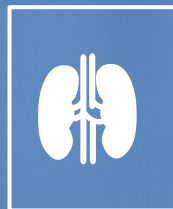
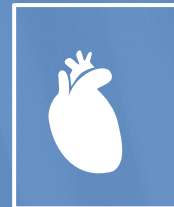
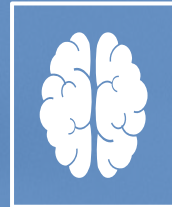


สรุปการตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 6 ครั้งที่ 1 ปี 2563



ตรวจราชการปี 2563

Service Plan กรมการแพทย์



STROKE



TRAUMA



STEMI



ONE DAY SURGERY

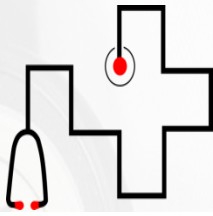


INTERMEDIATE

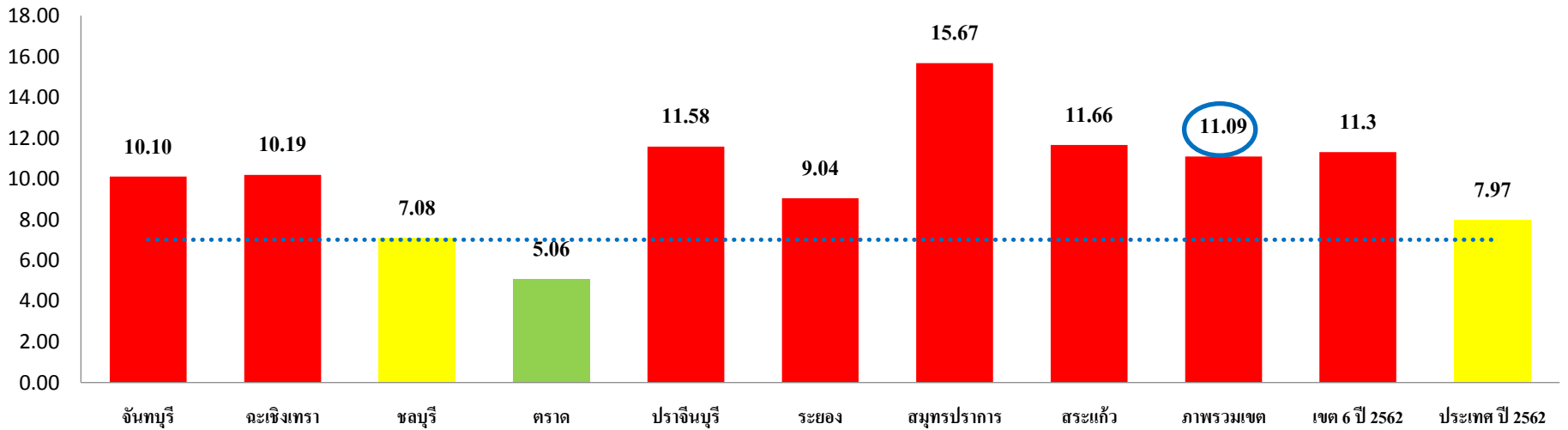




Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

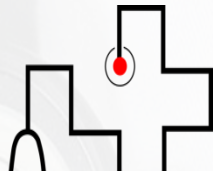


อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป้าหมาย < 7%

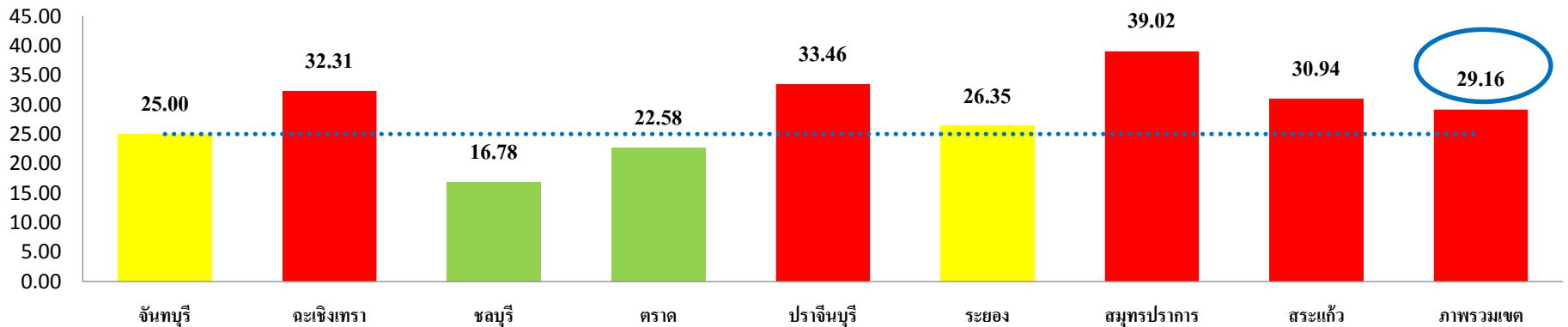


ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	<25	29.16
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน	<5	4.25
Door to needle time ภายใน 60 นาที	≥60	68.59
Door to Stroke Unit ไม่เกิน 72 ชั่วโมง	≥50	70.46

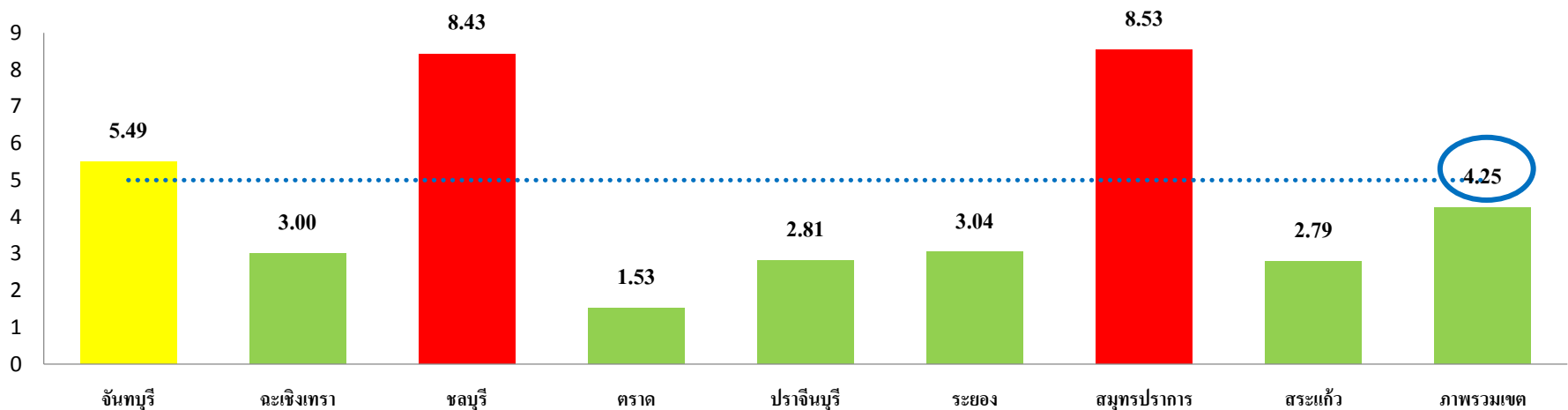
Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก เป้าหมาย < 25%

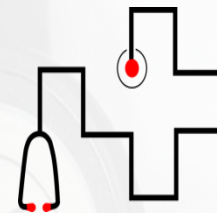


อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน เป้าหมาย < 5%



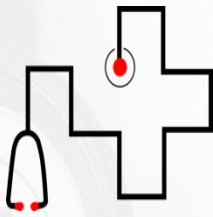


Stroke ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง



ข้อเสนอแนะ	ส่วนกลางสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none">-การบูรณาการทำงานร่วมกันกับผู้ดูแลผู้ป่วย Primary Prevention-การประชาสัมพันธ์โดยการใช้สื่อสาธารณะและเครือข่ายสุขภาพให้ประชาชนทราบถึง Warning Sign เพื่อการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว-มีการจัดทำ Standing Order (Planning D/C) และให้ทุก รพ ใช้แนวทางเดียวกัน ร่วมกับพัฒนา work flow stroke fast tract (Thrombectomy)-การเปิดอบรมบุคลากรในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองเฉพาะทาง (Basic stroke course , Advance stroke) และมีการอบรม อสม. เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง โภชนาการ และการเข้าถึงบริการ EMS-มีแผนลงนิเทศระบบการให้บริการ ของ รพช. ในจังหวัด-มีการ Set แนวทางการส่งต่อที่ชัดเจน โดยเฉพาะ IMC และ OPD case-เพิ่มอัตรา Stroke Unit-พัฒนาระบบ Telemedicine ระบบ Telemedicine for rt-PA ใน รพ ที่ยังไม่สามารถเข้าถึง	<ul style="list-style-type: none">-แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก-การจัดทำโครงการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันโดยวิธีการทำ Thrombectomy ในเขตสุขภาพ 6-จัดอบรมโครงการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหลอดเลือดสมอง-พัฒนาโครงการการปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินทางอากาศ SKY DOCTOR SYSTEM : (HEMS & FW)

กองทุนรักษาโรคเสื่อมเลือดสมองอุดตัน



โครงการสุขภาพ

กองทุนรักษาโรคเสื่อมเลือดสมองอุดตัน



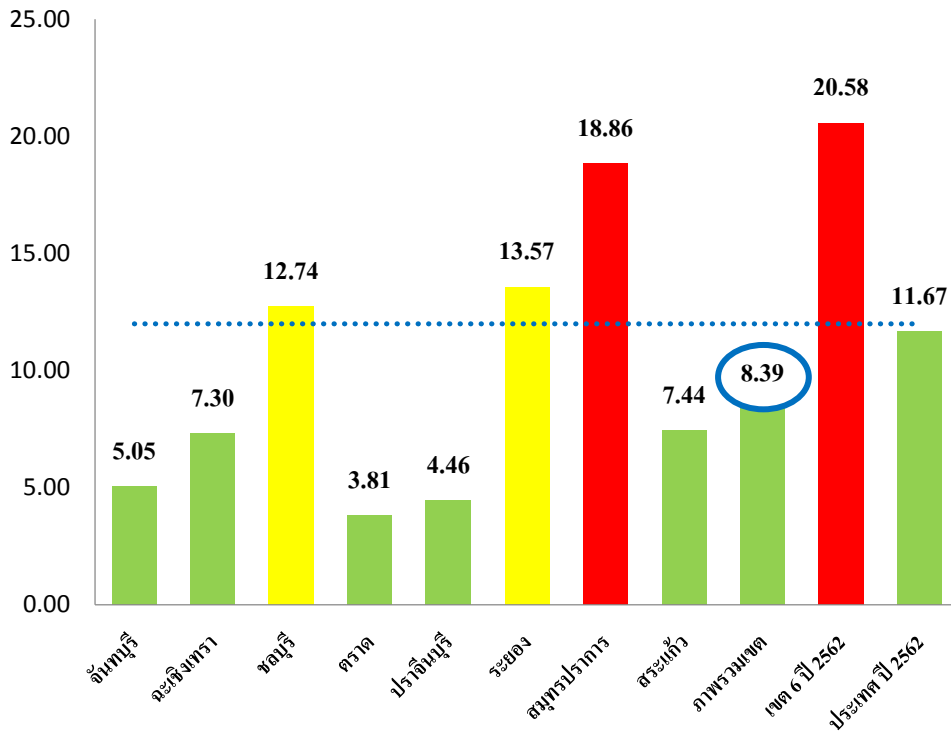


Trauma ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1)



ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล A, S, M1

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
เป้าหมาย < 12%



ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ร้อยละ
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 สามารถเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที	>80	29.41
อัตราของผู้ป่วย Trauma triage level 1 ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ภายใน 2 ชั่วโมง	>60	67.25
อัตรตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง	<45	24.19
TEA Unit ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ (>20 คะแนน)	>50	71.43
โรงพยาบาลระดับ F2 ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS (> ร้อยละ 50)	>80	98.51



Trauma

ตัวชี้วัดหลัก : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage Level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง



ในโรงพยาบาล A, S, M1 เป้าหมาย < ร้อยละ 12

ข้อเสนอแนะ

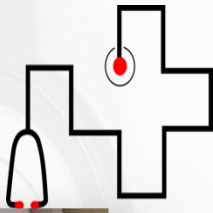
- การขาดอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ ได้แก่ ศัลยแพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ
- จัดโครงการสำหรับแพทย์ เช่น พี่ช่วยน้อง ในการแนะนำระบบการทำงานต่าง ๆ
- การพัฒนาระบบ Fast track blunt abdominal injury , Fast track head injury , Fast Track Vascular Injury และ ทำ MOU กับโรงเรียนแพทย์สร้าง Network ระดับเขต
- พัฒนาระบบฐานข้อมูลเดียวกันทั่วประเทศ
- พัฒนาระบบ Triage ประเมินและฟื้นฟู
- พัฒนาเรื่อง Satisfaction & Safety ของทั้ง 2P ร่วมพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันทั้งรพ.
- ประสานงานหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาแผนการป้องกันการเกิดความรุนแรงของบุคลากรทางการแพทย์ และการซ่อมแผน
- เปิด OPD นอกเวลาถึง 20.00 น. หรือเพิ่มห้องตรวจนอกเวลา และมีห้องทำแผล, ห้องเปลี่ยนสาย NG หรือมาฉีดยาตามนัดแยกต่างหาก
- สร้างจิตสำนึกให้ผู้ขับขี่ปฏิบัติตามกฎจราจร (Health Literacy), การดื่มสุราขณะขับขี่

ส่วนกลางสนับสนุน

- ระบบการจัดการข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุ
- ตัวชี้วัดหลัก เกี่ยวข้องกับหลายสาขาหลายแผนกเพราะเป็นผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ทำให้การพัฒนาไม่เป็นแบบองค์รวม
- ควรมีการเปลี่ยนแปลงตัวชี้วัดให้เหมาะสมกับ Service Plan Trauma
- TEA unit อยู่ในสาขา Service Plan Trauma แต่เมื่อทบทวน case ของ TEA unit จึงมีคำถามจากทุกแผนกในเรื่องของความซับซ้อนและอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน



Best Practice Trauma

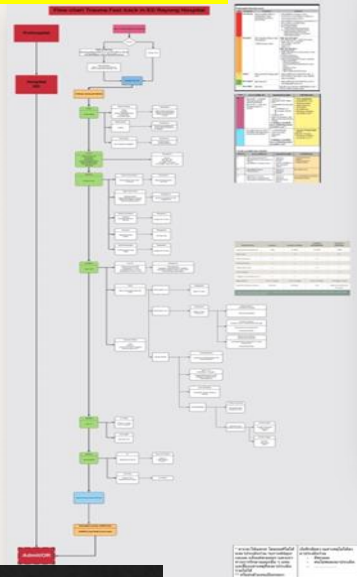


TOT Help call center

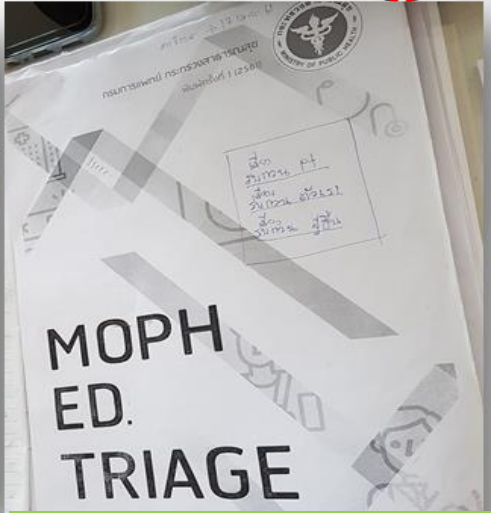
ระบบแจ้งเหตุเจ็บป่วยฉุกเฉินแสดงผลอัตโนมัติ
TOT Help Call Center



Flow Trauma



EP Training Intern N
urse ER



MOPH Triage รูปแบบเดียวกัน
ทั้งจังหวัดระยอง

Wristband identify patient and Medical duty



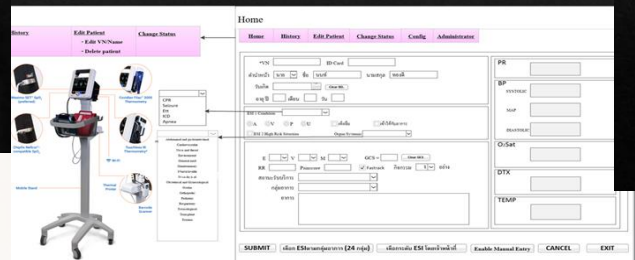
Innovation

Lab investigation

◆ EPOC Lab emergency สำหรับผู้ป่วย resuscitation



DIGITAL TRIAGE



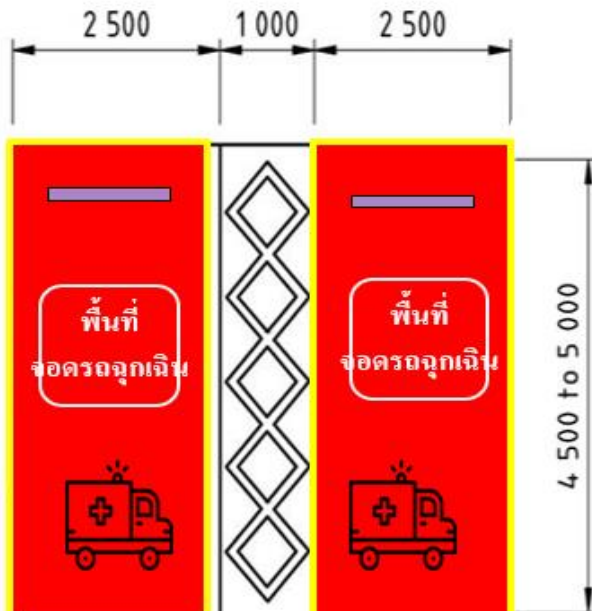
Best Practice Trauma



โครงการ พื้นที่ฉุกเฉิน เต็มต่อชีวิต

ขอความร่วมมือ สถานีน้ำมัน เพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย
เนื่องจากการรับส่งไหล่ทางถนนไม่มีความปลอดภัย
ในพื้นที่อุบัติเหตุสูงอย่างจังหวัดระยอง

Dimensions in millimetres

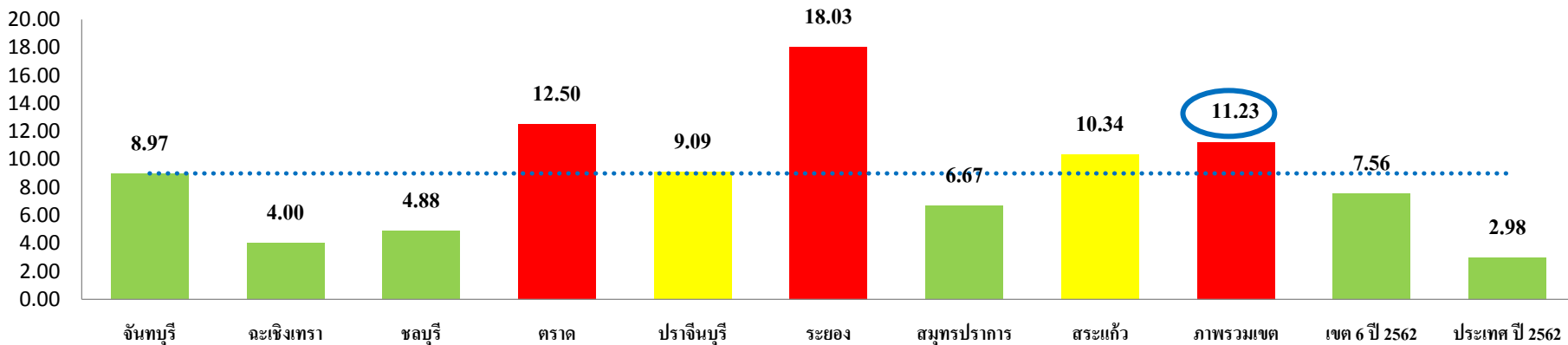




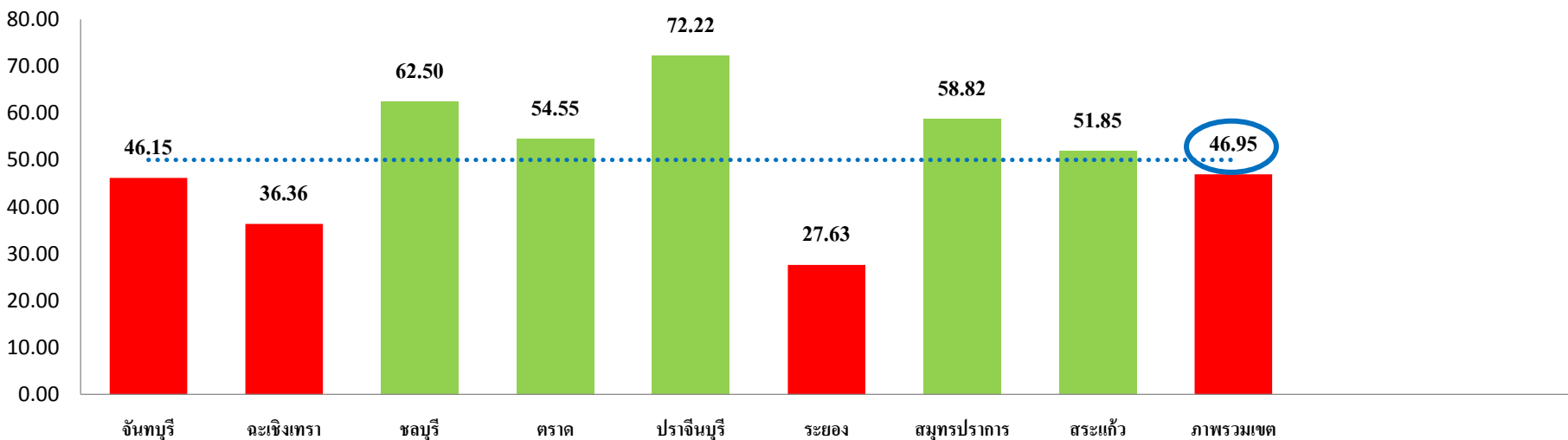
STEMI ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ



อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI เป้าหมาย \leq ร้อยละ 9

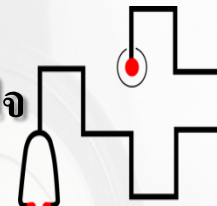


การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐาน เป้าหมาย \geq ร้อยละ 50





STEMI ตัวชี้วัดหลัก : อัตราตายของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ

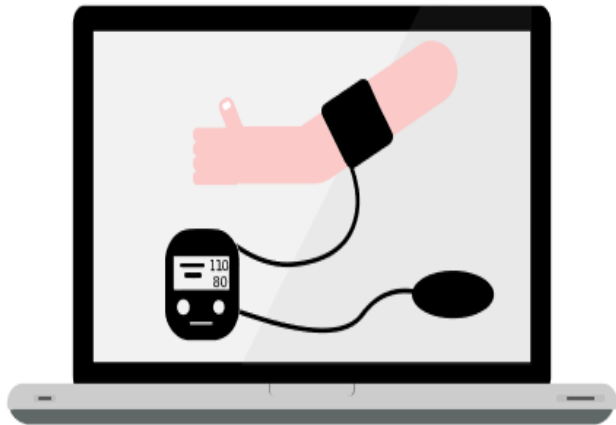


ข้อเสนอแนะ

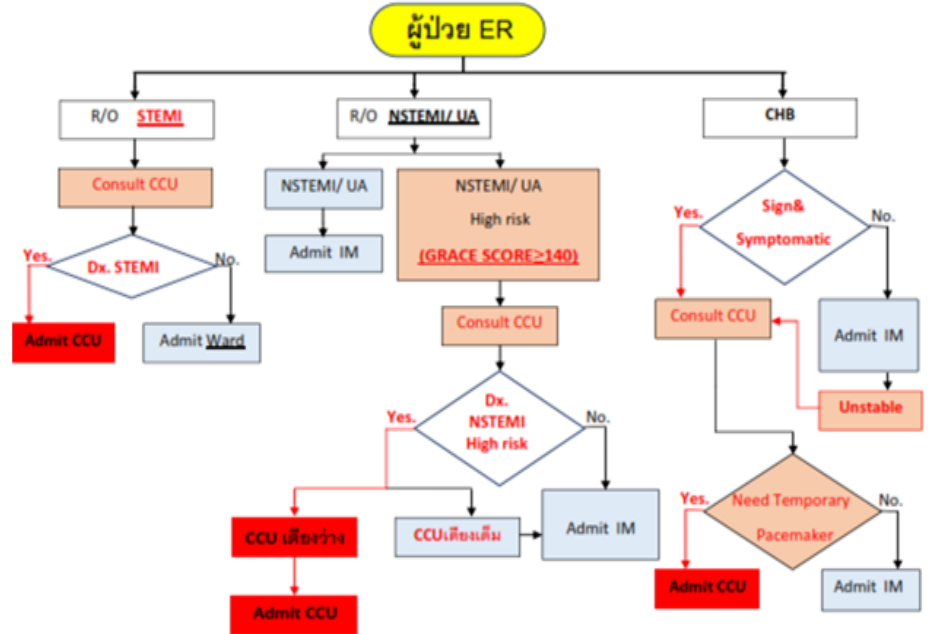
ส่วนกลางสนับสนุน

- จัดประชาสัมพันธ์เรื่อง STEMI Alert เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงและเข้ารับบริการได้อย่างทันเวลา
- การพัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและสามารถประมวลผลได้
- เพิ่มบุคลากรให้เพียงพอต่อภาระงาน
- พัฒนาระบบ STEMI fast track ในแต่ละ รพช.
- จัดอบรมแพทย์เพิ่มพูนทักษะแพทย์หมุนเวียนใหม่ในจังหวัด ถึงแนวทางปฏิบัติ และแนวทางการปรึกษา Case กรณีสงสัย STEMI
- จัดอบรมการอ่าน EKG ให้กับพยาบาลหรือ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง พัฒนาแนวทางปฏิบัติ / จัดทำ Standing Order กรณีต้องให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK)
- ทบทวน Case ที่มีปัญหาในระดับจังหวัด และระดับเขต เพื่อพัฒนาระบบการรักษา ผู้ป่วย STEMI ให้ดีขึ้น
- การสนับสนุนให้พยาบาลในสถานบริการทุกระดับมีโอกาส ผ่านการฝึกอบรม หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจและทรวงอก

- ส่งเสริมการใช้และการจัดเก็บข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Thai ACS Registry



Flow ปรึกษา/รับผู้ป่วย เข้า CCU รพ.พระปกเกล้า



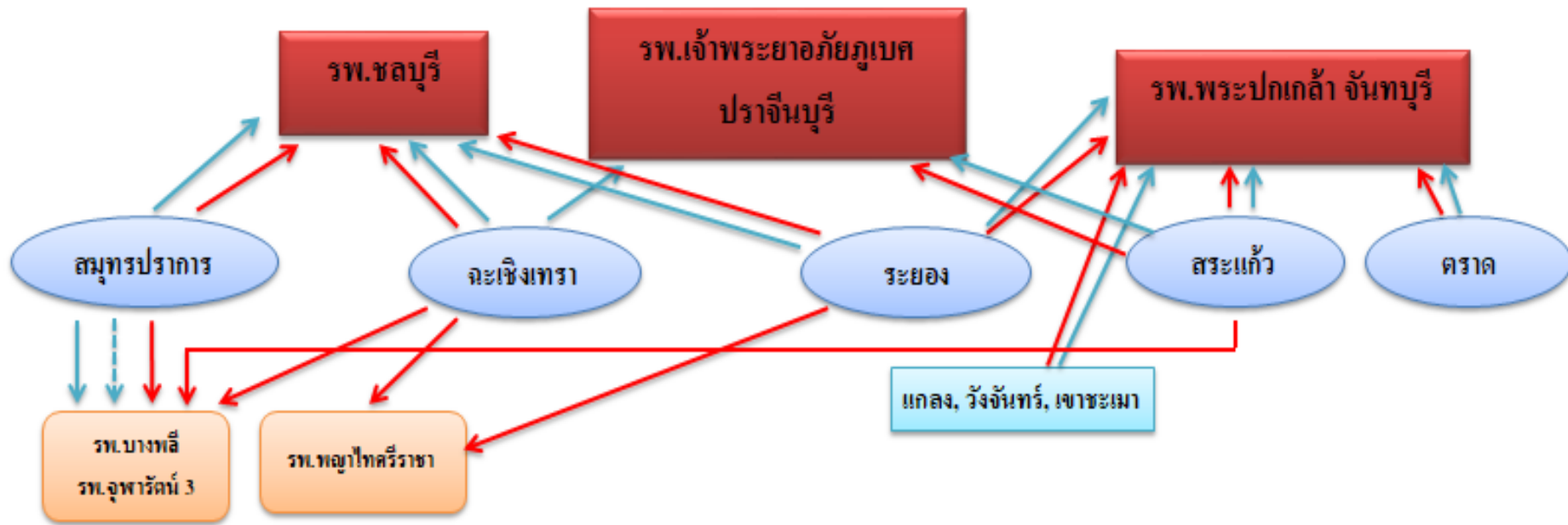
PPK QR - Code
For GRACE RISK SCORE





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

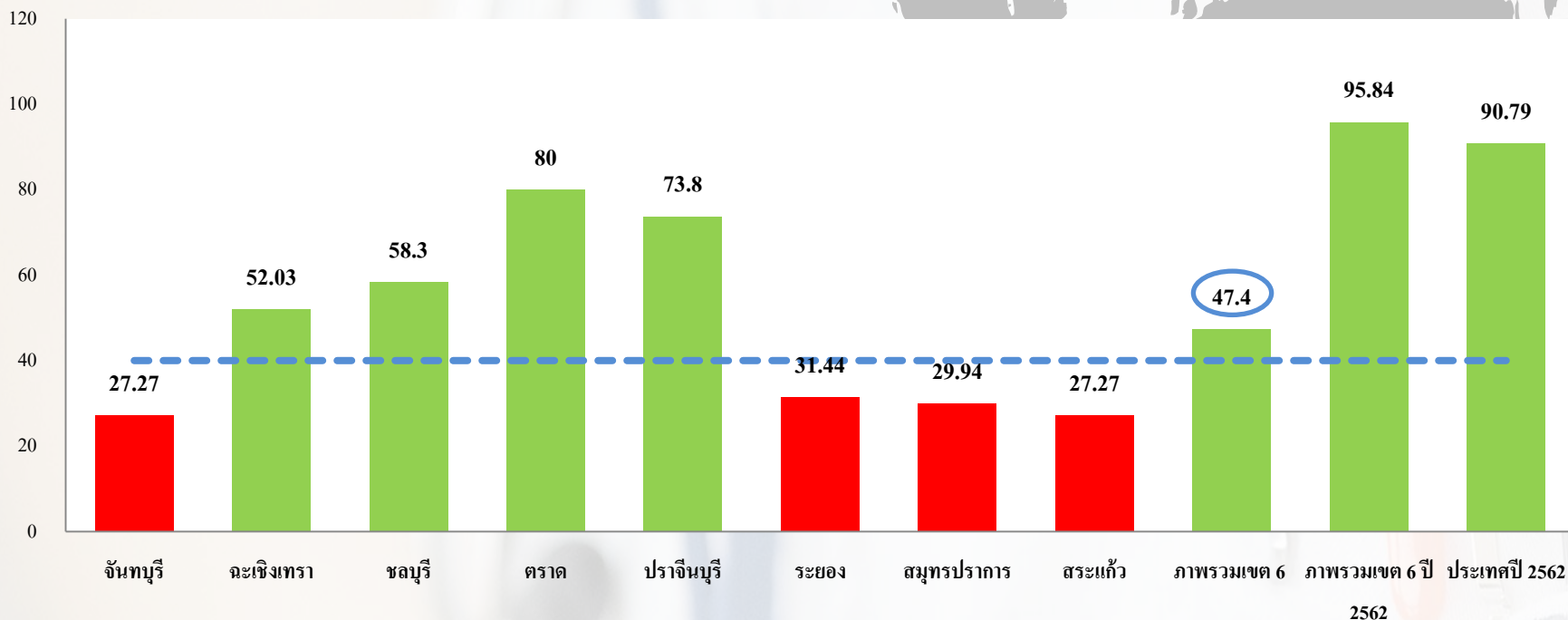
---> กรณี จังหวัดสมุทรปราการ ต้องผ่านการอนุมัติเห็นชอบจาก Cardiologist ในรพ.ภาครัฐก่อน จึงจะ Refer ไป เอกชนหรือบางพลีได้ โดยรพ. ชลบุรี จะเป็นผู้ตรวจสอบ Audit คุณภาพ อีกครั้ง



One Day Surgery ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



ตัวชี้วัด	KPI	ผลลัพธ์
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการบริการ ODS	> 40	47.40





One Day Surgery ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery



ข้อเสนอแนะ

- พัฒนาและจัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพบุคลากร
- วางแผนการจัดสรรด้านโครงสร้างของบุคลากรเพื่อรองรับการจัดตั้งศูนย์บริการผู้ป่วยผ่าตัดแบบ One Day Surgery
- พัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัดแบบ One Day Surgery โดยใช้ Application และการประสานกับ 1669 เพื่อจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกรณีมีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้ารับการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวดเร็ว และทันเวลา
- ประชาสัมพันธ์ถึงข้อดีและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

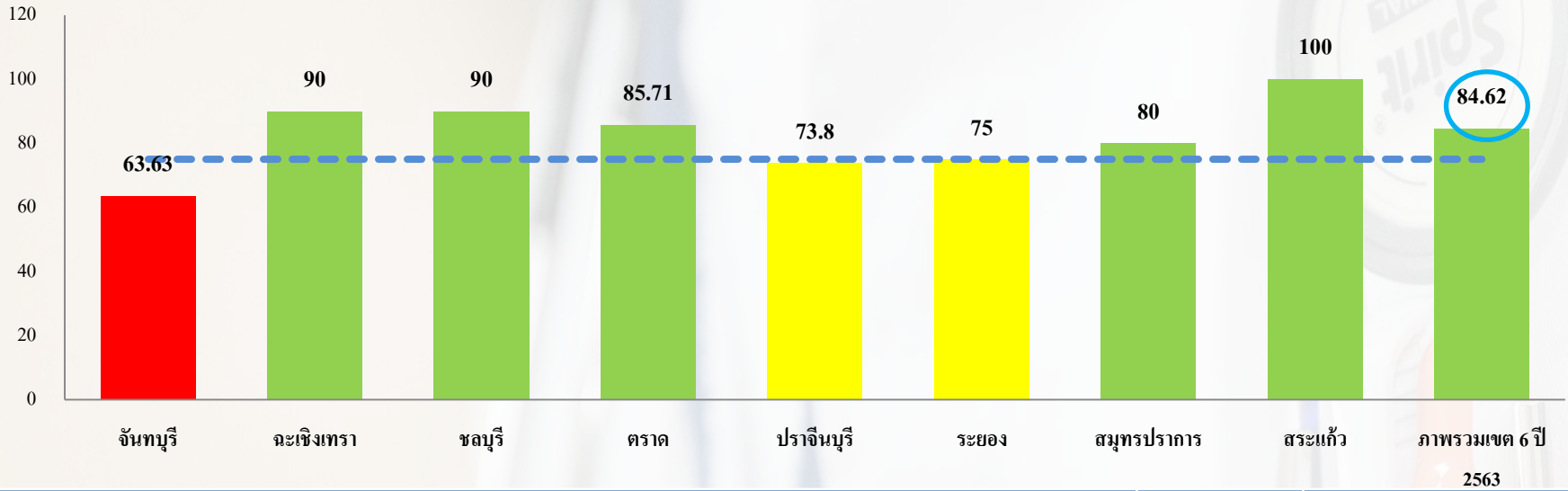
ส่วนกลางสนับสนุน

- จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นระบบเดียวกัน
- การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งหน่วย ODS & MIS
- การสนับสนุนด้านบุคลากรในการดำเนินงาน ODS & MIS โดยเฉพาะ



Intermediate Care

ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การ
บริการฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เป้าหมาย > ร้อยละ 75

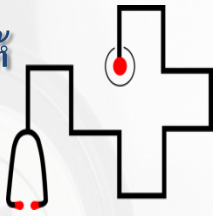


2563

ตัวชี้วัดย่อย	เกณฑ์	ร้อยละ
ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < 15 รวมทั้งคะแนน Barthel index > 15 with multiple impairment ได้รับการบริการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20	>60	67.82



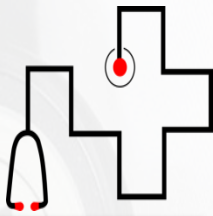
Intermediate Care ตัวชี้วัดหลัก: ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้ การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง เป้าหมาย > ร้อยละ 75



ข้อเสนอแนะ	ส่วนกลางสนับสนุน
<ul style="list-style-type: none">-มีเครือข่ายงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ในระดับจังหวัด-มีแนวทางการฟื้นฟูและส่งต่อสำหรับผู้ป่วย-นิเทศงานการดูแลผู้ป่วยระยะกลางของโรงพยาบาลชุมชน-จัดทำคู่มือ IMC เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีมาตรฐาน-การพัฒนาวิชาการของบุคลากร และมีการนิเทศติดตามการดำเนินงานของเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง-นำข้อมูลผู้ป่วยที่ได้จากการติดตามนิเทศน์ การเยี่ยมบ้าน มาวิเคราะห์ สรุปประเด็นสำคัญ เพื่อพัฒนาแผนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกด้าน-เสริมสร้างความตระหนักของผู้ป่วยและญาติในตรวจและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง-จัดประชุมวิชาการ IMC / KM IMC ระดับเขต	<ul style="list-style-type: none">-โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร-กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ-อุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพ



สรุป ตัวชี้วัดคณะ 2 รอบที่ 1 กรมการแพทย์



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	< 7	11.09
2. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A,S,M1	≤ 12	8.39
3. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	≤ 9	11.23
4. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	> 40	47.40
5. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง	> 75	67.82





ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข
ระบบสุขภาพยั่งยืน