



สรุปตรวจราชการและนิเทศงาน

รอบ 1 ปี 2561 จังหวัดสระแก้ว

วันที่ 20-22 ธันวาคม 2560

โดยนพ. อัครฐาน จิตนุยานนท์
ผอ. สำนักงานแพทย์ เขต 6 กรมการแพทย์



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

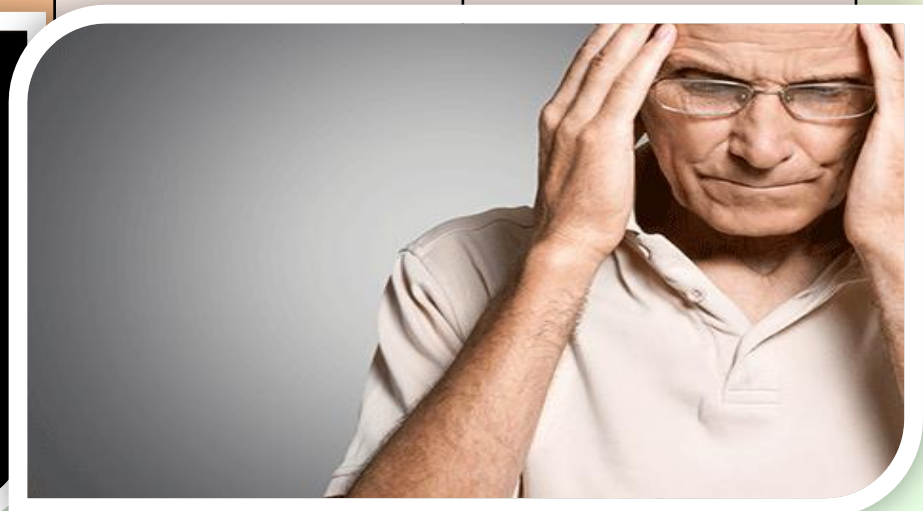
สถานการณ์

- จัดตั้ง Stroke Unit ที่ รพร. สระแก้ว 7 เดียง และให้ยา rt-PA ตั้งแต่ปี 58
- จัดตั้ง Stroke Corner ใน รพช. ทุกแห่ง
- มีระบบ Stroke Fast track ใน รพช. และ รพท.
- มีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย
- ผู้ป่วย Hemorrhage Stroke เสียชีวิต ปี 2558, 2559 และ 2560
= 23.2%, 26.4% และ 30%
- การ refer ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน ที่มีอาการภายใน 4.5 ชม.จากรพช. มา รพร.สระแก้ว ได้ในเวลาที่กำหนด ปี 2559 และ ปี 2560
= 70 % และ 56.6 %
- ร้อยละผู้ป่วย Acute Ischemic stroke ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ rt-PA (recombinant tissue plasminogen activator) ปี 2558, 2559 และ 2560 = 3.59 %, 3.4 % และ 4.7%

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ
1. ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วย หลอดเลือดสมอง	$\leq 7\%$	7.56 (9/119)
2. ร้อยละของอัตราตายของผู้ป่วย Acute Ischemic Stroke	$\leq 7\%$	4.04 (4/99)



สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

ปัญหา/อุปสรรค / ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	แนวทางแก้ไข
<p>- ผู้ป่วยและญาติไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคหลอดเลือดสมองและไม่ทราบการร้องขอความช่วยเหลือจากระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 จึงทำให้มารักษาล่าช้า Stroke awareness = 38.7% ปี 2560</p>	<p>- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ในพื้นที่/ชุมชน</p>
<p>- ขาดอัตรากำลังพยาบาลเฉพาะทางและสหสาขาวิชาชีพ</p>	<p>- ขอเพิ่มอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ Acute ischemic stroke 1: 4 - ขอนักฝึกพูด 1 คน ในพร.สระแก้ว</p>
<p>- ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วยที่ได้รับยา rt-PA 19.2% ปี 2560</p>	<p>- ปรับแนวทางการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะได้รับยา rt-PA</p>
<p>- พบการติดเชื้อ VAP ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน 3.4 :1000 วันนอนที่ On Ventirator</p>	<p>- ทบทวนแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP</p>
<p>- พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่สำรวจได้ พบโรคร่วม HT และ DM ปี 2558, 2559 และ 2560 = 67.4% , 54.3% และ 47%</p>	<p>- ทบทวนการดูแลผู้ป่วย HT และ DM ในคลินิก NCD และผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบให้เข้มข้นและมากขึ้น</p>



สาขาหัวใจ

สาขาหัวใจ



สถานการณ์

- 1) รพ.ทุกระดับใน จ.สระแก้วรวม F2 ให้ SK ได้ตั้งแต่ปี 2557 (ยกเว้นค่าย รพ.ค่ายสุรสิงหนาท)
- 2) ใช้ระบบ STEMI CONSULT FAST TRACK ในจังหวัดมีระบบ CONSULT ให้กับ INTERN 2 และ 3 ตาม รพช.อยู่แล้ว
- 3) วางแผนมี WARFARIN CLINIC (F2) ครบ 100 % ในปี 2561 ปัจจุบันได้ 6 ใน 7 รพ. เท่ากับร้อยละ 85.71
- 4) PCI ส่งไป รพ.พระปกเกล้า จันทบุรี และ รพ.ศุภณัฐชลบุรี ในวันราชการและวันหยุดบางวันที่เหลือส่งเข้า รพ. เอกชนรวม CASE UNSTABLE ANGINA HIGH RISK ด้วย(จฬาร์ตัน3 + บางนา5 + ราชวิถี + ทรวงอก)
- 5) จัดตั้ง HEART FAILURE CLINIC (HFC) ใน รพร.สระแก้วตั้งแต่ปี 2559 มี CARDIOLOGIST HFC 1/1 = 100%
- 6) ปี 2561 ผู้ป่วยมาล่าช้า Total Ischemic Time เท่ากับ 182 นาที (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 นาที) และ Door to Needle เท่ากับ 34 นาที (น้อยกว่า 30 นาที)

สาขาหัวใจ

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2561 (ต.ค 60–พ.ย.6๐)
1	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	ไม่เกิน 27 ต่อแสน ประชากร	2.51 ต่อแสนปชก.
2	ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI	100	100 (7/7)
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention)	≥ 80%	92.31 (12/13)
4	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล	<10%	0 (0/13)
5	การลงข้อมูลใน Thai ACS registry โดยมีการลงข้อมูลผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษา	100	100 (13/13)

สาขาหัวใจ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้อ่อนหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ประชากรขาดความตระหนักรู้	1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่มีความรู้ และเข้าถึงระบบบริการ การคัดกรอง CVD risk และ DM & HT	-ประสาน สสจ. แพทย์แพร์ และ ประชาสัมพันธ์ STEMI Alert โทร 1669 ผ่านวิทยุชุมชนและ Social Media
2. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า	2. พัฒนาระบบการคัดกรองและการเข้าถึงการได้รับยาละลายลิ่มเลือด	2. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการล่าช้า
3.การคัดกรอง CVD RISK	3. คัดกรองด้วย COLOR CHART ในประชากรกลุ่มเสี่ยง	-ประสาน สสจ. มอบ อสม. และ รพ สด. ช่วยบริหารจัดการ
4.การบันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูล	4. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วนและทันเวลา (43แฟ้ม) ในหน่วยงานบริการทุกระดับ เชื่อมโยง CUP และจังหวัด โดยเฉพาะระบบการเก็บข้อมูล	- ประสาน สสจ. เชื่อมโยงการจัดเก็บข้อมูลภายใน CUP และ จังหวัด
5. ระบบส่งต่อผู้ป่วย FAST TRACK	5. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย STEMI FAST TRACK	5. ระบบส่งต่อผู้ป่วย FAST TRACK
6. รพ.ระดับ F ขาดเครื่องวัด INR และ Intern ขาดความมั่นใจในการ (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI	6.จัดหาเครื่องวัด INR ให้ครบทุกรพช. และจัดอบรมการให้ Fibrinolytic drug ในระดับรพช.	6.ประสานท่านผู้ตรวจจัดหาอุปกรณ์เครื่องวัด INR



สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สถานการณ์

1) การจราจรหนาแน่นช่วงเทศกาล

2) จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยมี Neurosurgery 1 คน และ EP จบปี 2561 และ 2563 อีกปีละ 1 คน เป้า 5 คน EN/ENP : RN = 2.20, มี EN 5 มี ENP 3 ขาด 7 คน, ไม่มี Paramedic

3) พื้นที่จำกัดแต่ใช้อย่างคุ้มค่ามีระบบ Trauma fast tract แผนรองรับและการซ้อมแผน จัดตั้ง

TEA unit ร่วมกับศูนย์ Refer ใน รพ.ระดับ S และพัฒนา รพ.ระดับ M1 อนุรักษ์ประเทศมีพยาบาลแต่ขาดสถานที่ มีการประเมิน 3 มิติ 12 องค์ประกอบ

4) คนไข้ Non Trauma มาที่แผนกฉุกเฉินปี 2560 = 63.23 ด้วยปัญหา Sepsis>Cardiac Arrest>ICH>RF>AMI ซึ่งเป็นผู้ป่วย Level 4 และ 5 ทำให้เกิด Emergency Department Crowding ในขณะที่รพ. ไม่มีคลินิกนอกเวลา

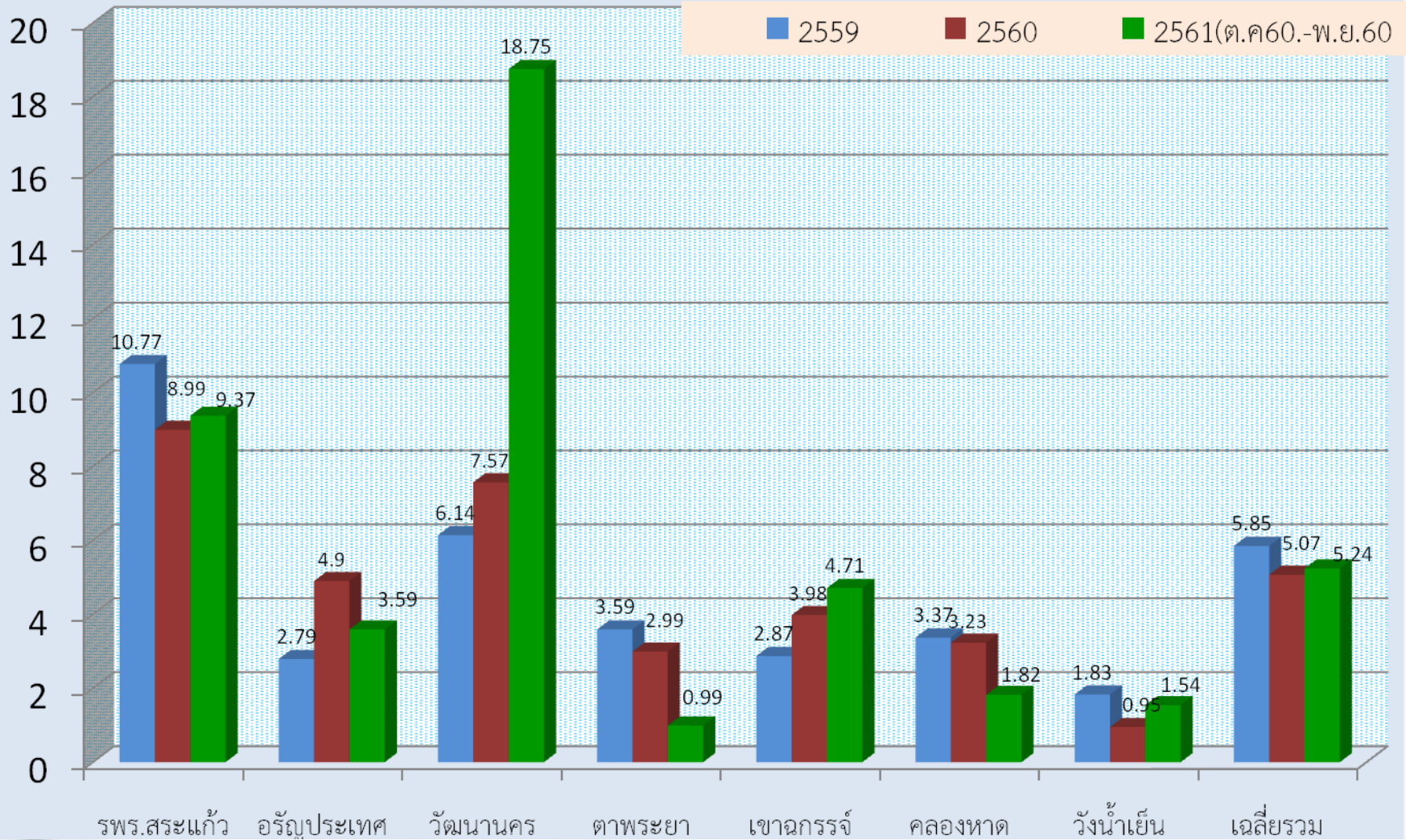
5) อัตราการเสียชีวิตบนท้องถนนปี 2561 = 8.15 ต่อแสนปชก. และผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วย EMS ปี 2560 = 17.89

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ
-อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในจากการบาดเจ็บ (19สาเหตุ) ที่มีค่า PS Score > 0.75 ในรพ.ระดับ A (น้อยกว่าร้อยละ 1)	< ร้อยละ 1	0 (0/285)
-ร้อยละรพ.ระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการพัฒนาคุณภาพ ECS จนผ่านเกณฑ์การประเมิน > ร้อยละ 40	> ร้อยละ 40	100 (7/7)
-อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ร้อยละ 12	5.24 (138/2,635)

อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม. ในรพ.ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 12



สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-ER คุณภาพ,การวินิจฉัย ,โรคไม่ทันการที่มาส่งรพ.+ ศูนย์สั่งการไม่รู้ข้อมูล	-พัฒนาบุคลากรและประสานงานตำรวจจราจร	-ประสานงานตำรวจจราจร
-ECS คุณภาพ	-จัดการ Emergency คุณภาพ ALS	-จัดการ Emergency คุณภาพ ALS
-พัฒนาระบบTrauma Fast Track	-พัฒนาระบบTrauma Fast Track การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมารพ.และทบทวน PS score	-แผนอบรมพนักงานขับรถ ECS (Trauma ECS)
-ลดความแออัดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินและพัฒนาคุณภาพ TRIAGE	-เปิด OPD คู่ขนานหรือ Premium คลินิกนอกเวลาและให้อยู่ใน ER น้อยกว่า 2 ชม.	
-การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goals	-รอกคู่มือ ER Safety Goals จาก กสธ. , Trauma Fast Track และทบทวน RCA ที่วิกฤติใน 24 ชม.	
-TEA Unit มาตรฐาน	จัดหาอุปกรณ์ + อัตรากำลังแพทย์พยาบาลเฉพาะทาง + ข้อมูล Data Base 43 แฟ้ม	



ทารกแรกเกิด

สาขาทารกแรกเกิด

สถานการณ์

- 1) รพช.REFER ผู้ป่วยมา รพร.สระแก้วทั้งหมด
- 2) จานวนเตียง NICU = 8 : 6,021 = 1 : 753 (มีแผนเพิ่ม NICU อีก 2 เตียง ในปี 2562 – 2563
ที่ รพร.สระแก้ว เป็น 10 เตียง)
- 1) ไม่มี NEONATOLOGIST มีกุมารแพทย์ ๓ ท่าน มีแผนเพิ่มกุมารแพทย์ที่ รพ.อรัญประเทศ และเครื่องมืออุปกรณ์ กรกฎาคม 2560 มีกุมารแพทย์เพิ่มอีก 2 ท่าน รวมเป็น 5 ท่าน
- 2) REFER OUT ส่วนใหญ่เป็นโรคหัวใจเด็ก และ ROP
- 3) คนไข้ไม่ได้ ANC หรือ ANC มาจากที่ รพ.อื่น มาคลอดที่ รพร.สระแก้ว มีปัญหาเรื่อง PRETERN ในกลุ่มคนต่างชาติ
- 4) เคสที่คลอดก่อนกำหนด = 45.37 / 1,000 การเกิดมีชีพ (ต.ค.-พย.60) ทำให้เกิด LBW
- 5) มีการใช้สาร Surfactant ใน Preterm เคส Preterm ที่เสียชีวิต พบภาวะ BA ปีละ 12 ราย
- 6) ภาวะ BPD ในปอด พบ 30% ($\leq 26\%$) และอัตราการรอดชีวิตจากภาวะแทรกซ้อน ROP stage 3 พบ 12% ($\leq 8\%$)

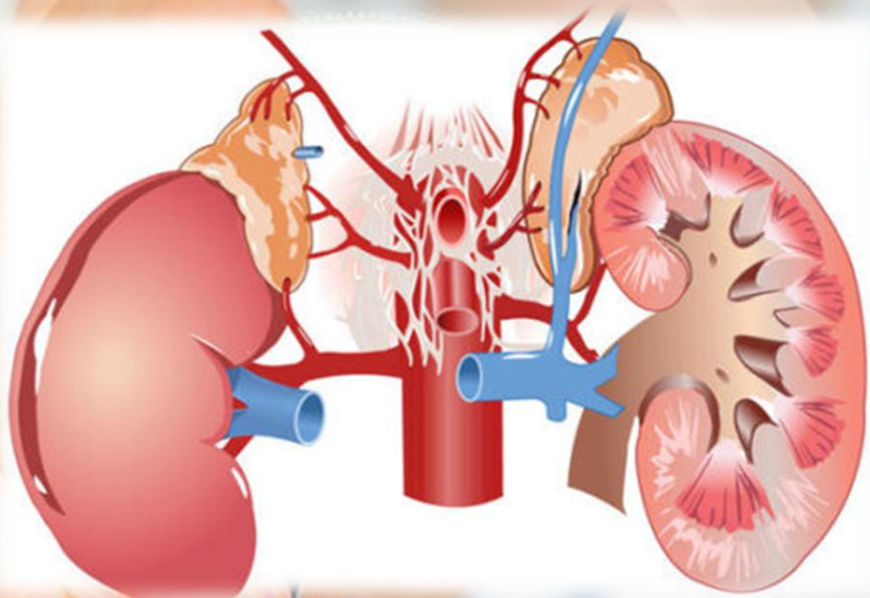
สาขาทารกแรกเกิด

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2561 (ต.ค 60-พ.ย.6๑)
1	อัตราการตายของทารกแรกเกิดอายุ ≤ 28 วัน ที่มีน้ำหนักแรกเกิด ≥ 500 กรัม	ไม่เกิน 3.4 ต่อ 1,000 ทารกเกิดมีชีวิต	1.85 (2/1,080)
2	จำนวนเตียง NICU	1: 500 ทารกแรกเกิดมีชีวิต	1.593 (8:4,745)
3	การคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวในโรงพยาบาลระดับ F3 ขึ้นไป	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	22.22 (2/9)
4	Intrauterine Transfer System	100	100 (9/9)

สาขาทารกแรกเกิด

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ
1.ขาดกุมารแพทย์	1. ควรมีกุมารแพทย์เพิ่มที่ รพ. อรัญประเทศ (M1)	1. สนับสนุนอัตรากำลัง
2.ภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อและเครื่องวัด pulsimeter	2. มีระบบให้คาปรึกษาระหว่างส่งต่อและใช้ TRANSPORT INCUBATOR	2. สนับสนุน TRANSPORT INCUBATOR - pulsimeter รพ.มี 3 ขาด 1 รพช.ขอ 1 เครื่อง/รพ.
3.การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และ HIFLOW Oxygen	3. มีระบบดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน PRETERM หลังคลอดที่ต้องใช้ RESPIRATOR - ขอ HIFLOW Oxygen	3. สนับสนุนRESPIRATOR ชนิดเปิด BIRD 4 เครื่อง - สนับสนุน HIFLOW Oxygen 5 เครื่องใน NB เครื่องละ 250,000 บาท
4.ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด	4. มีระบบการดูแลภาวะแทรกซ้อน เช่น ROP BPD BIRHT ASPHYXIA	4. คัดกรอง ROP และภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ส่งรักษาต่ออย่างรวดเร็ว

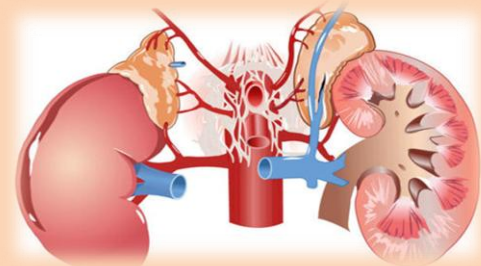


สาขาไต

สาขาไต

สถานการณ์

- 1) มี CKD clinic ครอบคลุม (แพทย์โรคไต 1 คน พยาบาล HD 5 คนที่รพ.อรัญประเทศ 2 คน เกสซ์ แต่ขาดนักกำหนดอาหาร) ที่รพ.สมเด็จพระยุพราชสระแก้ว จำนวนผู้ป่วย CKD เพิ่มขึ้นที่รพ.ดู stage 3,4 และ 5 รพช.ดู stage 1 และ 2
- 2) ระยะเวลารอคอย HD 11 วัน มี 232 เคส และระยะเวลารอคอย CAPD 19 วัน มี 117 เคส ไตเทียม 40 และปลูกถ่ายไต 2 รายในปี 2560
- 3) รพ.อรัญประเทศ เป็น Node HD แต่ยังขาด CAPD อัตราส่วน CAPD Nurse ต่อผู้ป่วย = 3 : 177 คิดเป็น 1 : 59 (เกณฑ์ \leq 1 : 50)
- 4) ปี 2560 ส่งพยาบาลไปอบรม CAPDมาแล้ว จาก รพ.ตาพระยา และ รพ.เขาคิชฌกูฏ
- 5) มีทีมจัดการบริจาดอวัยวะ
- 6) รพ.คลองหาดมี CKD Clinic



สาขาไต

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2561 (ต.ค 60–พ.ย..6๐)
1	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr	66	62.34 (1,152/1,848)
2	รพ.ระดับ M และ F ผ่านเกณฑ์การประเมิน CKD clinic	50	อยู่ระหว่าง ดำเนินการ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
-มี CKD clinic ไม่ครบทุกรพ. มีครบเฉพาะที่ S และ M1	-พัฒนา CKD Clinic ครบทุกรพ.ทุกระดับ (รพ.ระดับF อยู่ใน NCD clinic เว้นรพ.วังสมบุญ) -ความเข้าใจในการเปิด clinic ชะลอได้ระยะที่๑-๓ โดยการขยายพื้นที่ HD/CAPD	-พัฒนาตามนโยบายของยุทธศาสตร์ของกระทรวงสธ. -การให้ความรู้เรื่องอาหารให้เป็นรูปธรรมที่ตรงกับอาหารพื้นบ้านของคนในจังหวัดนั้นๆ
-การคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย ในเรื่อง DM & HT เนื่องจากการรักษาไม่ต่อเนื่อง	- HDC ต่ำกว่าที่รายงาน(รอข้อมูล 31 ธ.ค. 60) -ประสานทาง IT จังหวัด ให้ดูข้อมูลการลงข้อมูล 43 แฟ้มดูโปรแกรมเอ๊ะของจ.เลย	-การคัดกรองไม่ได้ตามเป้าหมาย ในเรื่อง DM & HT
- การพัฒนาทีม DHS ดูแล CKD Clinic และขาดพยาบาล CKD	ประสานกับสสจ. NCDเรื่องการรณรงค์ให้รพ.สต อสม.เยี่ยมบ้าน เชื่อมโยงกับทีมหมอชุมชน	- การพัฒนาทีม DHS ดูแล CKD Clinic



สาขาจักษุ

สาขาจักษุ

สถานการณ์

- 1) มีจักษุแพทย์ 2 ท่าน ที่ รพร.สระแก้ว เดือนกรกฎาคม 2560 ที่รพ.อรัญประเทศมีเพิ่มอีก 1 ท่านรวมเป็น 2 ท่าน
- 2) มีการใช้ทรัพยากรร่วมกัน FUNDUS CAMERA ในจังหวัด 4 เครื่อง (รพร. 1 เครื่อง,รพช. Rotate 3 เครื่อง) และ NON-CONTACT TONOMETER 4 เครื่อง
- 3) มีการคัดกรองต้อกระจก, เบาหวานขึ้นจอประสาทตา, ต้อหิน, CHILDHOOD Blinding และ สายตาเด็ก
- 4) จัดระบบ Referral Mapping จัดบริการเชื่อมโยงในปทุมภูมิจนถึงศูนย์เชี่ยวชาญ
- 5) จัดตั้งหน่วยเคลื่อนที่ในการผ่าตัดที่ รพ.เขาฉกรรจ์ และ รพ.คลองหาด (ครบแล้ว)
- 6) ส่ง Case Emergency Trauma รพ.ในเขตไม่ได้ จึงต้องส่งออกนอกเขต (รพ.ราชวิถี)
- 7) มี Case 598 ราย ในปี 2561
- 8) ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิด Low vision ได้รับการผ่าตัดใน 30 วัน = 100% (35/35)
- 9) DM คัดกรอง DR 17.88%, High Risk DR ได้รับการรักษาใน 30 วัน = 100% (30/30), คัดกรองต้อหินในอายุมากกว่า 60 ปี =5.79%, คัดกรองสายตาเด็ก ROP = 100% และ ตรวจสายตาเด็กป.1 =14.38%

สาขาจักษุ

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน	
		ปี 2560	ปี 2561 (ต.ค 60-พ.ย.61)
1. ร้อยละของผู้ป่วยต้อกระจกระยะ บอด (Blinding Cataract) ภายใน 30 วัน	≥ ร้อยละ 85	98.01 (592/604)	94.64 (53/56)
2. ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับ การคัดกรองสายตา	≥ ร้อยละ 75	81.67 (58,737/71,920)	2.89 (2,182/75,481)

สาขาจักษุ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การ ดำเนินงานไม่บรรลุ วัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วย รับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจ ราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
อัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน	มีจักษุแพทย์ 2 ท่าน และขอ อัตรา Outsource มาช่วย	สนับสนุนอัตรากำลัง
พื้นที่ไม่ส่งคนไข้มา	เร่งรัดพื้นที่ส่งคนไข้มาให้เร็ว ลดระยะเวลาในการรอคอย	สสจ.ประสาน พื้นที่ส่งคนไข้ มาให้
ผู้ป่วยไม่สมัครใจผ่าตัด	อธิบายถึงผลดีผลเสียของการ รักษา	สร้างความตระหนักรู้แก่ ประชาชน
คัดกรองจอตาผู้ป่วยเบาหวาน และผู้สูงอายุ	เพิ่มการคัดกรอง DR ในผู้ป่วย เบาหวานและผู้สูงอายุ	สสจ. ประสาน อสม และ รพ. สต.ช่วยการคัดกรอง
ส่ง Case Emergency Trauma รพ.ในเขตไม่ได้	ส่งออกนอกเขต	สนับสนุนให้ส่งรพ.ในเขต
ขอเครื่องมือเพิ่ม FUNDUS CAMERA + Tonometer อีก 4 ชุด ในปี 62 และ 63	ทำแผนขอเครื่องมือปี 62 และ 63	สนับสนุนอุปกรณ์การตรวจ รักษา

สาขาโรคมะเร็ง

สถานการณ์

- 1) มีการตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ส่วนมะเร็งลำไส้มีโครงการส่องกล้อง 112 ราย อายุ 50 ปี ขึ้นไป คัดกรองวันที่ 20 ธันวาคม 2560 โดยใช้ Fit test ถ้าให้ผลบวกส่งทำ Colonoscope ที่รพร. สระแก้วโดยศัลยแพทย์ 2 ท่าน ใช้สิทธิ์ UC งบสปสช.
- 2) การรักษาด้วยการผ่าตัดทำได้อเอง ส่งปรึกษาเพื่อให้ยาเคมีที่ รพ.พระปกเกล้า และได้สูตรยาเคมีบำบัดมาให้เองที่ รพร.สระแก้ว มีเตียงให้ยาเคมีบำบัด 8 เตียง แบบ Daycare และส่งฉายแสงส่งต่อในเขตหรือนอกเขต
- 3) มีการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ปี 2559 5,000 คน ปี 2560 3,000 คน ในประชาชนทั่วไปอายุ 40 ปี ที่มีประวัติทานปลาดิบในอำเภอเมือง อำเภอวัฒนานคร พบ 1.96 อำเภอคลองหาด และอำเภอเขาฉกรรจ์ พบ 2.18 ด้วยการทำอัลตราซาวด์
- 4) มีการพัฒนางานด้าน PALLIATIVE CARE และการใช้ยาระงับปวด MORPHINE สู่ รพช. และเครือข่าย
- 5) มี onconurse 2 คน
- 6) ผู้ป่วยรายใหม่ของจังหวัด 1,500 ราย/ปี ที่รพร.สระแก้ว มี 619 รายเป็นเพศชาย 295 เพศหญิง 364 คน
อัตราป่วยเพศชาย : Colon > Liver > Lung & Trachea > Oral cavity > larynx
อัตราป่วยเพศหญิง : Breast > Colon > Liver > Cervix > Oral cavity
- 7) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (60%) ได้ 28.57 สัดส่วนระยะที่ 1 และ 2 (70%) ได้ 28.57 (2/7) มีผู้ป่วย 23 รายที่ยังไม่ได้ staging
การคัดกรองมะเร็งเต้านม (80%) ได้ 66.70 สัดส่วนระยะที่ 1 และ 2 (70%) ได้ 56.25 มีผู้ป่วย 17 รายที่ยังไม่ได้ staging

สาขาโรคมะเร็ง

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงานปี 2561 (ต.ค 60-พ.ย.61)
1.	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 80	74.74 (219/293)
2.	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย <u>การผ่าตัด</u> ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ - มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) - มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) - มะเร็งเต้านม (C50) - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และ - มะเร็งปากมดลูก (C53)	≥80%	83.66 (128/153)
3.	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย <u>เคมีบำบัด</u> ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ - มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) - มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) - มะเร็งเต้านม (C50) - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และ - มะเร็งปากมดลูก (C53)	≥80%	57.85 (70/121)
4.	3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วย <u>รังสีรักษา</u> ภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ - มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C22,C24) - มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C33-C34) - มะเร็งเต้านม (C50) - มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C18-C21) และ - มะเร็งปากมดลูก (C53)	≥80%	57.89 (22/38)
5.	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ	24.9 ต่อแสน ปชก.	20.10 (112/557,251)
6.	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด	19.8	20 (2/10)

สาขาโรคมะเร็ง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.การคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก	1. พัฒนาการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก	1. สสจ.ประสาน อสม. เพิ่มการคัดกรอง
2.การจัดเก็บและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระบบมะเร็ง	2. พัฒนาการจัดเก็บและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระบบมะเร็งHOTPITAL BASE โดยใช้ THAI CANCER BASE	2. สสจ.ประสานการจัดเก็บและเชื่อมโยงข้อมูลระดับ CUP และจังหวัด
3.การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ	3. พัฒนาการส่งตรวจและติดตามผลทางห้องปฏิบัติการ	3. สสจ.ประสานการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภาครัฐ และเอกชน
4.การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา	4. พัฒนาระบบการวินิจฉัย การส่งตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยา	4. สสจ.ประสานการส่งตรวจชิ้นเนื้อพยาธิวิทยาภาครัฐและเอกชน
5.การขาดแคลนบุคลากรสาขา มะเร็ง และผู้รับผิดชอบการลงทะเบียน TCB	5. จัดทำแผนพัฒนาบุคลากรแพทย์และพยาบาล สาขา มะเร็ง ONCOLOGIST/ ONCO NURSE/ CASE NURSE MANAGER (รพร. มีรังสีแพทย์ 3 ท่าน) -ส่งศิษย์แพทย์อบรมการให้เคมีบำบัดในมะเร็งเต้านมและมะเร็งลำไส้ 1 ท่านในปี 2561 -จัดหาผู้รับผิดชอบการลงทะเบียน TCB full time	5. สนับสนุนอัตรากำลัง
6.จัดตั้ง ward daycare chemo therapy	6. รพร.จัดหาสถานที่เพื่อจัดตั้ง ward daycare chemo therapy	



สาขารับบริจาค และปลูกถ่ายอวัยวะ

สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์

- 1) ผู้บริจาคน้อยไม่เพียงพอ ผู้ป่วยที่แสดงเจตจำนงไว้ เสียชีวิตก่อนบริจาคอวัยวะ
- 2) มีการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบในแต่ละส่วน งาน เชิญนายกเหล่ากาชาดเป็นที่ปรึกษาแต่ยังไม่มี TC nurse full time ให้หัวหน้าตึกศัลยกรรมเป็นผู้จัดการ ยังไม่มีสถานที่ที่เป็นศูนย์รับบริจาคชัดเจน ขณะนี้ใช้ตึก ER ศัลยกรรม และ ICU เป็นสถานที่รับบริจาคชั่วคราว
- 3) จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2560 = 1,223 คน คิดเป็นการขอบริจาคอวัยวะ 12 ราย (1:100) และดวงตา 60 ดวง (5:100)

สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ผลการดำเนินงาน

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เจรจา (ราย)	เจรจา สำเร็จ (ราย)	จัดเก็บ (ราย)	ผลงานปี 2561 (ต.ค 60-พ.ย.6 ๐)
1	อัตราส่วนของจำนวนผู้ ยินยอมบริจาคอวัยวะจาก ผู้ป่วยสมองตาย ต่อ จำนวน ผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล					
	brain death donor	> 1 ราย ต่อ ผู้ป่วยที่ เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย	14	7	0	0 (0/12)
	บริจาคดวงตา	> 5 ราย ต่อ ผู้ป่วยที่ เสียชีวิตใน รพ. 100 ราย	24	7	7 (จัดเก็บ ได้ 7 ราย /13 ดวงตา)	11.67 (7/60)

สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้อต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
5.1 ผู้บริจาคน้อย และญาติไม่ยินยอม	กระตุ้น และเชิญชวนประชาชนมาเป็นผู้บริจาคอวัยวะ	ประสาน รพ. และ สสจ.
5.2 อวัยวะปลูกถ่ายไม่เพียงพอและจัดเก็บได้น้อย ถึงแม้เจรจาสำเร็จแล้ว	ประชาสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาประชาชนเรื่องการบริจาคปลูกถ่ายอวัยวะ	ประสาน รพ. และ สสจ.
5.3 สถานที่ งบประมาณ และอุปกรณ์จัดเก็บไม่เพียงพอ	จัดหาศูนย์รับบริจาคอวัยวะถาวร ทำแผนของงบประมาณจากเขตและสำรองค่าใช้จ่ายเพื่อเบิกคืนจากสภาภาษีชาติได้ทันกำหนด	ประสาน รพร. และ สสจ. นำเสนอต่อเขตสุขภาพ
5.4 ขาดอัตรากำลังปฏิบัติงาน	ส่งพยาบาลอบรม TC nurse หลักสูตรสภาการพยาบาล 4 เดือน จำนวน 1 คน/ปี เริ่มมี.ค. 60 และส่งอบรมเพิ่มปีละ 1 คนในแผนปี 2562 และ 2563	ประสาน รพร.
5.5 แพทย์ไม่มั่นใจในการวินิจฉัยภาวะสมองตาย	ปัจจุบันใช้ประสาทศัลยแพทย์ ศัลยแพทย์ทั่วไป และศัลยแพทย์อุบัติเหตุฉุกเฉินวินิจฉัยร่วมกัน 3 คน วางแผนส่งแพทย์ในรพ. สาขาอื่นอบรมเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองตาย หลักสูตร 5 วัน ที่สภาภาษีชาติไทย	



สาขา NCD

DM/HT

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)

สถานการณ์

2.1 ผู้ป่วยมา รพ. ระดับทุติยภูมิมาก (S) การควบคุมโรคไม่ตี มีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

2.2 การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนยังไม่ได้ตามเกณฑ์ และขาดอุปกรณ์ Fundus Camera หมุนเวียนในจังหวัด 3 เครื่องและ Fixed ที่ รพร. 1 เครื่อง

ข้อมูล จ. สระแก้ว 1 ต.ค. 60 – 30พ.ย. 60	โรคเบาหวาน	โรคความดัน โลหิตสูง
1. ผู้ป่วยเบาหวาน($\geq 40\%$)และความดันโลหิตสูง($\geq 50\%$)ที่ควบคุมได้	9.28 (1,907/20,558)	7.57 (3,320/43,848)
2. อัตราป่วย	3,679.07 (20,566/559,017)	7,848.12 (43,871/559,017)
3. อัตราผู้ป่วยรายใหม่	119.50 (668/559,017)	274.06 (1,532/559,017)
4. การคัดกรองเชิงรุกในประชากรกลุ่มวัยทำงานอายุ 35 ปี ขึ้นไป	43.36 (94,194/217,250)	43.47 (84,360/194,087)

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)

ข้อมูล จ. สระแก้ว 1 ต.ค. 60 – 30 พ.ย. 60	โรคเบาหวาน	โรคความดันโลหิตสูง
5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) $\geq 80\%$	40.09 (7,830/19,530)	
6. การคัดกรองพบกลุ่มเสี่ยงสูง	0.64 (618/96,770)	2.84 (2,465/86,699)
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกินร้อยละ 2.40)	0.33 (77/23,628)	-
8. อัตราประชากร Pre DM ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $> 90\%$ (ไตรมาสแรก ปี 61 $>$ ร้อยละ 30) ดำเนินการได้ครอบคลุม (ค่าระดับ FBS 100-125 mm/dl)	45.78 (11,891/25,973)	-
9. ร้อยละของประชากรวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ เป้าหมาย ร้อยละ 55 ได้ 46.47 (40,784/87,768)	-	-
10. NCD Clinic Plus ผ่านเกณฑ์คุณภาพ \geq ร้อยละ 80 ได้ 42.86% (3/7) ไม่รวมรพ. F3 และประเมินตนเองเมื่อธันวาคม 2560		

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
1. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	เพิ่มการคัดกรองขอความร่วมมือในเขตเมือง	ประสาน สสจ.
2.ขาดกำลังคน(แพทย์,พยาบาลและเจ้าหน้าที่)	-เพิ่ม case manager และ mini-case manager ที่รพ.สต. (22รพ.สต.มีแต่พยาบาลเวชปฏิบัติ) -เชิญทีม NCD Clinic plus ในจังหวัดไปอบรมในแต่ละรพ.สต.	ขอเพิ่มอัตรากำลังคน
3.การคีย์ข้อมูลไม่สมบูรณ์ทำให้ผล HDC ออกมาต่ำกว่าความเป็นจริง	การลงข้อมูลบุคคล การให้บริการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่ครบเช่น น้ำหนักและส่วนสูง ทำให้ดึงข้อมูลจาก HDC ออกมาไม่ได้	ประสานรพร. และสสจ ปรับฐานข้อมูลที่รายงานของจังหวัดให้ครบถ้วนและเป็น Real time เพื่อสะดวกต่อการดึงข้อมูลจาก HDC



สาขาPalliative Care

สาขา Palliative Care

สถานการณ์

- 1) ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care บุคลากรขาดสมรรถนะและประสบการณ์ ขณะนี้มี PCN full time 1 คนดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หัวใจ ไต ตับ ปอด และกุมารเวชกรรมที่ไม่หายขาด วางแผนจัดตั้ง คกก.ประกอบด้วย OPD IPD ER และ ICU
- 2) มีปัญหาในการเข้าถึง และขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR) ใน รพ.ระดับ M1 และ F2 ได้แก่ยา Morphine ขนาด 10, 20, 30 mg และ Morphine syrup
- 3) ขาดระบบการเชื่อมโยงการดูแลและขาดการติดตามที่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยจาก OPD/ER ผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้าน การวางแผน Advanced Care Plan, กิจกรรม Family meeting และ Bereavement plan
- 4) รพร. ผ่านการอบรม PC 100% (1/1) และมีการวางแผน family care plan

ผลการดำเนินงาน

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ
โรงพยาบาลทุกระดับ (A, S, M, F) มีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์ (ผ่านตามขั้นตอนการประเมินผล)	ร้อยละ 100 9/9	11.11 (1/9)

<p>ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์</p>	<p>ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ</p>	<p>สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือดำเนินการต่อ</p>
<p>ขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง Palliative care</p>	<p>ส่งพยาบาล รพ.ระดับ S อบรม PC nurse case manager (4 เดือน) เพิ่ม 1 คน ปี 2561 แผนปี 2562 รพ. อรัญประเทศเพิ่ม 1 คน และส่งพยาบาล รพ.ระดับ F2 อบรม PC nurse coordinator (2 อาทิตย์) 1 คน/รพช. ในปี 2561</p>	<p>ประสานผอ.รพ. และ สสจ.</p>
<p>การเข้าถึงและขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release(IOCR)</p>	<p>มีการสต็อกยา และให้ผู้ป่วยมารับยาที่ รพ.ระดับ M1 และ F2 ได้ตามการนัดตรวจ</p>	<p>ประสานผอ.รพ. และ สสจ.</p>
<p>การประเมินส่วนขาดของขั้นตอนการดูแลแบบประคับประครอง</p>	<p>รพ.วัฒนานครทำครบ 5 ขั้นตอนวางแผนเพิ่ม home visit ในปี 2561 -รพ.วังน้ำเย็นวางแผนการใช้โปรแกรม COC และมีการตอบกลับข้อมูล PC ตามขั้นตอนที่ได้ทำไว้</p>	<p>ประสาน สสจ.</p>

สาขาศัลยกรรมกระดูก



สาขาศัลยกรรมกระดูก

สถานการณ์

1. มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกในรพ. สระแก้ว 3 คน ปี 2561 มาเพิ่มอีก 1 คน รพ.อรัญประเทศ 2 คน
2. มีการเตรียมแพทย์เพิ่มพูนทักษะตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ และมีระบบปรึกษาหลังจาก พชท.กลับไปทำงานที่รพช. มี CPG มีการ Update ทุกปี และนิเทศติดตาม กรณี miss diagnosis หรือมีภาวะแทรกซ้อน สามารถปรึกษาทางกลุ่ม Line ได้ 24 ชั่วโมง
3. Fracture hip ปี 2560 มี 123 ราย หัก 4 ราย คิดเป็น 3.25% ผ่าตัดใน 72 ชม.ได้ 95.1%
4. มีการตรวจ dexa scan และให้การรักษาด้วย Biphosphanate มาแล้ว 10 ปี
5. พัฒนาร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและจิตอาสา พัฒนาโครงการการเปลี่ยนข้อสะโพก, Skin traction และ Spinal cord injury
6. ร้อยละของผู้ป่วยกระดูกหักไม่เข้าข้อในรพ.ระดับ M2 ลงมา สามารถผ่าตัด Simple closed Fractured ได้ 72.97

ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	อัตรา/ร้อยละ
ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the Fracture (จำนวนเขตสุขภาพที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture ร้อยละ 100 ของเขตสุขภาพทั้งหมด รวม 13 เขต)	ร้อยละ100	อยู่ระหว่างดำเนินการ

สาขาศัลยกรรมกระดูก

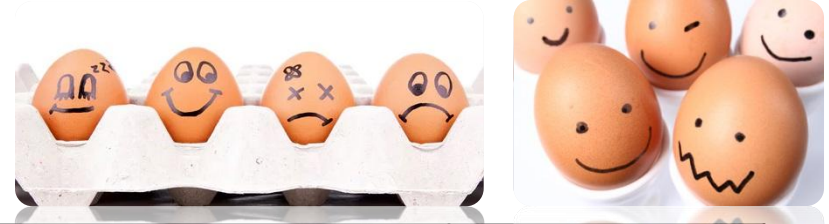
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1.วางแผนจัดตั้งคลินิกโรคกระดูกพรุน	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งผู้ป่วยปรึกษาตมยาและอายุรกรรมก่อนผ่าตัดทันเวลา -จัดตั้ง Fast track ใน 72 ชม. Long bone Fracture ร่วมกับ Vascular surgery -เคส septic joint และ sepsis สามารถผ่าตัดได้ทันทีเพื่อลดความรุนแรงจากภาวะ Necrotic Fasciitis 	
2.จำนวนห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ	<p>ปัจจุบันมีห้องผ่าตัดทางกระดูก 1 ห้อง แต่กรณีเคสเร่งด่วนมาด้วย Fast track สามารถขอใช้ห้องผ่าตัดจากแผนกอื่นได้</p>	
3.ขาดแคลนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค	<p>รพ.โคกสูงและรพ.เขาฉกรรจ์ไม่มีเจ้าหน้าที่รังสีเฉพาะในการถ่ายภาพ</p>	<p>ประสานสสจ.ขอสนับสนุนเจ้าหน้าที่รังสีเทคนิค</p>
4.แพทย์รพ.ระดับ F2 ไม่มั่นใจในการผ่าตัด Simple closed Fractured	<p>รพ.วัฒนานครและรพ.เขาฉกรรจ์ส่งผู้ป่วย Simple closed Fractured มารักษาต่อที่รพ.</p>	

MEDICAL
Health Care
Doctor
Hospital
Pharmacist
Nurse
Dentist
First Aid
Surgeon
Emergency

สาขาการบำบัดรักษาผู้เสพติดยาเส



ผลการดำเนินงาน



ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินการ
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (Leading Indicator, จำหน่ายครบเกณฑ์)	ร้อยละ 90	100 (116/116)
ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (Lagging Indicator, ทุกรายที่เข้ารับการบำบัด)	ร้อยละ 50	56.86 (116/204)

2. สถานการณ์

- ปี 2560 สถิติยาเสพติดพบยาบ้า > กัญชา > ยาไอซ์ > พืชกระท่อม ส่วนในเยาวชนจากการตรวจสถานศึกษาพบยาบ้าในปีสสาวะและกัญชาในปีสสาวะ
- ผู้เข้ารับบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดปี 2555 – 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น พบประชากรกลุ่มวัยรุ่น 12 – 24 ปี รองลงมากลุ่มทำงาน 25 – 29 ปี อาชีพส่วนใหญ่รับจ้าง รองลงมาเป็นนักเรียน/ นักศึกษา

ปัญหาในการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสานหรือ ดำเนินการต่อ
<p>-ฐานข้อมูลของ สสจ. กับ ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด(บสต.) ไม่ตรงกัน</p>	<p>-ควรมีการประสานความร่วมมือกับก.มหาดไทยและก.ยุติธรรมในการติดตามข้อมูลให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน</p>	<p>-ฐานข้อมูลของ สสจ. กับ ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด(บสต.) ไม่ตรงกัน</p>
<p>-ไม่สามารถติดตามข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดด้วยการบังคับรักษาได้ เพราะไม่มีการบันทึกในระบบ บสต. (โครงการ บสต. เริ่มตั้งแต่ ปี 2560 เป็นต้นมา)</p>	<p>-กสร.ลงข้อมูลผู้บำบัดรักษาแบบสมัครใจในฐานข้อมูล บสต.</p> <p>- ก.มหาดไทยและก.ยุติธรรมลงข้อมูลผู้บำบัดรักษาแบบบังคับบำบัดในฐานข้อมูลบสต. ร่วมกัน</p> <p>-ขณะนี้ฐานข้อมูลบสต. ปิดปรับปรุงเป็นระยะเพื่อปรับฐานข้อมูลทั้งประเทศ</p>	<p>-ไม่สามารถติดตามข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดด้วยการบังคับรักษาได้ เพราะไม่มีการบันทึกในระบบ บสต. (โครงการ บสต. เริ่มตั้งแต่ ปี 2560 เป็นต้นมา)</p>
<p>-งบประมาณการบำบัดรักษาไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด เนื่องจากการเข้ารับการบำบัดด้วยการบังคับรักษาอยู่ในความดูแลของหน่วยงานอื่น (ตำรวจ, ทหาร)</p>	<p>-ควรมีการจัดสรรงบประมาณตามความเป็นจริง (ไม่ใช่ตามรอบงบประมาณ)</p> <p>-ปี 2560 จ.สระแก้วบำบัดรักษาแบบสมัครใจ 790 ราย แต่ได้รับงบ 400 ราย</p> <p>-รวมทั้งบำบัดรักษาแบบบังคับบำบัด 500 รายแต่ได้รับงบ 266 ราย (ปกติเป็นหน้าที่ของค่ายบำบัดรักษาทางทหารและตำรวจ)</p>	<p>-งบประมาณการบำบัดรักษาไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้เข้ารับการบำบัด เนื่องจากการเข้ารับการบำบัดด้วยการบังคับรักษาอยู่ในความดูแลของหน่วยงานอื่น (ตำรวจ, ทหาร)</p>



ขอขอบคุณ

