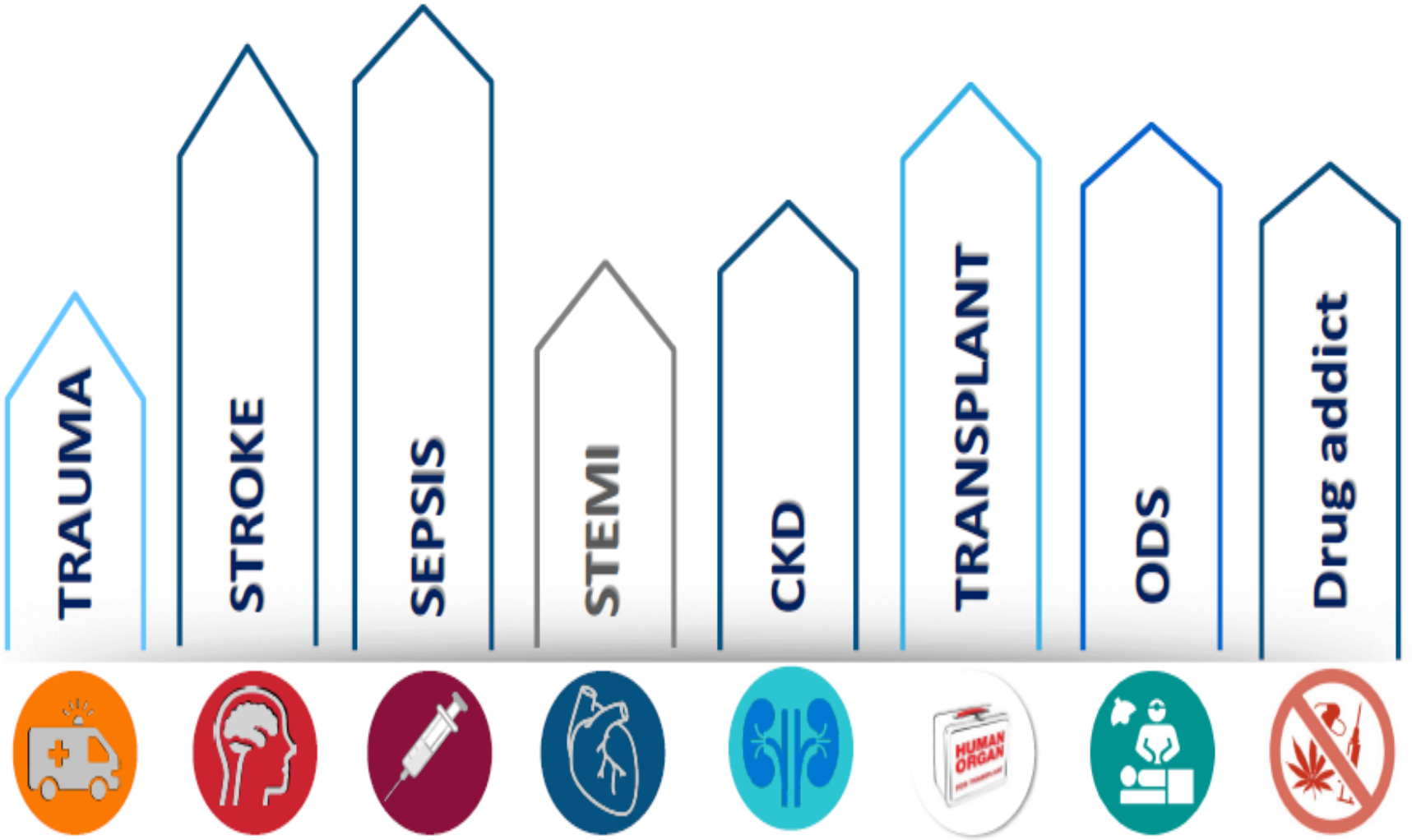
สรุปการตรวจราชการจังหวัดตราด
ครั้งที่ 1 ปี 2562

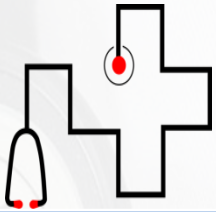
คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมการแพทย์

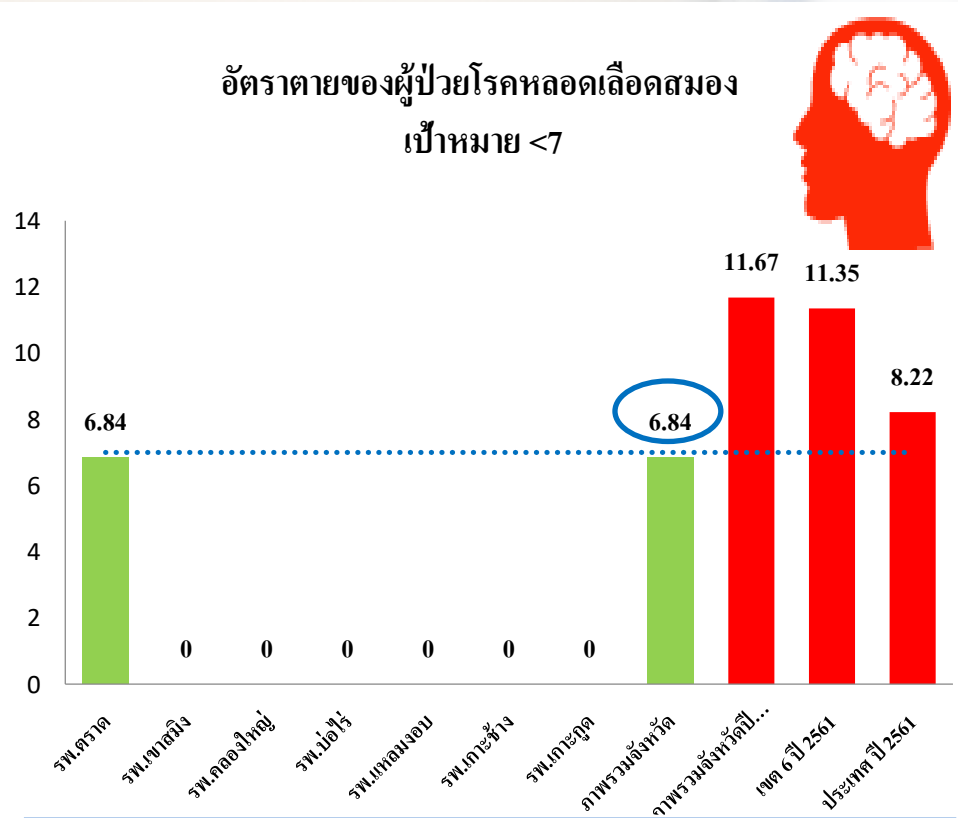
KPI ตรวจราชการ ปี 2562

คณะ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ



Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

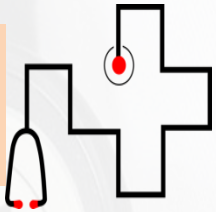




ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	<25	28.57% (6/21)
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	<5	2.30 (2/87)
Door to needle time ภายใน 60 นาที	≥50	83.33 (5/6)
Door to Stroke Unit ไม่เกิน 7 2 ชั่วโมง	≥ 40	64.29 (63/98)
Door to OR ภายใน 90 นาที	≥60	0 (0/0)

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
-ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบเชิงลึกโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรค DM/HT และกลุ่มผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง - สนับสนุนให้มีการใช้ระบบ EMS 1669 ให้มากขึ้นเพื่อลดระยะเวลา Door to needle time	-แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก - การจัดทำโครงการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันโดยวิธีการทำ Thrombectomy ในเขตสุขภาพ 6

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อการรักษา ด้วยการรักษาผ่านสายสวนหลอดเลือด



อายุ 18-85 ปี

มีอาการของการอุดตันของหลอดเลือดสมองขนาดใหญ่ (MCA or ACA or ICA)หรือ เส้นเลือดที่ก้านสมอง (Basilar artery)

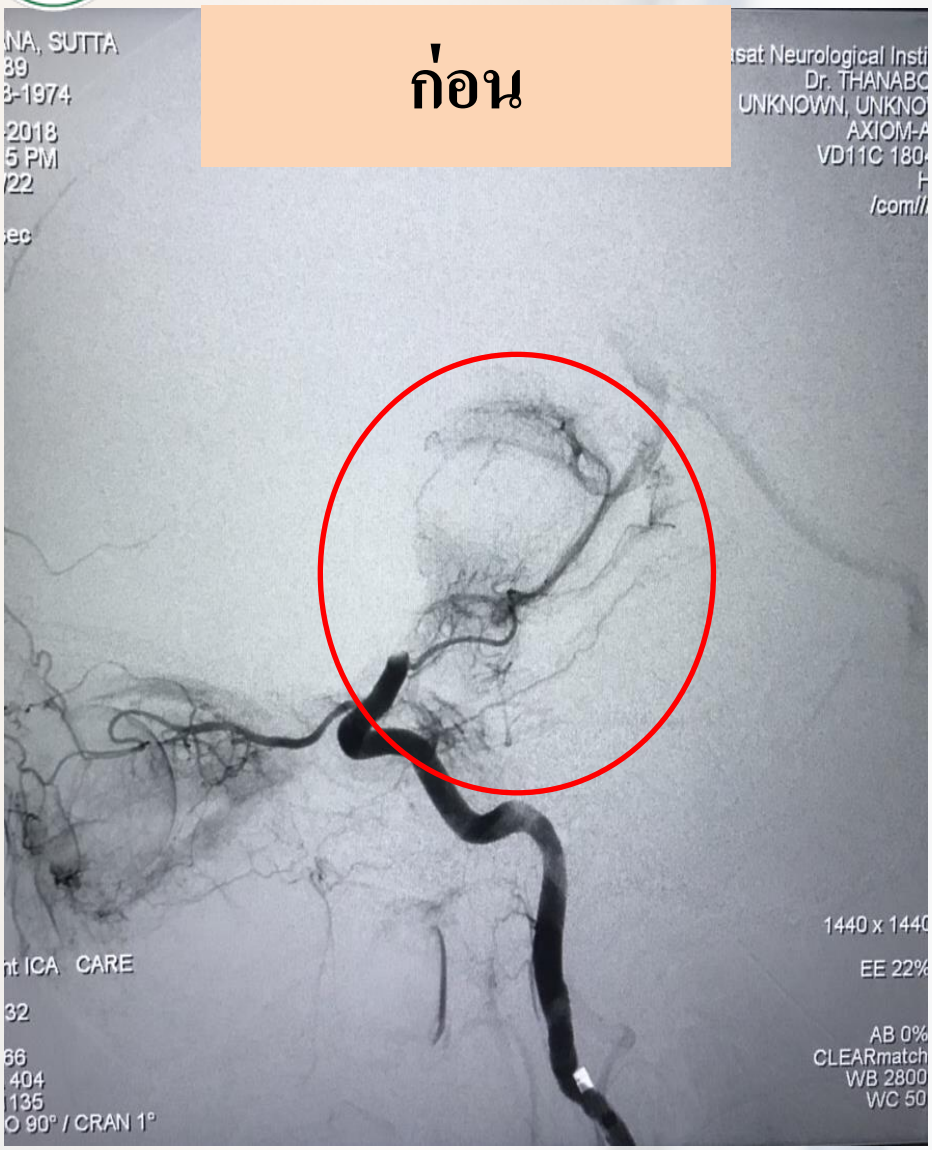
ประเมินความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมองได้ระดับปานกลางขึ้นไป (NIHSS > 6)

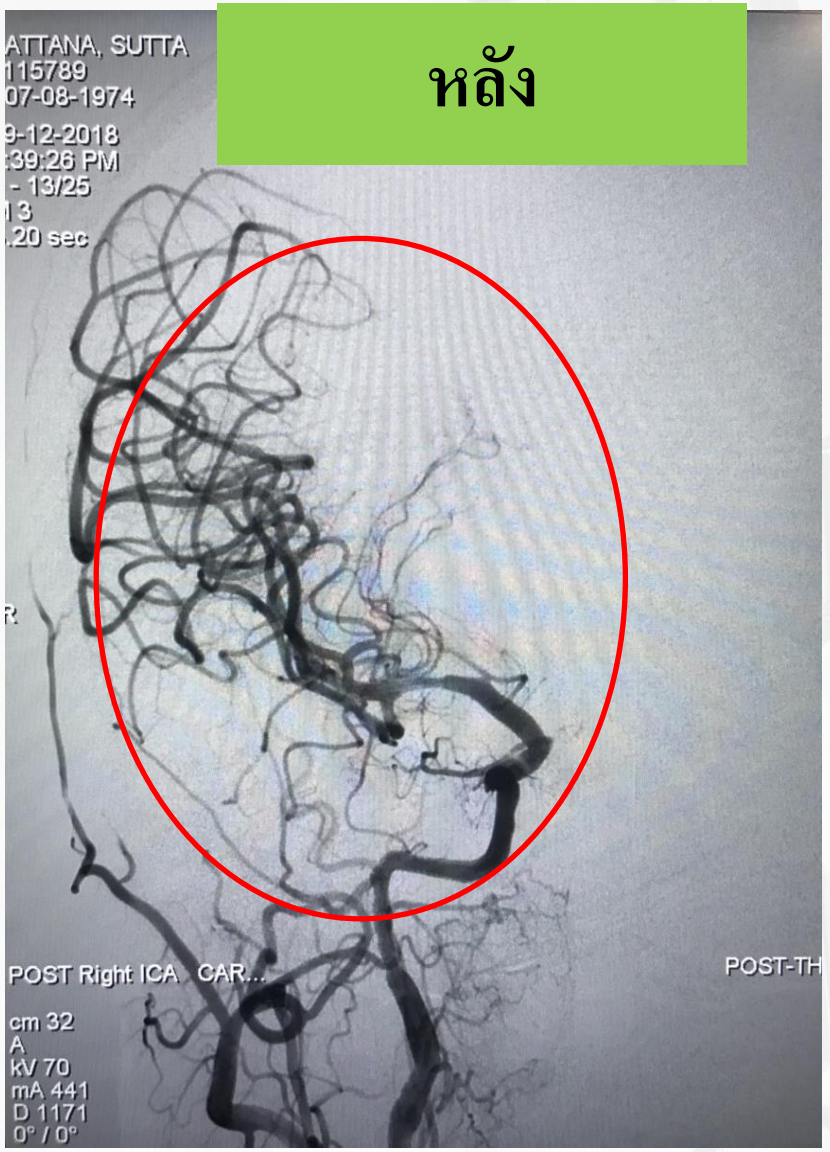
CT scan เบื้องต้นประเมินแล้วสมองยังไม่เสียหายมาก ASPECT score > 6

สามารถเข้าถึงการรักษาด้วยวิธีใช้สายสวนภายใน 8 ชม.กรณี anterior circulation และ 12 ชม.กรณี posterior circulation

ผู้ป่วยและ/หรือญาติยอมรับภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

ภาพก่อนและหลังการทำ Thrombectomy





ข้อมูลโครงการ https://taejai.com/th/d/ischemicstrokefund/

กองทุนรักษาโรคลิ่มเลือดสมองอุดตัน

ยอดบริจาคขณะนี้

200,539 บาท

เป้าหมาย

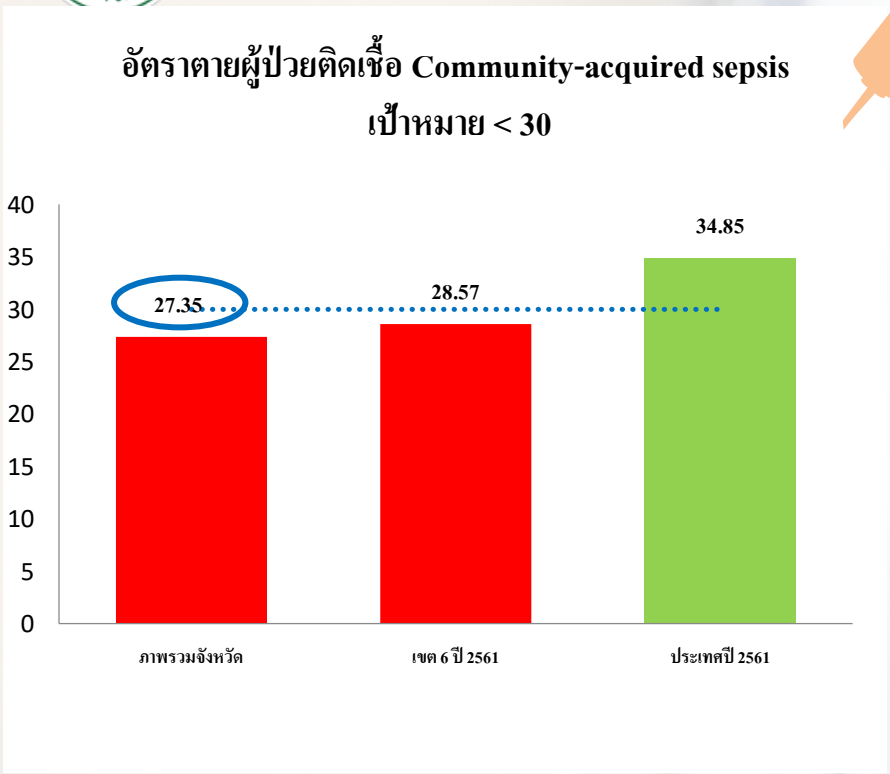
1,050,000 บาท 19%

329 วัน 83

♡ ร่วมบริจาค

แชร์ให้พื่อน

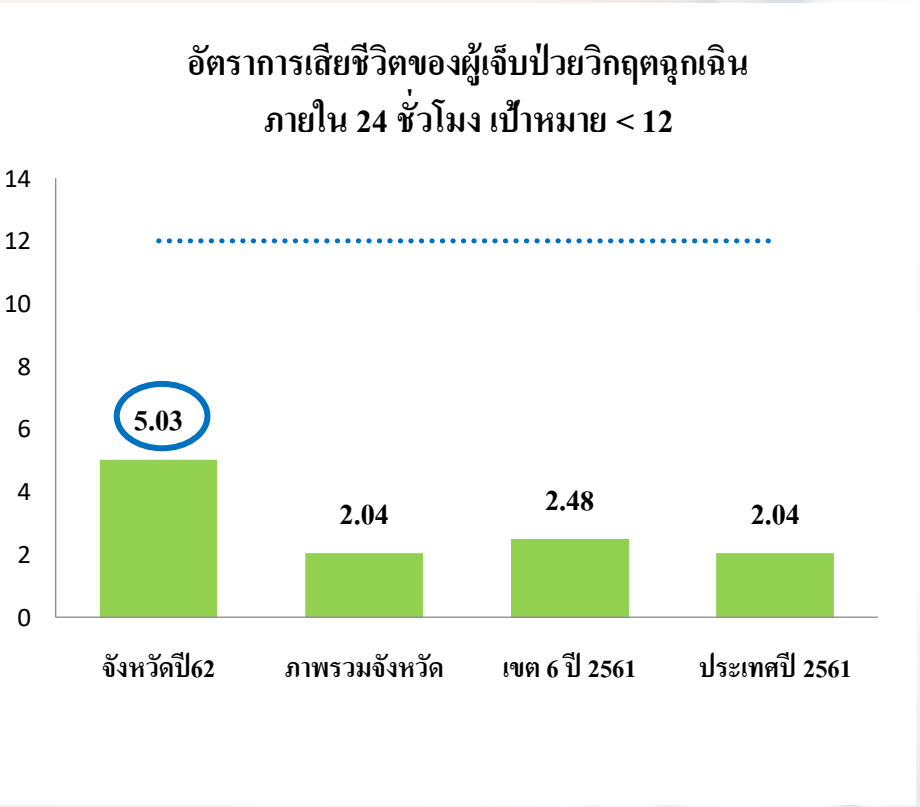
Sepsis ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อ Community-acquired sepsis



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥ 90	83.76 (98/117)
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	≥ 90	77.78 (91/117)
อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ 90	75.21 (88/117)
อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลในไอซียู ภายใน 3 ชม.	≥ 30	4.55 (4/88)
มีการจัดตั้งระบบ Rapid Response System และ Rapid Response Team ในรพ.ประจำจังหวัด (ระดับ A และ S)	ดำเนินการ	ยังไม่ได้ดำเนินการ

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
-สนับสนุนการอบรมให้แก่นักศึกษาแพทย์ให้มีทักษะในการรักษา Sepsis ก่อนจบการศึกษา -ให้มีการจัดสรรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชบำบัดวิกฤตลงสู่หอผู้ป่วยสามัญเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย Sepsis	-การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis

Trauma ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง



ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ร้อยละ
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที	>80	50 (7/14)
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 , 2 อยู่ในห้องฉุกเฉิน < 2 ชั่วโมง	>60	87.3 (728/834)
อัตราของผู้ป่วย PS Score >0.75 ได้รับการทำ RCA	100	100 (8/8)
อัตราของผู้ป่วย Severe Traumatic brain injury ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	<45	35 (7/20)
อัตราการ TEA unit ในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (รพ.A,S และ M1)	>80	100 (1/1)
อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (เกณฑ์ผ่านร้อยละ 50)	>80	100 (6/6)

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
-เริ่มมีการพัฒนาระบบ Fast track Truamatic at Scene เพื่อให้สามารถผ่าตัดสมองได้ภายใน 3 ชั่วโมง -การพัฒนาระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั้งประเทศ -สร้างจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามกฎจราจร (Health Literacy), การดื่มสุราขณะขับขี่	-สนับสนุนการพัฒนาระบบ Fast track Truamatic at Scene เพื่อให้สามารถผ่าตัดสมองได้ภายใน 3 ชั่วโมง

โครงการจิตอาสา CPR สัญจร ปี 2562 จำนวน 5 ครั้ง รวม 200 คน

Trat Provincial Model:Standard of Safety Beach Safety Trip

Good Trip Good Health

Good Ferry and Speed Boat Travel

NPS (National park of the sea) **Emergency Corner**

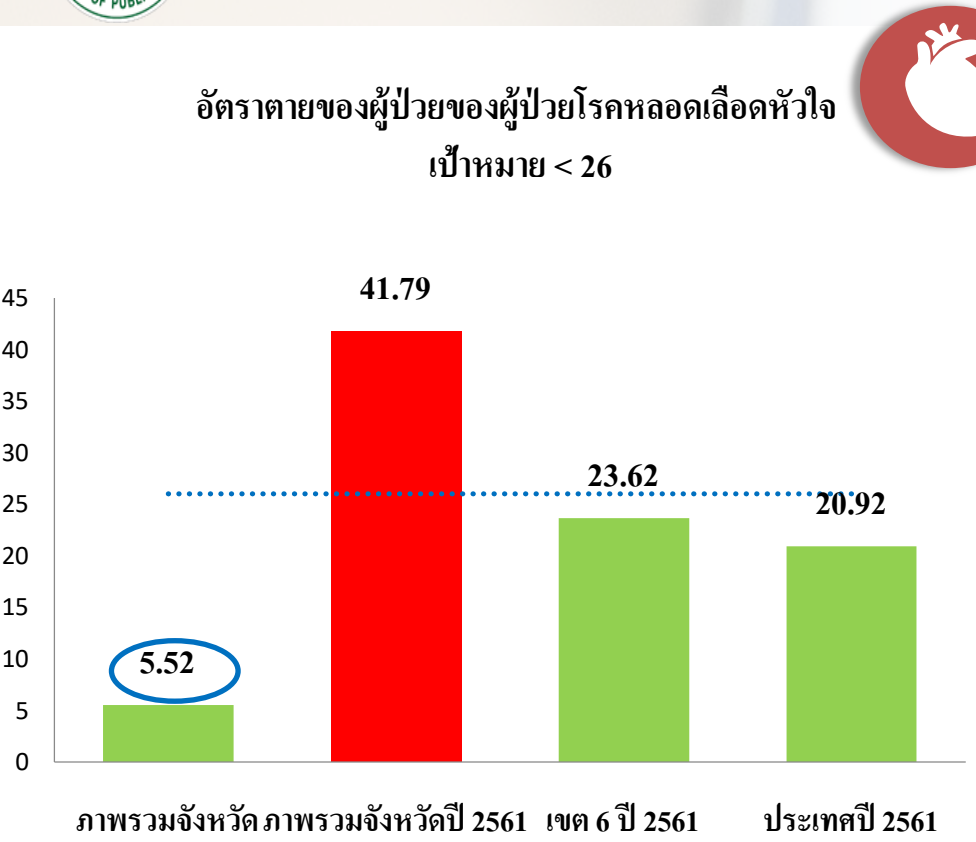
Healthy Resort

ด้านกระบวนการ Process	ด้านผลลัพธ์ Outcome
1. มีมาตรฐานสาธารณสุขทางทะเล 2. นวตกรรมสธ.ทางทะเล	1. อัตราการเกิด AE สาธารณสุขทะเล - ระบบส่งต่อล่าช้า - Pre-Hos Care
3. ความครอบคลุม Resort/ Trip นำมาตรฐานไปปฏิบัติ	2. อัตราการเสียชีวิตทางทะเล

ส่งเสริมการท่องเที่ยวทางทะเลที่ปลอดภัย จ.ตราด

มาตรฐานการท่องเที่ยวทางทะเลที่ปลอดภัยของเขต/ประเทศ

STEMI ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล	<10	16.67 (2/12)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ	>80	85.71 (6/7)

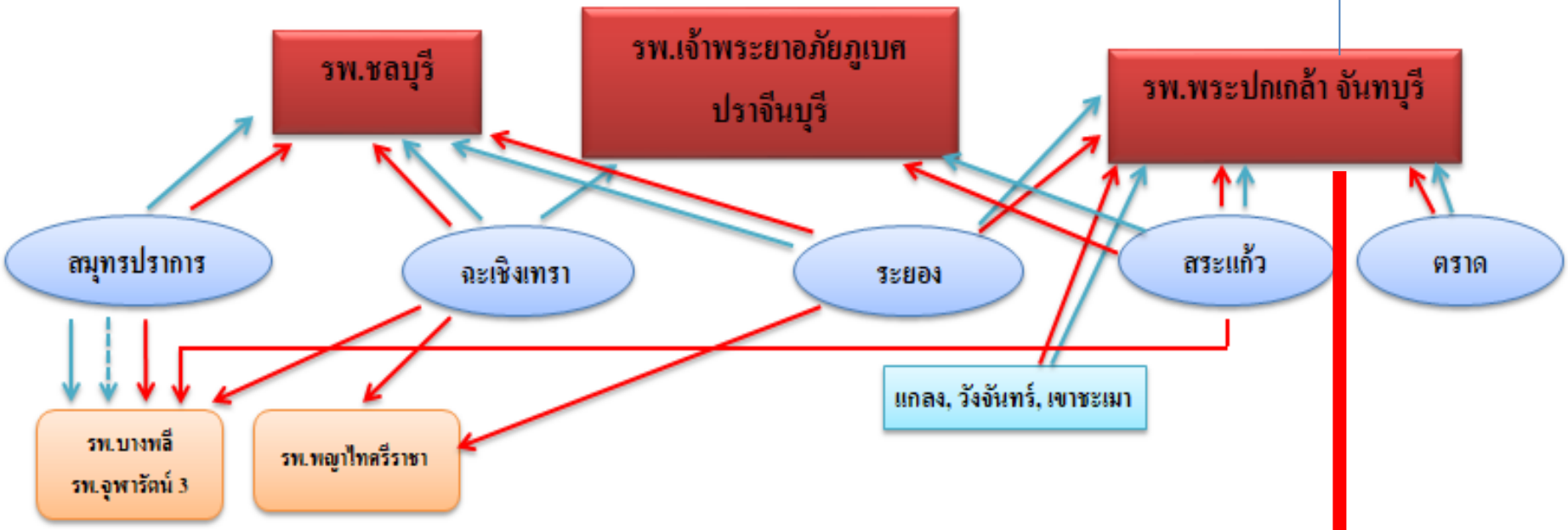
ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด

-การพัฒนา เพื่อให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจ

-ผลักดันให้มีการทำ PCI ในจังหวัดและประสานศูนย์ Refer case ต่อ

ระบบการจัดบริการ PCI เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2561

(ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2561)



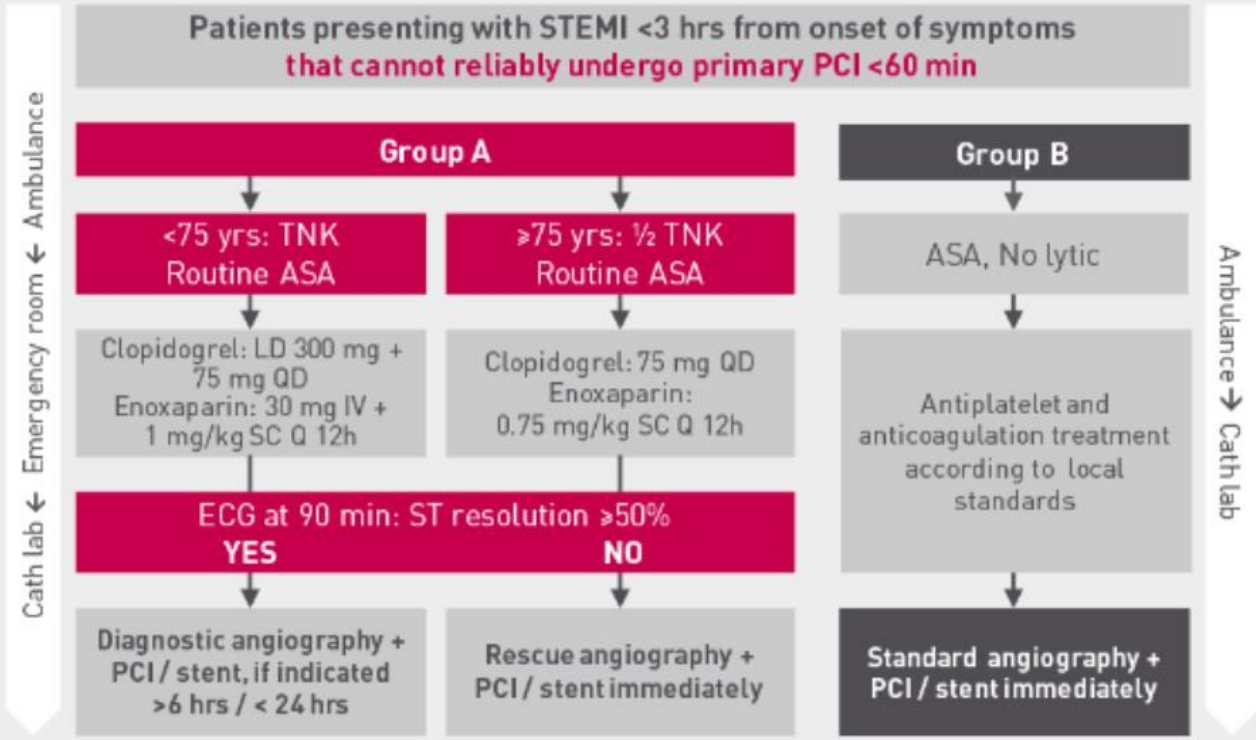
กรณี ปกติ รพ.ชลบุรี รพ.พระปกเกล้า และ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร สามารถรับผู้ป่วยได้

→ กรณี STEMI, NSTEMI very high risk สามารถดำเนินการได้ทันที (ขึ้นกับดุลพินิจของ cardiologist เจ้าของพื้นที่และความจำเป็นเร่งด่วน)

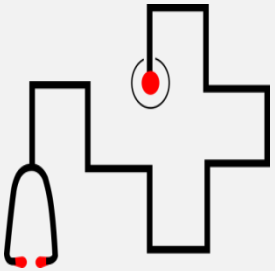
→ กรณี NSTEMI High risk / Elective ต้องผ่าน รพ.ชลบุรี / รพ.พระปกเกล้าฯ / รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ก่อน Refer ไปโรงพยาบาลอื่น หาก รพ.ชลบุรี/รพ.พระปกเกล้า/รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ไม่สามารถให้บริการได้ โดยผ่านการ consult และบันทึกว่า "ได้รับอนุมัติจากแพทย์....." (ขึ้นกับดุลพินิจของ cardiologist เจ้าของพื้นที่และความจำเป็นเร่งด่วน) ทั้งนี้โดยส่งรพ.ที่ให้บริการภาครัฐก่อนตามลำดับ

⇢ กรณี จังหวัดสมุทรปราการ ต้องผ่านการอนุมัติเห็นชอบจาก Cardiologist ในรพ.ภาครัฐก่อน จึงจะ Refer ไป เอกชนหรือบางพลีได้ โดยรพ. ชลบุรี จะเป็นผู้ตรวจสอบ Audit คุณภาพ อีกครั้ง

Figure 1. STREAM: Study design

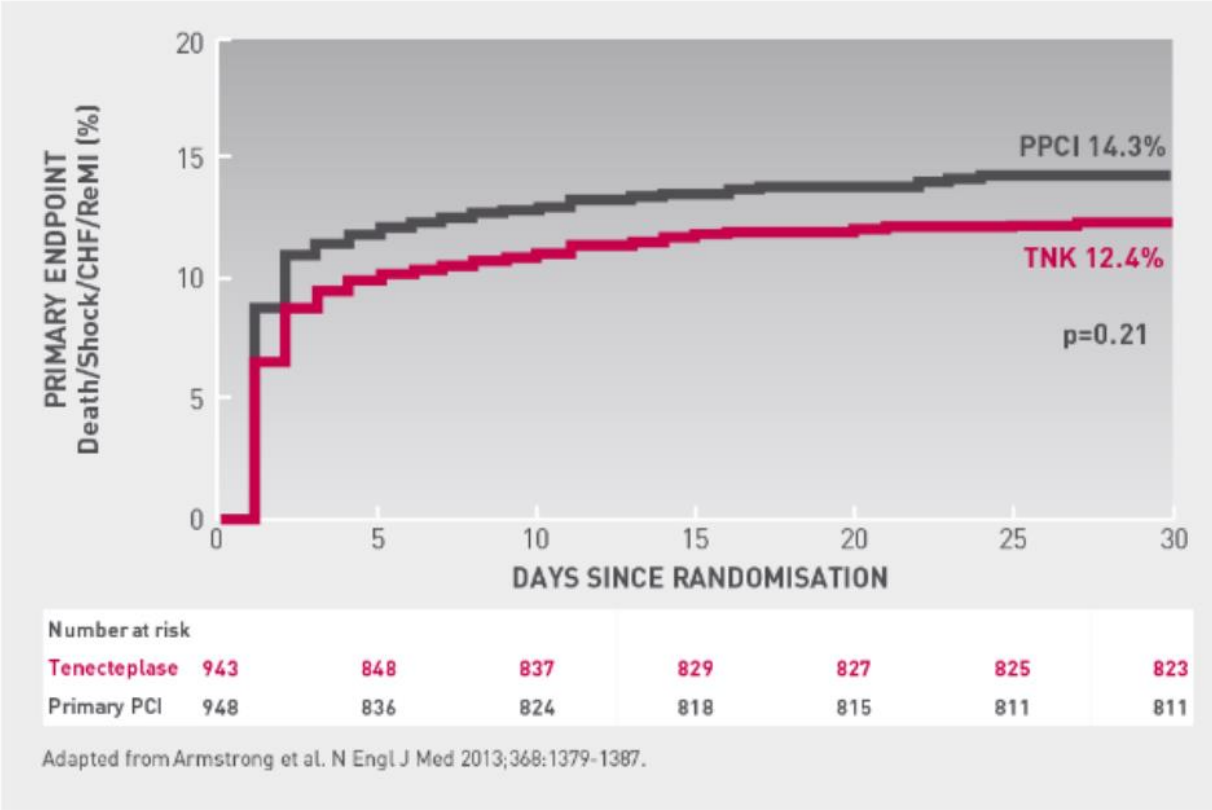


Armstrong et al. Am Heart J 2010;160:30-35(e31).



The primary endpoint at 30 days was a composite of death from any cause, shock, congestive heart failure (CHF), or re-infarction.[1]

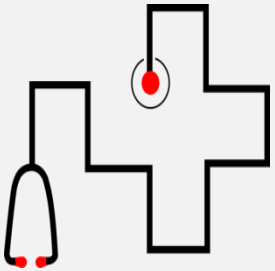
Figure 2. STREAM: primary endpoint at 30 days



Adapted from Armstrong et al. N Engl J Med 2013;368:1379-1387.

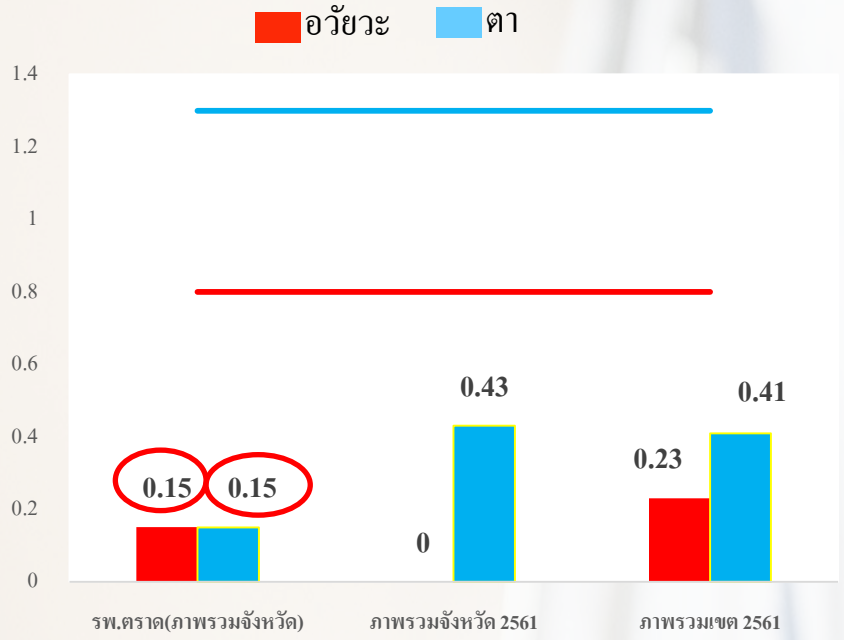
Figure 2 shows the STREAM primary endpoint at 30 days.[2] This result was consistent across the pre-specified subgroups, namely age, gender, Killip class, time to randomisation, place of randomisation, infarct location, systolic blood pressure, weight, history of diabetes or hypertension, TIMI risk score, and randomisation before or after the protocol amendment.[2]

When looking at the individual components of the primary endpoint, cardiogenic shock and congestive heart failure tended to occur more frequently in the primary PCI group than in the thrombolysis group (Figure 3).[2]



Transplant ตัวชี้วัด : จำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ

อัตราส่วนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะ เป้าหมาย >0.8 : 100 ใน รพ.A, S
อัตราส่วนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา เป้าหมาย >1.3 : 100 ใน รพ.A, S



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.8 : 100	0.15 (1/ 683)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อ จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	1.3 : 100	0. 15 (1/ 683)

- รพ.ตราดรับบริจาคอวัยวะและดวงตาเมื่อปี60มีศูนย์รับบริจาคที่ ICU ธนาคารเลือดและพิเศษบุษราคัมโซน 2 คณะกรรมการระดับรพ.และจังหวัดประสานการรับบริจาคใน รพ. ทุกระดับในจ.ตราด
- มีระบบการแจ้ง Potential donor แจ้งไปยังผู้ประสานงาน
- มีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผ่านอบรมหลักสูตรการจัดเก็บดวงตาและสามารถจัดเก็บได้เอง

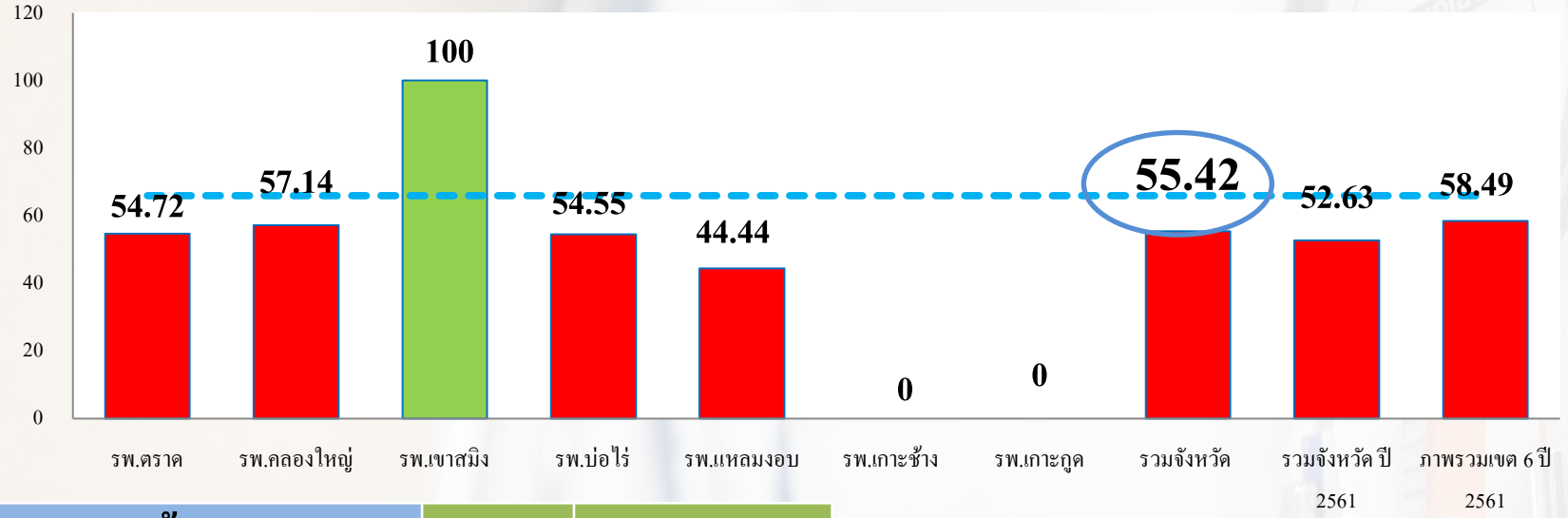
ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด

- ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ ประชาชน ในการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ทักษะและความชำนาญของพยาบาลผู้ประสานงาน
- ไม่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้บริจาค

ส่วนกลางสนับสนุน

- การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง
- จัดประชุมวิชาการดูแล Donor care
- ขอสนับสนุนอุปกรณ์/เครื่องมือ

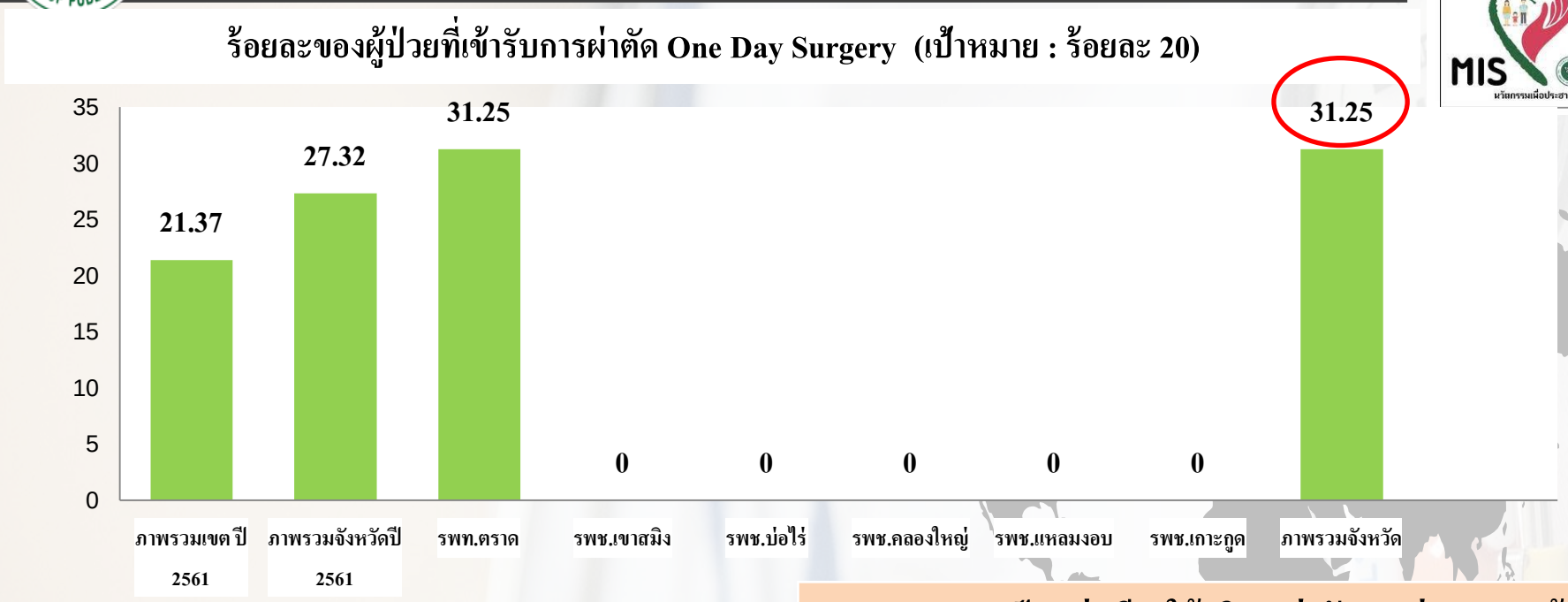
CKD ตัวชี้วัด : ร้อยละ 66 ของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m^2 /yr



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	≥ 66	55.42 (46/83)
อัตราการจัดตั้ง CKD Clinic ให้ครอบคลุมโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป	≥ 90	100 (7/7)

- ผู้ป่วยDM/HT มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและพบโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ขึ้นไปสูงขึ้น
- มีบริการ CKD Clinic ครบ 100%
- รพ. บ่อไร่ได้รับรางวัล “Best Practice CKD” ระดับเขต
- พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาล ในระดับ F 3 (รพ.เกาะกูด)

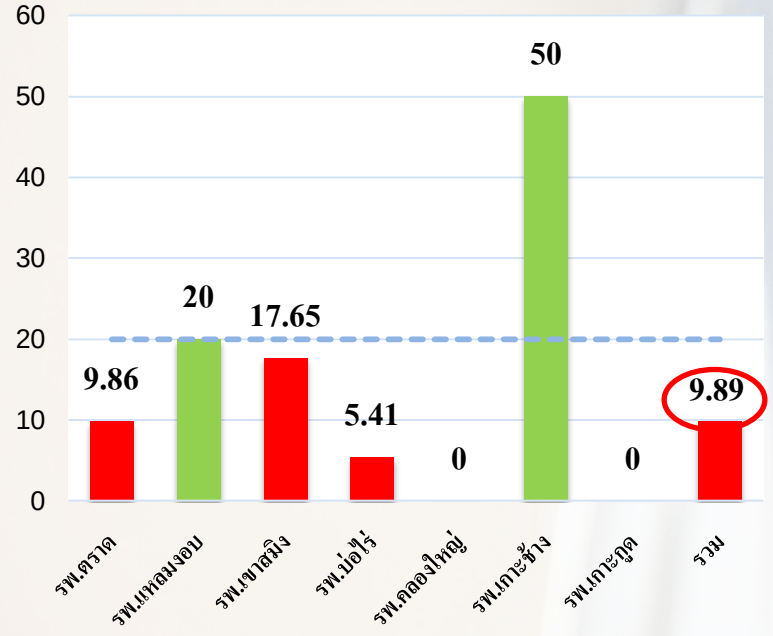
One Day Surgery ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับบริการ O DS (รพ.ตราด)	> 20	31.25 (10/32)

- รพ.ตราด เป็นแห่งเดียวให้บริการผ่าตัดและส่องตรวจ ห้องผ่าตัด 8 ห้อง ห้องส่องตรวจ 1 ห้อง ผ่านการประเมิน ODS ก.พ 61
- กลุ่มโรค Colorectal polyp มีการทำหัตถการ สูงสุดวางแผนการผ่าตัด ODS ครบ 12 กลุ่มโรค ความพึงพอใจบริการ ODS = 88.33%
- เพิ่มการให้บริการ ODS ใน Pterygium Excision

ยาเสพติด ตัวชี้วัดหลัก :ร้อยละ 20 ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)



ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ร้อยละ
ร้อยละ20 ของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ของแต่ละระบบและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)	>20	9.89 (28/283)
ร้อยละของผู้ใช้ ผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่าย จากการบำบัด 3 เดือน	>40	37.04 (40/108)

- ในปี62 มีสถิติการจับคุมผู้ค้าและผู้เสพเพิ่มมากขึ้นทั้งจำนวนของผู้กระทำผิดและจำนวนยาเสพติด โดยเฉพาะ อ.เมืองตราด และ อ.บ่อไร่ ผู้เสพ/ผู้ติด เข้าสู่กระบวนการบำบัดเพิ่มขึ้นจากปีก่อน ร้อยละ 31.35 ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัด ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดรักษาในรพ. รองลงมาคือการเข้ารับการบำบัดปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ชนิดที่แพร่ระบาด เช่น ยาไอซ์ ยาบ้าและกัญชา ตามลำดับ
- บำบัดฟื้นฟูโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (CBTx) ในพื้นที่ ต.หนองเสม็ด(อ.เมือง) และ ต.ท่าโสม (อ.เขาสมิง)

ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด	ส่วนกลางสนับสนุน
-จัดตั้ง รพ.ธัญญารักษ์เขตสุขภาพที่ 6 -ถ่ายทอดนโยบาย แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนสู่ผู้ปฏิบัติ	-

สรุป ตัวชี้วัดคณะ 2 กรมการแพทย์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7	6.84
2. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis	< 30	27.35
3. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม.ใน รพ.ระดับ A,S,M1	≤ 12	5.03
4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร	≤ 26:100,000	5.52
5. อัตราส่วนจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.	≥ 0.8 :100	0.15
6. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคดวงตา ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	≥ 1.3 :100	0.15
7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr	≥ 66	55.42
8. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	> 20	31.25
9.ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ และได้รับการติดตามต่อเนื่อง 1 ปี (Retention rate)	> 20	9.89

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน