แบบ ตก. ๑ จังหวัด

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

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

ทุกอำเภอของจังหวัดตรัง ได้ดำเนินการจัดทำคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีการประชุมเพื่อคัดเลือกประเด็นคุณภาพชีวิตที่จะดำเนินการแก้ไขและพัฒนา อย่างน้อย ๒ เรื่อง ครบทุกอำเภอ คิดเป็น ร้อยละ ๑๐๐ มีการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ/คณะทำงานในประเด็นที่เลือก มีการประชุมจัดทำแผนฯ บางอำเภอได้เริ่มดำเนินการตามแผน และติดตามผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่ ทั้งนี้ กระบวนการประเมินตนเองและเยี่ยมเสริมพลังตามแนวทาง UCCARE จะดำเนินการในช่วง ไตรมาส ๓ – ๔

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	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA

ที่มาข้อมูล : รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานคณะกรรมการ พชอ. ณ วันที่ ๘ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรัง มีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและคัดเลือกประเด็นแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น ทุกอำเภอ ส่วนกระบวนการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตอยู่ระหว่างดำเนินการ

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.	แลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนเพื่อการพัฒนา	๑ ครั้ง /ทุกอำเภอ	ไตรมาส ๔	สสจ. ,สสอ.

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)

- ยังไม่สรุป

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)





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

แบบ ตก. ๑ จังหวัด

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

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 ๕๕ ทีม ซึ่งระหว่างปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒ สามารถเปิดให้บริการตามเกณฑ์ประเมิน 3S จำนวน ๑๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๐๙ โดยจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าคลินิกหมอครอบครัวที่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ได้เนื่องจากขาดความพร้อมด้านบุคลากรโดยเฉพาะแพทย์ที่ผ่านหลักสูตรเวชศาสตร์ครอบครัว บางพื้นที่จัดบริการโดยแพทย์สาขาอื่นๆ แม้ส่วนกลางจะพยายามแก้ไขปัญหาโดยจัดการอบรมหลักสูตรระยะสั้น แต่ปัญหาสำคัญอยู่ที่ความพร้อมของโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ไม่สามารถจัดบุคลากรให้ปฏิบัติงานที่ PCC ได้

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีแผนขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวเพิ่ม ๑ แห่ง (อำเภอห้วยยอด) คาดว่าจะสามารถขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ 3S ในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๒ (In-service Training จบใหม่ ๑ คน)

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมืองตรัง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	บางสัก	กันตังใหม่	**รวมจังหวัด**
๑.	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	เป้าหมาย	๑๕	๗	๖	๖	๓	๙	๓	๓	๒	๑	**๕๕**
		ผลงาน	๙	๒	๑	๐	๐	๔	๐	๐	๐	๐	**๑๖**
		อัตรา/ร้อยละ	๖๐	๒๘	๑๖	๐	๐	๔๔	๐	๐	๐	๐	**๒๙.๐๙**

ที่มาข้อมูล : ฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว ณ วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังมีคลินิกหมอครอบครัวขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ 3S ของ สสป. แล้ว จำนวน ๑๖ ทีม คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๐๙ โดยสามารถเปิดดำเนินการได้ในเขตอำเภอเมืองตรัง จำนวน ๙ ทีม อำเภอห้วยยอด จำนวน ๔ ทีม อำเภอกันตัง ๒ ทีม และอำเภอย่านตาขาว จำนวน ๑ ทีม

๔.แผนงาน โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

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

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

๑. ความพร้อมด้านทรัพยากรในการจัดบริการและการให้ความสำคัญของเครือข่ายบริการ โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคล ซึ่งหากโรงพยาบาลแม่ข่ายยังมีไม่เพียงพอในการจัดบริการในหน่วยบริการ ก็ยากที่จะสนับสนุนหรือพัฒนาศักยภาพเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในคลินิกหมอครอบครัว

๒. ภาระงาน/ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการและโรงพยาบาลแม่ข่ายเพิ่มขึ้น

๖.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ความพร้อมด้านทรัพยากรและการให้ความสำคัญของเครือข่ายบริการ เนื่องจากทรัพยากรอันจำกัด	๑. ทบทวนแผนและเป้าหมาย การวางแผนสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ
๒. ภาระงาน/ค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการและโรงพยาบาลแม่ข่ายเพิ่มขึ้น	๒. วิเคราะห์ภาระงาน/ค่าบริการและจัดระบบสนับสนุนที่เป็นธรรมแก่ทุกพื้นที่

๗.นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของ PCC ท่างิ้ว อ.ห้วยยอด

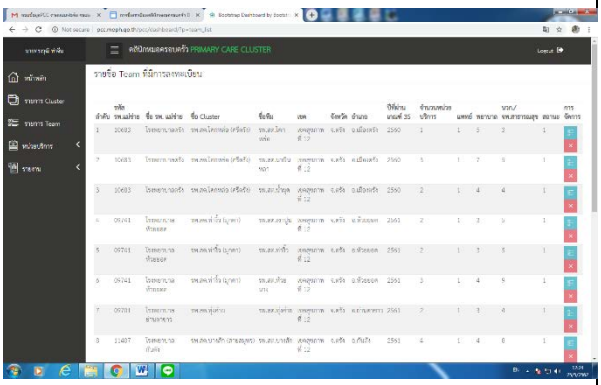
๒. คลินิกหมอครอบครัวเขตเมือง รพ.ตรัง

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









ผู้รายงาน นายทรงวุฒิ ท่าจีน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๗๕๒๐๕๖๑๕-๒๒ ต่อ ๓๐๖ มือถือ ๐๙๑๐๗๙๑๕๔๘
e-mail : sthajeen@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

แบบ ตก. ๑ จังหวัด

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

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 ทุกแห่งมีการประเมินตนเองผ่านระดับ ๓ ดาว โดยในจำนวนนี้สามารถพัฒนาและมีการประเมินรับรอง ระดับ ๕ ดาว โดยทีมประเมินระดับจังหวัดแล้ว จำนวน ๔๓ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๔๐

โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้มีการแต่งตั้งคณะทำงาน/ทีมพี่เลี้ยง ระดับจังหวัดและอำเภอ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ซึ่งทำให้มีความชัดเจนมากขึ้นในการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย และได้กำหนดแผนการประเมินรับรองระดับจังหวัด ในช่วงเดือนพฤษภาคม – สิงหาคม ๒๕๖๒ อีกจำนวน ๔๔ แห่ง (หากรับรองทั้งหมดจะมีผลงาน เท่ากับ ๘๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๙)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
๑.	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพระดับ ๓ ดาว ขึ้นไป	เป้าหมาย	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๒๕**
		ผลงาน	๑๘	๒๐	๑๖	๑๘	๙	๒๐	๗	๗	๖	๔	**๑๒๕**
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	**๑๐๐**
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 และการรายงานจาก คปสอ. ณ วันที่ ๑๕ เดือน พฤษภาคม 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)

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

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 ๑๒๕ แห่ง	ก.พ. ๖๒	ทีมพี่เลี้ยงอำเภอ
๕.	เยี่ยมประเมินเพื่อรับรองระดับจังหวัด	รพ.สต. เป้าหมาย ๔๔ แห่ง	พ.ค. – ส.ค. ๖๒	คณะทำงาน สสจ.
๖.	สรุปผลงาน สรุปบทเรียน	๑๐ อำเภอ	ส.ค. ๖๒	สสจ.,คปสอ.

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

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

๒. การสนับสนุนการพัฒนาระบบโครงสร้างของ รพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพ หรือเกณฑ์คุณภาพไม่เหมาะสมกับบริบทความเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไขปัญหา ที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ระบบสนับสนุนของแม่ข่าย	๑. สร้างและพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับเครือข่ายบริการ เน้นให้เห็นความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อระบบบริการสุขภาพของเครือข่ายฯ
๒. การสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างของ รพ.สต. ตามเกณฑ์คุณภาพ หรือเกณฑ์คุณภาพ ไม่เหมาะสมกับบริบทความเป็นหน่วยปฐมภูมิ	๒. ควรทบทวนเกณฑ์ให้เหมาะสม หรือสนับสนุนการพัฒนาโครงสร้างตามเกณฑ์คุณภาพ แก่ รพ.สต.

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑. ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (รพ.สต.บ้านควนเคี่ยม)

๒. การพัฒนาห้องปฏิบัติการหน่วยบริการปฐมภูมิโดยทีมพี่เลี้ยง (คณะกรรมการพัฒนาระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการฯ จังหวัดตรัง)

๓. ระบบฝากครรภ์คุณภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (รพ.สต.วังคีรี)

๔. ชุมชนและระบบบริการ จัดการปัญหาโรคหัวใจและหลอดเลือด (รพ.สต.เขาไม้แก้ว)

๕. การจัดการปัญหาโรค NCD ตามบริบทชุมชน (รพ.สต.บ้านต้นปรง ,รพ.สต.บ้านมดตะนอย)

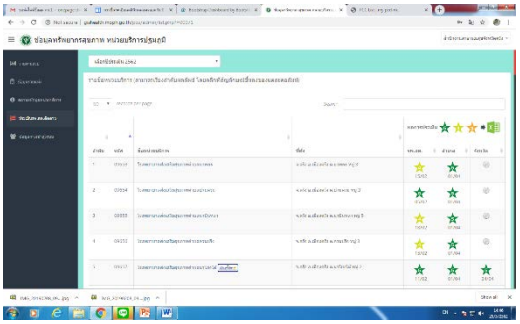
ฯลฯ

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)









ผู้รายงาน นายทรงวุฒิ ท่าจีน
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทร ๐๗๕๒๐๕๖๑๕-๒๒ ต่อ ๓๐๖ มือถือ ๐๙๑๐๗๙๑๕๔๘
e-mail : sthajeen@gmail.com
วันที่รายงานข้อมูล ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

แบบ ตก. ๑

แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
จังหวัดตรัง เขตบริการสุขภาพที่ ๑๒

.....

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ : Service plan สาขา โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (หลอดเลือดสมอง /STROKE)
ตัวชี้วัดที่ : ๑. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) <ร้อยละ ๗

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
๑. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)	< ร้อยละ ๗
๒. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic : I๖๐-I๖๒)	< ร้อยละ ๒๕
๓. ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic : I๖๓)	< ร้อยละ ๕
๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I๖๓) ที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมงได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที(door to needle time)	≥ ร้อยละ ๕๐
๕. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit	≥ ร้อยละ ๔๐
๖. ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที (door to operation room time)	≥ ร้อยละ ๖๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ วางแผนพัฒนาบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมอง
๑.๒ Stroke Unit และ Stroke fast tract
๑.๓ การรักษา Ischemic และHemorrhagic stroke ใน Stroke Unit / ICU

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

โรคหลอดเลือดสมองของจังหวัดตรัง มีผลลัพธ์การดำเนินงานที่ดีมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ปี ๒๕๕๙ – ๒๕๖๒(ต.ค.๖๑- มี.ค.๖๒) เท่ากับ ร้อยละ ๖.๒๙, ๓.๑๓, ๓.๕๓ และ ๔.๔๙ ตามลำดับ ไม่เกินเป้าหมาย (<ร้อยละ ๗)

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุเชิงลึก ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๖เดือน (ต.ค.๖๑- มี.ค.๖๒) พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเสียชีวิตจากหลอดเลือดสมองแตก รหัส I๖๐-๖๒๙ ร้อยละ ๒๐.๖๕ (ไม่เกินเป้าหมาย) ซึ่งพบมากกว่าหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน ร้อยละ ๑.๔๕ (ไม่เกินเป้าหมาย) ส่วนข้อมูลการเข้าถึงบริการทันเวลาที่ ER ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ภายใน ๔.๕ ชั่วโมง จังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๕๙-๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑- มี.ค.๖๒) (เกณฑ์ ≥ร้อยละ ๕๐) ผลงานร้อยละ ๔๒.๘๙, ๔๒.๙, ๓๗.๒ และ ๓๒.๗ ตามลำดับ ในส่วนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในระบบ fast tract ใน ๒๐ นาที (ตั้งแต่ รับไว้ใน ER จน Refer) ร้อยละ ๘๕.๔๗ สามารถทำเวลาได้รวดเร็วขึ้นจากปี ๖๑ ผลงานได้ร้อยละ ๗๗.๖๘ ในการนำส่งผู้ป่วยส่วนมากญาตินำส่งเอง จากการเก็บข้อมูลปี ๒๕๕๙ - ๒๕๖๑ นำส่งด้วยระบบ EMS เพียงร้อยละ ๓.๑๗, ๑๓.๖๗ และ ๑๒.๒๒ แสดงให้เห็นว่า ควรพัฒนา การ

เข้าถึงบริการของผู้ป่วย (Stroke Alert) การเรียกใช้บริการ ๑๖๖๙ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว และพัฒนาระบบ Stroke fast track เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบ/ตัน สามารถให้ยาละลาย ลิ่มเลือด RT-PA ได้ทันเวลาภายใน ๔.๕ ชม. (หลังมีอาการ จนถึงการให้ยา) ซึ่งสามารถรักษาให้หายได้เป็นปกติ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพเพื่อลดความพิการ หรือ Intermediate ในผู้ป่วย Stroke ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่ในจังหวัดตรังมีความพร้อมเรื่องของบุคลากร

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น

(๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๗) **(๖ เดือน)**

อำเภอ	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (A)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙) (B)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (A/B) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)
เมืองตรัง	๒๓	๑๙	๕๑๓	๒๘๘	๔.๔๘	๖.๖๐
กันตัง	๑๓	๖	๓๔๒	๑๕๙	๓.๘๐	๓.๗๗
ย่านตาขาว	๙	๔	๒๑๒	๑๒๕	๔.๒๕	๓.๒๐
ปะเหลียน	๖	๒	๒๐๒	๑๐๐	๒.๙๗	๒.๐๐
สิเกา	๓	๒	๑๔๑	๔๒	๒.๑๓	๔.๗๖
ห้วยยอด	๑๑	๙	๓๙๒	๑๙๙	๒.๘๑	๔.๕๒
วังวิเศษ	๒	๓	๑๔๖	๙๐	๑.๓๗	๓.๓๓
นาโยง	๘	๒	๑๖๗	๗๒	๔.๗๙	๒.๗๘
รัษฎา	๔	๕	๑๐๒	๖๔	๓.๙๒	๗.๘๑
หาดสำราญ	๑	๐	๔๙	๒๐	๒.๐๔	๐.๐๐
รวม จ.ตรัง	**๘๐**	**๕๒**	**๒,๒๖๖**	**๑,๑๕๙**	**๓.๕๓**	**๔.๔๙**
ต่างจังหวัด	๑๕	๑	๑๓๗	๖๖	๑๐.๙๕	๑.๕๒
ภาพรวมต่างจังหวัด	**๙๕**	**๕๓**	**๒,๔๐๓**	**๑,๒๒๕**	**๓.๙๕**	**๔.๓๓**

ที่มาข้อมูล : รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๒

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

อำเภอ	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒)(C)	จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒)(D)	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (C/D) x ๑๐๐

	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)
เมืองตรัง	๑๖	๑๓	๘๙	๔๘	๑๗.๙๘	๒๗.๐๘
กันตัง	๑๑	๖	๔๕	๒๒	๒๔.๔๔	๒๗.๒๗
ย่านตาขาว	๗	๔	๔๓	๒๖	๑๖.๒๘	๑๕.๓๘
ปะเหลียน	๖	๒	๔๓	๑๓	๑๓.๙๕	๑๕.๓๘
สิเกา	๓	๑	๒๒	๗	๑๓.๖๔	๑๔.๒๙
ห้วยยอด	๖	๖	๖๖	๓๔	๙.๐๙	๑๗.๖๕
วังวิเศษ	๑	๒	๒๒	๙	๔.๕๕	๒๒.๒๒
นาโยง	๗	๑	๓๑	๑๐	๒๒.๕๘	๑๐.๐๐
รัษฎา	๔	๓	๒๒	๑๒	๑๘.๑๘	๒๕.๐๐
หาดสำราญ	๐	๐	๙	๓	๐.๐๐	๐.๐๐
รวม จ.ตรัง	**๖๑**	**๓๘**	**๓๙๒**	**๑๘๔**	**๑๕.๕๖**	**๒๐.๖๕**
ต่างจังหวัด	๑๐	๑	๓๖	๑๕	๒๗.๗๘	๖.๖๗
รวมต่างจังหวัด	๗๑	๓๙	๔๒๘	๑๙๙	๑๖.๕๙	๑๙.๖๐

ที่มาข้อมูล : รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๒

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

อำเภอ	ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตัน (Ischemic : I๖๓) (เป้าหมาย : < ร้อยละ ๕) ปีงบฯ ๒๕๖๒ (๖ เดือน)					
	จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันจากทุกหอผู้ป่วย (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓)(E)		จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓)(F)		ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (E/F) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)
เมืองตรัง	๗	๖	๔๒๔	๒๓๗	๑.๖๕	๒.๕๓
กันตัง	๒	๐	๒๙๗	๑๓๕	๐.๖๗	๐.๐๐
ย่านตาขาว	๒	๐	๑๖๙	๙๙	๑.๑๘	๐.๐๐
ปะเหลียน	๐	๐	๑๕๙	๘๗	๐.๐๐	๐.๐๐
สิเกา	๐	๑	๑๑๙	๓๕	๐.๐๐	๒.๘๖
ห้วยยอด	๕	๓	๓๒๖	๑๖๕	๑.๕๓	๑.๘๒
วังวิเศษ	๑	๑	๑๒๔	๘๑	๐.๘๑	๑.๒๓
นาโยง	๑	๑	๑๓๖	๖๑	๐.๗๔	๑.๖๔
รัษฎา	๐	๒	๘๐	๕๑	๐.๐๐	๓.๙๒
หาดสำราญ	๑	๐	๔๐	๑๗	๒.๕๐	๐.๐๐
รวม จ.ตรัง	**๑๙**	**๑๔**	**๑,๘๗๔**	**๙๖๘**	**๑.๐๑**	**๑.๔๕**
ต่างจังหวัด	๕	๐	๑๐๑	๕๑	๔.๙๕	๐.๐๐
รวมต่างจังหวัด	**๒๔**	**๑๔**	**๑,๙๗๕**	**๑,๐๑๙**	**๑.๒๒**	**๑.๓๗**

ที่มาข้อมูล : รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๒

(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) ปีงบฯ ๒๕๖๒ (งวดที่ ๒)					
	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงรพ. (OPD/ER)(รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (G)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน (รหัส ICD-๑๐ = I๖๓) (H)		ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลันที่มีอาการไม่เกิน๔.๕ ชม.ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๖๐ นาที (door to needle time) (G/H) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)
ภาพรวมจังหวัดตรัง	๘๑	๓๓	๘๗	๓๙	๙๓.๑๐ (๘๑/๘๗)	๘๔.๖๑ (๓๓/๓๙)

ที่มาข้อมูล : รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๒

(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 ชั่วโมงได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙)(I)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน Stroke Unit (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๙)(I)	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)
ภาพรวมจังหวัดตรัง	๗๕๒	๔๑๒	๑,๗๗๓	๑,๐๑๙	๔๒.๔๑ (๔๕๒/๑,๗๗๓)	๔๐.๔๓ (๔๑๒/๑,๐๑๙)

ที่มาข้อมูล : รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๒

(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) ปีงบฯ ๒๕๖๒ (งวดที่ ๒)

	จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และ นับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และ นับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)		จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่มาที่ ER และได้รับการผ่าตัดสมองภายใน ๙๐ นาที นับตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล และ นับเฉพาะผู้ป่วยที่มาที่ ER เท่านั้น (รหัส ICD-๑๐ = I๖๐-I๖๒) (K)	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)	๒๕๖๑	๒๕๖๒(๖ เดือน)
ภาพรวมจังหวัดตรัง	NA	๑๘	NA	๒๖	NA	๖๙.๒๓ (๑๘/๒๖)

ที่มาข้อมูล : รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ มี.ค.๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก (I๖๐-I๖๒) ที่ไม่ได้รับการผ่าตัดสมอง ภายใน ๙๐ นาที สาเหตุรอญาติตัดสินใจ เลยไม่ได้ผ่าภายใน ๙๐ นาที

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายสุขภาพจังหวัดตรัง	ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายสุขภาพ จ.ตรัง	๒๑-๒๒ ม.ค.๖๒	คณะกรรมการ SP Stroke เครือข่ายจ.ตรัง
๒.	การตรวจเยี่ยม การพัฒนามาตรฐานระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง และตรวจประเมินศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (Standard Stroke Center Certify : SSCC)		๑๘ เม.ย. ๒๕๖๒	

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

- ทีมสหวิชาชาชีพมีความเข้มแข็ง มีการ Conference ทุกเดือน และมีการส่งต่อข้อมูล

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในภาพรวมของจังหวัดตรัง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหา

	ที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
- ไม่มี	- ไม่มี

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	เพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงระบบ fast tract ใน รพ. M๑	- จัดประชุมวิชาการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เครือข่ายสุขภาพจังหวัดตรัง เมื่อวันที่ ๒๑-๒๒ ม.ค.๖๒ - ทีมสหวิชาชาชีพมีความเข้มแข็ง มีการ Conference ทุกเดือน และมีการส่งต่อข้อมูล	คกก.SP Stroke จ.ตรัง

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๓ - ๖ ภาพ)

๙.๑ การตรวจเยี่ยม การพัฒนามาตรฐานระบบบริการโรคหลอดเลือดสมอง และตรวจประเมินศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (Standard Stroke Center Certify : SSCC) เมื่อวันที่ ๑๘ เม.ย. ๒๕๖๒









๙.๒ การอบรมอาสากู้ชีพในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มการ

เข้าถึงบริการ ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๔ รุ่น

รุ่นที่๑ วันที่ ๔-๘ เมษายน ๒๕๖๒ รุ่น๒ วันที่ ๑๕-๑๙ พ.ค.๖๒ ดำเนินการโดย สสจ.ตรัง

รอดำเนินการ รุ่นที่ ๓ วันที่ ๑๒-๑๖ มิ.ย. ๖๒ รุ่นที่ ๔ วันที่ ๑๙-๒๓ มิ.ย.๖๒





๙.๓ การให้ความรู้ความเข้าใจ โรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มเยาวชน

อบรมโครงการฝึกอบรมจิตอาสาเยาวชน ด้านการแพทย์ วันที่ ๒๒-๒๖ เม.ย.๖๒ ดำเนินการโดย สสจ.ตรัง



๙.๔ การให้ความรู้ประชาชน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ให้สามารถเข้ารับการรักษาทันเวลา ดำเนินการโดย สสจ.ตรัง





ผู้รายงาน นางสาวพิมใจ หอยบาง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๙๕ ๔๑๓ ๕๖๙๔
Email : ๒๕๐๘tonttong@ hotmail.com
ข้อมูล วัน ที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก/หัวข้อ : Service plan สาขาอายุรกรรม
ตัวชี้วัดที่ : ๒. 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 ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired เป้าหมาย < ร้อยละ ๓๐ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ จากโปรแกรม Hos XP) ผลการดำเนินงาน พบว่าภาพรวมสูงกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๑๔ ซึ่งผู้ป่วยร้อยละ ๒๔.๓๕ ได้รับการวินิจฉัยเป็น septicemia และรองลงมาร้อยละ ๑๘.๔๙ 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 ๙๘.๗๘

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 ๙๔.๓๑

อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ ๒-๓) ภายใน ๓ ชม.แรกเป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๓๐ ผลการดำเนินงาน พบว่า ต่ำกว่าเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๘๘

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
ผลงานปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๖ เดือน)

(๑) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community –acquired < ร้อยละ ๓๐

อำเภอ	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	(A)	(B)	(C)	(D)	(A + C) / D x ๑๐๐	
เมืองตรัง	๓	-	๑	๘๑	๔.๙๓	
กันตัง	๑๒	-	๔	๓๗	๔๓.๒๔	
ย่านตาขาว	๙	-	๔	๓๑	๔๑.๙๔	
ปะเหลียน	๖	-	๔	๑๙	๕๒.๖๓	
สิเกา	๕	-	๑	๘	๗๕	
ห้วยยอด	๑๒	-	๔	๒๖	๖๑.๕๔	
วังวิเศษ	๔	-	๒	๘	๗๕	
นาโยง	๔	-	-	๑๒	๓๓.๓๓	
รัษฎา	๔	-	๓	๑๘	๓๘.๘๙	
หาดสำราญ	๑	-	๑	๖	๓๓.๓๓	
ภาพรวมจังหวัดตรัง(ณ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๖๐	-	๒๔	๒๔๖	๓๔.๑๕	

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) = <u>๒ ดีขึ้น</u>

- 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) = <u>๓ ไม่ดีขึ้น</u>

- 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	๘๑	๘๑	๑๐๐	
กันตัง	๓๗	๓๗	๑๐๐	
ย่านตาชาว	๓๐	๓๑	๙๖.๗๗	
ปะเหลียน	๑๘	๑๙	๙๔.๗๓	
สิเกา	๘	๘	๑๐๐	
ห้วยยอด	๒๖	๒๖	๑๐๐	
วังวิเศษ	๗	๘	๘๗.๕๐	
นาโยง	๑๒	๑๒	๑๐๐	
รัษฎา	๑๘	๑๘	๑๐๐	
หาดสำราญ	๖	๖	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง(ณ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๒๔๓	๒๔๖	๙๘.๗๘	

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	๘๑	๘๑	๑๐๐	
กันตัง	๓๗	๓๗	๑๐๐	
ย่านตาชาว	๓๑	๓๑	๑๐๐	
ปะเหลียน	๑๙	๑๙	๑๐๐	
สิเกา	๘	๘	๑๐๐	
ห้วยยอด	๒๖	๒๖	๑๐๐	
วังวิเศษ	๘	๘	๑๐๐	
นาโยง	๑๒	๑๒	๑๐๐	
รัษฎา	๑๘	๑๘	๑๐๐	
หาดสำราญ	๖	๖	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ ๓๐ ม.ค.๖๒)	๒๔๖	๒๔๖	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	๘๑	๗๘	๙๖.๑๙	
กันตัง	๓๗	๓๕	๙๔.๕๙	
ย่านตาขาว	๓๑	๒๘	๙๐.๓๒	
ปะเหลียน	๑๙	๑๗	๘๙.๔๗	
สิเกา	๘	๖	๗๕	
ห้วยยอด	๒๖	๒๓	๘๘.๔๖	
วังวิเศษ	๘	๖	๗๕	
นาโยง	๑๒	๙	๗๕	
รัษฎา	๑๘	๑๕	๘๓.๓๔	
หาดสำราญ	๖	๕	๘๓.๓๓	
ภาพรวม จ.ตรัง (ณ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๒๔๖	๒๓๒	๙๔.๓๑	

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	๘๑	๑๐	๑๒.๓๕	
กันตัง	๓๗	๗	๑๘.๙๑	
ย่านตาขาว	๓๑	๔	๑๒.๙๐	
ปะเหลียน	๑๙	๖	๓๑.๕๗	
สิเกา	๘	๓	๓๗.๕	
ห้วยยอด	๒๖	๗	๒๖.๙๒	
วังวิเศษ	๘	๓	๓๗.๕๐	
นาโยง	๑๒	๑	๘.๓๔	
รัษฎา	๑๘	๒	๑๑.๑๒	
หาดสำราญ	๖	๑	๑๖.๖๗	
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ณ ๓๑ ม.ค.๖๒)	๒๔๖	๔๔	๑๗.๘๘	

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 หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ทบทวน dead case: Septic shock		ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	
๒.	ปรับปรุง CPG / Standing order for sepsis & Septic shock		ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	
๓.	การส่งต่อข้อมูลให้แก่ รพช. ทุก ๓ เดือน เพื่อการพัฒนางาน	รพช.ในเครือข่าย	เม.ย.๖๒-ก.ย.๖๒	

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

- การประเมินอาการและการตัดสินใจในการส่งต่อผู้ป่วย severe sepsis / septic shock มายังโรงพยาบาลตรัง พบว่าผู้ป่วยมีภาวะ organ dysfunction แล้วแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับการส่งต่อ จึงควรมีเครื่องเจาะ lactate ประจำแต่ละ รพช. เพื่อช่วยในการประกอบการพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยอย่างทันท่วงทีและลดความเสี่ยงในการฟ้องร้อง/ร้องเรียน

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

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

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	พัฒนาแนวทางในการ Consult ระหว่างรพ.ศูนย์ และ รพช. ในการดูแลรักษา	๑. การนิเทศกระบวนการพยาบาล ๒. ประชุมชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทาง sepsis bundle ใน PCT MED ๓. ร่วมกับแพทย์ ID ปรับปรุง standing order ๔. ทบทวน case refer in และการปฏิบัติตามแนวทาง ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน ๕.รายงานความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยในการประชุม PCT MED	PCT MED
๒	ทบทวน วิเคราะห์ ผู้ป่วย Sepsis ที่เสียชีวิต เพื่อค้นหาปัญหาและแก้ไขร่วมกัน พร้อมทั้งนิเทศ ติดตามหน้างานอย่างต่อเนื่อง เช่น เป็น case refer in หรือไม่		

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

๙.๑ โครงการเยี่ยมติดตามการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ ๑๒ (วันที่ ๑๐ พ.ค. ๒๕๖๒)







๙.๒ โครงการ Training for the trainer ร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลตรัง: ให้ความรู้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในเขตเมืองตรัง หัวข้อ “การประเมินผู้ป่วย Sepsis ในชุมชน”(๒๒ เม.ย. ๒๕๖๒)





ผู้รายงาน นางสุนิสา เดชพิชัย

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

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ : Service plan สาขา อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
ตัวชี้วัดที่ : ๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ 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

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

๒. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง

๒.๑) ร้อยละของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ในโรงพยาบาลทุกระดับ ได้รับการทำ root cause analysis

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

๓. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

๓.๑) อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ

๓.๒) อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒)

๒.๑ ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ยปี ๖๒ ระยะเวลา ๖ เดือน รวม ๒๗,๖๑๓ ราย เฉลี่ย ๑๕๓ รายต่อวัน โดยแยกตามระดับความรุนแรงดังนี้

- ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (ระดับความรุนแรง๑) เฉลี่ยจำนวน ๑,๓๙๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗.๗
- ผู้ป่วยฉุกเฉินฉุกเฉิน (ระดับความรุนแรง๒) เฉลี่ยจำนวน ๑๑,๗๑๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๑
- ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (ระดับความรุนแรง๓) เฉลี่ยจำนวน ๑๐,๐๐๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๖
- ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง (ระดับความรุนแรง๔) เฉลี่ยจำนวน ๒,๒๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๔
- ผู้ป่วยทั่วไป (ระดับความรุนแรง๕) เฉลี่ยจำนวน ๒,๒๖๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๒.๖

๒.๒ การบริการในห้องฉุกเฉิน

๑)อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที เฉลี่ยร้อยละ ๓๖.๔ ไตรมาสที่ ๑ (เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม ๒๕๖๑) คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐๐ ไตรมาสที่๒ (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๒) คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๒๒ (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)

๒)อัตราผู้ป่วย triage level ๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉิน<๒ชม. เฉลี่ยร้อยละ ๖๓.๐๓ ไตรมาสที่๑ (เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม ๒๕๖๑) คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๘๒ ไตรมาสที่๒ (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๒) คิดเป็นร้อยละ ๖๑.๑๙ (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐)

๓)อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย PS> ๐.๗๕ ปี๖๒ เฉลี่ยร้อยละ ๑.๒๔ , ปี๖๒ไตรมาสที่๑ (เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม ๒๕๖๑) ร้อยละ๑.๕๓ ไตรมาสที่๒ (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๒) ร้อยละ ๐.๙๐ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๑.๐)

๔)อัตราตายของผู้ป่วย PS score >๐.๗๕ ได้รับการทำ RCA เฉลี่ยร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๑๐๐)

๕)อัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (mortality rate of severe traumatic brain inj เฉลี่ยร้อยละ ๓๓.๗๗ ไตรมาสที่๑ (เดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม ๒๕๖๑) ร้อยละ๓๒.๔๓ ไตรมาสที่๒ (เดือนมกราคม – มีนาคม ๒๕๖๒) ร้อยละ๓๕.๐ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ๔๕)

๖) อัตรา TEA unit ในโรงพยาบาล A,S,M๑ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (๑๕/๔๐) ร้อยละ ๐ (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ๘๐)

๗) อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมินECSคุณภาพ ร้อยละ ๗๗.๗๘ ๗/๙ (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐)

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

๓.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤต(Triagelevel๑) 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	๑๓๕	๑,๓๙๑	๙.๗๑	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๑๓๕	๑,๓๙๑	๙.๗๑	

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)x๑๐๐	
ตรัง	๔	๑๑	๓๖.๔	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๔	๑๑	๓๖.๔	

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)x๑๐๐	
ตรัง	๘,๒๓๕	๑๓,๑๑๐	๖๒.๘๑	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค.๖๒)	๘,๒๓๕	๑๓,๑๑๐	๖๒.๘๑	

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)x๑๐๐	
ตรัง	๙	๙	๑๐๐	
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 ๓๑ มี.ค.๖๒)	๙	๙	๑๐๐	

ปี ๒๕๖๒(๖ เดือน) มีจำนวนผู้ป่วยที่มีค่า PS >๐.๗๕ และadmit เท่ากับ ๗๒๗ ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ๙ ราย คิดเป็น อัตราการเสียชีวิตผู้บาดเจ็บที่ PS≥๐.๗๕ เท่ากับ ๑.๒๔ (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ ๑.๐)

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	๒๖	๗๗	๓๓.๗๗	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๑)	**๒๖**	***๗๗***	***๓๓.๗๗***	

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 มี.ค. ๖๒)	**๐**	**๑**	**๐**	

๓.๗ ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๒ อัตราของโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	คะแนนECS 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 (ข้อมูลณ วันที่ ๓๑ มี.ค. ๖๒)		ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๗.๗๘		

<u>อภิปรายผลจากตาราง</u>

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

จากการวิเคราะห์ผู้ป่วย พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการตายหลักใน ๖ เดือนที่ผ่านมา คือ Heart cerebrovascular bleeding, pneumonia , Multiple trauma, sepsis , Severe head injury ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการ resuscitate อย่างเต็มที่จากห้องฉุกเฉิน แต่เนื่องจากเตียง ICU มีจำกัด ทำให้การดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยต้องไป admit ที่ward ทั่วไป ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดน้อยลง เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยวิกฤติมีจำนวนมากใน ward และทีมพยาบาลที่มีจำกัดในแต่ละเวร ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงเทียบเท่า ICU ผู้ป่วยจึงมีอาการแย่ลง และ detection ได้ช้า อีกทั้งญาติที่ดูแลบางครั้งถอดใจในการรักษาจึงขอพาผู้ป่วยกลับบ้าน หรือปฏิเสธหัตถการที่invasive ทำให้ทีมแพทย์และพยาบาลไม่สามารถรักษาได้ดีพอ เช่น ปฏิเสธการทำ central line ,on ETT การผ่าตัด รวมถึงการ CPR เนื่องจากญาติไม่สามารถรับผลลัพธ์การรักษาที่ผู้ป่วยอาจต้องนอนติดเตียงได้

❖ **การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goal**

<u>Patient safety</u>

๑) พัฒนาการดูแลเคส sepsis โดยมีใบคัดแยกสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยภาวะsepsis ตั้งแต่จุดtriage หลังจากนั้น activate ทีมในER เพื่อรีบดูแลเคส, มีใบ standing order เพื่อให้มีมาตรฐานการดูแลเคส, มีfast tract Door to ATB ภายใน๑ ชม.

๒) พัฒนาการดูแลเคส pneumonia คือใบ standing order สำหรับ pneumonia มีการให้ ATB ตั้งแต่ที่ ER ในผู้ป่วยที่มีภาวะ sepsis ร่วม ใช้แนวทาง sepsis ร่วม ซึ่งจากการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยเฉพาะ ในกลุ่มSepsis พบว่าผู้ป่วยมักได้รับการวินิจฉัยเป็น pneumonia ในตอนแรก

๓) วางแนวทางการหาเตียงadmit สำหรับผู้ป่วยวิกฤต คือต้องโทรcheck เตียง ICUก่อนทุกครั้ง

๔) ทาง PCT ศัลยกรรม ได้ร่วมกับ ทีม ER ทำ trauma audit ทุก๓ เดือน มีการทบทวนเคส เสียชีวิตที่มี PS>๐.๗๕ ร้อยละ ๑๐๐ ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา มีเคสที่เสียชีวิตที่มี PS >๐.๗๕ จำนวน ๙ ราย จากการทบทวนcase ส่วนหนึ่งพบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วย Head injury โดยผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

๕) ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมาพบ ผู้ป่วยความเสี่ยงระดับI จำนวน ๕ ราย ทำ RCA แล้ว จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๐ ได้ข้อมูลเพื่อนำมาเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย

๕.๑ ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดศีรษะและมีผลการตรวจพบว่า pupil ผิดปกติ ผลการวิเคราะห์พบว่าการรายงานเคสต้องให้ความสำคัญกับผลการตรวจร่างกายมากกกว่าอาการปวดที่ดีขึ้นจากการรักษาเบื้องต้น

๕.๒ ผู้ป่วยส่งจาก OPD นอกเวลามารอผล lab 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) มีการทบทวนเคสรับต่อจากรพช. 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

<u>Personal safety</u>

๑) ดำเนินการติดตั้ง กล้องวงจรปิดจำนวน ๒ ตัว ในรถ EMS และมีระบบ GPS tracking ทุกคัน

๒) ทดสอบระดับแอลกอฮอล์ โดยการวัดทางลมหายใจก่อนปฏิบัติงานทุกครั้ง

๓) ติดตั้งกล้องวงจรปิดใน ER และบริเวณรอบนอก

๔) จัดเจ้าหน้าที่รักษารักษาความปลอดภัยดูแลหน้าห้องฉุกเฉินตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๕) มีระบบ scan ใบหน้า หรือ นิ้วมือ ควบคุมประตูเข้าห้องฉุกเฉิน

๖) 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

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

สำหรับไตรมาส ๒ มีผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด จำนวน ๙ รายสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาทีตั้งแต่มาถึง ER จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๒ ซึ่งพบว่าเป็นผู้ปวยกลุ่ม SHI ซึ่งต้องรอทำ CT แต่ในช่วงไตรมาสที่ ๒ พบว่าเครื่องเอ็กซย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) เสียบ่อย ทำให้ต้องส่งผู้ป่วยไปทำ CT โรงพยาบาลเอกชน ทำให้เกิดความล่าช้า

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

จากการวิเคราะห์ ผู้ป่วย triage level ๑,๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า ๒ ชั่วโมงได้ ร้อยละ ๖๒.๘๑ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยอยู่ใน ER นานกว่า ๒ ชั่วโมงได้แก่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่การวินิจฉัยโรคต้องรอผลการinvestigate เพื่อหาแผนกหลัก เช่นเคสที่มาด้วยอาการปวดท้อง สงสัยภาวะdissecting aneurysm ภาวะปวดท้องน้อยมาก แต่สับสนระหว่างทางแผนกศัลยกรรมหรือนรีเวช และกลุ่ม multiple trauma ซึ่งมีการบาดเจ็บหลายระบบ , 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) ทำmini conference case ก่อนadmitเพื่อหาแผนกหลักและแผนการรักษาที่เหมาะสมที่สุด

- กำหนดเวลาการรอ lab เร่งด่วน ไม่เกิน ๓๐ นาที มีทาง fast tract ในแผนก x-ray เพื่อให้เคส ER ได้ทำก่อน ตอนนี้ทาง x-ray อยู่ในขั้นตอนขอเพิ่มเครื่อง CT
- แพทย์ประจำห้องฉุกเฉินสามารถพิจารณา admit ผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสม โดยไม่ต้องทำการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง

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

- ในช่วง ๖ เดือนที่ผ่านมา มีเคส PS >๐.๗๕ ที่เสียชีวิต จำนวน ๙ ราย ทางทีม PCT ศัลยกรรม และทีม ER ได้ร่วมกันจัด Trauma audit ตลอดทุก๓ เดือน

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

อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงทางสมอง คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๗๗ ผู้ป่วยที่เสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการบาดเจ็บจากหลายส่วนร่วมกัน และมีความรุนแรงมาก จนทางการแพทย์ไม่สามารถเยียวยาได้ และบางส่วนญาติไม่สามารถรับผลหลังการรักษาที่จะต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาอย่างสมบูรณ์ จึงเป็นเหตุผลบางส่วนที่ทำให้ญาติตัดสินใจปฏิเสธการรักษาให้รอดชีวิต

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

คะแนนการประเมินเต็ม ๔๐ ได้ ๑๕ คะแนน อยู่ในช่วงเริ่มต้น เนื่องจาก TEA unit เพิ่งเริ่มจัดตั้งได้ประมาณ ๒ เดือน ตอนนี้มีอุปกรณ์สำนักงาน พยาบาลประจำศูนย์ อยู่ในขั้นตอน จัดการsoft ware ให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลโรงพยาบาลเพื่อ monitor data ต่อเนื่อง และนำข้อมูลมาจัดกิจกรรมคุณภาพต่อไป

- การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน
- มีการจัดเก็บข้อมูล Trauma โดยโปรแกรม IS และสามารถเชื่อมโยงข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

- มีการบันทึกข้อมูล non trauma เข้าแฟ้มอุบัติเหตุ
- มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการทบทวนคุณภาพการดูแลได้แก่ ER Conference สอบสวนอุบัติเหตุ Trauma Audit
- การลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินเปลี่ยนจากระบบการบันทึกในสมุด เป็นระบบ HosXP

ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓.๒ 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 โดยมองในภาพรายละเอียด องค์ประกอบที่ได้น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ได้แก่

- ด้านการรักษา พยาบาล (องค์ประกอบที่๓) ในโรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์เวรคนเดียวทั้ง ER และ Ward ไม่มีพยาบาล triage ตลอด ๒๔ ชั่วโมงเนื่องจากมีกำลังคนจำกัด มีข้อจำกัดเรื่องการส่ง lab, x-ray
- ด้านMCI and disaster management (องค์ประกอบที่๔) จำนวน ๕ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่าโรงพยาบาลทุกแห่ง มีการเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย แต่ยังไม่ได้บรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของรพ. การมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆในด้านการวางแผนยังไม่ครอบคลุม มีการซ้อมแผน แต่ยังไม่มีผลการวิเคราะห์ปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (AAR)
- ด้านระบบบริหารจัดการ (องค์ประกอบที่๙) จำนวน ๗ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์พบว่า ยังไม่มีแผนพัฒนา ECS คุณภาพบรรจุในแผนยุทธศาสตร์ของ รพ.
- ด้านการศึกษาวิจัย (องค์ประกอบที่๑๒) จำนวน ๙ โรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ พบว่าไม่มีแรงผลักดันให้มีความสนใจทำงานวิจัย ขาดความรู้ ขาดบุคลากรที่ชำนาญคอยให้คำปรึกษาด้านงานวิจัย เนื่องจากภาระงานในการให้บริการที่ล้นมือตลอดเวลา

การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน

- มีการจัดเก็บข้อมูล Trauma โดยโปรแกรม IS และสามารถเชื่อมโยงข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
- มีการบันทึกข้อมูลnon trauma เข้าแฟ้มอุบัติเหตุ
- มีการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการทบทวนคุณภาพการดูแลได้แก่ ER Conference สอบสวนอุบัติเหตุ Trauma Audit
- การลงทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการห้องฉุกเฉินเปลี่ยนจากระบบการบันทึกในสมุด เป็นระบบ HosXP

สิ่งที่ต้องพัฒนา

- มีแผนการใช้โปรแกรม HosXP ในการบันทึกข้อมูลดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งหมด paperless
- พัฒนาการทำงานของ TEA unit ให้มีประสิทธิผลชัดเจนมากขึ้น
- แผนจัดตั้งแพทย์เวร Trauma ซึ่งจะปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย Trauma ได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- 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-มิ.ย. ๖๒	พว. มณฤดี 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.วลัย ลักษณี มีเภตรา
๔.	โครงการนิเทศECS คุณภาพให้แก่เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	มิ.ย. ๖๒	พว. มณฤดี อัมระปาล
๕.	โครงการอบรมฟื้นฟูระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทุกสาเหตุ ระดับจังหวัด	โรงพยาบาลตรัง และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน	ก.ค. ๖๒	นางสมญา ศิลปวิสุทธิ์ ร่วมกับ ER

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

๑) ECSไม่บรรจุอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาล

๒) ความครอบคลุมในการจัดเก็บข้อมูลยังมีความบกพร่อง เนื่องจากบุคลากรที่ทำงานมีการสับเปลี่ยนหน้าที่ ทำให้ไม่เข้าใจคำนิยามในการจัดเก็บข้อมูล มีการแก้ไข โดยใช้ระบบ TEA unit มาเพิ่มประสิทธิภาพงาน

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

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตไม่ดีพอเนื่องจากจำนวนเตียงผู้ป่วยหนักใน ICU มีน้อย,ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านวิกฤตฉุกเฉินร่วมดูแล,ไม่สามารถจัดตั้งrapid respone teamเพื่อช่วยดูแลเคสกับทีมหลักได้ ทำให้ผู้ป่วยระดับESI๑มีโอกาสเสียชีวิตสูงขึ้น	- ควรมีแรงจูงใจให้ทีมแพทย์พยาบาล อยากดูแลดูแลเคสหนักได้ดียิ่งขึ้น - อัตราส่วนค่าตอบแทนในแต่ละเวรควรสัมพันธ์กับ-จำนวน และลักษณะเคส (Doctor Fee ตามworkload)

๒. เคส multiple traumaที่พบปัญหาว่ามีระยะเวลารอคอยนาน เฉลี่ย ๔-๖ ชั่วโมง เนื่องจากไม่มีแผนกหลักในการรับดูแล การinvestigation หลายขั้นตอน การรอผลlab เพื่อตัดสินใจรักษาต่อของแพทย์ แพทย์แผนกศัลยกรรมอยู่เวรเพียงคนเดียว ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยหลายที่ บางครั้งติดผ่าตัดจึงไม่สามารถลงมาดูผู้ป่วยและตัดสินใจการรักษาได้อย่างฉับพลัน	- พิจารณาค่าตอบแทนแพทย์ศัลยกรรมที่ต้องมาอยู่เวรtrauma เสริม
๓. ความเข้มงวดในการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตรการที่ดีพอในการสร้างวินัยแก่ประชาชน ทำให้เพิ่มภาระงานแก่บุคลากรและผู้พิการแก่ประเทศ	- ร่วมมือกับกระทรวงมหาดไทยหานโยบายที่ดี และมีประสิทธิภาพ

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- ไม่มี

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	บูรณาการจัดทำ CPG ระหว่างศัลยแพทย์ ER และ Med	- จัดทำแนวทางร่วมระหว่างสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple Trauma)	พ.วรัญญา เตชภานุวัฒน์ ทีม Paliative care มณฤดี อัมระปาล
๒	กระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุทางสมองเข้าสู่ระบบ Palliative care	- จัดให้มีแนวทางการปรึกษาทีม Paliative care ที่ ER ทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ	
๓	เพิ่มการประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ และให้ข้อมูลประโยชน์การใช้บริการ EMS	- ประสานความร่วมมือกับทีมเวชศาสตร์ครอบครัว ในการให้ความรู้แก่ อสม ในเรื่องโรคที่เป็นความเสี่ยง ได้แก่ Sepsis	

ผู้รายงาน นางมณฤดี อัมระปาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รพ.ตรัง
โทร ๐๘๑-๖๐๗๙๓๓๑
E-mail tmondeea@gmail.com

ข้อมูล ณ วัน ที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒

(ตรวจสอบโดย พญ.วรัญญา เตชภานุวัฒน์ ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ รพ.ตรัง)

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ : Service plan สาขาสาขาโรคหลอดเลือดหัวใจ
ตัวชี้วัด : ๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
ตัวชี้วัดติดตาม : ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในรพ. ≤๑๐%

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

(๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร
(๒) ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม 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 มีการพัฒนาระบบส่งต่อกับโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อลดระยะเวลารอคอยตรวจสวนหัวใจ มีการเพิ่มปริมาณการผ่าตัดหัวใจ ทำให้มีแนวโน้มอัตราการตายผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันลดลงแต่ยังเกินเกณฑ์เป้าหมายคือ ๑๓.๕๑ % สำหรับอัตราตายของผู้ป่วยยังคงเป็นสาเหตุจากภาวะความรุนแรงของโรค สำหรับเวลาตั้งแต่แน่นหน้าอกกระทั่งถึงโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจโดยหมอหัวใจ และการพัฒนาการสั่งใช้ยา secondary prevention ยิ่งทำให้อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงเหลือ ๖.๐๘ ต่อแสนประชากร

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

๓.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๖ ต่อแสนประชากร

อำเภอ	รายการข้อมูล				
	จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ = I๒๐-I๒๕) (A)		จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน (B)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	ปชก.กลางปี ๒๕๖๑	๒๕๖๑	๒๕๖๒
เมืองตรัง	๒๕	๑๐	๑๕๖,๑๑๕	๑๖.๐๑	๖.๔๑
กันตัง	๑๘	๕	๖๗,๓๘๘	๒๖.๗๑	๗.๔๒
ย่านตาขาว	๑๒	๗	๖๔,๓๙๕	๑๘.๖๓	๑๐.๘๗
ปะเหลียน	๙	๔	๙๔,๖๖๔	๙.๕๑	๔.๒๓
สิเกา	๑๐	๑	๓๗,๙๓๘	๒๖.๓๖	๒.๖๔
ห้วยยอด	๑๙	๕	๘๖,๙๓๘	๒๑.๘๕	๕.๗๕
วังวิเศษ	๖	๒	๔๔,๖๑๓	๑๓.๔๕	๔.๔๘
นาโยง	๑๗	๒	๔๓,๖๐๒	๓๘.๙๙	๔.๕๙

รัษฎา	๘	๒	๒๙,๒๒๑	๒๗.๓๘	๖.๘๔
หาดสำราญฯ	๓	๑	๑๖,๗๘๑	๑๗.๘๘	๕.๖๐
ภาพรวมจังหวัด	๑๒๗	๓๙	๖๔๑,๖๕๕	๑๙.๗๙	๖.๐๘

ที่มาข้อมูล : ที่มาข้อมูล : ระบบรายงานข้อมูล HosXP. ณ วันที่ ๑๐ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในจังหวัดตรัง ๖.๐๘ ต่อแสนประชากรโดย อำเภอที่มีอัตราการตายสูง ได้แก่ ๑. อำเภอย่านตาขาว ๒. อำเภอกันตัง ๓. อำเภอรัษฎา ด้วยเป็นข้อมูลเพียงแค่ครึ่งปี ข้อมูลจึงยังน้อย แต่คาดว่าทั้งปีไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

๓.๒ ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล ≤๑๐%

จังหวัด	รายการข้อมูล					
	ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓) ที่เสียชีวิตใน รพ. (A)		ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน (รหัส ICD-๑๐ = I๒๑-I๒๑.๓ ทั้งหมด (B)		ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตใน รพ.(A/B) x ๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒
เมืองตรัง	๖	๕	๓๒	๒๗	๒๘.๗๕	๑๘.๕๒
กันตัง	๗	๒	๒๙	๑๖	๒๔.๑๔	๑๒.๕๐
ย่านตาขาว	๑	๔	๑๖	๑๒	๖.๒๕	๓๓.๓๓
ปะเหลียน	๓	๑	๑๖	๗	๑๘.๗๕	๑๔.๒๙
สิเกา	๐	๐	๗	๗	๐	๐
ห้วยยอด	๓	๐	๓๐	๑๖	๑๐	๐
วังวิเศษ	๑	๑	๑๐	๔	๑๐	๒๕
นาโยง	๑	๒	๑๒	๑๐	๘.๓๓	๒๐
รัษฎา	๑	๐	๖	๓	๑๖.๖๗	๐
หาดสำราญฯ	๒	๐	๘	๑	๒๕	๐
รวม จ.ตรัง	๒๕	๑๕	๑๖๖	๑๐๓	๑๕.๐๖	๑๔.๕๖
ต่างจังหวัด	๑	๐	๑๗	๘	๑๔.๒๙	๐
รวม จ.ตรัง + ต่างจังหวัด	๒๖	๑๕	๑๘๓	๑๑๑	๑๔.๒๑	๑๓.๕๑

ที่มาข้อมูล : ที่มาข้อมูล : ระบบรายงานข้อมูล HosXP ณ วันที่ ๑๐ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลของจังหวัดตรัง ร้อยละ ๑๓.๕๑ (รวมต่างจังหวัด) ซึ่งยังเกินเกณฑ์มาตรฐานแต่มีแนวโน้มที่ลดลง โดยอำเภอที่มีอัตราตายสูงสุดได้แก่ อำเภอย่านตาขาวอำเภอวังวิเศษ และอำเภอนาโยงตามลำดับ

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	เมืองต้นแบบ ACS Alert	- อ.เมือง และหมู่บ้านเกาะเคี่ยม อ.กันตัง	ต.ค.๖๑ – ก.ย. ๖๒	จังหวัด,รพช
๒.	ชุมชนต้นแบบหัวใจ “เกาะเคี่ยม”			
๓.	พัฒนาระบบ Fast track STEMI	- เครือข่าย จ.ตรัง	ต.ค.๖๑ – ก.ย. ๖๒	จังหวัด,รพช
๔.	หมอหัวใจดูแลคนไข้หัวใจเอง			

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	ข้อเสนอแนะที่เสนอต่อ คณะตรวจ
- ปริมาณผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจมีปริมาณมากขึ้นและมีความรุนแรงสูง	- เพิ่มการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการchest painมา รพ.เร็ว - primary care และทีมโรคเรื้อรัง ควรเร่งรัดเชิงรุกและเชิงป้องกัน
- CVT เหลือ ๑ คน	- ลดปริมาณการผ่าตัดหัวใจ - เพิ่มการ refer ไปยัง รพ.ที่มีศักยภาพ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) GISใน กลุ่ม CPR , CVD risk score เสี่ยงสูง (นำร่องที่เกาะเคี่ยม)

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	ส่งต่อผู้ป่วยไปยัง รพ.พัทลุง เพื่อทำ PCI ในกรณีที่ Drip ยาแล้วไม่ได้ผล	โรงพยาบาลตรังได้ดำเนินการตามแนวทางอยู่แล้ว	นางแสงโสม ช่วยช่วง

ผู้รายงาน นางแสงโสม ช่วยช่วง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๖-๙๕๑๕๗๒๒
E-mail annacn๖๔@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก / หัวข้อ : ๗. Service plan สาขาสาขาไต

ตัวชี้วัดที่ : ๗. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/ ๑.๗๓$m^{๒}$/yr
(เป้าหมาย: ≥๖๖%)

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังได้ >๘๐%

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) การชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วย CKD

๒) การคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

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%) และโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดตรัง มีคลินิกชะลอไตเสื่อม ยกเว้น รพช.หาดสำราญ ที่ยังไม่มีคลินิกชะลอไตเสื่อมแต่จะตรวจให้บริการที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือน) จังหวัดตรัง ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ ๕๒.๔๗ (๒๙,๒๘๘/๕๕,๘๑๗ คน) พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๒๓.๑๕ (๖๗,๗๙/๒๙,๒๘๘ คน) และร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/ ๑.๗๓$m^{๒}$/yr ร้อยละ ๖๐.๑๕(๑,๑๕๐/๑,๙๑๒) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๖ แต่ผลงานสูงกว่าระดับเขต (ร้อยละ๕๗.๒๓) และระดับประเทศ (ร้อยละ ๕๖.๐๑)

ตารางที่ ๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่ วันที่ได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือน)

อำเภอ	ปีงบฯ ๒๕๖๑			ปีงบฯ ๒๕๖๒ (๖ เดือน)		
	ผู้ป่วย DM/HT			ผู้ป่วย DM/HT		
	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (B)	ผลตามนิยาม เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (A)	อัตรา(๑๐๐) A/B*๑๐๐	จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคไตเรื้อรัง ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง (B)	ผลตามนิยาม เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (A)	อัตรา(๑๐๐) A/B*๑๐๐
เมืองตรัง	๗,๐๐๓	๑,๒๓๙	๑๗.๖๙	๕,๐๖๙	๘๙๔	๑๗.๖๔
กันตัง	๕,๖๒๓	๑,๐๓๐	๑๘.๓๒	๔,๓๖๐	๖๐๙	๑๓.๙๗
ย่านตาขาว	๔,๕๗๕	๗๕๓	๑๖.๔๖	๓,๖๒๗	๕๕๘	๑๕.๓๘
ปะเหลียน	๔,๓๖๐	๔๖๘	๑๐.๗๓	๓,๕๔๖	๓๘๙	๑๐.๙๗
สิเกา	๒,๐๕๔	๓๐๗	๑๔.๙๕	๑,๙๙๖	๒๗๖	๑๓.๘๓
ห้วยยอด	๖,๒๙๕	๑,๙๖๒	๓๑.๑๗	๖,๑๒๔	๓,๓๙๙	๕๕.๕๐
วังวิเศษ	๒,๒๓๘	๓๑๔	๑๔.๐๓	๑,๔๘๘	๒๓๘	๑๕.๙๙
นาโยง	๒,๖๕๖	๔๐๙	๑๕.๔	๑,๙๒๑	๒๑๗	๑๑.๓๐
รัษฎา	๑,๕๖๐	๒๔๓	๑๕.๕๘	๑๔๒	๕๓	๓๗.๓๒
หาดสำราญ	๑,๑๒๒	๒๕๐	๒๒.๒๘	๑,๐๑๕	๑๔๖	๑๔.๓๘
รวม	๓๗,๔๘๖	๖,๙๗๕	๑๘.๖๑	๒๙,๒๘๘	๖,๗๗๙	๒๓.๑๕

ที่มาข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

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

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

ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดตรัง ปีงบฯ ๕๘-๖๒(๖ เดือน)

อำเภอ	๒๕๕๘		๒๕๕๙		๒๕๖๐		๒๕๖๑		๒๕๖๒	
	DM	HT	DM	HT	DM	HT	DM	HT	DM	HT
เมืองตรัง	๕๐๐	๑,๔๒๗	๕๐๓	๑,๔๒๘	๙๕๐	๒,๙๖๕	๘๗๕	๒,๗๑๕	๕๔๐	๑,๘๐๑
กันตัง	๒๘๙	๗๔๐	๒๙๑	๗๔๑	๔๙๐	๑,๔๔๙	๔๑๓	๑,๒๒๒	๒๘๘	๗๐๖
ย่านตาขาว	๑๗๒	๔๒๔	๑๗๒	๔๒๔	๓๖๙	๑,๐๖๗	๓๒๘	๘๘๗	๑๘๑	๖๖๓
ปะเหลียน	๒๑๕	๕๖๑	๒๒๒	๕๖๑	๓๗๐	๑,๑๙๒	๓๕๔	๑,๐๔๑	๑๘๓	๔๙๗
สิเกา	๑๒๗	๓๘๔	๑๒๘	๓๘๔	๑๓๗	๕๕๘	๑๕๓	๕๔๔	๙๓	๓๓๓
ห้วยยอด	๔๑๐	๙๐๐	๔๒๔	๙๐๐	๔๙๔	๑,๓๐๓	๔๙๕	๑,๑๑๖	๒๔๔	๕๙๕
วังวิเศษ	๑๓๓	๓๗๙	๑๕๔	๓๘๒	๒๐๓	๗๔๘	๒๕๙	๘๓๐	๑๔๒	๓๘๑
นาโยง	๑๒๙	๒๙๗	๑๓๙	๒๙๗	๑๗๙	๕๘๗	๑๖๒	๕๓๙	๑๐๐	๓๓๓
รัษฎา	๙๔	๒๗๕	๑๐๔	๒๗๕	๑๓๘	๔๙๗	๑๓๔	๓๖๗	๘๒	๒๑๔
หาดสำราญ	๘๒	๑๖๘	๘๒	๑๖๘	๙๔	๒๙๓	๕๘	๒๐๔	๖๘	๑๑๕
รวม	๒,๑๕๑	๕,๕๕๕	๒,๒๑๙	๕,๕๖๐	๓,๔๒๔	๑๐,๖๕๙	๓,๒๓๑	๙,๔๖๕	๑,๙๒๑	๕,๖๓๘

ที่มาข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒

จากตารางที่ ๑ พบว่า ผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละ ๑๘.๖๑ จากจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือโรคความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จำนวน ๓๗,๔๘๖ พบเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่จำนวน ๖,๙๗๕ ราย อำเภอที่พบผู้ป่วยโรคไตรายใหม่สูงสุดคือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๓๑.๑๗ รองลงมาอำเภอหาดสำราน ร้อยละ ๒๒.๒๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ผลงาน ๖ เดือน) พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ร้อยละ ๒๓.๑๕ อำเภอที่พบผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่สูงสุด คือ อำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๕๕.๕๐ รองลงมา อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๓๗.๓๒

จากตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๕๘-๒๕๖๒(๖ เดือน) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้น

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

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ปีงบฯ ๒๕๖๒ (๖ เดือน)

อำเภอ	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (เป้าหมายร้อยละ๘๐)			หมายเหตุ
	เป้าหมาย (A)	ผลงาน (B)	ร้อยละ (B/A)x๑๐๐	
เมืองตรัง	๑๔,๐๒๐	๕,๐๖๙	๓๖.๑๖	
กันตัง	๗,๒๐๑	๔,๓๖๐	๖๐.๕๕	
ย่านตาขาว	๕,๙๕๘	๓,๖๒๗	๖๐.๘๘	
ปะเหลียน	๕,๕๖๗	๓,๕๔๖	๖๓.๗๐	
สิเกา	๓,๕๕๐	๑,๙๙๖	๕๖.๒๓	
ห้วยยอด	๘,๗๔๙	๖,๑๒๔	๗๐.๐๐	
วังวิเศษ	๓,๓๔๐	๑,๔๘๘	๔๔.๕๕	
นาโยง	๓,๓๕๔	๑,๙๒๑	๕๗.๒๗	
รัษฎา	๒,๕๖๙	๑๔๒	๕.๕๓	
หาดสำราญ	๑,๕๐๙	๑,๐๑๕	๖๗.๒๖	
รวม	๕๕,๘๑๗	๒๙,๒๘๘	๕๒.๔๗	

ที่มาข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

*A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

*B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/๑.๗๓m^2/yr ปีงบฯ ๒๕๖๒(๖ เดือน)

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	๔๑๔	๒๑๙	๕๒.๙	
ห้วยยอด	๓๕๖	๓๑๓	๘๗.๙๒	
กันตัง	๓๒๒	๑๔๑	๔๓.๗๙	
ย่านตาขาว	๓๐๗	๑๗๕	๕๗.๐๐	
ปะเหลียน	๑๖๘	๙๙	๕๘.๙๓	
สิเกา	๖๑	๓๓	๕๔.๑๐	
วังวิเศษ	๑๗๐	๑๐๔	๖๑.๑๘	
นาโยง	๑๑๐	๖๔	๕๘.๑๘	
รัษฎา	๐	๐	๐.๐๐	
หาดสำราญ	๔	๒	๕๐.๐๐	
รวม	๑,๙๑๒	๑,๑๕๐	๖๐.๑๕	

ที่มาข้อมูล : HDC ณ วันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๒

*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

อภิปรายผลจากตาราง

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๖ เดือน) พบผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/ ๑.๗๓$m^{๒}$/yr ร้อยละ ๖๐.๑๕ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ ≥๖๖%) อำเภอห้วยยอดพบผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ e-GFR<๔ ml/min/ ๑.๗๓$m^{๒}$/yr มากที่สุดร้อยละ ๘๗.๙๒ รองลงมาคืออำเภอวังวิเศษ ร้อยละ ๖๑.๑๘ ส่วนอำเภอที่ยังไม่มีผลงาน คือ อำเภอรัษฎา

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	รณรงค์ให้มีการคัดกรอง โรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพสต. ในเขตอำเภอเมืองตรังและ รพช.	ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง >๘๐%	๑ ต.ค.๖๑-๓๐ ก.ย.๖๒	-ทีมปฐมภูมิ -ทีมเวชกรรรสังคม -ทีม NCD -รพช.ทุกแห่ง
๒.	การชะลอความเสื่อมของไต	ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/ ๑.๗๓$m^{๒}$/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) มีการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ผลงานต่ำกว่าเป้าหมายร้อยละ ๘๐ ในเขตอำเภอเมืองตรังและรัษฎา
๒) ผล LAB ที่คัดกรองในรพ.สต Error แพทย์ไม่เชื่อถือ จึงส่งผู้ป่วยมาเจาะเลือดที่ รพ.ตรัง และผู้ป่วยไม่ได้มาเจาะเลือดทุกราย
๓) พยาบาล รพ.สต. มีภาระงานมาก ไม่สามารถเจาะเลือดผู้ป่วยส่งตรวจได้ทุกคน
๔) มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิ
๕) ไม่มีบุคลากรบันทึกข้อมูลใน Hosxp. ของ โรงพยาบาล

๖) ขาดการสื่อสารรายละเอียดตัวชี้วัดระหว่าง สสจ.และ รพช. ผู้รับผิดชอบของ รพช.ไม่ทราบว่าต้องคัดกรอง CKD

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. มีการคัดกรองโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในเขต อ.เมืองตรัง และรัษฎาต่ำกว่าเป้าหมาย	
๒. ผล LAB ที่คัดกรองในรพ.สต แพทย์ไม่เชื่อถือ ทำให้ รพสต.ส่งผู้ป่วยมาเจาะเลือดที่ รพ.ตรัง	- ปรับปรุงมาตรฐานการตรวจแล็บในรพ.สต.
๓. ไม่มีบุคลากรบันทึกข้อมูลใน Hosxp. ของโรงพยาบาล	- จัดสรรบุคลากรให้เพียงพอกับภาระงาน
๔. ขาดการสื่อสารรายละเอียดตัวชี้วัดระหว่างสสจ. และ รพช. ผู้รับผิดชอบ CKD ไม่ทราบว่าต้องคัดกรอง	- ผู้รับผิดชอบระดับ สสจ. แจ้งรายละเอียดตัวชี้วัดให้ผู้รับผิดชอบระดับ รพช.ทราบ

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) - ไม่มี

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ
๑	เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยง โดยการวิเคราะห์กลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อการเป็นโรค และจัดกิจกรรมป้องกัน	-จัดกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมสุขภาพไต ในวันไตโลกภายใต้คำขวัญ “ทุกคนทั่วไทย ไตแข็งแรง” ครั้งที่ ๑ วันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมายเป็นนักเรียน ครู จำนวน ๑๐๐ คน ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๒ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคไต โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อสม. และประชาชนทั่วไป จำนวน ๑๐๐ คน ในกิจกรรมมีการคัดกรองโรคไต และให้ความรู้การดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ยากับการทำลายไต การสิตอาหารลดเค็ม การทำบัตรแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ
๒	ส่วนกลางขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เช่น การควบคุมสื่อโฆษณาเรื่อง อาหารเสริมและสมุนไพร และลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ทั้งวิทยุ โทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย	

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

และ

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

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ : ๘. Service plan สาขาสาขาศัลยกรรม (One day surgery)
ตัวชี้วัด : ๘. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)
๑) จัดตั้งหน่วยให้บริการเพิ่มตามแนวทางคู่มือของกรมการแพทย์
๒) เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒)

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ปี๒๕๖๑ = ๒๖.๒๔ (๑๓๘/๕๒๖ราย) และในปี ๒๕๖๒ (๗ เดือน) = ๔๒.๙๘ (๙๘/๒๒๘ ราย) โรงพยาบาลตรังสามารถผ่าตัดแบบ One Day Surgery ได้ในกลุ่มโรค Inguinal hernia, Hydrocele, Vaginal bleeding, Esophageal stricture, Colorectal polyp **และในเดือนมีนาคม ๖๒ ได้เพิ่มกลุ่มโรคที่เพิ่มใหม่คือ Anal fissure** มีการเตรียมความพร้อมของระบบ One Day Surgery เช่น เตรียมความพร้อมด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยทุกจุด ตั้งแต่ Pre operation, intra operation, post operation และการติดตามผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูล One Day Surgery ทุกจุดใน web รวม ได้รับการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการ One Day Surgery **จากกรมการแพทย์เมื่อวันที่ ๒๙ มีนาคม ๖๒**

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒)

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery (เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐)

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	
โรงพยาบาลตรัง	๙๘	๒๓๘	๔๑.๑๘	
ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เม.ย. ๖๒)				

<u>ที่มาข้อมูล</u> : ฐานข้อมูลจาก งานเวชสารสนเทศ รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ เ.ม.ย. ๒๕๖๒

- **ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery รพ.ตรัง ผลงานปี ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (๗ เดือน)**

One Day Surgery (เฉพาะ Elective case)	๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-เม.ย.๖๒)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
๑. ผู้ป่วย Inguinal hernia, Femoral hernia	๑๓๐	๔๕	๓๔.๖๒
๒. Hydrocele	๘	๒	๒๕
๓. Vaginal bleeding	๔๒	๖	๑๔.๒๙
๔. Esophagogastric varices	๐	๐	๐
๕. Esophageal stricture	๗	๔	๕๗.๑๔
๖. Colorectal polyp	๔๐	๔๐	๑๐๐
๗. Anal fissure (กลุ่มโรคเพิ่มใหม่)	๑	๑	๑๐๐
รวม	๒๒๘	๙๘	๔๒.๙๘

<u>ที่มาข้อมูล</u> : ฐานข้อมูลจาก งานเวชสารสนเทศ รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๐ เ.ม.ย. ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๗ เดือน) ผลงาน ร้อยละ ๔๒.๙๘ (๙๘/๒๒๘ ราย) ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด กลุ่มโรคสามารถผ่าตัดแบบ One Day Surgery ได้แก่ Inguinal hernia ผ่าตัดได้ ๔๕ ราย ร้อยละ ๓๔.๖๒, Hydrocele ๒ ราย ร้อยละ ๒๕, Vaginal bleeding ๖ ราย ร้อยละ ๑๔.๒๙ Esophageal stricture ๔ ราย ร้อยละ ๕๗.๑๔ Colorectal polyp ๔๐ ราย ร้อยละ ๑๐๐ และในเดือนมีนาคม ๒๕๖๒ ได้เพิ่มกลุ่มโรคที่เพิ่มใหม่ คือ Anal fissure มี ๑ ราย ทำได้ร้อยละ ๑๐๐

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาศักยภาพการผ่าตัด Inguinal hernia แบบ Local anesthesia	แพทย์ศัลยกรรม	พ.ค.-มิ.ย.๖๒	นพ.ปัญจพล แก้วอุบล
๒.	พัฒนาศักยภาพการทำ Therapeutic Colonoscope & Esophagoscope	แพทย์ศัลยกรรม	พ.ค.-มิ.ย.๖๒	

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

- แพทย์ทางด้านศัลยกรรมและสูติ-นรีเวชกรรม ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี
- ผู้บริหารสนับสนุน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมาย

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในภาพรวมของจังหวัดตรัง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
- ไม่มี	- ไม่มี

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	สร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติอย่างต่อเนื่องเรื่องการผ่าตัดแบบ ODS เพื่อลดความแออัดใน รพ.	๑. จัดทำคู่มือให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในแต่ละกลุ่มโรค ๒. จัดทำบอร์ดแสดงผลการดำเนินงานที่ผ่านมา เช่น จำนวนผู้รับบริการ ความพึงพอใจ	นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
๒	พัฒนาการผ่าตัดแบบ ODS จากกลุ่มโรคที่เพิ่มขึ้นจาก ๑๒ โรค เป็น ๒๔ โรค	๑. ประชุมชี้แจงแก่กลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเรื่องนโยบายการผ่าตัดแบบODS ได้แก่ กลุ่มงาน Orthopedic, จักษุ, สูติ-นรีเวช ๒. เพิ่มการผ่าตัดทางศัลยกรรม ได้แก่ Anal fissure, Fistula in ano, Perianal abscess และ Breast abscess	นพ.ปัญจพล แก้วอุบล

ผู้รายงาน นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๗๒๘๘๖๔๘
Email : pensri_kandy@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก/หัวข้อ : การบำบัดรักษาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด
ตัวชี้วัด : ๙. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate ๑ year)

๑. ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น

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. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒) : 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 สาระเหย 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 พื้นที่ที่มีผู้เข้าบำบัดรักษามากที่สุด 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)***

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตัวชี้วัดที่ : ๑. ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate ๑ year)

ตัวชี้วัดที่ : ๒. จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย

อำเภอ	รายการข้อมูล						
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย	จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทุกระบบที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปีหลังจำหน่าย (A๑)	จำนวนผู้ติดยาเสพติดทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด (B๑	ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) = A๑/B๑*๑๐๐	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้วหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่าย (A๒)	จำนวนผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด (B๒)	ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน = A๒/B๒*๑๐๐
เมืองตรัง	๑๑๗	๓๘	๗๙	๔๘.๑	๑๐๘	๑๔๒	๗๖.๐๖
กันตัง	๗๖	๐	๐	๐	๐	๓๓	๐
ย่านตาขาว	๘๑	๕	๑๗	๒๙.๔๑	๑๖	๓๘	๔๒.๑๑
ปะเหลียน	๕๕	๐	๒	๐	๖	๑๖	๓๗.๕
สิเกา	๔๙	๒	๔	๕๐	๕	๑๐	๕๐
ห้วยยอด	๑๔๔	๔	๑๕	๒๖.๖๗	๑๓	๕๔	๒๔.๐๗
วังวิเศษ	๖๗	๔	๑๓	๓๐.๗๗	๘	๒๕	๓๒
นาโยง	๒๒๙	๖๕	๖๖	๙๘.๔๘	๔๕	๕๖	๘๐.๓๖
รัษฎา	๓๒	๐	๔	๐	๐	๐	๐
หาดสำราญฯ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม (วันที่ ๑ ต.ค. ๖๑ ถึง ๓๑ มี.ค.๖๒)	๘๘๐	๑๑๘	๒๐๐	๕๙	๒๐๑	๓๗๔	๕๓.๗๔

ที่มาข้อมูล : ระบบ บสต. (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๑) (ข้อมูลรวมทุกระบบ) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส ณ วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานรวมทั้งจังหวัดตรังปี ๒๕๖๒ พบว่า ร้อยละ ๕๙ ของผู้ติดยาเสพติดได้รับบำบัดครบตามเกณฑ์ ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention rate) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผลการดำเนินงานเป็นรายอำเภอพบว่า อ.กันตัง, อ.ปะเหลียน, อ.รัษฎา, อ.หาดสำราญ ผลการดำเนินงานยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด และร้อยละ ๕๓.๗๔ ของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (Remission Rate) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

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 ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน

สูตรคำนวณ = (C/D)× ๑๐๐

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

ข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ

๑) การตั้งคณะกรรมการและกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในระดับ รพ.สต. รพ. ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ มีการดำเนินงานในบางพื้นที่ พื้นที่ที่มีการดำเนินงานคือ อำเภอนาโยง มีการแต่งตั้งคณะทำงาน พชอ.ในระดับอำเภอ บูรณาการเครือข่ายกับหน่วยงานต่างๆ ในอำเภอเพื่อขับเคลื่อนงานยาเสพติด โดยให้ชุมชนมีบทบาทค้นหาผู้ใช้สารเสพติด เพื่อเข้าสู่การบำบัด และติดตามดูแล หลังการบำบัด สำรวจความต้องการอาชีพ ส่งเสริมให้มีอาชีพ มีศูนย์ฝึกในชุมชน

๒) แผนและผลการพัฒนาระบบบริการที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน

๒.๑ ระบบบริการและการรับส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัดและเขตสุขภาพ

การจัดระบบบริการ : ระดับโรงพยาบาลศูนย์ มีการจัดเตียงไว้รองรับผู้ป่วยยาเสพติดที่ต้องดูแบบผู้ป่วยใน 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 ภายหลังการรักษาโรงพยาบาลชุมชน

❖ **เกณฑ์ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์**

๑) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย

๒) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

๓) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและมีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช

❖ โรงพยาบาลศูนย์ เกณฑ์ส่งต่อไปยังสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟู ผู้ติดยาเสพติดฯ หรือ โรงพยาบาลธัญญารักษ์สังกัดกรมการแพทย์

๑) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดรุนแรง/เรื้อรัง

๒) ผู้ป่วยติดยาเสพติดได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเกิน ๗ - ๑๔ วัน

๓) ผู้ป่วยติดยาเสพติดและสารเสพติดที่ประสบความล้มเหลวในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและ/หรือผู้ป่วยใน

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	รอประเมิน
๓	รพ.นาโยง	ผ่านแล้ว		ปี ๒๕๖๓	ผ่านแล้ว
๔	รพ.ย่านตาขาว	Ac๑exp.	๒๗/๐๒/๒๕๕๑	๒๖/๐๒/๒๕๕๓	รอประเมิน
๕	รพ.สิเกา	Re๑	๐๓/๐๖/๒๕๕๘	๐๒/๐๖/๒๕๖๑	รอประเมิน
๖	รพ.ปะเหลียน	Re๑	๒๐/๐๕/๒๕๕๘	๑๙/๐๕/๒๕๖๑	รอประเมิน
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	-	-	

อภิปรายตาราง สถานพยาบาลจังหวัดตรังได้รับการรับรองคุณภาพงานบำบัดรักษายาเสพติดทั้งสิ้น ๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๐

๒.๓ การพัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

สถานบริการทุกแห่ง จัดบริการ Harm reduction ตามศักยภาพของหน่วยงาน ตาม

มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข 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-กย.๖๒	สสจ.ตรัง

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

-

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. แพทย์ไม่ผ่านการอบรมระยะสั้นเวชศาสตร์ยาและสารเสพติด	๑. เสนอปัญหาให้ผู้บริหารรับทราบในด้านการพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้ได้มาตรฐาน เพื่อสนับสนุนให้มีการส่งอบรมตามแผนพัฒนาบุคลากรตาม service plan
๒. ผู้รับผิดชอบงานมีภาระรับผิดชอบหลายงาน ทำให้ไม่มีเวลาบันทึกข้อมูล	๒. ทบทวน FTE เพื่อเสนอต่อผู้บริหารในการจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๗.๑ ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ติดสารเสพติด แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง **(ภาษาอังกฤษ)** Prevalence of Substance induced psychosis in Psychiatric Outpatient Clinic at Trang Hospital

หัวหน้าโครงการวิจัย นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	การบริหารจัดการที่เอื้อต่อการบันทึกข้อมูล บสต. ได้อย่างทันท่วงที ทั้งเรื่อง อัตรากำลัง การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ระบบอินเตอร์เน็ตและกำกับติดตามการลงข้อมูล บสต. ดย สสจ.	- จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรหลักสูตรเฉพาะด้านปี ๒๕๖๓	รพศ., รพช.
๒	ส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรเข้าอบรมเพิ่มพูนทักษะ/ความรู้ เวชศาสตร์สารเสพติดสำหรับแพทย์, PG การพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด ตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service plan)	- จัดอัตรากำลัง มอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบในการลงรายงานข้อมูล	รพศ., รพช.

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

กิจกรรมการบำบัดฟื้นฟูในเรือนจำ บำบัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม





ผู้รายงาน นางพรทิพย์ ซุ่นอื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.ตรัง
โทร : ๐๘๙-๔๗๕ ๔๓๘๑
E-mail : nokarunrut@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๒. Service plan สาขาวัณโรค (TB)
ตัวชี้วัด ๑๔. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (≥ร้อยละ ๘๕)

๘. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
๑.๒ ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

๙. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ไตรมาส๑-๒) รอบ ๖ เดือน ในภาพรวมจังหวัดตรัง มีอัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Success rate) ร้อยละ ๘๖.๕ ซึ่งได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๘๕ และอัตราตายเท่ากับร้อยละ ๘.๒ ไม่ได้ตามเกณฑ์ (เกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕) โดยสาเหตุการตายด้วยมี HIV ร่วมและเป็นผู้สูงอายุมีโรคร่วม ได้แก่ HT หัวใจ มะเร็ง COPD และอัตราการขาดยาเท่ากับร้อยละ ๒.๙ ซึ่งตามเกณฑ์เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓ อัตราการโอนออกร้อยละ ๑.๔ และกำลังรักษาร้อยละ ๐.๕ อัตราการล้มเหลวร้อยละ ๐.๕ นอกจากนี้อัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปี ๒๕๖๑ ในภาพรวมจังหวัดร้อยละ ๔๘.๘ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ ๘๒.๕ ของผู้ป่วยที่คาดการณ์ ในภาพรวมแต่ละอำเภอไม่ผ่านเกณฑ์ และสถานการณ์ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๗-๒๕๖๑ มีผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาขึ้นทะเบียนรักษาแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวน ๑ ราย, ๔ ราย, ๗ ราย, ๘ ราย และ ๒ ราย ตามลำดับ

ปัจจุบัน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ไตรมาส๑/๖๒) ยังไม่ครบรอบประเมินอัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอด รายใหม่ (Success rate) แต่มีผลการดำเนินงานในภาพรวมจังหวัด คือ มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๑๑ รายรักษาสำเร็จ ๒๔ ราย (ร้อยละ ๒๑.๖) กำลังรักษา ๗๕ ราย (ร้อยละ ๖๗.๖) เสียชีวิต ๓ ราย (ร้อยละ๒.๗) (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๕) สาเหตุจากมีโรคร่วม COPD เป็นผู้สูงอายุ ๑ ราย, HIV ร่วมด้วย ๑ ราย และมีโรคทางจิตเวช ๑ ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยโอนออก ๙ ราย (ร้อยละ ๘.๑) รพช.โอนผู้ป่วยมา รพ.ตรัง เนื่องจากมีโรคร่วม ตับอักเสบ,ดื้อยา ๑ ตัว และสิ้นสุดระยะเข้มข้นเสมหะยังบวกซึ่งยังอยู่ระหว่างการรักษา ภาพรวมจังหวัดไม่มีผู้ป่วยล้มเหลวและไม่มีขาดยา

- ไตรมาส ๑ - ๓/๖๒ (รอบ ๗ เดือน) มีอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ ๓๕.๙ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๘๒.๕ ของผู้ป่วยที่คาดการณ์ในภาพรวมจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ อำเภอที่มีอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำผ่านเกณฑ์ในรอบ ๗ เดือน คือ อำเภอเมือง ร้อยละ ๕๐.๘ รองลงมา คือ อำเภอรัษฎา ร้อยละ ๔๓.๕ ส่วนอำเภอที่เหลืออีก ๘ อำเภอไม่ผ่านเกณฑ์
- จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและอัตราการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง (Relapse, Failure, Treatment after default, other) คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๔ ได้ตาม เกณฑ์เป้าหมาย > ร้อยละ ๘๐ โรงพยาบาลที่ส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงได้ผ่าน เกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ คือ โรงพยาบาลห้วยยอด, โรงพยาบาลนาโยง, โรงพยาบาลรัษฎา และรองลงมาคือ โรงพยาบาลตรัง คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ไตรมาส ๑/๖๒ (ต.ค.๖๑-ธ.ค.๖๑)

อำเภอ	เป้าหมาย	กำลังรักษา	รักษาสำเร็จ	เสียชีวิต	ขาดยา	โอนออก
๑.เมืองตรัง	๕๘	๔๓ (๗๔.๑%)	๑๐ (๑๗.๒%)	๓ (๕.๒%)	๐	๒ (๓.๕%)
๒.กันตัง	๑๑	๕ (๔๕.๔%)	๔ (๓๖.๔%)	๐	๐	๒ (๑๘.๒%)
๓.ย่านตาขาว	๔	๒ (๕๐%)	๑ (๒๕%)	๐	๐	๑ (๒๕%)
๔.ปะเหลียน	๔	๑ (๒๕%)	๑ (๒๕%)	๐	๐	๒ (๕๐%)
๕.สิเกา	๓	๑ (๓๓.๓%)	๒ (๖๖.๗%)	๐	๐	๐
๖.ห้วยยอด	๑๒	๙ (๗๕%)	๓ (๒๕%)	๐	๐	๐
๗.วังวิเศษ	๔	๓ (๗๕%)	๐	๐	๐	๑ (๒๕%)
๘.นาโยง	๘	๗ (๘๗.๕%)	๑ (๑๒.๕%)	๐	๐	๐
๙.รัษฎา	๕	๒ (๔๐%)	๒ (๔๐%)	๐	๐	๑ (๒๐%)
๑๐หาดสำราญ	๒	๒ (๑๐๐%)	๐	๐	๐	๐
รวม	๑๑๑	๗๕ (๖๗.๖%)	๒๔ (๒๑.๖%)	๓ (๒.๗%)	๐	๙ (๘.๑%)

ที่มาข้อมูล : ..TBCM Online..... ณ วันที่ .. ๑๐ พ.ค. ๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่(Success rate) ไตรมาส๑/๖๒ (ต.ค.๖๑-ธ.ค.๖๑) ในภาพรวมจังหวัดตรัง ยังไม่ครบรอบประเมิน แต่มีผลการดำเนินงานในภาพรวมจังหวัดคือ มีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๑๑ รายรักษาสำเร็จ ๒๔ ราย(ร้อยละ ๒๑.๖) กำลังรักษา ๗๕ ราย(ร้อยละ๖๗.๖) เสียชีวิต ๓ ราย(ร้อยละ๒.๗) (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ๕) สาเหตุจากมีโรคร่วม COPD เป็นผู้สูงอายุ ๑ ราย, HIVร่วมด้วย ๑ ราย และมีโรคทางจิตเวช ๑ ราย นอกจากนี้มีผู้ป่วยโอนออก ๙ ราย(ร้อยละ๘.๑) รพ.ชุมชนโอนผู้ป่วยมารพ.ตรังเนื่องจากมีโรคร่วม ตับอักเสบ,ดื้อยา๑ตัวและสิ้นสุดระยะเข้มข้นเสมหะยังบวกซึ่งยังอยู่ระหว่างการรักษา ภาพรวมจังหวัดไม่มีผู้ป่วยล้มเหลวและไม่มีขาดยา

๓.๒ ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำปี ๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-พ.ค.๖๒)

อำเภอ	เป้าหมาย (๑๕๖ ต่อแสนประชากร)	จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภท(รายพื้นที่)	ร้อยละ
๑.เมืองตรัง	๒๔๔	๑๒๔	๕๐.๘
๒.กันตัง	๑๓๖	๕๕	๔๐.๔
๓.ย่านตาขาว	๑๐๑	๒๖	๒๕.๗
๔.ปะเหลียน	๑๐๕	๒๐	๑๙.๐
๕.สิเกา	๖๐	๙	๑๕
๖.ห้วยยอด	๑๔๗	๕๑	๓๔.๗
๗.วังวิเศษ	๖๘	๒๔	๓๕.๓

๘.นาโยง	๗๐	๒๒	๓๑.๔
๙.รัษฎา	๔๖	๒๐	๔๓.๕
๑๐หาดสำราญ	๒๖	๙	๓๔.๖
รวม	๑,๐๐๓	๓๖๐	๓๕.๙

ที่มาข้อมูล : ..TBCM Online...ณ วันที่ ๑๐ พ.ค. ๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำแยกรายพื้นที่ในภาพรวมจังหวัด จำนวน ๓๖๐ ราย คิดเป็นร้อยละ๓๕.๙ ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๘๒.๕ ของผู้ป่วยที่คาดการณ์ ในภาพรวมจังหวัดไม่ผ่านเกณฑ์ อำเภอที่มีอัตราความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากที่สุดคืออำเภอเมืองร้อยละ๕๐.๘ รองลงมาคือ อำเภอรัษฎาร้อยละ ๔๓.๕ และอำเภอกันตังร้อยละ ๔๐.๔ ตามลำดับ

๓.๓ อัตราการการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูง (Relapse,Failure,Treatment after default, other) ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๑-พ.ค.๖๒)

โรงพยาบาล	เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง culture/molecular	จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง (N-Health)	รวมส่งตรวจDST	ร้อยละ	เป็นMDR
๑.ตรัง	๑๓	๖	๔	๑๐	๗๖.๙	๐
๒.กันตัง	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๓.ย่านตาขาว	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๔.ปะเหลียน	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๕.สิเกา	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๖.ห้วยยอด	๒	๒	๐	๒	๑๐๐	๐
๗.วังวิเศษ	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๘.นาโยง	๑	๑	๐	๑	๑๐๐	๐
๙.รัษฎา	๑	๑	๐	๑	๑๐๐	๐
๑๐หาดสำราญ	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	๑๗	๑๐ (๗๑.๔%)	๔ (๒๘.๖%)	๑๔	๘๒.๔	๐

ที่มาข้อมูล : รายงานชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ...ณ วันที่ . ๑๐ พ.ค. ๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

อัตราการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง(Relapse,Failure,Treatment after default, other) คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๔ (ซึ่งส่งตรวจculture/molecular ร้อยละ ๗๑.๔, ส่งN-Healthร้อยละ ๒๘.๖) ซึ่งอัตราการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ และโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูงได้ผ่านเกณฑ์คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ คือ โรงพยาบาลห้วยยอด โรงพยาบาลนาโยง

โรงพยาบาลรัษฎา รองลงมาคือโรงพยาบาลตรังคิดเป็นร้อยละ ๗๖.๙ และในภาพรวมที่ส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยเสี่ยงดื้อยาสูง ไม่พบเป็น MDR

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับที่	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	วิเคราะห์สถานการณ์กำหนดเป้าหมายและจัดทำแผนการดำเนินงาน		ต.ค๖๑	สสจ.ตรัง,รพ., สสอ.
๒.	โครงการป้องกันและควบคุมโรควัณโรคจ.ตรัง			
	-ประชุมเชิงปฏิบัติการเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาศักยภาพแนวทางการคัดกรอง วัณโรค	จนท.คลินิกวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานอำเภอ จนท.งานชันสูตร ผู้รับผิดชอบเรือนจำ ตัวแทนรพ.สต. รวม๘๐ คน	ต.ค.๖๑	สสจ.
	-ประชุมเชิงปฏิบัติการคณะทำงานคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุกและกำหนดให้การค้นหาเชิงรุกActive case อยู่ในคำรับรองของเครือข่ายอำเภอ	จนท.คลินิกวัณโรค ผู้รับผิดชอบงานอำเภอ พยาบาลคลินิก DM,HIV,COPD ผู้รับผิดชอบเรือนจำ รวม๕๐คน	ตค.๖๑-ก.ย.๖๒	สสจ,เครือข่ายอำเภอ
	-จัดกิจกรรมรณรงค์เนื่องในวันวัณโรคสากล(๒๔ มีนาคม ของทุกปี)	กลุ่มเสี่ยงวัณโรค๗ กลุ่มเสี่ยง	มี.ค.๖๒	รพ.,สสอ.,รพ.สต.
	-จัดกิจกรรมรวมพลังจิตอาสารณรงค์คัดกรองวัณโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุ	พ.ค.-ก.ค.๖๒	รพ.,สสอ.,รพ.สต.
๓.	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรป้องกันและควบคุมโรควัณโรคจ.ตรังปี๒๕๖๒			
	-เครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลและอำเภอจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานป้องกันควบคุมโรควัณโรคและวัณโรคดื้อยา	ประธาน,รองประธาน ,เลขาธิการตามคำสั่งคณะทำงาน,จนท.คลินิกวัณโรคจนท.งานชันสูตร, ผู้รับผิดชอบงานอำเภอ รวม ๔๕คน	ม.ค๖๒-มี.ค..๖๒ เม.ย.๖๒	รพ.ทุกแห่ง, สสอ. สสจ.
	-ประชุมคณะทำงานป้องกัน ควบคุมวัณโรคชี้แจงแนวทางการจัดตั้ ง Case management team กำหนดแนวทางการดำเนินงานและการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเชิงรุก พร้อมถือปฏิบัติ	หน.กลุ่มเวชปฏิบัติ	มิ.ย.๖๒	

	-ประชุมทีมเครือข่ายในการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในคลินิกและชุมชน	แพทย์,จนท.คลินิกวัณโรค,จนทงานชันสูตรพยาบาลIC, รับผิดชอบงานอำเภอ รวม ๕๐ คน		สสจ.

ลำดับที่	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๔.	โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรป้องกันและควบคุมโรควัณโรคจ.ตรังปี๒๕๖๒ -ประชุมติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน(DOT MEETING)	จนท.คลินิกวัณโรค, ผู้รับผิดชอบคลินิก DMHIVผู้สูงอายุ, ตัวแทนรพ.สต., ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ รวม ๖๐คน	มี.ค๖๒, ก.ค.๖๒	สสจ.
๕	พัฒนาระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคลและระบบการส่งต่อ ผ่านโปรแกรม TBCM -ประชุมติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานทุกเดือน	รพ, สสอ	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	สสจ.ตรังร่วมกับรพ.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) อัตราสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ไตรมาส ๑/๖๒ ผลการดำเนินงานยังไม่ครบรอบประเมินแต่มีผลการดำเนินงานในภาพรวมจังหวัดคือมีผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๑๑ รายรักษาสำเร็จ ๒๔ ราย (ร้อยละ ๒๑.๖) กำลังรักษา ๗๕ ราย (ร้อยละ๖๗.๖) เสียชีวิต ๓ ราย (ร้อยละ ๒.๗) (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ ๕) สาเหตุจากมีโรคร่วม COPD เป็นผู้สูงอายุ ๑ ราย HIV ร่วมด้วย ๑ ราย แต่มีบางพื้นที่อัตราตายเกินเกณฑ์ของอำเภอเมืองร้อยละ ๕.๒ นอกจากนี้มีผู้ป่วยโอนออก ๙ ราย (ร้อยละ ๘.๑) รพ.ชุมชนโอนผู้ป่วยมา รพ.ตรังเนื่องจากมีโรคร่วม ตับอักเสบ, ดื้อยา ๑ ตัว และสิ้นสุดระยะเข้มข้น เสมหะยังบวกซึ่งยังอยู่ระหว่างการรักษา

๒) ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำไตรมาส ๑ - ๓/๖๒ (รอบ ๗ เดือน) จำนวน ๓๖๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๙ ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๘๒.๕ ของที่คาดการณ์

๓) อัตราการการส่งตรวจ DST ในผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงคิดเป็นร้อยละละ ๘๒.๔ (ได้ตามเกณฑ์เป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ และการส่งตรวจ DST ของผู้ป่วยที่เสี่ยงดื้อยาสูงจำนวน ๑๔ ราย ส่ง culture/ molecular ๑๐ ราย ส่ง N-Health ๔ รายเนื่องจากN-Health เพาะเชื้อในอาหารเหลวใช้เวลา ๖ สัปดาห์แล้วรายงานผล โดยศูนย์วัณโรค ๑๒ จังหวัดยะลาเพาะเชื้อในอาหารเหลวใช้เวลา ๖ สัปดาห์

และเพาะเชื้อในอาหารแข็ง ๘ สัปดาห์แล้วรายงานผล ทำให้โรงพยาบาลตรังส่วนใหญ่จะส่ง N-Health และในภาพรวมไม่ได้ส่งตรวจ DST ๓ ราย เนื่องจากเป็นวัณโรคนอกปอดและเสียชีวิต

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำไตรมาส ๑ - ๓/๖๒ (รอบ ๗ เดือน) จำนวน ๓๖๐ ราย คิดเป็นร้อยละ๓๕.๙ ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๘๒.๕ ของที่คาดการณ์ และน้ำยาcartridge ไม่เพียงพอที่จะตรวจ Gene Xpert ในกลุ่มเสี่ยง ๒. บุคลากรบางพื้นที่ขาดทักษะความชำนาญการใช้โปรแกรมTBCMเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลนำมาใช้ประโยชน์	๑. เห็นควรสนับสนุนน้ำยาcartridgeให้เพียงพอและทันเวลา ๒. ศูนย์วัณโรคที่ ๑๒ จังหวัดยะลา จัดประชุมชี้แจง Update โปรแกรมTBCM เพื่อพัฒนาทักษะนำไปสู่การ Monitorข้อมูลมาใช้ประโยชน์ได้มากขึ้น

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑.	ทบทวนสาเหตุการเสียชีวิต พิจารณามาตรการเพื่อเฝ้าระวังป้องกันการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรค	๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ปี ๖๒ (รอบ๗เดือน) พบว่าเสียชีวิต ๓ราย (๒.๗%)สาเหตุจากโรคร่วมCOPD เป็นผู้สูงอายุ๑รายและมีโรคทางจิตเวชร่วม๑ราย ,HIV๑ราย -ประชุมDOT MEETING ติดตามความก้าวหน้าทำ Case Conference กรณีเสียชีวิต	สสจ.,รพ.
๒.	จัดทำแผนติดตามผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล เพื่อประเมินช่วยเหลือสนับสนุนและเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา	๒. จัดทำแผนติดตามการช่วยเหลือ ผู้ป่วยรายบุคคลในกรณีมีปัญหาคือ ผู้ป่วยที่มีอาการไม่พึงประสงค์จากยา แพ้ยา,ผู้ป่วย.มีโรคร่วม และกรณี MDR อำเภอจัดทำแผนและลงติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย. กรณีมีปัญหา	รพ.,สสอ.รพสต.
๓.	การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยChest X-Rayคำนึงถึงการจัดท่าในการ X-Ray และการเก็บเสมหะส่งตรวจ คุณภาพเสมหะก่อนส่งตรวจ	๓. กลุ่มเสี่ยงคัดกรองโดยเน้นX-Rayเป็นหลัก และการส่งเสมหะ.ให้ได้คุณภาพ เร่งรัด ให้มีการส่งตรวจ Gene Xpert ให้มากขึ้น และในรอบ ๗ เดือนมีการส่ง Gene Xpert ๖๐ ราย พบเป็นTB ๑๘ ราย และน้ำยาcartridge ไม่เพียงพอที่จะตรวจในกลุ่มเสี่ยง	รพ.,รพ.สต.

๔.	จัดทำทะเบียนส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อไปรับบริการรักษาหน่วยงานอื่น	๔. รพ.จัดทำทะเบียนรับและส่งต่อผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อไปรับบริการรักษาหน่วยงานอื่น เพื่อติดตามการขึ้นทะเบียนเข้ารับการรักษาให้ครบทุกราย	รพ.

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

๙.๑ ประชุมเชิงปฏิบัติการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรค (DOT MEETING)



๙.๒ ประชุมหารือกรณีเคส MDR ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลตรัง



๙.๓ ประชุมคณะทำงานติดตามผู้ป่วยรายบุคคล Case Conference






๙.๔ ประชุมคณะทำงานป้องกันและควบคุมวัณโรค





ผู้รายงาน	นางนงลักษณ์ ทวนชีพ
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร	๐๘๑-๔๑๕-๑๕๘๘
e-mail	nonghos@hotmail.com
วันที่รายงาน	ข้อมูล ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)

ประเด็นหลัก/หัวข้อ Service plan สาขา RDU-AMR

ตัวชี้วัด ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) และร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

ตัวชี้วัด ๑๕ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (RDU ขั้นที่ ๑≥ ร้อยละ ๙๕ RDU ขั้นที่ 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 ๑ ≥ ร้อยละ ๘๕	RDU ขั้นที่ ๑ ≥ ร้อยละ ๙๐	RDU ขั้นที่ ๑≥ ร้อยละ ๙๐
RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๐	RDU ขั้นที่ ๒ ≥ ร้อยละ ๑๕	RDU ขั้นที่ ๒ ≥ร้อยละ ๒๐

๒.สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

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 ปัญหาสำคัญของจังหวัดตรัง คือ การลดการใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ใน ๔ กลุ่มโรค ในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒) 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 ปะเหลียน

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	**รวมจังหวัด**
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	**ผ่าน**	**ผ่าน**	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	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 ๓๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๒

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

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU ๑ (ขั้นที่๑)					RDU๑ (ขั้นที่ ๒)							RDU ๒			สรุปผลการประเมิน RDU		
		๑) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๒) การดำเนินงานของ PTC ในการชี้นำส่งเสริม RDU	๓) รายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รพ.	๔) การจัดทำฉลากมาตรฐาน	๕) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค				๕) ร้อยละการใช้ Gliben clamide ใน DM สูงอายุ/ไต ระดับ ๓	๖) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไต ระดับ ๓	๗.) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	๖) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD					
							๑) RI	๒) AD	๓) FTW	๔) APL				ผ่าน	ทั้งหมด	ร้อยละ	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๓
		ร้อยละ	ระดับ	จำนวน ..... รายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	.....ราย						
๑.ตรัง	A	๙๑.๑๐	๓	๑	๔	๓	๒๙.๓๐	๒๑.๘๖	๕๓.๗๗	๘.๖๔	๐	๐.๓๗	๐	๑๙	๒๒	๗๓.๙๑	√	X	X
๒.ห้วยยอด	M๒	๙๓.๗๓	๓	๐	๔	๓	๒๒.๒๑	๑๕.๘๐	๔๙.๘๒	๕.๓๑	๐	๐	๐	๒๒	๒๒	๑๐๐	√	X	X
๓.ย่านตาขาว	F๑	๙๕.๖๑	๓	๑	๔	๓	๒๔.๘๗	๒๗.๒๗	๕๕.๐๘	๑.๕๒	๐	๐.๖๔	๐	๑๔	๑๖	๘๗.๕๐	√	X	X
๔.กันตัง	F๑	๙๓.๐๘	๓	๑	๓	๔	๑๑.๗๘	๓๓.๖๔	๖๒.๘๐	๖.๙๘	๘.๓๓	๐.๙๖	๐	๑๗	๒๑	๗๓.๙๑	√	X	X
๕.นาโยง	M๒	๙๒.๓๙	๓	๑	๓	๓	๒๑.๒๖	๒๑.๓๕	๔๕.๗๔	๖.๖๗	๐	๐.๙๙	๐	๘	๘	๑๐๐	√	X	X
๖.ปะเหลียน	F๒	๙๐.๘๔	๓	๐	๔	๓	๑๔.๕๕	๑๘.๒๗	๓๖.๙๖	๖.๘๔	๐	๐.๕๘	๐	๑๙	๑๙	๑๐๐	√	√	X
๗.สิเกา	F๒	๙๔.๓๑	๓	๑	๓	๓	๑๐.๘๗	๑๖.๙๑	๓๓.๓๖	๙.๕๙	๐	๐	๐	๙	๙	๑๐๐	√	√	√
๘.วังวิเศษ	F๒	๙๑.๗๐	๓	๑	๔	๓	๒๓.๐๙	๑๕.๗๓	๖๔.๙๙	๕.๘๑	๐	๐.๒๘	๐	๗	๗	๑๐๐	√	X	X
๙.รัษฎา	F๒	๙๔.๑๙	๓	๑	๓	๓	๑๕.๔๙	๓๐.๙๖	๖๖.๐๒	๐	๐	๐.๒๖	๐	๖	๖	๑๐๐	√	X	X
๑๐.หาดสำราญฯ	F๓	๙๕.๑๕	๓	๑	๓	๓	๑๔.๖๔	๑๕.๒๙	๕๓.๑๙	๐	๐	๒.๙๔	๐	๔	๔	๑๐๐	√	X	X
เกณฑ์เป้าหมาย		รพ. ระดับ A ≥ ๗๕% S ≥ ๘๐% M๑-M๒ ≥ ๘๕% F๑-F๓ ≥ ๙๐%	ระดับ ๓	≤ ๑ รายการ	ระดับ ๓	ระดับ ๓	≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๔๐	≤ ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	๐	ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๔๐ ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๖๐			√ = ผ่าน X = ไม่ผ่าน		

สรุปผลการดำเนินงาน

๑) A = จำนวน รพ. ที่ผ่าน
ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ....๑๐.....แห่ง
ขั้นที่ ๒ ภาพรวมจังหวัด จำนวน .....๒.....แห่ง
ขั้นที่ ๓ ภาพรวมจังหวัด จำนวน .....๑.....แห่ง

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

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

ขั้นที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.....
ขั้นที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ.....๒๐.....
ขั้นที่ ๓ คิดเป็นร้อยละ.....๑๐.....

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาส ๒ พบว่า จังหวัดตรัง มีเครือข่ายโรงพยาบาลที่ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๑ ทั้งหมด ๑๐ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๐ ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกาและ ปะเหลียน และผ่านเกณฑ์ RDU ขั้นที่ ๓ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา ปัญหาสำคัญของจังหวัดตรังคือ การลดการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยไม่จำเป็นใน ๔ กลุ่มโรค **ในโรงพยาบาล** โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ซึ่งผ่านเกณฑ์เพียง ๔ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา นาโยง ปะเหลียน และห้วยยอด และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งผ่านเกณฑ์ ๔ แห่งเช่นกัน ได้แก่ โรงพยาบาลสิเกา ปะเหลียน ห้วยยอดและหาดสำราญฯ

๑๐. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/ พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ประชุมติดตามตัวชี้วัดและแนวทางการดำเนินงาน	คณะกรรมการ RDU	รายไตรมาส	นางวิไลพรรณ ธิติประเสริฐ
๒.	รณรงค์ สร้างความตระหนักแก่เจ้าหน้าที่และประชาชนอย่างสม่ำเสมอ	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.	ส่งเสริมการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมใน รพ.สต. และครัวเรือน	เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ประชาชน/ ทุกอำเภอ	ต.ค.๖๑-ก.ย. ๖๒	คณะทำงาน RDU
๕.	เฝ้าระวังและจัดการการกระจายยาต้านจุลชีพ สเตียรอยด์และNSAIDs 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

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

๑. การสื่อสารกับผู้สั่งใช้ยาในทุกระดับให้มีความตระหนักในการสั่งใช้ยาเพื่อป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา

๒. ความเข้มแข็งของคณะกรรมการ PTC ในการขับเคลื่อน Service Plan-RDU แต่ละแห่ง

๓. ความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติในการใช้ยาของประชาชน

๔. การรณรงค์ สร้างความตระหนักให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างต่อเนื่อง

๑๒. 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)

ฉลากยาอัจฉริยะ ๔.๐ วัตถุประสงค์ : เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงข้อมูลยาง่ายขึ้น สะดวกกับผู้มีปัญหาด้านสายตา ลดภาระงาน และสอดคล้องกับการพัฒนาตามนโยบายไทยแลนด์ ๔.๐

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑.	สนับสนุนข้อมูลงานวิจัยทางวิชาการ	กำหนดจัดประชุมเชิงปฏิบัติการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่าง สมเหตุผล เพื่อคนตรังปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ในวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๒ เพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ	
๒.	ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร (First line drug) ฟ้าทะลายโจร ขมิ้นชัน เหลืองปิดสมุทร	กำหนดแนวทางในการใช้ยา ให้มีการเลือกใช้ยาสมุนไพรเป็นอันดับแรก ในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดจากอุบัติเหตุ และหญิงคลอดปกติ ครบกำหนดทางช่องคลอด	

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)



ประชุมเชิงปฏิบัติการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อคนตรังปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒





ประชุมเชิงปฏิบัติการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อคนตรังปลอดภัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

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 ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

ตัวชี้วัด ๑๖ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับ 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 ปัญหาและการพัฒนาระบบของโรงพยาบาล

Small Success

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

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลศูนย์/ 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 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล รวมทั้ง (๕) การวิเคราะห์ สถานการณ์ต่างๆ เชื่อมโยงสภาพปัญหาและนำไปสู่มาตรการ ที่เหมาะสมของโรงพยาบาล

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาส ๒ ผลการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ในโรงพยาบาลศูนย์/ ทั่วไป จังหวัดตรัง ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ มีการดำเนินการระดับปานกลาง (Intermediate) ได้คะแนนรวมทั้งหมด ๒๖๘ คะแนน (AMR ขั้น Intermediate ≥ ๑๐ % ของ รพศ./ รพท.ทั้งหมด)

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	ภาพรวมจังหวัด
๑	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) อย่างบูรณาการ ระดับ Intermediate**	**เป้าหมาย** (จำนวน รพศ./รพท. ทั้งหมด)	๑ (รพ.ตรัง)	๑ (รพ.ตรัง)
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	๑	๑
	เกณฑ์ตัวชี้วัด : (small success) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	ร้อยละ	**๑๐๐**	**๑๐๐**

ที่มาข้อมูล : รายงานผลการประเมินตนเองระบบการจัดการ AMR รพ.ตรัง ณ วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๒

ผลการประเมินตนเองตามระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) รวม ๕ กิจกรรมของ โรงพยาบาลตรัง สามารถดำเนินการตามระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการได้ ๒๖๘ คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับ ๓ นั่นคือ มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)

โรงพยาบาล	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)		
	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ประเมินตนเอง	การแปลผล
โรงพยาบาลตรัง	๕๐๐	๒๖๘	ระดับ ๓

การประเมินตนเอง (self-assessment) ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาลตาม ๕ กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (๑) พัฒนากลไกการจัดการเชื้อดื้อยาอย่างบูรณาการ (๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (๓) พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ (Antimicrobial stewardship) (๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (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

สรุปคะแนนการดำเนินงานตาม ๕ กิจกรรมสำคัญ ของโรงพยาบาลตรัง

กิจกรรมสำคัญ	คะแนน
๑. กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ	๔๒
๒. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	๕๒
๓.การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล	๕๙
๔. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๘๕
๕. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ	๓๐
รวม (คะแนนเต็ม ๕๐๐ คะแนน)	**๒๖๘**
*ข้อบังคับ basic ทุกข้อ > ๐ คะแนน	(/) ใช่ ( ) ไม่ใช่
**ข้อบังคับ Intermediate ทุกข้อ > ๐ คะแนน	(/) ใช่ ( ) ไม่ใช่

จากการประเมินตนเอง พบว่า โรงพยาบาลตรัง ดำเนินกิจกรรมสำคัญในระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ได้บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมาย แต่ยังคงมีปัญหาสำคัญ ได้แก่

๑) กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ ยังขาดการประชุมคณะกรรมการ AMR เพื่อติดตามความก้าวหน้าอย่างบูรณาการ แต่มีการประชุมทีมย่อย เช่น IC เป็นต้น และ ยังไม่มีการเก็บข้อมูลรวมอย่างเป็นระบบ

๒) การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ มีการจัดทำและเฝ้าระวังข้อมูลเชื้อดื้อยา แต่ยังขาดการเผยแพร่ข้อมูล ให้แก่แพทย์และผู้เกี่ยวข้องเข้าถึง

๓) การกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล ยังไม่ได้มีการสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัด กรณีมีผู้ป่วยที่ต้องควบคุม (RA) แล้วส่งไปฉีดยาต่อโรงพยาบาลชุมชน และยังขาดการวิเคราะห์ปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพอย่างต่อเนื่อง

๔) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ยังขาดการเชื่อมโยงกับ งานระบาดระดับจังหวัด และขาดการทบทวนปัญหาการติดเชื้อที่เป็นสาเหตุของการป่วย ตาย และขาดการสะท้อนข้อมูลให้แก่ทีม PCT

๕) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบการจัดการ AMR ในโรงพยาบาลและนำเข้าสู่มาตรการของโรงพยาบาล ยังขาดการนำข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์ ประเมินผลการดำเนินงาน เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และระบบสารสนเทศของโรงพยาบาลเพื่อให้มีการจัดการ AMR อย่างเหมาะสม

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**	**๒**
	(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**	**๑๐**
	(๗) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน	**๒๕**	**๐**
(๒) พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ	**๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (๑๐๐ คะแนน)**		
	(๑) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน*	**๑๐**	**๕**
	(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**	**๑๐**
	(๗) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์	**๑๐**	**๕**
	(๘) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R	**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	๒๕
	(๖) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม	๑๕	๖
	(๗) การสอนและฝึกอบรมทักษะ	๑๐	๕
	(๘) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม	๑๐	๐
	(๙) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ	๕	๕
(๔) พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (IPC)	**การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อใน รพ. (๑๐๐ คะแนน)**		
	(๑) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ *	๕	๕
	(๒) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ *	๕	๕
	(๓) รพ.มีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR *	๑๐	๕
	(๔) IPC guideline *	๕	๕
	(๕) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา	๑๐	๑๐
	(๖) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak)	๑๐	๕
	(๗) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ	๑๐	๑๐
	(๘) การสอนและฝึกอบรมทักษะ	๑๐	๑๐
	(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**	**๑๐**
	(๒) การวิเคราะห์และการจัดการระบบของโรงพยาบาลในการดำเนินงานเกี่ยวกับเชื้อดื้อยา	**๔๐**	**๑๐**
	(๓) การตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล	**๑๐**	**๑๐**
รวมคะแนนทั้งหมด		**๕๐๐**	**๒๖๘**

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 การดูแล สู่ชุมชน	ทีม IC/ ทีมสหสาขาวิชาชีพ	ม.ค.-ก.ย.๖๒	คณะทำงาน AMR
๓.	พัฒนาระบบการควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาต้านจุลชีพ ควบคุมการใช้ยากลุ่ม Carbapenem ระบบส่งต่อติดตามการใช้ยา 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) การจัดทำแผนการดำเนินงาน การติดตาม ความก้าวหน้าของการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ
๒) การสร้างระบบการเก็บ วิเคราะห์ เชื่อมโยงและสื่อสารข้อมูล แก่ผู้เกี่ยวข้อง
๓) การสื่อสารการปฏิบัติสู่ผู้มารับบริการ

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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)

-

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑.	เพิ่มเติมการประสานข้อมูลระหว่างวิชาชีพ เพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแนวทางแก้ไข	มีการประชุมทีม AMR เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและกำลังร่วมกันวางแนวทางแก้ไข	
๒.	เพิ่มเติมการจัดทำแนวปฏิบัติเมื่อเกิดเคสเชื้อดื้อยา (flow chart)	อยู่ในระหว่างจัดทำแนวทาง	

๙. 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 ๒๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
ประเด็นหลัก / หัวข้อ ๖. Service plan สาขาสาขาสุขภาพจิต และจิตเวช
ตัวชี้วัด : ๑๗. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

<u>ตัวชี้วัด</u> : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

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 ๒ /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 บุคลากรมีความรู้พื้นฐานและทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างพอเพียง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีมาตรฐาน

๒) ด้านสถานที่บริการ การจัดสถานที่ให้บริการสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวช ลักษณะเฉพาะ คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว /ความปลอดภัย และเอื้อต่อกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ ยกเว้น รพ.หาดสำราญยังไม่สามารถเปิดให้บริการเฉพาะได้

๓) ด้านระบบบริการ เพื่อให้ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ครอบคลุมในประเด็นการตรวจวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การรับยา และการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต อย่างมีมาตรฐาน

๔) ด้านการส่งต่อ ประเด็นสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีลักษณะเฉพาะในระดับสูงขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมชัดเจน แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

๕) ด้านการติดตามดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลและค้นหาผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างครอบคลุม นอกจากนั้นยังสามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วยและบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเข้าในชุมชน

๒.๒) การใช้โปรแกรม ๓ส+ ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับเขตสุขภาพ โดยบูรณาการกับกลไกท้องถิ่น

๑) มีการสอดส่องมองหา ค้นหาสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มโรคเรื้อรัง โดยหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการการเฝ้าระวังคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม โรคจิต/โรคซึมเศร้า, โรคทางกายเรื้อรัง และโรคสุรา/สารเสพติด และให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน บางหน่วยบริการคัดกรองครอบคลุมถึงประชากร ๑๕ ปีขึ้นไป บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอ โดยสร้างความเข้าใจ และให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช และเรื่องอื่นๆ ตามประเด็นของอำเภอ หรือตามบริบทของพื้นที่

๒) ใส่ใจรับฟัง รับฟังอย่างตั้งใจ เป็นที่ปรึกษาได้ และให้การช่วยเหลือ

๓) ส่งต่อเชื่อมโยง ภายหลังการให้ความช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้น หากไม่ดีขึ้น ส่งต่อขั้นตอนการรักษาที่เหมาะสม

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

แนวโน้มการฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี พ.ศ. ๒๕๔๔-๒๕๕๓ มีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นและลดลงตามสถานการณ์และภาวะต่างๆ ที่สำคัญ คือ ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ภาวะวิกฤตที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตและภัยธรรมชาติต่างๆ (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 โดยใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุด ปัจจัยกระตุ้นให้ทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว เป็นโรคเรื้อรัง ใช้สารเสพติด/สุรา ปัญหาเศรษฐกิจ ไม่พบว่า มีภาวะซึมเศร้ามาก่อน บางรายไม่มีประวัติการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน

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

๓.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๑-๒๕๖๒ (๖ เดือน)

อำเภอ	รายการข้อมูล						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (A)		จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๑ (B)		อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (A/B)×๑๐๐,๐๐๐		
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	
เมืองตรัง	๑๕	๑๙	๑๕๕,๘๒๘	๑๒๖,๑๕๒	๙.๖๒	๑๕.๐๖	
กันตัง	๒	๒	๘๖,๘๘๔	๖๙,๓๒๘	๒.๓	๒.๘๘	
ย่านตาขาว	๒	๒	๖๔,๔๐๔	๕๒,๓๒๖	๓.๑๐	๓.๘๒	
ปะเหลียน	๕	๒	๖๗,๓๕๖	๕๔,๒๑๕	๗.๔๒	๓.๖๘	
สิเกา	๑	๕	๓๗,๘๒๐	๒๙,๕๒๘	๒.๖๔	๑๖.๙๓	
ห้วยยอด	๑๐	๑๑	๙๔,๖๒๖	๗๖,๓๒๑	๑๐.๕๖	๑๔.๔๑	
วังวิเศษ	๓	๐	๔๓,๕๑๓	๓๔,๔๗๕	๖.๘๙	๐	
นาโยง	๓	๒	๔๔,๔๗๔	๓๖,๒๔๔	๖.๗๔	๕.๕๑	
รัษฎา	๓	๒	๒๙,๑๓๗	๒๒,๙๗๔	๑๐.๒๙	๘.๗๐	
หาดสำราญ	๒	๐	๑๖,๗๕๑	๑๓,๑๕๗	๑๑.๙๓	๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๔๖**	**๔๕**	**๖๔๐,๗๙๓**	**๕๑๔,๗๒๐**	**๗.๑๗**	**๘.๗๔**	

ที่มา : ข้อมูลจากรายงาน ๔๓ แฟ้มของโรงพยาบาลทุกแห่ง, กรมสุขภาพจิต www.suisidethai.com วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ อำเภอเมืองตรังมีจำนวน ๑๕ คน รองลงมาคืออำเภอห้วยยอดจำนวน ๑๐ คน และอำเภอปะเหลียนมีจำนวน ๕ คน อำเภอที่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยที่สุดคืออำเภอสิเกา มีจำนวน ๑ คน ภาพรวมทั้งจังหวัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด ๔๖ คน คิดเป็นร้อยละ ๗.๑๗ ต่อประชากรแสนคน

และในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดคือ อำเภอเมืองตรังมีจำนวน ๑๙ คน รองลงมาคืออำเภอห้วยยอด จำนวน ๑๑ คน และอำเภอสิเกา มีจำนวน ๕ คน อำเภอที่ยังไม่มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ อำเภอวังวิเศษ และอำเภอหาดสำราญ ภาพรวมทั้งจังหวัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมด ๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๘.๗๔ ต่อประชากรแสนคน

๓.๒ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และได้รับการดูแลที่เหมาะสม

❖ **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐานจากหน่วยบริการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน**

๑. ร้อยละผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๑-๒๕๖๒(รอบ ๖ เดือน)

อำเภอ	รายการข้อมูล ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๑ -๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑-๓๑ มี.ค.๖๒)						หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (A)		จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด (B)		ร้อยละ (A/B)×๑๐๐		
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	
เมืองตรัง	๒,๘๘๗	๓๓๗๒	๒,๘๘๔	๒,๙๐๑	๑๐๐.๑๐	๑๑๖.๒๓	
กันตัง	๗๒๗	๗๖๘	๑,๕๘๖	๑๕๙๔	๔๕.๘๓	๔๘.๑๘	
ย่านตาขาว	๖๕๑	๖๒๙	๑,๑๙๘	๑๒๐๓	๕๔.๓๔	๕๒.๒๘	
ปะเหลียน	๑,๙๖๔	๒,๐๓๔	๑,๒๔๐	๑๒๔๗	๑๕๘.๓๘	๑๖๓.๑๑	
สิเกา	๖๗๐	๘๓๑	๖๗๑	๖๗๙	๙๙.๘๕	๑๒๒.๓๘	
ห้วยยอด	๑,๓๕๐	๑๓๒๑	๑,๗๔๗	๑๗๕๕	๗๗.๒๗	๗๕.๒๗	
วังวิเศษ	๔๐๗	๔๐๖	๗๘๖	๗๙๒	๕๑.๗๘	๕๑.๒๖	
นาโยง	๑,๔๔๒	๑๔๓๔	๘๒๗	๘๓๓	๑๗๔.๓๖	๑๗๒.๑๔	
รัษฎา	๕๒๓	๕๒๒	๕๒๕	๕๒๘	๙๙.๖๑	๙๘.๘๖	
หาดสำราญ	๙๗	๙๖	๒๙๙	๓๐๒	๓๒.๔๔	๓๑.๗๘	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	**๑๐,๖๔๕**	**๑๑,๔๑๓**	**๑๑,๗๓๕**	**๑๑,๘๓๔**	**๙๐.๗๑**	๙๖.๔๔	

ที่มาข้อมูล : : ข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ จากโปรแกรมฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า รพ. พระศรีมหาโพธิ์ ณ วันที่ ๓๑ เดือน มีนาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จังหวัดตรังร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐานร้อยละ ๙๖.๔๔ (เกณฑ์>๕๕%) อำเภอที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์อยู่ ๔ อำเภอ คือ กันตัง ย่านตาขาว วังวิเศษและหาดสำราญ

๒. ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (๓๖๕ วัน) ปีงบฯ๖๒ (รอบ ๖ เดือน)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี (A)	จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปี ๒๕๖๒ (B)	อัตราร้อยละ (A/B)×๑,๐๐๐	
เมืองตรัง	๒๕	๒๕	๑๐๐	
กันตัง	๑๐	๑๐	๑๐๐	
ย่านตาขาว	๕	๕	๑๐๐	
ปะเหลียน	๘	๘	๑๐๐	
สิเกา	๔	๔	๑๐๐	
ห้วยยอด	๒๘	๓๐	๙๓	
วังวิเศษ	๑	๑	๑๐๐	

นาโยง	๓	๓	๑๐๐	
รัษฎา	๐	๐	๐	
หาดสำราญ	๒	๒	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัดตรัง	๘๖	๘๘	๙๗	

ที่มาข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ณ วันที่ ๒๐ เดือน พฤษภาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

อำเภอห้วยยอดมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี จำนวน ๘๖ คนคิดเป็นร้อยละ ๙๗ และอำเภออื่นๆมีผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๓. ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมาปีงบฯประมาณ ๒๕๖๒ (๖ เดือน)

อำเภอ	รายการข้อมูล					
	จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพ (A)		จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นทั้งหมด (B)		ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น (A/B)×๑๐๐	
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๑	๒๕๖๒
เมืองตรัง	๘๖๘	๙๔๘	๔๖๕๓	๔๘๘๕	๑๘.๖๕	๑๙.๔๐
กันตัง	-	-	-	-	-	-
ย่านตาขาว	-	-	-	-	-	-
ปะเหลียน	-	-	-	-	-	-
สิเกา	-	-	-	-	-	-
ห้วยยอด	-	-	-	-	-	-
วังวิเศษ	-	-	-	-	-	-
นาโยง	-	-	-	-	-	-
รัษฎา	-	-	-	-	-	-
หาดสำราญ	-	-	-	-	-	-
ภาพรวมจังหวัด	๘๖๘	๙๔๘	๔๖๕๓	๔๘๘๕	๑๘.๖๕	๑๙.๔๐

อภิปรายผลจากตาราง

ผลการดำเนินงาน อำเภอเมือง มีจำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพ ๙๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๔๐ มีเฉพาะในพื้นที่อำเภอเมือง เนื่องจากมีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเฉพาะ รพ.ตรังเท่านั้น

Small Success

ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผลการดำเนินงาน
๑) หน่วยบริการระดับ A - M๑ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	-รพศ.ระดับ A - มีการจัดคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนที่งานผู้ป่วยนอก - มีการจัดสถานที่ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ป่วยจิตเวช จำนวน ๖ เตียง ร่วมกับหอผู้ป่วยใน ENT
๒) หน่วยบริการระดับ M๒ – F๓ มีบริการจิตเวชที่มีมาตรฐานในระดับ ๑	- มีการจัดคลินิกสุขภาพจิตจิตเวชแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนที่งานผู้ป่วยมี ยกเว้น รพ.หาดสำราญ ยังไม่เปิดให้บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช - มีการจัดสถานที่ให้บริการแบบผู้ป่วยในแก่ผู้ป่วยจิตเวชตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาล
๓) หน่วยบริการในเขตสุขภาพมีบริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้พยายามฆ่าตัวตายและมีการบันทึกข้อมูลในโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูลสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม)	- มีหน่วยบริการในพื้นที่ โดยประสานกับ รพช., รพ.สต. ให้บริการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และมีการบันทึกข้อมูล ใน รง. ๕๐๖-Sและ Hosxp
๔) หน่วยบริการระดับ A - M๒ มีระบบบริการจิตเวชเร่งด่วนตามบริบทและสอดคล้องกับแนวทางการจัดบริการ acute care	- มีระบบบริการจิตเวช เร่งด่วนตามบริบทและ แนวทางของการ จัดบริการ acute care
๕) มีกิจกรรมและการใช้โปรแกรม ๓ส+ สำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวและเศรษฐกิจ) ในพื้นที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	- มีการสอดส่องมองหา ค้นหาสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ, กลุ่มโรคเรื้อรัง - ใส่ใจรับฟัง รับฟังอย่างตั้งใจ เป็นที่ปรึกษาได้ และให้การช่วยเหลือ - ส่งต่อเชื่อมโยง ภายหลังการให้ความช่วยเหลือจิตใจเบื้องต้น หากไม่ดีขึ้น ส่งต่อขั้นตอนการรักษาที่เหมาะสม

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	พัฒนาบุคลากรเพื่อสนับสนุนองค์ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ระดับ รพ./สสอ./รพ.สต.	รพ./สสอ./รพ.สต.	๑๗ มิ.ย. ๖๒	สสจ. รพ.ตรัง
๒	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการการเฝ้าระวังคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย ๒ คำถาม และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่มโรคจิต/โรคซึมเศร้า โรคทางกายเรื้อรัง และโรคสุรา/สารเสพติดและให้การดูแลต่อเนื่องตามแนวทางมาตรฐาน	รพ./รพ.สต.	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	รพ.ตรัง

๒.	บูรณาการงานสุขภาพจิตที่เชื่อมโยงกับ DHS ของอำเภอโดยสร้างความเข้าใจและให้ความสำคัญของงานสุขภาพจิตกับประชาชนทั้ง ๕ กลุ่มวัย โดยเฉพาะเรื่องโรคเรื้อรัง กลุ่มวัยทำงาน ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเวช	อำเภอเมืองตรัง	ต.ค.๖๑-ก.ย.๖๒	รพ.ตรัง

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

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

๖.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลสาเหตุ และปัจจัยผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จเชิงลึกยังไม่ครอบคลุมและครบถ้วน บางรายพบข้อมูลเมื่อมาชันสูตรศพกับแพทย์เวรที่โรงพยาบาล ยังขาดการวิเคราะห์เชิงลึกเพื่อนำไปแก้ไขป้องกันในระดับพื้นที่ต่อไป

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

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

๗.นวัตกรรม/ Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	บริหารทรัพยากรบุคคลระหว่างหน่วยงาน/คลินิกภายใน รพ.,ส่งเสริม สนับสนุนให้อบรมเพิ่มโดยเฉพาะ รพ. A M๒	๑. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรหลักสูตรเฉพาะด้านปี ๒๕๖๓	รพ. ตรัง
๒	เน้นการติดตามต่อเนื่องอย่างเข้มข้นร่วมกับเครือข่าย	๒. ทำการศึกษาระบาดวิทยา การฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒ ปีย้อนหลัง	สสจ, รพศ.
๓	การ Conference death cases เพื่อหาปัจจัยสาเหตุเชิงลึกเพื่อเป็นข้อมูลมาวางแผนป้องกัน	๓. วางแผนจัดการประชุม Conference death cases เพื่อหาปัจจัย สาเหตุเชิงลึกเพื่อเป็นข้อมูลวางแผนป้องกัน ร่วมกับพื้นที่และผู้ที่เกี่ยวข้อง	สสจ., รพศ.

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๙.๑ ควรมีการผลักดันนโยบายและการดำเนินงานด้านการพัฒนามาตรฐานบริการจิตเวชเฉพาะทาง (Excellence Center) อย่างมีประสิทธิภาพ

๙.๒ ควรจัดสรรเรื่องการปรับตำแหน่งและความก้าวหน้าในวิชาชีพของบุคลากรที่สอดคล้องกับบทบาทงานด้านสุขภาพจิต เพื่อการประเมินเลื่อนระดับ และเพิ่มแรงจูงใจ/แนวทางความก้าวหน้าในอาชีพ ให้บุคลากร ที่ปฏิบัติงาน

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน

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

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ

๒.๖ Service Plan สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

ชื่อตัวชี้วัด : 18. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เกณฑ์จังหวัดร้อยละ ๑๘.๕
(รพศ.ร้อยละ ๑๒, รพช. ร้อยละ ๒๐ และ รพ.สต. ร้อยละ ๒๕ ไม่นับรหัส U๗๗)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (เป้าหมาย ๑๘.๕)

๒.๒ ร้อยละการสั่งใช้ยาสมุนไพร โดยมีจำนวนรายการยาสมุนไพรมากกว่าร้อยละ ๖ ของการสั่งใช้ยาทั้งหมด

๒.๓ คลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก (OPD คู่ขนาน)

๒.๔ คลินิกบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร (คลินิก ๔ โรค)

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

❖ **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

ตารางที่ ๑ ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒ (รพ.)

ที่	หน่วยบริการ	ระดับ รพ.	การจัดบริการการแพทย์แผนไทย					คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน	คลินิกบริการผู้ป่วยใน (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%)**

<u>ตารางที่ ๒</u> ระดับบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ จ.ตรัง ปี ๒๕๖๒ (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	๑๖	๑๖	๔	๔	๘	๔
๔	กันตัง	๒๐	๒๐	๒	๒	๒	๒
๕	สิเกา	๙	๙	๓	๓	๓	๓
๖	วังวิเศษ	๗	๗	๑	๑	๑	๑
๗	รัษฎา	๖	๖	๑	๑	๕	๑
๘	นาโยง	๗	๗	๑	๑	๒	๑
๙	ปะเหลียน	๑๘	๑๘	๔	๔	๔	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%)**

<u>ตารางที่ ๓</u> การจัดบริการคลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทย จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒

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	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	๑	๑	๕
๑๐	รพ.หาดสำราญ	F๓	๑	๑	๑	๑	๑	๑		๓
	รวม		**๙**	**๑๐**	**๖**	**๑๐**	**๑**	**๑**	**๑**	

ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒)

<u>ตารางที่ ๔</u> ร้อยละ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ไม่นับรวมการแพทย์แผนจีน จังหวัดตรัง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวมจังหวัด
๑.	ตัวชี้วัดหลัก (ภาพรวม)	เป้าหมาย	๒๘๔,๓๘๔	๑๒๖,๓๖๕	๙๓,๖๖๐	๘๔,๓๔๑	๕๗,๗๔๖	๑๘๓,๘๖๙	๕๔,๕๗๐	๖๗,๔๙๑	๔๑,๙๘๑	๒๑,๓๖๔	๑,๐๑๕,๗๗๑
		ผลงาน	๕๐,๐๖๙	๓๖,๑๗๒	๒๔,๖๖๙	๑๘,๒๑๖	๑๑,๔๘๓	๕๖,๗๗๘	๑๒,๕๕๘	๑๘,๙๗๓	๖,๒๘๔	๔,๓๓๙	๒๓๙,๕๔๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑๗.๖๑	๒๘.๖๓	๒๖.๒๔	๒๑.๖๐	๑๙.๘๙	๓๐.๘๘	๒๓.๐๑	๒๘.๑๑	๑๔.๙๗	๒๐.๓๑	๒๓.๕๘
๒.	ตัวชี้วัดหลัก รพศ/รพช.	เป้าหมาย	๒๑๔,๘๘๐	๘๑,๖๕๓	๕๖,๘๔๐	๔๓,๘๑๐	๓๘,๖๕๔	๑๐๓,๕๖๐	๓๖,๑๘๑	๔๗,๘๔๔	๓๓,๑๑๙	๑๒,๐๔๙	๔๕๓,๗๑๐
		ผลงาน	๓๑,๙๘๙	๑๒,๕๔๐	๗,๕๔๒	๖,๓๔๓	๕,๑๐๕	๒๕,๘๗๒	๖,๔๘๗	๑๑,๔๘๐	๔,๑๖๙	๑,๔๐๖	๘๐,๙๔๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๘๙	๑๕.๓๖	๑๓.๒๗	๑๔.๔๘	๑๓.๒๑	๒๔.๙๘	๑๗.๙๓	๒๓.๙๙	๑๒.๕๙	๑๑.๖๗	๑๗.๘๔
๓.	ตัวชี้วัดหลัก รพ.สต.	เป้าหมาย	๕๒,๖๘๔	๔๐,๖๘๒	๓๖,๘๒๐	๓๙,๖๒๑	๑๙,๐๙๒	๗๓,๒๖๖	๑๘,๓๘๙	๑๘,๘๘๗	๘,๘๖๒	๙,๓๑๕	๓๑๗,๖๑๘
		ผลงาน	๑๕,๓๒๔	๑๕,๐๗๔	๑๗,๑๒๗	๑๑,๘๖๖	๖,๓๗๘	๒๙,๒๒๐	๖,๐๗๑	๗,๔๙๒	๒,๑๑๕	๒,๙๓๓	๑๑๓,๖๐๐
		อัตรา/ร้อยละ	๒๙.๐๙	๓๗.๐๕	๔๖.๕๒	๒๙.๙๕	๓๓.๔๑	๓๙.๘๘	๓๓.๐๑	๓๙.๖๗	๒๓.๘๗	๓๑.๔๙	๓๕.๗๗

<u>ที่มาข้อมูล</u> อ้างอิงข้อมูลจาก HDC วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

<u>ตารางที่ ๕</u> จำนวน ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนจีน จังหวัดตรัง

อำเภอ	รวม๒ไตรมาส				ไตรมาส ๑				ไตรมาส ๒			
	ทุกสิทธิ		ข้าราชการ		ทุกสิทธิ		ข้าราชการ		ทุกสิทธิ		ข้าราชการ	
	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง	คน	ครั้ง
เมืองตรัง	๙๘๕	**๕,๐๔๑**	๔๕๐	๒,๓๙๔	๔๕๓	๒,๕๒๘	๒๒๓	๑,๒๐๔	๕๓๒	๒,๕๑๓	๒๒๗	๑,๑๙๐
กันตัง	๔๖๔	**๒,๗๕๖**	๒๐	๗๖	๒๓๒	๑,๓๗๗	๑๐	๔๘	๒๓๒	๑,๓๗๙	๙	๒๗
ย่านตาขาว	๓๖๕	**๑,๒๔๕**	๑๒๒	๓๗๕	๑๖๗	๕๘๔	๕๐	๑๘๓	๑๙๘	๖๖๑	๓๕	๑๑๓
ปะเหลียน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
สิเกา	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
ห้วยยอด	๓๕๒	**๒,๐๖๑**	๑๗๗	๗๖๕	๑๗๔	๑,๐๕๕	๕๓	๒๘๘	๑๗๘	๑,๐๐๖	๖๒	๓๑๗
วังวิเศษ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
นาโยง	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
รัษฎา	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
หาดสำราญ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

<u>ที่มาข้อมูล</u> อ้างอิงข้อมูลจาก HDC วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

<u>ตาราง ๖</u> ร้อยละ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและการแพทย์แผนจีน จังหวัดตรัง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	เมือง	กันตัง	ย่านตาขาว	ปะเหลียน	สิเกา	ห้วยยอด	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวมจังหวัด
๑.	ตัวชี้วัดหลัก (ภาพรวม)	เป้าหมาย	๓๑๙,๓๔๒	๑๒๔,๙๒๓	๘๗,๗๗๔	๘๙,๗๖๗	๕๗,๗๔๖	๑๖๕,๖๑๑	๕๔,๕๗๐	๖๗,๔๙๑	๔๑,๙๘๑	๒๑,๓๖๔	๑,๐๒๔,๐๕๔
		ผลงาน	๕๙,๙๗๑	๓๘,๕๗๓	๒๕,๒๕๘	๑๘,๔๒๕	๑๑,๔๘๓	๕๔,๐๒๑	๑๒,๕๕๘	๑๘,๙๗๓	๖,๒๘๔	๔,๓๓๙	๒๔๘,๕๘๙
		อัตรา/ร้อยละ	๑๘.๗๘	๓๐.๘๘	๒๘.๗๘	๒๐.๕๓	๒๐.๔๐	๓๒.๖๒	๒๓.๐๑	๒๘.๑๑	๑๔.๙๗	๒๐.๓๑	๒๔.๒๗
๒.	ตัวชี้วัดหลัก รพศ/รพช.	เป้าหมาย	๒๑๔,๘๘๐	๘๑,๖๕๓	๕๖,๘๔๐	๔๓,๘๑๐	๓๘,๖๕๔	๑๐๓,๕๖๐	๓๖,๑๘๑	๔๗,๘๔๔	๓๓,๑๑๙	๑๒,๐๔๙	๖๖๘,๕๙๐
		ผลงาน	๓๖,๑๖๕	๑๕,๑๒๗	๘,๗๘๕	๖,๓๔๓	๕,๑๐๕	๒๔,๘๑๔	๖,๔๘๗	๑๑,๔๘๐	๔,๑๖๙	๑,๔๐๖	๑๑๙,๘๘๑
		อัตรา/ร้อยละ	๑๖.๘๓	๑๘.๕๒	๑๕.๔๕	๑๔.๔๘	๑๓.๒๑	๒๒.๙๖	๑๗.๙๓	๒๓.๙๙	๑๒.๕๙	๑๑.๖๗	๑๗.๙๓
๓.	ตัวชี้วัดหลัก รพ.สต.	เป้าหมาย	๕๒,๖๘๔	๔๐,๖๘๒	๓๖,๘๒๐	๓๙,๖๒๑	๑๙,๐๙๒	๗๓,๒๖๖	๑๘,๓๘๙	๑๘,๘๘๗	๘,๘๖๒	๙,๓๑๕	๓๑๗,๖๑๘
		ผลงาน	๑๕,๓๒๔	๑๕,๐๗๔	๑๗,๑๒๗	๑๑,๘๖๖	๖,๓๗๘	๒๙,๒๒๐	๖,๐๗๑	๗,๔๙๒	๒,๑๑๕	๒,๙๓๓	๑๑๓,๖๐๐
		อัตรา/ร้อยละ	๒๙.๐๙	๓๗.๐๕	๔๖.๕๒	๒๙.๙๕	๓๓.๔๑	๓๙.๘๘	๓๓.๐๑	๓๙.๖๗	๒๓.๘๗	๓๑.๔๙	๓๕.๗๗

อภิปรายผลจากตารางที่ ๖

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 ๒๔.๒๗

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 ๑๖.๘๓ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์ มีจำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลห้วยยอด ร้อยละ ๒๒.๙๖ และโรงพยาบาลนาโยง ร้อยละ ๒๓.๙๙ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่ง ร้อยละ ๑๗.๙๓ ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

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

ส่วนกลุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่า ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน ๘ อำเภอ คือ อำเภอย่านตาขาว ร้อยละ ๔๖.๕๒ รองลงมาอำเภอห้วยยอด ร้อยละ ๓๙.๘๘ และ อำเภอนาโยง ร้อยละ ๓๙.๖๗ ในภาพรวมของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๑๐ แห่ง ร้อยละ ๓๕.๗๗ ซึ่งผ่านเกณฑ์

๔. 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	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๑.๑ ประกวดพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทยและประกวดบุคคลต้นแบบ ปี ๒๕๖๒ (๓๓,๔๐๐)	รพศ. จำนวน ๑ แห่ง รพช. จำนวน ๙ แห่ง รพ.สต. จำนวน ๑๐ แห่ง	วันที่ ๒๑ -๒๒ ก.พ. ๖๒ ณ ห้องประชุม สสอ.เมือง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๑.๒ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยตาม Service Plane (๑๖,๐๐๐)	รพ.จำนวน ๑๐ แห่ง รพ.สต. ที่มีแพทย์แผนไทย ทุกแห่ง	วันที่ ๔ – ๕ เม.ย. ๖๒ ณ ห้องประชุม สสจ.ตรัง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๑.๓ ประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางการจัดบริการการแพทย์แผนไทยกลุ่มโรคสตรีและมารดาหลังคลอด (CPG)ของหน่วยบริการ (๑๖,๒๑๐)	แพทย์แผนไทย จากรพ. และรพ.สต. จำนวน ๓๐ คน	วันที่ ๒๑ -๒๒ มี.ค. ๖๒ณ ห้องประชุม สสจ.ตรัง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๑.๔ ประเมินมาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ. สส.พท.) (๒๔,๓๐๐)	รพ.จำนวน ๑๐ แห่ง รพ.สต. จำนวน ๑๒๕ แห่ง	วันที่ ๔ มิ.ย. ๖๒ ณ ห้องประชุม สสจ. ตรัง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง

			วันที่ ๑๐–๒๑ มิ.ย. ๖๒ ออกประเมิน จำนวน ๑๐ วัน	
ลำดับ	**แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม**	**เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ**	**ระยะเวลา**	**ผู้รับผิดชอบ**
	๑.๕ อบรมพัฒนาทักษะวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ด้านเวชกรรมไทย (๑๐๖,๕๐๐)	แพทย์แผนไทย จาก รพ. และรพ.สต. จำนวน ๗๐ คน	วันที่ ๒ - ๔ ก.ค. ๖๒	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
๒.	โครงการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก จังหวัดตรัง ปี ๒๕๖๒ (๑๗๔,๐๐๐)		มกราคม – สิงหาคม ๒๕๖๒	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๒.๑ ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน การสำรวจ ตรวจสอบ รวบรวม และจัดทำทะเบียนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตำรับและตำรา การแพทย์แผนไทย ประจำปี ๒๕๖๒ (๕๗,๕๐๐)	แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน หมอไทย ในจังหวัดตรัง ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ ระดับโรงพยาบาล และระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๓๕ คน	วันที่ ๑๑ ม.ค. – ๘ ก.พ.๖๒ ห้องประชุม สสจ.ตรัง และ ห้องประชุม สสอ.,รพ.	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๒.๒ งานมหกรรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์พื้นบ้านภาคใต้ ปี ๒๕๖๒ (๗๐,๐๐๐)	เครือข่ายแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้าน ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ โรงพยาบาล และสสจ. จำนวน ๑๐ คน	วันที่ ๑๐ - ๑๓ มี.ค. ๖๒ ณ จังหวัดนราธิวาส	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง และ รพ.วังวิเศษ
	๒.๓ ประชุมชี้แจงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานตาม พรบ.คุ้มครองและส่งเสริม ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ระดับจังหวัด และสรุปผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ (๑๘,๖๐๐)	ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ แพทย์แผนไทยระดับโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๕๕ คน	ก.ค.- ส.ค. ๖๒ ห้องประชุม สสจ.ตรัง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
	๒.๔ ประชุมติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประจำปี ๒๕๖๒ (๖,๔๐๐)	ผู้รับผิดชอบงานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอและโรงพยาบาล จำนวน ๒๐ คน	วันที่ ๗ พ.ค. ๖๒ ห้องประชุม สสจ. ตรัง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง

	๒.๕ การดำเนินงานเพื่อสำรวจรวบรวม รายการสมุนไพร ถิ่นกำเนิดสมุนไพร และพื้นที่ป่าชุมชน จังหวัดตรัง ประจำปี ๒๕๖๒ (๒๑,๕๐๐)	เครือข่ายหมอพื้นบ้านแพทย์แผนไทย ระดับอำเภอและจังหวัด	วันที่ ๘ - ๑๙ ก.ค. ๖๒ ณ ป่าสมุนไพร ม.๔ ต.วังมะปรางเหนือ อ.วังวิเศษ จ.ตรัง	งานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.ตรัง
ลำดับ	**แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม**	**เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ**	**ระยะเวลา**	**ผู้รับผิดชอบ**
๓.	๓.๑ โครงการส่งเสริมสุขภาพเด็กพัฒนาการช้าด้วยศาสตร์มณีเวช	รพศ. จำนวน ๑ แห่ง รพช. จำนวน ๙ แห่ง	ปี ๒๕๖๒	รพ.ตรัง
	๓.๒ นิเทศการใช้ยาสมุนไพรในบัญชียาหลักรพ.สต.เครือข่ายรพศ/รพช	รพ.สต.ในอำเภอเมือง	ปี ๒๕๖๒	รพ.ตรัง
๔	๔.๑ พัฒนาศักยภาพการจ่ายยาตำรับยาปรุงเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนทางเวชกรรมไทย	- มีแนวทางการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายอย่างน้อย ๕ โรค - มูลค่าการจ่ายยาปรุงเฉพาะรายเพิ่มขึ้น	ปี ๒๕๖๒	รพ.ห้วยยอด
	๔.๒ ขยายบริการส่งเสริมสุขภาพและความงามด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก	- คลินิกเวชศาสตร์ชะลอวัย (Anti-agting) - ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ปี ๒๕๖๒	รพ.ห้วยยอด
	๔.๓ สนับสนุนการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลห้วยยอด	- แนวทางการจ่ายยาสมุนไพรสำหรับแพทย์แผนปัจจุบัน	ปี ๒๕๖๒	รพ.ห้วยยอด
๕	๕.๑ เข้าร่วมการพัฒนาและรับรองคุณภาพงานการแพทย์แผนไทย โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	งานแพทย์แผนไทย รพ.กันตัง	ปี ๒๕๖๒	รพ.กันตัง
	๕.๒ บูรณาการการดูแลผู้ป่วย subacute (stroke/CVA) ร่วมกันกับทีมสหวิชาชีพใน intermediate care	งานแพทย์แผนไทย รพ.กันตัง	ปี ๒๕๖๒	รพ.กันตัง
๖	๖.๑ โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	-ประชาชนทั่วไป -OPD	๑ ต.ค ๖๑ - ๓๐ ก.ย ๖๒ (ปรับปรุงห้องยังไม่ได้เปิดให้บริการ)	รพ.ย่านตาขาว

	--จัดบริการคลินิก (OPD)คู่ขนาน ๔ โรคตาม Service pan			
	๖.๒ โครงการตรวจสุขภาพประเมินสุขภาพ ติดตามเยี่ยมบ้านให้การรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ -ตรวจคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย -ติดตามผู้ป่วยฟื้นฟูด้วยภูมิปัญญาไทย -ประเมินสุขภาพภายหลังการฟื้นฟู	ผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ	๑ ต.ค ๖๑ - ๓๐ ก.ย ๖๒ (ดำเนินการแล้ว)	รพ.ย่านตาขาว
ลำดับ	**แผนงาน / โครงการ / กิจกรรม**	**เป้าหมาย / พื้นที่ดำเนินการ**	**ระยะเวลา**	**ผู้รับผิดชอบ**
	๖.๓ ออกบริการตรวจสุขภาพแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่อำเภอยิ้ม/พอสว.	ประชาชนทั่วไปในอำเภอย่านตาขาว	๑ ต.ค๖๐-๓๐ ก.ย ๖๑	รพ.ย่านตาขาว
	๖.๔ แผนจัดจ้างแพทย์แผนไทยและแผนจัดจ้างผู้ช่วยแพทย์แผนไทยรายคาบ	-แพทย์แผนไทย ๔ ปี มีใบประกอบโรคศิลปะ -ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย หลักสูตร๓๓๐/๓๗๒ชม.	เมษายน ๖๒ (ยังไม่ได้ดำเนินการ)	รพ.ย่านตาขาว
	๖.๕ โครงการพัฒนาบุคลากรส่งเสริมการทำวิจัยนวัตกรรม/R๒R ด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	แพทย์แผนไทย/ประชาชนทั่วไป	๑ ต.ค ๖๑ - ๓๐ ก.ย ๖๒	รพ.ย่านตาขาว
๗	๗.๑ ออกบริการตรวจสุขภาพแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่	รพ.สต.หนองบัว / รพ.สต.หนองปรือ	ม.ค.๖๒ -ก.ย.๖๒	รพ.รัษฎา
	๗.๒ โครงการกำจัดเหาในเด็กวัยเรียน (ต่อเนื่อง)	โรงเรียนประถมศึกษาใน PCC โซนเทือกเขาบรรทัด ๑ แห่ง แม่น้ำตรัง ๑ แห่ง	ม.ค.๖๒ -ก.ย.๖๒	รพ.รัษฎา
๘	๘.๑ กิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ในอำเภอหาดสำราญ	รพช. ๑ แห่ง รพ.สต. ๔ แห่ง	๑ ปี	รพ.หาดสำราญ
	๘.๒ กิจกรรมดูแลสุขภาพมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	รพช. ๑ แห่ง รพ.สต. ๔ แห่ง	๑ ปี	
	๘.๓ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ใน รพ.หาดสำราญ	รพช. ๑ แห่ง	๑ ปี	

๙	๙.๑ สมาธิบำบัด SKT	รพช. ๑ แห่ง	๑ ปี	รพ.สิเกา
	๙.๒ การปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายด้วยศาสตร์มณีเวช	รพช. ๑ แห่ง	๑ ปี	
	๙.๓ การบ่งต้อด้วยหนามหวายขม	รพช. ๑ แห่ง	๑ ปี	

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

๑) การจัดสรรตำแหน่งแพทย์แผนไทยในรพ.และ รพ.สต. ไม่เพียงพอต่ออัตรากำลังในการปฏิบัติงานตาม Service Plane สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ระบบการจัดจ้างแพทย์แผนไทยในรพ.สต. ยังไม่มีความชัดเจนในเรื่องงบประมาณและการจ้าง (ทุกรพ.และรพ.สต.)

๒) หน่วยบริการบางรพ. มีอาคารสถานที่ หรือพื้นที่ในการให้บริการค่อนข้างจำกัดและคับแคบ ไม่รองรับกับจำนวนผู้รับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี (รพ.ย่านตาขาว ,รพ.วังวิเศษ , รพ.นาโยง รพ.ปะเหลียน)

๓) นโยบายและแนวทางการการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในภาพรวมยังไม่ขยายไปถึงระดับ รพ. (รพ.ทุกแห่ง)

๔) การพัฒนาศักยภาพการจ่ายยาตำรับยาปรุงเฉพาะรายสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนทางเวชกรรมไทยไม่มีงบประมาณสนับสนุน ทำให้ผู้ป่วยต้องชำระเงินเอง (รพ.ห้วยยอด)

๖. **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
๑. การจัดสรรงบประมาณ มีความไม่แน่นอน เนื่องจาก งบประมาณหลักที่ใช้ในการจัดบริการมาจาก สปสช.	๑. แผนงบประมาณในการพัฒนาการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ควรมีความชัดเจนโดยกำหนดเป็นนโยบายมาจากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒. หน่วยบริการของรพ. และและรพ.สต. บางแห่งมีความพร้อมในการบริการแต่ไม่มีพื้นที่สำหรับการจัดบริการ ไม่สามารถรองรับการขยายบริการให้เท่าทันกับจำนวนผู้มารับบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น	๒. การสนับสนุนงบประมาณก่อสร้างอาคาร เพื่อสนับสนุนการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลและ รพ.สต.
๓. นโยบายและแนวทางการการพัฒนางานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ยังไม่ขยายไปถึงระดับ รพ.	๓. ควรมีการประชุมชี้แจง นโยบายฯกับกลุ่มผู้บริหารระดับ รพ.
๔. การขยายกรอบตำแหน่งแพทย์แผนไทยความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ไม่มีตำแหน่งบรรจุราชการ	๔. ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดสรรตำแหน่งให้กับบุคลากรแพทย์แผนไทยอย่างเพียงพอ
๕. งบประมาณในการพัฒนางานแพทย์แผนไทยด้านอาคารสถานที่/อุปกรณ์ของรพ.มีน้อย ไม่รองรับต่อการขยายขนาดของรพ. ซึ่งมีผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น	๕. ควรมีแผนการจัดสรรงบประมาณให้กับรพ.ที่มีการขยายขนาดรพ. หรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพในการให้บริการมากขึ้น

๖. บุคลากรด้านการแพทย์แผนไทยไม่มีใบประกอบโรคศิลปะในการปฏิบัติงานในสถานพยาบาล (รพ.หาดสำราญ)	๖. สถานพยาบาลต้องระบุคุณสมบัติผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยให้ชัดเจน คือ ต้องมีใบประกอบวิชาชีพเวชกรรมไทย หรือ แพทย์แผนไทยประยุกต์
๗. การบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม (รพ.หาดสำราญ)	๗. เพิ่ม Target Group ในการเข้าฟัง Teleconference ของกรมฯในกลุ่มบุคลากรทางแพทย์อื่นๆ

๗. 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)
๙) การศึกษาประสิทธิผลโคลนทะเล ตำบลตะเสะ อำเภอหาดสำราญ ในการลดอาการปวดเข่าที่มารับบริการในคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา
๑๐) การนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานแก้อาการเท้าชาด้วยลูกแก้ว (รพ.ปะเหลียน)

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	๑. ให้กรมฯ มีการจัดสรรตำแหน่งแพทย์แผนไทยให้กับทางพื้นที่เพื่อรองรับการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง		

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๓-๖ ภาพ)

๙.๑ โครงการการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่ายการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รพ.ย่านตาขาว





๙.๒ โครงการบูรณาการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่เพื่อดูแลประชาชน อุทิศถวายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร และถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ ในรัชกาลที่ ๙ และสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว โดยงานแพทย์แผนไทยได้ให้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาสมุนไพร วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๒ ณ โรงเรียนบ้านมดตะนอย ต.เกาะลิบง อ.กันตัง จ.ตรัง





๙.๓ ออกหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง โดยงานแพทย์แผนไทยได้ให้บริการตรวจวินิจฉัยและจ่ายยาสมุนไพร วันที่ ๒๔ มกราคม ๒๕๖๒ ณ โรงเรียนบ้านคลองลุ ต.คลองลุ อ.กันตัง จ.ตรัง และออกหน่วย พอ.สว. ณ โรงเรียนบ้านบาตูปูเต๊ะ ต.เกาะลิบง อ.กันตัง จ.ตรัง วันที่ ๒๑ มีนาคม ๒๕๖๒ โดยงานแพทย์แผนไทยได้ให้บริการตรวจวินิจฉัย จ่ายยาสมุนไพรนวด ประคบ อบ และพอกยาสมุนไพร มีผู้รับบริการ ๒๓ คน





๙.๔ ประกวดผลงานวิชาการและการออกหน่วย พอสว. รพ.ห้วยยอด









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

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

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
หัวข้อ สาขาทารกแรกเกิด
ตัวชี้วัด : MO ๑. อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๓.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

(๑) อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๓.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารก เกิดมีชีพ (เกณฑ์ ๓.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ)
(๒) เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑:๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (เตียง NICU ภาพรวมเขต)
(๓) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (> ๘๐%)

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

จังหวัดตรังมีกุมารแพทย์ทั้งหมด ๑๐ คน (กุมารเวชศาสตร์โรคภูมิแพ้และอิมมูโนวิทยาคลินิก ๒, โรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤต ๑, กุมารแพทย์สาขาโรคหัวใจ ๑ คน พยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติวิกฤตทารกแรกเกิด ๙ .คน คิดเป็นร้อยละ ๔๓.๔๗ มีจำนวนทารกคลอดทั้งจังหวัดปีละประมาณ ๖,๕๐๐ คน มีเตียง NICU ๘ เตียง SNB ๒๔ เตียง อัตรากำลัง พยาบาล ต่อผู้ป่วยใน NICU = ๑ : ๒-๓ ราย Sick newborn ๑ : ๓-๔ ราย มีวันนอนเฉลี่ยคนละ ๘ วัน วันละ ๗ คน และมีอัตราการครองเตียง ๙๒.๙๒ โดยมี ๕ อันดับโรคแรกคือ ทารกคลอดก่อนกำหนด ภาวะหายใจเร็วแรกเกิด ภาวะสำลักน้ำคร่ำ

ปีงบฯ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑ จังหวัดตรัง มีทารกเกิดมีชีพทั้งหมด ๕,๙๑๙ และ ๕,๖๓๒ ราย อัตราตายของทารกน้ำหนักมากกว่า ๕๐๐ กรัม ที่อายุน้อยกว่า ๒๘ วัน ๔.๒๘ และ ๕.๖๘ ต่อพันการเกิดมีชีพ (เกณฑ์ <๔) โดยสาเหตุการตายหลัก คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดน้ำหนักตัวน้อย, ปอดอักเสบ, ภาวะสำลักน้ำคร่ำ

สำหรับปีงบฯ ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑ ถึง ๓๑ มี.ค.๖๒) มีจำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ๒,๗๑๓ ราย และมีอัตราตายทารกที่อายุน้อยกว่า ๒๘ วัน จำนวน ๑๒ ราย เท่ากับ ๔.๔๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ คาดว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑

สาเหตุการเสียชีวิต ของทารกแรกเกิดของจังหวัดตรังในปี ๒๕๖๒ คือ ทารกเกิดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อยกว่า ๑,๐๐๐ กรัม และมีภาวะ severe RDS ๕ ราย, ภาวะความดันเลือดในปอดสูง(PPHN) ๕ ราย, ทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีโรคหัวใจและความผิดปกติของโครโมโซม(trisomy ๑๓) ๒ ราย

มีทารกส่วนหนึ่งที่มีการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ได้แก่ทารกที่เป็นโรคหัวใจ (๑ ราย) โรคทางระบบไต (๑ ราย) เช่น และทารกที่มีภาวะROP

การรักษาพยาบาลทารกแรกเกิด ได้มีการใช้ non –invasive ventilator (NCPAP/HHFNC) ในทารกที่หายใจลำบาก หรือหายใจล้มเหลว เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ mechanical ventilator โดยการหย่าเครื่องช่วยหายใจเร็วขึ้น มีผลให้จำนวนวันการใช้เครื่องช่วยหายใจในปี ๒๕๖๒ ลดลง แต่ยังพบภาวะแทรกซ้อนในทารกเกิดก่อนกำหนดที่น้ำหนักน้อยกว่า ๑,๕๐๐ กรัม ที่ไม่สามารถหย่าออกซิเจนได้เร็ว ทำให้เกิด ROP BPD เป็นต้น ดังนั้นจึงเป็นความท้าทายที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต การส่งต่อ และการเกิด ภาวะแทรกซ้อน

จำนวนเตียง NICU ตามเกณฑ์ ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ โรงพยาบาลตรังได้ให้บริการทั้งผู้รับบริการในเขตและนอกเขต รวมทั้งโรงพยาบาลใกล้เคียงและพัฒนาความเป็นเลิศในการดูแลทารกแรกเกิด เพื่อรองรับกับอัตราการคลอดมีชีพให้เพียงพอ โดยภาพรวมทั้งจังหวัดมีจำนวนทารกคลอดมีชีพประมาณ ๗,๐๐๐ รายต่อปี ต้องมีจำนวนเตียง NICU ๑๔ เตียง (เตียง NICU ๑ เตียง : คลอด ๕๐๐ ราย) ซึ่งปัจจุบันให้บริการเตียง NICU

๘ เตียง และเพิ่มอีก ๑ เตียง ในปี ๒๕๖๒ ขณะนี้เพียงพอกับความต้องการของทารกป่วย โดยอัตราการครองเตียง ปี ๒๕๕๘, ๒๕๕๙, ๒๕๖๐, ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ คิดเป็นร้อยละ ๗๔.๐๐, ๗๙.๑๖, ๗๖.๒๐, ๙๒.๐๘ และ ๙๒.๙๒ (๖ เดือน) ตามลำดับ

อัตราการเกิดมีชีพของทารกแรกเกิดต่อเตียง NICU พบว่าเป็นไปตามเป้าหมาย แต่ยังพบภาวะทารกตายปริกำเนิดในอัตราที่สูง จึงจำเป็นต้องมีการส่งต่อไปรพ.ที่มีศักยภาพสูง เนื่องจากยังขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานของแพทย์และพยาบาล ตลอดจนกุมารแพทย์เฉพาะทางด้านกุมารแพทย์สาขาทารกแรกเกิดและปริกำเนิด

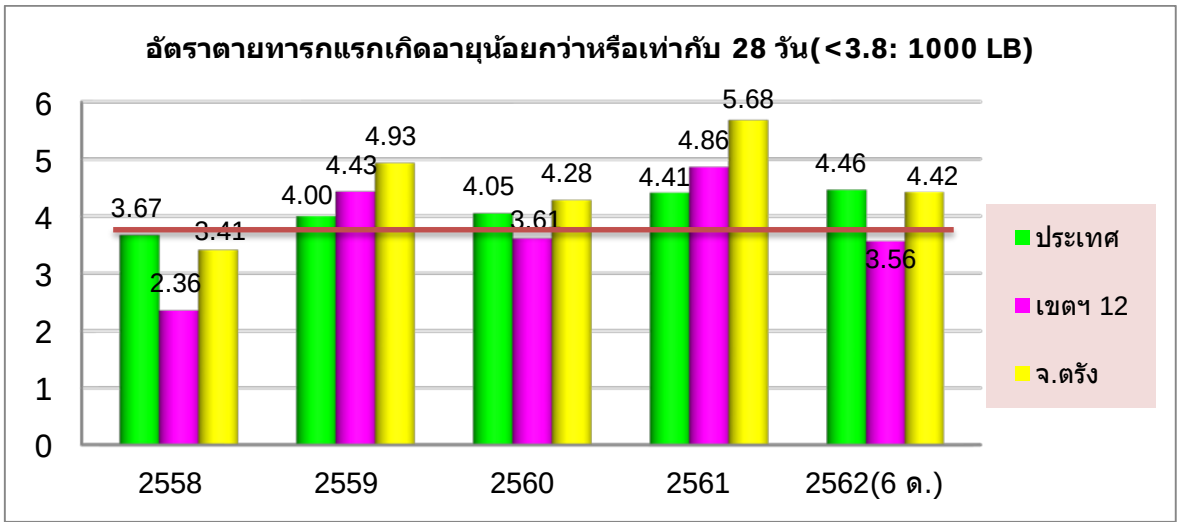
การตรวจคัดกรองการได้ยินมีการตรวจคัดกรองในทารกแรกเกิดทุกรายทั้งจังหวัด การคัดกรองหัวใจพิการแต่กำเนิดในจังหวัดตรัง พบว่า โรงพยาบาลในจังหวัดตรัง ยกเว้น รพช.หาดสำราญ (ไม่มีการคลอด ยกเว้นคลอดฉุกเฉิน) มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดคิดเป็นร้อยละ ๙๐ ผลการคัดกรองทารกในปีงบฯ ๒๕๖๐-๒๕๖๒ (๓ เดือน) แต่จากการตรวจที่NICU พบทารกหัวใจพิการแต่กำเนิด ๖ ราย

ระบบ Intrauterine transfer system ภายในจังหวัด มีระบบการประสานงานของของระบบบริการสุขภาพด้านสูติกรรมเพื่อการส่งต่อมารดา (Intrauterine transfer system) เพื่อมาคลอดในโรงพยาบาลตรัง ที่สามารถดูแลทารกกลุ่มเสี่ยงได้

❖ **จากการวิเคราะห์พบสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด สาเหตุจาก**

สาเหตุการเสียชีวิตทารกแรกเกิด	ปีงบประมาณ (ราย)	
	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือน)
๑. Preterm c severe RDS	๔	๕
๒. Neonatal sepsis	๕	๐
๓. Congenital anomaly (T๑๓,T๑๘, Edward, woft hischhorn)	๖	๒
๔. Congenital pneumonia	๑	๐
๕. ภาวะ MAS (PPHN)	๑	๕
๖. อื่นๆ	๑๕	๐
รวม	**๓๒**	**๑๒**

❖ กราฟแสดงอัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ปีงบฯ ๒๕๕๘-๒๕๖๒(๖เดือน)



๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

(๑) อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน ๒๕๖๒ (๖ เดือน) เกณฑ์ <๓.๘ : ๑,๐๐๐

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนทารกแรกเกิดที่เสียชีวิตภายในอายุ ๒๘ วัน (A)	จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ (B)	อัตราตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤๒๘ วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ๓.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (A/B)×๑,๐๐๐	
เมืองตรัง	๑๒	๑,๗๔๗	๖.๘๗	
กันตัง	๐	๗๕	๐	
ย่านตาขาว	๐	๒๓๙	๐	
ปะเหลียน	๐	๑๕๕	๐	
สิเกา	๐	๗๖	๐	
ห้วยยอด	๐	๒๑๘	๐	
วังวิเศษ	๐	๔๔	๐	
นาโยง	๐	๘๐	๐	
รัษฎา	๐	๗๙	๐	
หาดสำราญ	๐	๐	๐	
ภาพรวมจังหวัด	๑๒	๒,๗๑๓	**๔.๔๒**	

ที่มาข้อมูล : HDC วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

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

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนเตียง NICU (A)	จำนวนทารกเกิดมีชีพเฉลี่ยของปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ (B)	จำนวนเตียง NICU ๑ : ๕๐๐ ทารกเกิดมีชีพ (B/A)	
เมืองตรัง	๘	๓,๘๗๐	๑ : ๔๘๔	
กันตัง	-	๓๖๘	-	
ย่านตาขาว	-	๓๕๔	-	
ปะเหลียน	-	๒๙๘	-	
สิเกา	-	๒๑๔	-	
ห้วยยอด	-	๕๐๒	-	
วังวิเศษ	-	๒๒๑	-	
นาโยง	-	๑๗๑	-	
รัษฎา	-	๑๗๙	-	
หาดสำราญ	-	๑	-	
ภาพรวมจังหวัด	**๘**	๖,๒๐๐	**๑ : ๗๗๕**	

(๓) ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (> ๘๐%)

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (A)	จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไป (B)	ร้อยละของโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๓ ขึ้นไปที่มีการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (>๘๐%) (A/B) X ๑๐๐	
เมืองตรัง	๑	๑	๑๐๐	
กันตัง	๑	๑	๑๐๐	
ย่านตาขาว	๑	๑	๑๐๐	
ปะเหลียน	๑	๑	๑๐๐	
สิเกา	๑	๑	๑๐๐	
ห้วยยอด	๑	๑	๑๐๐	
วังวิเศษ	๑	๑	๑๐๐	
นาโยง	๑	๑	๑๐๐	
รัษฎา	๑	๑	๑๐๐	
หาดสำราญ	๑	๐	๐.๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	**๑๐**	**๙**	**๙๐**	

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	๑. โครงการพัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดและระบบการส่งต่อ แบบลงนิเทศในพื้นที่ ๒. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย	ลดอัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุ ๐ - ๒๘ วัน น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม เป้าหมาย≤๓.๘ ต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	ปีงบฯ ๖๒	กุมารแพทย์/พยาบาลวิชาชีพ
๒.	๑. โครงการการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ๒. โครงการป้องกันทารกพิการแต่กำเนิดร่วมกับทีม MCH Board			
๓.	พัฒนาการใช้ non-invasive ventilator ที่ไม่ใช้ท่อช่วยหายใจ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ			
๔.	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนใน VLBW (BPD, ROP, IVH, hearing impairment) ให้ลดลงจากเดิม			

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

MCH board ระดับจังหวัด/เขต มีระบบเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ มีการบูรณการในรูปแบบของ MCH board ประกอบด้วย ปฐมภูมิ กลุ่มสตรีและเด็ก Service plan สูติกรรม และทารกแรกเกิดในเขตสุขภาพที่ ๑๒ แล้ว แต่อัตราการเสียชีวิตทารกแรกเกิด ๐ - ๒๘ วัน มีแนวโน้มยังไม่ลดลง

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. ศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ A ขาด Neonatologist	- เนื่องจากเป็นสาขาที่ขาดแคลน ไม่ค่อยมีแพทย์ไปเรียน อยากให้แพทย์ศึกษาต่อเนื่อง

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑.	๑. สร้างหรือพัฒนาบุคลากรในการดูแล ๒. สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่เพียงพอ เช่น High Frequency ventilator	๑. เพิ่มเตียง NICU ให้ได้ตามเกณฑ์ ๑ : ๕๐๐ทารกคลอดมีชีพ **คำนวณจำนวน NICU โดยใช้จำนวนคลอดของปีที่ผ่านมา ๒. เพิ่มพยาบาลวิชาชีพให้สอดคล้องกับจำนวนเตียง NICU ที่เพิ่มขึ้นให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน **ติดตามจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่ขึ้นปฏิบัติงาน NICU ตามเกณฑ์มาตรฐานดังนี้ มี neonatal nurse practitioner อย่างน้อยเวรละ ๑ คน ร่วมกับ มี พยาบาลวิชาชีพ ๑ คนต่อผู้ป่วย ๒ คน ๓. การฝากครรภ์คุณภาพและห้องคลอดคุณภาพผ่าน MCH board **ควรเป็นสูติแพทย์กำหนด ๔. สนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรในหลักสูตรเฉพาะทางพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต (neonatal nurse practitioner) **มีการสนับสนุนบุคลากรเข้าศึกษาในหลักสูตรพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤตอย่างต่อเนื่อง ๕. มีระบบ Intrauterine transfer ๖. มีระบบ step (refer back) ๗. การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกราย ๘. สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการรับส่งต่อทารกแรกเกิดพร้อมทั้งอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ได้ตามมาตรฐาน การ stabilized ก่อนการส่งต่อ	

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

ไม่มี

รายงาน นางพรจันทร์ ชัยเชื้อ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๗๕-๒๐๑๕๐๐ ต่อ ๓๑
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๙๕๕๙๓๕
E-mail: loomoo๒๐๒@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
ประเด็นหลัก/หัวข้อ สาขาโรคมะเร็ง
ตัวชี้วัด Mo ๓ : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์
๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์
๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

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

จังหวัดตรัง ในปี ๒๕๕๗ ที่มาจากรายงานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ปี พ.ศ.๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบอัตราตายด้วยโรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งในจังหวัดตรังปี ๒๕๕๗ และ ๒๕๕๘ พบว่า จำนวน ๔๓๘ และ ๕๔๖ คน คิดเป็นอัตราการตาย ๗๖.๔๓, ๘๕.๔๘ ต่อแสนประชากร ตามลำดับโดยมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายในเพศชาย ได้แก่มะเร็งปอด มะเร็งตับ มะเร็งไม่ระบุตำแหน่ง ตามลำดับ ส่วนเพศหญิงได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ตามลำดับในขณะที่จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกตำแหน่งมะเร็ง อีกทั้งมะเร็งรายใหม่ก็เกิดเพิ่มขึ้นทุกปีจากข้อมูลโรงพยาบาลตรังปี ปัจจุบัน ๒๕๖๒ข้อมูลจากทะเบียนมะเร็งโรงพยาบาลตรังโดยโปรแกรมThai cancer base .มะเร็งรายใหม่ ๕ อันดับแรกในผู้หญิง ๑. มะเร็งเต้านม ๒.มะเร็งปากมดลูก ๓.มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ๔.มะเร็งช่องปาก ๕.มะเร็งปอด ส่วนมะเร็งในเพศชายคือ ๑ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๒.มะเร็งปอด ๓.มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ ๔.มะเร็งช่องปาก ๕.มะเร็งผิวหนัง

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ ***(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)***
(ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥๗๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒(ต.ค.-มี.ค.๖๒)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๗๐.๘๓	๘๐.๘๒	๗๔.๒๕	๖๒/๘๐=๗๘%	๓๓	๒๘	๘๔.๘๔

มะเร็งลำไส้ใหญ่	๖๖.๗	๘๘.๘๙	๘๙	๓๘/๔๗=๘๐.๘๔%	๒๕	๑๘	๗๒

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥๗๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒(ต.ค.-มี.ค.๖๒)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	๖๐.๔๘	๘๐.๘๘	๘๖	๖๒/๘๐=๗๘%	๓๒	๒๙	๙๐.๖๒
มะเร็งลำไส้ใหญ่	๖๐	๗๗.๓๓	๖๐	๑๔/๒๔=๕๘%	๒๑	๑๙	๙๐.๔๗

๓.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥๗๐%

จังหวัดตรัง	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒(ต.ค.-มี.ค.๖๒)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
มะเร็งเต้านม	N/A	N/A	(๓๐/๓๑) ๙๖.๗๗	(๕๑/๕๗) ๘๙.๔๗	๑๖	๑๖	๑๐๐
มะเร็งลำไส้ใหญ่	N/A	N/A	NA	NA	NA	NA	NA

****ไม่มีข้อมูลเป็นส่วนที่ต้องประสานโรงพยาบาลที่ส่งผู้ป่วยไปฉายแสง*****

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งเต้านม (ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.-มี.ค.๖๒)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระยะที่ ๑,๒	๖๖	(๖๙/๙๙) ๖๙.๗	(๗๓/๑๑๙) ๖๑.๓๔%	(๖๕/๑๑๔) ๕๗%	๗๓	๓๖	๔๙.๓๒
ระยะที่ ๓,๔	๓๕	(๓๐/๙๙) ๓๐.๓	(๔๖/๑๑๙) ๓๘.๖๖	(๔๙/๑๑๔) ๔๓%	๗๓	๓๗	๕๐.๖๘

- ร้อยละของระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ (ไม่น้อยกว่า ๗๐%)

ระยะโรค	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒ (ต.ค.-มี.ค.๖๒)		
					เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ระยะที่ ๑,๒	(๑๔/๒๗) ๕๑.๘๕	(๔/๒๔) ๑๖.๖๖	(๑๖/๔๓) ๓๗.๒๑	(๓๒/๗๒) ๔๔.๔๔	๓๕	๑๑	๓๑.๔๓

ระยะที่ ๓,๔	(๑๓/๒๗) ๔๘.๑๔	(๒๐/๒๔) (๘๓.๓๓)	(๒๗/๔๓) (๖๒.๗๙)	๔๐/๗๒ (๕๕.๕๖)	๓๕	๒๔	๖๘.๕๗

❖ ข้อมูลอัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ ๓๐ – ๗๐ ปี จังหวัดตรัง ปีงบฯ ๒๕๖๑ – ๒๕๖๒ (๖ ด.)

อำเภอ	๒๕๖๑			๒๕๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒)		
	สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี	คัดกรอง	ร้อยละ (เกณฑ์ ๘๐%)	สตรีไทยอายุ ๓๐ - ๗๐ ปี	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ (เกณฑ์ ๘๐%)
เมืองตรัง	๓๔,๕๗๓	๑๓,๑๕๒	๓๘.๐๔	๓๕,๓๒๒	๒๑,๕๕๔	๖๑.๐๒
กันตัง	๑๘,๒๘๘	๑๕,๙๕๐	๘๗.๒๒	๑๘,๑๓๑	๑๔,๘๘๙	๘๒.๑๒
ย่านตาขาว	๑๓,๕๘๔	๑๓,๒๒๙	๙๗.๓๙	๑๓,๗๕๖	๑๒,๑๙๕	๘๘.๖๕
ปะเหลียน	๑๕,๑๔๗	๑๔,๓๓๙	๙๔.๖๗	๑๕,๒๗๗	๑๔,๑๒๖	๙๒.๔๗
สิเกา	๘,๑๕๗	๔,๗๕๐	๕๘.๒๓	๘,๒๖๒	๓,๐๔๕	๓๖.๘๖
ห้วยยอด	๑๙,๕๔๖	๑๘,๘๘๖	๙๖.๖๒	๑๙,๘๑๗	๑๓,๒๖๐	๖๖.๙๑
วังวิเศษ	๘,๘๘๖	๘,๔๗๒	๙๕.๓๔	๘,๘๙๓	๕,๓๕๐	๖๐.๑๖
นาโยง	๙,๙๐๙	๘,๙๕๙	๙๐.๔๑	๙,๘๓๖	๗,๔๑๐	๗๕.๓๔
รัษฎา	๖,๓๐๘	๖,๐๐๓	๙๕.๑๖	๖,๓๗๖	๘๙๐	๑๓.๙๖
หาดสำราญ	๓,๔๒๘	๒,๖๖๑	๗๗.๖๓	๓,๔๐๔	๒,๑๓๑	๖๒.๖
รวม	๑๓๗,๘๒๖	๑๐๖,๔๐๑	๗๗.๒๐	๑๓๙,๐๗๔	๙๔,๘๕๐	๖๘.๒๐

ที่มา : HDC **วันที่**ประมวลผล ::วันที่ ๑๐ พ.ค.๒๕๖๒

- **ข้อมูลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปีงบฯ ๕๘-๖๒ (ต.ค.๖๑-มี.ค.๖๒) เกณฑ์ ๘๐%**

อำเภอ	**จำนวนหญิงอายุ ๓๐- ๖๐ ปี ณ ปีงบฯ ๒๕๕๘**	**คัดกรองสะสม ๕ ปี ปีงบฯ ๕๘-๖๒(๓ ด.)**	**ร้อยละ**
เมืองตรัง	๒๘,๕๔๒	๑๓,๒๑๖	๔๖.๓
กันตัง	๑๔,๗๘๖	๘,๘๙๕	๖๐.๑๖
ย่านตาขาว	๑๑,๐๖๔	๙,๔๕๙	๘๕.๔๙
ปะเหลียน	๑๒,๓๗๑	๑๑,๖๗๒	๙๔.๓๕
สิเกา	๖,๘๒๐	๕,๖๗๘	๘๓.๒๖
ห้วยยอด	๑๖,๑๙๘	๑๕,๑๖๘	๙๓.๖๔
วังวิเศษ	๗,๑๖๕	๕,๘๒๗	๘๑.๓๓
นาโยง	๗,๘๙๐	๕,๕๘๑	๗๐.๗๔
รัษฎา	๕,๒๒๖	๔,๔๕๔	๘๕.๒๓
หาดสำราญ	๒,๗๓๒	๒,๓๐๘	๘๔.๔๘
รวม	๑๑๒,๗๙๔	๘๒,๒๕๘	๗๒.๙๓

ที่มา : HDC วันที่ประมวลผล ::วันที่ ๒๐ พ.ค.๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

การคัดกรองได้มะเร็งเต้านมมีการคัดกรองที่ครอบคลุมปี๒๕๖๒ ร้อยละ๖๘.๒๐ แต่ยังพบมะเร็งเต้านมระยะที่ ๓, ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ร้อยละ ๓๘.๖๖ และปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๔๓ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๒ ไตรมาส) ร้อยละ ๖๘.๒๐ และการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ยังทำได้น้อยยังพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะ ๓, ๔ ปีงบประมาณ๒๕๖๐ ร้อยละ ๖๒.๗๙ และปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕๕.๕๖ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๒ ไตรมาส) ร้อยละ ๕๕.๘๘

- **การคัดกรองมะเร็งลำไส้ ปี ๒๕๖๒ เริ่มทำการคัดกรองทั้งจังหวัด**
  - ประชากรกลุ่มอายุ ๕๐-๗๐ ปี = ๑๑,๕๓๕ คน

กำลังดำเนินการ FIT TESTแล้ว ทั้งหมด ๔,๕๓๕ คน (๓๙.๓๒ %) FIST Test positive ๓๕๖ คน (๗.๘๕%) นำมา colonoscopy แล้ว

รายการ	จำนวน	%
FIT positive	๓๕๖	๗.๘๕
colonoscopy	๑๔๒/๑๗๙	๗๙.๓๓

รายการ	กลุ่มเสี่ยงสูง		กลุ่มเสี่ยงทั่วไป	
	จำนวน	%	จำนวน	%
total	๑๒	๘.๔๕	๑๓๐	๙๑.๕๔
normal	๓	๒๕๕	๕๗	๔๓.๘๕
hyperplasia	๒	๑๖.๖๖	๑๕	๑๑.๕๓
Internal hemorrhoid	๒	๑๖.๖๖	๖	๔.๖๑
precancerous cancer	๔	๓๓.๓๓	๓๕	๒๖.๙๒
cancer	๐	๐	๐	๐
Total other	๑	๘.๓๓	๑๗	๑๓.๐๘

จากตาราง พบว่า ระยะก่อนมะเร็ง ร้อยละ ๓๓.๓๓ในกลุ่มเสี่ยงสูงและร้อยละ ๒๖.๙๒ ในกลุ่มเสี่ยงทั่วไป และไม่พบพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ในขณะพบมะเร็งลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่เป็นโรคและในระยะที่๓และ๔ถึงร้อยละ ๖๘.๕๗

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ	ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดตรังมีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ	ทำอย่างต่อเนื่อง	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล

	๑. ให้มีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการโปรแกรมวัคซีน (HBV HPV) ๒. ประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุท้องถิ่น เสี่ยงตามสาย ๓. ให้มีตลาดนัดสุขภาพทุกอำเภอ			
๒.	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ ๑. เจ้าหน้าที่มีการอบรมการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายมีทักษะในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ	๑.ครั้ง/ปี	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
๓	มีการค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่ ๑. บูรณาการการตรวจคัดกรองในคราวเดียวกันในการคัดกรองมะเร็งเต้านมและปากมดลูก ๒. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ ๕๐-๗๐ปี โดยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระผลบวกส่งตรวจด้วยกล้องส่องลำไส้ใหญ่	๑. สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ๒. สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน ๓. กลุ่มเป้าหมายอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	ทำอย่างต่อเนื่อง ทำอย่างต่อเนื่อง ทำตามโครงการ	เขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล
๔.	เครือข่ายบริการมีผู้จัดการผู้ป่วยมะเร็งรายกรณี (Case manager)ปฏิบัติได้ตามมาตรฐาน	๑. ผ่านการอบรมหลักสูตร ๑๐ วัน ๒. ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการทำงานจากหน่วยงานอย่างชัดเจน	ทำอย่างต่อเนื่อง	
๕.	การรายงานทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาลและระดับจังหวัด	๑. ส่งข้อมูลในระบบอย่างครบถ้วนในHDC,TCB (Thai cancer base) ๒. มีข้อมูลผลการดำเนินการในฐานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา		

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

การคัดกรองมะเร็งในปัจจุบันไม่ว่าคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ ต้องใช้งบประมาณและกำลังบุคลากรทางการแพทย์มาก ผลการคัดกรองพบว่าผลปกติอาจเจอในระยะเริ่มต้นบ้างแต่น้อยประมาณร้อยละ ๑-๒ แต่หากดูระยะโรคมะเร็งยังพบว่ามะเร็งระยะที่๓และ๔ จำนวนมาก จากการรวบรวมข้อมูลจะพบว่ากลุ่มที่มาคัดกรองเป็นกลุ่มเดิมที่ทำการตรวจดัดกรองอย่างสม่ำเสมอ ในส่วนที่ไม่ได้รับการคัดกรองเนื่องจากกลัว ไม่มีเวลา ไม่รู้ว่ามีการคัดกรองยังมีอยู่จำนวนมาก

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. การคักกรองประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	๑. รณรงค์ ๕ ทำ ๕ ไม่ ๗ สัญญาณอันตรายให้เข้าถึงประชาขนในที่สาธารณ สถานประกอบการต่างๆอย่างจริงจังทุกช่องทาง
๒. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ กลุ่มเสี่ยงกลัวที่จะคัดกรอง	๒. ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงสถานประกอบการและมีช่องทางด่วนในเข้ามาบริการได้ง่าย กลุ่มที่กลัวไม่เคยมาคัดกรองต้องติดตามอย่างจริงจัง
๓. จำนวนบุครากร/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดทำงานหนักขึ้น	๓. ควรขยายการบริการคัดกรอง การตรวจ ลงในโรงพยาบาลระดับอำเภอโดยสามารถกระจายทรัพยากรร่วมกัน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) จัดให้มี Nurse case manager ระดับอำเภอ
๒) ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยบุคลากรมาธารณสุข (CBE)
๓) ระบบ one stop service.ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
๔) บูรณาการการตรวจมะเร็งเต้านมและปากมดลูกในคราวเดียวกัน
๕) มีศูนย์มะเร็งประสานส่งต่อข้อมูล และทำทะเบียนมะเร็ง

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๒/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	๑. ผลักดันการสื่อสาร/ปรับทัศนคติให้กับประชาชนในการตรวจคัดกรองให้เข้าใจถึกความสำคัญของการคัดกรองมะเร็ง	ให้มีโครงการ.การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ ๑. ให้มีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่ คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดการโปรแกรมวัคซีน (HBV HPV) ๒. ประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุท้องถิ่นเสี่ยงตามสาย	พว.กษมภัฏ สวัสดิรักษ์ โรงพยาบาลตรัง นางณินญา ดา รองเดช สสจ.ตรัง

		๓. ให้มีตลาดนัดสุขภาพทุกอำเภอ ๔. สร้างช่องทางการสื่อสารให้ความรู้คำตอบสองทางทางสื่อสาธารณะ ได้แก่ Face book ,line @ เพื่อค้นหาคำตอบการแชร์ความรู้ด้านมะเร็งที่ถูกต้อง	

ผู้รายงาน นางกษมภัฏ สวัสดิรักษ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๖๑ – ๔๐๒๕๑๑๗
Email: kasamapus@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๒๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็นหลัก/หัวข้อ : **โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุ**

ตัวชี้วัด : MO ๕. ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

ตัวชี้วัด : MO ๖. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

๓. ประเด็นการติดตามประเมินผล

๑.๑ ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา

๑.๒ ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุจังหวัดตรัง ใน ๒๕๖๒ จากฐานข้อมูลโปรแกรม vision๒๐๒๐thailand จำนวนผู้สูงอายุ ๙๑,๒๖๒ คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน ๒๙,๔๘๔ คน คิดเป็น ๓๒.๓๑% (ต่ำกว่าเกณฑ์) และจากข้อมูลการคัดกรอง พบผู้ป่วยต้อกระจกในระดับ severe low vision จำนวน ๓๗๑ ตา ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน ร้อยละ ๑๐๐ และผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) จำนวน ๕๑๖ ตา ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เกณฑ์ร้อยละ ๘๕) ร้อยละ ๙๑.๑๖

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

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด(Service Outcome)

- ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา **≥** ร้อยละ ๗๕
- ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน **≥** ร้อยละ ๘๕

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ผลงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (๑ ต.ค.๖๑ – ๕ พ.ค. ๒๕๖๒)

(๑) ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ≥ ร้อยละ ๗๕

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตา (A)	จำนวนผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งหมด (B)	ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตา (A/B)*๑๐๐	
กันตัง	๑๑,๕๕๙	๗,๘๘๕	๖๘.๒๒	
นาโยง	๗,๑๔๗	๓๐๙	๔.๓๒	
ปะเหลียน	๙,๙๙๑	๒,๗๘๙	๒๗.๙๒	
ย่านตาขาว	๙,๙๗๐	๗,๘๔๐	๗๘.๖๔	
รัษฎา	๓,๖๘๑	๑,๔๗๐	๓๙.๙๓	
วังวิเศษ	๕,๔๓๒	๒๓๐	๔.๒๓	
สิเกา	๔,๔๗๗	๑๖๑	๓.๖๐	
ห้วยยอด	๑๒,๘๘๒	๔,๗๙๘	๓๗.๒๕	
หาดสำราญ	๒,๑๙๒	๗๖๖	๓๔.๙๕	
เมืองตรัง	๒๓,๙๓๑	๓,๒๓๖	๑๓.๕๒	
รวม	**๙๑,๒๖๒**	**๒๙,๔๘๔**	**๓๒.๓๑**	

ที่มา : ข้อมูลจากโปรแกรม vission ๒๐๒๐ Thailand วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หมายเหตุ : เป้าหมายของจังหวัดในช่วง ตุลาคม ๒๕๖๑-มีนาคม ๒๕๖๒ ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ≥ ร้อยละ ๕๐

(๒) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ≥ ร้อยละ ๘๕

อำเภอ	รายการข้อมูล			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (A)	จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract)ที่ได้รับการวินิจฉัย (B)	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (A/B)*๑๐๐	
เมืองตรัง	๑๓๑	๑๔๒	๙๒.๒๕	
กันตัง	๖๙	๗๗	๘๙.๖๑	
ย่านตาขาว	๔๕	๕๓	๘๔.๙๐	
ปะเหลียน	๕๘	๖๐	๙๖.๖๖	
สิเกา	๒๑	๒๒	๙๕.๔๕	
ห้วยยอด	๗๓	๘๔	๘๖.๙๐	
วังวิเศษ	๒๙	๓๒	๙๐.๖๒	
นาโยง	๔๐	๔๒	๙๕.๒๓	
รัษฎา	๙	๑๒	๗๕	
หาดสำราญ	๒๔	๒๔	๑๐๐	
ต่างจังหวัด	๑๗	๑๘	๙๔.๔๔	
รวม	**๕๑๖**	**๕๖๖**	**๙๑.๑๖**	

ที่มา : ข้อมูลจาก ห้องตรวจจักษุ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดต้อกระจกใน ๓๐ วัน ผ่านเกณฑ์ (>ร้อยละ ๘๕) ผลงานภาพรวมจังหวัดตรังอยู่ที่ร้อยละ ๙๑.๑๖

ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระดับ severe low vision จำนวน ๓๗๑ ตา ได้รับการผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน ร้อยละ ๑๐๐

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	โครงการบูรณาการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่	-ออกคัดกรองตาร่วมกับ รพสต.มดตะนอย และ รพสต.นาโต๊ะหมิง	เดือนมกราคม ๒๕๖๒	ทีม Service plan
๒.	โครงการผ่าตัดต้อกระจกเฉลิมพระเกียรติของ โรงพยาบาลตรังร่วมกับโรงพยาบาลนาโยง	ผ่าตัดวันที่ ๑๒-๑๓ ก.พ.๒๕๖๒ จำนวน ๔๗ ราย	๑๒-๑๓ ก.พ. ๒๕๖๒	รพ.ตรัง รพ.นาโยง

๓.	โครงการผ่าตัดต้อกระจกเฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลหาดสำราญเฉลิมพระเกียรติ โดยโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	ผ่าตัดจำนวน ๑๕ ราย	ธันวาคม ๒๕๖๑	รพ.หาดสำราญฯ รพ.ตรัง(ช่วย)

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

❖ ประเด็นที่มีผลต่อยอดการคัดกรองในโปรแกรม vision ๒๐๒๐ thailand ที่ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

๑) ภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่ การคัดกรองเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุ ยังมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การมอบหมายงาน

๒) ในเขตอำเภอเมือง การคัดกรองและการบันทึก ที่ รพสต.น้อยมากเนื่องจากการคัดกรองต้อกระจกไม่ได้อยู่ในแผนงานหลักของ รพสต.(นโยบาย)

❖ **<u>สิ่งที่ได้ดำเนินการแล้ว</u> คือ**

๑) รพ.ตรังมีช่วยออกหน่วยในพื้นที่ อำเภอกันตัง

๒) ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผ่านทาง สสจ.

๓) วางแผนการคัดกรองต้อกระจกโดย สสจ.

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
๑. การติดตามกระตุ้น ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานของ สสจ.ไม่ต่อเนื่อง	- การดำเนินงานของสสจ.ตรังควรจัดประชุมชี้แจงแก่ทีม - สสจ.ควรจัดประชุมชี้แจงผู้รับผิดชอบอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง
๒. ภาระงานที่มากของเจ้าหน้าที่	- ในส่วนของ เขตอำเภอเมือง มีจำนวนประชากรสูงอายุมาก ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เสนอทีมที่ต้องการให้ รพ.ตรังช่วยออกคัดกรอง ให้เขียนโครงการเชิญ จนท.รพ.ตรัง ให้ออกช่วยคัดกรองได้ในวันศุกร์ (เดือนละ ๑ ครั้ง)

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) ผลงาน LEAN เรื่องการลดวันนอนในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจกใส่เลนส์แก้วตาเทียมในกลุ่มผู้ป่วยและญาติที่มีความพร้อม จาก นอนโรงพยาบาล ๓ วัน ๒ คืน เหลือ ๒ วัน ๑ คืน

๒) การคัดกรองต้อหินเชิงรุกได้ จำนวน ๙,๘๑๔ ราย พบต้อหินรายใหม่ ๒๓ ราย และอยู่ในกลุ่ม OHT ๑๘ ราย

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการรอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	สสจ.ทบทวนและตรวจสอบความถูกต้องของการลงข้อมูลใน รพ.สต. และ รพช.	สร้างเครือข่ายจักษุตรัง	สสจ.และ ร.พ.ตรัง
๒	สนับสนุนให้มีเครื่อง fundus camera	ไม่มีงบประมาณในการจัดซื้อ จึงประชุมร่วมกับงาน NCD ได้ข้อสรุปในการหมุนเวียนเครื่องมือที่ใช้ได้อยู่ ให้ครบทุก รพช.	สสจ.

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

๙.๑ โครงการ





ผู้รายงาน นางสาวอรชร จิตสัจจะ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๘๓-๒๘๐๖๖๖๓
Email : orachorn.gen@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
ประเด็น/หัวข้อ : สาขาสาขา การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)
ตัวชี้วัด : Mo ๗. ตัวชี้วัดร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) ตัวชี้วัดร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลมีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Strong Opioids Medication ในผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ๕ กลุ่มโรค (ตาม Service plan ที่เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อ และองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕)เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายโดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการดังนี้

๑. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยา จ่ายยา และบริหารยา Opioids ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย
๒. มีระบบการวินิจฉัยและการให้บริการ PC ให้ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ๕ กลุ่มโรค และได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z๕๑.๕) ทุกกลุ่มอายุ (๐-๑๕ ปี และมากกว่า ๑๕ ปี) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์
๓. มีระบบการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละผู้ป่วยในและครอบครัวได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ต้องได้รับข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) เป็นลายลักษณ์อักษร มากกว่าร้อยละ ๖๐)
๔. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก
๕. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้าน (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคองด้วยตัวชี้วัด ร้อยละการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านมากกว่า ร้อยละ ๖๐)
๖. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคอง อาสาสมัคร และอุปกรณ์การการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและ/หรือแพทย์แผนไทย (ติดตามผลในการประชุม service plan สาขาประคับประคอง ไม่มี/มีจำนวน)

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒)

๑) ตัวชี้วัดร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	โรงพยาบาล										
			ตรัง	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	หาดสำราญ	รวม
๑	**ร้อยละของผู้ป่วยที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองเข้าสู่กระบวนการดูแล**	**≥๖๐ %**	97.54% (357 /366	**71.20 % (262/368)**	100% (38/ 38)	95.31% (61 /64)	68.75% (11 /16)	100%(42 /42)	100% (37 /37)	100% (8/8)	85.19% (23 /31)	100% (12/12)	**86.66% (851 /982)**
	๑.๑ กลุ่มโรคมะเร็ง PPS ICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย		39.22% (140 /357)	83.97% (220 /262)	57.89% (22 /38)	57.34% (35 /61)	27.27% (3/11)	42.86% (18 /42)	19.92% (7/37)	75% (6/8)	34.78% (8/23)	50% (6/12)	**54.65% (465/ 851)**
	๑.๒ กลุ่มโรคประสาท (Neurological Disease)หลอดเลือดสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส I60-I69 และสมองเสื่อม(Dementia) ICD-10 รหัส F03		8.68%(31/ 357)	1.53%(4/ 262)	5.26%(2/ 38)	3.28%(2/ 61)	0	2.38%(1/ 42)	27.03%(1 0 /37)	25% (2/8)	47.83% (11 /23)	0	**7.66% (63/823)**
	๑.๓ โรคในระยะที่ได้บำบัดทดแทน (Renal...) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ...เข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิต การรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคอง และชลอการเสื่อมของไต		8.68%(31/ 357)	2.29%(6/ 262)	10.53%(4 / 38)	11.48%(7 / 61)	18.18%(2 / 11)	21.43% (9/42)	13.52% (5/37)	0	13.04% (3/23)	8.33% (1/12)	**8.07% (68/843)**

	๑.๔ โรคถุงลมโป่งพอง(COPD) และภาวะหัวใจล้มเหลว(Congenital heart failure) ICD-10 รหัส F03		5.32%(19/357)	4.96%(13/262)	10.53%(4/38)	13.11%(8/61)	36.36%(4/11)	0	32.43%(12/37)	0	4.35%(1/23)	41.67%(5/12)	**8.24%(66/801)**
	๑.๕ ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ICD-10 รหัสR54		0	0.76%(2/262)	15.79%(6/38)	11.48%(7/61)	18.18%(2/11)	14.29%(6/42)	0	0	0	0	**5.56%(23/414)**
	๑.๖ Multiple Trauma Patient		1.12%(4/357)	0	0	1.64%(1/61)	0	0	0	0	0	0	**1.19%(5/418)**
	๑.๗ Infectious Disease H/V/AIDS		8.40%(30/357)	6.48%(17/262)	0	1.64%(1/61)	0	0	0	0	0	8.33%(1/12)	**7.08%(49/692)**
	๑.๘ Pediatric		1.12%(4/357)	0	0	0	0	0	8.11%(3/37)	0	0	0	**1.78%(7/394)**
	๑.๙ อื่น ๆ		27.45%(98/357)	0	0	0	0	19.05%(8/42)	0	0	0	0	**26.57%(106/399)**
๒	**ร้อยละของผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียม Advance care plan**	**≥๘๐%**	86.83%(310/357)	88.93%(233/262)	100%(38/38)	91.80%(56/61)	100%(11/11)	85.71%(36/42)	91.89%(34/37)	37.5%(3/8)	100%(23/23)	58.33%(7/12)	**88.25%(751/851)**
๓	**ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน**	**≥๘๐%**	90.76%(324/357)	91.22%(239/262)	86.84%(33/38)	90.16%(55/61)	90.91%(10/11)	50%(21/42)	91.89%(34/37)	37.5%(3/8)	100%(23/23)	58.33%(7/12)	**86.84%(739/851)**
๔	**ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการอาการด้วย Strong opioid**	**≥๕๐%**	57.98%(207/357)	76.72%(201/262)	39.47%(15/38)	9.83%(6/61)	54.55%(6/11)	19.05%(8/42)	45.95%(17/37)	37.5%(3/8)	43.48%(10/23)	33.33%(4/12)	**56.06%(477/851)**
๕	**ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการดูแลจัดการอาการด้วย Strong opioid และได้รับการจัดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน**	**≥๓๐%**	83.57%(173/207)	100%(201/201)	73.33%(11/15)	100%(6/6)	16.67%(1/6)	100%(8/8)	100%(17/17)	33.33%(1/3)	60%(6/10)	75%(3/4)	**89.52%(427/477)**

๖	**ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการจัดการแล้วมีคะแนน ESAS ลดลง**	**≥๗๐ %**											
	๖.๑ คะแนนความปวดน้อยกว่า ๔ (ภายใน ๔๘-๗๒ ชม.)		87.50%(126/144)	100%(99/99)	100% (15/15)	100% (20/20)	100% (3/3)	90.91%(10/11)	100% (17/17)	100% (1/1)	100% (10/10)	100% (2/2)	**94.72% (305/322)**
	๖.๒ การหอบเหนื่อยลดลงโดยวัดจากอัตราการหายใจ ≥ร้อยละ๒๐		90.50%(200/221)	100%(96/96)	100%(5/5)	88%(14/16)	61.54% (8/13)	100% (10/10)	100%(17/17)	0	100% (10/10)	100% (1/1)	**95.25% (361/379)**
๗	**ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์และได้รับอุปกรณ์ใช้ที่บ้าน**	**≥๘๐ %**	100% (211/211)	100%(169/169)	77.78% (7/9)	85.70%(18/21)	100%(12/12)	100% (11/11)	88.89%(32/36)	100% (1/1)	100% (23/23)	100% (3/3)	**98.19% (487/496)**
๘	**ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์การแพทย์และได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล**	**≥๕๐ %**	81.52%(172/211)	100%(169/169)	66.67% (6/9)	76.10% (16/21)	100% (12/12)	100% (11/11)	63.89%(23/36)	100% (1/1)	60.86% (14/23)	0	**86.01% (424/493)**
๙	**ร้อยละของผู้ป่วยเสียชีวิตตามความต้องการ**	**≥๘๐ %**	93.24%(138/148)	100% (88/88)	100%(7/7)	91.30%(21/23)	100% (5/5)	100% (11/11)	100% (11/11)	100% (1/1)	92.31%(12/13)	100% (11/11)	**95.92% (305/318)**

สถานการณ์ ผู้ป่วยที่ในอยู่ในเกณฑ์แล้วได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคมะเร็ง คิดเป็นร้อยละ ๕๔.๖๕ ของผู้ป่วย Palliative care ทั้งหมด รองลงมาคือ ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางระบบประสาท โรคไตวายเรื้อรัง และโรคระบบทางเดินหายใจและหัวใจ ตามลำดับ โดยจากการรวบรวมข้อมูล พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบประคับประคองผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ทุกโรงพยาบาล ซึ่งหากคิดตามความเป็นจริงจำนวนผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองควรมีจำนวนมากกว่านี้ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรอง และการดูแลแบบประคับประคองเท่าที่ควร เกณฑ์ข้อที่ยังมีโรงพยาบาลไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ ๑) การเตรียม Advance care plan (๒ ใน ๑๐ โรงพยาบาล) และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เนื่องจาก รพช.หลายแห่ง ยังไม่มีโครงสร้าง และบุคลากรเฉพาะในการรับส่งต่อผู้ป่วย Palliative care ที่ชัดเจน ๒) การจัดการอาการด้วย Strong opioid รพช. ส่วนใหญ่ (๗ ใน ๑๐ โรงพยาบาล) ยังมีข้อจำกัดในการใช้ Strong opioid ในการจัดการอาการผู้ป่วย ทั้งเนื่องจากไม่มียากลุ่มนี้ในโรงพยาบาล หรือไม่สามารถนำยาในโรงพยาบาลออกมาใช้นอกโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามผู้ป่วย Palliative care เกือบทั้งหมดได้เสียชีวิตตามความต้องการ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ *(ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)*

๓.๑ ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ

อำเภอ	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ๕ กลุ่มโรคที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับ ประคอง (Z51.5) ดึงข้อมูล จากฐาน ข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD 10 ที่กำหนดตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ (ICD-10 รหัส C00-C96, F03, I50, I60-I69, J44, R54, CKD และ วินิจฉัย Z515 ร่วมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ (A)	จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 5 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และ ได้รับการรักษาด้วย Strong Opioid Medication ดึงข้อมูลจากฐานข้อ มูลการจ่ายยา Strong Opioid ของผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก หรือข้อมูลจากศูนย์ PC เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ (B)	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Strong Opioid Medication ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (B/A)/*๑๐๐
เมืองตรัง	๒๐๐	๑๘๙	๙๔.๕๐
กันตัง	๑๐๔	๓๐	๒๘.๘๕
ย่านตาขาว	๓๘	๑๕	๓๙.๔๗
ปะเหลียน	๑๖	๖	๓๗.๕๐
สิเกา	๑๐	๔	๔๐.๐๐
ห้วยยอด	๙๙	๗๘	๗๘.๗๙
วังวิเศษ	๓๖	๑๗	๔๗.๒๒
นาโยง	๑๕	๓	๒๐.๐๐
รัษฎา	๓๑	๑๐	๓๒.๒๖
หาดสำราญ	๑๒	๔	๓๓.๓๓
ภาพรวมจังหวัด	๕๖๑	๓๕๖	๖๓.๔๖

อภิปรายผลจากตาราง

พบว่า เพียงผู้ป่วย PC เพียงร้อยละ ๖๓.๔๖ เท่านั้น ที่ได้รับ การบรรเทาอาการปวดและการจัดการอาการต่างๆ ด้วย strong opioid อย่างมีคุณภาพ อาจเนื่องจาก รพช. หลายแห่งไม่มียากลุ่มนี้ใน รพ. และ/หรือไม่สามารถนำยาออกจากไปใช้นอกรพ.ได้ ทำให้การใช้ strong opioid ยังไม่กว้างขวาง และพอเพียงตาม

อาการที่ผู้ป่วยต้องการได้ นอกจากนี้ อีกสาเหตุคือ ขาดบุคลากร ที่มีความรู้ ความชำนาญในการใช้ยา ทั้งทางด้านการลดอาการปวด อาการเหนื่อย ฯลฯ ทำให้ไม่สามารถใช้ยา strong opioid ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	จัดอบรม pc ใน รพ.ตรัง	พยาบาลทั้ง รพ.ตรัง และรพ.สต. เขตเมือง	๓ วัน	ณัฐธยาน์
๒.	อบรม pc สัญจร	บุคลากรที่เกี่ยวข้องได้แก่ แพทย์ พยาบาล ที่รับผิดชอบงาน pc จากทุก รพช.	๑ วัน	พ.ฐิตินาถ
๓.	อบรมการใช้ยา pc แก่เภสัชกร รพ.ตรัง และรพช.	เภสัชกร รพ.ตรังและ รพช.	๑ วัน	พ.ฐิตินาถ

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

๑) หากประเมินตามความเป็นจริง จำนวนผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลควรมีจำนวนมากกว่านี้ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองและการดูแลแบบประคับประคองเท่าที่ควร

๒) การเตรียม advance care plan และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วย pc ทั้งหมด เนื่องจาก รพช.หลายแห่ง ยังไม่มีโครงสร้างและบุคลากรเฉพาะในการรับส่งต่อผู้ป่วย pc ที่ชัดเจน

๓) ยังมีข้อจำกัดในการใช้ strong opioid ในการจัดการอาการผู้ป่วย ทั้งเนื่องจาก ไม่มียากลุ่มนี้ในโรงพยาบาล หรือไม่สามารถนำยาในรพ.ออกมาใช้นอกรพ. เช่น ในกรณีเยี่ยมบ้าน ได้

๔) การจัดสรรอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน โดยเฉพาะ รพ.ตรัง ซึ่งในปี ๒๕๖๑ ยังมีอุปกรณ์ไม่เพียงพอให้ผู้ป่วยยืมกลับไปใช้ที่บ้าน เนื่องจากกำลังอยู่ในกระบวนการจัดซื้อจัดจ้างอุปกรณ์ จากกองทุกดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ซึ่งขณะนี้ ตั้งแต่ต้นปี ๒๕๖๒ ได้จัดซื้อแล้วสิ้น คาดว่าเพียงพอต่อความต้องการแล้ว

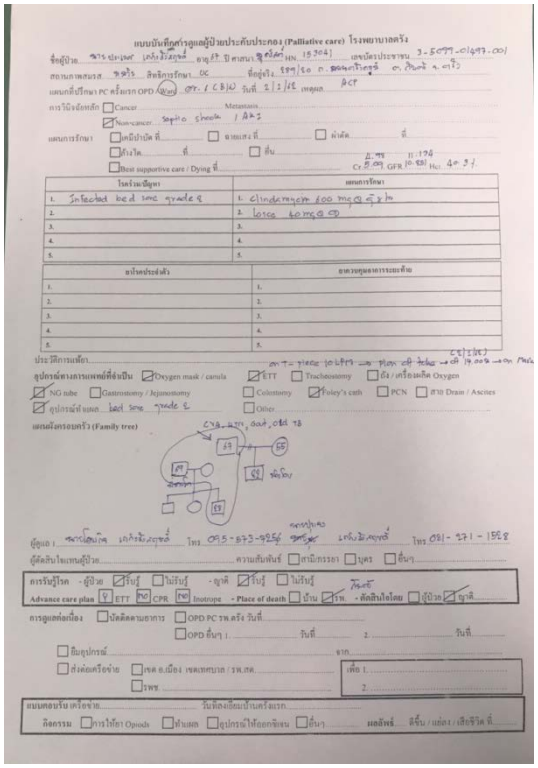
๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

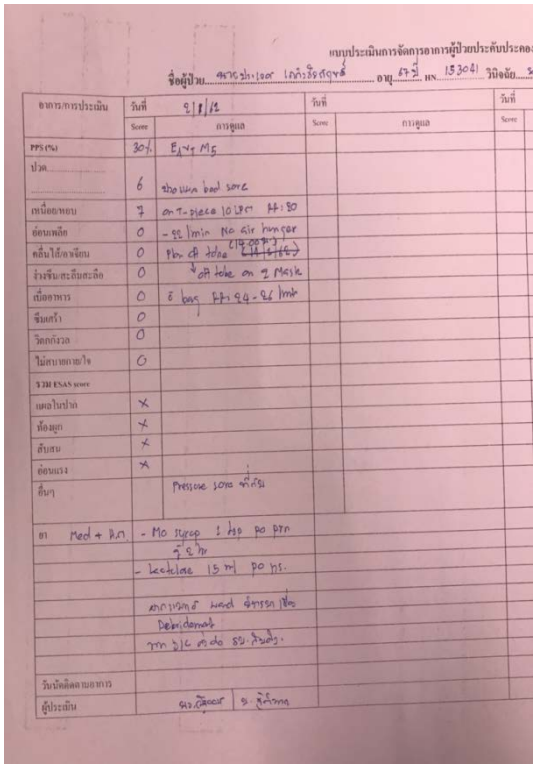
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. บุคลากรทางการแพทย์ยังไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองและการดูแลแบบประคับประคองเท่าที่ควร	-จัดอบรม การดูแลแบบประคับประคอง ใน รพ.ตรัง และจัดโครงการ pc สัญจร ให้แพทย์และพยาบาล ใน รพช. ที่รับผิดชอบงาน pc - เพิ่มอัตรากำลัง บุคลากร pc ใน รพ.ตรัง เพื่อรองรับการคัดกรองและจำนวน case consult pc ที่มากขึ้น
๒. การเตรียม advance care plan และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วย pc ใน รพช.ทั้งหมด	- กระตุ้นให้ รพช. มีโครงสร้างและบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาล รับผิดชอบที่ชัดเจนในการรับส่งต่อผู้ป่วย PC

๓. ไม่มียากลุ่ม strong opioids ในโรงพยาบาลชุมชนหลายแห่ง หรือไม่สามารถนำยาในรพ. ออกมาใช้นอกรพ. ได้	- ประชุมหารือเรื่องการนำ items opioids ที่จำเป็นเข้ามาใช้/นำออกไปใช้ใน รพช. - จัดอบรม เภสัชกร เรื่องความจำเป็น และวิธีการใช้ยา opiods - รพ.ตรังเป็นแม่ข่าย รับ consult จากรพช. หรือจ่ายยาให้แก่ผป ใน รพช.ที่ระบบ/บุคลากรยังไม่พร้อม - ควรมีนโยบายจากส่วนกลาง เช่น กระทรวง/สสจ. ที่จะเห็นควรมีการใช้ opiod อย่างมีคุณภาพ ทั้ง รพช. และ รพ.สต.
๔. ขาดระบบการดูแลผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ทำให้การดูแลผู้ป่วย PC ไม่มีประสิทธิภาพเต็มที่ ตลอด ๒๔ ชม.	- จัดระบบเวร consult เพื่อดูแลผู้ป่วย ได้ตลอด ๒๔ ชม. - จัดอบรม pc แก่ ER เพื่อประสานการดูแล นอกเวลาราชการ

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

๑) นวัตกรรม แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ที่ใช้ในการ consult case pc ทั้งจังหวัดตรัง





๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑	รพ.หาดสำราญ ควรจัดให้มี Morphine ใน รพ.		
๒	ให้มีนโยบายนำ MO ชนิดฉีดออกนอก รพ.ได้ทุก รพช. (รพช.ที่นำออกได้ มี ๒ รพช. คือ ห้วยยอด และกันตัง)		
๓	รพช.ควรจ่ายยา MO ชนิดรับประทานให้คนไข้ที่ได้รับยาจาก รพศ.ไปแล้วในปริมาณที่เหมาะสม		

๙. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)

- ไม่มี

ผู้รายงาน น.ส.ณัฐธยาน์ ช่วยธานี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร ๐๘๖-๖๙๐๓๔๐๕
E-mail : nuttya๘@gmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
ประเด็น/หัวข้อ สาขาการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care)
ตัวชี้วัด : Mo ๘ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) เกณฑ์ร้อยละ ๕๐

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ตัวชี้วัดหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) เกณฑ์ร้อยละ ๕๐

๑.๒ ตัวชี้วัดรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ เกณฑ์ร้อยละ ๖๐

๒. สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง
(ข้อมูล ณ วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

จังหวัดตรังมีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ๑๐ แห่ง มีโรงพยาบาลตรังเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับ A มีจำนวนเตียง ๕๕๓ เตียง โรงพยาบาลชุมชน ๙ แห่ง รพช.ระดับ M๒ จำนวน ๑ แห่ง รพช.ระดับ F๑ จำนวน ๒ แห่ง รพช.ระดับ F๒ จำนวน ๕ แห่ง และรพช.ระดับ F๓ จำนวน ๑ แห่ง และทุกโรงพยาบาลมีศูนย์ดูแลต่อเนื่องและนักกายภาพบำบัดที่สามารถให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, ไขสันหลังบาดเจ็บและบาดเจ็บสมอง

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ไตรมาสที่ ๑-๒ ที่ผ่านมา พบว่าในจังหวัดตรังมีผู้ป่วย IMC ทั้งหมด ๑๗๐ ราย เป็นผู้ป่วย Stroke ร้อยละ ๗๙, ผู้ป่วย Traumatic brain injury ร้อยละ ๑๒ และผู้ป่วย Spinal cord injury ร้อยละ ๙ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้กลับไปฟื้นฟูต่อในโรงพยาบาลชุมชน โดยได้รับบริการฟื้นฟูในรูปแบบIPD OPD และเยี่ยมบ้าน

สำหรับตัวชี้วัดของ จ.ตรังในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ คือ

๑. ร้อยละโรงพยาบาลระดับM และ F ในจังหวัดที่ให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (เป้าหมาย ปี ๒๕๖๒ : ร้อยละ ๕๐) ผลงานจังหวัดตรังทำได้ ร้อยละ ๑๐๐ คือ การให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ได้ในทุกรพช.
๒. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ เป้าหมายปี ๒๕๖๒ : ร้อยละ ๖๐ ผลงานจังหวัดตรังทำได้ร้อยละ ๗๕
๓. ผู้ป่วยintermediate care มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ระดับ ภายใน ๓ เดือน เป้าหมาย ≥ ๖๐% ผลงานจังหวัดตรังทำได้ร้อยละ ๖๕.๓๐

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

(ข้อมูล ณ วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๓.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) เกณฑ์ร้อยละ ๕๐ ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือน)

อำเภอ	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (A)	จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ Fทั้งหมด (B)	ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (A/B)X๑๐๐	หมายเหตุ
ห้วยยอด	๑	๑	๑๐๐	
ย่านตาขาว	๑	๑	๑๐๐	
กันตัง	๑	๑	๑๐๐	
ปะเหลียน	๑	๑	๑๐๐	
สิเกา	๑	๑	๑๐๐	
วังวิเศษ	๑	๑	๑๐๐	
นาโยง	๑	๑	๑๐๐	
รัษฎา	๑	๑	๑๐๐	
หาดสำราญ	๑	๑	๑๐๐	
ภาพรวมจังหวัด	๙	๙	**๑๐๐**	

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าโรงพยาบาลชุมชนทั้ง ๙ แห่งในจังหวัดตรัง สามารถให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ได้ทุกแห่ง

๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ เกณฑ์ร้อยละ ๖๐ ผลงานปีงบฯ ๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือน)

โรงพยาบาล	ระดับ	ร้อยละของผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิต และมีคะแนน Barthel index<๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐
ห้วยยอด	M๒	๘๗.๕
ย่านตาขาว	F๑	๑๐๐
กันตัง	F๑	๗๕

ปะเหลียน	F๒	๔๐
สิเกา	F๒	๑๐๐
วังวิเศษ	F๒	๑๐๐
นาโยง	F๒	๑๐๐
รัษฎา	F๒	๐
หาดสำราญ	F๓	๑๐๐
รวม	-	**๗๕**

ที่มา : จากรายงานที่ติดตามการส่งต่อผู้ป่วยIntermediate care วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๒

อภิปรายผลจากตาราง

จากตารางพบว่าอัตราผู้ป่วย IMC เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะกลางหลังจากส่งต่อ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (รอบ ๖ เดือน) ได้ถึงร้อยละ ๗๕

๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย / พ.ท ดำเนินการ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.	**โครงการพัฒนาคุณภาพการรักษาผู้ป่วย Intermediate Care เขตสุขภาพที่ ๑๒** กิจกรรมที่ ๑ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การฝึกกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การฝึกการทำงานของมือ การกระตุ้นการกลืนและการฝึกพูดเบื้องต้น กิจกรรมที่ ๒ ติดตามบริการของหน่วยงานที่ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมด้วยรายงานผลดำเนินงาน Intermediate care๓ กิจกรรมที่ ๓ ประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการ (คะแนน Barthel Index) กิจกรรมที่ ๔ จัดประชุม Intermediate sharing region ๑๒	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดบริการ Intermediate bed หรือ Intermediate ward ที่ไม่มีนักกิจกรรมบำบัดเข้าร่วมโครงการพัฒนาศักยภาพ Intermediate care ๒. ร้อยละ ๕๐ ของรพ. ระดับ M และ F ในเขต ๑๒ สามารถเปิดบริการ Intermediate bed หรือ Intermediate ward ได้	กิจกรรมที่ ๑ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การฝึกกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน การฝึกการทำงานของมือ การกระตุ้นการกลืนและการฝึกพูดเบื้องต้น ๑๐-๑๒ มิ.ย.๖๒ (จำนวน ๒ วัน) กิจกรรมที่ ๒ ติดตามบริการของหน่วยงานที่ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมด้วยรายงานผลดำเนินงาน Intermediate care เดือนมี.ค.-พ.ค. ๖๒ (ทุก ๓ เดือน) กิจกรรมที่ ๓ ประเมินผลลัพธ์คุณภาพบริการ (คะแนน Barthel Index) เดือนมิ.ย.๖๒ กิจกรรมที่ ๔ จัดประชุม Intermediate care sharing เขต ๑๒ ๑๐ มิ.ย.๖๒ (จำนวน ๑ วัน)	คณะกรรมการ Intermediate Care เขตสุขภาพที่ ๑๒

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

๑) ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้มารับบริการและติดตามการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางต่อในโรงพยาบาล

๒) ความพร้อมในการให้บริการในแต่ละโรงพยาบาลชุมชนศักยภาพไม่เท่ากัน ขึ้นกับจำนวนนักกายภาพบำบัด ทีมเยี่ยมบ้าน และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. ผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้มารับบริการและติดตามการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางต่อในโรงพยาบาล	- จัดระบบ Refer back โดยการส่งต่อแบบผู้ป่วยใน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางต่อในโรงพยาบาลชุมชน และพัฒนาระบบติดตามในส่วนของผู้ป่วยแบบผู้ป่วยนอกที่ไม่มารับการฟื้นฟูสภาพต่อเนื่อง โดยทีมดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน
๒. จำนวนนักกายภาพบำบัดยังไม่เพียงพอต่อการให้บริการ	- เพิ่มอัตรากำลังและตำแหน่งให้นักกายภาพบำบัดในรพช.
๓. รพ.ยังขาดครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง	- จัดหาครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง
๔. ขาดโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ในการส่งต่อผู้ป่วย	- จัดหาโปรแกรมมาตรฐานที่สามารถส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

๘. การดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒ ที่ผ่านมา

ลำดับ	ข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะของคณะตรวจราชการ รอบที่ ๑/๒๕๖๒	มาตรการ หรือผลการดำเนินการตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ	ผู้รับผิดชอบหลัก
๑.	สนับสนุนให้มีการดำเนินโครงการตามแผนที่วางไว้เพื่อพัฒนาระบบ พัฒนาศักยภาพการรักษา IMC ซึ่งจะสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้	- จัดโครงการพัฒนาศักยภาพการรักษา IMC เขตสุขภาพที่ ๑๒	พญ.ธิติมา ศิริมาตยาพันธุ์

ผู้รายงาน พญ.ธิติมา ศิริมาตยาพันธุ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โทร ๐๘๑-๘๙๔๕๐๘๕
Email : thima_pmr@yahoo.com
ข้อมูล วันที่ ๓ พฤษภาคม ๒๕๖๒

คณะที่ ๒ การพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
หัวข้อ สาขา ๕ สาขาหลัก (สาขาศัลยกรรมกระดูก)
ตัวชี้วัด : Mo ๙. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention

๒. สรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาในภาพรวมจังหวัดตรัง
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

โรงพยาบาลตรังมีแพทย์เฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ ๑๐ คน มีพยาบาลเฉพาะทางออร์โธปิดิกส์ ๕ คน ได้มีการจัดตั้งทีม Capture the fractureเรียบร้อยแล้ว เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ป่วย ตั้งแต่เดือน ธันวาคม ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)
(ข้อมูล ณ วันที่ ๑๐ พฤษภาคม ๒๕๖๒)

๓.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ร้อยละ ๑๐๐

จังหวัด	ไม่มีทีม	มีทีม	ชื่อโรงพยาบาลที่มีทีม	หมายเหตุ
จังหวัดตรัง		✓	โรงพยาบาลตรัง	
ภาพรวมจังหวัดตรัง (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐เม.ย.๖๒)				

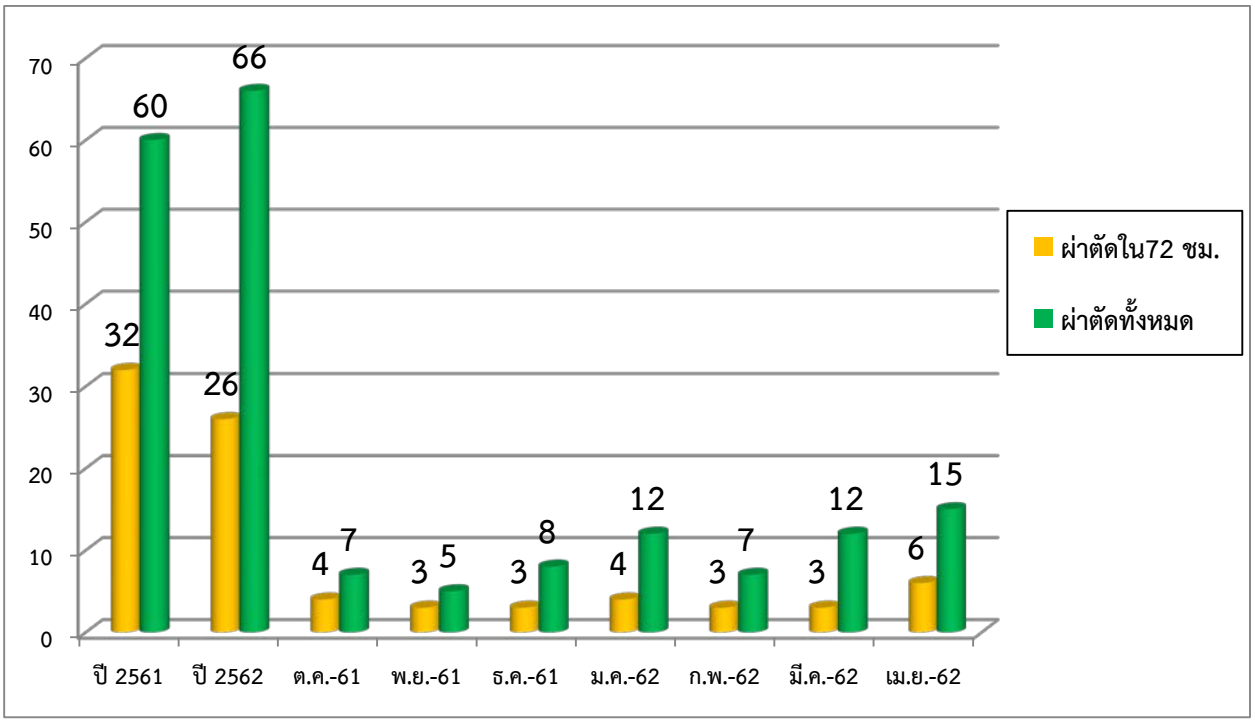
๓.๒ ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย Refracture Prevention เกณฑ์ <๓๐%

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วย Capture the fracture (Fracture around Hip) ที่มีอายุมากกว่า๕๐ปี จาก Minor trauma ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – เดือนเมษายน ๒๕๖๒ ที่ผ่านมาพบว่า

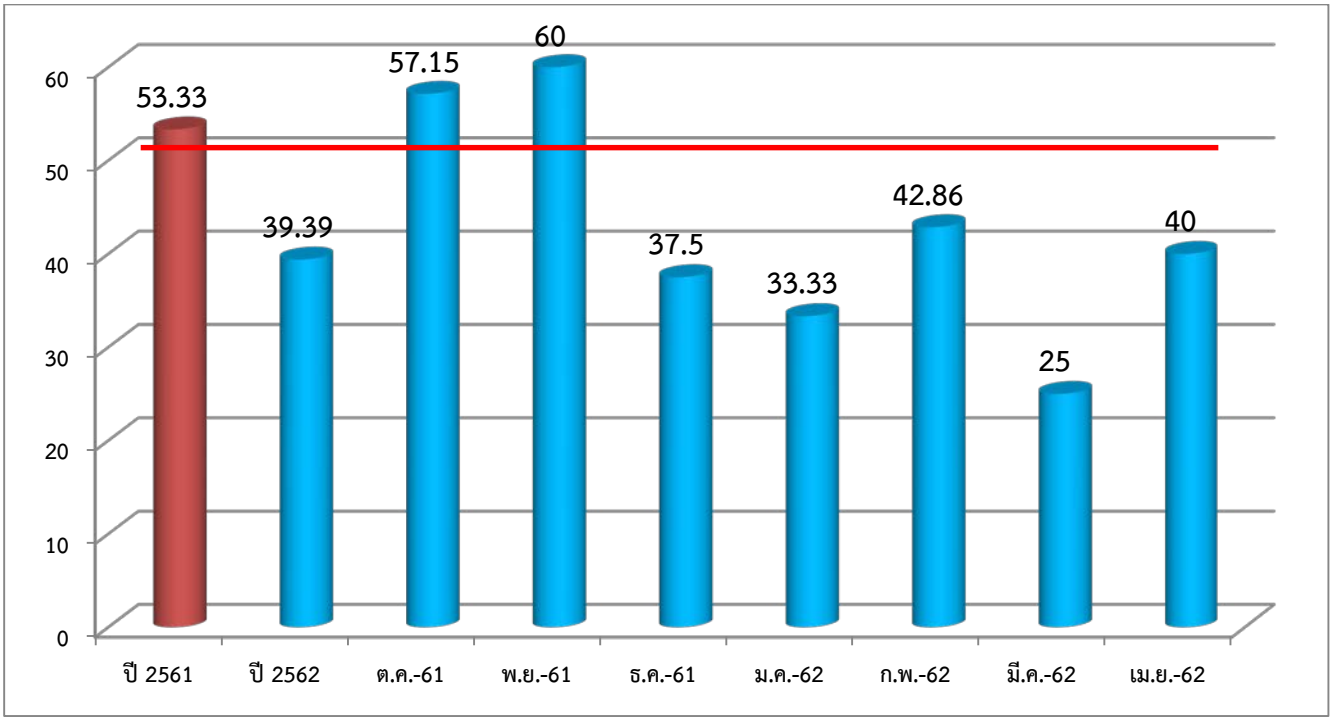
เดือน/ปี	จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture(Fracture around Hip)	การผ่าตัด			ไม่ผ่าตัด
		ผ่าตัดใน ๗๒ ชม.		ไม่ได้ผ่าตัดใน ๗๒ ชม.	
		ผลงาน	ร้อยละ		
ต.ค.๖๑	๑๗	๔(๗)	๕๗.๑๔	๓	๑๐
พ.ย.๖๑	๑๐	๓(๕)	๖๐	๒	๕
ธ.ค.๖๑	๑๔	๓(๘)	๓๗.๕	๕	๖
ม.ค.๖๒	๒๐	๔(๑๒)	๓๓.๓๓	๘	๘
ก.พ.๖๒	๑๒	๓(๗)	๔๒.๘๖	๔	๕
มี.ค.๖๒	๑๘	๓(๑๒)	๒๕	๙	๖
เม.ย.๖๒	๒๓	๖(๑๕)	๔๐	๙	๘
รวม	๑๑๔	๒๖/๖๖	๓๙.๓๙	๔๐	๔๘

❖ ผู้ป่วยทั้งที่ได้รับการผ่าตัดและไม่ได้รับการผ่าตัด ยังไม่มีภาวะกระดูกหักซ้ำดังนั้น refracture = ๐%

❖ ร้อยละของผู้ป่วย Capture the Fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม. หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (ผลงานนับผู้ป่วยเฉพาะที่ได้รับการผ่าตัด)



❖ กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง (Earysurgery >๕๐%)



๔. แผนงาน - โครงการ หรือมาตรการที่ดำเนินการในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เป้าหมายท้าทาย	มาตรการ/ กลวิธี	แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม	งบประมาณ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<u>ปี ๒๕๖๒</u> - รพช.ในเขตสามารถให้การรักษาผู้ป่วย Non displace Fracture ที่ไม่ complicate ใน รพช. ได้เพิ่มมากขึ้น -Open fracture ควร Debride ใน๖ ชั่วโมง ในระดับA,S ,M๑ -การเปิด Spine unit ในรพ.ระดับ A คือ รพ.หาดใหญ่และรพ.ตรัง -refracture<ร้อยละ ๓๐ ในผู้ป่วยที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง -ผ่าตัดแบบ early surgery >ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไปในผู้ป่วยที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปที่กระดูกหักซ้ำหลังได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง	-การนิเทศงานรพช.ในเขตรับผิดชอบและการให้ความรู้ -การเพิ่มจำนวนบุคลากรทั้งแพทย์และพยาบาลให้เพิ่มมากขึ้น -การเพิ่มพูนความรู้เฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์	-โครงการอบรมเฉพาะทางด้านออร์โธปิดิกส์สำหรับแพทย์และพยาบาลในรพศ./รพท. - โครงการพัฒนาศักยภาพรพช.ในการดูแลรักษาผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ -แผนการจัดตั้ง Spine unit ในรพ.หาดใหญ่และรพ.ตรัง	-งบประมาณ ในการจัดตั้งSpine unit -อัตรากำลังที่เพียงพอ -ความร่วมมือของรพช.ในเขต -ศักยภาพของรพช.ในการดูแลผู้ป่วยด้านออร์โธปิดิกส์		รพศ./รพท.

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

- เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายโรคต้อง consult หลายแผนก ทำให้ผ่าตัดล่าช้าเกิน ๗๒ ชม
- โรงพยาบาลชุมชนระดับ M๒ ไม่มีแพทย์วิสัญญี จึงจำเป็นต้องส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ ทำให้ได้รับการผ่าตัดล่าช้าเกิน ๗๒ ชั่วโมง เนื่องจากต้องรอผ่าตัด

๖. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
๑. โรงพยาบาลชุมชนไม่ส่งผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลระดับ A	- จัดประชุมชี้แจงแก่โรงพยาบาลชุมชนเกี่ยวกับแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
๒. ไม่มีทีม consult โดยตรงในกรณีที่ต้อง consult ในกรณีการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด	- หากมีทีมconsult โดยตรง จะทำให้ผู้ป่วยผ่าตัดได้เร็วขึ้น

๗. นวัตกรรม / Best practice ที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ไม่มี

๘. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน (ประมาณ ๒ - ๔ ภาพ)






ผู้รายงาน นางนันทิกา วัชรมานะกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
โทร ๐๘๑-๗๘๗๓๙๔๐
E-mail : nanti-๙๙@hotmail.com
ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒