ยินดีต้อนรับ ผู้ตรวจราชการและคณะ

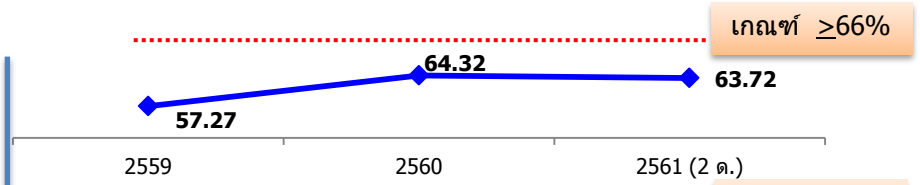


10 มกราคม 2561 ณ โรงพยาบาลตรัง

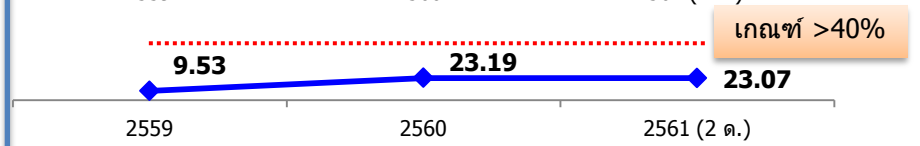
ผลการดำเนินงาน และ เป้าหมาย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561 จ.ตรัง

ลดป่วย

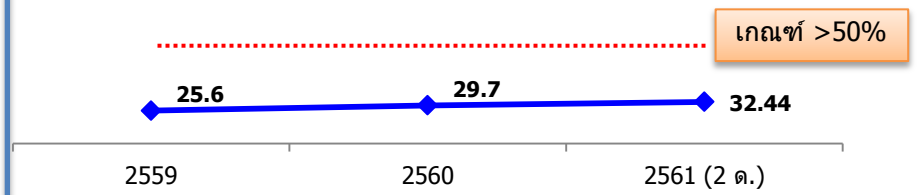
ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR <4 ml/min/1.73 m2/ปี



ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

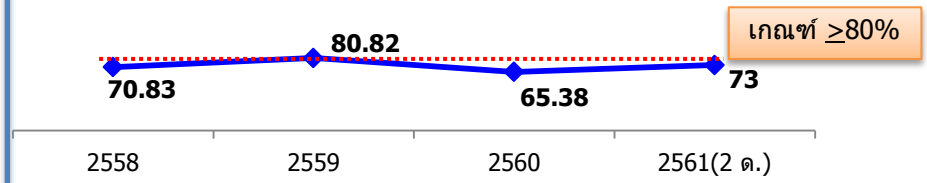


ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันได้ดี

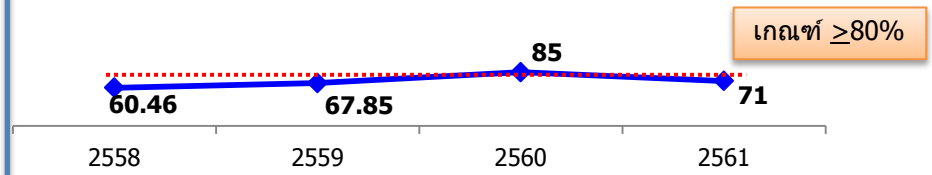


ลดระยะเวลารอคอย

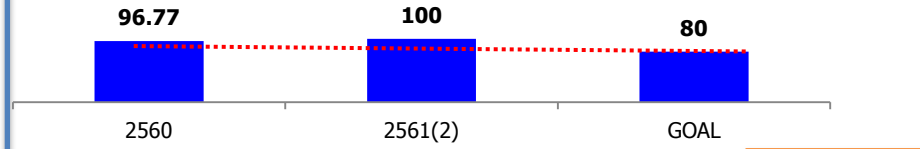
อัตราผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการผ่าตัดหลังการวินิจฉัยโรคภายใน 4 สัปดาห์



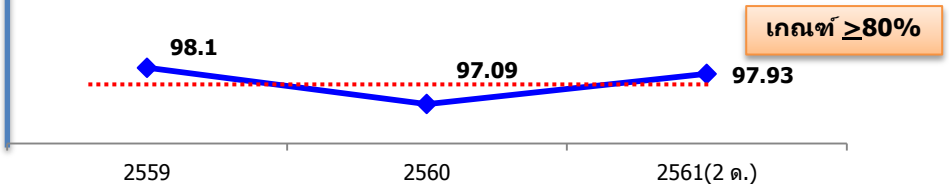
อัตราผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับเคมีบำบัดหลังวินิจฉัยภายใน 6 สัปดาห์



ร้อยละของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีข้อบ่งชี้ต้องได้รับการรักษาด้วยรังสีภายใน 6 สัปดาห์ (เต้านม)



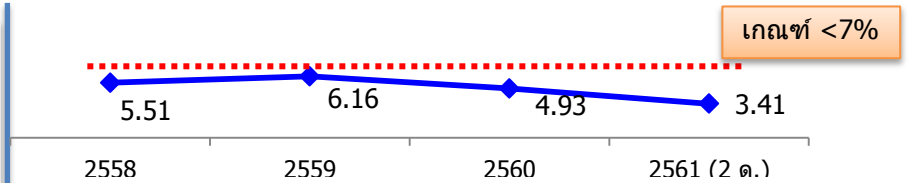
ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน



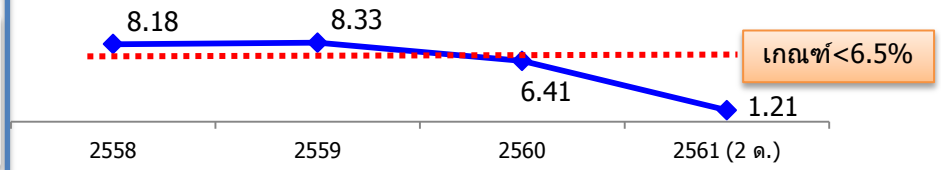
ผลการดำเนินงาน และเป้าหมาย แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ พ.ศ. 2561 จ.ตรัง

ลดตาย

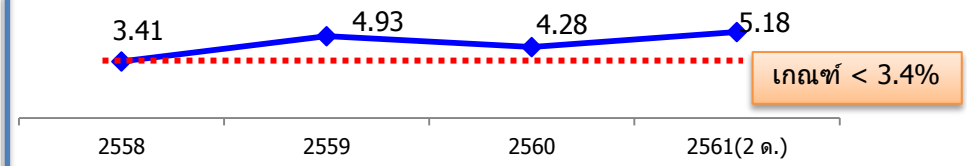
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)



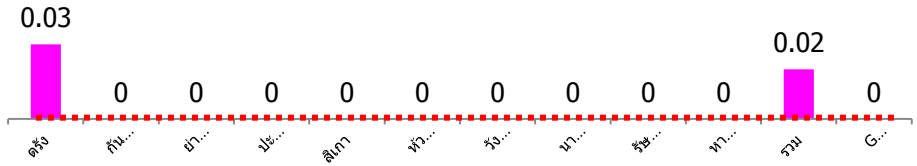
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (ร้อยละ)



อัตราตายของทารกน้ำหนักมากกว่า 500 กรัม อายุ < 28 วันต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน



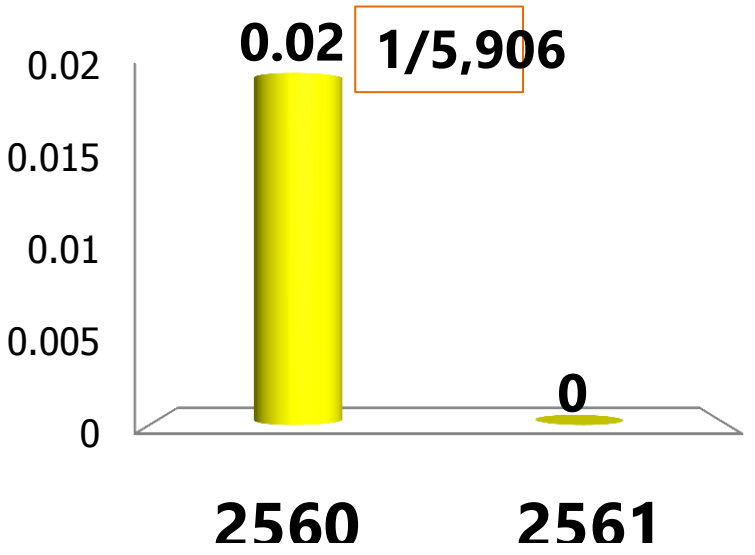
อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด



สาขา สูติกรรม : อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด เท่ากับ 0

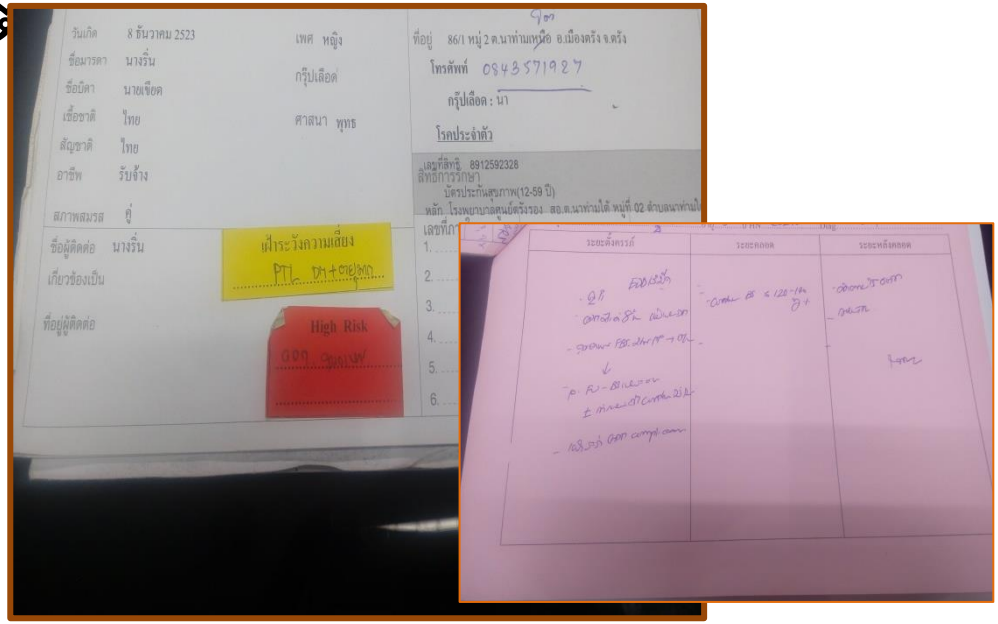
สถานการณ์

- มารดาเสียชีวิตจากภาวะตกเลือด 1 ราย (เป็นมารดาครรภ์แฝด คลอดทางช่องคลอด หลังคลอดมีภาวะเศษรกค้างและเกิดภาวะตกเลือด)

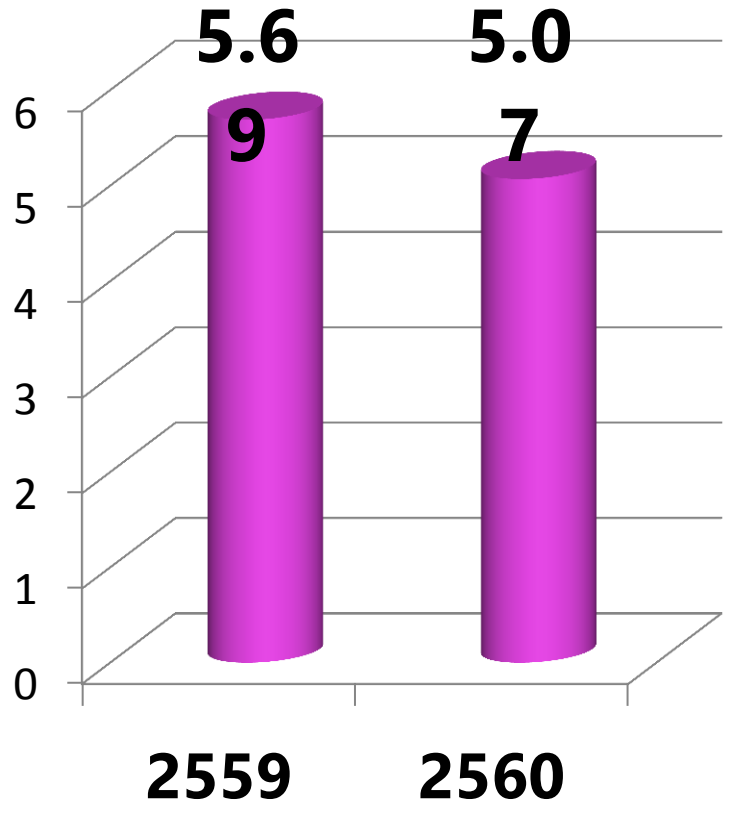


แผนพัฒนา

- พัฒนาระบบการดูแลภาวะตกเลือด (ประเมินกลุ่มเสี่ยง/การใช้ถุงตวงเลือด-ให้เลือด) Case high risk ทำคลอดโดยสูติแพทย์



สาขา สูติกรรม : อัตราการคลอดก่อนกำหนด ลดลงร้อยละ 10



แผนพัฒนา

- Early ANC identification
- High risk/Preterm
- การดูแลครรภ์เสี่ยง
- การให้ยา Utrogestan ในกลุ่มเสี่ยง
- วัดความยาวคอมดลูกในกลุ่มมารดาวัยรุ่น

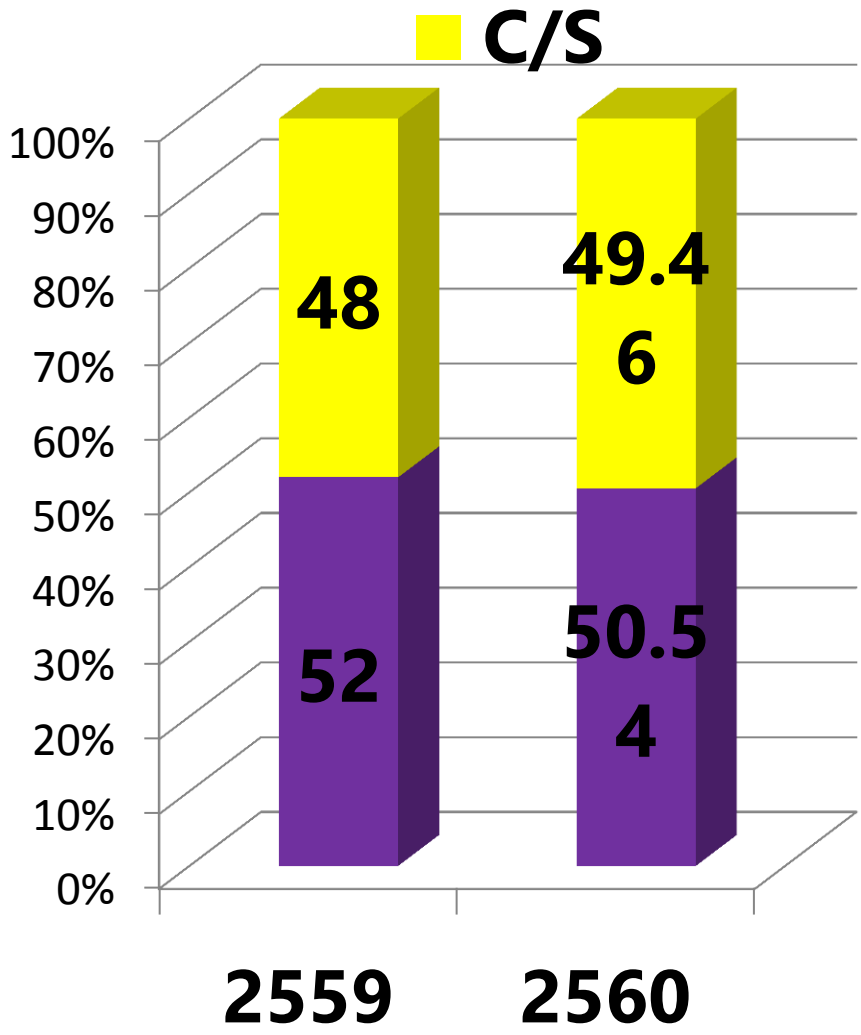
ผู้จการมาเร็วภายใน 30 นาที เมื่อมีอาละเจ็บครรภ์

- มารดาภาวะแทรกซ้อน
- (PIH, Twin)
- ประวัติ Preterm Teen age

สาขา สูติกรรม : การผ่าตัดคลอดในโรงพยาบาล <40%

สถานการณ์

- การผ่าตัดคลอดสูงในกลุ่ม Fetal distress, CPD, Fail Induction



แผนพัฒนา

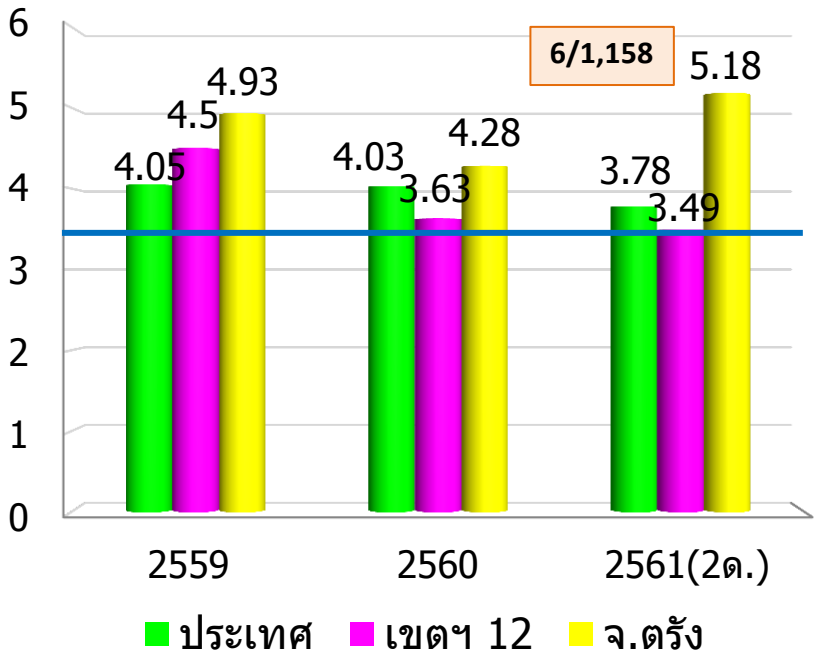
- ทบทวนความถูกต้องในการวินิจฉัยFetal distress, CPD, Fail Induction
- ปฏิบัติตามแนวทางวางแผน

สาขา ทารกแรกเกิด :
อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ≤28 วัน < 3.4 : 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

สถานการณ์

- ปี 2561 (2 เดือน) เสียชีวิต 6 คน
  (รพ.ตรัง 5 คน รพ.ห้วยยอด 1 คน)
  - Preterm with severe RDS 3 ราย
  - พิการแต่กำเนิด (Trisomy13,T18) 2 ราย
  - PPHN 1 ราย

ที่มา HDC : วันที่ประมวลผล :: 9 มกราคม 2561



- NICU 8 เตียง อัตราครองเตียง 84.63 (ณ พ.ย.60)
- ปี 61 ขยายเป็น 10 เตียง
- ในหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมหญิง

- Conference สูติ-เด็ก ทุก 3 เดือน
- Folic acid ในกลุ่มหญิง

- มี Newborn fast track จาก รพช.
- มีระบบ Intrauterine transfer

สาขา อายุรกรรม : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired

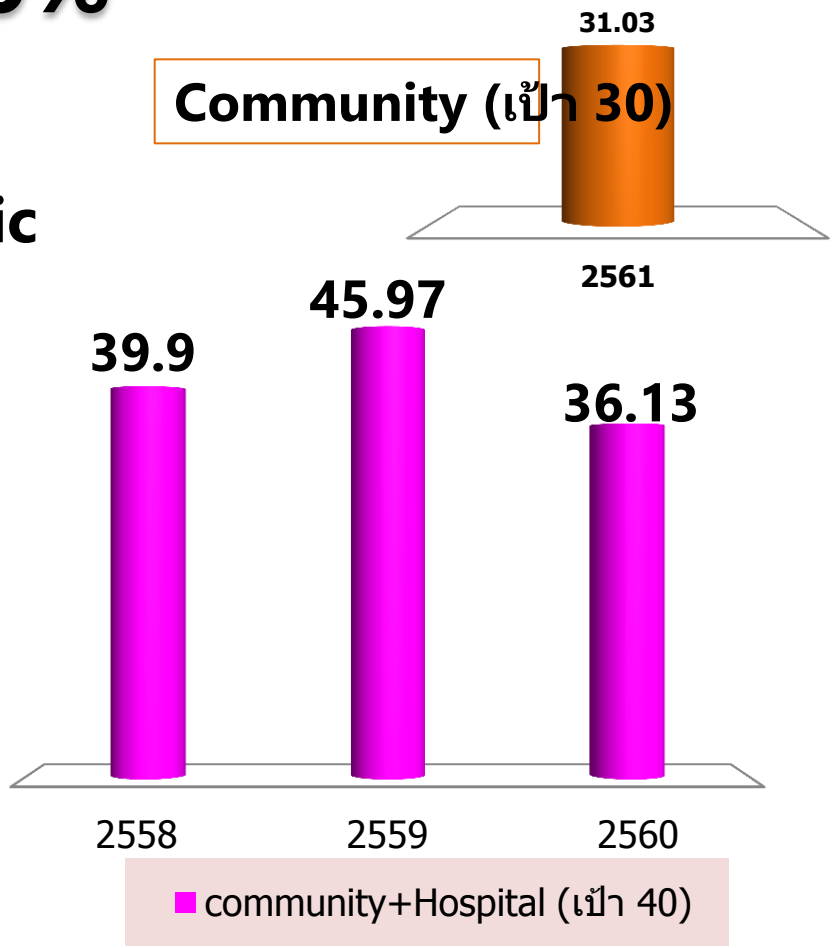
<30%

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

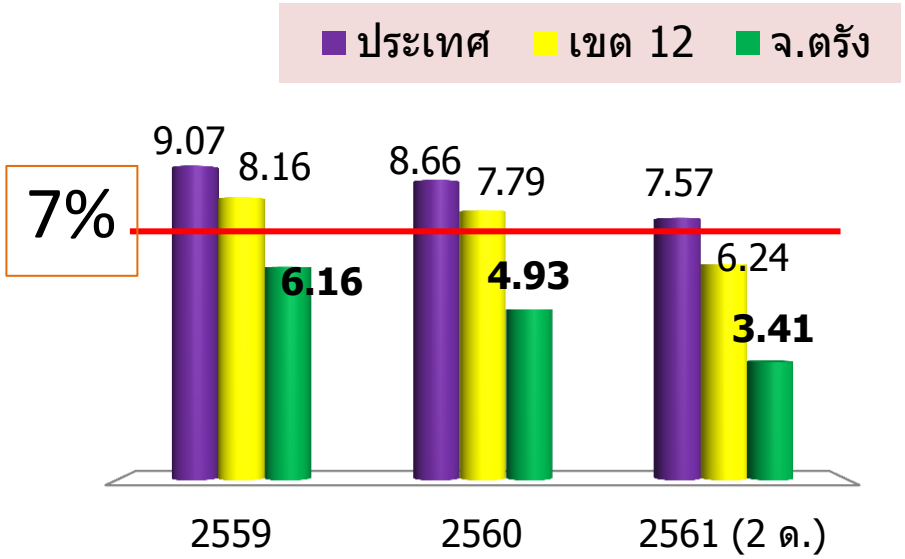
- ทีมเข้มแข็ง (sepsis fast track)
- มี standing order sepsis septic shock
- มีการนำ modified SOS score ใช้ในการประเมินอาการผู้ป่วย

ปัญหา/แผนพัฒนา

- ไม่สามารถจำแนกข้อมูลราย รพช. /
- อยู่ระหว่างการพัฒนาโปรแกรม
- การให้สารน้ำตาม Guideline ของ รพ.

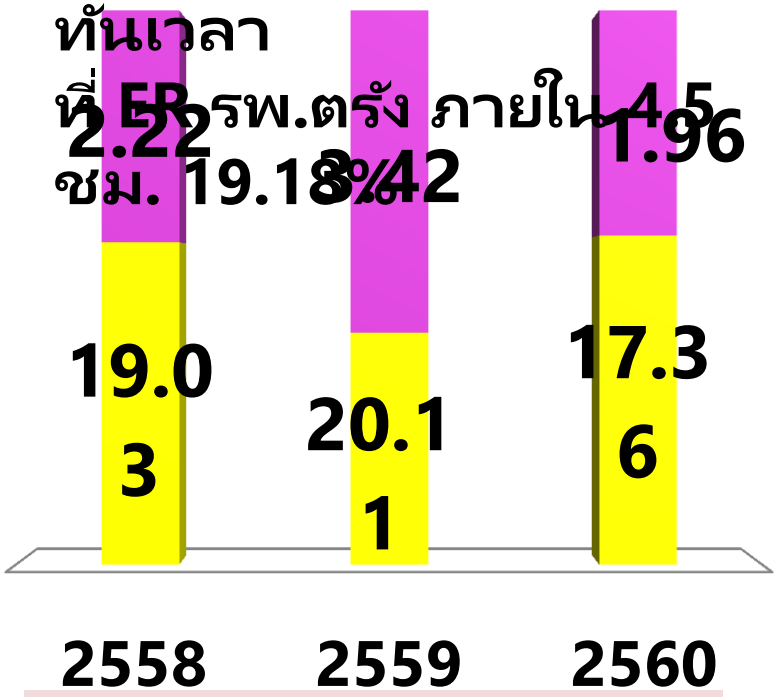


Stroke : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง <7%



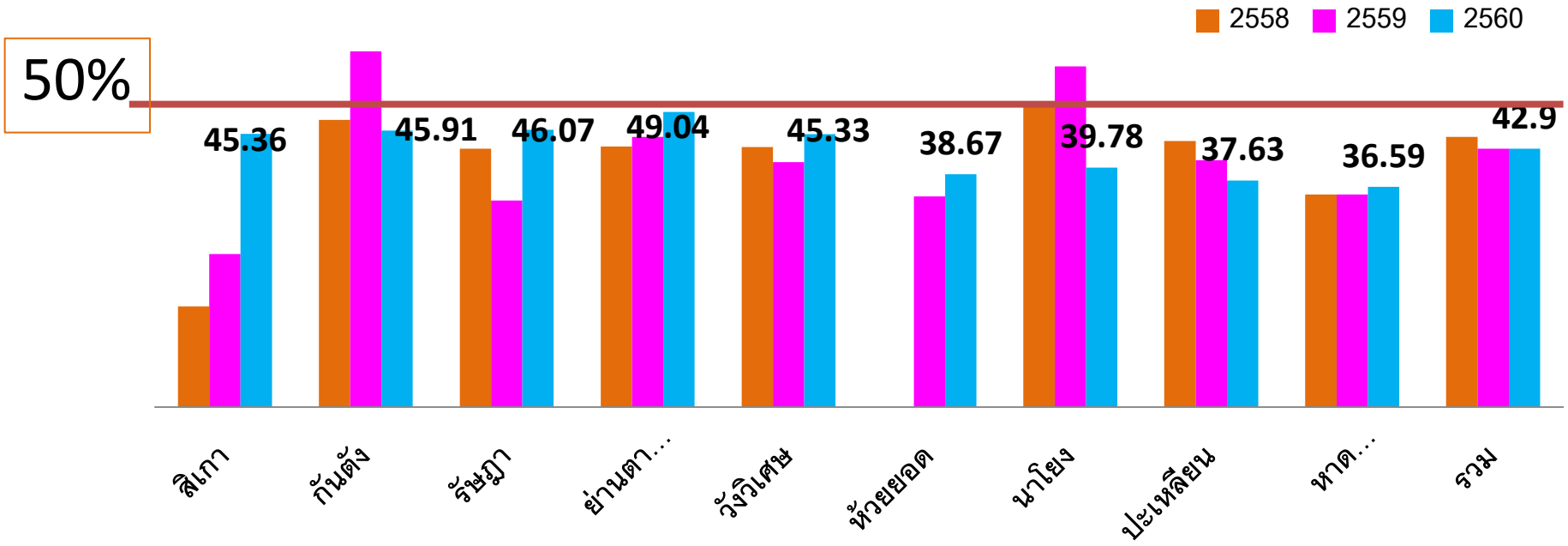
- ผู้ป่วยเข้าถึงบริการทันเวลา
- ที่รพช. 42.9%

ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการทันเวลา ที่ ER รพ.ตรัง ภายใน 4.5 ชม. 19.18 %



- ทีมสหสาขาดูแลผู้ป่วย
- นิเทศงาน รพช./คืนข้อมูล
- กลับทุกเดือน
- สื่อสารทาง line by case
- มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง Stroke Inter Department Conference

Stroke : การเข้าถึงบริการทันเวลา





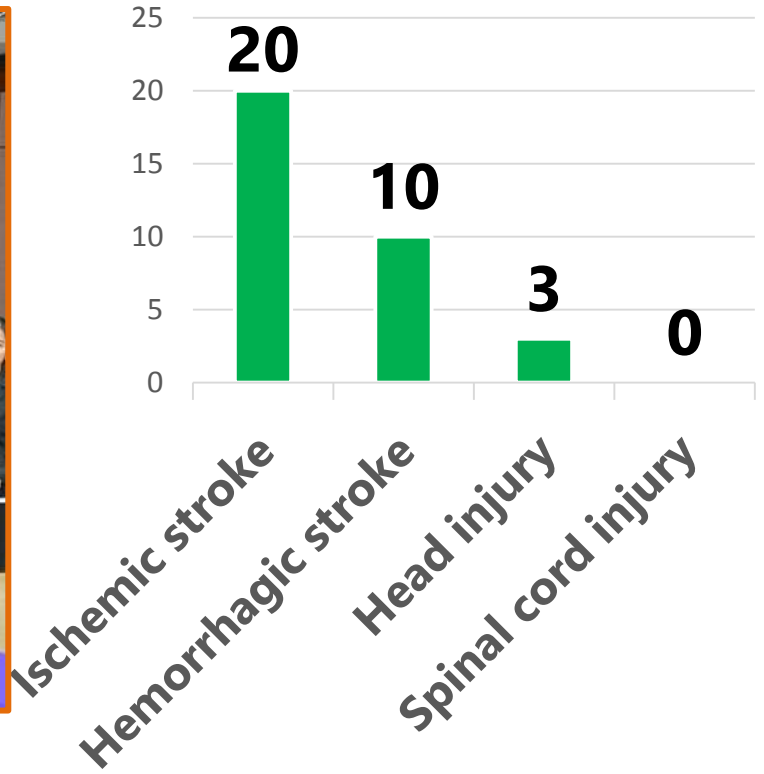
- Stroke Alert
- Conference Stroke โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทุกวันจันทร์แรกของเดือน
- Intermediate care ที่ รพช.
- พัฒนาประสิทธิภาพ Stroke fast track ที่ รพช.

สาขา การดูแลระยะกลาง : ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการดูแลระยะกลาง

สถานการณ์

- จ.ตรัง เริ่มการดูแลระยะกลาง ที่สถานพยาบาลระดับ M และ F ทุกแห่ง มาตั้งแต่ ก.ค. 2560





ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาล	เตียง	Pararell bar	suspension	จักรยานปั่นขา	Tilt table	Dumbell	ถุงทราย
ห้วยยอด	4	1	1	2	1	1	-
ย่านตาขาว	2	-	1	1	1	1	1
กันตัง	2	1	1	2	-	1	8
ปะเหลียน	1	1	1	1	-	-	-
สิเกา	3	1	-	1	1	1	-
วังวิเศษ	2	1	1	2	-	1	-
นาโยง	1	1	1	-	1	1	-
รัษฎา	5	-	-	2	-	1	-
หาดสำราญ	1	-	-	-	-	-	-

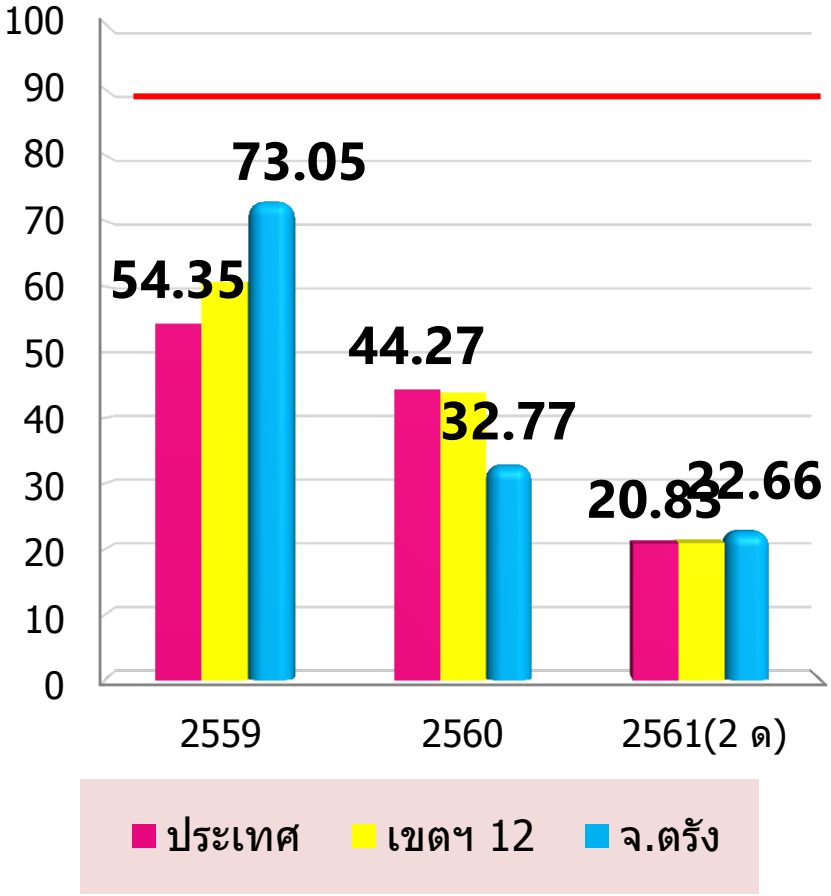


- ขาดครุภัณฑ์ที่จำเป็น
- โปรแกรมมาตรฐานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

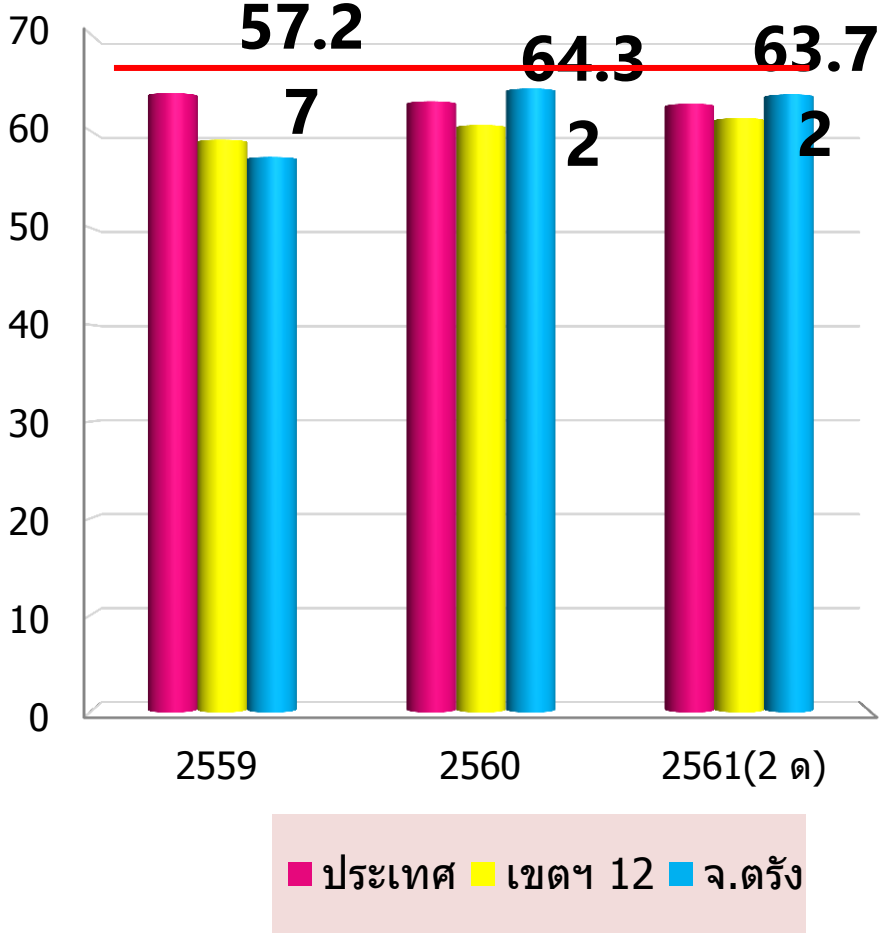
ตัวชี้วัดควรสะท้อนการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

สาขา ไต : ร้อยละ66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m2/yr

DM/HT ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

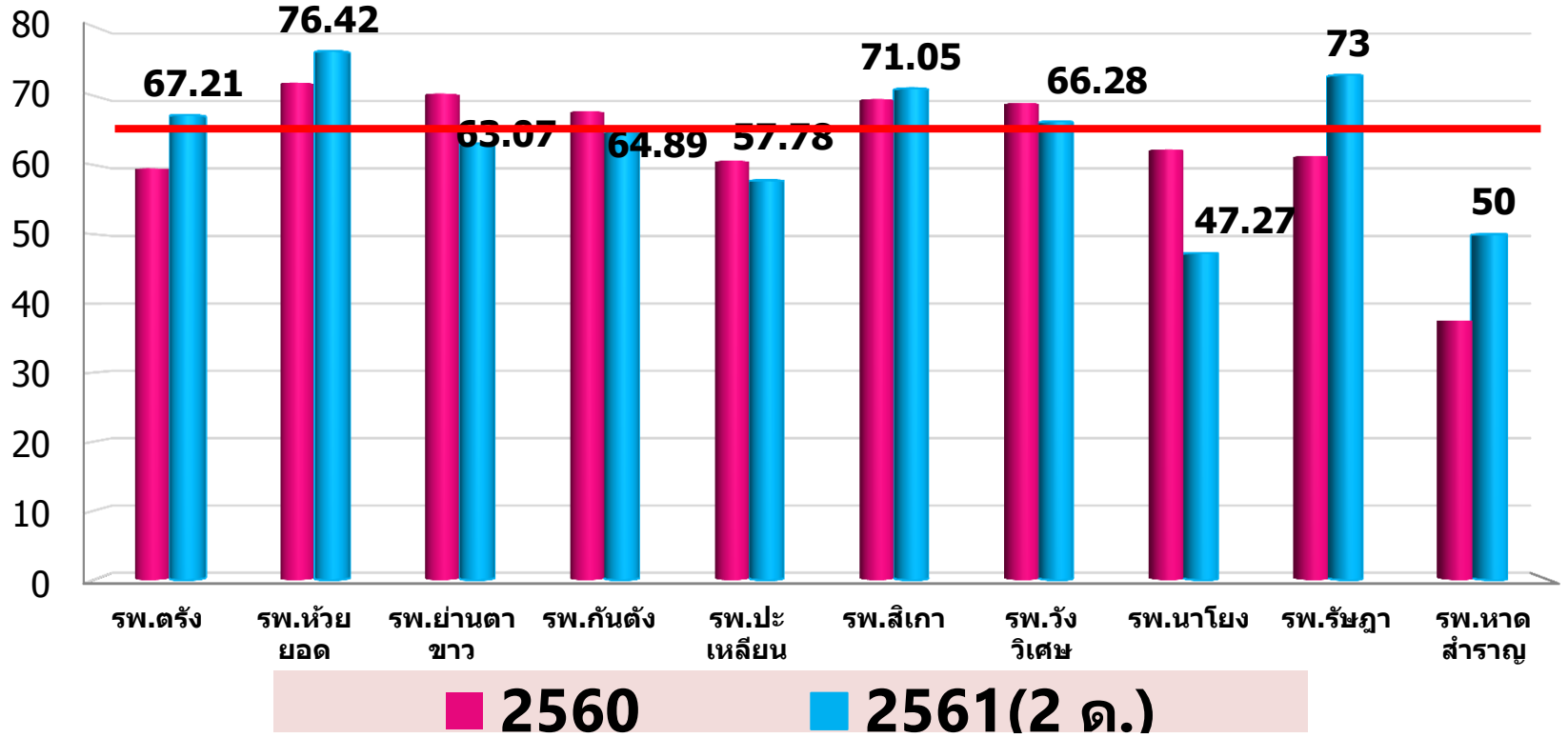


อัตราการลดลงของ eGFR ต่ำกว่



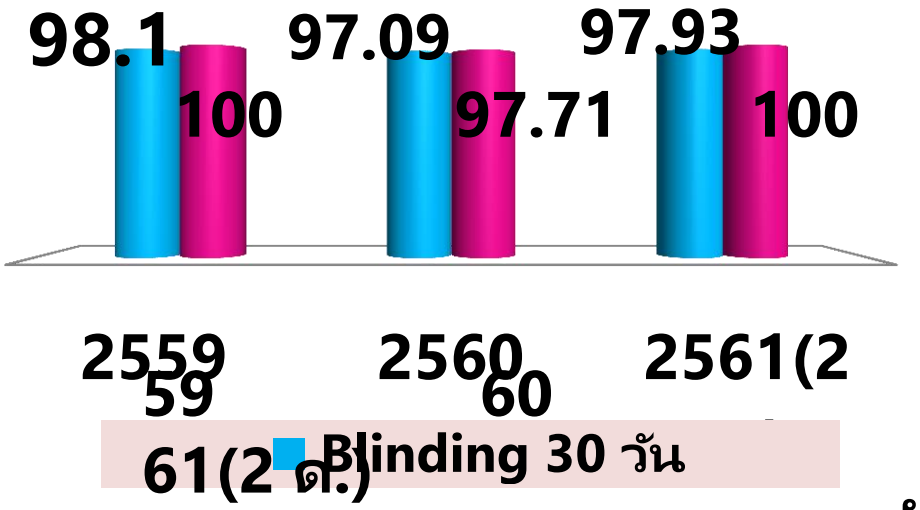
ที่มา HDC : วันที่ประมวลผล :: 9 ม.ค.61

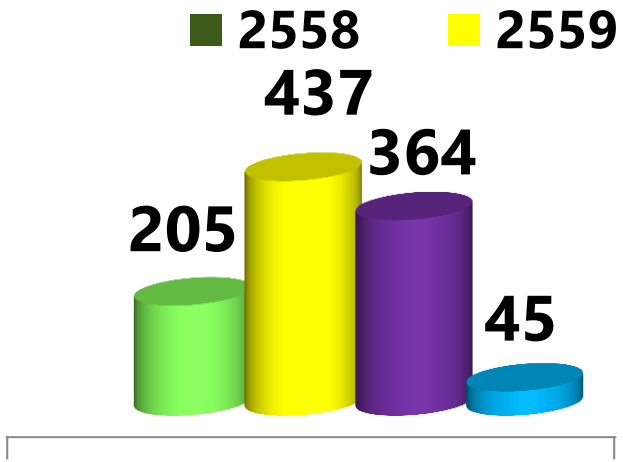
สาขา ไต : ร้อยละ66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73 m2/yr



- พัฒนาคลินิก ชะลอไตเสื่อม ให้มีคุณภาพ
- ขยายบริการ CKD คลินิกให้ครอบคลุม (รพ.หาดสำราญ

สาขา ตา : ร้อยละ80 ของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน





ผ่าตัดต้อกระจก รพ.นาโยง

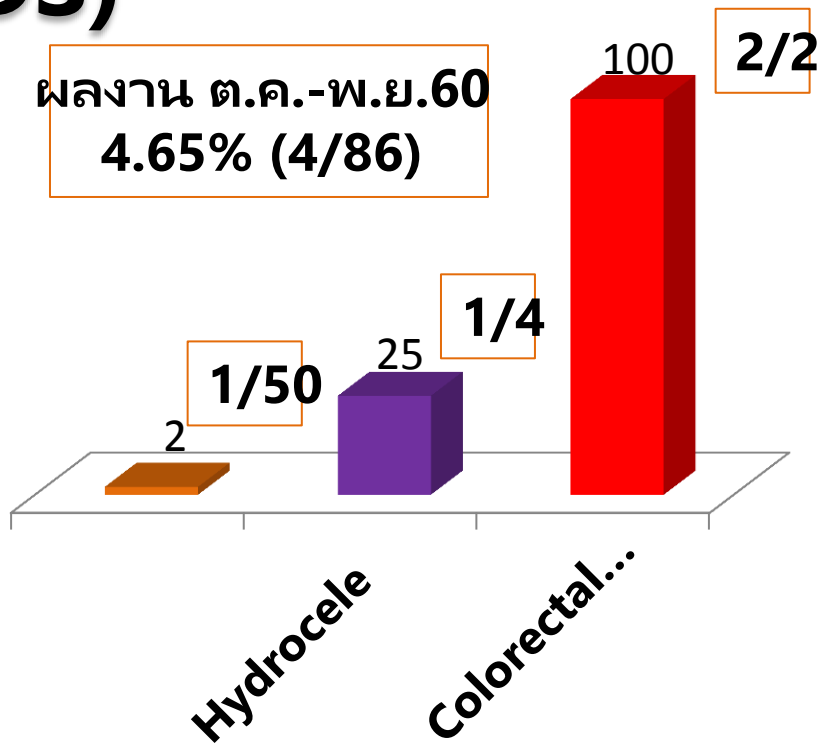
** ปี 2560 และ 2561 (2 เดือน) ผู้สูงอายุ ได้รับการคัดกรองสายตา 47.72 % และ 0.46 %

- ลดวันนอนของผู้ป่วยผ่าตัดกระจก ที่ รพ.ตรัง ตั้งแต่ ต.ค.60
- คัดกรองเชิงรุกที่ รพ.สต./PCC โดยจ้างพยาบาลที่เกษียณอายุ
- เพิ่มคัดกรองต้อหิน ในประชาชนที่มีอายุ 40 ปีขึ้นไป

สาขา ศัลยกรรม : 1. ร้อยละ15 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ODS)

สถานการณ์ :

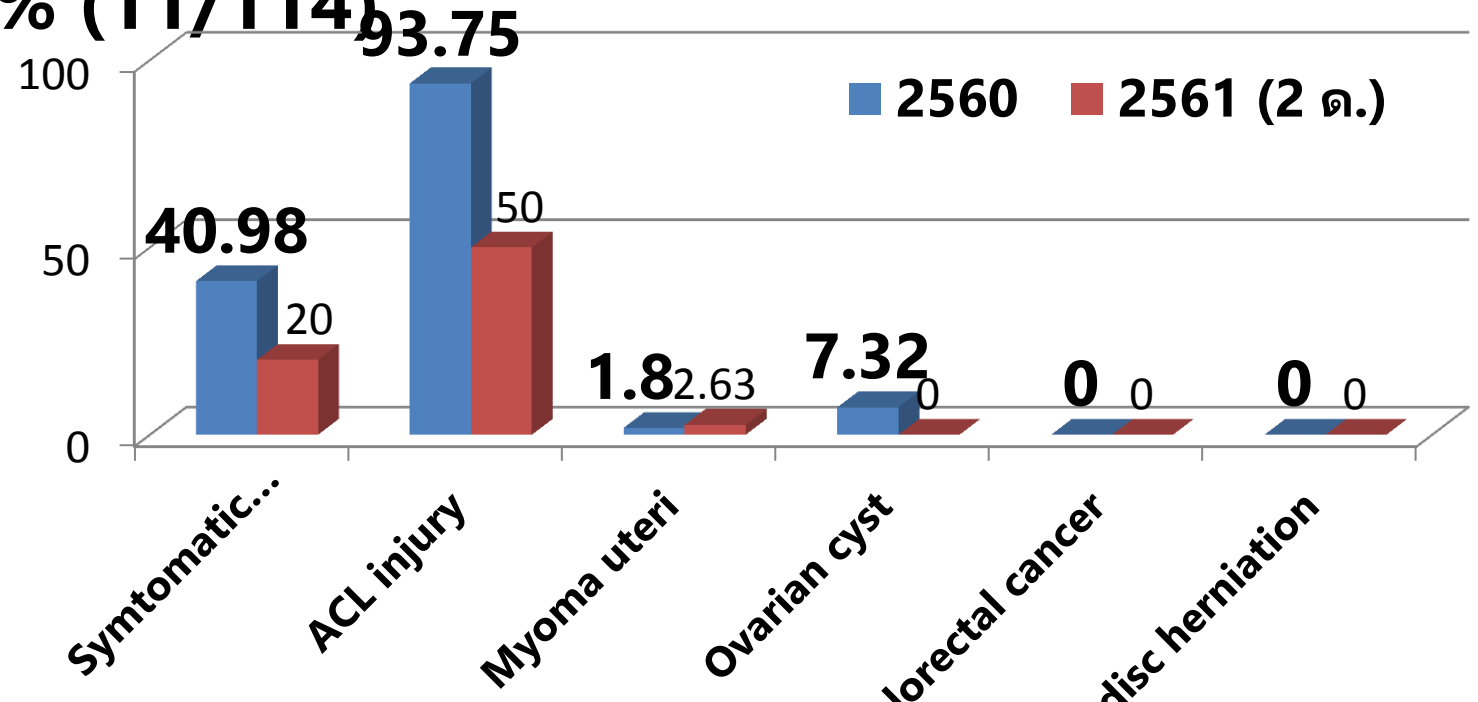
- รพ.ตรัง เริ่มทำ One day surgery เมื่อ พ.ย.60
  1. Inguinal hernia, Femoral hernia
  2. Hydrocele
  3. Hemorrhoid
  4. Vaginal bleeding
  5. Esophagogastric varices
  6. Esophageal stricture



- Postoperative pain
- ความเชื่อและทัศนคติเดิมของผู้ป่วย

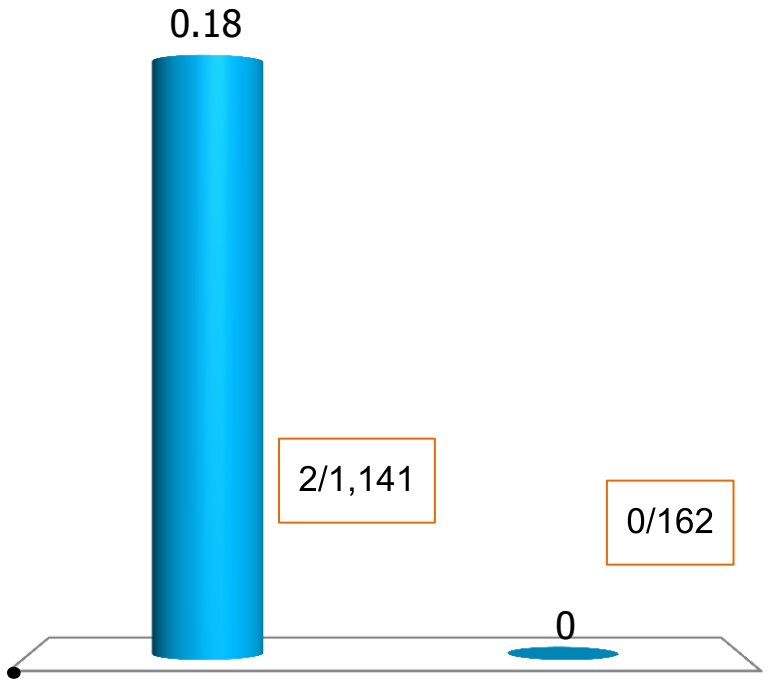
สาขา ศัลยกรรม : 2. ร้อยละ10 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery (MIS)

ผลงาน ต.ค.-พ.ย.60 = 9.65% (11/114)



- แพทย์ขาดประสบการณ์ผ่าตัด MIS ชนิด Advanced (จัดอบรม)
- อุปกรณ์/เครื่องมือบางชนิดราคาแพง(กำหนดนโยบายให้

สาขา รับบริจาคปลูกถ่ายอวัยวะ :
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ. (0.4 :100)



สถานการณ์

- ปี 2560 ขอบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายได้ 2 ราย
- ขาดผู้ประสานงานการ[illegible]
- ทางเครื่องบิน (นกแอร์)

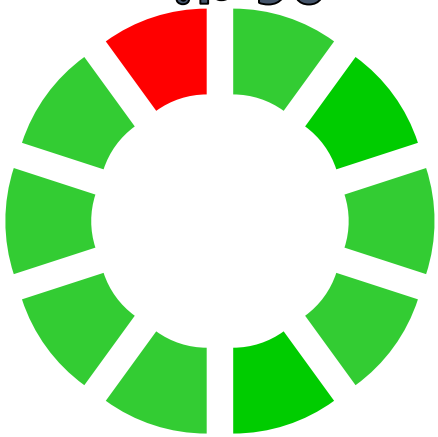
ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

- ทางศาสนา/ทัศนคติของญาติ :
  - ชาวต่างชาติ (พม่า)/ต่างศาสนา (มุสลิม)
- ต้องเจาะและส่งเลือดผู้ป่วยไปตรวจที่ศูนย์รับบริจาคอวัยวะ

สาขา RDU : รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 1 ≥ 80%

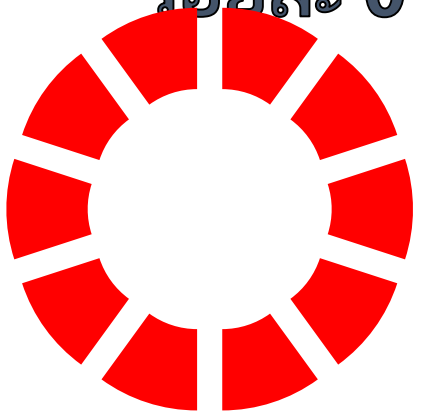
ผลดำเนินงาน ปี 2560-2561

RDU ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 1 ร้อยละ 90



- กันตัง
- ตรัง
- นาโยง

RDU ผ่านเกณฑ์ขั้นที่ 2 ร้อยละ 0



- กันตัง
- ตรัง
- นาโยง
- ปะเหลียน
- ย่านตาขาว

สาขา RDU : รพ.ที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลขั้นที่ 1 ≥ 80%

ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหา

ข้อ 6
- ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรค URI

ข้อ 7
- ร้อยละการให้ยาปฏิชีวนะในโรค AD

ข้อ 8
- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ข้อ 9
- ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด

ผลการดำเนินงาน AMR (Antimicrobial resistance) โรงพยาบาลตรัง

แผนปฏิบัติการจัดการปัญหาเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ

IC
- Hand Hygene campaign

DUE
- ควบคุมการใช้ยา Ertapenam (Document)
- ควบคุมการใช้ยา Carbapenem

LAB
- จัดอบรมเจ้าหน้าที่เก็บเสมหะที่เพาะเชื้ออย่างมีคุณภาพ
- ควบคุมการเก็บปัสสาวะที่ส่งเพาะเชื้อให้ได้มาตรฐาน

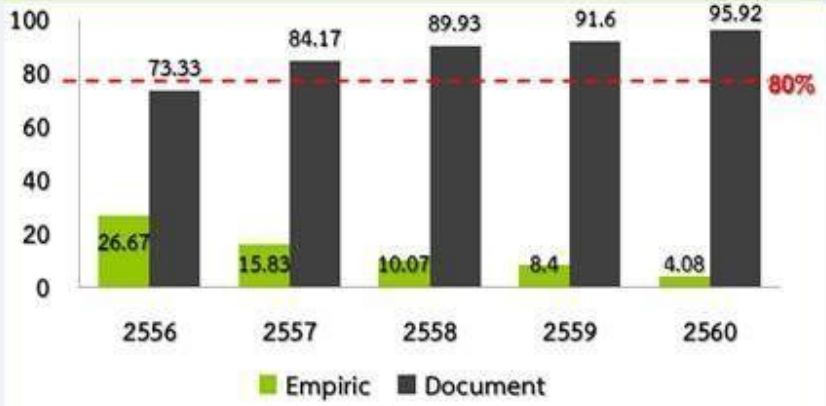
อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด (Bacteremia) ต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ



ผลการดำเนินงาน Restricted Antibiotics)

สัดส่วนการสั่งใช้ยา Empiric : Document	76 : 24
รายการยาที่สั่งใช้ Document 100%	Tygacil, Fosfomycin (โดยแพทย์ID)
การสั่งใช้ยา Carbapenem • Imipenem • Meropenem	Empiric : Document 90 : 10 76 : 24

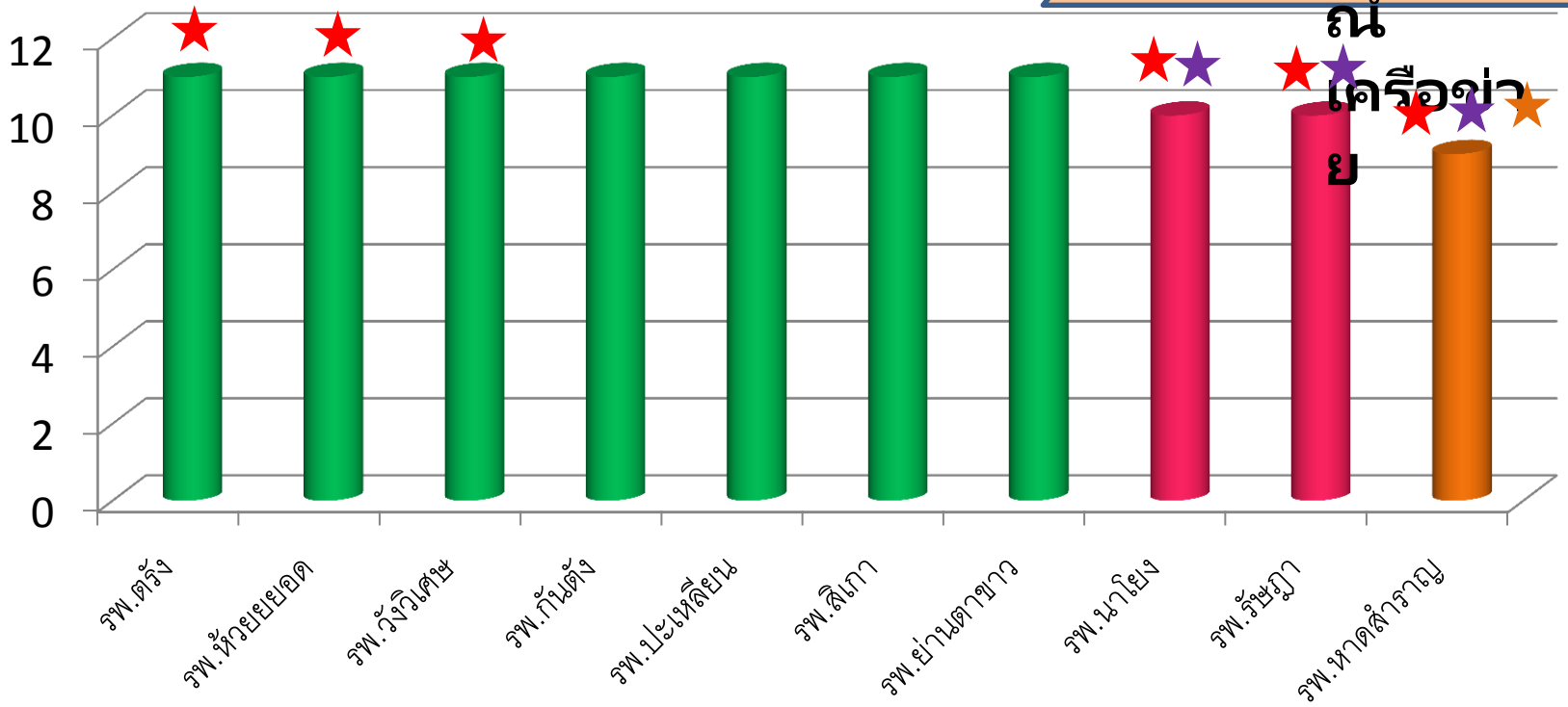
การควบคุมการสั่งใช้ยา Ertapenem (Document)



สาขา Palliative Care : ร้อยละของ รพ. ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง

- ในปี 2560 ร้อยละ 90 ของ รพ.ในจังหวัดตรัง ผ่านเกณฑ์ประเมินทุกข้อ ยกเว้น รพ.หาดสำราญ ผ่านเกณฑ์ 3 ข้อ

★ ทำวิจัย
★★ คลัง
★★★ อุปกรณ์
เครือข่าย



ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

- ทีมงานและเครือข่ายเข้มแข็ง
- มีจิตอาสาดูแลผู้ป่วยด้านจิตวิญญาณได้อย่างดี และมีระบบการ
ต่อเนื่อง
- มีแพทย์ ท
ทางที่ผ่าน





ปัญหา/แผนพัฒนา

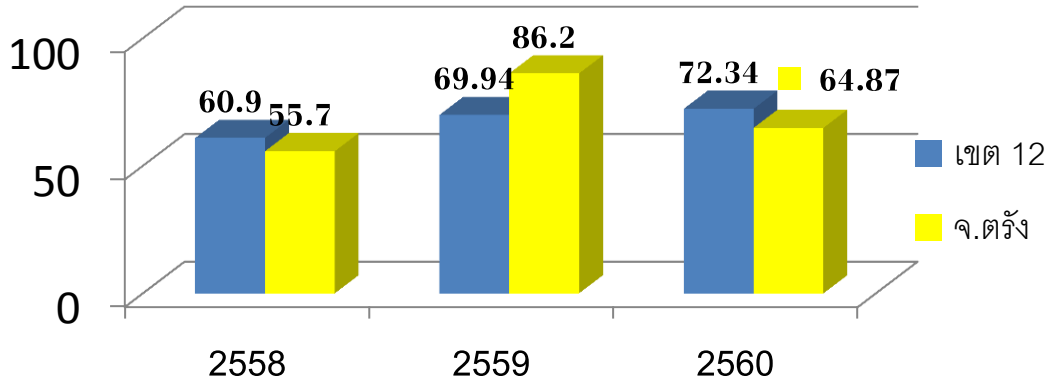
- ระบบการค้นหาผู้ป่วยไม่ครอบคลุม
- การจัดเก็บข้อมูลไม่ครบถ้วน
- ไม่มี **unit** ที่ชัดเจน/ไม่มีบุคลากร **full time**
- การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองของบางเครือข่าย

แผนพัฒนา

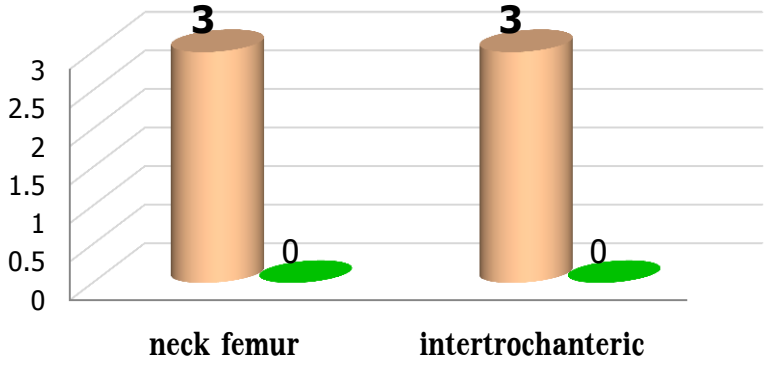
- จัดอบรม เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (14-16 ก.พ.61), ให้ความรู้หน้างาน

สาขา ศัลยกรรมกระดูก : ร้อยละของ รพ.ที่มีทีม Capture the fracture

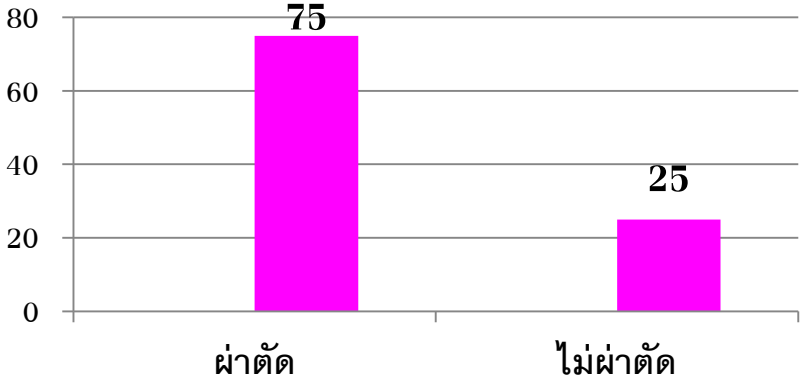
- ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อน ใน รพ.ระดับ M2 ลงไป (70%)



ร้อยละของผู้ป่วย capture the fracture ที่ Refracture



ร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชม.



ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

ปัจจัยความสำเร็จ

: มีทีมสหสาขาดูแลผู้ป่วยใน รพ.ตรัง

: สื่อสาร[illegible] ศูนย์ดูแล





ปัญหา/แผนพัฒนา

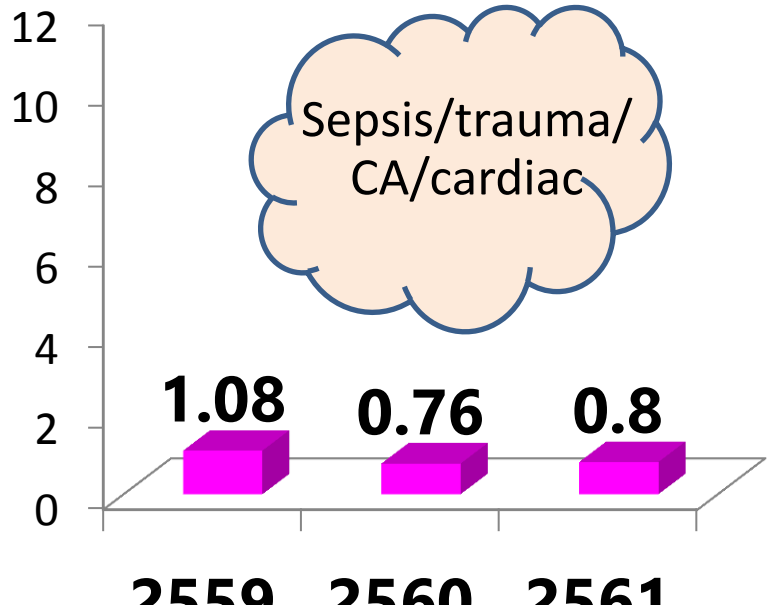
- ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนได้มีโรคอื่นร่วมด้วย เช่นโรคทางศัลยกรรมประสาท
- ผู้ป่วย X-Ray นอกเวลาราชการ
- ไม่มีทีมดูแลผู้ป่วยใน รพช.

แผนพัฒนา

- สร้างทีมและพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด ที่ รพช.

สาขา อุบัติเหตุ : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป (12%)

ที่มา : ข้อมูลHDC มกราคม 2561



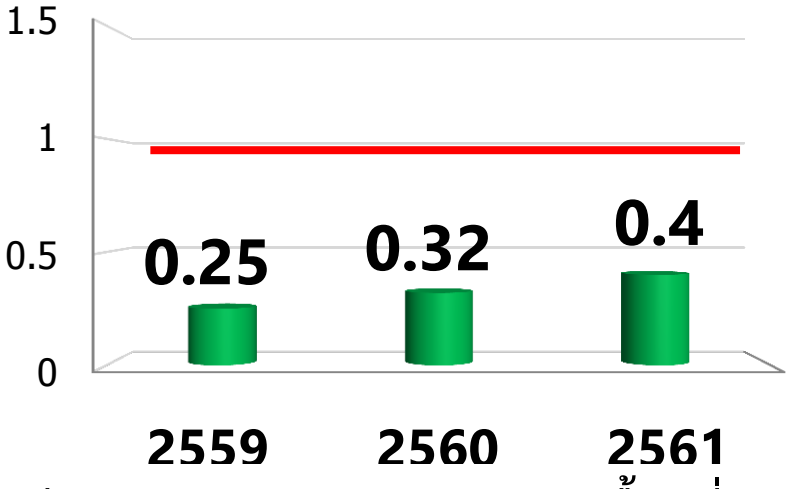
- ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินมาโดยEMS 15.9% (60%)
- อัตราการเรียกใช้ 1669 ร้อยละ 79.09 (70%)
- รพ.F2 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ECS 40% ทุก รพช.
- คุณภาพการปฐมพยาบาล หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินเฉลี่ย 84.74% (80%)
- อัตราการมี ROSC ของผู้ป่วย OHCA ที่มาด้วยระบบ EMS คิดเป็น 38.79% (50%)
- ED time ของผู้ป่วย C/E/U/N เป็นแหล่งฝึก ENP

- มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
- การสื่อสารทาง line กับแพทย์เฉพาะทาง
- นิเทศงานคุณภาพ ER รพช.

- Trauma audit , trauma fast track
- โครงการCPR@trang เพื่อประชาชน

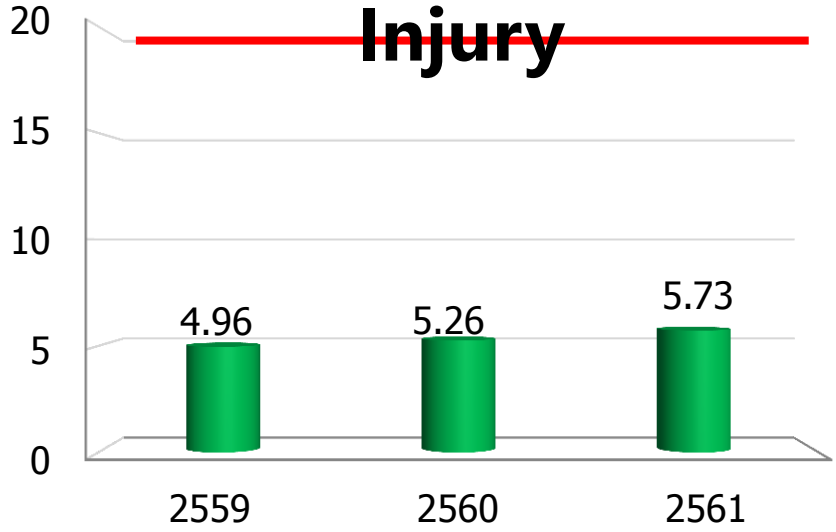
สาขา อุบัติเหตุ

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในที่มี Ps>0.75



- มีหน่วย FR 25 %ของพื้นที่ทั้งหมด
- ขาดแพทย์สาขาศัลยกรรมอุบัติเหตุ เวชบำบัดวิกฤต เตียงICU น้อย
- นอกเวลาราชการ ห้องฉุกเฉินรับผู้ป่วยไม่เร่งด่วน ESI ระดับ 3 ร้อย

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย severe Traumatic Brain Injury



- -EMS conference เริ่มเดือนมีนาคม2561
- -ทบทวนการคัดแยกเพื่อเพิ่มความถูกต้องและแม่นยำ สุ่มทำทุกวันที่ 5/15/25ของเดือน

ข้อมูลปี 2559 ฐานข้อมูลIS

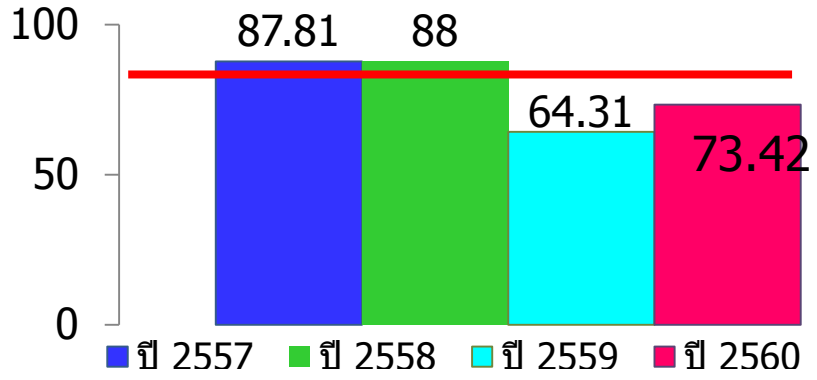
ศูนย์ความเป็นเลิศ : Refer out นอกเขต 4 สาขาหลัก

	หัวใจ		มะเร็ง		กุมาร		อุบัติเหตุ	
	60	61	60	61	60	61	60	61
เกินขีดสามารถ	-	9	1	6	1	2	-	-
นัดติดตาม	15	13	16	13	7	10	-	-
ญาติต้องการ	-	1	2	-	1	-	1	-
ใช้สิทธิ์	1	1				1	2	1

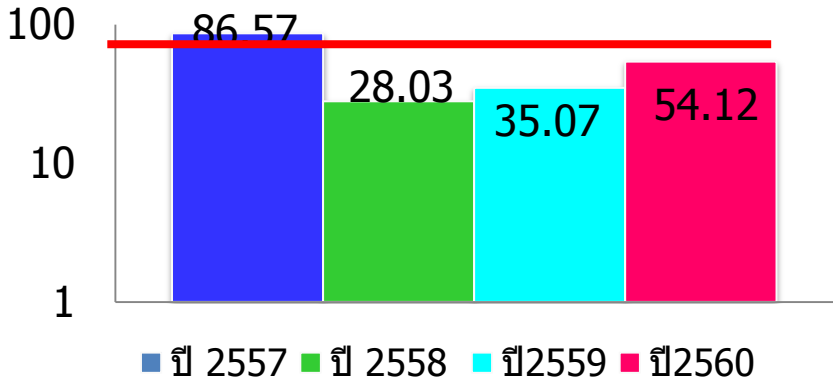
ที่มา : ข้อมูลHOSxp ธันวาคม2560

สาขา มะเร็ง

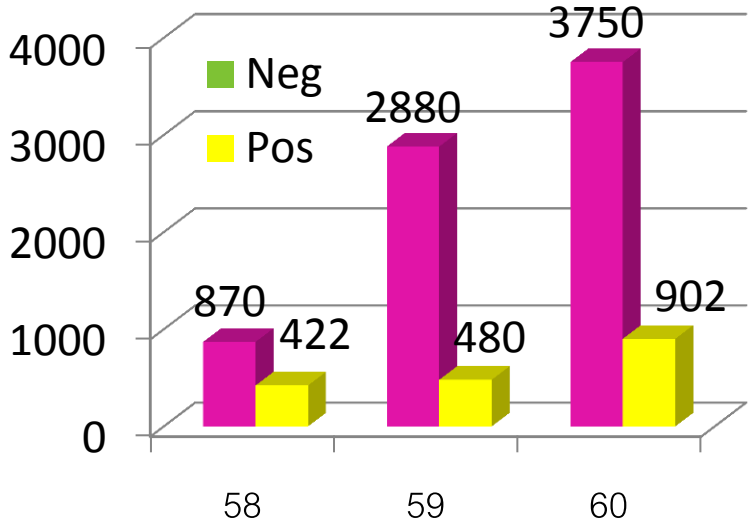
คัดกรองมะเร็งเต้านม

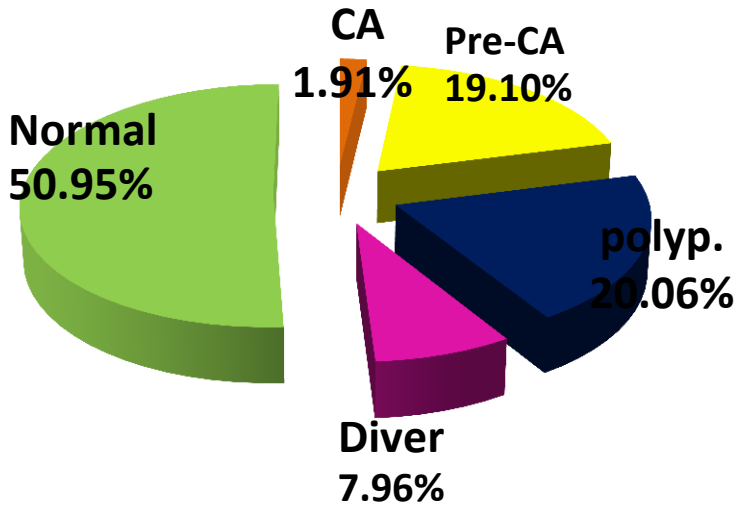


คัดกรองมะเร็งปากมดลูก



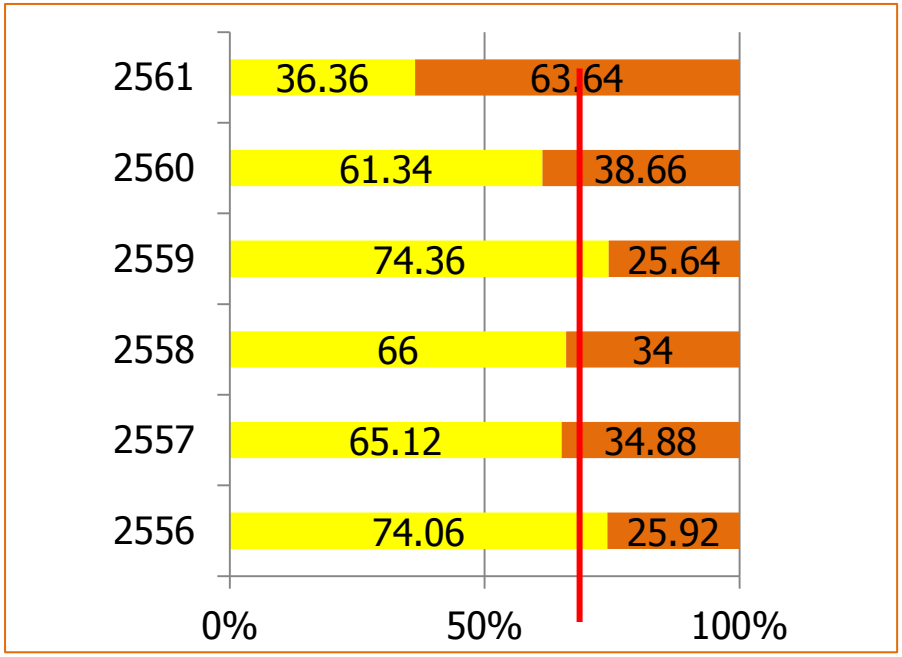
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่





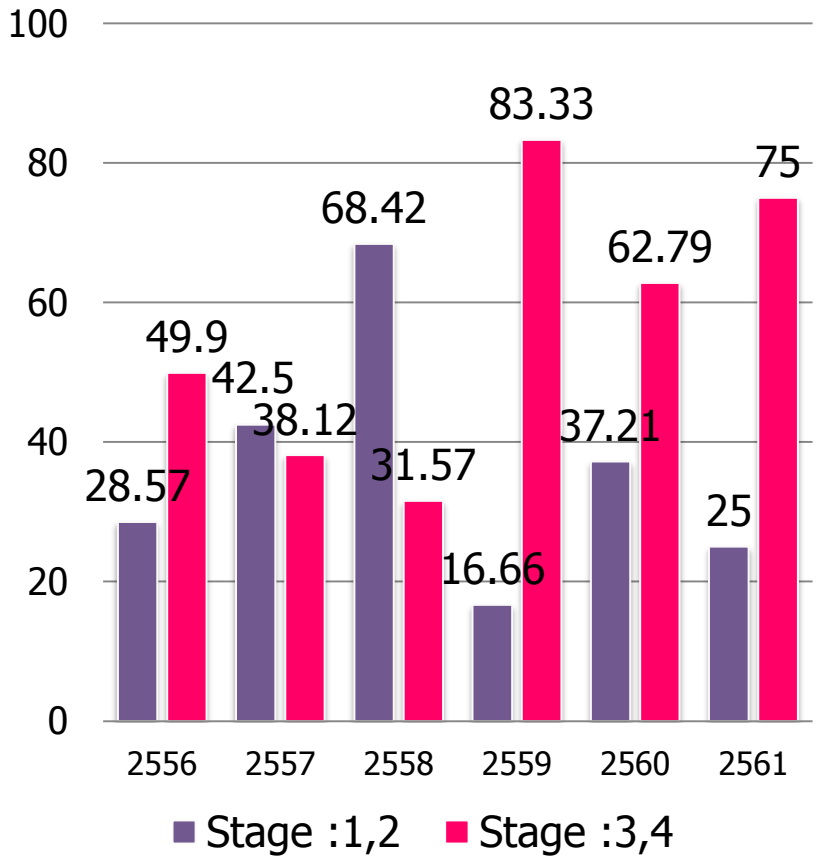
สาขา มะเร็ง

อัตราการพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปี 56-61(31ธ.ค.60)

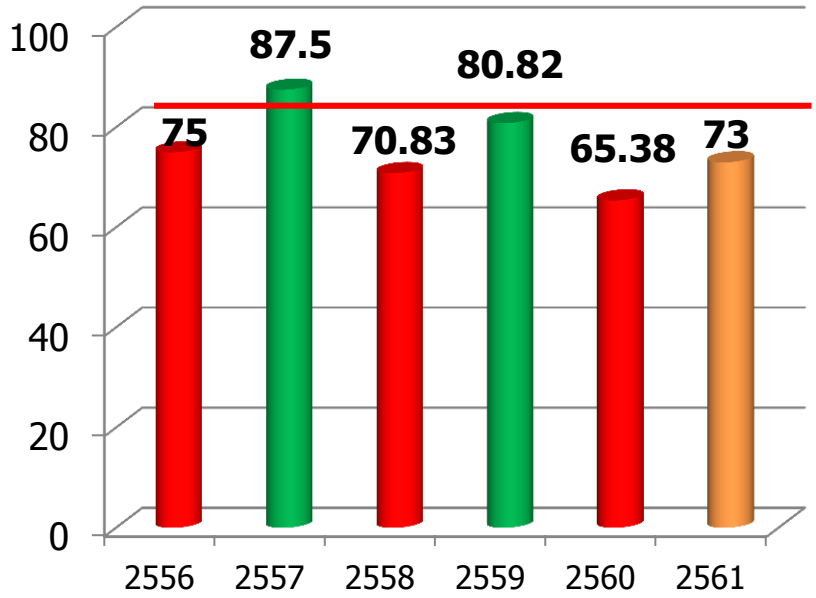


ปี 60 พบ stage 3,4 สูงขึ้น
เนื่องจากผู้ป่วยปกปิดก้อน
ไม่ยอมเข้ารักษาตั้งแต่เริ่มพบก้อน

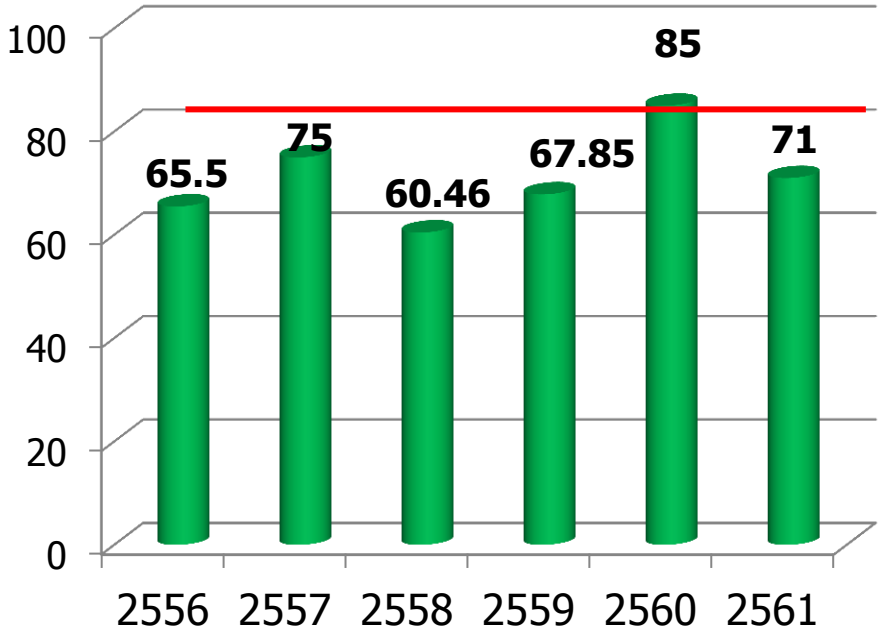
ร้อยละของผู้ป่วย Colorectal ปี 2556 -2561(31ธ.ค.60)



อัตราผู้ป่วยมะเร็ง ได้รับการผ่าตัด
หลังการวินิจฉัยโรคภายใน 4 สัปดาห์
(>80%) ปี 2556-2561(31ธ.ค.2560)



อัตราผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับ
เคมีบำบัดหลังวินิจฉัย
ภายใน 6 สัปดาห์ (>80%)



ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ
การรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา
6 สัปดาห์ พ.ศ.2560(ธ.ค.60)

	2559	2560	2561
จำนวน	N/A	30/31	6/6

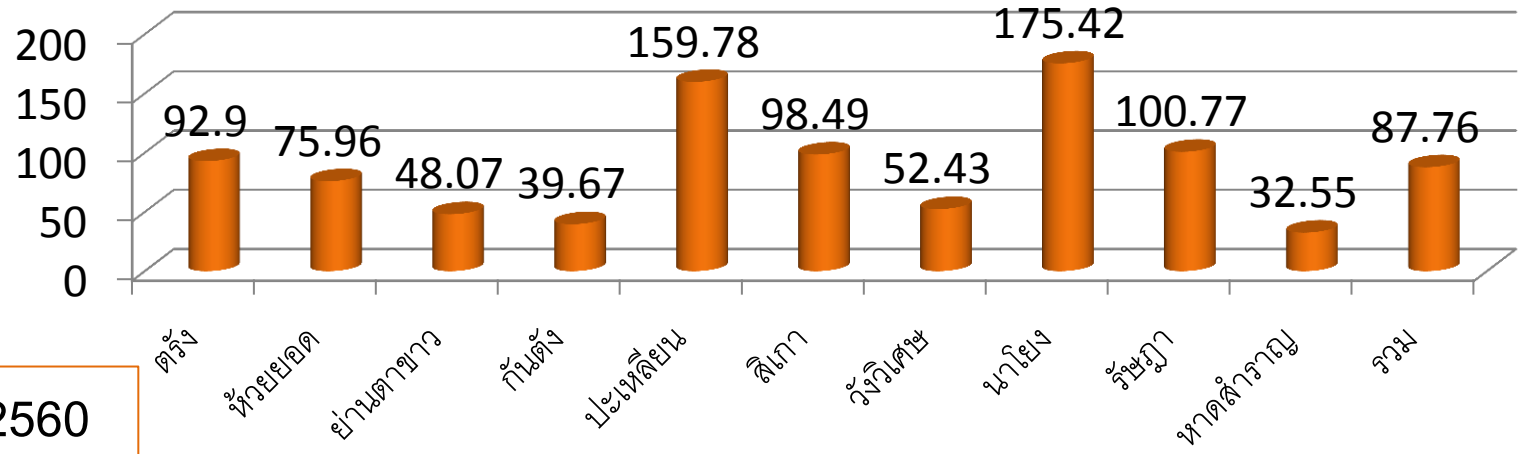
สาขา มะเร็ง

- ตลาดนัดสุขภาพ
- ความรอบรู้ในสุขภาวะของตนเอง
- คลินิกงดเหล้าบุหรี่
- การคัดกรองอย่างต่อเนื่อง
- ชมรมออกกำลังกาย
- บุคลากร เครื่องมือ สถานที่
- รณรงค์ 5 ทำ 5 ไม่ 7 สัญญาณอันตราย
- ระบบการส่งต่อ

สาขา สุขภาพจิต

ร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน >50%

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากรไทย



ปี 2560

- อัตราการเข้าถึงระบบบริการโรคซึมเศร้า ร้อยละ 87.76
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัด ร้อยละ 6.62 ต่อแสนประชากร

ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

- มีนโยบายที่ชัดเจน บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีความรู้และทักษะในการให้บริการและทักษะที่ตอบสนองความต้องการของพื้นที่และบุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีศักยภาพในการบริหารจัดการและการทำงานเป็นทีม

<u>ผลงานเด่น</u>

- การขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตชุมชนกับระบบสุขภาพอำเภอ การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังชุมชนบ้านสันตัง

ปัญหา/แผนพัฒนา

- สถานบริการบางระดับไม่สามารถเปิดบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้
- ขาดแคลนบุคลากรในการดำเนินงาน โดยเฉพาะจิตแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็ก
- การบริการผู้ป่วยใน รพศ. ยังไม่สามารถเปิดบริการเป็นหอผู้ป่วยในได้เต็มรูปแบบเนื่องจากสถานที่ บุคลากรยังไม่พร้อม

<u>แผนพัฒนา</u>

มาตรการที่ ๑ เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตจิตเวช

สาขา ยาเสพติด : ร้อยละ92ของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง

- เป้าหมาย ปีงปม.2560 ผู้เข้าบำบัด
  ระบบสมัครใจ 440 คน
- ผลงาน 567 คน

ปัจจัยความสำเร็จ/ผลงานเด่น

- มีโอกาสที่ผู้ติดการบำบัด ๒๕%
- ผู้ปฏิบัติงานมีศักยภาพการบริหารจัดการ

ปัญหา

- ไม่เปิดเผยตนเอง
- ไม่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาด้วยความไม่เต็มใจ
- เข้ารับการบำบัดรักษาไม่ครบตามเกณฑ์

ผู้ติดสารเสพติดจำนวนมากมีอาการทางจิตร่วม

กลับเข้าสู่กระบวนการรักษาใหม่ล่าช้าทำให้พบผู้ติดยาเสพติดมีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น

แผนพัฒนา

- เพิ่มการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ
- พัฒนากระบวนการคุณภาพด้านยาเสพติด (HA ยาเสพติด)
- บุคลากรมีคุณภาพ และทักษะการบริการ

ที่มา : ข้อมูลจากรายงานผลข้อมูลสารสนเทศด้านยาเสพติด และฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศ (บสต.)

Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

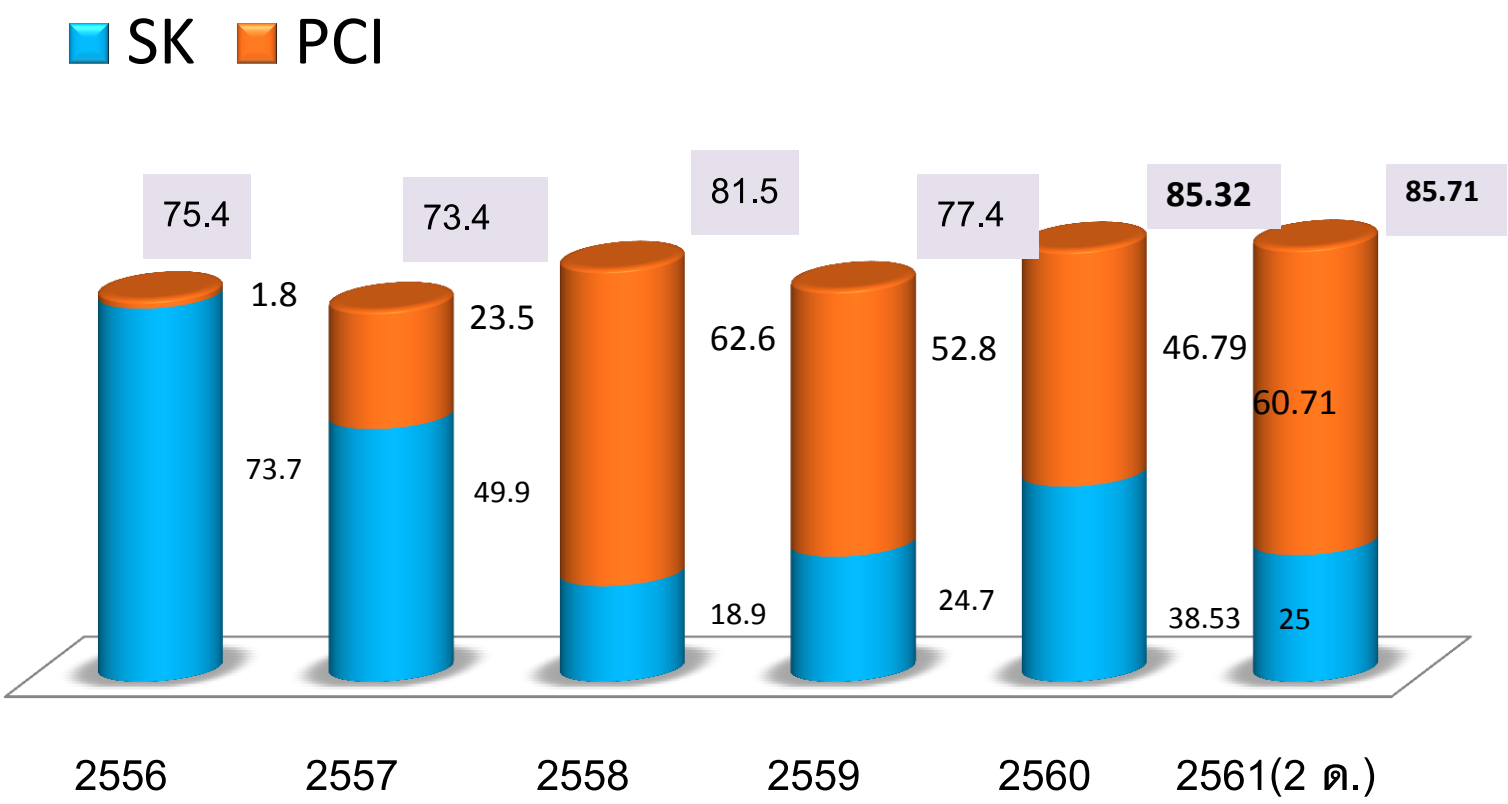


Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK หรือ PPCI ≥ 75%

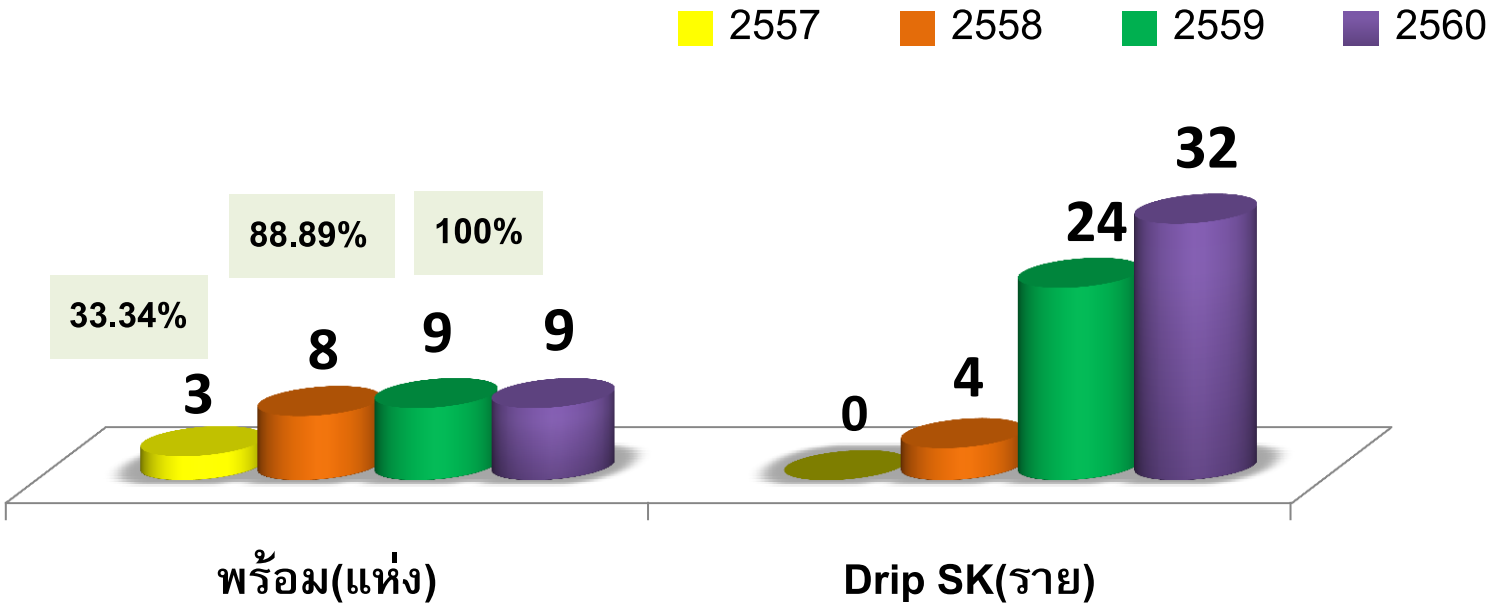
อัตราเปิดหลอดเลือดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

- **รพช.สามารถเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือดได้**



Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

รพ.ระดับ F2 สามารถให้ SK ในผู้ป่วย STEMI 100%



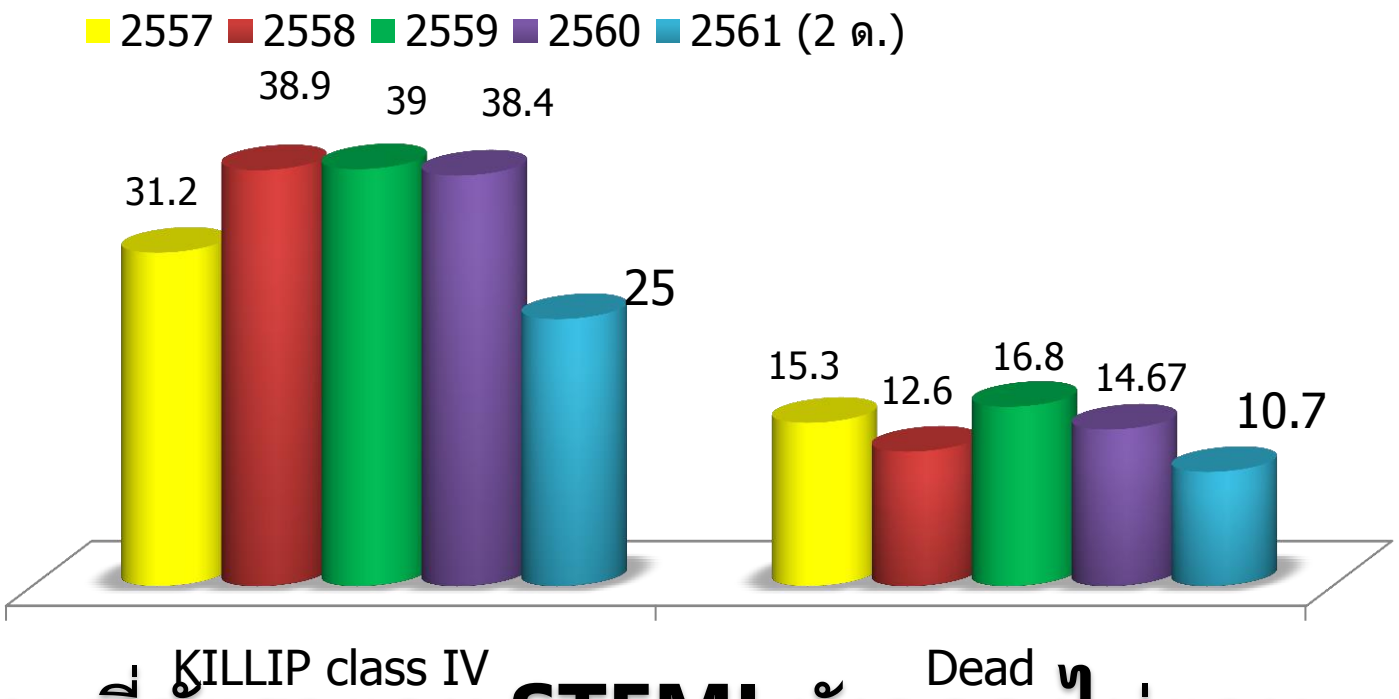
❖ **ระบบส่งต่อข้อมูล เพื่อป้องกันการ**

ผู้ป่วยที่ให้ SK ใน รพช. ปี 60	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	สิเกา	ปะเหลียน	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	รวมจังหวัด
	9	7	5	5	3	0	2	1	32

Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

STEMI

อัตราการเสียชีวิต STEMI ใน รพ. <10%



สาเหตุที่อัตราตาย STEMI ยังลดลงไม่ตาม

เป้าหมาย :

- มีภาวะหัวใจหยุดเต้น และภาวะ shock ก่อนมาถึงรพ. / จากภาวะความรุนแรงของโรค / ตัดสินใจมาโรงพยาบาลช้า

แผนพัฒนา STEMI ปี 2561

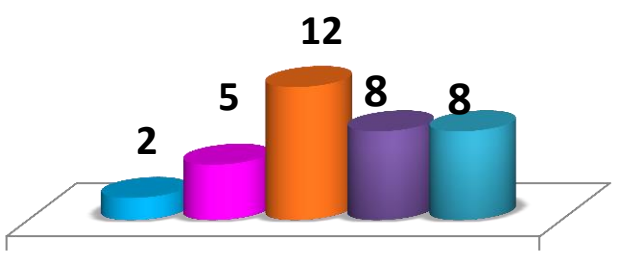
โครงการ ACS Aleart นำร่องในเขตเทศบาลเมือง

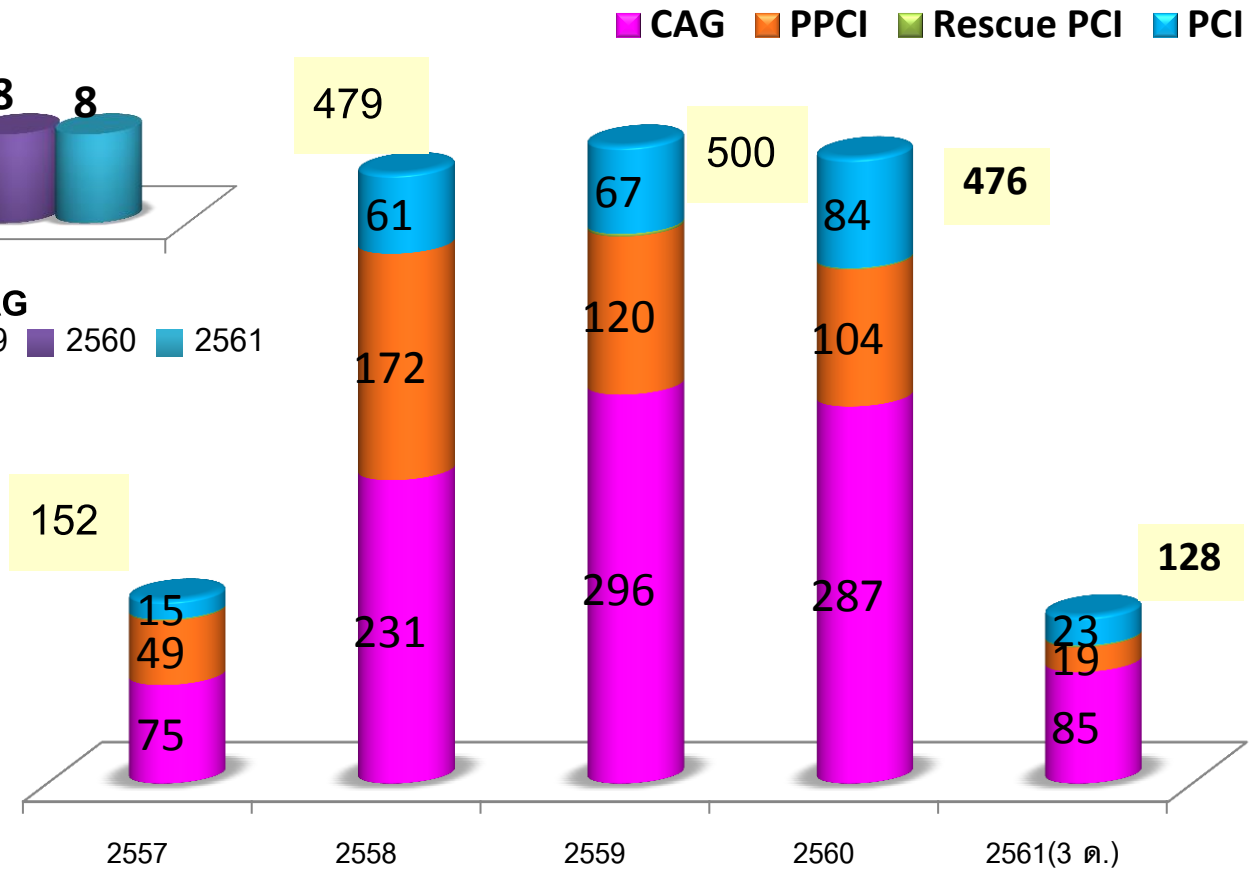
1. โครงการชุมชนต้นแบบ:หัวใจดีเริ่มที่บ้าน ต. เกาะเคี่ยม อ.กันตัง
2. โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เติมเต็มเครือข่ายหัวใจเข้มแข็ง จังหวัดตรัง
3. โครงการ ส่งหัวใจกลับบ้าน : remind order STEMI for secondary prevention

Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

STEMI

ผลงานตรวจสวนหัวใจ

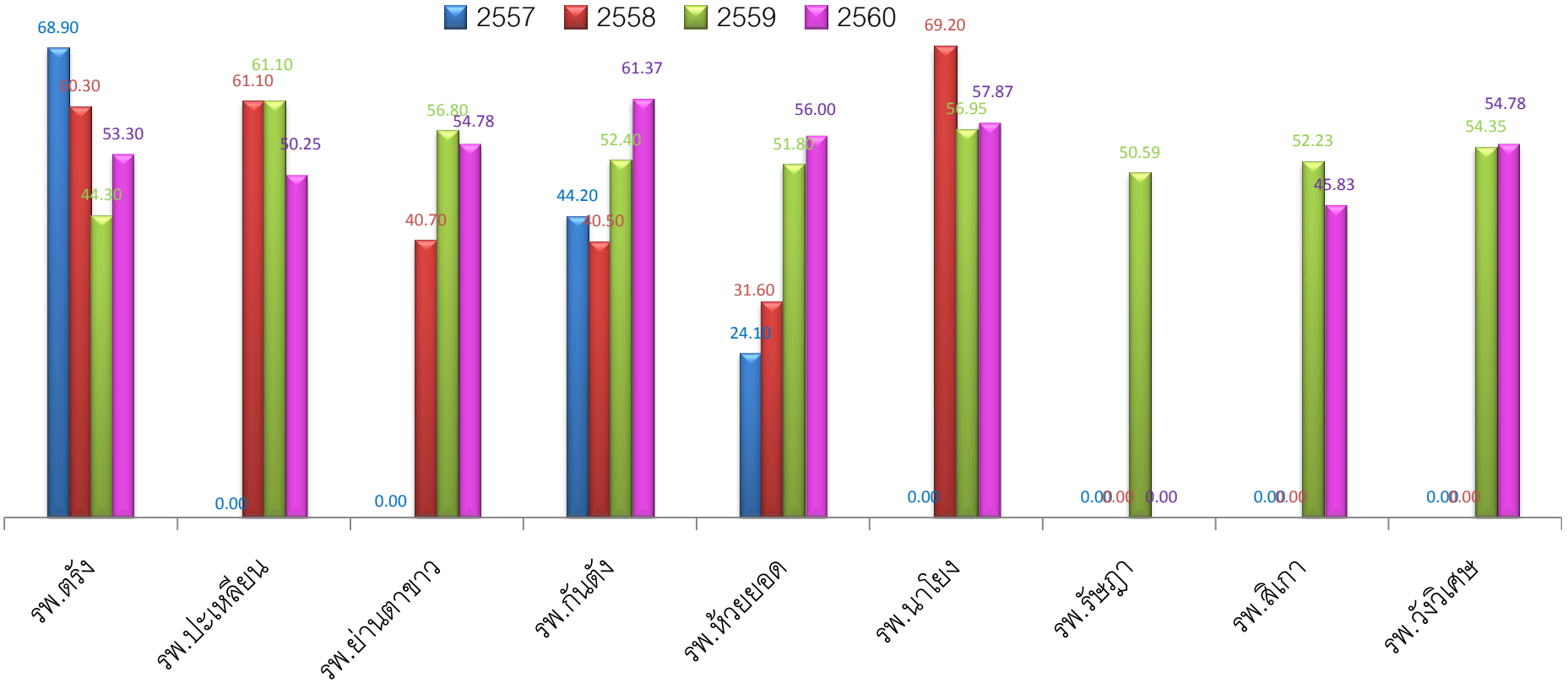




Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

Warfarin

INR in Target>50%



มี Warfarin Clinic ใน รพ.

ระดับ F2 >50%

รพช.มี **Warfarin Clinic 100%**



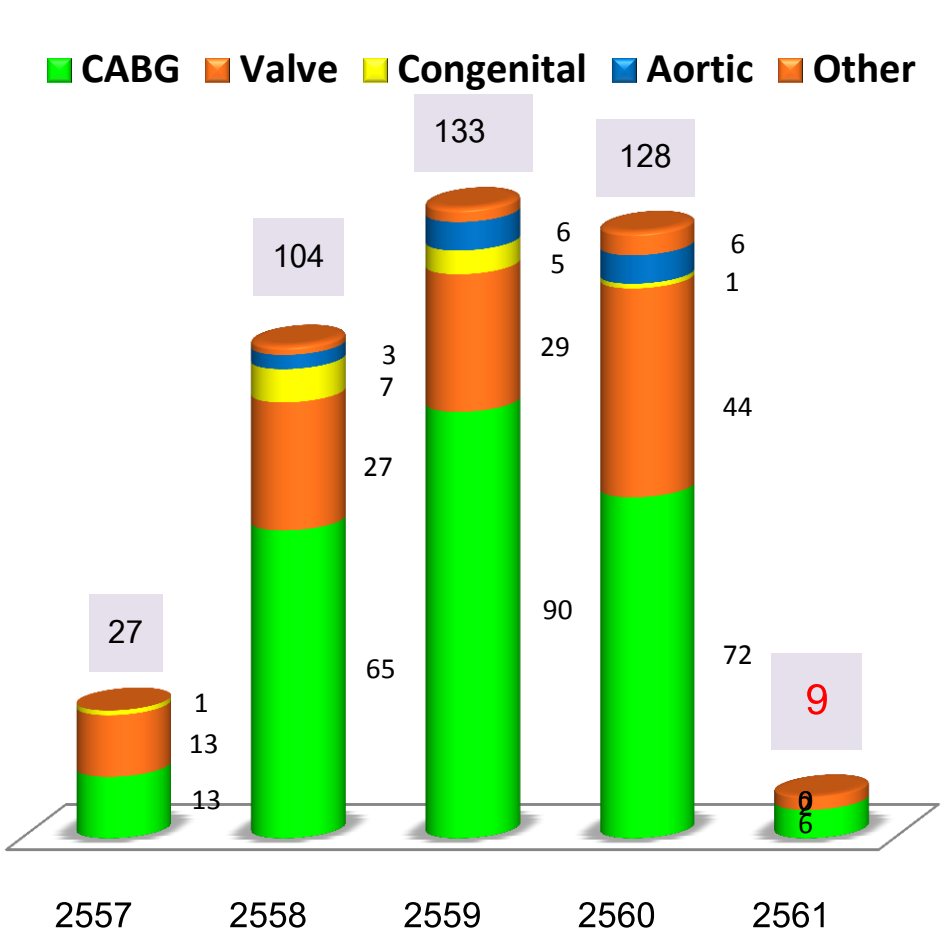
Refer back Warfarin ;

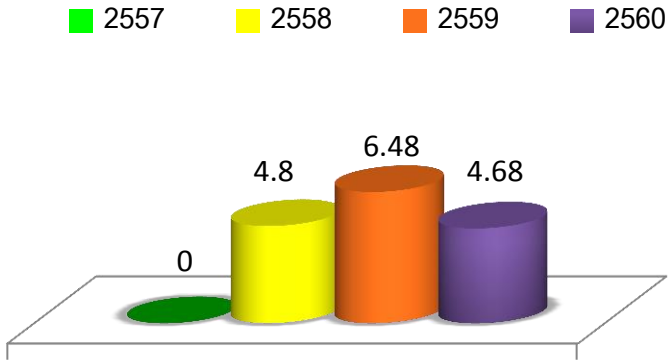
ไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยลดลงเนื่องจากมีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

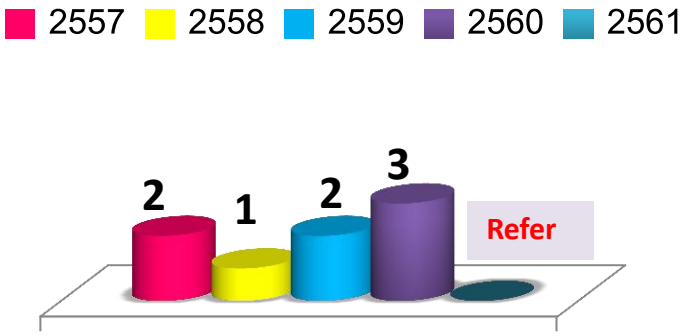
Cardiac Surgery

วันที่ 2 เมษายน 2557 ; เปิดผ่าตัดหัวใจรายแรกร่วมกับทีมพี่เลี้ยงจาก รพ. สงขลานครินทร์





ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังผ่าตัด



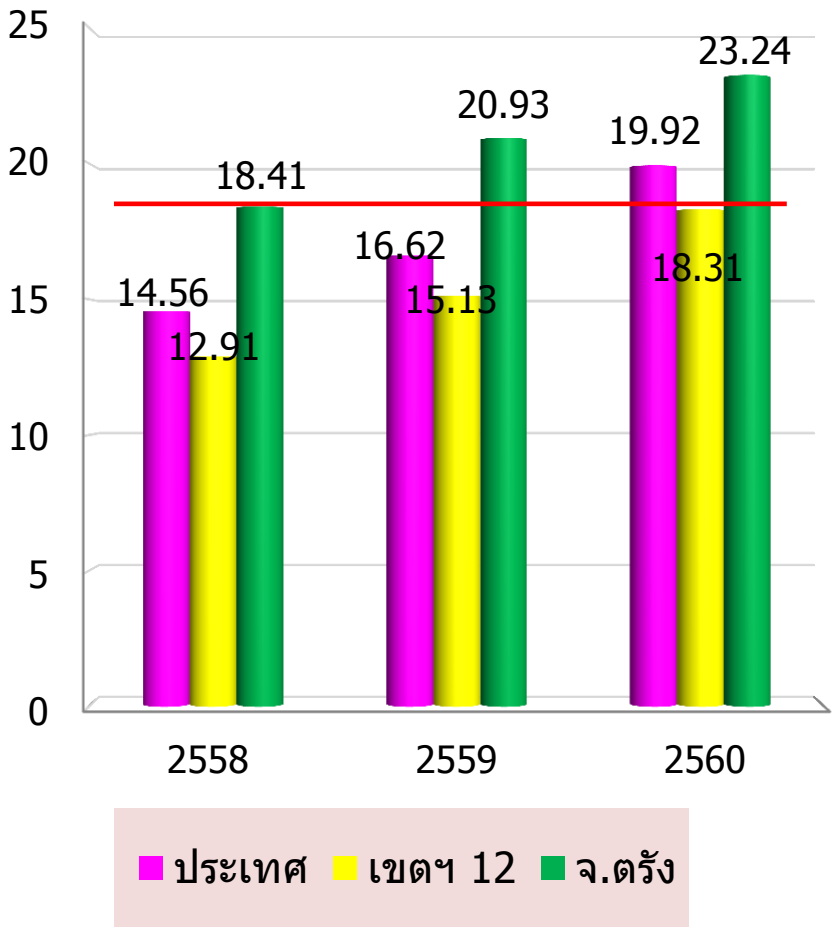
รอผ่าตัด & ทำ CABG

**ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค – ธ.ค 60) ส่งต่อผู้ป่วยไปผ่าตัดที่ รพ.หาดใหญ่ จำนวน 18 ราย

สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

- คลินิกการแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอกในรพศ. รพท. และรพช.คู่ขนานกับแพทย์แผนปัจจุบัน ผ่านเกณฑ์ 100%
- คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยฯ (A-M1) รพ.ตรัง/รพ.ห้วยยอด
- คลินิกบริการแพทย์แผนไทยฯแบบครบวงจรรักษาโรคทั่วไปและเฉพาะโรค อย่างน้อย 1 คลินิก ในรพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์100%

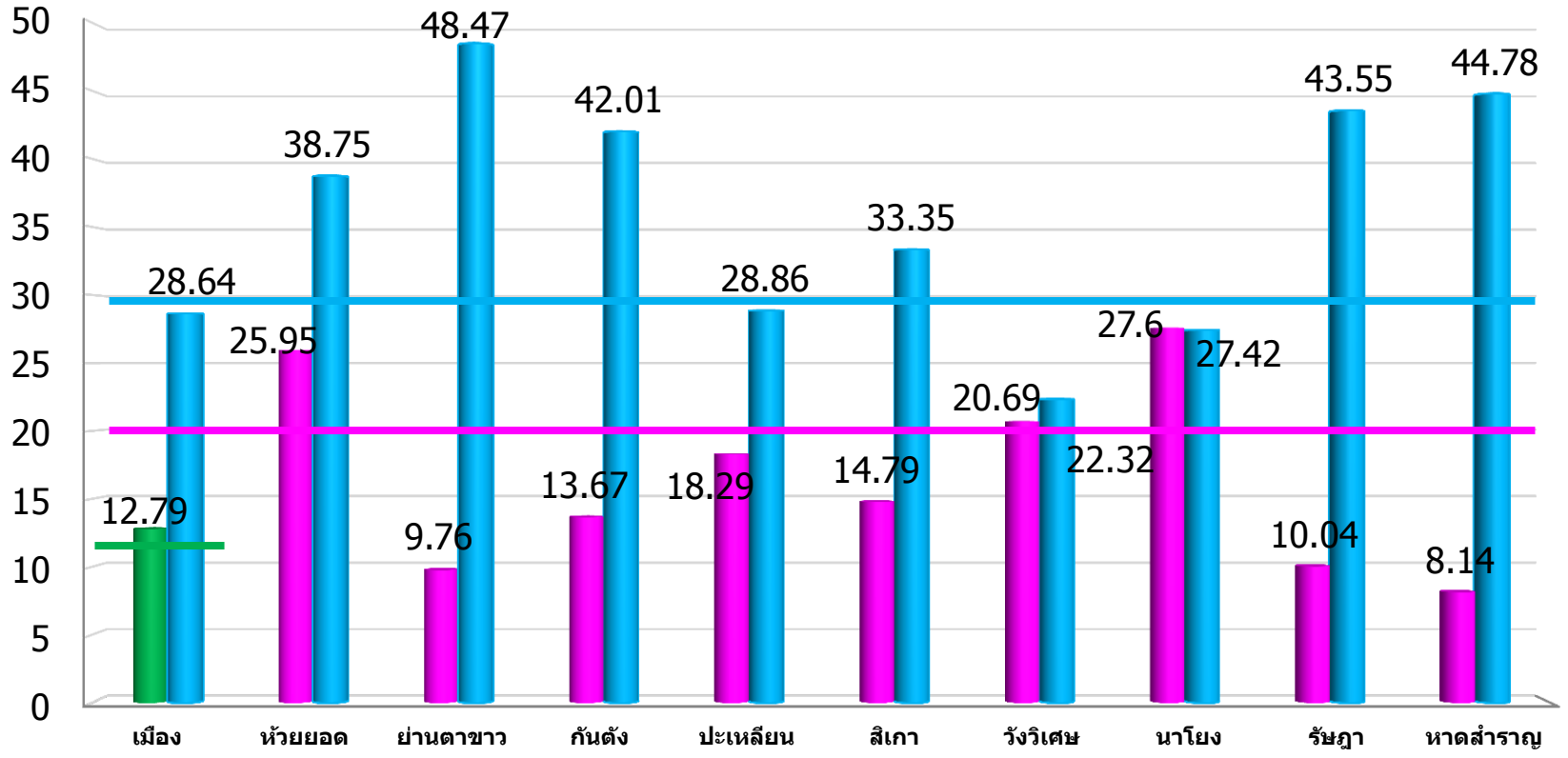


ที่มา HDC : วันที่ประมวลผล :: 10 ตุลาคม 2560

สาขา การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รพศ.≥10%, รพช.≥20%, รพสต.≥30%



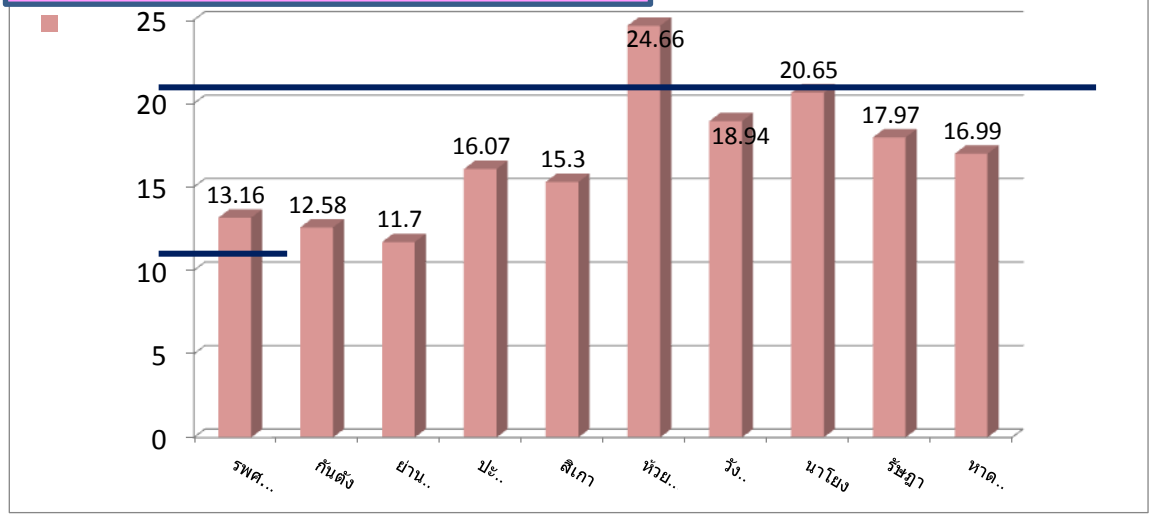
ที่มา HDC : วันที่ประมวลผล :: 10 ตุลาคม 2560

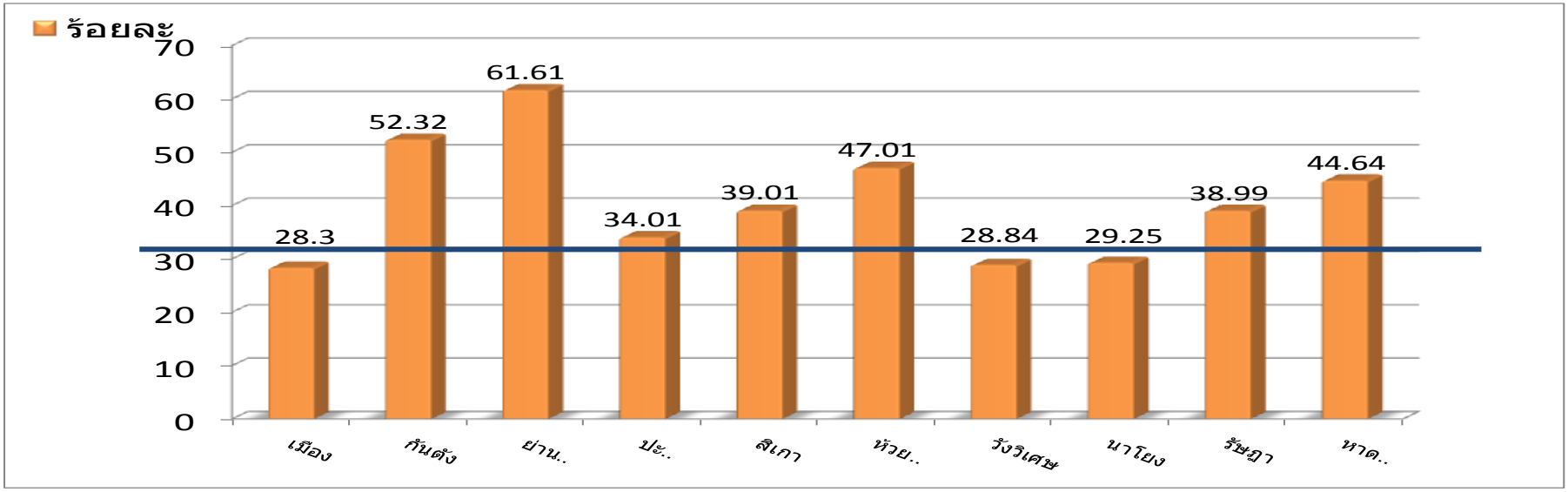
1. ผลดำเนินการปี 2561 ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ รพศ (ร้อยละ10) รพช.(ร้อยละ20) และ รพ.สต.(ร้อยละ 30)

รพศ.ตรัง ร้อยละ 13.16

ภาพรวมรพช. ร้อยละ 15.32

ภาพรวมรพ.สต.. ร้อยละ 42.05





ผลงานเด่น นวัตกรรม และงานวิจัย

โรงพยาบาลศูนย์ตรัง

- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศรพศ/รพท.พื้นที่ต้นแบบดีเด่นระดับประเทศ ปี **2559**







- หม้อนึ่งไอน้ำลูกประคบสมุนไพร
- ตู้อบไอน้ำสมุนไพรจากหม้อ **Boiler**

โรงพยาบาลห้วยยอด โรงงานผลิตยาสมุนไพร ผ่าน GMP 2560







โรงพยาบาลกันตังได้รับรางวัลรองชนะเลิศ รพช.ต้นแบบดีเด่น ระดับประเทศปี **2560**

นโยบาย แผนงาน และโครงการปี 2561

1. เพิ่มร้อยละการบริการแพทย์แผนไทยฯ
บริการเชิงรุกคาราวานแผนไทย,เพิ่มคลินิกบริการครบวงจร
ประ[illegible]








2. การใช้ยาสมุนไพรเพิ่ม 10 % RDU และ First Line Drug

3. โครงการพัฒนาบุคลากร

อบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาทักษะวิชาชีพฯ และอบรมวิชาการทักษะการใช้ยาสมุนไพร

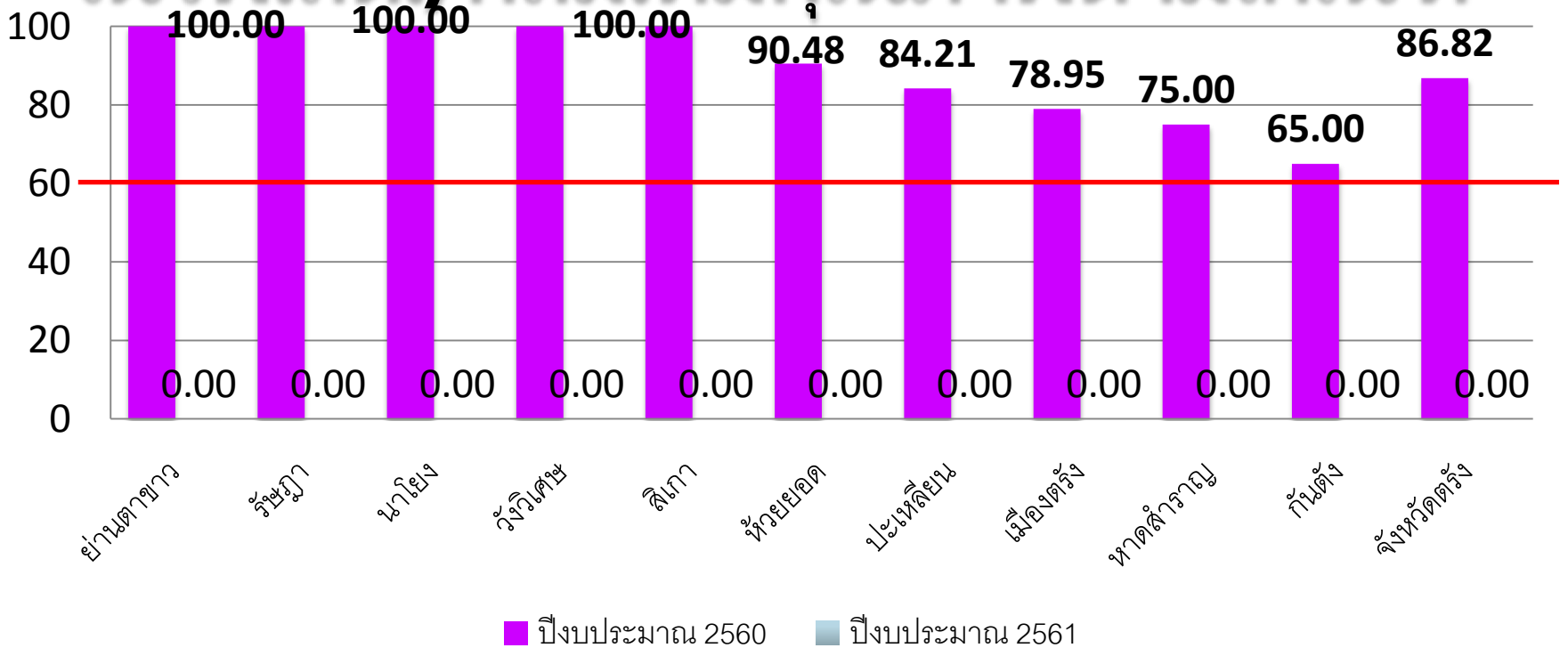
4. คัดเลือกรพ..ผ่านการรับรองรพ.คุณภาพ
รพศ.ตรัง รพช.ห้วยยอด และรพช.กันตัง ปี 2563

5. โครงการก่อสร้างอาคารแพทย์แผนไทย รพ.ตรัง ปี 2562

ปัญหา/ข้อเสนอแนะ

1. ยาแผนไทยในหน่วยบริการยังไม่มีเพียงพอสำหรับแพทย์แผนไทยในการจัดบริการเวชกรรมไทย ในรพ. และมีปริมาณไม่เพียงพอในการจ่ายยาแผนไทยใน รพ.สต.
2. การจัดบริการนวดไทยในรพ.สต. มีข้อจำกัดเรื่อง การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล ในกลุ่มข้าราชการ จะต้องมีแพทย์แผนไทยปฏิบัติงาน
3. การจัดบริการนวดไทยในรพ.สต. โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย สามารถเพิ่มบริการโดยจัดระบบการนัดผู้ป่วย ,การติดตามการเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ
4. การบันทึกข้อมูลผู้ให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สามารถจัดบริการได้ทั้ง

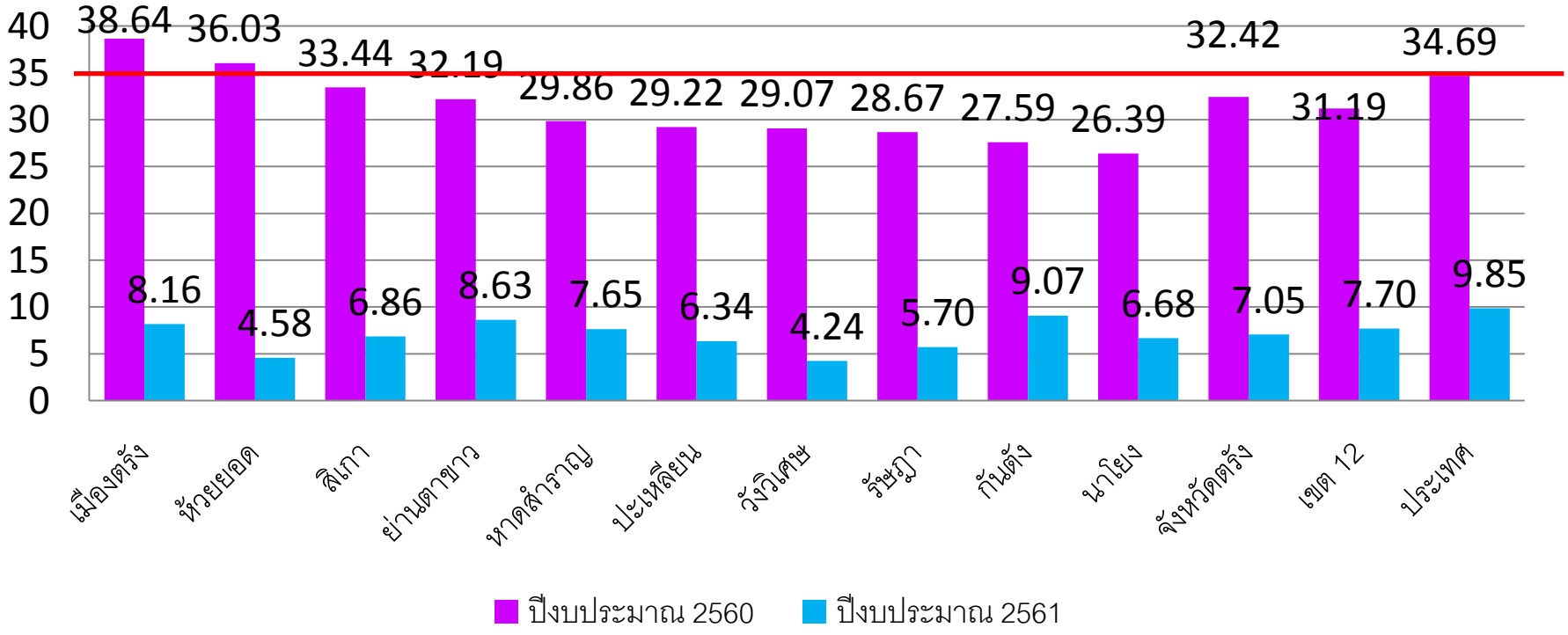
สาขา ทันตกรรม : ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพในรพ.สต./ศสม.ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์



จากกราฟ : ปีงบประมาณ **2560** มี **5** อำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากในรพ.สต./ศสม. ได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ส่วนปีงบประมาณ **2561** ยังมีอำเภอใดจัดบริการสุขภาพช่องปากช่องปากได้ครบตามเกณฑ์

ที่มา : **HDC** กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลเพื่อตอบสนอง **service plan** สาขาสุขภาพช่องปาก

สาขา ทันตกรรม : อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่



จากกราฟ : ปีงบประมาณ **2560** ค่าเฉลี่ยการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ **32.42** ส่วนปีงบประมาณ **2561** ค่าเฉลี่ยการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ร้อยละ **7.05**

ที่มา : **HDC** กลุ่มรายงานมาตรฐาน > การเข้าถึงบริการ (ทันตกรรม)

สาขา ทันตกรรม

ปัญหา และอุปสรรค

- ช่วงการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายนิ่ง เช่น โรงเรียน, ศพด. จะเป็นช่วงครึ่งหลังปีงบประมาณ ทำให้ 2 ไตรมาสแรกของปีงบประมาณผลงานต่ำกว่าเป้าหมายมาก
- สสอ.บางอำเภอ ยังไม่เข้าร่วมประชุม Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก เพื่อรับทราบปัญหา วิเคราะห์ และเสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
- กระทรวงสาธารณสุขปรับเกณฑ์ รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์คุณภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ผ่านเกณฑ์ได้ยากขึ้น
- เจ้าหน้าที่รพ.สต. บางคน ไม่เห็นประโยชน์ของการทำงานทันตกรรมในตัวชี้วัดนี้ เนื่องจากไม่ส่งผลกระทบอะไร ทำให้การนัดผู้รับบริการ และการบันทึกข้อมูลไม่ได้ผลตามที่ต้องการ

นวัตกรรม

- การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลาน

สาขา NCD : DM , HT

DMรายใหม่จาก Pre DM 1.62

HTรายใหม่จาก Pre HT 5.32%

สถานการณ์ ปี 2560

- DM Control ได้ 22.75 %
- HT Control ได้ 32.30%
- DM,HT คัดกรอง CVD Risk 82.72%
- NCD Clinic Plus ผ่านเกณฑ์ 90 %

- NCD Clinic Plus 100 %

เป้าหมาย

- DM Control ได้ ≥ 40%
- HT Control ได้ ≥ 50%
- DM,HT คัดกรอง CVD Risk ≥ 90%

การพัฒนา

พัฒนาโครงการและการบริหารจัดการ

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- ชุมชนต้นแบบคัดกรอง CVD Risk
- ชุมชนต้นแบบลดบริโภคเกลือ
- DM and HT Comprehensive Care
- SMBG , SMBP

พัฒนาเชื่อมโยงใช้โปรแกรม HDC

- พัฒนา NCD Clinic Plus ใน รพ. และพัฒนาคลินิก NCD

สาขา NCD : DM , HT

- โครงการ Stroke STEMI Alert
- โครงการชุมชนต้นแบบคัดกรอง
- CVD Risk
  โครงการ Diabetes Millitus
- Hypertention
- comprehensive care
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- พัฒนาการบันทึกข้อมูลในระบบ
- HDC
  รู้ก่อน มือเท้าชา ในผู้ป่วย

ปัญหา	ข้อเสนอแนะ
1.การคัดกรองDM HT และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในปีนี้ล่าช้า เนื่องจากติดปัญหาที่ระบบจัดซื้อจัดจ้างของพัสดุเลปทำให้มีอุปกรณ์ไม่เพียงพอในการคัดกรอง	- ควรมีการเตรียมความพร้อมแผนการจัดซื้อจัดจ้าง
2.Templateตัวชี้วัดในปี 2560 ไม่นิ่ง มีการเปลี่ยนแปลงจนถึงสิ้นไตรมาส 3 โดยเฉพาะเรื่องการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ทำให้ผลงานที่ได้ต่ำ	- การวัดตัวชี้วัดควรชัดตั้งแต่ปลายไตรมาสแรก
3. ระบบการบันทึกข้อมูลในระบบHDC ใช้งานยากต้อง	- เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลและผู้รับผิดชอบ


บริการด้วยดวงใจ ที่ห่วงใยเอื้ออาทร
M
O
H
P
โรงพยาบาลตรัง
TRANG HOSPITAL
โรงพยาบาลคุณภาพของประชาชนเพื่อสุขภาพที่ดี
Quality Hospital of the People for the Good Health

ขอบคุณ