...ยินดีต้อนรับ...



นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก
ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๑๒



นายแพทย์สมชัย อัศวสุดสาคร
สาธารณสุขนิเทศก์ เขตสุขภาพที่ ๑๒

การตรวจราชการและนิเทศงานระดับกระทรวง กรณีปกติ จังหวัดตรัง

รอบที่ ๒/๒๕๖๔ ระหว่างวันที่ ๘ - ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๔

โรงพยาบาลคุณภาพของประชาชนเพื่อสุขภาพที่ดี

Quality Hospital of the People for the Good Health



นพ. สมบัติ สอนเสาวภาคย์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล



นายสงกรานต์ จันทรมุณี
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่1



นายศักดิ์วุฒิ รัตตานุกูล
รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ 2



นายสาธิต ณ พัทลุง
รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร



นางเพ็ญศรี แคนยุกต์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านการพยาบาล



นายไกรสร โตทับเที่ยง
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านบริการปฐมภูมิ



นางสาวธิติมา ศิริมาตยาพันธุ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



นายณัฏฐ์ธารณ์ เชิดพงษ์ฐกิตติ์
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านทุติยภูมิและตติยภูมิ



นางปวีณา บุญเจริญ
รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ
ด้านผลิตบุคลากรทางการแพทย์



นายชัยเจริญ ช่วยช่าง
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านสิ่งแวดล้อม



นางรัศมี เจริญกูล
ผู้ช่วยผู้อำนวยการด้านการจัดเก็บรายได้
และงานประกันสุขภาพ



ร่วมขับเคลื่อน ค่านิยม กระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลตรัง
Trang Hospital

ค่านิยม/วัฒนธรรม

- **M** Mastery เป็นนายตนเอง
- **O** Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่
- **P** People Centered Approach ใส่ใจประชาชน
- **H** Humility ถ่อมตน อ่อนน้อม





เป้าหมาย

ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่มีความสุข

ยุทธศาสตร์ 4 ด้าน

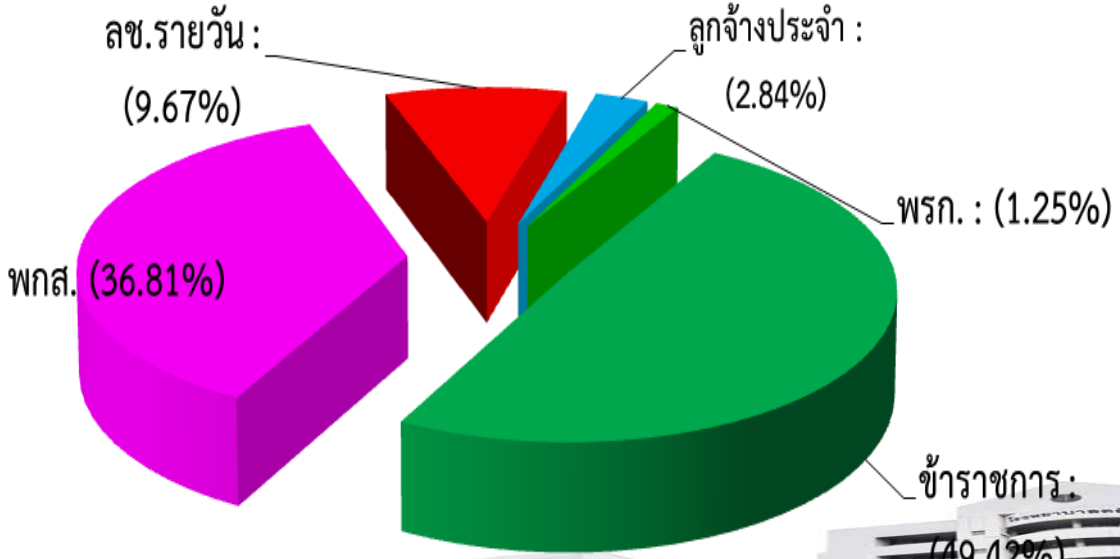
01	PP&P	ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคเป็นเลิศ
02	Service	บริการเป็นเลิศ
03	People	บุคลากรเป็นเลิศ
04	Governance	บริหารเป็นเลิศ ด้วยธรรมาภิบาล

โปร่งใส มีวินัย ใส่ใจบริการ

โรงพยาบาลตรัง
Trang hospital

อัตรากำลังปัจจุบัน 2,078 คน





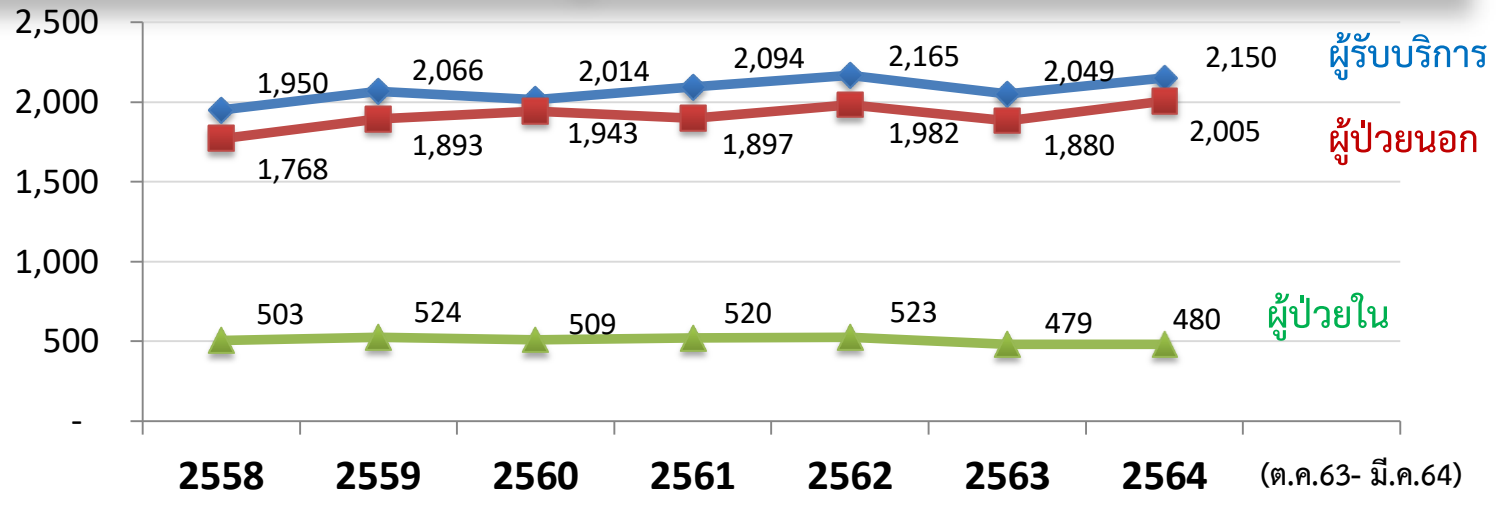


บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติงานจริง ณ 1 พ.ค.64

อัตรากำลัง	จำนวน	FTE ขั้นสูง
แพทย์	114	143
ทันตแพทย์	15	14
เภสัชกร	40	47
พยาบาล	655	903
นักกายภาพบำบัด	18	24
บุคลากรอื่นๆ	1,236	
รวม	2,078	

กลุ่มงาน	จำนวน	ลาศึกษาต่อ	รวม
อายุรกรรม	25	6	31
ศัลยกรรม	17	7	24
ออร์โธปิดิกส์	10	-	10
จิตเวชศาสตร์	4	1	5
สูติศาสตร์-นรีเวชกรรม	9	-	9
กุมารเวชกรรม	10	3	13
โสต ศอ นาสิก วิทยา	4	-	4
จักษุวิทยา	4	1	5
วิสัญญีวิทยา	5	0	5
รังสีวิทยา	8	3	11
เวชศาสตร์ครอบครัว	12	7	19
เวชศาสตร์ฟื้นฟู	3	0	3
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	3	2	5
สาขาพยาธิวิทยากายวิภาค	-	2	2
นิติเวชศาสตร์	-	1	1
รวม	**114**	**33**	**147**

จำนวนผู้รับบริการ รพ.ตรัง

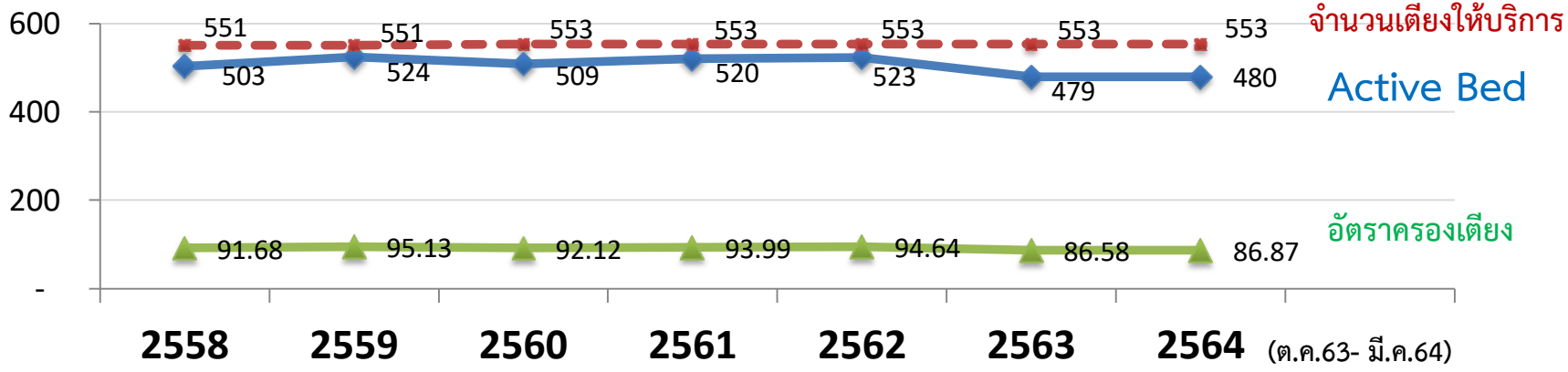


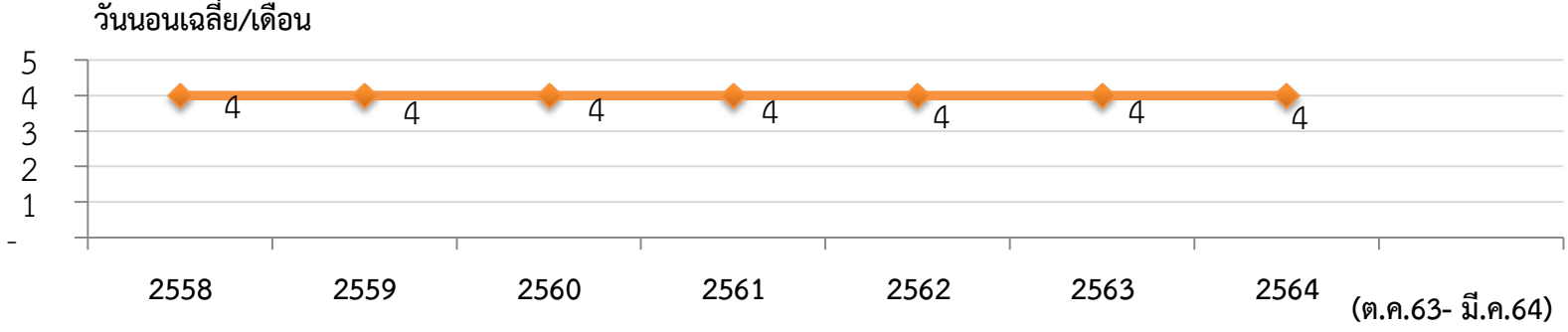
ศักยภาพ	จำนวน
เตียงรวม	553
สามัญ	447
พิเศษ	106

- ICU Surg.	8	Beds
- ICU Med.+CCU	6 + 2	Beds
- NICU	8	Beds
- PICU	6	Beds
- ICU CVT	4	Beds
- RCU	28	Beds

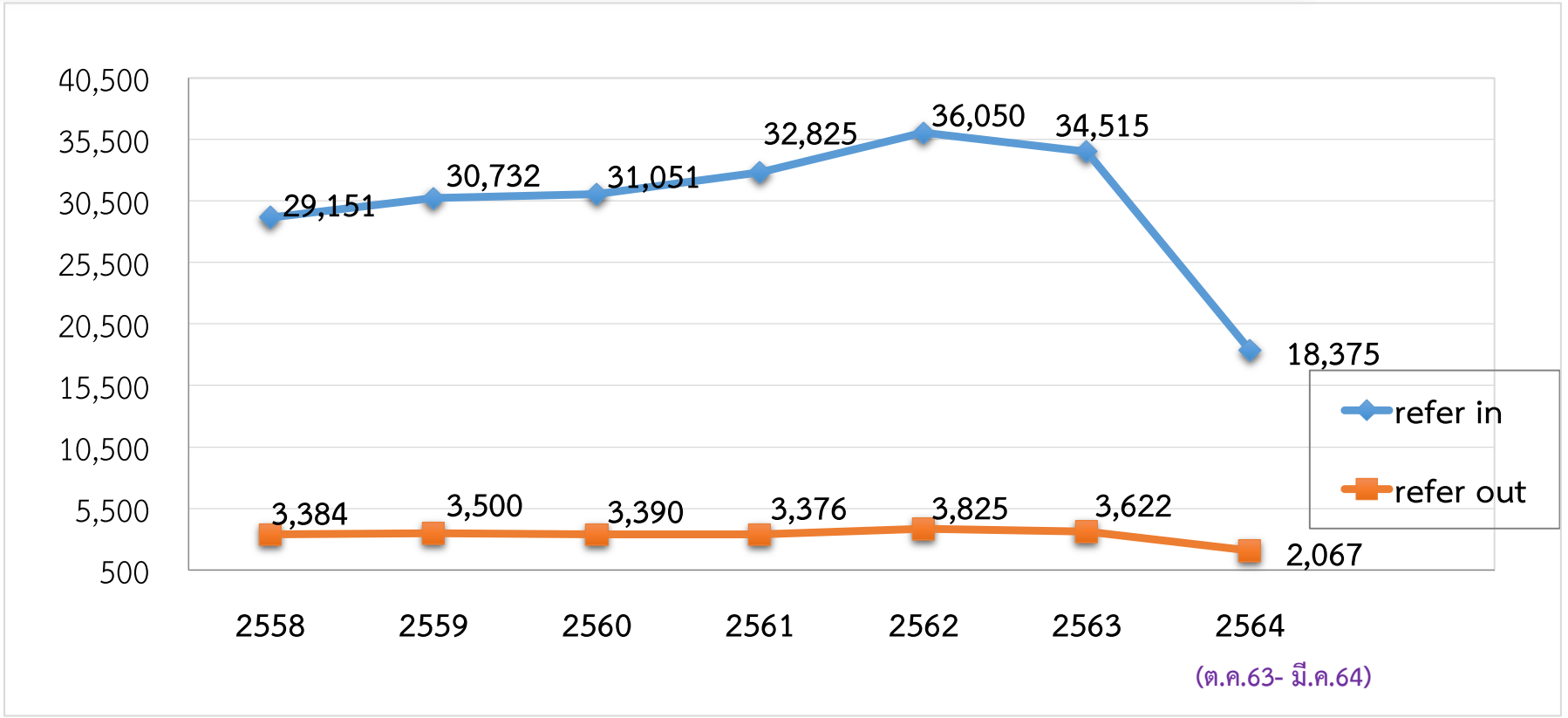
- ห้องผ่าตัดใหญ่ 9 ห้อง
- ผ่าตัดเล็ก 2 ห้อง
- OPD 34 ห้อง

Active Bed และอัตราครองเตียง





Refer Out / Refer in ปีงบฯ 58-64(ต.ค.-มี.ค.64)



อันดับโรคผู้ป่วยนอก-ผู้ป่วยใน

อับดับโรคผู้ป่วยนอก (OPD)มารับบริการที่ รพ.ตรัง

(ต.ค.63- มี.ค.64)

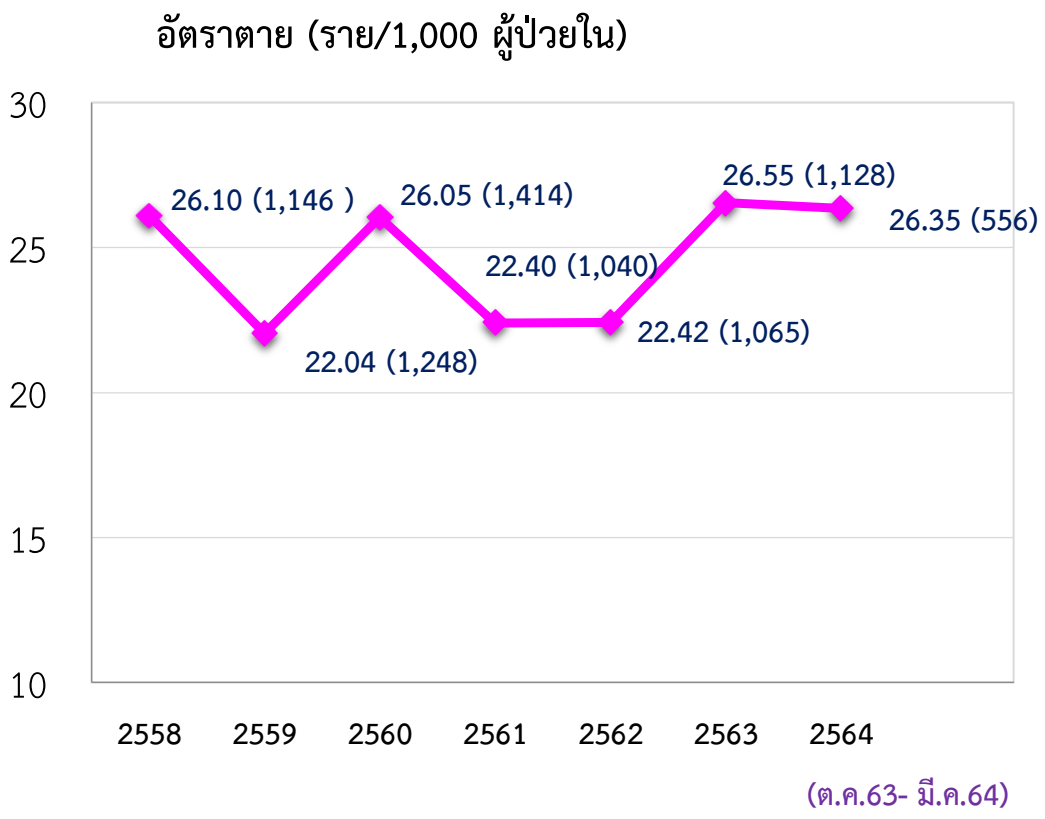
ลำดับ	โรค	2562	2563	2564
1	ความดันโลหิตสูง (Hypertension)	(1) 38,415	(1) 48,418	(1) 25,510
2	ไขมันในเลือดผิดปกติ (Dyslipidemia)	(2) 26,750	(2) 37,650	(2) 20,936
3	เบาหวาน (DM)	(3) 24,844	(3) 30,086	(3) 17,849
4	ไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)	(4) 19,655	(4) 21,264	(4) 10,928
5	โรคเอดส์ (HIV)	(7) 7,360	(5) 8,472	(5) 4,091

อับดับโรคผู้ป่วยใน (IPD)มารับบริการที่ รพ.ตรัง

(ต.ค.63- มี.ค.64)

ลำดับ	โรค	2562	2563	2564
1	เนื้อสมองตายจากขาดเลือด (Cerebral infarction)	(1) 2,113	(1) 1,795	(1) 920
2	ต้อกระจกที่เกิดในผู้สูงอายุ (Senile cataract)	(4) 1,318	(2) 1,452	(2) 831
3	อาการท้องร่วงกระเพาะและลำไส้อักเสบจากการ ติดเชื้อ (Diarrhea and gastroenteritis)	(2) 1,739	(3) 1,325	(3) 689
4	ปอดบวม (Pneumonia)	(3) 1,462	(4) 1,105	(4) 537

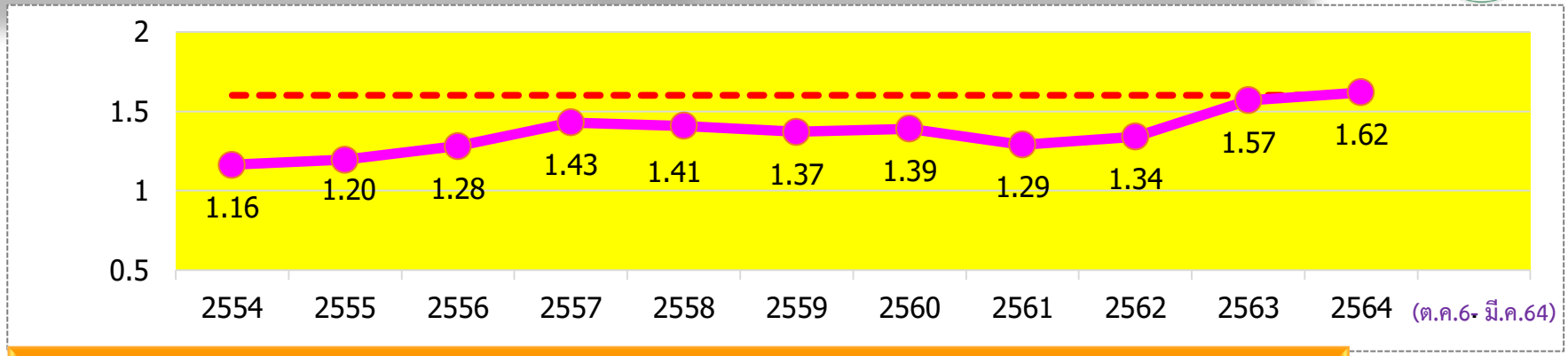
อัตราป่วยตายผู้ป่วยใน



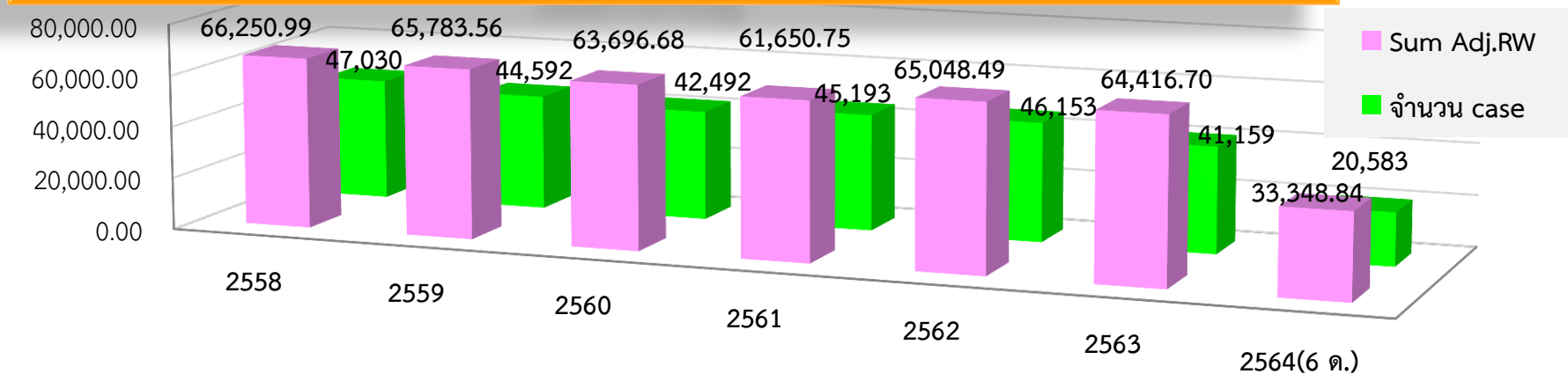
(ต.ค.63- มี.ค.64)

โรค	62	63	64
1.อุบัติเหตุจากมอเตอร์ไซด์	(1) 75	(1) 73	(4) 27
2. Pneumonia	(2) 67	(4) 47	(2) 31
3. เลือดออกในสมองใหญ่	(3) 62	(2) 69	(1) 47
4. เบาหวาน	(4) 61	(3) 54	(5) 23
5. กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน	(5) 55	(5) 46	(3) 28

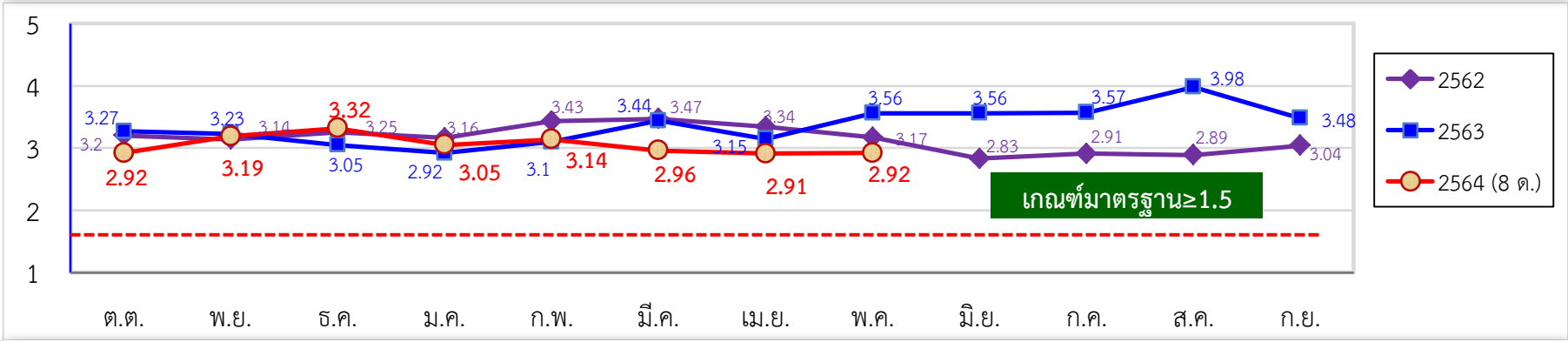
CMI


2
1.5
1
0.5
1.16
1.20
1.28
1.43
1.41
1.37
1.39
1.29
1.34
1.57
1.62
2554
2555
2556
2557
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564
(ต.ค.6- มี.ค.64)

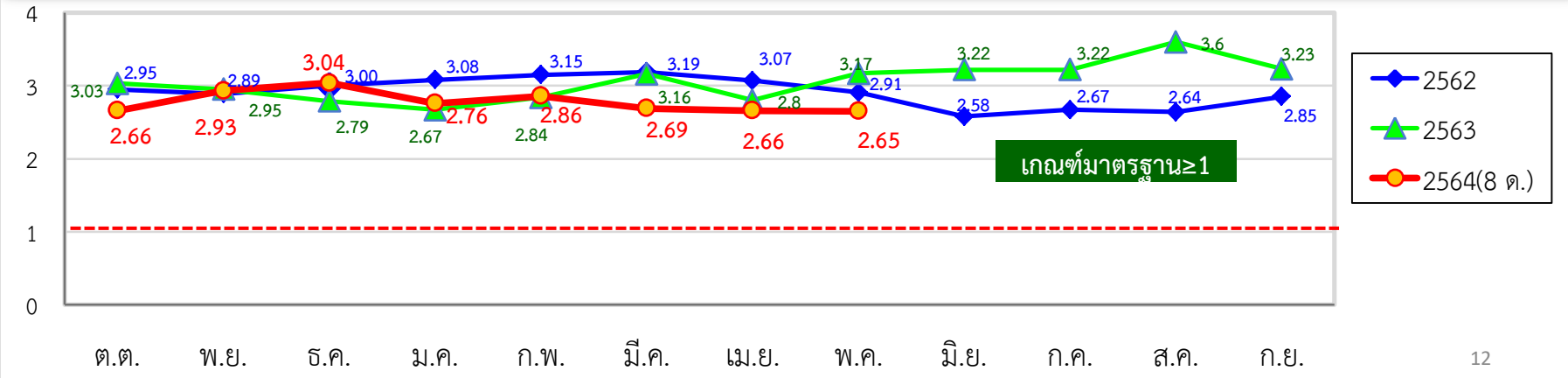
SumAdj


80,000.00
60,000.00
40,000.00
20,000.00
0.00
66,250.99
47,030
65,783.56
44,592
63,696.68
42,492
61,650.75
45,193
65,048.49
46,153
64,416.70
41,159
33,348.84
20,583
2558
2559
2560
2561
2562
2563
2564(6 ด.)
Sum Adj.RW
จำนวน case

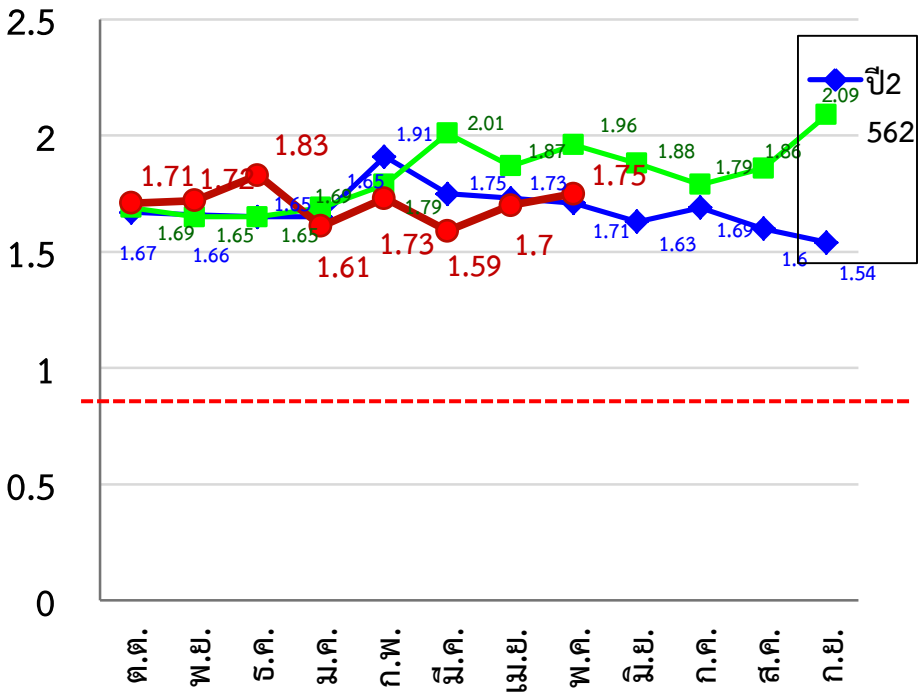
Current Ratio 2562 – 2564 (8 ด.)



Quick Ratio 2562 – 2564 (8 ด.)



Cash Ratio 2562 – 2564 (8 เดือน)



Result_Risk7

CR	2.92 (พ.ค.64)
QR	2.65 (พ.ค.64)
Cash	1.75 (พ.ค.64)
NWC	479,502,668.60 (ทบยอด)
NI	130,381,672.00 (ทบยอด)
LiI	0
StI	0
SuI	0
Risk Scoring	0
EBITDA	103,424,465.50 (ทบยอด)

ผลงานเด่น/นวัตกรรม

Complex cardiac procedure

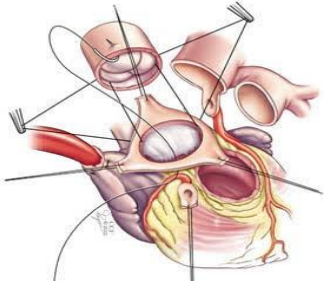


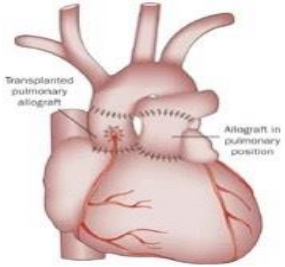
Ross Procedure เป็นการสลับเอา pulmonic valve มาใส่แทน Aortic valve และนำลิ้นหัวใจของผู้บริจาคใส่แทน pulmonic valve เป็นการผ่าตัดที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน มีข้อดีในเด็กเนื่องจากขนาดของลิ้นหัวจะโตขึ้นตามอายุ

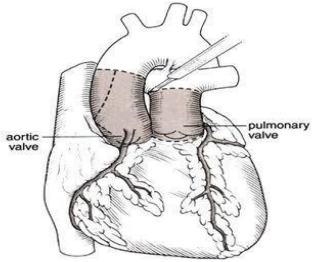


แผนพัฒนาศักยภาพ

- Aortic Endovascular surgery
- Complex congenital heart surgery







โรงพยาบาลตรังได้รับรางวัลชนะเลิศ การประกวดพื้นที่ต้นแบบดีเด่นแห่งชาติ

ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก ประจำปี 2564

ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ประเภทโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป

เป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่12 เข้าร่วมประกวดระดับประเทศ ในเดือน มีนาคม 2564



TRANG HOSPITAL

โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

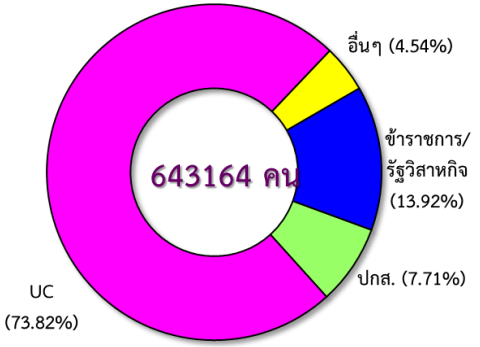
TTMTrangHos ดูแลทุกช่วงวัยบูรณาการแพทย์แผนไทย

แรกคลอดตลอดระยะสุดท้ายของชีวิต





ข้อมูลพื้นฐาน



โซนบน	
ห้วยยอด	94,580
รัษฎา	29,418
วังวิเศษ	43,555
รวม	167,553

โซนกลาง	
เมืองตรัง	157,004
นาโยง	44,533
กันตัง	86,829
สิเกา	38,477
รวม	326,843

โซนล่าง	
ย่านตาขาว	64,515
ปะเหลียน	67,332
หาดสำราญ	16,921
รวม	148,768



ประเด็นการนำเสนอ

Agenda Based

- โครงการราชทัณฑ์ปันสุข
- กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

Function Based

- SP หัวใจและหลอดเลือด
- SP อุบัติเหตุ
- SP มะเร็ง
- SP ทารกแรกเกิด
- IMC
- CKD Stroke Sepsis

Area Based

- Seamless refer
- HNA (Stroke)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์





การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข
สำหรับผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำ



การบริการสุขภาพช่องปาก



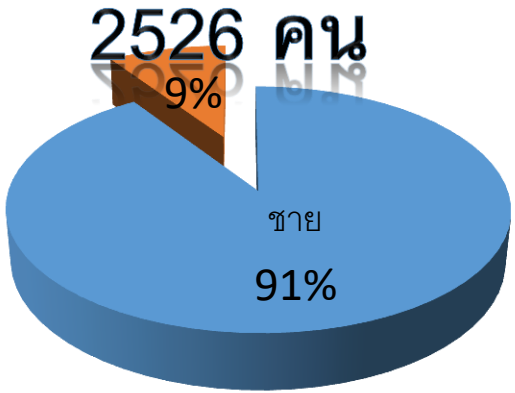
การบริการสุขภาพจิต

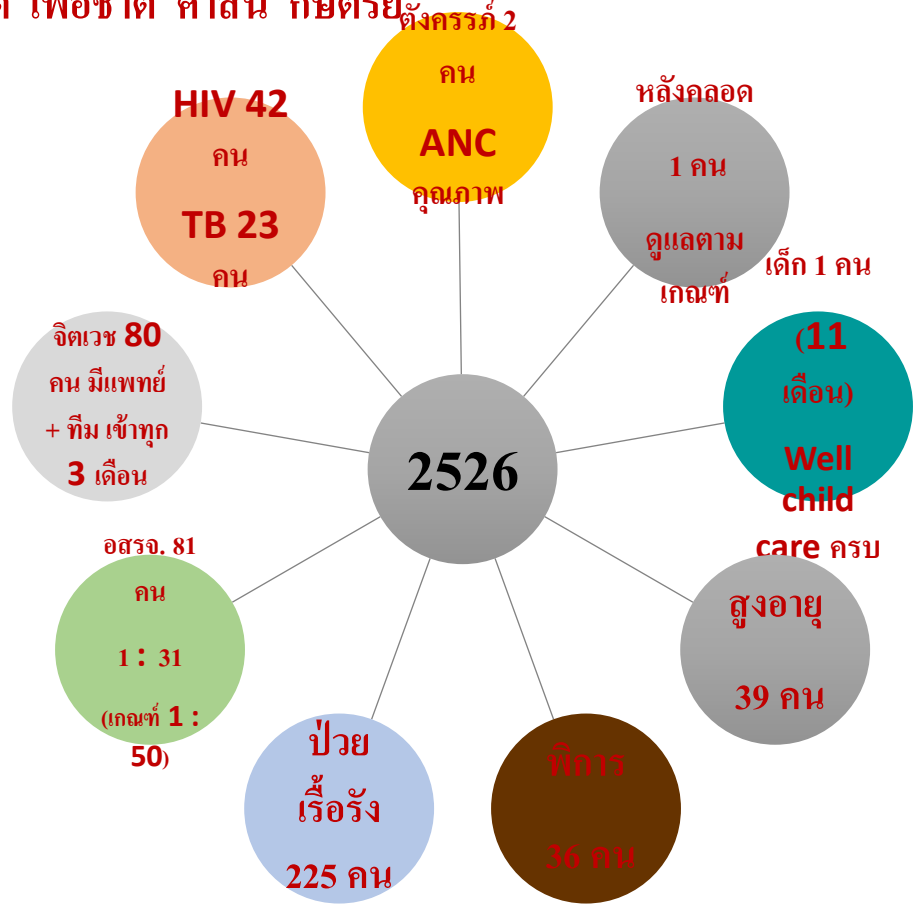


การป้องกันและควบคุมโรค

ประเด็นตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2564
โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

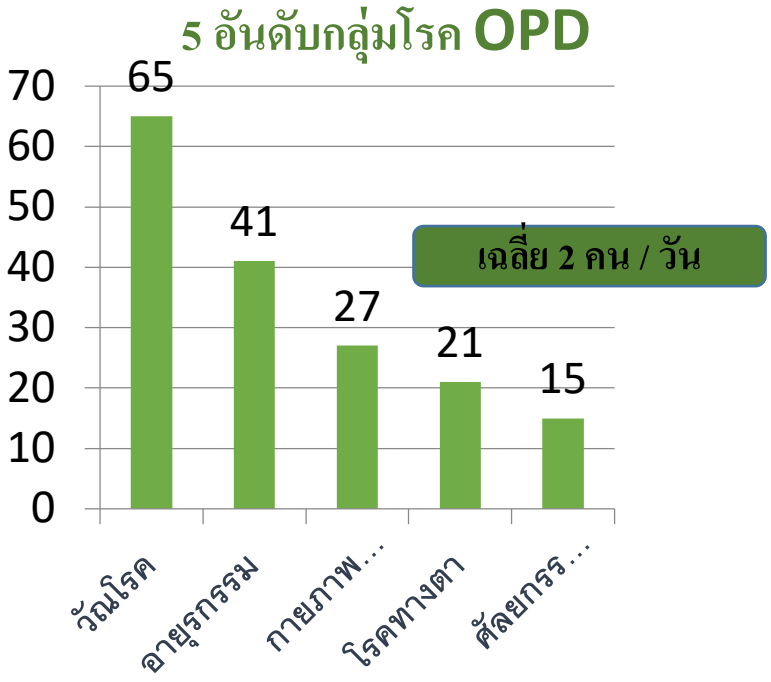
ข้อมูลพื้นฐานผู้ต้องราชทัณฑ์ เรือนจำจังหวัดตรัง

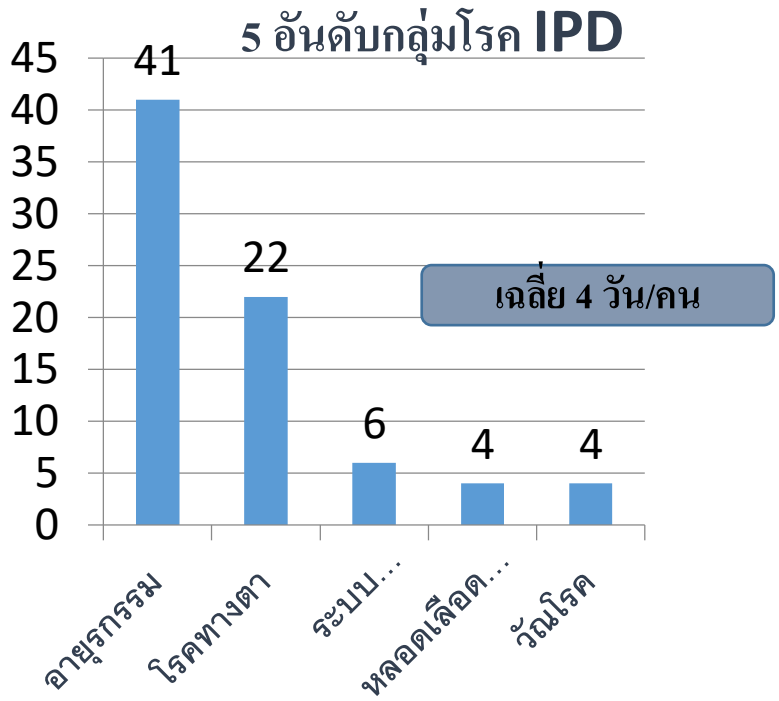




ณ 30 มิถุนายน 2564

5 อันดับกลุ่มโรคผู้ต้องราชทัณฑ์มารับบริการตรวจรักษา OPD / IPD โรงพยาบาลตรัง





ณ 30 มิถุนายน 2564

การจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ต้องราชทัณฑ์ในเรือนจำ

















ณ 30 มิถุนายน 2564

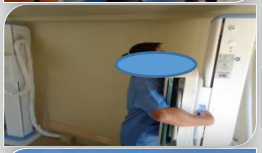


จัดบริการสุขภาพ











ลำดับ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	หมายเหตุ
2	ตรวจรักษาโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1,008	ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 2,4 ของเดือน
3	ตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้นและรักษาโรคทั่วไปโดยพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว	เฉลี่ย 189 คน/วัน	ทุกวัน มีพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง
4	ตรวจรักษาทันตกรรม	182	ทุก 3 เดือน
5	ตรวจรักษาสุขภาพจิต	224	ทุก 3 เดือน
6	ตรวจรักษาโรคผิวหนัง	670	ทุก 3 เดือน
7	ตรวจคัดกรองวัณโรค (x-ray)	2,526	100%
8	ตรวจคัดกรอง (HIV)	1,327	
9	จัดอบรม อสรจ. อัตราการดูแล อสรจ : ผู้ต้องราชทัณฑ์	81 (1 : 31)	จัดอบรมตามหลักสูตร (เกณฑ์ 1 : 50)

ณ 30 มิถุนายน 2564



สถานการณ์โควิด-19 เรือนจำตรัง



มีการกำหนดมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรน่า 2019



แจ้งคำสั่งกรมฯและคำสั่งจังหวัดตรังให้เจ้าหน้าที่/ผู้ต้องราชทัณฑ์ทั้งรายเก่า/รายใหม่ทราบทุกคน และถือปฏิบัติอย่างเคร่งครัด



ผู้ต้องขังรายใหม่ทุกรายต้องรับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 และ เข้ากักตัวที่เรือนจำชั่วคราวเหรียงห้องเพื่อรอผลตรวจ (ผลตรวจ **negative**) ก่อนรับเข้าเรือนจำตรัง



ผู้ต้องขังรายใหม่ที่มีผลตรวจหาเชื้อโควิด-19(ครั้งที่ 1) **negative** เข้ารับการกักแยกโรคที่เรือนจำตรัง และรับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 (ครั้งที่ 2) เมื่อกักตัวครบ 14 วัน



ผู้ต้องขังรายใหม่ทุกรายที่มีผลตรวจหาเชื้อโควิด-19 ครั้งที่ 2 (**negative**) ให้กักตัวต่อเป็นเวลา 21 วันก่อนรับเข้าแดน



ผู้ต้องขังที่มีผลตรวจหาเชื้อโควิด-19 (**positive**) นำส่งเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลตรังทุกราย

ณ 30 มิถุนายน 2564

ประเด็นตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2564

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (nasal swab) ในผู้ต้องราชทัณฑ์







ลำดับ	ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (nasal swab)	จำนวนทั้งหมด (คน)	ได้รับการตรวจ (คน)	คิดเป็นร้อยละ	ผลการตรวจ negative	ผลการตรวจ positive
1	ผู้ต้องราชทัณฑ์รายใหม่	883	883	100	883	0
2	ผู้ต้องราชทัณฑ์ย้ายเรือนจำ	6	6	100	6	0
3	ผู้ต้องราชทัณฑ์กลุ่มเสี่ยง	356	356	100	356	0
4	ผู้ต้องราชทัณฑ์ปล่อยตามกำหนด	22	22	100	22	0
5	ผู้ต้องราชทัณฑ์ลดวันติด EM	6	6	100	6	0
6	ผู้ต้องกักขัง	7	7	100	7	0
7	ผู้ต้องราชทัณฑ์ปล่อยวันลดโทษ	7	7	100	7	0
8	ผู้ต้องราชทัณฑ์พักการลงโทษ	18	18	100	18	0
9	ผู้ต้องราชทัณฑ์พ้นโทษ	6	6	100	6	0
	รวม	1,311	1,311	100	1,311	0

ณ 30 มิถุนายน 2564



ประเด็นตรวจราชการ ปีงบประมาณ 2564

โครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำความดี เพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (nasal swab) บุคลากรเรือนจำ

ลำดับ	ตรวจหาเชื้อโควิด-19 (nasal swab)	จำนวนทั้งหมด (คน)	ได้รับการตรวจ (คน)	คิดเป็นร้อยละ	ผลตรวจ negative	ผลตรวจ positive
1	บุคลากรในเรือนจำ	100	100	100	100	0
2	บุคลากรที่มีความเสี่ยง	6	6	100	6	0
	รวม	106	106	100	106	0

บริการฉีดวัคซีนโควิด-19

ลำดับ	ฉีดวัคซีนโควิด-19	จำนวนทั้งหมด (คน)	ได้รับวัคซีนครบ 2 เข็ม	คิดเป็นร้อยละ	ไม่ได้รับวัคซีน	คิดเป็นร้อยละ	หมายเหตุ
1	บุคลากรในเรือนจำ	100	98	98	2	2	ป่วย 1 คน/หลังคลอด 1 คน
2	ผู้ต้องราชทัณฑ์	480	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	รอดำเนินการ	รอรับการจัดสรรวัคซีน

หมายเหตุ : ได้รับการสนับสนุนวัคซีนโควิด-19จากกรมควบคุมโรค จำนวน 480 dose (สำหรับผู้ต้องราชทัณฑ์)

ณ 30 มิถุนายน 2564

การปรึกษา และส่งต่อเพื่อการรักษา เรือนจำ
จังหวัดตรัง





มีระบบด้านการแพทย์ฉุกเฉิน-ส่งต่อ
สามารถ tele-consult แพทย์ประจำเรือนจำ 24/7

ห้องพักสำหรับผู้ต้องราชทัณฑ์
ในโรงพยาบาลตรัง





เตรียมความพร้อมโรงพยาบาลสนาม
ในเรือนจำตรัง



ณ 30 มิถุนายน 2564



SERVICE PLAN

สาขากัญชาทางการแพทย์

ข้อมูล ณ วันที่ 14 มิ.ย.64

ชื่อตัวชี้วัด : ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (ร้อยละ 50)

ข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Data)			
2561	2562	2563	2564
-	-	2 (ร้อยละ20) รพ.ตรัง,รพ.ห้วยยอด	เป้าหมายร้อยละ50

แผนการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2564

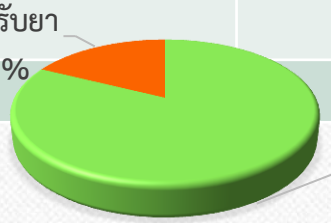
Small success ไตรมาส 1	Small success ไตรมาส 2	Small success ไตรมาส 3	Small success ไตรมาส 4
1. รพศ./รพท.คลินิกกัญชา 1	1. รพศ./รพท.คลินิกกัญชา 1	1. รพศ./รพท.คลินิกกัญชา 1 แห่ง	1. รพศ./รพท.คลินิกกัญชา 1
2. รพช. เปิดคลินิกกัญชา 2 แห่ง	2. รพช. เปิดคลินิกกัญชา 2 แห่ง	2. รพช. เปิดคลินิกกัญชา 3 แห่ง	2. รพช. เปิดคลินิกกัญชา 4 แห่ง
3. รพช. เปิดศูนย์ให้คำปรึกษา 50 %	3. รพช. เปิดศูนย์ให้คำปรึกษา 70 %	3. รพช. เปิดศูนย์ให้คำปรึกษา 80 %	3. รพช. เปิดศูนย์ให้คำปรึกษา 100%
รพ.ตรัง รพ.ห้วยยอด (20%)	รพ.ตรัง รพ.ห้วยยอด รพ.หาดสำราญฯ (30%)	รพ.ตรัง,รพ.ห้วยยอด รพ.หาดสำราญฯ,รพ.กันตัง (40%) รพ.ย่านตาขาวได้รับ ยส.5 (เตรียมเปิดบริการ) รพช. เปิดศูนย์ให้คำปรึกษา 100%	รพ.ตรัง รพ.ห้วยยอด รพ.หาดสำราญฯ รพ.กันตัง รพ.ย่านตาขาว (50%)

ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชา (แรกเริ่มโครงการ-มิถุนายน 64)

ชื่อผลิตภัณฑ์กัญชา	ปริมาณที่ใช้
สารสกัด THC 1.7 %	89 ขวด
ศุขไสยาสน์	1173 ซอง
น้ำมันกัญชา อ.เดชา	231 ขวด
ทำลายพระสุเมรุ	411 ซอง

โรค	จำนวนครั้งที่ให้บริการ
1.นอนไม่หลับ	242
2.Palliative และมะเร็งระยะท้าย	77
3.พาร์กินสัน	39
4.ความผิดปกติของปลอกประสาท	23
5.ภาวะปวดประสาทที่ดื้อต่อการรักษา	20
6.ลมชัก	11

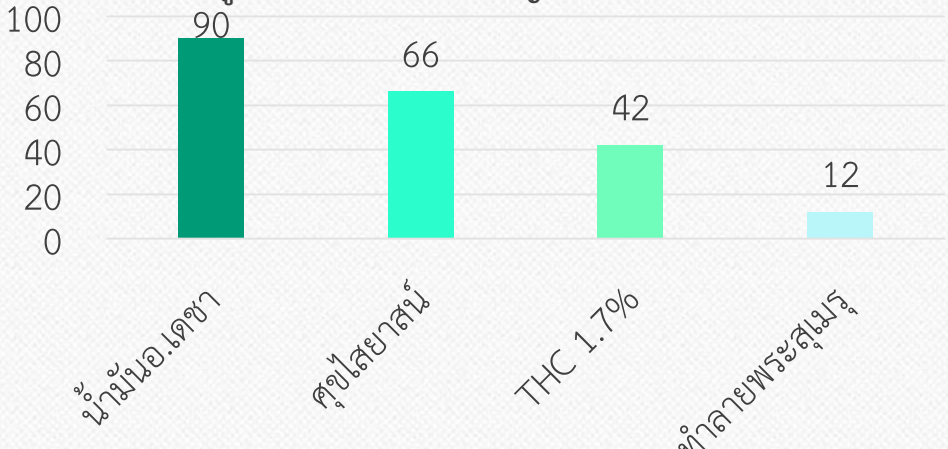
สถานบริการ	จำนวนผู้รับบริการ(คน)	จำนวนผู้ได้รับยา (คน)
รพ.ตรัง	186	146
รพ.ห้วยยอด	18	18
รพ.กันตัง	22	21
รพ.หาดสำราญ	12	11
รวม	238	196



42 คน

196 คน

จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาแยกตามรายการผลิตภัณฑ์



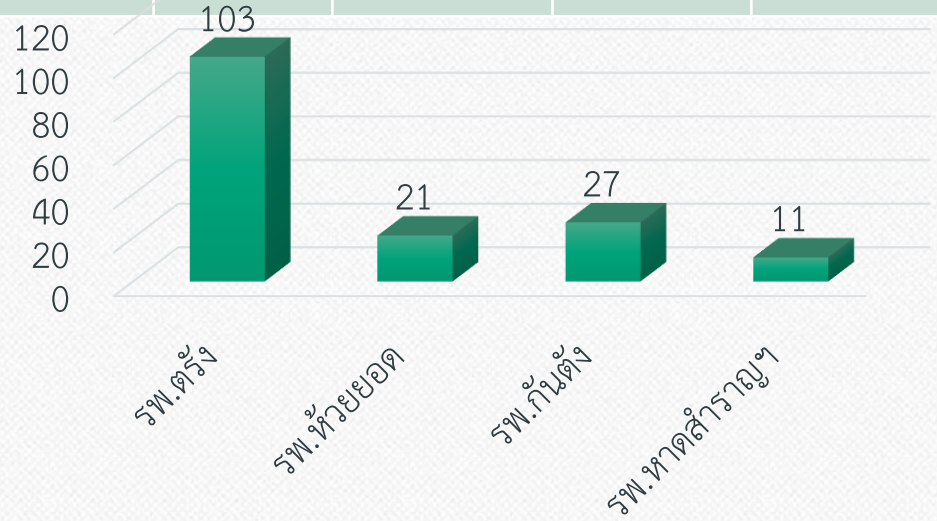
จำนวนผู้ป่วยแยกตามสถานบริการที่เปิดคลินิกกัญชา (ข้อมูลจากการบริการจริง ปี 2564 จำนวน 162 ราย)

โรงพยาบาล	THC(ราย)	น้ำมัน อ.เดชา (ราย)	ศุขไสยาสน์(ราย)	ทำลายพระสุเมรุ(ราย)
ตรัง	14	62	25	2
ห้วยยอด	-	9	12	-
กันตัง	-	16	7	4
หาดสำราญฯ	-	-	9	2

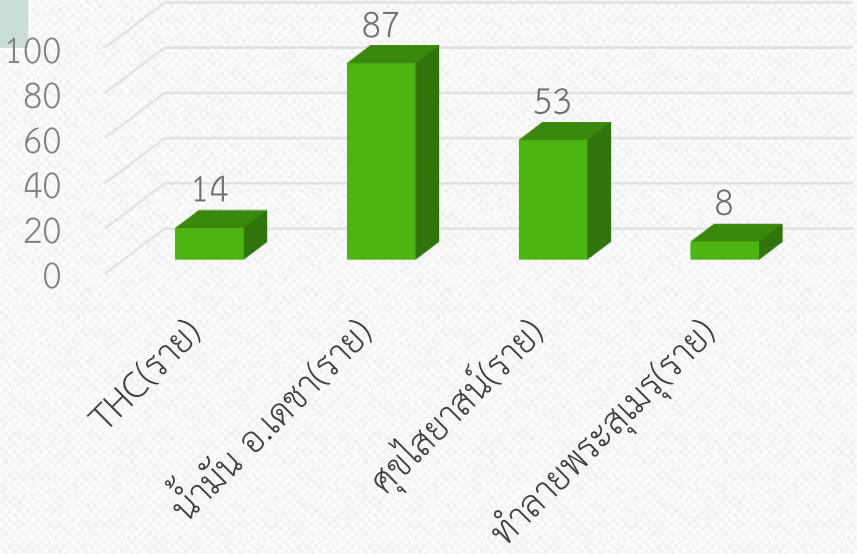
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาในผู้ป่วย ปี 2564 (162 ราย)

1. เวียนศีรษะ	5 ราย (3.09%)
2. วิตกกังวล	2 ราย (1.24%)
3. ความดันโลหิตต่ำ	1 ราย (0.62%)

จำนวนผู้ป่วยได้รับยากัญชา ปีงบ 2564 แยกตามโรงพยาบาล(162ราย)



ผลิตภัณฑ์กัญชาที่ผู้ป่วยได้รับ ปีงบ 2564(ราย)

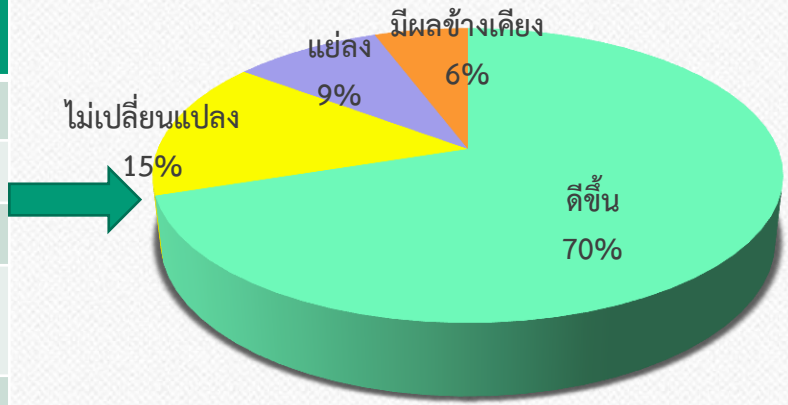


ผลการใช้ยาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์จังหวัดตรัง(เริ่มโครงการ-มิถุนายน64)

ผลิตภัณฑ์กัญชา	ดีขึ้น(คน)	ไม่เปลี่ยนแปลง (คน)	แย่ลง(คน)	มีผลข้างเคียง (คน)
THC 1.7%	25	5	15	5
น้ำมันอ.เดชา	65	10	2	4
ศุขไสยาสน์	50	10	2	2
ทำลายพระสุเมรุ	7	7	0	1
รวม	147	32	19	12

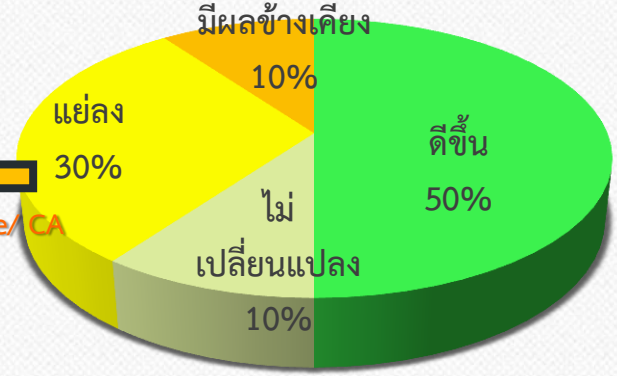
รวม 198 คน (รอติดตามประเมินผลใน HPVC จำนวน 40 ราย)

สรุปผลการรักษาในคลินิกกัญชาทางการแพทย์(198ราย)

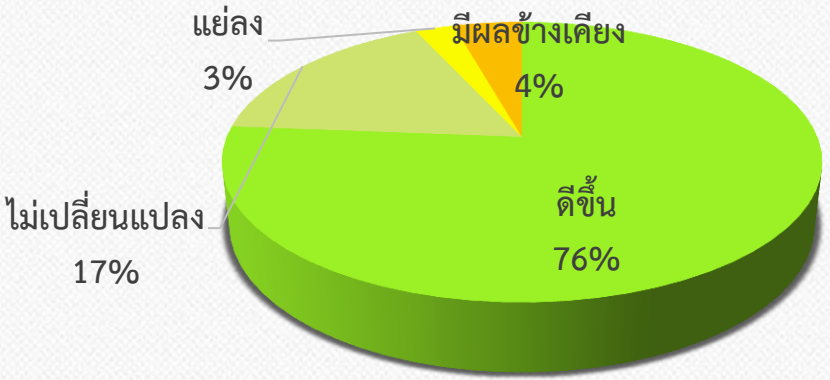


สรุปผลการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ (THC) จำนวน 50 ราย

ผู้ป่วยอาการแย่ลงจากโรคที่เป็นอยู่ เช่น palliative/ CA



สรุปผลการรักษาด้วยผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์แผนไทย 158 ราย



ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน

บริการ/ระบบ :

1.การบันทึกข้อมูลมีหลากหลายส่วนซับซ้อนและหลายวิชาชีพทำให้ข้อมูลไม่ตรงกันในระบบC-MOPH กับระบบ อย.

2.ระบบโปรแกรม C-MOPHมีปัญหาทำให้ข้อมูลบางส่วนไม่แสดงผล (รพ.กันตัง,รพ.หาดสำราญ)

3.โปรแกรมรายงานการใช้ยาของ อย.มีปัญหาในการใช้งานบ่อยครั้งทำให้ส่งผลต่อระบบการออกรายงานในแต่ละเดือน

4.โปรแกรม HPVC ของ อย.ปรับรูปแบบทำให้ไม่สามารถดูข้อมูลเฉพาะของแต่ละโรงพยาบาลได้

บุคลากร : ขั้นตอนในรับบริการและการรายงานข้อมูลต่างๆ มีค่อนข้างหลายขั้นตอน ประกอบกับจำนวนผู้ให้บริการมีจำกัด ส่งผลกระทบต่อการให้บริการของบุคลากร

ผู้เข้ารับบริการ :

1.เนื่องด้วยขั้นตอนการรับบริการมีหลากหลายส่วน ทำให้เกิดการล่าช้าในวันที่มีผู้ป่วยปริมาณมาก และบางวันต้องจำกัดการให้บริการ

2. ทุกคนที่มาเข้ารับบริการที่คลินิกกัญชามีความหวังว่าจะต้องได้รับน้ำมันกัญชาทุกรายไม่ว่าจะมารับการรักษาด้วยอาการใด

ทรัพยากร : -ยาแผนปัจจุบันที่สนับสนุนไม่ครอบคลุมทำให้แพทย์มีตัวเลือกในการใช้ยาน้อย

ข้อเสนอแนะ/การพัฒนา

1.ควรมีการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การใช้ยากัญชาให้แก่บุคลากรสาธารณสุข

2.พัฒนาระบบ/แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจากคลินิกต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยที่สามารถใช้ยากัญชาได้ เข้าสู่คลินิกกัญชาของแต่ละโรงพยาบาล

โครงการพัฒนากัญชาสำหรับการใช้ทางการแพทย์แผนไทย และการแพทย์พื้นบ้านไทย ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน ระยะที่ 2 จังหวัดตรัง

กลุ่มวิสาหกิจชุมชนทำข้อตกลงความร่วมมือ(MOU)ร่วมกับในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เข้าร่วมโครงการปลูกกัญชา ระยะที่ 2 ของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 4 แห่ง

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านควน ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน**บ้านควนสุขภาวะ** อ.เมืองตรัง
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองคล้า ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน**บ้านหลังควน** อ.วังวิเศษ
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่าวตง ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน**กลุ่มทำการเกษตรบ้านห้วยใหญ่อ่าวตง** อ.วังวิเศษ
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำผุด ร่วมกับวิสาหกิจชุมชนกลุ่ม**ผู้ผลิตปุ๋ยอินทรีย์จังหวัดตรัง** อ.เมืองตรัง

เมษายน 2564 รับมอบเมล็ดพันธุ์กัญชา
จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก





เมษายน
เพาะเมล็ดพันธุ์กัญชา

พฤษภาคม ย้ายต้นกล้ากัญชาลงปลูกในกระถาง

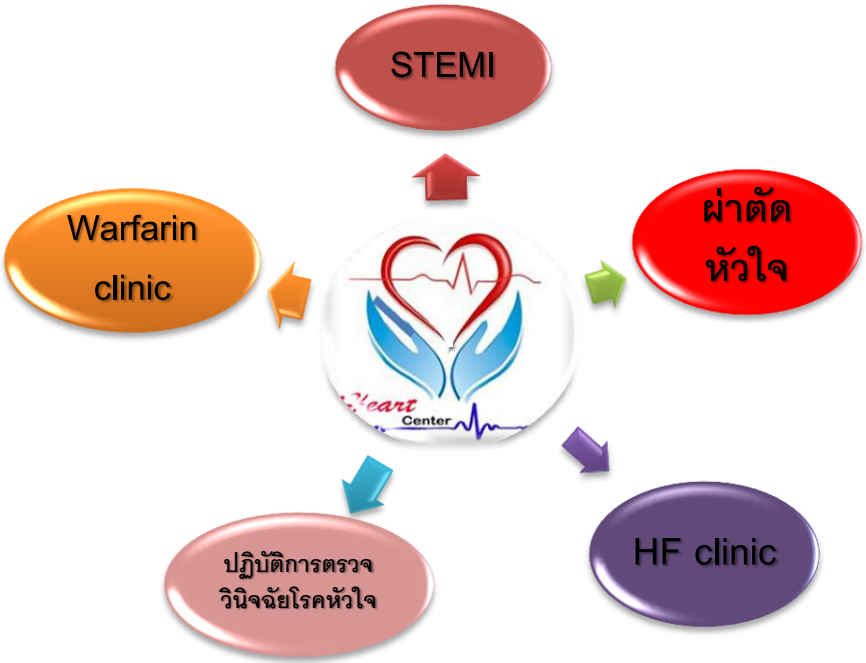


การเพิ่มแหล่งผลิตยากัญชาทางการแพทย์

เขตสุขภาพที่ 12 มอบหมายให้ **<u>รพ.ห้วยยอด</u>**เป็นแหล่งผลิตยากัญชาทางการแพทย์ของเขตสุขภาพที่ 12 ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการขอสนับสนุนงบประมาณด้านเครื่องมือการผลิต

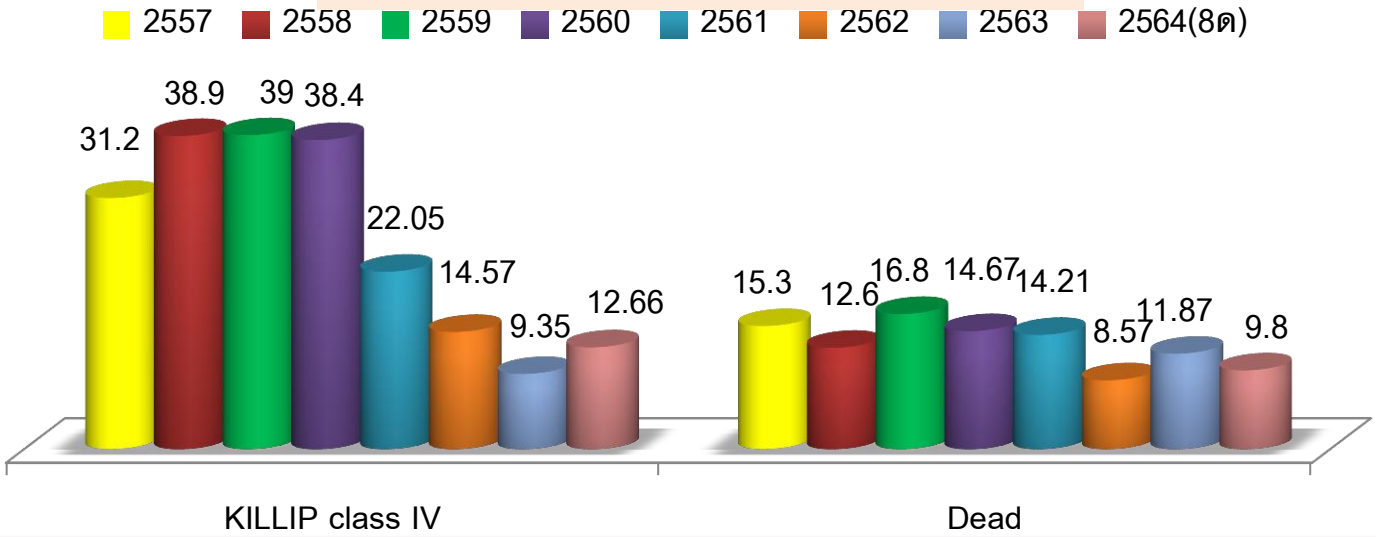
Function Based
ลดแออัด ลดรอคอย

ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลตรัง



Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

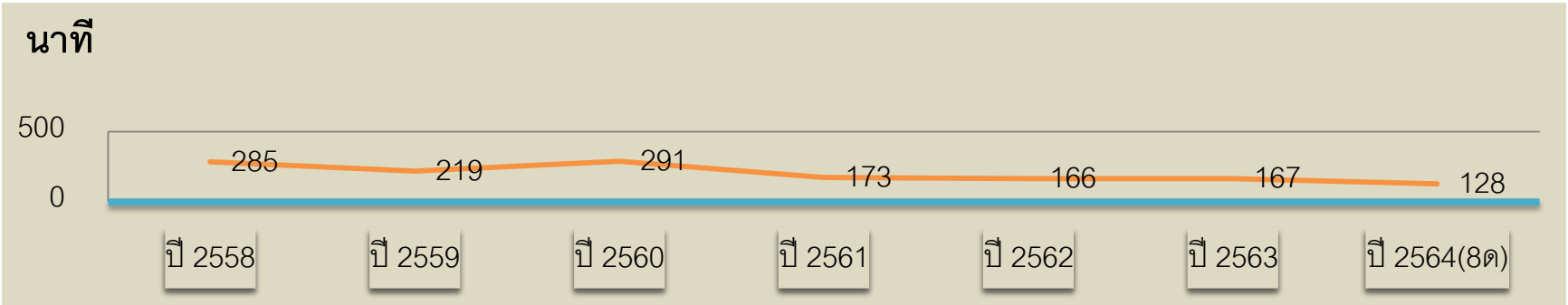
อัตราการเสียชีวิต STEMI ใน รพ. <9%



สาเหตุที่อัตราตาย STEMI ยังลดลงไม่ตามเป้าหมาย :

- cardiac arrest ,cardiogenic shock จากบ้าน miss Dx

Onset to ER (≤ 180 นาที)



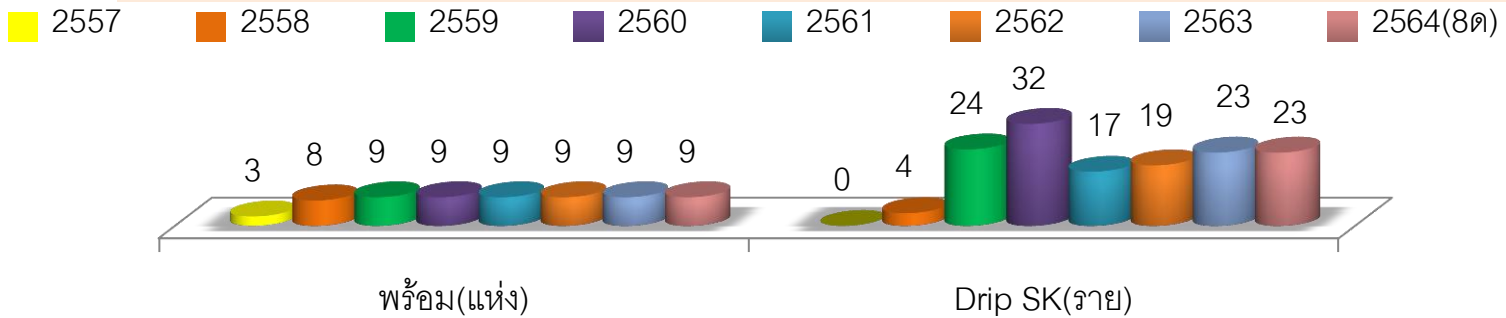
Door to EKG (< 10 นาที)

ปีงบประมาณ	เวลา (นาที)
ปี 2560	3
ปี 2561	5
ปี 2562	8
ปี 2563	6.5
ปี 2564 (8 ด)	5.37

28 มิถุนายน 2564

Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

รพ.ระดับ F2 สามารถให้ SK ในผู้ป่วย STEMI 100%

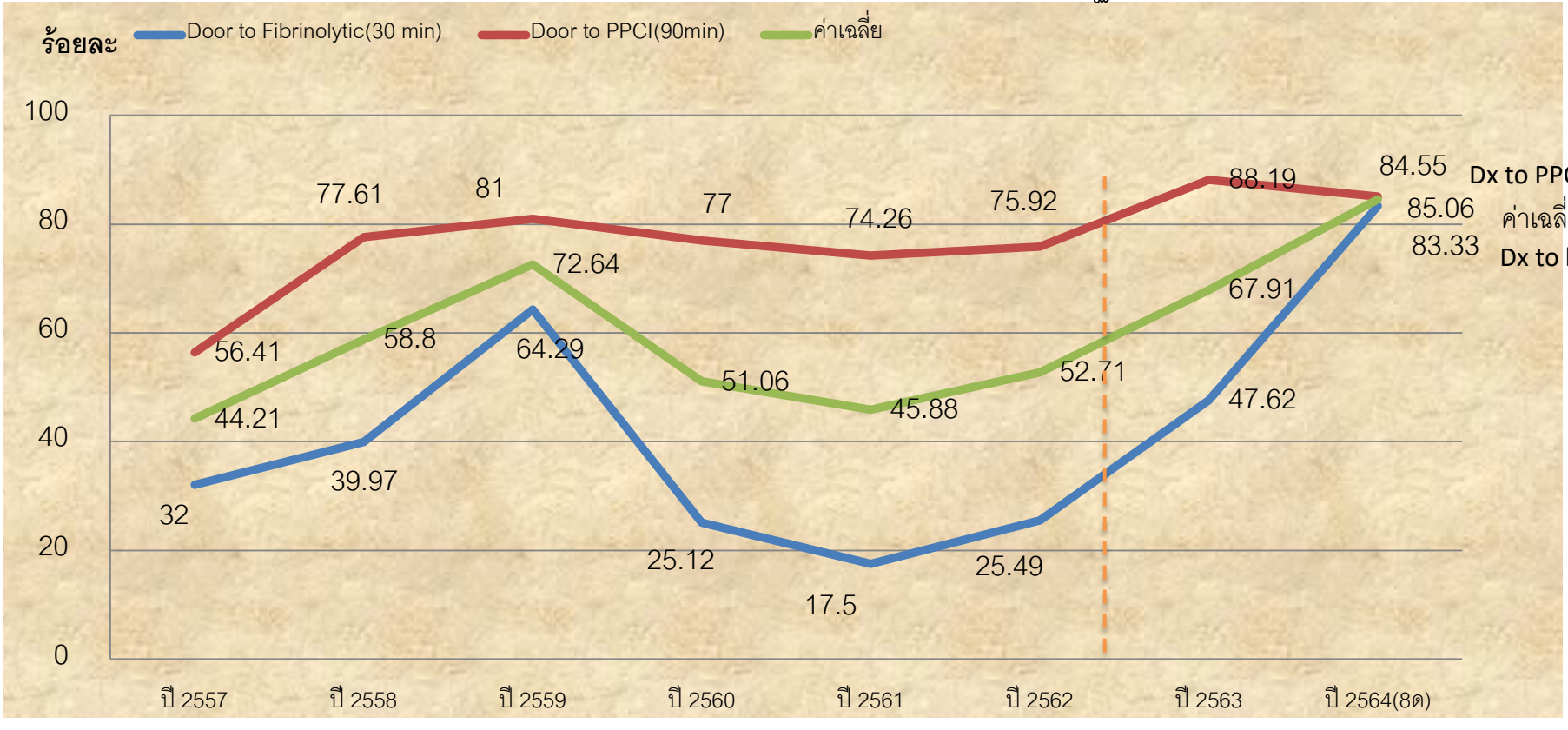


❖ ระบบส่งต่อข้อมูล เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำภายใน 1 ปี

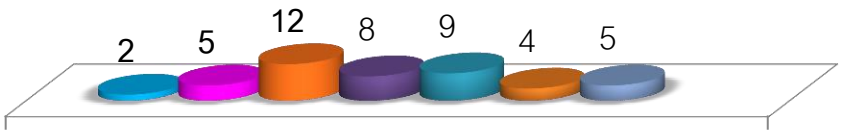
รพช.ที่ให้ SK	ห้วยยอด	ย่านตาขาว	กันตัง	สิเกา	ปะเหลียน	วังวิเศษ	นาโยง	รัษฎา	รวม
ปี 60	9	7	5	5	3	0	2	1	32
ปี 61	3	2	1	0	5	3	1	2	17
ปี 62	3	3	4	4	2	1	1	1	19
ปี 63	9	2	8	1	0	0	1	2	23
ปี 64(8 ด)	5	5	4	3	1	2	2	1	23

ระยะเวลาการเปิดหลอดเลือด

ตัวชี้วัดใหม่ 63 ร้อยละของการให้การรักษา STEMI ได้มาตรฐานมากกว่า 50%



ตรวจสวนหัวใจ

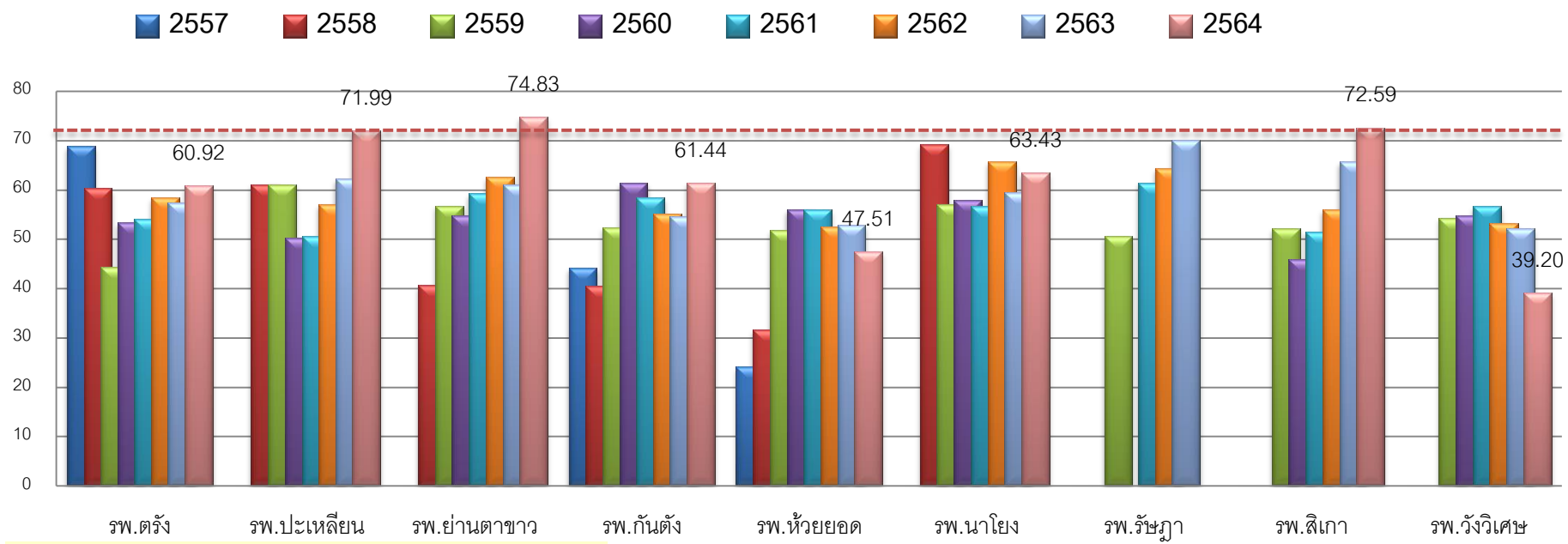


ระยะเวลารอทำ PCI & CAG (เดือน)

2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564(8เดือน)

หัตถการ/ ปี	2557	2558	2559	2560	2561	2562	2563	**2564 (8 เดือน)**
CAG	75	231	296	287	348	332	241	133
PPCI	49	172	120	104	101	132	144	87
PCI	16	61	69	85	65	73	69	9
รวม	140	464	485	476	514	537	454	229

INR in Target>65%



มี Warfarin Clinic ใน รพ.ระดับ F2 >50%

รพช.มี Warfarin Clinic 100%



Refer back Warfarin ;
ไม่ส่งผลให้ผู้ป่วยลดลงเนื่องจากมีการคัดกรองผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น

Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

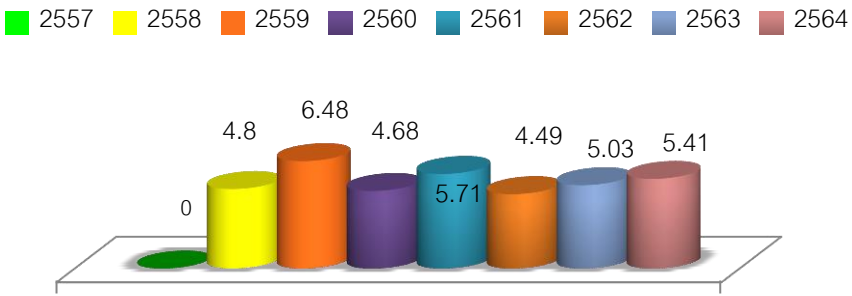
วันที่ 2 เมษายน 2557 ; เปิดผ่าตัดหัวใจรายแรกร่วมกับทีมพี่เลี้ยงจาก รพ. สงขลานครินทร์

จำนวนผ่าตัดหัวใจ ศูนย์หัวใจ โรงพยาบาลตรัง

หัตถการ		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	รวม	ปีงบประมาณ 2564							
											ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค
CABG	Isolate CABG	9	63	83	59	49	87	77	74	501	10	9	9	9	12	13	6	6
	CABG with Other	1	2	5	13	10	14	12	8	65	0	1	0	0	0	3	2	2
	OPCAB	3	0	2	0	1	1	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0
Valve		13	27	30	44	32	38	32	20	236	2	2	1	3	4	4	2	2
Congenital		1	7	5	1	3	4	5	3	29	1	0	0	0	1	0	1	0
Aortic surgery		0	3	6	7	8	9	13	2	48	0	0	1	1	0	0	0	0
Other		0	2	2	4	2	3	0	4	17	1	0	1	1	0	0	1	0
รวม		27	104	133	128	105	156	139	111	903	14	12	12	14	17	20	12	10

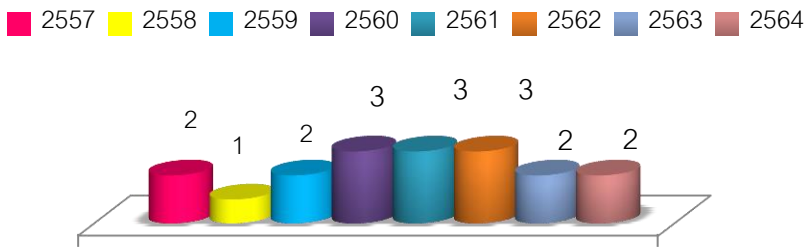
Service plan สาขาโรคหัวใจ จ.ตรัง

อัตราเสียชีวิตหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด < ร้อยละ 5



ผู้ป่วยเสียชีวิตหลังผ่าตัด

ระยะเวลารอคอยผ่าตัด < 3 เดือน



รอผ่าตัด & ทำ CABG

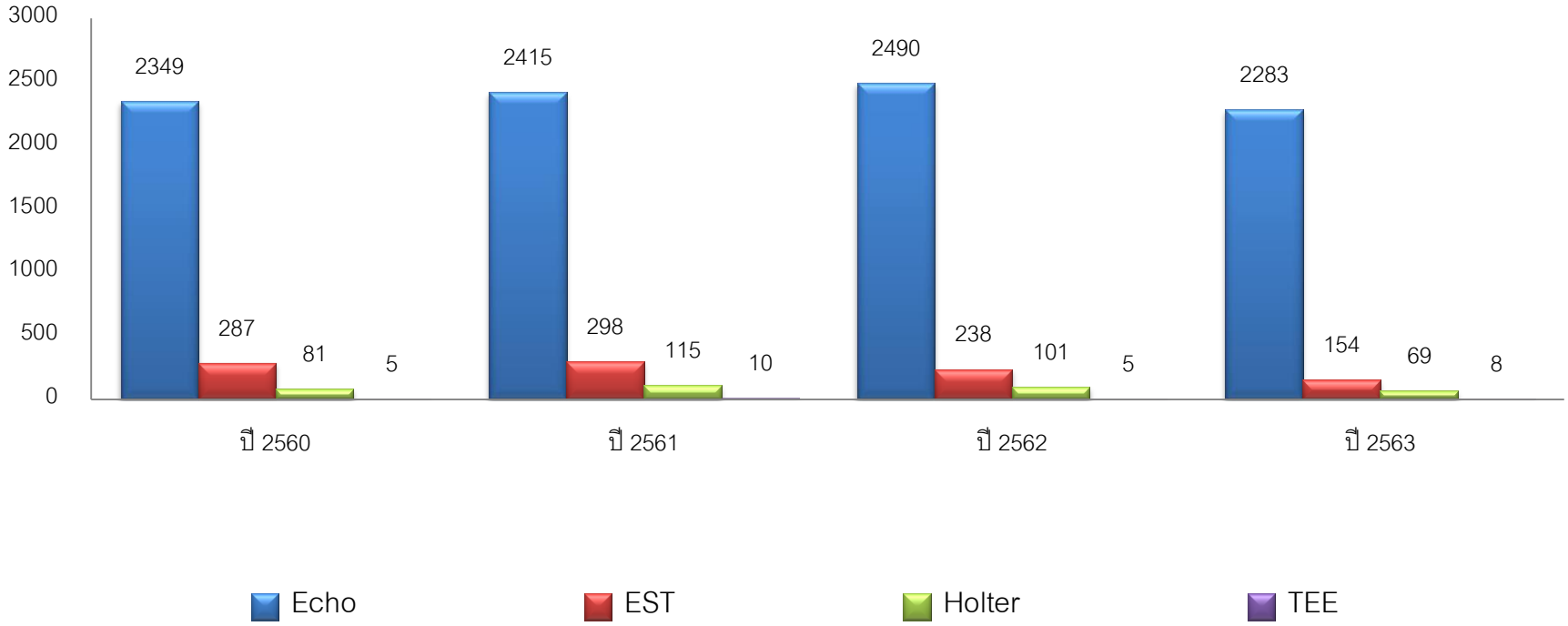
ปีงบ 2563 อัตราเสียชีวิตร้อยละ 5.03 (7 ราย)

เป็นเคส CABG 3 ราย (elective 2 ราย , urgency 1 ราย)
AVR 1 ราย (urgency)
Aortic replacement 3 ราย (urgency 2 ราย , elective 1 ราย)

ปีงบ 2564 อัตราเสียชีวิตร้อยละ 5.41 (6 ราย)

เป็นเคส CABG 3 ราย CABG with valve 2 ราย (เป็นผู้สูงอายุ > 70 ปี ก่อนผ่าตัด FC 3-4 , EF<30%)
Aortic replacement 1 ราย

ยอดผู้รับบริการห้องปฏิบัติการตรวจหัวใจ



ชุมชนต้นแบบ : เกาะเคี่ยม

คัดกรอง CVD risk score



Control กลุ่มเสี่ยงสูง

- ให้ความรู้ อสม.
- DM HT DLP
- คนต้นแบบ”โครงการเลิกบุหรี่ ยกมือขึ้น”
- สิ่งแวดล้อม เลิกบุหรี่ในชุมชน
- ครัวต้นแบบ
- เมนูด่วน

GPS : ระบุกลุ่มเสี่ยงสูง , ประชาชนที่ CPR ได้

Fask track จากบ้าน

- ACS Aleart/ CPR
- EKG in รพ.สต.

ทีม จาก รพ.สต.

ติดตามเยี่ยมบ้าน









แผนพัฒนา SP หัวใจ ปี2564

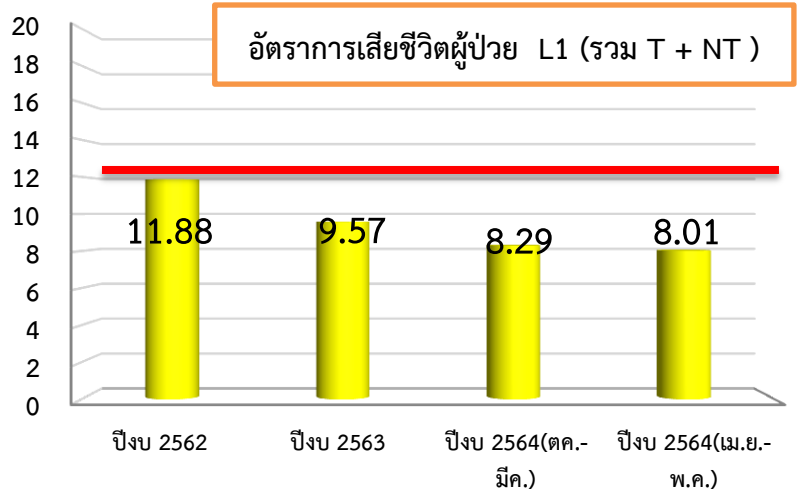
1. พัฒนา ระบบ Fast Track STEMI สู่ความเป็นเลิศ
   - โครงการ ACS alert นำร่องในเขตเทศบาลเมือง
   - พัฒนาเครือข่ายที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้เร็ว : มีระบบ Fast track ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
   - Plan train drip SK ที่ รพ.หาดสำราญ
   - เครือข่ายเอกชน TRPH : Fast track STEMI
2. โครงการสารสนเทศหัวใจ
3. พัฒนาทีมส่งต่อให้มีศักยภาพ : ACLS award
4. พัฒนา Node NSTEMI:รพ. ห้วยยอด
5. ทบทวน ACS และEKG กับเครือข่ายปีละ 1 ครั้ง .
6. โครงการชุมชนต้นแบบ:หัวใจดีเริ่มที่บ้าน ต. เกาะเคี่ยม อ.กันตัง(Prima-NICS)

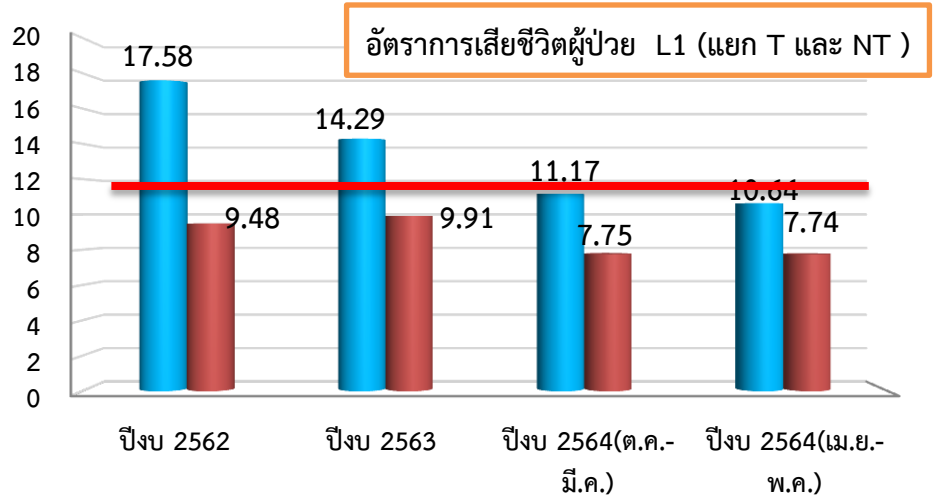


ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level1) ภายใน 24 ชั่วโมง ของ รพ ระดับ A,S,M1 7.86 %(ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย<12%)

อำเภอ	ปี 64 (2 เดือน(เม.ย.พค.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อ.เมือง	< 12	41/512	8.01

ที่มา HosXP : วันที่ 31 ธ.ค. 2563





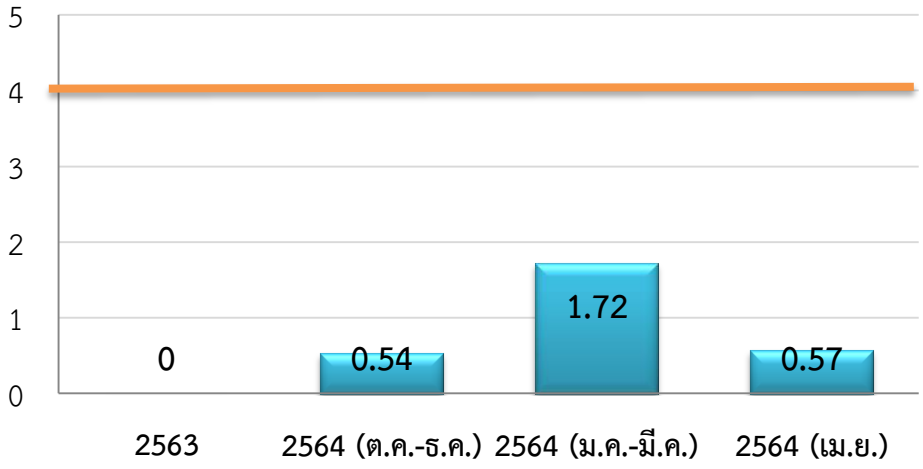
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า Ps มากกว่า 0.5 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (< ร้อยละ 4)

อำเภอ	ปี 64 (1เดือน เม.ย.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อ.เมือง	< 4	1/174	0.57

ที่มา IS : วันที่ 31 พ.ค. 2564



อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยจากการบาดเจ็บที่มีค่า PS > 0.5

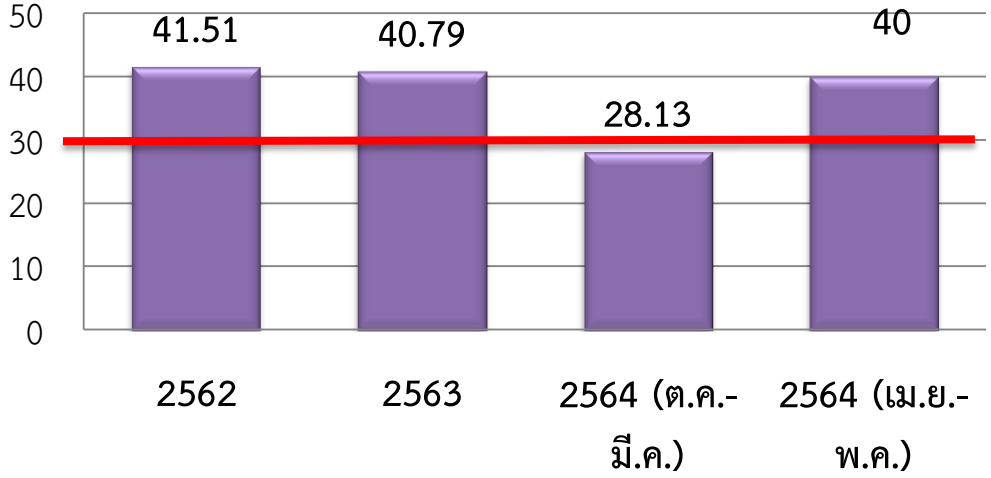


ตัวชี้วัดอัตราตายผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate of severe traumatic brain injury) GCS ≤8 ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (เกณฑ์ < ร้อยละ 30)

อำเภอ	ปี 64 (2 เดือนเม.ย.-พค.)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
อ.เมือง	< 30	13/28	46.43

ที่มา IS : วันที่ 31 ม.ค. 2564





อัตราของ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน คุณภาพ ไม่ต่ำกว่า 25 คะแนน (เกณฑ์ ≥ร้อยละ 80)

upda

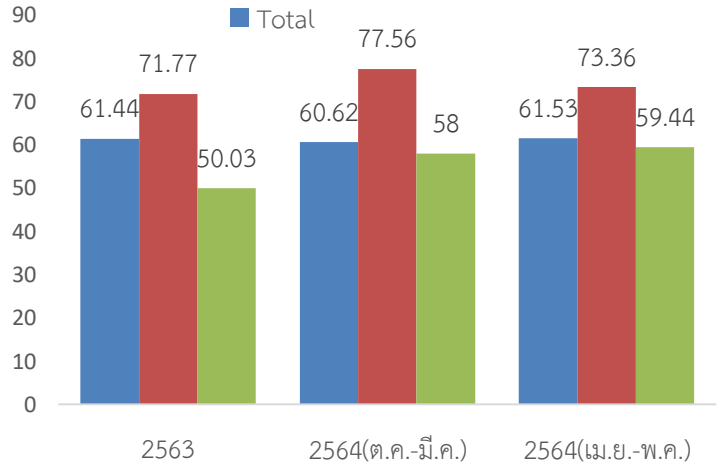
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	SCORE	SCORE
1. ผู้อำนวยการ TEA UNIT หรือ ผู้บริหารที่รับผิดชอบ	ได้รับการแต่งตั้งชัดเจน	ร่วมรับทราบนโยบาย TEA Unit ของกระทรวงสาธารณสุข	ร่วมประชุมในกิจกรรมคุณภาพที่บริหารจัดการโดย TEA unit 1 ครั้งต่อเดือน	ร่วมประชุมในกิจกรรมคุณภาพที่บริหารจัดการโดย TEA unit มากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	นำเสนอผลงานของ TEA unit อย่างเป็นทางการ ต่อคณะกรรมการบริหารระดับโรงพยาบาลขึ้นไปอย่างน้อย 1 ครั้ง ใน 6 เดือน	3	4
2. TEA nurse manager (TEA Nurse Coordinator)	ได้รับการแต่งตั้งชัดเจน	ผ่านการอบรม TEA nurse manager ที่จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่ได้รับการรับรองให้อบรมได้ เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศจาก TEA unit 1 ครั้งต่อเดือน	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยใช้ข้อมูลและสารสนเทศจาก TEA unit มากกว่า 1 ครั้งต่อเดือน	นำเสนอผลงานของ TEA unit อย่างเป็นทางการต่อคณะกรรมการบริหารกลุ่มการพยาบาล อย่างน้อย 1 ครั้งใน 6 เดือน	1	1
3. เจ้าหน้าที่สนับสนุน	ได้รับการแต่งตั้งชัดเจน	บริหารจัดการข้อมูลของ TEA unit ด้วยโปรแกรมพื้นฐานหรือเทียบเท่า เช่น Microsoft Word,Microsoft Excel	บริหารจัดการข้อมูลของ TEA unit ด้วยโปรแกรมจัดการฐานข้อมูลหรือเทียบเท่า	แสดงผลข้อมูลโดยใช้ความรู้ด้าน Infographic หรือเทียบเท่า	ร่วมวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยความรู้ด้านเวชสถิติ หรือ ระบาดวิทยา	3	3
4. สถานที่	มีพื้นที่ที่เป็นสัดส่วนในการบริหารจัดการ TEA unit แต่ยังไม่มีลักษณะเป็นสำนักงานที่ชัดเจนโดยเฉพาะ	มีสำนักงานที่ชัดเจนเป็นหน่วย TEA unit โดยเฉพาะ แต่ไม่มีคอมพิวเตอร์	มีสำนักงานที่ชัดเจนเป็นหน่วย TEA unit โดยเฉพาะ มีคอมพิวเตอร์ 1 เครื่อง	มีสำนักงานที่ชัดเจนเป็นหน่วย TEA unit โดยเฉพาะ มีคอมพิวเตอร์ มากกว่า 1 เครื่อง	มีสำนักงานที่ชัดเจนเป็นหน่วย TEA unit โดยเฉพาะ มีคอมพิวเตอร์ มากกว่า 1 เครื่อง มีอุปกรณ์สำนักงานที่จำเป็นครบ	4	5

5. Software	ไม่มี software เฉพาะในการนำเข้าข้อมูล ต้องใช้วิธีเก็บข้อมูลในกระดาษ	มี software เฉพาะในการนำเข้าข้อมูล แต่ยังไม่เชื่อมกับฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาล	มี software เฉพาะในการนำเข้าข้อมูล และเชื่อมกับฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	มี software เฉพาะในการนำเข้าข้อมูลและเชื่อมกับฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งฐานข้อมูลย่อยทางคลินิก 4 ฐานข้อมูล เช่น ฐานข้อมูลมะเร็ง, stroke, STEMI, trauma เป็นต้น	มี software เฉพาะในการนำเข้าข้อมูลและเชื่อมกับฐานข้อมูลหลักของโรงพยาบาลหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งฐานข้อมูลย่อยทางคลินิก มากกว่า 4 ฐานข้อมูล	2	2
6. กิจกรรมคุณภาพ (จำนวน)	ไม่มีกิจกรรมคุณภาพที่บริหารจัดการผ่าน TEA unit	มีกิจกรรมคุณภาพ (trauma หรือ non-trauma) ที่บริหารจัดการผ่าน TEA unit 1 ครั้งต่อเดือน	มีกิจกรรมคุณภาพ (trauma และ non-trauma) ที่บริหารจัดการผ่าน TEA unit 1 ครั้งต่อเดือน	มีกิจกรรมคุณภาพ (trauma และ non-trauma) ที่บริหารจัดการผ่าน TEA unit 2-4 ครั้งต่อเดือน	มีกิจกรรมคุณภาพ (trauma และ non-trauma) ที่บริหารจัดการผ่าน TEA unit มากกว่า 4 ครั้งต่อเดือน	2	4
7. กิจกรรมคุณภาพ (มิติ) - prevention - pre-hospital care - ER care - In-hospital care	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยไม่พบมิติของการพัฒนา ECS	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยมี 1 มิติ ใน 2 ไตรมาส	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยมี 2 มิติ ใน 2 ไตรมาส	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยมี 3 มิติ ใน 2 ไตรมาส	บริหารจัดการกิจกรรมคุณภาพโดยมีมากกว่า 3 มิติ ใน 2 ไตรมาส		
8. Value-Added TEA unit	กำลังพัฒนาการใช้ข้อมูลจาก TEA unit ในการขับเคลื่อน ECS คุณภาพ	มีการใช้ข้อมูลจาก TEA unit ในการขับเคลื่อน ECS คุณภาพ แต่ไม่ทำให้ผ่านตัวชี้วัดหลักของกระทรวงสาธารณสุข	มีการใช้ข้อมูลจาก TEA unit ในการขับเคลื่อน ECS คุณภาพ ทำให้ผ่านตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรองของกระทรวงสาธารณสุข 2 ตัวชี้วัด	มีการใช้ข้อมูลจาก TEA unit ในการขับเคลื่อน ECS คุณภาพ ทำให้ผ่านตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรองของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า 2 ตัวชี้วัด	มีการใช้ข้อมูลจาก TEA unit ในการขับเคลื่อน ECS คุณภาพ ทำให้ผ่านตัวชี้วัดหลัก และตัวชี้วัดรองของกระทรวงสาธารณสุขมากกว่า 2 ตัวชี้วัด ทั้งนี้ต้องแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้น	4	4
					สรุปคะแนน	21	26
						ปัจจุบัน	แผน

ระดับ [คะแนน]
ต้องพัฒนา [5-16]
กำลังพัฒนา [17-19]
มาตรฐาน [20-24]
สูงกว่ามาตรฐาน [25-31]
ดีเยี่ยม [32-40]

ปรับปรุง 2 กรกฎาคม 2564

อัตราของผู้ป่วย Triage L1,2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชม.(> 60%)



ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ/แผนพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค/	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหา
1. จำนวนห้องแยกโรคมี 1 ห้อง	- เพิ่มห้องแยกโรค (Modified Negative Pressure) เป็น 2 ห้อง
2. ศักยภาพการประเมินผู้ป่วยของทีมดูแล	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร (การฟื้นฟูวิชาการ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย) - Drip ยา streptokinase &RTPA

SERVICE PLAN
สาขามะเร็ง







SP มะเร็ง : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

สถานการณ์

- คัดกรองมะเร็งเต้านม
  ปี 63 : 74.60%,
  ปี 64 : 35.04%
- คัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม 5 ปี
  72.64 %
- คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
  ปี 63 : 77.95 %
  ปี 64 อยู่ในระหว่างดำเนินการ

ตัวชี้วัดรอง	ปี 63			ปี 64 (งวดแรก)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (70%)	74	53	71.6	28	22	78.57
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (70%)	66	54	82	16	14	87.5
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา						

Small success 2564 (3 เดือน)

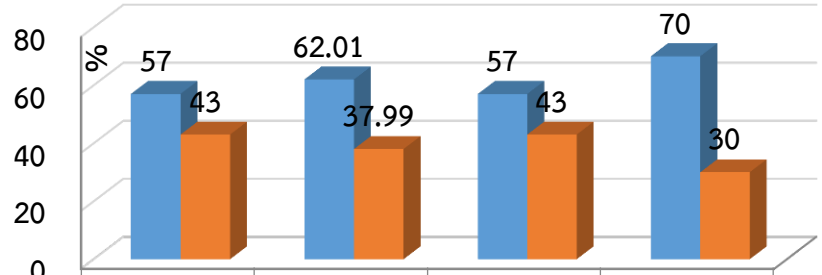
1. โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่
2. โครงการคัดกรองมะเร็งเต้านม CBE
3. โครงการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ผลการดำเนินการ

1. FIT test อยู่ในระหว่างดำเนินการ และกำลังcolonoscopy รอบที่ค้างจากปีงบ2563
2. คัดกรองทั้งจังหวัด 35.04% มีโครงการ MMG รองรับ 100%
3. คัดกรองทั้งจังหวัด 34.06% (รอดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA test เริ่ม 1 มี.ค.64)

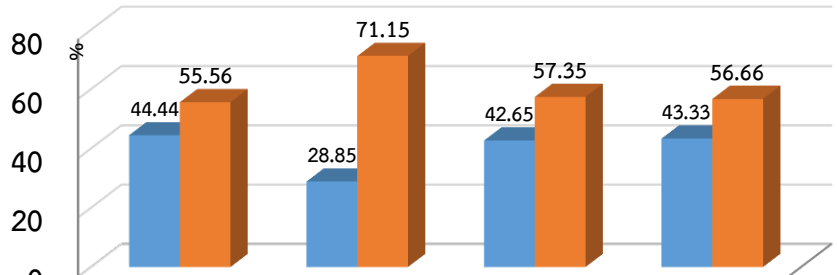
SERVICE PLAN
สาขามะเร็ง

ระยะโรคมะเร็งเต้านม



	2561	2562	2563	2564 (ต.ค.63-ม.ค.64)
ระยะที่ 1,2	57	62.01	57	70
ระยะที่ 3,4	43	37.99	43	30

ระยะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง



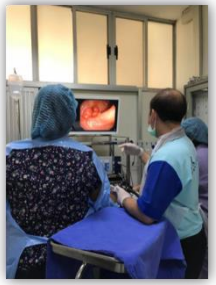
	2561	2562	2563	2564(ต.ค.63-ม.ค.64)
ระยะ1,2	44.44	28.85	42.65	43.33
ระยะ3,4	55.56	71.15	57.35	56.66

SERVICE PLAN
สาขามะเร็ง

โครงการคัดกรองมะเร็งที่จะดำเนินการใน ปีงบประมาณ 2564

แผนงาน / โครงการ / กิจกรรมหลัก ปี 2564	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่	12,879 ราย	1 ปี	สสจ. รพศ
2. คัดกรองมะเร็งเต้านม 30-70 ปี	142,165 ราย	1 ปี	สสจ. รพศ
3. คัดกรองมะเร็งปากมดลูก 30-60 ปี	113,584 ราย	สะสม 5 ปี	สสจ. รพศ







SERVICE PLAN สาขามะเร็ง

ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
1. การคัดกรองประชาสัมพันธ์ยังไม่ถึงประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	1. รณรงค์สัญญาณอันตรายให้เข้าถึงประชาชนในที่สาธารณะ สถานประกอบการต่างๆอย่างจริงจังทุกช่องทาง
2. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายไม่ให้ความร่วมมือ กลุ่มเสี่ยงกลัวที่จะคัดกรอง	2. ประชาสัมพันธ์ให้เข้าถึงสถานประกอบการและมีช่องทางด่วนในเข้ามาบริการได้ง่าย
3. จำนวนบุคลากร/เครื่องมือทางการแพทย์ไม่เพียงพอ บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัด ทำงานหนักขึ้น	3. เพิ่มจำนวนแพทย์สาขามะเร็ง และบุคลากรเพื่อรองรับการขยายบริการคัดกรอง การตรวจ ลงในโรงพยาบาลระดับอำเภอโดยสามารถกระจายทรัพยากรร่วมกัน

สาขาทารกแรกเกิด ปี 64

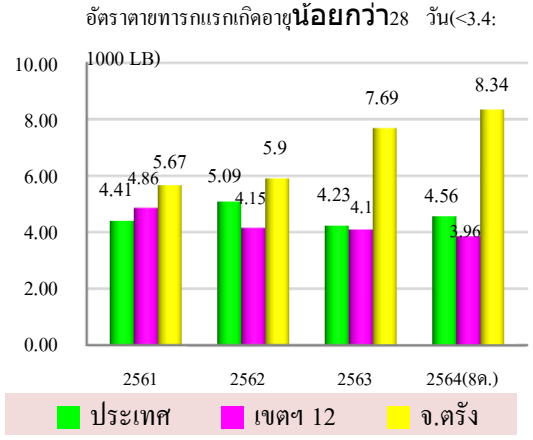
สาขา ทารกแรกเกิด (New Born)



สถานการณ์ (Evidence)	■ จ.ตรัง อัตราการตายทารกแรกเกิดสูงกว่าเกณฑ์ ปี 64(8เดือน) มีอัตราตายเท่ากับ 8.34 : 1,000 LB (เกณฑ์3.4 : 1,000 LB) ปี61=5.68 ปี62=5.93 ปี 63=7.69 ■ ส่งต่อทารกภายในเครือข่าย(พัทลุง:Preterm,GIFT) ส่งต่อนอกเครือข่าย(มอ) (CHD,ROP III)
จุดแข็ง	1.มีระบบการส่งต่อดูแลทารกอย่างชัดเจน 2.รพ.แม่ข่าย (AAA) มีศักยภาพในการดูแลทารกที่มีอาการรุนแรงได้เกือบทุกระบบ 3.บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะด้านทารกแรกเกิดอย่างต่อเนื่อง
โอกาสพัฒนา	1.อัตราตายสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน และมีสาเหตุการตายที่สำคัญ คือ Preterm, Birth asphysia,PPHN 2.มีการ Refer ข้ามAบน(พัทลุง) และการ Refer กลับโรงพยาบาลชุมชนยังน้อย 3.ขาดบุคลากรทางการแพทย์ เช่น กุมารแพทย์ทารกแรกเกิด และพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลทารกแรกเกิด <80% ปัจจุบัน 41.67% 4.ขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย(HFOV,INO)
ข้อเสนอแนะ	1.บูรณาการกับ Service Plan สาขาสูติ-นรีเวชกรรมในการป้องกันทารกคลอดก่อนกำหนดและภาวะพร่องออกซิเจนขณะคลอด 2.พัฒนาศักยภาพ รพ.ลูกข่ายทั้งในด้านบุคลากร ครุภัณฑ์/วัสดุทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถรับผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสมรรถนะของ รพ.นั้น

ตัวชีวัด Mo.1 : อัตราตายทารกแรกเกิด อายุ ≤28 วัน น้ำหนัก ≥500 กรัม (ไม่เกิน 3.4 : 1,000LB)

สถานการณ์	ปี63	ปี 64
การเสียชีวิตทารกแรกเกิด	34	19
1.Preterm severe RDS	13	7
2. Birth asphysia	4	2
3.MAS PPHN	6	4
4.Congenital anormaly	2	3
5.Congenital Pneumonia		
6.Neonatal sepsis	4	2
	5	1



อำเภอ	ปี 63			ปี 64 (8 เดือน)		
	ทารกคลอด	ทารกเสียชีวิต	ร้อยละ	ทารกคลอด	ทารกเสียชีวิต	ร้อยละ
เมืองตรัง	3,176	33	10.39	1,567	19	12.13
กันตัง	231	0	0	120	0	0
ย่านตาขาว	245	1	4.08	130	0	0
ปะเหลียน	190	0	0	89	0	0
สิเกา	60	0	0	48	0	0
ห้วยยอด	383	0	0	241	0	0
วังวิเศษ	38	0	0	29	0	0
นาโยง	109	0	0	39	0	0
รัษฎา	85	0	0	16	0	0
หาดสำราญ	2	0	0	0	0	0
จ.ตรัง	4,424	34	7.69	2,279	19	8.34
เขตฯ			4.11			3.96
ประเทศ			4.23			4.56

	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
√1. พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดและระบบการส่งต่อ แบบลงนิเทศในพื้นที่ √2. จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย สอน NCPR 3. สูติ-เด็ก Conference case dead ทุกราย	แพทย์, พยาบาล รพ.ตรัง/รพช.	ก.พ.- ก.ย.64	กุมารแพทย์/พยาบาล
4. พัฒนาการใช้ non-invasive ventilator เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ(ร.พ.ย่านตาขาว)		ต.ค.63-ก.ย.64	รพ.ตรัง/รพช.
5. การป้องกันทารกพิการแต่กำเนิดร่วมกับทีม MCH board	หญิงวัยเจริญพันธุ์	ต.ค.63-ก.ย.64	สสจ.ตรัง

- สัดส่วนเตียง NICU 1: 623 (คลอดเฉลี่ยปี61-63) ทารกเกิดมีชีพ (8/4,985)
- อัตราการครองเตียง ปี 61-64 (8ด) 92.08, 92.1, 90.94, 98.35

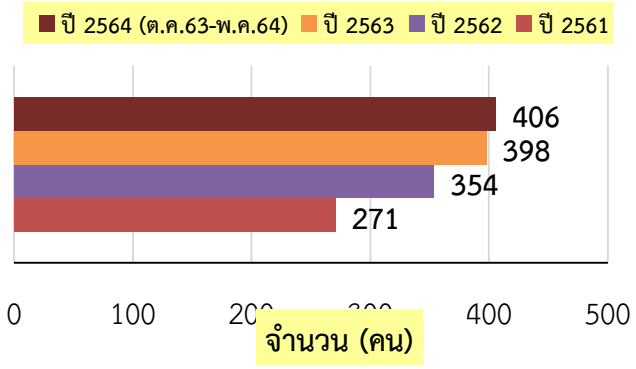
ที่มาข้อมูล : HDC วันที่ 28 มิ.ย..64

SERVICE PLAN สาขา INTERMEDIATE CARE จ.ตรัง

ตัวชี้วัด Mo.6 : ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M ,F ที่ให้บริการการฟื้นฟูสภาพในระยะกลางแบบผู้ป่วยใน Intermediate Bed/ward (50%)

สถานการณ์

ในปีงบฯ2564 เดือนต.ค 63-พ.ค 64 พบว่าในจังหวัดตรังมีผู้ป่วย IMCทั้งหมด 406 ราย เป็นผู้ป่วยStroke ร้อยละ 86.21,ผู้ป่วย Traumatic Brain brain injury ร้อยละ 9.36 และผู้ป่วย Spinal cord injury ร้อยละ 4.43



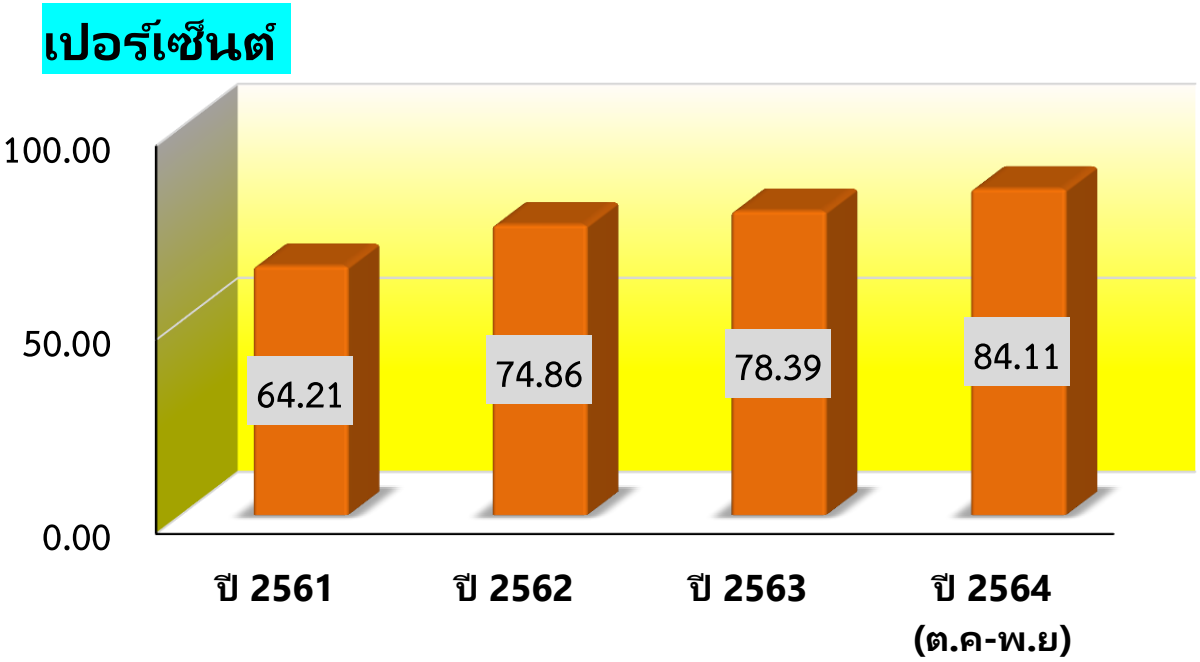
อำเภอ	ปี 63			ปี 64 (6เดือน)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
จ.ตรัง	50	9/9	100	50	9/9	100

รพ.	ระดับ	ร้อยละของผู้ป่วย IMCที่รอดชีวิต และมีคะแนน BI <15 รวมทั้งคะแนน BI ≥15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน BI = 20 เป้าหมาย ร้อยละ 60 (ข้อมูลผู้ป่วยปีงบ64 เดือน ต.ค-พ.ย)
ห้วยยอด	M2	87.50
ย่านตาขาว	F1	80.00
กันตัง	F1	71.43
ปะเหลียน	F2	100.00
สิเกา	F2	75.00
วังวิเศษ	F2	90.91
นาโยง	F2	88.89
รัษฎา	F2	100.00
หาดสำราญ	F2	75.00
รพ.ตรัง	A	75.00
จ. ตรัง	-	84.11

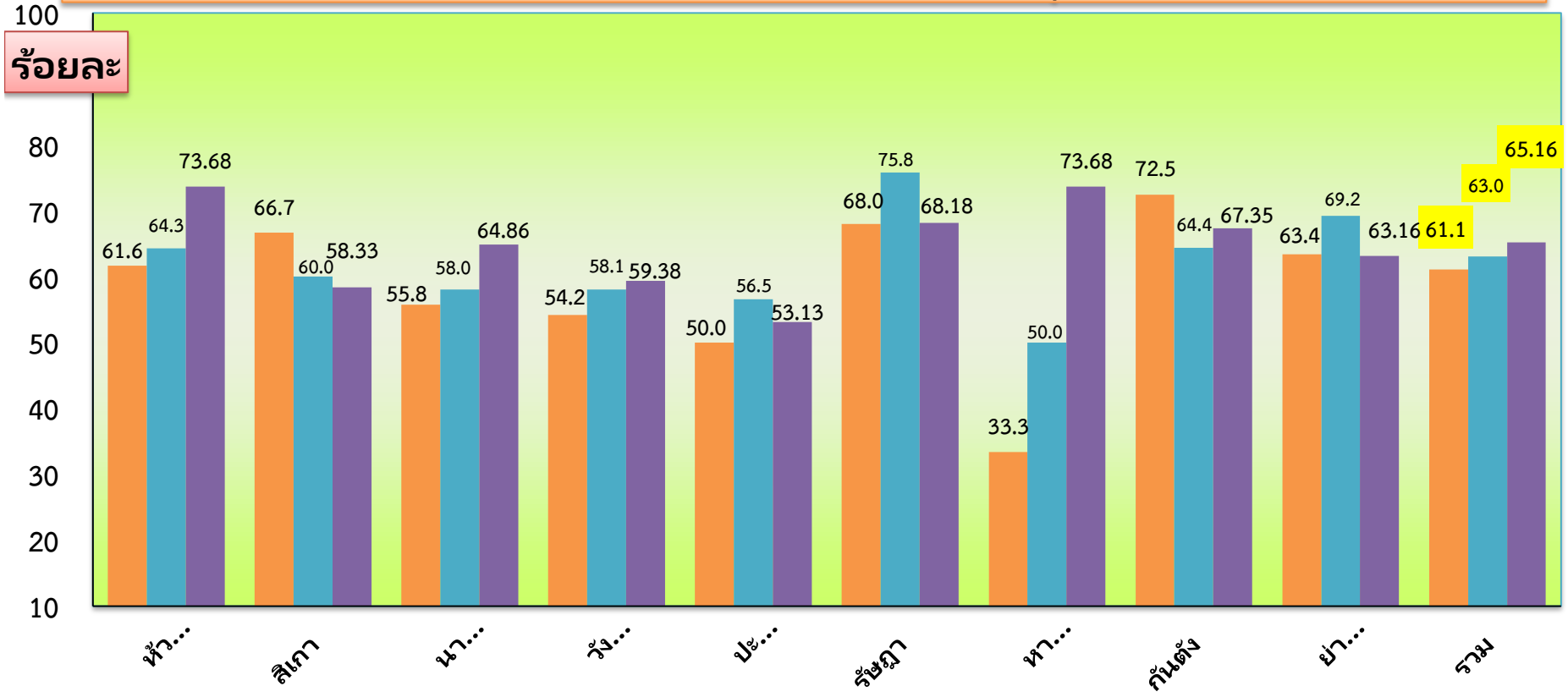
Small success(3 เดือน)	ผลการดำเนินการ
1.จัดทำโครงการติดตามและเสริมพลัง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนของจ.ตรัง 2.พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนของจ.ตรัง ผ่านการอบรมหลักสูตร พยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 5 วัน	1.โรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการ checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD (IPD for intermediate bed/ward) = ร้อยละ 79 (เป้าหมาย ร้อยละ 50) 2.ร้อยละ ๑๐๐ ของพยาบาลในรพช.จ.ตรัง ผ่านการอบรมหลักสูตร พยาบาลฟื้นฟูสภาพหลักสูตร 5 วัน

ตัวชี้วัดIntermediate care จ.ตรัง	เป้าหมาย	ผลงานปีงบ 2563	ผลงานปีงบ 2564
1.ร้อยละโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
2.ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบ Intermediate ward ในโรงพยาบาลระดับ M และ F (ตัวชี้วัดระดับเขต)	ร้อยละ 40	ตัวชี้วัดใหม่ ปีงบ 64	ร้อยละ 71.42 (5/7 : บางกล่ำ, สายบุรี, รามัน, เขาชัยสน,ท่าแพ)
2.ร้อยะผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury และSpinal cord injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ 15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนBarthel index = 20	ร้อยละ 65	ร้อยละ 78.39	84.11 (ต.ค – พ.ย 63)
3.ผู้ป่วยintermediate care มีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 1 ระดับ ภายใน 3 เดือน (ตัวชี้วัด จ.ตรัง)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 59.76	ร้อยละ 74.21
4.ร้อยละผู้ป่วยintermediate care ที่ Refer back ไปรับบริการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ในรพช. (ตัวชี้วัด จ.ตรัง)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 63.04	ร้อยละ 65.16
5.ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านการประเมิน checklist สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD(IPD for intermediate bed/ward) สำหรับโรงพยาบาลระดับ MและF(ตัวชี้วัด จ.ตรัง)	ร้อยละ 50	ร้อยละ 79	-

ผลการติดตามผู้ป่วย IMC ที่รอดชีวิตจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index ครบ 20 ของปีงบ 2561 – 2564



ร้อยละการ refer back ผู้ป่วย IMC ของแต่ละโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2562 – ปัจจุบัน



ปัญหา/อุปสรรคและความต้องการการสนับสนุนการดำเนินงาน IMC

ปัญหาและอุปสรรค	ความต้องการการสนับสนุน
1.รพ.กันตัง ที่จะพัฒนาเป็น IMC ward ยังมีปัญหาเรื่องสถานที่ให้บริการแออัด 2.ขาดแคลนครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในภาพรวม	1.รพ.กันตังขออาคารกายภาพ3ชั้น (46ล้าน, มีแบบและสถานที่พร้อม) 2.สนับสนุนครุภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้บริการIMC แก่รพ.แต่ละระดับ(โดยมีการสำรวจข้อมูลจากทุกรพช. และอ้างอิงรายการครุภัณฑ์จากสถาบันสิรินธรฯ)

โครงการติดตามและเสริมพลัง IMC ในโรงพยาบาลชุมชนทั้ง9 แห่งในจังหวัดตรัง












โรงพยาบาลตรัง
Trang hospital

SP สาขาไต



5 โรค 5 ระบบ : CKD

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m^2 /y

<u>สถานการณ์</u>

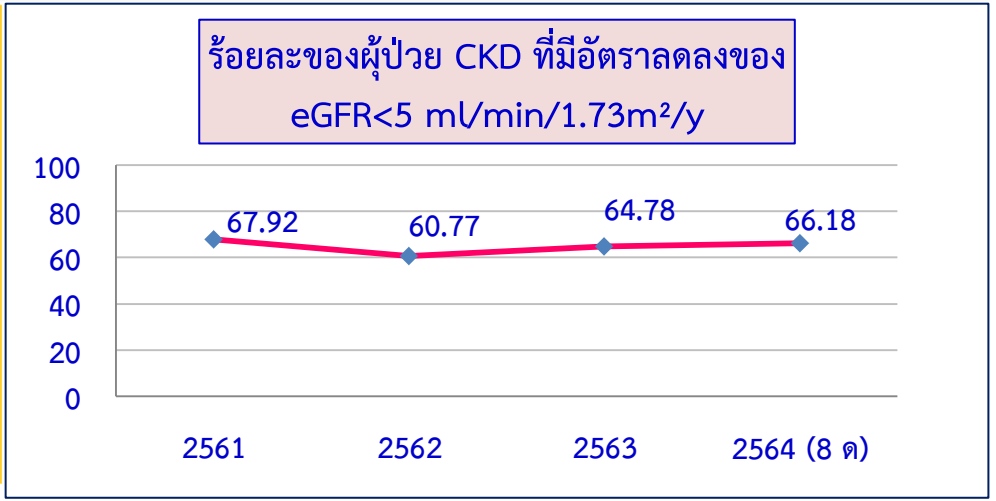
ผู้ป่วย CKD จ.ตรัง สาเหตุหลักจาก DM และ HT

- อัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73 m2/yr. (เกณฑ์ 66%)

ปี 62: 60.7

ปี 63: 64.78

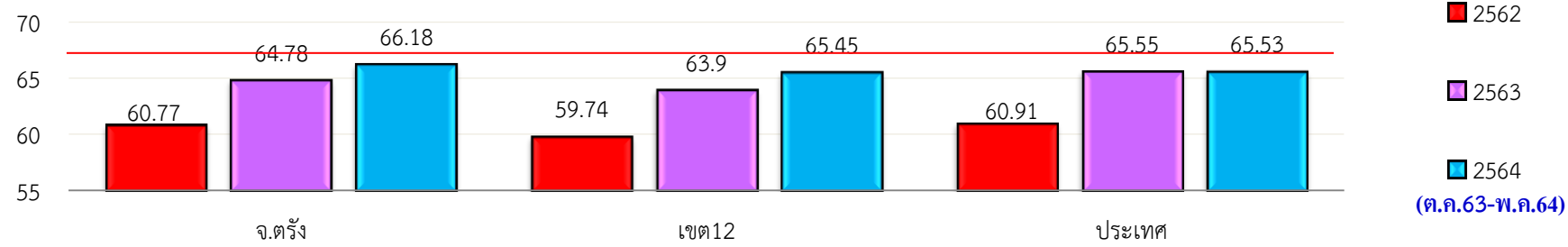
ปี 64(8 ด) 66.18 ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด



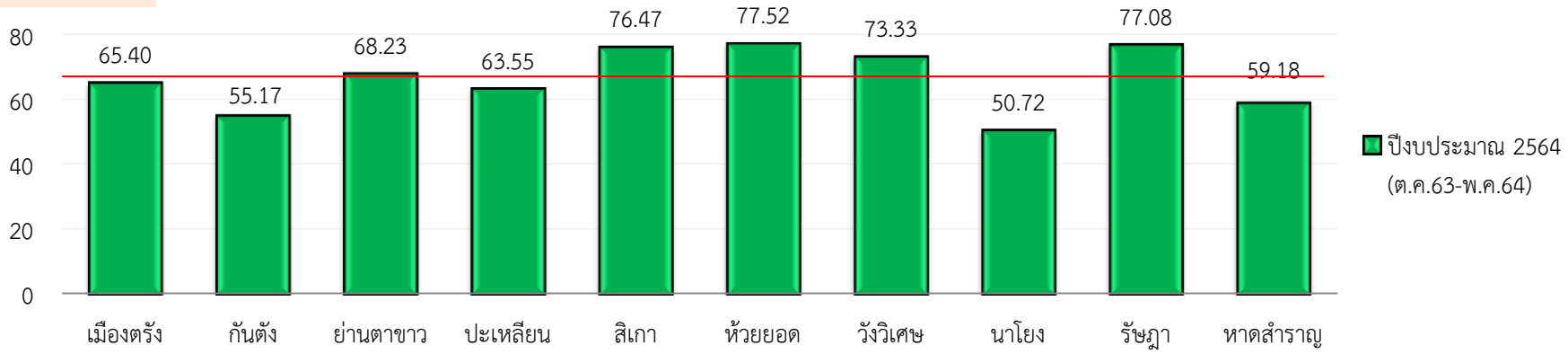
ปีงบประมาณ	ผู้ป่วย CKD	eGFR <5	คิดเป็น%
2561	3,407	2,314	67.92
2562	3,788	2,302	60.77
2563	6,607	4,280	64.78
2564 (8 ด)	5,635	3,729	66.18

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m^2 /y

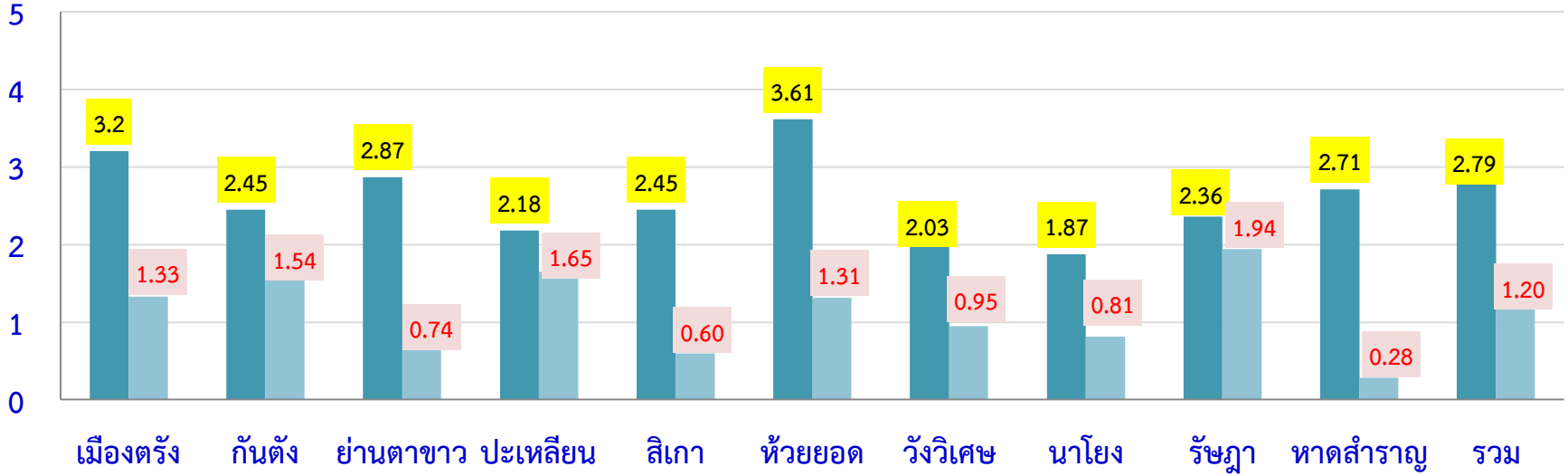
เกณฑ์ : ≥ ร้อยละ 66



เกณฑ์ : ≥ ร้อยละ 66



CKD 1.2 ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ในปีงบประมาณ) (พิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่วันที่ได้รับการคัดกรองเกิดก่อนวันที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น CKD) จ.ตรัง ปี 63-64 (8ด.)

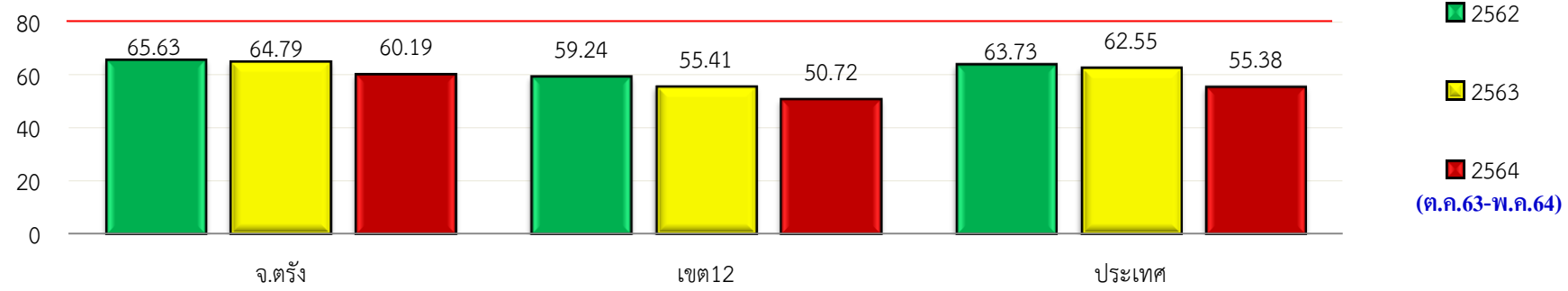


A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองและผลตามนิยามเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่

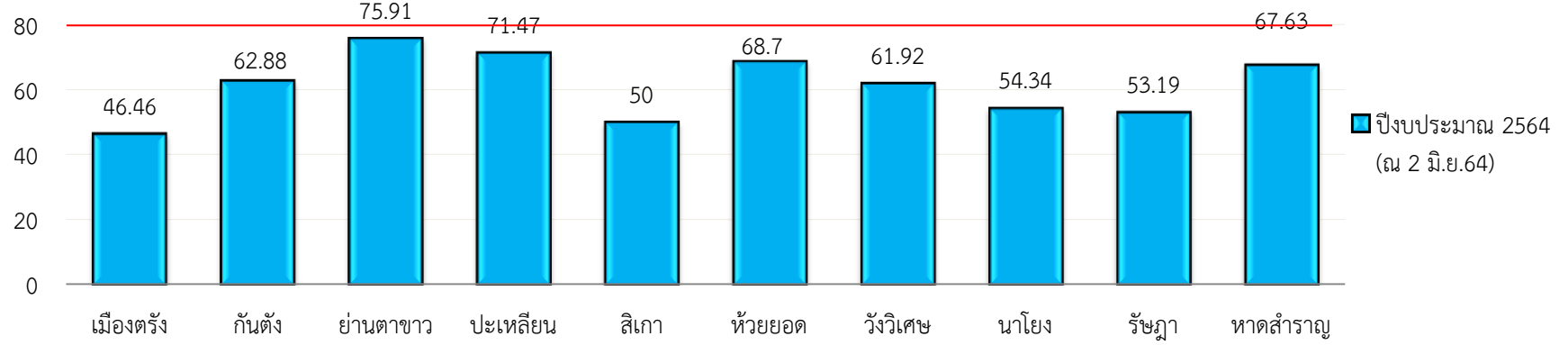
B หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง

ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง จ.ตรัง

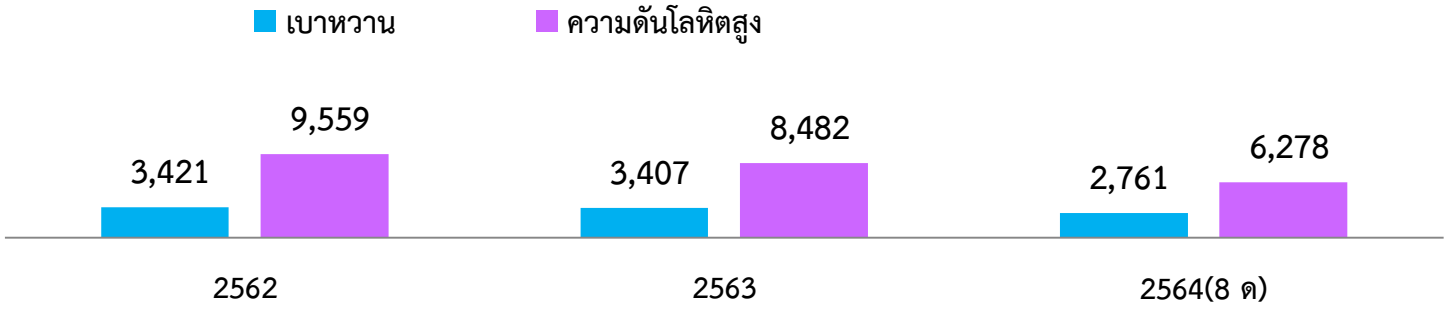
เกณฑ์ : ≥ ร้อยละ 80

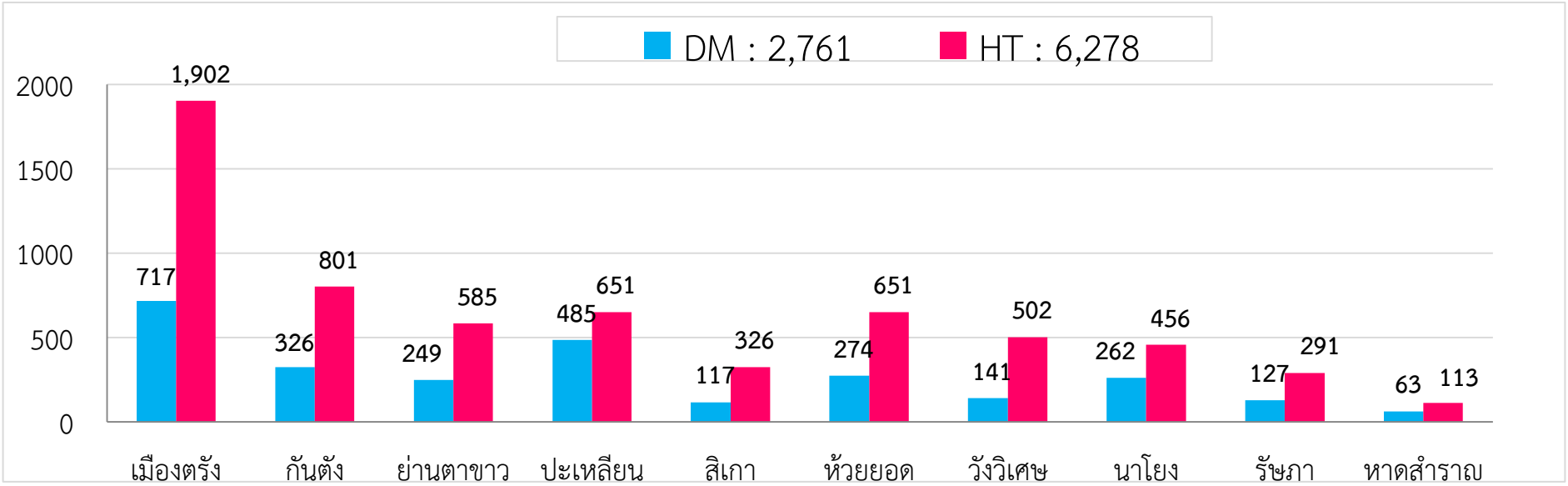


เกณฑ์ : ≥ ร้อยละ 80



อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่





สรุปปัญหาอุปสรรค ในการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2564

ปัญหา/อุปสรรค

1. การคัดกรองโรคไตในผู้ป่วยDM/HTไม่ได้ตามเกณฑ์ เนื่องจากสถานการณ์ Covid
2. ผู้ป่วยบำบัดทดแทนไต Un plan 90.10%
3. คิวรอคอยฟอกเลือด ระยะเวลารอคอย 2 ปี
4. ผู้ป่วย CAPD ON Temporary HD/Shift mode จำนวนเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนางานสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองห่างไกลโรค
2. บูรณาการการทำงานระหว่างCKD NCD และ Palliative
3.เตรียมความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต
4. ส่งเสริมการทำCAPD และAPD
5. พัฒนาโครงการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยCAPD
6. ส่งเสริมการผ่าตัดเปลี่ยนไต
7. รณรงค์การบริจาคอวัยวะเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยอวัยวะในเขตภาคใต้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ทุก รพช. มีคลินิก ชะลอไตเสื่อมและมีอายุรแพทย์โรคไตช่วยตรวจทุกเดือน ที่ รพ. ย่านตาขาว
2. CKD คลินิก รพ. ย่านตาขาวมีทีมงานที่เข้มแข็ง มีแพทย์ประจำ 2 คน มี CAPD nurse ให้ข้อมูลRRT และเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ปฏิเสธRRT
3. รพ. ห้วยยอดมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย CAPD อัตรากำลังพยาบาล CAPD 2 :41 ศัลยแพทย์สามารถวางTK ได้ อายุรแพทย์โรคไต รพ. ตรัง ช่วยตรวจติดตามอาการผู้ป่วย
4. รพ.แม่ข่าย มีความพร้อมในการบำบัดทดแทนไต
5. แพทย์ CVT ทำผ่าตัดVascular access
6. แพทย์ Intervention แก้ไข Vascular access (ปี 2564 = 4 ราย)

กิจกรรมการดำเนินงาน

การดำเนินงานในสถานการณ์Covid

CAPD Care

PD center ให้บริการ 9 อำเภอ
มีการแพร่ระบาดของโรคในบางพื้นที่







การบริหารจัดการ

1. งดการนัดผู้ป่วยและให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
2. ส่งยาให้ถึงบ้าน

Hemo Care

ปัจจัยเสี่ยง

- ผู้ป่วยฟอกเลือด 2 หน่วยบริการไตเทียม เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ
- มีการแพร่ระบาดของโรคในบางพื้นที่

การบริหารจัดการ

1. เครื่องมือในการประเมินและคัดกรองของสมาคมโรคไต Timelineของผู้ป่วยและผู้ดูแล
2. Zoning
3. Team

กิจกรรมการดำเนินงาน

<u>การฟอกเลือดผู้ป่วยติดเชื้อCovid</u>

1. ฟอกเลือดในห้องแยก(ห้องพิเศษ)
2. ใช้ RO. portable
3. Full PPE with PAPR





ประวัติศาสตร์ถูกบันทึก19พค.2564
ครั้งแรกในจังหวัดตรัง
ทีมห้องไตเทียมรพ.ตรังฟอกไตให้ผู้ป่วยCOVID-19



พยาบาลไตเทียม สร้างสถิติต้องใส่ชุดJupiter
ยาวนานที่สุดต่อครั้ง(3.5ชม.)
พวกเราภูมิใจในตัวคุณ



ความภาคภูมิใจของทีม
ฟอกไตผู้ป่วยCOVID-19ครั้งที่2 เมื่อ21พค.64
ช่วยลดความเสี่ยงต่อการใส่เครื่องช่วยหายใจ

โรงพยาบาลตรัง
TRANG HOSPITAL

SP สาขา Stroke

Thrombectomy

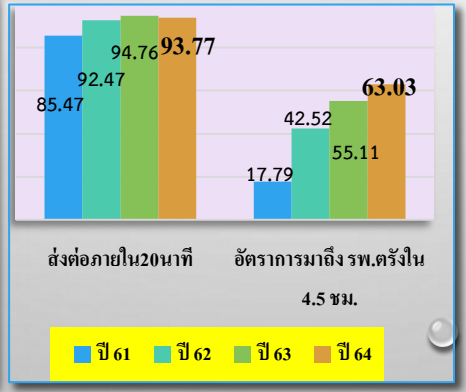


ปี	Thrombectomy (ราย)	ต่างจังหวัด
2562	3	
2563	43	- รับ Refer จาก รพ.เอกชน 2 ราย - รับจาก พัทลุง 2 ราย - รับจาก นราธิวาส 1 ราย **เขต11** - รับจาก สุราษฎร์ 4 ราย - รับจาก กระบี่ 5 ราย
2564 (ณ 28มิ.ย64)	37	- ในรพ.ตรัง 5 ราย - รับ Refer จากรพช. 9 ราย - รับจาก รพ.เอกชน 3 ราย - รับจาก สุราษฎร์ 10 ราย (ตจว.) - รับจาก สตูล 1 ราย (ตจว.) - รับจาก ทุ่งสง 4 ราย (ตจว.) - รับจากหาดใหญ่ 1 ราย (ตจว.) - รับจากพัทลุง 3 ราย (ตจว.)

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ: สาขา STROKE

สถานการณ์ / ตัวชี้วัด	เกณฑ์	ปี 63 ร้อยละ	ปี 64 (8 ด.) ร้อยละ
อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	<7%	4.68	5.06
อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองตีบ/ตัน (I63-I639)	<5%	1.76	2.00
อัตราตายผู้ป่วยหลอดเลือดสมองแตก (I60-I62)	<25%	18.54	16.25

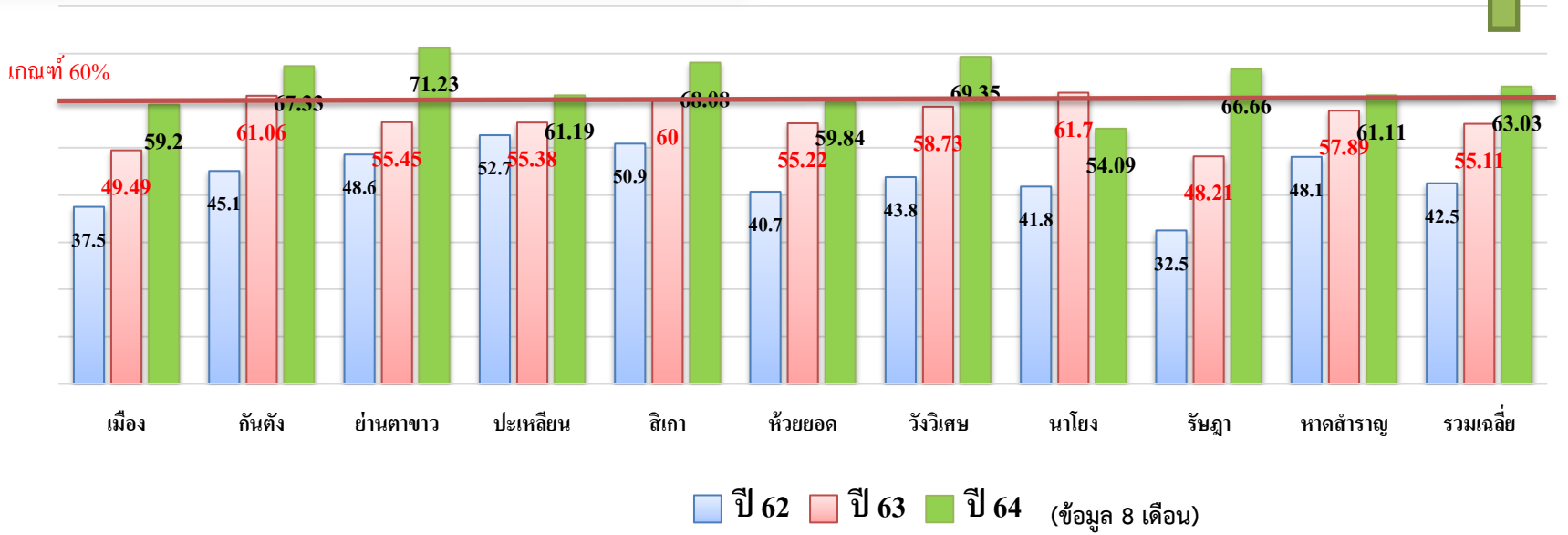




รพ. ข้อมูล 8 เดือน	ปี 2563			ปี 2564 (8 เดือน)		
	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ	ผู้ป่วย	เสียชีวิต	ร้อยละ
ตรัง	2204	113	5.13	1,382	80	5.79
กันตัง	52	0	0	54	0	0
ย่านตาขาว	32	0	0	54	2	3.7
ปะเหลียน	32	0	0	5	0	0
สิเกา	32	0	0	18	0	0
ห้วยยอด	75	1	1.33	77	0	0
วังวิเศษ	18	0	0	12	0	0
นาโยง	18	1	5.56	13	1	7.69
รัษฎา	31	2	6.45	13	0	0
หาดสำราญ	5	0	0	11	0	0
จ.ตรัง	2,499	117	4.68	1,639	83	5.06
เขตฯ	13,308	873	6.56	8,900	515	5.79
ประเทศ	173,525	13,813	7.96	121,557	10,1001	8.23

อัตราการเข้าถึงบริการใน 4.5 ชม.

ร้อยละการเข้าถึงบริการ (เกณฑ์ 60%) ข้อมูลรายอำเภอ ปี 62-64



แนวทางการดูแลผู้ป่วย PUI/COVID-19 with Stroke fast track
โรงพยาบาลตรัง

Activated จาก รพช./เอกชน
- แพทย์ รพ.ต้นทางโทรแจ้งศูนย์ refer ER รพ.ตรัง ก่อน refer
- Note ประวัติและความเสี่ยงในใบ refer

Activated at ER รพ.ตรัง

Activated at Cohort ward

ER รพ.ตรัง
- ประสานทีมในการดูแลผู้ป่วย PUI/COVID-19
- แพทย์ ER consult Neuromed
- notify พยาบาล stroke unit
- ประสานห้อง CT เตรียมพร้อม
- ตาม work flow Acute stroke management

Consult Neuromed
ในเวลา : Staff Neuromed
นอกเวลา : Staff Neuromed และ พพล.Med

Consult staff Neuromed ตามเพศ

แนวทางปฏิบัติ
- Isolation patient
- Mask on patient
- PPE for health care personel
- No rt-PA in severe COVID with coagulopathy case
- Aware of drug interaction : antiplatelet, antiviral
- Consider telemedicine to minimize contact

- ประสานห้อง CT เตรียมพร้อม
- ตาม work flow Acute stroke management
- notify พยาบาล stroke unit

CT brain nc emergency
- rt-PA if no exclusion criteria at CT room โดย พยาบาล SU
- CTA brain ตามข้อบ่งชี้
- กรณีทำ mechanical thrombectomy ตาม work flow PUI/COVID with mechanical thrombectomy

Admit 298/7 or Cohort ward

19/4/64







แนวทางการ ADMIT SU ในราย LOW RISK PUI



เกณฑ์การรับผู้ป่วย Admit ที่ Stroke Unit (SU) กรณีเคส Stroke with low risk PUI

- ผู้ป่วยที่ได้ยา rt-PA → ไม่ต้อง Swab → Admit SU
- ผู้ป่วย Stroke ที่ on ETT → Swab ทุกเคส *admit SU ด้านนอกก่อน เพื่อรอผล Swab
  - Positive → Admit Cohort ward
  - Negative → Admit SU
- ผู้ป่วย stroke ที่ไม่ได้ยา rt-PA → Admit SU ด้านนอก → ไม่ต้อง Swab → กรณีจะย้ายเข้า SU ในห้องแอร์ ให้ Swab ก่อนย้ายเข้าทุกเคส

***ผู้ทำการ Swab : แพทย์เจ้าของสายหรือ พพล./Intern ในสาย (ในเวรให้ พพล.หรือIntern ที่อยู่เวร)

***อุปกรณ์ป้องกันในการ Swab : N95, Face shield, เสื้อคลุมพลาสติก, หมวก, ถุงมือ (เตรียมไว้ที่หน้า SU)

5/5/64 โรงพยาบาลตรัง

จำนวนผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตรัง ด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-69)

HNA



Node



สัญลักษณ์	สถิติ/สถานการณ์	พื้นที่ตำบล
	จำนวนผู้ป่วย I60-69 มากสุด 3 ลำดับ	ทับเที่ยง,โคกหล่อ,ย่านตาขาว
	จำนวนผู้ป่วย I60-69 เสียชีวิต มากที่สุด 3 ลำดับ	ทับเที่ยง,นาวง,ปะเหลียน
	อัตราป่วยตาย มากที่สุด 3 ลำดับ	บางรัก,ปะเหลียน,นาวง
	อัตราตายต่อแสนประชากร (พื้นที่ตำบล)	ห้วยยอด,นาวง,ย่านตาขาว

เป้าหมาย

1. เพิ่มการเข้าถึงระบบ STROKE FAST TRACK ให้มากขึ้น $\geq$ 80%
2. ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน STROKE UNIT มากขึ้น $\geq$ 80%
3. อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (RT-PA) > 20%
4. จำนวนผู้ป่วย STROKE รายใหม่ลดลง
5. มี NODE ที่มีศักยภาพครบวงจร (โรงพยาบาลห้วยยอดและโรงพยาบาลย่านตาขาว)

ปัญหาที่พบ

1.อัตราการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาทันเวลา FAST TRACK (<4.5ชั่วโมง) ยอดรวมจังหวัด ได้ มากกว่าเกณฑ์

ร้อยละ 63.03 ยังพบ บางอำเภอยังต่ำกว่าเกณฑ์ (เกณฑ์ > 60%) ได้แก่ เมือง ,ห้วยยอดและนาโยง

- ALERT AND AWARENESS
- EMS SYSTEM
- EDUCATION

2.อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเฉียบพลันที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (RT-PA) ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งปัจจุบันการให้ยาละลายลิ่มเลือด RT-PA สามารถให้ได้ที่โรงพยาบาลตรังแห่งเดียวเท่านั้นในจังหวัดตรัง (6.65%, เกณฑ์ > 7%)

- NODE FOR RT-PA

3.ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน STROKE UNIT ต่ำกว่าเกณฑ์ (57.09%, เกณฑ์ > 60%)

- จากข้อมูลอัตราการครองเตียง 108.45% ซึ่งแสดงให้เห็นว่า จำนวนเตียงที่ให้บริการใน STROKE UNIT ไม่เพียงพอ (ต้องการ 20 เตียง เพื่อจะได้อัตรา ADMIT STROKE UNIT 80%)

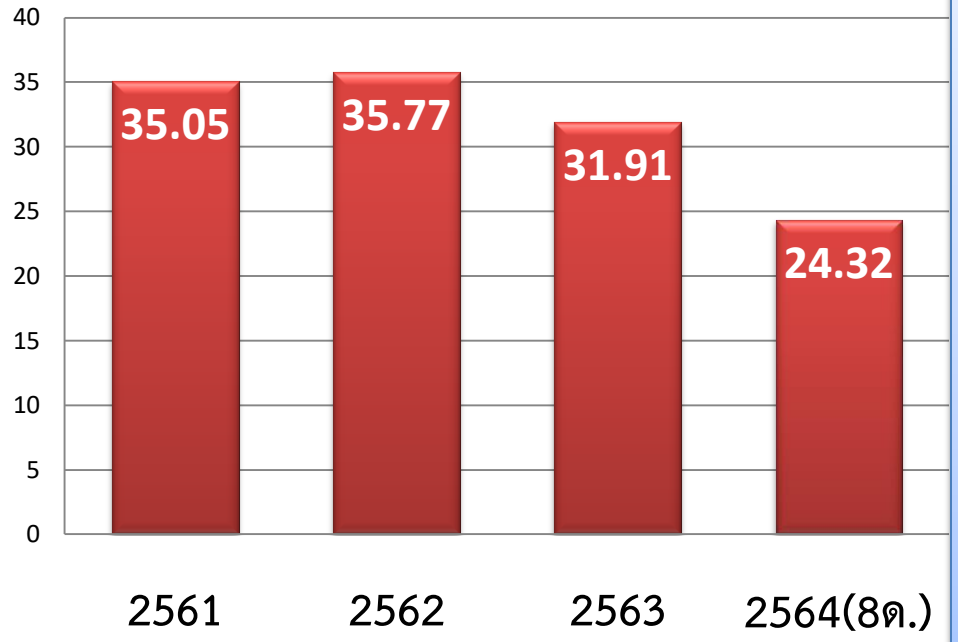
4.จำนวนผู้ป่วย STROKE รายใหม่ เพิ่มขึ้นทุกปี

หมายเหตุ ...ปี2564 (ข้อมูล รพ.ตรัง 8 เดือน)

- เน้นระบบ PRIMARY PREVENTION

Service Plan : สาขาอายุรกรรม (sepsis)

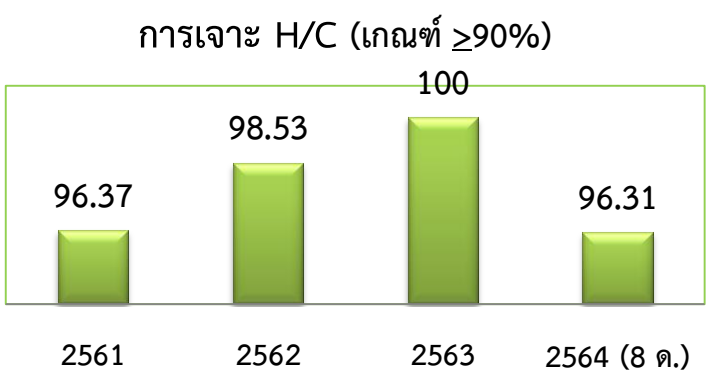
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 26

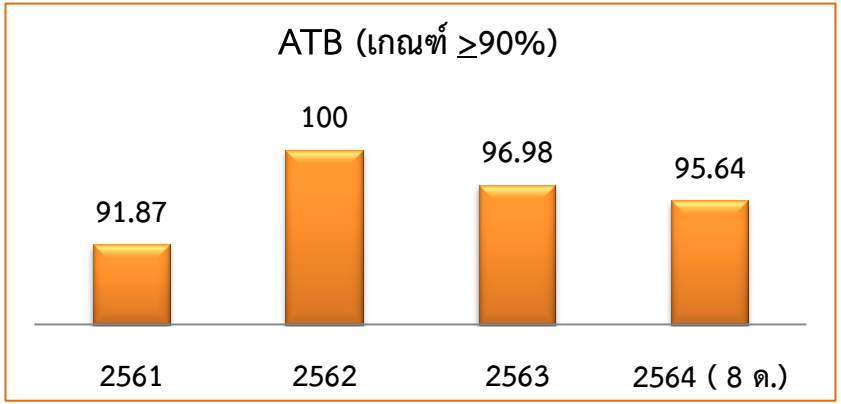


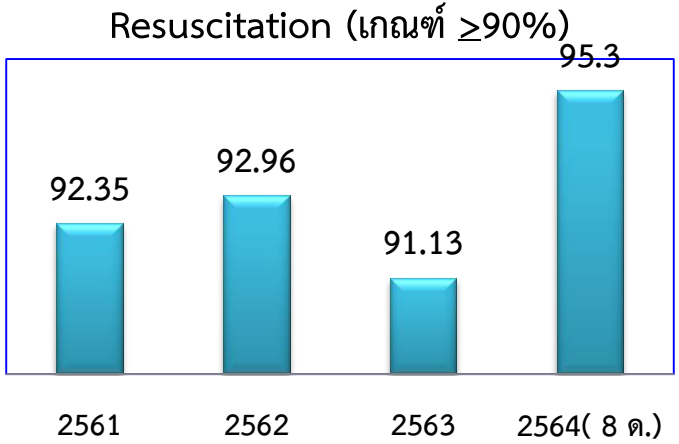
สิ่งที่ทำได้ดี

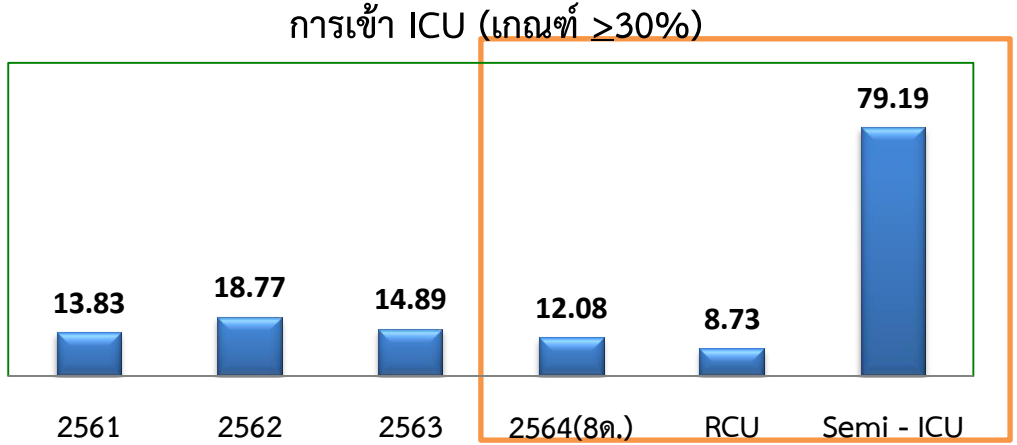
- มีระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team
- ทบทวน Dead case conference ทุกสัปดาห์ที่ 2 ของเดือน
- ปรับปรุง standing order for sepsis / septic shock
- ให้ยา ATB + c-line + resuscitation at ER ก่อน admit
- พัฒนาการดูแลโรคที่เป็นปัญหาสาเหตุของการเสียชีวิตจากภาวะ sepsis เช่น Pneumonia

ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการตายผู้ป่วย Sepsis









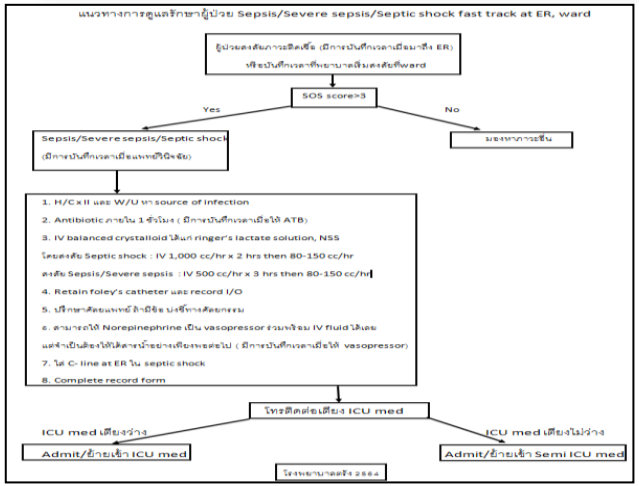
การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ

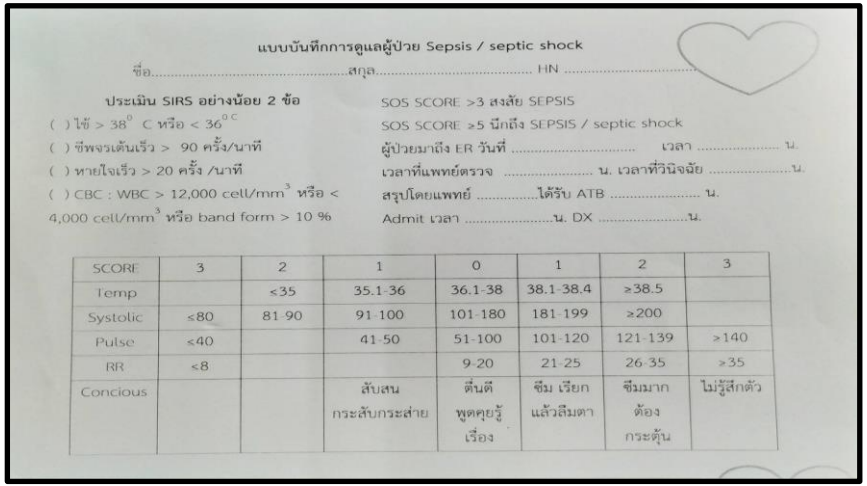
ข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯ รอบที่ 1/2564	การดำเนินการตามข้อสั่งการ / ข้อเสนอแนะ จากการตรวจราชการฯ รอบที่ 1/2564
- เพิ่มระบบคัดกรอง SOS criteria ในรพช.	- นำระบบคัดกรอง SOS criteria ไปใช้ใน รพช.
- สร้าง sepsis fast track protocol	- ใช้แนวทาง sepsis fast track protocol ตั้งแต่ ER
- จำนวนเตียงใน ICU ไม่เพียงพอ	3. กำหนดให้ case septic shock เป็น first priority ในการเข้า ICU

ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ / แนวทางแก้ไขปัญหาที่เสนอต่อคณะตรวจฯ
- ศักยภาพการประเมินผู้ป่วยของทีมดูแล	- พัฒนาศักยภาพบุคลากร (การฟื้นฟูวิชาการ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย)
- ภาระงานมาก ขาดอัตรากำลังตามสาขาวิชาชีพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ	- เพิ่มแพทย์เวร Intern / แพทย์พี่เลี้ยง - เพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพให้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤต
- จำนวนเตียงใน ICU ไม่เพียงพอ	- สร้างระบบบริหารจัดการเตียง ICU เช่น เพิ่มเตียง ICU

CPG for NURSES: Sepsis / Septic shock





แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วย Sepsis / septic shock

ชื่อ.....สกุล..... HN .....

ประเมิน SIRS อย่างน้อย 2 ข้อ

( ) ไข้ > 38° C หรือ < 36° C

( ) ชีพจรเต้นเร็ว > 90 ครั้ง/นาที

( ) หายใจเร็ว > 20 ครั้ง /นาที

( ) CBC : WBC > 12,000 cell/mm^3 หรือ < 4,000 cell/mm^3 หรือ band form > 10 %

SOS SCORE >3 สงสัย SEPSIS

SOS SCORE ≥5 นึกถึง SEPSIS / septic shock

ผู้ป่วยมาถึง ER วันที่ ..... เวลา ..... น.

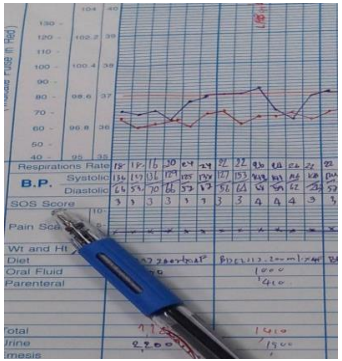
เวลาที่แพทย์ตรวจ ..... น. เวลาที่วินิจฉัย ..... น.

สรุปโดยแพทย์ .....ได้รับ ATB ..... น.

Admit เวลา .....น. DX .....น.

SCORE	3	2	1	0	1	2	3
Temp		≤35	35.1-36	36.1-38	38.1-38.4	≥38.5	
Systolic	≤80	81-90	91-100	101-180	181-199	≥200	
Pulse	≤40		41-50	51-100	101-120	121-139	≥140
RR	≤8			9-20	21-25	26-35	≥35
Concious			สับสน กระสับกระส่าย	ตื่นดี พูดคุยรู้เรื่อง	ซึม เรียกแล้วลืมตา	ซึมมาก ต้องกระตุ้น	ไม่รู้สึกตัว









SEAMLESS REFER

สถานการณ์ปัจจุบัน

การพัฒนาระบบส่งต่อของจังหวัดตรัง เป็นการบริหารจัดการระบบส่งต่อภายในจังหวัด การเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล การใช้ข้อมูลในการพัฒนาระบบ การจัดหน่วยประสานงานการส่งต่อ ให้คำปรึกษาจากแพทย์เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพ ขณะส่งต่อ คลอบคลุมการให้บริการส่งต่อทั้งในภาครัฐและเอกชนภายในจังหวัดและเครือข่าย

ร้อยละผู้ป่วย 4 สาขาหลักส่งต่อนอกเขตสุขภาพลดลง (เกณฑ์ร้อยละ 10) ไม่รวมรพ.มอ ลดลงร้อยละ16.67

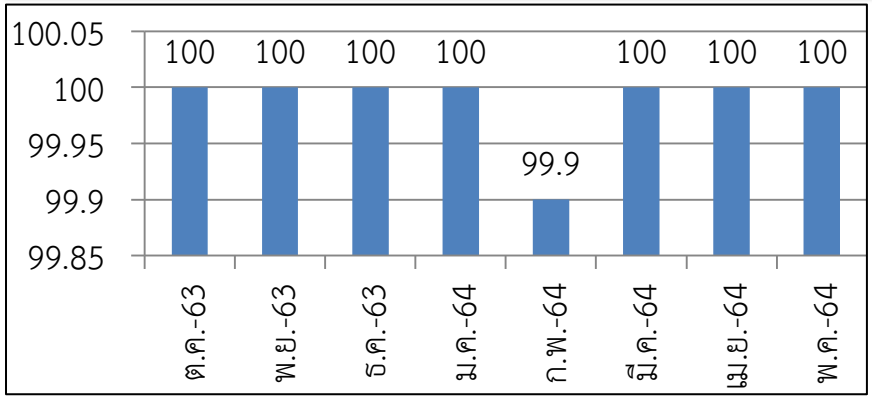
รายการ	ปี2563 (ต.ค.62-พ.ค.63)	ปี2564 (ต.ค.63-พ.ค.64)
ผู้ป่วยส่งต่อนอกเขต(ราย)	6	5

ร้อยละผู้ป่วย 4 สาขาหลักส่งต่อนอกโซน A ลดลง (เกณฑ์ร้อยละ 10)

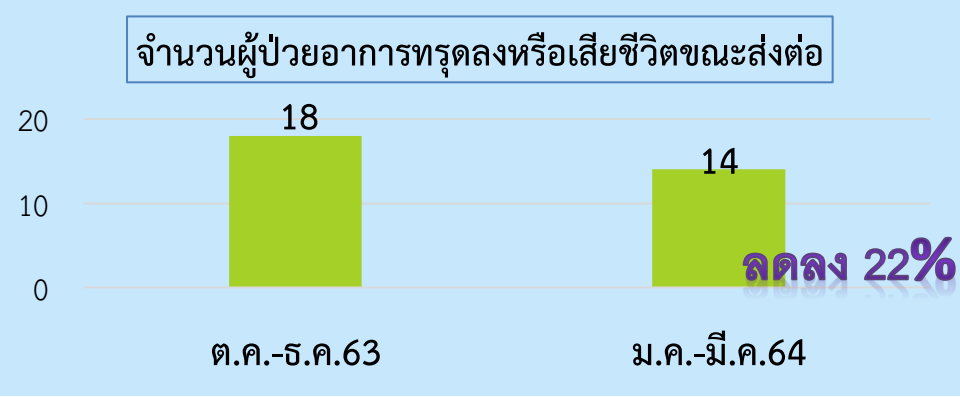
สาขา	ปี2563 (ต.ค.62-พ.ค.63)	ปี2564 (ต.ค.63-พ.ค.64)
หัวใจ	42	34
มะเร็ง	630	625
ทารก <28 วัน	24	12
อุบัติเหตุ	0	0
รวม	696	671
ลดลงร้อยละ 3.59		

SEAMLESS REFER

ร้อยละผู้ป่วยวิกฤติส่งต่อสำเร็จทุกรายภายใน 30 นาที ตั้งแต่ติดต่อต้นทาง (เกณฑ์ >95)



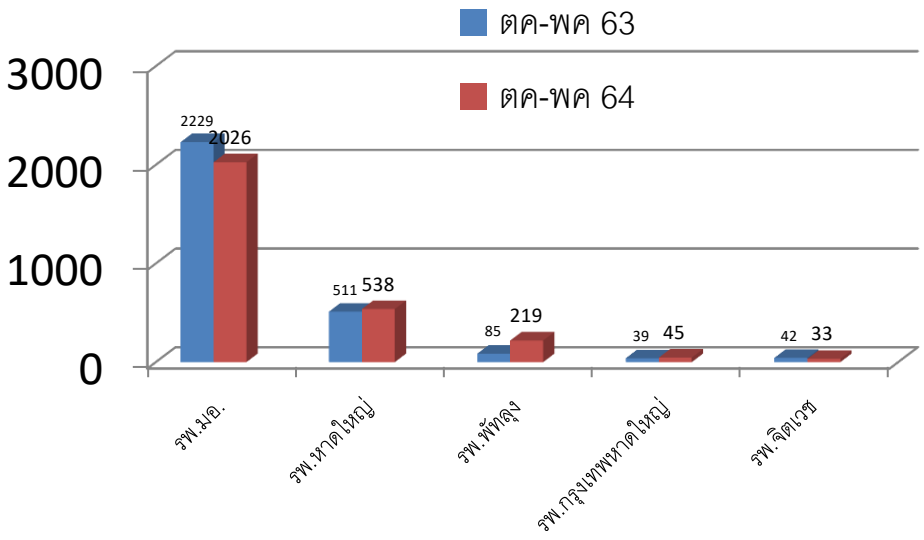
ร้อยละอุบัติการณ์ผู้ป่วย Refer ทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะส่งต่อ (เกณฑ์ลดลง ร้อยละ 5)



ข้อมูลปฏิเสธการส่งต่อ เป็นโอกาสพัฒนาโรงพยาบาลต้นทาง ในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อนำมาพัฒนา หากมีปัญหานำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อของจังหวัด, ประชุม Referral Conference ของจังหวัด



สถานพยาบาลที่ Refer Out ของโรงพยาบาลตรัง



จำนวนผู้ป่วย ONCO สาขานรีเวชโซน A ส่งต่อนอกโซน A

สถานพยาบาล	ปี2563 (ต.ค.62-พ.ค.63)	ปี2564 (ต.ค.63-พ.ค.64)
รพ.ตรัง	58	57
รพ.พัทลุง	14	25
รวม	72	82

SEAMLESS REFER

5 อันดับโรคผู้ป่วยมะเร็งที่ Refer out ปีงบประมาณ 2563-2564(8เดือน)

	รหัสโรค	2563	2564
1	C509 Breast malignant neoplasm	65	49
2	C539 cervix uteri malignant neoplasm	30	35
3	C349 Bronchus or Lung malignant neoplasm	23	26
4	C73 Malignant neoplasm of thyroid gland	21	11
5	C56 Malignant neoplasm of ovary	15	12
6	C541 Endometrium malignant neoplasm	13	737
	รวม	310	291

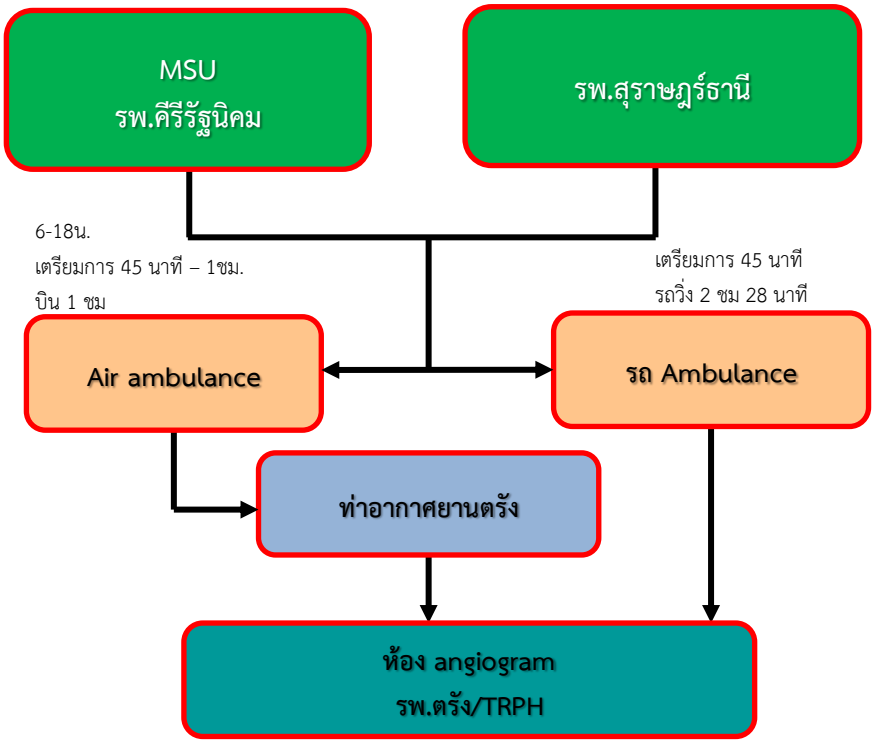
SEAMLESS REFER

แผนงาน/โครงการ	เป้าหมาย	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. จัดประชุมวิชาการ Referral conference ฟื้นฟูความรู้และกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย	ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง	ทุก 3 เดือน	รพศ.ตรัง สสจ.ตรัง
2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อผู้ป่วย ประสานงานการดูแลผู้ป่วยระหว่างเจ้าหน้าที่ขณะส่งต่อผ่านระบบ Telemedicine	รพช. 9 แห่ง รพศ.ตรัง 1 แห่ง	ก.ค. 64	รพศ.ตรัง
3. ปรับปรุงระบบข้อมูลส่งต่อผู้ป่วยเชื่อมโยงโปรแกรมต่างๆ - โปรแกรม Hos XP , - โปรแกรม Thai refer - ใบ Refer เฉพาะโรค Head injury, MI, STROKE, SEPSIS	รพช. 9 แห่ง รพศ.ตรัง 1 แห่ง	ม.ค.- ก.ย. 64	รพศ.ตรัง สสจ.ตรัง

SEAMLESS REFER

ความร่วมมือการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากรถ Mobile Stroke Unit (MSU) ผ่านท่าอากาศยานในพื้นที่ภาคใต้ โรงพยาบาลตรัง-สุราษฎร์ธานี

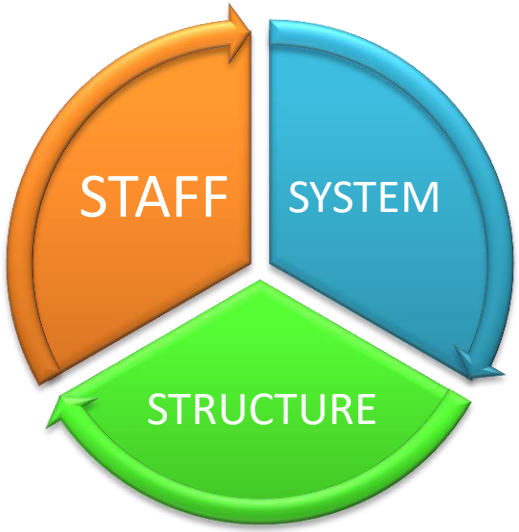
- ปีงบประมาณ 2564 โรงพยาบาลตรัง รับ refer ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบจำนวน 10 ราย เข้ารับการรักษาด้วยวิธี mechanical thrombectomy
- ระยะเวลาในการส่งต่อด้วยรถฉุกเฉินทางบกเท่ากับ 148 นาที (คิดเป็น 2 ชั่วโมง 28 นาที)
- ระยะเวลาตั้งแต่เกิดอาการจนเจาะหลอดเลือดแดง (onset to puncture) เท่ากับ 460 นาที (คิดเป็น 7 ชั่วโมง 40 นาที)
- ผลการรักษาที่ดี (mRS 0-2 ที่ 3 เดือน) เท่ากับร้อยละ 50



โรงพยาบาลตรัง
Trang hospital

CVT ANESTHESIOLOGIST

ONCO MED/SURG



ระบบการส่งต่อ ภายใน A1

ระบบการส่งต่อ ระหว่าง A

HYBRIDE OR 60MB

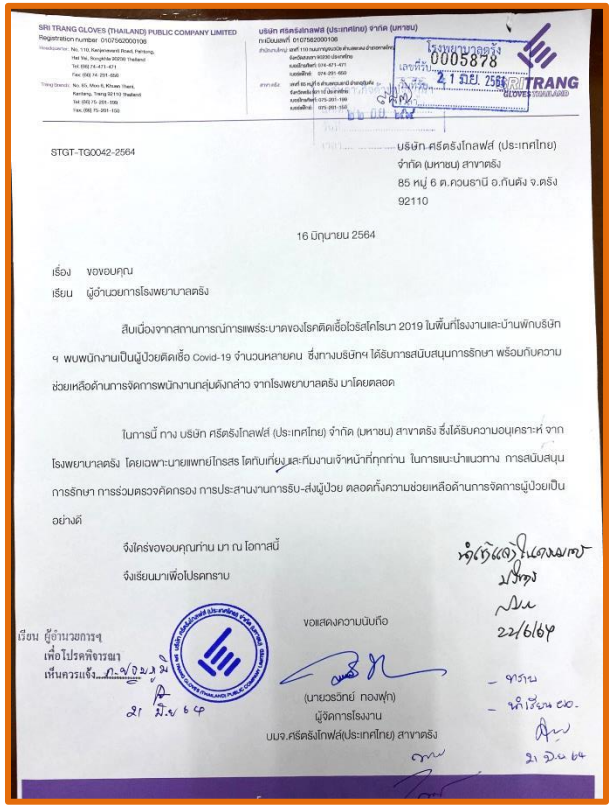
ANGIOGRAM 45 MB

อาคารผู้ป่วยใน

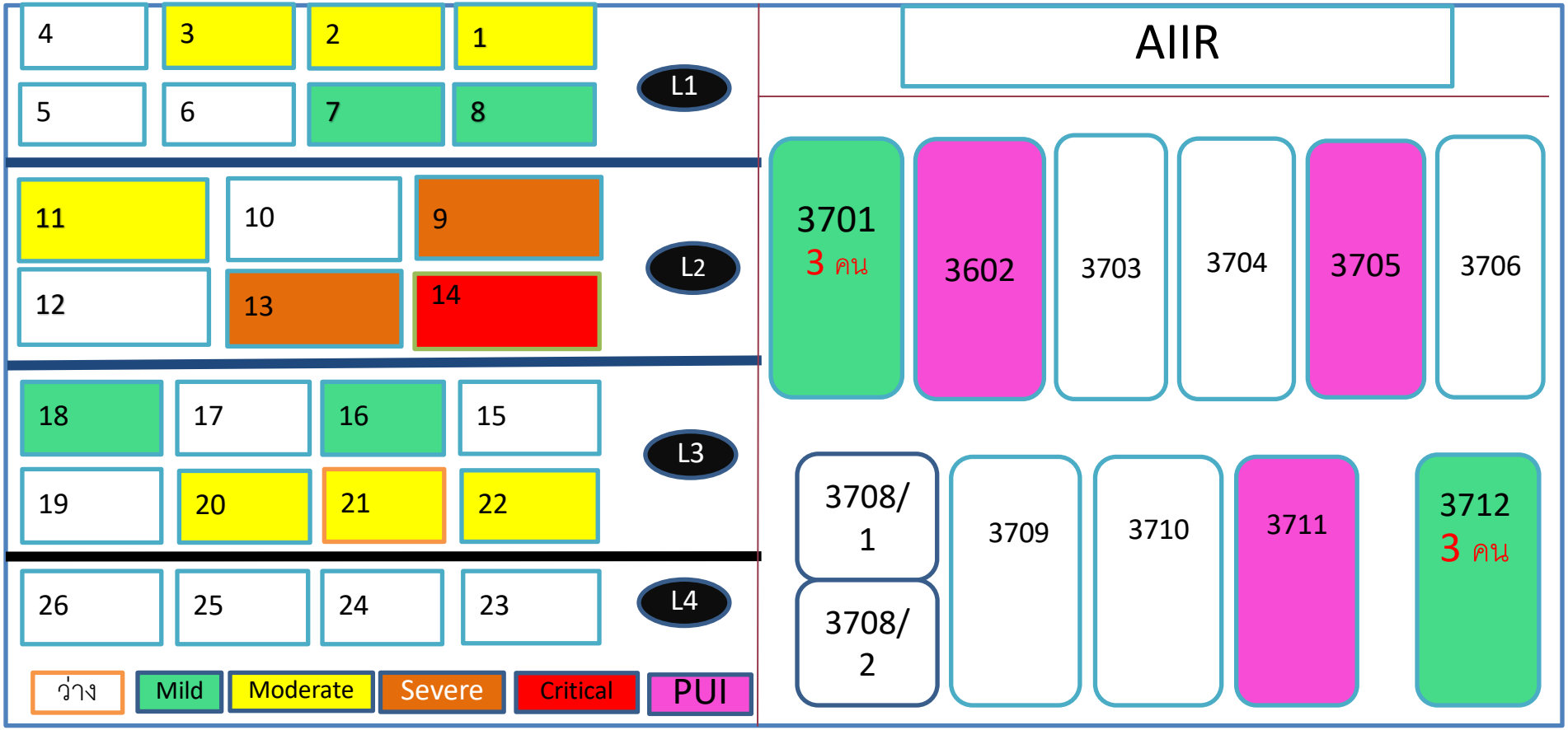


ผลการดำเนินงาน Covid-19 รพ.ตรัง





AIIR - Cohort ward - Isolate room













รพ.สนาม 3 จังหวัดตรัง :

วางแผน 19 เม.ย.64 เปิด 23 เม.ย.64

รพ.สนาม 4 จังหวัดตรัง :

วางแผน 26 เม.ย.64 เปิด 1 พ.ค. 64

รพ.สนาม 1 จังหวัดตรัง :

งบประมาณ อบจ.ตรัง

เครื่องช่วยหายใจสำหรับดูแลผู้ป่วย Covid-19

อาการรุนแรงและอาการปานกลาง (Severe & Mild)

เครื่องช่วยหายใจ	จำนวนที่มี (เครื่อง)	สามารถใช้ดูแลผู้ป่วย Covid-19 ได้ (เครื่อง)
High flow	31	15
Volume respirator	125	29
Bird	46	46

ฉีด Vaccine Covid-19 : Robinson Trang









โรงพยาบาลตรัง
Trang hospital

ขอขอบพระคุณ

