คณะที่ ๒
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ แผน ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ตัวชี้วัด ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๖๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. การประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
๒. ประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น
๓. มีแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิต
๔. มีการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดตามแนวทาง UCCARE

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

ปี ๒๕๖๑ ทุกอำเภอของจังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุมเพื่อคัดเลือกประเด็นคุณภาพชีวิตที่จะดำเนินการแก้ไขและพัฒนา อย่างน้อย ๒ เรื่อง จำนวน ๘ อำเภอ คิดเป็น ร้อยละ ๘๐ โดยบางอำเภอมีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานในประเด็นที่เลือก และได้เริ่มประชุมจัดทำแผนฯ ได้แก่ อำเภอรัษฎา สิเกา ย่านตาขาว ปะเหลียน ห้วยยอด และวังวิเศษ

ในปี ๒๕๖๒ ได้มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น ครบทุกอำเภอแล้ว และเริ่มเข้าสู่กระบวนการจัดทำแผนเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตที่เลือกจะดำเนินการ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๑.	พชอ.มีการประชุมคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทฯ อย่างน้อย ๒ ประเด็น	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		ผลงาน	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**
๒.	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	เป้าหมาย	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	**๑๐**
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**
		อัตรา/ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	**๐**

ที่มาข้อมูล : รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานคณะกรรมการ พชอ. ณ วันที่ ๒๐ เดือน มกราคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น ครบทุกอำเภอ และอยู่ระหว่างการจัดทำแผนฯ (รายละเอียดดังเอกสารแนบ)

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พท.ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาศักยภาพทีมเลขาคณะกรรมการ พชอ.	ทุกอำเภอ	ไตรมาส ๑-๒	สสจ. ,สสอ.
๒.	สนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาคณะกรรมการ พชอ.	ทุกอำเภอ	ปีงบ ๒๕๖๒	สสจ.
๓.	สนับสนุนกระบวนการ Coaching และลปรร.	ทุกอำเภอ /อำเภอที่สนใจ	ไตรมาส ๑-๒	สสจ.
๔.	เยี่ยมเสริมพลังโดยทีมระดับจังหวัด	๑ ครั้ง /ทุกอำเภอ	ไตรมาส ๓-๔	จังหวัด

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. บทบาท การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯ ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน

๒. การประเมินตามเกณฑ์ UCCARE เพื่อวัดความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับห้วงเวลาสรุปผลงานตามระบบราชการและการแสดงบทบาทผู้ประเมิน

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. บทบาทการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายฯ ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิต	๑. จัดกลไกในการพัฒนาทีมเลขาฯ พชอ. ,ไม่มอบหมายงานกระทรวงฯ เข้าในเวที พชอ.
๒. บทบาทและห้วงเวลาการประเมิน พชอ. ตามเกณฑ์ UCCARE	๒.น่าจะร่วมกับกระทรวงมหาดไทยในการสร้างกลไกติดตามและประเมินผล

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)



ลปรร. และ Coaching ทีมเลขา พชอ.



Coaching ทีมเลขา พชอ.

ผู้รายงาน นายทรงวุฒิ ท่าจีน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๗๕๒๐๕๖๑๕-๒๒ ต่อ ๓๐๖ มือถือ ๐๙๑๐๗๙๑๕๔๘
e-mail : sthajeen@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๒๐ มกราคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก/หัวข้อ แผน ๕ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ตัวชี้วัด ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (ร้อยละ ๑๘)

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

- ความสำเร็จในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
- ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (3S)
- กลไกการขับเคลื่อนเพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว
- การประเมินตนเองของคลินิกหมอครอบครัว

๒.สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

จังหวัดตรัง มีแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ระยะ ๑๐ ปี (๒๕๕๙ – ๒๕๖๙) จำนวน ๕๘ ทีม ซึ่งระหว่างปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ สามารถเปิดให้บริการตามเกณฑ์ประเมิน 3S จำนวน ๑๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๕๘ โดยจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า การเปิดให้บริการในลักษณะเวชศาสตร์ครอบครัวที่ดำเนินการในหน่วยบริการที่จัดเป็นคลินิกหมอครอบครัวหลายแห่งไม่สามารถขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ได้เนื่องจากขาดความพร้อมด้านบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว บางพื้นที่บริการโดยแพทย์เวชศาสตร์สาขาอื่นๆ แม้ส่วนกลางจะพยายามแก้ไขปัญหาโดยจัดการอบรมหลักสูตรระยะสั้นก็ตาม

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดตรัง มีแผนเปิดให้บริการในลักษณะคลินิกหมอครอบครัวเพิ่มขึ้น ๑ แห่ง ซึ่งได้เปิดดำเนินการโดยใช้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมมาระยะหนึ่งแล้ว ได้แก่ คลินิกหมอครอบครัว รพ.สต.บางดี อำเภอห้วยยอด คาดว่าจะสามารถขึ้นทะเบียนเป็นคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ 3S ในเดือนมิถุนายน ๒๕๖๒ (แพทย์อยู่ระหว่างการศึกษาต่อสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว)

๘. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๑.	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	เป้าหมาย	๑๕	๘	๖	๖	๓	๙	๓	๓	๓	๒	**๕๘**
		ผลงาน	๙	๒	๑	๐	๐	๔	๐	๐	๐	๐	**๑๖**
		อัตรา/ร้อยละ	๖๐	๒๕	๑๖	๐	๐	๔๔	๐	๐	๐	๐	**๒๗.๕๘**

ที่มาข้อมูล : ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ณ วันที่ ๒๐ เดือน มกราคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ 3S ระหว่างปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ จำนวน ๑๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๕๘ โดยสามารถเปิดดำเนินการได้ในเขตอำเภอเมืองตรัง จำนวน ๙ ทีม อำเภอห้วยยอด จำนวน ๔ ทีม อำเภอกันตัง ๒ ทีม และอำเภอย่านตาขาว จำนวน ๑ ทีม

๓.แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔๒

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พท.ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ทบทวนระบบฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว	๑๖ ทีม / ๔ อำเภอ	ไตรมาส ๑	สสจ.
๒.	ประเมินคลินิกหมอครอบครัวตามเกณฑ์ 3S	๑๖ ทีม / ๔ อำเภอ	ไตรมาส ๑	สสจ. และเครือข่ายฯ
๓.	ทบทวนแผน ๑๐ การเปิดคลินิกหมอครอบครัว	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๓	เครือข่ายฯ
๔.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน PCC	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๓	เครือข่ายฯ
๕.	สรุปผลการดำเนินงาน ขึ้นทะเบียน และปรับปรุงฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียน	๑๐ อำเภอ	ไตรมาส ๔	สสจ. และเครือข่ายฯ

๔.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. ความพร้อมด้านทรัพยากร และการจัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการแบบคลินิกหมอครอบครัวของเครือข่ายบริการ

๒. การบริหารจัดการแบบแยกส่วนของเครือข่ายบริการระดับอำเภอ อาจมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากร

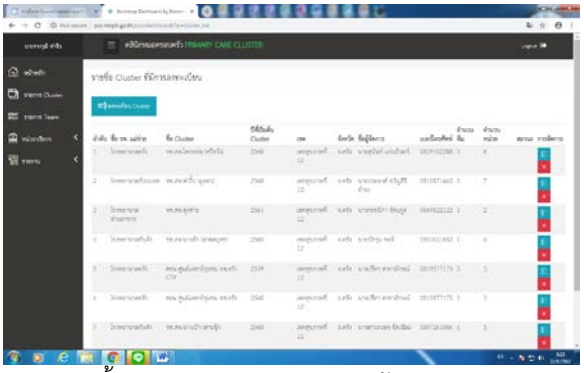
๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ความพร้อมด้านทรัพยากร และการจัดลำดับความสำคัญในการจัดบริการแบบคลินิกหมอครอบครัวของเครือข่ายบริการ เป็นลำดับรอง เนื่องจากทรัพยากรอันจำกัดของโรงพยาบาลแม่ข่าย	๑. หาแนวทางการพัฒนาหรือจัดสรรทรัพยากร ที่เหมาะสม โดยพิจารณาบริบทความพร้อมและข้อจำกัดของพื้นที่เป้าหมาย โดยเฉพาะบางเรื่องที่เกินขีดความสามารถในการจัดการระดับจังหวัด
๒. การบริหารจัดการแบบแยกส่วนของเครือข่ายบริการระดับอำเภอ อาจมีผลต่อการจัดสรรทรัพยากร	๒. สร้างระบบหรือกลไกการบริหารจัดการและการสนับสนุนที่เหมาะสมและเอื้อต่อการพัฒนาของเครือข่าย

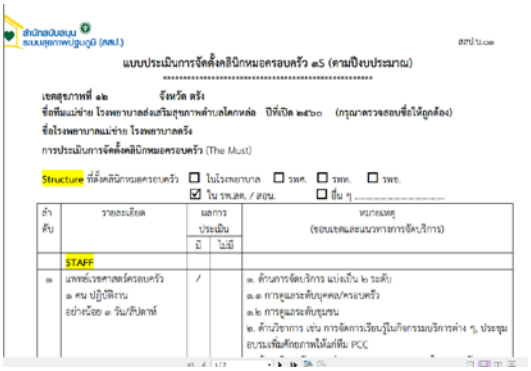
๖.นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

๗. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)



ขึ้นทะเบียนและปรับปรุงฐานข้อมูล PCC
ม.ค. ๒๕๖๒



แบบประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๓S (ตามปีงบประมาณ)

ประเมินคลินิกหมอครอบครัว ตามเกณฑ์ 3S
ปี ๒๕๖๒



แผน ๑๐ ปี การเปิดคลินิกหมอครอบครัว
ปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๙



Smart COC ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน ตรัง
โดยการประสานงานของ รพ.ตรัง

ผู้รายงาน นายทรงวุฒิ ท่าจีน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๗๕๒๐๕๖๑๕-๒๒ ต่อ ๓๐๖ มือถือ ๐๙๑๐๗๙๑๕๔๘
e-mail : sthajeen@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๒๐ มกราคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก/หัวข้อ แผน ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
ตัวชี้วัด ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว (ระดับ ๓ ดาว ร้อยละ ๑๐๐ และ ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๖๐)

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ตามที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑)บริหารดี ๒)ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม ๓)บุคลากรดี ๔)บริการดี และ ๕)ประชาชนมีสุขภาพดี

๒.สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด ๑๒๕ แห่ง ในปี ๒๕๖๑ ทุกแห่งมีการประเมินตนเองผ่านระดับ ๓ ดาว โดยในจำนวนนี้สามารถพัฒนา และรับการประเมิน ระดับ ๕ ดาว โดยทีมระดับจังหวัด จำนวน ๔๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๔๐ ซึ่งจากการสรุปบทเรียน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน ได้แก่ ๑)การเรียนรู้และการนำสู่การพัฒนาของผู้บริหารหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒)การให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับ คปสอ. และ ๓)การสนับสนุนการพัฒนาของหน่วยงานแม่ข่าย (รพ.,สสอ.)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดตรัง ได้กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิเป็นเรื่องสำคัญในแผนยุทธศาสตร์สุขภาพจังหวัด โดยแต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิฯ ระดับจังหวัด เพื่อสร้างความร่วมมือในการสนับสนุน พัฒนา และประเมินผล ของผู้รับผิดชอบงานของฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน ระดับจังหวัด โดยในช่วงไตรมาสแรกได้เข้าร่วมประชุมชี้แจงนโยบายระดับประเทศ พัฒนาทีมระดับเขต และประสานงานให้เครือข่ายฯ แต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงและประเมินระบบสุขภาพปฐมภูมิระดับอำเภอ ซึ่งในขณะนี้ยังไม่เข้าสู่กระบวนการประเมิน

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๑.	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระดับ ๓ ดาว	เป้าหมาย	๑๓	๑๕	๙	๑๒	๕	๑๖	๒	๔	๓	๓	**๘๒**
		ผลงาน	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**-**
๒.	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระดับ ๕ ดาว (สะสม)	เป้าหมาย	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๒๕**
		ผลงาน	๕	๕	๗	๖	๔	๔	๕	๓	๓	๑	**๔๓**
		อัตรา/ร้อยละ	๒๗	๒๕	๔๓	๓๓	๔๔	๒๐	๗๑	๔๒	๕๐	๒๕	**๓๔.๔๐**

ที่มาข้อมูล : ฐานข้อมูลระบบสุขภาพปฐมภูมิ ณ วันที่ ๒๐ เดือน มกราคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง มีผลงานการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.ติดดาว) ระดับ ๕ ดาว สะสม จำนวน ๔๓ แห่ง จากจำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ๑๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๔๐ โดยอำเภอที่มีผลงานสะสมสูงสุด ๕ อันดับแรก ได้แก่ วังวิเศษ(ร้อยละ ๗๑) รัษฎา(ร้อยละ ๕๐) สิเกา(ร้อยละ ๔๔)

ย่านตาขาว(ร้อยละ ๔๓) และนาโยง (ร้อยละ ๔๒) ทั้งนี้ในปี ๒๕๖๒ อยู่ระหว่างเตรียมการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงและประเมินระดับอำเภอ และการพัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ยังไม่เข้าสู่กระบวนการประเมิน

๔.แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔๒

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/พท.ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	แต่งตั้งคณะทำงานบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมภาคประชาชน	คณะทำงานระดับจังหวัด	ไตรมาส ๑	คณะทำงาน สสจ.
๒.	ประชุมเชิงปฏิบัติการถ่ายทอดนโยบาย รูปแบบและแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิและสุขภาพภาคประชาชน จังหวัดตรัง	รพ.สต./สสอ./รพ. ทุกแห่ง	ก.พ. ๖๒	คณะทำงาน สสจ.
๓.	พัฒนาศักยภาพทีมพี่เลี้ยงและทีมประเมินคุณภาพระบบสุขภาพปฐมภูมิ	ทีมพี่เลี้ยงฯ ๑๐ อำเภอ	ก.พ. ๖๒	คณะทำงาน สสจ.
๔.	ประสานหน่วยบริการให้ประเมินตนเอง ปรับปรุงฐานข้อมูลในระบบ ประเมินรับรองระดับอำเภอ	รพ.สต. เป้าหมาย ๘๒ แห่ง	ก.พ. ๖๒	ทีมพี่เลี้ยงอำเภอ
๕.	เยี่ยมประเมินเพื่อรับรองระดับจังหวัด	รพ.สต. เป้าหมาย ๑๐ อำเภอ	มี.ค. – ก.ค. ๖๒	คณะทำงาน สสจ.
๖.	สรุปผลงาน สรุปบทเรียน	๑๐ อำเภอ	ก.ค. – ส.ค. ๖๒	สสจ.,คปสอ.

๕.สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. ระบบสนับสนุนของแม่ข่าย (สสอ. และ รพ.แม่ข่าย) ด้านวิชาการ ระบบงาน วัสดุ และครุภัณฑ์ตามความจำเป็น

๒. การจัดโครงสร้างระดับกระทรวง เขตสุขภาพ และจังหวัด ไม่สอดคล้องกัน และไม่เป็นไปตามที่กำหนด เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้นแต่ไม่มีการสนับสนุนบุคลากร

๖.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ระบบสนับสนุนของแม่ข่าย	๑. สร้างและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับเครือข่ายบริการ
๒. โครงสร้างระดับกระทรวง เขตสุขภาพ และจังหวัดไม่สอดคล้องกัน และไม่เป็นไปตามที่กำหนด เป็นการเพิ่มภาระงานที่มากขึ้นแต่ไม่มีการสนับสนุนบุคลากร	๒. ทบทวนการจัดโครงสร้าง เนื้องาน ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันระดับประเทศ “กำกับให้**โครงสร้างในฝัน** กับ**โครงสร้างการทำงานจริง**ใกล้เคียงกันมากที่สุด ก่อนโยนภาระงานที่เหมือนๆกันทั้งประเทศ”

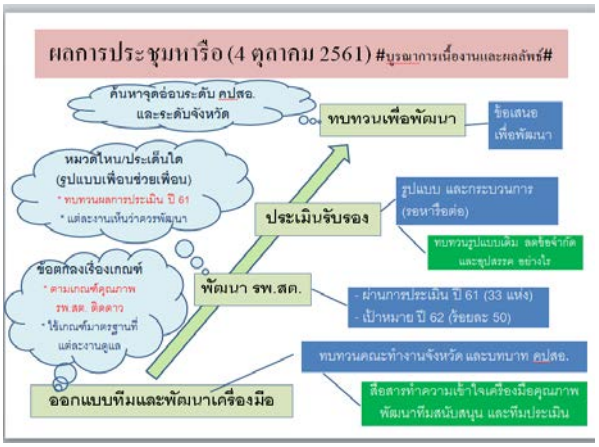
๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี แต่ที่น่าสนใจ “ทำงานได้อย่างไรในสภาวะที่ขาดการบริหารจัดการ การสนับสนุนที่เพียงพอ”

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)



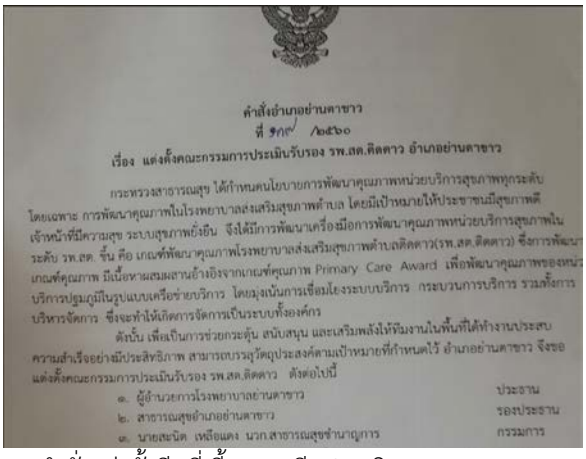
ประชุมเชิงปฏิบัติการ ลปรร. และสรุปบทเรียน
การดำเนินงาน พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๑



ประชุมคณะทำงานบูรณาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ
และการมีส่วนร่วมของภาคีฯ (รพ.สต.ติดดาว) ปี ๒๕๖๒



ประชุมพัฒนาโดยทีมพี่เลี้ยง คปสอ.ปะเหลียน
ปี ๒๕๖๒



คำสั่งอำเภอย่านตาขาว
ที่ ๑๓๙ /๒๕๖๐
เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาว อำเภอย่านตาขาว

กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยเฉพาะ การพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จึงได้มีการพัฒนาเครื่องมือการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการสุขภาพในระดับ รพ.สต. ขึ้น คือ เกณฑ์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว(รพ.สต.ติดดาว) ซึ่งการพัฒนาเกณฑ์คุณภาพ มีเนื้อหาผสมผสานอ้างอิงจากเกณฑ์คุณภาพ Primary Care Award เพื่อพัฒนาคุณภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในรูปแบบเครือข่ายบริการ โดยมุ่งเน้นการเชื่อมโยงระบบบริการ กระบวนการบริการ รวมทั้งการบริหารจัดการ ซึ่งจะทำให้เกิดการจัดการเป็นระบบทั้งองค์กร

ดังนั้น เพื่อเป็นการช่วยกระตุ้น สนับสนุน และเสริมพลังให้ทีมงานในพื้นที่ได้ทำงานประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ อำเภอย่านตาขาว จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดดาว ดังต่อไปนี้

๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลย่านตาขาว ประธาน
๒. สาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว รองประธาน
๓. นายสมนึก เหลือแดง นวก.สาธารณสุขชำนาญการ กรรมการ

คำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงและทีมประเมินคุณภาพ รพ.สต.
คป.สอ. ย่านตาขาว

ผู้รายงาน นายทรงวุฒิ ท่าจีน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๗๕๒๐๕๖๑๕-๒๒ ต่อ ๓๐๖ มือถือ ๐๙๑๐๗๙๑๕๔๘
e-mail : sthajeen@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๒๐ มกราคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๒. Service plan สาขาวัณโรค (TB)
ตัวชี้วัด ๑๓. อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (>ร้อยละ ๘๕)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่.

๑.๒. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ..

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

๒.๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

มีอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ ๔๘.๘ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๘๒.๕ ของผู้ป่วยที่คาดการณ์ ในภาพรวมแต่ละอำเภอไม่ผ่านเกณฑ์ แต่อำเภอที่มีอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำสูงที่สุด คือ อำเภอเมือง ร้อยละ๖๐.๔ รองลงมาคือ อำเภออำเภอกันตัง และอำเภอห้วยยอด ร้อยละ๕๔.๔ และร้อยละ๕๔.๓ ตามลำดับ

และอัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค(Success rate) ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๙๐.๐ ซึ่งได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ๘๕ และอัตราตาย เท่ากับร้อยละ๕.๓ ซึ่งเกินเกณฑ์เล็กน้อย เป้าหมายน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ๕ โดยสาเหตุการตายเนื่องจากตายด้วยมี HIV ร่วมและเป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมได้แก่ HT, หัวใจ, มะเร็ง, COPD และอัตราการขาดยาเท่ากับร้อยละ๒ ซึ่งได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓ แต่เนื่องจากสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๖-๒๕๖๑ มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาขึ้นทะเบียนรักษาแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน ๒ ราย, ๑ ราย, ๔ ราย, ๗ ราย, ๘ ราย และ ๑ ราย ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนปี ๒๕๕๘ รักษาสำเร็จจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ตาย ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ขึ้นทะเบียนปี ๒๕๕๙ รักษาสำเร็จจำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๒.๒ ปัจจุบัน

ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี๒๕๖๒ รอบ ๓ เดือน (ต.ค.๖๑-ธ.ค.๖๑) เทียบกับเป้าหมาย ร้อยละ๘๒.๕ ของค่าคาดการณ์ เท่ากับ ๑๔๗ ราย จากเป้าหมายไตรมาสละ ๒๐๗ ราย คิดเป็นร้อยละ๑๗.๘ ยังต่ำกว่าเป้าหมายทุกอำเภอ อำเภอที่มีความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากที่สุดคือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๔ รองลงมาคือ อำเภอรัษฎา ร้อยละ๒๓.๗ และอำเภอกันตัง ร้อยละ ๒๐.๕

อัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนไตรมาส ๑/๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) ภาพรวมจังหวัดตรัง คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๘ ซึ่งได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ๘๕ อำเภอที่มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ๑๐๐ คือ อำเภอปะเหลียน, อำเภอสิเกา, อำเภอวังวิเศษ, อำเภอนาโยง, อำเภอรัษฎา นอกจากนี้อำเภอเมือง, อำเภอกันตัง มีอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ร้อยละ ๘๗.๓ และ ร้อยละ๘๕.๗ ตามลำดับ และในภาพรวมมีอัตราตายร้อยละ๗.๖ สาเหตุการตายจากHIVร่วมด้วย ๓ ราย และเป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมได้แก่ DM, COPD, หัวใจ จำนวน ๕ ราย และอัตราการขาดยาร้อยละ ๑.๘ ยังสูงกว่าเป้าหมายในบางพื้นที่ และ อัตราการโอนออก ร้อยละ ๑.๘

จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและอัตราการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง (Relapse,Failure,Treatment after default, other) คิดเป็นร้อยละ ๘๘ ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากกว่า

ร้อยละ๘๐ โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงได้ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ๑๐๐ คือ โรงพยาบาลย่านตาขาว, โรงพยาบาลสิเกา, โรงพยาบาลห้วยยอด, โรงพยาบาลนาโยงและรองลงมาคือ โรงพยาบาลตรัง คิดเป็นร้อยละ๘๗.๕

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำปี ๒๕๖๒(ต.ค.๖๑-ธ.ค.๖๑)

อำเภอ	เป้าหมาย (๘๒.๕% ของที่คาดการณ์)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท(รายพื้นที่)	ร้อยละ
๑.เมืองตรังและเรือนจำ	๒๐๑	๕๓	๒๖.๔
๒.กันตัง	๑๑๒	๒๓	๒๐.๕
๓.ย่านตาขาว	๘๓	๑๑	๑๓.๓
๔.ปะเหลียน	๘๗	๘	๙.๒
๕.สิเกา	๕๐	๓	๖
๖.ห้วยยอด	๑๒๑	๑๗	๑๔.๐
๗.วังวิเศษ	๕๖	๑๐	๑๗.๙
๘.นาโยง	๕๘	๑๐	๑๗.๒
๙.รัษฎา	๓๘	๙	๒๓.๗
๑๐หาดสำราญ	๒๒	๓	๑๓.๖
รวม	๘๒๘	๑๔๗ (Active case ๔๔ ราย = ร้อยละ๒๙.๙, Passive case ๑๐๓ ราย = ร้อยละ๗๐.๑)	๑๗.๘

ที่มาข้อมูล : ..TBCM Online...ณ วันที่ .. ๑๗ ม.ค. ๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำแยกรายพื้นที่ ในภาพรวมจังหวัด จำนวน ๑๔๗ ราย คิดเป็นร้อยละ๑๗.๘ (เป็นActive case ๔๔ ราย คิดเป็นร้อยละ๒๙.๙, Passive case ๑๐๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๑) ในไตรมาสที่๑ อำเภอที่ผ่านเกณฑ์อย่างน้อยร้อยละ ๒๕ คือ อำเภอเมือง ที่เหลืออีก ๙ อำเภอยังไม่ผ่านเกณฑ์ และอำเภอที่มีความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคมากที่สุดคือ อำเภอเมือง คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๔ รองลงมาคือ อำเภอรัษฎา คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๗ ตามลำดับ

๓.๒ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไตรมาส ๑/๖๑

อำเภอ	เป้าหมาย	กำลังรักษา	รักษาสำเร็จ	เสียชีวิต	ขาดยา	โอนออก
๑. เมืองตรัง	๕๕	๐	๔๘ (๘๗.๓%)	๖ (๑๐.๙%)	๑ (๑.๘%)	๐
๒. กันตัง	๗	๐	๖ (๘๕.๗%)	๐	๐	๑ (๑๔.๓%)
๓. ย่านตาขาว	๕	๐	๔ (๘๐%)	๐	๐	๑ (๒๐%)
๔. ปะเหลียน	๒	๐	๒ (๑๐๐%)	๐	๐	๐

๕. สิเกา	๓	๐	๓ (๑๐๐%)	๐	๐	๐
๖. ห้วยยอด	๑๘	๐	๑๕ (๘๓.๓%)	๒ (๑๑.๑%)	๑ (๕.๖%)	๐
อำเภอ	เป้าหมาย	กำลังรักษา	รักษาสำเร็จ	เสียชีวิต	ขาดยา	โอนออก
๗. วังวิเศษ	๗	๐	๗ (๑๐๐%)	๐	๐	๐
๘. นาโยง	๖	๐	๖ (๑๐๐%)	๐	๐	๐
๙. รัษฎา	๔	๐	๔ (๑๐๐%)	๐	๐	๐
๑๐. หาดสำราญ	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	๑๐๗	๐	๙๕ (๘๘.๘%)	๘ (๗.๖%)	๒ (๑.๘%)	๒ (๑.๘%)

ที่มาข้อมูล : **..TBCM Online..... ณ วันที่ .. ๑๗ ม..ค. ๖๒**

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ของผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน(ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) ในภาพรวมจังหวัดคิดเป็น ร้อยละ๘๘.๘ ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ๘๕ อำเภอที่มีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ๑๐๐ คือ อำเภอปะเหลียน, อำเภอสิเกา, อำเภอวังวิเศษ, อำเภอนาโยง, อำเภอรัษฎา ส่วนอำเภอเมืองตรังและอำเภอกันตังมีอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ๘๗.๓ ,ร้อยละ๘๕.๗ ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ อำเภอห้วยยอด, อำเภอย่านตาขาว คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓ และร้อยละ๘๐ ตามลำดับ และในภาพรวมมีอัตราตายร้อยละ๗.๖ สาเหตุการตายมี HIV ร่วมด้วย ๓ ราย และเป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมได้แก่ DM, COPD, หัวใจ จำนวน ๕ ราย คือ อำเภอเมืองตรังและอำเภอห้วยยอด นอกจากนี้อัตราการขาดยาร้อยละ ๑.๘ ยังสูงกว่าเป้าหมายในบางพื้นที่ และอัตราการโอนออกร้อยละ ๑.๘

๓.๓ อัตราการการส่งตรวจDSTในผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูง(Relapse,Failure,Treatment after default, other) ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑)

โรงพยาบาล	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงส่งตรวจDST (ศวข.๑๒ ยะลา)	จำนวนผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงส่งตรวจDST (N-Health)	รวมส่งตรวจDST	ร้อยละ	เป็นMDR
๑. เมืองตรัง	๓๒	๑๑	๑๗	๒๘	๘๗.๕	๓
๒. กันตัง	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓. ย่านตาขาว	๑	๐	๑	๑	๑๐๐	๐
๔. ปะเหลียน	๒	๑	๐	๑	๕๐	๐
๕. สิเกา	๒	๑	๑	๒	๑๐๐	๑
๖. ห้วยยอด	๑๐	๑๐	๐	๑๐	๑๐๐	๐
๗. วังวิเศษ	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๘. นาโยง	๑	๑	๐	๑	๑๐๐	๐
๙. รัษฎา	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๑๐. หาดสำราญ	๒	๑	๐	๑	๕๐	๐
รวม	**๕๐**	**๒๕ (๕๖.๘%)**	**๑๙ (๔๓.๒%)**	**๔๔**	**๘๘**	**๔**

ที่มาข้อมูล : **..รายงานชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ...ณ วันที่ .. ๑๗ ม.ค. ๖๒**

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง (Relapse,Failure,Treatment after default, other) คิดเป็นร้อยละ ๘๘ (ซึ่งส่งตรวจ DST ไปยังศูนย์วัณโรคที่ ๑๒ จังหวัดยะลา ร้อยละ๕๖.๘, ส่งN-Health ร้อยละ๔๓.๒) ซึ่งอัตราการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากกว่าร้อยละ๘๐ และโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงได้ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ๑๐๐ คือ โรงพยาบาลย่านตาขาว ,โรงพยาบาลสิเกา, โรงพยาบาลห้วยยอด, โรงพยาบาลนาโยง, รองลงมาคือ โรงพยาบาลตรังคิดเป็นร้อยละ ๘๗.๕ และในภาพรวมที่ส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง พบเป็น MDR จำนวน ๔ ราย

๔ แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔๒

ลำดับที่	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	วิเคราะห์สถานการณ์กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนการดำเนินงาน		ต.ค.๖๑	สสจ.ตรัง,รพ., สสอ.
๒.	โครงการป้องกันและควบคุมโรควัณโรค จ.ตรัง			
	-ประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาศักยภาพแนวทางการคัดกรอง วัณโรค	จนท.คลินิกวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานอำเภอ จนท.งานชันสูตร ผู้รับผิดชอบเรือนจำ ตัวแทนรพ.สต. รวม๘๐ คน	ต.ค.๖๑	สสจ.
	-ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุก	จนท.คลินิกวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานอำเภอ พยาบาลคลินิก DM,HIV,COPD ผู้รับผิดชอบเรือนจำ รวม๕๐คน	ก.พ.๖๒	สสจ
๓.	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรป้องกันและควบคุมโรควัณโรคจ.ตรังปี๒๕๖๒			
	-เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลและอำเภอจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานป้องกันควบคุมโรควัณโรคและวัณโรคดื้อยา		ม.ค.๖๒-มี.ค..๖๒	รพ.ทุกแห่ง,สสอ.
	-ประชุมคณะทำงานป้องกัน ควบคุมวัณโรค ชี้แจงแนวทางการจัดตั้ ง Case management team กำหนดแนวทางการดำเนินงานและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกพร้อมถือปฏิบัติ	ประธาน,รองประธาน, เลขาธิการตามคำสั่งคณะทำงาน,จนท.คลินิกวัณโรคจนท.งานชันสูตร, ผู้รับผิดชอบงานอำเภอ รวม ๔๕คน	มี.ค.๖๒	สสจ.
	-ประชุมทีมเครือข่ายในการค้นหาผู้ป่วย	หน.กลุ่มเวชปฏิบัติแพทย์,จนท.คลินิกวัณ	พ.ค.๖๒	สสจ.

	เชิงรุกในคลินิกและชุมชน			
ลำดับที่	**แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก**	**เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ**	**ระยะเวลา**	**ผู้รับผิดชอบ**
		โรค,จนทงานชันสูตร พยาบาลIC, ผู้รับผิดชอบงาน อำเภอ รวม ๕๐ คน		
๔.	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรป้องกันและควบคุมโรควัณโรคจ.ตรังปี๒๕๖๒ -ประชุมติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน(DOT MEETING)	จนท.คลินิกวัณโรค, ผู้รับผิดชอบคลินิก DMHIVผู้สูงอายุ, ตัวแทนรพ.สต., ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอ รวม ๖๐คน	มี.ค๖๒, ก.ค.๖๑	สสจ.
๕	พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลและระบบการส่งต่อ ผ่านโปรแกรมTBCM -ประชุมติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกเดือน	รพ, สสอ	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	สสจ.ตรัง ร่วมกับรพ.ตรัง
๖	เร่งรัดการส่งตรวจDSTในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง	รพ.	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	รพ.
๗	การนิเทศ กำกับ ติดตาม ประเมินผล	รพ,สสอ.ทุแห่ง	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	สสจ.ตรัง

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑) ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรอบ๓ เดือนจำนวน ๑๔๗ ราย (ร้อยละ๑๗.๘) ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๘๒.๕ ของที่คาดการณ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็น Active case ๔๔ รายคิดเป็น ร้อยละ๒๙.๙, Passive case ๑๐๓ ราย คิดเป็น ร้อยละ๗๐.๑

๒) ผลการดำเนินงานภาพรวมของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนไตรมาส๑/๖๑ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๐) ยังมีอัตราตายร้อยละ๗.๖ ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ๕ และ สาเหตุการตายส่วนมากเป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วมได้แก่ DM, ปอดบวม และอัตราการขาดยาร้อยละ ๑.๘ ซึ่งไม่ได้ตามเป้าหมายขาดยาต้องเป็นศูนย์ และยังมีการขาดยาในบางพื้นที่

๓) อัตราการการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงคิดเป็นร้อยละ๘๘ ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐ แต่ยังต่ำในบางพื้นที่ และการส่งตรวจ DST ของผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงจำนวน ๔๔ รายจะส่งศูนย์วัณโรคที่ ๑๒ จังหวัดยะลา ๒๕ ราย ส่ง N-Health ๑๙ รายเนื่องจาก N-Health เพาะเชื้อในอาหารเหลวใช้เวลา๖ สัปดาห์แล้วรายงานผล โดยศูนย์วัณโรค ๑๒ จังหวัดยะลาเพาะเชื้อในอาหารเหลวใช้เวลา ๖ สัปดาห์และเพาะเชื้อในอาหารแข็ง ๘ สัปดาห์แล้วรายงานผล ทำให้โรงพยาบาลตรังส่วนใหญ่จะส่ง N-Health และในภาพรวมไม่ได้ส่งตรวจ DST ๖ ราย เนื่องจากไม่ได้สั่งส่งตรวจและบางรายขาดยาติดต่อไม่ได้

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑) ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคได้ตามเป้าหมาย แต่อัตราตาย ร้อยละ๗.๖ ซึ่งเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ๕ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและมีโรคร่วม และอัตราการขาดยาคิดเป็นร้อยละ๑.๘ อัตราการโอนออกคิดเป็นร้อยละ๑.๘ ๒) การส่งตรวจDSTในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงของรพ.ตรังส่วนใหญ่จะส่งตรวจ DST ของ N-Health มากกว่าส่งที่ศูนย์วัณโรค ๑๒ จังหวัดยะลาและบางรายไม่ได้ส่งตรวจ DST	๑) ร่วมกับรพ.ตรังจัดประชุมติดตามผลการดำเนินงานเพื่อวิเคราะห์ปัญหากรณีผู้ป่วยตาย ขาดยา โอนออก การส่งตรวจDSTในผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูง(Relapse, Failure, Treatment after default, other) เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

๗. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

❖ **ประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาศักยภาพแนวทางการคัดกรอง วัณโรค**







❖ **ประชุมชี้แจงตัวชี้วัดแนวทางการดำเนินงานและติดตามความก้าวหน้า**







ผู้รายงาน นางนงลักษณ์ ทวนชีพ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.ตรัง
โทร. ๐๘๑-๔๑๕-๑๕๘๘
e-mail nonghos@hotmail.com
และ
ผู้รายงาน นางรุ่งฤดี อุคคติ
ตำแหน่ง พยาบาลชำนาญการ รพ.ตรัง
มือถือ : ๐๘๕-๖๕๖๓๘๔๑
E-mail : rungicu๑๙๖๙@gmail.com

วันที่รายงานข้อมูล วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๓. Service plan สาขา RDU-AMR
ตัวชี้วัด ๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

ตัวชี้วัด ๑๔.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (RDU ขั้นที่ ๑≥ ร้อยละ ๙๕ RDU ขั้น ที่ ๒≥ ร้อยละ ๒๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามกุญแจ PLEASE

๑.๒ รพ.สต. ส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ

RDU ขั้นที่ ๑ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	
RDU Hospital	**RDU PCU**
๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ดังนี้ รพ.ระดับ A≥๗๕%, S≥๘๐%, M๑-M๒≥๘๕%, F๑-F๓≥๙๐% ๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ มีกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU โดยคณะกรรมการ PTC อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการนำ นโยบายไปสู่การปฏิบัติ (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓) ๓. ตัวชี้วัดที่ ๓ จัดทำฉลากยามาตรฐานที่มีชื่อยาภาษาไทย และคำเตือนในยา ๑๓ กลุ่ม (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓) ๔. ตัวชี้วัดที่ ๔ มีรายการยาที่ควรตัดออกจากบัญชียาโรงพยาบาลที่ ยังคงอยู่ไม่เกิน ๑ รายการ จากรายการยาที่กำหนด ๘ รายการ ๕. ตัวชี้วัดที่ ๕ มีการดำเนินงานส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อ และส่งเสริมการขายยา (ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓)	**รพ.สต.ในอำเภอ ≥ ๔๐%** ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
RDU ขั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	
RDU Hospital	**RDU PCU**
๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติ ครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด (ปี ๒๕๖๒ เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ ๓๐ % และ รพช.≤ ๒๐%, AD ≤ ๒๐%, FTW ≤ ๕๐ %, APL ≤ ๑๕ %) ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ≤๑๐ ๔. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง (eGFR ‹ ๖๐ ml/min/๑.๗๓ m^2) ≤ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	**รพ.สต.ในอำเภอ ≥ ๖๐%** ผ่านเกณฑ์เป้าหมายการใช้ยาปฏิชีวนะทั้ง ๒ กลุ่มโรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

Small Success

ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	ไตรมาส ๔
RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๐ RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๘๕ RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๙๐ RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๕	RDU ขั้นที่ ๑≥ ร้อยละ ๙๐ RDU ขั้นที่ ๒ ≥ร้อยละ ๒๐

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พบว่า จังหวัดตรัง มีเครือข่ายโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ทั้งหมด ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้แก่โรงพยาบาลสิเกา และห้วยยอด ปัญหาสำคัญของจังหวัดตรังคือ การลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ใน ๔ กลุ่มโรคในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ซึ่งผ่านเกณฑ์เพียง ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกาและห้วยยอด รองลงมาเป็นการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งดำเนินการได้ผ่านเกณฑ์เพียง ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกันตัง ย่านตาขาว สิเกาและห้วยยอด

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) ผลการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ไตรมาสแรก พบว่า จังหวัดตรัง มีเครือข่ายโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ทั้งหมด ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา และ นาโยง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวม จังหวัดตรัง
๑.	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	เป้าหมาย ๑	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๒	**๑ แห่ง**
		ผลงาน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	**ผ่าน**	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	**ผ่าน**	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	๒
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๒๐**
		เป้าหมาย ๒	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๑	**๘ แห่ง**
		ผลงาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	๑๐
		อัตรา/ร้อยละ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	**๑๐๐**

<u>ที่มาข้อมูล</u> : โปรแกรมรายงานการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ณ วันที่ ๑๐ เดือน มกราคม ๒๕๖๒

ผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ จังหวัดตรัง ไตรมาส ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำแนกรายโรงพยาบาล

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3	RDU 1 (ขั้นที่1)					RDU1 (ขั้นที่ 2)							RDU 2			สรุปผลการประเมิน RDU	
		1) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	2) การดำเนินงานของ PTC ในการชี้นำส่งเสริม RDU	3) รายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รพ.	4) การจัดทำฉลากมาตรฐาน	5) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค				5) ร้อยละการใช้ Gliben clamide ใน DM สูงอายุ/ไต ระดับ 3	6) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ระดับ 3	7.) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	6) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD				
							1) RI	2) AD	3) FTW	4) APL								
		ร้อยละ	ระดับ	จำนวน ..... รายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	.....ราย	ผ่าน	ทั้งหมด	ร้อยละ	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2
1.ตรัง	A	**91.21**	**3**	**1**	**4**	**3**	25.49	21.23	55.21	**7.99**	**0**	**0.53**	**0**	**17**	**22**	**77.27**	√	X
2.ห้วยยอด	M2	**93.79**	**3**	**0**	**4**	**3**	22.21	**15.80**	**49.82**	**5.31**	**0**	**0**	**0**	**22**	**22**	**100**	√	X
3.ย่านตาขาว	F1	**95.58**	**3**	**1**	**4**	**3**	23.45	26.89	61.89	**3.03**	**0**	**0**	**0**	**14**	**16**	**87.50**	√	X
4.กันตัง	F1	**93.55**	**3**	**1**	**3**	**4**	**10.90**	37.85	66.81	**5.33**	**0.12**	**0.19**	**0**	**19**	**21**	**90.48**	√	X
5.นาโยง	M2	**92.35**	**3**	**1**	**3**	**3**	**18.42**	**17.84**	**45.56**	**8.51**	**0**	**0.61**	**0**	**8**	**8**	**100**	√	√
6.ปะเหลียน	F2	**90.10**	**3**	**0**	**4**	**3**	**14.53**	20.85	**40.57**	13.11	**0**	**0.46**	**0**	**19**	**19**	**100**	√	X
7.สิเกา	F2	**94.50**	**3**	**1**	**3**	**3**	**8.52**	**16.01**	**34.74**	**8.00**	**0**	**0**	**0**	**7**	**9**	**77.78**	√	√
8.วังวิเศษ	F2	**91.53**	**3**	**1**	**4**	**3**	**18.90**	30.26	63.34	20.83	**0**	**0**	**0**	**6**	**7**	**85.71**	√	X
9.รัษฎา	F2	**94.64**	**3**	**1**	**3**	**3**	**14.55**	26.86	64.21	**8.57**	**0**	**0.26**	**0**	**6**	**6**	**100**	√	X
10.หาดสำราญฯ	F3	**95.94**	**3**	**1**	**3**	**3**	**13.29**	**10.53**	50.42	**0**	**0**	**0**	**0**	**4**	**4**	**100**	√	X
เกณฑ์เป้าหมาย		**รพ.ระดับ A≥75% S≥80% M1-M2≥85% F1-F3≥ 90%**	**ระดับ 3**	**≤1 รายการ**	**ระดับ 3**	**ระดับ 3**	**≤ร้อยละ 20**	**≤ร้อยละ 20**	**≤ร้อยละ 40**	**≤ร้อยละ 10**	**ร้อยละ 5**	**ร้อยละ 10**	**0**	**ขั้น 1≥ร้อยละ 40 ขั้น 2≥ร้อยละ 60**			**√=ผ่าน X=ไม่ผ่าน**	

สรุปผลการดำเนินงาน

1) A = จำนวน รพ. ที่ผ่าน
   ขั้นที่ 1 ภาพรวมจังหวัดจำนวน ....10.....แห่ง
   ขั้นที่ 2 ภาพรวมจังหวัดจำนวน .....2.....แห่ง
   ขั้นที่ 3 ภาพรวมจังหวัดจำนวน .....0.....แห่ง
2) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัดจำนวน .....10..... แห่ง
3) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในจังหวัด (A/B)x100
   ขั้นที่ 1 คิดเป็นร้อยละ.....100.....
   ขั้นที่ 2 คิดเป็นร้อยละ.....20.....
   ขั้นที่ 3 คิดเป็นร้อยละ.....0.....

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาส ๑ พบว่า จังหวัดตรัง มีเครือข่ายโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ทั้งหมด ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๒๐ ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกาและ นาโยง ปัญหาสำคัญของจังหวัดตรังคือ การลดการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็นใน ๔ กลุ่มโรค **ในโรงพยาบาล** โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ซึ่งผ่านเกณฑ์เพียง ๓ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา นาโยง และปะเหลียน รองลงมาการใช้ยาปฏิชีวนะใน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งผ่านเกณฑ์ ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา นาโยง ห้วยยอดและหาดสำราญฯ

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/ พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ประชุมติดตามตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน	คณะกรรมการ RDU	รายไตรมาส	นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ
๒.	รณรงค์ สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่ และประชาชนอย่างสม่ำเสมอ	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ/ ทุกอำเภอ	ม.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน RDU
๓.	บูรณาการร่วมกับ Service Plan อื่นๆ และงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ/ ทุกอำเภอ	ก.พ.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน RDU
๔.	ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมในรพ.สต. และครัวเรือน	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ประชาชน/ ทุกอำเภอ	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน RDU
๕.	เฝ้าระวังและจัดการการกระจายยาต้านจุลชีพสเตียรอยด์และNSAIDs ในร้านชำ/ชุมชน	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ประชาชน ร้านชำ/ ทุกอำเภอ	ก.พ.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน RDU
๖.	ติดตามผลการดำเนินงานและส่งคืนข้อมูลแก่พื้นที่ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต.	ทุกอำเภอ	ธ.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน RDU

๕. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาในทุกระดับให้มีความตระหนักในการสั่งใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

๒. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการ PTC ในการขับเคลื่อน Service Plan-RDU แต่ละแห่ง

๓. ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ยาของประชาชน

๔. การรณรงค์ สร้างความตระหนักให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ผู้สั่งใช้ยาบางท่าน ไม่ยอมรับ CPG ที่มีอยู่	๑. ให้แพทย์แต่ละสาขา หาข้อสรุปร่วมกันและจัดทำ CPG กลางและประกาศใช้ทั่วประเทศ
๒. ขาดการประชาสัมพันธ์ในภาพรวมประเทศที่เข้าถึงประชาชน	๒. ผลิตสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ วิทยุ เพื่อประชาสัมพันธ์ในภาพรวมระดับประเทศ ให้เข้าถึงประชาชน

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)





ประชุมมอบนโยบาย RDU และมอบรางวัล RDU ขั้น๓ โดย นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข





ประชุมมอบนโยบาย RDU และมอบรางวัล RDU ขั้น๓ โดย นพ.พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้รายงาน นางสุพัตรา คงจริง
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทร ๐๗๕-๒๐๕-๖๑๕ ต่อ ๒๑๐
Email: fdatrang@hotmail.com

ผู้รายงาน นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๗๕-๒๐๕-๖๒๕
Email: fdatrang@hotmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒

ตัวชี้วัด ๑๔.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการระดับ Intermediate (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล ๕ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่

๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยา
๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ
๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship)
๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IPC)
๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและการพัฒนาระบบของ รพ.

Small Success

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
	AMR ขั้น Intermediate ≥ ๑๐ %		AMR ขั้น Intermediate ≥ ๒๐ %

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดตรัง โดยจังหวัดตรังมีโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลตรัง ซึ่งพบว่า มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ มีแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยเน้นการทำงานอย่างบูรณาการ ตามกิจกรรมสำคัญของโรงพยาบาล ๕ กิจกรรม ได้แก่ (๑) การกำหนดนโยบายโดยคณะกรรมการบริหารจัดการ AMR (๒) การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาคลินิก (๓) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (๔) การเฝ้าระวัง การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล รวมทั้ง (๕) การวิเคราะห์ สถานการณ์ต่างๆ เชื่อมโยงสภาพปัญหาและนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมของโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป จังหวัดตรัง ยังไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ Intermediate (AMR ขั้น Intermediate ≥ ๑๐ % ของ รพศ./ รพท.ทั้งหมด)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	ภาพรวมจังหวัด
๑	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : (small success) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	**เป้าหมาย** (จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด)	๑ (รพ.ตรัง)	๑ (รพ.ตรัง)
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	๐	๐
		ร้อยละ	๐	๐

ที่มาข้อมูล : รายงานผลการประเมินตนเองระบบการจัดการ AMR รพ.ตรัง ณ วันที่ ๑๐ เดือน มกราคม ๒๕๖๒

ผลการประเมินตนเองตามระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) รวม ๕ กิจกรรมของ โรงพยาบาลตรัง สามารถดำเนินการตามระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการได้ ๒๓๙ คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับ ๒ นั่นคือ มีการดำเนินการพื้นฐาน (Basic)

โรงพยาบาล	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)		
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ประเมินตนเอง	การแปลผล
โรงพยาบาลตรัง	๕๐๐	๒๓๙	ระดับ ๒

จากการประเมินตนเอง พบว่า กิจกรรมสำคัญในระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ที่ทำให้โรงพยาบาลตรังยังไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย ได้แก่ ๑) การขาดเป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน ๒) การสร้างระบบ Lab Alert ที่ดี เพื่อทำให้เฝ้าระวังเชื้อดื้อยาได้ ๓) การมีระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม ๔) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานที่ไม่เอื้อต่อการจัดการ AMR โดยเฉพาะประเด็นการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งพบว่า ประเด็นสำคัญจากการประเมินตนเองเหล่านี้ สามารถสร้างโอกาสพัฒนาเพื่อให้โรงพยาบาลตรังมีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ให้ผ่านระดับ ๓ มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate) ได้

การประเมินตนเอง (self-assessment) ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาลตาม ๕ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) (๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) (๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล ซึ่งการแปลผล จะแบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

ระดับ	**การแปลผลการประเมิน**	**คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน**
ระดับ ๑	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	< ๑๕๐ คะแนน
ระดับ ๒	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	≥ ๑๕๐ – ๒๕๐ คะแนน
ระดับ ๓	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	≥ ๒๕๐ – ๓๕๐ คะแนน
ระดับ ๔	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	≥ ๓๕๐ คะแนน

ผลการประเมินตนเอง (self-assessment) ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาลตาม ๕ กิจกรรมสำคัญ โรงพยาบาลตรัง

มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม		
(๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ	**รายละเอียดการประเมิน ๕ กิจกรรมสำคัญ**		
	หมายเหตุ * เป็นข้อบังคับขั้น basic สามารถ download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv	คะแนน	ผลการประเมิน
	๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (๑๐๐ คะแนน)		
	(๑) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR *	**๕**	**๕**
	(๒) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ *	**๑๐**	**๕**
	(๓) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน *	**๑๐**	**๕**
	(๔) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR *	**๑๐**	**๑๐**
	(๕) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน	**๒๐**	**๑๐**
	(๖) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์ เครื่องมือ และบุคลากร เพื่อการแก้ไขปัญหา	**๒๐**	**๕**
	(๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน	**๒๕**	**๐**
(๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	**๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน)**		
	(๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน*	**๑๐**	**๑๐**
	(๒) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน*	**๕**	**๕**
	(๓) ระบบ Lab Alert *	**๑๐**	**๗**
	(๔) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ	**๑๐**	**๕**
	(๕) การจัดทำ Antibiogram ตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	**๑๐**	**๕**
	(๖) การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	**๒๐**	**๕**
	(๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์	**๑๐**	**๕**
	(๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R๒R	**๑๐**	**๐**
	(๙) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST)	**๕**	**๕**
	(๑๐) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร. เขต	**๑๐**	**๕**

มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	คะแนน	ผลการประเมิน
(๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship)	**๓. การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (๑๐๐ คะแนน)**		
	(๑) การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล และในเครือข่าย *	๕	๕
	(๒) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะ ได้แก่ RI, AD, FTW, APL *	๕	๓
	(๓) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ *	๕	๕
	(๔) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อย และกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง *	๑๕	๕
	(๕) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา *	๓๐	๒๐
	(๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	๑๕	๘
	(๗) การสอนและฝึกอบรมทักษะ	๑๐	๕
	(๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม	๑๐	๐
	(๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	๕	๐
(๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC)	**การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. (๑๐๐ คะแนน)**		
	(๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ *	๕	๕
	(๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ *	๕	๓
	(๓) รพ.มีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR *	๑๐	๕
	(๔) IPC guideline *	๕	๓
	(๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	๑๐	๕
	(๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak)	๑๐	๕
	(๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ	๑๐	๑๐
	(๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ	๑๐	๕
	(๙) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance)	๑๕	๑๐
	(๑๐) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยา ทั้ง colonization และ infection	๑๐	๑๐
	(๑๑) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC	๑๐	๑๐

มาตรการดำเนินการ	แนวทางการตรวจติดตาม	คะแนน	ผลการประเมิน
(๕) พัฒนาการจัดการสารสนเทศเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล	**(๑) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (๑๐๐ คะแนน)**		
	(๑) การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล	**๕๐**	**๐**
	(๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	**๓๐**	**๒๐**
	(๓) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	**๑๐**	**๕**
	(๔) การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง	**๑๐**	**๕**
รวมคะแนนทั้งหมด		**๕๐๐**	**๒๓๙**

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ Lab Alert, QR code Antibiogram	เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ/ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ม.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน AMR
๒.	พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC) ปรึกษาผ่านกลุ่มไลน์ ระบบส่งต่อ การดูแลสู่ชุมชน	ทีม IC/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ม.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน AMR
๓.	พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ ควบคุมการใช้ยากลุ่ม Carbapenem ระบบส่งต่อ ติดตามการใช้ยา Restricted Antibiotics ในเครือข่ายจังหวัดตรัง	เภสัชกร แพทย์ผู้สั่งใช้ยา/ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ม.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน AMR
๔.	อบรมบุคลากร KM การป้องกันและควบคุมการกระจายเชื้อดื้อยา มาตรฐานการเก็บสิ่งส่งตรวจ	ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ม.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน AMR

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

๑) การไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด
๒) การสื่อสารนโยบายและแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง
๓) การสื่อสารการปฏิบัติสู่ผู้มารับบริการ

๖. สรุปปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในภาพรวมของจังหวัดตรัง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. การขับเคลื่อนนโยบายยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม	๑. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแก้ไขปัญหาระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ทั้ง ๕ กิจกรรมสำคัญ ในเขตสุขภาพ หรือ ภาพรวมระดับประเทศ ๒. สร้างต้นแบบเพื่อการเรียนรู้
๒. การพัฒนาระบบรายงานผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัย	๒. ส่วนกลางพัฒนาระบบรายงานผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ทั่วประเทศ

๗. นวัตกรรม/ Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

กำหนดให้การสั่งใช้ยา Ertapenem Injection เป็น Document Therapy เท่านั้น โดยต้องมีรายงานผลความไวของเชื้อต่อยาประกอบด้วยทุกครั้งที่มีการสั่งใช้ หากมีการสั่งใช้ยาโดยไม่มีรายงานผลความไวของเชื้อต่อยาประกอบ หน่วยจ่ายยาจะแจ้งให้แพทย์พิจารณาใช้ยาตัวอื่นๆ ที่เหมาะสมทุกราย

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน



ประชุมคณะทำงาน AMR

ผู้รายงาน นางอารีย์ บูรพเกียรติ
ตำแหน่ง เภสัชกรเชี่ยวชาญ
เบอร์โทร ๐๗๕-๒๑๐-๕๐๐
Email: a-burapakiat@hotmail.com

ผู้รายงาน นางสุพัตรา คงจริง
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ
เบอร์โทร ๐๗๕-๒๐๕-๖๑๕ ต่อ ๒๑๐
Email: fdatrang@hotmail.com

ผู้รายงาน นางสาวจินตนา ชีวจตุรภัทร
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
โทร ๐๗๕-๒๐๑-๕๐๐
e-mail: a-burapakiat@hotmail.com

ผู้รายงาน นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ
ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ
เบอร์โทร ๐๗๕-๒๐๕-๖๒๕
Email: fdatrang@hotmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๑๕ มกราคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๔. Service plan สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (หลอดเลือดสมอง /STROKE)

ตัวชี้วัดที่ ๑๕. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) <ร้อยละ ๗

๑๕.๑ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๖๓) <ร้อยละ ๕

๑๕.๒ ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒)<ร้อยละ ๒๕

๑๔.๓ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) ≥ ร้อยละ ๕๐

๑๔.๔ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit ≥ ร้อยละ ๔๐

๑๔.๕ ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที(door to operation room time) ≥ ร้อยละ ๖๐

๑. ประเด็นการติดตามประเมินผล

๑.๑ วางแผนพัฒนาบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง

๑.๒ Stroke Unit และ Stroke fast tract

๑.๓ การรักษา Ischemic และHemorrhagic stroke ใน Stroke Unit / ICU

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดตรัง มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๑ เท่ากับ ร้อยละ ๖.๒๙, ๓.๑๓ และ ๓.๕๓ ตามลำดับ ไม่เกินเป้าหมาย (<ร้อยละ ๗) ซึ่งเมื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองแตก รหัส I๖๐-๖๒๙ ร้อยละ๑๕.๕๖ มากกว่าหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน ร้อยละ ๑.๐๑ ข้อมูลการเข้าถึงบริการทันเวลาที่ ER ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง จังหวัดตรัง ปี๒๕๕๙-๒๕๖๑ ร้อยละ ๔๒.๘๙, ๔๒.๙ และ ๓๗.๒ ตามลำดับ ในส่วนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบ fast tract ใน ๒๐ นาที (ตั้งแต่รับไว้ใน ER จน Refer) ร้อยละ๘๕.๔๗ สามารถทำเวลาได้รวดเร็วขึ้นจากปี ๖๐ ร้อยละ ๗๗.๖๘ ในการนำส่งผู้ป่วยส่วนมากญาตินำส่งเอง จากการเก็บข้อมูลปี ๒๕๕๙ -๒๕๖๑ นำส่งด้วยระบบ EMS เพียงร้อยละ ๓.๑๗ ,๑๓.๖๗ และ ๑๒.๒๒ แสดงให้เห็นว่า ควรพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Stroke Alert) การเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และพัฒนาระบบ Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/ตัน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด RT-PA ได้ทันเวลาภายใน ๔.๕ ชม.(หลังมีอาการจนถึงการให้ยา) ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้เป็นปกติ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ หรือ Intermediate ในผู้ป่วย Stroke ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ในจังหวัดตรังมีความพร้อมเรื่องของบุคลากร

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (งวดแรก)

(๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗)					
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (A)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (B)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)
เมืองตรัง	๒๓	๘	๕๑๓	๑๓๑	๔.๔๘	๖.๑๐
กันตัง	๑๓	๓	๓๔๒	๘๓	๓.๘๐	๓.๖๑
ย่านตาขาว	๙	๒	๒๑๒	๖๐	๔.๒๕	๓.๓๓
ปะเหลียน	๖	๒	๒๐๒	๔๕	๒.๙๗	๔.๔๔
สิเกา	๓	๒	๑๔๑	๒๖	๒.๑๓	๗.๖๙
ห้วยยอด	๑๑	๗	๓๙๒	๑๐๓	๒.๘๑	๖.๗๙
วังวิเศษ	๒	๐	๑๔๖	๔๐	๑.๓๗	๐.๐๐
นาโยง	๘	๑	๑๖๗	๓๖	๔.๗๙	๒.๗๗
รัษฎา	๔	๐	๑๐๒	๒๕	๓.๙๒	๐.๐๐
หาดสำราญ	๑	๐	๔๙	๘	๒.๐๔	๐.๐๐
ต่างจังหวัด	๑๕	๐	๑๓๗	๒๙	๑๐.๙๕	๐.๐๐
ภาพรวม จ.ตรัง	๘๐	๒๕	๒,๒๖๖	๕๕๗	๓.๕๓	๔.๔๘
รวมต่างจังหวัด	๙๕	๒๕	๒,๔๐๓	๕๘๖	๓.๙๕	๔.๒๖

❖ **ผลงานปี ๒๕๖๑**

อำเภอ	รพ.ตรัง			รพช.			รวม		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองตรัง	๒๓	๕๑๓	๔.๔๘	-	-	-	๒๓	๕๑๓	๔.๔๘
กันตัง	๑๓	๓๑๖	๔.๑๑	๐	๒๖	๐.๐๐	๑๓	๓๔๒	๓.๘๐
ย่านตาขาว	๙	๑๙๘	๔.๕๕	๐	๑๔	๐.๐๐	๙	๒๑๒	๔.๒๕
ปะเหลียน	๖	๑๘๕	๓.๒๔	๐	๑๗	๐.๐๐	๖	๒๐๒	๒.๙๗
สิเกา	๓	๙๔	๓.๑๙	๐	๔๗	๐.๐๐	๓	๑๔๑	๒.๑๓
ห้วยยอด	๑๑	๓๕๒	๓.๑๓	๐	๔๐	๐.๐๐	๑๑	๓๙๒	๒.๘๑
วังวิเศษ	๒	๑๒๙	๑.๕๕	๐	๑๗	๐.๐๐	๒	๑๔๖	๑.๓๗
นาโยง	๘	๑๕๘	๕.๐๖	๐	๙	๐.๐๐	๘	๑๖๗	๔.๗๙
รัษฎา	๔	๙๒	๔.๓๕	๐	๑๐	๐.๐๐	๔	๑๐๒	๓.๙๒
หาดสำราญฯ	๑	๔๖	๒.๑๗	๐	๓	๐.๐๐	๑	๔๙	๒.๐๔
ต่างจังหวัด	๑๕	๑๓๗	๑๐.๙๕				๑๕	๑๓๗	๑๐.๙๕
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ ก.ย.๖๑)	๘๐	๒,๐๘๓	๓.๘๔	๐	๑๘๓	๐.๐๐	๘๐	๒,๒๖๖	๓.๕๓
รวมต่างจังหวัด	๙๕	๒,๒๒๐	๔.๒๘	๐	๑๘๓	๐.๐๐	๙๕	๒,๔๐๓	๓.๙๕
A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย(I๖๐-I๖๙)				B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน(I๖๐-I๖๙)					

(๒) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๒๕)					
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒)(C)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒)(D)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	**๒๕๖๒(งวดแรก)**	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒(งวดแรก)**	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒(งวดแรก)**
เมืองตรัง	๑๖	๖	๘๙	๒๔	๑๗.๙๘	๒๕.๐๐
กันตัง	๑๑	๓	๔๕	๑๑	๒๔.๔๔	๒๗.๒๗
ย่านตาขาว	๗	๒	๔๓	๑๖	๑๖.๒๘	๑๒.๕๐
ปะเหลียน	๖	๒	๔๓	๗	๑๓.๙๕	๒๘.๕๗
สิเกา	๓	๑	๒๒	๔	๑๓.๖๔	๒๕
ห้วยยอด	๖	๕	๖๖	๑๖	๙.๐๙	๓๑.๒๕
วังวิเศษ	๑	๐	๒๒	๖	๔.๕๕	๐.๐๐
นาโยง	๗	๐	๓๑	๕	๒๒.๕๘	๐.๐๐
รัษฎา	๔	๐	๒๒	๑	๑๘.๑๘	๐.๐๐
หาดสำราญ	๐	๐	๙	๒	๐.๐๐	๐.๐๐
ต่างจังหวัด	๑๐	๐	๓๖	๑๐	๒๗.๗๘	๐.๐๐
ภาพรวม จ.ตรัง	๖๑	๑๙	๓๙๒	๙๒	๑๕.๕๖	๒๐.๖๕
รวมต่างจังหวัด	๗๑	๑๙	๔๒๘	๑๐๒	๑๖.๕๙	๑๘.๖๒

❖ **ผลงานปี ๒๕๖๑**

อำเภอ	รพ.ตรัง			รพช.			รวม		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๖	๘๙	๑๗.๙๘				๑๖	๘๙	๑๗.๙๘
กันตัง	๑๑	๔๕	๒๔.๔๔	๐	๐	๐.๐๐	๑๑	๔๕	๒๔.๔๔
ย่านตาขาว	๗	๔๐	๑๗.๕๐	๐	๓	๐.๐๐	๗	๔๓	๑๖.๒๘
ปะเหลียน	๖	๔๐	๑๕.๐๐	๐	๓	๐.๐๐	๖	๔๓	๑๓.๙๕
สิเกา	๓	๑๙	๑๕.๗๙	๐	๓	๐.๐๐	๓	๒๒	๑๓.๖๔
ห้วยยอด	๖	๕๙	๑๐.๑๗	๐	๗	๐.๐๐	๖	๖๖	๙.๐๙
วังวิเศษ	๑	๒๑	๔.๗๖	๐	๑	๐.๐๐	๑	๒๒	๔.๕๕
นาโยง	๗	๓๑	๒๒.๕๘	๐	๐	๐.๐๐	๗	๓๑	๒๒.๕๘
รัษฎา	๔	๑๗	๒๓.๕๓	๐	๕	๐.๐๐	๔	๒๒	๑๘.๑๘
หาดสำราญฯ	๐	๙	๐.๐๐	๐	๐	๐.๐๐	๐	๙	๐.๐๐
ต่างจังหวัด	๑๐	๓๖	๒๗.๗๘				๑๐	๓๖	๒๗.๗๘
ภาพรวมจังหวัด	๖๑	๓๗๐	๑๖.๔๙	๐	๒๒	๐.๐๐	๖๑	๓๙๒	๑๕.๕๖
รวมต่างจังหวัด	๗๑	๔๐๖	๑๗.๔๙	๐	๒๒	๐.๐๐	๗๑	๔๒๘	๑๖.๕๙
A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย(I๖๐-I๖๒)				B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน(I๖๐-I๖๒)					

(๓) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๖๓) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๖๓) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕)					
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓)(E)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓)(F)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (E/F) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	**๒๕๖๒(งวดแรก)**	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒(งวดแรก)**	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒(งวดแรก)**
เมืองตรัง	๗	๒	๔๒๔	๑๐๗	๑.๖๕	๑.๘๗
กันตัง	๒	๐	๒๙๗	๗๒	๐.๖๗	๐.๐๐
ย่านตาขาว	๒	๐	๑๖๙	๔๔	๑.๑๘	๐.๐๐
ปะเหลียน	๐	๐	๑๕๙	๓๘	๐.๐๐	๐.๐๐
สิเกา	๐	๑	๑๑๙	๒๒	๐.๐๐	๔.๕๕
ห้วยยอด	๕	๒	๓๒๖	๘๗	๑.๕๓	๒.๓๐
วังวิเศษ	๑	๐	๑๒๔	๓๔	๐.๘๑	๐.๐๐
นาโยง	๑	๑	๑๓๖	๓๑	๐.๗๔	๓.๒๓
รัษฎา	๐	๐	๘๐	๒๔	๐.๐๐	๐.๐๐
หาดสำราญ	๑	๐	๔๐	๖	๒.๕๐	๐.๐๐
ต่างจังหวัด	๕	๐	๑๐๑	๑๙	๔.๙๕	๐.๐๐
ภาพรวมจ.ตรัง	๑๙	๖	๑,๘๗๔	๔๖๕	๑.๐๑	๑.๒๙
ต่างจังหวัด	๒๔	๖	๑,๙๗๕	๔๘๔	๑.๒๒	๑.๒๓

❖ **ผลงานปี ๒๕๖๑**

อำเภอ	รพ.ตรัง			รพช.			รวม		
	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ	A	B	ร้อยละ
เมืองตรัง	๗	๔๒๔	๑.๖๕				๗	๔๒๔	๑.๖๕
กันตัง	๒	๒๗๑	๐.๗๔	๐	๒๖	๐.๐๐	๒	๒๙๗	๐.๖๗
ย่านตาขาว	๒	๑๕๘	๑.๒๗	๐	๑๑	๐.๐๐	๒	๑๖๙	๑.๑๘
ปะเหลียน	๐	๑๔๕	๐.๐๐	๐	๑๔	๐.๐๐	๐	๑๕๙	๐.๐๐
สิเกา	๐	๗๕	๐.๐๐	๐	๔๔	๐.๐๐	๐	๑๑๙	๐.๐๐
ห้วยยอด	๕	๒๙๓	๑.๗๑	๐	๓๓	๐.๐๐	๕	๓๒๖	๑.๕๓
วังวิเศษ	๑	๑๐๘	๐.๙๓	๐	๑๖	๐.๐๐	๑	๑๒๔	๐.๘๑
นาโยง	๑	๑๒๗	๐.๗๙	๐	๙	๐.๐๐	๑	๑๓๖	๐.๗๔
รัษฎา	๐	๗๕	๐.๐๐	๐	๕	๐.๐๐	๐	๘๐	๐.๐๐
หาดสำราญฯ	๑	๓๗	๒.๗๐	๐	๓	๐.๐๐	๑	๔๐	๒.๕๐
ต่างจังหวัด	๕	๑๐๑	๔.๙๕				๕	๑๐๑	๔.๙๕
ภาพรวมจังหวัด	๑๙	๑,๗๑๓	๑.๑๑	๐	๑๖๑	๐.๐๐	๑๙	๑,๘๗๔	๑.๐๑
รวมต่างจังหวัด	๒๔	๑,๘๑๔	๑.๓๒	๐	๑๖๑	๐.๐๐	๒๔	๑,๙๗๕	๑.๒๒
A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (I๖๓)				B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน จากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (I๖๓)					

(๔) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time)(≥ร้อยละ ๕๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๕๐)					
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึง รพ. (OPD/ER)(รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (G)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (H)		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (G/H) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)
ภาพรวมจังหวัดตรัง	๘๑	๑๔	๘๗	๑๖	๙๓.๑๐ (๘๑/๘๗)	๘๗.๕๐ (๑๔/๑๖)

(๕) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๔๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๔๐)					
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙)(I)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙)(I)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙)(I)	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)
ภาพรวมจังหวัดตรัง	๗๕๒	๒๐๐	๑,๗๗๓	๔๘๔	๔๒.๔๑ (๔๕๒/๑,๗๗๓)	๔๑.๑๓ (๒๐๐/๔๘๔)

(๖) ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๖๐)

อำเภอ/ จังหวัด	ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time) (เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๖๐)					
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลและนับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(งวดแรก)
ภาพรวมจังหวัดตรัง	NA	๑๒	NA	๑๕	NA	๘๐ (๑๒/๑๕)

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ประชุมวิชาการการแลกเปลี่ยนและเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเครือข่ายสุขภาพจังหวัดตรัง	รพช./รพสต.ในเขตเมือง	๒๑-๒๒ ม.ค.๖๒	พญ.ภัทรนันท์ เหลืองดิลก น.ส.พิมใจ หอยบาง

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

อัตราตายน้อยกว่าเป้าหมายร้อยละ ๗ จากกระบวนการดูแลทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างเข้มแข็ง เพิ่มการรับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลตรัง และเครือข่ายเข้มแข็ง

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
การเข้าถึงบริการทันเวลา ๔.๕ ชม. ที่ รพ.ตรัง เพื่อให้ได้รับยาละลายลิ่มเลือด ยังไม่ถึงเป้าหมาย ผลงานปี ๕๙-๖๐ ร้อยละ ๑๘.๑๙ และ ๑๗.๗๙	ให้ยา HPA ที่รพ.ห้วยยอด	มีเครื่อง CT Scan รพ.ห้วยยอด

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง/ ต่อผู้บริหาร/ ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

❖ **โรงพยาบาลตรัง และ สสจ.ลงนิเทศ เยี่ยม ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รพ.ทุกแห่ง**





❖ การอบรมจัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับเบื้องต้น



ผู้รายงาน นางสาวพิมใจ หอยบาง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๙๕ ๔๑๓ ๕๖๙๔
Email : ๒๕๐๘tonttong@ hotmail.com
ข้อมูล วัน ที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก/หัวข้อ ๔. Service plan สาขาอายุรกรรม
ตัวชี้วัด ๑๖. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community–acquired(<ร้อยละ ๓๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- **ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

๑.๑ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community –acquired น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

- **ประเด็นการตรวจติดตาม**

๑. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ ๙๐ และ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากจุดคัดกรองจนถึงเวลาได้รับ Antibiotic)
๒. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐
๓. อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml /kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ ๙๐
๔. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.แรก ≥ ร้อยละ ๓๐
๕. มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response system และ Rapid Response Team ในโรงพยาบาลประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรังปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)
- ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป้าหมาย < ร้อยละ ๓๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๑ จากโปรแกรม Hos XP) ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๙๘

อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๑๘

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml /kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๘

อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.แรกเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๙๙

- ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป้าหมาย < ร้อยละ ๓๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ จากโปรแกรม Hos XP) ผลการดำเนินงาน พบว่าภาพรวมสูงกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒๕ ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ ๒๓.๙๑ ได้รับการวินิจฉัยเป็น septicemia และรองลงมาร้อยละ ๑๗.๕๘ ได้รับการวินิจฉัยเป็น pneumonia จึงได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างต่อเนื่อง มีการใช้ SIRS criteria ในการประเมินผู้ป่วยร่วมกับ quick SOFA และใช้ SOS Score ในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงของพยาบาลวิชาชีพ

อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๓๒

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

อัตราการได้รับ IV fluid ๓๐ ml /kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๙๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๕๓

อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.แรกเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๐.๗๑

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น) ผลงานงวดที่ ๑/๒๕๖๒

(๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community –acquired < ร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	(A)	(B)	(C)	(D)	(A + C) / D x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๒๒	๐	๑๓	๑๑๒	๓๑.๒๕	
กันตัง	-	-	-	-	-	
ย่านตาขาว	-	-	-	-	-	
ปะเหลียน	-	-	-	-	-	
สิเกา	-	-	-	-	-	
ห้วยยอด	-	-	-	-	-	
วังวิเศษ	-	-	-	-	-	
นาโยง	-	-	-	-	-	
รัษฎา	-	-	-	-	-	
หาดสำราญ	-	-	-	-	-	
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ ๓๐มค.๖๒)	๒๒	๐	๑๓	๑๑๒	๓๑.๒๕	

สูตรคำนวณ = (A+C) / D × ๑๐๐

- A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

- B = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication)

และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๒ ดีขึ้น

- C = จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕) โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = ๒ ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = ๓ ไม่ดีขึ้น

- D = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

(๒) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ≥ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	(A)	(B)	(A/B)x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๖๓	๖๓	๑๐๐	
กันตัง	๘	๘	๑๐๐	
ย่านตาขาว	๑๑	๑๒	๙๑.๖๗	
ปะเหลียน	๕	๖	๘๓.๓๓	
สิเกา	๒	๒	๑๐๐	
ห้วยยอด	๗	๗	๑๐๐	
วังวิเศษ	๔	๕	๘๐	
นาโยง	๒	๒	๑๐๐	
รัษฎา	๕	๕	๑๐๐	
หาดสำราญ	๒	๒	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ ๓๐ ม.ค. ๖๒)	๑๐๙	๑๑๒	๙๗.๓๒	

สูตรคำนวณ = (A/B) × ๑๐๐

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

(๓) อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ≥ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	(A)	(B)	(A/B) x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๖๓	๖๓	๑๐๐	
กันตัง	๘	๘	๑๐๐	
ย่านตาชาว	๑๒	๑๒	๑๐๐	
ปะเหลียน	๖	๖	๑๐๐	
สิเกา	๒	๒	๑๐๐	
ห้วยยอด	๗	๗	๑๐๐	
วังวิเศษ	๕	๕	๑๐๐	
นาโยง	๒	๒	๑๐๐	
รัษฎา	๕	๕	๑๐๐	
หาดสำราญ	๒	๒	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ ๓๐ ม.ค.๖๒)	๑๑๒	๑๑๒	๑๐๐	

สูตรคำนวณ = (A/B) × ๑๐๐

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

(๔) อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) ≥ ร้อยละ ๙๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	(A)	(B)	(A/B)x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๖๓	๕๘	๙๒.๐๖	
กันตัง	๘	๘	๑๐๐	
ย่านตาชาว	๑๒	๑๒	๑๐๐	
ปะเหลียน	๖	๖	๑๐๐	
สิเกา	๒	๒	๑๐๐	
ห้วยยอด	๗	๗	๑๐๐	
วังวิเศษ	๕	๕	๑๐๐	
นาโยง	๒	๒	๑๐๐	
รัษฎา	๕	๕	๑๐๐	
หาดสำราญ	๒	๒	๑๐๐	
ภาพรวม จ.ตรัง (ณ ๓๐ ม.ค.๖๒)	๑๐๗	๑๑๒	๙๕.๕๓	

สูตรคำนวณ = (A/B) × ๑๐๐

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชม

- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

(๕) อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน ๓ ชม. ≥ ร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	(A)	(B)	(A/B) x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๑๒	๑๑๒	๑๐.๗๑	
กันตัง	-	-	-	-
ย่านตาชาว	-	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-	-
สิเกา	-	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-	-
วังวิเศษ	-	-	-	-
นาโยง	-	-	-	-
รัษฎา	-	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-	-
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ ๓๐ มค.๖๒)	๑๒	๑๑๒	๑๐.๗๑	

สูตรคำนวณ = (A/B) × ๑๐๐

- A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้เข้า ICU ภายใน ๓ ชม.
- B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด

(๖) มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ. ประจำจังหวัด(ระดับ A และ S) โดย

๑. มีการจัดตั้งคระกรรมการ คณะทำงานโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลแต่งตั้งชัดเจน

๒. มีแนวทางการดำเนินการของ Rapid Response System ในโรงพยาบาลโดยมีหนังสือคำสั่ง
แนวทางโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

๓. เริ่มดำเนินการโดยมีทีม Rapid Response Team เพื่อการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วย sepsis โดยมีการนำเสนอผลงานในแต่ละเดือน มีการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรชัดเจน

วิธีการประเมินการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ใน รพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)

☑ ยังไม่ดำเนินการ = ยังไม่ได้ทำทุกข้อ
☐ เริ่มดำเนินการ = มีข้อ ๑
☐ กำลังดำเนินการ = มีข้อ ๑ และ ข้อ ๒
☐ ดำเนินการเรียบร้อย = มีครบทั้ง ๓ ข้อ

๔. แผนงาน – โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท. ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑	ทบทวน dead case: Septic shock		ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	PCT อายุรกรรม
๒	ปรับ CPG /Standing order for Sepsis/ Septic shock		ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒	PCT อายุรกรรม

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

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ศักยภาพของบุคลากรไม่เพียงพอในด้านความรู้และทักษะ/ไม่นำ standing order สู่การปฏิบัติ	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร (การฟื้นฟูวิชาการ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย)	
- ภาระงานของบุคลากร คนไม่เพียงพอกับงาน	- แพทย์เวรมีปริมาณไม่เพียงพอกับผู้ป่วยในเวร บ่าย/ ดึก - พยาบาล ๑ คน (ตึกสามัญ) ต้องดูแลผู้ป่วยภาวะช็อก มากกว่า ๒ คน ส่งผลให้การเฝ้าระวัง ติดตามผู้ป่วยไม่ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลง	
-ผู้ป่วย Septic shock ได้รับการดูแลใน ICU ค่อนข้างน้อย มีความล่าช้าในการเข้าถึงบริการ	- ควรมีการย้ายออกจากไอซียูเมื่อหมดข้อบ่งชี้	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบกฎหมาย

-

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางสุนิสา เดชพิชัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๘๑-๖๙๑๐๕๕๓
E-mail: sunisa.dech๐๕๗@gmail.com

ประเด็นหลัก/หัวข้อ ๔. Service plan สาขาอุบัติเหตุ
ตัวชี้วัด ๑๗. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A,S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- **ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น**

๑) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

- **ประเด็นการตรวจติดตาม**

๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care

๑.๑) อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ≥ ร้อยละ ๘๐

๑.๒) อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ≥ ร้อยละ ๖๐

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

๒.๑) ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause Analysis ร้อยละ ๑๐๐

๒.๒) อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) ≤ ร้อยละ ๔๕

๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

๓.๑) อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ ≥ ร้อยละ ๘๐

๓.๒) อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ≥ ร้อยละ ๘๐

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรังปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

- **ข้อมูลทั่วไป**

ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยปี ๖๒ ระยะเวลา ๓ เดือน รวม ๑๔,๓๕๗ ราย เฉลี่ย ๑๕๖ รายต่อวัน โดยแยกตามระดับความรุนแรง ดังนี้

๑) ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ(ระดับความรุนแรง ๑) เฉลี่ยจำนวน ๗๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๐
๒) ผู้ป่วยฉุกเฉินฉุกเฉิน(ระดับความรุนแรง ๒) เฉลี่ยจำนวน ๖,๐๖๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๒.๒๕
๓) ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน(ระดับความรุนแรง ๓) เฉลี่ยจำนวน ๕,๓๕๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๒๙
๔) ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง(ระดับความรุนแรง ๔)เฉลี่ยจำนวน ๑,๑๔๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๙๕
๕) ผู้ป่วยทั่วไป(ระดับความรุนแร ง๕) เฉลี่ยจำนวน ๑,๐๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๔๑

รับไว้โรงพยาบาลเฉลี่ย ๗๑๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๗๐

การบริการในห้องฉุกเฉิน

๑) ผู้ป่วยวิกฤติ (ESI level๑) เสียชีวิตใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากเข้ารับการรักษาที่ ER แล ะAdmit ปี ๖๒ เดือนตุลาคม ร้อยละ ๘.๐๖ เดือนพฤศจิกายน ร้อยละ ๑๐.๓๗ เดือนธันวาคม ร้อยละ ๑๐.๒๙

๒) อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บทางศีรษะรุนแรง ปี๕๙ ร้อยละ ๓.๒๙ ปี๖๐ ร้อยละ ๓.๓๘ ปี ๖๑ ร้อยละ ๑.๔๖ ปี๖๒ (๓เดือน) ร้อยละ ๓๒.๔๓

๓) อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย PS>๐.๗๕ ปี๕๙ ร้อยละ ๐.๒๕ ปี๖๐ ร้อยละ ๐.๓๒ ปี๖๑ ร้อยละ ๐.๕๗ ปี ๖๒ (๓ เดือน)ร้อยละ ๐

๔) อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน <๒ ชม. คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๓๘

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์(*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๓.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤต (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A)	จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง	๗๐	๗๓๒	๙.๕๖	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๑)	๗๐	๗๓๒	๙.๕๖	

๓.๒ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ใน รพ.ระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที (A)	จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดใน รพ. ระดับ A, S, M๑ และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง	๒	๒	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ พ.ย.๖๑)	๒	๒	๑๐๐	เวลาเฉลี่ย๑๘ นาที

๓.๓ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินที่ admit ภายใน ๒ ชม.(A)	จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่ admit ทั้งหมด (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง	๒,๗๓๙	๔,๕๔๕	๖๐.๒๖	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ พ.ย.๖๑)	๒,๗๓๙	๔,๕๔๕	๖๐.๒๖	

๓.๔ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต และได้รับการทำ RCA ในโรงพยาบาลทุกระดับ (A)	จำนวนผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต ในโรงพยาบาลทุกระดับ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง	๐	๐	๐	
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	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ พ.ย.๖๑)	๐	๐	๐	

ปี ๒๕๖๒(๓ เดือน) มีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า PS >๐.๗๕ และadmit เท่ากับ ๓๖๔ ราย

๓.๕ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๒ อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) ไม่เกินร้อยละ ๔๕

โรงพยาบาล	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (ICD S๐๖.๑-S ๐๖.๙) และใส่ท่อหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๗) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓) (A)	จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองทั้งหมด ICD S๐๖.๑-S ๐๖.๙) และใส่ท่อหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๐, ๙๖.๐๔, ๙๖.๐๕) การใช้เครื่องช่วยหายใจ (ICD ๙ procedure ๙๖.๗) หรืออยู่ในภาวะโคม่า (ICD ๑๐: R ๔๐.๒๔๓) (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
ตรัง	๑๒	๓๗	๓๒.๔๓	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค. ๖๑)	๑๒	๓๗	๓๒.๔๓	

๓.๖ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๑ อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (A)	จำนวน TEA unit ทั้งหมดในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (B)	ร้อยละ (A/B)×๑๐๐	
โรงพยาบาลตรัง	๐	๑	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค. ๖๑)	๐	๑	๐	ร้อยละ ๓๗.๕

๓.๗ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	คะแนน ECS คิดเป็นร้อยละ	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพในระดับ F๒ ขึ้นไป (ร้อยละ ๔๐)	ระดับโรงพยาบาล	
ตรัง	๕๙.๔๑	ผ่าน	A	
กันตัง	๔๑.๗	ผ่าน	F๒	
ย่านตาขาว	๔๐.๗๘	ผ่าน	F๒	
ปะเหลียน	๓๗.๑	ไม่ผ่าน	F๒	
สิเกา	๔๗.๗	ผ่าน	F๒	
ห้วยยอด	๔๘.๘	ผ่าน	M๒	
วังวิเศษ	๒๓.๖	ไม่ผ่าน	F๒	
นาโยง	๔๙.๓	ผ่าน	F๒	
รัษฎา	๔๒.๖	ผ่าน	F๒	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค. ๖๑)		ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๗.๗๘		

<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤต (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒

จากการวิเคราะห์เคสพบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายหลักใน๓เดือนที่ผ่านมา คือ pneumonia ,sepsis ,myocardial infarction ,cerebrovascular bleeding, Severe head injury เคสส่วนใหญ่ได้รับการ resuscitate อย่างเต็มที่จากห้องฉุกเฉิน แต่เนื่องจากเตียง ICU มีจำกัด ทำให้การดูแลต่อเนื่องของเคสจะต้องไป admit ที่ward ทั่วไป ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลเคสวิกฤตลดน้อยลง เนื่องจากปริมาณเคสจำนวนมากในward และทีมพยาบาลที่มีจำกัดในแต่ละเวร ทำให้ไม่สามารถดูแลเคสได้ทั่วถึงเทียบเท่า ICU ผู้ป่วยจึงมีอาการแย่ลง และ detection ได้ช้า อีกทั้งญาติที่ดูแลบางครั้งถอดใจในการรักษาจึงขอพาผู้ป่วยกลับบ้าน หรือปฏิเสธหัตถการที่ invasive ทำให้ทีมแพทย์และพยาบาลไม่สามารถรักษาได้ดีพอ เช่น ปฏิเสธการทำ central line ,on ETT การผ่าตัด รวมถึงการ CPR เนื่องจากญาติไม่สามารถรับผลลัพธ์การรักษาที่ผู้ป่วยอาจต้องนอนติดเตียงได้

❖ การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goal

<u>Patient safety</u>

๑) พัฒนาการดูแลเคส sepsis โดยมีใบคัดแยกสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยภาวะsepsis ตั้งแต่จุด triage หลังจากนั้น activate ทีมในER เพื่อรีบดูแลเคส, มีใบ standing order เพื่อให้มีมาตรฐานการดูแลเคส, มี fast tract Door to ATB ภายใน๑ ชม.

๒) พัฒนาการดูแลเคส pneumonia คือใบ standing order สำหรับ pneumonia มีการให้ ATB ตั้งแต่ที่ ER ในเคสที่มีภาวะ sepsis ร่วม ใช้แนวทาง sepsis ร่วม

๓) วางแนวทางการหาเตียงadmit สำหรับผู้ป่วยวิกฤต คือต้องโทร check เตียง ICUก่อนทุกครั้ง

๔) ทาง PCT ศัลยกรรม ได้ร่วมกับ ทีม ER ทำ trauma audit ทุก๓ เดือน มีการทบทวนเคส เสียชีวิตที่มี PS>๐.๗๕ ร้อยละ ๑๐๐ แต่เนื่องจากในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมายังไม่มีเคสที่เสียชีวิตที่มี PS >๐.๗๕

๕) ในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมาพบ ผู้ป่วยความเสี่ยงระดับ I จำนวน ๔ ราย ทำ RCA แล้ว จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕ ได้ข้อมูลเพื่อนำมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

๕.๑ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดศีรษะและมีผลการตรวจพบว่า pupil ผิดปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่าการรายงานเคสต้องให้ความสำคัญกับผลการตรวจร่างกายมากกกว่าอาการปวดที่ดีขึ้นจากการรักษาเบื้องต้น

๕.๒ ผู้ป่วยส่งจาก OPD นอกเวลา มารอผลlab ระหว่างรอผล ผู้ป่วย arrest ญาติไม่พึงพอใจเกี่ยวกับการไม่ได้รับข้อมูลผู้ป่วยระหว่างรอ มีการปรับปรุงบทบาทหน้าที่พยาบาล smile nurse

๕.๓ ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการแย่ลง ปรับปรุงเรื่องการทำ home call ในเคสที่มีอาการเสี่ยง

๖) มีช่องทางด่วนให้กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ STEMI, STROKE, Sepsis, Preterm, Multiple Trauma with Shock, Severe Head Injury โดยมีป้ายแสดงแขวนประจำเปล และมีการเสียงกริ่ง activate team แพทย์และพยาบาลดูแลทันที

๗) มีการทบทวนเคสรับต่อจาก รพช. ที่มีความผิดพลาดในการวินิจฉัย การรักษาที่ไม่เหมาะสม ปัญหาการดูแลระหว่างนำส่ง ซึ่งจะมีทั้ง feed back ทันทีที่พบปัญหา ทางโทรศัพท์ หรือ LINE ER trang ได้ทุกเวลา และมีการจดบันทึกไว้เพื่อทบทวน ใน referral conference ซึ่งจัดทุก ๓ เดือน

๘) ระบบการปรึกษา LINE ให้กับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลากับแพทย์เฉพาะทาง เช่น STEMI กลุ่มงานกระดูกและข้อ กลุ่มงานจักษุ

Personal safety

- ดำเนินการติดตั้ง กล้องวงจรปิดจำนวน ๒ ตัว ในรถ EMS และมีระบบ GPS tracking ทุกคัน
- ทดสอบระดับแอลกอฮอล์ โดยการวัดทางลมหายใจก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง
- ติดตั้งกล้องวงจรปิดใน ER และบริเวณรอบนอก
- จัดเจ้าหน้าที่รักษารักษาความปลอดภัยดูแลหน้าห้องฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง
- มีระบบ scan ใบหน้า หรือ นิ้วมือ ควบคุมประตูเข้าห้องฉุกเฉิน
- จัดระบบการให้ข้อมูลกับญาติ โดยหน้าจอแสดงผล รายชื่อผู้ป่วย และสถานะการดำเนินการรักษา จัดตำแหน่งพยาบาล (Smile Nurse) คอยให้ข้อมูลกับญาติตลอดเวลา

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

จากการวิเคราะห์เคสที่ต้องเข้าห้องผ่าตัดจากห้องฉุกเฉิน จำนวน ๒ ราย เป็นเคส craniectomy ,explore lapwith peritoneal packing and external fixation pelvis สามารถทำเวลาเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๑๘ นาที ทางER ได้มี protocol stat E คือตั้งแต่แพทย์ตัดสินใจsetผ่าตัด จนถึงเวลาลงมีดภายใน ๓๐ นาที

<u>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑.๒</u> อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน < ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

- จากการวิเคราะห์ ผู้ป่วย triage level ๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า ๒ ชั่วโมงได้ ร้อยละ ๖๐.๒๖ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอยู่ใน ER นานกว่า ๒ ชั่วโมงได้แก่กลุ่มผู้ป่วย multiple trauma , เคสที่การวินิจฉัยโรคต้องรอผลการ investigate เพื่อหาแผนกหลัก เช่น เคสที่มาด้วยอาการปวดท้อง สงสัยภาวะ dissecting aneurysm ภาวะปวดท้องน้อยมาก แต่สับสนระหว่างทางแผนกศัลยกรรมหรือนรีเวช
- ได้มีการประชุมปรึกษาหารือในการจัดการเคส multiple trauma ที่พบปัญหาว่ามีระยะเวลารอคอยนาน เฉลี่ย ๔-๖ ชั่วโมง เนื่องจากไม่มีแผนกหลักในการรับดูแล การ investigation หลายขั้นตอน การรอผล lab เพื่อตัดสินใจรักษาต่อของแพทย์ แพทย์แผนกศัลยกรรมอยู่เวรเพียงคนเดียว ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยหลายที่ บางครั้งติดผ่าตัดจึงไม่สามารถลงมาดูผู้ป่วยและตัดสินใจการรักษาได้อย่างฉับพลัน จากการร่วมหารือ มีแผนที่อยู่ในขั้นตอนรอการพิจารณาจากผู้บริหาร ดังนี้
    ๑) จัดเวรแพทย์ trauma แยกจากเวรศัลยกรรมทั่วไป
    ๒) ทำ mini conference case ก่อน admit เพื่อหาแผนกหลักและแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุด
    ๓) กำหนดเวลาการรอ lab เร่งด่วน ไม่เกิน ๓๐ นาที , มีทางfast tract ในแผนก x-ray เพื่อให้เคส ER ได้ทำก่อน ตอนนี้ทาง x-ray อยู่ในขั้นตอนขอเพิ่มเครื่อง CT
    ๔) แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินสามารถพิจารณา admit ผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม โดยไม่ต้องทำการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

<u>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๑</u> ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis ร้อยละ ๑๐๐

- ในช่วง ๓ เดือนที่ผ่านมายังไม่มีเคส PS >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต แต่ทางทีม PCT ศัลยกรรมและทีม ER ได้ร่วมกันจัด Trauma audit ตลอดทุก๓ เดือน

<u>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒.๒</u> อัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) (รหัส ICD S ๐๖.๑ – S ๐๖.๙) ไม่เกินร้อยละ ๔๕

- อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงทางสมอง คิดเป็นร้อยละ ๓๒.๔๓ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บจากหลายส่วนร่วมกัน และมีความรุนแรงมาก จนทางการแพทย์ไม่สามารถเยียวยาได้ และบางส่วนญาติไม่สามารถรับผลหลังการรักษาที่จะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ จึงเป็นเหตุผลบางส่วนที่ทำให้ญาติตัดสินใจปฏิเสธการรักษาให้รอดชีวิต

<u>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๑</u> อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

- คะแนนการประเมินเต็ม ๔๐ ได้ ๑๕ คะแนน อยู่ในช่วงเริ่มต้น เนื่องจาก TEA unit เพิ่งเริ่มจัดตั้งได้ประมาณ ๒ เดือน ตอนนี้มีอุปกรณ์สำนักงาน พยาบาลประจำศูนย์ อยู่ในขั้นตอน จัดการ soft ware ให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อ monitor data ต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาจัดกิจกรรมคุณภาพต่อไป
- การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน
    ๑) มีการจัดเก็บข้อมูล Trauma โดยโปรแกรม IS และสามารถเชื่อมโยงข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
    ๒) มีการบันทึกข้อมูล non trauma เข้าแฟ้มอุบัติเหตุ
    ๓) มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการทบทวนคุณภาพการดูแลได้แก่ ER Conference สอบสวนอุบัติเหตุ Trauma Audit
    ๔) การลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินเปลี่ยนจากระบบการบันทึกในสมุดเป็นระบบHosXP

<u>ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๒</u> อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

- ECS คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๔๐ ผลการประเมินปี ๖๒ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๗.๗๘

ในปี ๒๕๖๒ พบว่า จังหวัดตรังการประเมิน ECS คุณภาพ ในภาพรวมร้อยละ ๔๓.๑๑ โดยมองในภาพรายละเอียดองค์ประกอบที่ได้น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ได้แก่

๑) ด้านการรักษา พยาบาล (องค์ประกอบที่ ๓) ในโรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์เวรคนเดียวทั้ง ER และ Ward มีข้อจำกัดเรื่องการส่ง lab ,x-ray
๒) ด้าน MCI and disaster management (องค์ประกอบที่ ๔) จำนวน ๕ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง มีการเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย แต่ยังไม่ได้บรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของ รพ. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในด้านการวางแผนยังไม่ครอบคลุม มีการซ้อมแผน แต่ยังไม่มีผลการวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (AAR)
๓) ด้านระบบบริหารจัดการ (องค์ประกอบที่ ๙) จำนวน ๗ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่า ยังไม่มีแผนพัฒนา ECS คุณภาพบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของ รพ.
๔) ด้านการศึกษาวิจัย (องค์ประกอบที่ ๑๒) จำนวน ๙ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่าไม่มีแรงผลักดันให้มีความสนใจทำงานวิจัย ขาดความรู้ ขาดบุคลากรที่ชำนาญคอยให้คำปรึกษาด้านงานวิจัย เนื่องจากภาระงานในการให้บริการที่ล้นมือตลอดเวลา

สิ่งที่ต้องพัฒนา

๑) มีแผนการใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูลดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมด paperless
๒) พัฒนาการทำงานของ TEA unit ให้มีประสิทธิผลชัดเจนมากขึ้น
๓) แผนจัดตั้งแพทย์เวร Trauma ซึ่งจะปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย Trauma ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๔) พัฒนาระบบ FAST TRACT sepsis เน้นเรื่อง early detection

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ร่วมกับพาคีเครือข่ายในอำเภอเมือง	เจ้าหน้าที่รพ.ตรัง และภาคีเครือข่ายอำเภอเมือง	ธ.ค. ๖๑	พว. มลฤดี อัมระปาล
๒.	Trauma audit ทบทวนเคสPS>๐.๗๕ ที่เสียชีวิต	แพทย์ศัลยกรรม, แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน นักศึกษาแพทย์ และพยาบาล	ทุก ๓ เดือน	PCT ศัลยกรรมร่วมกับER
๓.	Referral conference	เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	ทุก ๓ เดือน	พว.วลัยลักษณี มีเภตรา
๔.	โครงการนิเทศ ECS คุณภาพให้แก่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	มิ.ย. ๖๒	พว. มลฤดี อัมระปาล
๕.	โครงการอบรมฟื้นฟูระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกสาเหตุ ระดับจังหวัด	โรงพยาบาลตรัง และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	ก.ค. ๖๒	นางสมญา ศิลปวิสุทธิ์ ร่วมกับ ER

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

๑) ความครอบคลุมในการจัดเก็บข้อมูลยังมีความบกพร่อง เนื่องจากบุคลากรที่ทำงานมีการสับเปลี่ยนหน้าที่ ทำให้ไม่เข้าใจคำนิยามในการจัดเก็บข้อมูล มีการแก้ไข โดยใช้ระบบ TEA unit มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน

๒) ประชาชนขาดความรู้ในการ early detection ภาวะ sepsis ผู้ป่วยมารับการรักษาล่าช้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ, ผู้ป่วย immunocompromised host ,ผู้ป่วย bedridden

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตไม่ดีพอ เนื่องจากจำนวนเตียงผู้ป่วยหนักใน ICU มีน้อย,ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านวิกฤตฉุกเฉินร่วมดูแล,ไม่สามารถจัดตั้ง rapid respone teamเพื่อช่วยดูแลเคสกับทีมหลัก	ควรมีแรงจูงใจให้ทีมแพทย์พยาบาล อยากดูแลดูแลเคสหนักได้ดียิ่งขึ้น อัตราส่วนค่าตอบแทนในแต่ละเวรควรสัมพันธ์กับจำนวน และ	

ได้ ทำให้ผู้ป่วยระดับESI๑มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น	ลักษณะเคส (Doctor Fee ตามworkload)	
๒. เคส multiple traumaที่พบปัญหาว่ามีระยะเวลารอคอยนานเฉลี่ย ๔-๖ ชั่วโมง เนื่องจากไม่มีแผนกหลักในการรับดูแล การ investigation หลายขั้นตอน การรอผล lab เพื่อตัดสินใจรักษาต่อของแพทย์ แพทย์แผนกศัลยกรรมอยู่เวรเพียงคนเดียว ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยหลายที่ บางครั้งติดผ่าตัดจึงไม่สามารถลงมาดูผู้ป่วยและตัดสินใจการรักษาได้อย่างฉับพลัน	พิจารณาค่าตอบแทนแพทย์ศัลยกรรมที่ต้องมาอยู่เวรtrauma เสริม	
๓. ความเข้มงวดในการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตรการที่ดีพอในการสร้างวินัยแก่ประชาชน ทำให้เพิ่มภาระงานแก่บุคลากรและผู้พิการแก่ประเทศ	ร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยหานโยบายที่ดี และมีประสิทธิภาพ	

ผู้รายงาน พญ.วรัญญา เตชภานุวัฒน์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร ๐๘๖-๗๔๘๑๙๒๑
E-mail ann_warun@hotmail.com
ข้อมูล ณ วัน ที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๕. Service plan สาขายาเสพติด

ตัวชี้วัด ๑๘. ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate ๑ year)

และ ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน

ตัวชี้วัด ๑๘.๑ ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate ๑ year)

ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

๑.๑ ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate ๑ year)

๑) จัดทำแผนปฏิบัติการและการสนับสนุนของผู้บริหารที่ครอบคลุม ด้านการป้องกัน, การบำบัดรักษาและการส่งต่อ การบำบัดฟื้นฟู โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) การพัฒนาบุคลากร Harm reduction และการกำกับดูแลประสานความร่วมมือกับหน่วยงานนอก สธ.

๒) ทุกจังหวัดมีการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)

๓) สถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู พัฒนาและได้การรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)

๒. สถานการณ์ปัญหายาเสพติด: การแพร่ระบาด นโยบายและการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน โดยใช้กลไกประชารัฐ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดรักษา และอยู่ร่วมกับคนในสังคมโดยไม่ก่อผลกระทบ กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักใน การบำบัดรักษา และจัดบริการให้มีคุณภาพได้ ที่ผ่านมา ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เพราะสังคมไม่ยอมรับ ทำให้ไม่ได้รับการบำบัดรักษา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ใช้ยาเสพติดเข้าถึงบริการ โรงพยาบาลตรัง จึงทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดตรัง ในระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึง มิถุนายน ๒๕๖๑ จากข้อมูลสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดตรัง พบว่า สถิติคดีการจับกุมยาเสพติด สูงถึง ๒,๒๔๒ คดี อำเภอเมืองมีสถิติการจับกุมสูงสุด รองลงมาได้แก่ อำเภอปะเหลียน อ.นาโยง และ อ.ห้วยยอด ตามลำดับ ข้อหาที่มีการจับกุมสูงสุดได้แก่ ข้อหาครอบครอง รองลงมาได้แก่ ข้อหาผลิต ครอบครองเพื่อจำหน่าย เสพ ผลิต (๔ x ๑๐๐) และจำหน่าย ตามลำดับ ตัวยาที่มีการแพร่ระบาดสูงที่สุดได้แก่ พืชกระท่อม รองลงมาได้แก่ ยาบ้า กัญชาแห้ง ไอซ์ ยาแก้ไอ เฮโรอิน ยาอี สารระเหย และอัลปราโซแลม ตามลำดับ จากปัญหาเรื่องนี้ทางศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดอำเภอเมือง เห็นถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ได้มีการร่วมมือกันดำเนินงานด้านการป้องกัน ด้านการปราบปราม และด้านการบำบัดฟื้นฟูอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง แต่ยังพบผู้เสพรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

สถิติผลงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ เป้าหมายผู้เข้าบำบัดระบบสมัครใจ ๕๕๐ คน ผลการดำเนินงานมีผู้เข้ารับการบำบัด ๖๔๖ คน ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ ๑๑๗.๔๕ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ ๑๘-๒๔ ปี รองลงมา ๒๕-๒๙ ปีและ ๓๐-๓๔ ปี พื้นที่ที่มีผู้เข้า

บำบัดรักษามากที่สุด ตามสถิติรายงาน ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศ (บสต.) ปี ๒๕๖๑ คือ อ.นาโยง อ.ห้วยยอด อ.เมืองตรัง และ อ.ย่านตาขาว ตามลำดับ รูปแบบพฤติกรรมผู้เสพส่วนใหญ่จะนัดแนะรวมกลุ่มกันเสพในกลุ่มเพื่อน โดยใช้สถานที่ต่างๆ เช่นบ้านเช่า ริมคลอง ริมสวน และแหล่งมั่วสุมต่างๆ สาเหตุที่เสพคือ อยากลอง เพื่อนชวน กลุ่มเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวัง กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มเยาวชนที่อยู่กับเพื่อนตามหอพัก ไม่ได้อาศัยกับพ่อแม่ และกลุ่มว่างงาน พื้นที่ที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เป็นเขตพื้นที่อำเภอเมืองตรัง เขตเทศบาลนครตรัง อำเภอเมืองตรัง

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

- **ข้อมูลการดำเนินงานเชิงปริมาณ**

อำเภอ	เป้าหมาย (จำหน่ายปี ๖๑)	ผลงานติดตามปี ๖๒	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๘	-	๐
กันตัง	๑๔	-	๐
ย่านตาขาว	๒๓	๙	๓๙.๑๓
ปะเหลียน	๑๑	๑๑	๑๐๐
สิเกา	๑๔	๑๒	๘๕.๗๑
ห้วยยอด	๒๑	๖	๒๘.๕๗
วังวิเศษ	๑๐	๓	๓๐
นาโยง	๒๐๑	๑๖๒	๘๐.๕๙
รัษฎา	-	-	-
หาดสำราญฯ	-	-	-
รวม	๓๑๒	๒๐๓	๖๕.๐๖

ที่มา : ระบบ บสต. ระหว่างวันที่ (๑ ต.ค. – ๓๐ ธ.ค.๖๑)

อำเภอ	เป้าหมาย (บำบัดปี ๖๒)	ผลงานไตรมาส ๑	ร้อยละ
เมืองตรัง	๑๑๗	๑๕	๑๒.๘๒
กันตัง	๗๖	-	-
ย่านตาขาว	๘๑	๔	๔.๙๓
ปะเหลียน	๕๕	-	-
สิเกา	๔๙	๓	๖.๑๒
ห้วยยอด	๑๔๔	๕	๓.๔๗
วังวิเศษ	๖๗	-	-
นาโยง	๒๒๙	๓๗	๑๖.๑๕
รัษฎา	๓๒	-	-
หาดสำราญฯ	๓๐	-	-
รวม	๘๘๐	๖๔	๗.๒๗

<u>ที่มาข้อมูล</u> ระบบ บสต. (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๑) (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานรวมทั้งจังหวัดพบว่าปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๖๕.๐๖ ของผู้ติดยาเสพติดได้รับบำบัดครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) ผลการดำเนินงานเป็นรายอำเภอพบว่า อ.เมือง, อ.กันตัง, อ.รัษฎา, อ.หาดสำราญ ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และการดำเนินงานในผลงานไตรมาส ๑ ผลการดำเนินงานรวมพบว่ายังยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ได้ร้อยละ ๗.๒๗

๓.๑ ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง

๑ ปี (Retention rate)

สูตรคำนวณ = (A/B)× ๑๐๐

- A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปีหลังจำหน่าย
- B = จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัด รักษาและจำหน่ายทั้งหมด

๓.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจาก

การบำบัด ๓ เดือน

สูตรคำนวณ = (C/D)× ๑๐๐

- C = จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย
- D = จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด

ข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

(๑) การตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับ รพ.สต. รพ. ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพ

มีการดำเนินงานในบางพื้นที่ พื้นที่ที่มีการดำเนินงานคือ อำเภอนาโยง มีการแต่งตั้งคณะทำงาน พชอ. ในระดับอำเภอ บูรณาการเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ ในอำเภอเพื่อขับเคลื่อนงานยาเสพติด โดยให้ชุมชนมีบทบาทค้นหาผู้ใช้สารเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัด และติดตามดูแล หลังการบำบัด สำรวจความต้องการอาชีพส่งเสริมให้มีอาชีพ มีศูนย์ฝึกในชุมชน

(๒) แผนและผลการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน

(๒.๑) ระบบบริการและการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

การจัดระบบบริการ : ระดับโรงพยาบาลศูนย์ มีการจัดเตียงไว้รองรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน ๔-๖ เตียง ในระยะเวลาไม่เกิน ๒ สัปดาห์

การคัดกรอง : มีการจัดตั้งศูนย์เพื่อการคัดกรอง ในระดับ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลศูนย์ โดยใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยยาและสารเสพติด กระทรวงสาธารณสุข (V๒)

การบำบัดฟื้นฟู : ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยยาเสพติด ตามศักยภาพของสถานบริการตามที่มาตรฐานกำหนด

การส่งต่อ : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน

๑) ผู้ที่มีปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายและทางจิตเวช

๒) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้เสพ และผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นผู้ติด

๓) ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ที่ได้รับการรักษาด้วยการบำบัดอย่างย่อแล้วยังคง มีการเสพอีกในช่วง ๓ เดือน ภายหลังการรักษา

โรงพยาบาลชุมชนเกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์

๑) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย

๒) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

๓) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช

โรงพยาบาลศูนย์ เกณฑ์ส่งต่อไปยังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดฯหรือโรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์

๑) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดรุนแรง/เรื้อรัง

๒) ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิน ๗ - ๑๔ วัน

๓) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและ/หรือ

ผู้ป่วยใน

(๒.๒) การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล/สถานฟื้นฟู (HA ยาเสพติด) ในจังหวัดและเขตสุขภาพจังหวัดตรัง

ที่	หน่วยงาน	สถานะ	วันรับรอง	วันหมดอายุ	หมายเหตุ
๑	รพ.ตรัง	Re๒	๒๐/๐๕/๒๕๕๘	๑๙/๐๕/๒๕๖๑	รอประเมิน
๒	รพ.ห้วยยอด	Ac๑exp.	๒๗/๐๒/๒๕๕๑	๒๖/๐๒/๒๕๕๓	เตรียมส่ง
๓	รพ.นาโยง	ผ่านแล้ว		ปี ๒๕๖๓	ผ่านแล้ว
๔	รพ.ย่านตาขาว	Ac๑exp.	๒๗/๐๒/๒๕๕๑	๒๖/๐๒/๒๕๕๓	เตรียมส่ง
๕	รพ.สิเกา	Re๑	๐๓/๐๖/๒๕๕๘	๐๒/๐๖/๒๕๖๑	รอส่ง
๖	รพ.ปะเหลียน	Re๑	๒๐/๐๕/๒๕๕๘	๑๙/๐๕/๒๕๖๑	รอส่ง
๗	รพ.กันตัง	Re๑	๒๐/๐๕/๒๕๕๘	๑๙/๐๕/๒๕๖๑	รอประเมิน
๘	รพ.วังวิเศษ	Re๑	๐๓/๐๖/๒๕๕๘	๐๒/๐๖/๒๕๖๑	รอประเมิน
๙	รพ.รัษฎา	Ac๑exp.	๒๖/๐๕/๒๕๕๓	๒๖/๐๕/๒๕๕๖	เตรียมส่ง
๑๐	รพ.หาดสำราญ	รอขึ้นทะเบียน	-	-	

<u>อภิปรายตาราง</u> สถานพยาบาลจังหวัดตรังได้รับการรับรองคุณภาพงานบำบัดรักษายาเสพติดทั้งสิ้น ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๐

(๒.๓) การพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

สถานบริการทุกแห่ง จัดบริการ Harm reduction ตามศักยภาพของหน่วยงาน ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข และมีการแต่งตั้งคณะทำงาน Harm reduction ระดับจังหวัด

(๒.๔) การดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based treatment and rehabilitation)

รูปแบบการดำเนินงานบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในเชิงบูรณาการโดยเฉพาะต่อผู้ใช้ยาเสพติดและติดยาในชุมชนเพื่อให้เกิดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรักษาในระยะเริ่มต้น ถึงการรักษาแบบการถอนพิษยา จนถึงการติดตามผลการรักษาและการคืนผู้ป่วยสู่สังคม รวมถึงการบำบัดด้วยยาอย่างต่อเนื่อง มีการตั้งคณะกรรมการกับ พชอ.ระดับอำเภอเพื่อการดำเนินงาน

(๒.๕) การพัฒนาบุคลากร

พัฒนาศักยภาพทีมผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร Matrix Program จัดอบรมบุคลากรในรพ./รพ.สต.ในการคัดกรอง การบำบัดรูปแบบ BA BI และการติดตามผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษา ทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(๒.๖) การกำกับดูแลและการประสานความร่วมมือกับหน่วยบำบัดฟื้นฟูนอกสังกัด สธ.

-

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/ พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx)	๑๐ อำเภอ	ธ.ค.๖๑	สสจ.ตรัง

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
แพทย์ไม่ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ยาและสารเสพติด	เสนอปัญหาให้ผู้บริหารรับทราบในด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนให้มีการส่งอบรมตามแผนพัฒนาบุคลากรตาม service plan	
ผู้รับผิดชอบงานมีภาระรับผิดชอบหลายงานทำให้ไม่มีเวลาบันทึกข้อมูล	ทบทวน FTE เพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม	

๖. ข้อเสนอแนะของพื้นที่และทีมตรวจราชการ ต่อนโยบาย/ต่อหน่วยงานส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

-

๗. พื้นที่และรูปแบบการดำเนินงานการบำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลางในพื้นที่: CBTx (การกำหนดนโยบาย หน่วยงานที่

มีส่วนร่วม รูปแบบ/กระบวนการ ปัจจัยและผลความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน)

-

๘. นวัตกรรม

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง

(ภาษาอังกฤษ) Prevalence of Substance induced psychosis in Psychiatric Outpatient Clinic at Trang Hospital

หัวหน้าโครงการวิจัย นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยาเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญ รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ ซึ่งในการแก้ไขปัญหายาเสพติดต้องได้รับความร่วมมือ จากทุกภาคส่วน โดยใช้กลไกประชารัฐ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดคือผู้ป่วย ต้องได้รับการบำบัดรักษา และอยู่ร่วมกับคนในสังคมโดยไม่ก่อผลกระทบ จากรายงาน WORLD DRUG REPORT ๒๐๑๗ ได้ประมาณการผู้ติดยาเสพติดทั้งโลก ปี ๒๐๑๕ พบว่ายาเสพติดที่สำคัญ ๆ ที่ได้รับความนิยมนั้นมีผู้ติดกัญชา ๑๘๓ ล้านคน สารสกัดจากฝิ่น ๓๕ ล้านคน ยาบ้า-สารกระตุ้นต่าง ๆ ๓๗ ล้านคน ยาอี ๒๒ ล้านคน ยาแก้ปวด-ยานอนหลับ ๑๘ ล้านคน และโคเคน ๑๗ ล้านคน นอกจากนี้ใน เอกสารเผยแพร่ของ UNODC : United Nation office on Drugs and crime ยังระบุว่าทั่วโลกมีผู้ติดยาเสพติดประมาณ ๒๕๐ ล้านคน โดยที่ราว ๒๙.๕ ล้านคน หรือร้อยละ ๐.๖ ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลกกำลังประสบปัญหาและความทุกข์ทรมานสืบเนื่องมาจากการติดยาเสพติด โดยเฉพาะยาเสพติดประเภท 'สารสกัดจากฝิ่น' ซึ่งมีความอันตรายมากที่สุด และผู้ติดยาเสพติดร้อยละ ๗๐ ได้รับผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพสูงสุดจาก ยาเสพติดชนิดนี้ (UNODC, ๒๐๑๗)

นอกจากนี้ยังพบว่าการแพร่ระบาดของยาเสพติด ยังเป็นปัญหาที่สร้างความเดือดร้อน และส่งผลกระทบต่อสังคม ชุมชนอย่างมาก ยาเสพติดที่เป็นปัญหาแพร่ระบาดหลัก คือ ยาบ้า รองลงมาคือกัญชา พืชกระท่อม ไอซ์ และเฮโรอีน และที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด คือ คีตามีน ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากในอดีต (ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ, ๒๕๖๑) รวมทั้งยังพบการใช้ยาควบคุม/ยาอันตรายในทางที่ผิดในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยประชากรที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ทั้งในมิติของการเสพและกระทำความผิดที่มีอายุไม่เกิน ๒๔ ปี มีสัดส่วนสูงโดยส่วนใหญ่ร้อยละ ๔๐ ยังอยู่ในกลุ่มอายุ ๑๕-๑๙ ปี ร้อยละ ๗๐ ของผู้เข้าไปเกี่ยวข้องมีอาชีพรับจ้าง แรงงาน และเกษตรกร (ศูนย์ข้อมูลข่าวสืบสวนเพื่อสิทธิพลเมือง, ๒๕๖๑)

สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดตรัง ในระหว่างเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ ถึงเดือนมิถุนายน ๒๕๖๐ พบว่า สถิติคดีการจับกุมยาเสพติด สูงถึง ๒,๒๔๒ คดี โดยอำเภอเมืองมีสถิติการจับกุมสูงสุด รองลงมาได้แก่ อำเภอปะเหลียน อำเภอนาโยง และ อำเภอห้วยยอด ตามลำดับ ข้อหาที่มีการ

จับกุมสูงสุดได้แก่ ข้อหาครอบครอง รองลงมาได้แก่ ข้อหาผลิต ครอบครองเพื่อจำหน่าย เสพ ผลิต (๔ x ๑๐๐) และจำหน่าย ตามลำดับ ตัวยาที่มีการแพร่ระบาดสูงที่สุดได้แก่ พืชกระท่อม, รองลงมาได้แก่ ยาบ้า, กัญชาแห้ง, ไอซ์, ยาแก้ไอ, เฮโรอิน, ยาอี, สารระเหย และอัลปราโซแลม ตามลำดับ (สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดตรัง, ๒๕๖๐)

จากการศึกษาสถานการณ์และการดำเนินงานด้านยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ซึ่งได้ตั้งเป้าหมายผู้เข้าบำบัดระบบสมัครใจ ๔๔๐ คน ผลการดำเนินงานมีผู้เข้ารับการบำบัด ๕๖๗ คน ซึ่งผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้เข้ารับการบำบัดรักษา คิดเป็นร้อยละ ๑๒๘.๘๖ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดที่เข้าบำบัดรักษา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ ๑๘-๒๔ ปี รองลงมา ๒๕-๒๙ ปีและ ๓๐-๓๔ ปี สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดยาเสพติด ของจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ในขณะนี้ผู้เสพยาเสพติดเริ่มมีอายุต่ำลง ตั้งแต่อายุ ๑๓ – ๑๗ ปี , อายุ ๑๘ – ๒๕ ปี และอายุ ๒๖ – ๓๕ ปี คิดเป็นร้อยละ ๔๙.๒๑, ๒๓.๕๖ และ ๔.๗๘ ตามลำดับ ส่วนประเภทของยาเสพติดยาบ้ายังครองอันดับหนึ่งเช่นเดิม มีส่วนแบ่งถึงร้อยละ ๖๙.๗๓ รองลงมาเป็นกัญชาร้อยละ ๓.๗๔ และน้ำกระท่อมร้อยละ ๑๗.๒๑ เฮโรอีนร้อยละ ๑.๐๕ อื่นๆ ร้อยละ ๑.๖๕ (ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศ (บสต.)), ๒๕๖๑)

พื้นที่ที่มีผู้เข้าบำบัดรักษามากที่สุด ตามสถิติรายงาน ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดสารเสพติดของประเทศ (บสต.) ปี ๒๕๖๐ คือ อ.นาโยง อ.ห้วยยอด อ.เมืองตรัง และ อ.ย่านตาขาว ตามลำดับ รูปแบบพฤติกรรมผู้เสพ ส่วนใหญ่จะนัดรวมกลุ่มกันเสพในกลุ่มเพื่อน โดยใช้สถานที่ต่างๆ เช่นบ้านเช่า ริมคลอง ริมสวน และแหล่งมั่วสุมต่างๆ สาเหตุที่เสพ คืออยากลอง เพื่อนชวน กลุ่มเสี่ยงที่ควรเฝ้าระวัง กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มเยาวชนที่อยู่กับเพื่อนตามหอพัก ไม่ได้อาศัยกับพ่อแม่ และกลุ่มว่างงาน พื้นที่ที่ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เป็นเขตพื้นที่อำเภอเมืองตรัง เขตเทศบาลนครตรัง อำเภอเมืองตรังจากปัญหาเรื่องดังกล่าวทางศูนย์พลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติด อำเภอเมือง เห็นถึงความสำคัญของปัญหา จึงได้มีการร่วมมือกันดำเนินงานด้านการป้องกัน ด้านการปราบปราม และด้านการบำบัดฟื้นฟูอย่างเข้มข้น และต่อเนื่อง แต่ยังพบผู้เสพรายใหม่และผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

ผลจากการใช้สารเสพติดต่อเนื่องเป็นเวลานาน นอกจากทำให้ร่างกายเสื่อมโทรมแล้ว ยังทำให้เกิดอาการทางจิตถึงขั้นเป็นโรคจิตได้ (ศูนย์ข้อมูลวิชาการเดลินิวส์, ๒๕๕๕) ยาเสพติดที่ก่อให้เกิดอาการทางจิตมีหลายตัว อาทิ ยาบ้า กัญชา และสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท การใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เพื่อให้เกิดความเมา บรรเทาความเครียด บรรเทาความวิตกกังวล บรรเทาภาวะซึมเศร้า ให้ลืมเรื่องทุกข์ เกิดความสบายใจ เป็นเหตุจูงใจทำให้อยากใช้ต่อ เมื่อใช้ไปสักระยะจะกลายเป็นด้านลบอย่างรุนแรง อาการทางจิตจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมีการเสพยาเสพติดเข้าไปในปริมาณมากๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เพราะฤทธิ์ยา และปัจจุบันพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดโดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน ส่วนใหญ่มักจะได้รับการวินิจฉัยโรคร่วม (co-occurring substance use disorders : COD disorder) โดยผู้ที่มีการใช้ยาเสพติดในชั่วชีวิต (life time substance) ถึงร้อยละ๕๐ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและโรคทางจิตเวชอื่น ซึ่งผู้ป่วยในกลุ่ม COD มักมีอัตราการกลับซ้ำสูง และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กิตต์กวี และคณะ, ๒๕๖๑) อาการทางจิตจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเสพยาเสพติดเข้าไปในปริมาณมาก ๆ ติดต่อกันเป็นเวลานาน ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน คลุ้มคลั่ง ขาดสติ หวาดระแวงกลัวคนจะมาทำร้าย ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ อาจทำร้ายตัวเองและผู้อื่น เหมือนข่าวที่เห็นกันอยู่บ่อย ๆ ที่ผู้เสพยาปีนป่ายขึ้นไปบนเสาไฟฟ้าหรือที่สูงเพราะฤทธิ์ยา ส่วนอาการทางจิตจากการดื่มสุรามักพบในคนที่ดื่มสุราทุกวันติดต่อกันเป็นเวลา ๕ ปีขึ้นไป ดื่มจนเกิดอาการประสาทหลอน หวาดระแวง ในกลุ่มนี้หากดื่มติดต่อกันทุกวันแล้วมาหยุดดื่มกะทันหันจะเกิดอาการลงแดง มือสั่น ใจสั่น

หน้าแดง ความดันสูง เห็นภาพหลอนเป็นภาพที่น่ากลัว ทำให้เกิดการวิ่งหนี เกิดอุบัติเหตุ หรือเห็นภาพที่น่ากลัวก็เลยป้องกันตัวเองด้วยการทำร้ายผู้อื่น จากข้อมูลที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีอาการทางจิตและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ประมาณ ๑๐-๒๐% มีสาเหตุมาจากการดื่มสุราและใช้ยาเสพติด ทั้งนี้คนที่ใช้สารเสพติดจนถึงขั้นเกิดอาการทางจิต คงไม่ไปโรงพยาบาลเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ดังนั้นญาติพี่น้องที่ใกล้ชิดอาจเป็นคนพาไป แต่ถ้าญาติพี่น้องพาไปไม่ไหวก็อาจขอกำลังจากเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือฝ่ายตำรวจ ตรงนี้ไม่ได้เป็นการริดรอนสิทธิเพราะทำไปเพื่อให้เขาดีขึ้นขณะเดียวกันก็เป็นการป้องกันความปลอดภัยให้กับสังคมด้วย

ผู้ที่ใช้สารเสพติดจึงมักแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมออกมา เช่น อารมณ์ก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมที่พบเห็นอยู่บ่อยๆ และหากติดตามผู้ป่วยที่ติดสารเสพติดไปนานๆ จะพบว่า ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น เป็นโรคจิตหวาดระแวง ประสาทหลอนเรื้อรัง มีภาวะสมองเสื่อม ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยทางจิต ที่อยู่ระหว่างการรักษา แล้วไปกินเหล้า สูบบุหรี่ เสพยาบ้า หรือ กัญชา ซึ่งเป็นข้อห้ามสำคัญที่ไม่ควรทำในระหว่างการรักษา ที่นอกจากจะทำให้ผลการรักษาไม่ดีแล้ว ยังทำให้การกำเริบของโรคเร็วขึ้น เพราะสารเสพติดเหล่านี้ จะไปมีปฏิกิริยากับยาที่รักษาอยู่ ทำให้ยาหมดฤทธิ์ ไม่เพียงพอในการควบคุมอาการ อาการจึงกำเริบขึ้น นำไปสู่ความรุนแรงในสังคมเช่นเดียวกัน จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างทันท่วงที การไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดทุกชนิด จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด

ทั้งนี้ "แนวทางสังเกตผู้ป่วยติดยาก่อนก่อเหตุรุนแรง" คือ "ชอบแยกตัว ไม่สุงสิงพูดจากับใคร หงุดหงิดง่าย พูดเสียงดัง โมโหง่าย บางรายมีอาการกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง บ่นพึมพำคนเดียว ประสาทหลอนตลอดจนอาจมีอาการมาก เช่น เตรียมสะสมอาวุธ พูดบ่นคนเดียวว่าจะมีคนมาทำร้าย ระแวง กลัว หรือพูดบ่นจะทำร้ายผู้อื่น" หากพบว่ามีอาการเหล่านี้ ให้รีบแจ้งผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยเร็ว เพื่อให้รับการดูแลช่วยเหลือป้องกันการเกิดความรุนแรงจากอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดต่อไป สำหรับวิธีการรักษานั้น จะต้องรักษาควบคู่กันทั้งอาการทางจิตและการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับไปเสพสารเสพติด รวมถึง ความร่วมมือจากครอบครัว ญาติและสังคมเพื่อการให้โอกาสและกำลังใจ ไม่ควรพูดตำหนิ หรือดูถูก ควรให้เวลาและให้ความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในความสำเร็จของการบำบัดอีกด้วย

จากรายงานข้อมูลด้านการบำบัดรักษา โรงพยาบาลตรัง พบว่าผู้เข้าบำบัดจำนวนมากที่เข้ารับการบำบัดด้วยการติดสารเสพติดและมีอาการทางจิตร่วมด้วย โดยมีจำนวนผู้ติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิต ในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ จำนวน ๑๔๑ คน; ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ จำนวน ๑๔๗ คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ตค. ๖๐-ธค. ๒๕๖๐) จำนวน ๖๙ คน ซึ่งจะเห็นว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกๆปี และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางจิตก่อน ทั้งนี้ผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา จะมีการให้ยาเพื่อรักษาอาการทางทำให้อาการทางจิตหายไป แต่ถ้าหากผู้เสพสารเสพติดใช้สารเสพติดไปนานๆ ไม่ยอมเข้าสู่กระบวนการรักษา บางรายอาจกลายเป็นโรคจิตหวาดระแวงถาวร ทั้งนี้เพราะการใช้สารเสพติดในปริมาณมากๆ ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน สารเสพติดจะไปทำลายเซลล์ประสาท โดยเซลล์ประสาทที่ถูกทำลายไปแล้วจะเป็นการทำลายแบบถาวร ดังนั้นต้องรีบรักษาเพื่อไม่ให้มีการทำลายเซลล์ประสาทมากขึ้น และกลายเป็นโรคจิตถาวรได้

กระทรวงสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่หลักในการบำบัดรักษาและจัดบริการให้มีคุณภาพ ทั้งนี้ที่ผ่านมาผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง เพราะสังคม ไม่ยอมรับ ทำให้ไม่ได้รับการบำบัดรักษา นอกจากนี้ยังเพิ่มปัญหาทางสังคมและกฎหมาย อีกทั้งสารเสพติดหลายชนิดทำให้เกิดอาการทางจิตได้บ่อย การเข้าใจอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติดในบริบทพื้นที่จังหวัดตรัง จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการบำบัดรักษามากที่สุด

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจิตเวชและรับผิดชอบงานสารเสพติด จึงเห็นความสำคัญในการศึกษาอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิต จากการสารเสพติดชนิดต่างๆ ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติดที่มารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตรัง โดยใช้แบบคัดกรองมาตรฐานขององค์การอนามัยโลกชื่อ Alcohol Smoking and Substances Involvement Screening Test (ASSIST) และแบบวัด Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการวางแผนดูแลรักษาให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. ศึกษาเหตุผลที่ใช้สารเสพติด ในผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มารักษาแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง

๒. ศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดจากการติดสารเสพติด

๒. มีแนวทางในการสร้างโปรแกรมการบำบัดเฉพาะเพื่อป้องกันการกลับเสพซ้ำ

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒

ผู้รายงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร : ๐๘๙-๔๗๕ ๔๓๘๑
E-mail : nokarunrut@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ เดือนมกราคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๖. Service plan สาขาสาขาสุขภาพจิต และจิตเวช
ตัวชี้วัด ๑๙. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

๑. **ประเด็นการตรวจราชการ**

๑) การให้บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง

๒) ระบบการจัดบริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน ในโรงพยาบาลทุกระดับ

๓) พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และดูแลต่อเนื่องให้อาการอยู่ในระยะสงบ ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

๔) บูรณาการโปรแกรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย (๓ส+) เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มุ่งเน้นพื้นที่ที่มีปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสูง

รอบที่ ๑ /๒๕๖๒

๑) บริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M๒ ทุกแห่ง

๑.๑) ผังไหลและทะเบียนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช/ ยาเสพติด ในระบบบริการเร่งด่วนในหน่วยบริการ

มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจากหน่วยบริการระดับ M๒ ไปยังระดับ A และไปยังโรงพยาบาลจิตเวชตามระบบการส่งต่อของจังหวัด โดยมีข้อตกลงก่อนการส่งต่อ ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินภาวะโรคทางกายจากแพทย์และได้รับการปรึกษาจากจิตแพทย์ในพื้นที่ และแพทย์/จิตแพทย์ในพื้นที่ ประสานกับจิตแพทย์ของโรงพยาบาล จิตเวช ทั้งนี้เกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการประเมินว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนในการรักษา

๒) ระบบการจัดบริการจิตเวชได้มาตรฐานในโรงพยาบาลทุกระดับ

๒.๑) การประเมินตนเองและแผนการพัฒนาระบบบริการจิตเวชให้มีระดับสูงขึ้น

การประเมินตนเองในแต่ละด้านโดยเรียงไปตามลำดับ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่บริการ ระบบบริการ ด้านการส่งต่อ และด้านการติดตามดูแล ซึ่งการประเมินในแต่ละด้านตามลำดับ จะนำไปสู่การค้นหาโอกาสพัฒนา เพื่อนำมาจัดทำแผนยกระดับต่อไป

๑) ด้านบุคลากร บุคลากรมีความรู้พื้นฐานและทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างพอเพียงเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีมาตรฐาน

๒) ด้านสถานที่บริการ การจัดสถานที่ให้บริการสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวชลักษณะเฉพาะคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว /ความปลอดภัย และเอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้มารับบริการและ ผู้ให้บริการ

๓) ด้านระบบบริการ เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ครอบคลุมในประเด็นการตรวจวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การรับยา และการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตอย่างมีมาตรฐาน

๔) ด้านการส่งต่อ ประเด็นสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีลักษณะเฉพาะในระดับสูงขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมชัดเจน แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

๕) ด้านการติดตามดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลและค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างครอบคลุม นอกจากนั้นยังสามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเข้าในชุมชน

๒.๒) การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

๑) มีการสอดส่องมองหา ค้นหาสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มโรคเรื้อรัง โดยหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการการเฝ้าระวังคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง และโรคสุรา/สารเสพติด และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน บางหน่วยบริการคัดกรองครอบคลุมถึงประชากร ๑๕ ปีขึ้นไป

- บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจ และให้ความสำคัญของ งานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องอื่นๆ ตามประเด็น ของอำเภอ หรือตามบริบทของพื้นที่

๒) ใส่ใจรับฟัง รับฟังอย่างตั้งใจ เป็นที่ปรึกษาได้ และให้การช่วยเหลือ

๓) ส่งต่อเชื่อมโยง ภายหลังการให้ความช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้น หากไม่ดีขึ้น ส่งต่อขั้นตอนการรักษาที่เหมาะสม

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๓ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ ที่สำคัญคือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต และภัยธรรมชาติต่างๆ (ชรินทร์ ลิ้มสนธิกุล, ๒๕๕๒) โดยแต่ละปี มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ ๔,๕๐๐ – ๕,๕๐๐ คน

สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรจังหวัดตรัง ๓ ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๙-๒๕๖๑ เท่ากับ ๖.๘๗, ๖.๐๘ และ ๗.๑๗ ต่อแสนประชากรตามลำดับ ในภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดเริ่มมีแนวโน้มขยับสูงขึ้น และพิจาณารายอำเภอพบว่า ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ รวมทั้งสิ้น ๔๖ ราย รายละเอียดดังนี้ อ.เมือง ๑๕ ราย, อ.สิเกา ๑ ราย, อ.หาดสำราญ ๒ ราย, อ.วังวิเศษ ๓ ราย, อ.นาโยง ๓ ราย, อ.ห้วยยอด ๑๐ ราย, อ.ย่านตาขาว ๒ ราย, อ.ปะเหลียน ๕ ราย, อ.กันตัง ๒ ราย, อ.รัษฎา ๓ ราย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพจังหวัด พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในช่วงอายุ ๔๐-๕๙ ปี รองลงมาคือ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นเพศชายร้อยละ ๖๕ โดยใช้วิธีการ ผูกคอตายมากที่สุด ปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มขัดแย้งกับบุคคล ในครอบครัว เป็นโรคเรื้อรัง ใช้สารเสพติด/สุรา ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่พบว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน บางรายไม่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

- **อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๑**

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (A)	จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๑ (B)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (A/B)x๑๐๐,๐**๐๐๐**	
เมืองตรัง	๑๕	๑๕๕,๘๒๘	๙.๖๒	
กันตัง	๒	๘๖,๘๘๔	๒.๓	
ย่านตาขาว	๒	๖๔,๔๐๔	๓.๑๐	
ปะเหลียน	๕	๖๗,๓๕๖	๗.๔๒	
สิเกา	๑	๓๗,๘๒๐	๒.๖๔	
ห้วยยอด	๑๐	๙๔,๖๒๖	๑๐.๕๖	
วังวิเศษ	๓	๔๓,๕๑๓	๖.๘๙	
นาโยง	๓	๔๔,๔๗๔	๖.๗๔	
รัษฎา	๓	๒๙,๑๓๗	๑๐.๒๙	
หาดสำราญ	๒	๑๖,๗๕๑	๑๑.๙๓	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๔๖**	**๖๔๐,๗๙๓**	**๗.๑๗**	

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง, กรมสุขภาพจิต www.suisidethai.com

อภิปรายผลจากตาราง

จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ อำเภอเมืองตรังมีจำนวน ๑๕ คน รองลงมาคืออำเภอห้วยยอด จำนวน ๑๐ คน และอำเภอปะเหลียนมีจำนวน ๕ คน อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยที่สุดคืออำเภอสิเกา มีจำนวน ๑ คน ภาพรวมทั้งจังหวัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด ๔๖คนคิดเป็นร้อยละ ๗.๑๗ ต่อประชากรแสนคน

ผลงานปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (A)	จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๑ (B)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (A/B)x๑๐๐,๐**๐๐๐**	
เมืองตรัง	๖	๑๒๖,๑๕๒	๔.๗	
กันตัง	๑	๖๙,๓๒๘	๑.๔๔	
ย่านตาขาว	๑	๕๒,๓๒๖	๑.๙๑	
ปะเหลียน	๐	๕๔,๒๑๕	๐	
สิเกา	๐	๒๙,๕๒๘	๐	
ห้วยยอด	๐	๗๖,๓๒๑	๐	
วังวิเศษ	๐	๓๔,๔๗๕	๐	
นาโยง	๐	๓๖,๒๔๔	๐	
รัษฎา	๐	๒๒,๙๗๔	๐	
หาดสำราญ	๐	๑๓,๑๕๗	๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๘**	**๕๑๔,๗๒๐**	**๑.๕๕**	

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง, กรมสุขภาพจิต www.suisidethai.com

อภิปรายผลจากตาราง

จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ อำเภอเมืองตรังมีจำนวน ๖ คน รองลงมาคืออำเภอกันตัง จำนวน ๑ คน และอำเภอย่านตาขาว มีจำนวน ๑ คน อำเภอที่ยังไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คืออำเภอปะเหลียน, สิเกา, ห้วยยอด, วังวิเศษ, นาโยง, รัษฎา และอำเภอหาดสำราญ ภาพรวมทั้งจังหวัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด ๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๕๕ ต่อประชากรแสนคน

- **ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม**
  - **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน**

ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑

อำเภอ	รายการข้อมูล ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-ก.ย.๖๑)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด (B)	ร้อยละ (A/B)x๑,๐๐๐	
เมืองตรัง	๒,๘๘๗	๒,๘๘๔	๑๐๐.๑๐	
กันตัง	๗๒๗	๑,๕๘๖	๔๕.๘๓	
ย่านตาขาว	๖๕๑	๑,๑๙๘	๕๔.๓๔	
ปะเหลียน	๑,๙๖๔	๑,๒๔๐	๑๕๘.๓๘	
สิเกา	๖๗๐	๖๗๑	๙๙.๘๕	
ห้วยยอด	๑,๓๕๐	๑,๗๔๗	๗๗.๒๗	
วังวิเศษ	๔๐๗	๗๘๖	๕๑.๗๘	
นาโยง	๑,๔๔๒	๘๒๗	๑๗๔.๓๖	
รัษฎา	๕๒๓	๕๒๕	๙๙.๖๑	
หาดสำราญ	๙๗	๒๙๙	๓๒.๔๔	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๑๐,๖๔๕**	**๑๑,๗๓๕**	**๙๐.๗๑**	

ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จากโปรแกรมฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า รพ. พระศรีมหาโพธิ์ ณ วันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๑

อภิปรายผลจากตาราง

๑) จังหวัดตรังร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๙๐.๗๑ (เกณฑ์>๕๕%) อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ๔ อำเภอ คือ กันตัง ย่านตาขาว วังวิเศษและหาดสำราญ

ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

อำเภอ	รายการข้อมูล ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-ธ.ค.๖๑)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (A)	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด (B)	ร้อยละ (A/B)x๑,๐๐๐	
เมืองตรัง	๒,๘๘๗	๒,๙๐๑	๙๙.๕๑	
กันตัง	๗๔๕	๑,๕๙๔	๔๖.๗๓	
ย่านตาขาว	๖๓๓	๑,๒๐๓	๕๒.๖๑	
ปะเหลียน	๒,๐๔๓	๑,๒๔๖	๑๖๓.๙๖	
สิเกา	๖๗๐	๖๗๙	๙๘.๖๗	
ห้วยยอด	๑,๓๕๐	๑,๗๕๕	๗๖.๙๒	
วังวิเศษ	๔๐๗	๗๙๒	๕๑.๓๘	
นาโยง	๑,๔๔๒	๘๓๓	๑๗๓.๑๐	
รัษฎา	๕๒๔	๕๒๘	๙๙.๒๔	
หาดสำราญ	๙๘	๓๐๒	๓๒.๔๕	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๑๐,๗๙๙**	**๑๑,๘๑๐**	**๙๑.๔๓**	

ที่มา : ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จากโปรแกรมฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า รพ. พระศรีมหาโพธิ์ ณ วันที่ ๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

อภิปรายผลจากตาราง

๒) จังหวัดตรังร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๙๑.๔๓ (เกณฑ์>๖๕%) อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ๔ อำเภอ คือ กันตัง ย่านตาขาว วังวิเศษและหาดสำราญ

๓.๓ ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) ปีงบฯ๒๕๖๑

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (A)	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปี ๒๕๖๒ (B)	อัตราร้อยละ (A/B)x๑,๐๐๐	
เมืองตรัง	๔๐	๔๒	๙๕.๒๓	
กันตัง	๑๐	๑๐	๑๐๐	
ย่านตาขาว	๕	๕	๑๐๐	
ปะเหลียน	๘	๘	๑๐๐	
สิเกา	๓	๓	๑๐๐	
ห้วยยอด	๓๖	๓๖	๑๐๐	
วังวิเศษ	๘	๘	๑๐๐	
นาโยง	๑๑	๑๑	๑๐๐	
รัษฎา	๑	๑	๑๐๐	
หาดสำราญ	๕	๕	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๑๒๗**	**๑๒๙**	**๙๘.๔๔**	

อภิปรายผลจากตาราง

อำเภอเมืองตรังมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี จำนวน ๔๐ คนคิดเป็นร้อยละ ๙๕.๒๓ และอำเภออื่นๆมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓.๔ ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาปีงบฯประมาณ ๒๕๖๑

อำเภอ	รายการข้อมูล					
	จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพ (A)		จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งหมด (B)		ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (A/B)×๑๐๐	
	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๐	๒๕๖๑
เมืองตรัง	-	๘๖๘	-	๔,๖๕๓	-	๑๘.๖๕
กันตัง	-	-	-	-	-	-
ย่านตาขาว	-	-	-	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-	-	-	-
สิเกา	-	-	-	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-	-	-	-
วังวิเศษ	-	-	-	-	-	-
นาโยง	-	-	-	-	-	-
รัษฎา	-	-	-	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด		๘๖๘		๔,๖๕๓		๑๘.๖๕

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงาน อำเภอเมือง มีจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพ ๘๖๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๖๕ มีเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมือง เนื่องจากมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเฉพาะ รพ.ตรังเท่านั้น

๔. Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	☑ มี ☐ ไม่มี รพศ.ระดับ A - มีการจัดคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนที่งานผู้ป่วยนอก - มีการจัดสถานที่ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๔ -๖ เตียง ร่วมกับหอผู้ป่วยใน ENT
๒) หน่วยบริการระดับ M๒ – F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	☑ มี ☐ ไม่มี - มีการจัดคลินิกสุขภาพจิตจิตเวชแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนที่งานผู้ป่วยมี ยกเว้น รพ.หาดสำราญ ยังไม่เปิดให้บริการผู้ป่วยนอก

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
	จิตเวช - มีการจัดสถานที่ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ป่วยจิตเวชตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
๓) หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม)	☑ มี ☐ ไม่มี มี หน่วย บริการในพื้นที่ที่โดยประสานกับ รพช., รพ.สต. ให้บริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีการบันทึกข้อมูล ใน รง. ๕๐๖-Sและ Hosxp
๔) หน่วยบริการระดับ A - M๒ มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care	☑ มี ☐ ไม่มี มีระบบบริการจิตเวช เร่งด่วนตามบริบทและ แนวทางของการจัดบริการ acute care
๕) มีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัว และเศรษฐกิจ) ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	☑ มี ☐ ไม่มี - มีการสอดส่องมองหา ค้นหาสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มโรคเรื้อรัง - ใส่ใจรับฟัง รับฟังอย่างตั้งใจ เป็นที่ปรึกษาได้ และให้การช่วยเหลือ - ส่งต่อเชื่อมโยง ภายหลังการให้ความช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้นหากไม่ดีขึ้น ส่งต่อขั้นตอนการรักษาที่เหมาะสม

๖. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ รพ./สสอ./รพ.สต.	รพ./สสอ./รพ.สต.		สสจ. รพ.ตรัง
๒.	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการการเฝ้าระวังคัดกรอง โรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง และโรคสุรา/สารเสพติดและให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	รพ./รพ.สต.		รพ.ตรัง

๓.	บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจและให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับ ประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัยโดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช	อำเภอเมืองตรัง		รพ.ตรัง

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

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

๒. การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุ และปัจจัยผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงลึกยังไม่ครอบคลุมและ
ครบถ้วน บางรายพบข้อมูลเมื่อมาชันสูตรศพกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาล ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อนำไปแก้ไขป้องกันในระดับพื้นที่ต่อไป

๘. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- สถานบริการบางระดับไม่สามารถเปิดบริการเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชได้		
- ขาดบุคลากรเฉพาะด้านในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	บุคลากรมีจำนวนน้อย ปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น การอบรมเฉพาะด้านระยะสั้นจึงไม่สามารถดำเนินการได้	
- การบริการผู้ป่วยใน รพศ. ยังไม่สามารถเปิดบริการเป็นหอผู้ป่วยในได้เต็มรูปแบบเนื่องจากสถานที่และบุคลากรยังไม่พร้อม	รพศ. เปิดบริการผู้ป่วยในร่วมกับหอผู้ป่วยอื่นและเปิดเป็น unit แยกที่หอผู้ป่วย ENT รับผู้ป่วยในจำนวนจำกัด ๔-๖ เตียง หอผู้ป่วยเสี่ยงต่อการหลบหนี บางรายที่รับเป็นผู้ป่วยในและมีระยะเวลานอนนานไม่มีกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย	การให้บริการแบบผู้ป่วยในตามบริบทของพื้นที่ที่สามารถรองรับได้

๙. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๙.๑ ควรมีการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนามาตรฐานบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) อย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๒ ควรจัดสรรเรื่องการปรับตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพจิต เพื่อการประเมินเลื่อนระดับ และเพิ่มแรงจูงใจ/แนวทางความก้าวหน้าในอาชีพ ให้บุคลากรที่ปฏิบัติงาน

๑๐. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) **-**

ผู้รายงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร : ๐๘๙-๔๗๕ ๔๓๘๑
E-mail : nokarunrut@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๔ มกราคม ๒๕๖๒

ผู้รายงาน นางสาวกันตา ลิ่มวัน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สสจ.ตรัง
โทร : ๐๙๖-๙๕๙ ๕๒๕๑
E-mail : Kantalimwan@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๗. Service plan สาขาสาขาไต

ตัวชี้วัด ๒๐.๑ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/ ๑.๗๓m^2/yr (เป้าหมาย: ≥๖๖%)

ตัวชี้วัด ๒๐.๒ : ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือHT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังได้มากกว่า (๔๐%)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย CKD

๒) การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

สถานการการณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease; CKD) จังหวัดตรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ความชุกของโรคไตเรื้อรังจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและจากข้อมูลของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยพบว่าโรคไตเรื้อรังมีสาเหตุจากโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง ในปีปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดตรังมีประชากร(Type ๑,๓) จำนวน ๕๐๐,๒๘๖ คน เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๒๔,๕๘๘ คน และโรคความดันโลหิตสูง ๕๙,๑๙๖ คน มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทุกแห่งทั้งหมด จำนวน ๑๔,๒๗๗ คน โดยแบ่งเป็น Stage ๑ จำนวน ๓,๔๗๐ คน (๒๔.๓๐%), Stage ๒ จำนวน ๔,๕๙๔ คน (๓๒.๑๘%), Stage ๓ จำนวน ๔,๖๑๒ คน (๓๒.๓๐%) Stage ๔ จำนวน ๑,๐๑๘ คน (๗.๑๓%) และ Stage ๕ จำนวน ๕๘๓ คน (๔.๐๘%) และโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตรังมีคลินิกชะลอไตเสื่อม ยกเว้น รพช.หาดสำราญที่ยังไม่มีคลินิกชะลอไตเสื่อมแต่จะตรวจให้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (งวดแรก) จังหวัดตรังสามารถทำการคัดกรองผู้ป่วย DM,HT ได้ร้อยละ ๒๒.๐๒ (๑๒,๓๒๕ คน) และพบผู้ป่วย DM, HT รายใหม่ ร้อยละ ๒๕.๓๘ (๓,๑๒๘ คน) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/ ๑.๗๓m^2/yr ร้อยละ ๖๓.๕๗ ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๖ แต่ผลงานสูงกว่าระดับเขต (ร้อยละ ๖๐.๗๔) และระดับประเทศ (ร้อยละ ๕๙.๙๘)

- ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ วันที่ได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (งวดแรก)

อำเภอ	ปีงบฯ ๒๕๖๑			ปีงบฯ ๒๕๖๒ (๓ เดือน)		
	ผู้ป่วย DM/HT			ผู้ป่วย DM/HT		
	ทียังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (B)	เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (A)	อัตรา(๑๐๐) A/B*๑๐๐	ทียังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (B)	เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (A)	อัตรา(๑๐๐) A/B*๑๐๐
เมืองตรัง	๗,๐๐๓	๑,๒๓๙	๑๗.๖๙	๑,๕๘๘	๓๐๐	๑๘.๘๙
กันตัง	๕,๖๒๓	๑,๐๓๐	๑๘.๓๒	๒,๗๓๘	๔๗๑	๑๗.๒
ย่านตาขาว	๔,๕๗๕	๗๕๓	๑๖.๔๖	๑,๗๙๗	๓๐๓	๑๖.๘๖
ปะเหลียน	๔,๓๖๐	๔๖๘	๑๐.๗๓	๒,๐๙๙	๑๙๖	๙.๓๔
สิเกา	๒,๐๕๔	๓๐๗	๑๔.๙๕	๕๒๕	๖๗	๑๒.๗๖
ห้วยยอด	๖,๒๙๕	๑,๙๖๒	๓๑.๑๗	๒,๓๖๘	๑,๕๕๗	๖๕.๗๕
วังวิเศษ	๒,๒๓๘	๓๑๔	๑๔.๐๓	๖๖	๑๙	๒๘.๗๙

นาโยง	๒,๖๕๖	๔๐๙	๑๕.๔	๗๖๖	๑๓๙	๑๘.๑๕
รัษฎา	๑,๕๖๐	๒๔๓	๑๕.๕๘	๕๙	๒๙	๔๙.๑๕
หาดสำราญ	๑,๑๒๒	๒๕๐	๒๒.๒๘	๓๑๙	๔๗	๑๔.๗๓
รวม	๓๗,๔๘๖	๖,๙๗๕	๑๘.๖๑	๑๒,๓๒๕	๓๑๒๘	๒๕.๓๘

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๗ ม.ค.๖๒

****A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและผลตามนิยามเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่**
****B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง**

จังหวัดตรัง ผลงานปี ๒๕๖๑ พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๑๘.๖๑ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๓๗,๔๘๖ พบเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน ๖,๙๗๕ ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่สูงสุดคือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๓๑.๑๗ รองลงมาอำเภอหาดสำราย ร้อยละ ๒๒.๒๘

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ผลงาน ๒ เดือน) พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ ๒๕.๓๘ อำเภอที่พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูงสุด คือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๖๕.๗๕ รองลงมา อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๔๙.๔๕

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ *(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)*

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปีงบฯ ๒๕๖๒ (งวดแรก)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมายร้อยละ ๔๐)			หมายเหตุ
	เป้าหมาย (B)	ผลงาน (A)	ร้อยละ (A/B)x๑๐๐	
เมืองตรัง	๑๓,๗๘๗	๑,๕๘๘	๑๑.๕๒	
กันตัง	๗,๙๖๔	๒,๗๓๘	๓๔.๓๘	
ย่านตาขาว	๕,๙๒๓	๑,๗๙๗	๓๐.๓๔	
ปะเหลียน	๕,๔๐๖	๒,๐๙๙	๓๘.๘๓	
สิเกา	๓,๔๐๘	๕๒๕	๑๕.๔	
ห้วยยอด	๘,๕๕๒	๒,๓๖๘	๒๗.๖๙	
วังวิเศษ	๓,๓๑๒	๖๖	๑.๙๙	
นาโยง	๓,๔๐๒	๗๖๖	๒๒.๕๒	
รัษฎา	๒,๗๗๖	๕๙	๒.๑๓	
หาดสำราญ	๑,๔๔๙	๓๑๙	๒๒.๐๒	
ภาพรวมจังหวัด	๕๕,๙๗๙	๑๒,๓๒๕	๒๒.๐๒	

*A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

*B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๗ ม.ค.๖๒

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr ปีงบฯ ๒๕๖๒ (งวดแรก)

อำเภอ	**ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/๑.๗๓m๒/yr (เป้าหมาย: ≥ ๖๖% เมื่อสิ้นสุดปีงบฯ ๒๕๖๒)** (เป้าหมาย: ≥๖๖%)			หมายเหตุ
	เป้าหมาย (A)	**ผลงาน (B)**	**ร้อยละ (B/A)x๑๐๐**	
เมืองตรัง	๓๖	๑๘	๕๐	
กันตัง	๒๖	๒๐	๗๖.๙๒	
ย่านตาขาว	๑๕	๗	๔๖.๖๗	
ปะเหลียน	๓๓	๒๒	๖๖.๖๗	
สิเกา	๑๘	๑๔	๗๗.๗๘	
ห้วยยอด	๔	๒	๕๐	
วังวิเศษ	๐	๐	๐	
นาโยง	๗	๖	๘๕.๗๑	
รัษฎา	๐	๐	๐	
หาดสำราญ	๑	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๔๐	๘๙	๖๓.๕๗	

*A หมายถึง **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง<๔**

*B หมายถึง **จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และมีผล eGFR ≥ ๒** ค่า

แหล่งข้อมูล HDC : วันที่ประมวลผล :: ๗ ม.ค.๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ผลงานงวดแรก) พบผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^{๒}/yr ร้อยละ ๖๓.๕๗ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ ≥๖๖% เมื่อครบปีงบประมาณ ๒๕๖๒) อำเภอนาโยงพบผู้ป่วย CKD อัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/ ๑.๗๓m^{๒}/yr มากที่สุด ส่วนอำเภอที่ยังไม่มีผลงาน คือ อำเภอวังวิเศษ อำเภอรัษฎา และ อำเภอหาดสำราญ

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	รณรงค์ให้มีการคัดกรอง โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในรพสต. ในเขตอำเภอเมืองตรังและรพช.	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง >๔๐%	๑ ต.ค.๖๑- ๓๐ ก.ย.๖๒	-ทีมปฐมภูมิ -ทีมเวชกรรมสังคม -ทีม NCD -รพช.ทุกแห่ง
๒.	การชะลอความเสื่อมของไต	ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/ ๑.๗๓m^{๒}/yr	๑ ต.ค.๖๑- ๓๐ ก.ย.๖๒	-รพ.ตรัง/รพช./รพสต.

๓.	การประเมิน CKD Clinic คุณภาพแบบไขว้จังหวัด	รพช.M๒, F๑-F๒ ผ่านการประเมิน CKD Clinic คุณภาพ	๑ ต.ค.๖๑- ๓๐ ก.ย.๖๒	-สสจ.ตรัง/รพ.ตรัง -SP เขตฯ ๑๒

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

๑) ไม่มีการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมืองตรัง
๒) ผล LAB ที่คัดกรองในรพ.สต Error แพทย์ไม่เชื่อถือ
๓) พยาบาล รพ.สต. มีภาระงานมาก ไม่สามารถเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจได้ทุกคน
๔) หัวหน้ากลุ่มภารกิจบริการปฐมภูมิ ให้พยาบาลที่ออก รพ.สต. ไปบุกเบิกสถานที่เปิดบริการใหม่ (บขส.)
๕) ไม่มีบุคลากรบันทึกข้อมูลใน Hosxp. ของ โรงพยาบาล
๖) รพช.บางแห่งยังไม่ได้บันทึกข้อมูล
๗) ขาดการสื่อสารรายละเอียดตัวชี้วัดระหว่างสสจ.และ รพช.

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. ไม่มีการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมืองตรัง		- บูรณาการร่วมกับงาน NCD และงานบริการปฐมภูมิ รณรงค์การคัดกรอง
๒. ผลแล็บที่คัดกรองใน รพ.สต.แพทย์ไม่เชื่อถือ	- ปรับปรุงมาตรฐานการตรวจแล็บใน รพ.สต.	
๓. ไม่มีบุคลากรบันทึกข้อมูลใน Hosxp. ของ โรงพยาบาล	- จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงาน	
๔. ขาดการสื่อสารรายละเอียดตัวชี้วัดระหว่างสสจ.และ รพช.	- ผู้รับผิดชอบระดับ สสจ. แจ้งรายละเอียดตัวชี้วัดให้ผู้รับผิดชอบระดับ รพช.ทราบ	

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- บูรณาการร่วมกับงาน NCD และงานบริการปฐมภูมิ รณรงค์การคัดกรอง

ผู้รายงาน นางโสภา บุญมณีประเสริฐ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๙-๕๙๑๐๔๙๑
e-mail so.paboon@hotmail.com

และ

ผู้รายงาน น.ส.จิรฐา แซ่เลี้ยง
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๗๕-๒๐๑๕๐๐-๑๑๑๙
ข้อมูล ณ วันที่ ๗ มกราคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๘. Service plan สาขาสาขาศัลยกรรม (One day surgery)
ตัวชี้วัด ๒๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

๑) จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตามแนวทางคู่มือของกรมการแพทย์

๒) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

- ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ปี๒๕๖๑ =๒๖.๒๔ (๑๓๘/๕๒๖ราย)
- สามารถผ่าตัดแบบ One Day Surgery ได้ในกลุ่มโรค Inguinal hernia, Colorectal polyp, Esophagogastric varices, Esophageal stricture, Vaginal bleeding
- มีการเตรียมความพร้อมของระบบ One Day Surgery เช่น เตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกจุด ตั้งแต่ Pre operation, intra operation, post operation และการติดตามผู้ป่วย
- มีการบันทึกข้อมูล One Day Surgery ทุกจุดใน web รวม

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย :ร้อยละ ๒๐)

อำเภอ/จังหวัด	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัด One Day Surgery (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis) (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (A/B) x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๖๐	๑๐๓	๕๘.๒๕	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๑)				

- **ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery รพ.ตรัง ผลงานปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒(๓ ด.)**

One Day Surgery (เฉพาะ Elective case)	๒๕๖๑			๒๕๖๒ (ต.ค.๖๐-ธ.ค.๖๒)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ผู้ป่วยInguinal hernia, Femoral hernia	๒๖๖	๔๒	๑๕.๗๙	๕๑	๑๗	๓๓.๓๓
๒. Hydrocele	๒๗	๒	๗.๔๑	๕	๔	๘๐
๓. Hemorrhoid	๕๒	๓	๕.๗๗	๓	๐	๐
๔. Vaginal bleeding	๑๐๘	๓๓	๓๐.๕๖	๗	๓	๔๒.๘๖
๕. Esophagogastric varices	๒	๐	๐	๐	๐	๐
๖. Esophageal stricture	๕	๔	๘๐	๓	๒	๖๖.๖๗
๗. Colorectal polyp	๖๖	๕๔	๘๑.๘๒	๓๔	๓๔	๑๐๐
รวม	๕๒๖	๑๓๘	๒๖.๒๔	๑๐๓	๖๐	๕๘.๒๕

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาศักยภาพการผ่าตัดInguinal hernia แบบLocal anesthesia	แพทย์ศัลยกรรม	พ.ค.- มิ.ย. ๖๒	นพ.ปัญจพล
๒.	พัฒนาศักยภาพการทำ Therapeutic Colonoscope & Esophacoscope			

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

-

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/ อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-	เพิ่มการทำผ่าตัด One Day Surgery ในกลุ่มโรคอื่น เช่น Excisional in Breast mass, soft tissue mass	

ผู้รายงาน นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๗๒๘๘๖๔๘
Email : pensri_kandy@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๙. Service plan สาขาการปลูกถ่ายอวัยวะ

ตัวชี้วัด ๒๒. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัด ๒๓. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๑.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

รพ.ตรัง ได้มีการจัดตั้งหน่วยรับบริจาคอวัยวะ

- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริจาคอวัยวะ
- มี TC อบรมเฉพาะทาง ๔ เดือน ๑ คน
- มีการดำเนินการขอบริจาคอวัยวะทั้งจากผู้มีชีวิต และจากภาวะสมองตาย
- มีผู้จัดเก็บดวงตา ๓ คน
- มีการให้ความรู้และจัดอบรมการเจรจาขอบริจาคอวัยวะ
- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี๒๕๖๑ =๐.๐๙ (๑/๑๑๑๕)
- อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๑ =๐.๒๗ (๓/๑๑๑๕)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ข้อมูลเชิงปริมาณ

๓.๑ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (เป้าหมาย ≥ ๐.๘ : ๑๐๐)

รพ.	จำนวนผู้บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย (actual donor) (A)	จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (B)	อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)x๑๐๐	หมายเหตุ
ตรัง	๐	๒๙๑	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๑)				

๓.๒ อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาค<u>ดวงตา</u> ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล
(เป้าหมาย ≥ ๑.๓ : ๑๐๐)

รพ.	**จำนวนผู้ยินยอมบริจาค <u>ดวงตา</u> (A)**	**จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตใน รพ. ระดับ A,S ทุกสาเหตุ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (B)**	**อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตาต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B)x๑๐๐**	หมายเหตุ
ตรัง	๐	๒๙๑	๐	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.๖๑)				

❖ **จำนวนผู้แจ้งความประสงค์บริจาคอวัยวะ)**

รายการ(ผู้แจ้งความประสงค์บริจาคอวัยวะ)	**๒๕๖๐**	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒**		
			ต.ค.๖๑	**พ.ย.๖๑**	**ธ.ค.๖๒**
๑. การแจ้งความความประสงค์บริจาคอวัยวะ	๕๖	๑๖๘	๑๗	๖๕	๑๒
๒. การแจ้งความความประสงค์บริจาคดวงตา	๕๖	๑๖๑	๑๘	๖๓	๑๑

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

- ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย มีการคาท่อช่วยหายใจ นอน รพ. หลายวัน มีภาวะไข้สูง เกิดภาวะติดเชื้อ
- ทัศนคติ ความเชื่อของการบริจาคอวัยวะและดวงตา

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองตาย มีการคาท่อช่วยหายใจ นอนโรงพยาบาลหลายวัน มีภาวะไข้สูง เกิดภาวะติดเชื้อ		
๒. ทัศนคติ ความเชื่อของการบริจาคอวัยวะและดวงตา	การมีสื่อ ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชน	
๓. พยาบาลTC ยังเป็น part time	ปรับให้เป็น TC full time	

ผู้รายงาน นางวิลาวัลย์ ชูตรัง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๘๙-๖๕๐๗๒๒๖
Email : wilawan๐๗๒๒๖@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

ประเด็นหลัก / หัวข้อ Service plan สาขาสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
ตัวชี้วัด ๒๔. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่นับรวมส่งเสริมสุขภาพฯ (U๗๗) ร้อยละ ๑๘.๕

๔. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ๑๘.๕)
- ร้อยละการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด
- คลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD คู่ขนาน)
- คลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร (คลินิก ๔ โรค)

๕. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

๒.๑ การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

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

นอกจากนั้นมีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ตาม Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ซึ่งมีคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-F๓) , จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีคลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน (A-F๓) จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ ,คลินิกบริการผู้ป่วยใน (IPD) ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (A-M๑) จำนวน ๒ แห่ง คือรพ.ตรัง และรพ.ห้วยยอด คิดเป็นร้อยละ ๒๐ มีการจัดบริการการแพทย์แผนจีน จำนวน ๔ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ส่วนการจัดบริการการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่น มณีเวช, สมาธิบำบัด,SKT ,การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ,การปรับสมดุลโครงสร้าง และอื่นๆ จำนวน ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

ส่วนการจัดบริการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค และฟื้นฟูสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ใน รพ.สต. ซึ่งมีการใช้ยาสมุนไพรมากกว่า ๑๐ รายการ จำนวน ๑๒๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ การจัดบริการเวชกรรมไทย จำนวน ๓๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๐๐ การจัดบริการเภสัชกรรมไทย จำนวน ๓๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๐๐ การจัดบริการนวดไทย จำนวน ๕๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๐ และการจัดบริการการดูแลมารดาหลังคลอด จำนวน ๓๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๘๐ ดังรายละเอียดตามตาราง ๑ , ๒ และ ๓ ดังนี้

ตาราง ๑ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑ (รพ.)

ที่	หน่วยบริการ	ระดับ รพ.	การจัดบริการการแพทย์แผนไทย					คลินิก OPD แพทย์แผนไทย คู่ขนาน	คลินิก บริการ ผู้ป่วยใน (IPD)	คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย	การจัดบริการการแพทย์แผนจีน
			เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	นวดไทย	ผดุงครรภ์ไทย	ยาแผนไทย (จำนวน/ชนิด)				
๑	รพ.ตรัง	A	๑	๑	๑	๑	๔๓	๑	๑	๑	๑
๒	รพ.ห้วยยอด	M๒	๑	๑	๑	๑	๕๐	๑	๑	๑	๑
๓	รพ.ย่านตาขาว	M๒	๑	๑	๑	๑	๓๕	๑	๐	๑	๑
๔	รพ.กันตัง	F๑	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑	๐	๑	๑
๕	รพ.สิเกา	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑	๐	๑	
๖	รพ.วังวิเศษ	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑	๐	๑	
๗	รพ.รัษฎา	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑	๐	๑	
๘	รพ.นาโยง	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๒	๑	๐	๑	
๙	รพ.ปะเหลียน	F๒	๑	๑	๑	๑	๓๑	๑	๐	๑	
๑๐	รพ.หาดสำราญ	F๓	๑	๑	๑	๑	๓๐	๑	๐	๑	
	รวม		**๑๐**	**๑๐**	**๑๐**	**๑๐**		**๑๐ (๑๐๐%)**	**๒ (๒๐%)**	**๑๐ (๑๐๐%)**	**๔ (๔๐%)**

ตาราง ๒ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑ (รพ.สต.)

ที่	หน่วยบริการตามเครือข่ายในภาพ CUP	จำนวน รพ.สต. (แห่ง)	การจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (แห่ง)				
			ยาแผนไทย	เวชกรรมไทย	เภสัชกรรมไทย	นวดไทย	การดูแลมารดาหลังคลอด
๑	เมืองตรัง	๑๘	๑๘	๕	๕	๗	๖
๒	ห้วยยอด	๒๐	๒๐	๑๔	๑๔	๑๖	๑๔
๓	ย่านตาขาว	๒๐	๒๐	๔	๔	๘	๔
๔	กันตัง	๑๖	๑๖	๒	๒	๒	๒
๕	สิเกา	๑๘	๑๘	๓	๓	๓	๓
๖	วังวิเศษ	๙	๙	๑	๑	๑	๑
๗	รัษฎา	๗	๗	๑	๑	๔	๑
๘	นาโยง	๖	๖	๑	๑	๒	๑
๙	ปะเหลียน	๗	๗	๔	๔	๕	๔
๑๐	หาดสำราญ	๔	๔	๐	๐	๒	๐
	รวม	**๑๒๕**	**๑๒๕(๑๐๐%)**	**๓๕(๒๘.๐๐%)**	**๓๕(๒๘.๐๐%)**	**๕๐(๔๐.๐๐%)**	**๓๖(๒๘.๘๐%)**

ตาราง ๓ การจัดบริการคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๑

ที่	หน่วยบริการ	ระดับ รพ.	คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย (จำนวน)							
			ไมเกรน	ข้อเข่าเสื่อม	ภูมิแพ้	อัมพฤกษ์-อัมพาต	กระตุ้นพัฒนาการเด็ก	ปวดหลัง	วัยทอง	รวมจำนวน
๑	รพ.ตรัง	A	๑	๑	๑	๑	๑	๑		๖
๒	รพ.ห้วยยอด	M๒	๑	๑	๑	๑				๔
๓	รพ.ย่านตาขาว	M๒	๑	๑	๑	๑				๔
๔	รพ.กันตัง	F๑	๑	๑	๑	๑				๔
๕	รพ.สิเกา	F๒	๑	๑		๑				๓
๖	รพ.วังวิเศษ	F๒	๑	๑		๑				๓
๗	รพ.รัษฎา	F๒	๑	๑	๑	๑				๔
๘	รพ.นาโยง	F๒		๑		๑				๒
๙	รพ.ปะเหลียน	F๒	๑	๑	๑	๑			๑	๕
๑๐	รพ.หาดสำราญ	F๓	๑	๑		๑				๓
	รวม		**๙**	**๑๐**	**๖**	**๑๐**	**๑**	**๑**	**๑**	

ปัจจุบัน (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

๖. **ข้อมูลกระกอบการวิเคราะห์** (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ผลงานงวดที่ ๑/๒๕๖๒

ตาราง ๔ ร้อยละ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวมจังหวัด
๑.	ตัวชี้วัดหลัก (ภาพรวม)	เป้าหมาย	๑๒๑,๕๕๙	๖๔,๐๔๕	๔๒,๘๖๗	๓๘,๖๘๖	๒๘,๑๒๐	๘๐,๙๔๙	๒๕,๔๐๐	๒๖,๓๔๙	๒๑,๕๐๘	๑๑,๕๘๔	๔๖๑,๐๖๑
		ผลงาน	๒๒,๘๐๐	๑๘,๐๗๗	๑๒,๒๐๒	๘,๙๒๙	๕,๖๓๖	๒๘,๑๑๒	๖,๑๖๒	๗,๔๓๖	๓,๔๖๓	๑,๖๕๔	๑๑๔,๔๗๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑๘.๗๖	๒๘.๒๓	๒๘.๔๖	๒๓.๐๘	๒๐.๐๔	๓๔.๗๓	๒๔.๒๖	๒๘.๒๒	๑๖.๑๐	๑๔.๒๘	๒๔.๘๓
๒.	ตัวชี้วัดหลัก รพศ/รพช.	เป้าหมาย	๙๐,๒๐๓	๔๑,๕๔๓	๒๖,๒๗๑	๑๙,๐๓๑	๑๕,๑๗๔	๔๖,๖๖๙	๑๖,๙๘๓	๑๗,๐๕๑	๑๑,๘๔๙	๒,๔๑๐	๒๘๗,๑๘๔
		ผลงาน	๑๔,๒๔๑	๗,๑๘๖	๔,๖๓๖	๒,๗๒๓	๒,๔๗๘	๑๑,๕๖๖	๓,๓๔๔	๔,๑๐๐	๑,๕๐๐	๒๘๐	๕๒,๐๕๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๕.๗๘	๑๗.๓๐	๑๗.๖๕	๑๔.๓๑	๑๖.๓๓	๒๗.๐๔	๑๙.๖๙	๒๔.๐๕	๑๒.๖๖	๑๑.๖๒	๑๗.๔๓
๓.	ตัวชี้วัดหลัก รพ.สต.	เป้าหมาย	๒๕,๘๒๑	๒๒,๘๖๔	๑๗,๔๙๒	๒๐,๗๔๓	๙,๙๖๘	๓๔,๐๓๔	๘,๓๕๔	๙,๗๐๐	๔,๙๗๐	๔,๗๕๓	๑๕๘,๖๙๙
		ผลงาน	๖,๔๓๒	๑๐,๗๖๙	๗,๐๗๙	๕,๘๑๘	๒,๔๓๑	๑๔,๑๑๑	๒,๘๗๕	๓,๕๓๘	๕๙๖	๑,๐๘๑	๕๔,๗๓๐
		อัตรา/ร้อยละ	๒๔.๙๑	๔๗.๑๐	๔๐.๔๗	๒๘.๐๕	๒๔.๓๙	๔๑.๔๖	๓๔.๔๑	๓๖.๔๗	๑๑.๙๙	๒๒.๗๔	๓๔.๔๙

<u>ที่มาข้อมูล</u> อ้างอิงข้อมูลจาก HDC วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เกณฑ์จังหวัดร้อยละ ๑๘.๕ (รพศ.ร้อยละ ๑๒ , รพช. ร้อยละ ๒๐ และ รพ.สต. ร้อยละ ๒๕ ไม่นับรหัส U๗๗)

๑) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (สสจ. ร้อยละ ๑๘.๕)

พบว่าในภาพรวมของตัวชี้วัดนี้ จังหวัดตรังสามารถดำเนินการได้เกินเกณฑ์ ร้อยละ ๒๔.๘๓

๒) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพศ. ร้อยละ ๑๒ และ รพช. ร้อยละ ๒๐)

เมื่อจำแนกเป็นโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของโรงพยาบาล พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ตรัง ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๕.๗๘ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลห้วยยอด ร้อยละ ๒๗.๐๔ และโรงพยาบาลนาโยง ร้อยละ ๒๔.๐๕ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๗.๔๓ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

๓) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สต.ร้อยละ ๒๕)

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๖ อำเภอ คือ อำเภอกันตัง ร้อยละ ๔๗.๑๐ รองลงมาอำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๔๑.๔๖ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๔๐.๔๗ อำเภอนาโยง ร้อยละ ๓๖.๔๗ อำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๓๔.๔๑ และอำเภอปะเหลียน ร้อยละ ๒๘.๐๕ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๓๔.๔๙ ซึ่งผ่านเกณฑ์

๗. แผนงาน – โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒ (๖๕,๖๑๐)	รพ. จำนวน ๑๐ แห่ง รพ.สต. จำนวน ๑๒๕ แห่ง	มกราคม – มีนาคม ๒๕๖๒	สสจ.ตรัง
	๑.๑ ประกวดพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยและประกวดบุคคลต้นแบบ ปี ๒๕๖๒ (๓๓,๔๐๐)			
	๑.๒ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยตาม Service Plane (๑๖,๐๐๐)			
	๑.๓ ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางการจัดบริการการแพทย์แผนไทยกลุ่มโรคสตรี และมารดาหลังคลอด (CPG)ของหน่วยบริการ (๑๖,๒๑๐)			
๒.	โครงการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒ (๑๗๔,๐๐๐)		มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๒	สสจ.ตรัง
	๒.๑ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การสำรวจ ตรวจสอบ รวบรวม และจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตำรับและตำราการแพทย์แผนไทย ประจำปี ๒๕๖๒ (๕๗,๕๐๐)	แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอไทย ในจังหวัดตรัง ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๓๕ คน		
	๒.๒ งานมหกรรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้าน ภาคใต้ ปี ๒๕๖๒ (๗๐,๐๐๐)	เครือข่ายแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน แพทย์ทางเลือก เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ โรงพยาบาล และสสจ.จำนวน ๑๐ คน ในงานมหกรรมแพทย์แผนไทยระดับภาค ณ จังหวัดนราธิวาส		

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม	เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
	๒.๓ ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานตาม พรบ. คุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด และสรุปผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ (๑๘,๖๐๐)	ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอ แพทย์แผนไทย ระดับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕๕ คน		
	๒.๔ ประชุมติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี ๒๕๖๒ (๖,๔๐๐)	ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอและโรงพยาบาล จำนวน ๒๐ คน		
	๒.๕ การดำเนินงานเพื่อสำรวจ รวบรวม รายการสมุนไพร ถิ่นกำเนิดสมุนไพร และพื้นที่ป่าชุมชน จังหวัดตรัง ประจำปี ๒๕๖๒ (๒๑,๕๐๐)			
	๑) ประชุมชี้แจงการดำเนินงานเพื่อสำรวจ รวบรวม รายการสมุนไพร ถิ่นกำเนิดสมุนไพร และพื้นที่ป่าชุมชน จังหวัดตรัง ประจำปี ๒๕๖๒	ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอ แพทย์แผนไทย ระดับโรงพยาบาล และแพทย์แผนไทยในจังหวัดตรัง จำนวน ๔๐ คน		
	๒) ออกสำรวจ รวบรวม รายการสมุนไพร ถิ่นกำเนิดสมุนไพร และพื้นที่ป่าชุมชน จังหวัดตรัง ประจำปี ๒๕๖๒	ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอ โรงพยาบาล และแพทย์แผนไทย ในจังหวัดตรัง จำนวน ๑๐ คน		
๓.	การส่งเสริมสุขภาพเด็กพัฒนาการช้าด้วยศาสตร์มณีเวช ในเครือข่าย จ.ตรัง	เด็กพัฒนาการช้าทั้ง รพศ. และ รพช.	๑ ปี	รพ.ตรัง
๔.	การนิเทศการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลัก รพ.สต.เครือข่าย รพศ/รพช	เจ้าหน้าที่รพ.สต. และเครือข่าย รพศ./	๑ ปี	หัวหน้างานแพทย์แผนไทยทุก รพ.

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

๕.๑ การจัดสรรตำแหน่งแพทย์แผนไทยในรพ.และ รพ.สต. ไม่เพียงพอต่ออัตรากำลังในการปฏิบัติงาน ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องงบประมาณและการจ้าง รพ.สต.บางแห่งมีความพร้อมในการจัดบริการแต่ยังขาดบุคลากรในการปฏิบัติงานจริง

๕.๒ การจัดบริการด้านการนวดไทย มีข้อจำกัดเรื่องการเบิกจ่าย และส่งผลต่อการจัดสรรเงินสนับสนุนด้านแพทย์แผนไทยไม่เพียงพอ

๕.๓ หน่วยบริการบางรพ. มีอาคารสถานที่ หรือพื้นที่ในการให้บริการค่อนข้างจำกัดและคับแคบ ไม่รองรับกับจำนวนผู้รับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหา ที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
การจัดสรรงบประมาณ มีความไม่แน่นอนเนื่องจากงบประมาณหลักที่ใช้ในการจัดบริการมาจาก สปสช. .	แผนงบประมาณในการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ควรมีความชัดเจนโดยกำหนดเป็นนโยบายมาจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
หน่วยบริการของรพ. และและรพ.สต. บางแห่งมีความพร้อมในการบริการแต่ไม่มีพื้นที่สำหรับการจัดบริการ ไม่สามารถรองรับการขยายบริการให้เท่าทันกับจำนวนผู้มารับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น	การสนับสนุนงบประมาณก่อสร้างอาคาร เพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลและ รพ.สต.
การขยายบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.ขึ้นอยู่กับความพร้อม ของรพ. ซึ่งต้องจ้างแพทย์แผนไทยไปปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการสนับสนุนและผลักดันให้มีแพทย์แผนไทยลงปฏิบัติงานใน รพ.สต. และงบประมาณในการจ้าง เนื่องจากรพ.สต.บางแห่งมีศักยภาพและความพร้อมในการจัดบริการและให้บริการ	การจัดสรรแพทย์แผนไทยและงบประมาณในการจ้างลงปฏิบัติงานใน รพ.สต. อย่างเท่าเทียม ตามนโยบายที่ชัดเจนเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๙. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) นวัตกรรมถุงเท้ากดจุดอำลาชาเท้าเบาหวาน (รพ.ย่านตาขาว)
๒) ประสิทธิผลของชาชงรางจืดใบเตยในการลดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกระแสเลือด ชนะเลิศอันดับ ๑ ประเภท Poster Presentation (รพ.สต.ควนเมา อ.รัษฎา)
๓) ถุงมือถั่วเขียวลดปวด (รพ.ห้วยยอด)
๔) หนุนสบายคลายปวด (รพ.ห้วยยอด)
๕) มหัศจรรย์ยาหม่องลูกประคบ (รพ.ห้วยยอด)
๖) Herbal pillow for insomnia (รพ.ห้วยยอด)

๗) กักน้ำมัน (รพ.ห้วยยอด)

๘) โครงการ “เกษตรกรสุขภาพดี กับ ธ.ก.ส.” โดยงานแพทย์แผนไทยได้ให้ความรู้และแจกจ่ายยาชงสมุนไพรรางจืดในการขับล้างสารเคมีที่ใช้ในการเกษตรกรแก่ผู้ที่มีความเสี่ยง (รพ.กันตัง)

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๓-๖ ภาพ)

วันภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยแห่งชาติและพระบิดาแห่งการแพทย์แผนไทย
ประจำปี ๒๕๖๑ วันที่ ๒๙ ตุลาคม ๒๕๖๑ (ทุกรพ.)















นิเทศการใช้ยาสมุนไพร ณ รพสต. นาโต๊ะหมิง ๒๔/๑/๖๒





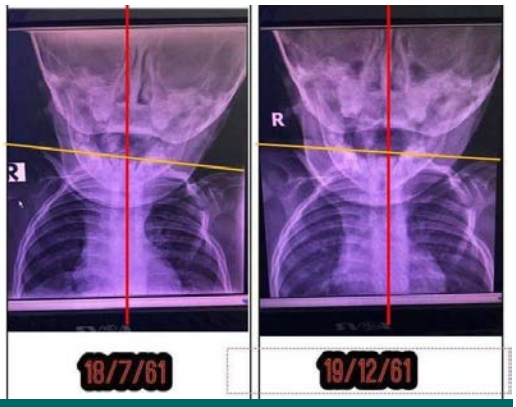


โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กพัฒนาการช้าด้วยศาสตร์มณีเวช



ด.ญ. น อายุ ๒ ปี เขย่งเท้าขวาเวลาเดิน/วิ่ง กล้ามเนื้อน่องเกร็งเป็นลำ หดรัดตัวทำให้วัดส้นเท้าจะพบว่าเท้าขวาสั้นทำมณีเวชร่วมกับฝังเข็ม อาทิตย์ละ๑ครั้ง นาน ๔ เดือนกล้ามเนื้อน่องคลายตัว วัดส้นเท้าพบว่าเท้า ๒ ข้าง ยาวเท่ากัน

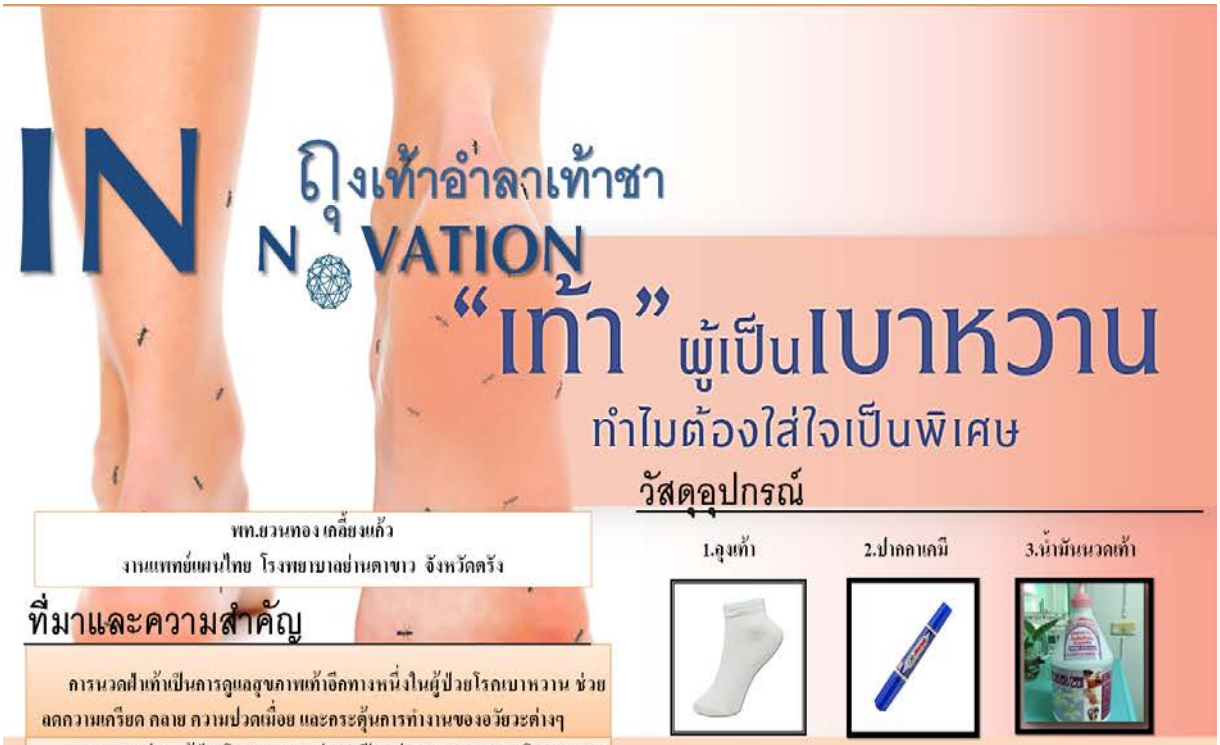
รายการยาสมุนไพรของ รพ.ห้วยยอด ที่ผ่าน GMP แล้ว คือ ยาประเภทบรรจุแคปซูลจำนวน ๒๕ รายการ ได้แก่ ขมิ้นชัน จันทน์ลีลา ชุมเห็ดเทศ เถาวัลย์เปรียง ธรณีสัณฑฆาต ธาตุบรรจบ บอระเพ็ด รางจืด สหัสธารา เบญจกูล ประสะกานพลู เพชรสังฆาต ฟ้าทะลายโจร มะขามแขก มะระขี้นก ยากล้วย เขียวหอม ตรีผลา ประสะจันทน์แดง ประสะไพล ปลูกไฟธาตุ ไฟห้ากอง ยาหอมเทพจิตร ยาหอมนวโกศ ยาหอมบำรุงหัวใจ



ด.ช. ก อายุ ๑ ปี คอด้านซ้ายเอียง ทำมณีเวช อาทิตย์ละ ๑ ครั้ง นาน ๕ เดือน กล้ามเนื้อคอมีการหดรั้งลดลง

ผู้รายงาน นางอรุณี ธัญธนวิทยา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สจจ.ตรัง
โทร ๐๘๑-๓๙๖๘๒๙๒
E mail : tarunee@gmail.com

นาง นงนุช ตรีรัตนพันธุ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร ๐๙๖-๖๓๖๓๕๔๐
E mail : panthaitrang@hotmail.com



IN ถุงเท้าอำลาเท้าชา NOVATION

"เท้า" ผู้เป็นเบาหวาน

ทำไมต้องใส่ใจเป็นพิเศษ

พท.ยวนทอง เคลื่อนแก้ว
งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลย่านตาขาว จังหวัดตรัง

ที่มาและความสำคัญ

การนวดฝ่าเท้าเป็นการดูแลสุขภาพเท้าอีกทางหนึ่งในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ช่วยลดความเครียด คลาย ความปวดเมื่อย และกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ

จากการสรุปยอดผู้ป่วยโรคเบาหวานประจำปีงบประมาณ 2561ของโรงพยาบาลย่านตาขาว พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมาก และพบอาการเท้าชา ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน เป็นจำนวนมากเช่นกัน ด้วยเหตุนี้ งานแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลย่านตาขาว ได้เล็งเห็นความสำคัญของอาการเท้าชา จึงได้หาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเท้าชา และได้เกิดแนวคิดโดยการนำวัสดุในท้องถิ่นนำมาทำเป็นนวัตกรรม ลดอาการเท้าชาในผู้ป่วยเบาหวาน เกิดเป็นนวัตกรรมถุงนวดระคะ ไว้ให้บริการที่คลินิคโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนวดฝ่าเท้าด้วยตนเอง แต่ด้วยผู้รับบริการมีจำนวนมาก ทำให้ไม่เพียงพอต่อการใช้ และเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทยก็ไม่เพียงพอในการให้บริการนวดฝ่าเท้า จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชาได้รับบริการไม่ครอบคลุม อีกทั้งระยะเวลาการนัดรักษาต่อเนื่อง ทำให้คิวนัดเต็ม จำเป็นต้องนัดห่างและนานเกินไป ประสิทธิผลการรักษาจึงไม่ได้ผลเท่าที่ควร

ด้วยเหตุนี้ งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลย่านตาขาวจึงได้มีการคิดค้นนวัตกรรมถุงเท้าลดจุดอำลาเท้าชาขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำกลับไปใช้ที่บ้าน และสามารถใช้นวดเท้าด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงบริเวณส่วนเท้าให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และยังเป็นการกระตุ้นจุดสะท้อนฝ่าเท้าลดอาการชาเท้า ที่เป็นสาเหตุของการเกิดแผลที่เท้า ได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ชาฝ่าเท้ามีอาการชาฝ่าเท้าลดลง
๒. เพื่อพัฒนาอุปกรณ์ในการบริหารฝ่าเท้าของผู้ป่วยเบาหวานและเพื่อ ประเมินประสิทธิผลของถุงเท้าลดจุด นวดฝ่าเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
๓. เพื่อเปรียบเทียบอาการชาเท้าก่อนการใช้ถุงเท้าลดจุดและหลังการใช้ถุงเท้าลดจุด

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิคโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลย่านตาขาว ที่มีภาวะแทรกซ้อนปลายประสาทที่เท้าชา จำนวน 30 คน

วัสดุอุปกรณ์

1.ถุงเท้า 2.ปากกาเคมี 3.น้ำมันนวดเท้า

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. นัดคลายคาพบำบัดตรวจประเมินอาการชาฝ่าเท้าข้างละ4 จุดด้วยเส้นเอ็นสังเคราะห์
2. แพทย์แผนไทยสอนผู้ป่วยให้นวดกระตุ้นตั้งแต่ลำมเนื้อน่องลงปลายเท้า
3. ให้ผู้ป่วยสวมถุงเท้า แพทย์แผนไทยวาดจุด นวดกระตุ้นฝ่าเท้า 10 จุด ตามรูปเท้าของแต่ละคน
4. สอนผู้ป่วยให้นวดคดจุดตามจุดที่วาดไว้ 10 จุด จุดละ10 ครั้ง
5. ให้ถุงเท้าลดจุดกลับไปนวดที่บ้าน วันละ 1ครั้ง ครั้งละ15-20 นาที จนครบ 12 ครั้ง
6. นัดมาโรงพยาบาลประเมินอาการชาโดยนัดคลายคาพบำบัด

ผล

ระดับอาการชา	ก่อน		หลัง		ค่าความต่าง
	จำนวนคน	ร้อยละ	จำนวนคน	ร้อยละ	
น้อย	5	16	15	50	+10
ปานกลาง	15	50	12	40	-3
มาก	10	33.33	3	10	-7

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้ถุงเท้าอำลาเท้าชา สามารถลด จำนวนจุดชาบริเวณเท้าได้ โดยก่อนการทดลองพบจุดชา 1 จุด จำนวน 5 คน จุดชา 2-3 จุด จำนวน 15 คน จุดชา 4 จุด จำนวน 10 คน หลังการทดลองพบว่า จุดชา 1 จุด มีจำนวน 15 คน จุดชา 2-3 จุด จำนวน 12 คน แล้วจุดชา 4 จุด จำนวน 3 คน

จึงสามารถสรุปได้ว่า การนำนวัตกรรมถุงเท้าอำลาเท้าชา มาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการเท้าชา โดยให้ผู้ป่วยสวมถุงเท้า แล้วนวดเท้าด้วยตัวเองตามจุด บนถุงเท้า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการเท้าชาลดลง เลือดสามารถไปเลี้ยงประสาทส่วนปลายได้ดีขึ้น

ประเด็นหลัก / หัวข้อ. Service plan สาขาสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตัวชี้วัด ๒๕. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
ตัวชี้วัดติดตาม ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในรพ. ≤๑๐%

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

(๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

(๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒

จังหวัดตรังประกอบด้วย ๑๐ อำเภอ ด้านภูมิศาสตร์มีโรงพยาบาลศูนย์อยู่ตรงกลาง มีโรงพยาบาลชุมชนอยู่ล้อมรอบ ประกอบด้วยโรงพยาบาลระดับ A : ๑ แห่ง ระดับ M๑ : ๑ แห่ง F๑ ๒ แห่ง และระดับ F๒ : ๕ แห่ง F๓ : ๑ แห่ง ซึ่งทุกโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไปมีศักยภาพในการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ ๑๐๐% และได้ยาละลายลิ่มเลือดตั้งแต่ปี ๒๕๕๘ เดิมเครือข่ายหัวใจจังหวัดตรังดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI แบบ primary PCI base ดังนั้น กรณี Cath Lab Unavailable จึงใช้ Guideline SK จากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้อัตราการการเปิดหลอดเลือดหัวใจเกินเป้าหมายทุกปี แต่อัตราตายถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงก็ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายคือ ≤๑๐% สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจยังคงเป็นสาเหตุจากภาวะความรุนแรงของโรค และเวลาตั้งแต่แน่นหน้าอกกระทั่งถึงโรงพยาบาล ถึงแม้จะมีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน แต่ไม่สัมพันธ์กับอัตราตาย

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)	จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐
เมืองตรัง	๑	๑๕๖,๑๑๕	๐.๖๔
กันตัง	๒	๖๗,๓๘๘	๒.๙๗
ย่านตาขาว	๑	๖๔,๓๙๕	๑.๕๕
ปะเหลียน	๐	๙๔,๖๖๔	๐.๐๐
สิเกา	๑	๓๗,๙๓๘	๒.๖๔
ห้วยยอด	๒	๘๖,๙๓๘	๒.๓๐
วังวิเศษ	๑	๔๔,๖๑๓	๒.๒๔
นาโยง	๐	๔๓,๖๐๒	๐.๐๐
รัษฎา	๑	๒๙,๒๒๑	๓.๔๒
หาดสำราญฯ	๑	๑๖,๗๘๑	๕.๙๖
ภาพรวมจังหวัด	๑๐	๖๔๑,๖๕๕	๑.๕๖

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในจังหวัดตรัง ๑.๕๖ ต่อแสนประชากรโดย อำเภอที่มีอัตราการตายสูง ได้แก่ ๑.อำเภอหาดสำราญ ๒.อำเภอรัษฎา ๓.อำเภอกันตัง ด้วยเป็นข้อมูลในไตรมาสแรก ข้อมูลจึงยังน้อย แต่คาดว่าทั้งปีไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%

จังหวัด	รายการข้อมูล		
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A)	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓) ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (A/B) x ๑๐๐
เมืองตรัง	๒	๒๒	๙.๐๙
กันตัง	๑	๙	๑๑.๑๑
ย่านตาขาว	๐	๖	๐
ปะเหลียน	๑	๕	๒๐
สิเกา	๐	๒	๐
ห้วยยอด	๐	๖	๐
วังวิเศษ	๐	๓	๐
นาโยง	๐	๖	๐
รัษฎา	๐	๓	๐
หาดสำราญฯ	๐	๐	๐
ภาพรวมจังหวัด	๔	๖๒	๖.๔๕

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลของจังหวัดตรัง ร้อยละ ๖ ซึ่งไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดได้แก่ อำเภอปะเหลียน และอำเภอเมือง ตามลำดับ

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	- เมืองต้นแบบ ACS Alert - ชุมชนต้นแบบหัวใจ"เกาะเคี่ยม."	อำเภอเมือง และหมู่บ้านเกาะเคี่ยม อำเภอกันตัง	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	จังหวัด, รพช.
๒.	- บูรณาการกับ NCD - หมอหัวใจดูแลคนไข้หัวใจเอง	เครือข่ายจังหวัดตรัง	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	จังหวัด, รพช.

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

๑) ผู้ป่วย STEMI จังหวัดตรังส่วนใหญ่มีภาวะความรุนแรงของโรค Left main , TVD ,DVD ทำให้ผู้ป่วยมาด้วยภาวะ cardiac arrest ซึ่งโอกาสรอดชีวิตต่ำมาก

๒) จากการลงชุมชนต้นแบบ พบปัจจัย บุหรี่ การควบคุมโรค HT , DM (NCD) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจในระดับเสี่ยงสูง

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจ	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อคณะตรวจรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
- ปริมาณผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีปริมาณมากขึ้นและมีความรุนแรงสูง	- เพิ่มการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการchest painมา รพ.เร็ว - primary care และทีมโรคเรื้อรัง ควรเร่งรัดเชิงรุกและเชิงป้องกัน	- ควรรณรงค์ระดับประเทศ - ควรมีการติดตามจากทีม primary care และNCD
- CVT เหลือ ๑ คน	- ลดปริมาณการผ่าตัดหัวใจ - เพิ่มการ refer ไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพ	- ควรมีการสนับสนุนทั้งด้านโครงสร้าง ห้องผ่าตัด ขวัญและกำลังใจอย่างจริงใจ

๗. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- ควรมีโครงสร้างการบริหารและทำงานของศูนย์หัวใจที่ชัดเจนเพื่อเอื้อต่อการทำงานและมีการประสานกันอย่างราบรื่น

๘. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

GISใน กลุ่ม CPR , CVD risk score เสี่ยงสูง (นำร่องที่เกาะเคี่ยม)

ผู้รายงาน นางแสงโสม ช่วยช่วง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๖-๙๕๑๕๗๒๒
E-mail annacn๖๔@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑