

สรุปผลการตรวจนิเทศราชการ

สระแก้ว รอบที่ 1/2560

วันที่ 4 - 6 มกราคม 2560



ผู้นิเทศ คณะ 2

1. นพ.สมชาย แก้วเขียว	รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์ รพ.พุทธโสธร	ประธาน
2. นพ.อักรฐาน จิตนุยานนท์	นพ.เขียวชาญ	รพ.เลิดสิน
3. ทพ.อนุโรจน์ เล็กสุขเจริญ	ทพ.เขียวชาญ	สสจ.ปราจีนบุรี
4. นางสุทธาทิพย์ หวังสีศิริเพชร	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ	สสจ.ระยอง
5. นางสาวนิตยา เพียรทรัพย์	นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ ที่ 6 ชลบุรี	
6. นายวรากร เกรียงไกรศักดิ์ดา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	รพ.พุทธโสธร
7. นายโชคชัย กิมโสม	เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	รพ.พุทธโสธร
8. นายอนุกุล สิงห์หา	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.พุทธโสธร
9. นางสาวสุนิสา วรรณศรี	นักวิชาการสาธารณสุข	รพ.พุทธโสธร

โรคหัวใจ

ข้อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของรพ.ตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrionolytic Drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ 100	7/7	100%
2. ผู้ป่วย STEMI ได้รับการขยายหลอดเลือดและหรือยาละลายลิ่มเลือด	≥ร้อยละ 80	16/19	84.21

โรคหัวใจ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
3. อัตราการเสียชีวิต STEMI ในโรงพยาบาล	$\leq 10\%$	0/19	0
4. อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน 28 ต่อแสนประชากร	≤ 28	0/19	0

โรคหัวใจ

สถานการณ์

1. รพ.ทุกระดับใน จ.สระแก้วรวม F2 ให้ SK ได้ตั้งแต่ปี 2557 ยกเว้นค่าย รพ.ค่ายสุรสิงหนาท
2. ใช้ระบบ STEMI CONSULT FAST TRACT ในจังหวัด มีระบบ CONSULT ให้กับ INTERN 2 และ 3 ตาม รพช.อยู่แล้ว
3. วางแผนมี WARFARIN CLINIC ครบ 100 % ในปี 2559 ปัจจุบันได้ 7 ใน 7 รพ.
4. PCI ส่งไป รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี และ รพ.ศูนย์ชลบุรี ในวันราชการและวันหยุดบางวันที่เหลือส่งเข้า รพ. เอกชนรวม CASE UNSTABLE ANGINA HIGH RISK ด้วย (จุฬารัตน์3 + บางนา5+ราชวิถี+ทรวงอก)
5. มีแผนจัดตั้ง HEART FAILURE CLINIC (HFC) ปี 2559 มี CARDIOLOGIST กลับมา รพ.ระดับ S มี HFC 1/1 = 100%

ปัญหา/อุปสรรค

1. ประชากรขาดความตระหนักรู้
2. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า
3. การคัดกรอง CVD RISK
4. การบันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล
5. ระบบส่งต่อผู้ป่วย FAST TRACT

ข้อเสนอแนะ

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มีความรู้และเข้าถึงระบบบริการ การคัดกรอง การคัดกรอง CVD risk และ DM & HT
2. พัฒนาระบบการคัดกรองและการเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
3. คัดกรองด้วย COLOR CHART ในประชากรกลุ่มเสี่ยง
4. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา (43 แพ้ม) ในหน่วยงานบริการทุกระดับ เชื่อมโยง CUP และจังหวัด โดยเฉพาะระบบการเก็บข้อมูล
5. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย STEMI FAST TRACT

อุบัติเหตุและนุ้กเงิน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มีค่า Ps score ≥ 0.75	ร้อยละ ≤ 1	0/210	0
2. ร้อยละ ER คุณภาพในระดับ F2 ขึ้นไป	ร้อยละ 60	N/A	N/A
3. ร้อยละของโรงพยาบาลคุณภาพ ในระดับ 2 ขึ้นไป ที่มี ECS คุณภาพ	ร้อยละ 60	N/A	N/A

อุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถานการณ์

1. จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อย มี Neurosurgery 1 คน และ EP จบปี 2561 อีก 1 คน
2. พื้นที่จำกัดแต่ใช้อย่างคุ้มค่า มีระบบ Trauma fast tract แผนรองรับและการซ่อมแผน จัดตั้ง TEA Unit รพ.ระดับ S และพัฒนารพ.ระดับ M มีการประเมิน 3 มิติ 12 องค์ประกอบ

ปัญหา/อุปสรรค

1. ER คุณภาพ
2. ECS คุณภาพ
3. พัฒนาระบบTrauma Fast Track

ข้อเสนอแนะ

1. จัดหาแพทย์สาขาฉุกเฉินเพิ่มเติมปี 2560 จำนวน 2 คน
2. แผนอบรมพนักงานขับรถ ECS (Trauma ECS)

โรคมะเร็ง

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ระยะเวลาการผ่าตัดภายหลังจากวินิจฉัยภายใน 4 สัปดาห์	80%	13/16 (ต.ค.-พ.ย. 59)	81.25
2. ระยะเวลาการได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	80%	28/77 (ปีงบประมาณ 2559)	36.36
3. ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัดในระยะเวลา 6 สัปดาห์	80%	4/11 (ต.ค.-พ.ย. 59)	36.36

หมายเหตุ ข้อมูลเฉพาะมะเร็งเต้านมและลำไส้ใหญ่

โรคมะเร็ง

สถานการณ์

1. มีการตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งเต้านม ลำไส้ ปอด ตับ และมะเร็งปากมดลูก
2. การรักษาทำการผ่าตัดได้เองส่งปรึกษาเพื่อให้ยาเคมีที่ รพ.พระปกเกล้า และได้สูททยาเคมีบำบัดมาให้เองที่ รพ.สระแก้ว มีเตียงให้ยาเคมีบำบัด 10 เตียง และการฉายแสงส่งต่อในเขตหรือนอกเขต
3. มีการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนทั่วไป อำเภอเมือง อำเภอวัฒนานคร และอำเภอคลองหาด
4. มีการพัฒนางานด้าน PALLIATIVE CARE และการใช้ยาระงับปวด MORPHINE ที่ รพช. และเครือข่าย

ปัญหา/อุปสรรค

1. การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก
2. การจัดเก็บและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระบบมะเร็ง
3. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ
4. การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา
5. การขาดแคลนบุคลากรสาขามะเร็ง

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนอัตรากำลังเพื่อการตรวจวินิจฉัยรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และคัดกรองมะเร็ง พัฒนาการจัดเก็บข้อมูลและส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและพยาธิวิทยาทั้งภาครัฐและเอกชน

ทารกแรกเกิด

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราตายทารกแรกเกิดไม่เกิน 4 ต่อหนึ่งพันเกิดมีชีพ	$\leq 4 : 1,000$	4/976	4.1
2. จำนวนเตียง NICU ในเขตสุขภาพ ทารกเกิดมีชีพ	1 : 500	8 : 6021	1 : 753

ทารกแรกเกิด

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
3. จำนวนโรงพยาบาลที่มีศักยภาพส่งต่อ (Intrauterine transfer system)	1	1/1	100%
4. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F 1 ขึ้นไปที่มีการดำเนินการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	$\geq 60\%$	1/2	50%

ทารกแรกเกิด

สถานการณ์

1. รพช.REFER ผู้ป่วยมา รพร.สระแก้วทั้งหมด
2. จำนวนเตียง NICU = 8 : 6,021 = 1 : 753 มีแผนเพิ่ม NICU อีก 2 เตียงในปี 2559 – 2560 ที่ รพร.สระแก้ว เป็น 10 เตียง
3. ไม่มี NEONATOLOGIST มีกุมารแพทย์ 3 ท่าน มีแผนเพิ่มกุมารแพทย์ที่ รพ.อรัญประเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์
4. REFER OUT ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจเด็ก และ ROP
5. คนไข้ไม่ได้ ANC หรือ ANC มาจากที่ รพ.อื่น มาตลอดที่ รพร.สระแก้ว มีปัญหาเรื่อง PRETERN

ปัญหา/อุปสรรค

- รพ.ม ขาดกุมารแพทย์ ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนอัตรากำลัง อุปกรณ์การแพทย์ และ รพ.ที่ศักยภาพสูงกว่า เพื่อส่งรักษาต่อ

โรคไต

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr	≥ 65 %	982/1,394	70.44
2. ผู้ป่วย DM HT ได้รับการค้นหาและคัดกรอง CKD	≥ 80 %	9,958/44,307	21.05

โรคไต

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
3. รพ. ระดับ F2 ขึ้นไปตรวจ serum Cr ด้วย Enzymatic method	100 %	7/7	100%
4. รพ.ระดับ M2 F1 F2 ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	≥ 50 %	N/A	รอการประเมินช่วงกลางปี

โรคไต

สถานการณ์

1. มีCKD clinic ครอบคลุม(แพทย์ พยาบาล เภสัช
นักกำหนดอาหาร) ที่รพ. สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว
2. ระยะเวลารอคอย HD 11 วัน ระยะเวลารอคอย CAPD 19 วัน
3. รพ.อรัญประเทศ เป็น Node HD แต่ยังขาด CAPD
อัตราส่วน CAPD Nurse ต่อผู้ป่วย = 1 : 88 เกณฑ์ $\leq 1 : 50$
4. ปี 2560 ส่งพยาบาลไปอบรม CAPD - จาก รพ.ตาพระยา และ
รพ.เขานกกระจิ
5. มีทีมจัดการบริจาคอวัยวะ

ปัญหา/อุปสรรค

1. มี CKD clinic ไม่ครบทุกรพ. มีครบ
เฉพาะที่ S และ M1
2. การคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย ในเรื่อง
DM & HT
3. การพัฒนาทีม DHS ดูแล CKD Clinic

ข้อเสนอแนะ

- บูรณาการให้ความรู้เรื่องอาหารCKD
ในผู้ป่วย NCD โรคใน NIDDM และ HT
ในรพ.ทุกระดับ ระดับ S ถึง รพช.

จักษุ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยต่อกระจกกระยะบอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน	$\geq 80 \%$	95/105	90.84
2. ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา	$\geq 70 \%$	35,556/76,321	46.59

จักษุ

สถานการณ์

1. มีจักษุแพทย์ 1 ท่าน ที่ รพร.สระแก้ว
2. มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน FUNDUS CAMERA 4 เครื่อง (รวมที่อรัญประเทศ 1 เครื่อง) และ NON-CONTACT TONOMETER 4 เครื่อง (เสีย 1 เครื่องอยู่ที่ รพ.วัฒนานคร)
3. มีการคัดกรองต้อกระจก , เบาหวานขึ้นจอประสาทตา , ต้อหิน , CHILDHOOD Blinding และสายตาดึก
4. จัดระบบ Referral Mapping จัดบริการเชื่อมโยงในปฐมภูมิจนถึง ศูนย์เชี่ยวชาญ
5. จัดตั้งหน่วยเคลื่อนที่ในการผ่าตัดที่ รพ.เขานกกระจ่าง และ รพ.คลองหาด

ปัญหา/อุปสรรค

1. อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน
2. ผู้ป่วยที่รอรับบริการจำนวนมาก
3. ผู้ป่วยไม่สมัครใจผ่าตัด
4. คัดกรองจอตาผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. มีจักษุแพทย์ 1 ท่าน และขออัตรา Outsource มาช่วย
2. จัดหน่วยบริการภายนอกมาช่วยจัดบริการ ผ่าตัดต้อกระจก
3. อธิบายถึงผลดีผลเสียของการรักษา
4. เพิ่มการคัดกรอง DR ในผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุ

สุขภาพช่องปาก

ตัวชี้วัด	ปี 59		ปี 60	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 50	86.92	ร้อยละ 60	13.08
รพ.สต./ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากตามเกณฑ์ใน 6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม		67.29		8.66
รพ.สต./ศสม. ให้บริการ 200 คนต่อ 1000 ประชากร	ร้อยละ 30	29.1	ร้อยละ 35	8.58
ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก				

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 5 มกราคม 2560

สุขภาพช่องปาก

ข้อเสนอแนะ

- ขณะนี้ภาระงานของทันตภิบาลต่อสัดส่วนปชก. มาก จึงขอปรับ สัดส่วน ทภ: ปชก. จาก 1:8000 เป็น 1:5000
- สัดส่วน ผู้ช่วยทันตแพทย์ : ทันตภิบาล จาก 0.3 คน เป็น 1:1 โดยเฉพาะในส่วนที่เป็น node
- ทันตแพทย์ควรมีหลักสูตรบริหารงานทันตสาธารณสุขในการบริหารงาน PCC
- ควรพัฒนาแนวทางระบบส่งต่อ
- พัฒนางานบริการทันตกรรมเฉพาะทางให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในโรงพยาบาลแม่ข่าย

สุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคน)	< 6.3 ต่อประชากรแสนคน	4	ร้อยละ 0.75
2. ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี (ร้อยละ 80)	ร้อยละ 80		อยู่ระหว่างดำเนินการ
3. ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่มโรค (ร้อยละ 50)	ร้อยละ 50	8/9	ร้อยละ 88.88

สุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
4. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50)	> ร้อยละ 50	6,911/ 10,585	ร้อยละ 65.78
5. ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65)	\geq ร้อยละ 65	934/3,237	ร้อยละ 48.04
6. ร้อยละ 8 ของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้น เข้าถึงบริการ			อยู่ระหว่าง ดำเนินการ

สุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด

สถานการณ์

1. มีโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต 1 แห่ง คือโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. มีหน่วยบริการที่เปิดคลินิกจิตเวช 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว (S) โรงพยาบาลรัฐประเทศ (M1) โรงพยาบาลวังน้ำเย็น (F2) และโรงพยาบาลคลองหาด (F2) ในส่วนโรงพยาบาลที่เหลื่อระดับ (F2)

ปัญหา/อุปสรรค

1. จิตแพทย์น้อย/ไม่สามารถออกหน่วยตรวจได้สม่ำเสมอ
2. ขาดบุคลากรเฉพาะทาง (PGเด็ก/ PGยาเสพติด/ นักจิตวิทยา)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเพิ่มการคัดกรองโรคซึมเศร้าในอำเภอที่การเข้าถึงบริการน้อย
2. นำข้อมูลจาก รง.506 DS มาวิเคราะห์เพื่อวางแผนป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตาย

สาขาศัลยกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราการเกิด Rupture Appendicitis	<20 %	50/186	26.88
2. อัตราตายกลุ่มโรค Acute abdomen			
2.1 อัตราตาย Acute Cholecystitis	<4 %	0/17	0
2.2 อัตราตาย Gut obstruction	<4 %	0/23	0
2.3 อัตราตาย Acute Cholangitis	<4 %	2/15	13.33
2.4 อัตราตาย Pancreatitis	<4 %	0/5	0

สาขาศัลยกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
2. อัตราตายกลุ่มโรค Acute abdomen			
2.5 อัตราตาย PU perforation	<4 %	0/2	0
3. อัตราการตายใน Acute limb ischemia	<20 %	0/3	0
4. อัตราการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นไปของผู้ป่วยขาดเลือดที่ขา	N/A	N/A	N/A

สาขาศัลยกรรม

สถานการณ์

1. ใ้ตั้งอักษบเป็นการผ่าตัดอันดับหนึ่งของจังหวัด
2. รพ.ระดับ F2 ลงไปส่งต่อผู้ป่วยใ้ตั้งอักษบร้อยเปอร์เซนต์ ขณะที่รพ.ระดับ M1 ส่งต่อมากขึ้น 167 รายในปี 2558 จาก 97 รายในปี 2557 เพิ่มขึ้น 73.05 %
3. รพ.ระดับ F2 ลงไปสามารถผ่าตัดใ้ตั้งได้เฉพาะที่รพ.วังน้ำเย็นร้อยละ 0.78 ปี 2558 และร้อยละ 0.22 ในปี 2559
4. บุคลากรมีศัลยแพทย์ 3 คน วิทยุณีแพทย์ 2 คน(กำลังจะย้าย 1 คน ลาออก 1 คน)
5. มีระบบการส่งกลับหลังผ่าตัดเสร็จเพื่อลดความแออัด
6. ค้นหาค้อมูลผู้ป่วย Rupture Appendicitis และกลุ่มโรค Acute abdomen 5 โรค และกลุ่มโรค limb ischemia 2 รายการ ได้แก่
Acute Cholecystitis , Gut obstruction , Acute Cholangitis , Pancreatitis , PU perforation , Acute limb ischemia ,
Chronic limb ischemia

ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดแคลนบุคลากร
2. แพทย์ใช้ทุนหมุนเวียนมาจากที่อื่นทำให้การฝึกช่วงปีที่ 1 ไม่ได้มาใช้ปฏิบัติจริงตอนไปอยู่รพช.
3. มี delay and correct diagnosis proper management

ข้อเสนอแนะ

- การเปิดทุนศัลยแพทย์และวิทยุณีแพทย์
(สถาบันฝึกอบรมไม่เพียงพอ)

สาขาสุนทรเวชกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดคลอดใน รพช. M	ร้อยละ 25	91/296	30.74
2. อัตราการดาตกเลือดเสียชีวิต	ร้อยละ 0	0/9	0

สาขาสูตินิกวีเวชกรรม

สถานการณ์

1. จังหวัดสระแก้วมีโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก จำนวน 7 แห่ง ซึ่งผ่านการประเมินตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวระดับทอง ปี 2555 จำนวน 7 แห่ง และผ่านการประเมินซ้ำเมื่อปีงบประมาณ 2555-2556
2. มีสูตินรีแพทย์ที่รพ.สระแก้ว 3 คน รพ.อรัญประเทศ 2 คน รพ.ตาพระยา 1 คน
3. มีการพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยจัดเป็น 2 node ดังนี้
 - Node1 รพ.สระแก้ว ประกอบด้วย เมืองสระแก้ว วัฒนานคร เขาฉกรรจ์
 - Node2 รพ.อรัญประเทศ ประกอบด้วย อรัญประเทศ โลกสูง ตาพระยา

ปัญหา/อุปสรรค

1. บุคลากรไม่เพียงพอ ความกลัวการถูกฟ้องร้อง
2. ขาดแคลนวิสัญญีแพทย์และกุมารแพทย์

ข้อเสนอแนะ

1. อยากให้ทบทวนนโยบายที่ให้รพช. สามารถผ่าท้องทำคลอดได้ เพราะมีความเสี่ยงถูกฟ้องร้อง
2. วิสัญญีพยาบาล กระทรวงควรมีระบบช่วยดูแลและป้องกันผู้ที่ทำการรักษา

สาขาอายุรกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราตายจาก Sepsis/septic shock	$\leq 30\%$	85/215	39.53%

สาขาอายุรกรรม

สถานการณ์

1. รพ ระดับ F2 ลงไปสามารถดูแล sepsis ได้
2. มีการให้บริการ 12 % (24 รายใน 200ราย)ในปี2558 และ 7.9 % (22 รายใน279 รายทั้งจังหวัด) ในรอบไตรมาสแรก
3. เที่ยงในรพ.จังหวัดยังแออัด และ ICU ยังรวมกับกุมารเวชกรรม เที่ยง ICU มี 4 ตึก ตึกละ 4 - 8 เที่ยง
4. การรายงานข้อมูลในจังหวัดขณะนี้ได้ปรับให้ตรงกันทุกที่แล้ว
5. การพัฒนา NODE โรงพยาบาลระดับM1 รับส่งต่อผู้ป่วยในรพ.จังหวัดได้แล้ว ยกเว้น case Severe sepsis

ปัญหา/อุปสรรค

1. การพัฒนา NODE โรงพยาบาลระดับ F2 ลงไปสามารถรับส่งต่อผู้ป่วยในรพ.จังหวัดได้แล้ว ยกเว้น case Severe sepsis

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนารพ. M1 มีอายุรแพทย์ สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้ และพัฒนาการดูแล sepsisขั้นรุนแรง พร้อมสามารถรับส่งต่อช่วยกับรพ.จังหวัด มี ICU 8 เที่ยง
2. จัดทำแนวทางการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยเพื่อให้รพ.ดูแลรักษา

สาขากุมารเวชกรรม

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. อัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็ก 1 เดือน – 5 ปี บริบูรณ์	$\leq 10\%$	0/89 (ต.ค.-พ.ย. 59)	0

สาขากุมารเวชกรรม

สถานการณ์

1. รพ. ระดับ F2 ลงไปไม่สามารถดูแลเด็กที่ on respirator ได้
2. รพร. สระแก้วใช้เตียง ICU ร่วมกับแผนกอายุรกรรม, มี NICU 8 เตียงและ PED ICU 2 เตียง
3. กุมารแพทย์ในรพร.สระแก้ว 3 คน รพ.อรัญประเทศ 1 คน
4. รับส่งต่อจากรพ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี จำนวนเตียงไม่เพียงพอ
5. ข้อมูลการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วย

ปัญหา/อุปสรรค

1. ความชำนาญของแพทย์และความมั่นใจแพทย์ในการดูแล
2. ระบบการหมุนเวียนแพทย์ใช้ทุนที่ปี 1 มาจากจังหวัดอื่น และปี 2 ไม่ได้ผ่านการเพิ่มพูนทักษะที่รพร.สระแก้ว
3. อุปกรณ์เครื่องมือ

ข้อเสนอแนะ

- การกระจายแพทย์ที่เพียงพอเหมาะสม มีนโยบายที่ทำให้แพทย์ดำรงอยู่ได้ในรพ. ห่างไกล

สาขาออร์โทปิดิกส์

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีกระดูกหักไม่ซับซ้อนใน รพช. M2 ลงไป $\geq 10\%$	$\geq 10\%$	68/132	51.51

สาขาออร์โธปิดิกส์

สถานการณ์

1. รพ.ระดับ M2 ลงไปสามารถดูแล simple non displaced fracture ได้เพิ่มขึ้น 4.69% เทียบปี 2557 กับ ปี2558 (213 รายและ 203 รายตามลำดับ)
2. มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกส์ในรพร. สระแก้ว 3 คน ในรพ.อรัญประเทศ 1 คน
3. มีการเตรียมแพทย์เพิ่มพูนทักษะตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ และมีระบบปรึกษาหลังจาก พชท.กลับไปทำงานที่รพช.
4. ตารางแสดงการให้บริการดูแลรักษา non displaced fracture (ราย)
5. รพ.ระดับ M2 ลงไป refer in case simple closed fracture ลดลงร้อยละ 36.36 เทียบปี 2558 กับ ปี2557

ปัญหา/อุปสรรค

- ไม่พบปัญหาและอุปสรรค

ข้อเสนอแนะ

- ไม่มีข้อเสนอแนะ

โรคหลอดเลือดสมอง

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของอัตราการตายของผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง	$\leq 7\%$	11/95	11.58
2. จำนวน Stroke unit ใน รพ. ระดับ A และ S	A - 100% , S - 60%	1/1(S)	100%

โรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์

1. รพร.สระแก้วจัดตั้ง Stroke Unit และให้ rt-PA ได้ตั้งแต่ มกราคม 2558
2. พัฒนา CPG Stroke และ Care Map Post Stroke Care ใน M1
3. รพ.อรัญประเทศ มี CT Scan และ พัฒนา Stroke Corner
4. ปัจจุบันมี Stroke Unit 7 เต็ม มีพื้นที่และบุคลากรจำกัดที่ รพร.สระแก้ว
5. รพร.พัฒนา Post-Stroke Care Map + Stroke fast tractแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด ศูนย์ CDC อำเภอ NCD Clinic รพ.สต. และ เพิ่มคุณภาพการเยี่ยมบ้าน

ปัญหา/อุปสรรค

1. มาพบแพทย์ช้า
2. ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจรักษา
3. การคัดกรองโรคเรื้อรัง
4. พัฒนาระบบ Stroke Fast Tract
5. เพิ่มอัตรากำลัง

ข้อเสนอแนะ

1. ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเรื่อง warning sign ของ Stroke และการเข้าถึงการรักษา
2. ให้ญาติร่วมตัดสินใจการรักษาช่วงการเยียวยา
3. เพิ่มการคัดกรองโรคเรื้อรัง
4. ปรับปรุงระบบ Consult และ refer ให้รวดเร็วขึ้น
5. เพิ่ม Neuromed , Stroke nurse และ Nurse Care manager

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ(Primary Care Cluster)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	ร้อยละ 90	2/4	50

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ(Primary Care Cluster)

สถานการณ์

จังหวัดสระแก้ว ประชากร 544,850 คน 9 อำเภอ 58 ตำบล รพ. 7 แห่ง รพ.สต. 111แห่ง มีการจัดตั้ง
คณะทำงาน ได้จัดทำแผน ตั้ง PCC ทั้งหมด 17 Cluster 46 ทีม เป้าหมายการจัดตั้ง ปี 2560 จำนวน 4 ทีม
ดำเนินการจัดตั้งได้ 2 ทีม ร้อยละ 50 มี แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เป็นหัวหน้าทีม โดยทั้ง 2 ทีม ที่เปิด
บริการ ผ่านเกณฑ์ 3 S (Staff , System , Structure) ตาม Major Criteria และ Minor Criteria

ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดความพร้อมด้านบุคลากร คือ แพทย์เวช
ศาสตร์ครอบครัว ที่จะปฏิบัติงานในคลินิกหมอ
ครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. จังหวัดจัดทำแผนการจัดตั้ง PCC ระยะ 10 ปีให้ครบทั้งจังหวัด
และประเมินส่วนขาด จัดทำแผนสนับสนุน ตามเกณฑ์ 3 S (Staff ,
System , Structure) ตาม Major Criteria และ Minor Criteria
2. มีการจัดทำแผนสนับสนุน PCC เกณฑ์ 3 S (Staff , System ,
Structure) ตาม Major Criteria และ Minor Criteria ได้แก่
แผนบุคลากร แผนจัดบริการ แผนงบประมาณต่าง ๆ
3. การจัดบริการ คลินิกหมอครอบครัว ให้จัดทำฐานข้อมูลระบบ
Register แยกรายกลุ่มวัย จัดบริการตาม Service Package
4. การดำเนินงาน PCC ให้จัดตั้ง ผู้จัดการ PCC เพื่อการบริการ
จัดการ และดำเนินการให้เป็นไปตามแนวทาง

การพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ(Primary Care Cluster)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	ร้อยละ 10	อยู่ระหว่างดำเนินการ	-

การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ(Primary Care Cluster)

สถานการณ์

จังหวัดสระแก้ว ประชากร 544,850 คน 9 อำเภอ 58 ตำบล รพ. 7 แห่ง รพ.สต. 110 แห่ง ตั้งเป้าหมายการพัฒนาให้ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ จำนวน 13 แห่ง

ในปีงบประมาณ 2559 จังหวัดสระแก้ว ได้ดำเนินการ รพ.สต.ติดตาม ในรูปแบบของจังหวัดสระแก้ว ซึ่งมีเกณฑ์ที่สามารถพัฒนาต่อยอดเป็น รพ.สต.คุณภาพ (ติดตาม) ได้

ปัญหา/อุปสรรค

1. เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต. เป็นเกณฑ์ที่นำมาใช้ในปีงบประมาณ 2560 ประเมิน และผู้รับการประเมินยังขาดความเข้าใจในเกณฑ์ และกระบวนการรับรองคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ให้จังหวัด พิจารณาเกณฑ์ และ ดำเนินการสู่การปฏิบัติตามบริบทที่เหมาะสมของจังหวัด
2. ให้มีการพัฒนา แกนนำ หรือทีมประเมิน รพ.สต.คุณภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ
3. ให้จังหวัดกำหนดเป้าหมาย รพ.สต.ที่มีการประเมินในรอบปีที่ผ่านมาแล้วมีคะแนนสูง เป็นเป้าหมายการพัฒนาเป็น รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 5 ดาว

การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ร้อยละ 10	53,821/320,762	16.78

การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน

สถานการณ์

1. มีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จำนวน 119 แห่ง
2. โรงพยาบาล 9 แห่ง จัดบริการแพทย์แผนไทยครบทุกแห่ง
- เปิดให้บริการ OPD ที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 7 แห่ง

ปัญหา/อุปสรรค

1. มีจำนวนผู้ช่วยแพทย์แผนไทยไม่ได้รับการรับรองมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ
2. ไม่สามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลได้ครบถ้วน
3. ขาดแคลนงบประมาณสนับสนุนด้านการพัฒนาบุคลากรและการวิจัย

ข้อเสนอแนะ

1. ขอให้เร่งรัดการรับรองหลักสูตรอบรมผู้ช่วยแพทย์แผนไทย เพื่อจัดหาผู้ช่วยแพทย์แผนไทยสนับสนุนให้ครอบคลุมทุกสถานบริการ
2. แผนยุทธศาสตร์ต้องระบุรายละเอียดและวาดแผนที่ทางเดิน (Road Map) ให้ชัดเจน เป็นขั้นตอนและสร้างเครือข่ายกับผู้ที่เกี่ยวข้อง

NCD

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	DM \geq ร้อยละ 40 HT \geq ร้อยละ 50	DM = 1,470/19,735 HT = 10,134/41,415	DM = 7.45 HT = 24.47
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	\geq ร้อยละ 80	5,050/18,152	27.82
3. อัตราผู้ป่วย COPD	<4%	N/A	N/A

NCD

สถานการณ์

1. ผู้ป่วยมา รพ. ระดับทุติยภูมิมาก (S) การควบคุมโรคไม่ดี มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม
2. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนยังไม่ได้ตามเกณฑ์ และขาดอุปกรณ์

ปัญหา/อุปสรรค

1. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
2. ขาดกำลังคน

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มการคัดกรองขอความร่วมมือในเขตเมือง
2. เพิ่ม case manager และ mini-case manager

Palliative Care

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M2, F1-3 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการดูแลแบบ ประคับประคอง	ร้อยละ 50	5/7	71.43
2. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ A , S , M1 ดำเนินการได้ได้ตามมาตรการดูแลแบบ ประคับประคอง	ร้อยละ 20	1/2	50%

Palliative Care

สถานการณ์

1. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative Care
2. มีปัญหาในการเข้าถึง และขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR) ในรพ.ระดับ S และ F2

ปัญหา/อุปสรรค

1. ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative Care
2. การเข้าถึง และขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR)

ข้อเสนอแนะ

- สนับสนุนการส่งบุคลากรเข้าอบรมเฉพาะทาง PC และการเข้าถึงการใช้ยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR)

RDU

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (โรงพยาบาลแม่ข่ายผ่านเกณฑ์RDU1 และหน่วยบริการลูกข่ายในเครือข่ายปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์ RDU2) เกณฑ์ตัวชี้วัด : รพ.RDU ชั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ของรพ.ทั้งหมด)	รพ. 9 แห่ง	กำลัง ดำเนินการ	N/A

RDU

สถานการณ์

จังหวัดสระแก้ว ซึ่งประกอบไปด้วยรพท.จำนวน 2 แห่ง รพ. (S=1 แห่ง, M1=1 แห่ง) และรพช. จำนวน 7 แห่ง (F2=5 แห่ง, F3=2 แห่ง) เริ่มมองเห็นสภาพของปัญหาในพื้นที่ และมีความเห็นสอดคล้องกันที่จะพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่กำหนดการพัฒนาระบบบริการเพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมุ่งนำนโยบายมาใช้ทั้งระดับโรงพยาบาล และระดับรพ.สต.ต่อไป

ปัญหา/อุปสรรค

จังหวัดสระแก้วอยู่ในช่วงของการเริ่มดำเนินการ จึงทำให้ยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการพัฒนา Data Base เพื่อให้เกิด KPI ทั้ง 18 ตัว และ ARM

HA

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3 และ Reaccredit	1.ร้อยละ 100 ของรพศ./รพท. 2.มากกว่าร้อยละ 80 ในโรงพยาบาลชุมชน	3 แห่ง รวม 5 แห่ง ผ่านการรับรอง HA 3 แห่ง	100 60

HA

สถานการณ์

1. ผ่าน HA ชั้น 3 ได้แก่ รพ.จิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. ผ่าน HA ชั้น 3 อยู่ระหว่างการต่ออายุ ซึ่งจะครบกำหนด Re-Accredit ครั้งที่ 2 ปี 2561 จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพร.สระแก้ว , วังน้ำเย็น และคลองหาด
3. Re-Accredit ครั้งที่ 2 ปี 2560 จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ เขาฉกรรจ์ และอรัญประเทศ
4. Accredited ใหม่ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ วัฒนานคร (หมดอายุ Re-Accredit ครั้งที่ 1 เมื่อปี 2559)
5. เริ่มขอบันไดขั้น 1 ใหม่ จำนวน 1 แห่ง ได้แก่ ตาพระยา (หมดอายุ Re-Accredit ครั้งที่ 1 เมื่อปี 2559)
6. เริ่มเข้าพัฒนาเพื่อเข้าสู่ชั้น 1 รอคอยความพร้อมของโรงพยาบาล (F3) ทั้งบุคลากร ทรัพยากรอื่นๆ ระบบ ENV พื้นฐานให้ได้มาตรฐาน จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ โคนกสูง และวังสมบูรณ์

ปัญหา/อุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

- กำหนดเป็นตัวชี้วัดอย่างต่อเนื่อง โดยให้ส่วนกลาง/เขต MOU กับ สปสช./สรพ. มาสนับสนุน
- งบประมาณและวิชาการ เนื่องจากการพัฒนาระบบคุณภาพ จะส่งผลดีที่จะทำให้ตัวชี้วัดอื่นๆ ให้บรรลุเป้าหมายเช่นกัน

ปลูกถ่ายอวัยวะ

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา/ร้อยละ
1. จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะสำเร็จ - ดวงตา	5% ของผู้ป่วย สมองตายใน รพ.	0	0
2. จำนวนการปลูกถ่ายอวัยวะสำเร็จ-ไต	1% ของผู้ป่วย สมองตายใน รพ.	0	0

ปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์

1. ผู้บริจาคน้อยไม่เพียงพอ
2. มีการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบ
3. โครงการรณรงค์บริจาคดวงตา และอวัยวะ
(5 ธ.ค. 59 – 5 ธ.ค. 60)

ปัญหา/อุปสรรค

1. ผู้บริจาคน้อย
2. อวัยวะปลูกถ่ายไม่เพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

- ประชาสัมพันธ์เชิญชวนประชาชนมา
เป็นผู้บริจาคอวัยวะในระดับประเทศ

