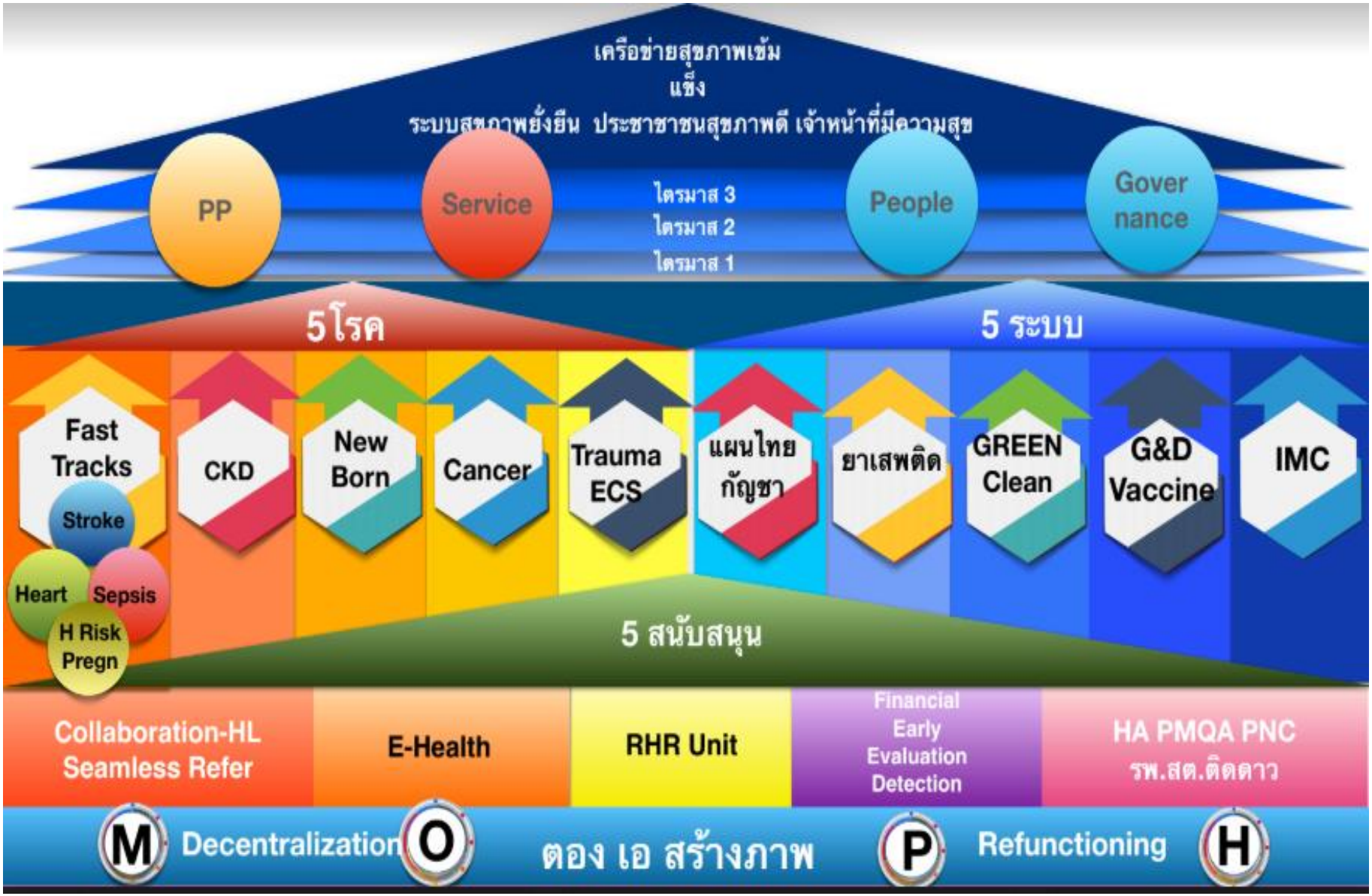
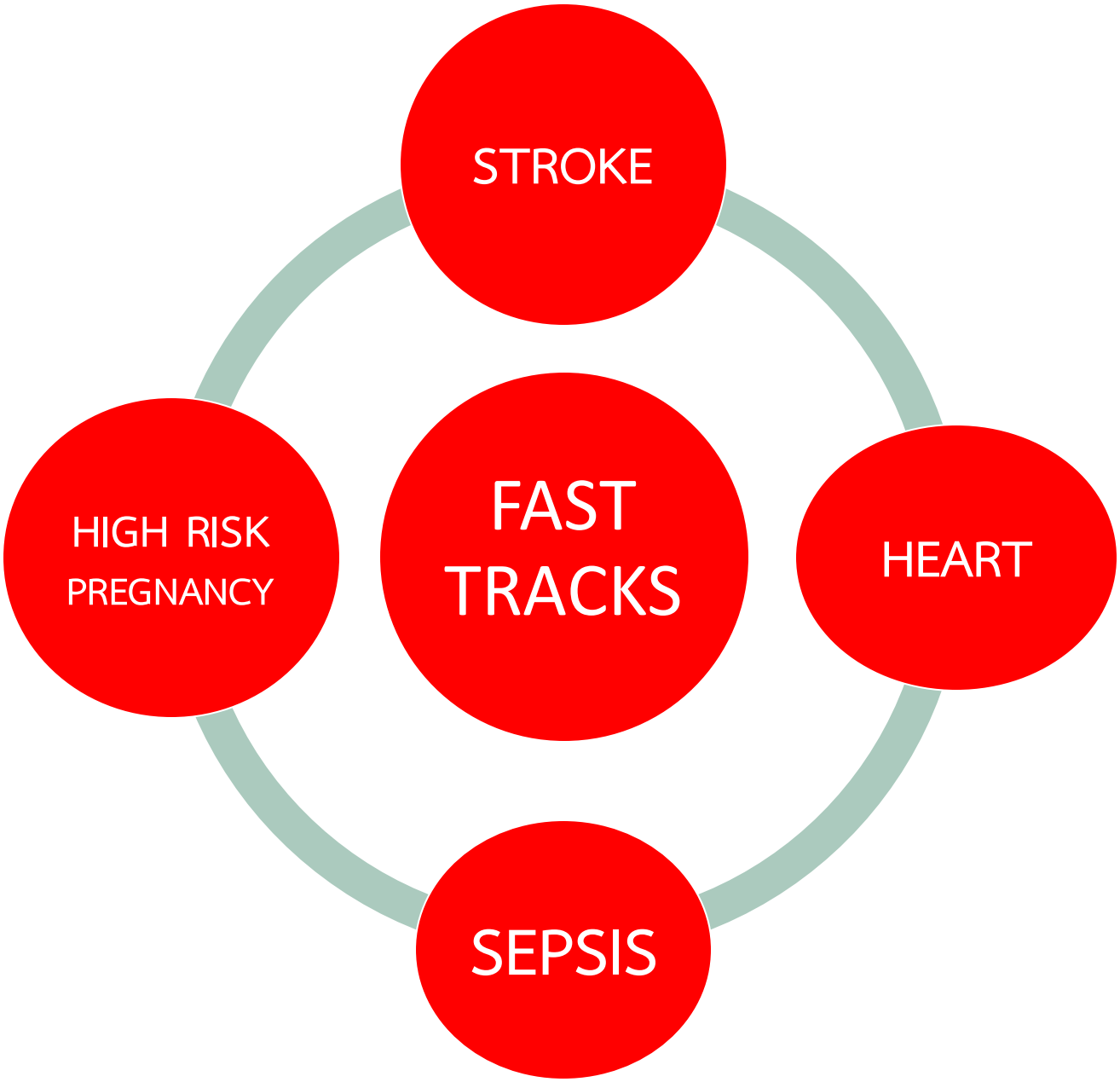

เครือข่ายสุขภาพเข้ม
แข็ง
ระบบสุขภาพยั่งยืน ประชาชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข
PP
Service
ไตรมาส 3
ไตรมาส 2
ไตรมาส 1
People
Gover
nance
5โรค
5 ระบบ
Fast
Tracks
Stroke
Heart
Sepsis
H Risk
Pregn
CKD
New
Born
Cancer
Trauma
ECS
แผนไทย
กัญชา
ยาเสพติด
GREEN
Clean
G&D
Vaccine
IMC
5 สนับสนุน
Collaboration-HL
Seamless Refer
E-Health
RHR Unit
Financial
Early
Evaluation
Detection
HA PMQA PNC
รพ.สต.ติดดาว
M
Decentralization
O
ตอง เอ สร้างภาพ
P
Refunctioning
H


STROKE
HIGH RISK PREGNANCY
FAST TRACKS
HEART
SEPSIS

สาขา Stroke ; ตัวชี้วัด 1. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (เกณฑ์ <7%)

I60-69

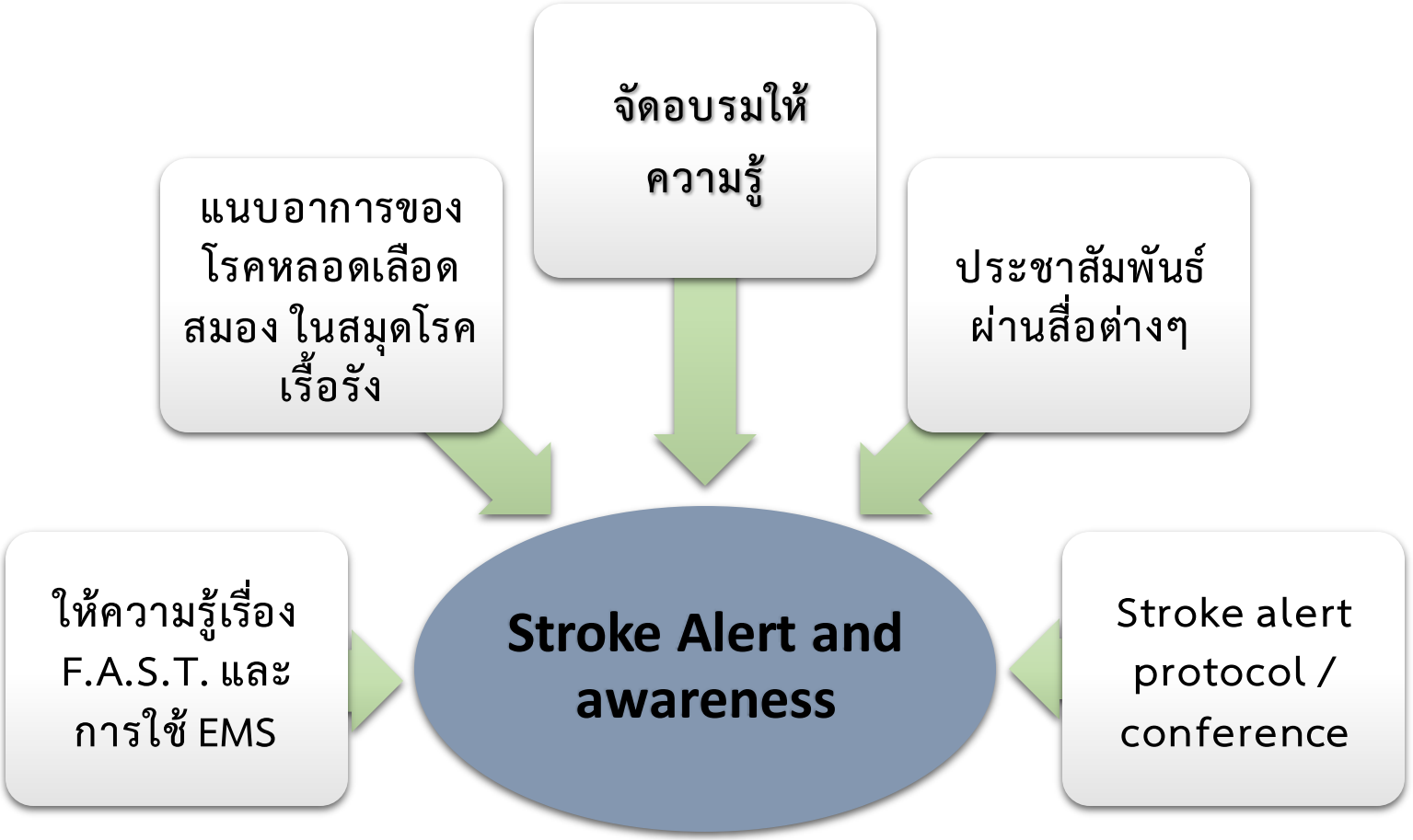
สถานการณ์/ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปี 62 ร้อยละ	ปี 63 (3 ด.) ร้อยละ
อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	<7%	3.69 (105/2,847)	3.76 (17/452)
อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน (I63-I639)	<5%	1.28 (28/2,182)	1.69 (6/354)
อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก(I60-I62)	<25%	17.00 (77/454)	14.47 (11/76)
Door to needle time ภายใน 60 นาที	≥50%	90.43 (85/94)	90.43 (85/94)
ผู้ป่วย I60-I69 เข้ารักษาใน stroke Unit	≥40%	44.32 (922/2,080)	44.32 (922/2,080)
Door to OR ภายใน 90 นาที	≥60%	87.09 (54/62)	84.62 (11/13)

Neurologist (คน) - **General neurologist** - **Stroke** - **Interventionist**	**4** **2** **1** **1**
Neurosurgeon (คน)	4
Stroke nurse /Neuro nurse/stroke manager (คน)	2/2/1
Basic and advance nurse(คน)	6
Stroke unit (เตียง)	5
อัตราการครองเตียง (%)	105

รพ.	ปี 62			ปี 63 (3 เดือน)		
	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ
ตรัง	2551	104	4.08	410	17	4.15
กันตัง	60	0	0	7	0	0
ย่านตาขาว	31	0	0	8	0	0
ปะเหลียน	18	0	0	5	0	0
สิเกา	58	0	0	7	0	0
ห้วยยอด	58	0	0	11	0	0
วังวิเศษ	18	0	0	0	0	0
นาโยง	20	0	0	0	0	0
รัษฎา	20	1	5.00	3	0	0
หาดสำราญ	13	0	0	1	0	0
จ.ตรัง	2,847	105	3.69	452	17	3.76
เขตฯ	14,053	901	6.41	2,749	197	7.17
ประเทศ	165,657	13,212	7.98	36,172	2,802	7.75

การพัฒนางานSTROKE

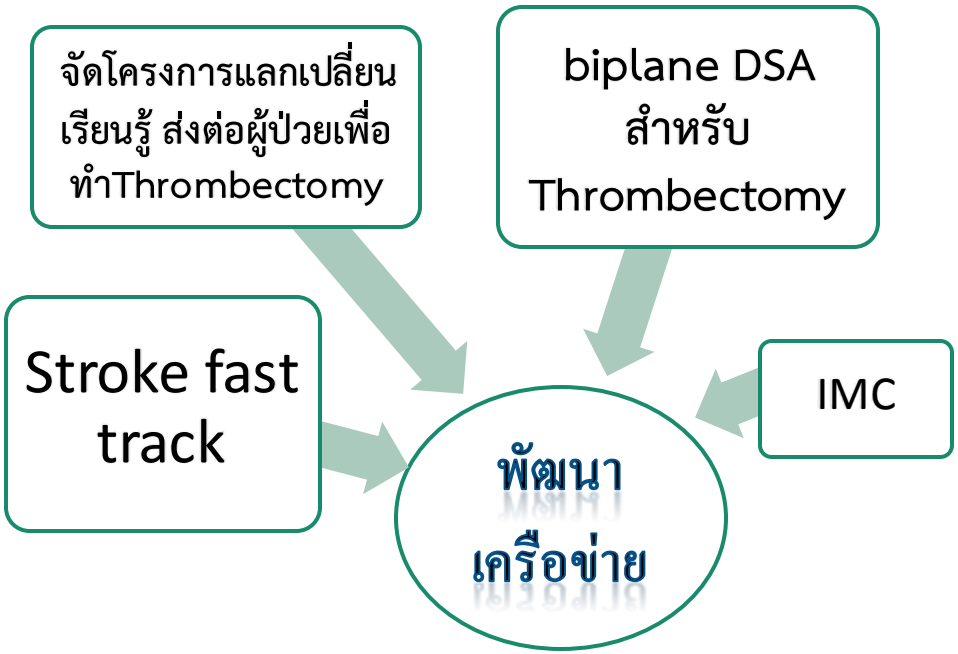
GOAL : Early diagnosis and treatment



โรงพยาบาลตรัง
TRANG HOSPITAL

การพัฒนางานSTROKE

พัฒนาเครือข่าย



พัฒนาระบบการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

- Stroke Team : Conference, RCA
- Fast tract : CT brain, LAB
- standing order , check list Indication
- Neurologist , neurosurgeon line consult
- Rehabilitation : IMC ฝึกการกลืน
- ฝังเข็ม
- HHC
- การใช้ยา
- Palliative care

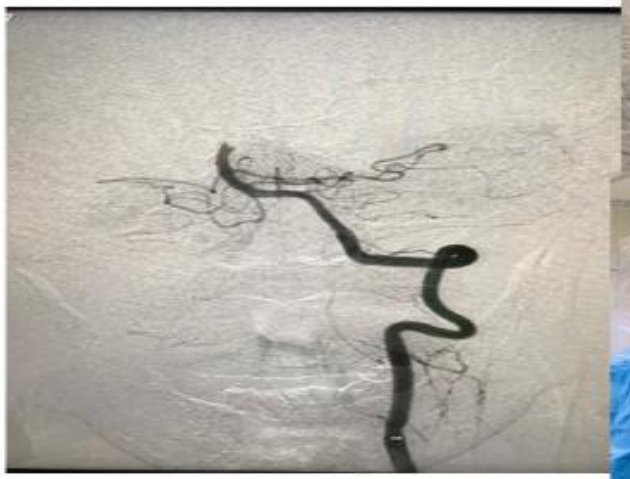
โรงพยาบาลตรัง
TRANG HOSPITAL

Thrombectomy

<u>สถานการณ์ปัจจุบัน</u> : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 17 ราย

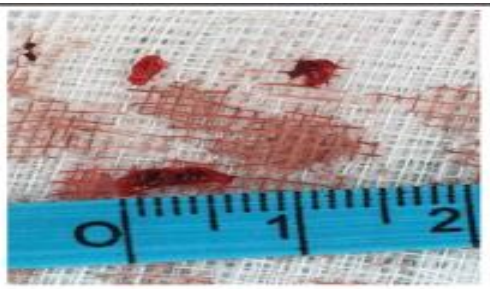
(ระหว่าง 7 กย 62 - 20 มค 63)

หลอดเลือดอุดตัน



เปิดหลอดเลือดสำเร็จ





ขณะให้การรักษาผู้ป่วยแขนขาซ้ายอ่อนแรง พูดไม่ได้



อาการก่อนกลับบ้าน

TRANG HOSPITAL

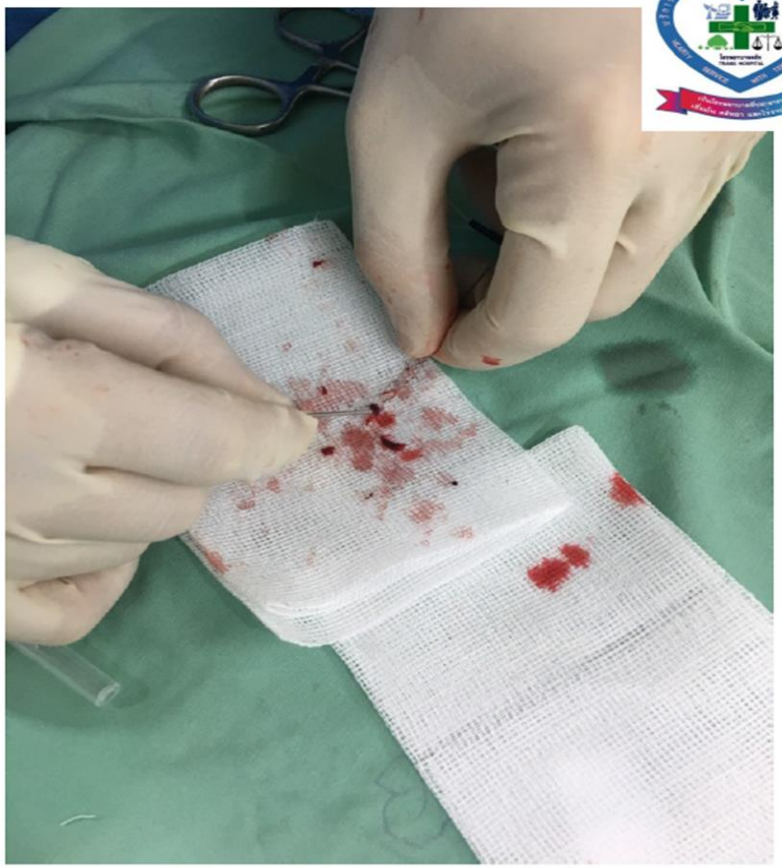
ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ แขนขาซ้ายอ่อนแรง



อาการก่อนกลับบ้าน ไม่อ่อนแรงแล้ว







ขดลวดและลิ่มเลือด ที่นำออกมาจากหลอดเลือดผู้ป่วย

โรงพยาบาลตรัง
TRANG HOSPITAL

สถานการณ์ : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 17 ราย
(ระหว่าง 7 กย 62 - 20 มค 63)

สิทธิ์	จำนวนผู้ป่วย (ราย)
UC	10
เบิกต้นสังกัด	6
ประกันต่างประเทศ	1

รับ refer
รพ.กระบี่ 2 ราย
รพ.พัทลุง 2 ราย
รพ.เอกชน 1 ราย ชาวสวีเดน

ปัญหาและอุปสรรค : ค่าใช้จ่าย

สิทธิ์	ส่วนเกิน* (บาท)
UC	80,000-100,000
เบิกต้นสังกัด	30,000-50,000

* ส่วนเกิน ค่าอุปกรณ์ที่เบิกไม่ได้ตามสิทธิ์ ค่าใช้จ่ายขึ้นกับความยากง่าย อุปกรณ์มีราคาแพงและไม่สามารถนำมาใช้ซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ : Top up ค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วย รายละ 100,000 บาท อย่างน้อย 30 รายต่อปี

TRANG HOSPITAL

ตัวชี้วัด 1 : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ไม่เกินร้อยละ 10)
ตัวชี้วัด 2 : ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ร้อยละ 50)

สถานการณ์

เครือข่าย STEMIตรัง ดูแลรักษาแบบ Primary PCI base มี Interventionist 1 คน cardiologist 2คน รพช. F2 สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ทุก รพช.อัตราตาย STEMIปี62 แนวโน้มลดลงถึงเกณฑ์เป้าหมาย คือ 8.57 % แต่ไตรมาสแรก63 มีแนวโน้มสูงขึ้น 13.64 สาเหตุหลักคือcardiac arrest ,cardiogenic shock จากบ้าน เนื่องจากภาวะความรุนแรงของโรค และมา รพ.ช้า

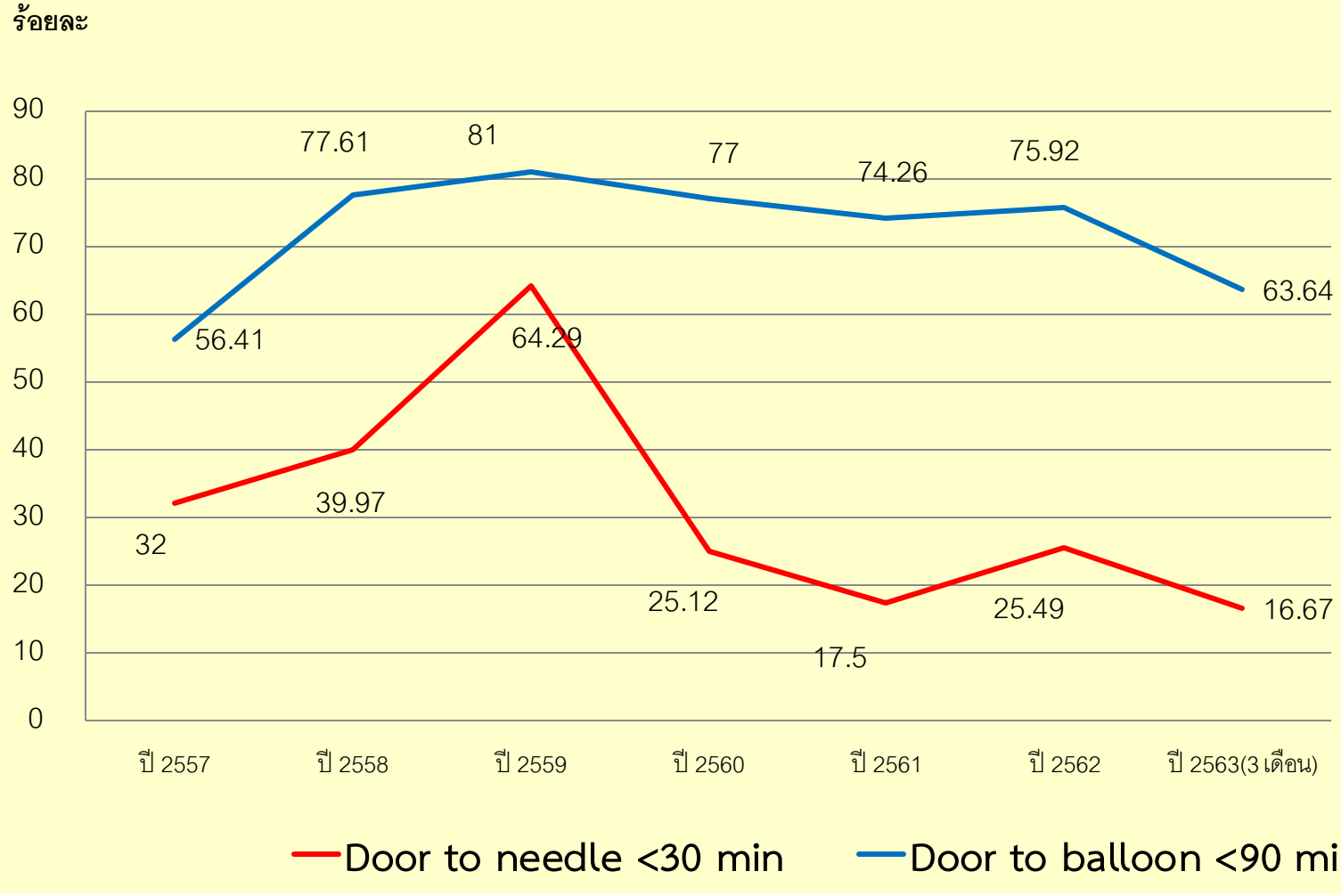
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ไม่เกินร้อยละ 10)

อำเภอ	ปี 62			ปี 63 (ไตรมาสแรก)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองตรัง	61	9	14.75	10	2	20
ห้วยยอด	30	1	3.33	12	1	8.33
กันตัง	24	3	12.5	13	3	23.07
ย่านตาขาว	23	2	8.69	4	0	0
ปะเหลียน	14	1	7.14	7	0	0
สิเกา	11	0	0	0	0	0
วังวิเศษ	4	0	0	3	0	0
นาโยง	12	0	0	6	2	33.3
รัษฎา	10	0	0	4	0	0
หาดสำราญ	3	0	0	1	0	0
อื่นๆ	18	2	11.1	6	1	16.66
จ.ตรัง	210	18	8.57	66	9	13.64

ที่มาข้อมูล : HDC (14 ม.ค. 63)

ระยะเวลาการเปิดหลอดเลือด

ตัวชี้วัดใหม่ 63 ร้อยละของการให้การรักษา STEMI ได้มาตรฐานมากกว่า 50%



ปัญหาอุปสรรค : ยังไม่สามารถให้ยาที่ER

แนวทางการแก้ไข : ปรับกระบวนการ

แผนพัฒนา SP หัวใจ ปี2563

1. พัฒนา ระบบ Fast Track STEMI สู่ความเป็นเลิศ

    -โครงการ ACS alert นำร่องในเขตเทศบาลเมือง

    - พัฒนาเครือข่ายที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เร็ว : มีระบบ Fast track ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. โครงการชุมชนต้นแบบ : หัวใจดีเริ่มที่บ้าน ต. เกาะเคี่ยม อ.กันตัง

3. โครงการ ส่งหัวใจกลับบ้าน : remind order STEMI for secondary prevention

4. โครงการสารสนเทศหัวใจ

5. พัฒนาทีมส่งต่อให้มีศักยภาพ : ACLS award

6. จัดตั้ง Node NSTEMI :รพ. ห้วยยอด

7. ทบทวน ACS และEKG กับเครือข่ายปีละ 1 ครั้ง

SP สาขา Sepsis ตัวชี้วัดที่ :อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เกณฑ์<30%)

ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน ปีงบฯ 62-63(3 เดือน)	62	63(3 ด.)
1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (<30%)	35.77	21.64 (29/134)
2. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic (≥90%)	98.53	100 (164/164)
3. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) (≥90%)	100	95.73 (157/164)
4. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) (≥90%)	90.72	94.51 (155/164)
5. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤติ (ระดับ 2-3) ภายใน 3 ชม. (≥30%)	19.28	15.24 (25/164)

อำเภอ	ปี 62	ปี 63 (3 เดือน)		
	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองตรัง	14.78	59	7	11.86
กันตัง	45.65	20	3	15
ย่านตาขาว	45.24	13	3	23.07
ปะเหลียน	46.15	10	3	30
สิเกา	47.36	6	1	16.66
ห้วยยอด	61.29	11	2	18.18
วังวิเศษ	57.14	8	4	50
นาโยง	35	10	3	30
รัษฎา	36.84	4	1	25
หาดสำราญ	33.33	3	2	66.66
รวม จ.ตรัง	35.77	134	29	21.64

ที่มาข้อมูล : จาก Hos .XP ณ วันที่ 16 ม.ค.63

สถานการณ์ปัจจุบัน

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (<30%) ผลการดำเนินงาน พบว่าภาพรวมจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 21.64 ไม่เกินร้อยละ ๓๐ เป็นไปตามเป้าที่กำหนด ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย sepsis อย่างต่อเนื่อง มีการใช้ SIRS criteria ในการประเมินผู้ป่วยร่วมกับ quick SOFA และใช้ SOS Score ในการเฝ้าระวังอาการทรุดลงโดยพยาบาลวิชาชีพ และการประชุมร่วมกันของทีมดูแลในการพัฒนางานและปรับปรุง Standing order for Sepsis/ Septic Shock เพื่อการดูแลการเฝ้าระวังและการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อการสื่อสารที่เข้าใจตรงกันในการดูแลผู้ป่วย

SP สาขา Sepsis ตัวชี้วัดที่ :อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired (เกณฑ์<30%)

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก ปี 2563	เป้าหมาย	ระยะเวลา
1. ทบทวน dead case: Septic shock	PCT MED	ต.ค.62-ก.ย.63
2. ปรับปรุง CPG / Standing order for sepsis & Septic shock	PCT MED	ต.ค.62-ก.ย.63
3. การส่งต่อข้อมูลให้แก่ รพช. ทุก 4 เดือน เพื่อการพัฒนางาน	รพช.ในเครือข่าย	ต.ค.62-ก.ย.63
4. การนิเทศกระบวนการพยาบาล early warning sign ประเมินก่อนอาการทรุดลง การ Assessment & Re-assessment	กลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม	ต.ค.62-ก.ย.63

ปัญหาอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. ศักยภาพของบุคลากรไม่เพียงพอในด้านความรู้และทักษะ/ไม่นำ standing order สู่การปฏิบัติ	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร (การฟื้นฟูวิชาการ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย)
2. ภาระงานของบุคลากร คนไม่เพียงพอกับงาน	2. จัดแพทย์เวรให้เพียงพอกับผู้ป่วย 3. ควรเพิ่มพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเพื่อติดตามผู้ป่วยให้ทันต่ออาการที่เปลี่ยนแปลง
3. ICU ไม่เพียงพอในการให้บริการผู้ป่วยวิกฤต	4. จัดระบบบริหารจัดการเตียงไอซียู

อบรมให้ความรู้ Sepsis











สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ตัวชี้วัด : อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสน การเกิดมีชีพ

สถานการณ์	60	61	62	63 ต.ค.-ธ.ค.
อัตรา	50.68	0	32.77	0
จำนวน	3	0	2	0

PPH, Embolism, Septic shock

PIH, Unkown cause







Change

ZERO MMR

Plan of Pregnancy

Plan of ANC

Plan of Delivery

Plan of Follow up

1.วางแผนการตั้งครรภ์

-เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์กลุ่มโรคเรื้อรัง DM ,HT

-อสม./รพ.สต.ค้นหา

-Norplant มารดาวัยรุ่นก่อน D/C

2.วางแผนฝากครรภ์

Very Low	Low	High
รพ.สต.	รพช.	รพศ.

-Timing CPG

-Line gr.

-High Risk พบสูติแพทย์ทุกราย

3.วางแผนการคลอด

Very Low	Low	High
รพช.	รพช.	รพศ.

-LR Fast Track ,Line gr.

-Risk Assessment

-พัฒนา Non Technical Skill

-WS ภาวะฉุกเฉิน

-สูติแพทย์ทำคลอด High Risk

4. ระบบติดตาม High Risk

-Close F/U Anti-Post partum

care in high risk

-Line gr. MCH





สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ตัวชี้วัด : อัตราทารกคลอดก่อนกำหนด (Preterm labor) ไม่เกิน 7% หรือลดลงร้อยละ 1 /ปี

อัตรา PTL รายรพ.	ปี 2562	ปี 2563 ต.ค.-ธ.ค.
รวมจังหวัด	5.88	5.55
ตรัง	6.87	4.97
นาโยง	11.64	10
สิเกา	3.87	2.12
ย่านตาขาว	7.85	7.93
ปะเหลียน	7.79	6.12
ห้วยยอด	9.31	14.43
รัษฎา	9.72	10
วังวิเศษ	5.55	13.51
กันตัง	11.28	12.85





เตือนก่อนนัด



Primary Prevention... Early ANC ,Screen risk , education (รร.พ่อแม่แนวใหม่), medication (calcium , ASA) , empowerment เสริมพลังรพช. , เครือข่าย RSA (รพ.หาดใหญ่)

Secondary Prevention.....Previous Preterm ได้รับยา progesterone ทุกราย , Call center 24 ชม. (ANC-LR)

Tertiary Prevention.....มารพ.ทันเวลา ,ได้รับการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว, ได้รับยายับยั้งทัน

Challenge

1.เยี่ยมก่อนคลอด
2.ผลักดันให้กลุ่ม Previous Preterm ได้รับ progesterone 100%
3.กลุ่ม high risk HDP ได้ ASA 100 %

แผนพัฒนา สาขาสูติ-นรีเวชกรรม ปีงบฯ 2563

โครงการพัฒนาเครือข่ายบริการเพื่อความปลอดภัยหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

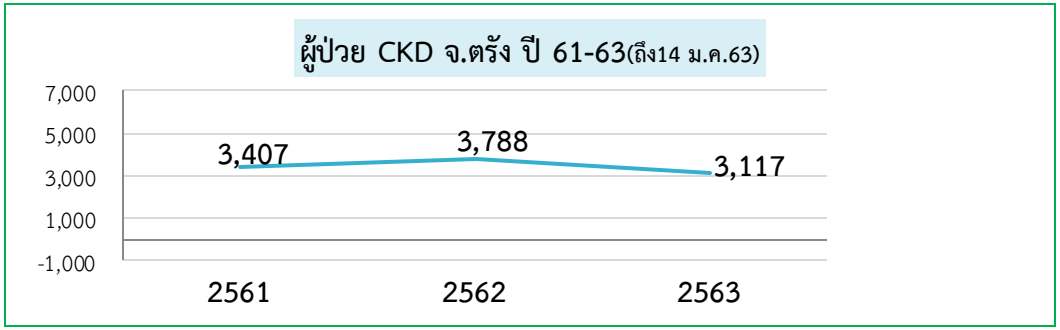
1. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง
2. Near Miss Sharing Conference
3. ประชุมเชิงปฏิบัติการ การช่วยภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรมและทารกแรกเกิด





Service Plan สาขาไต

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m^2 /y (เกณฑ์ 66%)



สถานการณ์ปัจจุบัน

- ผู้ป่วย CKD จ.ตรัง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี สาเหตุหลักจาก DM และ HT
- อัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73 m2/yr (เกณฑ์ 66%) ปี 60-62 ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ปี 60: 64.32 ปี 61: 67.92 ปี 62: 60.77 แต่ปี 63 : 79.4 (1 ต.ค.62 – 14 ม.ค.63) ผลงานผ่านเกณฑ์ทุกอำเภอยกเว้น รพช.รัษฎา **(เนื่องจากมีการปรับตัวชี้วัด eGFR จาก <4 เป็น <5 และพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปี งบประมาณ)**

ปัจจัยความสำเร็จ

1. มีอายุรแพทย์โรคไตจากรพ.ตรัง ออกตรวจคลินิกชะลอไตเสื่อม ใน รพช.ห้วยยอด, กันตัง, ย่านตาขาว
2. เน้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคและจัดกิจกรรมป้องกัน
3. ส่วนกลางขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เช่น ควบคุมสื่อโฆษณา เรื่องอาหารเสริม, สมุนไพร, ลดเค็ม

อำเภอ	ปี 62			ปี 63 (งวดแรก)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
เมืองตรัง	1,029	606	58.89	590	456	77.29
ห้วยยอด	514	301	58.56	556	459	82.55
กันตัง	466	278	59.66	420	323	76.9
ย่านตาขาว	520	318	61.15	519	445	85.74
ปะเหลียน	452	296	65.49	413	302	73.12
สิเกา	89	58	65.17	51	41	80.39
วังวิเศษ	403	240	59.55	280	224	80
นาโยง	225	141	62.67	165	143	86.67
รัษฎา	80	60	75	105	66	62.86
หาดสำราญ	10	4	40	18	16	88.89
จ.ตรัง	3,788	2,302	60.77	3,117	2,475	79.4
เขตฯ			59.74			79.93
ประเทศ			60.19			78.15

ที่มาข้อมูล : HDC (14 ม.ค. 63)

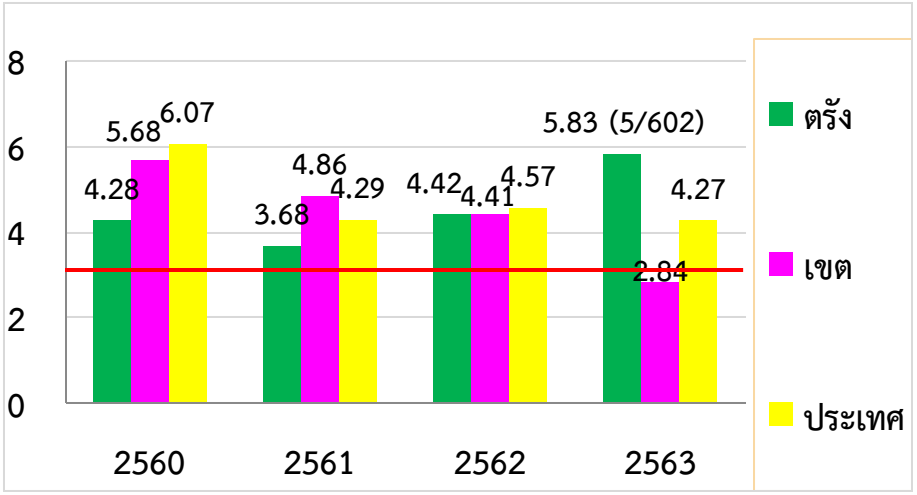
แผนการดำเนินงาน SP สาขาไต ในปีงบฯ 2563

แผนงาน/โครงการ ปีงบฯ 63	รพ. ตรัง	รพช.								สสอ/ รพสต.
		ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	หาดสำราญ	
	A	M2	F1	F1	F2	F2	F2	F2	F3	
1. คัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในผู้ป่วย DM/HT ใน รพ.สต. ในเขตอำเภอเมืองตรัง และ รพช. ≥80% (สาขา NCD)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. Primary prevention มีการดำเนินการในระดับ รพช./รพ.สต./ อสม. โดยการปรับเปลี่ยนพฤตกรรม ลดหวาน มัน เค็ม (สาขา NCD/PCC)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. รพช. อสม. การจัดการผู้ป่วยโรคไต แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ (โครงการ มี.ค.63)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4. จัดบริการ Palliative Care สำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการบำบัดโรคไต ร่วมกับทีม Palliative Care	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
5. จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไต วันไตโลก (มี.ค.63)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

สาขาทารกแรกเกิด จังหวัดตรัง ปี 2563

ตัวชี้วัด : อัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน < 3.7 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีพ

ผลงาน ปี 2560-2563 (แหล่งข้อมูล hdc 14 ม.ค.63)



สถานการณ์

จังหวัดตรัง – ฝึกปฏิบัติและอบรมให้ความรู้ NCPR เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพในการใช้อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง(Resusi flow ,Neo-T เป็นต้น)

- ในเขต12 – NNP 4 เดือน
- จัดระบบ Buddy Refer System ตรัง พัทลุง
- จัดสรรอุปกรณ์ให้กับทุกรพช. (Neo-T)
- ลงนิเทศน์ เสริมพลังและให้ความรู้ทางวิชาการ
- มีการส่งต่อข้าม รพ.ระดับA ไปยังรพ.มอ แต่ยังไม่ออกนอกเขตสุขภาพ

จุดอ่อน/จุดแข็ง/โอกาส/ปัญหาอุปสรรค

- ขาดอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจในบาง รพช
- หลักสูตร NNP ที่หาดใหญ่สิ้นสุด รุ่นต่อไปพิจารณาส่งอบรมส่วนกลาง

มาตรการหลัก/แนวทางการดำเนินเงินงาน/แก้ไขปัญหา ปี 2563

1. ประสานงานกับ SP สูติฯ การค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ เน้นการฝากครรภ์ที่มีคุณภาพ
2. การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอดอย่างมีคุณภาพ
3. พัฒนาการดูแลทารกแรกเกิด ตั้งแต่แรกเกิด

แผนการดำเนินงาน SP สาขากุมารเวชกรรม ในปีงบฯ 2563

	รพ.ตรัง	รพช.								สสอ/ รพสต.
		ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	หาดสำราญ	
	A	M2	F1	F1	F2	F2	F2	F2	F3	
1. ฝึกปฏิบัติและอบรมให้ความรู้ NCPR เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการใช้อุปกรณ์ดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
2. ส่งพยาบาลอบรม NNP 4 เดือน	✓									
3. จัดระบบ Buddy Refer System ตรัง-พัทลุง (พัทลุงมีหมอ Newborn) ใน case ยากๆก็จะส่งต่อไปพัทลุง	✓									
4. กรณีเด็กมี MAS Meconium เด็กเหนื่อยให้ refer ภายใน 1 ชม. ถ้า stable แล้ว		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
5. เด็ก Preterm refer ทุกราย → refer มาเป็น Intrauterine		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
6. ปรับแนวทางการให้ Surfactance 100% ถ้า Preterm newborn ที่หายใจเหนื่อย on ventilator	✓									
7. การทำงานร่วมสูติฯ แม่มีปัญหา PROM ติดเชื้อ refer มารพ.ตรัง ปรับเกณฑ์ refer เร็วขึ้นกว่าเดิม 18 ชม.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
8. ปรับแนวทาง Posterm ที่มี MAS ด้วย		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
9. แนวทางสูติฯ กรณีเด็กเป็น Neonatal sepsis และเสียชีวิต ให้ประสานกลับไปที่ รพช.เพื่อทำ Vaginal swab c/s ทุกราย, Note ไปในสมุด ANC มีผลต่อ ANC ครั้งต่อไปในการให้ยา Antibiotic จะใช้เป็นแนวทางในปี 63 ทุกราย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SP สาขามะเร็ง : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

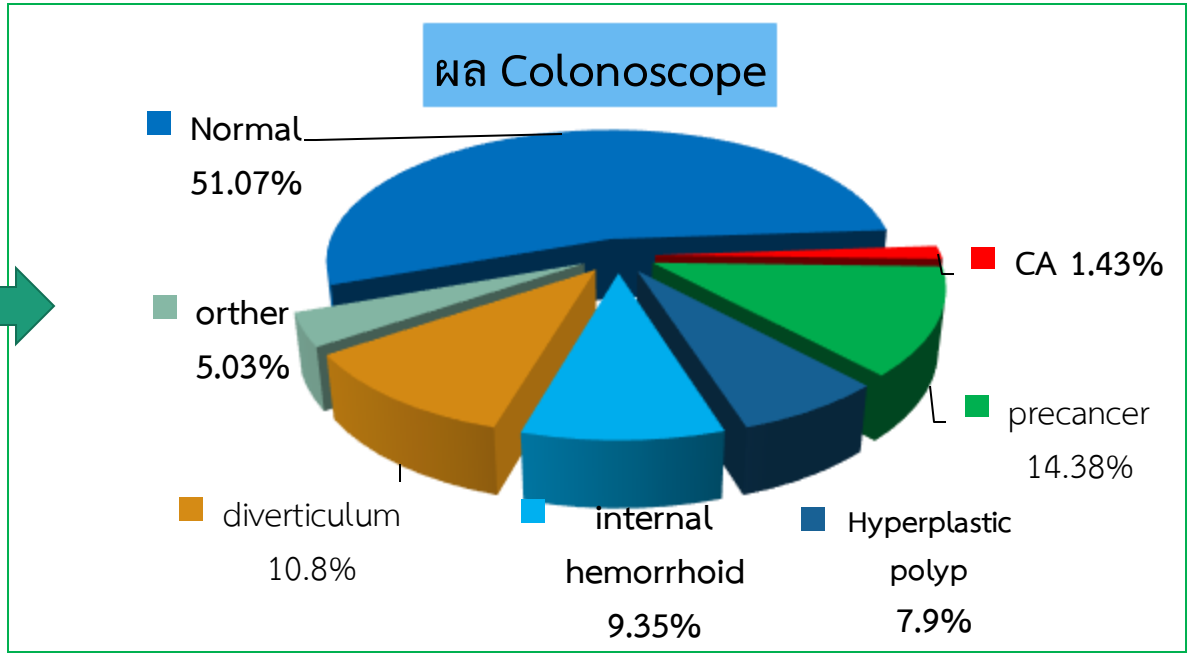
สถานการณ์

- คัดกรองมะเร็งเต้านม
  ปี 61 : 77.20%
  ปี 62 : 77.64%,
  ปี 63 : 35.04%
- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี 72.64%
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
  ปี 60 : 84.69% ปี 61 : 79.63%
  ปี 62 : 85.64%

อำเภอ	ปี 61			ปี 62		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (70%)	105	76	72.38	108	77	71
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (70%)	80	62	78	94	86	81
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (60%)	57	51	89.47	27	26	96.29

ที่มาข้อมูล : ศูนย์มะเร็งรพ.ตรัง (20 พ.ย.62)

Small success	ผลการดำเนินการ
1. โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ 2. โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม CBE	1. FIT test 85.64% colonoscopy 139 คน 2. มีโครงการ CBE 500 ราย ครบ 100%, มีโครงการ MMG รองรับ 100%



ความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งเต้านม (เกณฑ์ >๘๐%)

อำเภอ	2561	2562	2563
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
เมือง	38.4	47.29	19.08
กันตัง	87.22	88.61	57.44
ย่านตาขาว	97.39	93.04	71.51
ปะเหลียน	94.67	88.68	49.48
สิเกา	58.23	22.01	37.01
ห้วยยอด	96.62	24.34	21.03
วังวิเศษ	95.34	81.23	34.56
นาโยง	90.41	88.24	35.77
รัษฎา	95.16	10.19	1.39
หาดสำราญ	77.63	79.67	6.18
รวม จ.ตรัง	77.2	77.64	35.04

ความครอบคลุมของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (เกณฑ์ >๘๐%)

อำเภอ	2562	2563
	ร้อยละ	ร้อยละ
เมือง	47.02	3.97
กันตัง	59.22	12.66
ย่านตาขาว	83.69	18.69
ปะเหลียน	93.15	12.56
สิเกา	82.94	12.15
ห้วยยอด	92.34	15.33
วังวิเศษ	80.91	34.61
นาโยง	74.36	15.03
รัษฎา	84.35	22.04
หาดสำราญ	83.09	11.05
รวม จ.ตรัง	72.64	13.43

ที่มาข้อมูล : HDC (16 ม.ค.63)

แผนการดำเนินงาน SP สาขามะเร็ง ในปีงบฯ 2563

แผนงาน/โครงการ ปีงบฯ 63	รพ. ตรัง	รพช.								สสอ/ รพสต.
		ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	ปะเหลียน	สิเกา	วังวิเศษ	นาโยง	หาดสำราญ	
	A	M2	F1	F1	F2	F2	F2	F2	F3	
1. จัดให้มีโครงการ การป้องกันและการรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงในทุกอำเภอ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตรวจคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งลำไส้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

ปัญหาและอุปสรรค

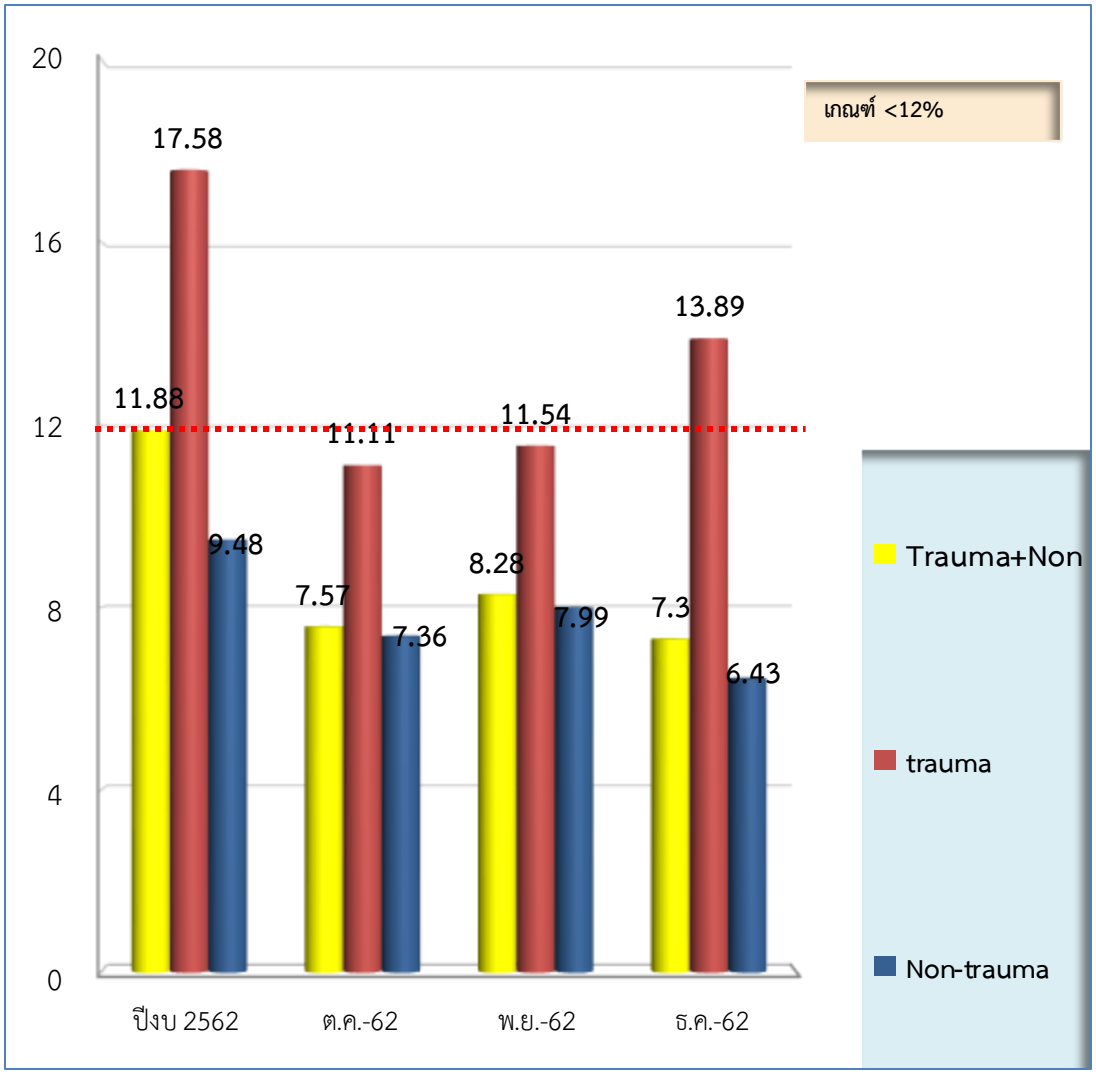
- 1.จำนวนบุคลากร/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอ
- 2.ประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย
- 3.ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ

มาตรการ หรือผลการดำเนินการ ตามข้อสั่งการ/ข้อเสนอแนะ

1. ให้มีคลินิกพิเศษ(คลินิกอดบุหรี่คลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการโปรแกรมวัคซีน(HBV HPV)
2. ประชาสัมพันธ์ทางสื่อวิทยุท้องถิ่น เสี่ยงตามสาย
3. ให้มีตลาดนัดสุขภาพทุกอำเภอ
4. สร้างช่องทางการสื่อสารให้ความรู้คำตอบสองทางทางสื่อสาธารณะ ได้แก่ Face book ,line @เพื่อค้นหาคำตอบการแชร์ความรู้ด้านมะเร็งที่ถูกต้อง

SP สาขาอุบัติเหตุ : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level1) ภายใน 24 ชั่วโมง ของ รพ ระดับA,S,M1

7.72% ไตรมาส1/2563 (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย<12%) (Trauma<12%,Non-trauma<12%)

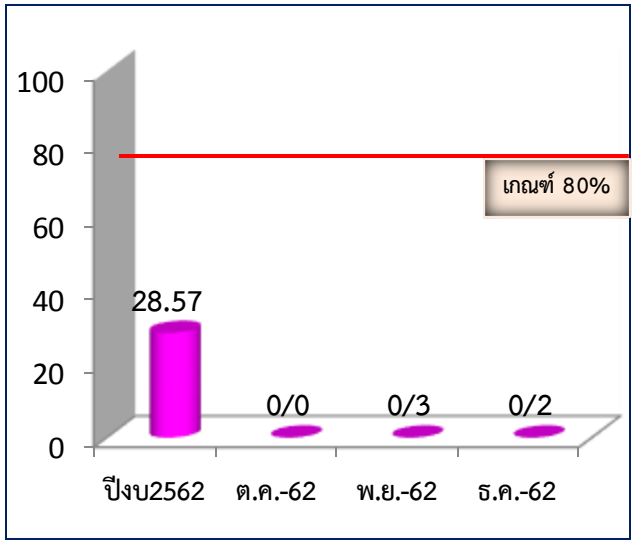


1. Heart
2. CVA
3. Sepsis
4. Pneumonia
5. Multiple Trauma

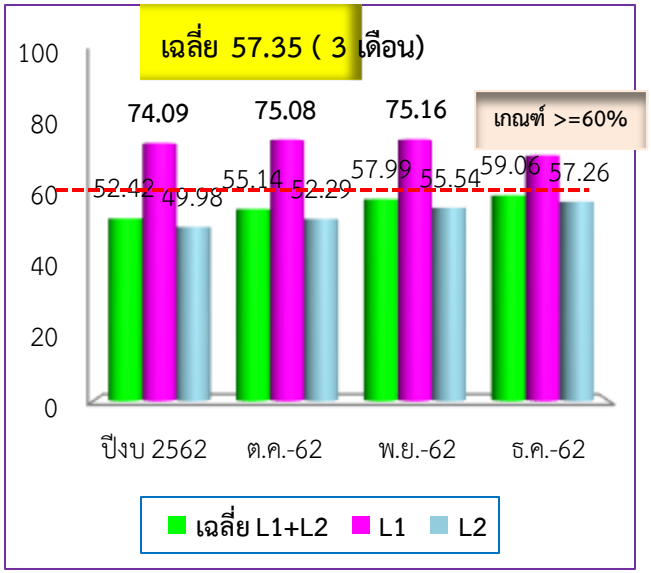
ปัญหา/ข้อจำกัด

- ปัญหาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรค NCD รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ
- ประชาชนขาดความรู้ในการรีบมาพบแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis
- ขาดแพทย์ศัลยกรรมอุบัติเหตุเวชบำบัดวิกฤต
- จำนวนเตียง ICU น้อย

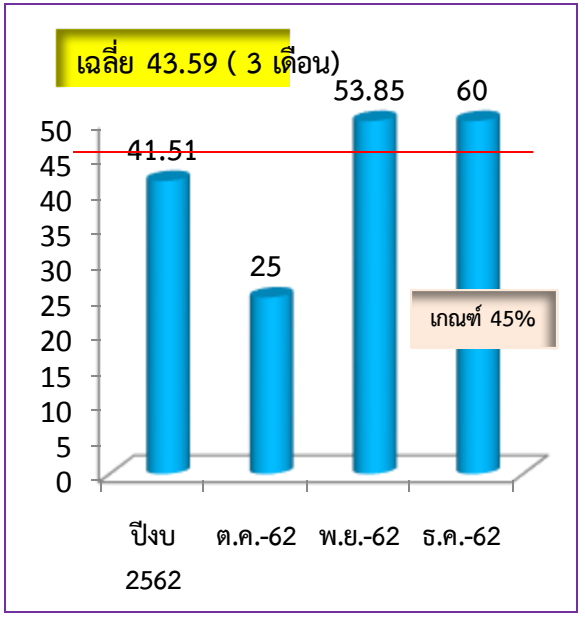
อัตราของผู้ป่วยTrauma Triage Level 1 (มีข้อบ่งชี้) เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80)



อัตราของผู้ป่วย Triage L1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน <2 ชม.



อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย severe TBI



ปัญหา	มาตรการ หรือแผนการดำเนินการ
1.ยังมีปัญหาในระบบการดูแลผู้ป่วยMultiple trauma	- จัดตั้ง Trauma team ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีศัลยแพทย์เป็นผู้ดูแลหลักในช่วงแรก

ปัญหา	มาตรการ หรือแผนการดำเนินการ
2. อัตราของผู้ป่วย Triage Level 1, 2 อยู่ในห้องฉุกเฉินน้อยกว่า 2 ชั่วโมง พบว่ามี Over Triage (เฉลี่ย 57.35)	- Revise ระบบ Triage เนื่องจากพบว่ามี Over Triage HT Urgency, Abdominal pain Hyperglycemia เดิมเป็น Level 2 ปรับเป็น Level 3

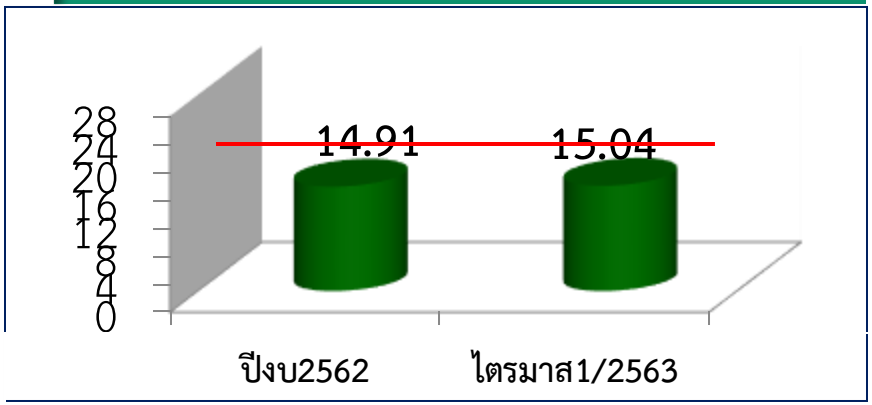
ปัญหา	มาตรการ หรือแผนการดำเนินการ
3. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Severe TBI เฉลี่ย 43.59	- ส่งเสริมเรื่อง Prevention เช่นการสวมหมวกกันน็อค - พัฒนาแนวทางการดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

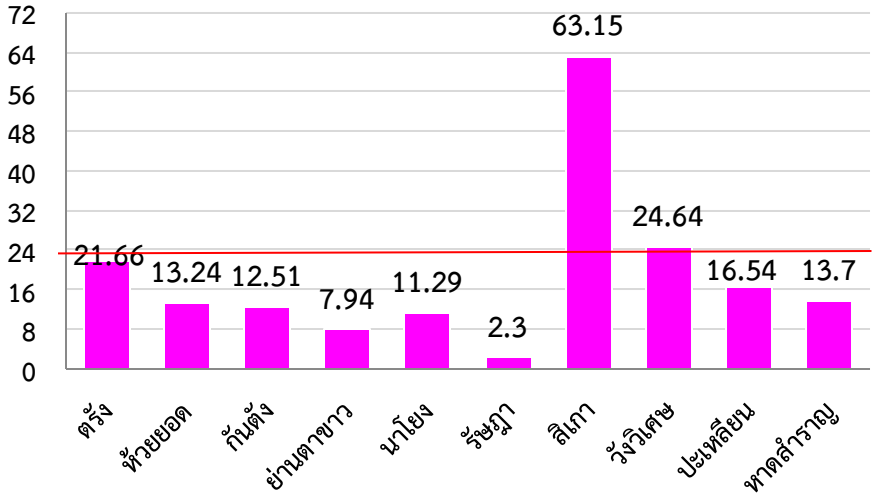
แผนพัฒนา

1.แต่งตั้งคณะกรรมการTrauma Team
2. เน้นการดูแลผู้ป่วย Multiple Trauma เป็นตัวชี้วัดที่ต้องติดตามของPCT Sx

ตัวชี้วัด : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24)

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24)





ปัญหา	มาตรการ หรือแนวทางการดำเนินงาน
1. จำนวนหน่วยไม่ครอบคลุมพื้นที่	1. ร่วมมือกับอปท.จัดตั้งหน่วยกู้ชีพระดับ FR เพิ่มขึ้น (มีแผนปี 63 จัดตั้งเพิ่ม 2 หน่วย) 2. ประชุม EMS Day ทุก 2-3 เดือนเพื่อพัฒนาระบบและสร้างความยั่งยืนในระบบอปท. กรณีช่วงเวลาที่รพ.ไม่สามารถออกเหตุได้ ศูนย์ฯ มีแนวทางการประสานงานให้หน่วยปฏิบัติการอื่นออกเหตุแทน
2. บุคลากรประจำหน่วยในภาพรวมมีน้อยใช้บุคคลากรร่วม	
3. ประชาชนขาดความมั่นใจและความเข้าใจในการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	

ตัวชี้วัด : ร้อยละ ER คุณภาพ โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ประเมินECS ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50 (> ร้อยละ 80)

สถานการณ์ปัจจุบัน

จังหวัดตรัง ประกอบด้วยโรงพยาบาลรัฐ 10 แห่ง ระดับ A 1 แห่ง ได้แก่ รพ.ตรัง ,ระดับ M2 ได้แก่ รพ.ห้วยยอด , ระดับ F1 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ รพ.กันตัง ,ย่านตาขาว ระดับ F2 จำนวน 5แห่ง และ ระดับ F3 จำนวน 1 แห่ง ได้มีการประเมิน ECS คุณภาพใน รพ. F2 ขึ้นไป ปี 62 เป้าหมายรพ.ผ่านเกณฑ์ร้อยละ40 ทั้งจังหวัดได้ ร้อยละ 77.7 ปี 63 ประเมินคุณภาพปรับเกณฑ์รพ.ผ่านเกณฑ์ร้อยละ50 ทั้งจังหวัดคุณภาพได้ ร้อยละ 100



ปัญหา/อุปสรรค ที่พบส่วนใหญ่ ใน รพ.ทุกแห่ง	แผนพัฒนา
1. โครงสร้างพื้นที่ให้บริการงาน ER ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์	ของบประมาณปรับปรุง / ใช้พื้นที่ร่วมกับงานอื่น
2. ขาดอัตรากำลังบุคลากรแพทย์เฉพาะทางและพยาบาลเฉพาะทาง (ENP)ประจำแต่ละเวร	ขออัตรากำลังเพิ่ม
3. หน่วยสนับสนุน เช่น Lab , X-ray ไม่มีนอกเวลาตลอด 24 ชม.	
4. ไม่มีงานวิจัย	วางแผนเตรียมศึกษางานวิจัย
5. การให้บริการ Pre-hos มีหน่วย FR ในพื้นที่ไม่ครอบคลุม	ร่วมมือ กับ อปท.ให้มีการจัดตั้งหน่วยเพิ่มขึ้น
6. การประเมิน ECS คุณภาพ ใช้เกณฑ์ มาตรฐานสูงสำหรับ รพช.	-

อำเภอ	คะแนนประเมิน ECS คุณภาพ(ร้อยละ)		
	เป้าหมาย ปี 63	ประเมินปี 62 (เป้าหมาย 40%)	ประเมิน ปี63
เมือง A	50	59.4	73.6
ห้วยยอด M2	50	48.9	50.2
กันตัง F1	50	41.7	59
ย่านตาขาว F1	50	40.7	55.2
นาโยง F2	50	49.3	50.2
ปะเหลียน F2	50	34.1	50.1
วังวิเศษ F2	50	23.6	50.1
สิเกา F2	50	47.7	50.2
รัษฎา F2	50	42.6	56.9
หาดสำราญ F3	NA	NA	NA
ตรัง	80	77.7	100

ที่มาข้อมูล : ประเมิน ER รพ.ทุกแห่ง(วันที่ 17 ม.ค.63)