คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

การดำเนินงานตามหัวข้อ ประเด็น และตัวชี้วัด ตามแผนการตรวจราชการและนิเทศงานกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ คณะที่ ๒ : **การพัฒนาระบบบริการ** จำนวน ๑๗ ตัวชี้วัด ผลงานตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ - ๓๐ เมษายน ๒๕๖๐ สามารถดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมาย จำนวน ๑๓ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๔๗ ไม่บรรลุเป้าหมาย จำนวน ๔ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๕๓ ดังรายละเอียดต่อไปนี้.-

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	หมายเหตุ
คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ						
๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ						
๑๘	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ร้อยละ ๑๐	๕๕	๑๑	๒๐	ผ่าน
๒.๒Service Plan สาขา NCD						
๑๙	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ -โรคเบาหวาน -โรคความดันโลหิตสูง	 ร้อยละ ๔๐ ร้อยละ ๕๐	 ๒๓,๒๙๙ ๕๖,๙๗๔	 ๔,๓๖๗ ๑๕,๐๒๑	 ๑๘.๗๔ ๒๖.๓๖	 ไม่ผ่าน ไม่ผ่าน (๔)
๒๐	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥ ร้อยละ ๘๐	๒๒,๙๓๑	๑๘,๘๖๖	๘๒.๗๒	ผ่าน
๒๑	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	<ร้อยละ ๗	๑,๒๙๑	๘๓	๖.๔๓	ผ่าน
๒.๓ Service Plan สาขา RDU						
๒๒	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ร้อยละ ๘๐	๑๐	๐	๐	ไม่ผ่าน (๕)
๒.๔ Service Planสาขาทารกแรกเกิด						
๒๓	อัตราตายทารกแรกเกิด	ไม่เกิน ๔ ต่อหนึ่งพันการเกิดมีชีพ	๓,๑๖๕	๙	๒.๘๖	ผ่าน
๒.๖Service Planสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน						
๒๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	≥ร้อยละ ๑๘.๕	๑,๐๙๑,๒๔๓	๒๕๖,๗๒๑	๒๓.๕๓	ผ่าน

๒.๗ Service Planสาขาสุขภาพจิต						
๒๕	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร	๖๓๔,๒๒๔	๒๑	๓.๓๑	ผ่าน
๒.๙ Service Planโรคหัวใจ						
๒๖	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	ไม่เกิน ๒๘ ต่อแสนประชากร	๖๑๘	๓๔	๕.๕	ผ่าน
ลำดับ	**ตัวชี้วัด**	**เกณฑ์เป้าหมาย**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**หมายเหตุ**
๒.๑๐ Service Planโรคมะเร็ง						
๒๗	ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการดูแลตามมาตรฐาน					
	-ด้านการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์	ร้อยละ ๘๐	๕๐	๓๒	๖๔.๐๐	ไม่ผ่าน (๖)
	-ด้านเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์	ร้อยละ ๘๐	๓๘	๓๒	๘๔.๒๑	ผ่าน
	-ด้านรังสีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์	ร้อยละ ๘๐	NA	NA	NA	NA
๒.๑๑ Service Planโรคไต						
๒๘	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	ร้อยละ ๖๕	๔,๕๓๕	๒,๗๘๒	๖๑.๓๕	ไม่ผ่าน (๗)
๒.๑๒ Service Planสาขาตา						
๒๙	ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๐	๖๐๐	๕๗๑	๙๕.๑๗	ผ่าน
๒.๑๔ Service Planสาขาปลูกถ่ายอวัยวะ						
๓๐	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	ราย	NA	NA	๓	
๒.๑๕ Service Planสาขาอุบัติเหตุ						
๓๑	ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ ๖๐	๖	๖	๑๐๐	ผ่าน
๓๒	อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) ค่า PS score ≥ ๐.๗๕	ไม่เกินร้อยละ ๑	๒,๕๓๖	๔	๐.๑๕	ผ่าน
๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ						
๓๓	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓	ร้อยละ ๙๔	๑๑	๙	๘๑.๘๒	ไม่ผ่าน

๓๔	ร้อยละของรพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต ติดดาว	ร้อยละ ๑๐	๑๒๕	๓๙	๓๑.๒๐	ผ่าน
	รวมทั้งหมด ๑๗ ตัวชี้วัด ผ่านเกณฑ์ ๑๒ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๕๙ ไม่ผ่านเกณฑ์ ๕ ตัวชี้วัด คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๔๑					

๒.๑ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ จำนวนคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการ

๑.๒ กลไกการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนระบบการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเขตบริการสุขภาพและระดับจังหวัด

๑.๓ การจัดระบบบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแล โดยให้เป็นทีมหมอประจำครอบครัว และมีการดูแลแต่แรก ต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงระบบสนับสนุนจากแม่ข่าย

๑.๔ มีกลไกการจัดการระดับอำเภอและระดับคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) เพื่อให้เกิดระบบสนับสนุนการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๕ การจัดโครงสร้าง อาคารสถานที่ และเครื่องมือที่จำเป็น

๒. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ วันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๐)

๒.๑. สถานการณ์จังหวัดตรัง

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐ มีการกำหนดเป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาวะ ใส่ใจสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน” โดยแบ่งรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพเป็นสองส่วนที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์สนับสนุนซึ่งกันและกัน “พัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว) และพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (DHS/DHB,ตำบลสร้างสุข ฯลฯ)” ผ่านการใช้เครื่องมือ “การจัดการความรู้ (ถอดบทเรียน เขียนเรื่องเล่า และประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ) การวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาหน้างานประจำ (R๒R) และพยายามเชื่อมระบบบริการ service plan กับงานปฐมภูมิ (DHS-NCD ,PCC)” โดยส่วนใหญ่ใช้วิธีแก้ปัญหาและพัฒนาต่อยอดงานเดิม ได้แก่ การแบ่งโซนทีมหมอครอบครัว(FCT) การพัฒนามาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ(PCA) และสร้างคุณค่า คุณภาพงาน ด้วยเครื่องมือการวิจัยพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย(R๒R) และการจัดการความรู้(KM)

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิด้วยทีมหมอครอบครัว ได้มีการกำหนดจุดที่ตั้ง PCC ครอบคลุมทั้งจังหวัด จำนวน ๒๑ Clusters รวม ๕๕ ทีม รายละเอียด ดังนี้

อำเภอ	จำนวน Cluster	จำนวนทีม	จำนวนประชากร
เมืองตรัง	๖	๑๘	๑๕๕,๖๘๑
กันตัง	๓	๘	๑๐๖,๙๕๕
ย่านตาขาว	๒	๖	๕๕,๒๐๗
ปะเหลียน	๒	๔	๖๐,๘๒๔
สิเกา	๑	๓	๓๓,๔๘๒
ห้วยยอด	๓	๖	๘๕,๖๐๒
วังวิเศษ	๑	๒	๓๘,๐๙๐
นาโยง	๑	๓	๓๙,๘๓๒

รัษฎา	๑	๓	๒๘,๒๙๒
หาดสำราญ	๑	๒	๑๔,๔๓๗
รวม	**๒๑**	**๕๕**	**๖๑๘,๔๐๒**

ทั้งนี้ รูปแบบการจัดการของแต่ละเครือข่ายมีความแตกต่างกันตามบริบทและความพร้อมด้านทรัพยากร ซึ่งยังเป็นการจัดระบบดูแลสุขภาพเน้นการตั้งรับ คือ การตรวจรักษาและเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ โดย ทีมสหวิชาชีพที่มีความหลากหลายขึ้น ทั้งทีมประจำพื้นที่และทีมที่สนับสนุนจากเครือข่าย ได้แก่

๑. ทีมประจำ ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน รพ.สต. และพยาบาลวิชาชีพ

๒. ทีมสนับสนุน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เวชศาสตร์ทั่วไป เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ทันตแพทย์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย นักการแพทย์แผนไทย

๓. ทีมหนุนเสริม ประกอบด้วย นักโภชนาการ ทีมดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์แผนจีน พยาบาลเฉพาะทาง(จิตเวช/โรคไต/case manager ect.)

โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ ๑)ตรวจรักษา ณ รพ.สต. ที่เป็นที่ตั้ง PCC ๒)ค้นหากลุ่มเป้าหมายและกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแล (โรคเรื้อรัง พิการ โรคหัวใจ โรคไต และผู้สูงอายุ ฯลฯ) ๓)เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ ๔)กำหนดช่องทางพิเศษสำหรับส่งต่อผู้ป่วยจาก ชุมชน/รพ.สต. ที่มีหมอประจำครอบครัวดูแล และ ๕) ระบบการให้คำปรึกษาผ่านระบบไลน์กลุ่มวิชาชีพต่างๆ ๖)พัฒนาระบบฐานข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานของทีม(ระบบฐานข้อมูลสำหรับ นสค.) ฯลฯ

ด้วยรูปแบบการจัดบริการที่ยังไม่ได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก จึงยังไม่ส่งผลต่อสัดส่วนการรับบริการผู้ป่วยนอกในภาพรวม ระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับทุติยภูมิ-ตติยภูมิมากนัก ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับ ๐.๔๙ ,๐.๔๔ และ ๐.๕๐ ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ ตามลำดับ และปริมาณการใช้บริการผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยก็ไม่มีแนวโน้มลดลง (เฉลี่ย ๓.๕ , ๓.๗ และ ๓.๐ ครั้ง : คน : ปี ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ ตามลำดับ โดยข้อมูลปี ๒๕๖๐ จำนวน ๘ เดือน)

อำเภอ	สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ		
	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐
เมืองตรัง	๐.๓๑	๐.๓๑	๐.๓๗
กันตัง	๐.๕๒	๐.๔๙	๐.๕๒
ย่านตาขาว	๐.๕๖	๐.๕๔	๐.๕๘
ปะเหลียน	๐.๕๗	๐.๕๓	๐.๖๕
สิเกา	๐.๔๘	๐.๔๔	๐.๕๒
ห้วยยอด	๐.๕๘	๐.๕๖	๐.๕๗
วังวิเศษ	NA	๐.๔๕	๐.๔๕
นาโยง	๐.๔๖	๐.๔๔	๐.๕๔
รัษฎา	๐.๕๓	๐.๔๐	๐.๕๐
หาดสำราญ	๐.๔๕	๐.๔๑	๐.๕๐
รวม	**๐.๔๙**	**๐.๔๔**	**๐.๕๐**

ที่มา:ฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ณ วันที่ ๓๑ พ.ค. ๖๐

๒.๒. สภาพปัญหาจังหวัดตรัง

การบริการปฐมภูมิถูกครอบงำด้วยระบบที่ให้ความสำคัญกับการจัดบริการแบบตั้งรับ (รอดูแล-ฟื้นฟูเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือพิการ) “เชื่อว่าไม่ต่างจากจังหวัดอื่น” ทำให้ความสำคัญของบริการเชิงรุกด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ถูกให้ความสำคัญลดลง ปัญหาสุขภาพจึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การตั้งครรภ์วัยรุ่น ยาเสพติด ฯลฯ ซึ่งเป็นผลมาจากรูปแบบการทำงานที่แยกส่วนกันมากขึ้น(ดูแลคนตามงานในส่วนที่รับผิดชอบ) มุ่งเน้นเพื่อตอบตัวชี้วัด กฎเกณฑ์ และมาตรฐาน ที่มีจำนวนมากขึ้น

ในขณะที่การจัดโครงสร้างระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบบริการยังไม่มีการเปลี่ยนแปลง แม้งานจะถูกให้ความสำคัญระดับนโยบาย ภาระงานที่เพิ่มขึ้นไม่สัมพันธ์กับโครงสร้าง จึงไม่สามารถสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการได้ดีเท่าที่ควร รวมทั้ง การพัฒนาโครงสร้างระบบบริการตาม Service Plan ที่นับวันจะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จาก ๑๐ สาขา เป็น ๑๕ , ๑๘ ไปเรื่อยๆ ทำให้หน่วยบริการต้องทำงานตาม Service Plan สั่ง ที่มีระบบมาตรฐานกำกับเฉพาะเรื่องเพิ่มมากขึ้น สร้างภาระงานด้านการทำเอกสารและรับการประเมินให้กับหน่วยบริการมากขึ้น ซึ่งไม่ต่างกับการจัดโครงสร้างของหน่วยงานส่วนกลางที่แยกย่อยมากขึ้น ทำให้การคิดงานที่แยกส่วนกันมากขึ้น เพิ่มปริมาณงานและตัวชี้วัด ซึ่งขัดแย้งกับความพยายามบอกให้ทำงานแบบบูรณาการ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง : ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

อำเภอ	จำนวน	รูปแบบการจัดการคลินิกหมอครอบครัว : cluster (ทีม)		
	แพทย์ FM	พัฒนา รพ.สต. ติดดาว	Extended OPD	PCC เต็มรูปแบบ
เมือง	๘	-	๔ (๑๒)	๒ (๖)
กันตัง	๔	-	๒ (๕)	๑ (๓)
ย่านตาขาว	๐	๑ (๓)	๑ (๓)	-
ปะเหลียน	๐	๒ (๔)	-	-
สิเกา	๐	-	๑ (๓)	-
ห้วยยอด	๔	-	๒ (๔)	๑ (๒)
วังวิเศษ	๐	-	๑ (๒)	-
นาโยง	๐	-	๑ (๓)	-
รัษฎา	๐	-	๑ (๓)	-
หาดสำราญ	๐	๑ (๒)	-	-
รวม	**๑๖**	**๔ (๙)**	**๑๓ (๓๕)**	**๔ (๑๑)**

อภิปรายผลจากตาราง

ระดับการพัฒนาส่วนใหญ่เป็นลักษณะการเพิ่มบริการ OPD ณ จุดที่ตั้ง รพ.สต. ที่เป็น PCC จำนวน ๑๓ clusters (๓๕ ทีม) นอกจากนั้นพัฒนาเป็น รพ.สต. ติดดาว ๔ clusters (๙ ทีม) และ ***PCC ที่มีความพร้อมด้านบุคลากรสามารถเปิดเต็มรูปแบบ จำนวน ๔ clusters (๑๑ ทีม)*** คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของจำนวนทีมทั้งหมด ได้แก่

๑. PCC ศูนย์สุขภาพชุมชน รพ.ตรัง (CTP) อำเภอเมืองตรัง
๒. PCC รพ.สต.โคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง
๓. PCC รพ.สต.บางเป้า อำเภอกันตัง
๔. PCC รพ.สต.ท่างิ้ว อำเภอห้วยยอด

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

๑. ความพร้อมด้านบุคลากร โดยเฉพาะจำนวนแพทย์ FM ตามที่โครงสร้างนโยบายกำหนด
๒. รูปแบบการบริหารจัดการ PCC ของเครือข่ายฯ (ความเพียงพอของทรัพยากร คน เงิน ของ)
๓. วิธีคิดในการจัดบริการคลินิกหมอครอบครัวของหัวหน้าทีมและผู้ร่วมทีม (ตั้งรับหรือเชิงรุก)

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. จำนวนและการกระจายของแพทย์ FM ไม่ครอบคลุมทุกเครือข่ายฯ/ทีม ไม่อยู่กับที่ แม้การอบรม FM ระยะสั้นก็คิดว่าเป็นเพียงการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า	๑. ปรับทิศทางการพัฒนาที่เน้นโครงสร้าง (คน เงิน ของ) แบบเหมือนๆกัน เป็นการพัฒนาตามความพร้อมของพื้นที่และเพิ่มการพัฒนาวิธีคิดเพื่อเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน
๒. การจัดโครงสร้างเพื่อรองรับงานทุกระดับตั้งแต่กระทรวงถึงหน่วยบริการปฐมภูมิไม่สอดคล้องกับภาระงาน ทั้งรูปแบบและจำนวน	๒. ทบทวนโครงสร้างฯ และสร้างเป็นจริง
๓. โครงสร้างระบบงานที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการ (Service Plan) สร้างวิธีคิดการบริการแบบตั้งรับ ดูแลคนแบบแยกส่วน เพิ่มภาระด้านการประเมินมาตรฐานเฉพาะ	๓. ทบทวนจำนวนสาขา Service Plan ควรมีเท่าไหร่ สาขาไหนมีแนวทางหรือเป็นเรื่องเดียวกัน เกี่ยวข้องกัน และหาวิธีเขียน Service Plan จากบนลงล่าง-ล่างขึ้นบน ที่มีความเชื่อมโยงกัน และให้ความสำคัญแต่ละระดับอย่างเหมาะสม

๒.๓ Service Plan สาขา NCD

๒.๒.๑ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง

๑. สถานการณ์

การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตตามค่าเป้าหมายที่เหมาะสมในผู้ป่วย DM,HT จากผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๙ เมื่อพิจารณาข้อมูลจาก HDC ที่รายงาน ผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในปี ๒๕๕๙ ผลงานมีเพียงร้อยละ ๒๘ ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปี ๒๕๕๙ ผลงานมีเพียงร้อยละ ๒๖.๖๕ ผลการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้ผลงานเพียงร้อยละ ๑๙.๐๕ แม้ว่าได้มีการพัฒนาโครงสร้างในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้ป่วยเรื้อรังซึ่งผู้รับบริการหลักคือผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยจัดให้ทุกสถานพยาบาลมีการประเมิน NCD clinic คุณภาพผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ๑๐๐% ทั้งจังหวัดแต่ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ในปี ๒๕๖๐ ส่วนกลางได้มีการปรับรูปแบบการประเมินที่สามารถบอกถึงคุณภาพการดูแลรักษาและการจัดบริการให้กับผู้ป่วยโดยรวมเอาตัวชี้วัดเข้ามาร่วมในการประเมิน NCD clinic plus สำหรับระบบข้อมูลควรมีการตรวจสอบการจัดการระบบทะเบียนข้อมูลเพื่อนำเข้าระบบ HDC ในการรายงานสถานการณ์

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

๑.๑ มีการกระจายผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรงพยาบาลไปสู่รพสต. เป็นบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ลดภาระค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและรัฐบาล แพทย์เฉพาะทางได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม

๑.๒ มีระบบการดูแลที่เชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับรพช.ลูกข่าย และรพสต.ลูกข่ายทั้งไปและกลับ

๑.๓ มีอุปกรณ์ในการดูแลครบตามมาตรฐาน

๒) การพัฒนาระบบข้อมูล

- มีการปรับใช้ระบบข้อมูลของส่วนกลางคือHDC เหมือนกันทั้งประเทศ เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกัน

๓) ค้นหาผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อ CVD

- ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ในทุกสถานบริการ

๔) การจัดการหลังการประเมินในกลุ่ม CVD risk ≥๓๐%

❖ จัดแบ่งเป็นกลุ่มๆ๕ กลุ่ม ตามรายงานในHDC แล้วนำ ๕กลุ่มดังกล่าวมาแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ๒ กลุ่มคือ

๑) กลุ่มเสี่ยงน้อยกว่า๓๐% จัดการโดย

- ให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง ติดตามประเมินโอกาสเสี่ยงปีละครั้ง

๒) กลุ่มเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐% จัดการโดย

- ลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงให้ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรค ส่งพบแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงและประเมินโอกาสเสียงทุก ๑-๓ เดือน

ตัวชี้วัด

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

๒) ผู้ป่วยเบาหวายรายใหม่จาก Pre DM ไม่เกินร้อยละ๒.๔

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

๔) ผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) เสี่ยง CVD Risk) ≥ ๓๐%ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นความเสี่ยงลดลง เป้าหมาย ≥ร้อยละ ๑๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตาม*)

๔.๑ แสดงข้อมูลเชิงปริมาณระดับจังหวัดผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๗ เดือน)

อำเภอ	๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM รายใหม่จากPre DM		
	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๑๑,๒๗๗	๑๘๗	๑.๖๖
กันตัง	๕,๖๑๓	๑๓๑	๒.๓๓
ย่านตาขาว	๘,๗๗๘	๘๓	๐.๙๕
ปะเหลียน	๒,๖๗๙	๒๔	๐.๙๐
สิเกา	๑,๔๒๓	๔๙	๓.๔๔
ห้วยยอด	๑๐,๗๖๘	๒๐๕	๑.๙๐
วังวิเศษ	๕,๖๖๙	๕๙	๑.๐๔
นาโยง	๗,๔๘๒	๑๑๓	๑.๕๑
รัษฎา	๓,๐๐๑	๔๙	๑.๖๓
หาดสำราญ	๑,๕๘๑	๔๓	๒.๗๒
รวมจังหวัด	**๕๘,๒๗๑**	**๙๔๓**	**๑.๖๒**

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

อำเภอ	๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๔๐)			๒. ร้อยละของผู้ป่วยHT ที่ควบคุมได้ (ร้อยละ ๕๐)		
	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๕,๕๘๕	๗๗๗	๑๓.๙๑	๑๒,๕๑๑	๒,๔๒๘	๑๙.๔๑
กันตัง	๒,๙๘๘	๖๗๙	๒๒.๗๒	๗,๓๗๘	๒,๐๖๒	๒๗.๙๕
ย่านตาขาว	๒,๕๗๓	๕๐๔	๑๙.๕๙	๖,๙๘๙	๒,๒๗๙	๓๒.๖๑
ปะเหลียน	๒,๗๔๐	๓๒๗	๑๑.๙๓	๖,๓๖๔	๒,๑๖๔	๓๔
สิเกา	๑,๓๖๕	๒๘๙	๒๑.๑๗	๓,๒๑๘	๙๓๒	๒๘.๙๖
ห้วยยอด	๓,๑๓๗	๖๕๒	๒๐.๗๘	๘,๑๘๕	๒,๐๒๑	๒๔.๖๙
วังวิเศษ	๑,๔๒๕	๔๖๒	๓๒.๔๒	๓,๕๒๔	๕๓๘	๑๕.๒๗
นาโยง	๑,๖๓๖	๔๒๐	๒๕.๖๗	๔,๕๒๕	๑,๕๕๖	๓๔.๓๙
รัษฎา	๑,๒๒๘	๒๓๐	๑๘.๗๓	๒,๖๐๒	๔๘๒	๑๘.๕๒
หาดสำราญ	๖๒๒	๒๗	๔.๓๔	๑,๖๗๘	๕๕๙	๓๓.๓๑
รวมจังหวัด	**๒๓,๒๙๙**	**๔,๓๖๗**	**๑๘.๗๔**	**๕๖,๙๗๔**	**๑๕,๐๒๑**	**๒๖.๓๖**

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๑ มิถุนายน๒๕๖๐

อำเภอ	๓. ร้อยละของผู้ป่วยDM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า (≥ร้อยละ ๘๐)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองตรัง	๔,๗๐๙	๓,๒๔๗	๖๘.๙๕
กันตัง	๓,๐๙๕	๒,๙๓๙	๙๔.๙๖
ย่านตาขาว	๒,๘๒๖	๒,๓๔๙	๘๓.๑๒
ปะเหลียน	๒,๖๕๒	๒,๑๓๐	๘๐.๓๒
สิเกา	๑,๔๘๗	๑,๔๐๕	๙๔.๔๙
ห้วยยอด	๓,๑๓๖	๒,๘๓๖	๙๐.๔๓
วังวิเศษ	๑,๔๐๕	๑,๑๔๘	๘๑.๗๑
นาโยง	๑,๗๓๙	๑,๒๕๑	๗๑.๙๔
รัษฎา	๑,๑๙๐	๑,๐๑๙	๘๕.๖๓
หาดสำราญ	๖๙๒	๕๔๒	๗๘.๓๒
รวมจังหวัด	**๒๒,๙๓๑**	**๑๘,๘๖๖**	**๘๒.๗๒**

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

อำเภอ	๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่เสี่ยง CVD Risk > ๓๐% ปี ๒๕๕๙			๒. ๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่เสี่ยง CVD Risk > ๓๐%ปี๒๕๖๐		
	เป้าหมาย	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๒๙๑๑	๒๐	๐.๖๙	๓๒๕๑	๑๗	๐.๕๒
กันตัง	๑๘๖๙	๗	๐.๓๗	๒๙๔๔	๑๔	๐.๔๗
ย่านตาขาว	๑๘๗๙	๗	๐.๓๗	๒๓๕๗	๔	๐.๑๗
ปะเหลียน	๑๗๙๘	๔	๐.๒๓	๒๒๑๙	๓	๐.๒๑
สิเกา	๑๐๖๔	๓	๐.๒๘	๑๔๐๗	๔	๐.๒๑
ห้วยยอด	๒๓๕๒	๓	๐.๑๓	๒๗๙๕	๖	๐.๓๑
วังวิเศษ	๘๗๙	๔	๐.๔๕	๑๑๕๔	๕	๐.๔๑
นาโยง	๑๑๕๖	๔	๐.๓๕	๑๒๕๑	๒	๐.๑๘
รัษฎา	๙๑๕	๐	๐	๑๐๑๙	๒	๐.๓๗
หาดสำราญ	๕๐๙	๐	๐	๕๔๒	๐	๐.๓๗
รวมจังหวัด	**๑๕๓๓๒**	**๕๒**	**๐.๑๐**	**๑๘๙๓๙**	**๖๐**	**๐.๓๑**

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๑ มิถุนายน ๒๕๖๐

อำเภอ	๔. ร้อยละโรงพยาบาลใน จ.ตรัง ที่ผ่านการประเมิน NCD Clinic Plus	
	เป้าหมาย	ผลงาน(ร้อยละ)
เมืองตรัง	๖๐%	๕๓.๙๘
กันตัง	๖๐%	๖๐.๗๐
ย่านตาขาว	๖๐%	๖๘.๗๓
ปะเหลียน	๖๐%	๕๘.๔๕
สิเกา	๖๐%	๕๐.๔๕
ห้วยยอด	๖๐%	๖๗.๑๕
วังวิเศษ	๖๐%	๕๑.๖๘
นาโยง	๖๐%	๔๙.๓๓
รัษฎา	๖๐%	๕๘.๕๕

อภิปรายผลจากตาราง

- ผู้ป่วย DM รายใหม่จาก Pre DM รายใหม่น้อยที่สุดที่อำเภอปะเหลียน ร้อยละ๐.๙๐ มากที่สุดที่อำเภอสิเกา ๓.๔๔ ในภาพรวมของจังหวัดตรังร้อยละ๑.๖๒ ซึ่งผ่านเกณฑ์
- ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่สุดคืออำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๓๒.๔๒ รองลงมาคือ อำเภอนาโยงร้อยละ ๒๕.๖๗และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จังหวัดตรังยังทำได้ไม่ดี ยังไม่ผ่านเกณฑ์โดยผลงานคิดเป็นร้อยละ ๑๘.๗๔
- ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีที่สุดคือ อำเภอนาโยง ผลงานร้อยละ๓๔.๓๙รองลงมาคืออำเภอปะเหลียน ผลงานร้อยละ ๓๔.๐ มีค่าเฉลี่ยรวมอยู่ที่ร้อยละ ๒๖.๓๖ (๗ เดือน)

- ผู้ป่วย DM และ HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk) ในอำเภอกันตัง ได้รับการประเมินมากที่สุดร้อยละ๙๔.๙๖รองลงมาคืออำเภอสิเกา ผลงานร้อยละ ๙๔.๔๙ เฉลี่ยทั้งจังหวัดประเมินได้ร้อยละ ๘๒.๗๒
- ร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่เสี่ยง CVD Risk >๓๐% ปี๒๕๖๐ น้อยที่สุดที่อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๐.๑๗ มากที่สุดที่อำเภอเมืองตรัง ๐.๕๒ ภาพรวมจังหวัดตรัง ร้อยละ๐.๓๑ ในปี ๒๕๕๙ ร้อยละ ๐.๑๐ เพิ่มขึ้นร้อยละ๐.๒๑ ไม่ผ่านเกณฑ์

- สำหรับการประเมิน.สถานบริการ ผ่านเกณฑ์ NCD Clinic plus อำเภอที่ได้คะแนนสูงสุดคือ อำเภอย่านตาขาวร้อยละ ๖๘.๗๓ รองลงมาคือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๖๗.๑๕ และอำเภอกันตัง ร้อยละ ๖๐.๗๐ ภาพรวม จังหวัดตรังผ่าน NCD Clinic Plus ๓ อำเภอคิดเป็นร้อยละ๓๓.๓๓

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

ปัญหาที่ทำให้ผลการควบคุมระดับเบาหวานและความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้าผลงานยังต่ำกว่าเกณฑ์ เนื่องจาก

๑) มีการประเมินแล้วแต่ยังบันทึกได้ไม่ครบ จากสาเหตุ

- ผู้บันทึกข้อมูลในบางสถานบริการยังไม่เข้าใจระบบการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม HDC จัดอบรมแล้วแต่ยังมีรายละเอียดบางรายการที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง

๒) โปรแกรม HDC ดูแลความครอบคลุมของผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ ซึ่งต่างจากเดิมที่ใช้ Chronic link ดูผู้ป่วย
ที่มารับบริการ ในบางรายการต้องบันทึกซ้ำ

๓) กิจกรรม SMBP มีเครื่องวัดความดันโลหิตไม่เพียงพอ

๕.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ผลงานใน HDC และ Chronic link ไม่ตรงกัน	- อยากให้มีการเชื่อมโยงโปรแกรมที่สามารถทำให้ข้อมูลจากทั้ง ๒ โปรแกรมตรงกัน	-
-	- การจัดมหกรรมในการทำกิจกรรมทำให้กิจกรรมต่างๆบรรลุเป้าหมายเร็วขึ้น	-

๓. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรมีการบูรณาการการบันทึกข้อมูลทำให้บุคลากรทางการแพทย์ได้มีเวลาดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

๒.๒.๒ Service Plan 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(ต.ค.๕๙- เม.ย.๖๐) พบว่า มีแนวโน้มอัตราตายคงที่ ร้อยละ ๖.๔๗ ,๖.๖๐, ๕.๕๑, ๖.๒๙ และ ๖.๔๓ ตามลำดับ โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงในปีงบฯประมาณ ๒๕๕๙ คือ อำเภอเมืองตรัง ร้อยละ ๘.๗๖ และอำเภอที่มีอัตราการน้อยที่สุดคือ อำเภอสิเกา ร้อยละ ๒.๘๓

แผนปฏิบัติและผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ เริ่มมีการคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรัง ทุกรายให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยมและนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

๑) กระตุ้นให้เป็นไปตามแผน Stroke service plan

๒) บันทึกข้อตกลงเครือข่าย

๓) โรงพยาบาลทุกโรงต้องสามารถให้บริการมาตรฐานในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง

- **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ ประเมิน (Small success)**

มาตรการ	เป้าหมายระยะ ๓ เดือน	เป้าหมายระยะ ๖ เดือน	ผลงาน	เป้าหมายระยะ ๙ เดือน	เป้าหมายระยะ ๑๒ เดือน
๑. พัฒนาประสิทธิภาพระบบ Stroke fast track ในรพ.ระดับ A, S, M๑ ครบ		- ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึง รพ. ร้อยละ ๗๐	๘๙.๑๓ (๔๑/๔๖)	- ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึง รพ.ร้อยละ ๗๕	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือดภายใน ๖๐ นาที เมื่อมาถึง รพ.ร้อยละ ๘๐
		- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๔.๗๘ ๔๖/๙๖๒	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	- ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดที่

๑๐๐%		ขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๕		ขาดเลือดที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๖.๕	ได้รับยาสลายลิ่มเลือด ร้อยละ ๗
		- รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจ วินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพใน รพช.จำนวน ๓ รพช.ระดับ M๒, F๒, F๑ (กันตัง)	จัดประชุมเครือข่ายทั้งจังหวัด ๘/มิ.ย/๖๐	- รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจ วินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพใน รพช. จำนวน ๓ รพช.ระดับ F๒ (ปะเหลียน, นาโยง, สิเกา)	- รพ.ตรัง ซึ่งเป็นแม่ข่ายจังหวัด รับผิดชอบพัฒนาและติดตามนิเทศระบบ Stroke fast track ประเมินการตรวจวินิจฉัย ส่งต่อให้มีประสิทธิภาพใน รพช. จำนวน ๓ รพช.ระดับ F๒(รัษฎา,วังวิเศษ) , F๓(หาดสำราญ)
๒. Stroke alert		- ผลิตสื่อความรู้เรื่องโรค อาการ Stroke ให้ประชาชนทั่วไปได้รับทราบ - ประสานเครือข่ายท้องถิ่นเพื่อประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพ	ร่วมกับ สสจ./PCU ควนหาญ	- ร่วมมือกับสาขาปฐมภูมิเพื่อปฏิบัติงานในชุมชน สร้างเครือข่ายเข้มแข็งในการลดป่วย ลดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	- ร่วมมือกับสาขาปฐมภูมิเพื่อปฏิบัติงานในชุมชน สร้างเครือข่ายเข้มแข็งในการลดป่วย ลดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(<ร้อยละ๗) ปีงบฯ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-เม.ย.๖๐)

โรงพยาบาล	รพ.ตรัง			รพช.			รวม		
	จน. ผู้ป่วย	ตาย	ร้อยละ	จน. ผู้ป่วย	ตาย	ร้อยละ	จน. ผู้ป่วย	ตาย	ร้อยละ
ตรัง	๓๐๙	๒๕	๘.๐๙	-	-	-	๓๐๙	๒๕	๘.๐๙
กันตัง	๑๖๑	๑๒	๗.๔๕	๔	๐	๐.๐๐	๑๖๕	๑๒	๗.๒๗
ย่านตาขาว	๙๓	๕	๕.๓๘	๗	๐	๐.๐๐	๑๐๐	๕	๕.๐๐
ปะเหลียน	๑๑๒	๕	๔.๔๖	๑๒	๑	๘.๓๓	๑๒๔	๖	๔.๘๔
สิเกา	๗๔	๔	๕.๔๑	๑๓	๑	๗.๖๙	๘๗	๕	๕.๗๕
ห้วยยอด	๒๐๗	๑๕	๗.๒๕	๗	๑	๑๔.๒๙	๒๑๔	๑๖	๗.๔๘
วังวิเศษ	๖๒	๑	๑.๖๑	๓	๐	๐.๐๐	๖๕	๑	๑.๕๔
นาโยง	๖๔	๒	๓.๑๓	๖	๒	๓๓.๓๓	๗๐	๔	๕.๗๑
รัษฎา	๔๓	๑	๒.๓๓	๖	๑	๑๖.๖๗	๔๙	๒	๔.๐๘
หาดสำราญฯ	๒๑	๒	๙.๕๒	๓	๐	๐.๐๐	๒๔	๒	๘.๓๓
ต่างจังหวัด	๘๔	๕	๕.๙๕	๐	๐	๐.๐๐	๘๔	๕	๐.๐๐
รวม	๑,๒๓๐	๗๗	๖.๒๖	๖๑	๖	๙.๘๔	๑,๒๙๑	๘๓	๖.๔๓

ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ.ตรังและ รพ.ตรัง

๓.๒ Stroke unit โรงพยาบาลระดับ A ร้อยละ ๑๐๐ ปีงบฯ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-เม.ย.๖๐)

ตัวชี้วัด	ปีงบฯ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-เม.ย.๖๐)		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(๗ เดือน) พบว่า มีแนวโน้มอัตราตายยังคงที่ ร้อยละ ๖.๔๗ ,๖.๖๐, ๕.๕๑, ๖.๒๙ และ ๖.๔๓ ตามลำดับ โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงในปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ คือ อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๘.๓๓ และอำเภอที่พบผู้ป่วยเสียชีวิตน้อยที่สุด ได้แก่ อำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๑.๕๔

มีการนำส่งระบบทางด่วน(stroke fast tract) จากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลศูนย์ตรัง ที่สามารถให้บริการ Unit stroke ในอัตราการเข้าถึงตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐(๗ เดือน) ร้อยละ ๕๐.๓, ๔๔.๙, ๔๒.๙ และ ๔๖.๓ ตามลำดับ อัตราการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖.๔๓ ,๗.๒ ,๕.๓๔ และ ๔.๗๘ ตามลำดับ

อัตราการได้รับยา rt-PA ภายใน ๖๐ นาที ผลงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๗- ๒๕๖๐(๗ เดือน) ร้อยละ ๙๓.๕๐, ๗๔.๐๓, ๗๙.๗๖ และ ๘๙.๑๓

แผนปฏิบัติและผลการดำเนินงานเพื่อลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๕๘ เริ่มมีการคืนข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรัง ทุกรายให้พื้นที่ ติดตามเยี่ยม และนำข้อมูลไปดำเนินการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อหาแนวทางการดำเนินงานต่อไป

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

๑) ในปี ๒๒๕๙ ตรังได้นิเทศ รพช. ๘ แห่งได้กำหนดตัวชี้วัดร่วมกัน คือ ร้อยละผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทันเวลาที่กำหนดเป้าหมายมากว่าเท่ากับร้อยละ ๕๐ บางพื้นที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย และในปี ๒๕๕๙ ร้อยละผู้ป่วยเข้ารับบริการทันเวลาสูงสุด ได้แก่ รพช.กันตัง ร้อยละ ๕๙.๑ น้อยสุด รพช.รัษฎา ร้อยละ ๓๔.๓ และในปี ๒๕๖๐ ร้อยละผู้ป่วยเข้าที่รับบริการทันเวลาสูงสูดได้แก่ รพช.ย่านตาขาว ร้อยละ ๕๒.๒๔ น้อยที่สุด ได้แก่ รพช.ห้วยยอด ร้อยละ ๓๓.๓๓

๒) การเชื่อมโยงข้อมูลแต่ละหน่วยบริการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงมีการคืนกลับข้อมูลผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลตรังทุกเดือน ในกรณีที่ด่วนจะติดต่อทางไลน์ทันที และในปี ๒๕๖๐ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลตรัง ส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านคืนกลับไปให้พื้นที่ผ่านระบบเพิ่มมากขึ้น

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. พัฒนาการดำเนินงาน Stroke Alert ทุกพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว		
๒. พัฒนาศักยภาพของ อสม./นสค.ในพื้นที่ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง		

๒.๒.๓ Service Plan สาขา NCD : COPD

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

๑) อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒) รพศ./รพท./รพช. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่
- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา
- มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score
- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (Controller)
- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ

๒.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๑) อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

อำเภอ		รายการข้อมูล	
	จำนวนประชากรกลางปี อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากกฐานข้อมูลประชากร (A)	จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J๔๔๐-J๔๔๑) (B)	อัตรา/ร้อยละ (A/B) x ๑๐๐
เมืองตรัง	๔๒๗	๙๕,๒๕๙	๔๔๘.๒๕
กันตัง	๓๓๒	๕๕,๔๔๓	๕๙๘.๘๑
ย่านตาขาว	๒๒๗	๓๙,๗๑๔	๕๗๑.๕๙
ปะเหลียน	๑๔๑	๔๕,๒๘๖	๓๑๑.๓๕
สิเกา	๓๓	๒๔,๕๔๐	๑๓๔.๔๗
ห้วยยอด	๓๔๑	๕๖,๕๔๔	๖๐๓.๐๗
วังวิเศษ	๑๙๙	๒๗,๙๘๖	๗๑๑.๐๗
นาโยง	๘๓	๒๙,๖๖๗	๒๗๙.๗๗
รัษฎา	๘๘	๑๙,๓๐๒	๔๕๕.๙๑
หาดสำราญ	๙๗	๑๐,๒๗๘	๙๔๓.๗๖
รวม	๑,๙๖๘	๔๐๔,๐๑๙	๔๘๗.๑๑

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC ผลงาน ๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐

(๒) รพศ./รพท./รพช. อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน ได้แก่

- วินิจฉัยถูกต้องตามมาตรฐานการรักษา
- มีการติดตามการรักษา เช่น MMRC, CAT score
- มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม (controller)
- ให้คำแนะนำการสูบบุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ

(เป้า=๖๐%)

อำเภอ	รายการข้อมูล		
	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการประเมินและติดตามครบ ๔ ประเด็น (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั้งหมดในโรงพยาบาล (PDx=J๔๔๐-J๔๔๙) (B)	อัตรา/ร้อยละ (A/B) x ๑๐๐
เมืองตรัง	NA	NA	NA
กันตัง	NA	NA	NA
ย่านตาขาว	NA	NA	NA
ปะเหลียน	NA	NA	NA
สิเกา	NA	NA	NA
ห้วยยอด	NA	NA	NA
วังวิเศษ	NA	NA	NA
นาโยง	NA	NA	NA
รัษฎา	NA	NA	NA
หาดสำราญ	NA	NA	NA
รวม	NA	NA	NA

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐) จังหวัดตรังมีจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค COPD จำนวน ๔๐๔,๐๑๙ ครั้ง คิดเป็นเป็นอัตรา ๔๘๗.๑๑ ต่อแสนประชากร (เป้าหมาย ไม่เกิน ๑๓๐ ต่อแสนประชากร) ภาพรวมยังเกินเป้าหมายที่กำหนด อำเภอที่พบมากที่สุดคืออำเภอหาดสำราญ รองลงมาอำเภอวังวิเศษ และอำเภอห้วยยอด ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่มีการกำเริบส่วนใหญ่ พบในกลุ่มที่ไม่ได้เข้าคลินิก COPD , กลุ่มผู้สูงอายุ control ยาก, กลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วม ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ติดตามประเมินผลการรักษา เช่น CAT Score อย่างชัดเจน ส่งผลให้การควบคุมโรคไม่ให้เกิดอาการกำเริบไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แนวทางการพัฒนาเนื่องจากข้อจำกัดของอายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ มี ๑ ท่าน ทำให้ไม่สามารถจัดให้ผู้ป่วย COPD ได้เข้าคลินิก COPD ทุกคน ทีมได้มีข้อตกลงร่วมกันจะนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในคลินิก COPD มาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย COPD ที่ยังไม่ได้เข้าคลินิก ในแผนก อายุรกรรม

อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในคลินิก COPD มีการติดตามประเมินการรักษาการใช้ยาพ่น การประเมินการใช้ยา การประเมิน CAT Score ให้คำแนะนำการสูบ

บุหรี่ในผู้ที่ยังสูบ แต่การนำข้อมูลบันทึกในโปรแกรมยังไม่ครอบคลุม ทำให้การสรุปผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยยังไม่ชัดเจน การพัฒนา กำลังดำเนินการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COPD ที่เข้าคลินิกให้ครบถ้วน

๓) สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

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

๑) ขาดบุคลากรแพทย์อายุรแพทย์โรคระบบทางเดินหายใจ

๒) การบันทึกข้อมูลยังไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การประมวลผลการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง

๓) ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยโรค COPD โดยการสุ่มจากประวัติผู้ป่วย เพื่อยืนยันว่าการวินิจฉัยโรคถูกต้อง

๒.๓ การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan: RDU)

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การคัดเลือกจัดหาเวชภัณฑ์ยาที่เหมาะสมและมีคุณภาพไว้ใช้ในสถานบริการ (Rational Drug Supply)

๒.การสั่งใช้ยาและการจ่ายยาอย่างสมเหตุผล (Rational Prescribe and Dispense)

๓.ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างถูกต้องและสมเหตุผล (Rational Use)

๒.สถานการณ์

จังหวัดตรังได้มีกิจกรรมที่ตอบสนองนโยบาย “โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล” (Rational Drug Use Hospital) ทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้แก่

๑. ควบคุมให้โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งต้องมีระบบการกำกับประเมินการใช้ยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยา (UtilizationEvaluation) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลกับยา ๙ กลุ่ม (NED ยากลุ่มราคาแพงที่กำหนดโดยกรมบัญชีกลาง)

๒. ควบคุมให้โรงพยาบาลใช้ยาปฏิชีวนะตามโครงการ Antibiotic Smart Use (ASU)

๓. มีการประเมินกิจกรรมความสมเหตุสมผลในการตรวจสอบภายในของโรงพยาบาลได้มีการดำเนินการทั้ง ๑๐ โรงพยาบาล

๔. ควบคุมให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบาลมีการควบคุมกำกับ, ยาปฏิชีวนะตามโครงการ ASU ใน ๒ โรค คือในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน, โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ ๒๐

ข้อมูลพื้นฐานตามตัวชี้วัด “ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล” ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ไตรมาส ๑

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 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล จำนวนรายการ	๔) การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐานฉลากยาเสริมและเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน ระดับ	๕) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา ระดับ	ร้อยละของ รพ.สต. / หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.ตรัง	A	√	√	√	๙๐	๒	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	๒	๑	๒	๒	๑๖.๖๗		√
๑๐.หาดสำราญ ฯ	F๓	√	√		๗๕.๘๓	๒	๑	๑	๒	๕๐		√
รวม(แห่ง)ผ่าน		๖	๑๐	๑	**๖**	**๐**	**๘**	**๒**	**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 และหน่วยบริการลูกข่าย ในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด	
เป้าหมาย SP-RDU ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 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 ภาพรวมจังหวัดจำนวน ..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 = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A / B) x ๑๐๐ คิดเป็นร้อยละ.....๐.....										

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.หาดสำราญ	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - รอบ ๑ณ ไตรมาส ๑ (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - รอบ ๒ณ ไตรมาส ๒ (ข้อมูล ม.ค.๖๐-มี.ค.๖๐)
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์RDU๑ และ	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	๔	๑๓๔	

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อ.เมืองตรัง	อ.ห้วยยอด	อ.ย่านตาขาว	อ.กันตัง	อ.นาโยง	อ.ปะเหลียน	อ.สิเกา	อ.วังวิเศษ	อ.รัษฎา	อ.หาดสำราญ	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **รอบ ๑ณ ไตรมาส ๑** (ข้อมูล ต.ค. – ธ.ค.๕๙) - **รอบ ๒ณ ไตรมาส ๒** (ข้อมูล ม.ค.๖๐-มี.ค.๖๐)
	หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิผ่านเกณฑ์ RDU๒) **เกณฑ์ตัวชี้วัด**: รพ. RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.ทั้งหมด)	**ผลงาน** (จำนวน รพ. ที่เป็น RDU Hospital ตามเกณฑ์เป้าหมายขั้นที่ 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 และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ IRDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

๓.๑ ผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ (SP-RDU) จำแนกตามโรงพยาบาล (ข้อมูล ณ ๓๑ พ.ค. ๒๕๖๐)

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M๑ 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 รายการซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชียาโรงพยาบาล	๔) การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่มที่มีรายละเอียดครบถ้วน	๕) การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละของ รพ. สต. /หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะ ใน ๒ โรค URI และ AD ตามเกณฑ์เป้าหมาย		
					ร้อยละ	ระดับ	จำนวนรายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.ตรัง	A	√	√	√	๙๑.๙๒	๒	๑	๔	๓	๑๘.๑๘		√
๒.ห้วยยอด	M๒	√	√		๙๓.๕๓	๓	๑	๓	๓	๘๖.๓๖	√	
๓ ย่านตาขาว	F๑	X	√		๙๘.๘๒	๑	๑	๓	๓	๑๒.๕๐		√
๔. กันตัง	F๑	√	√		๘๖.๙๑	๓	๑	๓	๓	๔๒.๘๖	√	
๕.นาโยง	M๒	√	√		๙๑.๓๒	๓	๑	๓	๓	๖๒.๕๐	√	
๖.ปะเหลียน	F๒	√	√		๙๒.๒๗	๓	๑	๓	๓	๔๒.๑๑	√	
๗.สิเกา	F๒	√	√		๙๘.๐๗	๓	๑	๓	๓	๑๐๐	√	
๘.วังวิเศษ	F๒	√	√		๙๑	๒	๑	๓	๓	๑๔.๒๙		√
๙.รัษฎา	F๒	√	√		๙๐.๙๕	๓	๑	๓	๓	๕๐	√	
๑๐.หาดสำราญฯ	F๓	√	√		๙๐.๘๓	๓	๑	๓	๓	๕๐	√	
รวม(แห่ง)ผ่าน		๖	๑๐	๑	๙	๗	๑๐	๑๐	๑๐	๗	๗	๓
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 ในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด**		
เป้าหมาย SP-RDUปีงบประมาณ ๒๕๖๐		**รพ.ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น 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 ภาพรวมจังหวัดจำนวน ..๗.. แห่ง
(รพ.แม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ RDU ๑ และ หน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU ๒ ขั้นที่ ๑ ตามเกณฑ์เป้าหมาย)

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

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A / B) x ๑๐๐

คิดเป็นร้อยละ.....๗๐.....

๓.๑ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด RDU ระดับจังหวัด

กิจกรรม	การดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
๑.คณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU จังหวัด	๑. การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนSP-RDU	☐ ไม่มีคำสั่งคณะกรรมการฯ ☑ มีคำสั่งคณะกรรมการ ตามคำสั่งจังหวัดตรังที่ ๒๔๐/๒๕๕๙ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ชื่อคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดตรัง มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตรัง เป็นประธาน
๒.มีเป้าหมายแผนปฏิบัติการ ตัวชี้วัด การติดตาม ควบคุม กำกับ และการรายงานผลการดำเนินงาน SP- RDU ในระดับจังหวัด	๑. การจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อน SP-RDU ๒. การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานขับเคลื่อน SP-RDU ๓. การกำหนดตัวชี้วัดในการขับเคลื่อน SP-RDU ๔. การควบคุม กำกับ กลวิธีในขับเคลื่อน SP-RDU อย่างมีประสิทธิภาพ ๕. การจัดทำระบบการรายงานผลการดำเนินงาน	☐ ไม่มีแผนปฏิบัติการหรืออยู่ระหว่างการจัดทำ ☑ มีแผนปฏิบัติการ **<u>สรุปภาพรวมของแผนปฏิบัติการ</u>** ๑. แต่งตั้งคณะกรรมการของทีม sp จังหวัด, คณะทำงาน ๒. ประชุมสื่อสารตัวชี้วัดและกำหนดแผนปฏิบัติการและแนวทางการดำเนินงานรายตัวชี้วัด (๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙) และประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐) ๓. เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ๔. สื่อสารนโยบายการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) ครั้งที่ ๑๑/๒๕๕๙ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ๕. พัฒนาศักยภาพ รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและประชาชน เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐, ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ และวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐ ๖. พัฒนาสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยมีการจัดประชุมทีมนักวิชาการคอมพิวเตอร์และเภสัชกรเพื่อพัฒนาโปรแกรมของจังหวัดตรังเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๐ ๗. ทบทวนบัญชีรายการยาโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

		๘. ทบทวนแนวทางในการรักษา และประกาศใช้ทั้งจังหวัด ๙. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาตัวแรกในการรักษา ๑๐. บูรณาการร่วมกับ Service Plan อื่นๆ ๑๑. เฝ้าระวังการใช้ยาในชุมชน โดยบูรณาการกับโครงการยาปลอดภัยในชุมชน ๑๒. ติดตาม กำกับ ผลการดำเนินงาน เป็นรายไตรมาส
กิจกรรม	**การดำเนินงาน**	**ผลการดำเนินงาน**
		<u>เป้าหมายการดำเนินงาน</u> โรงพยาบาลในจังหวัดตรัง ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ ในปี ๒๕๖๐ ทุกแห่ง โดยมีจำนวนโรงพยาบาลแม่ข่ายทั้งหมด 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>** **ไตรมาส๑** ๑. ได้แต่งตั้งคณะกรรมการของทีม sp จังหวัด, คณะทำงาน ๒. ประชุมสื่อสารตัวชี้วัดและกำหนดแผนปฏิบัติการและแนวทางการดำเนินงานรายตัวชี้วัด เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ และส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเป็นยาตัวแรกในการ

		รักษา เมื่อวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ **ไตรมาส ๒** ๑. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดตรัง เมื่อวันที่ ๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ๒. เก็บข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ๓. สื่อสารนโยบายการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผ่านคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.) ครั้งที่ ๑๑/๒๕๕๙ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๙ ๔. พัฒนาศักยภาพ รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและประชาชน เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐, ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ และวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐ ๕. พัฒนาสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยมีการจัดประชุมทีมนักวิชาการคอมพิวเตอร์และเภสัชกรเพื่อพัฒนาโปรแกรมของจังหวัดตรังเมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๐
กิจกรรม	**การดำเนินงาน**	**ผลการดำเนินงาน**
๓.การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามผลการดำเนิน SP-RDU ตามตัวชี้วัดระดับจังหวัด	๑. การกำหนดผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU อย่างชัดเจน ๒. การจัดทำระบบสารสนเทศในการติดตามผลการดำเนินงาน SP-RDU	☐ ไม่มีผู้รับผิดชอบ ☑ มีผู้รับผิดชอบชัดเจน คือ ในระดับจังหวัด ได้แก่ ภญ.วิไลพรรณ ธิติประเสริฐ และนายสมโชค ขวัญเมือง จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ภญ.อารีย์ บูรพเกียรติ จากโรงพยาบาลตรัง ในระดับอำเภอ ได้แก่ เภสัชกร นักวิชาการคอมพิวเตอร์และผู้รับผิดชอบงานคุ้มครองผู้บริโภคของสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง ☐ ไม่มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ☑ มีการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระบบที่ใช้ ๑. ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดตรัง (๔๓ แฟ้ม) ๒. เขียนรายงานในระบบ HOS-xP **<u>สรุปผลการพัฒนาระบบสารสนเทศ ระดับจังหวัด</u>**

		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังร่วมกับโรงพยาบาลทุกแห่ง พัฒนาโปรแกรมร่วมกันโดยใช้ RDU ๒๐๑๖ เป็นต้นแบบ
๔.มีการติดตามการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	๑. การติดตามและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ	**<u>สรุปผลการดำเนินงานการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ ระดับจังหวัด</u>** **ไตรมาส๑** ได้มีการสื่อสารนโยบายการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและตัวชี้วัดแก่ทีมที่เกี่ยวข้อง **ไตรมาส ๒** พัฒนาศักยภาพ รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและประชาชน เมื่อวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐, ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐ และวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐ และมีคณะกรรมการ AMR บูรณาการกับ IC เฝ้าระวังการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

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

๑. การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาในระดับโรงพยาบาลให้มีความตระหนักในการสั่งใช้ยา โดยเฉพาะแพทย์ยังไม่ให้ความสำคัญ

๒. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการขับเคลื่อน sp-RDU แต่ละแห่ง

๓. ค่าใช้จ่ายด้านยาทดแทนมีมูลค่าสูง เช่น ยาสมุนไพร หรือ ยาพาราเซตามอลเหน็บทวาร เป็นต้น

๔. ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ยาของประชาชน

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-ผู้สั่งใช้ยาบางท่าน ยังขาดความตระหนักในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยเฉพาะแพทย์ -ผู้สั่งใช้ยาบางท่านไม่ยอมรับ CPG ที่มีอยู่จึงไม่ปฏิบัติตาม CPG	-ให้ผู้สั่งใช้ยาโดยเฉพาะแพทย์แต่ละสาขา หาข้อสรุปร่วมกันในการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสาขาของตน โดยจัดทำ CPG กลาง และประกาศใช้ทั่วประเทศ	
โปรแกรมการประมวลข้อมูลที่สมบูรณ์ ยังไม่มี	กระทรวงเร่งพัฒนาโปรแกรมกลางในการดึงข้อมูลที่สมบูรณ์	





ประชุมคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล จังหวัดตรัง ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐





ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ครั้งที่ ๑/๒๕๖๐





รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากรและประชาชน วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๐






รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ เพื่อสร้างความตระหนักแก่บุคลากร นักเรียน อย.น้อย และประชาชน วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐







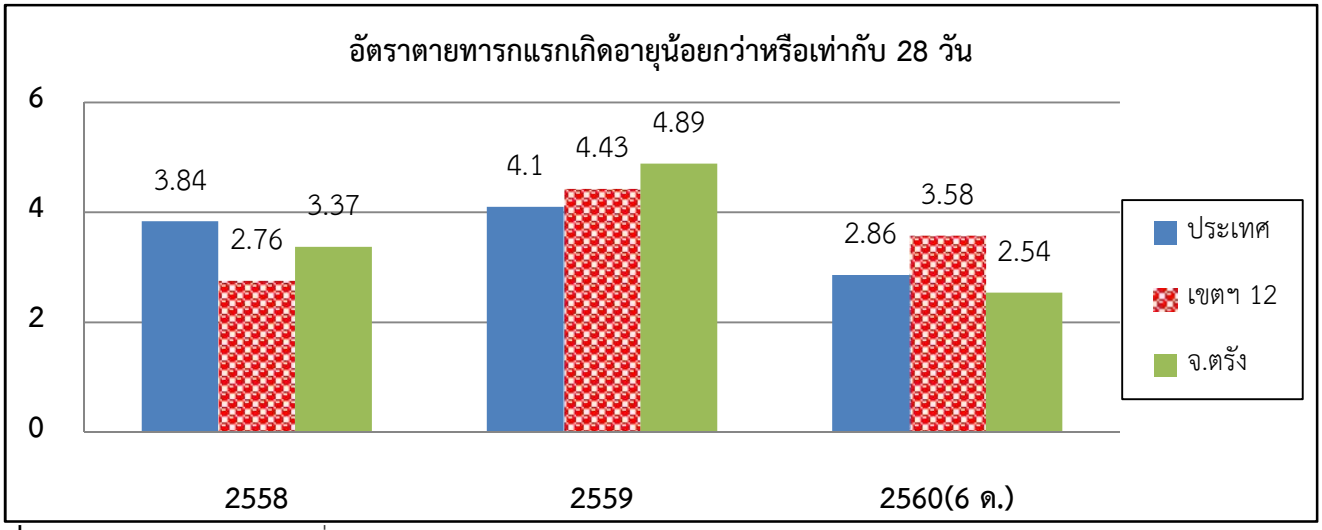


๒.๔ Service Plan สาขาทารกแรกเกิด

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ยังไม่สามารถลดอัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ลงได้ จากการวิเคราะห์พบปัญหา ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว ปัญหาความเชี่ยมโยงของระบบการส่งต่อ ทั้งการส่งต่อไปรักษายังหน่วยบริการที่มีศักยภาพเหนือกว่า และส่งกลับไปยังหน่วยบริการใกล้บ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขณะเดียวกันภาวการณ์ขาดออกซิเจนแรกคลอด (Birth Asphyxia) ร้อยละ ๒๕.๐๘ (ปี ๒๕๖๐ ถึง มี.ค.๖๐) ทารกเกิดก่อนกำหนดมีอัตราการเสียชีวิตและมีภาวะแทรกซ้อนสูง และทารกที่รอดชีวิตมีปัญหาความพิการ เช่น BPD ROP สมองพิการ พัฒนาการล่าช้า รวมทั้งบุคลากรยังขาดแคลน โดยเฉพาะกุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด 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 วันที่ประมวลผล :: ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

Health outcome :

(๑) อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ไม่เกิน ๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

อัตราส่วนการตายของทารก ปี ๒๕๕๗, ๒๕๕๘ และ ๒๕๕๙ ผลงานจังหวัดตรัง เท่ากับ ๕.๓๕, ๓.๓๗ และ ๔.๘๙ ตามลำดับ สาเหตุการตายของทารก พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากทารกคลอดก่อนกำหนดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๐ สัปดาห์ มีความดันเลือดในปอดสูง และทารกมีความพิการแต่กำเนิด

ปัจจุบัน ปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐) มีอัตราเท่ากับ ๒.๘๖ การเสียชีวิตจากสาเหตุผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กร่วมกับมีความพิการตั้งแต่กำเนิด : ๓ ราย, Neonatal sepsis ๒ ราย, Preterm with severe RDS ๑ ราย, PPHN (ความดันเลือดในปอดสูง) ๑ ราย และ Unwanted child ๒ ราย

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 (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐) คิดเป็นร้อยละ ๗๘.๘๐, ๗๔.๐๐, ๗๙.๑๖ และ ๗๕.๓๕ ตามลำดับ

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

(๓) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (>๖๐%)

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๑ ขึ้นไป จำนวน ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรัง ห้วยยอด ย่านตาขาว
และรพ.กันตัง มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดทุก รพช. ยกเว้นรพช.หาดสำราญฯ ผลการดำเนินงานตั้งแต่ปี ๒๕๕๙ พบเด็กผิดปกติ ๒ ราย ของปีงบฯ ๒๕๕๙ ที่โรงพยาบาลห้วยยอด และในปีงบฯ ๒๕๖๐ ยังไม่พบ

(๔) มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ

มีระบบการประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดา (Intrauterine transfer system) เพื่อมาคลอดในโรงพยาบาล
ตรัง ที่สามารถดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงได้

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	**สิเกา**	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
		ระดับ	A	M๒	F๑	F๑	F๒	**F๒**	F๒	F๒	F๒	F๓	-
๑.	อัตราตายทารกแรกเกิดอายุ ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๔ : ๑,๐๐๐	เป้าหมาย	๑,๙๑๕	๒๖๔	๒๒๓	๑๙๙	๑๗๐	๑๑๕	๙๓	๙๖	๘๐	๐	**๓,๑๖๕**
		ผลงาน	๙	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๙**
		อัตรา/ร้อยละ	๔.๓๔	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๒.๘๔**
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	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	-	**๓**
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	-	**๓**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	-	**๑๐๐**
	ทั้งจังหวัด ๙ แห่ง		๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๐	**๙/๑๐ (๙๐%)**
๔	มี Intrauterine transfer system ภายในเขตสุขภาพ	เป้าหมาย		๔๖	๔๔	๗๙	๖๕	๒๙	๒๙	๒๕	๒๓	๔	**มี**
		ผลงาน		๒	-	๒	๔	-	๒	๑	๑	-	**มี**
		อัตรา/ร้อยละ		๔.๓๔	๐	๒.๕๓	๖.๑๕	๐	๖.๘๙	๔	๔.๓๔	๐	**มี**
บุคลากรสาขาทารกแรกเกิด													
๑	กุมารแพทย์	ราย	๙	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๙**
๒	พยาบาลเฉพาะทาง (๔ เดือน)	ราย ไม่รวมหน.	๖	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	**๗**
๓	พยาบาล NS	ราย	๑๐	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๒๐%**
๔	พยาบาล NICU	ราย	๑๒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๓๓.๓๓%**
๕	พยาบาลเฉพาะทาง (๑ เดือน)	ราย	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
เครื่องมือ													
๑	ventilator	เครื่อง	๑๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๑๑**
	-ชนิดความถี่สูง	เครื่อง	๒	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๒**
๒	Transport incubator	เครื่อง	๑	๑	๑	-	-	-	-	-	-	-	**๓**
๓	NBP	เครื่อง	๙	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๙**
๔	Neopuff	เครื่อง	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๑**

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินการการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิดจังหวัดตรัง พบว่าอัตราการตายของทารกแรกเกิด ตั้งแต่ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙ และ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐) อัตราการเสียชีวิตอยู่ที่ ๓.๓๗ ๔.๘๙ และ ๒.๘๖ ตามลำดับ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐) คิดเป็น ๒.๘๖ ต่อพันการเกิดมีชีพ เสียชีวิต ๙ ราย จากการวิเคราะห์พบปัญหา การเสียชีวิตจากสาเหตุผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กร่วมกับมีความพิการตั้งแต่กำเนิด : ๓ ราย, Neonatal sepsis ๒ ราย, Preterm with severe RDS ๑ ราย, PPHN (ความดันเลือดในปอดสูง) ๑ ราย และ Unwanted child ๒ ราย (ทารกน้ำหนัก ๕๐๐ กรัม อายุครรภ์ ๒๕ สัปดาห์)

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

เป้าหมาย	มาตรการดำเนินงานพื้นที่	ผลลัพธ์	โอกาสพัฒนา
ทารกที่เกิดมีชีพและมีชีวิต จนถึง 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 ทุกปี ปีละ ๒-๓ คน
	๓. จัดระบบ Intrauterine transfer	-มีระบบประสานงานเพื่อการส่งต่อมารดาเพื่อไปคลอดยังรพ.ที่มีความสามารถในการดูแลทารกกลุ่มเสี่ยง	
	๔.จัดระบบstep downbeds (refer back)	-ยังไม่มีการบริหารจัดการเตียงเพื่อการรองรับการส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้านได้แล้ว (Stepdownbed for	-จัดทำแผนการบริหารจัดการเตียงเพื่อการรองรับการส่ง กลับไปรักษาต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยสามารถกลับไปดูแลต่อที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน

		refer back)	เพื่อลดความแออัดของ รพ.ระดับ A
	๕.การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย	-มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลระดับ M๑ และ F๒	-จัดทำแผนการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในโรงพยาบาลทุกราย
	๖. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต	-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. การพัฒนาระบบส่งต่อภายในเขต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการความรู้เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนขณะส่งต่อ 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

๒.๕ Service Plan สาขา Palliative care

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

๑.๑ 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

๑.๒ จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านสาธารณสุข ทั้งหมด ๑๐ แห่ง ได้แก่

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

๑.๑.๒. 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 และ รพ.รัษฎา
- ระดับ F๓ ๑ แห่ง คือ รพ.หาดสำราญ

๑.๓ เนื่องจากปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่มุ่งเน้นด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองมากขึ้น ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดตรังจึงได้จัดตั้งคณะกรรมการดูแลแบบประคับประคอง อีกทั้งกำลังส่งพยาบาลเข้าอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยเฉพาะ รพ.ห้วยยอด มีจุดเด่นด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยมีหน่วยบริการเฉพาะสำหรับดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ชื่อ “ตึกอโรคยา” ซึ่งมีการผสมผสานทั้งแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ โดยมีแพทย์และพยาบาล Palliative care ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๑.๔ โรงพยาบาลในจังหวัดตรัง มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การดูแลประคับประคองถึงร้อยละ ๘๐ ซึ่งมีเกณฑ์คัดกรองผู้ป่วยเข้าสู่การดูแลแบบประคับประคอง ดังนี้

- โรคมะเร็ง
  - ระยะแพร่กระจาย (stage๔)
  - Recurrent
  - PPS ≤ ร้อยละ ๕๐
- โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย
  - GFR ≤ ๑๕ ที่ปฏิเสธการฟอกไต หรือที่ได้รับการฟอกไตแล้วยุติการฟอก
- โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
  - มีข้อบ่งชี้ของการใช้ Long term oxygen ตลอดเวลา
- โรคหลอดเลือดสมอง
  - ภาวะเป็นผัก (Vegetative stage)

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

สภาพปัญหาของจังหวัดตรัง

ทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดตรัง การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้าสู่การดูแลแบบประคับประคองยังไม่ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ยังไม่ได้ให้การดูแลอย่างเต็มประสิทธิภาพ และยังไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจนและดูแลอย่างเป็นองค์รวม

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด: ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดตรัง มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

Health outcome:

- ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลแบบประคับประคองตามมาตรฐาน จนถึงวาระสุดท้าย

KPI: ให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

Service outcome:

๑. ผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Accessibility) จากทีมสุขภาพครอบครัวและชุมชน รวมทั้งผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในช่วงเวลาของภาวะโรคและอาการอย่างเหมาะสม

๒. ผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวได้รับข้อมูล (Information) อย่างมีประสิทธิภาพและมีส่วนร่วมในการวางแผนล่วงหน้า (Advance Care Plan) เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

KPI: - ผู้ป่วยได้รับ Strong Opioids ตามเกณฑ์
- มีการเตรียม Advance Care Plan
- มีการลงเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในภาพรวมจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ **(เดือน ต.ค. ๒๕๕๙ - เม.ย. ๒๕๖๐)**

<u>ตารางที่ ๑</u> แผนปฏิบัติการการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ในภาพรวมจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ **(เดือน ต.ค. ๒๕๕๙ - เม.ย. ๒๕๖๐)**

แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2560 สำรวจ ณ 31 พ.ค.60

ลำดับ	แผนปฏิบัติการ	ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	ทต.สำราญ	ระยะเวลาตามแผน
		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	มีการคัดกรองผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์เข้าสู่											
	การดูแลแบบ PC > 80%											6 เดือน
5	มีระบบการดูแลต่อเนื่องจาก รพ. ถึงบ้าน											9 เดือน
6	รักษาด้วย Strong Opioid											
7	จัดระบบการดูแล และแบบการแพทย์ไทย											
	สวดมนต์/สมาธิบำบัด/ปรับสมดุลร่างกาย											12 เดือน
8	มีกิจกรรม Family meeting /ทำ ACP											
9	มีการส่งข้อมูลต่อ ACP											ปี 2561
	* ระดับ รพ.											
	* ระดับจังหวัด											
	* ระดับเขต											
	* ข้ามเขต											
10	มีโครงการกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่น											
	รพ.สต/สสอ/สสจ											ปี 2561
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 ๒๕๖๐

ตัวชี้วัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจังหวัดตรัง ประจำปีงบประมาณ 2560												
ลำดับ	ตัวชี้วัด	รพ.ตรัง	รพ.ห้วยยอด	[illegible]	รพ.กันตัง	รพ.ปะเหลียน	รพ.สิเกา	รพ.วังวิเศษ	รพ.นาโยง	รพ.รัษฎา	[illegible]	รวม
		A	M2	F2	F2	F2	F2	F2	F2	F2	F3	
		ต.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	ม.ค-เม.ย.	2560
1	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองทั้งหมด	526	215	67	102	69	84	33	5	4	NA	1105
	- OPD	176	145	42	24	55	51	2	0	0	NA	495
	- IPD	350	70	24	78	14	33	31	5	4	NA	609
2	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวด แล้ว PS ≤ 3 คะแนน	218	50	23	16	7	63	9	2	1	NA	389
3	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	198	92	146	84	11	50	16	3	3	NA	603
	- OPD	174	51	39	25	0	7	2	0	1	NA	299
	- เยี่ยมบ้าน	24	41	107	59	7	23	14	3	2	NA	280
4	จำนวนผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)	116	50	5	74	14	17	27	2	3	NA	303
5	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งเสียชีวิต	40	13	13	34	5	11	27	5	4	NA	152
	- ที่บ้าน	16	6	6	24	5	9	26	4	2	NA	98
	- ที่โรงพยาบาล	24	7	7	10	0	2	1	1	2	NA	54
6	จำนวนผู้ป่วยที่ขอใช้คลังอุปกรณ์	68	10	36	20	9	8	12	NA	NA	NA	163
	- จำนวนผู้ป่วยที่ได้ใช้คลังอุปกรณ์	28	10	36	17	9	8	10	NA	NA	NA	118
	- จำนวนผู้ป่วยที่รออุปกรณ์	40	0	0	3	0	0	2	NA	NA	NA	45

อภิปรายผลจากตาราง

๑. โรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดตรัง มีการจัดตั้งคณะกรรมพัฒนาคุณภาพแบบปรับประคองคิดเป็นร้อยละ ๘๐ ซึ่งมีโรงพยาบาลที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการฯ และบางโรงพยาบาลอยู่ในระหว่างการดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการฯ

๒. การทำกิจกรรม Advance care plan ในแต่ละโรงพยาบาลมีการทำเฉพาะระดับโรงพยาบาล แต่ยังไม่มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระดับจังหวัด หรือระดับเขต

๓. ด้านโครงการกิจกรรมร่วมกับท้องถิ่นในแต่ละโรงพยาบาลยังมีค่อยข้างน้อย

๔. ด้านคลังอุปกรณ์ในแต่ละโรงพยาบาลมีความหลากหลาย ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน รวมทั้งยังไม่ได้จัดสรรอุปกรณ์ และไม่ได้จัดทำฐานข้อมูล และการบำรุงรักษาให้เข้าถึงง่าย

๕. 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	ร้อยละ
1	ร้อยละผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ได้เข้าสู่กระบวนการดูแล	≥ 50
2	ร้อยละผู้ป่วยและครอบครัวรายใหม่ได้รับการเตรียม Advance care plan	≥50
3	ร้อยละผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง	≥70
4	ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการความปวด หลังการรักษาแล้วมี PS ≤3 คะแนน	≥50
5	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และได้รับอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน	≥80
6	ร้อยละผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล	≥20
7	อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน	≥80

๕.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑.ด้านความรู้ ความเข้าใจของแพทย์และพยาบาลในเรื่องการดูแล Palliative care	เตรียมจัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการในเดือนมีนาคม ๒๕๖๐ ให้พยาบาลในโรงพยาบาลตรังและพยาบาลที่รับผิดชอบในเครือข่าย ตั้งเป้าหมาย ๑๐๐%	
๒.หน่วยการบริการการดูแลประคับประคอง ไม่ชัดเจน และไม่มีพยาบาล, Full time ด้าน Palliative care	ฝ่ายการพยาบาลได้มอบหมายงานเป็นสองส่วน คือ พยาบาลประสานงาน และและพยาบาลปฏิบัติการ เพื่อแบ่งภาระงานในลักษณะที่มีข้อจำกัดด้านอัตรากำลัง	
๓.ด้านคลังอุปกรณ์ยังไม่มีการจัดทำข้อมูลที่ชัดเจน และอุปกรณ์ไม่เพียงพอ	จัดทำฐานข้อมูล และบำรุงรักษาให้เข้าถึงง่าย	

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

ไม่มีเจ้าหน้าที่ ทั้งแพทย์ พยาบาล และผู้รับผิดชอบงานอื่นๆที่ทำงานด้าน Palliative care แบบ full time ทำให้การดำเนินงานไม่ราบรื่นและต่อเนื่อง

ขาดระบบการประสานงานระหว่างแผนก และระหว่างโรงพยาบาลที่ดี ทำให้กำหนดแนวทางการดูแลให้ตรงกันได้ยาก และการดำเนินงานล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลล่าช้ามากขึ้น

๗.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. ในผู้ป่วยมะเร็งทุกรายมีการดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัย

- หลังทราบผลชิ้นเนื้อ OPD จะส่งพบพยาบาลเพื่อ empowerment ให้ข้อมูลในการรักษา
- ในระยะผ่าตัดมี APN nurse ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกราย ทั้งด้านร่างกายและ palliative care
- ระยะรับยาเคมีบำบัด : พยาบาลห้องเคมีบำบัดจะให้การดูแลแบบประคับประคอง หากพบปัญหาสามารถปรึกษา pain clinic และโภชนากรได้
- ระยะแพร่กระจาย : มี pain clinic ใกล้กับ tumor clinic ของศัลยกรรม ให้การดูแลแบบpalliativeควบคู่ไปด้วย โดยแพทย์หรือทีม, มีบริการการแพทย์ทางเลือกที่ Pain clinic และ consult ใน IPD ได้ มีการส่งต่อให้ HHC ประสานการดูแลที่บ้าน กรณีญาติรับยาแทน
- มีการทำกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในคนไข้มะเร็งทุกวันพุธเช้า โดยทีม Palliative care ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความทุกข์ใจน้อยลง ผ่านพ้นช่วงวิกฤติไปได้ด้วยดี
- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีการจัดมุมแยกผู้ป่วยในหน่วยงาน และมีการอนุญาตให้เข้าห้องพิเศษได้เพื่อจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความสงบในวาระสุดท้าย
- มีทีมจิตอาสาจากกลุ่มพึ่งตน พึ่งธรรม เพื่อเสริมพลังด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย และญาติทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์
- มีกิจกรรมตักบาตรข้างเตียงสำหรับผู้ป่วยที่นับถือศาสนาพุทธศาสนาทุกวันพุธที่ ๑ และ ๓ ของเดือน

๒. มีการกิจกรรมจากชมรมชายผ้าเหลืองที่โรงพยาบาลห้วยยอด ที่มีการทำงานร่วมกันระหว่างพระภิกษุสงฆ์กับเจ้าหน้าที่ในตึกอโรคยา ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ๒๔ ชั่วโมง

๓. 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 ทำให้การฟื้นหายเร็วขึ้นได้กลับเร็วขึ้น ลดค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวผู้ป่วยและโรงพยาบาล ผลลัพธ์อย่างที่สอง คือ ถ้าผู้ป่วยถึงเวลาต้องจากไป ก็จะจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ญาติก็ยอมรับกฎของธรรมชาติ ไม่โศกเศร้าจนขาดสติ และญาติส่วนหนึ่งได้มีการวางแผนทำ Living Will ไว้ด้วย ส่วนในด้านของจิตอาสาจะมีการพัฒนาตนเองขึ้นทุกข์น้อยลง จากการเจอผู้ป่วยหรือญาติที่ทุกข์กว่า เกิดความปีติในการให้ที่ปราศจากเงื่อนไข ได้ดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความไม่ประมาท เป็นต้นแบบให้บุคคลในครอบครัวได้มาเรียนรู้ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความอบอุ่นมากขึ้น

๒.๖ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

๑. สถานการณ์จังหวัดตรัง

๑.๑ การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

<u>สรุปสถานการณ์</u>

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

ตาราง ๑ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐ (๖ เดือน)

ที่	รพ.	ระดับ รพ.	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					การจัดบริการ OPD คู่ขนาน
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย(ยาปรุง)	นวดไทย (นวด ประคบ อบ)	การดูแลมารดา หลังคลอด	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	F๑	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

ตาราง ๒ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐจังหวัดตรังปี ๒๕๖๐(รพ.สต.)

ที่	หน่วยบริการตามเครือข่ายภาพ CUP	จำนวน รพ.สต.(แห่ง)	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
			ยาแผนไทย / ยาสมุนไพร (แห่ง)	เวชกรรมไทย (แห่ง)	นวดไทย (แห่ง)	การดูแลมารดาหลังคลอด (แห่ง)
๑	เมืองตรัง	๑๘	๓๐	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 ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ในรพ.และรพ.สต. พบว่า จังหวัดตรังมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาล จำนวน ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ มีบุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังรายละเอียดตาราง ๓ และ ๔

ตาราง ๓ บุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จ.ตรัง ปี ๒๕๖๐(๖ เดือน)

ที่	สถานบริการสาธารณสุข	ประเภทวุฒิการศึกษาแพทย์แผนไทย				แพทย์ฝังเข็ม	แพทย์แผนจีน	มีใบประกอบโรคศิลปะ สาขาการแพทย์แผนไทย				
		๔ ปี	๓ ปี	๒ ปี	ผช.			แผนไทยประยุกต์	เวชกรรม	เภสัชกรรม	นวดไทย	ผดุงครรภ์
๑	รพ.ตรัง	๔	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**

ตาราง ๔ บุคลากรแพทย์แผนไทยและแพทย์ผสมผสานที่ปฏิบัติงานในรพ.สต. จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐(๖ เดือน)

ที่	สถานบริการ สาธารณสุข	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		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)

สรุปสถานการณ์

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)

สรุปสถานการณ์

การจัดบริการคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรที่มีการรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรคเช่นไมเกรน,ข้อเข่าเสื่อม,อัมพฤกษ์,อัมพาต,ภูมิแพ้ อย่างน้อย ๑ คลินิก พบว่า โรงพยาบาลตรังมีการจัดบริการคลินิก การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร ร้อยละ ๑๐๐ ซึ่งมีทั้งหมด ๖ โรค คือ หลอดเลือดสมอง , ข้อเข่าเสื่อม, ภูมิแพ้, ไมเกรน ปวดหลังและการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ตารางที่ ๕ ผลงานคลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจรโรงพยาบาลตรัง

เดือน	หลอดเลือดสมอง		ข้อเข่าเสื่อม		ภูมิแพ้		ไมเกรน		ปวดหลัง		กระตุ้นพัฒนาการเด็ก	
	แผนไทย	ฝังเข็ม	แผนไทย	ฝังเข็ม	แผนไทย	ฝังเข็ม	แผนไทย	ฝังเข็ม	แผนไทย	ฝังเข็ม	แผนไทย	ฝังเข็ม
ต.ค. ๕๙	๑๓๐	๑๗๘	๑๒๓	๗๙	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
ม.ค.๖๐	๑๒๘	๒๐๔	๑๐๐	๑๐๘	๑๕	๙	๘	๒๗	๖๗๙	๑๑๐	-	๑๔
ก.พ.๖๐	๑๒๘	๑๙๗	๑๒๗	๑๑๗	๑๙	๑๐	๑๕	๓๕	๗๖๐	๑๓๑	-	๑๗
มี.ค.๖๐	๑๔๑	๒๒๗	๑๗๙	๑๔๔	๑๔	๑๔	๑๒	๔๘	๙๐๗	๑๓๙	-	๒๐
รวม	๗๑๐	๑,๐๓๖	๖๖๖	๕๔๖	๗๗	๖๓	๑๓๓	๒๑๗	๔,๔๘๘	๗๓๐	-	๑๑๓

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ๑๘.๕)
ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ในสถานบริการสาธารณสุข ของรัฐ เกณฑ์ร้อยละ ๑๘.๕ จังหวัดตรัง มีผลงาน ร้อยละ ๒๓.๕๓

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวมจังหวัด
๑.	ภาพรวม	เป้าหมาย	๓๐๑,๑๒๐	๑๓๑,๗๗๘	๑๑๒,๔๕๕	๑๐๑,๒๒๗	๖๐,๘๘๔	๑๘๒,๒๕๗	๖๒,๓๔๕	๗๑,๑๔๕	๔๑,๓๕๙	๒๖,๖๗๓	**๑,๐๙๑๒๔๓**
		ผลงาน	๔๙,๗๐๘	๓๘,๐๙๕	๒๙,๐๔๒	๒๓,๑๙๙	๑๔,๒๓๒	๕๖,๘๐๔	๑๓,๕๕๒	๑๙,๙๔๙	๖,๓๙๓	๕,๗๔๗	**๒๕๖,๗๒๑**
		ร้อยละ	๑๖.๕๑	๒๘.๙๑	๒๕.๘๓	๒๒.๙๒	๒๓.๓๘	๓๑.๑๗	๒๑.๗๔	๒๘.๐๔	๑๕.๔๖	๒๑.๕๕	**๒๓.๕๓**
๒.	รพศ. รพช.	เป้าหมาย	๒๑๘,๐๗๒	๗๖,๙๔๘	๖๔,๙๔๘	๕๐,๙๒๙	๓๗,๓๘๓	๑๐๓,๑๐๔	๓๙,๗๐๓	๔๔,๗๑๓	๒๘,๗๘๙	๑๕,๖๑๖	**๖๘๐,๑๙๐**
		ผลงาน	๒๘,๑๐๒	๑๐,๘๙๘	๖,๙๔๕	๙,๑๓๑	๕,๖๑๐	๒๖,๘๙๙	๘,๓๔๗	๑๓,๐๗๕	๒,๔๔๑	๑,๑๓๙	**๑๑๒,๕๘๗**
		ร้อยละ	๑๒.๘๙	๑๔.๑๗	๑๐.๖๙	๑๗.๙๓	๑๕.๐๑	๒๖.๐๙	๒๑.๐๒	๒๙.๒๔	๘.๔๘	๗.๒๙	**๑๖.๕๕**
๓.	รพ.สต.	เป้าหมาย	๘๓,๐๔๘	๕๔,๘๔๕	๔๗,๕๐๗	๕๐,๒๙๘	๒๓,๕๐๑	๗๙,๑๕๓	๒๒,๖๔๒	๒๖,๔๓๒	๑๒,๕๗๐	๑๑,๐๕๗	**๔๑๑,๐๕๓**
		ผลงาน	๒๑,๖๐๖	๒๗,๑๙๗	๒๒,๐๙๗	๑๔,๐๖๘	๘,๖๒๒	๒๙,๙๐๕	๕,๒๐๕	๖,๘๗๔	๓,๙๕๒	๔,๖๐๘	**๑๔๔,๑๓๔**
		ร้อยละ	๒๖.๐๐	๔๙.๕๙	๔๖.๕๑	๒๗.๙๗	๓๖.๖๙	๓๗.๗๘	๒๒.๙๙	๒๖.๐๐	๓๑.๔๔	๔๑.๖๘	**๓๕.๐๗**

หมายเหตุ : อ้างอิงข้อมูลจาก HDC วันที่ ๓๐ พฤษภาคม ๒๕๖๐

อภิปรายผลจากตาราง

๑) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถาน

บริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ ๑๘.๕)

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ (ร้อยละ ๑๘.๕) พบว่าในภาพรวมของตัวชี้วัดนี้ จังหวัดตรังสามารถดำเนินการได้เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๒๓.๕๓

๒) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถาน

บริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกเป็นโรงพยาบาล (รพศ.ร้อยละ ๑๐ , รพช. ร้อยละ ๒๐)

เมื่อจำแนกเป็นโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ กลุ่มโรงพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๒.๘๙ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน ๓ แห่ง คือ โรงพยาบาลนาโยง ร้อยละ ๒๙.๒๔ โรงพยาบาลห้วยยอด ร้อยละ ๒๖.๐๙ และ โรงพยาบาลวังวิเศษ ๒๑.๐๒ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๖.๕๕ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

๓) ร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถาน

บริการสาธารณสุขของรัฐ จำแนกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ร้อยละ ๓๐)

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖ อำเภอ คือ อำเภอกันตัง ร้อยละ ๔๙.๕๙ รองลงมาอำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๔๖.๕๑ อำเภอหาดสำราญ ร้อยละ ๔๑.๖๘ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๓๗.๗๘ อำเภอ สิเกา ร้อยละ ๓๖.๖๙ และอำเภอรัษฎา ร้อยละ ๓๑.๔๔ **ในภาพรวมผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๓๕.๐๗**

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

๑) การสนับสนุนยาแผนไทยในหน่วยบริการยังไม่มีเพียงพอสำหรับความต้องการใช้ยาแผนไทยของบุคลากร โดยเฉพาะในกลุ่มโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน ประเภทและปริมาณของยาแผนไทย ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการเวชกรรมไทย

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

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

๕.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

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

๒) โรงพยาบาลที่จัดบริการการแพทย์แผนไทย ฯ และบริการนวดไทย ส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องสถานที่ ในการจัดบริการฯ เสนอควรจัดสรรงบประมาณเพื่อก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทยจากกระทรวงสาธารณสุข ตามสภาพความต้องการของพื้นที่

๓) การขยายกรอบตำแหน่งแพทย์แผนไทย (FTE) ไม่เพียงพอต่อการจัดบริการตาม SP ของโรงพยาบาลซึ่งต้องเปิด OPD คู่ขนาน และมีการดูแลผู้ป่วย {PD ร่วมด้วย

๖.แผนงานโครงการงานการแพทย์แผนไทย ปี ๒๕๖๐

โครงการ/กิจกรรมหลัก	ข้อมูลสนับสนุน (Baseline)	ประชากรเป้าหมาย/พื้นที่ดำเนินการ	ข้อบ่งชี้ความสำเร็จ	เป้าหมาย (จำนวน/หน่วย)
โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๖๐				
กิจกรรม				
๑.๑ อบรมพัฒนาวิชาการด้านวิชาชีพการแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย) จำนวน ๒ ระยะๆละ ๕ วัน	สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐมีการจัดบริการเวชกรรมไทย ๑) รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย มีการตรวจและวินิจฉัยฯ ด้านเวชกรรมไทย จำนวน ๑๙ แห่ง ๒) รพ.มีการตรวจและวินิจฉัยแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย) จำนวน ๑๐ แห่ง	แพทย์แผนไทยที่ปฏิบัติงาน ในรพ.สต. และรพ. จำนวน ๗๐ คน	สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ มีการจัดบริการเวชกรรมไทย ๑) รพ.สต.ที่มีแพทย์แผนไทย มีการตรวจและวินิจฉัย ฯ ด้านเวชกรรมไทย ๒) รพ.มีการตรวจและวินิจฉัยแพทย์แผนไทย (เวชกรรมไทย)	*รพ.สต. ร้อยละ ๕๐ *รพ.ร้อยละ ๑๐๐ ครั้งที่ ๑ วันที่ ๒๐ – ๒๔ มี.ค. ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๕ – ๑๙ พ.ค. ๒๕๖๐
๑.๒ ประเมินมาตรฐานระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และประเมินมาตรฐานนวดไทย ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและภาคเอกชน ระดับอำเภอ/จังหวัด	เกณฑ์การประเมิน รพ.สส.พท. ๑.รพ. ทุกแห่ง จำนวน ๑๐ แห่ง ๒.รพ.สต.ทุกแห่ง จำนวน ๑๒๕ แห่ง เกณฑ์การประเมินมาตรฐานนวดไทย ๓. รพ. ทุกแห่ง จำนวน ๑๐ แห่ง ๔. รพ.สต.ที่มีการจัดบริการนวดไทยทุกแห่ง จำนวน ๕๗ แห่ง ๕.สถานพยาบาล / สถานประกอบการ /สถานบริการ ที่มีการจัดบริการนวดไทยภาคเอกชน ทุกแห่ง จำนวน ๘ แห่ง	ประเมินระดับจังหวัด โดย คณะกรรมการแพทย์แผนไทยระดับจังหวัด จำนวน ๑๒ คน ประเมิน ๑๐ อำเภอๆละ ๑ วัน	๑. รพ. ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สส.พท. ๒.รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การประเมิน รพ.สส.พท. ๓. รพ.ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานนวดไทย ๔ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานนวดไทย ๕ ภาคเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานนวดไทย	๑.รพ. ร้อยละ ๑๐๐ ๒. รพ.สต. ร้อยละ ๘๐ ๓. รพ.ร้อยละ ๑๐๐ ๔ .รพ.สต.ร้อยละ ๑๐๐ ๕. ภาคเอกชน ร้อยละ ๑๐๐ ดำเนินการตรวจประเมินในเดือนมกราคม ๒๕๖๐ เรียบร้อยแล้ว
๑.๓ ประชุมคัดเลือกพื้นที่ต้นแบบแพทย์แผนไทยและคัดเลือกบุคลากรแพทย์แผนไทย ฯ	คัดเลือกพื้นที่ต้นแบบการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน ๔ ระดับ คือ รพ.สต. ,รพช., รพศ. และสสจ. ดีเด่นระดับอำเภอ และจังหวัด เพื่อคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ	บุคลากรแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและหมอไทย จาก ๑๐ อำเภอ จำนวน ๗๐ คน	๑. มีหน่วยงาน รพศ , รพช., รพ.สต. และ สสจ. ระดับจังหวัดได้รับคัดเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบระดับเขต ระดับภาค และระดับประเทศ ๒. มีบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย , แพทย์พื้นบ้าน	๑.อย่างน้อยระดับละ ๑แห่ง ๒.มีบุคคลเป็นตัวแทนระดับจังหวัด ๓ ราย

			และหมอไทย ได้รับคัดเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบระดับเขต ระดับภาค และ ระดับประเทศ	
๑.๔ สัมมนาการใช้ยาแผนไทยในเครือข่ายโรงพยาบาลและสนับสนุนการใช้ยาแผนไทยทดแทนในโรงพยาบาล	๑. สถานบริการสาธารณสุขภาครัฐทุกระดับ มียาแผนไทยที่ได้มาตรฐานใช้อย่างเพียงพอ ๑) รพ.สต.มียาแผนไทย ใช้อย่างน้อย ๑๐ รายการ ๒) รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน มียาแผนไทยใช้อย่างน้อย ๓๐ รายการ ๓) รพ.มียาแผนไทยใช้อย่างน้อย ๓๐ รายการ และมีการปรุงยาให้ผู้ป่วยเฉพาะราย ๔) รพ.มีการใช้ยาแผนไทยทดแทนอย่างน้อย ๕ รายการ	เภสัชกรและแพทย์แผนไทยใน รพ.และ รพ.สต. จำนวน ๓๐ คน	๑. รพ.สต.มียาแผนไทย ใช้อย่างน้อย ๑๐ รายการ ๒. รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน มียาแผนไทยใช้อย่างน้อย ๓๐ รายการ ๓. รพ.มียาแผนไทยใช้อย่างน้อย ๓๐ รายการ และมีการปรุงยาให้ผู้ป่วยเฉพาะราย ๔ รพ.มีการใช้ยาแผนไทยทดแทนอย่างน้อย ๕ รายการ	๑. รพ.สต.ร้อยละ ๑๐๐ ๒.รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย ร้อยละ ๑๐๐ ๓. รพ.ร้อยละ ๑๐๐ ๔. รพ. ร้อยละ ๑๐๐
โครงการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐				
กิจกรรม				
๒.๑ ประชุมชี้แจงสำรวจ ตรวจสอบ รวบรวม และออกหนังสือรับรองหมอพื้นบ้าน	สสอ.และ สสจ. จะต้องมีทะเบียนและรับรองสถานะหมอพื้นบ้าน ตามระเบียบกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๕ (พรบ. คุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย พ.ศ. ๒๕๔๒)	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอ รพ./รพ.สต. และเครือข่ายแพทย์แผนไทยจังหวัดตรัง จำนวน ๓๐ คน	๑.มีทะเบียนหมอพื้นบ้าน ระดับอำเภอ / ระดับจังหวัด ๒.รับรองสถานะ หมอพื้นบ้าน ระดับอำเภอๆละ ๓ คน/ปี	๑.สสอ. ร้อยละ ๑๐๐ ๒.หมอพื้นบ้านได้รับการรับรอง จำนวน ๓ คน/อำเภอ/ปี
๒.๒ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานของสำนักงานนายทะเบียนจังหวัดตรัง	ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๖๐	เครือข่ายแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านและสมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดตรัง จำนวน ๖๐ คน	มีการจัดประชุมเครือข่ายแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน และสมาคมแพทย์แผนไทยจังหวัดตรัง จำนวน ๒ ครั้งๆละ ๑ วัน/ปี	๑.ระดับจังหวัดมีการประชุม ๒ ครั้ง/ปี
๒.๓ ประชุม Teleconference และแลกเปลี่ยนนโยบายฯ แนวทางการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐	มีการประชุม Teleconference ประจำปี ๒๕๖๐และแนวทางการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ปี ๒๕๖๐	เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอ รพ./รพ.สต. ในจังหวัดตรัง จำนวน ๖๐ คน	มีการจัดประชุม แพทย์แผนไทย ของ รพ./รพ.สต./สสอ.	สสจ.มีการจัดประชุมอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี
๒.๔ งานมหกรรมการแพทย์แผนไทยภาคใต้ ปี ๒๕๖๐	เครือขายหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับอำเภอ ร่วมกิจกรรมออกบูธนิทรรศการ การบริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์	เครือข่ายแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ ระดับจังหวัด จำนวน ๒๐ คน	เครือขายหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยฯร่วมกิจกรรมงานมหกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ภาคใต้ ปีละ ๑ ครั้ง	งานมหกรรมการแพทย์แผนไทยแห่งชาติ พื้นบ้านภาคใต้ ปี ๒๕๖๐ จ.สตูล ระหว่าง

	พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก และภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในระดับชุมชน ในงานมหกรรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้าน ภาคใต้			วันที่ ๒- ๕ มีค. ๒๕๖๐

โครงการ	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน
๓.โครงการ พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการงานแพทย์แผนไทยด้วยศาสตร์มณีเวช Service plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน จังหวัดตรัง	ในจังหวัดตรังมี รพ. ๔ แห่ง ที่ได้รับการเข้าร่วมอบรมในโครงการพัฒนาศักยภาพฯ ได้แก่ รพ.ตรัง , รพ.ห้วยยอด , รพ ย่านตาขาว และรพ. กันตัง โดยได้ดำเนินใช้ในระยะแรก โดย ไปใช้ในการสอนท่าบริหารร่างกายให้กับผู้เข้ารับบริการในงานแพทย์แผนไทย	**สรุปผลการดำเนินงาน** ๑) โครงการอบรมนวดไทยเพื่อสุขภาพและการออกกำลังกาย(มณีเวช/ฤาษีดัดตน)ในผู้สูงอายุ จำนวน ๔๐ คน ๒) กิจกรรมออกกำลังกายยามเช้าหอผู้ป่วยใน กลุ่มญาติและผู้ป่วย Palliative care จำนวน ๒๘ คน ๓) กิจกรรมออกกำลังกายเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยตามนโยบายนายกรัฐมนตรี จำนวน ๕๐ คน ๔) หัตถบำบัดร่วมกับการสอนท่ากายบริหารมณีเวช ๘ ท่า กับผู้ป่วยและญาติที่มีอาการระบบกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยปวดเอว ปวดหลัง ปวดบ่า ปวดต้นคอ ปวดเข่า และนิ้วไกปืน จำนวน ๗๗ ราย ๕) แนะนำให้ความรู้ท่ากายบริหารมณีเวช ๘ ท่า ร่วมกับการฟื้นฟูมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย จำนวน ๒๕ ราย ๖) เพิ่มประสิทธิภาพการรักษาอาการไหล่ติดด้วยศาสตร์มณีเวช โดยให้ผู้ป่วยข้อไหล่ติดฝึกท่ากายบริหารทุกวันและติดตามผล จำนวน ๑๗ คน

โครงการ	ผู้เข้าร่วม	หัวข้อวิจัย
๔. อบรมงานวิจัยของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ R๒R	<u>รพ.ตรัง</u> ๑.นางนงนุช ตรีรัตน์พันธุ์ ๒.น.ส.ศิริลักษณ์ สังติ้น ๓.น.ส.จันทร์จิรา ชูแสง ๔.นส.จุฑาพร นวบุญ	๑.การศึกษาประสิทธิผลการบรรเทาอาการปวดเข่า ระหว่างการใช้สูตรยาสมุนไพรร่วมกับการนวดและการนวดอย่างเดียว ๒.การศึกษาความถี่ในการฝังเข็มมีผลต่ออัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วย Stroke
	<u>รพ.ห้วยยอด</u> ๑.นางสาวชุติมา แก้วเติมเจ้า ๒.นางสาวจิรัสยา หมาดทิ้ง ๓.นางสาวชลธิชา ระวังสุข	๒.เรื่อง การศึกษาเปรียบเทียบผลของการใช้ยา Diclofinec กับยาแก้ลมขัดในข้อสูตรตำรับโรงพยาบาลห้วยยอดในผู้ป่วยโรคปวดเข่า
	<u>รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม อ.ย่านตาขาว</u> ๑.นส.รัตนา สีผม ๒.นางเตือนใจ ชูพลู ๓.นายประยูร ไกรสุท	๓. การสำรวจและตรวจระบุชนิดพืชสมุนไพรในการพัฒนางานแพทย์แผนไทยเบื้องต้น เขต ต.ทุ่งค่าย อ.ย่านตาขาว จ.ตรัง

๕.อบรมงานวิจัยของเขตบริการสุขภาพที่ ๑๒ R๒R	<u>รพ.ย่านตาขาว</u> ๑.นางยวนทอง เกลี้ยงแก้ว ๒.นางจิราวรรณ รัตนเมธีวรกุล ๓.นางสาวตรีชฎา หอมจันทร์	เรื่อง ประสิทธิผลการนวดลดอาการชาเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
	<u>รพ.กันตัง</u> ๑.นางสาวสุดารัตน์ เกตุรัตน์ ๒.นางสาวณภัดฑษร ลีหนันทกุล	เรื่อง ศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการปวดเข่าในโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุด้วยการพอกยาสมุนไพร
	<u>รพ.วังวิเศษ</u> ๑.นางสาวจารุวรรณ แสงแก้ว ๒.นางสาวสุธาวดี สีสดสุข	เรื่อง ผ้าพันเข่าลดปวด
	<u>รพ.ปะเหลียน</u> ๑.นางพันทิพา ชั้นสกุล ๒.นางสาวคุณัญญา สมเพ็ชร รพ.ปะเหลียน	เรื่องการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาอาการวัยทอง
	<u>รพ.ตรัง</u> ๑.นางสาวไหมกาโสม ลิงาลาห์ ๒.นางสาวศุภาศิริ ทองใหม่	เรื่องการศึกษาการผสมผสานการปรับโครงสร้างแบบมณีเวช มีผลต่อระยะเวลาการฟื้นหายในผู้ป่วยปวดเข่าเทียบกับการรักษาแบบปกติ
	<u>รพ.นาโยง</u> ๑.นางกรกรดา แสงทอง ๒.นางสิตาพัชญ์ ธีรนิจคุณานนต์ ๓.นายคำนึง สิทธิชัย	เรื่องการเปรียบเทียบประสิทธิผลการนวดเท้า แบบที่ ๑ การนวดเท้าเพื่อสุขภาพ และแบบที่ ๒ การนวดเท้า ๑๕ ท่า
๖. โครงการของขวัญปีใหม่ งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		ดำเนินการในทุกโรงพยาบาลในช่วงเทศกาลปีใหม่ ตั้งแต่เดือนธันวาคม ๒๕๕๙ – มกราคม ๒๕๖๐

- **แผนงานปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ของโรงพยาบาลตรัง**

ลำดับที่	แผนงาน/โครงการ	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ความก้าวหน้า	ผู้รับผิดชอบ
๑	โครงการมณีเวช (SP ของเขต ๑๒)	ผ่านเกณฑ์ service plan เขตฯ ๑๒	๒ วัน	แล้วเสร็จ	นางนงนุช ตรีรัตน์พันธุ์
๒	โครงการส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการรพ.ตรังและเครือข่าย	เพิ่มร้อยละการบริการเครือข่ายรพ.ตรัง	๑ วัน	แล้วเสร็จ	นางนงนุช ตรีรัตน์พันธุ์
๓	โครงการคาราวานแพทย์แผนไทย (ส่วนราชการและสถานบริการสธ.)	เพิ่มร้อยละการบริการแพทย์แผนไทย	๖ เดือน	กำลังดำเนินการ	นางนงนุช ตรีรัตน์พันธุ์
๔	แผนงานเปิดคลินิก ยาลม ยาหอม	ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในรพ.ตรัง	๑ ปี	เตรียมการดำเนินงาน	นางนงนุช ตรีรัตน์พันธุ์
๕	การใช้ยาสมุนไพรในรพ.สต.เครือข่าย	ตัวชี้วัดร้อยละผู้รับบริการผ่านเกณฑ์	๑ วัน	แล้วเสร็จ	สสอ.เมือง
๖	การลงข้อมูล Hos-XP	ความถูกต้องครบถ้วนข้อมูล	๑ วัน	แล้วเสร็จ	สสอ.เมือง
๗	งานวิจัย	๒ เรื่อง	๑ ปี	รอดำเนินการ	นางนงนุช ตรีรัตน์พันธ์

- **ภาพโครงการที่ดำเนินการแล้วในปี ๒๕๖๐ โรงพยาบาลตรัง**

๑. โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการปรับโครงสร้างศาสตร์มณีเวช วันที่ ๒๗-๒๘ ธ.ค. ๒๕๕๙



ทีมงานจัดอบรมปรับโครงสร้าง มณีเวช ฟิตซิลโดรม



มีบุคลลากรเข้าร่วม ๑๕๐ คน



กิจกรรมในผู้ป่วยและจนท. ออฟ

๒. โครงการคาราวานแพทย์แผนไทย ให้บริการเชิงรุก เริ่ม ม.ค. ๒๕๖๐ – มิ.ย. ๒๕๖๐ ปัจจุบันให้บริการนอกสถานที่ในสถานที่ราชการ จำนวน ๑๔ แห่ง



OPD คู่ขนาน รพ.ตรัง



กรมสรรพากร



พื้นที่เขตการศึกษา ๑



ที่วิทยาลัยการอาชีพ



ที่สำนักงานตำรวจภูธรจังหวัด



ที่ศาล

จังหวัด

๓. โครงการส่งเสริมการบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการรพ.ตรังและเครือข่าย





อบรมจนท.จาก รพ.ตรังและ รพ.สต.เครือข่าย ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล แพทย์แผนไทย ๒๒ ธ.ค.๕๙

๔. พัฒนาศักยภาพบุคลากรแพทย์แผนไทย การฟื้นคืนชีพ





อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ แก่บุคลากรแพทย์แผนไทย รพ.ตรัง ๒๙ พ.ค.๖๐

๕. โครงการพัฒนาศักยภาพแพทย์แผนไทย





อบรมแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรม ๒๐-๒๔ มี.ค.,๑๕-๑๙ พ.ค.๖๐ อบรมมณีเวช ๒๔-๒๕ พ.ค. ๖๐ โดย เขต ๑๒





อบรมการดูแลผู้สูงอายุ ๒๙-๓๐ พ.ค.๖๐

๒.๗ Service Plan สาขาสุขภาพจิต

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

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

ส่วนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเมื่อวิเคราะห์สถานการณ์พบว่า 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.ตรัง เป็นแม่ข่ายหลัก ในการให้การปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชน	การประสานการดูแลผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ในระดับผู้ปฏิบัติการ ขาดความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ตำรวจ	จังหวัดมีการจัดประชุมภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยตาม พ.ร.บ. สุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ในระดับ ผู้ปฏิบัติการ เมื่อวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๐ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิต
๒. การจัดให้มียาจิตเวชที่จำเป็นพอเพียงสำหรับโรคจิตเวชที่สำคัญในโรงพยาบาลทุกระดับ	รพศ. ๑ แห่ง, รพช. ๙ แห่ง จัดให้มีการบริการยาทางจิตเวชที่สำคัญพร้อมใช้ในหน่วยบริการ	-	-

ประเด็นการตรวจราชการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา อุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
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	-	-
๕. การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ ตามแนวทางมาตรฐาน	มีระบบการติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน flow chart ของจังหวัด	การติดตามผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายยังขาดการบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๕๐๖-s online ที่ครอบคลุมทั้งหมด	ควรบันทึกข้อมูลการติดตามดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำในระบบรายงาน ๕๐๖-s online ครอบคลุมทั้งหมดทุกรพ.
๖. การบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชนทั่วไปและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย	มีการบูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจและให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องอื่นๆ ตามประเด็น ODOP ของอำเภอ หรือตามบริบทของพื้นที่	-	มีการจัดโครงการการวิเคราะห์ปัญหาผู้ที่เสี่ยงหรือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอตามบริบทของพื้นที่ในการสร้างความตระหนักกับประชาชนและญาติ แกนนำชุมชน ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยงและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เมื่อวันที่ ๓ มี.ค. ๖๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย.๖๐)

โรงพยาบาล	๒๕.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรไทย			SP๙.ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี ≥๘๐%			SP๑๐.ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค = ๕๐%		
	ประชากร	**ผลงาน**	**อัตรา**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**ร้อยละ**
ตรัง	๑๕๒,๖๑๙	๑๑	๗.๒๑	๓๕	๓๕	๑๐๐	๑๙	๑๙	๑๐๐
ห้วยยอด	๙๔,๑๓๕	๔	๔.๒๕	๑๗	๑๗	๑๐๐	๒๑	๒๑	๑๐๐
ย่านตาขาว	๖๔,๐๐๗	๒	๓.๑๒	๖	๖	๑๐๐	๑๗	๑๗	๑๐๐
กันตัง	๘๖,๒๐๐	๒	๒.๓๒	๗	๗	๑๐๐	๒๑	๒๑	๑๐๐
ปะเหลียน	๖๖,๗๕๘	๑	๑.๕๐	๒	๒	๑๐๐	๑๙	๑๙	๑๐๐
สิเกา	๓๗,๔๒๓	๐	๐	๓	๓	๑๐๐	๑๐	๑๐	๑๐๐
วังวิเศษ	๔๓,๒๒๐	๐	๐	๒	๒	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐
นาโยง	๔๔,๓๕๙	๐	๐	๖	๖	๑๐๐	๘	๘	๑๐๐
รัษฎา	๒๘,๘๕๒	๐	๐	๑๓	๑๓	๑๐๐	๗	๗	๑๐๐
หาดสำราญฯ	๑๖,๖๕๑	๑	๖.๐๑	๑	๑	๑๐๐	๕	๕	๑๐๐
ต่างจังหวัด	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	๖๓๔,๒๒๔	๒๑	๓.๓๑	๙๒	๙๒	๑๐๐	๑๓๕	๑๓๕	๑๐๐

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง

อภิปรายผลจากตาราง

๑) จังหวัดตรังอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย. ๖๐)

เท่ากับ ๓.๓๑ (เกณฑ์ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)

๒) ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี (๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย.๖๐) ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์เท่ากับ >๘๐%) ซึ่งผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะได้รักษาและดูแลต่อเนื่องครั้งแรกหลังจากกลับบ้านภายใน ๒ สัปดาห์ ถึง ๑ เดือน และติดตามดูแลต่อเนื่องจนครบ ๑ ปี

๓) ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง

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

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

โรงพยาบาล	SP๑๑.ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ≥๕๐%			SP๑๒.ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥๖๘%			SP๑๓.ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๘%		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ตรัง	๒,๘๒๘	๒,๖๑๐	๙๒.๒๙	๙๘๔	๑,๔๕๓	๑๔๗.๖๖	๔๗๔	๕๘๗	๑๒๓.๘๔
ห้วยยอด	๑,๗๓๙	๑,๒๙๗	๗๔.๕๘	๖๐๕	๓๕๖	๕๘.๘๔	-	-	-
ย่านตาขาว	๑,๑๙๒	๕๗๓	๔๘.๐๗	๔๑๕	๔๐๐	๙๖.๓๙	-	-	-
กันตัง	๑,๕๗๘	๕๙๔	๓๗.๖๔	๔๕๙	๓๑๙	๖๙.๕๐	-	-	-
ปะเหลียน	๑,๒๓๑	๑,๙๖๗	๑๕๙.๗๘	๔๒๘	๒๒๒	๕๑.๘๖	-	-	-
สิเกา	๖๖๖	๖๐๒	๙๐.๓๙	๒๓๒	๑๒๑	๕๒.๑๖	-	-	-
วังวิเศษ	๗๘๒	๔๑๐	๕๒.๔๓	๒๗๒	๑๓๘	๕๐.๗๔	-	-	-
นาโยง	๘๒๖	๑,๒๙๔	๑๕๖.๖๖	๒๘๗	๙๐	๓๑.๓๕	-	-	-
รัษฎา	๕๒๑	๕๒๕	๑๐๐.๗๗	๑๘๑	๖๑	๓๓.๗๐	-	-	-
หาดสำราญ ฯ	๒๙๘	๙๗	๓๒.๕๕	๑๐๓	๔๒	๔๐.๗๘	-	-	-
ต่างจังหวัด	-	-	-	-	-	-	-	-	-
รวม	**๑๑,๖๖๑**	**๙,๘๖๘**	**๘๔.๖๓**	**๔,๐๕๖**	**๓,๒๐๒**	**๗๘.๙๔**	**๔๗๔**	**๕๘๗**	**๑๒๓.๘๔**

ที่มา : ๑. ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จากโปรแกรมฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า รพ. พระศรีมหาโพธิ์
๒. ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการจากโปรแกรมฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ของโรงพยาบาล
๓. ข้อมูลผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการจากโปรแกรมฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม โรงพยาบาลตรัง

อภิปรายผลจากตาราง

๑) จังหวัดตรังร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๘๔.๖๓ (เกณฑ์>๕๐%)แต่ยังมีอำเภอ

ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ๓ อำเภอ คือ กันตัง ย่านตาขาว และหาดสำราญ

๒) ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ๗๘.๙๔ (เกณฑ์>๖๘%) ทั้งนี้ในระดับอำเภอยังมีอำเภอ

ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จะต้องผ่านการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้วินิจฉัยแยกเฉพาะ จงทำให้ยอดผู้ป่วยจิตเภทยังน้อยกว่าเกณฑ์

๓) ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ = ๑๒๓.๘๔ ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการวินิจฉัยจาก

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นในหน่วยบริการโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งเป็นจำนวนทั้งหมดของจังหวัดตรังที่ได้รับบริการตามแนวทางการดูแล โดย หน่วยบริการ รพช. มีการคัดกรอง ค้นหา และส่งต่อมา รพศ.เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการ ได้รับการดูแลช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกแห่ง

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

๑. ระบบงาน ข้อมูลและตัวชี้วัดระดับต่างๆของงานสุขภาพจิตในเชิงนโยบายมีจำนวนมากเกินไป ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต ส่วนใหญ่มีบุคลากรเพียง ๑ คน ไม่สอดคล้องกับภาระงานทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู อีกทั้งให้เชื่อมโยงครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ทำให้ผู้รับผิดชอบงานมีข้อจำกัดในการทำงานทั้งการวิเคราะห์และติดตามงานทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ และส่งผลต่อคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต

๒. ระบบโครงสร้างการปฏิบัติงานและกรอบหน้าที่ความรับผิดชอบสุขภาพจิตไม่ชัดเจน โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน ทำให้บุคลากรมีข้อจำกัดในการทำงานให้ทันกับปริมาณงาน และเวลาที่กำหนด

๓. ขาดการบูรณาการงานระหว่างศูนย์สุขภาพจิตเขต และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ทำให้เกิดความซับซ้อนในการทำงานในระดับพื้นที่

๔. การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษาต่อของบุคลากร หลักสูตร ๔ เดือนสาขาต่างๆทางจิตเวช กรมสุขภาพจิตสนับสนุนบางส่วนเท่านั้น ทำให้โรงพยาบาลที่มีงบประมาณจำกัดและบุคลากรขาดโอกาสในการพัฒนา องค์ความรู้ทางจิตเวช ที่จะมาช่วยปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตเพื่อช่วยเหลือประชาชนในพื้นที

๕. การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุ และปัจจัยผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงลึกยังไม่ครอบคลุมและครบถ้วน บางรายพบข้อมูลเมื่อมาชันสูตรศพกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาล ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อนำไปแก้ไขป้องกันในระดับพื้นที่ต่อไป

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ รับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
ปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยต่างหน่วยบริการสุขภาพจากเขตบริการสุขภาพอื่นๆเพื่อรับยาต่อเนื่อง มีบางรายการยาที่หน่วยบริการไม่มี จำเป็นต้องส่งกลับต่างเขตบริการสุขภาพเดิม เป็นปัญหาต่อค่ารักษา การเรียกเก็บ	ความจำเป็นในการรับยาบางรายผู้ป่วยไม่ยินยอมที่จะปรับเปลี่ยนยา เห็นสมควรยกเว้นเป็นรายกรณี	ประสานเขตบริการสุขภาพอื่นๆ
การบริการผู้ป่วยใน รพศ. ยังไม่ สามารถเปิดบริการเป็นหอผู้ป่วยในได้เต็มรูปแบบ	รพศ. เปิดบริการผู้ป่วยในร่วมกับหอผู้ป่วยอื่นและเปิดเป็น unit แยกที่หอผู้ป่วย	การให้บริการแบบผู้ป่วยในตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถรองรับได้

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ รับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
เนื่องจากสถานที่ บุคลากรยังไม่พร้อม	ENT รับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด ๔-๖ เตียง	
การส่งต่อผู้ป่วยจาก รพช. ไปยังโรงพยาบาลเฉพาะทางเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจิตแพทย์พิจารณาแล้วเกินความสามารถ บางรายถูกปฏิเสธไม่รับ	เนื่องจาก จิตแพทย์ รพศ.ได้พิจารณาแล้วเห็นสมควรส่งต่อและปัจจุบัน รพศ.มีข้อจำกัดด้านบุคลากร	ประสานเรื่องการรับและส่งต่อเพื่อการรักษา

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑ ควรมีการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนามาตรฐานบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) อย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๒ โครงสร้างและบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความพร้อม ไม่ชัดเจนโดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชน

๖.๓ ควรจัดสรรเรื่องการปรับตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพจิต เพื่อการประเมินเลื่อนระดับ และเพิ่มแรงจูงใจ/แนวทางความก้าวหน้าในอาชีพ ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

๒.๘.๑ Service Plan สาขาสูติกรรม

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

การทำ Caesarean section ในรพ.ระดับ M๒ (ห้วยยอด) ยังทำได้น้อย ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ทั้งนี้สูติแพทย์รพ.ห้วยยอดมีความพร้อมที่จะทำผ่าตัด แต่มีข้อจำกัดเรื่อง ไม่มีวิสัญญีแพทย์

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน

๒. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

๓. พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

๔. สร้างเครือข่าย

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
			A	M๒	F๑	F๑	F๒	**F๒**	F๒	F๒	F๒	F๒	-
๑	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ.M๒ = ๒๕%	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพ.ระดับ A (รพ.ตรัง)	๘๗๘	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๘๗๘
		จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช.ระดับ M๒ (ห้วยยอด)	-	๑	๓	-	-	-	-	-	-	-	๔
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	๐.๙๑
๒.	อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด =๐	มารหลังคลอดที่ตกเลือดภายในโรงพยาบาล	๙๖	๔	๒	๕	๘	๘	๔	๖	๑	๐	๑๓๔
		เสียชีวิตจากการตกเลือด	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑.๐๔	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๐๐	๐.๗๕

ที่มา : รพช.ส่งข้อมูล/HDC

❖ **ตารางแสดง การทำหม้อ (TR)** : มีการทำแบ่งโซน ทำหม้อ ที่รพช.โดยแบ่งเป็น ๓ โซน ผลงานปีงบฯ ๒๕๕๙-๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙ – ๓๑ มี.ค.๖๐)

๑) โซนรพ.ตรัง รับผิดชอบ นาโยง กันตัง สิเกา

๒) โซนรพ.ห้วยยอด รับผิดชอบ ห้วยยอด รัษฎา วังวิเศษ

๓) โซนรพ.ย่านตาขาว รับผิดชอบ ย่านตาขาว ปะเหลียน หาดสำราญ

Zone แม่ข่าย รับผิดชอบ	รพ.	๕๖	๕๗	๕๘	๒๕๕๙					๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙ – ๓๑ มี.ค.๖๐)				
					Refer in	อัตรา	ทำเอง	อัตรา	รวมทั้งหมด	Refer in	อัตรา	ทำเอง	อัตรา	รวมทั้งหมด
ตรัง	นาโยง	๑๐	๒๒	๑๓	๘	๑๐๐	๐	๐	๘	๗	๑๐๐	๐	๐	๗
	กันตัง	๓๐	๒๓	๑๔	๒๑	๑๐๐	๐	๐	๒๑	๙	๑๐๐	๐	๐	๙
	สิเกา	๙	๑๔	๑๒	๑๑	๑๐๐	๐	๐	๑๑	๗	๑๐๐	๐	๐	๗
	รวม	**๔๙**	**๕๙**	**๓๙**	๔๐	๑๐๐	๐	๐	๔๐	๒๓	๑๐๐	๐	๐	๒๓
ห้วยยอด	ห้วยยอด	๑	๕	๙๘	๓	๔.๑๗	๖๙	๙๕.๘๓	๗๒	๐	๐.๐๐	๔๕	๑๐๐	๔๕
	รัษฎา	๑๑	๒	๗	๑	๐.๐๐	๐	๐	๑	๐	๐.๐๐	๐	๐	๐
	วังวิเศษ	๑๐	๑๙	๕	๔	๑๐๐	๐	๐	๔	๓	๑๐๐	๐	๐	๓
	รวม	**๒๒**	**๒๖**	**๑๑๐**	๘	๑๐.๓๙	๖๙	๘๙.๖๑	๗๗	๓	๖.๒๕	๔๕	๙๓.๗๕	๔๘
ย่านตาขาว	ย่านตขาว	๕	๖	๓๐	๓	๑๖.๖๗	๑๕	๘๓.๓๓	๑๘	๐	๐.๐๐	๑๖	๑๐๐	๑๖
	ปะเหลียน	๑๖	๕	๒	๗	๑๐๐	๐	๐	๗	๒	๑๐๐	๐	๐	๒
	หาสำราญ	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐	๐	๐	๐
	รวม	๒๑	๑๑	๓๒	๑๐	๔๐.๐๐	๑๕	๖๐.๐๐	๒๕	๒	๑๑.๑๑	๑๖	๘๘.๘๙	๑๘
รวมทั้งจังหวัด		**๙๒**	**๙๖**	**๑๘๑**	๕๘	๔๐.๘๕	๘๔	๕๙.๑๕	๑๔๒	๒๘	๓๑.๔๖	๖๑	๖๘.๕๔	๘๙

❖ **ตารางแสดงการทำ MVA ที่รพช. ทุกรพช. : ผลการดำเนินงานปีงบฯ** ๒๕๕๘-๒๕๕๙

รพช.	๒๕๕๘					๒๕๕๙				
	Refer รพ.ตรัง	อัตรา	รพช.ทำเอง	อัตรา	รวมทั้งหมด	Refer รพ.ตรัง	อัตรา	รพช.ทำเอง	อัตรา	รวมทั้งหมด
ห้วยยอด	๑๒	๒๘.๕๗	๓๐	๗๑.๔๓	๔๒	๙	๖๐.๐๐	๖	๔๐	๑๕
ย่านตาขาว	๘	๓๔.๗๘	๑๕	๖๕.๒๒	๒๓	๑๔	๖๓.๖๔	๘	๓๖.๔	๒๒
กันตัง	๒๓	๘๒.๑๔	๕	๑๗.๘๖	๒๘	๑๙	๕๕.๘๘	๑๕	๔๔.๑	๓๔
สิเกา	๓	๔๒.๘๖	๔	๕๗.๑๔	๗	๔	๓๐.๗๗	๙	๖๙.๒	๑๓
ปะเหลียน	๑๓	๗๒.๒๒	๕	๒๗.๗๘	๑๘	๑๒	๘๐.๐๐	๓	๒๐	๑๕
นาโยง	๑๘	๑๐๐	๐	๐.๐๐	๑๘	๑๔	๘๒.๓๕	๓	๑๗.๖	๑๗
วังวิเศษ	๑๐	๑๐๐	๐	๐.๐๐	๑๐	๑๑	๑๐๐	๐	๐	๑๑
รัษฎา	๕	๘๓.๓๓	๑	๑๖.๖๗	๖	๑๐	๗๖.๙๒	๓	๒๓.๑	๑๓
หาดสำราญ	๓	๑๐๐	๐	๐	๓	๑	๐.๐๐	๐	๐	๑
รวม	**๙๕**	**๖๑.๒๙**	**๖๐**	**๓๘.๗๑**	**๑๕๕**	**๙๔**	**๖๖.๖๗**	**๔๗**	**๓๓.๓๓**	**๑๔๑**

❖ **ตารางแสดงการทำ MVA ที่รพช. ทุกรพช. : ผลการดำเนินงาน ปีงบฯ ๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐)**

รพช.	๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐)				
	Refer รพ.ตรัง	อัตรา	รพช. ทำเอง	อัตรา	รวมทั้งหมด
ห้วยยอด	๐	๐.๐๐	๓	๑๐๐	๓
ย่านตาขาว	๔	๖๖.๖๗	๒	๓๓.๓	๖
กันตัง	๑๐	๙๐.๙๑	๑	๙.๐๙	๑๑
สิเกา	๒	๒๘.๕๗	๕	๗๑.๔๓	๗
ปะเหลียน	๔	๑๐๐.๐๐	๐	๐	๔
นาโยง	๔	๖๖.๖๗	๒	๓๓.๓	๖
วังวิเศษ	๕	๑๐๐	๐	๐	๕
รัษฎา	๑	๓๓.๓๓	๒	๖๖.๖๗	๓
หาดสำราญ	๒	๐.๐๐	๐	๐	๒
รวม	๓๒	๖๘.๐๙	๑๕	๓๑.๙๑	๔๗

❖ **ตารางแสดง อัตราการเกิด Birth Asphyxia ปีงบฯ ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐(ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)**

ตัวชี้วัด	๒๕๕๘			๒๕๕๙			๒๕๖๐(๖ ด.)		
	คลอด	BA	อัตรา	คลอด	BA	อัตรา	คลอด	BA	อัตรา
รพ.ตรัง	๔,๒๘๕	๑๔๒	๓๓.๑๔	๓,๙๑๗	๑๑๗	๒๙.๘๗	๑,๗๘๓	๖๔	๓๘.๘๙
-ที่ดูแลระยะรอคลอด รพ.ตรัง	๔,๒๖๕	๑๒๒	๒๘.๖๐	๓๙๐๒	๑๐๒	๒๖.๑๔	๑,๗๖๕	๔๘	๒๖.๐๖
- มาคลอดที่ รพ.ตรัง								๓๗	
- refer มาจาก รพช.								๒๗	
๑. Attend รพ.ตรัง								๙	
๒. Attend รพช.								๑๘	
รพ.ห้วยยอด	๕๘๓	๕	๙.๒๔	๔๘๓	๓	๖.๒๑	๒๔๕	๐	๐.๐๐
รพ.ย่านตาขาว	๓๙๗	๗	๑๗.๖๓	๓๒๙	๓	๙.๑๒	๑๗๓	๓	๑๗.๓๔
รพ.กันตัง	๔๐๖	๒	๔.๙๓	๓๘๐	๒	๕.๒๖	๑๙๕	๒	๑๐.๒๖
รพ.สิเกา	๒๑๙	๑	๙.๑๓	๒๓๓	๒	๘.๕๘	๙๓	๑	๑๐.๗๕
รพ.ปะเหลียน	๓๗๑	๒	๕.๓๙	๓๑๔	๓	๙.๕๕	๑๒๕	๒	๑๖.๐๐
รพ.นาโยง	๒๒๓	๑	๔.๔๘	๑๙๙	๑	๕.๐๓	๘๐	๑	๑๒.๕๐
รพ.วังวิเศษ	๒๗๘	๓	๑๐.๗๙	๒๒๔	๓	๑๓.๓๙	๙๕	๐	๐.๐๐
รพ.รัษฎา	๒๐๗	๓	๑๔.๔๙	๑๙๘	๓	๑๕.๑๕	๗๒	๐	๐.๐๐
รพ.หาดสำราญ	-	-	-	๔	๐	๐	๐	๐	๐.๐๐
รวม	๖,๙๖๙	๑๖๖	๒๓.๘๒	๖,๒๘๑	๑๓๗	๒๑.๘๑	๒,๘๖๑	๗๓	๒๕.๕๒

❖ วิเคราะห์สาเหตุการเกิด Birth Asphyxiaที่ รพ.ตรัง และ ที่ รพช. Refer มาโรงพยาบาลตรัง

ปีงบฯ ๒๕๖๐(ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

สาเหตุ การเกิด Birth Asphyxia		สาเหตุ ๓ ลำดับ
จ.ตรัง	๗๓ ราย	๑. ปัจจัยตัวเด็ก ๕๙.๓๘% : (PTL, Fetal distress)
รพ.ตรัง	๖๔ ราย	๒. ปัจจัยจากการคลอด ๒๑.๘% : (Prolonged 2nd stage)
		๓. ปัจจัยด้านมารดา ๑๘.๗๕% : (PIH, Post term)
Refer มาจาก รพช. (Attend รพช. ๑๘+ Attend รพ.ตรัง ๙ = ๒๗)		
รพ.ห้วยยอด	๖	๑. Fetal distress ๒. Prolonged 2nd stage ๓. CPD, PIH
รพ.ย่านตาขาว	๓	
รพ.กันตัง	๔	
รพ.สิเกา	๓	
รพ.ปะเหลียน	๕	
รพ.นาโยง	๔	
รพ.วังวิเศษ	๒	
รพ.รัษฎา	-	
รพ.หาดสำราญ	-	
รวม	๒๗	

❖ สาเหตุการเกิด Birth Asphyxia ที่ดูแลใน รพช. ปีงบฯ ๒๕๖๐(ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

รพ.	BA	สาเหตุการเกิด
รพ.ย่านตาขาว	๓	แม่มีไข้ก่อนคลอด , Thick meconium
รพ.กันตัง	๒	แม่มีน้ำเดิน มาก่อนคลอด ๔ ชม., สำลักน้ำคร่ำ
รพ.สิเกา	๑	มดลูกหดรัดตัวไม่ดี
รพ.ปะเหลียน	๒	คลอดติดไหล่, Thick meconium
รพ.นาโยง	๑	Thick meconium
รวม	๙	-

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

๑) การทำผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาลชุมชนขาดวิสัญญีแพทย์

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ ที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ขาดวิสัญญีแพทย์	-จัดตารางวิสัญญีแพทย์ ไปหมุนเวียนปฏิบัติ ที่รพ.ห้วยยอด	
	- กำหนดเกณฑ์หรือข้อบ่งชี้ชัดเจนที่สามารถทำผ่าตัด Caesarean section ที่รพ.ห้วยยอด - เพิ่มระบบนัด Elective Caesarean section - ระบบพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา จากรพ.ตรัง	

๖.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- R๒R รูปแบบการดูแลมารดาเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด “TEAMWORK”

๒.๘.๒ Service Plan สาขากุมารเวชกรม

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

จากข้อมูล Health Data center รายไตรมาสปี ๒๕๖๐ พบว่า เด็กอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปี บริบูรณ์ ป่วยด้วยโรคปวดบวม จำนวน ๗๘๔ ราย และมีอัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมของเด็ก ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๑ ซึ่งเป็นผู้ป่วยอายุ ๑ เดือน มี Congenital Heart Disease ๒ ราย เป็น Edward. s Synd. ๑ ราย และเป็นผู้ป่วยเด็กที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนจำนวนทั้งหมด ๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๕ ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ ๐.๔๓

ดังนั้นในปี ๒๕๖๐ Service Plan สาขากุมารเวชกรรมมีเป้าหมายโดยอัตราป่วยตายโรคปอดบวมของเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ให้ ลดลงร้อยละ ๑๐ ทั้งในระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน

๑. มีโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลเด็กโรคปอดบวม แก่โรงพยาบาลเครือข่าย

๒. มีแผนการนิเทศ โรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ในการปฏิบัติตาม CPG การดูแลเด็กโรคปอดบวม เกณฑ์การวินิจฉัยโรค และเกณฑ์การ Refer เด็ก

๒) การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

๑. การประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเด็ก ๑ เดือน ถึง ๕ ปี ในระดับรพช.มายังระดับจังหวัด

๒. การเฝ้าระวัง และเก็บข้อมูลการตายของเด็กแลการวิเคราะห์ปัญหา และการแก้ไขร่วมกันกับโรงพยาบาลจังหวัดและเครือข่าย

๓) พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

๑. การดำเนินงานคณะกรรมการ ARIC ในระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย

๒. การอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลเด็กโรคปอดบวมทั้งในโรงพยาบาลจังหวัดและเครือข่าย

๓. การพัฒนาศักยภาพการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในโรงพยาบาล ระดับ M๒

๔) สร้างเครือข่าย

๑. การมีทีมระบบปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดบวม

๒. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ *(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)*

ตัวชี้วัด SP๑๖. อัตราป่วยตายด้วยโรคปอดบวมในเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ผลงาน ปี ๖๐ (๖ ด.)

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย refer in ด้วย pneumonia ในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี	จำนวนผู้ป่วย pneumonia อายุ ๑ เดือน – ๕ ปี	อัตรา/ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยDeadด้วยpneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือน - ๕ปี	อัตรา/ร้อยละ
ตรัง	-	๒๙๕	-	๓	๑.๐๒
ห้วยยอด	๙	๑๑๔	๗.๘๙	๑	๐.๘๘
ย่านตาขาว	๔	๘๐	๕	๐	๐
กันตัง	๓	๗๘	๓.๘๕	๐	๐
ปะเหลียน	๐	๕๐	๐.๐๐	๐	๐

สิเกา	๓	๕๘	๕.๑๗	๐	๐
วังวิเศษ	๔	๓๗	๑๐.๘๑	๐	๐
นาโยง	๒	๓๒	๖.๒๕	๐	๐
รัษฎา	๔	๓๑	๑๒.๙๐	๐	๐
หาดสำราญฯ	๒	๙	๒๒.๒๒	๐	๐
ต่างจังหวัด	๔	-	-	-	-
รวม จ.ตรัง	๓๑	๗๘๔	๓.๙๕	๔	๐.๕๑

ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม รพ./สสจ.

ตารางแสดง จำนวนเด็ก ๑ เดือน – ๕ ปี ที่ตายด้วยโรคปอดบวม แยกตามกลุ่มอายุ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	**สิเกา**	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**	ต่างจังหวัด
๑.	จำนวนผู้ป่วย refer in ด้วย pneumonia ในเด็ก ๑ เดือน - ๕ ปี	อายุ ๐-๑ ปี	-	๒	๑	๑	-	๑	๒	๑	๒	-	**๑๐**	**๔**
		>๑-๒ ปี	-	๓	๑	๑	-	๑	๑	-	๒	-	**๙**	**-**
		>๒-๓ ปี	-	๒	๒	-	-	-	-	-	-	๑	**๖**	**-**
		>๓-๕ ปี	-	๒	-	-	-	๑	๑	๑	-	๑	**๖**	**-**
		>๕ ปี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
		รวม	-	๙	๔	๓	๐	๓	๔	๒	๔	๒	**๓๑**	**๔**
๒.	จำนวนผู้ป่วย pneumonia อายุ ๑ เดือน – ๕ ปี	อายุ ๐-๑ ปี	๘๐	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	-
		>๑-๒ ปี	๘๙	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	-
		>๒-๓ ปี	๕๒	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	-
		>๓-๕ ปี	๕๒	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	-
		>๕ ปี	๖	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	-
๓	จำนวนผู้ป่วย Dead ด้วย pneumonia ในเด็กอายุ ๑ เดือน – ๕ ปี	อายุ ๐-๑ ปี	๓	๑	-	-	-	-	-	-	-	-	**๔**	
		>๑-๒ ปี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
		>๒-๓ ปี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	**-**
		>๓-๕ ปี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	
		>๕ ปี	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**	

อภิปรายผลจากตาราง

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวมอายุ ๑ เดือน ถึง ๕ ปีบริบูรณ์ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง จำนวน ๒๙๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๖๒ ของผู้ป่วยเด็กที่รับการรักษาในโรงพยาบาลเครือข่าย และมีผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต ๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๕๑ เป็นเด็กอายุ ๑ เดือน มีภาวะ Underlying Congenital Heart Disease รับ refer กลับมาจากรพ.หาดใหญ่ เนื่องจากมารักษาต่อเพื่อ Supportive ๑ ราย ซึ่งเด็กมีภาวะ Neonation sepsis, เด็กมี Congenital Heart Disease ๑ ราย และเด็กมี Chromosome abnormal เป็น Edward. 's Syndrome ๑ ราย ที่รับการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชนและ

รงพยาบาลเอกชน ผลงาน ตุลาคม ๕๙ – มีนาคม ๖๐ รับไว้รักษาทั้งหมด จำนวน ๗๘๔ ราย รับส่งต่อมา ๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๙๕

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

๑. โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ มีกุมารแพทย์เพียง ๑ โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ต้องให้ออกซิเจนหรือรับการรักษาที่ซับซ้อน ต้องส่งต่อมารับการรักษาโรงพยาบาลตรัง การยังไม่มีการใช้เครื่องมือ Oxygen high flow system ในการรักษาผู้ป่วยกลุ่ม Lower respiratory tract infection ได้

๒. การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงานในระดับคณะกรรมการ ARIC ระดับโรงพยาบาลและเครือข่าย ยังไม่ได้มีการกำหนดแผนงานโครงการอย่างต่อเนื่อง

๓. การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง ได้ดำเนินการสืบสวนสาเหตุการตาย และการจัดทำ Conference case วิเคราะห์แก้ปัญหาทำในเฉพาะโรงพยาบาลจังหวัด ยังไม่ได้ทำร่วมกันในระดับเครือข่าย

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑) การพัฒนาคุณภาพระบบบริการรักษาโรคปอดบวมในเด็กตามแนวทางมาตรฐาน ARIC ในรพ.ทุกระดับ

๒) การพัฒนาการใช้ CPG ในการดูแล ARIC ทุกระดับ และเกณฑ์ในการ Refer ผู้ป่วย และการดูแลระหว่างนำส่ง

๗.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

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

๒.๘.๓ Service Plan สาขาศัลยกรรมกระดูก

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

การพัฒนาการผ่าตัดทางศัลยกรรมกระดูกจังหวัดตรัง ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ได้พัฒนาระบบการ Consult online ในจังหวัดตรังสามารถช่วยในการวางแผนการรักษา รพช.มีความมั่นใจในการดูแลรักษามากยิ่งขึ้น

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

๑) การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อนงาน

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

๒) การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

มีการเพิ่มเติมความรู้ วิทยาการใหม่ๆและ conference case ทุกวันพุธโดยมีแพทย์จากโรงพยาบาล M๒ และแพทย์จากโรงพยาบาลตรัง

๓) พัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

จัดอบรมพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ในโรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน จ.ตรัง ในวันที่ ๒๘-๒๙ มีนาคม ๒๕๖๐

๔) สร้างเครือข่าย

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

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*) ตัวชี้วัดร้อยละของการดูแลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนในโรงพยาบาลระดับ M๒ ลงไป

โรงพยาบาล	ระดับ	๒๕๕๙				๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย.๖๐)			
		จำนวน	refer	ทำเอง	ร้อยละ	จำนวน	refer	ทำเอง	ร้อยละ
ตรัง	A	๑๒๖	๐	๑๒๖	๑๐๐	๗๗	๐	๗๗	๑๐๐
ห้วยยอด	M๒	๓๘	๒	๓๖	๙๔.๗๔	๓๙	๘	๓๑	๗๙.๔๙
ย่านตาขาว	F๑	๒๔	๑๐	๑๔	๕๘.๓๓	๗	๓	๔	๕๗.๑๔
กันตัง	F๑	๓๖	๒	๓๔	๙๔.๔๔	๑๑	๓	๘	๗๒.๗๓
สิเกา	F๒	๗	๑	๖	๘๕.๗๑	๗	๔	๓	๔๒.๘๖
ปะเหลียน	F๒	๒๙	๕	๒๔	๘๒.๗๖	๓	๒	๑	๓๓.๓๓
นาโยง	F๒	๓๐	๑๕	๑๕	๕๖.๐๐	๔	๒	๒	๕๐
วังวิเศษ	F๒	๑๓	๓	๑๐	๗๖.๙๒	๑	๐	๑	๑๐๐
รัษฎา	F๒	๑๖	๕	๑๑	๖๘.๗๕	๕	๓	๒	๔๐
หาดสำราญฯ	F๓	๗	๒	๕	๗๑.๔๓	๐	๐	๐	N/A
รวมระดับA	-	๓๒๖	๔๕	๒๘๑	๘๖.๒๐	๑๕๔	๒๕	๑๒๙	๘๓.๗๗
รวม M๒ ลงไป	-	-	-	-	-	๗๗	๒๕	๕๒	๖๗.๕๓

ที่มา : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม สสจ.ตรัง

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M๒ ลงไปในจังหวัดตรัง สามารถให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ผลงานปี ๒๕๖๐ (๗ เดือน) อยู่ที่ ๖๗.๕๓ ยังไม่ถึงเกณฑ์ร้อยละ ๗๐ และโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ วังวิเศษ ห้วยยอด และกันตัง ร้อยละ ๑๐๐, ๗๙.๔๙ และ ๗๒.๗๓ ตามลำดับ

❖ ผลงานการพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรมกระดูกของโรงพยาบาลระดับ M๒ ในเขตฯ ๑๒ (รพ.ห้วยยอด)

ชนิดหัตถการ	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๐					
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
• **Major surgery(GA/RA)**									
ORIF with Plate&Screw	๐	๑๑	๒๖	๒	๗	๒	๔	๔	๗
ORIF with K-wire	๐	๔	๓	๑	๒	๐	๐	๐	๐
Remove Plate&Screw	๑	๑	๒	๐	๑	๐	๑	๐	๐
Repair tendon	๑	๑๓	๒	๐	๑	๑	๐	๐	๐
Closed Reduction under GA	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ORIF with Tension band wiring	๐	๓	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๑
Connection Bipolar hemiphoplasty Lt hip	๐	๑	๑	๐	Repair jt. ๑	๐	๐	๐	๐
Excision	๑	๒๑	๔	๑	๐	๐	๑	๐	๒
รวม	**๓**	**๔๙**	**๓๙**	**๔**	**๑๒**	**๓**	**๖**	**๔**	**๑๐**
• **Minor surgery (LA)**									
Release Trigger finger	๗	๑๐	๙	๐	๑	๑	๑	๐	๖
Carpal tunnel release	๔	๓๐	๑๖	๒	๑	๒	๒	๓	๖
Release De quervain's	๐	๓	๒	๐	๐	๐	๐	๑	๑
Other เช่น Debridment,Suter	๓	๕	๔	๐	๑	๐	๑(maj.)	๒(maj.)	๐
Arthrotomy joint	๐	๑	๒	๐	๑	๐	๐	๐	๑
A๑ Pulley	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Closed stump	๐	๑	๒	๐	๑	๑	๐	๐	๐
Excision	๐	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๑	๐
รวม	**๑๕**	**๗๒**	**๓๖**	**๒**	**๕**	**๔**	**๔**	**๗**	**๑๔**

ที่มา : ข้อมูลจาก รพช.ห้วยยอด

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ

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

๑) ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้มีโรคอื่นร่วมด้วยเช่นโรคทางศัลยกรรมประสาทจึงทำให้ต้อง refer

๒) ไม่มีเจ้าหน้าที่ X-Ray นอกเวลาราชการในบางโรงพยาบาล

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. ข้อมูลผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่ไม่มีโรคร่วม	เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนที่ไม่มีโรคร่วม	
๒. ไม่มีเจ้าหน้าที่เอกซเรย์นอกเวลาราชการ	เสนอให้มีเจ้าหน้าที่ X-Ray นอกเวลาราชการ	

๒.๙ 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 เพื่อลดอัตราการตายลดลงน้อยกว่า ร้อยละ ๓๐

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) การถ่ายทอดนโยบายและการขับเคลื่อน

- กระตุ้นให้เป็นไปตามแผน Sepsis Fast Track

๒) การจัดการระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

- จัดประชุมรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ครอบคลุมในเรื่องการประเมิน รักษา การเฝ้าระวังและการดูแลส่งต่อผู้ป่วย
- จัดให้มีการรายงานผลการปฏิบัติงานตัวชี้วัดทุก ๓ เดือน

๓) การพัฒนาระบบและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากร โดยการดูแลและคัดกรองเบื้องต้นตามระบบ Sepsis Fast Track ในการให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว เพื่อลดอัตราการตาย

๔) สร้างเครือข่าย

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

- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการคัดกรอง ดูแลรักษาและการส่งต่อผู้ป่วย
- พัฒนาเครือข่ายรพ. ในการรักษา Sepsis
- จัดระบบสนับสนุน Drug จัดทำบัญชีรายการยา ATB

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

❖ **ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลรักษา Sepsis จังหวัดตรัง**

KPIs	เป้าหมาย	๒๕๕๗ (เริ่ม พ.ค. ๕๗)	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	ปีงบฯ ๒๕๖๐					
						ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
๑. การวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็วใน ๑ ชม.	๑๐๐%	๘๐.๘	๙๑.๖	๙๒.๘๔	๙๑.๗๑	๘๙.๒๘	๙๓.๕๐	๙๐.๙๐	๙๐.๒๙	๙๕.๓๔	๙๐.๙๑
๒.อัตราการใช้ sepsis protocol	๑๐๐%	๙๑.๑	๙๒.๗	๙๕.๒๘	๘๖.๖๖	๙๒.๔๕	๙๓.๓๐	๘๘.๓๗	๘๗.๓๗	๗๒.๗๒	๘๕.๔๘
๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ ATB	๑๐๐%	๙๓.๓	๙๕.๔	๙๙.๑๐	๙๘.๒๕	๑๐๐	๑๐๐	๙๐.๒๔	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔. อัตราการได้รับยา ATB ใน ๑ชม.	๑๐๐%	๖๓.๒	๘๓.๗	๘๔.๒๓	๘๗.๗๙	๘๓.๙๒	๘๕.๓๖	๘๖.๑๘	๘๙.๕๕	๙๑.๘๖	๘๙.๙๑
๕. อัตราผู้ป่วยที่มี adequate tissue perfusion ภายใน ๖ ชม. >๘๐%	>๘๐%	๗๘.๖	๕๘.๖	๕๔.๐๓	๕๙.๓๕	๖๒.๒๖	๕๕	๕๘.๑๔	๕๑.๗๒	๖๗.๕๖	๖๑.๔๐
๖. อัตราตายรวม	< ๓๐%	๓๓.๔	๒๔.๘	๒๙.๒๑	๒๗.๕๙	๒๑.๔๓	๒๘.๔๕	๓๐	๓๒.๘๓	๒๕.๕๘	๒๗.๒๗
๗. อัตราวันนอนเฉลี่ย	ลดลง	๑๑.๖	๙.๙	๑๑.๙๐	๑๐.๓๒	๑๐.๘๗	๙.๓๓๓	๑๑.๒๐	๙.๗๒	๑๑.๕๓	๙.๖๘
๘. อัตราตายของผู้ป่วย severe sepsis/sepsis shock	ลดลง	NA	๓๙.๙	๔๕.๙๗	๔๑.๔๑	๓๗.๗๓	๔๑.๖๗	๔๑.๘๖	๕๐	๓๘.๖๓	๓๘.๕๙
๙. จำนวนผู้ป่วย		๔๓๗	๑,๐๐๖	๗๖๔	๖๘๘	๑๑๒	๑๒๓	๑๒๓	๑๓๔	๘๖	๑๑๐

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 ร่วมกับขาดประสิทธิภาพของการResuscitation ในการรักษาภาวะ Septic shock ในช่วง ๖ ชั่วโมงแรกซึ่งเป็นการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต (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 สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

๑) ขวด H/C ในสถานบริการเครือข่ายไม่เพียงพอ
๒) ผู้ป่วยติดเชื้อเข้าถึงบริการล่าช้า
๓) การประชุมทีมเครือข่าย Sepsis fast Track จ. ตรัง ทุก ๓ เดือน ร่วมกันปรึกษา ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานและการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละโรงพยาบาล
๔) ทีมเข้มแข็ง ติดตามข้อมูลต่อเนื่อง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ผู้ป่วยติดเชื้อเข้าถึงบริการล่าช้า	๑. พัฒนาระบบ Fast track เข้า ICU ได้มากขึ้น โดยมีการขยายเตียง ICU ถ้าเป็นไปได้ และมีมาตรการรองรับในการบริหารจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ๒. พัฒนาการใช้ CPG / Standing order Sepsis / septic shock ในรงพยาบาลตรัง และนำออกสู่ รพ.ชุมชน ๓. ติดตามประเมินการใช้ qSOFA สำหรับ รพ.ชุมชน รพ.สต และแบบประเมินการใช้ SOS Score ๔. พัฒนา รพ.ชุมชน เรื่องการวินิจฉัย การให้การรักษาเบื้องต้น การรับ Consult ในจังหวัด เพื่อลดอัตราการ Refer และเพิ่ม Fast track เข้า ICU **๕.** เสนอการใช้ชุดตรวจ Blood Lactate	

๒.๑๐ Service Plan สาขาศัลยกรรม

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

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

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ – ๓๑ มี.ค.๖๐) (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ตัวชี้วัดสาขาศัลยกรรม :

๑) 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.๕๙-มี.ค.๖๐)		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
Rupture appendicitis (K๓๕.๒,K๓๕.๘)	๕๑	๑๑๐	๑๖๒	๑๙	๔๓	๖๒
Ac appendicitis (K๓๕.๒,k๓๕.๓,K๓๕.๘)	๓๖๙	๖๗๔	๑๐๔๓	๑๖๑	๒๘๑	๔๔๗
ร้อยละ	๑๓.๘๒	๑๖.๓๒	๑๕.๕๓	๑๑.๘๐	๑๕.๓๐	๑๓.๘๗

๒) 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.๕๙-มี.ค.๖๐)		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล	๔	๑๑	๑๕	๒	๕	๗
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลันทั้งหมด	๑๙๕	๒๔๗	๔๔๒	๑๐๐	๑๒๐	๒๒๐
ร้อยละ	๒.๐๕	๔.๔๕	๓.๓๙	๒	๔.๑๗	๓.๑๘

(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)

๓) 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.๕๙-มี.ค.๖๐)		
	รพ.ตรัง	Refer in	รวม	รพ.ตรัง	Refer in	รวม
จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขา (I๗๔.๐-I๗๔.๙,I๗๐.๒)	๐	๒	๒	๑	๑	๓
จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่แขนหรือขาทั้งหมด	๑๔	๖	๒๐	๓	๙	๑๒
ร้อยละ	๐	๓๓.๓๓	๑๐.๐๐	๓๓.๓๓	๑๑.๑๑	๒๕

๔) 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.๕๙-มี.ค.๖๐)		
	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	๓	๙	๑๒
ร้อยละ	๒๘.๕๗	๐	๒๐.๐๐	๓๓.๓๓	๑๑.๑๑	๑๖.๖๗

อภิปรายผลจากตาราง (ผลงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ตั้งแต่ ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ(<๒๐%) จังหวัดตรังมีผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะไส้ติ่งอักเสบจำนวน ๔๔๗ ราย มีผู้ป่วยไส้ติ่งแตกจังหวัดจำนวน ๖๒ ราย ผลงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๘๗

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะ (<๔%) จังหวัดตรังจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะปวดท้องเฉียบพลัน ๕ ภาวะทั้งหมด ๒๒๐ ราย เสียชีวิต ๗ ราย ผลงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

คิดเป็นร้อยละ ๓.๑๘

ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน รพ.ของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน(<๒๐%) จังหวัดตรังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน ทั้งหมด ๑๒ ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน และเสียชีวิตจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ไม่ผ่านเกณฑ์

ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา จังหวัดตรังมีจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาทั้งหมด ๑๒ ราย มีผู้ป่วยที่มีภาวะขาดเลือดที่ขาและถูกตัดขาตั้งแต่เหนือข้อเท้าขึ้นมาในการนอนโรงพยาบาล ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๗

- **ตารางแสดงจำนวนศัลยแพทย์ วิสัญญีแพทย์ วิสัญญีพยาบาล ห้องผ่าตัด จำแนกตามรายโรงพยาบาล**

โรงพยาบาล	ระดับ	ศัลยแพทย์ทั่วไป	วิสัญญีแพทย์	วิสัญญีพยาบาล	ห้องผ่าตัด
ตรัง	A	๔ รวมศัลยแพทย์กุมาร	๖	๒๑	๙
ห้วยยอด	M๒	-	-	-	๑
ย่านตาขาว	F๑	-	-	-	๑
กันตัง	F๑	-	-	-	-
ปะเหลียน	F๒	-	-	-	-
สิเกา	F๒	-	-	-	-
ย่านตาขาว	F๒	-	-	-	-
วังวิเศษ	F๒	-	-	-	-
นาโยง	F๒	-	-	-	๑
รัษฎา	F๒	-	-	-	-
หาดสำราญ	F๓	-	-	-	-
รวม		**๔**	**๖**	**๒๑**	**๑๒**

❖ ผลพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป รพช.ห้วยยอด

ชนิดหัตถการ	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	จำนวน (ราย) ปี ๒๕๖๐					
				ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
Excision mass	๑๕๒	๑๒๖	๔๐	๘	๘	๗	๓	๑๐	๔
Excision Breast mass	๖	๙	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๐
MRM	๐	๑	๒	๐	๐	๑	๑	๐	๐
Circumcision	๒	๘	๒	๐	๑	๐	๑	๐	๐
Debridement	๑๐	๔	๒	๐	๑	๑	๐	๐	๐

จี้ไฟฟ้า	๑๖	๑๓	๑๗	๒	๓	๕	๒	๐	๕
Herniorrhaphy	๙	๑	๔	๑	๑	๐	๑	๑	๐
Hemorrhoidectomy	๒	๘	๘	๒	๕	๐	๐	๑	๐
Anal fistulectomy	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Anal sphicrotomy	๑	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Skin graft	๐	๐	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐
Biopsy mass	๐	๐	๑	๑	๐	๐	๐	๐	๐
Veneous stripping	๐	๐	๑	๐	๑	๐	๐	๐	๐
อื่นๆ	๐	๐	๒๖	๑๒	๙	๑	๑	๐	๓
รวม	๑๙๙	๑๗๒	๑๐๕	๒๗	๓๐	๑๕	๙	๑๒	๑๒

❖ ผลการพัฒนาการผ่าตัดศัลยกรรม Maxillo facial รพ.ห้วยยอด

ชนิดหัตถการ	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๐					
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.
Enucleation& Extra	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ORIF &Miniplate	๑	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
Closed reduction	๒	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	๓	๐	๐	๐	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 ส่วนผลงานปี ๒๕๖๐ ไม่มี เนื่องจากทันตแพทย์ย้ายออกจากพื้นที่

๒.๑๑ 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

๑) การรักษาผู้ป่วยที่เป็นภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันอย่างรวดเร็ว โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือการทำบอลลูน

๑.๑ มีการคัดกรองผู้ป่วย Acute Coronary Syndrome ตามแนวทางของเครือข่าย

๑.๒ มีช่องทางการปรึกษา EKG โดย Cardiologist เป็นผู้รับปรึกษาโดยตรง

๑.๓ มีระบบ line group STEMI Trang

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

๑.๕ มีการประเมินตัวชี้วัด Fast track ทุกเดือน

๒) การรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือดเรื้อรัง ให้รักษาโดยการทำบอลลูน หรือการผ่าตัด By pass โดยลดเวลาระยะเวลารอการทำ

๗.๑ มีการนัด Case IHD เพื่อทำ Elective case วันละ ๒-๓ case

๗.๒ มี Cardio CVT conference ทุกวันศุกร์เพื่อส่งต่อ Case ที่ต้องผ่าตัดหัวใจ

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

๗.๔ - ระยะเวลาการรอคอยทำ Balloon ๘ เดือน

- ระยะเวลาการรอคอย Open heart ๓ เดือน

๓) ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยโดยดูสาเหตุการตายจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และจากฐานข้อมูลทะเบียน

ราษฎร์ ผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันด้วยภาวะ cardiac arrest และภาวะ cardiogenic shock สำหรับผู้ป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวและภาวะหัวใจหยุดเต้น

๔) 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

๕) ระบบการบริหารยาละลายลิ่มเลือด

ใช้ระบบสำรองยาละลายลิ่มเลือดจากโรงพยาบาลตรัง โดยให้สำรองโรงพยาบาลชุมชนละ ๒ vial หากใช้ยาละลายลิ่มเลือดไปแล้วให้งานคลังยาของโรงพยาบาลชุมชนมาเบิกที่คลังยาโรงพยาบาลตรัง หากยาใกล้หมดอายุ ให้หมุนใช้ในโรงพยาบาลที่มีจำนวนการใช้มาก

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)ผลงานปี ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)

รพ.	ระดับ	๒๖. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			SP๒๓.รพ.ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ในผู้ป่วย STEMI ๑๐๐%			SP๒๔.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด (PPCI) ≥๘๐%			SP๒๕.อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล ≤๑๐%		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ตรัง	A	๖๑๘	๓๔	๕.๕	๑	๑	๑๐๐	๑๐๖	๙๘	๙๒.๔๕	๑๐๖	๑๑	๑๐.๓๘
ห้วยยอด	M๒				๑	๑	๑๐๐		๘				
ย่านตาขาว	F๑				๑	๑	๑๐๐		๖				
กันตัง	F๑				๑	๑	๑๐๐		๔				
สิเกา	F๒				๑	๑	๑๐๐		๓				
ปะเหลียน	F๒				๑	๑	๑๐๐		๒				
นาโยง	F๒				๑	๑	๑๐๐		๒				
วังวิเศษ	F๒				๑	๑	๑๐๐		๐				
รัษฎา	F๒				๑	๑	๑๐๐		๑				
หาดสำราญฯ	F๓				๐	๐	๐		๐				
รวม	-				๘	๘	๑๐๐	ให้ SK ที่รพช. ๒๖ ราย					

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจทั้งหมด ๕.๕ %(เป็นรายงานจากข้อมูลในโรงพยาบาลตรัง) ไม่เกินเกณฑ์เป้าหมาย และผู้ป่วย STEMI ยังคงมีอัตราตาย ๑๐.๓๘% มีแนวโน้มลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์เป้าหมาย

(๑๐%) อยู่เล็กน้อย การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ครบ ๑๐๐% ทำให้อัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจสูงขึ้นเป็น ๙๒.๔๕%

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตามพบว่า ถึงแม้อัตราตายมีแนวโน้มที่ลดลง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย เนื่องจาก

๔.๑ มีผู้ป่วย Killip ๔ รวมอยู่ประมาณ ๓๐% ซึ่งมีโอกาสเสียชีวิต ๖๐% จากผลการฉีดสีหลอดเลือดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยมีการอุดตันของหลอดเลือดหัวใจมากกว่า ๒ เส้นหรือ left main ประมาณ ๖๕%

๔.๒ ยังมีผู้ป่วยที่มาช้าเกิน ๑๒ ชั่วโมงประมาณ ๙.๖๔ % ระยะเวลาตั้งแต่เจ็บหน้าอกจนกระทั่งได้เปิดหลอดเลือดหัวใจประมาณ ๑๘๗ นาที หากผู้ป่วยสามารถมาเร็วจะช่วยลดอัตราการตายได้

๔.๓ 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	กำหนดเป็นเชิงนโยบายแก่หน่วยงานหลักได้แก่งานโรคเรื้อรังและเวชกรรมสังคม
สถานที่ บุคลากรด้านโรคหัวใจ HF Clinic ห้องผ่าตัดหัวใจ Cardioward และ CCU ไม่เพียงพอมีข้อจำกัดในการรับบริการ	ผลักดันด้านสถานที่และบุคลากร	ผลักดันด้านสถานที่และบุคลากรให้ได้ในปี๒๕๖๑

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑) ควรมีการรณรงค์ระดับประเทศโดยใช้สื่อที่ประชาชนสามารถรับรู้และเข้าใจให้มารักษาเร็วได้
๒) ควรมีการคัดกรองด้วย CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงอย่างทั่วถึง
๓) ผลักดันด้านสถานที่และบุคลากรให้ได้ในปี ๒๕๖๑
๔) เพิ่มมาตรการงดสูบบุหรี่ที่เข้มข้น

๗.นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) - Portable zero gravity radiation shield ช่วยลดน้ำหนักเสื้อตะกั่วของInterventionist ซึ่งป่วยด้วยหมอนรองกระดูกคอทับเส้นประสาท

๒.๑๒ 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 ๘๙๙รายต่อปี 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 ๒๕๕-๒๕๖๐ 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

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค.-มี.ค.)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๘๗.๕	๗๐.๘๓	๘๐.๘๒	๔๐	๒๔	๖๐
มะเร้งลำไส้ใหญ่	๖๐	๖๖.๗	๘๘.๘๙	๑๐	๘	๘๐

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค.-มี.ค.)		
				เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๗๕	๖๐.๔๘	๘๐.๘๘	๒๘	๒๖	๙๓
มะเร้งลำไส้ใหญ่	๕๐	๖๐	๗๗.๓๓	๑๐	๖	๖๐

(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-มี.ค.)
มะเร็งเต้านม	N/A	N/A	N/A	๓๐/๓๑
มะเร็งลำไส้ใหญ่	N/A	N/A	N/A	NA

*ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนที่ต้องประสานโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปฉายแสง

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งเต้านม(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-มี.ค.)
ระยะที่๑,๒	๖๕.๓๙	๖๖	๖๙/๙๙=๖๙.๗	๒๕/๔๐=๖๒.๕๐
ระยะที่๓,๔	๓๔.๘๘	๓๕	๓๐/๙๙=๓๐.๓	๑๕/๔๐=๓๗.๕๐

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่(ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐(ต.ค.-มี.ค.)
ระยะที่๑,๒	๑๓/๓๕=๓๗.๑๔	๑๔/๒๗=๕๑.๘๕	๔/๒๔=๑๖.๖๖	๑๑/๒๘=๓๙.๙๒
ระยะที่๓,๔	๒๒/๓๕=๖๒.๘๖	๑๓/๒๗=๔๘.๑๔	๒๐/๒๔=๘๓.๓๓	๑๗/๒๘=๖๐.๗๑

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

- ข้อมูลอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ ๓๐ – ๗๐ ปี จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐ ผลงาน ๖ เดือน

อำเภอ	**สตรีไทย อายุ ๓๐ - ๗๐ ปี**	**ได้รับการคัดกรอง**					
		คัดกรอง	**ร้อยละ**	**คัดกรองด้วยตนเอง**	**ร้อยละ**	**คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๓๓,๘๙๓	๑๔,๓๒๗	๔๒.๒๗	๒,๖๖๘	๗.๘๗	๑๔,๓๒๗	๔๒.๒๗
กันตัง	๑๘,๑๔๖	๑๑,๐๑๖	๖๐.๗๑	๒,๔๒๕	๑๓.๓๖	๑๑,๐๑๖	๖๐.๗๑
ย่านตาขาว	๑๓,๒๗๑	๑๒,๕๔๑	๙๔.๕	๖๘๑	๕.๑๓	๑๒,๕๔๑	๙๔.๕
ปะเหลียน	๑๕,๒๗๒	๑๔,๐๗๗	๙๒.๑๘	๕,๖๓๖	๓๖.๙	๑๔,๐๗๗	๙๒.๑๘
สิเกา	๘,๐๙๔	๓,๑๕๖	๓๘.๙๙	๙๓๕	๑๑.๕๕	๓,๑๕๖	๓๘.๙๙
ห้วยยอด	๑๙,๖๖๗	๑๑,๗๒๒	๕๙.๖	๑๕	๐.๐๘	๑๑,๗๒๒	๕๙.๖
วังวิเศษ	๘,๙๔๖	๕,๕๑๗	๖๑.๖๗	๔,๐๓๓	๔๕.๐๘	๕,๕๑๗	๖๑.๖๗
นาโยง	๙,๘๗๒	๗,๖๕๐	๗๗.๔๙	๗,๔๓๔	๗๕.๓	๗,๖๕๐	๗๗.๔๙
รัษฎา	๖,๒๗๗	๕,๒๑๔	๘๓.๐๗	๑,๑๕๗	๑๘.๔๓	๕,๒๑๔	๘๓.๐๗
หาดสำราญ	๓,๓๓๙	๒,๓๗๒	๗๑.๐๔	๑,๕๗๖	๔๗.๒	๒,๓๗๒	๗๑.๐๔
รวม	**๑๓๖,๗๗๗**	**๘๗,๕๙๒**	**๖๔.๐๔**	**๒๖,๕๖๐**	**๑๙.๔๒**	**๘๗,๕๙๒**	**๖๔.๐๔**

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๒๗ เมษายน ๒๕๖๐

โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านมมูลนิธิกาญจนบารมีในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี

เป็นโครงการที่ให้มีการคัดกรองเต้านมและส่งผู้ป่วยที่มีก้อนที่เต้านมมาแมมโมแกรมโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

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 ๒๕๖๐** (๑ ต.ค.๕๙ - ๓๑ มี.ค.๖๐)

อำเภอ	หญิงอายุ ๓๐- ๖๐ ปี ๒๕๕๘	คัดกรองในปี ๕๘-๖๐	ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๗,๘๘๓	๘,๕๓๖	๓๐.๖๑
กันตัง	๑๕,๑๗๕	๖,๖๔๗	๔๓.๘๐
ย่านตาขาว	๑๐,๘๒๓	๖,๑๔๐	๕๖.๗๓
ปะเหลียน	๑๒,๕๘๘	๘,๕๓๘	๖๗.๘๓
สิเกา	๖,๘๙๓	๔,๖๐๐	๖๖.๗๓
ห้วยยอด	๑๖,๕๐๔	๑๐,๘๕๑	๖๕.๗๕
วังวิเศษ	๗,๔๗๗	๔,๓๒๐	๕๗.๗๘
นาโยง	๘,๐๔๒	๓,๙๘๘	๔๙.๕๙
รัษฎา	๕,๒๙๕	๓,๒๓๗	๖๑.๑๓
หาดสำราญ	๒,๗๔๒	๑,๗๘๔	๖๕.๐๖
รวม	**๑๑๓,๔๒๒**	**๕๘,๖๔๑**	**๕๑.๗๐**

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล :: ๒๗ เมษายน ๒๕๖๐

- **คัดกรองมะเร็งลำไส้ ปี ๒๕๕๙ เริ่มทำการคัดกรองในอำเภอห้วยยอด**
  - ประชากรทั้งหมด ๗๓,๐๐๒ คน
  - ประชากรกลุ่มอายุ ๕๐-๗๐ ปี = ๑๖,๒๔๓ คน

- คัดกรองcolonoscopy ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๒-๑๓ สิงหาคม ๒๕๕๙ ครั้งที่ ๒ วันที่ ๖-๒๔ มีนาคม ๒๕๖๐

รายการ	จำนวน	%
FIT positive	๔๒๒/๑๒๙๒	๓๒.๖๖
นัดมาส่องกล้อง	๒๗๖/๔๒๒	๖๕.๔๐
colonoscopy	๒๑๕/๒๗๖	๗๗.๘๙
รอนัด	๖๙	

รายการ	จำนวน	%
total	๒๑๕	๑๐๐
Total polyp	๔๗	๒๙.๙๓
Total cancer	๔	๑.๘๖
Total hyperplastic	๗	๔.๔๕
Total other	๑๔	๖.๕๑
Pre cancer	๔๔	๒๐.๔๖

จากตาราง พบว่า ในเขตห้วยยอดพบ ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๒๐.๔๖ ซึ่งลดการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ในอีก ๕ ปีข้างหน้าได้ และพบ มะเร็งลำไส้ในระยะที่ ๑ ร้อยละ ๑.๘๖

ปัญหาและอุปสรรค

๑) ขาดทีมแพทย์ศัลยกรรมในการ coloscopy ที่จะทำได้อย่างต่อเนื่อง
๒) ขาดเครื่องมือ Colonoscopy
๓) ระบบการคัดกรองไม่ชัดเจน บทบาทหน้าที่ต่างไม่ชัดเจน

๔.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 ห้อง ถูกใช้งานอย่างจำกัดทุกสาขา ทีมศัลยแพทย์มีการย้าย ลาออกบ่อยในแต่ละปีทำให้ส่งผลกระทบต่อการรักษา จึงส่งผลให้ผู้ป่วยมีคิวรอคอยการ อีกทั้งผู้ป่วยรอตัดสินใจในการผ่าตัด ผ่าตัดมะเร็งเต้านม เกิน๔สัปดาห์อยู่ประมาณ๖-๘ สัปดาห์ ส่วนทัศนคติต่อการรักษายังไม่ถูกต้องทำให้ไม่ยอมมารักษาหรือปฏิเสธการรักษา และระยะเวลาให้เคมีบำบัดหลังจากได้แก้ปัญหาในทีมสหสาขาศัลยกรรมสามารถให้บริการยาเคมีบำบัดได้เร็วขึ้นภายใน๖สัปดาห์ แต่

ยังขาดแพทย์มะเร็งวิทยามียังมีการส่งออกไปให้ยาเคมีบำบัดในมะเร็งอื่นๆ แพทย์ศัลยกรรมที่รับการอบรมเคมีบำบัด ๒ปี ครั้งยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เนื่องจากภาระงาน

๔. **ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การคัดกรองที่ไม่ได้ประสิทธิภาพ - การคัดกรองมะเร็งเต้านมทั้งBSE,CBE ยังไม่ได้เพิ่มความตระหนักให้แก่ประชาชนถึงระยะโรคต่อการรักษาผู้ป่วยยังเข้ามารักษาเมื่อเป็นมากขึ้นแล้ว	- เพิ่มสื่อทางวิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ อย่างต่อเนื่อง โดยทำอย่างมีระบบ ทั่วประเทศ	-
- การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่เป็นสิ่งที่ป้องกันมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้แต่ทางปฏิบัติยังใช้ความพยายามสูงเพราะขาดทรัพยากร ศัลยแพทย์ colonoscopy ทีมงานทั้งระบบ	- เพิ่มศัลยแพทย์ส่องกล้องเพิ่มcolonoscopy เพิ่มศักยภาพทั้งงานตั้งแต่จุดคัดกรองจนถึงห้องผ่าตัด ผู้รับผิดชอบควรเป็นแพทย์	-
การรักษา ผ่าตัด และ เคมีบำบัดมีปัญหา - ผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา - ห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ - ศัลยแพทย์ย้าย ลาออก - ขาดแพทย์อายุรศาสตร์มะเร็ง		-

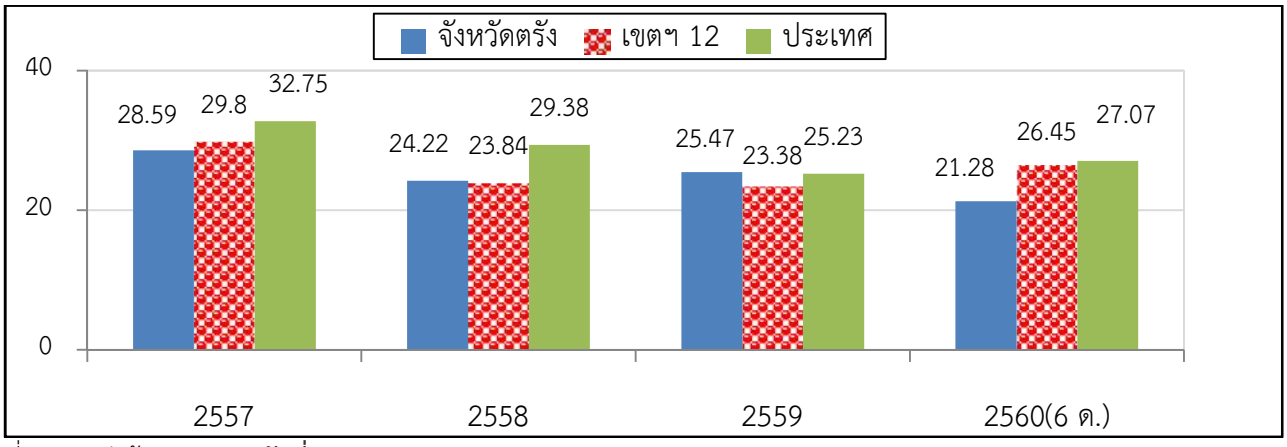
๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน บทบาท หน้าที่การประสานงานต่างๆอยู่ที่ บุคคลที่รับเรื่องมาซึ่งมักจะเป็น Cancer nurse coordinator ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือทุกภาคส่วนจึงเป็นสิ่งที่ยากที่จะประสบความสำเร็จ

๒.๑๓ Service Plan สาขาไต

๑.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๗-๒๕๖๐ (ผลงาน ๖ ด.) พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี ๒๕๕๘-๒๕๕๙ แต่ผลงานปี ๒๕๖๐(ผลงาน ๖ ด.) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตต่ำกว่าระดับเขตและระดับประเทศ



ที่มา : แหล่งข้อมูล HDC : **วันที่ประมวลผล :: ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐**

- ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ) (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันที่ได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD)ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙ - ๓๑ มี.ค. ๖๐)

อำเภอ	ปีงบฯ ๒๕๕๙			❖ ปีงบฯ ๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)		
	ผู้ป่วย DM/HT			ผู้ป่วย DM/HT		
	ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	อัตรา (๑๐๐)	ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	อัตรา (๑๐๐)
เมืองตรัง	๙,๑๔๓	๒,๓๒๓	๒๕.๔๑	๓๐๓	๔๙	๑๖.๑๗
กันตัง	๖,๒๗๔	๑,๐๓๔	๑๖.๔๘	๑,๔๗๐	๑๘๕	๑๒.๕๙
ย่านตาขาว	๔,๗๘๕	๑,๕๐๕	๓๑.๔๕	๒๓๓	๑๐๒	๔๓.๗๘
ปะเหลียน	๕,๕๖๖	๑,๐๖๙	๑๙.๒๑	๒,๑๐๗	๒๑๒	๑๐.๐๖
สิเกา	๒,๔๐๘	๖๖๙	๒๗.๗๘	๑,๐๑๗	๑๑๔	๑๑.๒๑
ห้วยยอด	๖,๔๙๑	๑,๒๓๐	๑๘.๙๕	๑,๑๓๗	๒๑๔	๑๘.๘๒
วังวิเศษ	๒,๖๗๒	๕๒๙	๑๙.๘๐	๒๕๑	๑๑๑	๔๔.๒๒
นาโยง	๓,๔๘๒	๒,๑๘๐	๖๒.๖๑	๑,๑๒๗	๗๕๙	๖๗.๓๕
รัษฎา	๑,๙๖๒	๓๔๔	๑๗.๕๓	๙๙๗	๑๑๒	๑๑.๒๓
หาดสำราญ	๑,๐๑๙	๒๗๒	๒๖.๖๙	๑๔๐	๑๑	๗.๘๖
รวม	**๔๘,๘๐๒**	**๑๑,๑๕๕**	**๒๕.๔๗**	๘,๗๘๒	๑,๘๖๙	๒๑.๒๘

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐

ปี ๒๕๖๐(ผลงาน ๖ ด.) จังหวัดตรัง พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๒๑.๒๘ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๘,๗๘๒ พบผลเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน ๑,๘๖๙ ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่สูงสุดคือ อำเภอนาโยง รองลงมาอำเภอวังวิเศษ, ย่านตาขาว, ห้วยยอด, เมืองตรัง, กันตัง, รัษฎา, สิเกา, ปะเหลียน และหาดสำราญ ร้อยละ ๖๗.๓๕, ๔๔.๒๒, ๔๓.๗๘, ๑๘.๘๒, ๑๖.๑๗, ๑๒.๕๙, ๑๑.๒๓, ๑๑.๒๑, ๑๐.๐๖ และ ๗.๘๖ ตามลำดับ

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

๒.๑ การคัดกรองโรคไต

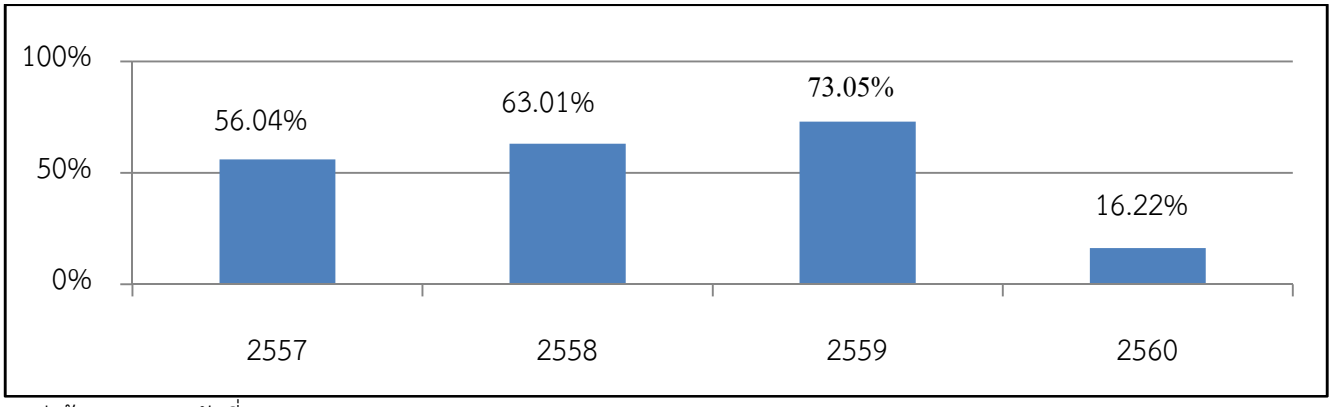
KPI CKD ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปี ๒๕๕๗-๒๕๕๙ เป้าหมาย ≥๘๐%, ปี ๒๕๖๐ : ≥๙๐%

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(๖ ด.)	๕๔,๑๓๓	๘,๗๘๒	๑๖.๒๒%

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐

- **กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วย DM HT ที่ได้รับการค้นหา และคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙**

เป้าหมาย ≥ ๘๐%ปี, ๒๕๖๐ ≥๙๐%



แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐

๒.๒ การดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม

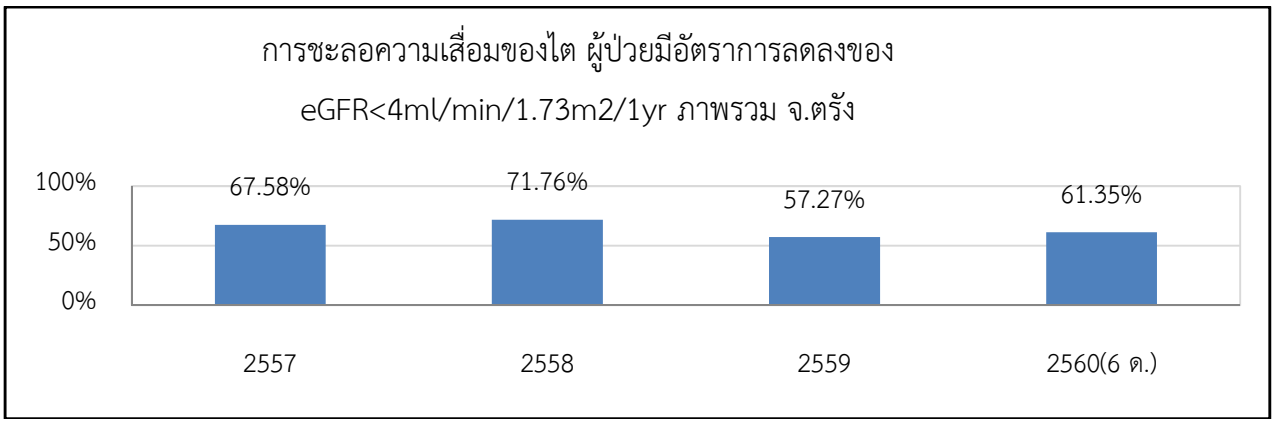
KPI CKD ๒.๓ การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓ m^2/yr

ปี ๒๕๕๗ – ๒๕๕๙ เป้าหมาย ๕๐%

ปี ๒๕๖๐ เป้าหมาย ≥๖๕%

ปีงบประมาณ	ผู้ป่วย CKD	eGFR< ๔	คิดเป็น%
๒๕๕๗	๓,๔๕๒	๒,๓๓๓	๖๗.๕๘%
๒๕๕๘	๕,๓๖๘	๓,๘๕๒	๗๑.๗๖%
๒๕๕๙	๘,๗๙๔	๕,๐๓๖	๕๗.๒๗%
๒๕๖๐(๖ ด.)	๔,๕๓๕	๒,๗๘๒	๖๑.๓๕%

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐



๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๑. ร้อยละของผู้ป่วย **CKD ที่**มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{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	๙๕๙	๑,๐๘๗	๕๓๒	๔๓.๘	๕๕.๔๗
M๒ : โรงพยาบาลห้วยยอด	๖๗๗	๔๔๗	๔๑๒	๒๗๗	๖๐.๘๖	๖๑.๙๗
F๑ : โรงพยาบาลย่านตาขาว	๑,๓๔๕	๕๗๕	๗๒๙	๔๐๖	๕๓.๙	๗๐.๖๑
F๑ : โรงพยาบาลกันตัง	๑,๓๙๓	๖๒๑	๙๙๑	๓๗๕	๗๒.๑๘	๖๐.๓๙
F๒ : โรงพยาบาลปะเหลียน	๑,๐๒๑	๖๔๔	๖๖๖	๓๘๔	๖๕.๒๓	๕๙.๖๓
F๒ : โรงพยาบาลสิเกา	๘๙	๕๕	๕๙	๔๓	๖๖.๒๙	๗๘.๑๘
F๒ : โรงพยาบาลวังวิเศษ	๒๘๐	๓๓๕	๘๕	๒๑๒	๓๐.๓๖	๖๓.๒๘
F๒ : โรงพยาบาลนาโยง	๑,๑๕๙	๕๑๘	๗๙๐	๓๓๐	๖๘.๑๖	๖๓.๗๑
F๒ : โรงพยาบาลรัษฎา	๓๔๐	๓๖๘	๒๐๘	๒๑๖	๖๑.๑๘	๕๘.๗
F๓ : โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา	๒๘	๑๓	๑๓	๗	๔๖.๔๓	๕๓.๘๕
รวม	๘,๗๙๔	๔,๕๓๕	๕,๐๓๖	๒,๗๘๒	๕๗.๒๗	๖๑.๓๕

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๒๑ เมษายน ๒๕๖๐

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๒ m^2/yrจังหวัดตรัง ในภาพรวมของจังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๕๙ สามรถทำผลงานได้ตามเป้าหมาย ผลงานอยู่ที่ร้อยละ ๕๗.๒๗ พื้นที่เครือข่ายอำเภอกันตังมีอัตราการชะลอไตเสื่อมสูงสุดร้อยละ ๗๒.๑๘ รองลงมาเป็นเขตพื้นที่อำเภอนาโยง ร้อยละ ๖๘.๑๖ และอัตราการชะลอไตเสื่อมต่ำสุดในเขตพื้นที่อำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๓๐.๓๖ และรองลงมาเป็นเขตพื้นที่อำเภอเมืองตรัง ๔๓.๘ และผลงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙ - ๓๑ มี.ค. ๖๐)ในภาพรวมของจังหวัดตรัง ร้อยละ ๖๑.๓๕ (ยังไม่ถึงเป้าหมายร้อยละ ๖๕)

❖ งานไตเทียม

- การรักษาบำบัดทดแทนไตจังหวัดตรัง ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค. ๖๐)
๑. จำนวนเครื่องไตเทียม					
- รพ.ตรัง	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
- รพ.ห้วยยอด		๐	๔	๕	๖
-รพ.ตรังรวมแพทย์		๘	๘	๘	๑๐
-รพ.วัฒนแพทย์		๘	๘	๘	๘
					รวม ๓๓ เครื่อง
๒. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการฟอกเลือด					
● รพ.ตรัง					
- Chronic		๔๐	๔๘	๔๘	๔๗
- Acute		๑๕๐	๑๙๐	๒๑๕	๗๒
					รวม ๑๑๙ คน
● รพ.ห้วยยอด		๐	๒๐	๓๒	๓๙
● รพ.ตรังรวมแพทย์				๖๐	๖๒
● รพ.วัฒนแพทย์				๖๔	๕๕
					รวม ๑๖๐ คน
๓.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้อง(CAPD)					
- รพ.ตรัง		๖๔	๖๗	๖๘	๗๖
- รพ.ห้วยยอด		๐	๗	๑๓	๑๘
					รวม ๙๔ ราย
๔.จำนวนผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนไต		-	-	-	-

๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการฟอกเลือดในเวลาที่กำหนด	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๖.Unplanned dialysis		NA	๙๘%	๘๘.๘๙%	๙๓.๓๓%
๗. ระยะเวลารอคอยทำ Vascular Access(<๒ เดือน)จำนวนราย	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%
๖. จำนวนผู้ป่วยฟอกเลือดทำ Vascular Access		๒๗	๑๔	๒๑	๙

❖ จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาโดยการฟอกเลือด ในโรงพยาบาลตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐)

ผู้ป่วย	๒๕๕๗		๒๕๕๘		๒๕๕๙		๒๕๖๐(๖ ด.)	
	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง	ราย	ครั้ง
๑. Case chronic	๔๐	๓,๒๔๐	๔๘	๓,๘๔๐	๔๘	๓,๙๙๑	๔๗	๑,๙๘๘
๒. Case acute	๑๕๐	๑,๐๑๖	๑๙๐	๘๕๙	๒๑๕	๘๒๒	๗๒	๔๗๗

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

ผู้ป่วย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐ (๖ ด.)
๑. CAPD	๖๔	๖๗	๖๘	๗๖

- **ข้อมูลด้านบุคลากรสาขาไตจังหวัดตรัง (๑ ต.ค.๕๙- ๓๑ มี.ค.๖๐)**

บุคลากร	รพ.ตรัง	รพ.ห้วยยอด	รพ.ตรังรวมแพทย์	รพ.วัฒนแพทย์	รวมจังหวัด
๑. แพทย์โรคไต	๓	๐	๐	๐	๓
๒. แพทย์ไตเทียม ๔ เดือน	-	-	-	-	-
๓. แพทย์วางสายทางช่องท้อง	๑	-	-	-	๑
๔. พยาบาลไตเทียม	๕	๑+RN๑	๕	๓+RN๑	๑๔/RN๒
๕. พยาบาล CAPD (๔ เดือน)	๒	๑	-	-	๓
๖. พยาบาล CAPD (๑ สัปดาห์)	๑	รพ.กันตัง ๑ คน	-	-	๒

จังหวัดตรังมีหน่วยไตเทียมที่ให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม(Hemodialysis) ๔ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรังโรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลตรังรวมแพทย์ โรงพยาบาลวัฒนแพทย์ และมีหน่วยบริการที่ให้บริการล้างไตทางหน้าท้อง จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลตรังและโรงพยาบาลห้วยยอด

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

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

๑) ผู้ป่วย DM/HT เป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น จากการควบคุมโรคได้ไม่ดี ผู้ป่วยมีพฤติกรรมบริโภค หวาน มัน เค็ม การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่เป็นโรคไตเรื้อรังยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย
๒) บุคลากรที่ให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อมของโรงพยาบาลทุกแห่งมีไม่เพียงพอ
๓) พัฒนา CKD คลินิก ให้มีคุณภาพครอบคลุมในระดับ รพ.สต
๔) การส่งข้อมูลในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CAPD ให้เครือข่ายมีการตอบกลับมาน้อย
๕) การพัฒนาระบบ Palliative care สำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ยังไม่มีรูปแบบและการดูแลที่ชัดเจน
๖) การขยายบริการการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีข้อจำกัดในเรื่อง สถานที่ ไม่สามารถขยับขยายได้

๕.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑.การประชาสัมพันธ์และรณรงค์ พฤติกรรมที่เป็นสาเหตุ และการป้องกันโรคไตให้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

๒.สร้างแรงจูงใจให้บุคลากรสาธารณสุขมีความสุขในการทำงาน มีค่าตอบแทนที่เหมาะสม

๒.๑๔ 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 :

๑) เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ

การพัฒนาระบบการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน มีเครื่อง Fundus camera ๖ เครื่อง กระจายอยู่ตามโรงพยาบาลครบทุกโซนในจังหวัดตรัง และเครื่องวัดความดันลูกตาปัจจุบันมีจำนวน ๒ เครื่อง อยู่ที่โรงพยาบาลตรังและห้วยยอด เพื่อใช้คัดกรองผู้ป่วยโรคต้อหิน

๒) การเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต

เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจก โดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัด เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืนด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอยและลดการส่งต่อออกนอกเขต

❖ **มาตรการ/เป้าหมายความสำเร็จของงานในแต่ละระยะการติดตาม/ประเมิน (Small success)**

มาตรการ	เป้าหมายระยะ ๓ เดือน	ผลงาน	เป้าหมาย ระยะ ๖ เดือน	ผลงาน (๗ เดือน)	เป้าหมาย ระยะ 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 ได้รับการคัดกรองโรคต้อกระจกโดย รพสต. บันทึกในโปรแกรม vision ๒๐๒๐	ร้อยละ ๒๐	๖.๓๕	ร้อยละ ๒๕	๔๓.๔๗	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕
๓. ผู้ป่วยโรคต้อกระจกระยะบอดได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๐	๙๗.๐ (๒๒๙/๒๓๖)	ร้อยละ ๘๐	๙๕.๑๗ (๕๗๑/๖๐๐)	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐
มาตรการ	**เป้าหมายระยะ**	**ผลงาน**	**เป้าหมาย**	**ผลงาน**	**เป้าหมาย**	**เป้าหมายระยะ**

	๓ เดือน		ระยะ ๖ เดือน		ระยะ ๙ เดือน	๑๒ เดือน
๔. ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกกระยะบอด (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดตามเป้าหมาย	ร้อยละ ๒๐	๒๐.๕๖%	ร้อยละ ๔๐	๘๘.๒๓% (๖๐๐/๖๘๐)	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐
			คัดกรองโรคต้อกระจกเพิ่มขึ้น		-	ประเมินผลการดำเนินงานทีมจักษุ
๕. ร้อยละผู้ป่วยต้อหินได้รับการคัดกรอง	ประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองต้อหินร้อยละ ๑๕	๙๖.๖๗% (๗๒๕/๗๕๐)	ร้อยละ ๓๐	๙๖.๔๒ (๑,๙๑๕/๑,๙๘๖)	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๖๐
๖. ร้อยละเด็กนักเรียน ป.๑ ได้รับการคัดกรองสายตาโดยจักษุแพทย์	ร้อยละ ๔๐	๖๗.๔๖% (๒๐๖/๑๔๑) อ.เมืองตรัง	ร้อยละ ๔๐	๖๙.๓๖ (๒๐๖/๒๙๗)	-	ร้อยละ ๘๐
๗. ร้อยละของเด็กนักเรียน ป.๑ ที่มีสายตาผิดปกติได้รับแว่น		๕๓.๑๙% (๑๔๑/๗๕)		๕๖.๘๐% (๑๑๗/๒๐๖)	-	ร้อยละ ๖๐

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

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

อำเภอ	ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๐(วันที่ ๑ ต.ค.๕๙- ๓๐ เม.ย.๖๐)					
	ปชก.อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	ปชก.เป้าหมาย	ผ่าตัดต้อกระจก	ร้อยละ	ผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๒,๙๙๗	๑๗๘	๑๔๗	๘๒.๕๘	๑๔๒	๑๗๑.๙๕
ห้วยยอด	๑๓,๐๑๘	๑๐๐	๙๔	๙๔.๐๐	๙๒	๙๗.๘๗
ย่านตาขาว	๙,๒๒๒	๗๑	๖๘	๙๕.๗๗	๖๕	๖๗.๘๗
กันตัง	๑๑,๐๐๗	๘๔	๗๕	๘๙.๒๙	๗๔	๘๒.๘๘
ปะเหลียน	๙,๕๑๗	๗๔	๖๑	๘๒.๔๓	๕๙	๗๑.๕๗
สิเกา	๔,๓๘๐	๓๔	๓๑	๙๑.๑๘	๒๘	๓๐.๗๑
วังวิเศษ	๕,๒๓๓	๔๐	๓๘	๙๕.๐๐	๓๕	๓๖.๘๔
นาโยง	๗,๑๖๓	๕๕	๕๔	๙๘.๑๘	๕๐	๕๐.๙๓
รัษฎา	๓,๔๒๒	๒๗	๑๔	๕๑.๘๕	๑๒	๒๓.๑๔
หาดสำราญฯ	๒,๒๗๔	๑๗	๑๘	๑๐๕.๘๘	๑๔	๑๓.๒๒
ต่างจังหวัด	-	-	๑๐	-	-	-
รวมจังหวัด	**๘๘,๒๓๓**	**๖๘๐**	**๖๐๐**	**๘๘.๒๔**	**๕๗๑**	**๙๕.๑๗**

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand

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

อำเภอ	ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๐(วันที่ ๑ ต.ค.๕๙- ๓๐ เม.ย.๖๐)		
	ปชก.อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป	ผลการคัดกรองสายตา	อัตรา/ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๑,๕๐๕	๕,๓๐๗	๒๔.๖๘
ห้วยยอด	๑๒,๒๕๐	๖,๗๒๗	๕๔.๙๑
ย่านตาขาว	๘,๒๒๘	๗,๑๒๒	๘๖.๕๖
กันตัง	๑๐,๙๓๘	๔,๔๐๑	๔๐.๒๔
ปะเหลียน	๙,๑๖๖	๖,๐๕๕	๖๖.๐๖
สิเกา	๔,๑๖๑	๒,๗๐๗	๖๕.๐๖
วังวิเศษ	๕,๒๐๙	๕๓	๑.๐๒
นาโยง	๖,๔๘๑	๗๘๐	๑๒.๐๔
รัษฎา	๓,๔๓๓	๒,๓๓๕	๖๘.๐๒
หาดสำราญฯ	๑,๙๘๕	๗๕๑	๓๗.๘๓
รวมจังหวัด	๘๓,๓๕๖	๓๖,๒๓๘	๔๓.๔๗

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand

๓.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ (วันที่ ๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย.๖๐) (เกณฑ์ ๖๐%)

อำเภอ	ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Type area ๑,๓			ผู้ป่วยที่มารับบริการของหน่วยบริการจากแฟ้ม Chronic FU		
	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการตรวจ	%	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการตรวจ	%
เมืองตรัง	๕,๕๘๒	๑,๖๕๐	๒๙.๕๖	๖,๕๖๔	๒,๔๔๑	๓๗.๑๙
กันตัง	๒,๙๘๘	๑,๗๙๔	๖๐.๐๔	๒,๗๙๖	๒,๐๔๒	๗๓.๐๓
ย่านตาขาว	๒,๕๗๓	๒,๐๗๑	๘๐.๔๙	๓,๕๑๖	๓,๐๕๘	๘๖.๙๗
ปะเหลียน	๒,๗๔๑	๘๕๐	๓๑.๐๑	๒,๖๓๙	๘๒๑	๓๑.๑๑
สิเกา	๑,๓๖๕	๒๘๔	๒๐.๘๑	๑,๒๖๘	๒๙๑	๒๒.๙๕
ห้วยยอด	๒,๙๐๔	๑,๘๕๘	๖๓.๙๘	๔,๓๒๘	๒,๖๑๐	๖๐.๓
วังวิเศษ	๑,๔๒๕	๕๓๕	๓๗.๕๔	๑,๓๙๔	๖๓๗	๔๕.๗
นาโยง	๑,๖๓๙	๕๔๓	๓๓.๑๓	๑,๗๒๘	๕๔๑	๓๑.๓๑
รัษฎา	๑,๒๒๘	๕๐๘	๔๑.๓๗	๑,๓๑๕	๕๖๓	๔๒.๘๑
หาดสำราญ	๖๒๒	๑๖๐	๒๕.๗๒	๕๘๗	๑๔๔	๒๔.๕๓
รวมจังหวัด	๒๓,๐๖๗	๑๐,๒๕๓	๔๔.๔๕	๒๖,๑๓๕	๑๓,๑๔๘	๕๐.๓๑

ที่มา : ข้อมูลจาก HDC : วันที่ประมวลผล :: **๕ มิถุนายน ๒๕๖๐**

๓.๔ ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน ๓๐ วัน (High risk DR : ผป. DM ขึ้นจอประสาทตาชนิดรุนแรงได้รับการรักษาด้วย LASER) ร้อยละ ๑๐๐

๓.๕ อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๑๐๐

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ปีงบฯ ๒๕๖๐							รวม
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	
๑.	ผู้ป่วย High risk DR ได้รับการรักษาภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๑๐๐) (High risk DR : ผป.DM ขึ้นจอประสาทตาชนิดรุนแรงได้รับการรักษาด้วย LASER)	เป้าหมาย	๑๔	๙	๑๕	๑๐	๒๓	๖	๖	๘๓
		ผลงาน	๑๔	๙	๑๕	๑๐	๒๓	๖	๖	๘๓
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๒.	อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐)	เป้าหมาย	๘	๔	๘	๔	๖	๙	๑๐	๔๙
		ผลงาน	๘	๔	๗	๓	๕	๙	๙	๔๕
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๘๗.๕๐	๗๕	๘๓.๓	๑๐๐	๙๐	๙๑.๘๔

๓.๖ อัตราการวัดสายตาในเด็กนักเรียน ป.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ประจำปีการศึกษา ๒๕๕๙ จังหวัดตรัง

อำเภอ	สรุปโครงการเด็กไทยสายตาดี ปีการศึกษา ๒๕๕๙ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง				
	นักเรียนทั้งหมด	ได้รับการคัดกรอง	การแปรผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น		
			ผิดปกติ	พบจักษุแพทย์	ได้แว่น
เมืองตรัง	๒,๗๙๔	๒,๕๘๓	๒๑๑	๑๔๓	๗๗
ห้วยยอด	๑,๔๘๘	๑,๔๖๕	๒๓	๒๐	๑๑
ย่านตาขาว	๗๕๖	๗๕๐	๑	๑	๑
กันตัง	๑,๒๖๙	๑,๒๕๐	๑๙	๑๒	๑๒
ปะเหลียน	-	-	๐	๐	๐
สิเกา	๕๒๕	๕๐๔	๒๑	๑๓	๙
วังวิเศษ	๖๑๔	๖๐๖	๑๑	๘	๕
นาโยง	๓๘๙	๓๘๗	๒	๒	๑
รัษฎา	๓๙๙	๓๙๓	๖	๔	๑
หาดสำราญฯ	๑๘๙	๑๘๖	๓	๓	๐
รวมจังหวัด	**๘,๔๒๓**	**๘,๑๒๔**	**๒๙๗**	**๒๐๖**	**๑๑๗**
อัตรา/ร้อยละ		**๘๘.๐๕**	**๓.๖๖**	**๖๙.๖๙**	**๕๖.๘๐**

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังมีสถานบริการที่สามารถผ่าตัดต้อกระจก ๒ แห่งคือ โรงพยาบาลตรังและรพช.นาโยง มีเครื่อง ถ่ายภาพจอประสาทตา (fundus camera) ที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๖ เครื่อง ใช้ระบบหมุนเวียนเครื่องร่วมกันในการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอประสาทตา และมีเครื่องวัดความดันลูกตาอัตโนมัติ ที่ รพช.

จำนวน ๒ เครื่อง เพื่อคัดกรองต้อหินในประชากรอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ทำให้สามารถเพิ่มศักยภาพในการให้บริการคัดกรองภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการคัดกรองโรคต้อหิน ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เป้าหมายของการดำเนินงานตาม Service Plan สาขาตา คือ ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เกณฑ์ ≥ร้อยละ ๘๐) ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย.๖๐) มีผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจกทั้งหมด ๖๐๐ ราย ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน จำนวน ๕๗๑ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๑๗ เฉลี่ยอยู่ที่ ๑๓ วัน และร้อยละของผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองสายตา โดยรพ./รพสต.(เกณฑ์≥ร้อยละ ๗๐) จังหวัดตรัง ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐(๑ ต.ค.๕๙-๓๐ เม.ย.๖๐) ร้อยละ ๔๓.๔๗

อัตราการตรวจ ROP ในทารกกลุ่มเสี่ยง (ร้อยละ ๑๐๐) ผลการดำเนินงานปีงบฯประมาณ ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙-๓๑ มี.ค.๖๐) ผลงานร้อยละ ๙๒.๓๐ มีทารก ๔ รายที่ไม่สามารถตรวจ ROP สาเหตุทารกมีภาวะวิกฤติจากโรคที่เป็นอยู่ไม่สามารถนำทารกออกจากตู้อบมาตรวจได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

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

๑) จักษุแพทย์โรงพยาบาลตรัง มีทั้งหมด ๔ คน จักษุแพทย์ ๓ คนสามารถทำการผ่าตัดต้อกระจกได้วันละ ๖-๑๐ case/ต่อคน ทำให้ผลงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย เพื่อเพิ่มศักยภาพโรงพยาบาลชุมชนและลดความอัดที่โรงพยาบาลตรัง จึงมีการใช้สถานที่ห้องผ่าตัดโรงพยาบาลนาโยงทำการผ่าตัดได้ ๑๐ case/วัน

๒) พยาบาลประจำ รพสต.คนเดียวต้องทำหน้าที่หลายด้าน ทำให้การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand ล่าช้า ทำให้ผลงานได้น้อยกว่าความเป็นจริง

๓) กลุ่มเป้าหมาย ที่พบว่าเป็นตาต้อกระจกส่วนหนึ่งไม่สมัครใจผ่าตัด เนื่องจากกลัวการผ่าตัด ไม่พร้อมเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก ไม่มีญาติดูแล เลือกแพทย์ในการผ่าตัด และมีความปกติสุขดีในการดำเนินชีวิตประจำวัน

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ รับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
๑. ไม่สามารถผ่าตัดต้อกระจกได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน หอบหืด และในรายที่ไม่สามารถหยุดยาละลายลิ่มเลือดได้		
๒. ผู้ป่วยเลือกแพทย์ผู้ผ่าตัดทำให้ระยะเวลารอคอยมากกว่ากำหนด		
๓. ผู้ป่วยรอความพร้อมจากครอบครัว เช่น ไม่มีคนดูแล		

โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง		
๔. การลงข้อมูลในโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand พยาบาล รพสต.ลงข้อมูลไม่ทัน ต้องทำงานหลายด้าน		

๒.๑๕ สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง

๑.๑ จำนวนประชากรทั้งหมด ๖๘๒,๕๙๗ **คน** **จำนวนประชากรสิทธิ์ UC** ๔๓๒,๑๗๔ **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	๕๗ คน	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร	๑ : ๙๖๑๔
๑) ทันตแพทย์ กสธ.	๕๖ คน	ทพ.รัฐอื่นๆ	๐ คน
๒) ทันตแพทย์เอกชน	๑ คน	จำนวนทันตแพทย์เฉพาะทาง	๒๕ คน
๑.๓.๒ จำนวนทันตาภิบาลทั้งหมด	๙๙ คน	สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากร	๑ : ๕,๔๓๘
๓) ทันตาภิบาลใน สสจ.	๒ คน	ทันตาภิบาลใน รพ.	๔๐ คน
๔) ทันตาภิบาลใน สสอ.	๑ คน	ทันตาภิบาลใน รพ.สต./ศสม.	๕๖ คน
๕) ทันตาภิบาลตำแหน่งนักวิชาการ	๖ คน		
นิยามของ “นวก.” คือ ทันตาภิบาลที่ได้รับการเปลี่ยนตำแหน่งเป็นนักวิชาการ และยังทำงานสุขภาพช่องปาก			
๑.๓.๓ จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด	๕๙ 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	๕๖ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๑๒แห่ง
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่ไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	๕๗ แห่ง		

๑.๕ ความพร้อมในการให้บริการใน รพ.สต./ศสม.

จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๓๕ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำ และครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๕ แห่ง
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและไม่มีครุภัณฑ์ทันตกรรม	๑ แห่ง		
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจาก รพ.ให้บริการ และครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๒๗ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจาก รพ.ให้บริการแต่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๒๙ แห่ง
จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจาก รพ.ให้บริการ และไม่มีครุภัณฑ์	๒๓ แห่ง	จำนวนรพ.สต./ศสม. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม	๓๗แห่ง

ที่มาข้อมูล : โรงพยาบาลตรัง, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง

หมายเหตุ

๑. อัตราส่วนทันตบุคลากร ต่อประชากร คิดจาก

๑.๑ ทันตบุคลากรปฏิบัติงานในโรงพยาบาลตรัง , โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง , โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง

๑.๒ ประชากรจากข้อมูลฐานประชากรรายอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

๒.ประเด็นการตรวจราชการ

■ ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย ๒ องค์ประกอบ ดังนี้

๑). รพ.สต./ ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม จากผลงาน มี ๑๑๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๑๕

๒). รพ.สต./ ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากครอบคลุม ร้อยละ ๒๐ มี ๖๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๙๔

สรุป รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ครบ ๒ องค์ประกอบ มีทั้งหมด๖๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ๔๘.๐๖ เป็นรพ.สต./ศสม. ในอำเภอย่านตาขาว ปะเหลียน ห้วยยอด และรัษฎา

■ อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕

จากผลงาน HDC จังหวัดตรังจัดบริการสุขภาพช่องปากประชาชนในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ ๒๔.๐๔ โดยอำเภอที่จัดบริการได้มากที่สุด ได้แก่ อำเภอห้วยยอด เมืองตรัง และย่านตาขาว ร้อยละ ๒๘.๖๐, ๒๗.๑๗ และ ๒๖.๙๐ ตามลำดับ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม.อย่างมีคุณภาพของจังหวัด

ในภาพรวมของจังหวัดตรัง พบว่าองค์ประกอบที่ ๑ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม มี ๑๑๕ แห่ง ร้อยละ ๘๙.๑๕ และองค์ประกอบที่ ๒ รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากรร้อยละ ๒๐ มี ๖๗ แห่ง ร้อยละ ๕๑.๙๔ และมีสัดส่วนรพ.สต./ศสม.ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๒ องค์ประกอบ ๖๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๐๖ (ตารางที่ ๑) และ อำเภอที่มีผลงานรพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากคุณภาพสูงสุด คือ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๗๕.๐๐ รองลงมา ได้แก่อำเภอปะเหลียน ร้อยละ ๖๘.๔๒ อำเภอห้วยยอด และอำเภอรัษฎา ร้อยละ ๖๖.๖๗ ตามลำดับ

รูปที่ ๑ ผลงานภาพรวมการจัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต.รายอำเภอ สรุปจาก HDC ณ วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากมีคุณภาพตามเกณฑ์	
อำเภอ	**รพ.สต.**
ย่านตาขาว	รพ.สต.บ้านต้นปรง, รพ.สต.ในควน, รพ.สต.บ้านนานิน, รพ.สต.หนองบ่อ, รพ.สต.บ้านควนโพธิ์, รพ.สต.บ้านควนหิน, รพ.สต.บ้านวัดโพรงจรเข้, รพ.สต.โพรงจรเข้, รพ.สต.บ้านโคกทราย, รพ.สต.บ้านอัมพวัน, รพ.สต.ท่าบันได, รพ.สต.เกาะเปียะ
เมืองตรัง	รพ.สต.น้ำผุด, รพ.สต.โคกหล่อ, รพ.สต.นาโต๊ะหมิง , รพ.สต.ควนปริง,รพ.สต.นาโยงใต้, รพ.สต.นาท่ามใต้
ปะเหลียน	รพ.สต.สุโสะ, รพ.สต.หนองหว้า, รพ.สต.บ้านนา, รพ.สต.เจ้าพะ, รพ.สต.ทุ่งยาว, รพ.สต.บางด้วน, รพ.สต.บ้านหนองยายเม็ม, รพ.สต.บ้านหินคอกควาย, รพ.สต.แหลมสอม, รพ.สต.บ้านหนองเจ็ดบาท, รพ.สต.ปะเหลี่ยน,ศสม.โรงพยาบาลปะเหลียน, รพ.สต.บ้านลำปลอก
กันตัง	รพ.สต.กันตังใต้, รพ.สต.บางเป้า, รพ.สต.โคกยาง, รพ.สต.ย่านซื่อ, รพ.สต.บางสัก, รพ.สต.คลองชีล้อม
ห้วยยอด	รพ.สต.เขากอบ, รพ.สต.บ้านหนองปรือ, รพ.สต.บ้านโพธิ์โทน, ศสม.โรงพยาบาลห้วยยอด, รพ.สต.บ้านนาวง, รพ.สต.เขาปูน, รพ.สต.ท่างิ้ว, รพ.สต.หนองหมอ, รพ.สต.ห้วยนาง, รพ.สต.ในเตา, รพ.สต.ทุ่งต่อ, รพ.สต.ปากคม, รพ.สต.ลำภูรา, รพ.สต.วังคีรี
นาโยง	รพ.สต.นาข้าวเสีย
สิเกา	รพ.สต.บ้านแหลมมะขาม, รพ.สต.กะลาเส, รพ.สต.ไม้ฝาด, รพ.สต.นาเมืองเพชร
หาดสำราญ	รพ.สต.ตะเสะ
รัษฎา	รพ.สต.คลองปาง, รพ.สต.หนองบัว, รพ.สต.หนองปรือ, รพ.สต.เขาไพร
วังวิเศษ	รพ.สต.บ้านทุ่งหลวง

๓.๒ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในพื้นที่

ในภาพรวมจังหวัดตรัง พบว่าอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขตเฉลี่ย ร้อยละ ๒๔.๐๔ อำเภอที่พบอัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ สูงสุด ๓ อันดับคือ อำเภอห้วยยอด เมืองตรังและย่านตาขาว ร้อยละ ๒๘.๖, ๒๗.๑๗ และ ๒๖.๙ ตามลำดับ

ตารางที่ ๑ แสดงผลงานเชิงปริมาณ (รอบ ๒ ข้อมูล ๖ เดือน ๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐)

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. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ ๖ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	เป้าหมาย	๑๙	๒๑	๑๖	๒๐	๑๙	๙	๗	๘	๖	๔	๑๒๙
		ผลงาน	๑๗	๒๑	๑๔	๑๔	๑๙	๗	๖	๘	๖	๓	๑๑๕
		อัตรา/ร้อยละ	๘๙.๔๗	๑๐๐	๘๗.๕	๗๐.๐๐	๑๐๐	๗๗.๗๘	๘๕.๗๑	๑๐๐.๐๐	๑๐๐	๗๕	๘๙.๑๕
๑.๒	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๑๙	๒๑	๑๖	๒๐	๑๙	๙	๗	๘	๖	๔	๑๒๙
		ผลงาน	๖	๑๔	๑๔	๘	๑๓	๕	๑	๑	๔	๑	๖๗
		อัตรา/ร้อยละ	๓๑.๕๘	๖๖.๖๗	๘๗.๕๐	๔๐	๖๘.๔๒	๕๕.๕๖	๑๔.๒๙	๑๒.๕๐	๖๖.๖๗	๒๕	๕๑.๙๔
รวม	ร้อยละรพ.สต./ศสม.ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	เป้าหมาย	๑๙	๒๑	๑๖	๒๐	๑๙	๙	๗	๘	๖	๔	๑๒๙
		ผลงาน	๖	๑๔	๑๒	๖	๑๓	๔	๑	๑	๔	๑	๖๒
		อัตรา/ร้อยละ	๓๑.๕๘	๖๖.๖๗	๗๕	๓๐	๖๘.๔๒	๔๔.๔๔	๑๔.๒๙	๑๒.๕๐	๖๖.๖๗	๒๕	๔๘.๐๖
ที่มา : ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (๔๓ แฟ้ม) ข้อมูลตอบสนอง Service Plan ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐													
๒	**อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิของประชาชนในเขต >= ร้อยละ ๓๕**												
	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิในพื้นที่	เป้าหมาย	๑๑๖,๒๒๔	๗๐,๘๖๖	๕๐,๐๓๗	๗๐,๖๒๓	๕๗,๐๕๔	๓๑,๘๕๗	๓๖,๓๕๒	๓๗,๐๔๒	๒๔,๘๔๒	๑๓,๔๘๘	**๕๐๘,๓๘๕**
		ผลงาน	๓๑,๕๘๘	๒๐,๒๗๓	๑๓,๔๖๔	๑๕,๑๒๖	๑๓,๔๗๗	๗,๓๐๙	๕,๗๒๖	๖,๘๑๔	๕,๗๒๒	๒,๗๓๖	**๑๒๒,๒๓๕**
		อัตรา/ร้อยละ	๒๗.๑๗	๒๘.๖	๒๖.๙	๒๑.๔๑	๒๓.๖๒	๒๒.๙๔	๑๕.๗๕	๑๘.๓๙	๒๓.๐๓	๑๓.๒๗	**๒๔.๐๔**

ลำดับ	รายการข้อมูล	อำเภอ										ภาพรวมจังหวัด
		เมือง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	
ที่มา : ฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัด (๔๓ แฟ้ม) การเข้าถึงบริการทันตกรรม วันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๐												

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

- การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการ

๑) ปัญหาการบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การส่งออก และใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม เพื่อการวางแผน และประเมินผล แก้ไขปัญหาโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จะประชุมผู้รับผิดชอบข้อมูลทันตสาธารณสุขทุกระดับ

๒) ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และลาออกของทันตาภิบาล

๓) ขาดแคลนทันตแพทย์ ทำให้มีปัญหาในการจัดบริการ

๔) ขาดแคลนทันตาภิบาลประจำ รพ.สต.

๕) ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.

๖) ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์ และวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก

๗) ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่

๘) ได้รับงบประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ

๙) ขาดยูนิตทันตกรรมในรพ.สต.

๑๐) มาตรการแก้ปัญหาไม่ชัดเจน

๑๑) เจ้าพนักงานทันตสาธาณสุขที่ รพ.สต. ต้องรับผิดชอบงานอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากงานทันตสาธารณสุข ตามบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายจาก ผอ.รพ.สต.

๑๒) การขาดทักษะ ความรู้ และความเอาใจใส่ ในการตรวจสอบและการส่งออกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานข้อมูลของ รพ.สต. และทันตบุคลากร

๑๓) ขาดเครื่องมือทันตกรรมที่เพียงพอใน รพ.สต. ปัจจุบันต้องหมุนเวียนใช้ร่วมกัน

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขมีไม่เพียงพอและต้องทำงานอื่นนอกเหนือจากงานทันตกรรม	๑๔) ชี้แจงลักษณะงานและความสำคัญของงานทันต กรรมให้วิชาชีพอื่นเข้าใจ	
๒. งานทันตกรรม เป็นงานที่ใช้เวลานานต่อ ๑ visit อีกทั้งใน ๑งานยังเป็นงานที่มีหลายขั้นตอน		

แต่การนับผลงานความครอบคลุม นับเป็นรายคน ไม่ว่าจะมารับบริการกี่ visit ก็ตาม		
๓. ไม่มีเจ้าหน้าที่ key ข้อมูล เนื่องจากผู้บริการให้บริการแล้วต้องมาคีย์ข้อมูลที่ยุ่งยาก ซับซ้อน และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา		
๔. ตัวชี้วัดมาช้า และไม่ชัดเจน ไม่บูรณาการ		
๕. ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรม ทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. จึงส่งผลให้ปริมาณงานน้อย		
๖. งานบริการเป็นงานที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพมาตรฐานวิชาชีพ การกำหนดตัวชี้วัดในเชิงปริมาณอย่างเดียว จะส่งผลต่อคุณภาพของงานได้		
๗. ทันตแพทย์นอกเหนือจากงานส่งเสริม งานบริการ งานในส่วนของ back office งานแผนงานโครงการ งานส่วนรวมในรพ. งานความร่วมมือระดับอำเภอ ก็มีอีกหลายงานที่ทำ		
๘.มีการหมุนเวียนย้ายงานของทันตแพทย์ในรพ. ทำให้การบริหารจัดการขาดความต่อเนื่อง		
๙. การคีย์ข้อมูลลงโปรแกรม Hosxp ยังมีความไม่ถูกต้องทำให้ผลงานไม่เป็นไปตามจริง ยังต้องมีการคอยติดตามการคีย์ข้อมูลโดยบุคลากรที่เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ		
๑๐.รพ.สต.ยังขาดแคลนเก้าอี้ทำฟัน และ/หรือใช้เก้าอี้ทำฟันที่เก่าและเสื่อมสภาพ ทำให้การจัดบริการทันตกรรมไม่ครอบคลุมและล่าช้า	ทำแผนการจัดซื้อเก้าอี้ทันตกรรมให้เพียงพอ และซื้อทดแทนตัวเสื่อมสภาพ	
๑๑.ปัญหาในการบันทึกข้อมูลและการส่งออก บางครั้งไม่ทราบว่าต้องคีย์แบบไหน (กรณีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/ผู้ช่วยเหลือคนไข้ต้องคีย์เองใน รพสต.ที่ไม่มีทันตบุคลากร เพราะการคีย์ข้อมูลและการส่งออกแต่ละอย่างมีขั้นตอนที่ยุ่งยากซับซ้อน) บางครั้งคีย์ข้อมูลถูกแต่ส่งออกไม่ได้ คือส่งออกแล้วข้อมูลไม่ปรากฏ ต้องใช้เวลาหาสาเหตุและแก้ไข (เช่นล่าสุดคีย์เท่าไหร่ก็ไม่ขึ้น ตรวจสอบพบว่า provider หายไป ต้องรอแอดมินที่ สสจ.แก้ไข)		

๑๒.ทันตบุคลากร ซึ่งผู้ให้บริการต้องมาคีย์ข้อมูลในระบบเพื่อบันทึกข้อมูลการตรวจและการให้บริการ ซึ่งมีรายละเอียดเยอะ		
๑๓. การประสานในการทำงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพยากในบางพื้นที่ (เนื่องจากหัวหน้าทันตะโรงพยาบาลไม่ใช่หัวหน้าทันตาที่อนามัย จะให้ทำงานทันตะอะไรต้องทำเป็นหนังสือขอช่วยไปทุกครั้ง)		
๑๔.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข มีจำนวนน้อย ทำให้การบันทึกข้อมูลให้ครอบคลุมล่าช้า และจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลประจำรพ.สต.ช่วยบันทึกข้อมูล ซึ่งบางครั้งเกิดข้อผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลทำให้ส่งออกข้อมูลได้น้อย	เพิ่มจำนวนเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขให้มีครอบคลุมทุกรพ.สต. , ทำแผนการจัดซื้อเก้าอี้ทันตกรรมให้เพียงพอและซื้อทดแทนตัวเสื่อมสภาพ	
ที่มา : โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดตรัง		

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

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

๒) ลดความเหลื่อมล้ำของโรงพยาบาลที่สภาพคล่องทางการเงินดี และขาดสภาพคล่อง ให้มีทรัพยากร ทั้งคน เงิน และของ ที่ใกล้เคียงกันตามบริบท

๓) ช่วยชี้แจงให้บุคลากรวิชาชีพอื่นให้ความสำคัญของงานด้านทันตะ เนื่องจากมักไม่ค่อยมีใครเข้าใจว่ามีงานอะไรบ้างที่ต้องทำ ส่งผลให้ไม่ได้รับการสนับสนุนเท่าที่ควร เช่นในงานที่ต้องทำหัตถการก็ไม่ให้ผู้ช่วย ในงานส่งเสริมก็ไม่เห็นความสำคัญ กลับให้ไปช่วยงานอื่นของ รพ.สต. เสียมากกว่า

๔) บูรณาการตัวชี้วัดในทุกระดับให้ไปในทางเดียวกัน

๕) อยากให้มีนโยบายช่วยเพิ่มบุคลากรและงบประมาณให้เพียงพอต่อความต้องการ

๖) จัดสรรตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ประจำรพ.สต.ที่ห่างไกลโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

๗) ควรสนับสนุนให้มีผู้ช่วยทันตกรรมในระดับ รพ.สต. เพื่อเพิ่มทั้งคุณภาพบริการและปริมาณงานที่ทำได้โดยอาจให้เป็นการสนับสนุนงบประมาณจากจังหวัดในการจัดจ้าง หรือ เป็นแนวทางปฏิบัติของรพ.สต.ในการกำหนดให้มีผู้ช่วยทันตกรรมประจำรพ.สต. หากได้รับการสนับสนุนยูนิตทันตกรรมลงไป

๘) จัดสรรตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขอยู่ประจำรพ.สต.ที่ห่างไกลโรงพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น

๙) อยากให้มีนโยบายช่วยเพิ่มบุคลากรและงบประมาณให้เพียงพอต่อความต้องการ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

อำเภอเมืองตรัง

๑) หน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนเครือข่ายเด็กไทยฟันดี ออกหน่วยถอนฟันน้ำนม เด็กที่มีสภาวะช่องปากระดับ ๗ ทำให้เด็กแปรงฟันได้ง่าย สะอาดขึ้น กินข้าวได้ดีขึ้น

๒) คืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้ผู้ปกครอง ทำให้เด็ก ๒ - ๑๒ ปี เข้าถึงบริการมากขึ้น และผู้ปกครองรับทราบสภาวะสุขภาพช่องปากของบุตรหลานตนเอง ผู้ปกครองจึงมีส่วนร่วมเป็นเครือข่ายดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

๓) เยี่ยมโรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เดือนละ ๑ ครั้งต่อแห่ง ทำให้เป็นโอกาสร่วมพัฒนาทันตสาธารณสุขในโรงเรียน และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยประเด็นในการเยี่ยมมี ๔ เรื่อง ได้แก่

๑๕) แปรงฟันหลังอาหารกลางวัน

๑๖) น้ำอัดลม ลูกอม ร้านขายอาหารในโรงเรียน และนอกโรงเรียน

๑๗) นมฟลูออไรด์

๑๘) การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กโดยครู

อำเภอนาโยง

๔) แบบสื่อทันตสุขศึกษา เฉพาะศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยมีครูเป็นต้นแบบในสื่อ

อำเภอรัษฎา

๕) ประสานของบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาดำเนินงานแก้ไขปัญหาตามบริบทของแต่ละท้องถิ่น เพื่อให้ชุมชนรับทราบปัญหา และเกิดความร่วมมือของชุมชน โดยให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทสำคัญ ตั้งแต่ต้น

๖) เสริมสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองให้แก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และแก้ไขปัญหาสุขภาพช่องปากที่เจอในช่วงตั้งครรภ์โดยมีช่องทางพิเศษ นัดมารับบริการทันตกรรมในช่วงที่เหมาะสมแต่ละบุคคล

๗) เสริมสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของทารกให้แก่มารดาหลังคลอด
เพื่อสุขภาพช่องปากที่ดีของทารก และติดตามพัฒนาการของเด็กใน WCC ร่วมกับสหวิชาชีพ พร้อมทาฟลูออไรด์วานิชให้แก่เด็กทุกคนใน WCC

๘) นำองค์ความรู้เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กมาใช้ในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริม
สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยผลักดันให้เกิดอ่างแปรงฟันที่เหมาะสมในทุกศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกับการปรับห้องสุขาที่เหมาะสมตามวัย พร้อมเสริมสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กให้แก่ผู้ปกครอง นอกจากนั้นยังกระตุ้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเห็นความสำคัญของความหวานในอาหารกลางวันและอาหารว่าง นำไปสู่การปรับเมนูอาหาร และลดความหวานในอาหารของเด็ก

๙) สำรวจสภาวะช่องปาก และคืนข้อมูลสุขภาพช่องปากให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน และผู้ปกครอง
พร้อมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไข สภาวะช่องปากของบุตรหลานตนเอง มีการนำแนวคิด PCC มาใช้ในการแก้ไขปัญหา และเพิ่ม Cavity free ด้วยการเพิ่มช่องทางการให้บริการแก่เด็กเพิ่มขึ้น โดยนัดให้มารับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน

๑๐)แก้ไขปัญหาในผู้สูงอายุ โดยการตรวจช่องปากและพัฒนาทักษะในการดูแลช่องปากแก่ผู้สูงอายุ และ
ผู้ป่วยในคลินิก NCDพร้อมทาฟลูอออไรด์วานิชรวมทั้งคืนข้อมูลให้รายบุคคลและเพิ่มช่องทางพิเศษในการเข้ารับบริการทันตกรรม เน้นฟันเทียมไร้คิว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีฟันเคี้ยวอาหารได้ดี

อำเภอสิเกา

๑๑) จัดบริการทันตกรรมเคลื่อนที่ในโรงเรียนแก่นักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพช่องปากต้องแก้ไขเร่งด่วน และให้คำแนะนำรายบุคคลแก่นักเรียนที่ยังคงมีปัญหาสุขภาพช่องปากให้ผู้ปกครองพานักเรียนมารับบริการต่อเนื่อง**อำเภอปะเหลียน**

๑๒)ออกให้บริการทำฟันเทียมในรพ.สต.ทำให้แก่ผู้สูงอายุที่ไม่มีฟัน เข้าถึงบริการมากขึ้นและลดระยะเวลารอคิวทำฟันปลอม

๒.๑๖ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

๑. สถานการณ์

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

๒. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ระบบการรับบริจาคอวัยวะ

รายการ(ผู้แจ้งความประสงค์บริจาคอวัยวะ)	๒๕๖๐						
	ต.ค.๕๙	พ.ย.๕๙	ธ.ค.๕๙	ม.ค.๖๐	ก.พ.๖๐	มี.ค.๖๐	รวม
๑. การบริจาคอวัยวะจากผู้มีชีวิต							
- ไต	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- ตับ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- หัวใจ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- ปอด	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- อวัยวะทุกส่วน	๐	๐	๒๔	๓	๑	๖	๓๔
๒. การขอรับบริจาคอวัยวะจากภาวะสมองตาย							
- ไต	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- ตับ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- หัวใจ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- ปอด	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
- อวัยวะทุกส่วน	๐	๐	๐	๒	๐	๐	๒

๒. ระบบการรับบริจาคดวงตา

รายการ	๒๕๖๐					
	ต.ค.๕๙	พ.ย.๕๙	ธ.ค.๕๙	ม.ค.๖๐	ก.พ.๖๐	มี.ค.๖๐
-การบริจาคดวงตาจากผู้มีชีวิต	๐	๐	๒๔	๓	๑	๖
-การบริจาคดวงตาจากภาวะสมองตาย	๐	๐	๐	๑	๐	๐

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

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

รพ. organ donor center ในจังหวัด	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ (เป้าหมาย:≥ ๑ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)		หมายเหตุ
	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยสมองตายที่ยินยอมบริจาคอวัยวะ	
โรงพยาบาลตรัง	๕๘๗	๒	

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

รพ. A, S, M๑ ในจังหวัด	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา (เป้าหมาย:≥ ๕ ราย ต่อผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ๑๐๐ ราย)		หมายเหตุ
	เป้าหมาย	จำนวนผู้เสียชีวิตที่ยินยอมบริจาคดวงตา	
โรงพยาบาลตรัง	๕๘๗	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	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ขาดผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ ที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน	-ส่งผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน	-
- ขาดผู้จัดเก็บดวงตาที่ผ่านการอบรม	-ส่งผู้เข้ารับการอบรมการจัดเก็บดวงตา	-

๒.๑๗ Service Plan สาขาอุบัติเหตุ

๑. สถานการณ์ในภาพรวม

จากข้อมูลเฝ้าระวังการบาดเจ็บ โรงพยาบาลตรัง มีจำนวนบาดเจ็บจากอุบัติเหตุด้วย ๑๙ สาเหตุ ที่มาจากการส่งต่อจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการส่งต่อ เฉลี่ยปีละประมาณ ๑๓,๘๕๘ ราย รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เฉลี่ยปีละ ๔,๒๔๙ ราย สาเหตุการบาดเจ็บลำดับแรก คือ อุบัติเหตุจราจร เฉลี่ย ๕,๖๙๑ ราย/ปี การบาดเจ็บที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด ได้แก่ การบาดเจ็บที่ศีรษะ เฉลี่ยปีละ ๒,๓๖๗ ราย และผู้ป่วยที่ไม่ใช่อุบัติเหตุ เฉลี่ยปีละ ๔๒,๒๙๔ ราย(ข้อมูล ER) โรคสำคัญที่ใช้ระบบ Fast tract ได้แก่ stroke เฉลี่ยปีละ ๑๗๖ ราย STEMI เฉลี่ยปีละ ๑๒๘ ราย การมาโรงพยาบาลด้วยการรับส่งต่อ trauma ๒,๖๑๑ ราย/ปี Non trauma ๙,๘๖๗ ราย/ปี การมาโรงพยาบาล โดย EMS ในผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต ร้อยละ ๗๕.๕๗ รพ.ตรังร้อยละ ๖๒.๐๘ (ภาพรวมจังหวัด)

๒. ประเด็นตรวจราชการ

๒.๑ การพัฒนา ECS คุณภาพ

❖ **ด้าน Trauma emergency**

ปัญหาในการดำเนินงาน

- ข้อมูลยังอยู่ระหว่างดำเนินการรวบรวมข้อมูลให้อยู่ใน TEA unit
- ข้อมูลยังไม่เป็นปัจจุบัน

การดำเนินการด้านข้อมูล

- มีการกำหนดข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ประโยชน์ ได้แก่ ข้อมูลอัตราการตายด้วยอุบัติเหตุจราจรเพื่อการสอบสวนอุบัติเหตุ และกำหนดมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร

❖ **ด้าน Non Trauma emergency**

ปัญหาในการดำเนินงาน

การดำเนินการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยโดยใช้ระบบESI ยังขาดความเข้าใจ การยอมรับ มีผลทำให้การคัดแยก (Triage) เกินเกณฑ์เข้ามาในER

การแก้ปัญหา

- กำลังดำเนินการจัดเก็บข้อมูลคุณภาพการ Triage พบ ๓๐% คลาดเคลื่อนจากเกณฑ์ESI
- เพิ่มการชี้แจงแก่ผู้เกี่ยวข้องกับการคัดกรอง ,คัดแยกให้มีความเข้าใจในการใช้หลักการของ ESI

๒.๒ การพัฒนาระบบ ER คุณภาพ ผ่าน มากกว่าร้อยละ ๗๐

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการพัฒนา

๑) ขาดพื้นที่Decontaminate และ Isolation Room ห้องResuscitateที่ใช้แยก

๒) ระบบความปลอดภัยในการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุและในโรงพยาบาล

การดำเนินการแก้ไข

๑) การจัดพื้นที่ให้สามารถใช้อย่างมีประสิทธิผลและใช้แทนกันในช่วงเวลาผู้ป่วยแออัด ได้แก่ Resuscitate area และ Emergency area ไว้ด้วยกัน

๒) ระบบความปลอดภัยในในการปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุได้มีการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อการจัดการสถานการณ์ให้ปลอดภัยขณะปฏิบัติงาน ทั้งหน่วยกู้ชีพและเจ้าหน้าที่ตำรวจมีการออกแบบป้ายไฟสัญญาณเตือนเพื่อกั้นเขตปฏิบัติการหน่วยกู้ชีพ โดยเป็นโครงการระดับจังหวัด

๓) การเพิ่มเน้นย้ำเรื่องความปลอดภัยของการปฏิบัติการณ์หน่วยกู้ชีพเรื่องความปลอดภัย

๔) มีการติดGPS ในรถพยาบาลของโรงพยาบาล

๕) ระบบความปลอดภัยในโรงพยาบาล ได้จัดระบบรักษาความปลอดภัยและตรวจตราของเวรรักษาความปลอดภัย

๒.๒.๓ ระบบการรองรับภัยพิบัติ

ปัญหาในการดำเนินงาน

๑) ยังขาดเครื่องมือดภาคสนามในกรณี METT

๒) การใช้ระบบ ICS ยังปฏิบัติไม่ชัดเจนในระดับภาคีเครือข่าย

การดำเนินการแก้ไข

๑) จัดทำแผนเครื่องมือเวชภัณฑ์ภาคสนาม โดยลำดับความสำคัญ

๒) ร่วมซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ แผนภัยพิบัติและร่วมเสนอแนะแนวทางICS แก่หน่วยงานและองค์กรภาคีเครือข่าย

๒.๒.๔ การศึกษาวิจัย

ปัญหาในการดำเนินงาน

- ขาดที่ปรึกษาในการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

การดำเนินการแก้ไข

๑) สนับสนุนให้กิกรรมคุณภาพ R to R

๒) วางแผนจัดทีมที่ปรึกษาทำ R to Rจากผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโท

๒.๒.๕ ระบบRefer

ปัญหาในการดำเนินงาน

- ในผู้ป่วยส่งกลับ(Refer back) กลับโรงพยาบาลชุมชน ยังมีปัญหาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยใส่

ท่อช่วยหายใจในรายHopeless เพื่อการดูแลระยะสุดท้าย และขาดเครื่องช่วยหายใจ

การดำเนินการแก้ไข

- มีการประชุมทีมโดยงานดูแลต่อเนื่องและHome Health Care เสนอให้เพิ่มศักยภาพในการดูแล

ผู้ป่วย การจัดหาเครื่องช่วยหายใจและเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

๒.๓ การพัฒนาศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA unit)

๑) อยู่ระหว่างการดำเนินการ

๒) มีการจัดตั้งกรรมการพัฒนา

๓) มีการกำหนดข้อมูล และจัดการข้อมูล

๔) ส่งบุคลกร เข้าอบรม หลักสูตรระยะสั้น nurse coordinator เพื่อการจัดการข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และสามารถใช้ประโยชน์ในการ ติดตามคุณภาพการบริการ และการพัฒนา งาน

๒.๔ การพัฒนาการดูแลผู้บาดเจ็บ

มีการพัฒนาสถานที่ให้บริการ มีปัญหาการคัดกรองภาวะฉุกเฉินไม่รัดกุม ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงถูกส่งไปนั่งรอที่ผู้ป่วยนอก จึงเพิ่มจุด screening เพื่อการเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยเสี่ยงสูงโรคหัวใจ หลอดเลือดสมองอยู่ระหว่างการเปรียบเทียบผลการพัฒนา

มีการทำการทบทวน trauma audit พบข้อบกพร่องในระบบการรักษา ได้มีการทบทวน ระบบการให้คำปรึกษา การจัดทำแนวทางการรักษาสำหรับแพทย์ และเพิ่มทักษะในการประเมินผู้ป่วยทุกระยะเพื่อประกอบการรายงานเพื่อการตรวจวินิจฉัย

มีการทบทวนในรายกลับมารักษาซ้ำที่ห้องฉุกเฉิน จากการทบทวนพบว่าการประเมินไม่ครอบคลุมความเสี่ยงทางคลินิกของโรคสำคัญ จึงมีการเพิ่มทักษะของพยาบาลในการประเมินแรกรับระหว่างรอก่อนจำหน่ายโดยใช้ on the job training

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ร้อยละ ๖๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ในแต่ละจังหวัดที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System จนผ่านเกณฑ์การประเมิน

โรงพยาบาล	ระดับ	รายการข้อมูล ผลงานปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙- ๓๑ มี.ค.๖๐)			
		ผลคะแนนประเมิน (≥๔๐%)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปในจังหวัดตรังที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ทั้งหมดในจังหวัดตรังที่มีการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล(B)	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (A/B) x๑๐๐
ตรัง	A	๔๖.๖	๑	-	๑๐๐
ห้วยยอด	M๒	๔๘.๙	๑	-	๑๐๐
ย่านตาขาว	F๑	๕๗.๒	๑	-	๑๐๐

กันตัง	F๑	๖๐.๑	๑	๑	๑๐๐
ปะเหลียน	F๒	๔๙.๑	๑	๑	๑๐๐
สิเกา	F๒	๕๙.๐	๑	๑	๑๐๐
วังวิเศษ	F๒	๔๙.๑	๑	๑	๑๐๐
นาโยง	F๒	๕๒	๑	๑	๑๐๐
รัษฎา	F๒	๔๙.๓	๑	๑	๑๐๐
หาดสำราญ	F๓	๒๕.๒	๐	-	-
รวม	**-**	**-**	**๙**	**๖**	**๑๐๐**

๓.๒ ร้อยละ ๒๕ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ER คุณภาพตามที่กำหนดไว้

โรงพยาบาล	**ระดับ**	**ผลคะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ (≥๗๐%)**	**รายการข้อมูล ผลงานปี ๒๕๖๐ (๑ ต.ค.๕๙- ๓๑ มี.ค.๖๐)**		
			จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปในจังหวัดตรัง ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ(A)	**จำนวนโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปทั้งหมดในจังหวัดตรัง (B)**	**ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (A/B) x๑๐๐**
ตรัง	A	๗๑.๙๔	๑	๑	๑๐๐
ห้วยยอด	M๒		๑	๑	๑๐๐
ย่านตาขาว	F๑		๑	๑	๑๐๐
กันตัง	F๑		๑	๑	๑๐๐
ปะเหลียน	F๒		๑	๑	๑๐๐
สิเกา	F๒		๑	๑	๑๐๐
วังวิเศษ	F๒		๑	๑	๑๐๐
นาโยง	F๒		๑	๑	๑๐๐
รัษฎา	F๒		๑	๑	๑๐๐
หาดสำราญ	F๓		-	-	-
รวม	**-**		**๙**	**๙**	**๑๐๐**

๓.๓ อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) น้อยกว่าร้อยละ ๑

จ.ตรัง	**รายการข้อมูล**		
	จำนวนผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ๐.๗๕ และเสียชีวิต (A)	**จำนวนผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (๑๙ สาเหตุ) ทุกราย ที่มีค่า Ps score มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๗๕ (B)**	**อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) (A/B) x๑๐๐**
๒๕๕๗	๔๒	๑๐,๙๙๙	๐.๓๘
๒๕๕๘	๓๗	๙,๗๙๖	๐.๓๗
๒๕๕๙	๒๔	๙,๕๐๐	๐.๒๕
๒๕๖๐ (ต.ค.๕๙-มี.ค.๖๐)	๔	๒,๕๓๖	๐.๑๕

๔. สรุปประเด็นสำคัญ ที่เป็นความเสี่ยง ต่อการขับเคลื่อนนโยบาย หรือการทำงาน ไม่ประสบความสำเร็จ

๑) จำนวนแพทย์ พยาบาลที่ขาดแคลน
๒) สถานที่ที่จำกัด ไม่สามารถจัดพื้นที่ที่ปลอดภัยต่อผู้รับบริการ
๓) การประสานนโยบาย ระหว่างองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๕. ปัญหาอุปสรรค

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ ต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะเสนอคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
-ขาดแคลนแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	- เพื่อเสนอในระดับสูงขึ้นไป	- จัดการเพิ่ม และธำรงรักษาค่าตอบแทน
-ขาดแคลนพยาบาล	- เพื่อเสนอในระดับสูงขึ้นไป	- การได้รับการบรรจุ ค่าตอบแทน

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย ฯ

๑) การดำเนินการ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในระดับท้องถิ่น ควรเป็นนโยบายแห่งชาติที่ต้อง มีทุกตำบล และมี

งบประมาณด้านบุคลกร เพื่อให้มีการปฏิบัติงานประจำ

๒) การช่วยชีวิต ควรกำหนดเป็นวิชาบังคับเรียน ในทุกโรงเรียนของกระทรวงศึกษาและเอกชน

๓) ความร่วมมือในกิจกรรมการสอบสวนอุบัติเหตุจราจรอย่างต่อเนื่อง เพื่อการแก้ไขสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมการขับขี่ยานยนต์ โดยเสนอเป็นวาระการประชุมจังหวัด

๗. นวัตกรรม ที่สามารถเป็นแบบอย่าง

วัฒนธรรมการทำกิจกรรมทบทวน ในผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแล รายที่ทำได้ดีประสบผลสำเร็จ อย่างต่อเนื่อง เพื่อการเรียนรู้ และการพัฒนาทักษะประสบการณ์ในการดูแล

๒.๑๖ การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการ

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ พัฒนาโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค และกรมสุขภาพจิตโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเข้าสู่การรับรองคุณภาพสถานพยาบาล ตามมาตรฐานรับรองคุณภาพ HAขั้น ๓ และ Reaccredit

๑.๒ การพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ

๒.สถานการณ์ในภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ วันที่ ๓๑ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๐)

๒.๑. สถานการณ์จังหวัดตรัง



กรอบแนวคิดการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๐ กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนมีสุขภาวะ ใส่ใจสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน” โดยแบ่งรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพเป็นสองส่วนที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์ สนับสนุนซึ่งกันและกัน “พัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว , รพ.ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพและมาตรฐานด้านวิชาชีพ) และพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (DHS/DHB และตำบลสร้างสุข ฯลฯ)”

การพัฒนาระบบคุณภาพหน่วยบริการ เน้นการสนับสนุนการช่วยเหลือกันระหว่างเครือข่าย ผ่านการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนา ได้แก่

๑. การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ด้วยการขับเคลื่อนของทีม QLN โดยระดับจังหวัดสนับสนุนกลไกให้มีการหารือร่วมกันเพื่อวางแผนการดำเนินงาน

๒. การพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. ติดดาว , DHS/DHB) มีการถ่ายทอดนโยบายและหารือร่วมกันกับบุคคลและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยวิชาการ,หน่วยบริการและสมาคม/ชมรมฯ) สนับสนุนองค์ความรู้และแนวทางการดำเนินงานโดยกระบวนการอบรมและประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๓. การพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพในหน่วยบริการ (QA การพยาบาล ,มาตรฐานรังสีวินิจฉัย ,มาตรฐานห้องปฏิบัติการ ,มาตรฐานการพยาบาลชุมชน ฯลฯ ซึ่งเป็นมาตรฐานย่อยที่เป็นองค์ประกอบของระบบคุณภาพหน่วยบริการ) ผ่านกลไกของคณะกรรมการพัฒนาแต่ละวิชาชีพ โดยสนับสนุนการประชุมหารือ และการอบรมตามความต้องการพัฒนา

รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนางานด้วยกระบวนการวิจัยแก้ปัญหาหน้างาน (R2R) และการจัดการความรู้

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๑ แห่ง ซึ่งสามารถพัฒนาและผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) ขั้น ๓ (รักษาสภาพฯ) จำนวน ๙ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๘๒ โดยโรงพยาบาลตรังอยู่ในกระบวนการ re-accredit และโรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติฯ ยังไม่เข้าร่วมกระบวนการประเมินกับสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

หน่วยบริการ	การรับรองคุณภาพ (HA)
รพ.ตรัง	อยู่ในกระบวนการ re-acc.
รพ.กันตัง	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.ย่านตาขาว	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.ปะเหลียน	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.สิเกา	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓

หน่วยบริการ	การรับรองคุณภาพ (HA)
รพ.ห้วยยอด	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.วังวิเศษ	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.นาโยง	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.รัษฎา	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓
รพ.หาดสำราญฯ	ยังไม่เข้ากระบวนการฯ
รพ.โรคผิวหนังฯ	รักษาสภาพ HA ขั้น ๓

จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๒๕ แห่ง อยู่ระหว่างการพัฒนาเพื่อรับการตรวจประเมินมาตรฐาน รพ.สต. ติดดาว โดยผลการประเมินตนเองเบื้องต้น สรุปได้ดังนี้

อำเภอ	จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด	ผลการประเมินตนเอง	
		คะแนน ๘๐ - ๙๐	คะแนน มากกว่า ๙๐
เมืองตรัง	๑๘	๐	๐
กันตัง	๒๐	๑๐	๐
ย่านตาขาว	๑๖	๙	๒
ปะเหลียน	๑๘	๖	๔
สิเกา	๙	๑	๗
ห้วยยอด	๒๐	๓	๑
วังวิเศษ	๗	๒	๐
นาโยง	๗	๐	๐
รัษฎา	๖	๒	๐
หาดสำราญ	๔	๐	๐
รวม	**๑๒๕**	**๓๙**	**๑๔**

ที่มา : รายงานผลการประเมินตนเอง รพ.สต. ติดดาว ๑๐ อำเภอ (ณ วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐)

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ตัวชี้วัด :

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น ๓ และ Reaccredit

๒. รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ ร้อยละ ๑๐

อยู่ระหว่างการประเมินโดยเครือข่ายระดับอำเภอ และจะมีการประเมินรับรองระดับจังหวัดในช่วงเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม ๒๕๖๐