้อยละ	๕๒.๖๓	๔๒.๘๖	๘๑.๒๕	๖๕.๐๐	๕๒.๖๓	๔๔.๔๔	๗๑.๔๓	๘๗.๕๐	๕๐.๐๐	๒๕.๐๐	๕๘.๑๔
๑.๒	รพสต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๑๙	๒๑	๑๖	๒๐	๑๙	๙	๗	๘	๖	๔	๑๒๙
		ผลงาน	๒	๑	๓	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๘
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐.๕๓	๔.๗๖	๑๘.๗๕	๕.๐๐	๕.๒๖	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๖.๒๐
รวม	ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	เป้าหมาย	๑๙	๒๑	๑๖	๒๐	๑๙	๙	๗	๘	๖	๔	๑๒๙
		ผลงาน	๑	๑	๓	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๗
		อัตรา/ร้อยละ	๕.๒๖	๔.๗๖	๑๘.๗๕	๕.๐๐	๕.๒๖	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๕.๔๓
ที่มา : ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (๔๓ แฟ้ม) ข้อมูลตอบสนอง Service Plan วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐													
๒	**อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต >= ร้อยละ ๓๕**												
	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิในพื้นที่	เป้าหมาย	๑๑๖,๗๔๑	๗๒,๐๖๖	๔๙,๘๐๖	๗๑,๗๕๗	๕๗,๑๑๘	๓๑,๔๔๙	๓๖,๔๗๕	๓๗,๐๐๗	๒๒,๓๓๕	๑๓,๒๘๕	๕๑๐,๕๒๙
		ผลงาน	๒๑,๘๑๕	๗,๗๓๖	๗,๕๙๓	๗,๙๓๓	๖,๙๑๖	๓,๘๗๔	๒,๗๓๙	๔,๐๒๓	๑,๓๒๖	๑,๔๒๑	๖๖,๒๘๘
		อัตรา/ร้อยละ	๑๘.๖๙	๑๐.๗๓	๑๕.๒๕	๑๑.๐๖	๑๒.๑๑	๑๒.๓๒	๗.๕๑	๑๐.๘๗	๕.๙๔	๑๐.๗๐	๑๒.๙๘
ที่มา : ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (๔๓ แฟ้ม) การเข้าถึงบริการทันตกรรม วันที่ ๑๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐													

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการ

ปัญหาการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การส่งออก และใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม เพื่อการวางแผนและประเมินผล

ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และลาออกของทันตาภิบาล

ขาดแคลนทันตแพทย์ ทำให้มีปัญหาในการจัดบริการ

ขาดแคลนทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.

ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.

ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์ และวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก

ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่

ได้รับประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ

ขาดยูนิตทันตกรรมในรพ.สต.

มาตรการแก้ปัญหาไม่ชัดเจน

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	**ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**
๑. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขมีไม่เพียงพอ และต้องทำงานอื่นนอกเหนือจากงานทันตกรรม	ชี้แจงลักษณะงานและความสำคัญของงานทันตกรรมให้วิชาชีพอื่นเข้าใจ
๒. งานทันตกรรม เป็นงานที่ใช้เวลานานต่อ ๑ visit อีกทั้งใน ๑ งานยังเป็นงานที่มีหลายขั้นตอน แต่การนับผลงานความครอบคลุมนับเป็นรายคน ไม่ว่าจะมารับบริการกี่ visit ก็ตาม	
๓. ไม่มีเจ้าหน้าที่ keyข้อมูล เนื่องจากผู้บริการให้บริการแล้วต้องมาคีย์ข้อมูลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา	
๔. การดำเนินงานในหลายกลุ่มอายุขึ้นกับภาคการศึกษา	
๕. ข้อจำกัดการให้บริการที่ รพสต ไม่มีผู้ช่วยข้างเตียง จึงส่งผลให้ปริมาณงานน้อย	
๖. งานบริการเป็นงานที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพ มาตรฐานวิชาชีพ การกำหนดตัวชี้วัดในเชิงปริมาณอย่างเดียว จะส่งผลต่อคุณภาพของงานได้	
๗. ทันตแพทย์นอกเหนือจากงานส่งเสริม งานบริการ งานในส่วนของ back office งานแผนงานโครงการ งานส่วนรวมในรพ. งานความร่วมมือระดับอำเภอ ก็มีอีกหลายงานที่ทำ	
๘. การคีย์ข้อมูลลงโปรแกรม Hosxp ยังมีความไม่ถูกต้องทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามจริง ยังต้องมีการคอยติดตามการคีย์ข้อมูลโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ปรับตัวชี้วัดการจัดบริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของรพ.สต./ศสม. (ร้อยละ ๒๐) และเครือข่ายบริการ CUP (ร้อยละ ๓๕) เป็นเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ใกล้เคียงกัน เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลได้ร่วมกันจัดบริการทันตกรรมให้ถึงเป้าหมายในภาพเครือข่ายบริการ CUP

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

อำเภอเมืองตรัง

หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ออกหน่วยถอนฟันน้ำนม เด็กที่มีสภาวะช่องปากระดับ ๗ ทำให้เด็กแปรงฟันได้ง่าย สะอาดขึ้น กินข้าวได้ดีขึ้น

คืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้ผู้ปกครอง ทำให้เด็ก ๒ - ๑๒ ปี เข้าถึงบริการมากขึ้น และผู้ปกครองรับทราบสภาวะสุขภาพช่องปากของบุตรหลานตนเอง

ผู้ปกครองเข้าร่วมเป็นเครือข่ายดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ๒ – ๑๒ ปี

มีการเยี่ยมโรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เดือนละ ๑ ครั้งต่อแห่ง ทำให้เป็นโอกาสร่วมพัฒนาทันตสาธารณสุขในโรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยประเด็นในการเยี่ยมมี ๔ เรื่อง ได้แก่

แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

น้ำอัดลม ลูกอม ร้านขายอาหารในโรงเรียน และนอกโรงเรียน

นมฟลูออไรด์

การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กโดยครู

อำเภอนาโยง

แบบสื่อทันตสุขศึกษา เฉพาะศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีครูเป็นต้นแบบในสื่อ

๒.๑๓ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑.สถานการณ์

สถานการณ์ปัจจุบันรพ.ตรัง ได้มีการจัดตั้งหน่วยรับบริจาคอวัยวะโรงพยาบาลตรัง มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะและปลูกถ่ายไต มีการดำเนินการขอบริจาคอวัยวะทั้งจากผู้มีชีวิต และจากภาวะสมองตาย โดยมีการประสานงานกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะ และศูนย์รับบริจาคดวงตาสภากาชาดไทย แต่ยังขาดผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน และ ผู้จัดเก็บดวงตาที่ผ่านการอบรม

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

ระบบการรับบริจาคอวัยวะ

รายการ(ผู้แจ้งความประสงค์บริจาคอวัยวะ)	๒๕๖๐			
	ต.ค.๕๙	พ.ย.๕๙	ธ.ค.๕๙	ม.ค.๖๐
การบริจาคอวัยวะจากผู้มีชีวิต				
ไต	๐	๐	๐	๐
ตับ	๐	๐	๐	๐
หัวใจ	๐	๐	๐	๐
ปอด	๐	๐	๐	๐
อวัยวะทุกส่วน	๐	๐	๒๔	๓
๒. การขอรับบริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตาย				
ไต	๐	๐	๐	๐
ตับ	๐	๐	๐	๐
หัวใจ	๐	๐	๐	๐
ปอด	๐	๐	๐	๐
อวัยวะทุกส่วน	๐	๐	๐	๒

๒. ระบบการรับบริจาคดวงตา

รายการ	๒๕๖๐			
	ต.ค.๕๙	พ.ย.๕๙	ธ.ค.๕๙	ม.ค.๖๐
-การบริจาคดวงตาจากผู้มีชีวิต	๐	๐	๒๔	๓
-การบริจาคดวงตาจากภาวะสมองตาย	๐	๐	๐	๑

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

(๑) จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย: ≥ ๑ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย ตามยอดปี ๕๙) (ติดตามใน รพ. organ donor center เป้าหมาย ๓๘ แห่ง) ข้อมูล ๑ ต.ค.๕๙ – ๓๑ ม.ค.๖๐

รพ. organ donor center ในจังหวัด	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย:≥ ๑ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)		หมายเหตุ
	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ	
โรงพยาบาลตรัง	๔๐๑	๒	

(๒) จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย:≥ ๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ รายตามยอดปี ๕๙) (ติดตามใน รพ.A, S และ M๑) ข้อมูล ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ ม.ค.๖๐

รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย:≥ ๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)		หมายเหตุ
	เป้าหมาย	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา	
โรงพยาบาลตรัง	๔๐๑	๑	

อภิปรายผลจากตาราง

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ โรงพยาบาลตรังมียอดผู้ป่วยเสียชีวิต ๔๐๑ ราย ได้ทำการเจรจาขอบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายได้จำนวน ๒ ราย ซึ่งได้มีการประสานงานกับศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทย แต่ผู้ป่วยมีภาวะสัญญาณชีพลดลงทำให้ไม่สามารถที่จะทำการผ่าตัดเอาอวัยวะออกได้ และมีผู้ป่วยยินยอมบริจาคดวงตาภาวะสมองตาย จำนวน ๑ ราย แต่เนื่องจากโรงพยาบาลตรังยังไม่มีผู้ได้รับการฝึกอบรมการเก็บดวงตา ยังไม่สามารถดำเนินการได้

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- กรณีมีผู้บริจาคอวัยวะสมองตาย โรงพยาบาลตรังจะต้องเจาะและส่งเลือดผู้ป่วยไปตรวจยังศูนย์รับบริจาคอวัยวะสภากาชาดไทยทางเครื่องบิน ปัญหาอุปสรรคเรื่องของเที่ยวบิน
- แต่ยังขาดผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน
- ยังขาดผู้จัดเก็บดวงตาที่ผ่านการอบรม และเมื่อมี CASE น้ำยาต้องไปรับที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ (มอ.)

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
- ขาดผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน	-ส่งผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน
- ขาดผู้จัดเก็บดวงตาที่ผ่านการอบรม	-ส่งผู้เข้ารับการอบรมการจัดเก็บดวงตา

๒.๑๔ Service Plan สาขาศัลยกรรม

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

สถานการณ์ปัจจุบันรพ.ตั้งแต่ M๒ ลงไปยังไม่สามารถผ่าตัดAppendectomy ได้เนื่องจากไม่มีศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ ซึ่งในรพช.ระดับ M๒ รพช.ห้วยยอดจะมีศัลยแพทย์จบการศึกษาปี ๒๕๖๓ ที่จะสามารถผ่าตัดได้ แต่ยังไม่มีวิสัญญีแพทย์มีเฉพาะวิสัญญีพยาบาลและให้ส่งผู้ป่วยมาผ่าตัด รพ.ตรัง

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัดสาขาศัลยกรรม : ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ (<๒๐%)

รายการ	๒๕๕๗			๒๕๕๘		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
Rupture appendicitis (K๓๕.๒,K๓๕.๘)	๓๕	๖๗	**๑๐๒**	๔๔	๖๗	**๑๑๑**
Ac appendicitis (K๓๕.๒,k๓๕.๓,K๓๕.๘)	๓๗๕	๖๒๑	**๙๙๖**	๓๙๐	๖๘๔	**๑๐๗๔**
ร้อยละ	**๙.๓๓**	**๑๐.๗๙**	**๑๐.๒๔**	**๑๑.๒๘**	**๙.๗๙**	**๑๐.๓๔**

รายการ	๒๕๕๙			๒๕๖๐ (ต.ค.๕๘-ธ.ค.๕๘)		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
Rupture appendicitis (K๓๕.๒,K๓๕.๘)	๕๑	๑๑๐	**๑๖๒**	๑๒	๑๘	**๓๐**
Ac appendicitis (K๓๕.๒,k๓๕.๓,K๓๕.๘)	๓๖๙	๖๗๔	**๑๐๔๓**	๗๘	๑๔๘	**๒๒๖**
ร้อยละ	**๑๓.๘๒**	**๑๖.๓๒**	**๑๕.๕๓**	**๑๕.๓๘**	**๑๒.๑๖**	**๑๓.๒๗**

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (<๔%)

รายการ	๒๕๕๗			๒๕๕๘		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๘	๑๐	**๑๘**	๑๓	๑๒	**๒๕**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลันทั้งหมด	๑๙๓	๒๐๙	**๔๐๒**	๒๑๒	๒๑๖	**๔๒๘**
ร้อยละ	**๔.๑๕**	**๔.๗๘**	**๔.๔๘**	**๖.๑๓**	**๕.๕๖**	**๕.๘๔**

รายการ	๒๕๕๙			๒๕๖๐ (ต.ค.๕๘-ธ.ค.๕๘)		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๔	๑๑	**๑๕**	๑	๑	**๒**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลันทั้งหมด	๑๙๕	๒๔๗	**๔๔๒**	๔๓	๖๐	**๑๐๓**
ร้อยละ	**๒.๐๕**	**๔.๔๕**	**๓.๓๙**	**๒.๓๒**	**๑.๖๗**	**๑.๙๔**

(K๘๐.๐,K๘๑.๐,K๘๐.๔,K๘๓.๐,K๘๐.๓,K๘๕.๑,K๘๕.๒,K๘๕.๓,K๘๕.๙,K๕๖.๑-K๕๖.๖,K๒๕.๕,K๒๖.๕,K๒๗.๕)

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%)

รายการ	๒๕๕๗			๒๕๕๘		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขา (I๗๔.๐-I๗๔.๙,I๗๐.๒)	๒	๑	**๓**	๐	๑	**๑**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขาทั้งหมด	๒๐	๘	**๒๘**	๑๙	๘	**๒๗**
ร้อยละ	**๑๐.๐๐**	**๑๒.๕๐**	**๑๐.๗๑**	**๐**	**๑๒.๕**	**๓.๗๐**

รายการ	๒๕๕๙			๒๕๖๐ (ต.ค.๕๘-ธ.ค.๕๘)		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขา (I๗๔.๐-I๗๔.๙,I๗๐.๒)	๐	๒	**๒**	๑	๒	**๓**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขาทั้งหมด	๑๔	๖	**๒๐**	๑	๕	**๖**
ร้อยละ	**๐**	**๓๓.๓๓**	**๑๐.๐๐**	**๑๐๐**	**๔๐**	**๕๐**

ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา

รายการ	๒๕๕๗			๒๕๕๘		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาและถูกตัดขาตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นมาในการการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น (I๗๔.๐,I๗๔.๓,I๗๔.๕) (ICD-๙-CM:๘๔๑๓-๘๔๑๘)	๑	๐	**๑**	๔	๓	**๗**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาทั้งหมด (I๗๔.๐,I๗๔.๓,I๗๔.๕)	๒๐	๘	**๒๘**	๑๙	๘	**๒๗**
ร้อยละ	**๕.๐๐**	**๐**	**๓.๕๗**	**๒๑.๐๕**	**๓๗.๕**	**๒๕.๙๓**
รายการ	**๒๕๕๙**			**๒๕๖๐ (ต.ค.๕๘-ธ.ค.๕๘)**		
	รพ.ตรัง	**Refer in**	**รวม**	**รพ.ตรัง**	**Refer in**	**รวม**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาและถูกตัดขาตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นมาในการการนอนโรงพยาบาลครั้งนั้น (I๗๔.๐,I๗๔.๓,I๗๔.๕) (ICD-๙-CM:๘๔๑๓-๘๔๑๘)	๔	๐	**๓**	๑	๑	**๒**
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาทั้งหมด (I๗๔.๐,I๗๔.๓,I๗๔.๕)	๑๔	๖	**๒๐**	๑	๕	**๖**
ร้อยละ	**๒๘.๕๗**	**๐**	**๒๐.๐๐**	**๑๐๐**	**๒๐.๐๐**	**๓๓.๓๓**

ตารางแสดงจำนวนศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล จำแนกตามรายโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ระดับ	ศัลยแพทย์ทั่วไป	วิสัญญีแพทย์	วิสัญญีพยาบาล	ห้องผ่าตัด
ตรัง	A	๔ รวมศัลยแพทย์กุมาร	๖	๒๑	๙
ห้วยยอด	M๒	-	-	-	๑
ย่านตาขาว	F๑	-	-	-	๑
กันตัง	F๒	-	-	-	-

ปะเหลียน	F๒	-	-	-	-
สิเกา	F๒	-	-	-	-
ย่านตาขาว	F๒	-	-	-	-
วังวิเศษ	F๒	-	-	-	-
นาโยง	F๒	-	-	-	๑
รัษฎา	F๒	-	-	-	-
หาดสำราญ	F๓	-	-	-	-
รวม		**๔**	**๖**	**๒๑**	**๑๒**

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ – ๓๑ ธ.ค.๕๙) (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	เอกชน/อื่นๆ	รวมจังหวัด
ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ (<๒๐%)	เป้าหมาย	๗๘	๓๓	๑๐	๒๓	๑๘	๑๐	๑๓	๘	๑๑	๙	๑๓	๒๒๖
	ผลงาน	๑๒	๖	๒	๒	๑	๑	๓	๒	๐	๐	๑	๓๐
	ร้อยละ	๑๕.๓๘	๑๘.๑๘	๒๐.๐๐	๘.๗๐	๕.๕๖	๑๐.๐๐	๒๓.๐๘	๒๕.๐๐	๐	๐	**๗.๖๙**	**๑๓.๒๗**
ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (<๔%)	เป้าหมาย	๔๓	๑๙	๖	๑๒	๓	๓	๑	๖	๒	๐	๘	๑๐๓
	ผลงาน	๑	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**	**๒**
	ร้อยละ	๒.๓๓	๐	๐	๘.๓๓	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**	**๑.๙๔**
ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน รพ.ของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%)	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๑	๐	๑	๑	**๐**	**๖**
	ผลงาน	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑	**๐**	**๓**
	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑๐๐	**๐**	**๕๐**
ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา (....%)	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๐	๐	๐	๑	๐	๑	๑	**๐**	**๖**
	ผลงาน	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑	๐	**๐**	**๒**
	ร้อยละ	๑๐๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑๐๐	๐	**๐**	**๓๓.๓๓**

อภิปรายผลจากตาราง (ผลงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งแต่ ๑ ต.ค.๕๙-ธ.ค.๕๙)

ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ(<๒๐%) จังหวัดตรังมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไส้ติงอักเสบ จำนวน ๒๒๖ ราย มีผู้ป่วยไส้ติ่งแตกจังหวัดจำนวน ๓๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๒๗ ยังผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (<๔%) จังหวัดตรังจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะทั้งหมด ๑๐๓ ราย เสียชีวิต ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑.๙๔ ผ่านเกณฑ์

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน รพ.ของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%) จังหวัดตรังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน ทั้งหมด ๖ ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน และเสียชีวิตจำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๖๐ ไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาลตรัง ห้วยยอด และหาดสำราญ

ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา จังหวัดตรังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาทั้งหมด ๖ ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาและถูกตัดขาตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นมาในการนอนโรงพยาบาล ๒ ราย ร้อยละ ๓๓.๓๓

ผลพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป รพช.ห้วยยอด

ชนิดหัตถการ	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	จำนวน (ราย) ปี ๒๕๖๐		
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
Excision mass	๑๕๒	๑๒๖	๒๓	๘	๘	๗
Excision Breast mass	๖	๙	๑	๐	๑	๐
MRM	๐	๑	๑	๐	๐	๑
Circumcision	๒	๘	๑	๐	๑	๐
Debridement	๑๐	๔	๒	๐	๑	๑
จี้ไฟฟ้า	๑๖	๑๓	๑๐	๒	๓	๕
Hemorrhoidectomy	๒	๘	๒	๑	๑	๐
Herniorrhaphy	๙	๑	๗	๒	๕	๐
Anal fistulectomy	๑	๐	๐	๐	๐	๐
Anal sphicrotomy	๑	๒	๐	๐	๐	๐
Hydroeclectomy	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Dressing	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Hemorrhoid inj.	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Biopsy	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Aspirate with	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อื่นๆ	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	๑๙๙	๑๗๒	๔๗	๑๓	๒๐	๑๔

ผลการพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรม Maxillo facial รพ.ห้วยยอด

ชนิดหัตถการ	๒๕๕๙	๒๕๖๐			
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
Enucleation& Extra	๐	๐	๐	๐	๐
ORIF &Miniplate	๑	๐	๐	๐	๐
Closed reduction	๒	๐	๐	๐	๐
รวม	๓	๐	๐	๐	๐

อภิปรายผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลห้วยยอด เริ่มดำเนินการผ่าตัดศัลยกรรม Maxillo facial วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๕๙ ได้มีการทำผ่าตัดในแผนก Maxillo เป็น Case Fx. Of Lt. Zygomatix arch Operation >>> Closed Reduction under GA with OETT. โดย ทพ.หญิงสุดใจ ศรีเพ็ง