คณะที่ ๒
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) (ร้อยละ ๓๖)

สถานการณ์และสภาพปัญหา

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนและปฏิรูประบบบริการด้านสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบบริการปฐมภูมิ ยกระดับการให้บริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพ โดยจัดทำโครงการคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ เน้นการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนแบบองค์รวม ด้วยแนวคิด บริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี และทีมหมอครอบครัว ซึ่งจังหวัดปราจีนบุรี ได้ตอบรับนโยบายฯดังกล่าว โดยเริ่มเปิดดำเนินการนำร่องจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวในปี ๒๕๕๙ จำนวน ๔ ทีม ใน ๒ อำเภอ คือ PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร (๑ Cluster ๓ ทีม) และ ทีม PCC รพท.กบินทร์บุรี (รพ.สต.วังท่าช้าง ๑ ทีม) และขยายเพิ่มในปี ๒๕๖๐ อีก ๔ ทีม คือ ทีม PCC รพท.กบินทร์บุรี ๒ ทีม (รพ.สต.วังตะเคียน ๑ ทีม, รพ.สต.คลองสิบสอง ๑ ทีม) ทีม PCC รพ.นาดี ๑ ทีม (รพ.สต.ทุ่งโพธิ์) และทีม PCC รพ.ศรีมหาโพธิ ๑ ทีม (รพ.สต.คลองรั้ง) รวมเป้าหมาย PCC จังหวัดปราจีนบุรีที่ผ่านการขึ้นทะเบียนกับสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๐ จำนวน ๘ ทีม และมีเป้าหมายตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่จะดำเนินการในปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓ ทีม ดังตารางต่อไปนี้

แผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว จ.ปราจีนบุรี			
อำเภอ	**ปี ๒๕๕๙**	**ปี ๒๕๖๐**	**ปี ๒๕๖๑**
เมือง	ทีมศาลาไทย	ทีมศาลาไทย	ทีมศาลาไทย
เมือง	ทีมเทศบาลเมืองฯ	ทีมเทศบาลเมืองฯ	ทีมเทศบาลเมืองฯ
เมือง	ทีม รพ.สต.รอบเมือง	ทีม รพ.สต.รอบเมือง	ทีม รพ.สต.รอบเมือง
กบินทร์บุรี	ทีม รพ.สต.วังท่าช้าง	ทีม รพ.สต.วังท่าช้าง	ทีม รพ.สต.วังท่าช้าง
กบินทร์บุรี		ทีม รพ.สต.วังตะเคียน	ทีม รพ.สต.วังตะเคียน
กบินทร์บุรี		ทีม รพ.สต.คลองสิบสอง	ทีม รพ.สต.คลองสิบสอง
ศรีมหาโพธิ		ทีม รพ.สต.คลองรั้ง	ทีม รพ.สต.คลองรั้ง
นาดี		ทีม รพ.สต.ทุ่งโพธิ์	ทีม รพ.สต.ทุ่งโพธิ์
เมือง			ทีม รพ.สต.ศาลานเรศวร
กบินทร์บุรี			ทีม รพ.สต.โคกอุดม
ศรีมหาโพธิ			ทีม รพ.สต.ท่าตูม
รวม	**๔ ทีม**	**๘ ทีม**	**๑๑ ทีม**

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

- มีแผนการจัดการกำลังคน (สำรวจบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง และที่ต้องการเพิ่ม) ใน PCC ร่วมกับงานบุคลากรและงานพัฒนาบุคลากร เพื่อจัดทำแผนคำขอสนับสนุนบุคลากรตามส่วนขาดให้สอดคล้องต่อความต้องการของพื้นที่ในการเปิดดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว (ตามแผนการจัดตั้ง PCC ๑๐ ปี)

- คัดเลือกแพทย์ที่รับผิดชอบ PCC เป้าหมายเข้าอบรม FM ระยะสั้นร่วมกับราชวิทยาลัยฯ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลาง จำนวน ๕๐,๐๐๐ บาท/ท่าน มีแพทย์เข้าร่วมอบรมฯ ๑๔ คน ดังนี้

รุ่นที่ ๑ จำนวน ๓ คน (PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยฯ ๒ คน , PCC รพ.นาดี ๑ คน)

รุ่นที่ ๒ จำนวน ๒ คน (PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยฯ ๒ คน)

รุ่นที่ ๔ จำนวน ๒ คน (PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยฯ ๒ คน)

รุ่นที่ ๕ จำนวน ๓ คน (PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยฯ ๑ คน, PCCรพ.ศรีมหาโพธิ ๑ คน และ PCC รพ.นาดี ๑ คน)

รุ่นที่ ๖ จำนวน ๓ คน (PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยฯ ๑ คน, PCCรพ.ศรีมหาโพธิ ๑ คน และและ PCC รพ.บ้านสร้าง ๑ คน)

รุ่นที่ ๙ จำนวน ๑ คน (PCC รพศ.เจ้าพระยาอภัยฯ ๑ คน)

- จัดสรรแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบปี ๒๕๖๑ ลงปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัวเป้าหมายตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว จ.ปราจีนบุรี

- จัดอบรมเพิ่มพูนประสบการณ์เวชปฏิบัติครอบครัวสำหรับทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ให้มีทักษะและความรู้ด้านการดูแลกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตาม Primary Service Package ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โดยมีนายแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นวิทยากร โดยบูรณาการการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัวร่วมไปกับการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

- จัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน (Flow chart) การดูแลตามกลุ่มวัย และการดูแลต่อเนื่อง จ.ปราจีนบุรี ให้กับ ทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ทุกระดับที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

- จัดตั้งและพัฒนาให้มีศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC) ในระดับอำเภอ ในการเชื่อมต่อระบบบริการการดูแลผู้ป่วยและระบบข้อมูลระหว่าง รพ.แม่ข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ไร้รอยต่อ

- พัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นทีมหมอครอบครัวให้มีความพร้อมในการให้บริการในคลินิกหมอครอบครัว โดยส่งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน PCC เป้าหมายเข้าอบรมฯตามโครงการพัฒนาทีมสหวิชาชีพเพื่อรองรับการปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวงสาธารณสุข ตามหลักสูตรการอบรมฯระยะสั้น ดังนี้

๑. หลักสูตรทันตแพทย์ จำนวน ๑ คน

๒. หลักสูตรเภสัชกร จำนวน ๒ คน

๓. หลักสูตรนักกายภาพบำบัด จำนวน ๒ คน

๔. หลักสูตรทันตภิบาล จำนวน ๑ คน

- ทุก PCC เป้าหมาย ประเมินส่วนขาด (Self Assesment) ตามเกณฑ์มาตรฐานการดำเนินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว (๓S : Staff , System, Structure) โดยเน้นประเมินตามเกณฑ์การจัดตั้ง “คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)”ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑”

- จัดทำแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการคลินิกหมอครอบครัว ๓ แผน (แผนโครงสร้าง , แผนบุคลากร

และแผนระบบงาน) ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๑ ให้ผ่านตามเกณฑ์การขึ้นทะเบียนที่กำหนด ทั้งในส่วนของ PCC ปี ๕๙-๖๐

ผลการจัดสรรเงิน ร้อยละ ๘๐ ตามคุณภาพการขึ้นทะเบียน PCC

ชื่อPCC	ชื่อทีม/รพ.สต.	ผ่านเกณฑ์		จัดสรรงบ
		ไม่มีเงื่อนไข	มีเงื่อนไข	
รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑.ทีมศาลาไทย		/ (ปชก.ไม่ครบ)	๗๐,๐๐๐
	๒.ทีมเทศบาลเมือง		/ (ปชก.เกิน)	๗๐,๐๐๐
	๓.ทีมรอบเมือง -รพ.สต.รอบเมือง -รพ.สต.วัดโบสถ์ -รพ.สต.สนทรีย์ -รพ.สต.บางเดชะ	/		๒๑๐,๐๐๐
รพ.กบินทร์บุรี	๑.ทีม รพ.สต.วังท่าช้าง	/		๒๑๐,๐๐๐
	๒.ทีม รพ.สต.วังตะเคียน	/		๒๑๐,๐๐๐
	๓.ทีม รพ.สต.คลองสิบสอง		/(ปชก.ไม่ครบ)	๗๐,๐๐๐
รพ.ศรีมหาโพธิ	๑.ทีม รพ.สต.คลองรั้ง	/		๒๑๐,๐๐๐
รพ.นาดี	๑.ทีม รพ.สต.ทุ่งโพธิ์ -รพ.สต.ทุ่งโพธิ์ -รพ.สต.คลองตาหมื่น		/(ปชก.ไม่ครบ)	๗๐,๐๐๐
รวม	**๘ ทีม**	**๔ ทีม**	**๔ ทีม**	**๑,๑๒๐,๐๐๐ บาท**

- ควบคุม กำกับ ติดตาม ให้ PCC /รพ.สต. เป้าหมายที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณ ค่าบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมให้กับคลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การขึ้นทะเบียน ปี ๒๕๖๐ ดำเนินการเบิกจ่าย ทำกิจกรรมการบริการตามหลักเกณฑ์การใช้จ่ายที่กำหนด

- ควบคุม กำกับ ติดตาม และประเมินผลความก้าวหน้าของการจัดบริการและระบบสนับสนุนบริการของแต่ละกลุ่มวัย ตาม Primary Service Package

- ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญในการดูแลแต่ละกลุ่มวัย และตรวจประเมินรับรองมาตรฐานภาพรวมของแต่หน่วยบริการ การผ่านเกณฑ์ขึ้นทะเบียน ,การผ่านเกณฑ์คุณภาพหน่วยบริการ (Cluster , ทีม, รพ.สต.)

- นิเทศ ติดตาม และออกตรวจประเมินความพร้อมในการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี ๒๕๖๑ และตรวจประเมิน PCC คุณภาพ (ทีมหมอครอบครัวที่ผ่านการขึ้นทะเบียนปี ๒๕๖๐) โดยคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว จ.ปราจีนบุรี ปี ๒๕๖๑

ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว จ.ปราจีนบุรี
(ตามแบบประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวของกระทรวงฯ)

ลำดับ	คลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๐	ผลการประเมิน			หมายเหตุ
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	ข้อที่ไม่ผ่าน	
๑	ทีมศาลาไทย	/			
๒	ทีมเทศบาลเมืองฯ	/			
๓	ทีม รพ.สต.รอบเมือง	/			
๔	ทีม รพ.สต.วังท่าช้าง	/			
๕	ทีม รพ.สต.วังตะเคียน	/			
๖	ทีม รพ.สต.คลองสิบสอง	/			
๗	ทีม รพ.สต.คลองรั้ง		/	Staff	แพทย์ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ๓ วัน/สัปดาห์
๘	ทีม รพ.สต.ทุ่งโพธิ์	/			
	คลินิกหมอครอบครัวที่จะเปิดดำเนินการ ปี ๒๕๖๑				
๑	ทีม รพ.สต.ศาลานเรศวร	/			
๒	ทีม รพ.สต.โคกอุดม	/			
๓	ทีม รพ.สต.ท่าตูม		/	Staff	แพทย์ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ๓ วัน/สัปดาห์
รวม	**คลินิกหมอครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวปี ๒๕๖๑**	**๙ ทีม**			

*ปี ๒๕๖๒ จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่จบใหม่ ๒ คน วางแผนการจัดสรรลงใน PCC เป้าหมายเพื่อให้ผ่านเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัวที่กำหนดได้

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) และ/หรือประสบความสำเร็จซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวลวิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการดำเนินงาน

- จำนวนแพทย์ FM. ที่จะมาปฏิบัติงานประจำใน PCC ได้เต็มรูปแบบตามเกณฑ์
- สถานที่ตั้ง PCC เขตเมือง ยังคับแคบและไม่เหมาะสมในการให้บริการประชากรผู้รับบริการ
- ทัศนคติของบุคลากรสาขาวิชาชีพอื่นของ รพ.แม่ข่าย ยังขาดความเข้าใจ(Concept)และความตั้งใจในการปฏิบัติงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวใน PCC
- ทัศนคติของประชาชนในพื้นที่ยังมีความต้องการและมั่นใจที่จะรักษากับแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางใน รพ.แม่ข่าย
- ระบบการประสานเชื่อมโยงบริการของทีมสหวิชาชีพ ระบบข้อมูล ระหว่างพื้นที่และ รพ.แม่ข่าย ยังไม่

เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

การพัฒนาประเด็นนโยบายสำคัญ

สาขาศัลยกรรม (One Day Surgery)

ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ ๑๕)

โครงการพัฒนาระบบบริการ One Day Surgery (ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๑ และไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๑)

สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มีโรงพยาบาลระดับที่สามารถผ่าตัดแบบ One Day Surgery **ได้แก่**

- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (A) มีศัลยแพทย์ ๕ คน สูติแพทย์ ๖ คน แพทย์ออโธปิดิกส์ ๖ คน วิสัญญีแพทย์ ๓ คน มีห้องผ่าตัดใหญ่ ๘ ห้องและห้องผ่าตัดเล็ก ๓ ห้อง มีการผ่าตัดและส่งกล้องแบบ One Day Surgery ในปี ๒๕๖๑ หัตถการที่ทำผ่าตัดแบบได้แก่ Haemorrhoid , Inguinal hernia จำนวนที่ทำผ่าตัดทั้งหมด ๖ ราย ปัญหาที่พบขาดการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery อย่างเป็นระบบ

- โรงพยาบาลกบินทร์บุรี (M๑) มีศัลยแพทย์ ๒ คน สูติแพทย์ ๔ คน วิสัญญีแพทย์ ๓ คน แพทย์ออโธปิดิกส์ ๓ คน มีห้องผ่าตัดใหญ่ ๔ ห้องและห้องผ่าตัดเล็ก ๑ ห้อง อยู่ระหว่างดำเนินโครงการผ่าตัดแบบ One Day Surgery คาดว่าจะดำเนินการภายในปีงบประมาณ ๒๕๖๑

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๑๕

โรงพยาบาล		**ไตรมาส ๑**	**ไตรมาส ๒**	**จังหวัดปราจีนบุรี รวม ๒ ไตรมาส**
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	ร้อยละ	-	-	-
	ผลงาน	-	-	
	เป้าหมาย	-	-	
กบินทร์บุรี	ร้อยละ	-	-	
	ผลงาน	-	-	
	เป้าหมาย	-	-	

สรุปประเด็นที่สำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปัญหาที่พบขาดการพัฒนาระบบการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ One Day Surgery อย่างเป็นระบบ จึงไม่มีข้อมูลรายงานการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุ	**ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**

วัตถุประสงค์	
๑. เครื่องมือผ่าตัดที่มีอายุการใช้งานนาน และไม่เพียงพอ ๒.ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการผ่าตัด One Day Surgery	สนับสนุนเรื่องเครื่องมือ

สาขาวัณโรคปอด

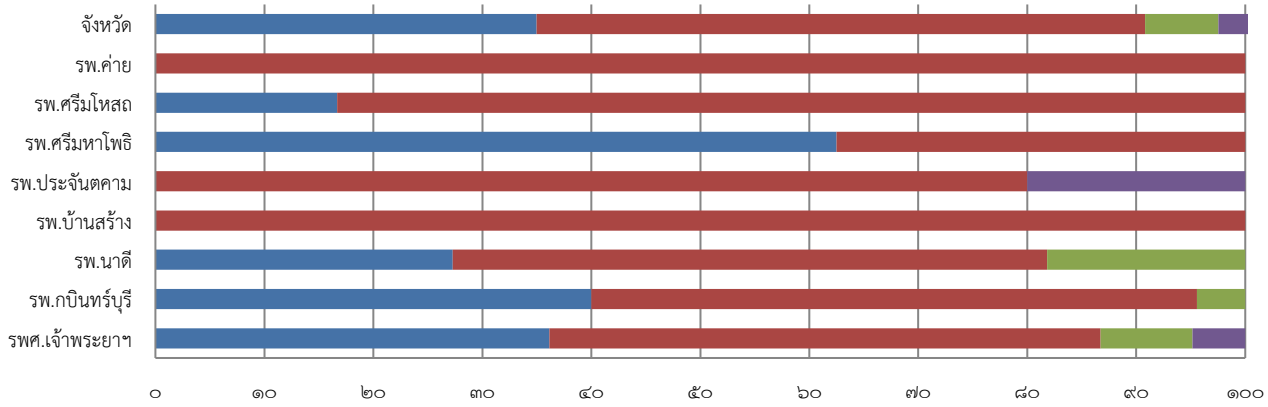
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ 85)

๑. ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เป้าหมาย ≥ ร้อยละ ๘๕)

๑.๑ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรค และผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ

อัตราการรักษาสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี ๒๕๖๑ ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไตรมาสที่ ๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ -๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) จำนวน ๑๖๓ ราย รักษาสำเร็จจำนวน ๕๗ รายร้อยละ ๓๔.๙๗ อยู่ระหว่างรอประเมินผลการรักษา เนื่องจากยังไม่ครบระยะเวลาที่กำหนด จำนวน ๙๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๕.๘๓ ปัญหาที่พบมากที่สุดได้แก่ผู้ป่วยตาย จำนวน ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๗๕ โรงพยาบาลที่มีผลการรักษาสำเร็จมาที่สุดได้แก่ รพ.ศรีมหาโพธิ = ๖๒.๕๐ รองลงมาได้แก่ รพ.กบินทร์บุรี = ๔๐.๐๐ รพศ.เจ้าพระยา = ๓๖.๑๔

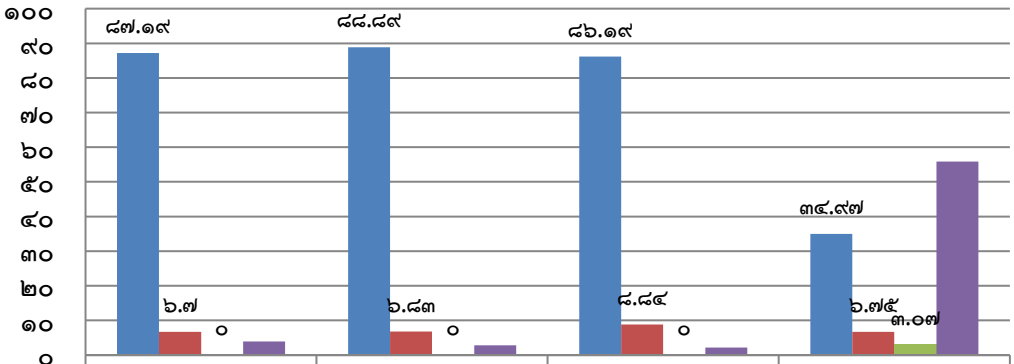
รูปที่ ๑ ร้อยละผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี ๒๕๖๑ (ประเมินผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ๑ ต.ค. ๖๐ – ๓๑ ธค. ๖๐) จำแนกรายอำเภอ



	รพศ.เจ้าพระยาฯ	รพ.กบินทร์บุรี	รพ.นาดี	รพ.บ้านสร้าง	รพ.ประจันตคาม	รพ.ศรีมหาโพธิ	รพ.ศรีมโหสถ	รพ.ค่าย	จังหวัด
success	๓๖.๑๔	๔๐	๒๗.๒๗	๐	๐	๖๒.๕	๑๖.๖๗	๐	๓๔.๙๗
NotEvaluate	๕๐.๖	๕๕.๕๖	๕๔.๕๕	๑๐๐	๘๐	๓๗.๕	๘๓.๓๓	๑๐๐	๕๕.๘๓
Died	๘.๔๓	๔.๔๔	๑๘.๑๘	๐	๐	๐	๐	๐	๖.๗๕
To	๔.๘๒	๐	๐	๐	๒๐	๐	๐	๐	๓.๐๗
Failure	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
TD	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ที่มา : ระบบรายงานโปรแกรม TBCM ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

รูปที่ ๒ ร้อยละผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐



	Cohort ๑-๔/๕๘	Cohort ๑-๔/๕๙	Cohort ๑-๔/๖๐	Cohort ๑/๖๑
Success	๘๗.๑๙	๘๘.๘๙	๘๖.๑๙	๓๔.๙๗
Died	๖.๗	๖.๘๓	๘.๘๔	๖.๗๕
TO	๐	๐	๐	๓.๐๗
NOT EVALUATE	๓.๙๒	๒.๘๖	๒.๒๑	๕๕.๘๓

สาเหตุการตาย

เพศชาย ๑๐ ราย : เพศหญิง ๑ ราย กลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๔๕.๔๕ (๕/๑๑)

สาเหตุ มีสาเหตุโรคร่วม ๑๐๐% ระบบทางเดินหายใจ ๔ ราย โรคตับ ๑ ราย ติดเชื้อในกระแสเลือด ๒ ราย HT ๑ ราย CA ๑ ราย หัวใจ ๑ ราย อุบัติเหตุ ๑ ราย

ตารางที่ ๑ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๕๗ - ๒๕๖๐)

โรงพยาบาล	ปี ๒๕๕๗	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑
เจ้าพระยาฯ	๑	๒	๒	๕	๓
กบินทร์บุรี	๐	๐	๓	๒	๒
นาดี	๐	๑	๐	๐	๐
บ้านสร้าง	๐	๐	๑	๐	๐
ประจันตคาม	๐	๒	๑	๐	๒
ศรีมหาโพธิ	๐	๓	๑	๐	๐
ศรีมโหสถ	๐	๐	๐	๐	๐
รวม	๑	๘	๘	๗	๗

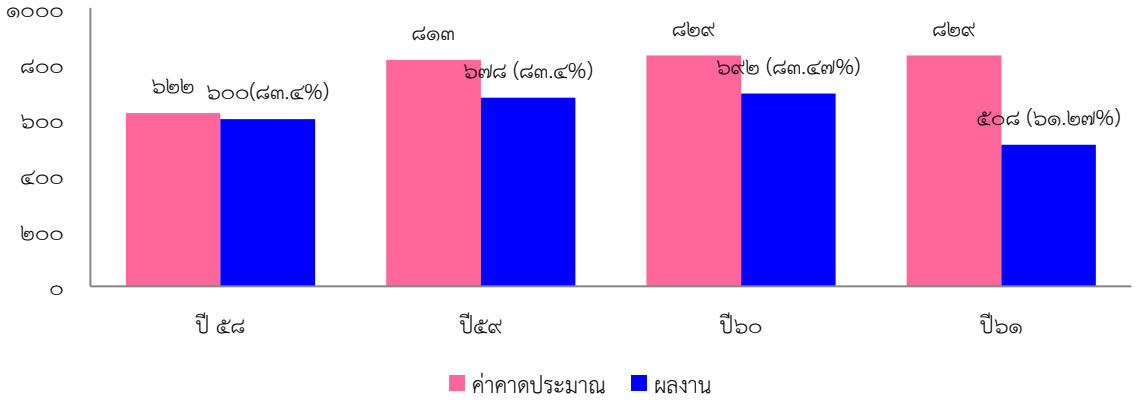
จากตารางที่ ๑ พบว่า ในปี พ.ศ. 2558 -2560 ของจังหวัดปราจีนบุรีผู้ป่วยใหม่ ได้รับการส่งตรวจ DST ร้อยละ 100 รักษาวัณโรคมาก่อนได้รับการทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST)

ร้อยละ92.58 อย่างไรก็ตาม การเพิ่มมาตรการการดำาเนินงานทางห้องปฏิบัติการ และเพิ่มองค์ความรู้แก่บุคลากรในการส่งทดสอบความไวต่อยาวัณโรค (DST) เป็นแนวทางที่ต้องดำเนินการในหน่วยงานบริการเป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการและเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

๑.๒ การเร่งรัดการค้นหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

สถานการณ์วัณโรคในปี พ.ศ.๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม -๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑) พบผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน ๕๐๘ ราย (องค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณอัตราอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทเท่ากับอัตรา๑๗๒ ต่อแสนประชากรซึ่งเทียบกับอัตราประชากรในจังหวัดปราจีนบุรีควรพบผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท จำนวน ๘๒๙ คน)รายละเอียดตามรูปที่ ๓

รูปที่ ๓ สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี พ.ศ.๒๕๕๘- ๒๕๖๐ จังหวัดปราจีนบุรี

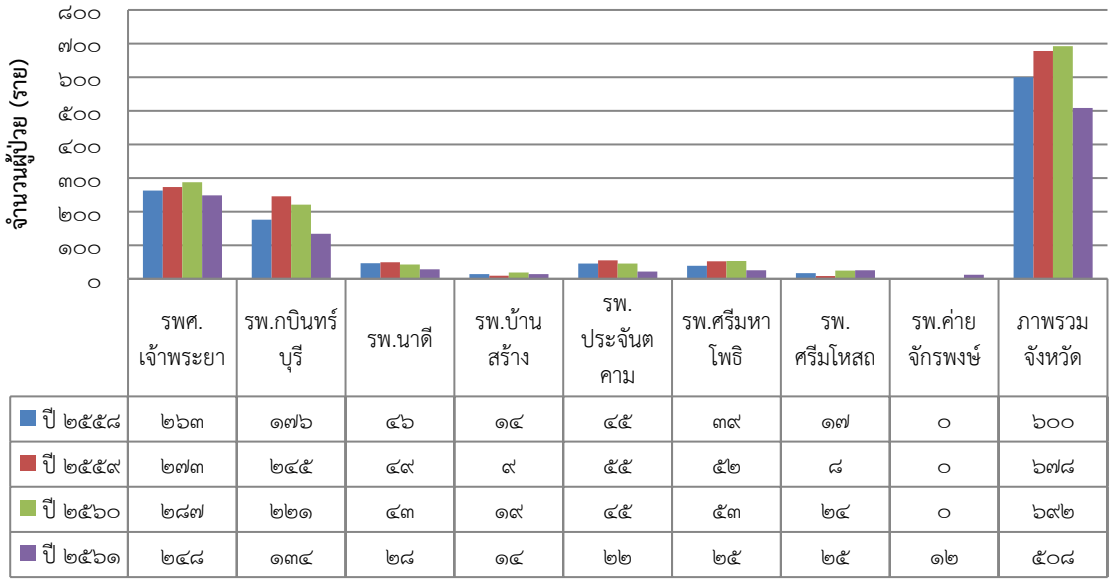


ตารางที่ ๒ จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่จำแนกโรงพยาบาล ปี ๒๕๖๑ (๑ ตค.๒๕๖๐– ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑)

โรงพยาบาล	ใหม่	ก ลั บ เป็นซ้ำ	TO โอนออก	รวมทุกประเภท	ค่าประมาณ
เจ้าพระยาฯ	๒๐๖	๔	๒๔	๒๔๘	๑๘๗
กบินทร์บุรี	๑๒๔	๖	๔	๑๓๔	๒๕๑
นาดี	๒๘	๐	๐	๒๘	๘๙
บ้านสร้าง	๑๑	๐	๓	๑๔	๕๓
ประจันตคาม	๑๘	๑	๒	๒๒	๙๓
ศรีมหาโพธิ	๒๑	๐	๔	๒๕	๑๒๔
ศรีมโหสถ	๒๑	๑	๒	๒๕	๓๒
รพ.ค่ายจักรพงษ์	๑๐	๐	๒	๑๒	
จ.ปราจีนบุรี	๔๓๙	๑๒	๔๑	๕๐๘	๘๒๙

ที่มา : จากระบบรายงานโปรแกรม TBCM ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

รูปที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๑ จำแนกรายอำเภอ



	รพศ. เจ้าพระยา	รพ.กบินทร์บุรี	รพ.นาดี	รพ.บ้านสร้าง	รพ. ประจันตคาม	รพ.ศรีมหาโพธิ	รพ. ศรีมโหสถ	รพ.ค่ายจักรพงษ์	ภาพรวมจังหวัด
ปี ๒๕๕๘	๒๖๓	๑๗๖	๔๖	๑๔	๔๕	๓๙	๑๗	๐	๖๐๐
ปี ๒๕๕๙	๒๗๓	๒๔๕	๔๙	๙	๕๕	๕๒	๘	๐	๖๗๘
ปี ๒๕๖๐	๒๘๗	๒๒๑	๔๓	๑๙	๔๕	๕๓	๒๔	๐	๖๙๒
ปี ๒๕๖๑	๒๔๘	๑๓๔	๒๘	๑๔	๒๒	๒๕	๒๕	๑๒	๕๐๘

แหล่งข้อมูล :โปรแกรม TBCM Online ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐

ตารางที่ ๓ ประชากรกลุ่มเสี่ยงเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองเชิงรุกด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปี พ.ศ. ๒๕๖๑

พ.ศ.	เป้าหมาย ปี พ.ศ.๒๕๖๑ (ราย)	ผลการดำเนินงาน ปี พ.ศ.๒๕๖๑ (ราย)	ร้อยละ
๑.ผู้สัมผัส	๑๒๑๓	๕๔๑	๔๔.๖๐
๒.HIV	๒๘๐๙	๒๔๒๔	๘๖.๒๙
๓.DM	๑๙,๒๕๗	๘,๐๖๘	๔๑.๙๑
๔.เรือนจำ	๒,๘๕๒	๒,๘๕๒	๑๐๐
๕.แรงงานข้ามชาติ	๙,๙๐๕	๕,๐๕๐	๕๐.๙๘
๖.ผู้สูงอายุ	๒๙,๗๔๗	๑๕,๑๕๘	๕๐.๙๖
๗.บุคลากรด้านการแพทย์ฯ	๒,๘๑๖	๒,๘๑๖	๑๐๐
๘.พระ/อื่นๆ	๒,๙๗๙	๑,๙๒๙	๖๔.๗๕
รวม	๗๐,๖๗๖	๓๘,๘๓๘	๕๔.๙๕

แหล่งข้อมูล :โปรแกรม TBCM Online ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

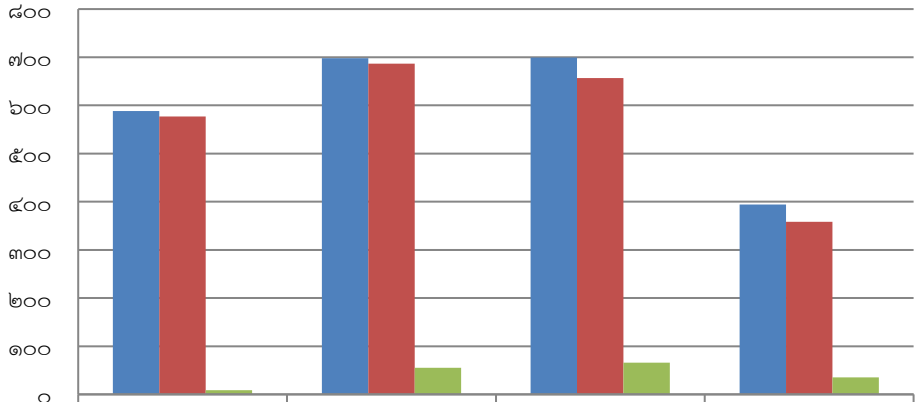
ตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคได้รับบริการตรวจเลือดหาเชื้อHIV มีผลเอชไอวีเป็นบวกปี๒๕๖๑

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วย	สมัครใจตรวจเลือดหา HIV	ผล HIV+	%
เจ้าพระยาฯ	๑๗๙	๑๗๙	๒๕	๑๓.๙๗
กบินทร์บุรี	๑๑๗	๙๕	๘	๖.๘๔
นาดี	๒๓	๒๑	๑	๔.๓๕
บ้านสร้าง	๑๐	๕	๐	๐.๐๐
ประจันตคาม	๑๕	๑๕	๑	๖.๖๗
ศรีมหาโพธิ	๑๙	๑๘	๒	๑๐.๕๓
ศรีมโหสถ	๒๑	๑๗	๐	๐.๐๐
รพ.ค่ายจักรพงษ์	๑๐	๗	๐	๐.๐๐
รวม	๓๙๔	๓๕๘	๓๕	๘.๘๘

ที่มา : จากระบบรายงานโปรแกรม TBCM ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

จากตารางที่ ๔ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคและโรคเอดส์ ผู้มารับบริการการตรวจเลือดและผลเอชไอวี เป็นบวกทั้งหมด ๓๙๔ คน และส่งตรวจวินิจฉัยวัณโรคทางห้องปฏิบัติการพบผลเอชไอวีบวก ๓๕ คนคิดเป็นร้อยละ ๘.๘๘

รูปที่ ๕ การดำเนินงานผสมผสานวัณโรคและเอดส์ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘-๒๕๖๑



	ปี ๒๕๕๘	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
TB๐๗ (ราย)	๕๘๘	๖๙๘	๖๙๙	๓๙๔
HIV Test (ราย)	๕๗๗	๖๘๗	๖๕๗	๓๕๘
HIV pos (ราย)	๙	๕๕	๖๖	๓๕

ที่มา : จากระบบรายงานโปรแกรม TBCM ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

การดำเนินงานผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์พบผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาทุกประเภททั้งหมดปี ๒๕๖๑ จำนวน ๓๙๔ ราย ผู้ป่วยยินยอมรับการตรวจเลือดจำนวน ๓๕๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๘๖ พบติดเชื้อเอชไอวี จำนวน ๓๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๗๘

. ผลการดำเนินงานการป้องกัน**ควบคุมโรควัณโรคจังหวัดปราจีนบุรี**

๒.๑ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีมอบนโยบาย/กำกับและติดตามผลการดำเนินงานที่ประชุมคณะกรรมการประสานการพัฒนางานสาธารณสุขระดับจังหวัดทุกเดือน

๒.๒ ประชุมร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นชี้แจงแนวทางการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.๒๕๕๘ ตามระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ๗ อำเภอ เดือนมีนาคม ๒๕๖๑

๒.๓ ประชุมเชิงปฏิบัติการ/ประชาคมสร้างกระแสรณรงค์ร่วมทำ บันทึกข้อตกลงความร่วมมือ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต การพัฒนาแบบบูรณาการการป้องกันโรคติดต่อและภัยสุขภาพ ฯ ๒ ครั้ง

ครั้งที่ ๑ อ.ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี

ครั้งที่ ๒ อ.กบินทร์บุรี จ.ปราจีนบุรี

๒.๔ พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อป้องกันดูแลรักษาและควบคุมวัณโรค ในพื้นที่ ทุกอำเภอ

๑. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคลบนระบบเครือข่ายอินเตอร์เนตโดยการใช้โปรแกรม บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค (TBCM online)

๒. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาการจัดการฐานข้อมูลและนิเทศติดตามและประเมินผลระบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรควัณโรคในกลุ่ม Case Management

๓. ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรทีมสหวิชาชีพ ด้านวัณโรค

๓.มาตรการ และแผนปฏิบัติการเพื่อดำเนินงานขับเคลื่อนงานวัณโรคให้บรรลุเป้าหมาย

๓.๑ มาตรการเร่งรัดหาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคให้ครอบคลุมในกลุ่มเสี่ยง

- ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า ๕ ปี
- ผู้ติดเชื้อ HIV
- ผู้ป่วยเบาหวาน
- ผู้ต้องขัง
- แรงงานต่างชาติ
- ผู้สูงอายุ
- บุคลากรฯด้านแพทย์
- พระภิกษุ

๓.๒ มาตรการลดการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรค

๑) นโยบาย Early Detection

๒) รพ.สต.ทุกแห่งในพื้นที่ที่รับผิดชอบเป็นผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager)

๓) สอบสวนโรคและทบทวน การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรค
ที่เสียชีวิตทุกราย (Dead case conference)

๔) แต่งตั้งแพทย์ / รพศ. เป็นแพทย์ผู้ให้คำปรึกษาแพทย์ รพช.
ความเชื่อมโยงและการขับเคลื่อนการกำกับติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

๕.ศูนย์ปฏิบัติการยุติวัณโรคแห่งชาติ (NOC-TB) จังหวัด

๔. นวัตกรรม : ถวายความรู้พระภิกษุสงฆ์ และตรวจคัดกรองวัณโรค ๗ อำเภอ ๖๕ ตำบล จำนวน ๒,๙๗๙ รูป

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

โรคหลอดเลือดสมอง

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตก (I๖๐-I๖๙) (น้อยกว่าร้อยละ ๗)

สถานการณ์

สถานการณ์ของสาขาโรคหลอดเลือดสมองในปี ๒๕๕๙ ในภาพรวมทั้งประเทศ (๑๒ เขตสุขภาพ) มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๗๘,๓๙๐ ราย ได้รับยา rt-PA ๒,๖๗๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๔๑ โรงพยาบาลระดับ A และ S มีบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Stroke Fast Track) ร้อยละ ๑๐๐ และ ๙๗.๙ ตามลำดับมีหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) เพิ่มขึ้น โดยโรงพยาบาลระดับ A และ S มี Stroke Unit ร้อยละ ๗๘.๘ และ ๕๐.๐ ตามลำดับ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการมาตรฐานดังกล่าว เพิ่มขึ้น และอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลงเหลือร้อยละ ๘.๓ หรือ ๒๑ ต่อแสนประชากร (๓๗ คน/วัน)

การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดปราจีนบุรีจะมีโรงพยาบาลศูนย์เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลกบินทร์บุรีเป็นแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ใกล้เคียง ซึ่งสามารถให้ยาสลายลิ่มเลือดได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมงทุกวันโดยใช้ระบบให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-stroke consultation)

นอกจากนี้ รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรยังได้จัดตั้ง “หอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบบูรณาการแพทย์แผนไทย” เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีมาตรฐานและใช้ศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยเข้าร่วมรักษาผู้ป่วย

จากสถิติรายงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดปราจีนบุรีประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด ๑,๑๒๑ ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ๗๕๙ ราย และโรคหลอดเลือดสมองแตก ๓๖๒ ราย มีผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการ stroke fast track (มีอาการน้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ๓๐ นาที) จำนวน ๒๐๙ ราย คิดเป็นเป็นร้อยละ ๒๗.๕ มีผู้ป่วยได้ยาสลายลิ่มเลือด ๓๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓.๙ ของผู้ป่วยทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทยคิดเป็นร้อยละ ๖๕.๒
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมดในปี ๒๕๖๐ มีทั้งหมด ๑๙๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๙๕ (เป้าหมาย < ๗%) โดยเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองตีบ ๔๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๓ และ เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองแตก ๑๔๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๐.๐๖ จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้เสียชีวิตร้อยละ ๙๐.๓ มีอาการหนักตั้งแต่แรกรับเช่น middle cerebral artery infarction, brain stem infarction, lobar hemorrhage, intraventricular hemorrhage, respiratory failure และ ร้อยละ ๙๕.๓ มีภาวะแทรกซ้อนด้านการติดเชื้อ เช่น Ventilator associated pneumonia หรือ Sepsis

ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

ข้อมูลเชิงปริมาณผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดปราจีนบุรี

	๒๕๖๐	๒๕๖๑ (ต.ค.-เม.ย)	ค่ามาตรฐาน
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด	๑,๑๒๑	๕๒๘	
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน	๗๕๙	๓๖๖	
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก	๓๖๒	๑๖๒	
ร้อยละ(จำนวน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่มีอาการภายใน ๔.๕ ชั่วโมง	๒๗.๕ (๒๐๙)	๒๘.๖๘ (๑๐๕)	
ร้อยละ(จำนวน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่ได้รับยาสลายลิ่มเลือด	๓.๙ (๓๐)	๒๒.๘๕ (๒๔)	
ร้อยละ(จำนวน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เสียชีวิต	๑๖.๙๕(๑๙๐)	๑๔.๗๗ (๗๘)	< ร้อยละ ๗

ทั้งหมด			
ร้อยละ(จำนวน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบที่เสียชีวิต	๕.๙๓(๔๕)	๖.๕๕ (๒๔)	< ร้อยละ ๕
ร้อยละ(จำนวน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่เสียชีวิต	๔๐.๐๖ (๑๔๕)	๓๓.๓๓ (๕๔)	
ร้อยละ(จำนวน) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาด้วยแพทย์แผนไทย	๖๕.๒ (๗๓๑)	๘๓.๘๗ (๓๐๗)	
ร้อยละของการมี stroke fast track ในรพ.ระดับ A และS	๑๐๐ (๒)	๑๐๐ (๒)	ร้อยละ ๑๐๐
ร้อยละของหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรพ. ระดับ A (รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร)	๑๐๐ (๑)	๑๐๐ (๑)	ร้อยละ ๑๐๐
ร้อยละของหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรพ. ระดับ S (รพ.กบินทร์บุรี)	๐ (๐)	๐ (๐)	ร้อยละ ๖๐

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

วิเคราะห์(Gap analysis) ตามแบบ ๖ Building Blocks ภาพรวมจังหวัด

ระดับ	โรงพยาบาลระดับ A	โรงพยาบาลระดับ M	โรงพยาบาลระดับ F
Service delivery	๑.ทบทวนกระบวนการการดูแลผู้ป่วย stroke โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ๒. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย stroke อย่างมีประสิทธิภาพ	๑. พัฒนาระบบ stroke fast track ๒. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วย stroke อย่างมีประสิทธิภาพ ๓. พัฒนาระบบการให้ยาสลายลิ่มเลือดสมองให้ปลอดภัยมากขึ้น ๔. ทบทวนกระบวนการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล	๑. พัฒนาระบบ stroke fast track ๒. พัฒนาเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีประสิทธิภาพ ๓.พัฒนาระบบการคัดกรองและการวินิจฉัยผู้ป่วย Stroke เบื้องต้นก่อนการส่งต่อผู้ป่วย (Stroke Alert)
Health Workforce	๑.มีคณะทำงานพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั้งระดับจังหวัดและระดับ รพ. ๒.ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานด้านการคัดกรองผู้ป่วยการส่งต่อ โดยนิเทศโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด ๓.พัฒนาศักยภาพการดูแลคัดกรองผู้ป่วย stroke ได้อย่างมีประสิทธิภาพ	๑.ติดตามความก้าวหน้าการดำเนิน งานด้านการคัดกรองผู้ป่วย และการส่งต่อ นิเทศโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ๒.ระบบส่งต่อข้อมูลตอบกลับไม่เป็นมาตรฐานยังขาดการจัดเก็บข้อมูลที่เป็นเฉพาะโรคหลอดเลือดสมองที่เชื่อมโยงทั้งจังหวัด	

	๔.มีศัลยแพทย์ระบบประสาท ๕.พยาบาลผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลักสูตร Basic stroke/Advance stroke ๕ วัน /หลักสูตรการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๔ เดือน		
IT	พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลผู้ป่วย Stroke	พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลผู้ป่วย Stroke	พัฒนาระบบสารสนเทศข้อมูลผู้ป่วย Stroke
Drug & Equipment	-มีเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่สามารถเข้าถึงได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง -มีบริการการให้ยา ลดความดันทางหลอดเลือดและการให้ยาr-TPA	-มีเครื่องเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองที่สามารถเข้าถึงได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง -มีบริการการให้ยา ลดความดันทางหลอดเลือดและการให้ยาr-TPA	
Financing	-มีงบประมาณสนับสนุนจากเขตสุขภาพละโรงพยาบาลเป็นระยะ		
Governance leadership	-มีการประชุมคณะกรรมการเครือข่ายในระดับจังหวัดและระดับโรงพยาบาลเป็นระยะ -มีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในรูปแบบทีมสหสาขา		

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ(Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๑. มีศัลยแพทย์ระบบประสาทไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคหลอดเลือดสมองแตกหรือตีบกรณีที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด

๒. ขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตกที่ชัดเจน

๓. ต้องปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักเมื่อแรกรับให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

๔. ต้องปรับปรุงการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

๕. โรงพยาบาลระดับ M ควรเปิด stroke unit เพื่อการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ

๖. โรงพยาบาลระดับ F ควรให้มีบริการ Intermediate care เพื่อรองรับการส่งต่อกลับและเตรียมผู้ป่วยกลับบ้าน

๗. ควบคุมการอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองโดยการควบคุมปัจจัยเสี่ยงในประชาชนเช่นความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูงและเบาหวานให้มีประสิทธิภาพ

๘. ยังขาดระบบ IT การจัดการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นเอกภาพและเข้าถึงได้ทั้งจังหวัด

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับต่อไปประสานหรือดำเนินการต่อ
เพิ่มจำนวนศัลยแพทย์ระบบประสาท	จัดโควต้าเรียนต่อให้เหมาะสม	จัดโควต้าเรียนต่อให้เหมาะสม
ขาดงบประมาณในการขับเคลื่อนการทำงาน	สนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อน service plan รายสาขา	สนับสนุนงบประมาณขับเคลื่อน service plan รายสาขา
ขับเคลื่อนโยบาย intermediate care ในรพ.ระดับ F	สนับสนุนขับเคลื่อนโยบาย intermediate care ในรพ. ระดับ F	สนับสนุนขับเคลื่อนโยบาย intermediate care ในรพ.ระดับ F

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบกฎหมาย

๑. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความสำคัญมาก เป็นสาเหตุการตายและความพิการในระดับต้นของประเทศ มิติในการดูแลผู้ป่วยมีทั้งรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟู โดยเฉพาะด้านการรักษาปัจจุบันนอกจากการให้ยาสลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำแล้วยังมีการผ่าตัดสวนหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นแนวทางที่ไม่ได้ต่างจากโรคหลอดเลือดหัวใจเลย การที่ให้ stroke มาอยู่ใน service plan สาขา NCD ทำให้มองมิติในการการดูแลผู้ป่วยแคบลง มีผลต่อการวางแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วย

๒. โรคหลอดเลือดสมองแตกมีอัตราการตายที่สูงโดยธรรมชาติ อีกทั้งยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรในการรักษา การนำมาโรคหลอดเลือดสมองตีบและแตกรวมกัน แล้วตั้งเป้าหมายให้อัตราตายน้อยกว่าร้อยละ ๗ เป็นสิ่งที่ทำได้ยากในทางปฏิบัติ

สาขาโรคหัวใจและหลอดเลือด

- อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร)

- ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแตระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจไม่เกิน ๒๗ ต่อแสนประชากร

๒. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI (๑๐๐%)

๓. ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอด

เลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐%

๔. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล <๑๐%

๕. การลงข้อมูลใน Thai ACS registry โดยมีการลงข้อมูลผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษา (๑๐๐%)

๒. สถานการณ์

๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไตรมาส ๑ เดือน ตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐ = ๑.๘๗ (๙/๔๘๒๔๕๔)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ไตรมาส ๒ เดือน มกราคม – มีนาคม ๒๕๖๑ = ๓.๓๒ (๑๖/๔๘๒๔๕๔)

อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจรวม ๒ ไตรมาส เดือน ตุลาคม ๒๕๖๐-มีนาคม ๒๕๖๑ = ๕.๑๘ (๒๕/๔๘๒๔๕๔)

2. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI = 100 (รพ.นาดี, รพ.ศรีมหาโพธิ, รพ.ประจันตคาม, รพ.บ้านสร้าง, รพ.ศรีมโหสถ)

3. ไตรมาส 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2560)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) = 94.44 (17/18)

ไตรมาส 2 (มกราคม – มีนาคม 2561)

ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยาย

หลอดเลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) = 84.21 (16/19)

สรุป ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยา

ละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) = 89.19 (33/37)

ปีงบประมาณ 2560

ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับการขยายหลอดเลือดหรือยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI-Primary Percutaneous Cardiac Intervention) = 92.30(84/91)

4. ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล = 0 (0/) ตุลาคม 2560 – มีนาคม 2561

ไตรมาส 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2560)

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล = 0 (0/18)

ไตรมาส 2 (มกราคม – มีนาคม 2561)

ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันเสียชีวิตในโรงพยาบาล = 10.53 (2/19)

อัตราตายผู้ป่วย STEMI ลดลงเป็นลำดับ

	2556	2557	2558	2559	2560	2561(ต.ค.60-มี.ค.61)

อัตราตายรพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	8.20	8.82	12.50	8.62	7.46	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	61	34	56	58	67	28
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	5	3	7	5	5	2
อัตราตายรพ.กบินทร์บุรี	25	13.33	10.71	10	4.17	0
จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	12	15	28	20	24	9
จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต	3	2	3	2	1	0

5. การลงข้อมูลใน Thai ACS registry โดยมีการลงข้อมูลผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับการรักษา 100 %

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ในปี 2561 (ต.ค.60-มี.ค.61) พบว่าระยะเวลา Door to needle time ไม่ได้ตามเกณฑ์ สาขาหัวใจ (Door to needle time 30 min) จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ระยะเวลา Diagnosis to order Streptokinase ยาวนานขึ้นอย่างมาก ในcase ที่ door to needle time>30 min ระยะเวลา Diagnosis to order Streptokinase เฉลี่ย 20 นาที ขณะที่ Diagnosis in 20 min ได้ 78.57และ Door to EKG ได้ 78.57 กำลังพัฒนาต่อไป

5. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
CVT consult รพ ชลบุรีรับ.consult แล้ว แต่ยังไม่ผ่านการตรวจประเมินของ สปสช.	-	-

6. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- การเปิด Warfarin clinic ในโรงพยาบาลระดับ F2

สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

สถานการณ์

ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปของจังหวัดปราจีนบุรีปี ๒๕๖๑ มีทั้งหมด ๓๓๐,๑๘๓ คน มีจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี ในเดือนมีนาคม มีจำนวนผู้ป่วยรวม ๑,๒๒๕ คน มีจำนวนประชากรสูบบุหรี่ ๔๖,๗๐๐ คน

เป้าหมาย

๑. ลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

๒. อัตราการตายในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง

๓. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตัวชี้วัด/ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ไตรมาส ๑ (ต.ค.- ธ.ค.๖๐)	ไตรมาส ๒ (ม.ค.–มี.ค.๖๑)	ภาพรวมจังหวัด (ไตรมาส ๑-๒ ปี ๒๕๖๑)
ลดอัตราการเกิดกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เป้าหมาย	<๑๓๐ครั้ง : ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรอายุ๑๕ปีขึ้นไป	<๑๓๐ครั้ง: ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรอายุ๑๕ปีขึ้นไป	<๑๓๐ครั้ง : ๑๐๐,๐๐๐ ประชากรอายุ๑๕ปีขึ้นไป
	ผลงาน	๓๔๗ ครั้ง : ๓๓๐,๑๘๓ คน ข้อมูล ๗รพ.	๓๐๗ครั้ง : ๓๓๐,๑๘๓ คน ข้อมูล ๗ รพ.	๖๕๔ครั้ง: ๓๓๐,๑๘๓ คน ข้อมูล ๗ รพ.
	อัตรา/ร้อยละ	๑๐๕.๐๙	๙๒.๙๘	๑๙๘.๐๗
อัตราการมีคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	เป้าหมาย	>๖๐%	>๖๐%	>๖๐%
	ผลงาน	๔๓๒ ราย/๕๓๕ ราย ข้อมูล ๓ รพ.	๓๕๐ ราย/๕๔๕ ราย ข้อมูล๓ รพ.	๗๘๒ ราย/๑๐,๘๐ราย ข้อมูล๓รพ.
	อัตรา/ร้อยละ	๘๐.๗๔	๖๔.๒๒	๗๒.๔๑
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่ยังสูบบุหรี่	เป้าหมาย	<๒๐% (กำหนดเอง)	<๒๐% (กำหนดเอง)	<๒๐% (กำหนดเอง)
	ผลงาน	๓๕ ราย / ๘๗๑ ราย ข้อมูล ๕ รพ.	๔๑ ราย / ๘๙๓ ราย ข้อมูล ๕ รพ.	๔๑ ราย / ๘๙๓ ราย ข้อมูล ๕ รพ.
	อัตรา/ร้อยละ	๔.๐๒	๔.๕๙	๔.๕๙

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ/ขอสนับสนุน
- ขาดบุคลากร	- เพิ่มอัตรากำลังอายุรแพทย์โรคปอด, สหสาขาวิชาชีพ และ Case Manager
- ขาดอุปกรณ์ Spirometry	- วางแผนเพิ่ม spirometer เพื่อการวินิจฉัยและรักษา
- การบันทึกข้อมูลแบบใหม่ของกรมการแพทย์ไม่สะดวกต่อการปฏิบัติงานสำหรับบรพศ.เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก และมีสหสาขาวิชาชีพต้องลงบันทึกทุกราย	- ทยอยลงข้อมูลให้ครอบคลุมโดยสหสาขาวิชาชีพ

สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

สถานการณ์

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) จำเป็นต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เนื่องจากเป็นโรคที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องและมีค่าใช้จ่ายสูง แนวโน้มสัดส่วนโครงสร้างประชากรไทยมีกลุ่มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและกลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ ในขณะที่ประชากรวัยรุ่นและวัยทำงานมีวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคเมตาโบลิก โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งนำไปสู่โรคที่รุนแรงอื่นๆที่เป็นภาระหนักของระบบสาธารณสุขทั้งด้านการจัดบริการที่มีค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้นมาก และเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิตและอวัยวะ เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ตาบอด การตัดอวัยวะ

ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคเบาหวานสูงถึง ๓.๒ ล้านคน แต่เข้าถึงระบบบริการเพียงแค่ร้อยละ ๔๑ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง ๑๐ ล้านคน แต่เข้าถึงบริการแค่ร้อยละ ๒๙ นอกจากนี้สถิติรายงานพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีเพียงร้อยละ ๓๐ - ๔๐ และโรคเบาหวานควบคุมได้ดีเพียงร้อยละ ๑๖ ทั้งสองโรคนี้เป็นสาเหตุที่ทำให้สูญเสียและอวัยวะ ต้องใช้ทรัพยากรที่หลากหลาย ทั้งผู้เชี่ยวชาญและเทคโนโลยีทางการแพทย์ราคาแพงในการดูแลรักษาพยาบาลที่ไม่เพียงพอและไม่คุ้มค่า มีความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นพิเศษ

๓ .การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

จากสถิติรายงานผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ประจำปี ๒๕๖๐ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๒๓,๓๙๓ คน พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๗ อันดับที่มากที่สุดได้แก่ อำเภอศรีมโหสถ คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๙๙ รองลงมาได้แก่ อำเภอกบินทร์บุรี คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๗ อำเภอเมืองปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๘ อำเภอนาดี คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๗๔ อำเภอบ้านสร้าง คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๔๔ อำเภอประจันตคาม คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๑๒ และน้อยที่สุดได้แก่ อำเภอศรีมหาโพธิ คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๓๔ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๕๖,๒๑๑ คน พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีคิดเป็นร้อยละ ๒๙.๙๙ อันดับมากที่สุด ได้แก่ อำเภอศรีมหาโพธิ คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๓ รองลงมาได้แก่ อำเภอศรีมโหสถ คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๑๒ อำเภอประจันตคาม คิดเป็นร้อยละ ๓๖.๒ อำเภอนาดี คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๔๑ อำเภอบ้านสร้าง คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๐๑ อำเภอปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๓๘ และน้อยที่สุดได้แก่ อำเภอกบินทร์บุรี คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๑๔ รายละเอียดตามตาราง

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำแนกรายสถานบริการ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เครือข่ายสถานบริการ	ผู้ป่วยเบาหวาน	ได้รับการตรวจ HbA๑c	HbA๑c น้อยกว่า ๗	ร้อยละ
เมืองปราจีนบุรี	๖,๘๐๖	๓๓๔๓	๑,๒๑๖	๒๐.๗๘
กบินทร์บุรี	๕,๓๑๐	๓,๕๒๖	๑,๐๓๗	๑๙.๕๓
นาดี	๒,๐๗๓	๑,๔๕๓	๔๑๗	๒๐.๑๒
บ้านสร้าง	๑,๘๓๗	๙๘๒	๓๗๗	๒๐.๕๒
ประจันตคาม	๓,๔๐๑	๑,๑๐๗	๔๓๖	๑๒.๘๒
ศรีมหาโพธิ	๓,๓๐๐	๑,๙๓๓	๗๕๑	๒๒.๗๖
ศรีมโหสถ	๑,๐๒๑	๓๓๓	๑๘๗	๑๘.๓๒
รวม	**๒๓.๗๔๘**	**๑๒,๖๗๗**	**๔,๔๒๑**	**๑๘.๖๒**

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี จำแนกรายสถานบริการ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เครือข่ายสถานบริการ	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ	ผู้ที่ควบคุมได้ดี	ร้อยละ
เมืองปราจีนบุรี	๑๔,๖๘๘	๙,๖๑๖	๔,๑๗๐	๒๘.๓๙
กบินทร์บุรี	๑๓,๘๘๘	๕,๑๔๘	๒,๓๑๐	๑๖.๖๓
นาดี	๕,๕๙๑	๔,๑๘๙	๑,๗๖๒	๓๑.๕๑
บ้านสร้าง	๔,๔๔๐	๓.๑๗๖	๑,๔๘๑	๓๓.๓๖
ประจันตคาม	๗,๘๐๓	๕,๓๖๗	๒,๖๑๐	๓๓.๔๕
ศรีมหาโพธิ	๗,๙๐๐	๕,๕๘๔	๓,๕๖๖	๔๕.๑๔
ศรีมโหสถ	๒,๕๑๔	๑,๑๖๖	๖๘๙	๒๗.๔๑
รวม	**๕๖,๘๒๔**	**๓๔,๒๔๖**	**๑๖,๕๘๘**	**๒๙.๑๙**

สถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจ(I๒๐-I๒๕)ในประเทศไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ.๒๕๕๕-๒๕๕๘ พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(I๒๐-I๒๕)ต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆโดยในปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีผู้เสียชีวิต ๑๘,๙๒๒ คนเฉลี่ยชั่วโมงละ ๒ คนและจากข้อมูลผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจขาดเลือด ปี พ.ศ.๒๕๕๘ มีจำนวน ๓๒๕,๘๗๓ คน หรือเฉลี่ยมีผู้ป่วยประมาณชั่วโมงละ ๓๘ คนที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจขาดเลือดสำหรับจังหวัดปราจีนบุรี อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจในช่วงปี ๒๕๕๔-๒๕๕๘ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีผู้เสียชีวิตสูงสุด ในปี ๒๕๕๘ เท่ากับ ๒๓.๙๒ ต่อแสนประชากร ซึ่งสถานบริการทุกแห่งได้คัดกรองประชากรผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และผู้มีความเสี่ยงอื่นเพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ด้วยเครื่องมือที่ส่วนกลางกำหนดให้ใช้ประเมิน เพื่อการลดเสี่ยง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ตรงกับความเสี่ยง ผลการคัดกรองในปี ๒๕๖๐ ร้อยละ ๘๔.๙๕ มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก จำนวน ๗๕ คน ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น จำนวน ๖๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๔.๐๐

ผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)

ผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ได้รับการคัดกรอง คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๐๔ (ข้อมูล ณ วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

ตารางที่ ๓ แสดงจำนวนและร้อยละการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk)ในผู้ป่วยเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

เครือข่ายสถานบริการ	การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด												
	จำนวนผู้ป่วย			ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูงจำนวนกลุ่มตามความเสี่ยง									
	ผู้ป่วยทั้งหมด (ผู้ป่วย DM/HT)**	ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง CVD Risk	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงต่ำ (<๑๐%)	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงปานกลาง ๑๐%-<๒๐%	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูง ๒๐%-<๓๐%	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ๓๐%-<๔๐%	คิดเป็นร้อยละ	จำนวนเสี่ยงสูงอันตราย ≥๔๐%	คิดเป็นร้อยละ
เมืองปราจีนบุรี	๕,๖๗๓	๔,๗๐๒	๘๒.๘๘	๓,๗๙๖	๘๐.๗๓	๗๖๔	๑๖.๒๕	๑๑๒	๒.๓๘	๒๖	๐.๕๕	๔	๐.๐๙
กบินทร์บุรี	๖.๐๕๓	๕,๒๒๗	๘๖.๓๕	๔,๕๐๐	๘๖.๐๙	๖๒๕	๑๑.๙๖	๗๕	๑.๔๓	๑๘	๐.๓๔	๙	๐.๑๗
นาดี	๒,๕๙๕	๒,๑๐๒	๘๑.๐๐	๑,๖๗๙	๗๙.๘๘	๓๕๖	๑๖.๙๔	๕๔	๒.๕๗	๘	๐.๓๘	๕	๐.๒๔
บ้านสร้าง	๑,๖๖๖	๑,๕๗๓	๙๔.๔๒	๑,๒๖๗	๘๐.๕๕	๒๖๐	๑๖.๕๓	๓๘	๒.๔๒	๕	๐.๓๒	๓	๐.๑๙
ประจันตคาม	๓,๐๒๗	๒,๖๔๓	๘๗.๓๑	๒,๐๙๔	๗๙.๒๓	๔๙๔	๑๘.๖๙	๔๗	๑.๗๘	๕	๐.๑๙	๓	๐.๑๑
ศรีมหาโพธิ	๓,๔๙๕	๓,๑๙๙	๙๑.๕๓	๒,๘๑๐	๘๗.๘๔	๓๔๕	๑๐.๗๘	๓๕	๑.๐๙	๗	๐.๒๒	๒	๐.๐๖
ศรีมโหสถ	๙๖๕	๗๕๑	๗๗.๘๒	๖๕๓	๘๖.๙๕	๘๘	๑๑.๗๒	๑๐	๑.๓๓	๐	๐	๐	๐
รวม	๒๓,๔๗๔	๒๐,๑๙๗	๘๖.๐๔	๑๖,๗๙๙	๘๓.๑๘	๒,๙๓๒	๑๔.๕๒	๓๗๑	๑.๘๔	๖๙	๐.๓๔	๒๖	๐.๑๓

ผู้ป่วยทั้งหมด(ผู้ป่วยDM/HT)** หมายถึง ผู้ป่วย DM/HT อายุ ๓๕-๖๐ ปี และไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจ หรือ โรคหลอดเลือดสมอง

ที่มา : แบบรายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

จังหวัดปราจีนบุรี มีโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ NCD Clinic Plus ทั้งหมด จำนวน ๗ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร(ระดับ A) โรงพยาบาลกบินทร์บุรี(ระดับ M) โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ(ระดับ F๒) โรงพยาบาลนาดี (ระดับ F๒) โรงพยาบาลประจันตคาม(ระดับ F๒) โรงพยาบาลศรีมโหสถ (ระดับ F๒) และโรงพยาบาลบ้านสร้าง(ระดับ F๒) การดำเนินงานประเมิน NCD Clinic Plus ตามเกณฑ์มาตรฐาน ๖ องค์ประกอบและการประเมิน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๑๕ ตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โรงพยาบาลทุกแห่งได้ดำเนินการประเมินตนเองรอบ ๒ เรียบร้อยแล้ว มีการวิเคราะห์ช่องว่าง (gap) เพื่อการพัฒนา ปรับทิศทางปรับระบบบริการและเป้าหมายเพื่อตอบสนองต่อการลดปัญหาและมีการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรค

๑. ระบบข้อมูลที่ยังมีความซ้ำซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยใช้บริการหลายสถานบริการ และโปรแกรมของหน่วยบริการมีความหลากหลาย ผู้ปฏิบัติต้องบันทึกข้อมูลในหน้าต่างเสริมของโปรแกรม

๒. ผลการดำเนินงานผ่านระบบ ๔๓ แฟ้มต่ำกว่าผลการดำเนินงานจริง

ข้อเสนอแนะ

๑. สามารถปรับปรุงแก้ไขฐานข้อมูลให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน สามารถนำมาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ได้

๒. พัฒนาทีม IT ของโรงพยาบาลและระดับจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลให้ถูกต้องและร่วมแก้ไขปัญหา HDC

๓. นำฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มจาก HDC มาใช้ประโยชน์ในการดูแลและรักษาอย่างเป็นระบบและเชื่อมโยง

สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ประเด็นการตรวจราชการ

ตัวชี้วัด

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปน้อยกว่าร้อยละ ๑๒ (ทั้ง ER และ Admit)

๒. อัตราตายจากการบาดเจ็บ (Trauma) PS Score >๐.๗๕ น้อยกว่าร้อยละ ๑

๓. ร้อยละโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป ที่มีการพัฒนาคุณภาพ ECS จนผ่านเกณฑ์การประเมินมากกว่า ๔๐%

ประเด็นการตรวจราชการที่เน้น

๑. ลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด

๒. การพัฒนา ER คุณภาพ

๓. การพัฒนา ECS คุณภาพ

สถานการณ์

๑. มีผู้ใช้บริการ ๒๘๓,๖๕๔ ครั้ง = ๕๘๕:๑๐๐๐ ประชากร (ประเทศ ๔๕๘:๑๐๐๐ ประชากร)

๒. เป็นผู้ป่วยฉุกเฉิน(ประเภท ๑ และ ประเภท ๒) = ๗.๖๒% , ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (ประเภท ๔ และประเภท ๕) = ๖๗.๖๐%

๓. ผู้ป่วยอุบัติเหตุ = ๓๒.๒๙% , ผู้ป่วย Non-Trauma=๖๗.๗๑%

การดำเนินงาน ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ไตรมาสที่ ๑ (ต.ค.๒๕๖๐-ธ.ค.๒๕๖๐)	ไตรมาสที่ ๒ (ม.ค.๒๕๖๑- มี.ค.๒๕๖๑)	รวม
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยในการบาดเจ็บที่มีค่า Ps score ≥๐.๗๕ (ร้อยละ ≤๑)	**เป้าหมาย**	ร้อยละ ≤๑	ร้อยละ ≤๑	ร้อยละ ≤๑
	ผลงาน	๗/๑๗๗๙	๒/๑๐๐๗	๙/๒๗๘๖
	อัตรา/ร้อยละ	๐.๓๙	๐.๒	๐.๓๒
ร้อยละทีม ECS คุณภาพใน รพ.ระดับ F๒ ขึ้นไป (มากกว่าร้อยละ ๔๐)	**เป้าหมาย**	มากว่าร้อยละ ๔๐	มากว่าร้อยละ ๔๐	มากว่าร้อยละ ๔๐
	ผลงาน	๗	๗	๗
	อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (ร้อยละ ๑๒)	**เป้าหมาย**	ร้อยละ ๑๒	ร้อยละ ๑๒	ร้อยละ ๑๒
	ผลงาน	๒๒/๑๓๐๐	๒๒/๑๔๕๗	๔๔/๒๗๕๔
	อัตรา/ร้อยละ	๑.๖๙	๑.๕๑	๑.๖

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. ขาดแคลนอัตรากำลัง ,ขาดแคลน ICU เฉพาะทางและรถพยาบาล และTEA unit

๒. ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก

๓. ระบบฐานข้อมูล

๕.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	**ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ**	**สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ**
๑. ขาดแคลนอัตรากำลัง ,ขาดแคลน ICU เฉพาะทางและรถพยาบาล และTEA unit	- วางแผนอัตรากำลังเพิ่ม Neurosurgery, EP, EN/ENPและจัดหารถพยาบาล - เพิ่ม ICU Trauma/ Neurosurgery - ขออัตรากำลังบุคลากร full time ใน TEA unit	- ขออัตรากำลังบุคลากร - ของบประมาณรถพยาบาล
๒. ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก	- ผลักดันผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินใช้บริการคลินิกนอกเวลาหรือเปิด OPD คู่ขนาน และลดระยะเวลาผู้ป่วยฉุกเฉินในห้อง ER ไม่เกิน ๒ ชั่วโมง	- เสนอเป็นนโยบายระดับเขต/ประเทศ
๓. ระบบฐานข้อมูล	- การเก็บข้อมูลไม่เป็นแนวทางเดียวกัน	- พัฒนาระบบการจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลให้เป็นแนวทางเดียวกัน

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- Telemedicine (EMS/Refer) /Ambulance Operation Center
- EMS Super track
- EMS Protocol

สาขาการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
(ร้อยละ 19)

๑. ผลการดำเนินงาน

งานแพทย์แผนไทยได้พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทย ของจังหวัดปราจีนบุรี ดังนี้

๑. บูรณาการงานแพทย์แผนไทยกับงานระบบบริการปฐมภูมิ ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และจัดทำคู่มือ รวมมิตร พิชิตดาว เพื่อใช้เป็นแนวทาง ในการจัดบริการตามกลุ่มวัย

๒. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร โดยสนับสนุนยาสมุนไพร จำนวน ๑๔ รายการ (ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร เพชรสังฆาต เถาวัลย์เปรียง ธรณีสันฑะฆาต ปราบชมพูทวีป มะขามแขก สหัสธารา ยาจันทน์ลีลา ยาแก้ไอมะขามป้อม มะแว้ง (อม) ยาหอมนวโกฐ ยาหอมเทพจิตร ครีมไพล) ให้กับหน่วยบริการสาธารณสุข

๓. จัดทำ Re branding ผลิตภัณฑ์หมอพื้นบ้าน จำนวน ๑๐ รายการ ได้แก่ ยาสีฟัน และยากวาดลิ้น (นายสมุทร สามารถ) น้ำมันเขียว สูตร ๑ และ๒ รักษาอาการปวดเมื่อย (นายหอมชาย ยาจันทา) สมุนไพรประคบเข่า (นางสมชิด บุพลับ) ยาสมุนไพรฟื้นฟูสุขภาพ ยาสมุนไพรฟื้นฟูผู้ป่วยมะเร็ง ยาสมุนไพรรักษาโรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง ยาสมุนไพรลดระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูง (นายสุนทร เชาวนะพานิช) เพื่อส่งเสริมรายได้ให้กับหมอพื้นบ้านและนำเข้าสู่ OTOP ของจังหวัดปราจีนบุรี

๒. ผลงานตามตัวชี้วัด

ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๑
(ข้อมูล ตั้งแต่วันที่ ๑ เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ ถึง วันที่ ๓๐ เดือนเมษายน ๒๕๖๑)

อำเภอ	สถานบริการสาธารณสุข	จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมด	จำนวนครั้งของ ผู้มารับบริการแพทย์แผนไทย ฯ	ร้อยละ
เมืองปราจีนบุรี	รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑๗๔,๖๒๙	๓๖,๔๕๙	๒๐.๘๘
	รพ.สต.	๕๔,๙๕๐	๑๘,๙๕๙	๓๔.๕
กบินทร์บุรี	รพ.กบินทร์บุรี	๑๐๘,๙๐๔	๑๔,๙๔๖	๑๓.๗๒
	รพ.สต.	๑๐๕,๐๕๙	๒๓,๑๓๖	๒๒.๐๒
นาดี	รพ.นาดี	๔๐,๒๒๙	๓,๐๒๔	๗.๕๒
	รพ.สต.	๓๕,๗๐๕	๕,๙๖๑	๑๖.๗
บ้านสร้าง	รพ.บ้านสร้าง	๒๖,๐๐๕	๒,๐๒๙	๗.๘
	รพ.สต.	๑๓,๑๐๗	๒,๓๑๐	๑๗.๖๒
ประจันตคาม	รพ.ประจันตคาม	๓๔,๑๐๑	๒๕,๕๑๕	๗๔.๘๒
	รพ.สต.	๒๔,๙๔๔	๒,๐๐๒	๘.๐๓
ศรีมหาโพธิ	รพ.ศรีมหาโพธิ	๕๕,๖๔๐	๕,๙๕๖	๑๐.๗
	รพ.สต.	๕๑,๕๓๖	๑๙,๐๙๗	๓๗.๐๖
ศรีมโหสถ	รพ.ศรีมโหสถ	๒๓,๑๘๘	๔,๖๓๒	๑๙.๙๘

	รพ.สต.	๗,๓๐๖	๑,๕๒๗	๒๐.๙
รวม รพศ./รพท.		๒๘๓,๕๓๓	๕๑,๔๐๕	๑๘.๑๓
รวม รพช.		๑๗๙,๑๖๓	๔๑,๑๕๖	๒๒.๙๗
รวม รพ.สต.		๒๙๒,๖๐๗	๗๒,๙๙๒	๒๔.๙๕
รวมทั้งหมด		๗๕๕,๓๐๓	๑๖๕,๕๕๓	๒๑.๙๒

ที่มา HDC2.moph.in.th

จากตารางที่ ๑ พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี รพศ. และ รพท. ร้อยละ ๑๘.๑๓ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ ที่กำหนดให้ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี รพศ.และรพท. อย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี รพช. ร้อยละ ๒๒.๙๗ ซึ่งผ่านเกณฑ์ ที่กำหนดให้ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี รพช. ร้อยละ ๒๐ และร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี รพ.สต. ร้อยละ ๒๔.๙๕ ซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ ที่กำหนดให้ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี รพ.สต. ร้อยละ ๓๐ ภาพรวมทั้งหมด ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดปราจีนบุรี คิดเป็นร้อยละ ๒๑.๙๒ ซึ่งผ่านตามเกณฑ์ ที่กำหนดให้ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐

๓. ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานสำเร็จ / บรรลุเป้าหมาย

๑. มีบุคลากรแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น
๒. มีการพัฒนาบุคลากรแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง
๓. ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากแผนปฏิบัติราชการจังหวัดปราจีนบุรี
๔. มีการบูรณาการงานแพทย์แผนไทยกับงานระบบบริการปฐมภูมิ

๔. ผลงานวิชาการ

๑. ผลงานวิชาการเรื่อง การศึกษาความปลอดภัย ของการนวดท้องแบบราชสำนัก เพื่อกระตุ้นการขับถ่าย (Safety and Defecation Stimulation by Royal abdominal Thai massage) ได้รับการนำเนอผลงานในการประชุมวิชาการ International Digestive Disease Forum 2018 ณ Hong Kong Convention and Exhibition Centre วันที่ ๙ - ๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๑

๒. ผลงานวิชาการเรื่อง ก็อซขมิ้นชันใส่บาดแผล นำเสนอผลงานวิชาการในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๐

สาขาไต

ประเด็นการตรวจราชการ

- การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต
- ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< ๔ ml/min/๑.๗๓ $m^{๒}$/yr (>ร้อยละ ๖๕)

สถานการณ์

ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดปราจีนบุรี ๑) มีคลินิกชะลอไตเสื่อมครบ ๑๐๐ % ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป โดยบูรณาการคลินิกชะลอไตเสื่อมรวมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD Clinic) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (A) โรงพยาบาลศรีมโหสถ (F๒) และโรงพยาบาลประจันตคาม (F๒) มีการแยกคลินิกชะลอไตเสื่อมออกมาให้บริการเฉพาะ ๒) พบร้อยละ ๔๖.๖๙ (๒๖,๓๒๙/๕๖,๓๓๘) ของผู้ป่วย DM , HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ๓) พบร้อยละ ๕๘.๒๙ (๘๒๓/๑,๔๑๒) ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสามารถชะลอความเสื่อมของไตได้สำเร็จ ๔). มีการอบรมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกชะลอไตเสื่อมเมื่อวันที่ ๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ที่ผ่านมา ครบตามกลุ่มเป้าหมาย ๕) มีระยะรอคิวบริการ CAPD ๖ วัน/ระยะรอคิวบริการบริการ HD ๒๒ วัน, ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการ Emergency vascular access ก่อนเริ่ม RRT พบว่าไม่เคยได้รับคำแนะนำร้อยละ ๔๗.๓๐ ได้รับคำแนะนำตามเกณฑ์แต่ไม่ปฏิบัติมากกว่า ๑ เดือน เท่ากับร้อยละ ๒๕.๕๐ (เป้าหมาย < ๒๐ %) ๖) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ๗) มีระบบการออกตรวจเยี่ยม CKD Clinic คุณภาพ และระบบบริหารจัดการข้อมูล HDC และกำหนดแนวทางการส่งต่อ , การเตรียมความพร้อมการสื่อสาร Transplant ไต ครอบคลุมครบถ้วน

โดยที่ผ่านมาคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต ตระหนักในปัญหาสำคัญของผลการดำเนินงานบางส่วนที่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย และพบมีปัญหาการเข้าถึงบริการ Dialysis, ผู้ป่วย ESRD บางรายต้องส่งต่อไปทำ AVF เพราะไม่มีศัลยแพทย์ผ่าตัดแก้ไข vascular access ต้องส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่ระดับศักยภาพสูงกว่า หรือนอกเขตบริการสุขภาพ ดังนั้นในไตรมาสที่ ๓ และที่ ๔ ของปีงบประมาณนี้ จึงกำหนดแผนแก้ไขและกำหนดมาตรการสำคัญในการจัดการโรคไตเรื้อรังให้บรรลุเป้าหมาย นำข้อมูล HDC และปัญหาที่พบมาทบทวนวิเคราะห์ พบว่า **การดำเนินงาน / ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ๒ /yr(>ร้อยละ ๖๕)

โรงพยาบาล	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ๒ / yr			
	ปีงบประมาณ ๒๕๕๘	ปีงบประมาณ ๒๕๕๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐– พ.ค.๖๑)
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	**๕๑.๖๒**(๓๙๙/๗๗๓)	**๖๕.๘๑**(๙๔๕/๑,๔๓๖)	**๕๕.๗๙** (๑,๐๐๗/๑,๘๐๕)	**๖๑.๔๘** (๕๘๙/๙๕๘)
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	**๕๘.๗๓** (๗๔/๑๒๖)	**๖๓.๒๐** (๒๖๑/๔๑๓)	**๖๑.๐๔** (๓๑๘/๕๒๑)	**๔๙.๑๓** (๑๑๓/๒๓๐)
โรงพยาบาลนาดี	**๗๑.๒๑** (๙๔/๑๓๒)	**๖๗.๑๘** (๘๘/๑๓๑)	**๖๓.๖๑** (๑๙๔/๓๐๕)	**๕๓.๗๐** (๒๙/๕๔)
โรงพยาบาลบ้านสร้าง	**๖๕.๐๗** (๙๕/๑๔๖)	**๖๒.๐๙** (๙๕/๑๕๓)	**๖๙.๔๙** (๑๒๓/๑๗๗)	**๖๐.๐๐** (๙/๑๕)
โรงพยาบาลประจันตคาม	**๖๓.๕๓** (๔๕๓/๗๑๓)	**๗๘.๑๐**(๗๔๙/๙๕๙)	**๖๓.๔๑** (๕๒๕/๘๒๘)	**๔๖.๘๘** (๑๕/๓๒)
โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ	**๗๐.๓๐** (๗๑/๑๐๑)	**๖๔.๗๘**(๑๔๙/๒๓๐)	**๗๗.๗๓** (๑๙๒/๒๔๗)	**๖๑.๙๖** (๕๗/๙๒)
โรงพยาบาลศรีมโหสถ	**๖๑.๗๘** (๑๓๙/๒๒๕)	**๖๐.๑๖** (๒๑๙/๓๖๔)	**๖๓.๘๖** (๒๐๕/๓๒๑)	**๓๔.๖๙** (๑๗/๔๙)
ภาพรวมปราจีนบุรี	**๕๙.๙๕** (๑,๓๒๕/๒,๒๑๖)	**๖๗.๙๙** (๒,๕๐๖/๓,๖๘๖)	**๖๐.๙๙** (๒,๕๖๔/๔,๒๐๔)	**๕๗.๙๗** (๘๒๙/๑,๔๓๐)

ร้อยละของผู้ป่วย DM /HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (> ร้อยละ ๘๐)

โรงพยาบาล	ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง			
	ปีงบประมาณ ๒๕๕๘	ปีงบประมาณ ๒๕๕๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐– พ.ค. ๖๑)
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	**๑๗.๔๗** (๒,๓๖๑/๑๓,๕๑๘)	**๒๖.๓๑** (๓,๙๓๐/๑๔,๙๓๘)	**๔๙.๗๖** (๗,๑๘๕/๑๔,๔๔๐)	**๓๙.๗๙** (๖,๑๒๔/๑๕,๓๙๐)
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	**๑๗.๘๔** (๑,๔๗๙/๑๔,๒๙๐)	**๑๗.๘๔** (๒,๗๘๐/๑๕,๕๘๖)	**๖๑.๔๒** (๘,๗๙๑/๑๔,๓๑๓)	**๕๖.๒๕** (๗,๙๑๔/๑๔,๐๖๙)
โรงพยาบาลนาดี	**๖.๑๖** (๒๙๓/๔,๗๕๕)	**๒๔.๒๐** (๑,๓๐๑/๕,๓๗๕)	**๖๙.๒๒** (๓,๗๑๐/๕,๓๖๐)	**๖๓.๗๕** (๓,๕๓๘/๕,๕๕๐)
โรงพยาบาลบ้านสร้าง	**๕๒.๙๘** (๑,๙๒๗/๓,๖๓๗)	**๔๐.๖๓** (๑,๖๔๕/๔,๐๔๙)	**๖๒.๔๓** (๒,๖๒๙/๔,๒๑๑)	**๔๙.๖๑** (๒,๑๐๕/๔,๒๔๓)
โรงพยาบาลประจันตคาม	**๕๔.๘๙** (๓,๖๕๓/๖,๖๕๕)	**๕๘.๐๔** (๔,๒๗๘/๗,๓๗๑)	**๕๙.๖๓** (๔,๔๖๕/๗,๔๘๘)	**๓๔.๙๖** (๒,๖๒๔/๗,๕๐๕)
โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ	**๘.๙๑** (๖๐๒/๖,๗๖๐)	**๒๑.๒๙** (๑,๖๒๔/๗,๖๒๙)	**๖๐.๓๒** (๔,๖๒๑/๗,๖๖๑)	**๖๑.๑๙** (๔,๗๕๐/๗,๗๖๓)
โรงพยาบาลศรีมโหสถ	**๓๗.๖๐** (๘๔๓/๒,๒๔๒)	**๓๖.๒๗** (๘๓๖/๒,๓๐๕)	**๖๗.๐๐** (๑,๔๗๒/๒,๑๙๗)	**๔๐.๓๖** (๘๖๐/๒,๑๓๑)
ภาพรวมปราจีนบุรี	**๒๑.๕๒** (๑๑,๑๕๘/๕๑,๘๕๗)	**๒๘.๖๓** (๑๖,๓๙๔/๕๗,๒๕๓)	**๕๙.๐๕** (๓๒,๘๗๓/๕๕,๖๗๐)	**๔๙.๒๘** (๒๗,๙๑๕/๕๖,๖๕๑)

ร้อยละของผู้ป่วย DM / HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (<ร้อยละ ๑๐)

โรงพยาบาล	ร้อยละของผู้ป่วย DM / HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่			
	ปีงบประมาณ 2558	ปีงบประมาณ 2559	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561 (ต.ค.60– พ.ค.61)
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	**๓๖.๙๘** (๘๗๓/๒,๓๖๑)	**๔๐.๐๓** (๑,๕๗๓/๓,๙๓๐)	**๒๕.๘๗** (๑,๘๕๙/๗,๑๘๕)	**๒๒.๖๕** (๑,๓๘๗/๖,๑๒๔)
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	**๒๕.๓๕** (๓๗๕/๑,๔๗๙)	**๒๗.๒๗** (๗๕๘/๒,๗๘๐)	**๒๑.๔๕** (๑,๘๘๖/๘,๗๙๑)	**๑๙.๑๓** (๑,๕๑๔/๗,๙๑๔)
โรงพยาบาลนาดี	**๔๒.๓๒** (๑๒๔/๒๙๓)	**๓๐.๒๑** (๓๙๓/๑,๓๐๑)	**๒๓.๒๓** (๘๖๒/๓,๗๑๐)	**๒๘.๐๑** (๙๙๑/๓,๕๓๘)
โรงพยาบาลบ้านสร้าง	**๓๖.๒๗** (๖๙๙/๑,๙๒๗)	**๔๐.๓๐** (๖๖๓/๑,๖๔๕)	**๓๓.๗๐** (๘๘๖/๒,๖๒๙)	**๓๔.๑๑** (๗๑๘/๒,๑๐๕)
โรงพยาบาลประจันตคาม	**๕๔.๖๑** (๑,๙๙๕/๓,๖๕๓)	**๓๗.๙๔** (๑,๖๒๓/๔,๒๗๘)	**๒๗.๔๘** (๑,๒๒๗/๔,๔๖๕)	**๒๑.๕๗** (๕๖๖/๒,๖๒๔)
โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ	**๔๓.๑๙** (๒๖๐/๖๐๒)	**๓๖.๘๘** (๕๙๙/๑,๖๒๔)	**๓๒.๔๒** (๑,๔๙๘/๔,๖๒๑)	**๒๕.๗๙** (๑,๒๒๕/๔,๗๕๐)
โรงพยาบาลศรีมโหสถ	**๓๐.๑๓** (๒๕๔/๘๔๓)	**๒๑.๒๙** (๑๗๘/๘๓๖)	**๑๘.๖๘** (๒๗๕/๑,๔๗๒)	**๓๕.๓๕** (๓๐๔/๘๖๐)
ภาพรวมปราจีนบุรี	**๔๑.๐๕** (๔,๕๘๐/๑๑,๑๕๘)	**๓๕.๓๐** (๕,๗๘๗/๑๖,๓๙๔)	**๒๕.๘๔** (๘,๔๙๓/๓๒,๘๗๓)	**๒๔.๐๒** (๖,๗๐๕/๒๗,๙๑๕)

จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาล จำแนกตาม Stage

โรงพยาบาล	ปีงบ	จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่โรงพยาบาล จำแนกตาม Stage					
		รวมทุกStage	Stage ๑	Stage ๒	Stage ๓	Stage ๔	Stage ๕
โรงพยาบาล	๖๐	๓,๐๔๗	๔๗๘	๕๑๓	๑,๑๕๓	๔๗๘	๔๒๕
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๖๑	๒,๘๐๙	๓๗๗	๕๑๕	๑,๑๓๒	๔๔๐	๓๔๕
โรงพยาบาล	๖๐	๙๖๔	๒๐๒	๑๒๖	๓๑๐	๑๗๓	๑๕๓
กบินทร์บุรี	๖๑	๗๘๗	๑๐๙	๙๖	๓๐๓	๑๕๔	๑๒๕
โรงพยาบาล	๖๐	๖๕๗	๑๒	๙๓	๔๕๕	๗๐	๒๗
นาดี	๖๑	๔๖๑	๑๐	๗๒	๓๐๑	๖๒	๑๖
โรงพยาบาล	๖๐	๒๓๖	๗	๒๔	๑๔๐	๕๓	๑๒
บ้านสร้าง	๖๑	๒๖๓	๑๐	๒๘	๑๖๗	๕๐	๘
โรงพยาบาล	๖๐	๑,๓๒๒	๒๐๙	๓๙๖	๕๙๙	๑๐๐	๑๘
ประจันตคาม	๖๑	๘๖๒	๗๔	๒๐๐	๔๖๘	๑๐๕	๑๕
โรงพยาบาล	๖๐	๓๑๑	๑๔	๔๘	๑๔๔	๕๔	๕๑
ศรีมหาโพธิ	๖๑	๓๓๓	๑๐	๕๗	๑๗๑	๗๐	๒๕
โรงพยาบาล	๖๐	๙๔๒	๓๐๘	๒๙๘	๒๕๙	๕๒	๒๕
ศรีมโหสถ	๖๑	๖๘๙	๑๗๑	๑๖๑	๑๖๖	๓๖	๑๕๕
ภาพรวม	๖๐	**๗,๑๗๕**	**๑,๒๑๘**	**๑,๔๕๖**	**๒,๙๑๑**	**๙๒๕**	**๖๖๕**
	๖๑	**๖,๒๐๔**	**๗๖๑**	**๑,๑๒๙**	**๒,๗๐๘**	**๙๑๗**	**๖๘๙**

มีบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม > ร้อยละ ๕๐ ในโรงพยาบาลระดับ F๓ เมื่อสิ้นสุดปีงบ ๒๕๖๑

โรงพยาบาล	ระดับโรงพยาบาล	มี CKD Clinic	บูรณาการใน NCD Clinic	ไม่มี CKD Clinic
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	A	/	-	-
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	M๑	-	/	-
โรงพยาบาลนาดี	F๒	-	/	-
โรงพยาบาลบ้านสร้าง	F๒	-	/	-
โรงพยาบาลประจันตคาม	F๒	/	-	-

โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ	F๒	-	/	-
โรงพยาบาลศรีมโหสถ	F๒	/	-	-

ทุกโรงพยาบาลใช้วิธีการตรวจ Serum Creatinine โดยวิธีการตรวจ Enzymatic method ครบ ๑๐๐ %

ตัวชี้วัดโรคไตอื่น ๆ

ตัวชี้วัด	เป้า	ปีงบประมาณ ๒๕๕๘	ปีงบประมาณ ๒๕๕๙	ปีงบประมาณ ๒๕๖๐	ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐– พ.ค. ๖๑)
๑. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP < ๑๔๐/๙๐ mmHg.	> ๖๕ %	**๖๓.๒๐** (๓,๓๙๒/๕,๓๘๒)	**๖๑.๓๐** (๔,๐๗๙/๖,๖๕๔)	**๖๑.๒๗** (๓,๗๗๐/๖,๑๕๓)	**๕๗.๐๗** (๒,๗๔๕/๔,๘๑๐)
๒. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่ได้รับมาบริการได้รับยา ACEi/ ARB	> ๖๕ %	**๕๖.๒๑** (๓,๐๒๕/๕,๓๘๒)	**๕๔.๑๒** (๓,๖๐๑/๖,๖๕๔)	**๔๕.๐๘** (๒,๗๗๔/๖,๑๕๓)	**๕๔.๙๙** (๒,๖๔๕/๔,๘๑๐)
๓. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจและHbมากกว่า ๑๐ mg/dl หรือ Hct> ๓๓ %	> ๒๕ %	**๑.๗๘** (๙๖/๕,๓๘๒)	**๑๗.๓๐** (๑,๑๕๑/๖,๖๕๔)	**๒๓.๒๖** (๑,๔๓๑/๖,๑๕๓)	**๒๑.๙๕** (๑,๐๕๖/๔,๘๑๐)
๔. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วย (เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม) ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับมาบริการตรวจ HbA๑C และมีผลการตรวจ ตั้งแต่ ๖.๕ ถึง ๗.๕	> ๒๕ %	**๑๒.๒๔** (๓๓๑/๒,๗๐๕)	**๑๗.๒๔** (๕๘๙/๓,๔๑๖)	**๑๗.๖๙** (๕๘๑/๓,๒๘๕)	**๑๓.๓๔** (๓๓๘/๒,๕๓๔)
๕. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากลุ่ม Statin	> ๖๕ %	**๑๒.๒๔** (๑,๗๙๓/๓,๑๗๗)	**๕๔.๐๕** (๒,๐๗๖/๓,๘๔๑)	**๔๘.๓๘** (๒,๐๔๒/๔,๒๒๑)	**๕๔.๗๒** (๑,๙๖๐/๓,๕๘๒)
๖. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Serum K และมีค่าผลการตรวจน้อยกว่า ๕.๕ mEq/ L	> ๙๐ %	**๑๒.๒๔** (๕๖๙/๑,๘๕๙)	**๙๐.๔๕** (๔,๗๘๔/๕,๒๘๙)	**๙๕.๓๙** (๖,๖๑๗/๖,๙๓๗)	**๙๔.๐๗** (๓,๓๐๑/๓,๕๐๙)
๗. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Serum HCO๓ และมีค่าผลการตรวจน้อยกว่า ๒๒ mEq / L	> ๖๕ %	**๗๐.๓๑** (๔๕/๖๔)	**๕๙.๑๓** (๔๙๒/๘๓๒)	**๖๑.๓๔** (๘๖๘/๑,๔๑๕)	**๖๖.๓๘** (๗๖๔/๑,๑๕๑)
๘. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Urine Protein	> ๒๕ %	**๑๗.๕๖** (๙๔๕/๕,๓๘๒)	**๒๓.๙๔** (๑,๕๙๓/๖,๖๕	**๒๑.๐๐** (๑,๒๙๒/๖,๑๕	**๒๓.๙๑** (๑,๑๕๐/๔,๘๑

			๔)	๓)	๐)
๙. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการประเมิน UPCR	> ๒๕ %	**๔๒.๔๓** (๗๗๑/๑,๘๑๗)	**๑๕.๖๓** (๔๑๐/๒,๖๒๔)	**๐.๙๓** (๒๙/๓,๑๓๓)	**๑๑.๒๗** (๒๙๖/๒,๖๒๗)
๑๐. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการประเมิน UPCR และมีผลการประเมิน UPCR < ๕๐๐ mg / g cr	> ๘๐ %	**๑๐๐** (๗๖๔/๗๖๔)	**๑๐๐** (๓๙๗/๓๙๗)	**๑๐๐** (๒๘/๒๘)	**๑๐๐** (๒๙๒/๒๙๒)
๑๑. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Serum PO๔ และมีค่าผลการตรวจน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔.๖ mg %	> ๘๐ %	N/A	**๘๒.๑๒** (๒๗๑/๓๓๐)	**๘๗.๕๓** (๓๔๔/๓๙๓)	**๘๔.๐๙** (๑๔๘/๑๗๖)
๑๒. การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยได้รับการตรวจ iPTH และมีผลอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม (น้อยกว่า ๕๐๐)	> ๘๐ %	N/A	**๑๐๐** (๑๘/๑๘)	**๑๐๐** (๓๐/๓๐)	**๑๐๐** (๓๑/๓๑)
๑๓. ร้อยละของการดำเนินงาน CKD Clinic	๑๐๐ %	**๑๐๐ %**	**๑๐๐ %**	**๑๐๐ %**	**๑๐๐ %**

การให้บริการด้านการบำบัดทดแทนไต

ชื่อโรงพยาบาล	**จำนวนเครื่อง HD**	**จำนวนผู้ป่วย(ราย)**	
		HD	CAPD
โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๑๔	๑๗	๙๓
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี	๐	๐	๓๕
ศูนย์ไตเทียม รพ.อิมพิเรียล	๑๓	๑๐๐	๐
ศูนย์ไตเทียม รพ.ค่ายจักรพงษ์	๑๒	๙๐	๐
ศูนย์ไตเทียม รพ.จุฬารัตน์ ๓๐๔	๔	๗	๐
รวม	**๔๓ เครื่อง**	**๒๑๔**	**๑๑๘**

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. Key Risk Area ได้แก่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร เนื่องจากโรงพยาบาลประสบปัญหาด้านการเงิน อยู่ระดับ ๗ พบเรื่องการเรียกจัดเก็บเงินจากสปสช. กลุ่มผู้ป่วยล้างไต HD / CAPD ไม่ครบตามเป้าหมาย

๒. Key Risk Factor ได้แก่

๒.๑ ระบบสารสนเทศ ยังพบว่ามีโปรแกรม HDC ดึงข้อมูลส่งออกที่สำคัญได้แก่ค่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ กับ HN ของผู้ป่วย CKD ไปประมวลผลต่ำกว่า หรือไม่ตรงกับผลการปฏิบัติงานจริง

๒.๒ ถ้าพิจารณาจากยอดผู้ป่วย CKD Stage ๕ และพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ของจังหวัดปราจีนบุรี ควร
ขยายพื้นที่และระบบบริการการดูแลผู้ป่วยที่ทำการล้างไตทางช่องท้องแบบ CAPD ในระดับโรงพยาบาล F๒ ที่โรงพยาบาลนาดี และเปิดบริการการดูแลผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
<u>ด้านบุคลากาการ</u> : - Refer ผู้ป่วยไปเส้น AVF นอกเขตบริการสุขภาพจำนวนมาด	- สรรหาศัลยกรรมแพทย์หลอดเลือดปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร - จัดกิจกรรมมีศัลยกรรมแพทย์หลอดเลือดมาแก้ไขเส้น AVF กลุ่มผู้ป่วยล้างไตทุก ๖ เดือน	
<u>ด้านการจัดบริการสุขภาพ</u> - ผลการประเมิน CKD Clinic / CAPD Clinic / HD คุณภาพ บางส่วน ยังไม่บรรลุเป้าหมาย	- มีทีมให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงหรือสนับสนุน	
<u>ด้านการเงิน</u> - การเบิกจ่ายค่าฟอกไตในรายผู้ป่วย AKI สำหรับผู้ป่วยมีสิทธิการรักษาบัตรทอง และผู้ป่วย High Cost Dialysis ที่รักษาในทุกสิทธิการรักษา	- มีทีมให้คำปรึกษา เป็นพี่เลี้ยงหรือสนับสนุน	

ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ควรมีการขยายบริการคลินิกชะลอไตเสื่อมให้ครอบคลุมรพ.ระดับ F๓ ขึ้นไปทั้งหมด และเชื่อมโยงกับ Primary care clusterและ DHS

๒. ควรมีการขยายเครือข่ายบริการ Peritoneal dialysis F๒ ที่มีความพร้อม เช่นโรงพยาบาลนาดี

๓. เพิ่มการจัดตั้งศูนย์ Vascular access for Hemodialysis ประจำเขต ๖ เพิ่ม (ปัจจุบันมีโรงพยาบาลพุทธโสธร ๑ แห่ง)

๔. ปรับปรุงแนวทางการทำสัญญาจ้างเหมาเอกชน หรือ PPP ศูนย์ HD ในโรงพยาบาลรัฐ

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

อยู่ระหว่างดำเนินเก็บข้อมูล R๒R

สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

สถานการณ์

- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรเป็นศูนย์รับบริจาคอวัยวะและเป็นศูนย์ปลูกถ่ายกระจกตา มีการดำเนินงานเพื่อขอรับบริจาคอวัยวะและดวงตา และมีการวินิจฉัยสมองตายตามเกณฑ์แพทยสภา มีทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ มีแผนส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้บริจาคอวัยวะและการปลูกถ่าย ในปี ๒๕๖๒ โรงพยาบาลกบินทร์บุรีเป็นศูนย์รับบริจาคอวัยวะ มีทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมผู้ประสานงานการปลูกถ่ายอวัยวะ

- มีศูนย์รับบริจาคอวัยวะชั่วคราวอยู่ที่หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม
- มีผู้ป่วยรอเปลี่ยนกระจกตา จำนวน ๑๕ ราย
- มีผู้ป่วยได้รับการเปลี่ยนกระจกตาแล้ว ๑ ราย
- เดือนตุลาคม – มีนาคม ๒๕๖๑ มีผู้ป่วยเสียชีวิตทั้งหมด ๓๓๘ ราย

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	เจรจา	เจรจาสำเร็จ	จัดเก็บ	ผลงานปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑)
อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล	๐.๗ ต่อผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.	๑	๐	๐	๐

อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมดวงตาจากผู้ป่วยเสียชีวิตต่อจำนวนผู้เสียชีวิตในโรงพยาบาล	๑.๒ ต่อผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.	๕	๔	๓ ราย ๖ ดวง	๑ รายที่ไม่ได้เก็บเป็น HbsAg

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่โดยเฉพาะ ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ขาดการประสานงานจากหอผู้ป่วยเมื่อพบผู้ป่วยเกณฑ์สมองตาย

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ
๑. ขาดบุคลากรที่ทำหน้าที่โดยเฉพาะ(TC nurse full time)	มอบหมายหน้าที่ให้พยาบาลที่ผ่านการอบรม TC nurse
๒. ขาดการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง	ตั้งจุดประชาสัมพันธ์ในและนอกโงพยาบาล
๓.ขาดการประสานงานจากหอผู้ป่วยเมื่อพบผู้ป่วยเกณฑ์สมองตาย	ขอความร่มมือบุคลากรในหน่วยงานแจ้ง TC nurse เมื่อพบผู้ป่วยเกณฑ์สมองตาย

สาขาการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด

๑.ประเด็นการตรวจราชการ

(๑)Leading Indicator ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) ***เป้าหมาย ร้อยละ ๙๐***

การคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน x ๑๐๐ **หารด้วย** จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายครบกำหนดตามเกณฑ์

(๒) lagging Indicator ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาทุกระบบ (3 month remission rate) ***เป้าหมาย ร้อยละ ๕๐***

การคำนวณ : จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่จำหน่ายจากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติดและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน x ๑๐๐ **หารด้วย** จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด

๒.สถานการณ์ปัญหายาเสพติดสภาพปัญหา การแพร่ระบาด เจตคติสังคม ศักยภาพด้านบุคลากร คุณภาพสถานพยาบาล การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

๒.๑ สถานการณ์ปัญหายาเสพติดสภาพปัญหา การแพร่ระบาด

สถานการณ์ปัญหายาเสพติดและการแพร่ระบาด สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของจังหวัดปราจีนบุรีในระยะที่ผ่านมา จังหวัดปราจีนบุรี เป็นพื้นที่ค้าและแพร่ระบาดของยาเสพติด พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดระดับ

ปานกลาง คือ อำเภอศรีมหาโพธิ์ อำเภอกบินทร์บุรี อำเภอเมืองปราจีนบุรี จังหวัดปราจีนบุรี เป็นจังหวัดที่ติดกับจังหวัดชายแดนด้านตะวันออก คือ จังหวัดสระแก้ว ซึ่งมีการลำเลียงยาเสพติดผ่านพื้นที่ของจังหวัดสระแก้วมาผ่านจังหวัดปราจีนบุรี ไปยังพื้นที่ต่างๆของประเทศ และในปัจจุบัน มีการเจริญเติบโตของเขตนิคมอุตสาหกรรม ทำให้มีเคลื่อนย้ายของแรงงานภาคอุตสาหกรรม มาในพื้นที่จำนวนมาก ในอำเภอกบินทร์บุรี อำเภอศรีมหาโพธิ และอำเภอเมืองปราจีนบุรี ส่วนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด พบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี ๒๕๕๖-๒๕๖๐ พบว่า ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาส่วนใหญ่ เป็นประชากรกลุ่มวัยรุ่น อายุ ระหว่าง ๑๘-๒๔ ปี มากที่สุด ร้อยละ ๓๒.๑๐ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น รองลงมาได้แก่ ประชากรกลุ่มทำงาน อายุระหว่าง ๒๕-๒๙ ปี ร้อยละ ๒๐.๑๘ อาชีพส่วนใหญ่ รับจ้างสูงสุด ร้อยละ ๕๔.๖๗ รองลงมาอาชีพ ว่างงาน ร้อยละ ๑๒.๙๓ ชนิดของยาเสพติดที่แพร่ระบาดในจังหวัดปราจีนบุรี ได้แก่ ยาบ้า กัญชา และ ไอซ์ ตามลำดับ

แนวทางการดำเนินงานของพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ด้านการบำบัดรักษาและการบูรณาการการบำบัดรักษาทั้ง ๓ ระบบ (สมัครใจ บังคับ ต้องโทษ)

นโยบายด้านการบำบัดรักษาและการบูรณาการการบำบัดรักษาทั้ง ๓ ระบบ จังหวัดปราจีนบุรี ดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล และ คสช. ผู้เสพ คือ ผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษา ทั้ง ๓ ระบบ ตามมาตรฐานการบำบัดรักษา ของกระทรวงสาธารณสุข กรมคุมประพฤติ และกรมราชทัณฑ์

แนวทางการปฏิบัติของจังหวัดปราจีนบุรี คือ

๑) ด้านการค้นหา ตำรวจหรือฝ่ายปกครอง มีหน้าที่ในการค้นหา เมื่อพบผู้เสพ ให้จัดทำบันทึกตามแบบ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๑ ,บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๒ และ บ.๑๐๘-๒๕๕๗-๓ (กรณีพบของกลาง) ส่งให้ ศป.ปส.อ. กรณีค้นหายามวิกาลหรือวันหยุด ให้นัดหมายผู้เสพผู้ติด ไปยัง ศป.ปส.อ. ในวันรุ่งขึ้นหรือวันทำการวันแรก พร้อมแบบบันทึกดังกล่าว ศป.ปส.อ. รับตัวส่งศูนย์คัดกรองอำเภอ

๒) การคัดกรอง โดยศูนย์คัดกรองอำเภอ ซึ่ง ศป.ปส.อ. เป็นหน่วยงานหลัก ทำหน้าที่คัดกรอง และส่งต่อเข้ารับการบำบัดรักษา โดยใช้แบบ คัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ยาและสารเสพติดเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (V.๒) จำแนกประเภท ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติด หรือผู้ติดรุนแรง ส่งตัวเข้าบำบัดในสถานพยาบาล หรือหาก ระหว่างนั้นมีค่ายปรับเปลี่ยนให้ส่งเข้าค่าย และ ศป.ปส.อ. บันทึกผลการคัดกรอง ในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)

๓) การบำบัดรักษา บำบัดฟื้นฟูในค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน ๑๒ วัน ตามหลักสูตรค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดิน หรือบำบัดฟื้นฟูในสถานพยาบาล ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข หากขาดการบำบัดให้สถานพยาบาลนั้น จำหน่ายออกจากการบำบัด และแจ้งผลการบำบัดให้ ศป.ปส.อ. ทราบ

๔) การติดตาม ผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูจะต้องไปรายงานตัวที่ศูนย์เพื่อประสานการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูอำเภอภายใน ๑๐ วันนับจากวันที่ออกหนังสือรับรองเป็นผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู และ ส่งตัวเพื่อการดูแลต่อเนื่องจากค่ายศูนย์ขวัญแผ่นดินหรือสถานพยาบาล โดยศูนย์เพื่อประสานการดูแลระดับอำเภอต้องตรวจสอบรายชื่อในระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.) ให้คำปรึกษาแนะนำเพื่อเตรียมความพร้อมการติดตามดูแลช่วยเหลือ เข้าสู่กระบวนการติดตามดูแลช่วยเหลือ โดยมอบหมายผู้ทำหน้าที่ติดตามดูแลช่วยเหลือ

ทั้งนี้ ให้ ศป.ปส.อ. เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ และบันทึกข้อมูลระบบระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ(บสต.)

๒.๒ ศักยภาพด้านบุคลากร คุณภาพสถานพยาบาล การให้บริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

๑) การจัดระบบบริการและมาตรฐานบุคลากร

ประเภทสถานพยาบาล	จำนวน (แห่ง)	สถานบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพยาเสพติด (HA)	การจัดระบบบริการและมาตรฐานบุคลากร						
			จัดบริการป้องกันคัดกรองบำบัดฟื้นฟูและติดตามผู้ผ่านการบำบัด	จัดบริการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยนอก (๑-๔ เดือน)	จัดบริการฟื้นฟูผู้ป่วยในระยะยาว (๑-๔ เดือน)	จัดบริการบำบัดรักษาระยะวิกฤติฉุกเฉิน	บริการ Harm reduction	มีบุคลากรแพทย์ที่ผ่านการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติด (๓ วัน)	พยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด
รพศ	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	-	๑
รพท.	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑	-	-
รพช.	๕	๕	๕	๕	๕	-	๕	๒	๒
รพ.สต.	๙๓	-	๙๓	๙๓	-	-	๙๓	-	-

๒) รูปแบบการบำบัดยาเสพติดที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน

โรงพยาบาล / รพ.สต. ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดตามระดับการให้บริการบำบัดรักษา ดังนี้

ข้อมูลระดับสถานพยาบาล ภายในจังหวัดปราจีนบุรี

- รพศ. (A) จำนวน ๑ แห่ง (รพศ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร)
- รพท. (M๑) จำนวน ๑ แห่ง (รพท.กบินทร์บุรี)
- รพช. (F๒) จำนวน ๕ แห่ง (รพช.ประจันตคาม, รพช.ศรีมหาโพธิ์ รพช.นาดี ศรีมโหสถ และ รพ.บ้านสร้าง)

ศักยภาพการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษายาเสพติด

	ผู้ป่วยนอก
รพศ. (A)	ผู้ป่วยนอกพบแพทย์ ไม่รวมกลุ่มบำบัด (OPD ยาเสพติด ๒๐ คน/สัปดาห์) กลุ่มบำบัด ๓๐ คน/สัปดาห์ (พบจิตแพทย์๑ วัน/สัปดาห์ วันอื่นแพทย์ทั่วไป) ผู้ป่วยนอกทำกลุ่มบำบัดกลุ่มละ ๕-๑๒ คน/กลุ่ม สัปดาห์ละ ๑๐-๑๒ กลุ่ม กลุ่มติด สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง จันทร์ พุธ ศุกร์ ๓ กลุ่ม/วัน กลุ่มเสพ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
รพท. (M๑)	ผู้ป่วยนอกพบแพทย์ ไม่รวมกลุ่มบำบัด (OPD ยาเสพติด ๒๐ คน/สัปดาห์) กลุ่มบำบัด ๒๕ คน/สัปดาห์ (พบจิตแพทย์๑ วัน/เดือน วันอื่นแพทย์ทั่วไป) ผู้ป่วยนอกทำกลุ่มบำบัดกลุ่มละ ๕-๑๐ คน/กลุ่ม สัปดาห์ละ ๕ กลุ่ม กลุ่มติด สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง จันทร์ พุธ ศุกร์ ๓ กลุ่ม/วัน

	กลุ่มเสพ สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง
รพช. (F๒)	ผู้ป่วยนอก ๕-๗ คน/วัน (ร.พ.ศรีมหาโพธิ ๒๑ คน ต่อวัน)
รพ.สต	ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง ว่าเป็นผู้ใช้

รูปแบบการบำบัดรักษายาเสพติดที่ดำเนินการในปัจจุบัน

	ผู้ป่วยนอก
รพศ. (A)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI) Cognitive Behavior Therapy (CBT)
รพท. (M๑)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI)
รพช. (F๒)	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI) Matrix Program Motivational Interviewing(MI) Cognitive Behavior Therapy(CBT) (รพ.ประจันตคาม)
รพ.สต.	Brief Advice(BA) Brief Intervention (BI)

Cognitive Behavior Ty

จังหวัดปราจีนบุรี ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพและระบบบริการด้านการรักษายาเสพติด มีการพัฒนาตาม Gap Analysis ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ตรงตามสาขายาเสพติด (Service Plan) บุคลากรมีศักยภาพการดำเนินงานของกลุ่มเป้าหมาย การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์/ รพท. /รพช. /รพ.สต.

การพัฒนาระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญสาขายาและสารเสพติด (Service Plan) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน ๙๓ แห่ง

พัฒนาศักยภาพด้านการบำบัดรักษายาเสพติด รพ.สต.จังหวัดปราจีนบุรี มีศักยภาพสูงกว่าตาม Service plan และดำเนินการเชิงรุกร่วมกับหมู่บ้าน ชุมชน วัดและโรงเรียน **โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๕ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไปจำนวน ๑ แห่ง**

ศักยภาพด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ มีศักยภาพในการบำบัดรักษาครบ ๔ ขั้นตอน และดำเนินการเชิงรุกร่วมกับหมู่บ้าน ชุมชน วัดและโรงเรียน ในปี ๒๕๕๗ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จัดพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้วยหลักสูตร BA , BI และ Matrix Program ในปี ๒๕๕๙ และ ปี ๒๕๖๐ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม หลักสูตรการบำบัดฟื้นฟูรูปแบบการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยยาเสพติดจำนวน ๑๑๐ คน หลักสูตรการบำบัดรักษาผู้ป่วยเสพติดสุรา จำนวน ๓ คน

ศักยภาพด้านบุคลากร จังหวัดปราจีนบุรี มีพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช ๓ โรงพยาบาล และมีแผนเข้ารับการอบรม หลักสูตรเวชศาสตร์สารเสพติด ของเขตสุขภาพที่ ๖ จำนวน ๖ คน ระหว่างวันที่ ๔ – ๘ มิถุนายน ๒๕๖๑ และ วันที่ ๑๘ – ๒๒ มิถุนายน ๒๕๖๑

โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๑ แห่ง

ศักยภาพด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพ มีศักยภาพในการบำบัดรักษาครบ ๔ ขั้นตอน (ไม่มีผู้ป่วยใน) ทั้งผู้ป่วยสารเสพติด สุรา และบุหรี่ รวมทั้งผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต การรักษาขั้นฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกรูปแบบการรักษา BI , MI , และ CBT สามารถบำบัดรักษา รูปแบบ Cognitive Behavior Therapy (CBT)

ศักยภาพด้านบุคลากร จังหวัดปราจีนบุรี มีจิตแพทย์และพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หรือสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช มีนักจิตวิทยาคลินิก และนักสังคมสงเคราะห์

การจัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

จังหวัดปราจีนบุรี เป็นจังหวัดเป้าหมายตามนโยบายเร่งรัดพัฒนาระบบการลดอันตรายจากยาเสพติด (๓๗ จังหวัด) ในระดับจังหวัดได้มีนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่ง จัดบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในหน่วยงานตามแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยเน้นการจัดบริการด้านสุขภาพการลดอันตรายจากการใช้ยาผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีอื่นๆ ในการดูแลผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ตามมาตรฐานการลดอันตรายจากการใช้ยา ประกอบด้วย

๑) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษพิษภัยยาเสพติด การป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วันโรคและไวรัสตับอักเสบบีและซี

๒) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอช ไอ วี โดยสมัครใจ และส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาด้ายยาต้านไวรัส

๓) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการให้คำปรึกษาตรวจหาละส่งต่อเข้ารับบริการดูแลรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีและซี

๔) หน่วยบริการทุกแห่ง สนับสนุนให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี

๕) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาวัณโรค

๖) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการคัดกรอง ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวช

๗) หน่วยบริการทุกแห่ง จัดบริการใช้ยาเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

นโยบายการดำเนินงานของเขตสุขภาพ

เป้าหมายการพัฒนาระบบบริการด้านยาเสพติด

๑) สร้างเจตคติ การมีส่วนร่วม และความตระหนักรู้ของสังคมชุมชนที่ถูกต้องต่อผู้เสพผู้ติดยาเสพติดและการป้องกัน

๒) พัฒนาระบบบริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินด้านยาเสพติดและการส่งต่อ

๓) ผู้ป่วยยาเสพติดได้เข้าถึงบริการบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐานและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

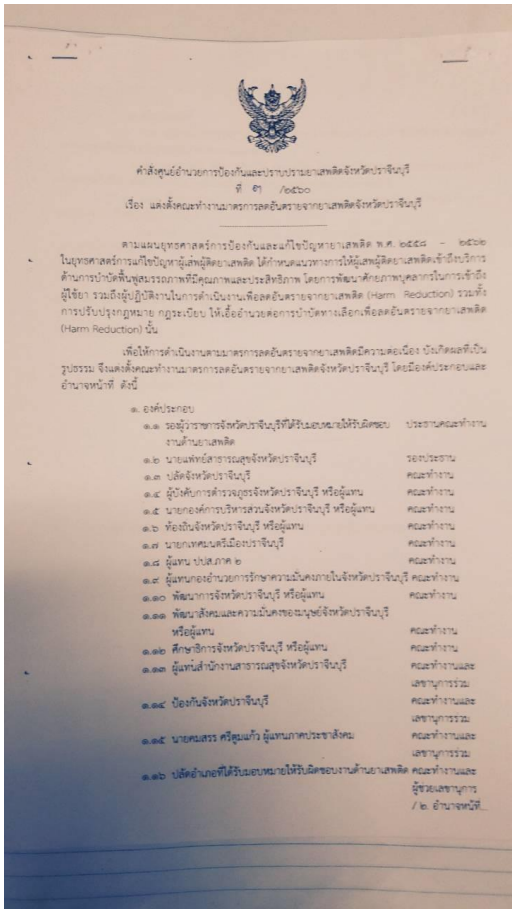
๔) พัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction) เน้นพื้นที่ ๓๗ จังหวัด

๕) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานบำบัดรักษามีความรู้ความชำนาญเฉพาะด้านยาเสพติด

๖) สถานพยาบาลและสถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดเพียงพอ มีมาตรฐาน ได้รับการรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด)

เป้าหมายการพัฒนา

๑) จัดตั้งและมีการดำเนินงานของคณะกรรมการบำบัดรักษา และคณะกรรมการลดอันตรายจากยาเสพติด (เฉพาะพื้นที่ ๓๗ จังหวัด) จังหวัดปราจีนบุรีมีการจัดตั้งคณะทำงานลดอันตรายจากยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี ตามคำสั่ง ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี ที่ ๓/๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๖๐



คำสั่งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี
ที่ ๓ /๒๕๖๐
เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี

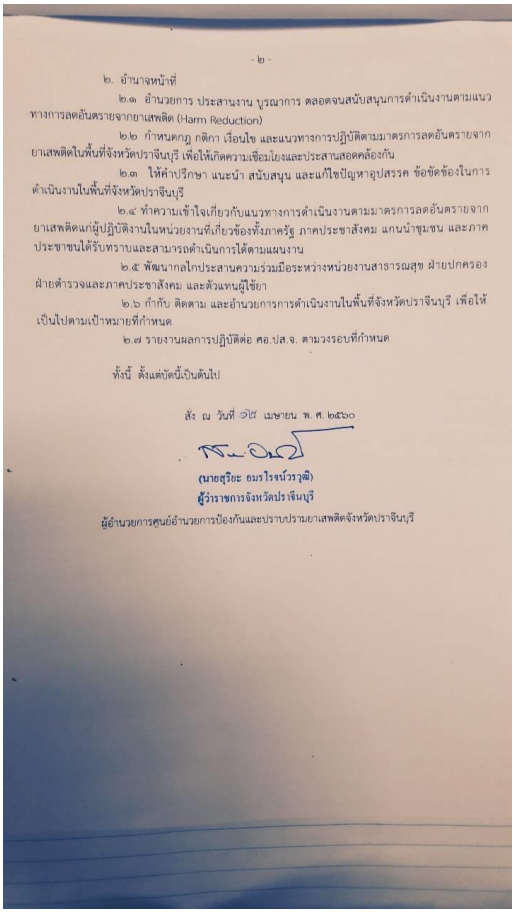
ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. ๒๕๕๘ – ๒๕๖๒ ในยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ได้กำหนดแนวทางการให้ผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเข้าถึงบริการด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเข้าถึงผู้ใช้ยา รวมถึงผู้ปฏิบัติงานในการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) รวมทั้งการปรับปรุงกฎหมาย กฎระเบียบ ให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดทางเลือกเพื่อลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) นั้น

เพื่อให้การดำเนินงานตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดมีความต่อเนื่อง บังเกิดผลเป็นรูปธรรม จึงแต่งตั้งคณะทำงานมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี โดยมีองค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ รองผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรีที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด	ประธานคณะทำงาน
๑.๒ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี	รองประธาน
๑.๓ ปลัดจังหวัดปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๑.๔ ผู้บัญชาการตำรวจภูธรจังหวัดปราจีนบุรี หรือผู้แทน	คณะทำงาน
๑.๕ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดปราจีนบุรี หรือผู้แทน	คณะทำงาน
๑.๖ ท้องถิ่นจังหวัดปราจีนบุรี หรือผู้แทน	คณะทำงาน
๑.๗ นายกเทศมนตรีเมืองปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๑.๘ ผู้แทน ปปส.ภาค ๒	คณะทำงาน
๑.๙ ผู้แทนกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายในจังหวัดปราจีนบุรี	คณะทำงาน
๑.๑๐ พัฒนาการจังหวัดปราจีนบุรี หรือผู้แทน	คณะทำงาน
๑.๑๑ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปราจีนบุรี หรือผู้แทน	คณะทำงาน
๑.๑๒ ศึกษาธิการจังหวัดปราจีนบุรี หรือผู้แทน	คณะทำงาน
๑.๑๓ ผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี	คณะทำงานและเลขานุการร่วม
๑.๑๔ ป้องกันจังหวัดปราจีนบุรี	คณะทำงานและเลขานุการร่วม
๑.๑๕ นายคมเสว ศรีคุมแก้ว ผู้แทนภาคประชาสังคม	คณะทำงานและเลขานุการร่วม
๑.๑๖ ปลัดอำเภอที่ได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านยาเสพติด	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

/๒. อำนาจหน้าที่...



- ๒ -

๒. อำนาจหน้าที่

๒.๑ อำนวยการ ประสานงาน บูรณาการ ตลอดจนสนับสนุนการดำเนินงานตามแนวทางการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction)

๒.๒ กำหนดกฎ กติกา เงื่อนไข และแนวทางการปฏิบัติตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงและประสานสอดคล้องกัน

๒.๓ ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน และแก้ไขปัญหาอุปสรรค ข้อขัดข้องในการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี

๒.๔ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานตามมาตรการลดอันตรายจากยาเสพติดแก่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม แกนนำชุมชน และภาคประชาชนได้รับทราบและสามารถดำเนินการได้ตามแผนงาน

๒.๕ พัฒนากลไกประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ฝ่ายปกครอง ฝ่ายตำรวจและภาคประชาสังคม และตัวแทนผู้ใช้ยา

๒.๖ กำกับ ติดตาม และอำนวยการการดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี เพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

๒.๗ รายงานผลการปฏิบัติต่อ ศอ.ปส.จ. ตามวงรอบที่กำหนด

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

(นายสุริยะ อมรไชยน์วรวุฒิ)
ผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรี
ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี

๒) มีการวิเคราะห์และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ การรับส่งต่อ การลดอันตรายจากยาเสพติด การพัฒนาบุคลากร การพัฒนาสถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกระบบในพื้นที่

๓) ผู้ป่วยยาเสพติดได้รับการคัดกรอง ประเมิน บำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนดและมีการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา

๔) สถานพยาบาล สถานฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดทุกระบบ ได้รับการพัฒนา และรับรองคุณภาพ (HA ยาเสพติด) ครบทั้ง ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (มี ๑ แห่ง คือ รพ.ศรีมหาโพธิ ดำเนินการ Re accredit เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

๕) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านยาเสพติดได้รับการพัฒนาความรู้ความชำนาญเฉพาะด้าน โดยส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และ

๒๕๖๑ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ๗ หลักสูตร ๒๕ คน เพื่อรองรับการบำบัดรักษายาเสพติด จากทุกระบบการบำบัดรักษา ๖) พัฒนาระบบบริการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm reduction)

๗) มีการบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต. ที่ครบถ้วน ทันเวลา

จังหวัด(ศป.ปส.จ.)/สสจ.

จังหวัดปราจีนบุรี /ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี ได้จัดทำแผนประชารัฐ ร่วมใจ ปลอดภัยยาเสพติด จังหวัดปราจีนบุรี พ.ศ. ๒๕๖๑ เพื่อให้ทุกหน่วยงานได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ และได้มอบหมายให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรีเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานแผนบำบัดรักษายาเสพติด ซึ่งประกอบด้วย ๒ ยุทธศาสตร์คือ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การแก้ไขปัญหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างและพัฒนาระบบรองรับการคืนคนดีให้สังคม

โดยมีวัตถุประสงค์ของแผน เพื่อให้ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด เข้าถึงบริการสาธารณสุข สามารถตระหนักถึงโทษและพิษภัยยาเสพติด เข้าใจปรับสภาพการดำรงชีวิต และลดอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตนเองและบุคคลอื่นในสังคม

เป้าหมายแผน

ผูเสพ ผูติดยาเสพติดไดรับการบำบัดรักษา ติดตาม ชวยเหลือตามกำหนด โดย

๑) นำผูเสพ ผูติดยาเสพติดเขาสูกระบวนการบำบัดรักษา จำนวน ๑,๐๑๙ ราย

๑.๑) ระบบสมัครใจ จำนวน ๕๓๐ ราย

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี ๔๓๐ ราย
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรีจำนวน ๑๐๐ ราย

๑.๒) ระบบบังคับบำบัด จำนวน ๑,๑๖๑ ราย

- สำนักงานคุมประพฤติจังหวัดปราจีนบุรี/กบินทร์บุรี (ควบคุมตัว) จำนวน ๗๐๑ ราย
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี (ไมควบคุมตัว) จำนวน ๔๘๙ ราย

๒) ติดตามดูแลชวยเหลือผูผานการบำบัดรักษายาเสพติด

๓) พัฒนากระบวนการการบำบัดรักษาผูเสพผูติดยาเสพติดใหมีคุณภาพ เพื่อให้ผูปวยที่ใชยาเสพติดหยุดเสพตอเนื่อง ๓ เดือน หลังการบำบัดรักษาทุกระบบ

๔) พัฒนากระบวนการใหบริการดานการบำบัดรักษาผูเสพผูติดยาเสพติด เพื่อให้ผูเขารับการบำบัดรักษาคงอยูในระบบบำบัดรักษา

๕) ลดผลกระทบของยาเสพติดในมิติดานสุขภาพและดานสังคม เพื่อสรางความมั่นใจใหกับประชาชน

๓.ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (*ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น*)

๓.๑ ข้อมูลเชิงปริมาณ ตามตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่อง ร้อยละ ๗๐ (เป็นข้อมูลสะสมตั้งแต่ ๑ ต.ค. ๒๕๖๐ – ๓๐ เมษายน ๒๕๖๑) รายงานสะสมเป็นรายไตรมาส (๓ เดือน ๖ เดือน ๙ เดือน ๑๒ เดือน)

อำเภอ	รายการข้อมูล					หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาเทียบกับเป้าหมาย -สมัครใจ(ส) -บังคับบำบัด(บ) (ผลงาน../ เป้าหมาย...)	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนดและหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือนหลังจำหน่าย (A) -สมัครใจ -บังคับบำบัด	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายทั้งหมด -สมัครใจ -บังคับบำบัด	จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด (B) -สมัครใจ -บังคับบำบัด	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องร้อยละ 70 (A/B) × 100 -สมัครใจ -บังคับบำบัด	ผู้ป่วยทุกระบบที่ได้รับการบำบัดรักษา
เมืองปราจีนบุรี	ส)๒๑/๑๒๐ บ)๕๙/๑๑๐	๑๐๘ ๘	๑๐๘ ๘	๑๐๘ ๘	๑๐๐ ๑๐๐	
บ้านสร้าง	ส)๙/๒๐ บ)๑๘/๓๙	๐ ๐	๐ ๐	๐ ๐	๐ ๐	
ศรีมโหสถ	ส)๔/๒๐ บ)๑๗/๓๕	๐ ๐	๐ ๐	๐ ๐	๐ ๐	
ศรีมหาโพธิ	ส)๓๖/๘๐ บ)๓๗/๘๐	๑๒ ๑	๑๒ ๑	๑๒ ๑	๑๐๐ ๑๐๐	
ประจันตคาม	ส)๑๒/๔๖ บ)๒๑/๓๐	๑ ๐	๑ ๐	๑ ๐	๑๐๐ ๐	
กบินทร์บุรี	ส)๓๒/๑๒๐ บ)๗๐/๑๓๕	๑๕ ๐	๑๕ ๐	๑๕ ๐	๑๐๐ ๐	
นาดี	ส)๑๓/๒๔ บ)๓๙/๖๐	๘ ๐	๘ ๐	๘ ๐	๑๐๐ ๑๐๐	
รวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ เม.ย. ๖๑)	**ส)๑๒๗/๔๓๐ บ)๓๐๑/๔๘๙**	**๑๔๔ ๑๗**	**๑๔๔ ๑๗**	**๑๔๔ ๑๗**	**๑๐๐ ๑๐๐**	

๓.๒ *ข้อมูลผลการดำเนินงานเชิงปริมาณและคุณภาพ* (วิเคราะห์ตามกรอบ 6 Building Blocks ภาพรวม) แบบย่อ

(๑) การตั้งคณะกรรมการด้านการบำบัดรักษายาเสพติด และ คณะกรรมการพัฒนาการลดอันตรายจาก ยาเสพติด (๓๗จังหวัด)

จังหวัดปราจีนบุรี ได้มีคำสั่งแต่งตั้งศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี ตามคำสั่งจังหวัดปราจีนบุรี ที่ ๓๒๒๐ /๒๕๖๐ ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๐ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดปราจีนบุรี เป็นผู้อำนวยการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี เป็นรองผู้อำนวยการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นคณะทำงาน มีหน้าที่ คือ อำนวยการ ประสานงาน กำกับ ติดตามการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และแผนยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด รวมทั้งให้ให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน และแก้ไขปัญหาอุปสรรค ข้อขัดข้อง ในการดำเนินงานบำบัดรักษาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ติดตาม ดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดทุกระบบ อย่างครบวงจร และแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณากิจกรรมการฝึกอาชีพโครงการติดตามช่วยเหลือสร้างอาชีพและสงเคราะห์ผู้กระทำความผิดในชุมชน

(๒) แผนพัฒนาระบบบริการการบำบัดรักษายาเสพติด และแผนการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากยาเสพติด (๓๗ จังหวัด) (แนบเอกสารแผน)

ในปี ๒๕๖๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปราจีนบุรี จะจัดพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับ รพ.สต./รพ.ทุกแห่ง/สสอ.ทุกแห่ง และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพการให้คำแนะนำและบำบัด/ปรึกษาเบื้องต้นผู้มีปัญหาสารเสพติด เพื่อบูรณาการและพัฒนาระบบงานยาเสพติด /การลดอันตราจากการใช้ยาเสพติด ของจังหวัดปราจีนบุรี ในภาพรวมของจังหวัด ในวันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมทวารวดี ชั้น ๔ ศาลากลางจังหวัดปราจีนบุรี โดยบูรณาการงบประมาณ จากศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดปราจีนบุรี ในการสนับสนุนงบประมาณ และดำเนินการในภาพรวมของจังหวัดปราจีนบุรี และส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี และ ๒๕๖๑ ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม ๗ หลักสูตร ๒๕ คน เพื่อรองรับการบำบัดรักษายาเสพติด จากทุกระบบการบำบัดรักษา

๑) การจัดระบบบริการ การป้องกัน,การคัดกรอง, การบำบัดรักษา, การรับส่งต่อ, มาตรการHarm reduction, การติดตามการรักษา

การจัดระบบบริการ	
ด้านการป้องกัน	- มีการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ในชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ เพื่อลดผู้เสพรายใหม่ - ดำเนินการรณรงค์ให้ความรู้ประชาชน และเยาวชนทั้งในและนอกสถานศึกษา เรื่องโทษพิษภัยของยาเสพติด โดยบูรณาการกิจกรรมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายในจังหวัด และสนับสนุนวิทยากรร่วมให้ความรู้ในชุมชน สถานศึกษา และสถานประกอบการ
ด้านการค้นหาและการคัดกรอง	- การค้นหาหน่วยบริการในพื้นที่ ร่วมกับ ศป.ปส.อ.ดำเนินการค้นหาผู้เสพในชุมชน/ สถานศึกษา - จัดตั้งและพัฒนาศูนย์เพื่อการคัดกรองผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติดระดับอำเภอ และจัดทำคำสั่งแต่งตั้งบุคลากรในการดำเนินงานศูนย์เพื่อการคัดกรองระดับอำเภอ จำนวน ๗ แห่ง ให้สามารถจัดบริการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อการดำเนินงานในพื้นที่ - ให้บริการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดโดยใช้แบบคัดกรองกระทรวงสาธารณสุข (V๒) แบกประเภทตามระดับการใช้ยาเสพติด และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัด

	ในรูปแบบต่าง ๆ โดยในช่วง ตุลาคม-พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ได้มีการคัดกรองเข้าสู่กระบวนการบำบัด จำนวน ๔๔ คน - พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่คัดกรอง เพื่อให้มีสมรรถนะด้านการคัดกรอง ผู้ใช้/ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสติด
ด้านการบำบัดรักษา	- จังหวัดปราจีนบุรี มีกลไกรองรับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจ และระบบบังคับบำบัด มีโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ให้บริการ บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ตาม พรบ.ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดปี ๒๕๔๕ จำนวน ๗ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สามารถให้บริการบำบัดรักษา จำนวน ๙๓ แห่ง นอกจากนี้ยังมีการ จัดตั้งศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดระดับจังหวัด ๑ แห่ง รองรับผู้เสพในระบบสมัครใจจากคำสั่ง คสช.ที่ ๑๐๘/๒๕๕๗ - พัฒนาศักยภาพทีมผู้บำบัดอย่างต่อเนื่อง (ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมหลักสูตร Matrix Program ,จัดอบรมบุคลากรในรพ./รพ.สต.ในหลักสูตร BA BI และการสร้างแรงจูงใจ) เพื่อเตรียมความพร้อมในการรองรับ ผู้เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งในระดับโรงพยาบาลจังหวัด อำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล - พัฒนาการดำเนินงานยาเสพติดตามคู่มือการปฏิบัติงาน(Standard Operating Procedure)การดำเนินงานการดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขและ Service plan และสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยบริการพัฒนาการดำเนินงานในเครือข่ายบริการ - จัดทำแนวทางการให้บริการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด และการติดตามผู้ผ่านการบำบัดในระดับจังหวัด ตามแนวทางการปรับเปลี่ยนนโยบายการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาระดับประเทศ
ด้านการส่งต่อ	- ร่วมกับสำนักงานคุมประพฤติจังหวัดปราจีนบุรี/กบินทร์บุรี จัดทำแนวทางการดำเนินงาน ในระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว และแนวปฏิบัติในการส่งต่อเข้ารับบริการ บำบัดรักษาในสถานพยาบาล
การติดตาม ผู้ผ่านการบำบัด	- จัดระบบการติดตามผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ที่ผ่านการบำบัด @ ผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดในระบบการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก (Matrix Program) ติดตามโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับอาสาสมครสาธารณสุข @ ผู้เสพ/ผู้ติดที่ผ่านการบำบัดในรูปแบบค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระบบบังคับบำบัด ดำเนินการตามนโยบาย คสช.๑๐๘/๕๗ ติดตามโดย กำนัน

	ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครคุมประพฤติ
มาตรการHarm reduction	- สถานบริการทุกแห่ง จัดบริการ Harm reduction ตามศักยภาพของหน่วยงาน ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข

ผลการดำเนินงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด

ตาราง แสดงจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด จังหวัดปราจีนบุรี

ระบบบำบัด	เป้าหมาย (คน)	ผลงาน (คน)	% ตามเป้าหมาย
ระบบสมัครใจ			
- Matrix Program	๔๓๐	๑๒๗	๒๙.๕๓
- ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ระบบบังคับบำบัด (รูปแบบไม่ควบคุมตัว)	๔๘๙	๓๐๑	๖๑.๕๕
รวม	**๑,๐๑๙**	**๖๕๕**	**๖๔.๒๗**

ตาราง แสดงจำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด ระบบสมัครใจ ตามเป้าหมาย แยกรายอำเภอ จังหวัดปราจีนบุรี ปี ๒๕๖๑

อำเภอ	เป้าหมายรวม	ผลการดำเนินงาน							
		Matrix P.			ค่ายปรับเปลี่ยน			รวม	ร้อยละ
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ		
เมืองปราจีนบุรี	๑๔๐	๑๒๐	๒๑	๑๗.๕	๒๐	๒๐	๑๐๐	๔๑	๒๙.๓
บ้านสร้าง	๓๐	๒๐	๙	๔๕	๑๐	๑๐	๑๐๐	๑๙	๖๓.๓
ศรีมโหสถ	๓๐	๒๐	๔	๒๐	๑๐	๑๐	๑๐๐	๑๔	๔๖.๗
ศรีมหาโพธิ	๑๐๐	๘๐	๓๖	๔๕	๒๐	๒๐	๑๐๐	๕๖	๕๖
ประจันตคาม	๕๖	๔๖	๑๒	๒๖.๑	๑๐	๑๐	๑๐๐	๒๒	๓๙.๓
กบินทร์บุรี	๑๔๐	๑๒๐	๓๒	๒๖.๗	๒๐	๒๐	๑๐๐	๕๒	๓๗.๑
นาดี	๓๔	๒๔	๑๓	๕๔.๒	๑๐	๑๐	๑๐๐	๒๓	๖๗.๖
รวม	**๕๓๐**	**๔๓๐**	**๑๒๗**	**๒๙.๕**	**๑๐๐**	๑๐๐	๑๐๐	**๒๒๗**	**๔๒.๘**

๒) การอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร (หลักสูตรเฉพาะทางสำหรับแพทย์,พยาบาล หลักสูตรเวชศาสตร์ฉุกเฉิน หลักสูตร Harm reduction หลักสูตรผู้เยี่ยมสำรวจเพื่อการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล)

จังหวัดปราจีนบุรี ได้มีการจัดทำแผนในการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐาน พบยส.และ Service Plan สนับสนุนการดำเนินงานด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด ตามระดับสถานบริการ

หลักสูตร/องค์ความรู้	รพศ.(A)	รพท. (M๑)	รพช.(F๒)	รพ.สต.
Brief Advice(BA)	/	/	/	/
Brief Intervention (BI)	/	/	/	/
การคัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด	/	/	/	/
Matrix Program	/	/	/	/
Motivational Interviewing(MI)	/	/	/	
Cognitive Behavior Therapy(CBT)	/	/	/	
พยาบาลยาและสารเสพติด	/	/	/	

๓) การพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (รพ.,ค่ายสมัครใจ,หน่วยบำบัดระบบบังคับบำบัด,หน่วยบำบัดระบบต้องโทษ)

ประเภท	จำนวน(แห่ง)	การรับรองคุณภาพ	รอส่งประเมิน
รพศ	๑	๑	๐
รพท.	๑	๑	๐
รพช	๕	๕	๐
ศูนย์วิวัฒน์	๗	๗	๐

การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล สถานบำบัดในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีจำนวนทั้งสิ้น ๗ แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพสถานพยาบาลด้านยาเสพติด แล้วทั้ง ๗ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐และในปี ๒๕๖๑ ได้จัดทำแผนในการพัฒนาสถานบริการเพื่อขอรับการประเมิน Re– accreditation จำนวน ๑ แห่ง คือโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ เข้าประเมินแล้ว เมื่อวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

๔) การดำเนินงานเชิงบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่ในบทบาทหน่วยงานกำกับดูแลด้านมาตรฐานการบำบัดรักษา

ด้านการค้นหาและการคัดกรอง	- มีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกับศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอำเภอ/จังหวัด และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการค้นหาผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ในพื้นที่ และนำเข้าสู่กระบวนการคัดกรองตามแนวทาง ประกาศ ป.ป.ส. ๒๕๖๐
ด้านการบำบัดรักษา	- บูรณาการดำเนินงานร่วมกับสำนักงานคุมประพฤติจังหวัด ในการส่งผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัด ตามระดับของการใช้ยาเสพติดในรูปของคณะอนุกรรมการฟื้นฟูฯ ระดับจังหวัด - บูรณาการดำเนินงานร่วมกับศูนย์ยาเสพติดจังหวัดในการควบคุมและกำกับมาตรฐานการดำเนินงานศูนย์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้เสพยาเสพติดระดับจังหวัดด้านมาตรฐานการบำบัด วิทยากร - กำกับดูแลมาตรฐานการบำบัดของศูนย์วิวัฒน์พลเมือง ในพื้นที่ จำนวน ๗ ศูนย์ - พัฒนาศักยภาพทุกหน่วยงาน และพัฒนาเครือข่ายความเชื่อมโยงการบริการฯ และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้มีความชัดเจนในแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน
การติดตามผู้ผ่านการบำบัดลดการเสพซ้ำ	- พัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้งระบบการรายงาน และระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้ครบถ้วนถูกต้อง เพื่อสะดวกต่อการค้นหา และการติดตามดูแลช่วยเหลือผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้ทันสถานการณ์และต่อเนื่อง - สนับสนุนชุมชนกระบวนการดูแลผู้ผ่านการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการเสพซ้ำ

๕) ความสำเร็จของการนำเข้าข้อมูลในระบบข้อมูล บสต. (ระบบสมัครใจ ระบบบังคับ ระบบต้องโทษ ข้อมูลการติดตาม)

อำเภอ	ลงทะเบียน	คัดกรอง	บำบัด	ส่งต่อ	ติดตาม
เมือง	๒๑๖	๙๐	๒๔	๑	๑๘๗
บ้านสร้าง	๓	๓	๐	๐	๔๔
ศรีมโหสถ	๑	๐	๐	๐	๗
ศรีมหาโพธิ	๒๑	๑๗	๑	๐	๒
ประจันตคาม	๒	๒	๙	๐	๑๐๕
กบินทร์บุรี	๑๑๒	๓๒	๑๙	๐	๐
นาดี	๑	๐	๙	๐	๒๒

รวม	๓๕๗	๑๔๓	๖๒	๑	๓๙๙

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน	**ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย**
เป็นนโยบายระดับชาติ ผู้บริหารให้ความสำคัญและติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและมีการบูรณาการดำเนินงานทั้งในระดับจังหวัดและพื้นที่	นโยบายการดำเนินงานในระดับประเทศ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยและ ขาดความชัดเจนในการดำเนินงาน รวมทั้งการตั้งเป้าหมายการดำเนินงานไม่ชัดเจน
	การย้ายที่อยู่ของผู้ผ่านการบำบัด ทำให้ไม่สามารถติดตามตามระยะเวลาที่กำหนดได้
ปัจจัยที่เอื้อต่อความสำเร็จในการดำเนินงาน	**ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการดำเนินงาน ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย**
	ระบบการบันทึกข้อมูลและระบบรายงานยาเสพติดผ่านอินเตอร์เน็ต (บสต.) โปรแกรมยังมีปัญหาเชิงเทคนิค คือ สถานบำบัดรักษา ไมในฐานข้อมูลที่ กระทรวงสาธารณสุข ส่งให้สำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน รายสถานพยาบาล มีความซ้ำซ้อน และไม่เป็นปัจจุบัน ทำให้เกิดปัญหา ในการนำเข้าข้อมูล การส่งต่อระหว่างหน่วยงาน รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานยังแยกส่วนกัน ทำให้การบันทึกข้อมูลในระดับจังหวัดยังขาดประสิทธิภาพ

สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

๑. สถานการณ์

๑.๑ จังหวัดปราจีนบุรี มีโรงพยาบาลทั้งหมด ๗ แห่ง แบ่งเป็น โรงพยาบาลระดับ A จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร, ระดับ M๑ จำนวน ๑ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลกบินทร์บุรี และระดับ F๒ จำนวน ๕ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีมโหสถ โรงพยาบาลบ้านสร้าง โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ โรงพยาบาลนาดี และโรงพยาบาลประจันตคาม

๑.๒ มีโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมินเป็นโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ หรือ RDU ขั้นที่ ๑ จำนวน ๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐.๐

๑.๓ ยังไม่มีโรงพยาบาลในจังหวัดปราจีนบุรีที่ผ่านการประเมิน RDU ขั้นที่ ๒ โดยตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ได้แก่

- การใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลใน ๔ กลุ่มโรค , การใช้ Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ , การใช้ยา NSAIDs ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป และการใช้ยาปฏิชีวนะใน รพ.สต.

สำหรับตัวชี้วัดใน RDU ขั้นที่ ๒ ที่โรงพยาบาลทุกแห่งมีผลงานผ่านเกณฑ์ คือ การไม่ใช้ยา warfarin statins และ ergot ในหญิงตั้งครรภ์

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)	ภาพรวมจังหวัด - **<u>รอบ ๑</u>** (ข้อมูล ต.ค.๖๐-มี.ค.๖๑) - **<u>รอบ ๒</u>** (ข้อมูล ต.ค.๖๐- มิ.ย.๖๑)
๑	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล** (โรงพยาบาลผ่านเงื่อนไขตาม RDU๑ และ รพ.สต.ผ่านเงื่อนไขตาม RDU๒) **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : ๑. RDU ขั้นที่ ๑ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของรพ.ทั้งหมด ๒. RDU ขั้นที่ ๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของรพ.ทั้งหมด	**เป้าหมาย** (จำนวน รพ.ทั้งหมด)	๗	
		ผลงาน ๑. จำนวน รพ. ผ่าน RDU ขั้นที่ ๑	๗	
		RDU ขั้นที่ ๑ ร้อยละ	๑๐๐.๐	
		๒. จำนวน รพ.ผ่าน RDU ขั้นที่ ๒	๐	
		RDU ขั้นที่ ๒ ร้อยละ	๐	

***หมายเหตุ : ร้อยละ RDU ขั้นที่ ๑ คำนวณจาก จำนวน รพ.ที่ผ่านขั้นที่ ๑และขั้นที่๒ รวมกัน เช่น จังหวัด ก. มีจำนวน รพ.ทั้งหมด ๑๐ แห่ง ผ่านเงื่อนไขเฉพาะขั้น ๑ จำนวน ๖ แห่ง และผ่านเงื่อนไขขั้นที่ ๒ จำนวน ๒ แห่ง ดังนั้น ร้อยละของ RDU ขั้นที่ ๑ = (๖+๒) x๑๐๐ /๑๐ = ๘๐%**

ผลการดำเนินงาน RDU ขั้นที่ ๑ และขั้นที่ ๒ จำแนกตามโรงพยาบาล

รายชื่อรพ.	ระดับ A S M๑ M๒ F๑ F๒ F๓	RDU ๑ (ขั้นที่๑)					RDU๑ (ขั้นที่ ๒)							RDU ๒			สรุปผลการประเมิน RDU	
		๑) ร้อยละการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	๒) การดำเนินงานของ PTC ในการชี้นำส่งเสริม RDU	๓) รายการยาที่ควรตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชี รพ.	๔) การจัดทำฉลากมาตรฐาน	๕) การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อยาและส่งเสริมการขายยา	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรค				๕) ร้อยละการใช้Gliben clamide ใน DM สูงอายุ/ไตระดับ ๓	๖) ร้อยละการใช้ NSAIDs ในผู้ป่วยไตระดับ ๓	๗.) จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยา Warfarin, Statin, Ergots	๖) ร้อยละของ รพ.สต. ในเครือข่ายระดับอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ใช้ยาปฏิชีวนะทั้งโรค RI และ AD			ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๒
							๑) URI	๒) AD	๓) FTW	๔) APL				ผ่าน	ทั้งหมด	ร้อยละ		
		ร้อยละ	ระดับ	จำนวน ..... รายการ	ระดับ	ระดับ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	.....ราย					
รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	A	๙๘.๑๘	๓	๑	๔	๓	๒๙.๑๐	๑๒.๒๒	๔๒.๑๓	๑๑.๒๓	๐	๐.๑๙	๐	๑๓	๒๒	๕๙.๐๙	/	x
รพ.กบินทร์บุรี	M๑	๙๓.๓๔	๓	๐	๓	๓	๒๖.๔๙	๒๓.๐๙	๕๕.๕๗	๑๐.๓๓	๒๖.๐๑	๐.๕๙	๐	๑๓	๒๑	๖๑.๙๐	/	x
รพ.ศรีมหาโพธิ	F๒	๙๗.๑๗	๓	๐	๓	๓	๒๓.๑๔	๒๒.๑๒	๕๗.๘๒	๐	๐	๐.๔๒	๐	๖	๑๐	๖๐.๐๐	/	x
รพ.นาดี	F๒	๙๙.๐๘	๓	๑	๓	๓	๙.๙๖	๑๒.๓๒	๕๐.๗๔	๐	๐	๑.๕๐	๐	๗	๑๔	๕๐.๐๐	/	x
รพ.บ้านสร้าง	F๒	๙๘.๑๑	๓	๐	๓	๓	๑๒.๐๘	๒๑.๔๐	๔๙.๖๙	๕.๐	๐	๐.๓๒	๐	๕	๑๐	๕๐.๐๐	/	x
รพ.ประจันตคาม	F๒	๙๙.๓๖	๓	๑	๓	๓	๑๐.๓๑	๑๒.๑๑	๕๗.๔๔	๐	๐	๑.๙๑	๐	๑๔	๑๔	๑๐๐.๐	/	x
รพ.ศรีมโหสถ	F๒	๙๘.๙๘	๓	๐	๓	๓	๗.๒๔	๕.๘๘	๕๐.๐	๐	๐	๑๑.๓๓	๐	๔	๕	๘๐.๐	/	x
เกณฑ์เป้าหมาย		รพ. ระดับ A ≥ ๗๕% S ≥ ๘๐% M๑-M๒ ≥ ๘๕% F๑-F๓ ≥ ๙๐%	ระดับ ๓	≤ ๑ รายการ	ระดับ ๓	ระดับ ๓	≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๒๐	≤ ร้อยละ ๔๐	≤ ร้อยละ ๑๐	≤ ร้อยละ ๕	≤ ร้อยละ ๑๐	๐ ราย	ขั้น ๑ ≥ ร้อยละ ๔๐ ขั้น ๒ ≥ ร้อยละ ๖๐				

สรุปผลการดำเนินงาน

๑) A = จำนวน รพ.ที่ผ่าน
ขั้นที่ ๑ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ....๗..... แห่ง
ขั้นที่ ๒ ภาพรวมจังหวัด จำนวน ....๐.... แห่ง

๒) B = จำนวน รพ. ทั้งหมดในจังหวัด จำนวน ....๗..... แห่ง

๓) C = ร้อยละของโรงพยาบาลที่เป็น รพ.ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในจังหวัด (A/B) x ๑๐๐
ขั้นที่ ๑ คิดเป็นร้อยละ.....๑๐๐.๐.....
ขั้นที่ ๒ คิดเป็นร้อยละ.....๐.....

หมายเหตุ ผลงาน ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑

๓. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๓.๑ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลใน ๔ กลุ่มโรค ยังไม่ผ่านเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง

๓.๒ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใน ๒ โรค คือ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (URI) และโรคท้องร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea) ยังไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ โดยยังเหลืออีก ๓ เครือข่ายรพ. ได้แก่ เครือข่าย รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร ,นาดี และบ้านสร้าง

๓.๓ การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งยังพบอัตราการใช้เกินเกณฑ์ในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี

๔. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดในโรงพยาบาล

การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)

๑. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มีการดำเนินการพัฒนาระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) ในโรงพยาบาล จำนวน ๒ แห่ง คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร และโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ซึ่งมีการควบคุมกำกับโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดของแต่ละโรงพยาบาล ประกอบด้วยตัวแทนจากสหสาขาวิชาชีพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ มีการรายงานเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดตามมาตรฐานที่กำหนดไว้เป็นข้อมูลพื้นฐาน สามารถสร้างระบบการรายงานด่วนในเชื้อที่เฝ้าระวังพิเศษ พร้อมทั้งพัฒนาการบันทึกข้อมูลแบบอิเลกทรอนิกส์ การดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาลได้กำหนดเป็นแนวทางปฏิบัติเพื่อให้มีการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล

๒. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

๒.๑ สรุปผลการดำเนินงาน

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ภาพรวมจังหวัด (ข้อมูล ณ วันที่รับตรวจ)
๑	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)** **เกณฑ์ตัวชี้วัด** : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	**เป้าหมาย** (จำนวน รพศ./รพท.ทั้งหมด)	๒ (รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร และ รพ.กบินทร์บุรี)
		ผลงาน จำนวน รพ. ผ่าน	๒
		ร้อยละ	๑๐๐.๐

๒.๒ รายละเอียดผลการดำเนินงาน รพ.ที่มีระบบจัดการ AMR อย่างบูรณาการ

กิจกรรม AMR	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	รพ.กบินทร์บุรี
๑. การกำหนดนโยบายและมาตรการ โดยทีมบริหารจัดการ AMR **สัมภาษณ์ :** ประธาน หรือแพทย์ผู้นำทีม หรือเลขานุการ คณะกรรมการฯ **หลักฐานที่ต้องดู** ๑. คำสั่งแต่งตั้ง คกก. ๒. รายงานการประชุม ๓. แผนปฏิบัติการ (เป้าหมาย + กลยุทธ์ + กิจกรรม)	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน
๑.๑ คณะกรรมการ มีผู้บริหารเป็นประธาน - มีการตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน AMR หรือ ใช้คณะกรรมการชุดเดิม เช่น ICC / PTC โดยมีการปรับองค์ประกอบ และบทบาทหน้าที่ให้ดำเนินการด้าน AMR - มีผู้บริหารเป็นประธาน เพื่อให้มีการสนับสนุนนโยบายและทรัพยากร	- มี ใช้คณะกรรมการ PTC และ RDU - มี	- มี - มี
๑.๒ มีการกำหนดแพทย์ ๑ ท่านเป็นผู้นำทีมในการจัดการ AMR และมีเภสัชกร/พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ /นักเทคนิคการแพทย์/นักระบาดวิทยา ร่วมในทีม	- มี	- มี
๑.๓ มีการกำหนดเป้าหมายการจัดการ AMR ของโรงพยาบาล	- มี	- มี
๑.๔ มีแผนปฏิบัติการของโรงพยาบาลครอบคลุมกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ - การพัฒนาการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ - การควบคุม กำกับ ดูแลการใช้ยาปฏิชีวนะ - การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ	 - มี - มี - มี	 - มี - มี - มี
๒. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ **สัมภาษณ์ :** นักเทคนิคการแพทย์ **หลักฐานที่ต้องดู** ๑. รายการเชื้อที่ต้อง Alert และ Work flow การ Alert ๒. Antibiogram ๓. รายงานข้อมูลความไวของเชื้อต่อยา ๔. สรุปรายงานเชื้อดื้อยา ๘ ชนิดในกระแสเลือด	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน
๒.๑ สามารถวินิจฉัยเชื้อดื้อยาได้ตามมาตรฐานที่กำหนด - *Acinetobacter* spp.,(ระดับ A,S ต้องวินิจฉัย *Acinetobacter baumannii* ได้) *Enterococcus* spp. (ระดับ A,S ต้องวินิจฉัย *Enterococcus faecium* ได้) *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Salmonella* spp., *Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Streptococcus pneumoniae*	- มี	- มี
๒.๒ มีระบบ Lab Alert ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบอย่างทันท่วงที - มีการกำหนดรายการเชื้อดื้อยาที่ต้องรายงานด่วน - (ควร) มีการกำหนดเชื้อการเฝ้าระวังพิเศษ เช่น CRE , VRSA, VRE - สามารถแสดงช่องทางการรายงานด่วน เช่น ทางโทรศัพท์ line, intranet, E-mail	 - มี - มี - มี	 - มี - มี - มี
๒.๓ จัดทำ Antibiogram อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง - ล่าสุดปี พ.ศ. ..... (รอบที่ ๑ ควรมีปี ๒๕๕๙ , รอบที่ ๒ ควรมีปี ๒๕๖๐) - มีการจัดส่งให้ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์/กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์	 - ล่าสุดปี ๒๕๖๑ - มี	 - ล่าสุดปี ๒๕๖๐ - มี
๒.๔ มีระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเลกทรอนิกส์ - ( ) บันทึกใน Mlab ( ) WHONet ( ) Excel ( ) อื่นๆ - (ควร) เชื่อมโยง micro lab กับ HIS ของโรงพยาบาลได้	 - HOSLAB - ไม่มี	 - บันทึกใน Mlab - ไม่มี
๒.๕ รพ. A และ S มีการรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาและรวบรวมส่งมายัง	- มี	-

กิจกรรม AMR			รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร		รพ.กบินทร์บุรี	
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ (ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สถาบันวิจัยสาธารณสุข) ทุกเดือนอย่างสม่ำเสมอ						
๒.๖ มีรายงานเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ๘ ชนิด ได้แก่ (ข้อมูล มกราคม ๒๕๖๐ – ธันวาคม ๒๕๖๐) - ร้อยละผู้ป่วยติดเชื้อ AMR ในกระแสเลือด (Ax๑๐๐/B) = ... %			ตุลาคม ๒๕๖๐ – มีนาคม ๒๕๖๑ = ๒.๗๙ %		มกราคม ๒๕๖๐ – ธันวาคม ๒๕๖๐ = ๒.๘๑ %	
	AMR	Non AMR	AMR	Non AMR	AMR	Non AMR
A = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ (ราย)	A =		A=๗๕		A = ๖๗	๑๑๑
Acinetobacter baumannii			๙		๑	๖
Pseudomonas aeruginosa			๕		๐	๕
Klebsiella pneumonia			๖		๘	๑๘
Staphylococcus aureus			๐		๒	๑๙
Escherichia coli			๕๑		๕๑	๔๗
Salmonella spp.			๐		๑	๖
Enterococcus faecium			๑		๑	๓
Streptococcus pneumoniae			๓		๓	๗
B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง H/C (ราย)	B=		B = ๒,๖๘๗		B = ๒,๓๘๔	
๒.๗ (อาจเพิ่ม) ติดตามเชื้อดื้อยา ๘ ชนิดในการติดเชื้อตำแหน่งอื่นๆ นอกจากในกระแสเลือด			-.....		-.....	
๓. การดูแลกำกับการใช้ยาในโรงพยาบาล **สัมภาษณ์ :** เภสัชกร **หลักฐานที่ต้องดู** ๑. รายการยาที่ควบคุมการใช้ และผลการดำเนินงาน DUE ๒. DDD ยาปฏิชีวนะ ผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน ๓. มูลค่าการใช้ยากลุ่มเป้าหมาย			(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน		(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน	
๓.๑ มีการประเมินความเหมาะสมในการใช้ยา (DUE, DUR) ในยากลุ่มที่ควบคุมการใช้ (Controlled Antibiotic)			- มี		- มี	
รายการยา Controlled Antibiotics	% Appropriate		% Appropriate		% Appropriate	
๑. Colistin			-		๗๕.๐	
๒. Fosfomycin ๒ g			-		๑๐๐.๐	
๓. Levofloxacin			-		๙๖.๙	
๔. Tazocin (Piperacillin + Tazobactam)			๖๔.๘๑		๑๐๐.๐	
๕. Sulperazon (Cefoperazone + Sulbactam)			๗๑.๖๗		๑๐๐.๐	
๖. Tienam (Imipenem + Cilastatin)			๘๓.๓๔		๑๐๐.๐	
๗. Vancomycin			-		๑๐๐.๐	
๘. Meropenem			๗๑.๘๓		-	
๙. Unasyn (Ampicillin + Sulbactam)			๗๒.๒๒		-	
๑๐.Ertapenam			๗๙.๙๓		-	
๓.๒ (ควร) มีระบบ pre authorization ในยากลุ่มที่จำกัดการใช้ (Restricted Antibiotic)			- มี		- มี	

กิจกรรม AMR	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	รพ.กบินทร์บุรี
๓.๓ (ควร) มีการกำหนดการใช้ยาตาม Evidence base และความไวของเชื้อต่อยาที่สอดคล้องกับ Antibiogram ของ รพ.	- ไม่มี	- มี
๓.๔ มีการติดตามปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วยนอก DDD ยาปฏิชีวนะชนิดรับประทานในผู้ป่วยนอกของรพ. ต่อ ๑,๐๐๐ visits ต่อ วัน (ข้อมูลรอบ ๑ : เม.ย. – ก.ย. ๖๐ รอบ๒ : ต.ค. ๖๐ – มี.ค. ๖๑) DDD /๑๐๐๐ visits/day = ...	 รอบ ๑ = ๓.๖๕ รอบ ๒ =๓.๕๒	 รอบ ๑ = ๕.๓๑ รอบ ๑ = ๔.๕๖
๓.๕ มีการติดตามปริมาณการใช้ยาในผู้ป่วยใน - DDD ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด ต่อ ๑๐๐ วันนอน (ข้อมูลรอบ ๑ : เม.ย. – ก.ย. ๖๐ รอบ๒ : ต.ค. ๖๐ – มี.ค. ๖๑) DDD /๑๐๐ วันนอน = ... - (ควร) มีการเปรียบเทียบ DDD ในแต่ละช่วงเวลาของยากลุ่ม Carbapenem, Colistin, Betalactam/Betalactamase Inhibiotor (BLBI) , 3 rd และ 4 th Cephalosporin, Fluoroquinolone เพื่อแสดงการเปลี่ยนแปลงของปริมาณการใช้ยา	 รอบ ๑ = ๔๗.๕๙ รอบ ๑ = ๔๖.๑๔ - มี	 รอบ ๑ = ๘๗.๖๓ รอบ ๒ = ๘๑.๗๘ - มี
๓.๖ มีการติดตามมูลค่าต้นทุนของการใช้ยาปฏิชีวนะ (รอบที่ ๑ ข้อมูล ๑ เม.ย – ๓๐ ก.ย.๖๐ และ รอบที่ ๒ ข้อมูล ๑ ต.ค.๖๐ – ๓๑ มีค.๖๑) - มูลค่ายาปฏิชีวนะผู้ป่วยนอกและรพ.สต. มูลค่ารวม ..... บาท - มูลค่ายาปฏิชีวนะผู้ป่วยใน มูลค่ารวม ..... บาท มูลค่ายากลุ่มเป้าหมาย Carbapenem ..... บาท Colistin ..... บาท BL/BI ..... บาท Tigecycline ..... บาท Fluoroquinolone ..... บาท	- มี รอบ ๒ = ๗๕๖,๒๕๐.๐๓ (รพ.+รพ.สต.) = ๓,๔๑๗,๐๔๒ =๑,๑๔๔,๗๙๒.๔ = ๑๒๗,๑๑๖ = ๑,๔๒๖,๐๘๖.๐๗ = ๐ = ๒๓๐,๒๒๗.๖๒	-มี รอบ ๒ = ๑,๒๕๒,๓๐๙ (รพ.+รพ.สต.) = ๒,๐๕๖,๖๒๘ = ๑๓๔,๓๒๑ = ๓๑,๖๘๓ = ๔๘๙,๕๕๖ = ๐ = ๑๖๓,๑๐๓
๔. การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล **สัมภาษณ์ :** พยาบาล (ICN) **หลักฐานที่ต้องดู** ๑. รายงานอัตราชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒. รายงานอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนในโรงพยาบาล	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน
๔.๑ สำรวจอัตราชุกของการติดเชื้อใน รพ. (point prevalence surveillance) ปีละ ๑ ครั้ง อัตราชุก =	= ๔.๕๙	= ๒.๒๗
๔.๒ มีสรุปอัตราการติดเชื้อแทรกซ้อนใน รพ. เช่น VAP, CA-UTI, CLABSI ,SSI สม่ำเสมอทุกเดือน		

Target Surveillance	ผลการดำเนินงานล่าสุด	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๑
VAP		๖.๘๙	๓.๗๐
CA-UTI		๒.๐๗	๑.๓๓
CLABSI		๑.๑๙	๐
SSI		-	๑.๑๓
NI		๓.๔๒	๐.๗๕

๔.๒ มีสรุปรายการเชื้อก่อโรค และความไวยาของการติดเชื้อแต่ละตำแหน่ง ปีละ ๑ ครั้ง	- มี	- มี
๔.๓ มีการรายงานข้อ ๔.๑ – ๔.๒ ไปยังสถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	- มี	- มี

กิจกรรม AMR	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	รพ.กบินทร์บุรี
๕ การวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ นำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาล **สัมภาษณ์ :** ประธาน หรือแพทย์ผู้นำทีม หรือเลขานุการ คณะกรรมการฯ **หลักฐานที่ต้องดู** ๑. รายงานการประชุม ที่แสดงผลการวิเคราะห์ AMR ๒. กิจกรรมสำคัญ และระบบกำกับติดตามของ รพ.	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน	(/) ผ่าน ( ) ไม่ผ่าน
๕.๑ มีการติดตามขนาดปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาลที่เป็นปัญหาสำคัญ	- มี	- มี
๕.๒ มีการวิเคราะห์ข้อมูล เช่น - การใช้ยากับความไวของเชื้อต่อยาและขนาดปัญหาเชื้อดื้อยา - แผนภูมิแสดงการใช้ยาอย่างเหมาะสม (% appropriate - DUE) - แผนภูมิแสดงปริมาณการใช้ยา (DDD) และความไวของเชื้อต่อยา - แผนภูมิแสดงจำนวน และสัดส่วนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาที่เป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล แยกตามแหล่งรับเชื้อ(HI/CI) - รายงานความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพที่สำคัญ	- มี	- มี
๕.๓ มีการวิเคราะห์ข้อมูลการติดเชื้อ/การระบาดของเชื้อดื้อยาแยกตามหอผู้ป่วย หรือ PCT และมีการคืนข้อมูลกลับให้หอผู้ป่วย หรือ PCT ที่พบปัญหา AMR	- มี	- มี
๕.๔ มีการสรุปผลวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ด้าน AMR และความเชื่อมโยงของสภาพปัญหา และนำไปสู่มาตรการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา AMR ในโรงพยาบาล - มาตรการและกิจกรรมสำคัญ (Intervention) ของปี ๒๕๖๑ (ระบุ)..... .... - มีรายงานการการกำกับติดตาม การดำเนินกิจกรรมที่กำหนด	การจัดทำ Antibiogram ของ รพ.ให้ง่ายต่อการทำงานมากขึ้น	นำแนวทางการปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาสู่หอผู้ป่วย ได้แก่ 1.จัดทำ Antibiogram รวมทั้งการทวนสอบในเรื่องค่าใช้จ่ายการใช้ Antibiotic Drug Use Evaluation (DUE) ทุกปี เพื่อให้เห็นแนวโน้มของความไวของเชื้อต่อยาต้านจุลชีพ และค่าใช้จ่ายในแต่ละตัว 2.ปรับระบบโดยให้ประธาน IC พิจารณาภายใน 2 วัน ถ้าไม่เหมาะสมสามารถหยุดใช้ยานั้นได้ 3.ปรับแบบประเมินขอใช้ยาแยกแต่ละชนิดได้แก่

กิจกรรม AMR	รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	รพ.กบินทร์บุรี
		Levofloxacin Fosfomycin Imipenem Vancomycin Sulperazone Pipertaz Colistin 4.รายงานการใช้ Antibiotic Drug Use Evaluation (DUE) ผ่าน line IC Kabin เพื่อให้ทันเวลา 5.Case รับ Refer In จากรพ.ที่ใหญ่กว่า ให้standard precaution ร่วมกับ Contact precaution และแยก Zoning ปฏิบัติตาม WI การป้องกันการติดเชื้อดื้อยา PPE environment cleaning รวมทั้ง hand hygiene อย่างเคร่งครัด 6. ลงข้อมูลเชื้อดื้อยาในระบบ HOSxP เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องเห็น เพื่อปฏิบัติตามแนวทางต่อไป

๓. **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)**

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

๓.๑ ขาดแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ/มีประสบการณ์ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๒ มีการเปลี่ยน ICWN บ่อยทำให้การทำงานไม่ต่อเนื่องเกิด under report

๓.๓ การใช้ยาตาม Evidence base และความไวของเชื้อดื้อยา ยังไม่สอดคล้องกับ Antibiogram ของโรงพยาบาล เนื่องจาก Antibiogram ของ โรงพยาบาลยุ่งยากต่อการทำงาน

โรงพยาบาลกบินทร์บุรี

๓.๔ ความรู้ของทีม คณะทำงานที่จะถ่ายทอด และนำพาผู้ปฏิบัติไปสู่การปฏิบัติยังไม่ชัดเจน

๓.๕ สภาพพื้นที่ของโรงพยาบาลที่แออัด ขาดแคลนอุปกรณ์ของใช้ ไม่สามารถแยกผู้ป่วยดื้อยาได้อย่างชัดเจน ทำให้ส่งเสริมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วยได้

๓.๖ ความรู้ของประชาชนต่อการใช้ยาต้านจุลชีพ การเข้าถึงยาต้านจุลชีพที่ง่าย ทำให้ซื้อยารับประทานเองตามความเชื่อเดิม

๓.๗ การควบคุมการใช้ยายังไม่เข้มงวด

สาขาทารกแรกเกิด

ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราตายทารกแรกเกิด ๐-๒๘ วัน ไม่เกิน ๓.๔ : ๑,๐๐๐ การคลอดมีชีพ
- จำนวนเตียง NICU ๑:๕๐๐ การคลอดมีชีพ
- การคัดกรองทารกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน รพ.ระดับ F๒ ≥ ๘๐%

สถานการณ์

- ทารกคลอดมีชีพปี ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐ - มี.ค.๖๑) จำนวน ๒,๖๔๖ ราย จำนวนทารก ๐-๒๘ วัน เสียชีวิต ๘ ราย คิดอัตราตายเป็น ๓.๐๒ : ๑,๐๐๐ คลอดมีชีพ
- จำนวนเตียง NICU ทั้งหมด ๑๔ เตียง ต่อจำนวนทารกคลอดมีชีพ ๕,๗๒๗ ราย(ปี ๒๕๖๐)
  คิดเป็น ๑:๔๐๙ คลอดมีชีพ
- ยังไม่มีการคัดกรองโรคหัวใจในทารกแรกเกิด ใน รพ.ระดับ M๑ คิดการคัดกรองเป็น ๑/๒ เท่ากับ ๕๐%

การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

มีการนิเทศ ติดตามเยี่ยม ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดเบื้องต้น การดูแลระหว่างส่งต่อ และการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด โรงพยาบาลลูกข่ายในจังหวัด ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ ไปแล้วจำนวน ๔ โรงพยาบาล เหลืออีก ๒ โรงพยาบาล

สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑) ระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M ๒ ทุกแห่ง

๒) บริการจิตเวชที่ได้มาตรฐาน

๓) พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชสำคัญ ที่เป็ นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น

๔) การติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐาน

๕) บูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.) ให้รู้ถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่เสี่ยง และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

Service Excellence : mental health and psychiatry ตัวชี้วัด Monitor ๒ ตัวชี้วัด

- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ≥ ร้อยละ ๕๕
- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ไม่เกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัด / ผลลัพธ์ที่ต้องการ

- อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร
- ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี $\geq$ ร้อยละ ๙๐
- ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค $\geq$ ร้อยละ ๕๐
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน $\geq$ ร้อยละ ๕๕
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการสุขภาพจิต $\geq$ ร้อยละ ๖๕
- ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ร้อยละ ๙

๒. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มีการพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐาน และระบบบริการจิตเวชเร่งด่วน (acute care) ในโรงพยาบาลระดับ A – M ๒ ทุกแห่ง มีการ Admit ผู้ป่วยจิตเวชแต่ไม่มี Ward จิตเวช มีเตียงสำหรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินแทรกอยู่ในหอผู้ป่วยอายุรกรรรม/ ศัลยกรรม แต่ยังไม่มีหอผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะ ได้ดำเนินการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินตามแบบฟอร์ม AC-PT การพัฒนาระบบบริการจัดทำระบบปรึกษาออนไลน์กับจิตแพทย์ เพื่อการดูแลช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีให้ผู้ป่วยปลอดภัย มีจิตแพทย์ผู้ใหญ่ ๒ ท่าน ปฏิบัติงานประจำที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จิตแพทย์เด็กกำลังศึกษาอยู่ จะจบมา ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ปัจจุบันได้เชิญจิตแพทย์เด็กจากศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มาช่วยออก OPD.จิตเวชเด็ก และวัยรุ่นตรวจรักษาเดือนละ ๒ - ๓ ครั้ง มีพยาบาลจิตเวช พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ด้านการบริหารจัดการยาจิตเวชที่จำเป็นค่อนข้างเพียงพอ โดยใช้ระบบยาแม่ข่าย/ การยืมยา มีปัญหาการบริหารจัดการในด้านโครงสร้าง/กรอบ ภารกิจ และอัตรากำลังของงานสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ชัดเจน

พัฒนาการเข้าถึงบริการในโรคจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรคติดสุรา โรคซึมเศร้า และโรคสมาธิสั้น) ตามแนวทางที่กำหนดทุกหน่วย นอกจากนี้ มีการควบคุมกำกับ ติดตามนิเทศงาน รับปรึกษาทั้งแบบ เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งในระดับพื้นที่และระดับเขต บูรณาการการทำงานร่วมกับงาน NCDs/ DHS ANC PCC ผู้สูงอายุ ผู้ติดยาและสารเสพติด ติดสุราในพื้นที่ จัดบริการเชิงรุกในการรักษาและติดตาม เป็น MOBILE CLINIC และบริการจัดส่งยาเป็นยาใจใกล้บ้าน เพื่อความสะดวก และเพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง ๗ อำเภอ

มีระบบเฝ้าระวัง ติดตามดูแลผู้ที่เป็นกลุ่มสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำ โดยทีมงานจิตเวช เจ้าหน้าที่รพ.สต.เครือข่าย เครือข่ายอสม.ชุมชน ปฏิบัติตาม GUIDE LINE การเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดปราจีนบุรี ตั้งแต่ การค้นหา/ คัดกรอง เพิ่มการเข้าถึงบริการ การเฝ้าระวัง ช่วยเหลือเยี่ยมบ้านติดตามดูแลการรับประทานยา โทรศัพท์ติดตามต่อเนื่อง รายงานและ ลงบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยง พยายามฆ่าตัวตายในใบ รง. ๕๐๖ DS ซึ่งมีการรายงานแต่ข้อมูลไม่ตรงกับระบบฐานข้อมูล

ตัวชี้วัด	ปี ๒๕๕๘		ปี ๒๕๕๙		ปี ๒๕๖๐	
	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสนประชากร	จำนวน (คน)	อัตราต่อแสนประชากร
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)	๑๔	๓.๑๑	๑๐	๒.๐๙	๙	**๑.๘๗**

ที่มา: จากรายงาน ๕๐๖ DS

จากรายงาน ๕๐๖ DS จังหวัดปราจีนบุรี อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร) ๓ ปีย้อนหลัง (๒๕๕๘- ๒๕๖๐) พบว่า จำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง ปีงบประมาณ ๒๕๖๐อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ ๑.๘๗ ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ เนื่องจากจังหวัดปราจีนบุรีทั้ง ๗ อำเภอ ได้มีการพัฒนาระบบ และแนวทางดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามาโดยตลอด อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม.ในพื้นที่ ในการใช้แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง ๒Q ๙Q ๘Q มีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในประชากรกลุ่มเสี่ยง

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่า ทั้ง ๗ อำเภอ ในจังหวัดปราจีนบุรี ได้ดำเนินงานด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีผลการดำเนินงานด้านอัตราการฆ่าตัวตายไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากรที่กำหนดไว้ มีระบบเฝ้าระวังผู้ที่ฆ่าตัวตาย ไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำภายใน ๑ ปี ทั้ง ๗ อำเภอ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีการคัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ โรค ผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด คิดเป็นร้อยละ ๘๑.๐๙ ผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๑๕.๔๘ ส่วนการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผลการดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๕๔ ซึ่งทุกอำเภอได้มีแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวางแผนการทำงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายพื้นที่ คาดว่าจะผ่านเกณฑ์ในไตรมาสต่อไป

ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๐-ธันวาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอ กบินทร์	อำเภอ บ้านสร้าง	อำเภอ ศรีมโหสถ	อำเภอ ศรีมหาโพธิ์	อำเภอ ประจันตคาม	อำเภอ นาดี	อำเภอ เมือง	ภาพรวมจังหวัด
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย	๑๔๖,๘๖๐	๓๑,๒๑๘	๑๘,๗๒๒	๗๒,๕๓๖	๕๔,๔๖๕	๕๑,๗๗๔	๑๐๙,๒๕๔	๔๘๔,๘๒๙
		ผลงาน	๒	๑	๐	๑	๑	๒	๓	๑๐
		อัตรา/ร้อยละ	๑.๓๖	๓.๒๐	๐	๑.๓๘	๑.๘๔	๓.๘๖	๒.๗๕	๒.๐๖
๒	ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม (ร้อยละ๒)	เป้าหมาย ปี ๖๐	๒	๐	๐	๐	๑	๑	๒	๖
		ผลงาน ปี ๖๑	๒	๐	๐	๑	๑	๒	๓	๙
		อัตรา/ร้อยละ	๐	๐	๐	-๐.๐๒	๐	-๐.๐๒	-๐.๐๔	-๐.๓๖
๓.	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน๑ ปี> ๘๐%	เป้าหมาย	๓๗	๑๕	๒๘	๒๗	๑๐	๑๖	๒๔	๑๕๗
		ผลงาน	๓๗	๑๕	๒๘	๒๗	๑๐	๑๖	๒๔	๑๕๗
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔.	ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ๕๐)	เป้าหมาย	๓,๑๙๙	๗๐๘	๔๒๐	๑,๕๖๗	๑,๐๐๙	๑,๑๓๗	๒,๐๘๑	๑๐,๑๑๘
		ผลงาน	๑,๘๒๖	๑๔๐	๒๘๑	๑๕๑	๑๔๔	๖๘๑	๔๕๓	๓๖๗๔
		อัตรา/ร้อยละ	๕๗.๐๘	๑๙.๗๗	๖๖.๖๗	๙.๖๔	๑๔.๒๗	๕๙.๘๑	๒๑.๗๗	๓๖.๓๑
๕.	ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ ผ่านมา (ร้อยละ๑)	เป้าหมาย	๑๗๗	๒๖	๕๒	๗๔	๘	๑๖๕	๓๖๐	๘๖๒
		ผลงาน	๔๗	๓	๑๔	๒๕	๓	๓๔	๑๑๒	๒๔๙
		เทียบปี ๖๐ เข้าถึงอัตรา/ร้อยละ	๒๖.๕๕	๑๑.๕๓	๒๖.๙๒	๓๓.๗๘	๓๗.๕	๒๐.๖๐	๓๑.๑๑	๒๘.๘๘
๖.	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๙)	เป้าหมาย	๑๗๗	๒๖	๕๒	๗๔	๘	๑๖๕	๓๖๐	๘๖๒
		ผลงาน	๑๕๒	๑๘	๑๑	๒๒	๓๘	๓๘	๒๒๘	๕๐๗
		อัตรา/ร้อยละ	๑๔.๖๔	๙.๗๓	๙.๔๐	๔.๓๒	๑๓.๕๒	๑๐.๙๘	๔๒.๗๘	๑๖.๗๗
๗	ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ (ร้อยละ๖๕)	เป้าหมาย	๖๗๗	๑๒๒	๙๑	๒๔๑	๒๙๐	๑๗๓	๑,๓๐๕	๒,๘๙๙
		ผลงาน	๒๕๐	๕๐	๖๐	๑๐๐	๑๑๐	๙๕	๓๖๐	๑,๐๒๕
		อัตรา/ร้อยละ	๓๙.๙๓	๔๐.๙๘	๖๕.๙๓	๔๑.๔๙	๓๗.๙๓	๕๔.๙๐	๒๗.๖๐	๓๕.๒๕

ผลการดำเนินงานไตรมาสที่ ๒ (มกราคม ๒๕๖๑- มีนาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอกบินทร์	อำเภอบ้านสร้าง	อำเภอศรีมโหสถ	อำเภอศรีมหาโพธิ์	อำเภอประจันตคาม	อำเภอนาดี	อำเภอเมือง	ภาพรวมจังหวัด
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย	๑๔๖,๘๖๐	๓๑,๒๑๘	๑๘,๗๒๒	๗๒,๕๓๖	๕๔,๔๖๕	๕๑,๗๗๔	๑๐๙,๒๕๔	๔๘๔,๘๒๙
		ผลงาน	๖	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑๒
		อัตรา/ร้อยละ	๔.๐๘	๓.๒๐	๕.๓๔	๑.๓๘	๑.๘๔	๑.๙๓	๐.๙๒	๒.๔๘
๒	ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม (ร้อยละ๒)	เป้าหมายปี ๖๐	๒	๐	๐	๐	๑	๒	๑	๖
		ผลงานปี ๖๑	๖	๑	๑	๑	๑	๑	๑	๑๒
		อัตรา/ร้อยละ	-๐.๑๖	-๐.๐๒	-๐.๐๒	-๐.๐๒	๐	๐.๐๔	๐	-๐.๗๒
๓	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน ๑ ปี> ๙๐%	เป้าหมาย	๒	๗	๓	๒	๐	๓	๑๐	๒๗
		ผลงาน	๒	๗	๓	๒	๐	๓	๑๐	๒๗
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔	ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ๕๕)	เป้าหมาย	๓,๑๙๙	๗๐๘	๔๒๐	๑,๕๖๗	๑,๐๐๙	๑,๑๓๗	๒,๐๘๑	๑๐,๑๑๘
		ผลงาน	๑,๔๓๑	๑๐๓	๒๔๐	๑๓๘	๒๖๒	๘๓	๔๓๔	๒,๖๙๑
		อัตรา/ร้อยละ	๔๔.๗๓	๑๔.๕๕	๕๗.๑๔	๘.๘๑	๒๕.๙๗	๗.๓๐	๒๐.๘๖	๒๖.๖๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ ผ่านมา (ร้อยละ๑)	เป้าหมายปี ๖๐	๑๗๗	๒๖	๕๒	๗๔	๘	๑๖๕	๓๖๐	๘๖๒
		ผลงานปี ๖๑	๖๕	๓	๑๒	๒๓	๔	๒๙	๑๑๒	๒๔๘
		เทียบปี๖๐ เข้าถึงอัตรา/ร้อยละ	๓๖.๗๒	๑๑.๕๔	๒๓.๐๘	๓๑.๐๘	๕๐.๐๐	๑๗.๕๘	๓๑.๑๑	๒๘.๗๗
๖	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๙)	เป้าหมาย	๑,๐๓๘	๑๘๕	๑๑๗	๕๐๙	๒๘๑	๓๔๖	๕๓๓	๓,๐๒๓
		ผลงาน	๑๔๐	๒๒	๘	๒๐	๓๐	๔๒	๒๑๔	๔๗๖
		อัตรา/ร้อยละ	๑๓.๔๙	๑๑.๘๙	๖.๘๔	๓.๙๓	๑๐.๖๘	๑๒.๑๔	๔๐.๑๕	๑๕.๗๕
๗	ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ (ร้อยละ๖๕)	เป้าหมาย	๖๗๗	๑๒๒	๙๑	๒๔๑	๒๙๐	๑๗๓	๑,๓๐๕	๒,๘๙๙
		ผลงาน	๒๕๓	๕๙	๕๕	๗๘	๘๓	๖๑	๔๐๓	๙๙๒
		อัตรา/ร้อยละ	๓๗.๓๗	๔๘.๓๖	๖๐.๔๔	๓๒.๓๖	๒๘.๖๒	๓๕.๒๖	๓๐.๘๘	๓๔.๒๒

ผลการดำเนินงานรวมไตรมาสที่ ๑ และไตรมาสที่ ๒ ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๐ - มีนาคม ๒๕๖๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	อำเภอกบินทร์	อำเภอบ้านสร้าง	อำเภอศรีมโหสถ	อำเภอศรีมหาโพธิ์	อำเภอประจันตคาม	อำเภอนาดี	อำเภอเมือง	ภาพรวมจังหวัด
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ไม่เกิน ๖.๓ ต่อแสนประชากร)	เป้าหมาย	๑๔๖,๘๖๐	๓๑,๒๑๘	๑๘,๗๒๒	๗๒,๕๓๖	๕๔,๔๖๕	๕๑,๗๗๔	๑๐๙,๒๕๔	๔๘๔,๘๒๙
		ผลงาน	๘	๒	๑	๒	๒	๓	๔	๒๒
		อัตรา/ร้อยละ	๕.๔๕	๖.๔๑	๕.๓๔	๒.๗๖	๓.๖๗	๕.๗๙	๓.๖๖	๔.๕๔
๒	ร้อยละของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจากเดิม (ร้อยละ๒)	เป้าหมายปี ๖๐	๒	๐	๐	๐	๑	๒	๑	๖
		ผลงานปี ๖๑	๘	๑	๑	๒	๒	๓	๔	๒๑
		อัตรา/ร้อยละ	-๐.๒๔	-๐.๐๒	-๐.๐๒	-๐.๐๔	-๐.๐๒	-๐.๐๔	-๐.๐๖	-๑.๘๐
๓	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน๑ ปี> ๙๐%	เป้าหมาย	๓๙	๒๒	๓๑	๒๙	๑๐	๑๙	๓๔	๑๘๔
		ผลงาน	๓๙	๒๒	๓๑	๒๙	๑๐	๑๙	๓๔	๑๘๔
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
๔	ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (ร้อยละ๕๕)	เป้าหมาย	๓,๑๙๙	๗๐๘	๔๒๐	๑,๕๖๗	๑,๐๐๙	๑,๑๓๗	๒,๐๘๑	๑๐,๑๑๘
		ผลงาน	๓,๒๕๗	๒๔๓	๕๒๐	๒๘๗	๔๐๖	๗๖๓	๘๘๗	๖,๓๖๐
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐.๘๒	๓๔.๓๒	๑๒๓.๘๐	๑๘.๓๑	๔๐.๒๔	๖๗.๑๑	๔๒.๖๒	๖๒.๘๖
๕	ร้อยละของผู้ป่วยโรคติดสุราเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจากปีที่ ผ่านมา (ร้อยละ๑)	เป้าหมายปี ๖๐	๑๗๗	๒๖	๕๒	๗๔	๘	๑๖๕	๓๖๐	๘๖๒
		ผลงานปี ๖๑	๑๑๒	๖	๒๖	๔๘	๗	๖๓	๒๓๕	๔๙๗
		เทียบปี ๖๐ เข้าถึงอัตรา/ร้อยละ	๖๓.๒๗	๒๓.๐๗	๕๐.๐๐	๖๔.๘๖	๘๗.๕๐	๓๘.๑๘	๖๕.๒๘	๕๗.๖๕
๖	ร้อยละของผู้ที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๙)	เป้าหมาย	๑,๐๓๘	๑๘๕	๑๑๗	๕๐๙	๒๘๑	๓๔๖	๕๓๓	๓,๐๒๓
		ผลงาน	๒๙๒	๒๐	๑๙	๔๒	๖๘	๘๐	๔๔๒	๙๖๔
		อัตรา/ร้อยละ	๒๘.๑๓	๑๐.๘๑	๑๖.๒๔	๘.๒๕	๒๔.๒๐	๒๓.๑๒	๘๓.๑๑	๓๑.๘๘
๗	ร้อยละผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ (ร้อยละ๖๕)	เป้าหมาย	๖๗๗	๑๒๒	๙๑	๒๔๑	๒๙๐	๑๗๓	๑,๓๐๕	๒,๘๙๙
		ผลงาน	๕๐๓	๑๐๙	๑๑๕	๑๗๘	๑๙๓	๑๕๖	๗๖๓	๒๐๑๗
		อัตรา/ร้อยละ	๗๔.๓๐	๘๙.๓๔	๑๒๖.๓๗	๗๓.๘๕	๖๖.๕๕	๙๐.๒๐	๕๘.๔๗	๖๙.๕๗

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๔.๑ ด้านบุคลากร

บุคลากร	รพศ.	กบินทร์	ศรีมโหสถ	ศรีมหาโพธิ์	นาดี	บ้านสร้าง	ประจันตคาม
จิตแพทย์	๒	-	-	-	-	-	-
พยาบาล ป.โท	๕	๑	๑	๒	-	๑	๑
พยาบาล ๔ เดือน	๑	๑	๑	-	-	-	-
นักจิตวิทยา	๑	๑	-	๑	-	-	-
รวม	๙	๓	๒	๓	-	๑	๑

ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชผู้ใหญ่ และจิตเวชเด็ก ทั้งแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวช โรงพยาบาลนาดีไม่มีผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ประเมินพบรายที่มีปัญหา จะใช้ระบบการ Consult ทางโทรศัพท์

๔.๒ ด้านการบริการ

ด้านการคัดกรองค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง มีการค้นหาคัดกรองมากขึ้น โดยเฉพาะการค้นหาเด็กสมาธิสั้น ในพื้นที่ชุมชน โดยการประสานความร่วมมือด้านการส่งต่อข้อมูลกับครู เพื่อนำเด็กเข้าสู่ระบบบริการ เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่ ขาดห้องตรวจประเมินด้านจิตวิทยาคลินิก ห้องส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ห้องปรับพฤติกรรมเด็ก LD., ADHD. ห้องให้การปรึกษา ทำให้การดูแลช่วยเหลือต้องขยายเวลาออกไป จัดทำ Mobile clinic เพื่อการเข้าถึงบริการ การตรวจรักษาในทุกอำเภอ เนื่องจาก มีจิตแพทย์ ๒ คน โดยจัดตารางการออกตรวจ ระบบการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤติ ยังไม่พร้อม/ ไม่เพียงพอ ใน รพช. การเฝ้าระวังและการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายพร้อมบันทึกใน รง ๕๐๖ DS ซึ่งมีการรายงาน แต่ข้อมูลไม่ถูกบันทึกลงในโปรแกรม

ระบบฐานข้อมูล ไม่เชื่อมโยงกันทั้งในอำเภอและจังหวัด ไม่มีศูนย์กลางการเก็บข้อมูล ดึงข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้มได้แต่ไม่ครอบคลุม การลงข้อมูลผ่านโปรแกรมมีรายละเอียดมาก ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้น ต้องการให้มีเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

๕.ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ปัญหาด้านบุคลากร	-จัดหาจิตแพทย์ /พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยา เรียนหรืออบรมระยะสั้น เพื่อเตรียมบุคลากรทดแทนกรณีมีการโยกย้ายเปลี่ยนงาน - บูรณาการเชื่อมโยงการทำงานกับภาคประชาชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ในระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน	-การจัดอบรมหลักสูตรแพทย์พี่เลี้ยง / พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น/ นักจิตวิทยาคลินิก -โครงสร้าง/กรอบ ภาระงานและอัตรากำลัง ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชไม่ชัดเจน - สนับสนุนสื่อ/พัฒนาองค์ความรู้/มีหลักสูตรดูแลด้านจิตสังคมผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้าถึงพื้นที่

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุ	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
ปัญหาจากระบบบริการ	-เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงที่กำหนดให้ครอบคลุมและติดตามดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อเนื่องตามมาตรฐานที่กำหนด -กำหนดรายการยาเพื่อให้มีการบริหารจัดการยาตามกำหนดเพื่อการดูแลต่อเนื่อง -การบันทึกการเฝ้าระวังผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายใน รง.506s แต่ไม่มีการบันทึกในโปรแกรม (ON LINE) การรายงานข้อมูลล่าช้าและข้อมูลต่ำกว่าความเป็นจริง -ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายของพื้นที่และกรมสุขภาพจิตไม่ตรงกัน ในการดึงข้อมูลมาจากหลายที่โรคจิตและโรคสมาธิสั้นจาก HDC, โรคซึมเศร้าจาก HDCและโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ,ฆ่าตัวตายจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และสำนักทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครองกระทรวงมหาดไทย	-บูรณาการกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ให้ครอบคลุมทุกตำบลเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต -บริหารจัดการยาจิตเวชจากส่วนกลางเพื่อให้สามารถสนับสนุนยาจิตเวชภายในจังหวัด -จัดอบรมเรื่องโปรแกรมการลงข้อมูลในระดับพื้นที่ เพื่อให้ลงข้อมูลได้ถูกต้อง ตรงกัน/ ทันเวลา -พัฒนาAPPLICATION ที่ง่ายต่อการลงบันทึกข้อมูล -การบูรณาการผู้รับผิดชอบด้านฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตเวช สมาธิสั้น ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย ให้เป็นฐานเดียวกัน

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๖.๑ จัดการเรื่องโครงสร้าง กรอบ อัตรากำลัง ของพยาบาลจิตเวช ที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงที่ชัดเจน และเหมาะสม ในการพิจารณาความก้าวหน้าในวิชาชีพ ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต/ จิตเวชและยาเสพติด อย่างครอบคลุม ทั้งงานเชิงรับและงานเชิงรุก

๖.๒ พัฒนาระบบฐานข้อมูล ให้เป็นฐานเดียวกันเพื่อความถูกต้องในการค้นหา จัดเก็บ และการติดตามข้อมูล เนื่องจากมีหลายข้อมูลที่ต้องจัดเก็บตามโปรแกรมที่ค่อนข้างยุ่งยาก เพิ่มภาระงาน จึงขอให้มีการจ้างเจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ในการคีย์ข้อมูล

๖.๓ พัฒนา APPLICATION ที่ง่ายต่อการลงบันทึกข้อมูล

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

๗.๑ การปรับพฤติกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกสุรา (BPSC.) โดยใช้สติบำบัด(Mindfulness based Therapy and Counseling: MBTC.) พื้นที่ต้นแบบในการดำเนินการ ๒ อำเภอ ได้แก่อำเภอเมือง และอำเภอประจันตคาม และได้ขยายพื้นที่ดำเนินการ และกลุ่มเป้าหมาย ในกลุ่มผู้ติดยาและสารเสพติด ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า STROKE PANIC

๗.๒ โปรแกรมการฝึกสติต่อความเครียดในผู้ต้องขัง

๗.๓ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในผู้ป่วยจิตเภท

สาขาสูติ-นรีเวชกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ อัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอดเท่ากับ ๐

๑.๒ ลดอัตราการคลอดก่อนกำหนด(อายุครรภ์น้อยกว่า ๓๗ สัปดาห์)ลงร้อยละ ๑๐ จากปีงบประมาณก่อน

๑.๓ การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดยใช้ Robson ten group classification

๒. สถานการณ์

๒.๑ ไม่มีมารดาตายจากตกเลือดหลังคลอด

๒.๒ อัตราการคลอดก่อนกำหนดในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ผลลัพธ์ = ๕.๔๑

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (ต.ค.๖๐ – ธ.ค. ๖๑) ผลลัพธ์ = ๔.๔๔

(ม.ค.๖๐ – มี.ค. ๖๑) ผลลัพธ์ = ๕.๐๗

๒.๓ การวิเคราะห์สถานการณ์การผ่าตัดคลอดในรพ.ที่สูงขึ้นโดย Robson ten group classification

ดำเนินการที่รพ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศรเพียงแห่งเดียว เริ่มดำเนินการในเดือน ม.ค.๖๑ คิดเป็นร้อยละ ๕๐

ผลการวิเคราะห์

group	group	ม.ค. ๖๑	ก.พ. ๖๑	มี.ค. ๖๑
๑	Nulliparous, single cephalic, >๓๗ wks in spontaneous labor	๒๑	๒๔	๒๒
๒	Nulliparous, single cephalic, >๓๗ wks, induced , CS before labor	๒๘	๓๗	๒๗
๓	Multiparous (excluding previous CS), single cephalic, >๓๗ weeks in spontaneous labor	๗	๖	๕
๔	Multiparous (excluding previous CS), single cephalic, >๓๗ weeks, induced , CS before labour	๑๓	๑๕	๑๓
๕	Previous CS, single cephalic, >๓๗ weeks	๕๑	๔๔	๔๗
๖	All nulliparous breeches	๔	๓	๗
๗	All multiparous breeches (including previous CS)	๒	๒	๔
๘	All multiple pregnancies (including previous CS)	๐	๐	๒
๙	All abnormal lies (including previous CS)	๐	๐	๑
๑๐	All single cephalic, <๓๖ wks (including previous CS)	๒	๗	๑๑
	มารดาผ่าตัดคลอด	๑๒๘	๑๓๘	๑๓๙
	มารดาคลอดทั้งหมด	๒๘๐	๒๓๓	๒๗๕
	อัตราผ่าตัดคลอด	๔๕.๗๑	๕๙.๒๓	๕๐.๕๕

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑ มีระบบการให้คำปรึกษาระหว่างรพ.ชุมชนและรพ.ศูนย์ทาง line และทางโทรศัพท์ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๓.๒ มีการประชุม Perinatal conference ทุก ๒ เดือนระหว่างรพ.ชุมชนรพ.ศูนย์และสสจ. ทบทวน Case มารดาตาย ทารกตายและเหตุการณ์สำคัญ

๓.๓ มีการประชุม MCH Board ระดับจังหวัด ทุก ๓ เดือน

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

จากการทบทวนพบว่าการคลอดก่อนกำหนดและการตั้งครรภ์วัยรุ่นยังเป็นปัญหาอยู่ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบริการฝากครรภ์ให้ได้คุณภาพและในรพ.ชุมชนของจังหวัดปราจีนบุรีเป็นรพ.ขนาดเล็กไม่มีสูติแพทย์ดูแล ในรายที่มีความเสี่ยงสูงมีภาวะแทรกซ้อน ต้องส่งต่อมารพ.ศูนย์ ซึ่งมีความยุ่งยากต่อการดูแลรักษา

แนวทางมาตรการสำคัญเพื่อลดการคลอดก่อนกำหนด

๑. บริการฝากครรภ์คุณภาพ เน้นการคัดกรองความเสี่ยง

๒. Reduce teenage pregnancy

๓. Ultrasound หญิงตั้งครรภ์ทุกรายเมื่ออายุครรภ์ ๒๐ – ๒๔ สัปดาห์

๔. ตรวจภายในหญิงตั้งครรภ์รายใหม่เพื่อหาการติดเชื้อที่ส่งผลต่อการคลอดกำหนด

๕. Progesterone Prevention Preterm

๖. Antibiotic ในรายที่ติดเชื้อ

๗. ANC เชิงรุก

๘. หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัวให้อายุรแพทย์ส่งปรึกษาเรื่อง contraception

๕. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่างถ้ามี

- มีการใช้ line ในการร่วมให้ข้อมูลคนไข้ ที่ตรงกับกลุ่มโรค เช่น กลุ่มคนไข้วัยทอง กลุ่มคนไข้มีบุตรยาก กลุ่มคนไข้เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก โดยมีการรวบรวมข้อมูลให้ตรงกับกลุ่มโรค
- มีการรวมมีกับบริษัท Smart healthcare ทำ App Smart Mommy เพื่อใช้แทนสมุดฝากครรภ์สีชมพูของกรมอนามัย
- มีการร่วมมือกับบริษัท Zeekdoc จำกัด เพื่อใช้ในการบริหารจัดการการนัดคิว และการนัดการส่ง refer คนไข้กรณีไม่เร่งด่วน
- มีการร่วมมือกับบริษัท telemedica เพื่อใช้ในการดูแลให้คำแนะนำคนไข้ในคลินิกรักษาผู้มีบุตรยากและคลินิกวางแผนครอบครัว

สาขาออร์ปิดิกส์

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

๑.๑ การจัดตั้งทีม Capture the fracture

๑.๒ ผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ

๑.๓ ผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง

๒. สถานการณ์

๒.๑ จังหวัดปราจีนบุรี ยังอยู่ในระหว่างดำเนินการเพื่อจัดตั้งทีม Capture the fracture

๒.๒ ศึกษาทำความเข้าใจ Capture the fracture

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงาน ตุลาคม ๒๕๖๐ - มีนาคม ๒๕๖๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	รวม
๑	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture) (<ร้อยละ๓๐)	เป้าหมาย	๑๗	๑๐	๖	๑๘	๑๐	๙	๗๐
		ผลงาน	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
		อัตรา/ร้อยละ	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)(>ร้อยละ ๕๐)	เป้าหมาย	๓	๒	๔	๒	๑	๑	๑๓
		ผลงาน	๑	๐	๒	๐	๑	๑	๕
		อัตรา/ร้อยละ	๒๓.๓	๐	๕๐	๐	๑๐๐	๑๐๐	๓๘.๔๖

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๔.๑ การเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนในทุกสิทธิ์

๔.๒ การรับปรึกษาและผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม.

๔.๓ การจำกัดของเตียงใน ICU, หลังผ่าตัด

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. การไม่เห็นความสำคัญและป้องกันการหักซ้ำในโรคกระดูกพรุนของผู้ป่วยและญาติ	-ให้ความรู้และจัดกิจกรรมให้กับผู้ป่วยและญาติ	
๒. การเข้าถึงการรักษาโรคกระดูกพรุนในทุกสิทธิ์	- ผู้บริหารเห็นความสำคัญของโครงการและให้การสนับสนุนด้านบุคลากรและงบประมาณ	-

๓. การรับปรึกษาและผ่าตัดภายใน ๗๒ ชม.	- วางแผนจัดตั้งคลินิกโรคกระดูกพรุนที่ประกอบด้วยแพทย์ Orthopedic, ดมยา, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและอายุรแพทย์	-
๔. จัดหาบุคลากรด้านการพยาบาลและประสานงาน	- จัดให้มี Nurse case manager ใน รพศ./รพท. และ Nurse coordinator ใน รพช.	-
๕. ห้องผ่าตัด และเตียงใน ICU ไม่เพียงพอ	-เพิ่มเตียงผ่าตัดและเตียง ICU	-

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. ควรมีการตรวจด้วยเครื่อง Dual Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) ร่วมกับส่งตรวจ bone marker lab เพื่อการวินิจฉัยภาวะ Osteoporosis

๒. ส่งเสริมและป้องกันภาวะ Osteoporosis ในโรงพยาบาลระดับ M และระดับ F

๓. จัดลำดับความสำคัญของโรคกระดูกพรุนอยู่ในระดับต้นๆเช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่นๆและสนับสนุนงบประมาณ

4. กำหนด Hip Fracture กลุ่ม Conservative Rx. เข้าไปอยู่ในกลุ่ม HHC

สาขา Minimally Invasive Surgery

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery (ผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๑ และไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๑)

๒. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มีโรงพยาบาลระดับที่สามารถผ่าตัดแบบ **Minimally Invasive Surgery ได้แก่**

- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (A) มีศัลยแพทย์ ๕ คน สูติแพทย์ ๖ คน แพทย์ออโธปิดิกส์ ๖ คน วิสัญญีแพทย์ ๓ คน มีห้องผ่าตัดใหญ่ ๘ ห้องและห้องผ่าตัดเล็ก ๓ ห้อง
- โรงพยาบาลกบินทร์บุรี (M๑) มีศัลยแพทย์ ๒ คน สูติแพทย์ ๔ คน วิสัญญีแพทย์ ๓ คน แพทย์ออโธปิดิกส์ ๓ คน มีห้องผ่าตัดใหญ่ ๔ ห้องและห้องผ่าตัดเล็ก ๑ ห้อง

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery เกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๑๐

โรงพยาบาล		**ไตรมาส ๑**	**ไตรมาส ๒**	**จังหวัดปราจีนบุรี รวม ๒ ไตรมาส**
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	ร้อยละ	๑๗.๔๖	๒๐.๘๖	**ร้อยละ ๓๐.๑๘ (๖๕ /๒๑๑)**
	ผลงาน	๑๑	๒๙	
	เป้าหมาย	๖๓	๑๓๙	
กบินทร์บุรี	ร้อยละ	๕๖.๒๕	๕๐.๐๐	
	ผลงาน	๑๘	๓๖	
	เป้าหมาย	๓๒	๗๒	

๔. สรุปประเด็นที่สำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความพร้อมการทำผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery ผู้ป่วย การผ่าตัดที่พบมากที่สุดได้แก่ Laparoscopic Cholecystectomy เฉลี่ย ๔ รายต่อเดือน รวม ๒ ไตรมาส ๒๔ ราย ประเด็นการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery พบปัญหาเครื่องมือผ่าตัดมีเครื่องผ่าตัด ๑ เครื่อง กล้องสองตัว ทำให้เครื่องมือไม่เพียงพอต่อการใช้งาน ประเด็นที่สองมีค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยและญาติต้องรับผิดชอบ ซึ่งต้องให้ข้อมูลก่อนทำผ่าตัดที่ชัดเจนเรื่องค่าส่วน บางรายผู้ป่วยปฏิเสธที่จะผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

๒. โรงพยาบาลกบินทร์บุรี การผ่าตัดที่พบมากที่สุดได้แก่ Laparoscopic Cholecystectomy เฉลี่ย ๕.๖ รายต่อเดือน รวม ๒ ไตรมาส ๓๔ ราย ไม่มีเครื่องมือ Arthroscopy ไตรมาส ๑ ทำ Arthroscopic ACL Reconstruction ๒ ราย ไตรมาส ๒ ไม่มีผ่าตัด

๕.ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑. รพศ.เครื่องมือผ่าตัดส่องกล้องที่มีอายุการใช้งานนาน และไม่เพียงพอ ๒. รพ.กบินทร์บุรี ไม่มีเครื่อง Arthroscopy ขอยืมเครื่องมือจากบริษัท ๒. ค่าใช้จ่ายส่วนเกินที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการผ่าตัด Minimally Invasive Surgery	สนับสนุนเรื่องเครื่องมือ	

สาขาอายุรกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด community acquired

๒. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรีมีอายุรแพทย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร(A) จำนวน ๑๐ คน

- อายุรแพทย์ทั่วไป ๔ คน
- อายุรแพทย์สาขา ๖ คน
- มีอายุรแพทย์ปฏิบัติงานที่ รพ.กบินทร์บุรี (M๑) ๔ คน

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ผลการดำเนินงาน ตุลาคม ๒๕๖๐ - มีนาคม ๒๕๖๑

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	รายการข้อมูล	ไตรมาส ๑ (ตค.-ธค.๖๐)	ไตรมาส ๒ (มค.-มีค.๖๑)	ภาพรวมจังหวัด (ตค.๖๐-มีค.๖๑)
	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรง ชนิด community acquired	**<๓๐%**	**เป้าหมาย**	**๑๒๘**	**๑๑๗**	**๒๔๕**
			ผลงาน	**๓๕**	**๓๕**	**๗๐**
			อัตรา/ร้อยละ	**๒๗.๓๔**	**๒๙.๙๑**	**๒๘.๕๗**

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๔.๑ บุคลากรที่มีจำนวนจำกัดกับภาระงานที่มากขึ้น ทำให้การทำงานขาดประสิทธิภาพไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่วางไว้

๔.๒ การเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานบ่อย ๆ ทำให้งานขาดความต่อเนื่องด้านความชำนาญในการประเมินผู้ป่วย การลงบันทึกและใบบันทึก และใช้งาน care map

๔.๓ ขาดการสนับสนุน การกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่องจากผู้บริหาร

๕. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๑. เพื่อเป็นการ Close fluid Monitoring และลดการทำหัตถการที่ Invasive ได้มีการนำเครื่อง Ultrasound มาใช้ร่วมประเมินในหอผู้ป่วย แต่ยังมีไม่เพียงพอสำหรับการใช้งาน	๑.ขอสนับสนุนเครื่อง Ultrasound สำหรับหอผู้ป่วยสามัญ	

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
๒. จากการทบทวน พบว่า Pneumonia เป็นสาเหตุสำคัญ	๒.ส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Pneumonia และสนับสนุน Respiratory ที่เพียงพอและเหมาะสม ในกลุ่มผู้ป่วยที่เกิด Respiratory failure รวมถึงการป้องกันในกลุ่มเสียง ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มเสี่ยง	-
๓. ขาดการสนับสนุนการกำกับและติดตามงานอย่างต่อเนื่องจาก	-ควรมีการประกาศเชิงนโยบายชัดเจนเพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและมีการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน -ควรมีการมอบหมายงานสำหรับหัวหน้างานในการกำกับติดตามงานอย่างต่อเนื่องและพร้อมให้การช่วยเหลือกรณีเกิดความขัดข้องในการปฏิบัติงาน -สนับสนุนด้านความรู้ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นให้พอใช้ที่หน้างาน เช่น เครื่อง infusion pump เครื่อง Ultrasound แบบ Mobile	-

สาขากุมารเวชกรรม

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ลดอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือนถึง ๕ ปี

๒. สถานการณ์

โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพ ในพื้นที่จังหวัดปราจีนบุรี ผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโรคติดเชื้อ ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยใน อันดับหนึ่ง คือปอดบวม ซึ่งเป็น สาเหตุการตาย อันดับหนึ่งของเด็กอายุ ๑ เดือน- ๕ ปี จากภาวะ Acute Respiratory Failure

- รพท.และ รพช. ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้
- มีกุมารแพทย์ ๓ คน ในรพศ.
- ไม่มีกุมารศัลยแพทย์ และ CVT ทำให้ต้อง Refer out ออกนอกเขตสูง
- มี PICU ๔ เตียงใน รพศ.

๓. การดำเนินงาน

- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย Pneumonia จัดทำ Early warning sign
- มีระบบให้คำปรึกษาระหว่าง รพศ./รพท.กับ รพช.

ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ปฏิบัติได้		
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส๒	ไตรมาส ๑+๒
๑. ร้อยละของอัตราป่วยตายโรคปอดบวมในเด็กอายุ ๑ เดือน- ๕ ปี ลดลง	๑๐	๐ ๐/๒๑๑	๐ ๐/๒๗๗	๐ ๐/๔๘๘

ปัญหาและอุปสรรค

มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระหว่างการส่งต่อมายัง รพท./ รพศ.

ข้อเสนอแนะ

๑.พัฒนารถรับ-ส่งผู้ป่วยให้มีอุปกรณ์ที่ทันสมัยมีคุณภาพและพัฒนาศักยภาพพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบนรถให้ถึงที่หมายเร็วที่สุด ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและบุคลากรที่ให้บริการ

๒. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยให้มีคุณภาพโดยใช้ระบบพี่ช่วยน้อง

สาขามะเร็ง

๑. ประเด็นการติดตามประเมินผล

ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

(๑) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

(๒) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

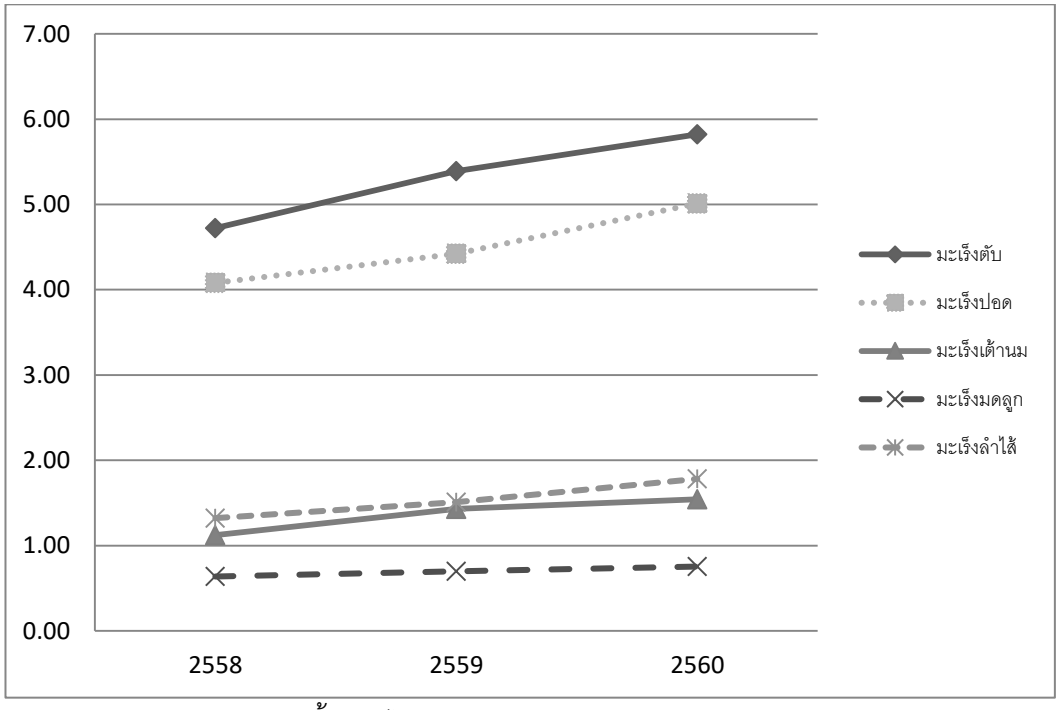
(๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ๘๐%

๒. วิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกก่อให้เกิดความเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตและความมั่นคงของประชาชน องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในปี ๒๕๗๓ จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง๑๑.๔ ล้านคนและในจำนวนนี้เกิดในประเทศกำลังพัฒนาถึง ๘.๙ ล้านคน สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา ทั้งนี้มะเร็งที่พบมาก ๕ อันดับแรกคือ มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก (Health Data Center, ๒๕๖๐) (รูปที่ ๑)

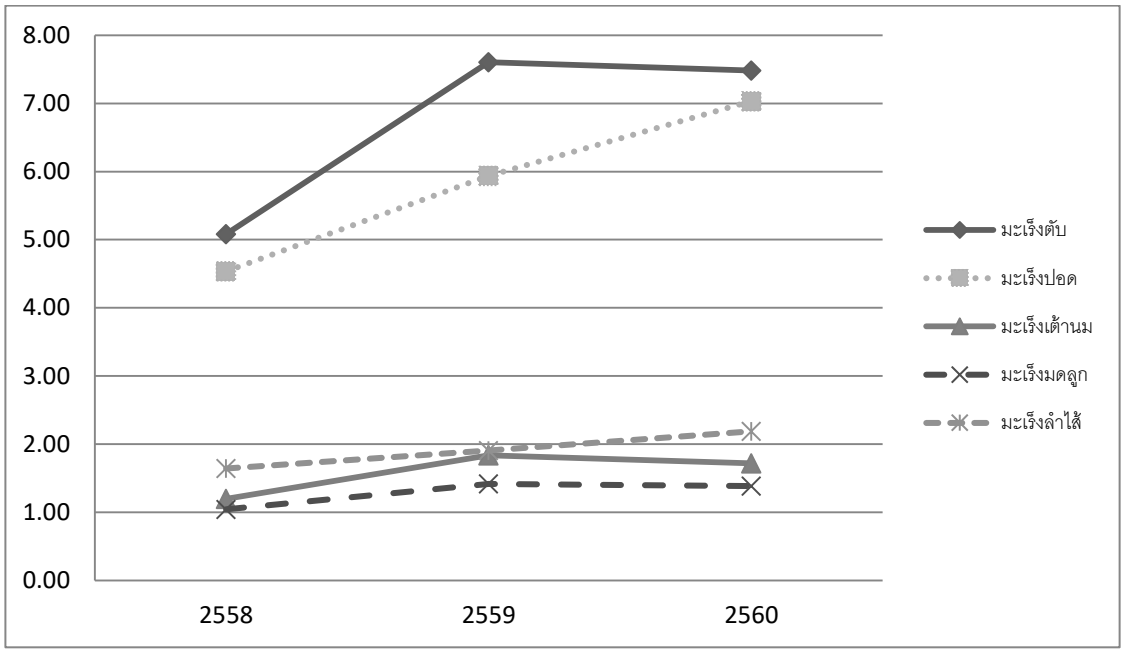
ในส่วนจังหวัดปราจีนบุรี อัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ของจังหวัดปราจีนบุรี ปี ๒๕๕๘ – ๒๕๖๐ พบว่า มะเร็งตับ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเป็นในทิศทางเดียวกันกับภาพรวมของประเทศ และเขตสุขภาพที่ ๖ สำหรับมะเร็งตับ และมะเร็งปอด อัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คนอัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน สูงกว่า ภาพรวมของทั้งประเทศ และเขตสุขภาพที่ ๖ (รูปที่ ๒) (รูปที่ ๓)

รูปที่ ๑ อัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ของมะเร็งที่พบบ่อย ๕ ลำดับแรกของประเทศ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐



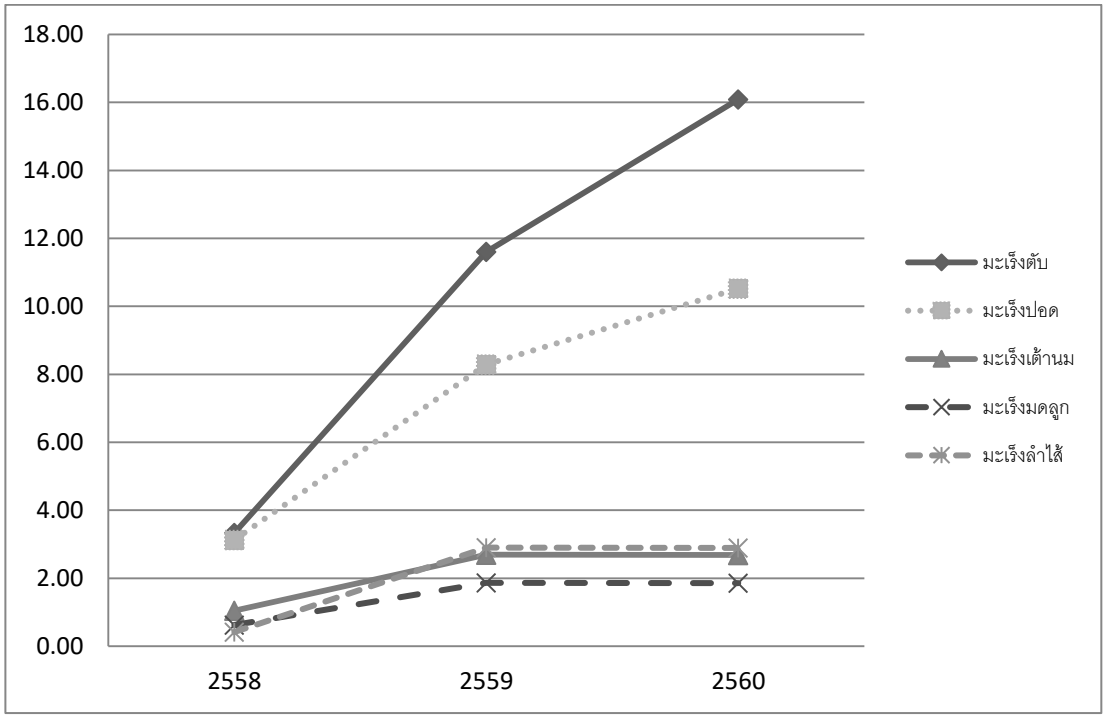
ที่มา : Health Data Center (ข้อมูลทั้งหมดไม่รวมกรุงเทพมหานคร)

รูปที่ ๒ อัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ของมะเร็งที่พบบ่อย ๕ ลำดับแรกของเขตสุขภาพที่ ๖ ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐



ที่มา : Health Data Center

รูปที่ ๓ อัตราตายต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ของมะเร็งที่พบบ่อย ๕ ลำดับแรกของจังหวัดปราจีนบุรี ปี ๒๕๕๘ - ๒๕๖๐



ที่มา : Health Data Center

สถิติผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

อัตราการป่วย	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑(ต.ค.-มี.ค๖๑)
OPD	อันดับที่ ๑ ca breast ๒ ca colorectal ๓ ca liver	อันดับที่ ๑ ca breast ๒ ca colorectal ๓ ca liver	อันดับที่ ๑ ca breast ๒ ca colorectal ๓ ca liver ๔.ca lung
IPD	อันดับที่ ๑ ca colorectal ๒ ca breast ๓ ca lung	อันดับที่ ๑ ca breast ๒ ca colorectal ๓ ca liver	อันดับที่ ๑ ca lung ๒ ca liver ๓ ca breast ๔. ca colorectal
อัตราตาย	(๑๙๗ ราย) อันดับที่ ๑ ca lung ๒ ca liver ๓ ca colon	(๒๓๙ ราย) อันดับที่ ๑ ca Liver ๒ ca lung ๓ ca colon	(๑๐๑ ราย) อันดับที่ ๑ ca lung ๒ ca liver ๓ leukemia

สัดส่วน CA breast , CA Cx ระยะ ๑-๒ ≥ ร้อยละ ๗๐

			ร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	**ร.พ.กบินทร์บุรี**	**รวม**
ลดอัตราป่วย (ต.ค.-พ.ย.๖๐)	สัดส่วน Ca breast ระยะ๑-๒ ≥ ๗๐ %	total	๒๖	๑๘	๔๔
		ผลงาน	๑๖ (unknown = ๖ ราย)	๑๘	๓๔ (unknown=๖ราย)
		ร้อยละ	๘๐	๑๐๐	๘๙.๔๗
	สัดส่วน Ca Cx ระยะ๑-๒ ≥ ๗๐ %	total	๓	๔	๗
		ผลงาน	(unknown= ๒ ราย)	๔	๔
		ร้อยละ		๑๐๐	๕๗.๑๔

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

๓.๑แสดงการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๑ เป้าหมายสะสม ≥ ๖๐ %

อำเภอ	จำนวนเป้าหมาย ณ ปี งปม. ๒๕๕๘	ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายปี งปม.๒๕๕๘ สะสมถึง ปี งปม. ๒๕๖๑	ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๖๑							
				คัดกรองตรงตามเป้าหมาย				คัดกรองนอกกลุ่มเป้าหมาย			คัดกรองซ้ำซ้อน
				ทั้งหมด (คน)	ร้อยละ	PAP (คน)	VIA (คน)	ทั้งหมด (คน)	PAP (คน)	VIA (คน)	ทั้ง หมด (คน)
เมืองปราจีนบุรี	๒๒,๘๑๙	๔,๕๐๓	๑๙.๗๓	๕๖๗	๒.๔๘	๕๖๗	๐	๕๔๗	๕๔๗	๐	๑,๔๖๓
กบินทร์บุรี	๒๗,๖๒๓	๙,๔๓๕	๓๔.๑๖	๗๙๗	๒.๘๙	๗๙๗	๐	๒๘๙	๒๘๙	๐	๑,๖๒๑
นาดี	๙,๔๗๐	๔,๒๗๕	๔๕.๑๔	๓๒๖	๓.๔๔	๓๒๖	๐	๑๐๒	๑๐๑	๑	๕๐๖
บ้านสร้าง	๕,๓๖๒	๑,๖๒๑	๓๐.๒๓	๑๙๘	๓.๖๙	๑๙๘	๐	๖๙	๖๙	๐	๔๖๕
ประจันตคาม	๙,๘๔๕	๔,๒๘๒	๔๓.๔๙	๑,๐๔๐	๑๐.๕๖	๑,๐๓๙	๑	๑๕๙	๑๕๙	๐	๑,๓๑๓
ศรีมหาโพธิ	๑๔,๙๓๓	๑๐,๑๓๕	๖๗.๘๗	๒,๘๒๔	๑๘.๙๑	๒,๗๑๔	๑๑๓	๔๕๖	๓๐๔	๑๕๓	๒,๒๖๐
ศรีมโหสถ	๓,๓๓๘	๙๔๔	๒๘.๒๘	๘๖	๒.๕๘	๘๖	๐	๒๘	๒๘	๐	๑๔๓
	๙๓,๓๙๐	๓๕,๑๙๕	๓๘	๕,๘๓๘	๖	๕,๗๒๗	๑๑๔	๑,๖๕๐	๑,๔๙๗	๑๕๔	๗,๗๗๑

ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

๓.๒ แสดงการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๑ เป้าหมาย CBE ≥ ๘๐ % , BSE ≥ ๘๐ % ,

อำเภอ	B	ได้รับการคัดกรอง					
		A	ร้อยละ	คัดกรองด้วยตนเอง	ร้อยละ	คัดกรองโดยเจ้าหน้าที่	ร้อยละ
เมืองปราจีนบุรี	๒๘,๑๑๗	๑๑,๘๔๘	๔๒.๑๔	๘,๐๙๓	๒๘.๗๘	๑๑,๘๔๘	๔๒.๑๔
กบินทร์บุรี	๓๓,๕๖๓	๑๖,๓๔๖	๔๘.๗	๗,๖๗๐	๒๒.๘๕	๑๖,๓๔๖	๔๘.๗
นาดี	๑๑,๔๗๐	๗,๙๖๓	๖๙.๔๒	๖,๖๓๐	๕๗.๘	๗,๙๖๓	๖๙.๔๒
บ้านสร้าง	๖,๗๔๒	๕,๑๙๑	๗๖.๙๙	๑,๙๒๖	๒๘.๕๗	๕,๑๙๑	๗๖.๙๙
ประจันตคาม	๑๒,๒๓๗	๗,๕๐๑	๖๑.๓	๗,๐๙๘	๕๘	๗,๕๐๑	๖๑.๓
ศรีมหาโพธิ	๑๘,๐๔๙	๑๐,๒๔๙	๕๖.๗๘	๙,๘๘๕	๕๔.๗๗	๑๐,๒๔๙	๕๖.๗๘
ศรีมโหสถ	๔,๑๕๖	๑,๘๑๔	๔๓.๖๕	๙๘๗	๒๓.๗๕	๑,๘๑๔	๔๓.๖๕
รวม	**๑๑๔,๓๓๔**	**๖๐,๙๑๒**	**๓๙๙**	**๔๒,๒๘๙**	**๒๗๕**	**๖๐,๙๑๒**	**๖๖**

ข้อมูลจาก HDC วันที่ ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๑

๓.๓ ระยะเวลารอคอยของมะเร็ง ๕ อันดับ (ตุลาคม ๖๐-มีนาคม ๖๑)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	รายการ	ข้อมูล
๑	ระยะเวลาการผ่าตัดภายหลังวินิจฉัยภายใน ๔ สัปดาห์ (๘๐%)	**เป้าหมาย**	๔๘
		ผลงาน	๓๘
		อัตรา/ร้อยละ	๗๙.๑๖
๒	ระยะเวลาการได้รับยาเคมีบำบัดในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (๘๐%)	**เป้าหมาย**	๒๗
		ผลงาน	๒๗
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐๐
๓	ระยะเวลาการได้รับรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ (๘๐%)	**เป้าหมาย**	๗
		ผลงาน	๖
		อัตรา/ร้อยละ	๘๕.๗๑
๔	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งตับ(๒๔.๙ ต่อแสน ปชก.)	**เป้าหมาย**	๔๘๕,๔๙๓
		ผลงาน	๕๐
		อัตรา/ร้อยละ	๑๐.๒
๕	อัตราการเสียชีวิตจากมะเร็งปอด(๔๘ ต่อแสน ปชก.)	**เป้าหมาย**	๔๘๕,๔๙๓
		ผลงาน	๒๖
		อัตรา/ร้อยละ	๘.๐๓

๓.๔ ข้อมูล Refer (ตุลาคม ๖๐ – มีนาคม ๖๑)

Refer นอกเขต	total	ผลงาน	ร้อยละ
นอกเขตบริการ	๓๑๘	๖๓	๑๙.๘๑
นอกเขต สปสช.	๓๑๘	๒๙๗	๘๙.๓๑

เขตบริการ เป็นพื้นที่ที่ทำสัญญาร่วมมือเพื่อการบริการผู้ป่วย ได้แก่ ร.พ.จุฬาลงกรณ์
ร.พ.มหาวชิราลงกรณ์ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพฯ.
เขต สปสช. แบ่งเขตตามพื้นที่เขต ๖

๓.๔ ร่วมกับมูลนิธิกาญจบารมีเพื่อคัดกรองมะเร็งเต้านม เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระบรมโอรสาธิราช ฯ สยามมกุฎราชกุมาร ในวโรกาสที่พระชนมายุครบ ๕ รอบ

๓.๔.๑ วันที่ ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ.ห้องประชุมอ.ศรีมหาโพธิ อ. ศรีมหาโพธิ จ.ปราจีนบุรี
คัดกรอง ๒๗๙ ราย ทำ แมมโมแกรม ๑๕ ราย
ผิดปกติ ๗๓ ราย ส่งต่อโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ๒ ราย

๓.๔.๒ วันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐ ณ. หอประชุมอ.นาดี อ.นาดี จ.ปราจีนบุรี
คัดกรอง ๕๐๑ ราย ทำ แมมโมแกรม ๒๓ ราย
ผิดปกติ ๘๐ ราย ส่งต่อโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ๒ ราย

๓.๕ โครงการ ๔th AMISU international conference “Innovative management in gynecology”

วันที่ ๒๑-๒๒ ธันวาคม.๒๕๖๐ ณ ห้องประชุมตึกเจ้าพระยาฯ. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผู้เข้าร่วมประชุม ๗๒ คน

๓.๖ โครงการ “๕th Abhaibhubejhr Minimally Invasive Surgical Unit International Conference

“INFERTILITY TREATMENT FOR ALL” วันที่ ๒-๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพญายอ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผู้เข้าร่วมประชุม ๓๔๑ คน

๓.๗ ประชุมเตรียมความพร้อมดำเนินงานโครงการตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ วันที่ ๒-๓ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมพญายอ ชั้น ๕ อาคารเฉลิมพระเกียรติ ผู้เข้าร่วมประชุม ๑๒๐ คน ดังนี้

แผนการลงพื้นที่ปฏิบัติโครงการตรวจคัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหามะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

อำเภอ	เป้า FIT ปี ๒๕๖๑ (ราย)	พื้นที่ดำเนินการ	วัน เดือน ปี
กบินทร์บุรี	**๒,๕๐๐**	รพ.สต.เมืองเก่า	**๑๕ พ.ค.๒๕๖๑**
ศรีมโหสถ	**๕๐๐**	ร.พ.ศรีมโหสถ	**๒๓ พ.ค.๒๕๖๑**
เมืองปราจีนบุรี	**๒,๒๐๐**	รพ.สต.ไม้เค็ด	**๒๕ พ.ค.๒๕๖๑**
บ้านสร้าง	**๖๐๐**	อ.บ้านสร้าง	**๒๘ พ.ค.๒๕๖๑**
นาดี	**๙๐๐**	อ.นาดี	**๓๑ พ.ค.๒๕๖๑**
ศรีมหาโพธิ	**๑,๑๐๐**	อ.ศรีมหาโพธิ์	**๑ มิ.ย.๒๕๖๑**
ประจันตคาม	**๑,๐๐๐**	ร.พ.ประจันตคาม	**๑๘ มิ.ย.๒๕๖๑**
รวม	**๘,๘๐๐**		

๔. แผนการดำเนินงาน

ลำดับ	โครงการ	ระยะเวลา	งบประมาณ
๑	โครงการค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ปี ๒๕๖๑	ก.พ.- ส.ค. ๒๕๖๑	สปสช.
๒	ทำฐานข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งโดยใช้โปรแกรม Thai cancer based	เริ่ม มกราคม ๒๕๖๐	-

๕. ปัญหาและข้อเสนอแนะ

- ขาด oncologist, ขาด onco nurses ขาดพยาบาลประจำหน่วยเคมีบำบัด, บุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบมาก
- ขาดเครื่อง Ultrasound ในคลินิกเต้านม
- ไม่มี ward day care unit. (service at CTM unit observe ward,IPD)
- ระบบสารสนเทศทะเบียนมะเร็งขาดทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูลทางเทคโนโลยี
- งบประมาณ

<u>ข้อเสนอแนะ</u>

- สนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทุกระดับ
- การเก็บข้อมูลควรเป็นข้อมูลปัจจุบันโดยใช้โปรแกรม Thai cancer base เพื่อได้ข้อมูลข้อมูลตามตัวชี้วัด

สาขาจักษุ

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (รายงานผลการดำเนินงาน ไตรมาสที่ ๑ และไตรมาสที่ ๒ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๐ – เดือนมีนาคม ๒๕๖๑)

๒. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มีโรงพยาบาลที่สามารถรักษาตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้ทั้งหมด ๓ โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลกบินทร์บุรี และโรงพยาบาลค่ายจักรพงษ์ (กระทรวงกลาโหม) มีจักษุแพทย์ทั้งหมด ๕ คน (กระจกตา ๑ คน จอประสาทตา ๑ คน ต้อหิน ๑ คน และทั่วไป ๒ คน) โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ผ่าตัด Blinding Cataract ได้ร้อยละ ๘๘.๗๓ และโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ผ่าตัด Blinding Cataract ได้ร้อยละ ๗๘.๕๗

แผนกจักษุ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีการบริหารจัดการผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ให้ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน โดยมอบหมายจักษุแพทย์รับผิดชอบแทรกคิวผ่าตัดหมุนเวียนในแต่ละเดือน ทำให้สามารถดำเนินการได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด

ในส่วนของโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ยังไม่สามารถผ่าตัดผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนด เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ที่รวบรวมข้อมูลและลง Vision ๒๐๒๐ คิดระยะเวลารอคอยผ่าตัดของผู้ป่วยที่ต้องรอปรึกษาต่างแผนกมารวมอยู่ด้วย ทำให้ระยะเวลารอคอยนานกว่าที่กำหนด

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

<u>ตัวชี้วัด</u> : ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน ร้อยละ ๘๕

โรงพยาบาล	ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	รวม	รวม จังหวัดปราจีนบุรี
เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	๖๘/๘๐ = ๘๕.๐๐	๑๒๑/๑๓๓ = ๙๐.๙๘	**๑๘๙/๒๑๓ = ๘๘.๗๓**	**๒๓๓/๒๖๙=๘๖.๖๒**
กบินทร์บุรี	๒๗/๓๕ = ๗๗.๑๔	๑๗/๒๑ = ๘๐.๙๕	**๔๔/๕๖ = ๗๘.๕๗**	

๔. สรุปประเด็นที่สำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. บุคลากรทุกระดับมีจำนวนจำกัด มีภาระงานที่มากขึ้น เช่น ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลต้องรับผิดชอบตัวชี้วัดของทุก Service Plan และมีข้อมูลที่ต้องรายงานมากขึ้นทุกปี

๒. เจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด มีการย้าย ลาออกไปมากกว่าที่มีทดแทนเข้ามา

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑.บุคลากรในห้องผ่าตัดไม่เพียงพอ ทำให้จำกัดจำนวน case ผ่าตัดในแต่ละวัน	๑.เพิ่มจำนวนแพทย์และพยาบาลในห้องผ่าตัด ๒.จัดหน่วยภายนอก มาช่วยผ่าตัดในกรณีที่มีผู้ป่วยรอผ่าตัดสะสม	หน่วยงานที่มาออกหน่วยหรือเจ้าของพื้นที่ ต้องรับผิดชอบในการลงข้อมูลใน vision๒๐๒๐ ให้ครบถ้วน เพื่อให้สามารถติดตามผลงานได้

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร/ต่อระเบียบ กฎหมาย

ขอเพิ่มจำนวนบุคลากรทุกระดับ โดยเฉพาะ จักษุแพทย์ เจ้าหน้าที่เทคนิค

สาขาการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

ประเด็นการตรวจราชการ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา (Palliative Care)

ขั้นตอนที่๑ : มีการดำเนินการในขั้นตอนที่ ๑ ครบถ้วนและมีการดำเนินการในข้อต่อไปนี้

๑.๑ โรงพยาบาลระดับ A,S มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล

๑.๒ ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP)

- โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑≥ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

- โรงพยาบาลระดับ M๒,F๑-๓ นับจากจำนวนผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลระดับ A,S,M๑ และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาลระดับ M๒,F๑-๓ ≥ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีที่รายงาน

๑.๓ มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย

- โรงพยาบาลระดับ A,S ≥ ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ A,S ในเขตสุขภาพ

- โรงพยาบาลระดับ M๑-๒,F๑-๓ มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication และมีการจัดจัดการดูแลแบบแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย≥ ร้อยละ ๕๐ ของจำนวนโรงพยาบาลระดับ M๑-๒,F๑-๓ในเขตสุขภาพ

สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี มีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดังนี้

๑. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร(A) มีแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care เป็นประธานหรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล และวางแผนอบรมแพทย์ดูแลศูนย์ประคับประคอง หลักสูตร BCCPM ๘ Wks. (๒๗ ส.ค.-๑๙ ต.ค.๖๑) ในปี ๒๕๖๑ ส่วนโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง มีแผนส่งแพทย์เข้ารับการอบรมเฉพาะทางด้าน Palliative Care

๒. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร(A) มีการดำเนินการให้ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) รายใหม่ในปี ๒๕๖๑

๓. โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning (ACP) จากโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรผ่านทางระบบ COC และทางโทรศัพท์ติดตามจากทีมเยี่ยมบ้าน (HHC)

๔. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร(A) มี Pain Clinic สำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคองโดยทีมวิสัญญีแพทย์ในระบบปรึกษา และอยู่ระหว่างการดำเนินการจัดตั้ง Palliative Care Clinic โดยใช้พื้นที่นัดตรวจผู้ป่วยที่ OPD ศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ วันอังคารบ่าย และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กดจุดบำบัด นวดบำบัด ส่วนโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งมีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication การแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด

รอบสามเดือน

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุ ร.พ.)

ตารางที่ ๑ จำนวนร้อยละ โรงพยาบาลที่มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care จังหวัดปราจีนบุรี

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	โรงพยาบาล	ภาพรวมจังหวัด	ผลการดำเนินงาน		วิธีแก้ไข
			A		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
๑	โรงพยาบาลระดับ A,S มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care เป็นประธาน หรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล	ร้อยละ ๑๐๐	๑/๑	๑/๑ ๑๐๐	√		

๓.๑ ผลการดำเนินงานในโรงพยาบาล

ตารางที่๒ ผลการประเมินการดำเนินงานผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) จำแนกรายในโรงพยาบาลจังหวัดปราจีนบุรี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ร.พ.เจ้าพระยาอภัยภูเบศร	ร.พ.กบินทร์บุรี	ร.พ.นาดี	ร.พ.ศรีมหาโพธิ์	ร.พ.ศรีมโหสถ	ร.พ.ประจันตคาม	ร.พ.บ้านสร้าง	ร.พ.ค่ายจักรพงษ์	ผลการดำเนินงาน	
		A	M๑	F๑	F๑	F๒	F๒	F๒	F๒	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑.โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑มีผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง(ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน)ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning(ACP)	≥ร้อยละ๕๐ในรายใหม่ของปีที่รายงาน	๗๐.๒ ๑๔๖/๒๐๘	๐ ๐/๗๐	-	-	-	-	-	-	√ ๕๒.๕ ๑๔๖/๒๗๘	
๒.โรงพยาบาลระดับ M๒,F๑-๓ นับจากจำนวนผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูล Advance Care Planning(ACP) จากโรงพยาบาลระดับA,S,M๑ และ/หรือมีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัวที่ในโรงพยาบาล	≥ร้อยละ๕๐ในรายใหม่ของปีที่รายงาน			๗๗.๘ ๑๔/๑๘	๑๐๐ ๑๑/๑๑	๐	๖๘.๘ ๑๑/๑๖	๕๗.๑ ๔/๗	๐	√ ๗๖.๙ ๔๐/๕๒	

โรงพยาบาลระดับ A,S,M๑

A= จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปีได้รับการทำ Family Meeting และมีการทำ Advance Care

B= จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปี

สูตร (A/B) x ๑๐๐

โรงพยาบาลระดับ M๒,F๑-๓

A= จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปี+ รายใหม่ที่ได้รับการทำFamily Meeting และมีการทำ ACP และมีการส่งต่อข้อมูล ACP มาพร้อมการส่งต่อ

B= จำนวนผู้ป่วย Palliative Care รายใหม่ในปี

สูตร (A/B) x ๑๐๐

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

- ขาดการประสานงานในการดำเนินการ Palliative Care ของส่วนกลางกับสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละท้องที่ และในระดับเขตสุขภาพ เช่น การจัดการประชุมร่วมกัน เพื่อชี้แจงแนวทางการรวบรวมข้อมูลให้เป็นการตอบ Service plan ที่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีส่วนขาด (Gap analysis) ทำให้ไม่ทราบว่าทิศทางที่จะดูแลผู้ป่วยทำอย่างไร การดำเนินการให้กับผู้ป่วยและพื้นที่ที่ต้องดูแลต้องมีสิ่งใดบ้างที่เป็นตัวชี้วัดที่ต้องการติดตาม
- ขาดแคลนพยาบาลเฉพาะทาง Palliative Care และ Palliative Care Nurse case manager
- ขาดแคลนแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้าน Palliative Care
- การเข้าถึงและขั้นตอนการเบิกจ่ายยาในกลุ่ม Intermediate opioid control release (IOCR) เมื่อต้องจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน และมาตรวจตามนัดเองไม่ได้

นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรมี CQI ๑ เรื่อง

๑. การพัฒนาระบบปรึกษาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างมีประสิทธิภาพ

- มีแนวทางการดูแลและจัดบริการผู้ป่วยทุกสาขา โดยรวบรวมรายชื่อศูนย์การดูแล และผู้รับผิดชอบในโรงพยาบาลเครือข่าย

สาขาสุขภาพช่องปาก

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

- ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐
- อัตราใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๕

๒. สถานการณ์

จำนวนประชากรทั้งหมด ๔๓๓,๔๒๒ คน จำนวนประชากรสิทธิ์ UC ๓๐๘,๙๕๙ คน

หน่วยบริการสุขภาพช่องปาก

จำนวนอำเภอ	แห่ง ๗	จำนวน CUP	แห่ง ๗
จำนวน ศสม.	แห่ง ๒	จำนวน รพ.สต.	๙แห่ง ๓
จำนวนคลินิกทันตกรวม	แห่ง ๒๓	รพเอกชน.	แห่ง ๑

๓. จำนวนทันตบุคลากรในจังหวัด

๒.๓.๑ จำนวนทันตแพทย์ทั้งหมด	๖๓ คน	สัดส่วนทันตแพทย์ต่อประชากร	๑ : ๖,๘๗๙ คน
ทพ.กสธ.	๕๖ คน	ทพ.รัฐอื่นๆ	๒ คน
ทพ.เอกชน	๑๒ คน		
หมายเหตุ การนับจำนวนทันตแพทย์ให้นับแบบไม่ซ้ำ กรณี ทพ.เอกชน คือทำงานเฉพาะภาคเอกชนเท่านั้น			
๒.๓.๒จำนวนทันตาภิบาลทั้งหมด	๖๖ คน	สัดส่วนทันตาภิบาลต่อประชากร	๑ : ๖,๕๖๗คน
ทันตาภิบาล ใน สสจ.	๒ คน	ทันตาภิบาลใน รพ.	๒๑ คน
ทันตาภิบาล ใน สสอ.	๐ คน	ทันตาภิบาล ใน รพ.สต./ศสม.	๔๓ คน
๒.๓.๓ จำนวนผู้ช่วยทันตแพทย์ทั้งหมด	๓๕ คน	ผู้ช่วยทันตแพทย์ (ในตำแหน่ง จพง.ทันต)	๙ คน
ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.	๒๕ คน	ลูกจ้างช่วยงานทันตกรรมในรพ.สต.	๑ คน
๒.๓.๔ จำนวนช่างทันตกรรม	๐ คน	ร้อยละรพ.สต.ที่มีลูกจ้างช่วยงานทันตกรรม	๐.๐๑

๔. ความพร้อมในการให้บริการ ใน รพ.สต./ศสม.

จำนวน รพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรประจำและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๔๔ แห่ง	จำนวน รพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ.ให้บริการและครุภัณฑ์ทันตกรรมครบชุด	๙ แห่ง
จำนวน รพ.สต. /ศสม. ที่มีทันตบุคลากรหมุนเวียนจากรพ.ให้บริการแต่มีครุภัณฑ์ทันตกรรมไม่ครบชุด	๑ แห่ง	จำนวน รพ.สต. /ศสม. ที่ไม่มีบริการทันตกรรม	๔๑ แห่ง

๕. ความพร้อมในการให้บริการสุขภาพช่องปาก ใน ทีมหมอครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCC)

จำนวนทีมหมอครอบครัว ทั้งหมดในจังหวัด	๔๕ แห่ง	จำนวนทีมหมอครอบครัว ที่มีทันตาภิบาลทำงานประจำ	๑ แห่ง
จำนวน PCC ทั้งหมดในจังหวัด	๑๗ แห่ง	จำนวน PCC ที่มีทันตแพทย์รับผิดชอบ	๑ แห่ง
จำนวนอำเภอ ที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งหมดในจังหวัด	๗ อำเภอ	จำนวนอำเภอ ที่คณะกรรมการฯ มีแผนสนับสนุนบริการสุขภาพช่องปากใน PCC	๗ อำเภอ

๓. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ (ระบุรายการข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการตรวจติดตามที่จำเป็นในแต่ละประเด็น)

๓.๑ การจัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. อย่างมีคุณภาพของจังหวัด

ตัวชี้วัด: ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐

แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑

จากข้อมูล รอบ ๖ เดือนพบว่า จังหวัดปราจีนบุรี ยังไม่มีอำเภอใดผ่านตัวชี้วัดนี้

อำเภอ	จำนวน รพ.สต./ศสม. ในสังกัด สป. ทั้งหมด (B)	จำนวนรพ.สต./ศสม.ผ่านเกณฑ์จัดบริการสุขภาพช่องปาก					
		6 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม	ร้อยละ	200คน ต่อ1000 ประชากร	ร้อยละ	ผ่านทั้งสองเกณฑ์	ร้อยละ
เมืองปราจีนบุรี	21	4	19.05	16	76.19	4	19.05
กบินทร์บุรี	20	2	10.00	4	20.00	1	5.00
นาดี	15	0	0.00	1	6.67	0	0.00
บ้านสร้าง	11	2	18.18	6	54.55	2	18.18
ประจันตคาม	14	4	28.57	14	100.00	4	28.57
ศรีมหาโพธิ	13	1	7.69	9	69.23	1	7.69
ศรีมโหสถ	4	0	0.00	0	0.00	0	0.00
รวม	98	**13**	**13.27**	**50**	**51.02**	12	**12.24**

รูปที่ ๑ อำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๒ องค์ประกอบ สรุปจาก HDC ณ วันที่ ๑๘ เมษายน ๒๕๖๑

๓.๒ การใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่

ตัวชี้วัด: อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ >= ร้อยละ ๓๕

แหล่งข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม (บริการ) ข้อ ๑

ตารางที่ ๑ ผลงานเชิงปริมาณ

(ข้อมูล HDC ณ วันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๑)

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ							ภาพรวมจังหวัด
			เมือง	กบินทร์บุรี	นาดี	บ้านสร้าง	ประจันตคาม	ศรีมหาโพธิ	ศรีมโหสถ	
๑	ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ ภายใต้การสนับสนุนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ หรือ District Health Broad ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐									
๑.๑.	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์ใน ๕ กลุ่มเป้าหมาย ๑๔ กิจกรรม	เป้าหมาย	๒๑	๒๐	๑๕	๑๑	๑๔	๑๓	๔	๙๘
		ผลงาน	๔	๒	๐	๒	๔	๑	๐	๑๓
		อัตรา/ร้อยละ	๑๙.๐๕	๑๐.๐๐	๐.๐๐	๑๘.๑๘	๒๘.๕๗	๗.๖๙	๐.๐๐	๑๓.๒๗
๑.๒	รพสต. / ศสม. ที่จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมร้อยละ ๒๐	เป้าหมาย	๒๑	๒๐	๑๕	๑๑	๑๔	๑๓	๔	๙๘
		ผลงาน	๑๖	๔	๑	๖	๑๔	๙	๐	๕๐
		อัตรา/ร้อยละ	๗๖.๑๙	๒๐.๐๐	๖.๖๗	๕๔.๕๕	๑๐๐.๐๐	๖๙.๒๓	๐.๐๐	๕๑.๐๒
๑.๓	ร้อยละอำเภอที่จัดบริการสุขภาพช่องปากใน รพ.สต./ศสม. ที่มีคุณภาพฯ	เป้าหมาย	๒๑	๒๐	๑๕	๑๑	๑๔	๑๓	๔	๙๘
		ผลงาน	๔	๑	๐	๒	๔	๑	๐	๑๒
		อัตรา/ร้อยละ	๑๙.๐๕	๕.๐๐	๐.๐๐	๑๘.๑๘	๒๘.๕๗	๗.๖๙	๐.๐๐	๑๒.๒๔

ลำดับ	รายการข้อมูล		อำเภอ							ภาพรวมจังหวัด
			เมือง	กบินทร์บุรี	นาดี	บ้านสร้าง	ประจันตคาม	ศรีมหาโพธิ	ศรีมโหสถ	
๒	**อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในเขต >= ร้อยละ ๓๕**									
๒.๑	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่	เป้าหมาย	๙๘,๓๐๑	๑๒๓,๓๒๓	๔๑,๘๔๖	๒๔,๐๔๐	๔๓,๗๐๗	๖๓,๒๐๐	๑๔,๙๘๐	๔๐๙,๓๙๗
		ผลงาน	๑๗,๘๓๑	๒๐,๖๙๔	๖,๐๐๔	๕,๒๓๗	๑๘,๕๐๐	๑๖,๔๔๘	๑,๗๑๗	๘๕,๙๘๖
		อัตรา/ร้อยละ	๑๘.๑๔	๑๖.๗๘	๑๔.๕๓	๒๑.๗๘	๔๑.๓๑	๒๖.๐๓	๑๑.๔๐	๒๑.๐๐
๒.๒	ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมด	เป้าหมาย	๙๘,๓๐๑	๑๒๓,๓๒๓	๔๑,๘๔๖	๒๔,๐๔๐	๔๓,๗๐๗	๖๓,๒๐๐	๑๔,๙๘๐	๔๐๙,๓๙๗
		ผลงาน	๒๕๐	๓๘๘	๑๘๓	๑๖๒	๒๒๕	๒๕๐	๑๒๗	๑,๕๘๕
		อัตรา/ร้อยละ	๐.๒๕	๐.๓๑	๐.๔๔	๐.๖๗	๐.๕๑	๐.๔๐	๐.๘๕	๐.๓๙

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

การวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการ เรียงตามลำดับ ตามตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ สรุปปัญหาการดำเนินการ

ปัญหาดำเนินการ	จำนวนอำเภอที่มีปัญหา	อำเภอ						
		เมือง	กบินทร์บุรี	นาดี	บ้านสร้าง	ประจันตคาม	ศรีมหาโพธิ	ศรีมโหสถ
ปัญหาการประสาน การเสนอโครงการแก้ไขปัญหา กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ								
ปัญหาการลงบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การส่งออก และ ใช้ข้อมูลจาก ๔๓ แฟ้ม เพื่อการวางแผนและประเมินผล	๗	/	/	/	/	/	/	/
ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และ ลาออกของทันตาภิบาล								
ขาดแคลนทันตาภิบาลประจำรพ.สต								
ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.	๗	/	/	/	/	/	/	/
ขาด Oral Health Manager ในการวิเคราะห์และวางแผน เพื่อลดปัญหาโรคในช่องปาก	๔	/		/			/	/
ศักยภาพทันตแพทย์ในการพัฒนาโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่								
ขาดแคลนทันตแพทย์ในบางจังหวัดทำให้มีปัญหาในการจัดบริการหมุน								
ได้รับงบประมาณในการจัดบริการไม่เพียงพอ								
ขาดยูนิตทันตกรรมในรพ.สต.								
มาตรการแก้ปัญหาไม่ชัดเจน								
ปัญหาอื่นๆระบุ								
จำนวนประเด็นปัญหาในระดับอำเภอ		๓	๒	๓	๒	๒	๓	๓

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
โรงพยาบาลศูนย์ยังไม่สามารถออกผลงานผ่านระบบ hdc ๔๓ แฟ้มได้	- มีการทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลให้เร่งการดำเนินการแล้ว	
ปัญหาความไม่ก้าวหน้า การเปลี่ยนสายงาน และ ลาออกของทันตาภิบาล		สนับสนุนความก้าวหน้าของทันตาภิบาล นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) และทันตาภิบาลอาวุโส

ขาดแคลนผู้ช่วยงานทันตกรรมประจำรพ.สต.	สสอ. และโรงพยาบาลแม่ข่ายควรจัดสรรงบประมาณในการว่าจ้างผู้ช่วยทันตแพทย์หรือผู้ช่วยเหลือทันตกรรมใน รพ.สต. ที่มีภาระงานมากและเป็นหน่วยรับส่งต่อที่ไม่มียูนิตทันตกรรม	
ขาดทันตแพทย์ครอบครัวที่รับผิดชอบใน PCC	- ส่งทันตแพทย์เข้ารับการอบรมทันตแพทย์ครอบครัว - จัดสรรทันตแพทย์ลงปฏิบัติงานและรับผิดชอบอย่างชัดเจนใน PCC	

๖. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย /ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

๑. จัดสรรงบประมาณทั้งส่วนของบุคลากรและครุภัณฑ์ต่างๆเพื่อให้สามารถดำเนินงานทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. ขอสัดส่วนผู้ให้บริการต่อผู้ช่วยทันตแพทย์ให้เป็น ๑ : ๑ เพื่อให้การทำงานได้ปริมาณและประสิทธิภาพที่เหมาะสม

สาขาการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care : IMC)

๑. ประเด็นการตรวจราชการ

การพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (intermediate care)

ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และF ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๑ ร้อยละ ๑๐

ปีงบประมาณ ๖๒ ร้อยละ ๒๐

ปีงบประมาณ ๖๓ ร้อยละ ๓๐

ปีงบประมาณ ๖๔ ร้อยละ ๔๐

๒. สถานการณ์

จังหวัดปราจีนบุรี ได้มีการดำเนินกิจกรรม service plan สาขาเวชกรรมฟื้นฟูมาตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๕๘ โดยวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พ้นระยะวิกฤติ ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ดังนี้

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับบริการทางเวชกรรมฟื้นฟู	๑๐๐	๙๓.๑๖ ๓๐๐/๓๒๒
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ Intensive program มี barthel index ดีขึ้นอย่างน้อย ๑ ระดับเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฟื้นฟู	๘๐	๘๓.๙๐ ๕๘๔/๔๙๐

ปี๒๕๖๑ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (intermediate care) โดยมีวัตถุประสงค์การดูแลระยะกลาง

๑. ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ acute care settings

๒. ฟื้นฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น intensive rehabilitation

๓. ลดการกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิม หรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม

๔. เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (bed utility)ในระดับจังหวัดหรือเขต

๕. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วย และผู้ดูแล

๖. เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแล สู่การดูแลในชุมชน และที่บ้าน

โดยเน้น ๓ โรคสำคัญ การฟื้นฟู ๑.โรคหลอดเลือดสมอง ๒.การบาดเจ็บที่สมอง ๓.การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง ขอบเขต ระยะเวลา ๖ เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่

โดยกำหนดตัวชี้วัดร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และF ที่ให้บริการการดูแลระยะกลางเกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ ๖๑ ร้อยละ ๑๐

ปีงบประมาณ ๖๒ ร้อยละ ๒๐

ปีงบประมาณ ๖๓ ร้อยละ ๓๐

ปีงบประมาณ ๖๔ ร้อยละ ๔๐

	สิ่งที่ประชาชนจะได้รับ : เป้าหมายปี ๒๕๖๑
เพิ่มการเข้าถึงบริการ	• ผู้ป่วยที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน ๖ เดือนแรก ๗๐%
กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู มีสมรรถนะให้ดีขึ้น (potential group)	• กลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (ทำตามคำสั่งได้ ๑-๒ step) มีสมรรถนะดี ๗๐ %
ลดภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (low potential group)	• กลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู (bedridden) เกิดภาวะแทรกซ้อน (ใหม่) น้อยกว่า ๒๐%

๓. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

การดำเนินงาน

๑. เสนอรายชื่อคณะกรรมการ service plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) จังหวัดปราจีนบุรี

๒. การศึกษาดูงาน ในโรงพยาบาลที่ให้บริการตาม service plan สาขาการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ที่โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม

๓. การอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care) ในผู้ป่วย Post acute stroke, Post neurologic trauma ได้แก่ Traumatic brain injury และ Spinal cord injury แก่เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการสาธารณสุข ช่างกายอุปกรณ์ เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู เป็นต้น โดยครอบคลุมถึงผู้ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลระดับ A โรงพยาบาลระดับ M และโรงพยาบาลระดับ F

๔. สร้างเครือข่ายระบบการดูแล และการส่งต่อ ผู้ป่วยในกลุ่มเป้าหมายของ service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermediate care)

๕. การลงเยี่ยมติดตาม การดำเนินงาน service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermedias care) ที่เครือข่ายโรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์) และ รพ.สต.บ้านพระ

ผลการดำเนินการ

๑. โรงพยาบาลชุมชนระดับ F ให้บริการการดูแลระยะกลางตามเป้าหมาย ๒ แห่ง คือ

๑.๑ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์

๑.๒ โรงพยาบาลนาดี

๒. ผลการดำเนินงาน intermadiate care โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี (มกราคม ๒๕๖๑ – มีนาคม ๒๕๖๑)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	มกราคมระดับที่ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)		
		มกราคม	กุมภาพันธ์	มีนาคม
๑. การเข้าถึงบริการระบบบริการฟื้นฟู	≥๗๐	๗๑.๔๓ ๔๕/๖๓	๘๒.๗๖ ๔๘/๕๘	๙๐ ๔๕/๕๐
Ischemic stroke		๘๐.๗๗ ๔๒/๕๒	๙๔.๘๗ ๓๗/๓๙	๙๕.๒๓ ๔๐/๔๒
Hemorrhagic stroke		๒๐ ๒/๑๐	๕๘.๘๒ ๑๐/๑๗	๕๗.๑๔ ๔/๗
TBI		๐	๑๐๐ ๑/๑	๐
SCI		๑๐๐ ๑/๑	๐	๑๐๐ ๑/๑
๒.ผู้รับบริการกลุ่มที่มีศักยภาพในการฟื้นฟู ที่ได้รับโปรแกรม มีสมรรถนะดีขึ้น	≥๗๐	๘๘.๒๓ ๓๐/๓๔	๘๕ ๓๔/๔๐	๘๖.๓๖ ๑๙/๒๒
Ischemic stroke		๙๐.๓๒ ๒๘/๓๑	๘๗.๘๘ ๒๙/๓๓	๘๔.๘๔ ๑๖/๑๙
Hemorrhagic stroke		๕๐ ๑/๒	๗๑.๔๓ ๕/๗	๑๐๐ ๒/๒
TBI		๑๐๐ ๑/๑	๐	๐
SCI		๐	๐	๑๐๐ ๑/๑
๓. ผู้รับบริการกลุ่มที่ไม่มีศักยภาพในการฟื้นฟู เกิดภาวะแทรกซ้อน (ใหม่)	≤๒๐	NA	NA	NA

๔. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

๑. จังหวัดปราจีนบุรียังไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermedias care)

๒. โรงพยาบาลรพช.ระดับ F อีก ๓ แห่ง คือ รพ.ประจันตคาม รพ.ศรีมโหสถ และรพ.บ้านสร้าง มีนักกายภาพบำบัด เพียง ๑ คน และไม่มีผู้ช่วย

๓. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจยังไม่รองรับ หากเกิดปัญหาที่โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วย intermediate care

๕. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือดำเนินการต่อ
๑. จังหวัดปราจีนบุรียังไม่มีการจัดตั้งคณะกรรมการ service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermedias care) ๒. รพช.ระดับ F อีก ๓ แห่ง คือ รพ.ประจันตคาม รพ.ศรีมโหสถ และรพ.บ้านสร้าง มีนักกายภาพบำบัด เพียง ๑ คน และไม่มีผู้ช่วย ๓.ร ะบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ อาจยังไม่รองรับ หากเกิดปัญหาที่โรงพยาบาลชุมชนในผู้ป่วย intermediate care	จัดตั้งคณะกรรมการ service plan สาขาการดูแลระยะกลาง (intermedias care) -เพิ่มจำนวนบุคลากร -พัฒนาศักยภาพทางด้านการฟื้นฟูให้แก่บุคลากรที่มีอยู่แล้วในแต่ละพื้นที่ โดยมีต้นแบบอาสาสมครกายภาพบำบัด (อสมก) ที่รพ.สต.บ้านพระ อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี -พัฒนาระบบการส่งต่อเพื่อรองรับระบบบริการผู้ป่วยระยะกลาง	

๖.ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

- รพช.เตรียมสหสาขาวิชาชีพ ทีม intermediate careเพื่อการบำบัดฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง
- เพิ่มกรอบอัตรากำลังในวิชาชีพที่ขาดแคลน

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง และการเพิ่มศักยภาพ อสม. เป็น อสมก. เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน รพสต.บ้านพระ อ.เมือง จ.ปราจีนบุรี