

เอกสารประกอบ

การนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติงาน
ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ สสจ.แพร่
ประจำปีงบประมาณ 2563

คปสอ.เด่นชัย



ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จ.แพร่
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

คำนำ

เอกสารฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ต่อคณะนิเทศงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ภายใต้เกณฑ์ผลการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการหน่วยงานในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2563 เพื่อกำกับติดตามการดำเนินงานที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จการปฏิบัติงานตามคำรับรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ไปสู่การปฏิบัติที่สอดคล้องเชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งรับทราบปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อผลสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเด่นชัย โดยโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ขอขอบคุณประธานและรองประธาน คปสอ.เด่นชัย ที่เป็นพี่ปรึกษา รวมทั้งเจ้าหน้าที่ฯ ทุกท่านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเด่นชัย ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูลสำหรับจัดทำเอกสารครั้งนี้ ในโอกาสนี้คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอเด่นชัย ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ และคณะผู้นิเทศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ที่ได้ให้การสนับสนุนและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย ในการนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติงานให้บรรลุผลตามเป้าหมายกำหนดต่อไป

คณะผู้จัดทำ
คปสอ.เด่นชัย
สิงหาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ข้อมูลทั่วไป	1
ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ	7
ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	7
กัญชาทางการแพทย์	
-คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง	8
สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ	
-โรงพยาบาลมีโรงงานผลิตยามาตรฐาน GMP	14
-โรงพยาบาลมีการผลิตยาสมุนไพรจากขมิ้นชันหรือพลัดด้วยวัตถุดิบปลอดภัย	14
อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัย	
-ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	18
-โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	18
-ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์กำหนด	18
ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย	26
ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย	
-อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพต่อแสนคน	27
-อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	27
-ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	27
-ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	27
-ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	30
-ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน	30
-ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	30
เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้	
-อปท.สนับสนุนนโยบายการส่งเสริมการเจริญเติบโตแก่เด็กอายุ 1-5 ปี	33
-ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	36
-ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	40
-ร้อยละเด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ	43
ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล	46
การพัฒนาระบบบริการวิถีใหม่ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล	
-ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการฯ	47
-ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก	47
-จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ	47

สารบัญ

	หน้า
การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ)	
-โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	50
-จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (Non trauma)	50
-ร้อยละของผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการ admit 2 ชม.	50
Fast track (STEMI)	
-อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)	53
-ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	53
-ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/ อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที	53
-อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	53
-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	53
Fast track (Trauma)	
-โรงพยาบาลมีการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ ER Safety (2P Safety)	53
-โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ	53
-โรงพยาบาลมีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล(IS)ในภาพรวมของอำเภอเป็นประจำทุกไตรมาส	53
Fast track (Sepsis)	
-อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	56
-ร้อยละของการดำเนินงานตามprotocol, sepsis triage ที่จุดคัดกรอง	56
การบริหารพื้นที่สภาวะระยะกลาง (IMC: Intermediate Care)	
-โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้การบริหารพื้นที่สภาวะระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ ward)	60
-จำนวนเตียงและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง	60
-มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC เป็น Case manager ในโรงพยาบาล	60
Smart Hospital	
-หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (มีระบบนัดและระบบคิวออนไลน์)	63
-Smart Place-ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look	63
-Smart Tools	63
-Smart Services	63
ประเด็นที่ 5 การสนับสนุนการบริหารจัดการ	68
การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน	
-ร้อยละรพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม	69
-โรงพยาบาลมีคุณภาพผ่านการรับรองตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน HA	73
การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	
-ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง	77
-หน่วยงานฯ ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งฯ (ITA)	80

สารบัญ

หน้า

-การวิเคราะห์สถานการณ์เงินการคลัง (Risk Score)	83
ประเด็นที่ 6 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่ระดับเขต 1 สสจ.แพร่ และเขต 1) โรคฉี่หนู	90
-อัตราการสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	91
-ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน	91
COPD และ PM 2.5	
-อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป)	95
-อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคหืด	95
-รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 มีการดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน	95
NCDs	
-ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	103
-อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	103
-ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	103
-ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	103
-อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	103
-ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	103
-ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3, 4 มีอัตราการกรองลดลงของ eGFR < 5 mL/min/1.72 m ² /yr.	109
-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	109
-ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	109
RDU&AMR	
-โรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	116
-โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (AMR) ชั้น Intermediate	116
การพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (Initiative Management)	
-โรงพยาบาล (ระดับ 5 ลงมา) มีการเพิ่ม Sum Adjust RW.	122
โรคไม่ติดต่อ (อุบัติเหตุทางถนน)	
-อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากจราจรทางถนน	126
-ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (DRTI)	126
ประเด็นที่ 7 ผลงานเด่นของพื้นที่ (ระดับอำเภอ)	128
-New Normal NCD	129
-การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	133
-โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	140

สารบัญ

หน้า

ภาคผนวก

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด (เพิ่มเติม)

- ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	145
- ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ที่สามารถควบคุมกำกับการจัดทำแผน รพ.สต. ฯ	147

ข้อมูลทั่วไป อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

1. คำขวัญอำเภอ

“พระเจ้าแสนแซ่คูบ้าน พระธาตุสุโทนคู้เมือง ประตูล้านนาสี่เลื่อง ของพื้นเมืองไม้กวาด เด่นชัยสะอาดงามตา”

2. วิสัยทัศน์ของอำเภอ

“เด่นชัยน่าอยู่ ประตูสู่ล้านนา เศรษฐกิจพอเพียงก้าวหน้า มุ่งพัฒนาสู่โลกดิจิทัล”

3. ประวัติ ความเป็นมาของอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่

อำเภอเด่นชัย เดิมเป็นกิ่งอำเภอ ขึ้นกับอำเภอสองเม่น ต่อมาได้ยกฐานะเป็นอำเภอในปี พ.ศ.2506 มีประวัติว่าเมื่อประมาณ พ.ศ.2445 ในสมัยรัชกาลที่ 5 แห่งราชวงศ์จักรีมีชาวเงี้ยวเข้ามาขุดพลอยที่ดอยปกกะโล้ง (ปัจจุบันคือที่ตั้งบ้านบ่อแก้ว ม.4 ต.ไทรย้อย อ.เด่นชัย) และต่อมาได้เข้าปล้นเมืองแพร่ พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ทรงโปรดให้พระยาสุรศักดิ์มนตรี ยกทัพปราบพวกเงี้ยวโดยได้ตั้งค่ายทัพที่บ้านเด่นทัพชัยและทำการปราบปรามพวกเงี้ยวได้เป็นผลสำเร็จ จึงให้ชื่อค่ายว่า "ค่ายเด่นทัพชัย" ต่อมาได้ยกฐานะเป็นตำบลเด่นชัย ในสมัยสงครามโลกครั้งที่ 1 อ.เด่นชัย เป็นที่ตั้งของกองทัพบกทหารบกก่อนที่จะถอนกำลังไปรวมกับจังหวัดทหารบก ลำปาง เมื่อ พ.ศ.2476 ปัจจุบัน เป็นที่ตั้งของกองพันทหารม้าที่ 12 ค่ายพระยาไชยบูรณ์ อ.เด่นชัย

4. ลักษณะเฉพาะของพื้นที่

สภาพพื้นที่มีลักษณะเป็นภูเขาล้อมรอบ 3 ด้าน ลาดลงไปทางทิศเหนือและทิศตะวันตกลงสู่แม่น้ำยม มีพื้นที่ราบ 3 ตำบล คือ ตำบลเด่นชัย ตำบลแม่จัวะ และตำบลปางป๋าวหาย แม่น้ำที่สำคัญของอำเภอเด่นชัย คือ แม่น้ำยม รองลงมาคือ ลำห้วยแม่พวก ลำห้วยน้ำแรม ลำน้ำห้วยไร่ ไหลลงสู่แม่น้ำยม

5. อาชีพ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่/นา เป็นอาชีพหลัก และเลี้ยงสัตว์ รับจ้าง ค้าขายเป็นอาชีพรอง

6. ที่ตั้ง อาณาเขตติดต่อ

ทิศเหนือ	ติดต่อกับอำเภอสองเม่น	จังหวัดแพร่
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอวังชิ้น	จังหวัดแพร่
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับอำเภอเมือง	จังหวัดอุตรดิตถ์
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับอำเภอลองและอำเภอวังชิ้น	จังหวัดแพร่

7. การคมนาคม

อ.เด่นชัย เป็นประตูสู่ล้านนา เพราะนอกจากการคมนาคมที่มีความสะดวกทั้งภายในอำเภอแล้ว ยังมีเส้นทางหลวงที่เชื่อมต่อกับจังหวัดต่าง ๆ หลายเส้นทาง คือ 1) เส้นทางหลวงจังหวัด หมายเลข 11 จาก อำเภอเด่นชัยไปยัง จังหวัดอุตรดิตถ์ เป็นเส้นทางที่ใช้เดินทางผ่านเข้าสู่กรุงเทพมหานคร 2) เส้นทางหลวงจังหวัด หมายเลข 11 จาก อำเภอเด่นชัย ไปยังจังหวัดลำปาง เป็นเส้นทางผ่านไปยังจังหวัดเชียงใหม่ 3) เส้นทางหลวง แผ่นดินหมายเลข 101 จากเด่นชัยไปแพร่ น่าน พะเยา เชียงราย 4) เส้นทางหลวงแผ่นดิน หมายเลข 101 (เดิม) จากอำเภอเด่นชัยไปจังหวัดสุโขทัย

สภาพการคมนาคมทั้งภายในอำเภอ มีถนนลาดยาง ซีเมนต์ ทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน มีรถยนต์รับจ้างประจำทาง จากอำเภอเด่นชัย ถึงจังหวัด ตั้งแต่เวลา 6.00 -18.00 น. มีสถานีขนส่ง (หมายเลขโทรศัพท์ 0-5461-4102) และ สถานีรถไฟ (หมายเลขโทรศัพท์ 0-5461-3260-1) อำเภอมีระยะทางห่างจากจังหวัด 24 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัด ลำปาง เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก เท่ากับ 83, 197, 59, 182 กิโลเมตร ตามลำดับ ส่วนระยะทางห่างจากสถาน บริการสุขภาพในเครือข่ายอำเภอเด่นชัย ถึงสถานบริการสุขภาพแม่ข่าย จากใกล้สุดไปไกลสุด ได้แก่ รพ.สต.แม่จั่วะ, รพ.สต.ปงป่าหวาย, รพ.สต.สวนหลวง, รพ.สต.ปากป่าน, รพ.สต.น้ำแรม, รพ.สต.ไทรย้อย, รพ.สต. ห้วยไร่ และ รพ.สต.บ่อแก้ว เท่ากับ 3, 3, 5, 6, 6, 12, 15, 18 กิโลเมตร ตามลำดับ

8. ด้านสังคม

- สถานศึกษาระดับอาชีวศึกษา	จำนวน 1 แห่ง	- สพฐ.	จำนวน 25 แห่ง
- ห้องสมุดประชาชน	จำนวน 1 แห่ง	- โรงพยาบาลชุมชน	จำนวน 1 แห่ง
- วัด	จำนวน 28 แห่ง	- มัสยิด	จำนวน 1 แห่ง
- โบสถ์คริสต์	จำนวน 1 แห่ง	- สวนสาธารณะ	จำนวน 1 แห่ง

9. ด้านการสาธารณสุข

สถานบริการของรัฐ

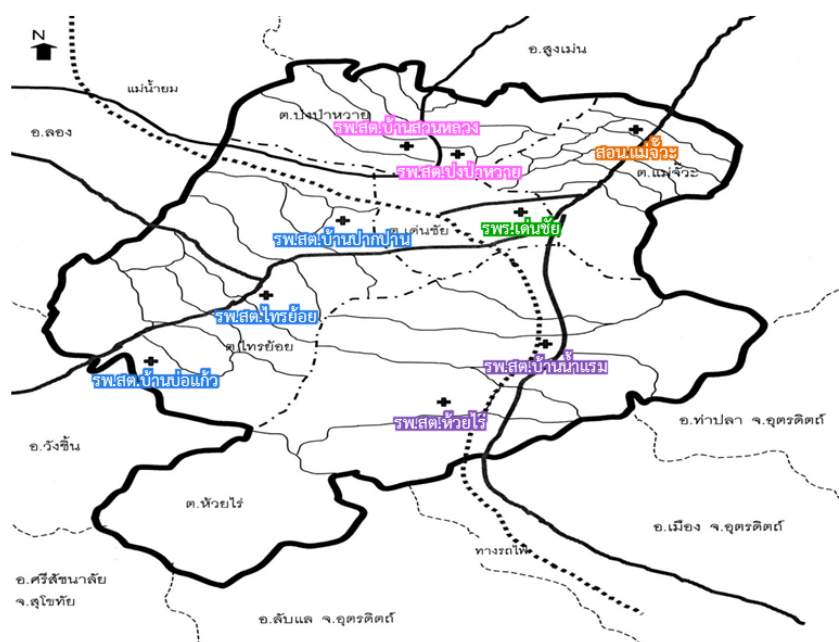
- โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง จำนวน 1 แห่ง
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 แห่ง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 8 แห่ง

สถานบริการของชุมชน

- คลินิกแพทย์ จำนวน 6 แห่ง
- ร้านขายยา จำนวน 7 แห่ง

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

อสม. มี จำนวน 933 คน คิดเป็น อัตราส่วน อสม. ต่อหลังคาเรือน เท่ากับ 1 : 12.50



รูปภาพที่ 1 แผนที่แสดงสภาพภูมิสังคมพื้นที่รับผิดชอบของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

10. การปกครอง

อ.เด่นชัย แบ่งการปกครองเป็น 5 ตำบล 52 หมู่บ้าน ประกอบด้วย ต.เด่นชัย ต.แม่จั่ว ต.ไทรย้อย ต.ห้วยไร่ และ ต.ปงป่าห้วย การปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย เทศบาล ต.เด่นชัย เทศบาล ต.แม่จั่ว และเทศบาล ต.ปงป่าห้วย และ อบต. 4 แห่ง ได้แก่ อบต.เด่นชัย อบต.แม่จั่ว อบต.ไทรย้อย และอบต.ห้วยไร่

ตารางที่ 1 แสดงการแบ่งเขตการปกครองจำแนกตำบล อ.เด่นชัย จ.แพร่ ปี 2562

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	เทศบาล (แห่ง)	อบต. (แห่ง)	พื้นที่ (ตร.กม.) (โดยประมาณ)	ประชากร	ความหนาแน่น (ปชก./ตร.กม.)
1	เด่นชัย	11	4,250	1	1	28.04	10,616	378.60
2	แม่จั่ว	10	2,212	1	1	52.00	6,877	132.25
3	ห้วยไร่	10	1,476	-	1	212.86	5,310	24.96
4	ไทรย้อย	12	1,972	-	1	226.30	6,471	28.59
5	ปงป่าห้วย	9	1,751	1	-	41.99	5,210	124.08
รวม		52	11,661	3	4	561.19	34,484	61.45

ที่มา: HDC จังหวัดแพร่ ประเภท type area 1 และ 2 ณ 30 กันยายน 2562

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนโรงเรียน วัด ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อ.เด่นชัย จำแนกตามพื้นที่และสถานบริการ

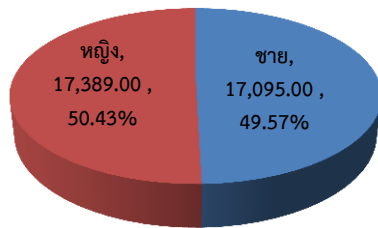
ตำบล	สถานบริการ	หมู่บ้าน	โรงเรียน (แห่ง)	วัด (แห่ง)	ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (แห่ง)
เด่นชัย	รพ.เด่นชัย	11	6	9	ศดพ.2, รร.เอกชน 1
แม่จั่ว	สอ.แม่จั่ว	10	1	6	1
ห้วยไร่	รพ.สต. ห้วยไร่	4	1	1	2
	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	6	3	2	1
ปงป่าห้วย	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	4	2	2	0
	รพ.สต.ปงป่าห้วย	5	2	2	1
ไทรย้อย	รพ.สต.บ้านปากป่าน	3	1	1	1
	รพ.สต.ไทรย้อย	5	2	2	0
	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	4	1	1	1
รวม		52	19	26	10

11. ประชากร

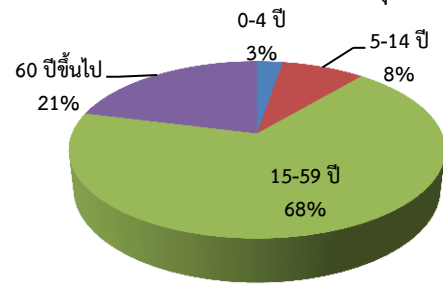
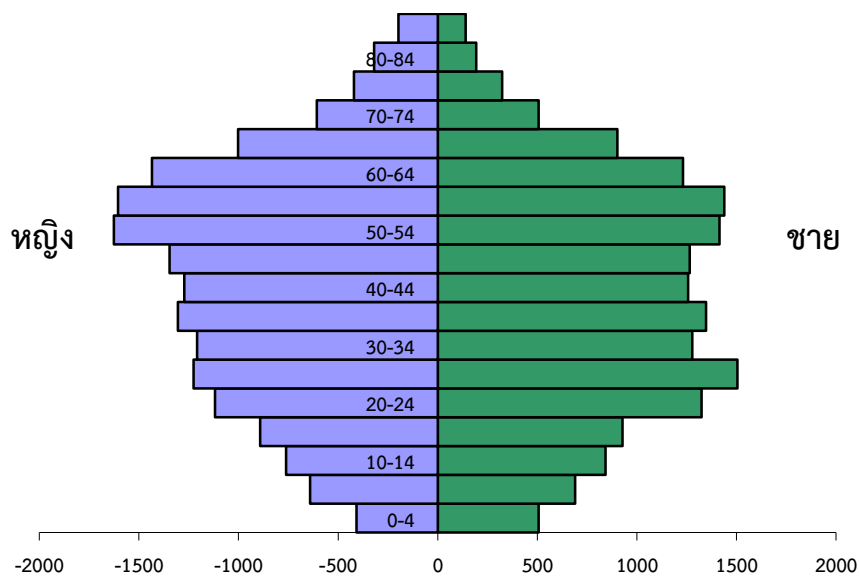
อำเภอเด่นชัย มีประชากร จำนวน 34,484 คน จำแนกเป็นเพศชาย จำนวน 17,095 คน คิดเป็นร้อยละ 49.61 และเพศหญิง จำนวน 17,389 คน คิดเป็นร้อยละ 50.43 มีจำนวน 11,661 หลังคาเรือน มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 61.45 ตารางกิโลเมตร

- สัดส่วนประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัย (0-4 ปี) ทั้งชายและหญิง มีจำนวน 914 คน คิดเป็นร้อยละ 2.65
- สัดส่วนประชากรกลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) ทั้งชายและหญิง จำนวน 2,935 คน คิดเป็นร้อยละ 8.51
- สัดส่วนประชากรกลุ่มวัยทำงาน (15-59 ปี) ทั้งชายและหญิง จำนวน 23,355 คน คิดเป็นร้อยละ 67.73
- สัดส่วนประชากรวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ทั้งชายและหญิง จำนวน 7,280 คน คิดเป็นร้อยละ 21.11

ร้อยละของประชากร จำแนกตามเพศ



สัดส่วนของประชากร จำแนกตามกลุ่มวัย

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของประชากรกลางปี 2562
จำแนกตามเพศแผนภูมิที่ 2 แสดงสัดส่วนของประชากร ปี 2562
จำแนกตามกลุ่มวัย

โครงสร้างประชากร ปี 2562 อ.เด่นชัย

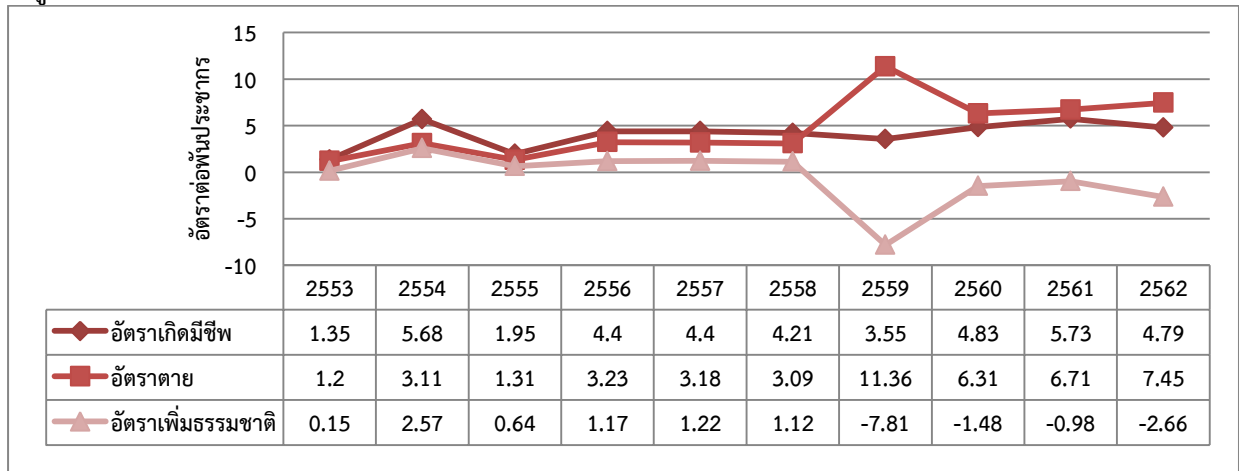
12. ข้อมูลสถานะสุขภาพ

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลและสถิติชีพ อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ปี 2559-2562

สถิติชีพ	2559		2560		2561		2562	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เกิดมีชีพ	134	3.55	170	4.83	204	5.73	167	4.79
เกิดไร้ชีพ	0	0	0	0	0	0	0	0
อัตราตาย	429	11.36	222	6.311	239	6.71	260	7.45
จำนวนคลอด	100	2.65	104	2.96	86	2.41	69	1.98
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ	-295	-7.81	-52	-1.48	-35	-0.98	-93	-2.67
ทารก 0-1 ปี ตาย	0	0	0	0	0	0	0	0
เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตาย	0	0	0	0	0	0	0	0
มารดาตาย	0	0	0	0	0	0	0	0
ประชากรกลางปี	37,757		35,165		35,608		34,884	

แหล่งข้อมูล : รายงานประจำปี รพร.เด่นชัย ปี 2559-2562 (อัตราต่อพันประชากร)

แผนภูมิที่ 1 แสดง อัตราเกิด อัตราตาย อัตราเพิ่มของประชากร อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ ปีงบประมาณ 2553-2562



แหล่งข้อมูล : รายงานประจำปี รพร.เด่นชัย 2553 – 2562 (อัตราต่อพันประชากร)

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ปี 2563

1. ความดันโลหิตสูง
2. เบาหวาน
3. เนื้อเยื่อผิดปกติ
4. การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ
5. พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่นๆ
6. ความผิดปกติอื่นๆ ของฟันและโครงสร้าง
7. โรคอื่นๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดenum
8. การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่นๆ
9. โรคอื่นๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง
10. จิตเภท พฤติกรรมแบบจิตเภทและความหลงผิด

แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 6 ส.ค.63

สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค 10 อันดับแรก ปี 2563

1. โรคหลอดลมอักเสบ ถุงลมโป่งพอง และปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรัง
2. ปอดบวม
3. โรคของระบบทางเดินปัสสาวะ
4. เบาหวาน
5. การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่นๆ
6. โลหิตจาง
7. หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน
8. หัวใจล้มเหลว
9. โรคหืด
10. โรคอื่นๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดenum

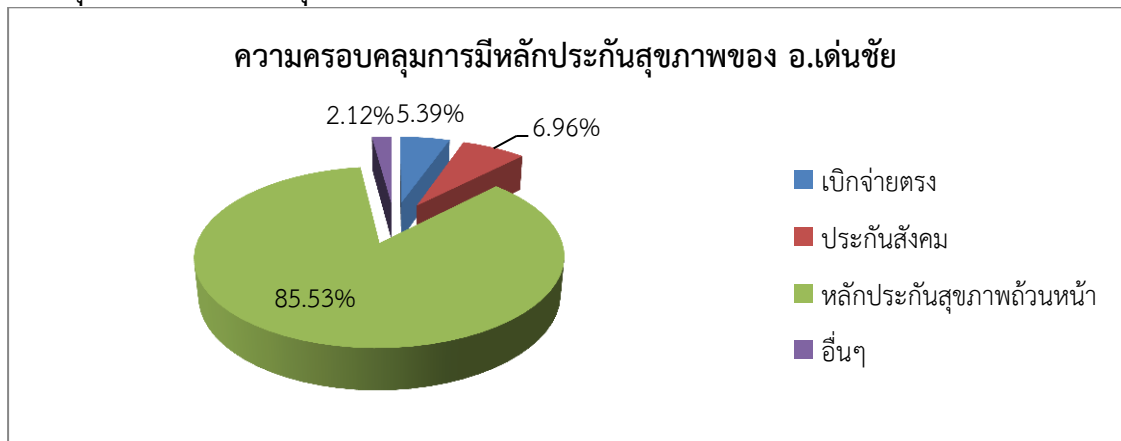
แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 6 ส.ค.63

สาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ปี 2563

1. วัณโรค
2. ความดันโลหิตสูงไม่ทราบสาเหตุ
3. หัวใจหยุดเต้น
4. หัวใจตายเฉียบพลัน
5. หัวใจล้มเหลว
6. โรคอัมพาตเฉียบพลัน
7. หัวใจล้มเหลวแบบมีน้ำคั่ง
8. ไตวายเรื้อรัง
9. เนื้องอกร้ายของหลอดลมหรือปอด
10. โรคของเลือดและอวัยวะสร้างเม็ดเลือด

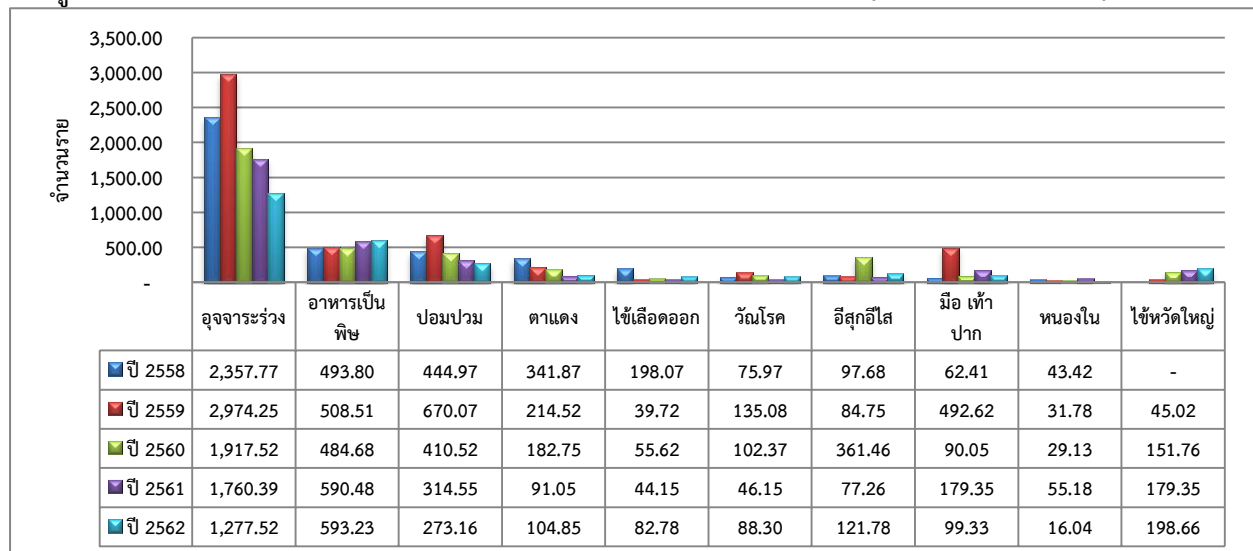
แหล่งข้อมูล : HDC วันที่ 6 ส.ค.63

ความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของ อ.เด่นชัย



แหล่งข้อมูล HDC 10 ส.ค.63

แผนภูมิที่ 4 แสดง 10 อันดับโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา อ.เด่นชัย ปี 2558-2562 (อัตราต่อแสนประชากร)



แหล่งข้อมูล : รายงานประจำปี รพ.เด่นชัย ปี 2558-2562

ประเด็นที่ 1 โครงการพระราชดำริ

ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และ
สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 2 กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
2. ประเด็น/หัวข้อ 2.1 กัญชาทางการแพทย์
3. ตัวชี้วัด KPI-1. คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก คณะกรรมการประสานงานคลินิกกัญชา(ศูนย์สุขภาพแบบองค์รวมและให้คำปรึกษาผลิตภัณฑ์จากกัญชา) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม

- 4.2.1 งานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
- 4.2.2 งานเภสัชกรรมและการผลิตยาสมุนไพร
- 4.2.3 กลุ่มงานการพยาบาล

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

กระแสสังคมในโลกยุคปัจจุบันทำให้เกิดการใช้กัญชา(ใต้ดิน)โดยได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วนแพร่หลายมากขึ้น ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้กัญชาที่ไม่ได้มาตรฐานการรักษาตามมา และในสถานบริการของรัฐยังไม่มี การดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์มาก่อน กระทรวงสาธารณสุขได้ขับเคลื่อนนโยบายกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยได้รับการคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลนำร่องของเขตสุขภาพที่ 1 ในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ร่วมกับโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลเถิน ทำให้เริ่มมีการจัดตั้งคณะกรรมการประสานงานคลินิกกัญชาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยขึ้น พัฒนาการดำเนินการจนเกิดรูปแบบการทำงานคลินิกกัญชาตามบริบทของอำเภอเด่นชัย (Denchai cannabis clinic Model) เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานคลินิกกัญชาในโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ ทำให้ประชาชนในอำเภอเด่นชัย และเขตสุขภาพที่ 1 ได้เข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน ลดการใช้กัญชาใต้ดินหรือใช้โดยไม่ได้รับข้อมูลครบถ้วนเพียงพอ รวมถึงได้พัฒนา งานวิจัยการใช้กัญชาทางการแพทย์ต่อไป

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

คลินิกกัญชาทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยเริ่มเปิดบริการ ตั้งแต่ 23 สิงหาคม 2562 ทุกวันศุกร์ 8.00 – 12.00 น. โดยมีดูแลแบบองค์รวมผสมผสานทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์แผนไทย ระยะแรกมีผลิตภัณฑ์ให้บริการเฉพาะรูปแบบการแพทย์แผนไทย คือ ยาน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา ,ยาสุขไสยาสน์, ยาทำลายพระสุเมรุ มีผู้มารับบริการทั้งหมด 564 คน ได้รับยา จำนวน 328 คน ร้อยละ 65.25

ด้านการผลิตตำรับยาสมุนไพรเข้ากัญชา ได้ดำเนินการขออนุญาตผลิต 6 ตำรับ และเริ่มดำเนินการขออนุญาตสถานที่ผลิต เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2562 เริ่มสานงานการผลิตเมื่อวันที่ 12 มีนาคม 2563 ผลิตระยะแรก 3 ตำรับ คือ ยาสุขไสยาสน์,ยาทำลายพระสุเมรุ และยาทัพยาธิคุณ

เป็นโรงพยาบาลคลินิกกัญชานำร่อง เป็นทีมพี่เลี้ยงให้โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสองจังหวัดแพร่ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัวจังหวัดน่าน เป็นที่ศึกษาดูงานให้หน่วยงานที่สนใจ เช่น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครแพร่ เป็นที่ร่วมผลิตผลงานวิจัยและพัฒนาตำรับยาการศึกษา เช่น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก เป็นต้น

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

การบริหารจัดการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (Medical Cannabis Clinic)

6.1.1 ข้อมูลบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์

- | | |
|----------------|--|
| 1. แพทย์ | 2 คน |
| 2. แพทย์แผนไทย | 4 คน |
| 3. เภสัชกร | 1 คน |
| 4. พยาบาล* | 4 คน (อบรมความรู้กัญชาทางการแพทย์สำหรับพยาบาล) |

6.1.2 ข้อมูลการบริหารจัดการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์

ลำดับ	แนวทางการบริหารจัดการ ฯ ตามข้อสั่งการกระทรวงสาธารณสุข	การดำเนินการ	
		มี	ไม่มี
1	มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์ในสถานบริการสุขภาพ		
1.1	แต่งตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์	/	
1.2	จัดตั้งทีมผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรองจากกรมการแพทย์	/	
1.3	จัดให้มีระบบการลงทะเบียนผู้ป่วย ในการให้บริการรักษา ส่งจ่ายยา ติดตามผลการรักษา ด้วยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	/	
1.4	มีการจัดทำทะเบียนสารสกัดจากกัญชาสามารถตรวจสอบจำนวนการใช้ไปและ คงเหลือ	/	
1.5	ระบบส่งต่อผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียง ผลที่ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	/	
1.6	มีการตรวจสอบสารสกัดจากกัญชาทั้งในผู้ป่วยและผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา ด้วยเครื่องมือชุดทดสอบ ตามขั้นตอนการปฏิบัติงานอย่างถูกต้อง	/	
1.7	มีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาการนำกัญชามาใช้ทางการแพทย์	/	
2	การจัดบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์		
2.1	มีข้อมูลลงทะเบียนผู้ป่วยที่มารับการรักษาทุกราย และทุกครั้งที่มาใช้บริการ ด้วยโปรแกรม C-MOPH	/	
2.2	ก่อนแพทย์ส่งจ่ายสารสกัดจากกัญชา ผู้ป่วยต้องผ่านขั้นตอน	/	
2.2.1	มีการประเมินผู้ป่วยตามแบบประเมินก่อนส่งจ่ายผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์	/	
2.2.2	ได้รับคำแนะนำตามแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์	/	
2.2.3	การประเมินผู้ป่วยตามแบบสอบถามคุณภาพชีวิต (EQ-5D-5L)	/	
2.2.4	ต้องลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการ (Inform Consent Form)	/	
2.3	การส่งใช้สารสกัดจากกัญชาให้ผู้ป่วยต้องอยู่ภายใต้การดูแลกำกับของทีมแพทย์และเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร	/	
2.4	ให้คำแนะนำผลข้างเคียงและอาการที่ไม่พึงประสงค์หลังได้รับสารสกัดจากกัญชา แก่ผู้ป่วยทุกราย	/	
2.5	มีการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยระยะบำบัด ตลอดการรักษาด้วยสารสกัดจากกัญชา	/	

ลำดับ	แนวทางการบริหารจัดการ ฯ ตามข้อสั่งการกระทรวงสาธารณสุข	การดำเนินการ	
		มี	ไม่มี
2.6	มีการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สารสกัดจากกัญชา สาร THC /CBD ทางห้องปฏิบัติการ		/
2.7	ติดตามผลลัพธ์การบำบัดรักษาผู้ป่วยและประเมินผลข้างเคียง อาการแสดงทางกาย และจิตที่ไม่พึงประสงค์	/	
3	การจัดทีมบุคลากรประจำหน่วยคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (3.1-3.3 ต้องผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้สารสกัดจากกัญชาทางการแพทย์ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)		
3.1	แพทย์ อย่างน้อย จำนวน 1 คน	/	
3.2	เภสัชกร อย่างน้อย จำนวน 1 คน	/	
3.3	พยาบาล หรือนักวิชาการ อย่างน้อย จำนวน 1 คน	/	
3.4	แพทย์แผนไทย อย่างน้อย จำนวน 1 คน	/	
3.5	นักเทคนิคการแพทย์ อย่างน้อย จำนวน 1 คน	/	
3.6	แพทย์ระบบประสาท (หน่วยสนับสนุน) ถ้ามี		/
3.7	ผู้ให้คำปรึกษากลุ่มงานจิตเวชยาเสพติด (หน่วยสนับสนุน) ถ้ามี	/	
3.8	ทีมบุคลากรห้องฉุกเฉิน (หน่วยสนับสนุน) ถ้ามี	/	

6.1.3 ข้อมูลผลการดำเนินงานคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (*ข้อมูล ณ 31 ก.ค.63)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน*
1.จำนวนผู้มารับบริการคลินิกฯ สะสม	39	149	235	328
ผลการดำเนินงาน				
2.จำนวนยาที่ใช้สะสม				
2.1 ยาน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา	25	347	866	1,524
2.2 ยาคุชไสยาสน์	203	978	1,530	2,535
2.3 ยาทำลายพระเมรุ	14	471	870	1,380
3.ผลการติดตามผลการรักษา	ราย (ร้อยละ)	ผลการประเมินคุณภาพชีวิต**		
		แย่ลง (ร้อยละ)	เท่าเดิม (ร้อยละ)	ดีขึ้น (ร้อยละ)
3.1 นอนไม่หลับ	95 (41.30)	2 (2.43)	38 (46.34)	42 (51.22)
3.2 มะเร็งทุกชนิด	83 (38.70)	13 (20.31)	22 (34.36)	29 (45.31)
3.3 ปวด	49 (21.30)	2 (10.52)	2 (10.52)	15 (78.96)
3.4 พาร์กินสัน	39 (16.95)	1 (6.25)	5 (31.25)	10 (62.50)
3.5 อื่นๆ	47 (20.43)	3 (7.14)	17 (40.48)	22 (52.38)
** บางส่วนยังอยู่ระหว่างการรักษาน้อยกว่า 3 เดือนจึงไม่ครบกำหนดการประเมิน				

4.ผลการติดตามอาการไม่พึงประสงค์				
4.1 ยาน้ำมันกัญชาสูตร อ.เดชา	8 ราย (ร้อยละ 2.95)			
	• เคลิ้มสุข 1 ราย	หายเอง		
	• ปากแห้ง 3 ราย	หายเอง		
	• เวียนศีรษะเล็กน้อย 1 ราย	หายเอง		
	• ง่วงนอน 1 ราย	หายเอง		
	• คันเล็กน้อย 1 ราย	หายเอง		
	• เพ้อ 1 ราย	ลดขนาดยาอาการหาย		
42 ยาสุขไสยาสน์	3 ราย (ร้อยละ 6.81)			
	• ภาพหลอน,หูแว่ว 1 ราย	หยุดใช้ยา (ปกปิดประวัติจิตเวช)		
	• แสบร้อนท้อง 1 ราย	เปลี่ยนวิธีใช้ยา		
	• ลื่นขา ฝ่าขาที่ลื่น 1 ราย	เปลี่ยนยา		
4.3 ยาทำลายพระเมรุ	1 ราย (ร้อยละ 7.69)			
	• แสบร้อนในปาก ในคอ 1 ราย	ไม่รับยาต่อ		
5.การผลิตตำรับยาสมุนไพรเข้า กัญชา	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ตำรับยาเข้ากัญชา	-	-	1	3

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย	
		รพร.เด่นชัย	รวม คปสอ.เด่นชัย
เปิดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์	เป้าหมาย	1	1
	ผลงาน	1	1
	ร้อยละ	100	100
การผลิตตำรับยาสมุนไพรเข้า กัญชา	เป้าหมาย	1	1
	ผลงาน	1	1
	ร้อยละ	100	100

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

- 7.1. ทีมผู้บริหารให้ความสำคัญ และสนับสนุน ให้อิสระในการทำงาน
- 7.2. ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมถึงเครือข่ายในชุมชน
- 7.3. การใช้เทคโนโลยีมาผสมผสานในการเปิดให้บริการ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูล ความรู้ และช่องทางติดต่อสื่อสาร ผ่านทางLine Facebook Google drive ระบบส่งต่อ Thai refer/Thai COC
- 7.4. งบประมาณสนับสนุนการดำเนินการคลินิกกัญชา
- 7.5. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนาต่อยอดร่วมกัน ของเครือข่ายคลินิกกัญชาทางการแพทย์

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

8.1 กฎหมาย เนื่องจากกัญชายังเป็นยาเสพติดให้โทษ ทำให้การบริหารจัดการช่วงที่เกิดโควิด19 ระบาดขาดความคล่องตัวในระยะแรกๆ เช่น การส่งยาให้ผู้มารับบริการที่ไม่สามารถมารับบริการช่วงปิดเมือง(Lock down)

8.2 สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม 63 มีผลต่อการมารับบริการกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
9.1 ระบบรายงานที่มีหลากหลายโปรแกรม ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลหากันได้ ทำให้เจ้าหน้าที่ให้บริการต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งกรอกข้อมูลที่เดียวกันในหลายโปรแกรม	พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล
9.2 ความคาดหวังของผู้มารับบริการที่ได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และตั้งธงมาว่าอยากใช้กัญชาเท่านั้นโดยไม่คำนึงถึงผลดีผลเสีย	เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูลที่ครบถ้วนทั้งข้อดีข้อเสีย หรือแม้กระทั่งข้อบ่งชี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้น
9.3 ข้อบ่งชี้ในการใช้ยา และข้อมูลวิชาการในการใช้ยา/ผลข้างเคียงน้อย ทำให้มีการใช้อยู่ในวงจำกัด หรือบุคลากรการแพทย์ขาดความเชื่อมั่นในการสั่งใช้	เข้าร่วมผลิตงานวิจัยและพัฒนาตำรับยา กัญชา โดยประสานงานกับทั้งหน่วยงานในโรงพยาบาล เช่น งานผู้ป่วยเรื้อรัง คลินิกประคับประครอง และหน่วยงานนอกโรงพยาบาล เช่น กรมการแพทย์แผนไทย วิทยาลัยสาธารณสุข

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

เพิ่มพื้นที่หรือเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานวิจัยเพิ่มขึ้น เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคลินิกกัญชาทางการแพทย์

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

อยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัย การใช้ยาทำลายพระสุเมรุในผู้ป่วยอัมพาต(คลินิกกัญชาเยี่ยมบ้าน) การใช้ยาอภัยสาลีในผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) การใช้ทพยาธิคุณในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชามือขาเท้า

12. ภาพกิจกรรมฯ



ผู้รายงาน นายแพทย์ณัฐพงษ์ พุทธวงศ์
ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ
โทร.0987508482
E-mail : denchaicannabisclinic@gmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 2.2 สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
2. ประเด็น/หัวข้อ สมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจและเมืองสมุนไพร (ขมิ้นชัน , ไพล , กระชายดำ , บัวบก โดยมุ่งเน้นที่ขมิ้นชัน และไพล)
3. ตัวชี้วัด
 1. โรงพยาบาลมีโรงงานผลิตยามาตรฐาน GMP
 2. โรงพยาบาลมีการผลิตยาสมุนไพรจากขมิ้นชันหรือไพลด้วยวัตถุดิบปลอดภัย ร้อยละ 100
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ รพ.เด่นชัย
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม -

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

รพ.เด่นชัยได้เริ่มดำเนินการผลิตยาสมุนไพรเพื่อใช้กับผู้ป่วยของรพ.มาตั้งแต่ปี 2542 การผลิตในช่วง 15 ปีแรกเน้นการผลิตยารับประทานและยาใช้ภายนอกที่กระบวนการผลิตยังไม่ผ่านมาตรฐาน WHO GMP ยาสมุนไพรที่ใช้ยังไม่มีหลากหลายครอบคลุมกลุ่มโรคต่าง ๆ ของผู้ป่วย อาคารสถานที่ผลิตในช่วงแรกมีห้องที่ใช้ผลิตยาเพียงห้องเดียวจึงยังไม่สามารถจัดสรรไลน์ของการผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐาน WHO GMP ได้ตลอดจนวัตถุดิบที่ใช้ในการผลิตก็ยังไม่ได้มีการกำหนดสเปคและควบคุมมาตรฐานให้เป็นไปตามข้อกำหนดที่ต้องการ

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

มีการพัฒนาอาคารสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีการผลิตยาจากสมุนไพรขององค์การอนามัยโลก(WHO GMP) โดยจัดทำโครงการพัฒนาการผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยมุ่งสู่มาตรฐาน GMP โดยจัดทำเป็นโครงการต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2556-2559 และมีการตรวจประเมินรับรองมาตรฐาน WHO GMP ของสถานที่ผลิตยาจากสมุนไพรในปีงบประมาณ 2560 ซึ่งผลการตรวจประเมินกรมการแพทย์แผนไทยฯกระทรวงสาธารณสุขได้รับรองให้รพ.เด่นชัย จ.แพร่ผ่านการตรวจประเมินมาตรฐานการผลิตยาจากสมุนไพรตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีการผลิตยาจากสมุนไพรขององค์การอนามัยโลก(WHO GMP)ในวันที่ 1 ต.ค. 2560 ทำให้ปัจจุบันงานผลิตยาสมุนไพรของรพ.เด่นชัยมีดำเนินการผลิตยาภายใต้มาตรฐาน WHO GMP โดยมีอาคารสถานที่ผลิตทั้งหมด 3 อาคารได้แก่ อาคารแปรรูปสมุนไพร อาคารผลิตยาใช้ภายนอก อาคารผลิตยารับประทาน

มีการพัฒนากลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรให้เป็นกลุ่มปลูกวัตถุดิบสมุนไพรสดที่ปลอดภัยไม่ใช้สารเคมีในการปลูกและการกำจัดศัตรูพืช รวมถึงส่งเสริมให้เกิด value chain การเพิ่มมูลค่าของวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์สมุนไพรปัจจุบันทางรพ.เด่นชัยมีกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรจำนวน 4 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรบ้านห้วยกุด กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรบ้านแพะโรงสูบ กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรบ้านแม่บงเหนือ และกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรบ้านสบปากพื้นที่ในการปลูกประมาณ 67 ไร่(ข้อมูลจากการสำรวจของม.แม่โจ้เฉลิมพระเกียรติแพร่)มูลค่าการรับซื้อวัตถุดิบต่อปีเฉลี่ยประมาณ 80,000 บาท

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1 พัฒนาการผลิตยาและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยมุ่งสู่มาตรฐาน GMP	พัฒนาอาคารแปรรูปสมุนไพรให้เป็นไปตามมาตรฐาน WHO GMP	ดำเนินการผลิตยาสมุนไพรภายใต้มาตรฐาน WHO GMP 17 หมวดยาสมุนไพร 34 รายการ	ตรวจประเมิน reaccredit WHO GMP (1 ก.ค.63)	
ผลการดำเนินงาน			ผ่านการประเมิน reaccredit WHO GMP	
2 ผลิตยาเข้ากัญชาให้อยู่ภายใต้มาตรฐาน WHO GMP เป็นไปตามมาตรฐานตามที่กำหนด	-ปรับปรุงอาคารสถานที่ผลิตให้เป็นไปตามมาตรฐานที่อย. กำหนด -ดำเนินการขอใบอนุญาตครอบครองและผลิตตำรับยาแผนไทยไทยที่มีกัญชาปรุงผสม	-จัดทำระบบ data metrix เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถตรวจสอบข้อมูลของผลิตภัณฑ์ผ่านโปรแกรม smart bar	-ดำเนินการผลิตตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมผสม - ใสยาสมุนไพรและทพยาธิ- คุณ -ดำเนินการขอใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภท 5	-ดำเนินการผลิตตำรับยาทำลายพระสุเมรุ ไฟอาวุธ แก้วสันทนาตกร่อน- แห้ง และน้ำมันสนั่นไตรภพ
ผลการดำเนินงาน	-ผ่านมาตรฐาน/-ได้ใบอนุญาตครอบครองและผลิตยาเสพติดให้โทษประเภท 5 ใบอนุญาตที่ 17/2563 และ 9/2563	-ผลิตภัณฑ์ยาเข้ากัญชาของรพ.ฯ มีระบบ datamatrix ทุกผลิตภัณฑ์	-ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและทพยาธิคุณ	
3. ควบคุมมาตรฐานของวัตถุดิบสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้มีความปลอดภัย	อบรมกลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรให้ปลูกพืชสมุนไพรตามแนวทางเกษตรอินทรีย์		ส่งตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สมุนไพร วัตถุดิบสมุนไพร ขมิ้นชัน, ฟ้าทลายโจร และวัตถุดิบกัญชา	
ผลการดำเนินงาน	กลุ่มผู้ปลูกสมุนไพรที่ปลูกสมุนไพรตามแนวทางเกษตรอินทรีย์จำนวน 4 กลุ่ม		วัตถุดิบสมุนไพร ขมิ้นชัน ฟ้าทลายโจร และวัตถุดิบกัญชา ผ่านมาตรฐานการปนเปื้อนทั้งทางด้านยาฆ่าแมลง/โลหะหนักและเชื้อจุลินทรีย์	

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย
สถานที่ผลิตยาของโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน WHO GMP	เป้าหมาย	1
	ผลงาน	1
	ร้อยละ	100
วัตถุดิบสมุนไพรปลอดสารพิษ	เป้าหมาย	4
	ผลงาน	4
	ร้อยละ	100

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 การสนับสนุนงบประมาณจากกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการพัฒนาสถานที่และกระบวนการผลิตให้มีมาตรฐาน

7.2 นโยบายการใช้และการกระจายยาสมุนไพรที่มีคุณภาพความปลอดภัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ความรู้ความชำนาญในการทำ process validation ของกระบวนการผลิตในWHO GMP	อบรมเชิงปฏิบัติการกับทีมผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบ process validation
กระบวนการควบคุมคุณภาพของวัตถุดิบที่ต้องส่งตรวจศูนย์วิทย์มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงและรอผลตรวจนาน	สนับสนุนครุภัณฑ์/test kit ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวิเคราะห์หาการปนเปื้อนรวมถึงสารสำคัญเบื้องต้นให้กับโรงงานผลิตของรพ.

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

การทำข้อมูลในรูปแบบของ smart bar และ data matrix ที่สามารถให้ข้อมูลของผลิตภัณฑ์สมุนไพรได้อย่างละเอียดและเป็นสากล

12. ภาพกิจกรรมฯ



ผู้รายงาน นพวรรณ ดอกแก้ว

ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ

โทร 054-613134

E-mail pream.potter@gmail.com

วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 2 ปัญหาทางการแพทย์และสมุนไพรเพื่อเศรษฐกิจ
2. ประเด็น/หัวข้อ 2.2.2 อาหารปลอดภัย ผักปลอดภัย
3. ตัวชี้วัด KPI-4.) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
 KPI-5.) โรงพยาบาลมีการพัฒนานาโมยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
 (ระดับดีมากขึ้นไป)
 KPI-6 ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์กำหนด
 (ร้อยละ 80)
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก นางมาริยา อุดม
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 คณะกรรมการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
 - 4.2.2 คณะกรรมการสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย
 - 4.2.3 กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ด้วยโรงพยาบาลเป็นสถานบริการสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของประชาชน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยจึงได้นำนโยบายกระทรวงสาธารณสุขมาประกาศใช้ในโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital โดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล

ปี 2563 สสจ.แพร่มีนโยบายให้ รพช.ผ่านมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital +plus ซึ่งต้องบูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยเข้าไปด้วย

มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยของ รพร.เด่นชัยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2563 มีการปรับปรุงเรื่องการจัดซื้อจัดจ้างให้โปร่งใส และการหาวัสดุที่ดี ผ่านมาตรฐาน GAP
6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

มาตรฐาน GREEN&CLEAN

 1. จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านนาโมยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
 2. จัดกิจกรรมตามกระบวนการ GREEN ได้แก่

G = Garbage ทบชวนให้มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ส่งเสริมให้มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอันตราย มูลฝอยอันตรายไปยังที่พักรวมมูลฝอยแต่ละประเภทอย่างถูกต้องลักษณะ

R = Restroom พัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน

E = Energy กำหนดนโยบายและใช้มาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

E = Environment มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายใน และภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกละวางผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ

N = Nutrition สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยในระดับพื้นฐาน จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมทั้งมีการตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบที่นำมาประกอบอาหารให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์กำหนด

มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

1. ปรับปรุงการทำเมนูอาหารให้มีอาหารพื้นบ้าน
2. หาแหล่งซื้อ อาหารที่ปลอดภัยตามมาตรฐานในชุมชน
3. จัดทำตลาดสีเขียวเพื่อให้บุคลากร เจ้าหน้าที่ซื้ออาหารที่ปลอดภัย

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
มาตรฐาน GREEN&CLEAN				
	มาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรม ดำเนินการตามแนวทางควบคุมค่าใช้จ่ายการเงินการคลัง	การจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร งานภูมิทัศน์, กิจกรรม 5 ส. กิจกรรม		
ผลการดำเนินงาน	มีการดำเนินการแล้ว	มีการดำเนินการแล้ว		
	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย, การอบรมพนักงานเก็บขนเคลื่อนย้าย, การแยกขยะอันตราย ส่งอปท., จัดทำผังเส้นทางเคลื่อนย้าย			
ผลการดำเนินงาน	มีการดำเนินการแล้ว			
มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย				
	กำหนดนโยบาย ดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล			

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	แต่งตั้งคณะทำงาน เพื่อกำหนดกรอบ แนวทางและมาตรการ และจัดทำแผนงาน/ โครงการซึ่งอาจเป็น แผนงานประจำปี หรือ แผนระยะยาว 3 - 5 ปี ในการขับเคลื่อน โดยเชื่อมโยง/ หรือ บูรณาการ การทำงาน ร่วมกับหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง			
	ประกาศ สื่อสาร นโยบาย ให้ประชาชน เจ้าหน้าที่ และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทราบ			
		กำหนดเมนูอาหาร ล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน และจัดทำ รายการอาหาร หมุนเวียน ล่วงหน้า ทุก 1 เดือน ให้ สอดคล้องกับ วัตถุดิบและตาม ฤดูกาลที่มีในพื้นที่ รวมทั้งจัดให้มีเมนู สุขภาพ โดย รวบรวมชนิดและ ปริมาณของวัตถุดิบ ที่ต้องการล่วงหน้า อย่างน้อย 2 เดือน และ ประสานแหล่ง ผู้ผลิตฯ หรือกลุ่ม เครือข่ายผู้ผลิต เพื่อวางแผนการ ผลิตและสั่งซื้อ วัตถุดิบล่วงหน้า		

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		รวมทั้งกำหนด วิธีการขนส่ง การ จัดเก็บ		
	จัดระบบการจัดซื้อจัด จ้างที่เอื้อต่อการ ดำเนินการที่โปร่งใส ตรวจสอบได้ และ สอดคล้องกับระเบียบ และวิธีปฏิบัติ			
	การตรวจสอบคุณภาพ ตรวจรับวัตถุดิบตาม เกณฑ์ หากพบว่ามี สารปนเปื้อน ให้ ดำเนินการ ปรับตาม มาตรการที่กำหนดใน สัญญาข้อตกลง ตรวจสอบ วิเคราะห์สารเคมี ป้องกันกำจัด ศัตรูพืช ผักและผลไม้สด ด้วย วิธีห้องปฏิบัติการ โดย การสุ่มตัวอย่างผักและ ผลไม้สดส่งตรวจ หาก พบว่ามีสารปนเปื้อน ให้ดำเนินการปรับตาม มาตรการที่กำหนดใน สัญญาข้อตกลง พิจารณาจัดให้มีพื้นที่ ในการจำหน่ายสินค้า เกษตรอินทรีย์ GAP หรือที่ได้รับ การ รับรองตามมาตรฐาน อื่นๆ ที่เชื่อถือได้ และ สินค้าเกษตรแปรรูปที่ ปลอดภัยตามความ เหมาะสม ผู้ซื้อ สามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเป็นการส่งเสริม และสนับสนุน			

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	เกษตรกรอย่างยั่งยืน ต่อไป			
ผลการดำเนินงาน	ดำเนินการแล้ว	ดำเนินการแล้ว		
ผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน				
1. วัตถุดิบที่นำมาปรุง อาหารให้กับผู้ป่วยใน รพ.มีความปลอดภัย	สุ่มตรวจสอบการ ปนเปื้อนของวัตถุดิบที่ นำมาใช้ปรุงอาหาร ของโรงพยาบาลในรพ. ด้วยชุดทดสอบ เบื้องต้น	สุ่มตรวจสอบการ ปนเปื้อนของ วัตถุดิบที่นำมาใช้ ปรุงอาหารของโรง อาหารในรพ.ด้วย ชุดทดสอบเบื้องต้น	สุ่มตรวจสอบ การปนเปื้อน ของวัตถุดิบที่ นำมาใช้ปรุง อาหารของโรง อาหารในรพ. ด้วยชุด ทดสอบ เบื้องต้น	สุ่มตรวจสอบการปนเปื้อน ของวัตถุดิบที่นำมาใช้ปรุง อาหารของโรงพยาบาลใน รพ. ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น
ผลการดำเนินงาน	ตัวอย่างวิเคราะห์ 6 ผ่านมาตรฐาน 6 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 100	ตัวอย่างวิเคราะห์ 4 ผ่านมาตรฐาน 4 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 100	ตัวอย่าง วิเคราะห์ 6 ผ่านมาตรฐาน 6 ตัวอย่างคิด เป็นร้อยละ 100	
2. ไม่พบการตกค้าง ของยาฆ่าแมลงที่เกิน มาตรฐานกำหนดในผัก และผลไม้ที่นำมาใช้ ประกอบอาหารให้กับ ผู้ป่วยในรพ.	สุ่มเก็บตัวอย่างผักและ ผลไม้ที่นำมาใช้ ประกอบอาหารให้กับ ผู้ป่วยในรพ.จำนวน 5 ตัวอย่างเพื่อส่งตรวจ วิเคราะห์การตกค้าง ของยาฆ่าแมลง	สุ่มเก็บตัวอย่างผัก และผลไม้ที่นำมาใช้ ประกอบอาหาร ให้กับผู้ป่วยในรพ. จำนวน 5 ตัวอย่าง เพื่อส่งตรวจ วิเคราะห์การ ตกค้างของยาฆ่า แมลง	สุ่มเก็บ ตัวอย่างผัก และผลไม้ที่ นำมาใช้ ประกอบ อาหารให้กับ ผู้ป่วยในรพ. จำนวน 5 ตัวอย่างเพื่อ ส่งตรวจ วิเคราะห์การ ตกค้างของยา ฆ่าแมลง	
ผลการดำเนินงาน	ตัวอย่างวิเคราะห์ 5 ผ่านมาตรฐาน 4 ต.ย. คิดเป็นร้อยละ 80	ตัวอย่างวิเคราะห์ 5 ผ่านมาตรฐาน 5 ต.ย.คิดเป็นร้อยละ 100	ตัวอย่าง วิเคราะห์ 5 ผ่านมาตรฐาน 5 ต.ย.คิดเป็น ร้อยละ 100	

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. ฝักระวังการปนเปื้อนของอาหารและน้ำดื่มที่มีการจำหน่ายในเขตพื้นที่.เด่นชัย				โรงพยาบาลดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างผักผลไม้และอาหารกลุ่มเสี่ยงที่อาจพบสารปนเปื้อนร่วมกับจนท.กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
ผลการดำเนินงาน				อยู่ระหว่างรอผลตรวจฯ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย	4	5	80
2.โรงพยาบาลมีการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	ระดับดีมากพลัส	ระดับดีมากพลัส	100
3.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์กำหนด	15	14	93.3

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 มีการพัฒนาร่วมกับทีมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะสถานการณ์โควิดที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยต่อการติดเชื้อ ส่งผลให้มีการดำเนินการอย่างร่วมแรงร่วมใจ

7.2 แผนการดำเนินงานของจังหวัดในเรื่องของอาหารปลอดภัยที่สอดคล้องกับแผนการดำเนินงานของโรงพยาบาล

7.3 การสนับสนุนชุดตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นและการลงพื้นที่ของรโมบายซึ่งทำให้สะดวกในการตรวจสอบการปนเปื้อนของผลิตภัณฑ์กลุ่มเสี่ยงของทางอำเภอ

7.4 ความร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายในอำเภอโดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการช่วยฝักระวังและร่วมเก็บตัวอย่างอาหารเพื่อตรวจสอบสารปนเปื้อนเป็นประจำทุกปี

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยขาดโภชนาการ ส่งผลให้การดำเนินงานบางอย่างไม่ครอบคลุม

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

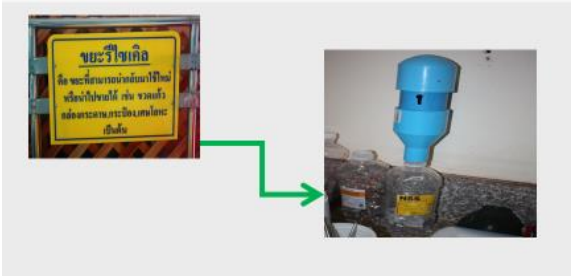
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการรักษาพยาบาล ยังขาดงบประมาณที่เพียงพอ	1.ปรับปรุงโดยใช้งบประมาณไม่มาก หรือขอรับบริจาคจาก เอกชนสนับสนุน
2.การประหยัดพลังงานโดยใช้พลังงานทางเลือกยังไม่มี แผนงานชัดเจน	2.จัดทำแผนงานในระยะยาว ขอสนับสนุนจากกระทรวง พลังงานในการเพิ่มพลังงานทางเลือกในโรงพยาบาล
3.นวัตกรรมและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับชุมชนยังมี จำนวนน้อย	3.ส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมและขยายเครือข่ายในชุมชน
4.ขาดนักโภชนาการ	4. วางแผนร่วมกับทีมบริหารเรื่องอัตรากำลัง

10. ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-เพิ่มการบรรจุตำแหน่งโภชนาการ หรือ นักบำบัดอาหาร ในรพช.

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

Product Innovation



.....

Product Innovation จากวัสดุRecycle



Product Innovation จากวัสดุRecycle



ที่ถอดหัวเข็ม งานทันตกรรม

ที่เหยียบล้างมือ โดยใช้เท้า



ที่เหยียบล้างมือด้วย
อัลกอฮอลล์เจล



ทำผ้าสอดใส่หน้ากาก **surgical mask**



สุ่มเก็บตัวอย่างอาหารร่วมกับจนท.สสจ.แพร่ /จนท.เทศบาล/จนท.ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์พิษณุโลก



เก็บตัวอย่างผักและผลไม้ที่นำมาใช้ประกอบอาหารของให้กับผู้ป่วยในรพ.ส่งตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนยาฆ่าแมลง

ผู้รายงาน นางมารีญา อุดม
ตำแหน่งตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
อีเมลล์ : u_mareeya@hotmail.com
โทร. 098-1953982 วันที่รายงาน 1 สิงหาคม 2563

ผู้รายงาน นพวรรณ ดอกแก้ว
ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ
E-mail pream.potter@gmail.com
โทร 054-613134

ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย

2. ประเด็น/หัวข้อ.3.1 สุขภาพแม่และเด็ก ประเด็น3.1.1ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย

3. ตัวชี้วัด 3.1 อัตราการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

3.2 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม

3.2 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง

3.3 อัตราการคลอดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก คณะกรรมการระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย.

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม

4.2.1 งานส่งเสริมสุขภาพ.

4.2.2 งานห้องคลอด

4.2.3 รพ.สต.ในเครือข่ายบริการสุขภาพพรพ.เด่นชัยทุกแห่ง

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

หญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่มีฐานทางเศรษฐกิจอยู่ระดับรายได้ปานกลางต้องทำงานหนักขณะตั้งครรภ์เพื่อหารายได้ช่วยครอบครัว ทำให้มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อยกว่าการได้รับสารอาหารไม่เพียงพออีกทั้งทารกที่คลอดส่วนใหญ่จะถูกเลี้ยงดูจากตาหรือยายที่บ้านบางครั้งพ่อแม่ไม่มีเวลาดูแลทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในมารดาอายุต่ำกว่า 15ปีได้

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 การดำเนินงานของพื้นที่

1.) มีการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐาน รพ.สต.เพื่อพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม โดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย ซึ่งมีการประชุมติดตามอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน

2.) มีการประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กคปสอ.เด่นชัย

3.) การดูแลขณะตั้งครรภ์

- รณรงค์ประชาสัมพันธ์ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์และเสียงตามสายในหมู่บ้าน

- ประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และส่งต่อเพื่อการดูแลที่เหมาะสม

- ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามีหรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ อย่างน้อย 2 ครั้ง ตลอดการตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึงความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันทีโดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก

4.) การดูแลระยะฝากครรภ์ : มีการพัฒนางาน การดูแลระยะตั้งครรภ์ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน

4.1.) มีการติดตามหญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มีภาวะซีดให้มารับยาเสริมธาตุเหล็กเพิ่มและหลังรับประทานยา 1 เดือนเจาะ HCTเพื่อดูภาวะซีดที่ได้รับการแก้ไข

4.2.) กรณีที่มีภาวะซีดมากมีโอกาาส่งผลอันตรายถึงทารกควรได้รับการรักษาโดยการให้นอนรพเพื่อเติมเลือด มีระบบการจองเลือด.และดูแลการให้เลือด

4.3.) การเจาะเลือดในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายของคปสอ เค้นชัยที่ส่งมาเจาะโรงพยาบาลจะแลผลเลือดที่ผิดปกติ ให้ทุกรายพร้อมรับการแก้ไขตามเกณฑ์ของคู่มือคปสอเด่นชัย

4.4.) การตรวจวัดระดับน้ำตาลท้องเพื่อเฝ้าระวังทารกน้ำหนักน้อย และมีการคำนวณน้ำหนักทารกจากการอัลตราซาว์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์รับรู้เรื่องน้ำหนักทารกในครรภ์และการให้ความสำคัญเรื่องเพิ่มน้ำหนักทารกในครรภ์

4.5.) การดูแลหลังคลอด : มีการติดตามดูแลมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์ ฯ

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย									
		สอน.แม่จั่ว	รพ.สต.บ้านปากปาน	รพ.สต.ไทรน้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางปาวหาย	รพ.ร.เด่นชัย	รวม คปสอ.เด่นชัย
ร้อยละทารกแรกเกิด น้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม	เป้าหมาย	22	7	10	8	5	4	8	13	40	117
	ผลงาน	0	1	1	0	1	1	0	3	4	11
	ร้อยละ	0	5.88	8.33	0	12.50	11.11	0	23.0	10	9.40
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง	เป้าหมาย	17	8	6	8	7	3	4	6	46	105
	ผลงาน	1	0	2	3	3	0	1	0	5	15
	ร้อยละ	5.88	0	33.33	37.5	42.85	0	25	0	10.86	14.29
อัตราการคลอดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี	เป้าหมาย	22	7	10	8	5	4	8	13	40	117
	ผลงาน	2	1	2	1	0	0	0	1	2	8
	ร้อยละ	9.09	14.28	40.	12.5	0	0	0	7.69	5	6.83
อัตราการตายของมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	เป้าหมาย										117
	ผลงาน										0
	ร้อยละ										0

หมายเหตุ : เป้าหมาย หมายถึง กลุ่มเป้าหมาย

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

- 7.1) การมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายฯ ในการดำเนินงานพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก
- 7.2) มีการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก โดย MCH Boardระดับอำเภอ อย่างต่อเนื่อง

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

- 8.1.) กรณีที่มีการดัดแปลงสูตรจะทำให้ให้น้ำหนักทารกน้อยกว่า 2500 กรัม
- 8.2.) ปัจจัยปัญหาด้านมารดาที่ตั้งครรภ์ เช่น มารดามีโรคประจำตัว ความดันสูง ทารกคลอดก่อนกำหนด
- 8.3) มารดาเป็นโรคเลือด โรคธาลัสซีเมีย ทำให้การแก้ไขภาวะซีดไม่ประสบความสำเร็จ (HCT < 33%)

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม 1. กรณีที่มารดาตั้งครรภ์แฝดจะทำให้น้ำหนักทารกน้อยกว่า 2500 กรัม 2. ปัจจัยปัญหาด้านตัวมารดาที่ตั้งครรภ์ เช่นมารดามีโรคประจำตัว ความดันสูง ทารกคลอดก่อนกำหนด 3. มารดา ที่มีภาวะซีด HCT น้อยกว่า 33% ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์	1) มีการคำนวณน้ำหนักทารกในไตรมาสที่ 2 และ 3 เพื่อให้มารดาทราบน้ำหนักทารก และให้ความร่วมมือในการเพิ่มน้ำหนักทารก 2) กรณีที่ตรวจร่างกายแล้วระดับน้ำตาลไม่สัมพันธ์กันกับอายุครรภ์ ให้มารดาบันทึกการรับประทานอาหารที่รับประทานทุกครั้งมาให้พยาบาลที่ฝากครรภ์ดูร่วมกันแก้ไขปัญหา
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง 1.มารดาเป็นโรคเลือด โรคธาลัสซีเมีย ทำให้การแก้ไขภาวะซีดไม่ประสบความสำเร็จ HCT ยังคงน้อยกว่า 33% 2. หญิงตั้งครรภ์ไม่เห็นความสำคัญเรื่องการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก กินยาไม่สม่ำเสมอ	1. ให้ความรู้เรื่องยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ตรวจสอบเรื่องการรับประทานทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 2. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ทุกเคสที่ภาวะซีดให้มารับยาเสริมธาตุเหล็กเพิ่มและหลังรับประทานยา 1 เดือนเจาะHCTเพื่อดูภาวะซีดที่ได้รับการแก้ไข ค้นหาสาเหตุที่หลังได้รับการติดตามแล้ว

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน ภัทษรี กิตติประภัสร์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร0892646499
E-mail yui_311@hotmail.co.th
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย
2. ประเด็น/หัวข้อ สุขภาพแม่และเด็ก ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย
3. ตัวชี้วัด
 1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
 2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์
 3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานห้องคลอด
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 งานส่งเสริมสุขภาพ
 - 4.2.2 งานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่
 1. ตำบลเด่นชัยใกล้อำเภอมะนัง มีคลินิกแพทย์เฉพาะทางมาก คนใช้นิยมไปฝากครรภ์ที่คลินิกสูติแพทย์
 2. ลักษณะงานห้องคลอดเป็นการตั้งรับมากกว่างานส่งเสริมสุขภาพ ไม่ได้ออกพื้นที่ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ นอกจากฝากให้แม่มาสาหรือสมช่วยแนะนำคนไข้มาฝากครรภ์
6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน
1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เข้ารับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (เป้าหมาย/ผลงาน)	12/9	7/5	29/20
ผลการดำเนินงานร้อยละ	75	71.43	68.97
2. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	5/5	7/4	10/6
ผลการดำเนินงาน	50.00	57.14	60.00
3. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน	49/43	52/38	82/73
ผลการดำเนินงาน	87.50	77.50	89.02
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	80	80	80

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย									
		สอน. แม่จ๊ะ	รพ.สต. บ้าน ปาก ป่าน	รพ.สต. ไทรย้อย	รพ.สต. บ้านบ่อ แก้ว	รพ.สต. ห้วยไร่	รพ.สต. บ้านน้ำ แรม	รพ.สต. บ้าน สวน หลวง	รพ.สต. ปางป๋ายาว	รพ.ร.เด่นชัย	รวม คปสอ. เด่นชัย
1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์เข้า รับการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	เป้าหมาย	20	4	9	3	4	2	5	7	29	83
	ผลงาน	17	4	8	2	3	2	3	7	20	66
	ร้อยละ	85	100	88.89	66.67	75	100	60	100	68.97	79.52
2. ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	เป้าหมาย	20	4	9	3	4	2	5	7	29	83
	ผลงาน	14	3	8	2	2	2	3	7	16	57
	ร้อยละ	70	75	88.89	66.67	50	100	60	100	55.17	68.67
3. ร้อยละของหญิง ตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอ โอดีน	เป้าหมาย	18	12	15	19	9	10	3	8	82	176
	ผลงาน	17	9	14	18	6	10	2	5	73	154
	ร้อยละ	94.44	75	93.33	94.74	66.67	100	66.67	62.5	89.02	87.50

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. มีการขับเคลื่อนการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็ก ตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก และมาตรฐาน รพ.สต. เพื่อพัฒนาเด็กอย่างองค์รวม โดยคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย ซึ่งมีการประชุมติดตาม อย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือน
2. ทบทวนคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก คปสอ.เด่นชัย
3. การดูแลขณะตั้งครรภ์
 - ธารรงค์ประชาสัมพันธ์ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์และเสียงตามสายใน หมู่บ้าน
 - ประเมินภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย และส่งต่อเพื่อการดูแลที่เหมาะสม
 - ส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ สามี หรือญาติเข้าร่วมกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ อย่างน้อย 2 ครั้ง ตลอดการ ตั้งครรภ์ โดยให้ความรู้ ฝึกทักษะ สร้างพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์และหลังคลอด ทราบถึง ความผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที โดยการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
4. การดูแลระยะฝากครรภ์: มีการพัฒนางาน การดูแลระยะตั้งครรภ์ ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน
5. การดูแลหลังคลอด: มีการติดตามดูแลมารดาหลังคลอดตามเกณฑ์

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

1. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์
 - 1.1) หญิงตั้งครรภ์ไม่ใส่ใจในสุขภาพทำให้ไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์
 - 1.2) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
 - 1.3) หญิงตั้งครรภ์ไปทำงานต่างจังหวัดกลับมาในพื้นที่เมื่ออายุครรภ์มาก

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ 1) หญิงตั้งครรภ์ไม่ใส่ใจในสุขภาพทำให้ไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์ 2) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) หญิงตั้งครรภ์ไปทำงานต่างจังหวัดกลับมาในพื้นที่เมื่ออายุครรภ์มาก	1) การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน 2) ประสานงานสุขภาพจิตในการให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียน 3) แนะนำเรื่องการฝากครรภ์ฟรีทุกที่ในรพ.ของรัฐและแนะนำให้ฝากใกล้ที่ทำงาน
2. การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ 1) ขาดการฝากครรภ์ช่วงก่อน 12 สัปดาห์ ขาดการฝากครรภ์ช่วง 36-38 สัปดาห์ เนื่องจากคลอดเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ สาเหตุจากความผิดปกติของมารดาหรือทารกในครรภ์	1) รณรงค์ประชาสัมพันธ์การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ รวมถึงการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์เร็วโดยแม่หมออาสาในพื้นที่ 2) จัดระบบการนัดฝากครรภ์ใหม่ให้หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการนัดมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ 3) มีระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ กรณีที่ขาดหายไปไม่มาฝากครรภ์ตามนัด หรือแนะนำให้ฝากครรภ์ที่ใกล้บ้านเพื่อได้รับการตรวจครรภ์ตามเกณฑ์
3. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมไอโอดีน 1) ไม่รับประทานยาทุกวัน ไม่เห็นความสำคัญของการรับยาเม็ดเสริมไอโอดีน 2) ไม่มาฝากครรภ์ตามนัด ยาหมดขาดการได้รับยาต่อเนื่อง	1) ให้ความรู้เรื่องความสำคัญของไอโอดีนที่ผลต่อพัฒนาการทางด้านสติปัญญาของทารกในครรภ์ 2) ตรวจสอบเรื่องการรับประทานยาทุกครั้งที่มาฝากครรภ์ 3) ลงบันทึกปริมาณการใช้ยาในแต่ละครั้งที่มาฝากครรภ์

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

ควรมีคลินิกสุรูกให้คำปรึกษาและวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ พร้อมให้บริการคัดกรองโรคก่อนการตั้งครรภ์

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

ผู้รายงาน ภัทษรี กิตติประภัสร์
 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 โทร 089-646499
 Email: yui_311@hotmail.co.th

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย
2. ประเด็น/หัวข้อ เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาสมวัยพร้อมเรียนรู้
3. ตัวชี้วัด อปท.สนับสนุนนโยบายการส่งเสริมการเจริญเติบโตแก่เด็กอายุ 1-5 ปี
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม/นางกมลทิพย์ กาศสมบูรณ์
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม คปสอ.เด่นชัย
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ในปัจจุบันหากมีหน่วยงานใดๆ มีความจำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. จะต้องทำโครงการเสนอขอรับงบประมาณ จาก อปท. และ อปท.ที่จะให้การสนับสนุนจะต้องตั้งงบประมาณรายจ่ายไว้ในหมวดเงินอุดหนุน โดยถือปฏิบัติตามประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ลงวันที่ ๒๓ พฤศจิกายน 2552 เรื่องหลักเกณฑ์การสนับสนุนขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลในการให้บริการสาธารณะ ดังนี้

1. ภารกิจที่จะสนับสนุนเป็นภารกิจด้านการศึกษาและด้านสาธารณสุขหากเป็นภารกิจอื่นจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการอำนวยการการกระจายอำนาจให้แก่ อปท. ระดับจังหวัด แต่ทั้งนี้จะต้องเป็นภารกิจที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของ อปท. ผู้สนับสนุน
2. หน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนจะต้องเสนอโครงการที่ขอรับการสนับสนุนพร้อมเหตุผลความจำเป็นและรายละเอียดของโครงการที่มีงบประมาณไม่เพียงพอ โดยแบ่งส่วนงบประมาณของตนเอง และงบประมาณที่จะขอรับการสนับสนุนให้ชัดเจน
3. อปท. ผู้สนับสนุนพิจารณาโครงการตามหลักเกณฑ์และอยู่ในอำนาจหน้าที่พิจารณาถึงสถานะทางการคลังแล้วกำหนดโครงการไว้ใน แผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อบรรจุโครงการที่ขอรับการสนับสนุนไว้ในข้อบัญญัติ/เทศบัญญัติงบประมาณรายจ่ายประจำปี
4. การสนับสนุนงบประมาณ
 - 4.1 อบจ. อุดหนุนได้ไม่เกินร้อยละ 10 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน
 - 4.2 เทศบาลขนาดใหญ่อุดหนุนไม่เกินร้อยละ 2 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน
 - 4.3 เทศบาลขนาดกลาง ขนาดเล็ก อุดหนุนได้ไม่เกินร้อยละ 3 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน
 - 4.4 อบต. อุดหนุนได้ไม่เกินร้อยละ 5 ของรายได้ที่ผ่านมาไม่รวมเงินอุดหนุน

หาก อปท.ต้องสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่นเกินอัตราร้อยละที่กำหนดจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการอำนวยการฯ ระดับจังหวัด แต่ทั้งนี้ อปท.ไม่สามารถจ่ายขาดเงินสะสมหรือเงินกู้เพื่อไปสนับสนุนหน่วยงานอื่นได้ ในเขตอำเภอเด่นชัยมี 3 เทศบาล 4 องค์การบริหารส่วนตำบล ในการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณและความร่วมมือต่างๆให้แก่สถานบริการทางด้านสาธารณสุขในเขตอำเภอเด่นชัย

สถานการณ์การดำเนินงานไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 พบว่า ระบบการคัดกรองในภาพรวมมีคุณภาพดีขึ้นจากปี 2562 ทั้งทักษะบุคลากร การจัดการ การตรวจสอบและติดตามเด็กในพื้นที่ การดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่สามารถติดตามเด็กในพื้นที่ที่มีการคัดกรองได้เกือบทั้งหมด ผลการดำเนินงานจะมีความครอบคลุมสูงขึ้น ส่วนระบบเฝ้าระวังโดยผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อสม.พบว่ามีอาการ/ถ่ายทอดการใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น แต่การนำไปใช้จริง

ของผู้ปกครองพบยังมีการใช้น้อย และทิ้งให้ผู้สูงอายุเลี้ยงหลาน เนื่องจากผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้าน บางสถานบริการได้มีการใช้คู่มือ DSPM ในการตรวจพัฒนาการเด็กขณะมารับบริการในคลินิกเด็กดีในแต่ละเดือน

ผลการคัดกรองพัฒนาการช่วงไตรมาส 3 พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 97.98 เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ร้อยละ 828.25 เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน หมายถึง เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 2.01 Refer รพ.แพร่ 4ราย ล่าช้าด้าน RL,EL และสมาธิสั้น

ภาวะการณ์การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยมีการดำเนินงานเฝ้าระวังในระบบปกติ ส่วนใหญ่ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง โดย อสม. มีมาตรการในการดูแลตรวจสอบอุปกรณ์ให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น มีการติดตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัยให้ตามระยะเวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน ตามกำหนด ซึ่งจาก สถานการณ์ การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี และภาวะการณ์การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย ทางสถานบริการ สาธารณสุข และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนอนุบาล ในเขตอ.เด่นชัยได้คืนข้อมูลให้แก่ อปท.ได้ทราบ ทำให้ทางอปท. ได้สนับสนุนงบประมาณทั้งในส่วนเงินอุดหนุน และงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

- 1.ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการดำเนินงานการตรวจพัฒนาการเด็ก การเจริญเติบโตของเด็กและวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงาน เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ
2. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อปท.รวมถึงผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กให้ทราบข้อมูลและมีความเข้าใจในการพัฒนาการเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี และภาวะการณ์การเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย
3. ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับ อปท.ค้นหาเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน เพื่อติดตามประเมินพัฒนาการและการเจริญเติบโต

6.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน HDC ณ 31กรกฎาคม2563		
	รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของอปท.สนับสนุนนโยบาย การส่งเสริมการเจริญเติบโตแก่เด็ก อายุ 1-5 ปี	อปท.ทั้งหมดใน เขตอำเภอเด่นชัย มี 7 แห่ง	จำนวนอปท.ที่สนับสนุน โครงการในพระราชดำริ โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โดยผ่านทางงบอุดหนุนของหมู่บ้านทั้ง 52 หมู่บ้าน ทั้งหมด 52 โครงการ จำนวน 7 แห่ง	100

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

นโยบายในการสนับสนุน อปท.สนับสนุนการส่งเสริมการเจริญเติบโตแก่เด็ก อายุ 1-5 ปี ส่วนใหญ่จะมาในรูปแบบของเงินอุดหนุนและงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมีงบประมาณในส่วนของ กระทรวงมหาดไทยในรูปแบบของโครงการในพระราชดำริ โครงการส่งเสริมโภชนาการและสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ที่ผ่านงบประมาณมาทางอปท.เพื่อให้ทางกรรมการหมู่บ้าน และผู้นำท้องถิ่นได้จัดโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตามสภาพปัญหา และบริบทของแต่ละพื้นที่โดยเน้นการให้การให้ความรู้ เรื่องโภชนาการ สนับสนุนไข่,นม แก่เด็กวัย1-5ปี

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor) -

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ความเข้าใจของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ผู้รับผิดชอบกองสาธารณสุข กองสวัสดิการของอปท. ในการเลี้ยงดูเด็กและประเมินพัฒนาการเด็กรวมถึงยอมรับผลการประเมินพัฒนาการรวมไปถึงการประเมินภาวะการเจริญเติบโต	1. สร้างความเข้าใจและแนะนำการใช้แบบประเมินพัฒนาการ ภาวะการเจริญเติบโตในเด็กให้กับผู้ปกครอง ผู้ดูแล และแนะนำการแก้ไขพัฒนาการที่สงสัยล่าช้า คำนวณค่าข้อมูลให้อปท.เพื่อให้เกิดความตื่นตัวและเห็นความสำคัญของการสนับสนุนการส่งเสริมการเจริญเติบโตแก่เด็ก อายุ1-5ปี

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

การคืนข้อมูลให้กับพื้นที่ และ อปท.เพื่อการแก้ไขปัญหา และติดตามมีความกระชั้นชิดทำให้การแก้ไขปัญหา และการติดตามอยู่ในช่วงเวลาที่ค่อนข้างจำกัด

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

12. ภาพกิจกรรมฯ



ผู้รายงาน นางกมลทิพย์ กาศสมบูรณ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
[email: kamontip.612@gmail.com](mailto:kamontip.612@gmail.com)

โทร.093-2424848

วันที่รายงาน 12 สิงหาคม 63

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย
2. ประเด็น/หัวข้อ สุขภาพแม่และเด็ก เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
3. ตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม รพ.สต.ทุกแห่งในสังกัดสสอ.เด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง หรือ สูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558

สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ใน ระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็มถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

จากข้อมูล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 - 31 กรกฎาคม 2563 เขตตำบลเด่นชัย โดยการสำรวจและบันทึกผลพบว่า มีระดับสูงดีสมส่วนที่ร้อยละ 82.41 เด็กชายสูงเฉลี่ย 112 เซนติเมตร เด็กหญิงสูงเฉลี่ย 110 เซนติเมตร ภาวะเตี้ย ร้อยละ 6.55 จากเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 10 ภาวะอ้วน ร้อยละ 8.2 จากเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10 ภาวะผอม ร้อยละ 6.2 จากเกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5 และมีการดำเนินการแจกยารักษาโรคที่มียาตั้งแต่ 6 เดือนถึง 5 ปี ถึงร้อยละ 80 โดยคำนึงถึงว่าเด็กปฐมวัยเป็นวัยที่มีความสำคัญเปรียบเหมือนรากแก้วของชีวิตในการพัฒนาทุกด้าน ส่งผลต่อคุณภาพและอนาคตของสังคมสุขภาพ

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

มาตรการที่ 1 พัฒนาระบบการบริหารจัดการ

1. ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กของอ.เด่นชัย โดยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา กำหนดประเด็นการพัฒนาร่วมกับจังหวัด
2. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน นโยบายการและแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้บริหารและปฏิบัติงานทุกระดับ
3. พัฒนาองค์ความรู้และทักษะของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ

มาตรการที่ 2 พัฒนาระบบบริการบริการที่มีคุณภาพ

1. ตรวจสอบการมีและใช้เครื่องมือการเฝ้าระวังการประเมินการเจริญเติบโต
2. ดูแลและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน
3. ดูแลการได้รับสารอาหารตามวัย 0-5 ปี ในคลินิกเด็กสุขภาพดี และในชุมชน โดย พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแม่อาสา
4. ส่งเสริมและแนะนำการให้น้ำนมเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กตั้งแต่ อายุ 6 เดือนขึ้นไป สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

5. มีการติดตามคัดกรองภาวะซีดในเด็กที่มีอายุตั้งแต่ 9 เดือนขึ้นไป หากพบเด็กมีภาวะซีด ให้การรักษาตามแผนการรักษาตามCPG นัดติดตามพบแพทย์หลังการรักษา 1เดือน

6. การให้คำแนะนำการเลี้ยงดูล่วงหน้า เรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการส่งเสริมการให้อาหารตามวัย

7. ติดตามการชั่งน้ำหนักเด็ก 0-6 ปี โดยอสม ชั่งน้ำหนักเด็กในเขตที่รับผิดชอบ ตามรายไตรมาส และประมวลผล ติดตามในรายที่พบปัญหาภาวะโภชนาการ

8. ตรวจการเจริญเติบโตของร่างกาย และตรวจคัดกรองภาวะโภชนาการแปลผลให้พ่อแม่ผู้ดูแลเด็กทราบโดยการมีส่วนร่วมและรับรู้ของพ่อแม่ ผู้ดูแลเด็ก ในการประเมินผล

มาตรการที่ 3 บูรณาการการทำงานกับหน่วยงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.สร้างกระแส และสื่อสารด้านโภชนาการ เพื่อส่งเสริมเด็กไทยให้มีส่วนสูงระดับดี และสมส่วน ไม่อ้วนไม่ผอม และไม่เตี้ย โดยบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับชุมชน และภาคเครือข่ายเอกชน

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
การดำเนินงานติดตามภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งในสถานบริการและในชุมชน	-ประชุมผู้รับผิดชอบจัดทำแผนการปฏิบัติงานเพื่อเป็นแนวทางดำเนินงาน -เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	-เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	-เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี	-เก็บรวบรวมการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงโดยอสม.ในพื้นที่ ตามไตรมาส -ประเมินภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ เพื่อหาแนวทางการพัฒนางานในปีต่อไป
ผลการดำเนินงาน	-ผู้รับผิดชอบดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานที่ได้		-สูงดีสมส่วน ร้อยละ 49.68	

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		ผลงานรายสถานบริการ									
		สอ.แม่จัวะ	รพ.สต.บ้านปากป่าน	รพ.สต.ไทรย้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางป่าหวาย	รพ.ร.เด่นชัย	รวมคปส.เด่นชัย
ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	เป้าหมาย 0-5 ปี ทั้งหมด	212	87	90	88	88	116	116	109	352	1,258
	ผลงานที่ได้รับการชั่ง/วัด	188	62	78	76	58	49	57	62	308	938
	ร้อยละ	88.68	71.26	86.67	86.36	65.91	42.24	49.14	56.88	87.50	74.56
	ผลงาน สูงดีสมส่วน	104	34	27	36	26	13	23	29	168	466
	ร้อยละ	55.32	54.84	34.62	47.37	44.83	38.78	40.35	46.77	54.55	49.68

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ 13 สิงหาคม 63

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

-

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

การจัดทำแผนปฏิบัติงานและการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานบางสถานบริการมีการบันทึกข้อมูลไม่ตรงตามช่วงเวลาที่กำหนด

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. มีการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ต่อเนื่องจากผู้เลี้ยงดูเด็ก 2. เด็กบางคนไม่ยอมทานยา เนื่องจากมีรสขม 3. ความเชื่อของผู้ปกครอง/ผู้เลี้ยงดู ในการดูแลเรื่องโภชนาการเด็ก 4. ผู้ปกครอง/ดูแลเด็กให้เด็กทานขนมกรุบกรอบตามที่เด็กชอบแต่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการ	1. จัดให้มีการปลูกฝังการในการรับโภชนาการอาหารตามวัยของเด็กแก่พ่อแม่ ผู้ดูแลเด็กอย่างถูกต้องวิธีตามหลักโภชนาการ 2. จัดให้มีการสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กที่มีภาวะซีด ค่อนข้างเตี้ย ค่อนข้างผอม ผอม ทุกคนอย่างต่อเนื่อง 3. ปลูกฝังและผลักดัน ให้แกนนำชุมชน อสม และประชาชนในพื้นที่ร่วมกันพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียนในระดับชั้นปฐมวัย ให้เป็นองค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ 4. แนะนำ/ให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลในการเลือกอาหารให้เด็กทานและชี้ให้เห็นโทษของขนมกรุบกรอบ

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

มีการจัดฟื้นฟูความรู้ในเรื่องโภชนาการเด็กวัยก่อนเรียน อย่างน้อยปีละครั้งเพื่อฟื้นฟูความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

12. ภาพกิจกรรมฯ

ให้ความรู้เรื่องอาหารทารก และการเริ่มอาหารเสริมในวัยทารกตั้งแต่อายุ 6 เดือนขึ้นไป
สอนและสาธิตการให้อาหารเสริมในเด็กวัยก่อนเรียน



ผู้รายงาน นางกมลทิพย์ กาศสมบุรณ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
email: kamontip.612@gmail.com
โทร.0932424848
วันที่รายงาน 3 สิงหาคม 2563

**ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 25623 คปสอ.เด่นชัย
(การประเมินรอบ 12 เดือน (1 ตุลาคม 2562 – 31 กรกฎาคม 2563))**

มิติภายนอก : การประเมินประสิทธิผล

ตัวชี้วัดที่ 4. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ($\geq$ ร้อยละ 90)

1. สถานการณ์/สภาพปัญหา

สถานการณ์การดำเนินงานไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 2 พบว่า ระบบการคัดกรองในภาพรวมมีคุณภาพดีขึ้นจาก 2562 ทั้งทักษะบุคลากร การจัดการ การตรวจสอบและติดตามเด็กในพื้นที่ การดำเนินงานของบุคลากรในพื้นที่ที่สามารถติดตามเด็กในพื้นที่ที่มีการคัดกรองได้เกือบทั้งหมด แต่การบันทึกข้อมูลไม่ถูกช่วงเวลา การส่งออกไม่ทันเวลาและมีการปรับเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานข้อมูลและสารสนเทศบ่อยครั้ง บางสถานบริการกำลังปรับปรุงฐานข้อมูลในโปรแกรมที่ไม่ตรงกันให้ถูกต้อง มีการพัฒนาผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กกับผู้รับผิดชอบการบันทึกข้อมูลให้เกิดความเข้าใจ ระบบสนับสนุนในระดับอำเภอและระดับจังหวัด พบว่าผู้บริหารอำเภอ/จังหวัดและคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ/จังหวัดได้มีการประชุมวิเคราะห์ปัญหา วางแนวทางการดำเนินงานชัดเจน บริหารจัดการให้ระบบคัดกรองมีคุณภาพเพิ่มขึ้น มีกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง กำกับติดตามร่วมกันทั้งระดับจังหวัดและอำเภอ ในไตรมาส 2 และไตรมาส 3

ผลการดำเนินงานจะมีความครอบคลุมสูงขึ้น ส่วนระบบเฝ้าระวังโดยผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก อสม.พบว่ามี การอบรม/ถ่ายทอดการใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น แต่การนำไปใช้จริงของผู้ปกครองพบยังมีการใช้น้อย และทิ้งให้ผู้สูงอายุเลี้ยงหลาน เนื่องจากผู้ปกครองต้องทำงานนอกบ้าน บางสถานบริการได้มีการใช้คู่มือ DSPM ในการตรวจพัฒนาการเด็กขณะมารับบริการในคลินิกเด็กดีในแต่ละเดือน

ผลการคัดกรองพัฒนาการช่วง ไตรมาส 3 พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 97.98 เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ร้อยละ 828.25 เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน หมายถึง เด็กที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการในครั้งแรกและพบสงสัยล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน 30 วัน ร้อยละ 2.01 Refer รพ.แพร่ 4 ราย ล่าช้าด้าน RL,EL และสมาธิสั้น

ภาวะการณ์เจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยมีการดำเนินงานเฝ้าระวังในระบบปกติ ส่วนใหญ่ชี้แจงนำหนักวัดส่วนสูง โดย อสม. มีมาตรการในการดูแลตรวจสอบอุปกรณ์ให้ได้มาตรฐานเพิ่มขึ้น มีการติดตามพัฒนาการแต่ละช่วงวัยให้ตามระยะเวลาที่กำหนด รวมถึงการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน ตามกำหนด

2. การดำเนินงานแก้ไข/พัฒนาของพื้นที่

1. ประชุมคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอในการขับเคลื่อนการดำเนินการตรวจพัฒนาการเด็ก และวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงาน

2. สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายรวมถึงผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กให้มีความเข้าใจในการใช้คู่มือ DSPM

3. ติดตามเยี่ยมบ้านค้นหาเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน เพื่อติดตามประเมินพัฒนาการ

4. ติดตามเยี่ยมบ้านเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อกระตุ้นให้มีพัฒนาการปกติ ภายใน 30 วัน

3. Essential Task

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. การคืนข้อมูลการดำเนินงานให้กับพร.เด่นชัยและรพสต.ทุกแห่ง	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ 85			
2. ติดตามกลุ่มเป้าหมายในแต่ละสถานบริการหลังคืนข้อมูล	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม
ผลการดำเนินงาน	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองพัฒนาการเพิ่มขึ้น			
3. ติดตามเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าภายใน 30 วัน	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วันหลังจากตรวจคัดกรองครั้งแรก			

4. ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน HDC ณ 31กรกฎาคม2563					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 90)	134	132	98.51	298	292	97.98

5. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัยประมวลวิเคราะห์สังเคราะห์จากการตรวจติดตาม

1. สภาพแวดล้อม/สภาพสังคม/สภาพครอบครัวขณะประเมินส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก
2. การยอมรับของผู้ปกครอง
3. ทักษะ/ความเชี่ยวชาญในการประเมินพัฒนาการเด็กของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
4. การคิดผลงานนำกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ถึงเวลาตรวจคัดกรองมาคิดด้วยทำให้ผลงานออกมาไม่ตรง

6. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. องค์กรความรู้การใช้คู่มือDSPM ในการตรวจคัดกรอง พัฒนาการเด็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	1. ประชุมชี้แจงการใช้คู่มือ DSPM ให้กับเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขโดยผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุข
2. ความเข้าใจของผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก ในการเลี้ยงดู เด็กและประเมินพัฒนาการเด็กรวมถึงยอมรับผลการ ประเมินพัฒนาการ	2. สร้างความเข้าใจและแนะนำการใช้แบบประเมิน พัฒนาการให้กับผู้ปกครอง ผู้ดูแล และแนะนำการแก้ไข พัฒนาการที่สงสัยล่าช้า
3. การลงบันทึกผลการตรวจคัดกรองในโปรแกรม Hos XP_PCU ล่าช้าเกินกำหนด	3. จัดทำและกำหนดระยะเวลาในการดำเนินงานตรวจคัด กรองพัฒนาการและการลงข้อมูลให้ตรงตามแผนที่ กำหนด

7. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ ต่อส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

การคืนข้อมูล ให้กับพื้นที่ เพื่อการแก้ไขปัญหา และ ติดตาม มีความกระชั้นชิดทำให้การแก้ไขปัญหาและ
การติดตามอยู่ในช่วงเวลาที่ค่อนข้างจำกัด

8. รูปภาพจากการดำเนินงานในพื้นที่



ผู้รายงาน นางวิจิตรา รักวิชา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
E-mail : oplejaidee@hotmail.com
โทร.054-613134 ต่อ 309
วันที่รายงาน 31 กรกฎาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 3 สุขภาพกลุ่มวัย
2. ประเด็น/หัวข้อ เด็ก 0-5 ปีพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้
3. ตัวชี้วัด ร้อยละเด็กอายุ 3 ปีปราศจากฟันผุ (ร้อยละ 71)
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานทันตกรรม

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม คปสอ.เด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

กลุ่มเด็กปฐมวัยและเด็กในศูนย์เด็ก โรคฟันน้ำนมผุในเด็กเล็กนับเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งที่พบและก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านสุขภาพอนามัยของเด็ก และค่าใช้จ่ายสูงเพื่อการรักษาตามมา จากการสำรวจเด็ก 3 ปี ในอำเภอเด่นชัย 5 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2557-2562 พบว่าเด็กมีร้อยละของเด็กปราศจากฟันผุในฟันน้ำนมคือ ร้อยละ 45.0, ร้อยละ 57.6 ร้อยละ 59.3 ร้อยละ 65.10 ร้อยละ 70.10 และ ร้อยละ 65.10 พบว่าร้อยละของปราศจากฟันผุในฟันน้ำนมจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ สาเหตุ เกิดจากเด็กยังติดนมขวด นมเปรี้ยว และนมหวาน และการไม่แปรงฟันก่อนนอน ซึ่งเด็กส่วนใหญ่อยู่กับปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งไม่ได้ตระหนักถึงการดูแลสุขภาพฟัน

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

1. เริ่มตั้งแต่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์(คลินิก ANC)ให้บริการตรวจฟัน สอนทันตสุขศึกษา การควบคุมคราบจุลินทรีย์ การขูดหินน้ำลาย และส่งต่อการรักษา ในกลุ่มเด็กในคลินิกWCC ให้บริการตรวจฟันและประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ แจกแปรงสีฟันและสอนผค.ทำความสะอาดช่องปากแก่เด็ก การทาฟลูออไรด์วานิช และการติดตามดูแลต่อเนื่องในกลุ่มเสี่ยงร่วมกับอสม และในพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ให้บริการตรวจสุขภาพช่องปากปีละ1ครั้ง และแจ้งผลการตรวจและคำแนะนำแก่ผค.มีการส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่จำเป็นและมีการ ให้บริการอุดฟันใน รพ.สต.โดยใช้ smart technique นำร่องใน รพสต แม่จั่วะ.ได้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(covid-19)ที่ผ่านมา ทำให้ในช่วงที่มีการระบาดของโรคไม่สามารถทำการสำรวจสถานะช่องปาก(survey)และทำกิจกรรมในเด็ก3ปีซึ่งเป็นการให้ความรู้และสอนปฏิบัติในผู้ปกครองและในศูนย์เด็กเล็ก

2. โครงการในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน

- 2.1 โครงการผู้ปกครองใส่ใจสุขภาพ หนูน้อยฟันสวย สุขภาพฟันดี ตำบลไทรย้อย อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่
- 2.2 โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพศูนย์พัฒนาเด็กเล็กฟันดีตำบลปงป่าหวาย
- 2.3 โครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการติดตามเฝ้าระวังทันตสุขภาพเด็ก 0 – 3 ปี ตำบลปงป่าหวายปีงบประมาณ 2563
- 2.4 โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อบต.แม่จั่วะ
- 2.5 โครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลแม่จั่วะ
- 2.6 โครงการส่งเสริมทันตสุขภาพทุกกลุ่มวัย(งบประมาณอบต.แม่จั่วะ)

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน	ประสานงาน/จัดทำโครงการในกลุ่ม ANC, WCC, ศูนย์เด็กเล็ก จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียน	ดำเนินกิจกรรมตามโครงการ	ติดตามผลการดำเนินงาน	สรุปผลการดำเนินงาน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานในเวทีสรุปผลงานทันตสาธารณสุขระดับจังหวัด
ผลการดำเนินงาน				ผู้ปกครองของเด็ก 3-5 ปีได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันร้อยละ 72.11
ผลลัพธ์ที่ต้องการ				เด็ก 3 ปี ปราศจากฟันผุ

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย									
		สอน.แม่จ๊ะ	รพ.สต.บ้านปากป่าน	รพ.สต.ไทรน้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางป่าหวาย	รพ.ร.เด่นชัย	รวม คปสอ.เด่นชัย
ผู้ปกครองของเด็ก 3-5 ปีได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟัน	เป้าหมาย	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
	ผลงานร้อยละ	60.20	86.67	100	95.12	92.86	96.08	80.65	74.6	71.6	72.11

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

-

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ปกครองขาดความตระหนักในปัญหาสุขภาพช่องปาก	ก่อกระแสให้ผู้ปกครองหันมาเอาใจใส่ต่อสุขภาพช่องปากของเด็กโดยบูรณาการร่วมกับการส่งเสริมพัฒนาสุขภาพทางกายและสติปัญญา การเริ่มต้นเยี่ยมบ้านในเด็กเล็กเพื่อให้ผู้ปกครองเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

12. ภาพกิจกรรมฯ



ผู้รายงาน ศิริพรรณ เลขะวิวัฒน์
ตำแหน่ง : ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ
E-mail : sirilaeka@yahoo.com
เบอร์โทรศัพท์ 054-613134
วันที่รายงาน : 11 ส.ค.2563

ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด
ลดการรอคอยในโรงพยาบาล

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดการรอคอยในโรงพยาบาล
 2. ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนาระบบบริการวิถีใหม่ลดความแออัด ลดการรอคอยในโรงพยาบาล
 3. ตัวชี้วัด KPI-27. ร้อยละความพึงพอใจต่อระบบบริการ
 KPI-27. ระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยนอก
 KPI-28. จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ*
- * ข้อมูลบางส่วนเชื่อมโยงกับ ประเด็นที่จะกล่าวในหัวข้อ 4.2 การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ)

4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก

- 4.1.1 งานผู้ป่วยนอก
- 4.1.2 งานผู้ป่วยฉุกเฉิน

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม -

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

งานผู้ป่วยนอก ให้บริการผู้ป่วยในเวลาราชการ รับผู้ป่วยทุกกลุ่มทุกวัย รวมถึงบริการตรวจสุขภาพประจำปี หน่วยงานต่าง ๆ ตรวจสุขภาพประจำปีแรงงานต่างด้าว โรคอุบัติใหม่ โรคระบาด ได้มีการคัดแยกผู้ป่วยระหว่าง OPD/ER /LR โดยมีวิธีปฏิบัติกำกับไว้ มีจุดแยกผู้ป่วยระบบหายใจสงสัยวัณโรคปอด และคลินิก ARI ทำให้ลดการแพร่กระจายเชื้อ ไม่มีบุคลากรของ ร.พ.ติดเชื้อวัณโรค และมีแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ แพทย์เฉพาะทางระบบทางเดินปัสสาวะจาก ร.พ.แพร่ มาให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยในเขต อ.เด่นชัย และใกล้เคียง ได้รับความสะดวกในการเดินทาง และลดค่าใช้จ่ายลง เกิดความพึงพอใจ จึงมีผู้ป่วยมารับบริการเพิ่มขึ้น มีระบบทางด่วนสำหรับผู้ป่วยเด็กเล็กไข้สูง , Stroke , chest pain ผู้ป่วยสงสัย TB วัณโรค ผู้มารับบริการตรวจสุขภาพจากผู้ป่วยตรวจโรคอื่น ๆ ออกให้บริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่ ระยะเวลาให้บริการเป้าหมาย <60 นาที ไม่พบข้อร้องเรียนระบบบริการ ในเดือน ก.ค. 2563 มีอายุรแพทย์มาเพิ่ม ทำให้การบริการผู้ป่วยที่ซับซ้อน การค้นหาโรคได้เพิ่มและครอบคลุมยิ่งขึ้น รวมถึงระบบการออกตรวจที่ตึกผู้ป่วยนอกทำให้แพทย์ที่ออกตรวจโรคเรื้อรัง(NCD) สามารถปรับช่วยตรวจได้กรณีคนไข้ผู้ป่วยนอกมีปริมาณมาก (OPD1,OPD2(อายุรแพทย์),OPD3-4(NCD),OPD5(Ortho/UroSx.)

งานผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ในเขตอำเภอเด่นชัยและพื้นที่รอยต่อใกล้เคียงตลอด 24 ชั่วโมง เข้าเป็นเครือข่าย STEMI กับ Stroke Fast tract ของโรงพยาบาลแพร่ เดือนกรกฎาคม 2563 ได้มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมาประจำและกำลังอยู่ระหว่างการพัฒนาบริการห้องฉุกเฉินคุณภาพ(ER คุณภาพ)

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

เริ่มมีจุดคัดกรองโรคที่ประชาสัมพันธ์ เพื่อคัดกรองและแยกประเภทผู้ป่วยเบื้องต้น ปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการปฏิรูประบบคัดกรอง (Triage) ผู้มารับบริการกลาง ซึ่งจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรองให้ผู้มารับบริการได้เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสมกับประเภทผู้ป่วย ลดความสับสนผู้มารับบริการ ลดระยะเวลาให้บริการ

งานผู้ป่วยนอก ได้มีการจัดระบบบริการผู้ป่วย โดย มีการคัดกรอง Double screen โดยมีพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยทุกราย แล้วให้ผู้ป่วยที่มาตรวจ Lab , X ray ตามแพทย์นัด ได้รับการเจาะเลือด ตรวจปัสสาวะ หรือ เอกซเรย์ก่อนเข้าซักประวัติตามลำดับคิว ส่งผลให้ ผู้ป่วยที่งดอาหารมาตรวจ ได้รับการเจาะเลือดก่อน ได้ไปรับประทานอาหาร และรอผลตรวจชั้นสูตรเรียบร้อย เข้าคิวซักประวัติวัดสัญญาณชีพ และพบแพทย์ต่อไป ผู้ป่วยพึงพอใจในขั้นตอน เพราะไม่ต้องรอเจาะเลือดนาน และมีผลให้ผู้ป่วยที่มาตรวจทั่วไป ผู้ป่วยรายที่ไม่ได้นัด ได้รับการตรวจรักษาก่อน ตามขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยไม่แออัดที่งานผู้ป่วยนอก ระยะเวลาให้บริการเป้าหมาย <60 นาที ไม่พบข้อร้องเรียนระบบบริการ สำหรับช่องทางพิเศษใช้สำหรับ พระภิกษุ นักบวช ผู้มีพระคุณของ ร.พ. ผู้พิการ ผู้สูงอายุ >70 ปี ขึ้นไป ได้นำมาเป็นข้อกำหนดการจัดลำดับคิวด้วย ตั้งแต่เดือนเมษายน 2563 ได้จัดตั้งคลินิก ARI ที่เรือนพักญาติ มีบริการแบบ one stop service ตามนโยบายของกระทรวง มีแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่หมุนเวียนให้บริการผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจทุกวัน มีผู้รับบริการทั้งสิ้น (ตั้งแต่เม.ย. ถึง ก.ค. 2563) จำนวนรวม 504 ราย ไม่พบผู้ป่วย Covid-19 ในเดือน ก.ค. 2563 มีอายุรแพทย์มาเพิ่ม ทำให้การบริการผู้ป่วยที่ซับซ้อน การค้นหาโรคได้เพิ่ม และครอบคลุมยิ่งขึ้น และงานผู้ป่วยนอกยังเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาแพทย์ นักศึกษาพยาบาล หลักสูตรต่าง ๆ อีกด้วย

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	พ.ศ. 2561	พ.ศ. 2562	พ.ศ. 2563 (31 ก.ค.63)
จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอก	24637	24580	17353
จำนวนผู้มารับบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน	30739	29351	อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล
ความพึงพอใจต่อระบบบริการผู้ป่วยนอก	90.39	93.25	อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล
ความพึงพอใจต่อระบบบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน	90.39	93.25	อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล
ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยนอก (ก.พ. / ส.ค.) เป้า<60 นาที	40 / 39.7	36.7 / 43.1	41.5 / อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล
การจัดระบบบริการเพื่อลดความแออัดห้องฉุกเฉินคุณภาพ	n/a	n/a	อยู่ระหว่างเก็บข้อมูล

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 ผู้บริหารให้ความสำคัญ

7.2 ความร่วมมือของสหวิชาชีพ และหน่วยงานบริการ

7.3 เจ้าหน้าที่ตระหนักและเข้าใจถึงบทบาทและระบบงานของตนเอง มีการถ่ายทอดนโยบาย แผนการดำเนินงานลงสู่ผู้ปฏิบัติและทีมได้ช่วยกันจัดทำแนวทางการดำเนินงานตอบสนองให้สอดคล้องกับทีมนำคุณภาพ โดยมีหลักคิด ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าถึงบริการง่าย ผู้รับบริการ และผู้ให้บริการปลอดภัย

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-ไม่มี-

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
9.1 ระบบการประสานงานฯ ระหว่างหน่วยงานไม่ชัดเจน (โครงสร้าง / บุคลากร / รูปแบบ/แนวทางการปฏิบัติ-วิธีการฯ)	ให้องค์กรแพทย์ และองค์กรพยาบาล และตัวแทนหน่วยบริการ ร่วมกันวางแผนและมีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน โดยให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นทีมนำ
9.2 สถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม 63 มีผลต่อการมารับบริการ	ให้มีการวางแผนเตรียมพร้อม กรณีมีโรคระบาด COVID-19 ระลอกที่2 หรือโรคระบาดอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

เนื่องจากมีอายุรแพทย์มาประจำที่งานผู้ป่วยนอก จึงมีการตรวจผู้ป่วยที่ซับซ้อน ค้นหาโรคได้มากขึ้น อาจเปิดบริการคลินิกนอกเวลาสำหรับผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรง เบิกได้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการแก่ผู้รับบริการในพื้นที่รับผิดชอบ และเพิ่มรายได้ของรพ.เด่นชัยด้วย

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

งานผู้ป่วยนอกได้ทำ check list in Stroke สำหรับคัดกรองผู้ป่วย สงสัย Stroke โดยใช้หลัก FAST (Facial , Arm drip , Speech ,Time) และ 3 ไข ใน Stroke เป็น check list 3 อาการ ดังนี้

check list in Stroke 3 ไขใน Stroke ถ้ามี 1 ใน 3 ข้อ สงสัยแพทย์ด่วน ☐ ปากเบี้ยว ลิ้นแข็ง พูดไม่ชัด ไขไหม? ☐ แขนขาข้างใดข้างหนึ่งอ่อนแรง มึนชา ไขไหม? ☐ ปวดศีรษะ วิงเวียน เดินเซ ทันทันใด ไขไหม? ผู้ป่วย HN..... ชื่อ -สกุล วันที่เริ่มมีอาการ.....เวลา.....น. เวลาที่ชักประวัติ ลงชื่อผู้คัดกรอง
--

ผู้รายงาน นายแพทย์ณัฐพงษ์ พุทธรังค์

ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ

โทร. 0987508482

E-mail : denchaicannabisclinic@gmail.com

วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

**แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563**

1. ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล functional base

2. ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ (ER คุณภาพ)

3. ตัวชี้วัด

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ER คุณภาพ

2. จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ4 และ5 (non trauma) ลดลงร้อยละ 10

3. ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการadmit 2 ชม (2hr target >ร้อยละ 50

4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน, งานผู้ป่วยนอก และคปสอ.เด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เนื่องจากรพ.ตั้งอยู่ในเขตเส้นทางจราจร เป็นประตูสู่สู่ล้านนา ที่มีพื้นที่รอยต่อในการเดินทางไปยังจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือตอนบนซึ่งมีโอกาสที่จะมีผู้มารับบริการทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุค่อนข้างสูง จากการประเมิน ECS ข้อมูลงาน ER 12 ด้านตามเกณฑ์การประเมิน ผลงาน 3 ปี ย้อนหลัง ปี 60/61/62 พบว่าอยู่ในระดับคะแนน 47.7 /50.4 /50.4 ตามลำดับปี 63=53.5 ซึ่งต้องมีการพัฒนาECS ของหน่วยงานโดยรพ.มีการจัดหน่วยบริการที่เป็นตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และเป็น NODE trauma ของจังหวัดแพร่ รวมทั้งที่มีอุปกรณ์การแพทย์ที่พร้อมใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางอุบัติเหตุฉุกเฉินจำนวน 2 คน และรพ.ได้รับแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินมาปฏิบัติงานในปี 2563 จำนวน 1 คนสถิติผู้มารับบริการของหน่วยงานปี 2560/61/62 จำนวนทั้งหมด 28,261/ 30,739/ 29,351 ตามลำดับ ผู้ป่วยฉุกเฉินต่อผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน มีจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มารับบริการที่ ER มากกว่าผู้ป่วยฉุกเฉินสถิติ ปี 60/ 61/ 62 คิดเป็น 11.4% :89% คิดเป็น10.7% : 89.2% และ 10.1% : 89.8% และปี 63 คิดเป็น 10 : 90% ซึ่งโดยบริบทของโรงพยาบาลชุมชน หน่วยงานต้องให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน และผู้ป่วยทั่วไปตลอด 24 ชม. โดยมีเจ้าหน้าที่ให้บริการ และการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ กรณีเวรนอกเวลาที่แพทย์ไม่สามารถมาปฏิบัติงานตลอด 24 ชม.ได้จึงได้มีการทบทวนแนวทางการคัดกรองในหน่วยงานเพื่อลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินให้ลดลง และผู้ป่วยฉุกเฉินที่มารับบริการจะได้รับบริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

ปี 2562 หน่วยงานได้รับประมาณ ในการจัดทำโครงการพัฒนาระบบงานบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีการจัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ เรื่องการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บ การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเช่น การใช้AUTO CPR, การจัดการด้านสาธารณสุข และซักซ้อมแผนรับสาธารณสุขและทบทวนโครงสร้างในระบบICS ของรพ เพื่อพัฒนาระบบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

การทบทวนและปรับปรุงแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้เกณฑ์MOPH ED Triage

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การบริหารจัดการข้อมูล				
ผลการดำเนินงาน	วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ระบบIT	วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังรายไตรมาส	บริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยระดับ4-5	ผู้ป่วยระดับ4-5 ลดลงอย่างน้อย 10 %
2.พัฒนาระบบการดูแลรักษา				
ผลการดำเนินงาน	ทบทวนการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้MOPH ED Triage	ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการadmit 2 ชม	ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการadmit 2 ชม	ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการadmit 2 ชม.
3.new normal ER	จัดจุดบริการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง			
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ผู้ป่วยและญาติถูกคัดกรอง 100 %	ผู้ป่วยและญาติถูกคัดกรอง 100 %	ผู้ป่วยและญาติถูกคัดกรอง 100 %	ผู้ป่วยและญาติถูกคัดกรอง 100 %

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	80	53.5	53.5
2.จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ 5 (non trauma) ลดลงร้อยละ 10	21,618	15,866	13.6
3.ร้อยละผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการadmit 2 ชม (2hr target >ร้อยละ 50	50	1,680	95

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย คปสอ.เด่นชัย และภาคเอกชน
2. ได้รับสนับสนุนงบประมาณระดับเขต และจังหวัด
3. การเข้าร่วมเป็นกรรมการเครือข่ายER ของจังหวัด

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

1. ขาดแพทย์เฉพาะทาง ER ในช่วงที่ผ่านมา
2. มีเฉพาะคณะกรรมการECS ระดับโรงพยาบาล

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-อยู่ระหว่างได้รับแพทย์เฉพาะทาง	ร่วมกับทีมHA ทีมนำทางคลินิกในการจัดทำ ACTION PLAN เพื่อพัฒนาระบบงาน ER คุณภาพ
-เหตุสถานการณ์โควิดทำให้ไม่ได้ประชุมเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย ระดับ 4-5	-ประชุมชี้แจง จนท.ในการ ประเมินECS และ ACTION PLAN เพื่อเตรียมรับการประเมินECS

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-ทบทวนและจัดตั้งคณะกรรมการ ECS คุณภาพระดับอำเภอ

11. Best Practice/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน บุษบา อินทรารุธ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.093-1373668
E-mail: intbuss@hotmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

**แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563**

1. ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล functional base
2. ประเด็น/หัวข้อ fast track (STEMI / Trauma)
3. ตัวชี้วัด (STEMI)
 1. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI)
 2. ร้อยละของการให้การรักษาก่อนถึงโรงพยาบาลได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด
 3. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน(163)ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที
 4. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
 5. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)
(Trauma)
1. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติER Safety (2p safety)
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพ ECS
3. โรงพยาบาลมีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลS ในภาพรวมของอำเภอเป็นประจำทุกไตรมาส
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน / แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม / งานNCD และงานผู้ป่วยใน
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จากสถิติ MIปี 60/61/ 62 จำนวน 56/35 /37/ 21รายตามลำดับ จำนวนเสียชีวิต 1 รายในปี 2560 และในปี 63 พบ acs 15ราย เป็น STEMI ที่ให้ยา SK จำนวน6 ราย ไม่มีเสียชีวิตมาด้วย ems จำนวน 1 รายพบในผู้ป่วยที่มีโรคDM / HT คิดเป็น 40% จากสถิติ stroke ปี 60/61/ 62 จำนวนเสียชีวิต 0/0/0 รายตามลำดับ ปี 63 พบ stroke จำนวน 49 ราย มาด้วยems จำนวน 9 ราย, คิดเป็น 18.3% stroke fast track 19 รายมาด้วยEMS 5 ราย คิดเป็น 26.3% พบในผู้ป่วยประวัติHT เดิม 10 ราย และในผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 9 ราย สถิติผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คิดเป็น 93.9/95.19/92.11 % สถิติผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งหมด ปี 60/61/62/63 จำนวน 2635 / /2911/ 2724 /1812ราย และอุบัติเหตุจากจราจร จำนวน 740/744/744/703 ราย เสียชีวิตจากจราจรจำนวน ปี 60/61/62/63 ตามลำดับ 18/14/10 และจำนวน 1 ราย ตามลำดับ การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรส่วนใหญ่เกิดจากบาดเจ็บที่ศีรษะ และบาดเจ็บในช่องอก ช่องท้อง จากพฤติกรรม การขับขี่ไม่ปลอดภัย โดยในปี 2563 จำนวนผู้บาดเจ็บจากจราจร 473 ราย รายไม่ได้รัดเข็มขัด และไม่สวมหมวกกันน็อค 66.8 % ดื่มสุรา 25.5 %

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

- มีการใช้แนวทางปฏิบัติตาม CPG fast track
- มีการส่งต่อผู้ป่วยโรคหัวใจโดยใช้ระบบTelemedicine และ โรงพยาบาลฉุกเฉิน AOC
- มีการติดตามผลการดำเนินงานจากทีมโรคหัวใจปีละ 1 ครั้ง
- ปี 62 เก็บและนำข้อมูลstroke เข้าร่วมงานวิจัยเรื่องแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยSTROKE ในรพช.จว.แพร่ และนำมาใช้ในหน่วยงานจนถึงปัจจุบัน

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task)ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน
1 การดูแลผู้ป่วยตามระบบFAST TRACK			
ผลการดำเนินงาน			STEMI ให้SK 6 ราย Stroke fast track 5ราย
2.ประชาสัมพันธ์ระบบEMSในการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน fast track Stroke/ STEMI / trauma			
ผลการดำเนินงาน			STEMIมีการนำส่งโดยระบบEMS 16.6 %
			STROKE FAST TRACK มีการนำส่งโดยระบบEMS 26.3 %
			TRAUMAมีการนำส่งโดยระบบEMS 29.8 %

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (stemi)	0	0	0
2.ร้อยละของการให้การรักษาก่อนผู้ป่วยSTEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	6	6	100
3.ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน(163)ที่มีอาการไม่เกิน4.5ชมได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 60 นาที	0	0	0
4.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0	0	0
5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (cvd risk)	-		92.11
6.อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity acquired	-	-	-
7.ร้อยละของการดำเนินงานตาม protocol sepsis triage ที่จุดคัดกรอง	100%	-	100
8.โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติER Safety (2p safety)	100%	-	100
9.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพ ECS	>50%	54.2	54.2
10.โรงพยาบาลมีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลIS ในภาพรวมของอำเภอเป็นประจำทุกไตรมาส	3	3	100

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

- มีเครือข่ายในระดับอำเภอทั้งในหน่วยงานและนอกหน่วยงาน

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

1. การประชาสัมพันธ์ ระบบEMS ยังไม่ทั่วถึง
2. ประชาชนยังไม่ทราบอาการสัญญาณอันตรายในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องมารพ

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ป่วยกลุ่มFAST TRACK มาด้วยระบบEMS ค่อนข้างต่ำกว่าเกณฑ์	การประชาสัมพันธ์ ระบบEMS ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

-

12. ภาพกิจกรรมฯ

-

ผู้รายงาน นางบุษบา อินทราวุธ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.093-1373668
Email: intbuss@hotmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล
2. ประเด็น/หัวข้อ Fast track (Sepsis)
3. ตัวชี้วัด
 1. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
 2. ร้อยละของการดำเนินงานตาม protocol, sepsis triage ที่จุดคัดกรอง
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก นางมาริยา อุดม
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - 4.2.2 งานผู้ป่วยใน
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

รพ.เด่นชัยเป็นโรงพยาบาล 30 เตียง ไม่มีอายุรแพทย์ มีแพทย์ทั่วไป 5 คน แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว 2 ท่าน และเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2563 นี้ ได้รับแพทย์เฉพาะทางด้านอายุรกรรม 1 คน และด้านเวชกรรมฉุกเฉิน 1 คน สถิติการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2556-2558) พบว่า ภาวะ Sepsis และการเกิด Septic shock เป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของผู้ป่วย พบร้อยละการเสียชีวิตจาก Sepsis ย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี 2560-2562 ดังนี้ 41.33, 50 และ 11.76 ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงพบมากในผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเดิม โดยเฉพาะในกลุ่มเบาหวาน และกลุ่มไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่จะมามีภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Pyelonephritis), ปอดอักเสบ (Pneumonia), ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (AGE) ตามลำดับ และพบว่าร้อยละผู้ป่วย Septic Shock ได้รับ Hemoculture ภายใน 1 ชั่วโมงย้อนหลัง 3 ปี คือปี 2560-2562 ดังนี้ 93.75, 95.00 และ 92.34 ตามลำดับ

จากการทบทวนเวชระเบียนพบปัญหาการรักษาที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า การประเมินและเฝ้าระวังติดตามดูแลยังไม่เหมาะสม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากบุคลากรขาดความรู้และทักษะ รวมทั้งการสื่อสารแนวทางปฏิบัติ Pre-arrest sign, Pre-warning sign ที่ทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วยกำหนด ยังไม่ถึงผู้ปฏิบัติอย่างแท้จริง ได้พัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock โดยใช้ 6 แบบฟอร์ม 6 Bundles เริ่มด้วยการรักษาแบบ early goal directed therapy ซึ่งเน้นการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะอย่างครอบคลุมและเหมาะสม การให้สารน้ำ และการส่งต่อ รพ.แพทย์ที่เหมาะสม ทันทีที่ ก่อนเกิดภาวะ multiple organ dysfunction และท้ายที่สุดคือ การปรับระบบการไหลเวียน hemodynamic ให้คงที่อย่างรวดเร็วภายใน 6 ชม. โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพของผู้ป่วย

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

- 1) มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยและคัดกรองเบื้องต้น วางระบบ fast track ในการเข้ารับบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายของจังหวัดแพร่ ส่งผลให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง รวดเร็ว
- 2) จากการทบทวน พบว่าสาเหตุที่ได้สารน้ำ และ Antibiotic ล่าช้า เนื่องจากการวินิจฉัยล่าช้า ได้มีการปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis และ Septic shock โดยมุ่งเน้น early direct goal therapy strategies
- 3) นำ SIRs criteria มาช่วยใน การวินิจฉัย Sepsis เพื่อส่งตรวจ Investigate ที่เหมาะสมและหาสาเหตุได้ทันเวลาตามแนวทางที่กำหนด
- 4) พัฒนาจุดคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา

5) เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทาง 6 Bundles ที่ทำร่วมกันทั้งจังหวัด ตามระดับ เพื่อประเมินความรุนแรงและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะผู้ป่วยก่อน Shock ให้เร็วขึ้น ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

6) ICN และ ICWN ประเมินนิเทศติดตามให้บุคลากรปฏิบัติตาม SOP เพื่อป้องกันการติดเชื้อในรพ.อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะหน่วยงานและsite of infection ที่สำคัญเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะ sepsis

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน
	มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ในการดูแลผู้ป่วยและคัดกรองเบื้องต้น วางระบบ fast track ในการเข้ารับบริการร่วมกันเป็นเครือข่ายของจังหวัดแพร่	
ผลการดำเนินงาน	ส่งผลให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง รวดเร็ว	
		จากการทบทวน พบว่าสาเหตุที่ได้สารน้ำและ Antibiotic ล่าช้า เนื่องจากการวินิจฉัยล่าช้า ได้มีการปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วยภาวะ Sepsis และ Septic shock โดยมุ่งเน้น Early direct goal therapy strategies
	3) นำ SIRs criteria มาช่วยในการวินิจฉัย Sepsis เพื่อส่งตรวจ Investigate ที่เหมาะสม และหาสาเหตุได้	
ผลการดำเนินงาน		ทันเวลาตามแนวทางที่กำหนด
	พัฒนาจุดคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะ Sepsis ได้รับการดูแลรักษาที่รวดเร็ว ทันเวลา	
ผลการดำเนินงาน	การใช้ SOS ในการคัดกรอง ณ จุดบริการ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อตั้งแต่ระยะแรก	
		เฝ้าระวังติดตามอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามแนวทาง 6 Bundles ที่ทำร่วมกันทั้งจังหวัด ตามระดับ เพื่อประเมินความรุนแรงและความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อประเมินภาวะผู้ป่วยก่อน Shock ให้เร็วขึ้น ให้
ผลการดำเนินงาน		การดูแลรักษาที่เหมาะสม

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน
1	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis	<ร้อยละ 28	6.25
2	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย	<ร้อยละ 90	97.55
3	ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง	<ร้อยละ 90	97.55
4	ร้อยละของผู้ป่วยที่ทำ Hemo culture ก่อนได้ ABO	<ร้อยละ 90	94.11
5	ร้อยละของการได้รับสารน้ำทดแทนอย่างน้อย 30ml/kg. หรือ 1.5 L. ใน 1 ชั่วโมงแรก	<ร้อยละ 90	97.55
7	มีระบบ Rapid response team ตามเกณฑ์ที่กำหนด	มี	ไม่มี
สรุปคะแนนตามตัวชี้วัด ผ่าน 7 ข้อจาก 8 ข้อคิดเป็นร้อยละ 87.5		5	5

ข้อมูล ณ สิ้นเดือนกรกฎาคม 2563

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

การนำเอา MEWS มาใช้ในการคัดกรองที่ ER ช่วยให้การคัดกรองได้เร็วมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามเวลาที่กำหนด

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

เพิ่มความตระหนักกรณีผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะอุณหภูมิต่ำขาดการประเมิน

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1.ขาดการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วย Sepsis ทุกราย	1.การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย ในกลุ่มผู้ป่วย Sepsis ทุกราย
2.การคัดกรองข้อมูลล่าช้าทำให้ให้สารน้ำได้ไม่ทันเวลา	2.1พัฒนาแนวทางการจัดการกับภาวะ Shock ให้มีการวินิจฉัยได้อย่างรวดเร็วให้สารน้ำได้ทันเวลา 2.2 พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยปฐมภูมิ โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใน รพ.สต., อสม., และเจ้าหน้าที่กู้ชีพ เพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยได้เบื้องต้น และส่งต่อมายังโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและเหมาะสม
3.เกิดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยระหว่าง รพ.และ รพ.ส่งต่อ	3.พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Sepsis และการติดตามผู้ป่วยที่ส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางมารีญา อุดม
 ตำแหน่งตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 อีเมลล์ : u_mareeya@hotmail.com
 โทร. 098-1953982
 วันที่รายงาน 1 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 4 Faction base ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล
2. ประเด็น/หัวข้อ การบริหารพื้นที่สภาพระยะกลาง Intermediate Care and Palliative Care
3. ตัวชี้วัด
 1. โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการพื้นที่สภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)
 2. จำนวนเตียงและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง
 3. มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC เป็น Case manager ในโรงพยาบาล
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานผู้ป่วยใน/ยุวเรศ บุญญนันท์
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ.เด่นชัย/ศรีบรรจง ปินใจ

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

การพัฒนาระบบบริการ Intermediate care เริ่มมาตั้งแต่ปี 2561 เนื่องจากพบปัญหาที่ รพ.ศูนย์ และ รพ.ประจำจังหวัดที่มีภาวะผู้ป่วยล้นเตียง จึงได้มีการจำหน่ายผู้ป่วยที่เร็วเกินไป ผลที่ตามมาคือเกิดปัญหา re-admit หรือผู้ป่วยที่ไม่พร้อมจะกลับบ้าน จึงเกิดนโยบายการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางที่ รพช. เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ไม่พร้อมที่จะกลับบ้าน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายโดย Concept ของ intermediate care คือเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤต แต่ยังมีปัญหาที่ต้องฟื้นฟูสมรรถภาพต้องได้รับการดูแลการฝึกต่างๆ ก่อนกลับไปอยู่บ้าน เพื่อไม่ให้เป็นการระคายเคืองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เน้นกลุ่มโรคหลัก 5 กลุ่ม คือ 1) Stroke 2) Head injury 3) ผู้ป่วยหลังผ่าตัด 4) Chronic wound care แต่ในปี 2562 เพิ่มกลุ่ม 5) ผู้ป่วยไตวายที่ทำ CAPD 6) Severe traumatic brain injury 7) Medication หมายถึงกลุ่มที่กลับมารับยาต่อที่ รพช. ทุกราย

ดังนั้น รพ.เด่นชัย ได้จัดเอากลุ่ม Refer back ที่ต้องมานอน รพ.ทุกายเป็น IMC เพื่อให้คนไข้ไม่เกิดการแบ่งแยก และได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน อีกทั้งเพิ่มการดูแลร่วมกับทีมศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ.เด่นชัย เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปอยู่ที่บ้าน

นอกจากนี้ยังมีงานแพทย์แผนไทยที่เข้ามาช่วยดูแลกรณีผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังโดยใช้นวัตกรรมของรพ.คือก๊อชสมานแผล ช่วยให้แผลผู้ป่วยแห้งไว ไม่มีกลิ่นเหม็น

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	4 เดือน	8 เดือน	12 เดือน
1.การบริหารจัดการข้อมูล	-จัดทำรูปแบบการเก็บข้อมูล refer back จาก รพท. และรพช. -บูรณาการติดตามข้อมูลกับศูนย์ COC	-ทวนสอบข้อมูลทุกเดือนจากรายงาน 43 แฟ้มกับข้อมูล Thai COC -กำกับติดตามข้อมูลกับรพ.แพร่	-สรุปและประเมินผล คำนวณค่าข้อมูลให้กับทีมคปสอ.เด่นชัยและผู้บริหาร
ผลการดำเนินงาน	มีระบบจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai COC ร้อยละ 2.47	ได้ GAP Analysis
2.ระบบดูแลรักษา	-ประชุมชี้แจงและทบทวนแนวทางปฏิบัติกับทีมที่เกี่ยวข้อง	-ปฏิบัติตามแนวทาง action plan ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูล	-ทบทวนปัญหาและอุปสรรค สรุปและ

มาตรการดำเนินงาน	4 เดือน	8 เดือน	12 เดือน
	ระดับอำเภอ -ร่วมกับทีม PCT และองค์กร แพทย์กำกับติดตามกระบวนการ ดูแลรักษา	ทุกเดือน -จัดกิจกรรม advance care plan ทุกเดือน -จัดทำระบบการเฝ้าระวังภาวะ ทรุดลงระหว่างรักษา	ประเมินผล คำนวณข้อมูล ให้กับทีมคปสอ.เด่นชัย และผู้บริหาร
ผลการดำเนินงาน	CPG IMC	100%	ได้GAP Analysis
3.การกำกับติดตามคุณภาพ ชีวิต	-ลงบันทึกฐานข้อมูล Thai COC -ร่วมกับทีมทำ advance care plan -ประสานศูนย์ COC และรพ.สต. วางแผนจำหน่าย	-ทวนสอบและกำกับติดตาม คุณภาพชีวิตร่วมกับศูนย์ COC ทุกเดือน	-สรุปและประเมินผล คำนวณ ค่าข้อมูลให้กับทีมคปสอ. เด่นชัยและผู้บริหาร
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	วางแผนจำหน่าย	100%	ได้GAP Analysis

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.เด่นชัย		
	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (ต.ค.-ก.ค.)
1.โรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการผู้ป่วยในสภาพระยะกลาง แบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	58	81	56
2.จำนวนเตียงและจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะกลาง	2	2	2
3.มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้าน IMC เป็น Case manager ใน โรงพยาบาล	-	-	-

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. มีการกำหนดและประกาศนโยบายชัดเจนระดับอำเภอ ส่งผลให้เกิดการดำเนินงานเชิงประจักษ์
2. มีระบบสนับสนุน การจัดการความรู้ให้กับบุคลากรด้าน IMC
3. บูรณาการระบบการดูแลรักษาร่วมกับสาขา service plan palliative
4. มีการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนโดยผ่านศูนย์ COC
5. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวช่วยกำกับดูแลกระบวนการรักษาให้มีประสิทธิภาพ
6. มีการประยุกต์การดูแลผู้ป่วยที่มีแผลเรื้อรังร่วมกับงานแพทย์แผนไทย

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

- ข้อจำกัดด้านงบประมาณในการจัดหาอุปกรณ์จำเป็น ได้แก่ การสำรองเตียง

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1)รพร.เด่นชัยยังไม่มี Case manager สาขา IMC	1) เพิ่มช่องทางประสานเครือข่ายรพ.แพร่ จัดทำ หลักสูตร Case manager IMC 2) นำเสนอปัญหาเพื่อขอเพิ่มการสนับสนุนกับทีมHRD
2) จากการวัดวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวมปี 2563 พบว่ายังขาดระบบนิเทศติดตามเชิงคุณภาพ	1) ทบทวนและหารือร่วมกับทีม HA , PCT เพื่อจัดทำ ทีมนิเทศน์และประเมินผล 2)ประยุกต์มาตรฐาน DHSA ในการวางระบบนิเทศ
3)จากการติดตามข้อมูลการรักษา พบผู้ป่วยยังมี risk ทางคลินิกจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้เกิดอาการทรุด ลงต้องส่งต่อกลับรพ.แพร่	1) ทบทวน สรุปผลให้ทีมทางคลินิก พิจารณาคืนค่า ประเด็นปัญหากับเวที IMC ระดับเครือข่าย

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

- เพิ่มศักยภาพบุคลากรด้าน case manager IMC

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

12. ภาพกิจกรรมฯ



ผู้รายงาน ยุวเรศ บุญญานันท์
ตำแหน่ง..พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.062-3626915
E-mail y.boonyanun@gmail.com

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล
2. ประเด็น/หัวข้อ การดำเนินงาน Smart Hospital
3. ตัวชี้วัด
 1. หน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (มีระบบนัดและระบบคิวออนไลน์)
 2. Smart Place-ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look
 3. Smart Tools
 4. Smart Service

4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานประกันสุขภาพและสารสนเทศทางการแพทย์
- 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม -

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ปัจจุบันเทคโนโลยีและดิจิทัล มีบทบาทต่อชีวิตมหาศาล digital transformation เป็นทั้งโอกาสพัฒนาและความท้าทายของประเทศไทย สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย ได้ระบุว่า อุตสาหกรรมสุขภาพเป็นหนึ่งใน 12 อุตสาหกรรมที่จำเป็นต้องมีการพลิกโฉม เกิดการเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชนทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ การสร้างโอกาสให้ระบบสาธารณสุขไทยได้รับประโยชน์และประสบความสำเร็จจากการเปลี่ยนแปลงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ การบริหารเชิงกลยุทธ์ในการใช้เทคโนโลยีเพื่อลดความสูญเสียในการจัดกิจกรรมบริการซ้ำซ้อน รวมถึงการใช้ข้อมูลเพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการ การตัดสินใจบนฐานข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดพัฒนาเป็น Smart Hospital ตามนโยบาย Thailand 4.0 โดยนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ในการบริหารจัดการ ระบบฐานข้อมูล เพิ่มประสิทธิภาพการจัดบริการประชาชน ทั้งด้าน ความสะดวกรวดเร็ว และความปลอดภัย รวมถึงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่ส่งผลให้เกิดการปรับระบบการบริการ โดยเน้นการรักษาระยะห่าง การลดความแออัดในการมารับบริการ ซึ่งทำให้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีส่วนในการปรับปรุง พัฒนาระบบการบริการมากขึ้น

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

การดำเนินงาน	รายละเอียด	แนวทางการพัฒนา
Smart Place : โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green and Clean	- โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน Green and Clean	- พัฒนาการดำเนินงาน ตามมาตรฐาน HA IT. (Hospital accreditation information technology.)
Smart Tools: โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพเข้ามาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร - มีหน้าจอแสดงลำดับคิวในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าจอตรวจ - มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด - มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ	- มีระบบเรียกคิวออนไลน์ ณ จุดลงทะเบียน (ห้องบัตร) - มีหน้าจอแสดงลำดับคิว บริเวณหน้าห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก เพื่อลดความแออัดและลดปัญหาการรอคอย - มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) จากเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เข้าสู่ฐานข้อมูลของโปรแกรม HOSxP	- เพิ่มระบบแจ้งเตือนคิว ณ หน้าห้องตรวจ , หน้าห้องฉุกเฉิน (อยู่ระหว่างทดลองใช้งานระบบ) - พัฒนาระบบการนัดออนไลน์ - การเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) จากเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ เข้าสู่ฐานข้อมูลของโปรแกรม HOSxP อยู่ระหว่างการทดลองใช้งานและการจัดการระบบ
Smart Service: โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล - ยกเลิกการเรียกรับสาเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ - มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) - มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) - มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD - มีบริการนัดหมายแบบเหลือเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือ แตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม	- ยกเลิกการเรียกรับสาเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ กรณีมีความจำเป็นต้องใช้เอกสาร ทางหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ถ่ายสำเนาเอกสารเอง - จากผู้รับบริการ มีการใช้โปรแกรม HOSxP ในการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการให้บริการ มีการส่งต่อข้อมูลไปยังจุดบริการต่างๆ ด้วยระบบดิจิทัล - ใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) ผู้รับบริการจะใช้เพียงใบคิวนำทางไปยังจุดบริการต่างๆ - ข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ จุด บริการ	- พัฒนาระบบการนัดออนไลน์ และการนัดเหลือเวลาของงานคลินิกโรคเรื้อรัง - ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Official) ช่วยในการนัดติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อยู่ระหว่างการทดลองใช้งาน และหาแนวทางพัฒนา

การดำเนินงาน	รายละเอียด	แนวทางการพัฒนา
	OPD คือจุดบริการห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก - มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน) - ใช้แอปพลิเคชันไลน์ (Line Official) ช่วยในการนัดติดตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วย - มีระบบเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างสถานบริการ(รพ.สต. กับ รพ.แม่ข่าย) ด้วยโปรแกรม Data Exchange.	
Smart Outcome: โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบการวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการให้บริการ	- มีการนำข้อมูลจากการบริการ มาวางแผน ยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาล ,การขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุข และการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายด้านต่างๆที่เกี่ยวข้อง	- การนำข้อมูลต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด และครอบคลุมการพัฒนาตามมาตรฐานทุกๆด้านของโรงพยาบาล - ดำเนินการพัฒนางานสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐาน HA.IT.

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 มีการแลกเปลี่ยนแนวทางการพัฒนาด้านสารสนเทศ ร่วมกับสถานบริการอื่น ที่มีบริบทการทำงานใกล้เคียงกัน และสามารถนำมาปรับเป็นการดำเนินงานในสถานบริการของตนเองได้

7.2 มีการสนับสนุนงบประมาณ ,ครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์และส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน และต้องใช้ระยะเวลานานในการเรียนรู้ พัฒนาและเพิ่มทักษะในการทำงานที่เกี่ยวกับด้านสาธารณสุข

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

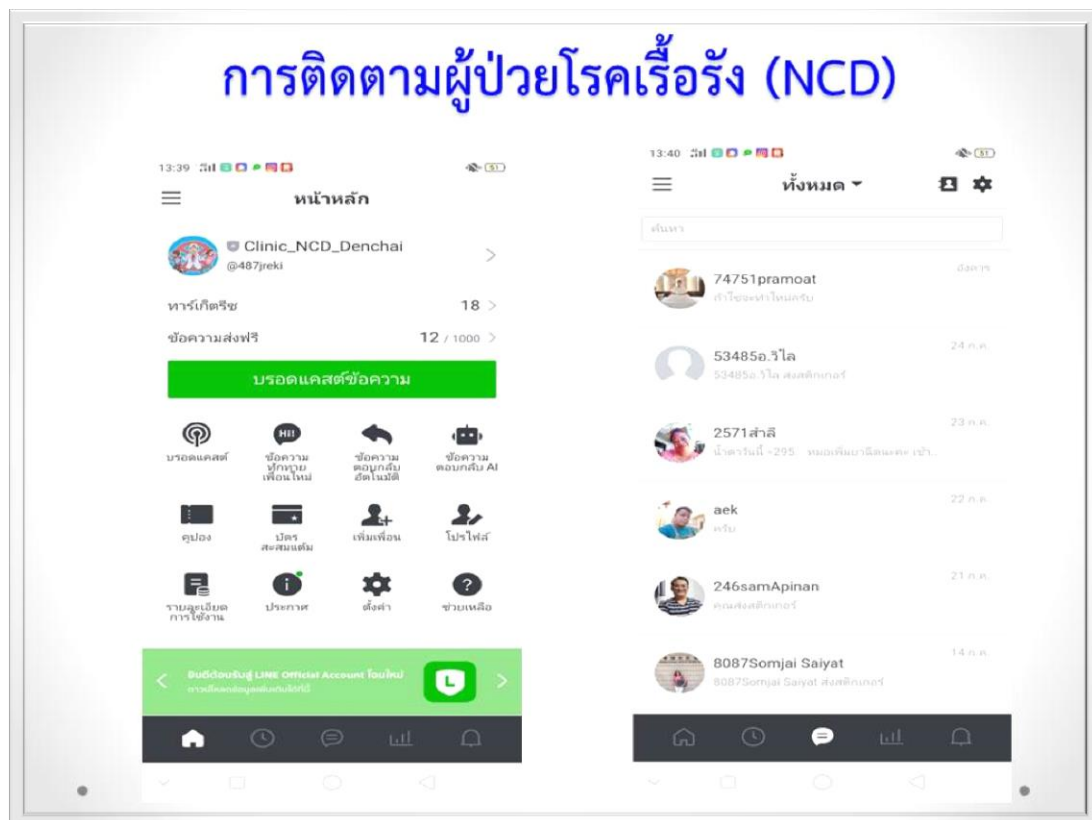
ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. การพัฒนาด้านระบบเทคโนโลยี มีความจำเป็นต้องใช้งบประมาณในการพัฒนา ทั้งด้าน Software, Hardware จึงทำให้การพัฒนาดังกล่าวต้องพิจารณาสถานะการเงินของสถานบริการร่วมด้วย 2. ทรัพยากรของสถานบริการ ทั้งอุปกรณ์ โปรแกรม , เทคโนโลยี (Software, Hardware) มีข้อจำกัดในเรื่องจำนวนและความทันสมัย 3. บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ,ขาดทักษะด้านสาธารณสุข	1. การวางแผนการพัฒนาระยะสั้นโดยใช้ทรัพยากรและงบประมาณที่มีอยู่ และวางแผนการพัฒนาส่วนขาดในระยะยาว 2. การพัฒนาคู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านสารสนเทศ เพื่อให้มีแนวปฏิบัติและแนวทางการดำเนินงานต่อเนื่องกันกรณีมีการเปลี่ยนบุคลากร

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

การเพิ่มโอกาส ความก้าวหน้าในการทำงานแก่บุคลากรด้านสารสนเทศ เพื่อเป็นขวัญกำลังใจแก่บุคลากร

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง -

12. ภาพกิจกรรมฯ



ผู้รายงานผู้รายงาน นายจิรเดช ศรีโพธิ์
ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร 054-613019 ต่อ 509
อีเมลล์ : jiradech.insu@gmail.com
วันที่รายงาน 12 สิงหาคม 2563

ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการ
เพื่อสนับสนุนบริการ

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนบริการ
2. ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนาสถานพยาบาลตามมาตรฐาน
3. ตัวชี้วัด ร้อยละ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว $\geq$ ร้อยละ 75
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก

4.1.1 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม

4.2.1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดทั้ง 8 แห่ง

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี 3) ภาควิชามีส่วนร่วม 4) บุคลากรที่ดี 5) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด 5 ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว

ระบบสุขภาพของประเทศไทยขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีการสร้างสถานีนานามัย ครอบคลุมในทุกพื้นที่ ปัจจุบันสถานีนานามัยได้ปรับเปลี่ยนมาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ได้มีการยกระดับการให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค ทำให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างครอบคลุม ครบถ้วน และสำคัญที่สุดคือมีคุณภาพมาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์พัฒนาความเป็นเลิศใน 4 ด้าน (P&P, Service, People, Governance) การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.เป็นประเด็นสำคัญในยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบบริการ เรียกว่า รพ.สต.ติดดาว ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี

ในปี 2563 โดยหน่วยงานระดับต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายแบบบูรณาการเชื่อมโยงระบบบริการเป็นเครือข่าย ได้มีกระบวนการและการบริหารจัดการที่ดี โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพ และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ โดย รพ.สต.บ้านสวนหลวง, รพ.สต.บ้าน

ปากปาน และรพ.สต.บ้านน้ำแรม จึงได้พัฒนา รพ.สต.ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว เพื่อเตรียมความพร้อมรับการประเมิน จากคณะกรรมการระดับจังหวัดต่อไป

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

1. การเชื่อมโยงการทำงานบริการใน รพ.สต.ติดดาว จาก รพ.ร.เด่นชัย ถึง สถานบริการในอำเภอเด่นชัยทุกแห่ง
2. สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาการ รพ.สต.ติดดาว
3. สนับสนุนการดำเนินงานของรพ.สต.ติดดาวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินที่ครบระยะเวลาตามกำหนดต้องรับการประเมิน ต่อเนื่อง คือ สอน.แม่จั่ว

ณ 10 สิงหาคม 2563 รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพ รพ.ร.เด่นชัย ทั้งหมด 8 แห่ง มีรพ.สต.ที่ได้รับการประเมินและผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (สะสมปีงบประมาณ (2561–2563) จำนวน 5 แห่ง ได้แก่

- 1.) รพ.สต. เถลิงพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ต.แม่จั่ว อ.เด่นชัย จ.แพร่
- 2.) รพ.สต. ปากปาน ต.ไทรย้อย อ.เด่นชัย จ.แพร่
- 3.) รพ.สต. ไทรย้อย ต.ไทรย้อย อ.เด่นชัย จ.แพร่
- 4.) รพ.สต. บ่อแก้ว ต.ไทรย้อย อ.เด่นชัย จ.แพร่
- 5.) รพ.สต. ปงป่าหวาย ต.ปงป่าหวาย อ.เด่นชัย จังหวัดแพร่

คิดเป็นร้อยละ 62.50 ดังสำเนาภาพหน้าจอที่แนบมานี้

(อ้างอิง <http://gishealth.moph.go.th/pcu/admin/report2.php>)

ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ			
รายชื่อหน่วยบริการ			
50 records per page		Search:	
ลำดับ	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	ที่ตั้ง
1	06405	สถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี 	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.แม่จั่ว หมู่ 8
2	06406	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากปาน ตำบลไทรย้อย	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ไทรย้อย หมู่ 1
3	06407	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรย้อย 	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ไทรย้อย หมู่ 3
4	06408	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบ่อแก้ว 	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ไทรย้อย หมู่ 8
5	06409	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยไร่ 	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ห้วยไร่ หมู่ 1
6	06410	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านน้ำแรม ตำบลห้วยไร่	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ห้วยไร่ หมู่ 4
7	06411	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสวนหลวง	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ปงป่าหวาย หมู่ 2
8	06412	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปงป่าหวาย 	จ.แพร่ อ.เด่นชัย ต.ปงป่าหวาย หมู่ 5
เขต	รหัส	ชื่อหน่วยบริการ	ที่ตั้ง
Showing 1 to 8 of 8 entries			
			← Previous

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด	คปสอ.เด่นชัย (ณ. 31 ก.ค.63)		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	8	5	62.50

สถานบริการ	ประเมินตนเอง	ปี พ.ศ.ที่ผ่านการรับรอง โดยทีมประเมินระดับจังหวัด ระดับ 5 ดาว	แผนขอรับการประเมิน
สอน.แม่จั่วะ	/	2560	-
รพ.สต.ปงป่าหวาย	/	2561	-
รพ.สต.บ้านสวนหลวง	/	-	2563
รพ.สต.ไทรย้อย	/	2561	-
รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	/	2562	-
รพ.สต.บ้านปากปาน	/	-	2563
รพ.สต.ห้วยไร่	/	2562	-
รพ.สต.บ้านน้ำแรม	/	-	2563
8 สถานบริการ	8 แห่ง	5 แห่ง คิดเป็น 62.5%	-

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญ และมีนโยบายที่ชัดเจน และมีการกำกับ นิเทศติดตามงานอย่างต่อเนื่อง
2. จัดทำเป็นข้อกำหนดส่วนหนึ่งในการพิจารณาความดีความชอบ
3. กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจนโดยให้ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอเป็นผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับอำเภอ

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในวงกว้างจึงทำให้สามารถประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม ได้ตามแผนที่กำหนด

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ไม่ได้รับการประเมินเพื่อรับรอง/ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 จาก สสจ.แพร่ จังหวัด และเขต จำนวน 3 สถานบริการที่เหลือ คือ รพ.สต.บ้านปากปาน รพ.สต.บ้านสวนหลวง และ รพ.สต.บ้านน้ำแรม เนื่องจากเกิดสถานการณ์ COVID-19 ในวงกว้าง	-
2. ทีมสนับสนุนจากระดับอำเภอมีข้อจำกัดเรื่องเวลา และ	-

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
จำนวนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถติดตาม/สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับ 5 ให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่กำหนด	

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นายประพนธ์ กวางทอง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
email : saan_bri@hotmail.com
โทร.054-613019
วันที่รายงาน 13 สิงหาคม 2563

**แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563**

1. ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการบริการ
2. ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาลตามมาตรฐาน
3. ตัวชี้วัด โรงพยาบาลมีคุณภาพผ่านการรับรองตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน HA ขั้นที่ 3
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก นางมารีญา อุดม
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม น.ส.ประกายวรรณ ใจชอบ
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย มีการพัฒนาคุณภาพอย่างชัดเจน ตามแนวทางของมูลนิธิส่วนกลาง และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชทั้ง 21 แห่งตั้งแต่ปี 2541 ณ อำเภอดงพนาหิน จ.พิจิตร และได้พร้อมใจกัน ประกาศวิสัยทัศน์ร่วมกัน “มุ่งมั่นพัฒนาโรงพยาบาลสู่คุณภาพ” เพื่อถวายแด่สมเด็จพระบรมโอรสาธิราชฯ สยามกุฎราชกุมาร จนกระทั่งปัจจุบันได้มีการจัดทำแผนการพัฒนา 5 ปี โดยมีวิสัยทัศน์คือ เป็นโรงพยาบาลต้นแบบแห่งความสุข ตามแผนภาพที่ 1 และ รพร.เด่นชัย ได้มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามเส้นทางในแผนภาพที่ 2



ภาพแสดงยุทธศาสตร์การพัฒนาโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในทศวรรษที่ 5 (2560-2569)



ภาพแสดงเส้นทางการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

ระบบการพัฒนาคุณภาพบริการ ใช้ ๓P (Purpose Process Performance) ในการพัฒนางานประจำโดยมี ทีมพี่เลี้ยงสนับสนุนการจัดทำ CQI นวัตกรรม R2R ในโรงพยาบาล ส่งเสริมการเข้าอบรมแนวคิดการพัฒนา โรงพยาบาล เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพ โดยเฉพาะ หัวหน้าหน่วยงาน เช่น หลักสูตรต่างๆ ของสถาบันรับรองคุณภาพ สถานพยาบาล มีการเรียนรู้ความสำเร็จจากองค์กรอื่น จากการเข้าร่วม QLN ระดับจังหวัด การศึกษาดูงาน โรงพยาบาลในระดับจังหวัดที่มีการพัฒนางานที่ดี

กระบวนการเรียนรู้ระดับองค์กร: การสร้างบรรยากาศของการเรียนรู้ภายในองค์กรและการเรียนรู้ร่วมกับ ชุมชนมีการคืนข้อมูลประชาสัมพันธ์ทั้งในระดับนโยบาย ผลการดำเนินงาน สถานการณ์สำคัญหลายช่องทางเช่น การ ประชุมวิชาการภายใน/ภายนอก การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายโรงพยาบาล Internet Intranet และWebsite โรงพยาบาล การประชุม/อบรม/ศึกษาดูงาน การนำเสนอผลงานคุณภาพระดับจังหวัด เขต ประเทศ

กระบวนการสร้างนวัตกรรม: ในระดับทีมคร่อมสายงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทีมที่เกี่ยวข้องกับทีมดูแลผู้ป่วย จะมีกิจกรรมทบทวนในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ เมื่อพบผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง การเสียชีวิตโดยไม่ได้คาดหวัง ก็จะทำ การทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง แนวทางปฏิบัติที่ดี และจัดประชุมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่อื่นๆ ในโรงพยาบาล ก่อให้เกิดบรรยากาศทางวิชาการในโรงพยาบาลขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการสร้างนวัตกรรมในหน่วยงาน ทีมนำหลาย รูปแบบ และมีการส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมจากมูลนิธิส่วนกลางด้านภูมิสถาปัตยกรรม มีการตรวจติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องทุกปี ก่อให้เกิดผลงานที่ดีทั้งหน่วยงานด้านบริการ และหน่วยงานสนับสนุน และเป็นความภาคภูมิใจของ บุคลากรสามารถนำเสนอได้ในระดับ โรงพยาบาล ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ

ปัจจุบันผ่านการรับรอง Reaccredit HA ครั้งที่ 1 และได้รับการต่อรับรองอายุอีก 1 ปี จากสถานการณ์โควิด หมดอายุเดือนเมษายน 2564

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ประเมินวิเคราะห์โครงสร้างองค์กรในการจัดทำ Hospital Profile มาตรฐาน HA และ DHSA				
1.1 ประเมินวิเคราะห์โครงสร้างองค์กรในการจัดทำ Hospital Profile	/			
1.2 นำประเด็นคุณภาพที่มได้จากการตามรอย(Tracer) มากำหนดประเด็นความท้าทาย(ผลลัพธ์ 7 ด้านตามมาตรฐานHA&DHSA)	/			
1.3 ปรับปรุงแผนกลยุทธ์		/		
2. ดำเนินการ				
2.1 ทบทวน Gap ของแต่ละมาตรฐานจากการประเมินครั้งที่ผ่านมา ที่ม้นำจัดทำ road map ของตนเอง	/			
2.2 จัดประชุมทบทวนแผนคุณภาพและเข็มมุ่งและ 2P Safety	/	/	/	/
2.3 จัดประชุมทบทวนการใช้เครื่องมือคุณภาพระดับหัวหน้างานและ ผู้ปฏิบัติงานทุกคน	/	/	/	/
2.4 ทบทวนSA 2011พร้อมแก้ไข	/		/	/
2.5 จัดส่งแบบประเมินตนเองตาม SP และ SAR2011			/	/
2.6 จัดทำ Internal survey	/		/	

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
โรงพยาบาลมีคุณภาพผ่านการรับรองตามเกณฑ์การประเมิน มาตรฐาน HA ขั้นที่ 3	5	5	100

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

ทีมสหวิชาชีพ เข้าใจกระบวนการบูรณาการงานประจำกับการทำมาตรฐาน ส่งผลให้ง่ายต่อการพัฒนา ในการวางแผนและขับเคลื่อนนโยบาย

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

- บุคลากรมีงานประจำมาก
- มาตรฐานคุณภาพมีหลายเรื่อง

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. บุคลากรมีงานประจำมาก	1. เชื่อมโยงงานประจำให้เข้ากับมาตรฐาน
2. มาตรฐานคุณภาพมีหลายเรื่อง	2. บูรณาการต่างๆเข้าด้วยกัน

10. ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

บูรณาการมาตรฐานให้เป็น 1 เดียว เพื่อลดการซ้ำซ้อน ในการดำเนินงาน

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

New normal oral examination ด้วยนวัตกรรมกระจกใสฟันสวย การตรวจสุขภาพช่องปากแนวใหม่ ด้วยนวัตกรรมกระจกใสฟันสวยและมีขั้นตอนการให้บริการที่ส่งผลผู้ให้บริการและผู้รับบริการปลอดภัยในการติดเชื้อโรค เด็กนักเรียนสามารถตรวจฟันด้วยตัวเองได้ถูกต้องและรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพช่องปากของตนเอง ได้เรียนรู้ลักษณะของฟันผุ,เหงือกอักเสบ,แผ่นคราบจุลินทรีย์, เด็กนักเรียนมีความสุขกับการได้ดูสุขภาพช่องปากของตนเอง ลดความกลัวในการตรวจสุขภาพช่องปาก การให้เด็กตรวจฟันด้วยตนเองทำให้ประหยัดการใช้วัสดุเช่นถุงมือได้เป็นอย่างดี ผู้ตรวจไม่ต้องไปสัมผัสเด็กเมื่อเปรียบเทียบกับ การตรวจสุขภาพช่องปากแบบเดิม นวัตกรรมกระจกใสฟันสวยเป็นแบบพกพาพร้อมก็มีสื่อภาพพลิกประกอบการสอนให้ทันตสุขศึกษา



ผู้รายงาน นางมารีญา อุดม
ตำแหน่งตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
อีเมลล์ : u_mareeya@hotmail.com
โทร. 098-1953982
วันที่รายงาน 1 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการบริการฯ
2. ประเด็น/หัวข้อ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
3. ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก นางพชรภัทร นรเดชาพันธ์
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน และคณะกรรมการติดตามประเมินผลฯ
 - 4.2.2 คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง
 - 4.2.3 คณะกรรมการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ยังขาดการบูรณาการงานร่วมกันระหว่างทีมงานที่เกี่ยวข้องในการจัดวางระบบควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงทำให้การนำข้อมูลรายงานไปใช้ประโยชน์ได้ยาก

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
-ส่งเสริมให้บุคลากรเห็น ความสำคัญของการควบคุม ภายใน โดยมีการจัดวาง ระบบการควบคุมภายใน อย่างเพียงพอ เหมาะสมใน หน่วยงาน รวมถึงการ นำไปใช้ประโยชน์ในการ ปฏิบัติงาน และการควบคุม ความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิด ความเสียหาย				
<u>1. การตรวจสอบภายใน</u>	1.1 มีการทบทวนและ จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการประเมิน ระบบควบคุมภายใน 5 มิติประจำปีงบประมาณ 2563 1.2 มีการนำคู่มือ แนวทาง/การตรวจสอบงบ การเงินและการควบคุม ภายใน (EIA) มาชี้แจง ทบทวนแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง	1.1 ผู้รับผิดชอบการ ประเมินแต่ละมิติ ดำเนินการประเมิน ระบบควบคุมภายใน 5 มิติด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์ (Electronics internal Audit : EIA) 1.2 มีการจัดทำบ การเงินและผ่านการ ตรวจประเมินตามเกณฑ์	1.1 ผู้รับผิดชอบการ ประเมินฯรับทราบผล การประเมิน และนำ ผลการประเมินที่ไม่ ผ่านมาปรับปรุงแก้ไข 1.2 ผู้รับผิดชอบในแต่ละ มิติที่มีผลคะแนนต่ำ กว่าร้อยละ 90 ต้อง จัดทำแผนพัฒนา องค์กร	1.1 รพ. ได้รับการ ประเมินตามเกณฑ์ทุก ขั้นตอน 1.2 ผู้รับผิดชอบมีการ แก้ไขข้อบกพร่องและ ข้อเสนอแนะครบทุก ข้อ

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		การประเมินโดยทีม ตรวจประเมินระดับ จังหวัดและกระทรวง ตามลำดับ		
ผลการดำเนินงาน	ดำเนินการแล้ว	ดำเนินการแล้ว	ดำเนินการแล้ว	อยู่ในระหว่าง ดำเนินการ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ -โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเด่นชัยผ่านเกณฑ์ การประเมินการตรวจสอบ ภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	
<u>2.การควบคุมภายใน</u>	2.1 มีการทบทวนการ จัดทำคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการ จัดวางระบบการควบคุม ภายใน และ คณะกรรมการติดตาม ประเมินผล , คณะกรรมการบริหาร ความเสี่ยง 2.2 จัดประชุมชี้แจง หลักเกณฑ์แนวทางการ จัดทำ Flow chart กระบวนการทำงาน การ จัดทำรายงานตามแบบ ปค.4 และ ปค.5 ของ หน่วยงานย่อยให้แก่ คณะกรรมการจัดวาง ระบบการควบคุมภายใน/ ตัวแทนหน่วยงาน เพื่อลง สู่การปฏิบัติในหน่วยงาน ย่อย	2.1 ทุกส่วนงานย่อย ประเมินองค์ประกอบ ของการควบคุมภายใน ให้ครบทั้ง 5 องค์ประกอบ 2.2 ทุกส่วนงานย่อย สรุปผลการประเมิน องค์ประกอบให้ครบทั้ง 5 องค์ประกอบเพื่อ นำมาจัดทำการประเมิน องค์ประกอบ ของการ ควบคุมภายใน (แบบ ปค.4 ส่วนงานย่อย) 2.3 คณะกรรมการจัด วางระบบควบคุมภายใน จัดทำและประเมินผล แบบสอบถามการ ควบคุมภายในของ หน่วยงานย่อยตาม กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ และมาตรฐาน ที่กำหนด	2.1 ทุกส่วนงานย่อย นำความเสี่ยงที่มีความ จำเป็นต้องได้รับการ ปรับปรุงแก้ไขจาก Flow chart, แบบ ปค.4, แบบสอบถาม การควบคุมภายใน รวมทั้งสรุปความเสี่ยง ที่มีอยู่ซึ่งมีผลกระทบ ต่อการบรรลุ วัตถุประสงค์ของ รพ. 2.2 มีการนำความ เสี่ยงที่มีอยู่ในระดับสูง และสูงมากเข้าสู่ รายงานการ ประเมินผลการ ควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย) 2.3 สรุปรายงานการ ประเมินผลการ ควบคุมภายใน (แบบ ปค.5 ส่วนงานย่อย)	2.1 หัวหน้าหน่วยงาน ย่อยทุกหน่วยงาน พิจารณาความถูกต้อง เหมาะสมของรายงาน แบบ ปค.4 และ ปค.5 ของหน่วยงานใน ภาพรวมให้ครบถ้วน ถูกต้อง 2.3 คณะกรรมการ ติดตามประเมินผล จัดส่งรายงานผลการ ควบคุมภายในตาม แบบ ปค.4 และ ปค.5 ส่วนงานย่อยใน ภาพรวมของ รพ.ส่ง ต่อ สสจ.แพร่
ผลการดำเนินงาน	ดำเนินการแล้ว	ดำเนินการแล้ว	ดำเนินการแล้ว	อยู่ในระหว่าง ดำเนินการ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ -โรงพยาบาลสมเด็จพระ ยุพราชเด่นชัยผ่านเกณฑ์ การประเมินการตรวจสอบ ภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.เด่นชัย		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ/ระดับ
ระดับความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง			5

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

-

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

- การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยงของบุคลากร

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ขาดการบูรณาการงานร่วมกันของทีมที่เกี่ยวข้อง	คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายในและคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงควรมีนโยบาย/แนวทางในการดำเนินงานที่เชื่อมโยง สอดคล้อง สัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อง่ายต่อการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน และการควบคุมความเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดความเสียหาย

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางพรภักดิ์ นรเดชาพันธ์
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
โทร. 081-883-5186
E-mail patty_nor1234@hotmail.com
วันที่รายงาน 13 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการบริการ
2. ประเด็น/หัวข้อ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
3. ตัวชี้วัด หน่วยงานฯ ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก นางพชรภัทร นรเดชานันท์
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 คณะทำงาน ITA รพร.เด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เนื่องจากปีที่ผ่านมาทาง รพร.เด่นชัยขาดผู้ประสานงานหลัก ที่เคยเป็นพี่เลี้ยงในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจ ชี้แจงแก้ไขข้อขัดข้อง และกำกับ ติดตามการดำเนินงานในการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) แก่คณะทำงาน ITA และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายตามเวลาที่กำหนด และในปีงบประมาณ 2563 ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาการการตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) และแนบเอกสารหลักฐานประกอบเพื่อการตรวจประเมินให้คะแนนทางระบบ MITA ทำให้การเข้าระบบเกิดปัญหา เนื่องจากมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนไม่เป็นแนวทางเดียวกัน แต่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกันทั้งจังหวัด โดย PM ของจังหวัดเป็นเจ้าภาพ ทำให้การดำเนินงานราบรื่น สำเร็จไปด้วยดี

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ส่งเสริม/สนับสนุน/สร้าง ความตระหนักแก่บุคลากร ทุกระดับให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ในการ ดำเนินการประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของ หน่วยงานภาครัฐ (ITA)	-ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน และจัดทำ แผนการดำเนินงาน -ประชุมชี้แจงถ่ายทอด นโยบาย/แนวทางในการ ดำเนินงาน ปี 2563 แก่ คณะกรรมการบริหาร, คณะทำงาน ITA และบุคล กรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การ ดำเนินงานถูกต้อง ทันเวลา และสามารถ เผยแพร่แนวทางการ ดำเนินงานITA แก่ บุคลากรใน รพ.ให้ทราบ โดยทั่วกัน -ทบทวนองค์ความรู้เดิม/	-จัดอบรมให้ความรู้ เกี่ยวกับวินัย, ผลประโยชน์ทับซ้อน แก่บุคลากรใน รพ. -ประชุมทบทวนองค์ ความรู้/ปัญหา/แนว ทางแก้ไขในการนำ ไฟล์/Linkข้อมูล เอกสารหลักฐานจาก หน้าเว็บไซต์เข้าระบบ MITA แก่คณะทำงาน ITA โดย PM ของ จังหวัด -สรุปรายงานผลการ ดำเนินงานรอบ 6 เดือน (ตัดยอด 29	-ประชุมทบทวน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน การนำเอกสาร หลักฐานเข้าระบบ MITA -ประกาศเผยแพร่ ข่าวสารเกี่ยวกับITA บนเว็บไซต์ รพ.,e- office ,ไลน์ และ บอร์ดประชาสัมพันธ์ -สนับสนุนการจัด กิจกรรมของชมรม จริยธรรม รพร.เด่นชัย และชมรม “STRONG เด่นชัย ฮอมใจ ฮอม ฮัก”	-ประชุมถอดบทเรียน โดย PM ของจังหวัด และคณะผู้ตรวจ ประเมินฯเป็นผู้จัด -สรุปรายงานผลการ ดำเนินงานรอบ 12 เดือน (ตัดยอด 31 สค.63) ให้ผู้บริหาร รับทราบ -ประกาศเผยแพร่ ข่าวสารเกี่ยวกับITA บนเว็บไซต์ รพ.,e- office ,ไลน์ และ บอร์ดประชาสัมพันธ์ -สนับสนุนการจัด กิจกรรมของชมรม

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
	ปัญหา/แนวทางแก้ไขและติดตั้งองค์ความรู้เกี่ยวกับการนำเอกสารเข้าระบบ MITA ให้แก่คณะทำงาน ITA โดย PM ของจังหวัด -จัดกิจกรรมการประกาศเจตนารมณ์การต่อต้านการทุจริตของผู้บริหารและบุคลากร -ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับITA บนเว็บไซต์ รพ.,e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ -ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมจริยธรรม รพ.เด่นชัย และชมรม “STRONG เด่นชัย ฮอมใจ ฮอมอีก” -กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	กย.63) ให้ผู้บริหารรับทราบ -ประกาศเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับITA บนเว็บไซต์ รพ.,e-office ,ไลน์ และบอร์ดประชาสัมพันธ์ -ส่งเสริม/สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมจริยธรรม รพ.เด่นชัย และชมรม “STRONG เด่นชัย ฮอมใจ ฮอมอีก” -กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	-กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด	จริยธรรม รพ.เด่นชัย และชมรม “STRONG เด่นชัย ฮอมใจ ฮอมอีก” -กระตุ้น เร่งรัด กำกับ ติดตามการดำเนินงานให้ทันตามเวลาที่กำหนด -ประเมินผลการดำเนินงาน
ผลการดำเนินงาน	ดำเนินการแล้ว ระดับ 5	ดำเนินการแล้ว ร้อยละ 100	ดำเนินการแล้ว ร้อยละ 100	กำลังดำเนินการ
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 3	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ80	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ85	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ90

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.เด่นชัย		
	เป้าหมาย	ผลงาน(คะแนน)	ร้อยละ
หน่วยงานฯ ผ่านการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA)	85	100	100

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 ผู้บริหาร คณะทำงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกคนให้ความสำคัญในการดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ในโรงพยาบาล

7.2 คณะทำงานมีความพยายามที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหา มีความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และร่วมด้วยช่วยกันผลักดันให้การดำเนินงานของทุก EBIT สำเร็จลุล่วงไปด้วยกัน

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ระบบ IT ใน รพ. ล่ม หลังไตรมาส 1	ปรับปรุง/พัฒนาระบบ IT ให้เสถียร และมอบหมายให้มี ผู้ดูแลระบบอย่างต่อเนื่อง

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

- การดำเนินงาน ITA สามารถบูรณาการร่วมกันกับการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) -

12. รูปภาพกิจกรรมฯ

สรุปภาพรวมของ คปสอ. ไตรมาสที่ 3 เกณฑ์ผ่านการประเมินที่ร้อยละ 85

ลำดับ ที่	ส่วนราชการ	ผลคะแนน การประเมิน	ผลรวมคะแนน ภาพรวม	ผลคะแนนเฉลี่ย
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่	100.00	100.00	100.00
1	โรงพยาบาลแพร่	100.00	200.00	100.00
2	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่	100.00		
3	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย	100.00	196.15	98.01
4	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย	96.15		
5	โรงพยาบาลร้องกวาง	100.00	142.31	71.16
6	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร้องกวาง	42.31		
7	โรงพยาบาลลอง	100.00	196.15	98.01
8	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลอง	96.15		
9	โรงพยาบาลวังชิ้น	100.00	188.46	94.23
10	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังชิ้น	88.46		
11	โรงพยาบาลสอง	100.00	196.15	98.01
12	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสอง	96.15		
13	โรงพยาบาลสูงเม่น	100.00	196.15	98.01
14	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสสูงเม่น	96.15		
15	โรงพยาบาลหนองม่วงไข่	100.00	196.01	98.01
16	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองม่วงไข่	96.15		

ผู้รายงาน นางพรภักดิ์ นรเดชาพันธ์
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
โทร. 081-883-5186
E-mail patty_nor1234@hotmail.com
วันที่รายงาน 13 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

- 1.ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการบริการฯ
- 2.ประเด็นหัวข้อ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
- 3.ตัวชี้วัด การวิเคราะห์สถานการณ์เงินการคลัง (Risk Score)
- 4.หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 ผู้รับผิดชอบหลัก นางพชรภัทร นรเดชนันท์ และ นางวิจิตร ขรวงศ์

4.2 ผู้รับผิดชอบร่วม หัวหน้างานทุกหน่วยงานในสังกัดฯ

5. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงาน

มาตรการที่ 1 : การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation)

1.1 การประเมินความพอเพียงที่จะสามารถจัดบริการได้ของทุกกองทุน* (*ทุกกองทุน หมายถึง 5 กองทุนหลัก ประกอบด้วย

1. หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าUC
2. กองทุนประกันสังคม
3. กองทุนข้าราชการ
4. กองทุนแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว
5. กองทุนบุคคลที่มีปัญหาสถานะและสิทธิ

KPI -1.1 หน่วยบริการที่มีข้อมูลรายได้ ต้นทุนและผลการดำเนินงานของทุกกองทุน

ตารางสรุปสถานการณ์การเงินการคลัง ปีงบประมาณ 2563 ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563

1. งบแสดงฐานะทางการเงิน

หน่วย : บาท

รายการ	ไตรมาส 1/2563	ไตรมาส 2/2563	ไตรมาส 3/2563	ก.ค.63
สินทรัพย์				
สินทรัพย์หมุนเวียน				
-เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด	11,863,109.96	15,480,031.17	15,330,271.92	13,577,183.12
-ลูกหนี้และรายได้ค้างรับ	7,958,683.90	8,746,847.44	4,457,465.93	5,188,391.29
-ยาและเวชภัณฑ์คงเหลือ	4,018,794.91	3,879,298.45	3,681,165.99	6,135,303.32
-วัสดุคงเหลือ	59,665.00	52,570.00	120,690.50	48,950.75
สินทรัพย์ไม่หมุนเวียน	73,878,858.80	71,600,061.35	69,879,530.34	70,625,787.27
รวมสินทรัพย์	97,779,112.57	99,758,808.41	93,469,124.68	95,575,615.75

รายการ	ไตรมาส 1/2563	ไตรมาส 2/2563	ไตรมาส 3/2563	ก.ค.63
หนี้สินและทุน				
หนี้สินหมุนเวียน				
-เจ้าหนี้	4,040,725.69	3,149,962.01	3,484,521.17	4,966,744.76
-ค่าใช้จ่ายค้างจ่ายและเงินรับฝาก	3,237,465.44	4,570,219.62	1,984,849.44	2,816,191.57
หนี้สินไม่หมุนเวียน	1,106,226.14	1,045,243.58	1,051,710.95	1,262,782.62
ทุน	89,394,695.30	90,993,383.20	86,948,043.12	86,529,896.80
รวมหนี้สินและทุน	97,779,112.57	99,758,808.41	93,469,124.68	95,576,615.75

2. จบแสดงผลการดำเนินงาน

หน่วย : บาท

รายการ	ไตรมาส 1/2563	ไตรมาส 2/2563	ไตรมาส 3/2563	ก.ค.63
รายได้	32,898,034.22	67,841,965.49	97,406,303.28	109,266,973.11
ค่าใช้จ่าย	31,409,746.61	64,612,377.22	97,996,254.29	110,275,070.44
รายได้สูง/(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ	1,488,287.61	3,229,588.27	-589,951.01	-1,008,097.33

1.2 การจัดทำแผนทางการเงินที่มีคุณภาพ

KPI -1.2 หน่วยบริการมีแผนทางการเงิน (Planfin) ที่มีความครบถ้วน ถูกต้องสมบูรณ์

เป้าหมาย : แผนเกินดุล

ผลลัพธ์ : โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จัดทำแผนเกินดุล

1.3. การบริหารรายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ

KPI -1.3 รายได้และค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการไม่เป็นไปตาม

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5

รายงานการควบคุมรายได้ – ค่าใช้จ่าย (Planfin) ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 (ข้อมูล 10 เดือน)

ด้านรายได้

พบว่า รายได้บางรายการไม่เป็นไปตามแผนประมาณการ รายได้ที่ต่ำกว่าแผนประมาณการ 5% ได้แก่

P61 รายได้ค่ารักษา อพท.	ต่ำกว่าแผน	-7.89%
P07 รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง	ต่ำกว่าแผน	-6.38%
P09 รายได้แรงงานต่างด้าว	ต่ำกว่าแผน	-15.74%
P10 รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	ต่ำกว่าแผน	-11.01%

จะเห็นได้ว่า รายได้ค่ารักษาที่ต่ำกว่าแผนประมาณการ เนื่องจากผู้มารับบริการน้อยลง

ด้านค่าใช้จ่าย

พบว่า ค่าใช้จ่ายบางรายการไม่เป็นไปตามแผนประมาณการ ค่าใช้จ่ายที่สูงเกินแผนประมาณการ 5% ได้แก่

P15 ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	สูงเกินแผน	19.33%
P16 ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	สูงเกินแผน	15.39%
P21 ค่าใช้สอย	สูงเกินแผน	11.07%
P22 ค่าสาธารณูปโภค	สูงเกินแผน	9.80%
P23 วัสดุทั่วไป	สูงเกินแผน	10.01%

-ต้นทุนเวชภัณฑ์มีค่าใช้จ่ายและวัสดุการแพทย์ สูงกว่าแผนประมาณการ 19.33% เนื่องจากได้รับจัดสรรงบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ.2563 จาก กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวนเงิน 240,000.-บาทและงบประมาณการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้เสพ ผู้ติดยาเสพติด ปี 2563 งวดที่ 1-3 จำนวนเงิน 215,400.-บาท ซึ่งไม่ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไว้

-ค่าใช้จ่าย สูงกว่าแผนประมาณการ 11.07% เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการซ่อมแซม / ค่าจ้างเหมา จาก โครงการส่งเสริมและพัฒนากิจการแพทย์แผนไทยจากกัญชาทางการแพทย์แผนไทย งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2563 (งบเบิกแทนกัน) จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จำนวนเงิน 2,250,000.-บาท ซึ่งไม่ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไว้

-วัสดุทั่วไป สูงกว่าแผนประมาณการ 10.01% เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายจากโครงการส่งเสริมและพัฒนากิจการแพทย์แผนไทยจากกัญชาทางการแพทย์แผนไทย งบประมาณรายจ่ายประจำปี พ.ศ. 2563 (งบเบิกแทนกัน) จากกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งไม่ได้ประมาณการค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ไว้

มาตรการที่ 2 : พัฒนาระบบบัญชี (Accounting Management)

2.1 เกณฑ์การประเมินตามนโยบายบัญชี หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

KPI -2.1 ร้อยละของการส่งข้อมูลงบทดลองผ่านเกณฑ์มาตรฐานของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80

ผลลัพธ์ : คะแนนการส่งงบทดลอง ปีงบประมาณ 2563 เดือน ต.ค. 2562 – ก.ค. 2563 ได้ร้อยละ 100

2.2 พัฒนาการหน่วยบริการมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถูกต้องตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร

KPI -2.2 ร้อยละของหน่วยบริการมีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถูกต้องตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร

ค่าเป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ผลลัพธ์ : มีบัญชีเงินสด เงินฝากธนาคารในระบบ GFMS ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ถูกต้องตรงกับรายงานเงินคงเหลือประจำวันและงบกระทบยอดเงินฝากธนาคาร

มาตรการ 3: พัฒนาศักยภาพบริหารด้านการเงินการคลังแก่เครือข่ายและบุคลากร (Network & Capacity Building)

3.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลังแก่ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

KPI -3.1 ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ 80

ผลลัพธ์ : ผู้ปฏิบัติงานด้านบัญชีได้รับการพัฒนาศักยภาพ โดยการอบรมผ่านระบบ แอปพลิเคชัน เมื่อวันที่ 23 – 24 สิงหาคม 2563 ในหัวข้อ อบรมโครงการอบรมการวิเคราะห์ข้อผิดพลาดแนวทางการแก้ปัญหา เพื่อพัฒนาคุณภาพของการจัดทำบัญชีเกณฑ์คงค้างหน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2563

มาตรการที่ 4: สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management)

4.1กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพบริหารจัดการ

KPI -4.1 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ 7

ค่าเป้าหมาย : วิกฤตการเงินของหน่วยบริการ ระดับ 7 ไม่เกินระดับ 4

ผลลัพธ์ : จากข้อมูลการรายงานการเงินการคลังของหน่วยบริการ ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 ตามดัชนีเฝ้าระวังของกระทรวงสาธารณสุข 7 ระดับ (Risk Score 7 ระดับ) โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย อยู่ระดับ 1 ซึ่งที่ไม่ผ่านเกณฑ์คือ รายได้ (สูงต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายรวมค่าเสื่อมราคา (NI+Depreciation) ติดลบ จำนวนเงิน - 1,088,097.33 บาท ผลประกอบการขาดทุน

ตารางวิเคราะห์วิกฤตทางการเงินระดับ 7 (RiskScoring)

ไตรมาส	CR	QR	Cash	NWC	NI+Depreciation	Risk Scoring	เงินบำรุงคงเหลือ (หักหนี้แล้ว)
1/2563	3.23	2.66	1.56	16,061,968.74	1,488,287.61	0	4,000,406.85
2/2563	3.61	3.09	1.93	19,698,548.99	3,229,588.27	0	6,911,432.10
3/2563	3.75	3.06	2.24	15,054,413.30	-589,951.01	1	6,792,901.53
ก.ค.63	3.04	2.25	1.58	15,860,771.77	-1,088,097.33	1	4,449,126.41

มาตรการ 5: ติดตาม กำกับ เครื่องมือประสิทธิภาพทางการเงิน (Monitoring Management)

5.1 การควบคุมกำกับ โดยเปรียบเทียบแผนทางการเงินกับผลการดำเนินงาน

KPI -5.1 ร้อยละของหน่วยบริการ มีผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5

คำเป้าหมาย : ผลต่างของแผนและผล ไม่เกินร้อยละ 5

รายงานควบคุมรายได้และค่าใช้จ่าย ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563

รายการ	ประมาณการ	ค่าที่เป็นจริง	ส่วนต่าง	ร้อยละ จากแผน
ด้านรายได้				
รายได้ UC	30,875,000.00	33,696,648.09	2,821,648.09	9.14
รายได้จาก EMS	83,333.33	99,000.00	15,666.67	18.8
รายได้ค่ารักษาเบิกต้นสังกัด	208,333.33	284,179.00	75,845.67	36.41
รายได้ค่ารักษา อปท.	750,000.00	690,861.23	-59,138.77	-7.89
รายได้ค่ารักษาเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง	6,833,333.33	6,397,220.63	-436,112.70	-6.38
รายได้ประกันสังคม	1,016,666.67	1,177,247.32	160,580.65	15.79
รายการ	ประมาณการ	ค่าที่เป็นจริง	ส่วนต่าง	ร้อยละ จากแผน
รายได้แรงงานต่างด้าว	39,583.33	33,351.07	-6,232.26	-15.74
รายได้ค่ารักษาและบริการอื่น ๆ	3,315,000.00	2,950,161.22	-364,838.78	-11.01
รายได้งบประมาณส่วนบุคลากร	47,245,833.33	47,202,011.64	-43,821.69	-0.09
รายได้อื่น	13,160,000.00	13,788,862.44	628,862.44	4.78
รายได้งบลงทุน	2,455,833.33	2,947,430.47	491,597.14	20.02

รวมรายได้	105,982,916.67	109,266,973.11	3,284,056.44	3.1
ด้านค่าใช้จ่าย				
ต้นทุนยา	8,000,000.00	8,297,283.67	297,283.67	3.72
ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุ การแพทย์	1,583,333.33	1,889,426.91	306,093.58	19.33
ต้นทุนวัสดุทันตกรรม	250,000.00	170,834.46	-79,165.54	-31.67
ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	1,083,333.33	1,250,089.81	166,756.48	15.39
เงินเดือนและค่าจ้างประจำ	47,250,000.00	47,215,288.56	-34,711.44	-0.07
ค่าจ้างชั่วคราว	8,996,666.67	8,794,784.00	-201,882.67	-2.24
ค่าตอบแทน	12,115,000.00	12,525,311.50	410,311.50	3.39
ค่าใช้จ่ายบุคลากรอื่น	2,607,916.67	2,599,299.42	-8,617.25	-0.33
ค่าใช้สอย	2,807,833.33	3,118,593.37	310,760.04	11.07
ค่าสาธารณูปโภค	2,125,833.33	2,334,103.64	208,270.31	9.8
วัสดุทั่วไป	1,666,666.67	1,833,561.67	166,895.00	10.01
ค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย	7,853,083.33	8,092,323.06	239,239.73	3.05
หนี้สูญและสงสัยจะสูญ	4,166.67	1,582.70	-2,583.97	-62.02
ค่าใช้จ่ายอื่น	15,024,091.67	12,152,587.67	-2,871,504.00	-19.11
รวมค่าใช้จ่าย	111,367,925.00	110,275,070.44	-1,092,854.56	-0.98

5.2 การควบคุมกำกับ โดยเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 plus efficiency)

KPI -5.2 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ≥ 5 ตัว (ระดับ Grade B, A-, A) จากเกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (7 Plus Efficiency)

ค่าเป้าหมาย : > ร้อยละ 65

ผลลัพธ์ : ผ่าน 2 ข้อ

1. ระยะเวลาเฉลี่ยในการชำระหนี้การค้ำกลุ่มบริการ(ค่ายา เวชภัณฑ์มีใช้ยาฯ) Average payment Period) การค้ำกลุ่มบริการ
2. ระยะเวลาเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ UC (Average Collection Period)

ตารางการประเมินประสิทธิภาพทางการเงิน 7 Plus ประจำเดือน กรกฎาคม 2563

หน่วย บริการ	Operating Margin %		Return on Asset %		Average Payment Period (ยาและ เวชภัณฑ์มีใช้ยา)	Average Collection Period-สิทธิ UC	Average Collection Period- CSMBS	Average Collection Period-SSS	Inventory Management	GradePlus	ผลการประเมิน
	ก.ค.-63	ค่า กลาง	ก.ค.-63	ค่า กลาง	ถ้า cash น้อยกว่า 0.8 และ Payment > 180 ถ้า cash มากกว่า หรือเท่ากับ 0.8 และ Payment >90	≤ 60	≤ 60	≤ 90	≤ 60		
รพร.เด่นชัย	4.47	10.68	-1.05	7.88	59.09	21.82	95.49	105.81	77.03	C-	1C-
หมายเหตุ : ค่ากลาง ไตรมาส 3/2563											

5.3 การควบคุมกำกับ ด้วยเกณฑ์ประเมินต้นทุนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน (Unit cost)

KPI -5.3 ร้อยละของหน่วยบริการมีต้นทุนผู้ป่วยนอก และต้นทุนผู้ป่วยใน ไม่เกินค่ากลางของหน่วยบริการในกลุ่มระดับเดียวกัน

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินเกณฑ์ค่ากลาง

ตารางต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน (Unit Cost)

รายการ	เกณฑ์	ไตรมาส 1/2563	ไตรมาส 2/2563	ไตรมาส 3/2563	ก.ค.63
Unit Cost OPD	810.44	667.26	658.69	751.51	755.02
Unit Cost IPD	19,508.97	17,487.50	17,189.09	18,983.52	18,749.82

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 755.02 บาท เมื่อเทียบกับค่า Mean+1SD คือ 810.44 บาท โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกต่อ Visit อยู่ในเกณฑ์ของ รพ.กลุ่มเดียวกัน

ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563 18,749.82 บาท เมื่อเทียบกับค่า Mean+1SD คือ 19,508.97 บาท โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย มีต้นทุนค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในต่อ Adj/RW อยู่ในเกณฑ์ของ รพ.กลุ่มเดียวกัน

7. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

ข้อมูลเพิ่มเติมฯ คปสอ. ประจำปี 2563 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ข้อมูล ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563

1. Risk Score : ระดับ 1
2. เงินบำรุงคงเหลือ (หักงบลงทุน) : 4,449,126.41 บาท
3. ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือน : 4,400,000.00 บาท
4. เงินบำรุงคงเหลือเพียงพอต่อค่าใช้จ่ายประจำเดือน : 1.01 เดือน (ข้อ 2 / ข้อ 3)
5. มีการบริหารและกำกับแผนการเงินการคลัง (Planfin)

มีการนำเสนอแผนการเงินการคลัง Planfin ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร ทุกเดือน

6. การสนับสนุนงบประมาณค่าใช้จ่ายประจำ (Fixed Cost) ให้กับ รพ.สต. ในเครือข่าย

6.1 โอนเงิน Fixed Cost เป็นรายไตรมาส (ปัจจุบันโอนถึงไตรมาสที่ 4/2563 เรียบร้อยแล้ว)

6.3 โอนเงินค่าตอบแทนกำลังคนด้านสาธารณสุข ฉบับ 11 เป็นรายไตรมาส ไตรมาส ละ 252,000 บาท (ปัจจุบันโอนถึง ไตรมาสที่ 3 วันที่ 15 กรกฎาคม 2563)

ผู้รายงาน นางพชรภัทร นรเดชาพันธ์
ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
โทร. 054-613134 ต่อ 703
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

ประเด็นที่ 6 Area based
ปัญหาสำคัญของพื้นที่
(ระดับเขต 1, สสจ.แพร่ และ อ.เด่นชัย)

**แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563**

1. ประเด็นที่ 6 Area based ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (ระดับเขต 1 , สสจ.แพร่ และอ.เด่นชัย)
2. ประเด็น/หัวข้อ วัณโรค
3. ตัวชี้วัด
 1. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ (>ร้อยละ 85)
 2. ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรร่วม
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม คปสอ.เด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สรุปผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรควัณโรค อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กรกฎาคม 2563 มีผู้ป่วยวัณโรค ขึ้นทะเบียนรักษา ทั้งสิ้น 35 ราย จำแนกเป็นผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PAกระทรวง) จำนวน 20 ราย (รักษาหาย 4, ตาย 4, เปลี่ยนวินิจฉัย 1, โอนออกรักษารพ.แพร่ 2 , กำลังรักษา 9) กลับซ้ำ 3 ราย (รักษาหาย 1ม ตาย 2) รับโอน 7 ราย (รักษาหาย 4, ตาย 1, TO ไปรักษาต่อรพ.แพร่ 1 , รพ.บ้านบึง 1) วัณโรคนอกปอด 5 ราย (รักษาหาย 2 , กำลังรักษา 3) ปชก. 35,712 คน

153: แส่น	82.5%	ผลงาน	ร้อยละ	เปลี่ยน Dx	ประเมิน	ตาย	ร้อยละ	รักษา หาย+ ครบ	ร้อยละ	กำลัง รักษา	ร้อยละ
55	45(62.22%)	28	50.90	1	27	6	22.22	7	25.93	14	51.85

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคเข้าสู่กระบวนการรักษา ตามเอกสารแนบท้าย

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

-

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน cohort1/63 (1 ต.ค.62-31 ธ.ค.63)					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	-	-	-	2	2	100
2. อัตราความครอบคลุมของการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยวัณโรค (ร้อยละ 60)	-	-	-	2,026	1,984	97.93

การประเมินผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

การประเมิน	ผลงานคะแนนที่ได้	
	มี=1,2	ไม่มี=0
1. ระดับ รพสต.มีทีมงานการป้องกันควบคุมดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคในระดับ รพสต. โดยมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นผู้รับผิดชอบหลักและมีพยาบาล/จนท.สาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน (การเยี่ยมบ้าน การ DOT การช่วยเหลืออื่นๆ) และมีอาสาสมัครสาธารณสุขรับผิดชอบในการ DOT (ถ้ามีได้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน)	1	
2. ระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (DTC) ในการประสานงานการติดตามผลการดำเนินงานการวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอ (ถ้ามีได้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน)	1	
3. ระดับโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลรักษาผู้ป่วย วัณโรค ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่ตรวจชันสูตร ทิปคลินิก (โรงพยาบาลแพร่ ควรมี นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา โภชนากร ฯลฯ เพิ่มเติมจาก รพช.) (ถ้ามีได้ 1 คะแนน ถ้าไม่มีได้ 0 คะแนน)	1	
4. มีการรับผู้ป่วยวัณโรคกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต (ตามแนวทางเขต 1) ไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admit) อย่างน้อย 2 สัปดาห์ หรือในรายที่ผู้ป่วยไม่ยอม Admit ให้มีการเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกวัน อย่างน้อย 2 สัปดาห์ (ทุกรายได้ 2 คะแนน, มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 ได้ 1 คะแนน, ต่ำกว่าร้อยละ 70 ได้ 0 คะแนน)	2	
รวมคะแนน	5	

หมายเหตุ ในการประเมินจะประเมินจากเอกสาร หลักฐาน การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่มีอยู่ในสถานบริการ

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

-

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคใหม่เสมอพบเชื่อไม่เป็นไปตามเป้าหมายเนื่องจากมีอัตราการตายระหว่างการรักษา ในช่วง Intensive phase (ระยะเข้มข้น 1-3 แรกของการรักษา) ในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและรักษาช้า อีกทั้งมีภาวะโรคร่วม โดยพบว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียน มีโรคร่วมอื่นๆที่ไม่ใช่ HIV สำหรับโรคร่วมที่พบคือ CA, DM, CKD และ COPD	1. การซักประวัติโรคอื่นๆของผู้ป่วยก่อนการคัดกรอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคัดกรอง3) การพัฒนาแบบคัดกรองให้มีความแม่นยำ (วิจัย/บันทึกข้อสังเกต) 2. การเฝ้าระวังการเสียชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีโรคร่วมต่างๆเช่น เบาหวาน ความดัน และถุงลมโป่งพอง 3. การบูรณาการงานวัณโรคร่วมกับงานโรคเรื้อรัง และ LTC เช่นเดียวกับการบูรณาการงานเอดส์ และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันวัณโรค โดยเฉพาะหน่วยงานท้องถิ่น 4. การคัดกรองค้นหาผู้ป่วยวัณโรคตามกลุ่มเสี่ยงกลุ่มที่เข้าถึง

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
	บริการโรงพยาบาลได้ยากด้วย Mobile Xray และกลุ่มเสี่ยง ควรได้รับการ CXR ปีละ 1 ครั้ง กลุ่มที่มีผล ผิดปกติควรได้รับการ CXR ทุก 6 เดือน 6.การสนับสนุนน้ำยาสำหรับตรวจ Gene X-Perf ไม่เพียงพอ

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice/นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

12. รูปภาพกิจกรรม



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



เยี่ยมบ้านผู้ป่วย

Mobile X-Ray ปี 2563



สรุปผลการดำเนินงานคัดกรองวันโรคแยกตามกลุ่มเสี่ยง(รายอำเภอ) ของจังหวัดแพร่ ประจำปีงบประมาณ 2563																
ที่	กลุ่มเป้าหมาย / กลุ่มเสี่ยง	อำเภอเด่นชัย														
		เป้า	ผลงาน													ร้อยละ
			ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม	
	Active Case (กำหนดเสร็จไตรมาส 1)															
1	ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยปี 61-62	98	-	31	67	-	-	-	-			-			98	100
	ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยปี 63	36	-	-	5	2	-	10	-	3	4	-	12		36	100
2	ผู้ติดเชื้อ HIV	201	125	75	1	-	-	-	-			-			201	100
3	ผู้ต้องขัง	-	-	-	-	-	-	-	-			-			-	
4	แรงงานข้ามชาติ	40	6	34	-	-	-	-	-			-			40	100
5	ผู้ติดสุรา	14	5	6	3	-	-	-	-			-			14	100
6	บุคลากรสาธารณสุข	201	-	8	193	-	-	-	-			-			201	100
	รวม(Active Case)	590	136	154	269	2	-	10	-	3	4	-	12		590	100
	Passive Case (กำหนดเสร็จไตรมาส 2)															
7	ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม ได้แก่															
	-DM	743	34	117	321	129	142	-	-			-			743	100
	-COPD	128	26	46	33	-	23	-	-			-			128	100
	-CKD Stage 4-5	90	25	48	6	3	8	-	-			-			90	100
	-ผล.BMI<18.5	475	12	40	39	209	129	4	-			-			433	91
	รวม(Passive Case)	1,436	97	251	399	341	302	4	-			-			1,394	97
	รวมทั้งสิ้น	2,026	233	405	668	343	302	14	-	3	4	-	12		1,984	98

ผู้รายงาน นางศุภกานต์ สายวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.090-3171146
e-mail: supakan.saywong@gmail.com
วันที่รายงาน 8 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 6 Area based ปัญหาสำคัญของพื้นที่ระดับเขต 1 และ สสจ.แพร่
2. ประเด็น/หัวข้อ Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และ ปัญหาสภาพหมอกควัน PM 2.5
3. ตัวชี้วัด (หลัก)
 1. อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป)
 2. อัตราการกำเริบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคหืด
 3. รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 มีการดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัด (คุณภาพ)

1. อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
2. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาการกำเริบ ที่เข้าสู่ภาวะ Palliative care ได้รับการติดตามคุณภาพชีวิตจากศูนย์ COC
3. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ severe ได้รับยากลุ่ม ICS LABA
4. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการตรวจ Spirometer
5. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการตรวจภาพถ่ายรังสีปอด
6. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการวัคซีนไข้หวัดใหญ่
7. อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นวันโรค

4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบ น.ส. ประกายวรรณ ใจชอบ

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม

- | | |
|--|------------------------------------|
| 4.2.1 งานกายภาพบำบัด | ผู้รับผิดชอบ นางสรินญา คำมูล |
| 4.2.2 งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค | ผู้รับผิดชอบ น.ส. อังคณา วงศ์แสนสี |
| 4.2.3 ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ.เด่นชัย | ผู้รับผิดชอบ นายศรีบรรจง ปินใจ |
| 4.2.4 งานคลินิกวัณโรค | ผู้รับผิดชอบ นางศุภกานต์ สายวงศ์ |

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

จากการใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิก (Clinical Tracer) ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (สรพ.) ตามรอยโรคการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย ในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2559 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็น 314 , 283 และ 258 ราย ตามลำดับ เป็นกลุ่มโรคการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นโรคที่มีการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นอันดับ 2 มีอัตราการรับไว้รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน เป็น 15.3, 13.1 และ 12.8 ตามลำดับ อัตราการกำเริบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน เป็น 3.7, 2.9 และ 3.2 ตามลำดับ และพบผู้ป่วยอาการกำเริบจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เป็น 6, 5 และ 8 ราย ในปี 2557 ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้เพียงร้อยละ 1.6 นำไปสู่การกำหนดเป็นกลุ่มโรคสำคัญ 5 อันดับของรพ. ภายหลังมีการปรับใช้การบอกเล่าสภาวะเจ็บป่วย (Narrative Medicine) พูดคุยสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พบว่า การกำเริบเฉียบพลันทำให้เกิดข้อจำกัดการดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตลดลง ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายของครอบครัว มีค่าใช้จ่ายด้านยาเป็นอันดับที่ 5 ของโรงพยาบาล

จากการวิเคราะห์การบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วย สถานการณ์โรคของพื้นที่เชิงลึก พบว่า มีการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังซ้ำซ้อนกับโรคหอบหืดในผู้ป่วยรายเดียวกัน ข้อมูลพื้นฐานความชุกโรค อ.เด่นชัย จากการแบ่ง Mapping ตามความชุกของโรคจากมากไปน้อย พบว่า อันดับ 1 ตำบลเด่นชัย อันดับ 2 ตำบลแม่จั่ว และอันดับ 3 ตำบลห้วยไร่

พบปัจจัยทางภูมิศาสตร์ ของตำบลเด่นชัย ซึ่งเดิมมีบางหมู่บ้านเป็นชุมชนเผ่าขะ และที่ตำบลแม่จัวะ เดิมเป็นที่ตั้งโรงพยาบาลสุบ มีโรงงานเฟอร์นิเจอร์ไม่อยู่ตามบางพื้นที่ของหมู่บ้าน อีกทั้ง 2 ตำบล ตั้งอยู่ติดถนนเส้นทางหลวงที่มีการสัญจรทางถนนตลอดเวลา ทำให้มีปัญหาฝุ่นละออง และในช่วงปี 2561-2563 พบปัญหาหมอกควัน PM_{2.5} จังหวัดแพร่เป็น 122 143 และ 324 ตามลำดับ โดยที่ปี 2562 อ.เด่นชัยสูง เป็นอันดับ 3 ของจังหวัดแพร่ โดยวัดค่าได้ 118 มคก./ลบ.ม และต่อมาเดือนมกราคม ปี 2563 พบสถานการณ์หมอกควัน จังหวัดแพร่ อยู่ระดับโซนแดง ซึ่งถือเป็นอันตรายต่อระบบสุขภาพโดยที่ อ.เด่นชัย พบว่า ต.ไทรย้อย เป็นพื้นที่วัดค่าได้สูงถึง 303 มคก./ลบ.ม (ข้อมูลการเฝ้าระวังภัยสุขภาพพื้นที่ จากข้อมูลเครื่องวัดฝุ่นขนาดเล็ก Mini Dust Boy คปสอ.เด่นชัย: ทีมนำทางคลินิก รพร.เด่นชัย ปี 2563)

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

การดำเนินงานทีม COPD เริ่มแรกเป็นการดำเนินงานเฉพาะภายในระดับโรงพยาบาลเท่านั้น ในปี 2557 – 2558 ต่อมาปี 2559 ภายหลังมี Service Plan สาขา COPD ทีม COPD จึงได้มีการทบทวนปัญหาพื้นที่ร่วมกับคณะกรรมการ NCD ระดับอำเภอ นำไปสู่การจัดตั้งคณะกรรมการโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับอำเภอขึ้น มีนายอำเภอเป็นประธาน มีเครือข่ายกองสาธารณสุขเทศบาลเด่นชัยร่วมด้วย มีการกำหนดเป้าประสงค์ของอำเภอไว้ 3 มิติ ได้แก่ 1. เพื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังควบคุมอาการของโรคได้ ไม่เกิดอาการกำเริบ 2. เพื่อผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และ 3. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีเข้าสู่ภาวะ Palliative care ได้รับการวางแผนดูแลตนเองล่วงหน้าทันเวลา

โดยนำเป้าประสงค์ปรับเป็นแนวทางกำหนดและเกิดความก้าวหน้าพัฒนากระบวนการคุณภาพได้ดังนี้

1. ทบทวนตามรอยโรคผลการดูแลผู้ป่วย COPD ปี 2554-2556 จัดตั้งทีมดูแลเฉพาะโรค COPD แบบสหวิชาชีพ แต่งตั้งในรูปแบบคณะกรรมการระดับอำเภอ ปี 2557 และกำหนดประชุมทบทวนแนวทางทุก 1 ปี
2. ปี 2557 จัดบริการคลินิก COPD แยกจาก Asthma เป็นทุกวันศุกร์ที่ 2 , 3 และ 4 ของเดือน กำหนดพยาบาลเป็น Disease manager เกสัชกรดูแลการใช้ยาประจำที่คลินิก โดยมีแพทย์หมุนเวียนประจำคลินิก NCD เป็นแพทย์ที่ปรึกษา
3. ปี 2557 อายุรแพทย์จัดทำ CPG COPD with Exacerbation รพร.เด่นชัย เริ่มใช้ยากลุ่ม ICS LABA
4. ปี 2557 ร่วมกับงานสุขภาพจิตจัดทำแนวทางกำกับติดตามเลิกบุหรี่ และบูรณาการงานแพทย์แผนไทยใช้สมุนไพรหญ้าขี้ฉาง ดอกขี้เหล็ก และ การประคบปอดในกลุ่มผู้ป่วย Re-admit
5. ปี 2558 คืบหน้าปัญหาฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สนับสนุนปรับเพิ่มมีนิกายภาพบำบัดประจำที่คลินิก 1 คน
6. ปี 2558 พัฒนาการบริหารจัดการข้อมูลในรูปแบบ Excel เทียบฐานข้อมูล HCD
7. ปี 2558 เริ่มจัดบริการโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วย 6MWT ร่วมกับการบำบัดด้วยนวัตกรรมขวดน้ำฝนและยางยืด เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามประเมินผล เน้นเสริมพลังผู้ป่วย และญาติทราบข้อจำกัดร่างกาย เสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการออกกำลังกาย
8. ปี 2558 กำหนดตรวจสมรรถภาพปอดด้วย spirometer อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี จัดบริการค้นหาภาวะแทรกซ้อนประจำปีกลุ่มผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม DM HT ร่วมกับทีม TB จัดทำแนวทางคัดกรองวัณโรค พิจารณา CXR อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี และบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP งานควบคุมโรค
9. ปี 2558 ร่วมกับทีม IC จัดบริการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ที่คลินิก COPD
10. ปี 2559 จัดทำนวัตกรรมทวนสอบใช้ยาสุดท้าย Triple check โดยพยาบาล แพทย์ เกสัชกรทุก Visit
11. ปี 2559 สนับสนุนการจัดการความรู้ Disease manger อบรมหลักสูตร Mini case Manager COPD คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นักกายภาพบำบัด ผ่านอบรมตรวจสมรรถภาพปอดสมาคมอู่เวชแห่ง ประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
12. ปี 2559 ร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ (COC) ปรับแนวทางการเยี่ยมบ้านจากเดิมเฉพาะ

กลุ่มผู้ป่วย Re-admit ครอบครัวกลุ่ม re-visit ,ปัญหาด้านสุขภาพจิต, อาการกำเริบจนใส่ท่อช่วยหายใจ เน้นทวนสอบใช้ยาสูดพ่น ค้นหาสาเหตุกำเริบ

13. ปี 2559 เพิ่มช่วงเวลาแลกเปลี่ยนเรียนรู้สถานะเจ็บป่วยระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง และเพิ่มช่องทางการเยี่ยมติดตามอาการและปัญหาสุขภาพ นำไปสู่การประสานงานทันเวลาผ่าน Group Line Application “COPD Denchai” และ “COC Denchai”

14. ปี 2559 - 2560 วัด วิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงความชุกต่อโรคตาม Mapping จัดบริการคัดกรองที่ ต.เด่นชัย และพื้นที่มีปัญหาหมอกควัน ต.แม่จั่วะ ปี 2559 และ 2560 มีผู้ป่วยรายใหม่เข้าสู่กระบวนการรักษาทันเวลา กลุ่มเสี่ยงได้รับคำแนะนำ จัดทำแนวทางคัดกรอง COPD ระดับอำเภอ

15. ปี 2560 เพิ่มช่องทางการร่วมมือ เอื้อจัดบริการการคัดกรองโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกับหน่วยงานที่ร้องขอ ด้วยการออกให้บริการตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer ได้แก่ ศูนย์ควบคุมไฟฟ้าตอยผากรอง ต.แม่จั่วะ

16. ปี 2560 บันทึกข้อมูลโปรแกรม COPD Quality of care กรมการแพทย์ วัด วิเคราะห์กับฐาน HDC

17. ปี 2560 มีการกำหนดนโยบายให้ COPD เป็นกลุ่มโรคอันดับ 1 ของอำเภอที่ต้องได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยมีเป้าหมาย 100%

18. ปี 2561 ร่วมกับศูนย์ COC จัดทำเกณฑ์ผู้ป่วย Palliative care วางแผน Advance care กำกับดูแลคุณภาพชีวิต และจัดทำกรวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD ทุกจุดบริการทางคลินิก และ Warning sign sepsis

19. ปี 2562 ปรับเพิ่มกำกับติดตามคุณภาพด้านยา มูลค่าใช้จ่ายในแผนระดับอำเภอ และนำเสนออย่ากลุ่ม ICS LABA ชนิดต้นแบบ คู่ขนานกับยาชนิดเลียนแบบ และจัดทำ CPG COPD with exacerbation ไว้ที่รพ.สต.

20. ปี 2562 กำกับติดตามสถานการณ์ค่า PM 2.5 จาก Dust boy และเพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ความรู้ และเฝ้าระวังภัยสุขภาพในแหล่งชุมชน โรงเรียน หน่วยงานภาครัฐ โรงอบใบยาสูบ ปตท. และพื้นที่ รพ.สต.

21. ปี 2562 – 2563 ส่งเคราะห์ข้อมูลการดูแลรักษาในระดับอำเภอ ศึกษาและขยายผลงานวิจัยเชิงพัฒนาของรูปแบบการดูแลรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย เพื่อวางแผนเทียบเคียงประสิทธิภาพการรักษากับรพช. หรือเครือข่ายภายในเขตบริการสุขภาพ

22. ปี 2562 จัดซื้อเครื่องวัดสมรรถภาพปอด Spirometer เพิ่ม มีทั้งหมด 2 เครื่อง

23. ปี 2563 จากสถานการณ์ COVID19 งดให้บริการ Spirometer และร่วมกับทีม IC ปรับโซนพ่นยาขยายหลอดลมในผู้ป่วย COPD ที่งาน ER งานผู้ป่วยใน และแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย COPD Asthma กับ คลินิก ARI

24. ปี 2563 ร่วมกับ Service plan การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เข้าร่วมกับกรมการแพทย์แผนไทย ต่อการพัฒนาวิชาการทางการแพทย์ โดยร่วมเป็นทีมวิจัยประสิทธิผลและความปลอดภัยของตำรับยาอภัยสาลีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อผลต่อการรักษาและช่วยลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันในระดับเขต และประเทศต่อไป

25. ปี 2563 จากสถานการณ์ COVID 19 มีการปรับให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่ Lot แรก กับผู้ป่วย COPD Asthma อันดับแรกของอำเภอ และขยายให้บริการฉีดเพิ่มครบทุก 8 รพ.สต. จากเดิมให้บริการประจำที่คลินิก

โดยทั้งนี้มีการเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย Easy Asthma and COPD Clinic net work และจัดทำแผนศึกษาและพัฒนางานวิจัย นวัตกรรมการทำงาน ผลงานวิชาการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2558 – 2563

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การบริหารจัดการข้อมูล COPD และ Asthma	จัดแบ่งเป็น 3 กลุ่ม 1. ข้อมูล HDC 2. ข้อมูลคุณภาพรูปแบบ Excel 3. โปรแกรมกรรมการแพทย์ - ติดตามข้อมูล ER-visit และ Re-Admit	Update ฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน ทวนสอบประสานงานรพ.สต. ศูนย์ COC เครือข่ายจังหวัด - กำหนดสถานะข้อมูลติดตามและการจำหน่ายข้อมูล	ร่วมกับงานเวชฯ เพิ่มช่องทางทวนสอบกับฐานทะเบียนราษฎร์ขยายไปยัง อสม. - Hotline ทุกเดือน - จัดระเบียบสถานะข้อมูลเป็นปัจจุบัน	- ทวนสอบ ติดตามข้อมูลกรณีผู้ป่วยนอกเขต และกลุ่ม monitor ที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย - รายงานโปรแกรม COPD Quality of care กรรมการแพทย์
ผลการดำเนินงาน	มีการสำรองจัดเก็บ	เป็นปัจจุบัน	ทวนสอบได้	ใกล้เคียงฐาน HDC
2.การดูแลรักษาเชิงระบบครอบคลุม 4 มิติ	- จัดประชุม Update Goal การรักษาแบบ Lunch symposium กับบริษัทยาให้กับทีม - จัดทำ Action plan - สรรวจเตรียมพร้อมจัดบริการร่วมกับทีม - บริหารยากลุ่ม ICS LABA ร่วมกับทีมยา - กำกับติดตาม CPG COPD AE ที่รพ.สต.	จัดบริการดังนี้ 1. Lab โรคร่วม 2. CXR ปี 1 ครั้ง 3. ทำ Spirometer 4. ประเมิน CAT ACT Score 5. ประเมิน PPS 6. จัด 6MWT 7. Triple check 8. warning sign sepsis	- ร่วมกับทีม IC และรพ.สต.บริหารวัคซีนไข้หวัดใหญ่ - กำกับติดตามข้อมูลรักษาทั้ง HDC และฐานข้อมูลตัวชี้วัดหน้างานกับเครือข่าย - ประชุมทบทวน Care process - ติดตามสถานการณ์ปัญหาหมอกควัน	- เพิ่ม Line Official ติดตามผู้ป่วยกลุ่ม Severe control - ประสานข้อมูลตามหน่วยทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง - ประชุมเครือข่าย - สรุปผลร่วมกับทีม PCT และ - คำนวณข้อมูลทีม คปสอ. ผู้บริหาร
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนปฏิบัติงานและกำกับติดตาม	- ทีมสหวิชาชีพดำเนินการตามแผน	รายงานผลเครือข่ายชุมชน ผู้บริหาร	โอกาสพัฒนาและ Gap analysis
3.การกำกับติดตามคุณภาพชีวิต	ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์จัดทำเกณฑ์วินิจฉัย Palliative	บันทึกส่งติดตามในชุมชนผ่าน Thai COC และให้บริการเยี่ยมบ้านกับทีม - เพิ่มช่องทางดูแลเชื่อมโยงคลินิก Palliative	- ทบทวนเกณฑ์ ปีละ 1 ครั้งกับทีม PCT - เพิ่มช่องทาง KM เครือข่ายอำเภอ - ระบบประสานและปรึกษาแพทย์ Fam med , Chest med	- ระบบประสานและปรึกษาแพทย์ Fam med และ Chest - สรุปปัญหา และอุปสรรคร่วมกับทีม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	25%	50%	75%	100%
4.ตอบสนองนโยบาย COVID-19	-	- จด Spirometer - ปรับโซนพ่นยาที่ ER Ward - จัดจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดรายกลุ่ม - ปรับเพิ่มพ่นยา MDI แทน NB ตาม risk coma	- เพิ่มช่องทางญาติรับยาแทนในสูงอายุ - ร่วมกับ COC แบ่งระดับกลุ่ม Palliative - บริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่อันดับแรกของอำเภอ ปรับขยายฉีด 8 รพ.สต. ตามหลัก Physical distancing	- ประสานแนวทางตรวจสอบรพภาพปอดวิธีใหม่กับแพทย์ Chest med รพ.แพร่ - จัดหาตู้แรงดันลบเปิด Spirometer - ทบทวน คำนวณข้อมูลกับทีม คปสอ. และผู้บริหาร
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-	ปฏิบัติตามนโยบาย	โอกาสพัฒนามาตามแนวทางวิธีใหม่ New normal	รูปแบบวิธีใหม่

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน (ตัวชี้วัดหลัก ตาม Area base)		คปสอ.เด่นชัย		
		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
อัตราการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (อายุ 40 ปีขึ้นไป) (<130 ต่อ 100)	เป้าหมายผู้ป่วย	268	164	141
	ผลงาน	187	267	211
	ร้อยละ	143.3	162.3	149.6
อัตราการกำเริบเฉียบพลันภายใน 48 ชั่วโมง ผู้ป่วยโรคหืด (<10%)	เป้าหมายผู้ป่วย	285	243	231
	ผลงาน	29	18	20
	ร้อยละ	10.18	7.40	8.66
รพ.ตั้งแต่ระดับ F2 มีการดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน (จากข้อมูลโปรแกรม COPD Quality of care กรมการแพทย์)	เป้าหมาย	>60	>60	>60
	ผลงาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

ตัวชี้วัด/ผลงาน (ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพระบบจัดบริการ)		คปสอ.เด่นชัย		
		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉินภายใน 48 ชั่วโมง ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	เป้าหมาย	<5%	<5%	<5%
	จำนวน	205	195	191
	ผลงาน	6	5	4
	ร้อยละ	2.93	2.57	2.09
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอาการกำเริบ ที่เข้าสู่ภาวะ Palliative care ได้รับติดตามคุณภาพชีวิตจากศูนย์ COC	เป้าหมาย	100%	100%	100%
	จำนวน	15	13	9
	ผลงาน	10	13	9
	ร้อยละ	73.33	100	100
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังระดับ Severe ได้รับยากลุ่ม ICS LAB	เป้าหมาย	>80%	>80%	>80%
	จำนวน	205	194	191
	ผลงาน	168	156	148
	ร้อยละ	81.95	80.41	82.72
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตรวจ Spirometer	เป้าหมาย	>60%	>60%	>60%
	จำนวน	205	194	191
	ผลงาน	124	128	98
	ร้อยละ	60.49	65.98	51.31
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตรวจภาพถ่ายรังสีปอดเพื่อคัดกรองวัณโรค	เป้าหมาย	>80%	>80%	>80%
	จำนวน	205	194	191
	ผลงาน	139	156	159
	ร้อยละ	67.80	80.1	83.25
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่	เป้าหมาย	100%	100%	100%
	จำนวน	198	215	202
	ผลงาน	148	158	182
	ร้อยละ	74.75	76.28	90.09
อัตราผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นวัณโรค	เป้าหมาย	<3%	<3%	<3%
	จำนวน	205	194	191
	ผลงาน	3	2	0
	ร้อยละ	1.46	1.04	0

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

- 7.1 การสนับสนุนงบประมาณพัฒนาการบริหารจัดการความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพ ให้ทันสมัย เอื้อโอกาสต่อการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเวทีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด เขต ประเทศ ของบุคลากรทีมอย่างต่อเนื่อง
- 7.2 รูปแบบคณะกรรมการโรคปอดอุดกั้นระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของ อปท.
- 7.3 การตอบสนองแผนจัดหายา และเครื่องมือแพทย์ต่อการวัดประสิทธิภาพการรักษา เช่น เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้วในรพ.สต. เครื่องวัดสมรรถภาพปอดเครื่องใหม่ และการเพิ่มยา ICS LABA ชนิดต้นแบบในบัญชียา
- 7.4 การบูรณาการความก้าวหน้ากระบวนการคุณภาพในการจัดบริการสุขภาพครอบคลุม 4 มิติ โดยครอบคลุมระหว่างสาขา Service Plan NCD CKD RDU Palliative care และ TB
- 7.5 การจัดทำ Action Plan การกำกับติดตามคุณภาพชีวิตเชิงรุกกับศูนย์ COC คปสอ.เด่นชัย
- 7.6 การบูรณาการจัดการข้อมูล HDC Excel ข้อมูลคุณภาพหน่วยงาน เข้ากับโปรแกรม COPD กรมการแพทย์ ในการวัด วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลอำเภอ
- 7.7 การเน้นคุณค่าข้อมูลให้กับทีมระดับอำเภอ และเครือข่ายจังหวัด ตามวาระอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง
- 7.8 การปรับปรุงยุคที่ใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิกที่เป็นสากลของ สรพ. มาสร้างกระบวนการทำงาน
- 7.9 การเพิ่มช่องทางวัด วิเคราะห์สภาพปัญหาหมอกควัน และสังเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านภูมิศาสตร์ต่อการจัดการคัดกรองเชิงรุก

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

- 8.1 ด้วยข้อจำกัดการจัดสรรงบประมาณการส่งเสริม ป้องกันโรค ระดับ Service Plan ที่ต้องการจัดการบริหาร ร่วมกับ Service Plan สาขาอื่นๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถจัดทำโครงการ หรือ ศึกษาการเฝ้าระวังภัยสุขภาพในพื้นที่เสี่ยงปัญหาหมอกควัน PM 2.5 ระดับอำเภอเชิงประจักษ์
- 8.2 สถานการณ์โรค COVID -19 ตอบสนองต่อนโยบายป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และจัดบริการที่คำนึงถึงหลัก Social distancing ของ Service Plan เขต จึงจำเป็นต้องให้บริการ เป็นเวลานานถึง 5 เดือน ได้แก่ ตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Spirometer และการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการทดสอบการเดิน 6 นาที ที่ต้องจัดกิจกรรมรายกลุ่ม

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. จากสถานการณ์ COVID19 ต้องงดจัดบริการตรวจสมรรถภาพปอดชั่วคราว ทำให้การตรวจยืนยันการวินิจฉัยโรคไม่ครอบคลุมความเหมาะสม เพื่อวางแผนระบบดูแลรักษา	- ติดตามสถานการณ์การชะลอของการระบาด COVID19 - ประสานแพทย์สาขาอายุรกรรมโรคปอด รพ. แพทย์ และทีม IC กำหนดปรับใช้ตู้แรงดันลบ กลับมาเปิดให้บริการตรวจสมรรถภาพปอด เฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล เดือน ส.ค.63
2. ปี 2562 – 2563 พบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีโรคมาเรียมะเร็งปอดเพิ่มขึ้น	- ทบทวนร่วมกับทีมนำทางคลินิก และประสานปรึกษาเครือข่ายรพ.แพทย์ เพื่อจัดทำแนวทางการคัดกรอง และสืบค้นมะเร็งปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง - จัดเพิ่มช่องทางระบบประสาน ปรึกษาแพทย์อายุรกรรมโรคปอด รพ.แพทย์ และระบบนัดหมายล่วงหน้า
3. จากการวิเคราะห์ตัวชี้วัดปี 2563 อัตราการเกิดกำเริบเป็น 149.6 ครั้ง/100 พบมีจำนวน 52 ครั้งเป็น	- คำนวณกับเครือข่าย COPD จังหวัดพื้นที่เกี่ยวข้องและแพทย์อายุรกรรมโรคปอด รพ.แพทย์

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ผู้ป่วยนอกเขต อ.ลอง อ.วังชิ้น	- รายงานประธานทีม PCT คปสอ. ผู้บริหาร และสสจ.แพร่
4. พบปัญหาหมอกควัน PM 2.5 มีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงเดือนมกราคม 2563 ในรอบ 5 ปี โดยวัดค่าฝุ่นจาก Mini Dust boy ที่ ต. ไทรย้อย สูงถึง 303 มคก./ลบ.ม และติดอันดับโซนแดง พื้นที่อันตรายเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ	- กำกับติดตามค่าฝุ่น PM 2.5 ร่วมกับ คปสอ. ทุกเดือน ร่วมกับติดตามสถานการณ์ภายในจังหวัด - ทบทวนร่วมกับงานแผนงาน ทีม HA และ คปสอ. เติมนัยพิจารณาเชิงนโยบายต่อการสอบสวนโรค หรือศึกษาการเฝ้าระวังภัยสุขภาพ

10. ข้อเสนอแนะนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

พิจารณาและทบทวนนโยบาย แผนกลยุทธ์การส่งเสริม ป้องกันโรคในพื้นที่เสี่ยง โดยอาจศึกษาจากงานวิจัย “ประสิทธิผลการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ อ.เด่นชัย” ที่จัดทำในพื้นที่เสี่ยงตาม Mapping โรค ร่วมสังเคราะห์กับสภาพปัญหาภาวะสุขภาพจากหมอกควัน PM 2.5 พื้นที่เสี่ยงอำเภอเด่นชัย เช่น ตำบลไทรย้อย เพื่อโอกาสพัฒนาการเฝ้าระวังภัยสุขภาพของพื้นที่ และผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐาน District Health System Accreditation (DHSA) รวมถึงช่องทางระบบปรึกษาความร่วมมือด้านวิชาการ กับ รพ. แม่ข่าย

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ปี 2559

- งานวิจัย R2R “การตามรอยโรคทางคลินิกเพื่อลดการกำเริบของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง” รับรางวัลรองชนะเลิศ สาขาการส่งเสริมสุขภาพ เวที North R2R
- รางวัลเรื่องเล่าดีเด่นจากงานประจำสู่งานวิจัย และได้รับคัดเลือกนำเสนอแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เวที R2R
- Thailand ครั้งที่ 9 ตีพิมพ์หนังสือ R2R Thailand
- รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการนำเสนอรายการยุพราชพบประชาชน ทางช่อง Thai PBS ในเดือนกรกฎาคม 2559
- รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการเดิน 6MWT ได้รับการปรับเป็นต้นแบบเครือข่ายจังหวัด

ปี 2560

- รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย” ได้รับคัดเลือกจากรพ.แพร่ เป็น Best practice ปรับใช้เป็นต้นแบบให้กับ รพช. จังหวัดแพร่
- รูปแบบการจัดบริการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง นำเสนอประชุมเครือข่ายจังหวัด
- เป็นตัวแทน รพช. สัมมนาการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพ ที่รพ.น่าน จัดโดยกรมการแพทย์
- ร่วมกับทีมยา CQI ลดมูลค่ายา Salmeterol ผสม Fluticasone MDI เป็นเงิน 153,587 บาท

ปี 2561

- รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายใหม่ อ.เด่นชัย ได้รับคัดเลือกนำเสนอเป็นต้นแบบและแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายจังหวัด ในการประชุม KM ของ Service Plan สาขา NCD
- งานวิจัย R2R “ผล Healing and rehabilitation เพื่อเพิ่มสมรรถภาพปอดผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อ.เด่นชัย” ได้รับรางวัลชนะเลิศ เวที KM & Research to Service 4.0 สสจ. แพร่ และ ตีพิมพ์วารสารสาธารณสุขจังหวัดแพร่
- ผลงาน CQI “การปรับใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิกเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบครอบคลุม 4 มิติ” ได้รับคัดเลือกนำเสนอและรางวัลชมเชย จากเวที Easy Asthma and COPD Clinic network ครั้งที่ 13” จัดโดย Service plan COPD กับ กระทรวงสาธารณสุข

ปี 2562

- ร่วมกับ Service Plan สาขา NCD CKD และสาขา Palliative care ต่อยอดการพัฒนาแบบกำกับติดตามด้านยา และคุณภาพชีวิต จัดทำ “รูปแบบการกำกับติดตามคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อ.เด่นชัย” นำเสนองาน KM สสจ.แพร่ นโยบายแผนงาน สสจ.แพร่

ปี 2563

- ร่วมกับ Service plan สาขา RDU ศึกษาจัดทำงานวิจัยอำเภอ “ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย” ได้รับการตีพิมพ์วารสาร สาธารณสุขชุมชน

12. ภาพกิจกรรมฯ พร้อมคำบรรยายสั้น ๆ ในแต่ละภาพ



การให้บริการเยี่ยมบ้านด้านยา และ
ปรับสภาพแวดล้อมกับทีม coc

การจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
ด้วยเดินทดสอบการเดิน 6 นาที



การปรับบริการตรวจสอบสมรรถภาพ ด้วยตัว Negative
pressure ตอบสนองนโยบาย COVID19



การจัดบริการวัคซีนไขหวัดใหญ่

ผู้รายงาน นางสาว ประกายวรรณ ใจชอบ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรเบอร์ติดต่อ 081-9528167
E-mail: poompim_21@hotmail.com
วันที่รายงาน 10 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 6 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่ระดับเขต 1, สสจ.แพร่ และอำเภอเด่นชัย)
2. หัวข้อ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)
3. ตัวชี้วัด
 1. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ 52
 2. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ $\geq$ ร้อยละ 90
 3. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี $\geq$ ร้อยละ 50
 4. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ 30
 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ $\geq$ ร้อยละ 90
 6. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก : คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นางพัชรินทร์ โพชาตุ
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม : กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน คปสอ.เด่นชัย
 - 4.2.1 Service plan สาขาโรคไต ผู้รับผิดชอบ น.ส. จินตนา ใจสุบรรณ
 - 4.2.2 Service plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบ น.ส. ประกายธรรม ใจชอบ
 - 4.2.3 ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ.เด่นชัย ผู้รับผิดชอบ นายศรีบรรจง ปินใจ
 - 4.2.4 Service plan สาขา RDU ผู้รับผิดชอบ ภก. โกศิณ วารินทร์
 - 4.2.5 Service plan แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ผู้รับผิดชอบ น.ส. วิจิตรา ศรีไกรสร
 - 4.2.6 Service plan สาขาวิชาโรค ผู้รับผิดชอบ นางศุภกานต์ สายวงศ์
 - 4.2.7 Service plan สาขา Stroke MI ผู้รับผิดชอบ นางบุษบา อินทรารุช

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง สุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ระดับไขมันในเลือดสูง และความดันในเลือดสูง ซึ่งภาวะต่างๆ เหล่านี้ หากไม่ได้รับการสืบค้น คัดกรองเพื่อเข้าสู่การได้รับองค์ความรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมเชิงระบบ ตลอดจนเข้าสู่กระบวนการรักษาทันเวลา อาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง ได้แก่ โรคระบบหลอดเลือดหัวใจ และโรคระบบหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งทำให้กระทบค่าใช้จ่ายของครอบครัว และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล

สำหรับการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้มีการดำเนินงานทุกปี โดยในปีงบประมาณ 2563 อำเภอเด่นชัย มีการคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 97.84 แบ่งเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 89.74 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 9.34 และกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 0.45 ตามลำดับ คัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 97.12 แบ่งเป็นกลุ่มปกติ ร้อยละ 83.45 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 12.37 และกลุ่มสงสัยป่วย ร้อยละ 3.91 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า กลุ่มที่ตรวจพบค่า $BP \geq 180/110$ mmHg คิดเป็นร้อยละ 0.08 จะได้รับการให้ความรู้ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีการตรวจติดตามซ้ำในชุมชน โดยกลุ่มเสี่ยงป่วยทั้งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการประสานส่งต่อมาโรงพยาบาล เพื่อตรวจเพิ่มเติมยืนยันการวินิจฉัยโรค ในกรณีปรับพฤติกรรมแล้วไม่ได้ผล

ในปี 2561 – 2563 ผู้ป่วยเบาหวานเขตอำเภอเด่นชัย มีจำนวน 2,023 2,074 และ 2,211 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 5,180 5,381 และ 5,656 ราย ตามลำดับ โดยผู้ป่วยควบคุมได้ตามเกณฑ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนให้การรักษาที่ รพสต. ทั้งหมด 8 แห่ง มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวกำกับติดตามกระบวนการดูแล

รักษา 2 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 โซน รับผิดชอบโซนละ 4 รพ.สต. นอกจากนี้ในการดูแลผู้ป่วยที่รพ.สต. มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางเวชปฏิบัติครบทุกรพ.สต. สามารถวินิจฉัยผู้ป่วยโรคเรื้อรังรายใหม่ได้ร่วมด้วย และส่งขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาล ส่วนผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้ตามเกณฑ์และมีโรคร่วมหรือโรคแทรกซ้อน เช่น CKD stage 4 - 5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ ดูแลให้การรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือ โรงพยาบาลศูนย์

อำเภอเด่นชัยยังไม่มีนโยบายในการตรวจน้ำตาล HbA1C จึงได้มีการติดตามค่าน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ค่าระดับ Fasting Plasma Glucose (FPG) และค่า Fasting Capillary Glucose ให้อยู่ในเกณฑ์ 70-130 มก./ดล.

สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะมีการตรวจวัดความดันที่บ้านอาศัยวัดโดยใช้เครื่องผู้ป่วย หรือทางหน่วยบริการให้ยืมเครื่องวัด หรือให้ อสม.โกสบ้านวัด BP และจดบันทึกมาพบแพทย์ เพื่อพิจารณาปรับยาและวางแผนกำกับติดตามผู้ป่วย White coat HT

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. ตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพประชาชน	จัดทำแผนปฏิบัติงานร่วมกับคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ นำแผนปฏิบัติงานสู่พื้นที่ และดำเนินงานตามแผน	สำรวจภาวะสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ตรวจเลือด DTX วัด BP ในกลุ่มเสี่ยง และประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป	ติดตามภาวะสุขภาพต่อเนื่อง ตรวจคัดกรองเพิ่มเติมโดยอสม. และ Home BP ในกลุ่มสงสัยป่วยคู่ขนาน Health Literacy	สรุปผลการปฏิบัติงานตามแผน
ผลการดำเนินงาน	มีแผนการตรวจคัดกรองและดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันในประชาชน 35 ปีขึ้นไป	ตรวจคัดกรองเบาหวานได้ 97.84% ความดันได้ 97.12%	DM:กลุ่มปกติ 89.74% กลุ่มเสี่ยง 9.34% สงสัยป่วย 0.45% HT:กลุ่มปกติ 83.45% กลุ่มเสี่ยง 12.37% สงสัยป่วย 3.91% ป่วยHT 0.08%และกลุ่มสงสัยป่วยHT ได้รับทำ Home BP 95.09%	ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยให้เข้ากระบวนการตรวจคัดกรองซ้ำและวินิจฉัยรายใหม่
2. ส่งเสริม ป้องกันโรค ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดัน	ให้สุขศึกษา 3๐2ส. อาหารแลกเปลี่ยน และเมนูสุขภาพ ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยนักจัดการแกนนำสุขภาพ อสม.เชี่ยวชาญ	ให้สุขศึกษา 3๐2ส. อาหารแลกเปลี่ยน และเมนูสุขภาพ ทั้งรายเดี่ยวและรายกลุ่ม โดยนักจัดการแกนนำสุขภาพ อสม.เชี่ยวชาญ	ติดตามผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และตรวจ DTX, วัด BP ซ้ำ	สรุปผลภาวะสุขภาพประชาชนอำเภอเด่นชัย
ผลการดำเนินงาน	DMรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 9 ราย (0.60%) HTรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 6 ราย (3.08%)	DMรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 11ราย (0.73%) HTรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 3 ราย (1.54%)	DMรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 2 ราย (0.13%) HTรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 1 ราย (0.51%)	DMรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 3 ราย (0.20%) HTรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง 2 ราย (1.0%)
3. พัฒนาคุณภาพบริการผ่านคลินิก NCD คุณภาพ	ประชุมคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์ และประเมินตนเอง	ประเมินตนเองรอบที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคในคลินิก และนอกคลินิกบริการ	ประเมินตนเองรอบที่ 2 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในคลินิกและนอกบริการ ติดตามตรวจ	ติดตามผลการประเมิน ทบทวนปัญหาและอุปสรรค ค้นหาข้อมูลให้กับ

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		ติดตามตรวจ ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่ม ผู้ป่วย และให้ความรู้ทั้ง กลุ่มผู้ป่วย และให้ ความรู้ทั้งรายกลุ่มและ รายเดี่ยว	ภาวะแทรกซ้อนในกลุ่ม ผู้ป่วย และให้ความรู้ทั้ง รายกลุ่มและรายเดี่ยว	คปสอ. และผู้บริหาร ตามระดับ
ผลการดำเนินงาน	ประชุมประเมินตนเอง และจัดทำแผน 1 ครั้ง	ประเมินตนเอง คลินิก NCD คุณภาพ รอบที่ 1 ได้ร้อยละ 65.31	ประเมินตนเอง คลินิก NCD คุณภาพ รอบที่ 2 ได้ร้อยละ 75.56	
4. พัฒนาบุคลากร และ เครือข่าย	- ทบทวน CPG - พยาบาลวิชาชีพใน รพ สต. ให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยตาม CPG	- แพทย์เวชปฏิบัติฯ นิเทศและติดตามการ รักษาและปัญหาการ ใช้ CPG ใน รพสต. - พัฒนาระบบ เชื่อมโยงข้อมูลรักษา ผ่าน Data exchange	- แพทย์เวชปฏิบัติฯ อ่าน ผลการตรวจประจำปี และปรับการรักษาใน รพสต. - บูรณาการป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนจากการ ใช้ยา และภาวะโรคร่วม อื่นๆ กับสาขา RDU แพทย์แผนไทย CKD โรค COPD	สรุป รายงานและคืน ค่าผลการดำเนินงาน กับทีมทางคลินิกที่ เกี่ยวข้อง คปสอ. และ ผู้บริหาร
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีการปรับปรุง CPG 1 ครั้ง	แพทย์เวียนออกตรวจ ใน รพสต. เดือนละครั้ง ให้บริการ Data exchange ครบทุก รพ.สต.	มีการปรับการรักษาใน กลุ่มไขมันในเลือดสูง และส่งต่อ รพ.กรณี น้ำตาลไม่ได้และต้องใช้ ยาฉีด	
5. ตอบสนองสถานการณ์ COVID19	-	- จัดบริการรักษาแบบ Psychical distancing - จัดบริการคลินิกเติม ยา Refill ลดแออัดไป รพ.สต - รองรับบริการ Refer Back รพ.แพร่ ชั่วคราว	- จัดทำแผนทบทวนการ จัดบริการคลินิกเติมยา - จัดทำ CPG New normal อ.เด่นชัย - ร่วมกับงาน IT และ องค์กรแพทย์พัฒนา Line official	สรุปรายงาน ความก้าวหน้ากับสสจ. แพร่ คืนค่าผลการ ดำเนินงานกับทีมที่ เกี่ยวข้อง คปสอ. และ ผู้บริหาร
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-	จัดบริการตามได้ตาม นโยบาย	มีรูปแบบ New Normal NCD	สสจ. รับทราบ

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย									
		สอณ. แม่จัน	รพ.สต.ปาก ปวน	รพ.สต. ไทรย้อย	รพ.สต.บ่อ แก้ว	รพ.สต. ห้วยไร่	รพ.สต.น้ำ แรม	รพ.สต. สวนหลวง	รพ.สต. ปางป่า หวาย	รพ. เด่นชัย	รวม คปสอ. เด่นชัย
1. ร้อยละการตรวจติดตาม กลุ่มสงสัยป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง($\geq 52\%$)	เป้าหมาย	22	90	99	32	55	6	62	12	29	407
	ผลงาน	22	73	98	32	55	4	62	10	0	356
	ร้อยละ	100.00	81.11	98.99	100.00	100.00	66.67	100.00	83.33	0.00	87.47
2. อัตราผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและ มารับการรักษาในเขต พื้นที่รับผิดชอบ ($\geq 90\%$)	เป้าหมาย	1,404	243	412	304	318	389	353	470	1,763	5,656
	ผลงาน	626	129	279	176	168	219	125	152	1,332	3,206
	ร้อยละ	44.59	53.09	67.72	57.89	52.83	56.30	35.41	32.34	7.55	56.68
3. ร้อยละผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมความดัน โลหิตได้ดี ($\geq 50\%$)	เป้าหมาย	1,404	243	412	304	318	389	353	470	1,763	5,656
	ผลงาน	567	90	220	118	139	128	119	196	694	2,271
	ร้อยละ	40.38	37.04	53.40	38.82	43.71	32.90	33.71	41.70	39.36	41.15
4. ร้อยละการตรวจติดตาม กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน ($\geq 30\%$)	เป้าหมาย	13	9	19	2	4	0	2	1	9	59
	ผลงาน	4	3	6	2	1	0	1	0	5	22
	ร้อยละ	30.77	33.33	31.58	100.00	25.00	0.00	50.00	0.00	55.56	37.29
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ ขึ้นทะเบียนและมารับการ รักษาในเขตพื้นที่ รับผิดชอบ ($\geq 90\%$)	เป้าหมาย	552	118	149	103	116	151	162	209	651	2,211
	ผลงาน	387	61	127	73	65	120	51	68	529	1,481
	ร้อยละ	70.11	51.69	85.23	70.87	56.03	79.47	31.48	32.54	81.26	66.98
6. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมน้ำตาลได้ดี ($\geq 40\%$)	เป้าหมาย	552	118	149	103	116	151	162	209	651	2,211
	ผลงาน	283	60	80	40	50	59	67	77	324	1,040
	ร้อยละ	51.27	50.85	53.69	39.81	43.10	39.07	41.36	36.84	49.77	47.04

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. มี CPG การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกำกับไว้ทั้งที่โรงพยาบาล และรพสต. ทบทวนปีละ 1-2 ครั้ง เพื่อให้แนวทางปฏิบัติด้านคลินิกมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ทันสมัย สอดรับกับสถานการณ์ด้านสุขภาพของพื้นที่
2. จัดบริการแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจติดตามระบบดูแลรักษาและให้คำปรึกษาครบทุก รพ.สต.
3. มีระบบสนับสนุนเครื่องมือวัดติดตามความดันโลหิตที่บ้านอย่างเพียงพอ
4. บูรณาการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ร่วมกับ Service Plan สาขา RDU CKD COPD Stroke MI แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก วัณโรค และสาขา Palliative care
5. มีระบบสนับสนุนการเพิ่มโอกาสพัฒนาการจัดการความรู้ และศักยภาพบุคลากรที่มีระดับอำเภอย่างต่อเนื่อง

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

1. ใน รพสต.มีเครื่องวัด BP เพื่อใช้วัดความดันที่บ้านเพียงพอแต่ยังขาดแคลนเครื่องตรวจน้ำตาลที่สนับสนุนให้ อสม.สามารถไปตรวจผู้ป่วยที่บ้านหรือติดตามกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
2. การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยใน รพสต.ที่ห่างไกล พบว่าผู้ป่วยมาตรวจที่โรงพยาบาลลำบาก ดังนั้น รพ.สต.จึงใช้วิธีปรับพฤติกรรมก่อนและนัดตรวจซ้ำ หากไม่เข้าข่ายกลุ่มสงสัยป่วยก็ไม่ต้องเข้ามาตรวจในโรงพยาบาล และหากพบว่าเข้าข่ายเป็น New Case จึงส่งพบแพทย์ที่มารักษาใน รพสต.เพื่อวินิจฉัยและเริ่มรักษา

3. สถานการณ์โรคระบาด COVID19 ได้มีนโยบายลดการแออัดในโรงพยาบาล ทางคลินิกเบาหวาน ความดัน ได้ชะลอการตรวจสุขภาพประจำปีและตรวจสอบประวัติเดิมผู้ป่วยที่มีอาการคงที่สามารถควบคุมโรคได้ดีถึงค่อนข้างดี เพื่อส่งยาให้ไปรับที่ รพสต.ต่ออีก 3 เดือน ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ดูแลสุขภาพตนเองที่บ้านไม่ดี ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ขาดแคลนเครื่องมือตรวจติดตามน้ำตาลในชุมชน/อสม.	สนับสนุนเครื่องตรวจน้ำตาลในกับ อสม.ที่ผ่านการอบรม อสม.เชี่ยวชาญ เพื่อสามารถเข้าตรวจ SMBG ในกลุ่มป่วย และกลุ่ม PCC
2. การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเพื่อวินิจฉัยรายใหม่เป็นไปตามสถานการณ์ของพื้นที่ ส่งผลให้ฐานข้อมูลมีน้อยกว่าความเป็นจริง	ทบทวนแนวทางการวินิจฉัยรายใหม่ที่เหมาะสม
3. สถานการณ์โรคระบาด COVID19 ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ขาดการดูแลต่อเนื่อง	ส่งต่อผู้ป่วยที่อาการคงที่รับยาต่อเนื่องใน รพสต. และ พัฒนาช่องทางให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ เช่น การตรวจเยี่ยมทางโทรศัพท์ผ่านทางญาติ และ Care giver

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

1. ทบทวนประสิทธิภาพการวัด วิเคราะห์เพื่อประเมินผลการรักษาในผู้ป่วยเบาหวาน โดยอาจเพิ่มช่องทางการขยายกลุ่มผู้ป่วยตรวจค่า HbA1c

2. เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการวัดผล Health Literacy NCD ระดับอำเภอตามจุดเน้นปัญหา Area base ควรพิจารณาสนับสนุนจัดหาเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดเพิ่มในรพ.สต. อสม. ตรวจติดตามทักษะดูแลตนเอง

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- CQI: การพัฒนา Drug reconcile และกำกับติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง อ.เด่นชัย
- ระบบ Data Exchange เชื่อมโยงข้อมูลการรักษา Hos.xp รพ. และ Hos.xp PCU
- รูปแบบ New normal NCD

12. ภาพกิจกรรม





สุขศึกษาในนวนตราจตา
(31 ม.ค.63)



ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



Health Literacy
Line official

ผู้รายงาน นางพัชรินทร์ โพธาตุ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร : 081-8855865
อีเมลล์ : p_thinsan@hotmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 6 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่ระดับเขต 1, สสจ.แพร่ และอำเภอเด่นชัย)
2. ประเด็น/หัวข้อ Service Plan สาขาโรคไต
3. ตัวชี้วัด (หลัก)
 1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 , 4 มีอัตราการกรองลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.72 m²/yr.

ตัวชี้วัด (คุณภาพ)

1. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคไต เรื้อรังเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage

4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้รับผิดชอบ น.ส. จินตนา ใจสุบรรณ

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม

- | | |
|---|------------------------------------|
| 4.2.1 Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง | ผู้รับผิดชอบ นางพัชรีภรณ์ โปธาตุ |
| 4.2.2 Service plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | ผู้รับผิดชอบ น.ส. ประกายวรรณ ใจชอบ |
| 4.2.3 ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ.เด่นชัย | ผู้รับผิดชอบ นายศรีบรรจง ปินใจ |
| 4.2.4 Service plan สาขา RDU | ผู้รับผิดชอบ ภก. โกศิน วารินทร์ |
| 4.2.5 Service plan การแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก | ผู้รับผิดชอบ น.ส. วิจิตรา ศรีไกรสร |

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพพื้นที่ อันดับ 1 ของ อ.เด่นชัย จากการทบทวนติดตามผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัด พบว่า ปี พ.ศ. 2557 ผู้ป่วยมีค่า Cr. มากกว่า 1.5 แนวนมเพิ่มขึ้น จึงมีการทบทวนทีมนำทางคลินิกระดับอำเภอ ร่วมกับแพทย์อายุรกรรม จัดทำแนวทางซักประวัติสืบค้นหาสาเหตุ พบสาเหตุเกิดจากใช้ยาสมุนไพร กลุ่มยา NSAIDs ส่งผลให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 4 และ 5 เป็น 10.52, 1.54 ตามลำดับ โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 4 และ 5 เป็น 5.67, 1.13 ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 5 ปฏิเสธการบำบัดทดแทนไต ส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลนำไปสู่การจัดทำกระบวนการ Pop-up ผู้ป่วยที่มีค่า Cr ที่มากกว่า 1.5 ในระบบ Hos-xp. สื่อสารกับทีมสหวิชาชีพ เพิ่มช่องทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs

ต่อมาได้มีการศึกษาประยุกต์ปรับใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิก คือ การตามรอยโรคทางคลินิก หรือ Clinical Tracer ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานบริการ (สรพ.) ตามรอยสถานการณ์เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน อ.เด่นชัย บูรณาการเข้ากับแนวคิดเรื่อง แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในประเด็นการประเมิน วางแผน การดูแลที่มีความเสี่ยงสูง และกระบวนการดูแลต่อเนื่อง พัฒนาเป็นรูปแบบเสริมแรงผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแบบรายบุคคล ที่เน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายสุขภาพชุมชน นำไปสู่การจัดทำแนวทางการกำกับติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 4 และ 5 รวมถึงมีแนวทางปรึกษาส่งต่อผู้ป่วยที่มีการทำงานของไตผิดปกติในรพ.สต. ปี 2559 จนถึงปัจจุบัน เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตตั้งแต่ระยะที่ 3 ขึ้นไปได้รับการเฝ้าระวังให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยมากกว่าทันเวลา เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยคืนค่าข้อมูลกับคณะกรรมการ NCD ระดับอำเภอ ผู้บริหารทางคลินิกแต่ละระดับตามวาระ

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

1. ร่วมกับทีมนำทางคลินิก กำกับแนวทางการค้นหาภาวะแทรกซ้อนประจำปีผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบค่า Cr.> 1.5 ให้มีการ Pop – up ระบบ Hos.xp ระบุว่า “หลีกเลี่ยงใช้ยา NSAIDs” สื่อสารสหวิชาชีพ ค้นหาสาเหตุกับแพทย์ผู้รักษา สหวิชาชีพ รพ.สต. อสม. คำนวณข้อมูลเครือข่ายสุขภาพชุมชนผ่านผู้บริหารระดับอำเภอ

2. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย CKD Stage 4 และ 5 ทุก 1 ปี ร่วมกับ NCD คปสอ.เด่นชัย องค์การแพทย์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน กำกับติดตามปัญหาและอุปสรรคทุกเดือน ดังนี้

- เน้นบันทึก eGFR และ Stage ระยะไต ในการ Pop-up ระบบ Hos .xp
- บันทึกผลการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปีสัญลักษณ์ดาวน้ำเงิน-แดง ง่ายต่อการสื่อสารผู้ป่วย
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เครือข่ายระดับอำเภอ ค้นหา Best practice การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- ประสานงานแพทย์แผนไทยเพิ่มทางเลือกใช้สมุนไพรเถาวัลย์เปรียงทดแทนการใช้ยากลุ่มแก้ปวด ในคลินิก

เบาหวานช่วงเช้าวันพุธ พุธสัปดาห์

- จัดทำเกณฑ์การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CKD Stage 4 และ 5 ร่วมกับเครือข่ายแต่ละพื้นที่

3. กำกับติดตามการค้นค่าปัญหา ผลดำเนินงานกับทีมนำทางคลินิก รพ. ผู้บริหาร คปสอ.เด่นชัย เพื่อรับการสนับสนุนเป็นนโยบาย ให้เป็นโครงสร้างทางคลินิกต่อเนื่อง ได้แก่

- ติดตามผลการใช้บัตรประจำตัวผู้ป่วยโรคไตกับสถานบริการอื่นๆร้านขายยาเฝ้าระวังชะลอการเสื่อมไต
- กำกับแนวทางแสดงกราฟการทำงานของไตสร้างความตระหนักสืบค้นสาเหตุเปรียบเทียบกับผู้ป่วยทราบ

ทุก Visit รับผิดชอบแบบรายบุคคล เพื่อร่วมกำหนดเป้าหมายการดูแลสุขภาพเพื่อชะลอการเสื่อมของไตด้วยตนเอง โดยประกาศเป็นวัฒนธรรมของหน่วยงานทุกปี

- ทบทวนผลการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 4 และ 5 รายใหม่ ที่ต้องขึ้นทะเบียน คำแนะนำการบำบัดทดแทนไต (RRT) ทุกราย ระบุผลข้อมูลสำคัญ Pop – up กรณีทั้งที่ Refer และปฏิเสธการฟอกไต สื่อสารให้กับทีมสหวิชาชีพ เพื่อติดตามผลและวางแผนการดูแลร่วมกันเครือข่ายชุมชน

- ประสานงานชั้นสูตร คำนวณค่า eGFR โดยใช้สูตร EPI ในระบบ Hos. Xp ตามสมาคมโรคไตกำหนด และมีการปรับใช้น้ำยาตรวจให้มีความสากลทางคลินิกชั้นสูตร ชี้แจงองค์กรแพทย์ เครือข่ายทราบ

- ดูแล CKD Stage 4 รับการตรวจ BUN, Cr, Hct ทุก 6 เดือน Stage 5 Electrolyte ทุก visit
- บูรณาการคลินิก DM ส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตวันตรวจตาเบาหวาน (ปี 2560, 2561)

4. จัดทำระบบกำกับติดตามการบริหารจัดการข้อมูลวิเคราะห์ตัวชี้วัดคุณภาพสาขาโรคไต ดังนี้

- ทวนสอบ ICD 10 ระบบ Hos. xp ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังทุกระยะ (รหัส N181- N185) ทุก visit ที่มารับบริการ มีการ Audit ความถูกต้อง และความสมบูรณ์ในช่วงบ่าย

- เน้นความทันเวลา ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 4 หรือ 5 รายใหม่ refer พบแพทย์เฉพาะทางโรคไตที่รพ.แพร่ กำกับติดตามการส่งต่อกับรพ.แพร่ ผ่านระบบโทรศัพท์ Line group และ COC Link

- มีการจัดการความรู้ผ่าน Line group COC Denchai ประสานดูแลผู้ป่วยกลุ่ม CKD Stage 5 ที่เข้าเกณฑ์ Palliative care และเค้นค่าข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง และตัวแทนชุมชน

- ร่วมกับงานเภสัชกรรม จัดบริการจัดการความรู้ความสมเหตุสมผลในการใช้ยาในกลุ่มแก้ปวด กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกิจกรรมสุขภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2559 – 2561

5. ในปี 2561 ร่วมกับศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) คปสอ.เด่นชัย ประชุมทบทวนระบบกำกับติดตามผู้ป่วย CKD Stage 5 เพื่อสื่อสารแนวทางให้กับคณะกรรมการ NCD ระดับอำเภอ ดังนี้

- กำหนดข้อมูลจำเป็นประสานส่งต่อชุมชน และอปท.กลุ่มที่รับการบำบัดทดแทนไต ปฏิเสธฟอกไต
- แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลสรุปกิจกรรมมันไตโลกจัด 5 – 8 มี.ค.61 ชื่อ “สตรีไทย ไตสดจริง” นำไปสู่การปรับ

รูปแบบกบฏรณการมีส่วนร่วมกับงานแพทย์แพทย์ไทย และ Service plan สาขา RDU ในปี 2562

- คำนวณการทวนสอบ Audit ความสมเหตุสมผลใช้ยาในกลุ่ม Metformin NSAIDs ACEI/ ARB ในกลุ่มผู้ป่วย DM

HT ที่มีค่า Cr. และ Urine protein ผิดปกติ กับ สาขา RDU

- นำเสนอผลงาน service plan สาขาไตปีงบประมาณ 2561 กับเครือข่าย จ.แพร่
- เพิ่มช่องทางการจัดการเรียนรู้ ผ่านการเข้าร่วมนำเสนอ โครงการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย ในเวที KM & Research to service 4.0 สสจ.แพร่

6. ในปี 2562 ทบทวนผลดำเนินงาน ปี 2559 – 2561 วิเคราะห์ Gap Analysis โดยเครื่องมือ SWOT และ PDSA นำไปสู่การพัฒนาแนวทาง และ CQI ดังนี้

- ร่วมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จัดทำแนวทางการกำกับติดตาม Drug reconcile เพื่อสืบค้นปัญหาสุขภาพ และให้การช่วยเหลือคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้ผู้ป่วย CKD ที่เข้าสู่ภาวะ Palliative care ได้ทันเวลา
- ปรับเพิ่มการกำกับติดตามการชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วย CKD stage 3a และ 3b
- บูรณาการศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) คปสอ.เด่นชัย ทบทวนบริหารจัดการข้อมูล ปรับขยายเพิ่มเติมบ้านติดตามผู้ป่วย CKD จากเดิมที่มีเฉพาะ Stage 4 และ 5 ไปในกลุ่มผู้ป่วย Stage 3a และ 3b ที่มีปัญหาซับซ้อน
- ประยุกต์การใช้โปรแกรม Thai COC เพื่อส่งต่อข้อมูลสำคัญการเยี่ยมบ้านเชิงระบบ
- บูรณาการกับสาขา RDU ประสานใช้ข้อมูล Pop – up stage of kidney เพื่อทวนสอบสั่งจ่าย NSAIDs กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง CKD Stage 3 ขึ้นไป กับแพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ รพ.แพร่ ที่จัดบริการเชิงรุกที่ รพช.
- ปรับ Intervention กระบวนการรักษาในแต่ละ Stage of change จากเดิมที่ให้เหมือนกันทุกระยะ

7. ปี 2563 ร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ปรับใช้เครื่องมือคุณภาพทางคลินิก ของสรพ. กำกับติดตามในกลุ่มผู้ป่วย DM HT ที่มีภาวะ AKI on Top CKD เพื่อวางแผน และจัดทำแนวทางการ Early detect AKI

ปี 2563 ร่วมกับทีม IC เพื่อวางแผนบริหารจัดการวัคซีนไข้หวัดใหญ่ กับผู้ป่วย DM HT ที่ระยะไตที่ 3, 4 และสำหรับในระยะที่ 5 เป็นทุกราย

ปี 2563 ร่วมกับสาขา RDU และสาขาแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก เพิ่มจัดบริการสืบค้นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหาโรคกระดูก และข้อ โดยเพิ่มการเข้าถึงบริการฟอกเข้า และแผ่นแปะลดปวด และบริการฝังเข็ม

ปี 2563 ร่วมกับทีม IT ทีมยา NCD จัดทำการเชื่อม Data exchange ข้อมูลด้านยาและการรักษาระหว่าง Hos.xp PCU กับ Hos.xp เพิ่มจัดบริการ Drug reconcile ประจำทีมงานผู้ป่วยนอก ประสานรายการยาในสมุดโรค

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.จัดทำแผนการกำกับติดตามเปลี่ยนแปลง eGFR <กลุ่มผู้ป่วยไตระยะที่ 3a 3b และ 4 และเฝ้าระวังภาวะ AKI	- ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังร่วมกับ NCD คปสอ. - พัฒนาองค์ความรู้ทักษะเจ้าหน้าที่กับเครือข่ายจังหวัด	- ปฏิบัติงานลงสู่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องของในรพ. รพ.สต. - กำกับติดตามผลการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน	- ปรับใช้เครื่องมือ Clinical Tracer กำกับติดตามเพื่อ Early detect AKI	จัดเวที KM ปัญหาอุปสรรคเชื่อมโยง Service plan ที่เกี่ยวข้องทำการวัด วิเคราะห์ เพิ่มกลุ่มที่เฝ้าระวัง eGFR จัดทำแผนกำกับติดตาม
ผลการดำเนินงาน	- มีแผนปฏิบัติงานและกำกับติดตาม	- ทีมสหวิชาชีพนำองค์ความรู้ใหม่ปรับใช้	รายงานผลเครือข่ายชุมชน ผู้บริหารทางคลินิกแต่ละระดับ	โอกาสพัฒนาและ Gap analysis
2.การบริหารจัดการข้อมูลอัตราลดค่า eGFR	ข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	ข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	ข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม	คืนข้อมูลจาก Hos XP_PCU และ HDC โปรแกรม Thai COC
ผลการดำเนินงาน	ร้อยละ 32.54	ร้อยละ 44.71	ร้อยละ 56.25	ร้อยละ 65.05
3.กำกับติดตามดูแลรักษาและเพิ่มคุณภาพชีวิตกลุ่มผู้ป่วยไตระยะที่ 4 และ	- ทบทวนแนวทางเฝ้าระวังภาวะ Sepsis ร่วมกับ ทีม IC และ	- ดำเนินงานเยี่ยมบ้านค้นหาภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหา	- ดำเนินงานเยี่ยมบ้านค้นหาภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาร่วมกับ	- กำกับติดตามผลร่วมกับทีมพัฒนาคุณภาพรพ. และเครือข่ายจังหวัด

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
5 ท้นเวลา	ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คปสอ. - เพิ่มประสานดูแลรพ. แม่ข่าย - Thai COC	ร่วมกับเครือข่ายในชุมชน	เครือข่าย COC คปสอ. เด่นชัย - กำกับติดตามผลร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	แผนปฏิบัติงาน และช่องทางสื่อสารประสานการดูแล line Application group. เครือข่าย	ความทันเวลา - CKD Stage 5 ทำ RRT 71.3% - ปฏิเสธ RRT 78.2%	ผลการนิเทศงาน และ Gap analysis	โอกาสพัฒนาแนวทางการดูแล Early Detect AKI
4. คืบหน้าข้อมูลการติดตามผลดำเนินงานหรือแนวทางการแก้ไขปัญหาขององค์กรแพทย์ รพสต., รพ. สาขา Service plan ที่เกี่ยวข้อง	ประชุมทบทวน CPG ดำเนินงานร่วมกับคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและศูนย์การดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอกำหนด ทุก 3 เดือน	รายงานผล คืบหน้าการวิเคราะห์สถานการณ์ตามวาระประชุม NCD ระดับอำเภอ และเครือข่ายโรคไตระดับจังหวัด	ประเมินผลและกำกับติดตามวางแผนสืบค้น Gap Analysis	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาอุปสรรคเชื่อมโยงสาขา Service plan ที่เกี่ยวข้อง
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	กำกับติดตามข้อมูลทุกเดือน	ทวนสอบข้อมูลและวิเคราะห์	วัด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบบ สรุปผล	โอกาสพัฒนา Gap analysis ระดับอำเภอ

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัดผลสำเร็จ	เป้าหมาย		ปี 2561			ปี 2562			ปี 2563						
			เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ	เป้าหมาย	จำนวน	ร้อยละ				
ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 , 4 มีอัตราการกรองลดลง eGFR< 5 ml/min/1.72 m2/yr	มากกว่า ร้อยละ 66		236	138	58.5	272	153	56.25	950	618	65.05				
ร้อยละของผู้ป่วย DM HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	ต่ำกว่า ร้อยละ 40		-	-	-	-	-	-	1,528	472	30.89				
ผลกำกับติดตาม	ปี 2561					ปี 2562					ปี 2563				
ระยะโรคไต	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5	Stage 1	Stage 2	Stage 3	Stage 4	Stage 5
ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเขตรับผิดชอบ จำแนกตาม Stage	5.9	52.8	34.9	4.6	1.6	29.6	43.1	21.4	4.2	1.6	32.1	42.9	20.2	3.3	1.2

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 การสนับสนุนงบประมาณพัฒนาการบริหารจัดการความรู้ เพิ่มประสิทธิภาพทีมสหวิชาชีพ ให้ทันสมัยเอื้อโอกาสต่อการร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเวทีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด เขต ประเทศ ของบุคลากรที่มีย่างต่อเนื่อง

7.2 รูปแบบคณะกรรมการโรคไตเรื้อรังระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของ อปท.

7.3 การบูรณาการการทำงานคร่อมระหว่างสาขา Service Plan กับ NCD COPD RDU Palliative care และการแพทย์แผนไทยและแผนทางเลือก โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้นำขับเคลื่อนถึงชุมชน และอปท.

7.4 การทำงานเป็นทีมระดับอำเภอ และเน้นคืบหน้าข้อมูลปัญหาสุขภาพโรคไตให้ครอบคลุมเครือข่ายพื้นที่ทั้งภาครัฐ เอกชน ไม่เฉพาะเฉพาะโรงพยาบาลเท่านั้น ส่งผลให้เกิดแผนด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพประชาชน

7.5 บูรณาการการทำงานเครือข่ายอำเภอ ร่วมกับอสม. เน้นดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคไตวายเรื้อรังทุกระยะ ต้องให้เวลาสร้างความเข้าใจถึงภาวะแทรกซ้อนรุนแรงให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติเชิงบวก ความร่วมมือ เสริมแรงทักษะดูแลตนเอง

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

8.1 ด้วยข้อจำกัดปัญหาสถานการณ์การเงิน การคลังของโรงพยาบาลยังไม่คงที่ ต้องควบคุมด้านงบประมาณ การส่งตรวจ Lab ในการ Monitor ค่า eGFR อย่างน้อยปีละ 2 ครั้งในผู้ป่วย DM HT ไม่สามารถทำได้ทุกราย ทำในเฉพาะกลุ่มที่มี Risk score

8.2 สถานการณ์และสภาพปัญหาจากการใช้ชุดยา แก้วปวด สมุนไพร และยาในรูปแบบอาหารเสริมทางสื่อโฆษณา ยังคงมีอย่างต่อเนื่องในชุมชน

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายปฏิเสธการฟอกไต ด้วยข้อจำกัดด้านสูงอายุ ไม่มีญาติดูแล ภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว มีโรคร่วม	-ประยุกต์ Clinical Tracer วัด วิเคราะห์ ระบบส่งต่อดูแลผู้ป่วย CKD stage 5 กับศูนย์ COC คปสอ. เด่นชัย เพิ่มเข้าถึงบริการ Clinic Palliative
2. ผู้ป่วย CKD Stage 4 ได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตาม CPG ไม่ครอบคลุมทุกราย	-ปรับมาตรฐาน DHSA วางแผนจำหน่ายสู่ชุมชน
3. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานคุมน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์, มีการกลับมาใช้ยาสมุนไพรและกลุ่มยาแก้ปวด NSAIDs ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเกาต์ และโรคนี้ร่วมด้วย	-ประสานทีม PCT ชี้แจงทบทวนแนวปฏิบัติกับองค์กรแพทย์ เน้นเข้าถึงบำบัดทดแทนไต Stage 4 - ร่วมกับคลินิกเบาหวานปรับแนวทางการจัดการรายกรณี FBS ได้ตามเกณฑ์ DM with CKD Stage 3
4. ผู้ป่วย DM HT เพิ่มการใช้ยาชุดแก้ปวด ยาในรูปแบบอาหารเสริมตามร้านสะดวกซื้อ และสื่อโฆษณาวิทยุท้องถิ่น	-ร่วมกับรพ.สต.งานแพทย์แผนไทย วางแผนเพิ่มการใช้สมุนไพรเถาวัลย์เปรียง, สมุนไพรพอกเข้า
5. พบยังมีการสั่งใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วย CKD Stage 3 เพิ่มขึ้น ในบริการคลินิกกระดูกและข้อ บริการเชิงรุกรพ.แพร่	-ร่วมกันสืบค้น วิเคราะห์สื่อโฆษณาในชุมชนกำกับ - คืบหน้า ทบทวนยาในรูปแบบอาหารเสริมตามร้านสะดวกซื้อ สื่อโฆษณาวิทยุท้องถิ่นกับ RDU - ร่วมกับงานเภสัชกรรมเฝ้าระวังใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs กับเครือข่ายแพทย์ Ortho งาน OPD

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

- ทบทวนและจัดทำเป็นแผนกลยุทธ์ กำหนดลงในนโยบายป้องกันและชะลอความเสื่อมไตระดับอำเภอ โดยเพิ่มช่องทางบูรณาการส่งเสริม และป้องกันภัยสุขภาพจากโรคไตเรื้อรังในชุมชนร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภค ศูนย์ COC เครือข่ายสุขภาพชุมชน กับความสมเหตุผลในการใช้ยาในกลุ่มแก้ปวด ยาสมุนไพร อาหารเสริม ให้มีการกำกับแนวทางปฏิบัติขยายไปยังหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนของอำเภอ ไม่เฉพาะภาคประชาชน เพื่อให้เครือข่ายแนวร่วมที่มีพลังสังคมกับสุขภาวะที่ยั่งยืน

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

ปี 2558

- เครือข่ายรพ.สต.มีแนวทางบริหารจัดการโรคไตเรื้อรัง ได้แก่ รพ.สต.สวนหลวง มีชมรมรักษไต, รพ.สต.น้ำแรม หมอเบาหวานดูแลไต, รพ.สต.ปงป่าหวาย จิตอาสาไตวาย, รพ.สต.ปากป่าน นวัตกรรมวงล้อ CKD เป็นต้น
- ร่วมกับคลินิก NCD มี R2R พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อ.เด่นชัย นำเสนอได้รับรางวัลรองชนะเลิศโปสเตอร์ การส่งเสริมป้องกันสุขภาพ เวที North R2R

ปี 2559

- มีแนวทางการส่งต่อและให้คำปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต อ.เด่นชัย
- มีกระบวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ระยะที่ 3 ของผู้ป่วย DM HT ระดับอำเภอ

ปี 2560

- คัดเลือกให้ข้อมูลสำรวจรูปแบบการทำงาน จากวิจัยด้านสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับ สวรส.โดยทีมวิจัย ม.ธรรมศาสตร์ ขอบัตรประจำตัวโรคไต เป็นเครื่องมือทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- จัดทำ CQI ชักชวนสหวิชาชีพพัฒนารูปแบบป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง อ.เด่นชัย

ปี 2561

- มีระบบการกำกับติดตามผู้ป่วย CKD stage 4 และ 5 ภายในและนอกเครือข่ายจังหวัดแพร่
- รูปแบบคัดกรองผู้ป่วยโรคไตรายใหม่ กับงานตรวจสุขภาพ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก จัดทำแนวทางค้นหา CKD Stage 3b และ 4 รายใหม่ เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาและกำกับติดตามทันเวลา

ปี 2562

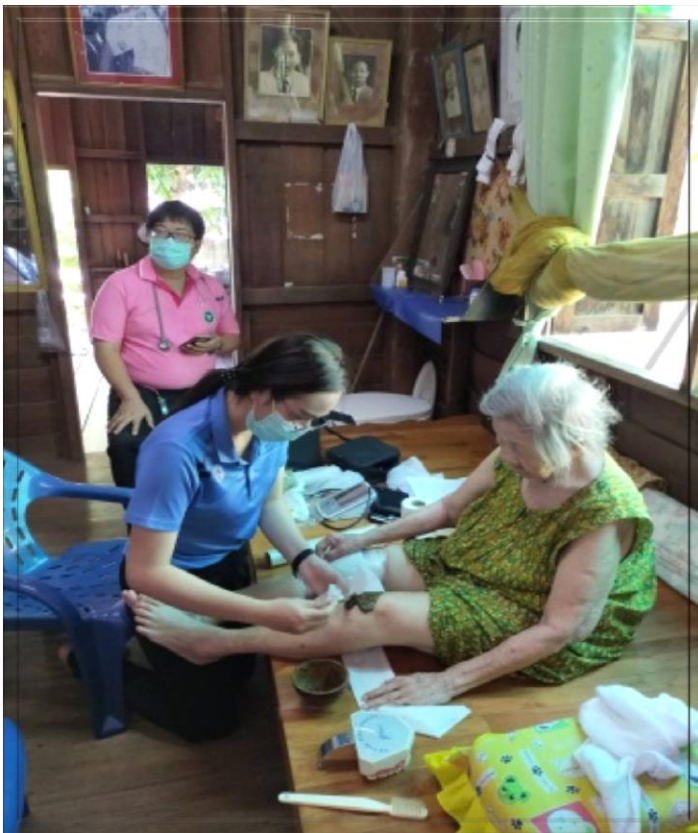
- ร่วมกับคลินิก NCD จัดทำ CQI เรื่อง การกำกับติดตามคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพื่อติดตามการใช้ยาเดิม ยาเหลือใช้ การดูแลผู้ป่วย CKD ที่มีภาวะ Palliative care ทันเวลา ประหยัดมูลค่ายาของโรงพยาบาล
- ร่วมกับ Service plan RDU จัดเวทีทักษะการดูแลตนเองผู้ป่วย DM HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะที่ 3 ตำบลเด่นชัย
- รับคัดเลือกจากรพ.แพร่ ขยายผลรูปแบบศึกษา Stage of change CKD กับประชุมเครือข่ายจังหวัด

Best practice

- บัตรประจำตัวโรคไต ปรับใช้เป็นต้นแบบให้กับรพช.จังหวัดแพร่ และทีมวิจัย สวรส. กระทรวงสาธารณสุข ขอนำไปศึกษาเรียนรู้ในการพัฒนาการบริหารจัดการโรคไตเรื้อรัง
- รับคัดเลือก จากคปสอ. เด่นชัย นำเสนอผลงาน Best Practice อำเภอ จัดโดยงานยุทธศาสตร์และนโยบาย แผนงาน สสจ.แพร่ และได้รับปรับเป็น Model CKD จังหวัดให้กับเครือข่าย Service plan สาขา NCD



กิจกรรมกับสาขาแพทย์แผนไทย และ RDU



ผู้รายงาน น.ส.จินตนา ใจสุบรรณ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
เบอร์โทร 089-6346475
e-mail: jintana1931@hotmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 5 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่ระดับเขต 1 และสสจ.แพร่)
2. ประเด็น/หัวข้อ RDU&AMR
3. ตัวชี้วัด
 1. โรงพยาบาลมีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
 2. โรงพยาบาลที่มีระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (AMR) ชั้น Intermediate
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ /ภก.โกคิน วรินทร์
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม -
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

คปสอ.เด่นชัย ได้เริ่มดำเนินการเพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าวมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่มีทั้งสิ้น 22 ตัวชี้วัด ปีงบประมาณ 2560 ยังไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 เมื่อสิ้นไตรมาส 4 ปี 2561 ผ่าน RDU ชั้นที่ 1 แต่ยังไม่ผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 2 เนื่องจาก ไม่ผ่านเกณฑ์ ชั้นที่ 2 จำนวน 2 ตัวชี้วัด เมื่อสิ้นไตรมาส 4 ปี 2562 ผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 2 แต่ยังไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 3 เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 ตัวชี้วัด และเมื่อสิ้นไตรมาส 3 ปี 63 ผ่านการประเมิน RDU ชั้นที่ 2 ยังไม่ผ่าน RDU ชั้นที่ 3 เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 ตัวชี้วัด ในปีงบประมาณ 2563 โดยรวมตัวชี้วัดมีแนวโน้มผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 3 พบว่ายังมีผลการดำเนินงานที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ, การใช้ inhaled corticosteroid ของผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังในโรงพยาบาล และการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในรพ.สต.

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

ปีงบประมาณ 2563 คป.สอ.เด่นชัย มีกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล ดังนี้

1. จัดทำสื่อและแนวทางการวินิจฉัยโรคเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้แก่รพ.สต.จนครบ 8 แห่ง
2. พัฒนาระบบสารสนเทศกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
3. อบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (work shop) ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
4. จัดโครงการลดการใช้ NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ในคลินิกโรคเรื้อรัง

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. สร้างทีมขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมของคณะกรรมการฯร่วมกับเครือข่ายคป.สอ.	- จัดประชุม คณะกรรมการฯ และผู้เกี่ยวข้อง รายไตรมาส เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตัวชี้วัด RDU และประเมินการดำเนินงาน	- ชี้แจงและอบรมทำความเข้าใจเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลให้กับบุคลากรที่มี ความเกี่ยวข้อง	- จัดกิจกรรมรณรงค์ สื่อสารทำความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง - จัดประชุมเพื่อหาพื้นที่ต้นแบบในการถอดบทเรียน	- จัดประชุม คณะกรรมการฯ และผู้เกี่ยวข้องและสรุปผลการขับเคลื่อน RDU ระดับชุมชน

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2. ติดตามการดำเนินงานต่อเนื่องจากโครงการอำเภอเด่นชัย ใช้ยาสมเหตุผล ไม่เจ็บไม่จนจากเชื้อดื้อยา ประจำปี 2562	- ทบทวนการดำเนินงานโครงการอำเภอเด่นชัย ใช้ยาสมเหตุผล ไม่เจ็บไม่จนจากเชื้อดื้อยา ประจำปี 2562	หาภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อขับเคลื่อนและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลให้กับภาคีเครือข่ายครู ก ในระดับตำบล/หมู่บ้าน	นิเทศติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย RDU
3. ประเมินผลการดำเนินงาน	- ผ่าน RDU ขั้นที่ 2	- ผ่าน RDU ขั้นที่ 2	- ผ่าน RDU ขั้นที่ 3	- ผ่าน RDU ขั้นที่ 3

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ 2563 พบว่า การดำเนินงานผ่านตามเป้าหมาย RDU ขั้นที่ 2 ทุกเกณฑ์ ตัวชี้วัด สำหรับ RDU ขั้นที่ 3 ผ่านตามเป้าหมายจำนวน 17 ตัวชี้วัด และไม่ผ่านตามเป้าหมายจำนวน 4 ตัวชี้วัด คือตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ (ผ่านการประเมิน RDU ขั้นที่ 2), ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid, ตัวชี้วัดที่ 20 ร้อยละของ รพสต. ที่มีอัตราการใช้อย่างสมเหตุผลในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20 และตัวชี้วัด A ร้อยละของ รพสต. ที่ใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 2 โรค ไม่เกินร้อยละ 20

ตารางแสดงผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านตามเป้าหมาย RDU ขั้นที่ 3

ที่	ตัวชี้วัด RDU	เกณฑ์	ไตรมาส 3/63
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	43.83
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ร้อยละ 80	63.87
20	ร้อยละของ รพสต. ที่มีอัตราการใช้อย่างสมเหตุผลในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เกินร้อยละ 20	100	75.00
A	ร้อยละของ รพสต. ที่ใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 2 โรค ไม่เกินร้อยละ 20	ร้อยละ 100	75.00

หมายเหตุ : รายละเอียดตัวชี้วัดทั้งหมดแนบด้านท้ายรายงาน

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. ผู้บริหารทุกระดับ (จังหวัด, อำเภอ และ รพ.) ให้ความสำคัญกับการดำเนินงาน RDU และมีการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
2. เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้และเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับตัวชี้วัด
3. มีการประสานงาน การสนับสนุน และการส่งต่อข้อมูลการดำเนินงาน RDU ระหว่างโรงพยาบาล และ รพ.สต. ในกำกับดูแล

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

1. ผู้ส่งยา(แพทย์,เจ้าหน้าที่รพ.สต.) บางส่วนยังขาดความตระหนักในการใช้อย่างสมเหตุผล
2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในตัวชี้วัด การบันทึกข้อมูล การติดตามข้อมูล และแนวทางเวชปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- บุคลากรทางการแพทย์บางส่วนยังไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ทำให้ยังลังเลที่จะหยุดใช้หรือสั่งใช้	- พัฒนานองค์ความรู้เรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผลให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับอย่างต่อเนื่อง
- ภาคประชาชนบางส่วนยังมีความต้องการใช้ยาบางกลุ่มมากเกินไปจนจำเป็น จากสื่อโฆษณา และไม่มีส่วนร่วมในแนวทาง และนโยบาย	- จัดทำกิจกรรมแผนงานกับภาคประชาชน ให้เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อสร้างองค์ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลอย่างยั่งยืน
- ขาดคนทำงานเชิงรุก/เครือข่ายในชุมชน ทำให้แต่ละพื้นที่ต้องรอการกระตุ้นจากบุคลากรทางการแพทย์	- พัฒนาและสร้างเครือข่ายครู ก เพื่อช่วยส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน - สร้างนักเรียนแกนนำการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงเรียนร่วมไปกับงานอ.น้อย

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

นอกจากการวัดผลงานการสั่งใช้ยาเป็นร้อยละ ควรมีการวัดผลในรูปแบบอื่นๆเพิ่มเติมเนื่องจากในระดับรพ.สต.หากมีผู้รับบริการไม่มากพอ จะทำให้สัดส่วนของการสั่งใช้ยาในผู้ป่วยอาจมีค่าสูง เมื่อเทียบกับจำนวน case ที่ใช้ยาที่ต้องเป็นไปตามหลักการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. CPG guideline 3 โรคของรพ.สต.คปสอ.เด่นชัย
2. ระบบ Alert pop-up ส่งเสริมการจ่ายยาปฏิชีวนะและ NSAIDs อย่างเหมาะสม

12. ภาพกิจกรรมฯ



อบรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน



อบรม RDU ให้กับนักเรียนแกนนำอ.น้อย



จัดโครงการลดการใช้ NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



พัฒนาระบบสารสนเทศกับการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในรพ.สต.

ตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : RDU)

ลำดับ	ตัวชี้วัด RDU	เกณฑ์	ไตรมาส4 ปี60	ไตรมาส4 ปี61	ไตรมาส4 ปี62	ไตรมาส3 ปี63
(ระบุ) ระดับของโรงพยาบาล (A S M1 M2 F1 F2 หรือ F3)			F1	F1	F1	F1
RDU 1 : ประเมินกระบวนการดำเนินงาน (Process)						
1	มีคณะกรรมการขับเคลื่อน SP-RDU	มี / ไม่มี	มี	มี	มี	มี
2	มีระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด SP-RDU	มี / ไม่มี	มี	มี	มี	มี
3	มีแผนปฏิบัติการจัดการซื้อตัวยา ใน รพ. (เฉพาะ รพ. ระดับ A S และ M1)	มี / ไม่มี				
RDU 1 : ประเมินผลการดำเนินงาน (Output)						
1	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	A ≥ ร้อยละ 75 S ≥ ร้อยละ 80 M1-M2 ≥ ร้อยละ 85 F1-F3 ≥ ร้อยละ 90	94.74	95.54	96.27	95.66
2	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสาร และส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ 3	2	3	3	3
3	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน 13 กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	ระดับ 3 (รายการยา 13 กลุ่ม)	3	3	3	3
4	จำนวนรายการยาที่ควรตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ 1 รายการ	0	0	0	0
5	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ 3	3	3	3	3
6	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ 20	22.22	19.1	11.08	7.69
7	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ 20	31.7	16.95	8.94	10.22
8	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ 40	58.32	52.6	45.06	43.83
9	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่อง	≤ ร้อยละ 10	12.5	11.25	5.88	0
10	ร้อยละของผู้ป่วยความดันเลือดสูงทั่วไป ที่มีการใช้ RAS blockade (ACEIs/ ARBs/ Renin inhibitor) 2 ชนิดร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	ร้อยละ 0	0	0	0	0
11	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 65 ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า 60 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร	≤ ร้อยละ 5	0	0	0	0

12	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR $\leq$ 30 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)	$\geq$ ร้อยละ 80	93.91	82.22	84.94	87.90
13	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	$\leq$ ร้อยละ 5	0	0.04	0.03	0.09
14	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	$\leq$ ร้อยละ 10	5.58	4.46	3.37	1.71
15	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	$\geq$ ร้อยละ 80	70.71	54.77	57.75	63.87
16	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (มากกว่า 65 ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	$\leq$ ร้อยละ 5	1.79	0.84	1.64	1.43
17	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	0	0	0	0	0
18	ร้อยละของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-10 ตาม RUA-URI) และได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	$\leq$ ร้อยละ 20	4.16	4.35	3.85	1.06
19	ร้อยละของ รพสต. ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อ URI และหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100	75	100	100	100
20	ร้อยละของ รพสต. ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน $\leq$ ร้อยละ 20	100	37.5	75	87.5	75
A	ร้อยละของ รพสต. ที่ใช้ยาปฏิชีวนะในทั้ง 2 โรค $\leq$ ร้อยละ 20	$\geq$ ร้อยละ 60	37.5	75	87.5	75

ผู้รายงาน ภก.โกคิน วรินทร์
ตำแหน่ง เกษตรกรชำนาญการ
โทร.096-9193260
E-mail : pokinpharm@gmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 5 Area based ปัญหาสำคัญของพื้นที่ (ระดับเขต 1 , สสจ.แพร่ และอ.เด่นชัย)
2. ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ (Initiative Management)
3. ตัวชี้วัด โรงพยาบาล (ระดับ S ลงมา) มีการเพิ่ม Sum Adjust RW.
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานประกันสุขภาพและสารสนเทศทางการแพทย์

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม

4.2.1 กลุ่มการพยาบาล งานผู้ป่วยใน

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ตามแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายการบริการผู้ป่วยในทั่วไป จะมีการคำนวณค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ ผู้ป่วยในตามระบบ DRGs version 5 เพื่อใช้ในการจัดสรรเงินเป็น Global budget ระดับเขต สำหรับ ผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ลงทะเบียนกับหน่วยบริการประจำที่ตั้งอยู่ในแต่ละเขตของ สปสช.เขต การบริหารการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการผู้ป่วยในทั่วไป บริหารเป็น Global budget ระดับเขต โดยจ่าย ค่าใช้จ่ายตามข้อมูลที่ส่งมาในแต่ละเดือน โดยหน่วยบริการที่ให้บริการจะได้รับค่าใช้จ่ายตามระบบกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRGs) โดยใช้ค่าน้ำหนัก สัมพัทธ์ที่ปรับค่าตามวันนอน (adjRW) ที่ได้จากการคำนวณโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) ขึ้นอยู่กับวงเงินระดับเขตของแต่ละเขตและผลรวม ของผลงานบริการจากการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน ในแต่ละเดือน (Sent date) ภายใต้ระบบ DRGs with Global Budget ทั้งนี้อัตราที่ได้รับต่อหนึ่งหน่วยสัมพัทธ์ (Base Rate) โดยจ่ายเบื้องต้นที่อัตรา 8,250 บาทต่อ adjRW และจะคำนวณการจ่าย หลังปรับค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) และมีการปรับลดค่าแรงก่อนการจัดสรรเงินตามผลงานของบริการส่งข้อมูลผู้ป่วยใน

จากแนวทางการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายการบริการผู้ป่วยใน ในรูปแบบดังกล่าว จึงมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและส่งผลกระทบ ในการขอรับเงินจัดสรรตามผลงาน อย่างเช่น

1. ผลกระทบจาก จำนวนผู้ป่วยใน และสาเหตุการเจ็บป่วย ตามแต่ละช่วงเวลา
2. ผลกระทบจากนโยบายภาครัฐ การปรับเกลี่ยค่าแรง

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

1. การปรับกระบวนการ การดำเนินงานก่อนการขอรับค่าใช้จ่ายผู้รับบริการผู้ป่วยใน
 - 1.1 ประชุมมอบหมายงานรับผิดชอบภายในกลุ่มงานงาน
 - 1.2 การประชุมแลกเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับองค์กรแพทย์และงานผู้ป่วยใน
 - 1.3 การพัฒนาคุณภาพการบันทึกข้อมูล ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
 - 1.4 การตรวจสอบคุณภาพของเวชระเบียนของผู้ป่วยใน ทั้งก่อนและหลังการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
 - 1.5 ลดระยะเวลาการบันทึกข้อมูลขอรับค่าใช้จ่ายผู้รับบริการผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายผู้ป่วย จากเดิมใช้เวลา 7-10 วัน ลดลงเป็น 3-5 วัน
2. การปรับกระบวนการติดตาม ควบคุม ตรวจสอบ การเรียกเก็บค่าใช้จ่าย ให้เป็นไปตามแผนที่กำหนด
 - 2.1 การตรวจสอบข้อมูล ก่อนการส่งรายงานขอรับค่าใช้จ่ายผู้รับบริการผู้ป่วยใน
 - 2.2 การประมาณการ Sum Adjust RW. (ประมาณ 130 Adjust RW.) ของแต่ละรอบการขอรับค่าใช้จ่ายผู้รับบริการผู้ป่วยใน ให้เพียงพอต่อการบริหารจัดการและปรับลดค่าแรง
3. การใช้งานสารสนเทศ (IT.) ร่วมกับการพัฒนาระบบ

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

1. ความร่วมมือระหว่างกลุ่มงานที่เกี่ยวข้อง ในการแลกเปลี่ยนแนวทางการปรับปรุงพัฒนากระบวนการงาน
2. องค์กรแพทย์และกลุ่มงานผู้ป่วยใน ให้ความสำคัญในการจัดการเวชระเบียน ให้มีความถูกต้องและรวดเร็ว ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

จำนวนผู้มารับบริการที่มารับบริการส่วนมาก มีภาวะการเจ็บป่วยไม่รุนแรง และไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หรือการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยโรคที่มีค่า Sum Adjust RW. ไม่สูง

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
1. ช่วงสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทำให้มีผู้มารับบริการมีจำนวนน้อย 2. ผู้มารับบริการผู้ป่วยใน มีภาวะการเจ็บป่วยไม่รุนแรง จำนวนวันนอนน้อย ส่งผลให้ค่า Sum Adjust RW. ไม่สูง 3. ต้นทุนค่าแรงของบุคลากร มีสัดส่วนที่สูง เมื่อเทียบกับสถานบริการที่มีขนาดใกล้เคียงกัน	1. การวางแผนการรับ Refer back ผู้ป่วยใน ในกลุ่มที่ไม่มีภาวะวิกฤติและต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น การรับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง , การทำกายภาพบำบัด ฯ 2. ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการอย่างทันที่ 3. การเพิ่มศักยภาพของสถานบริการ ให้รองรับกับแพทย์เฉพาะทาง ที่ปฏิบัติงานประจำอยู่ในสถานบริการ เช่น การเพิ่มชนิดยา , การเพิ่มศักยภาพห้องปฏิบัติการ , การพัฒนาทักษะของพยาบาลให้สอดคล้องกับแพทย์เฉพาะทาง ฯ

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

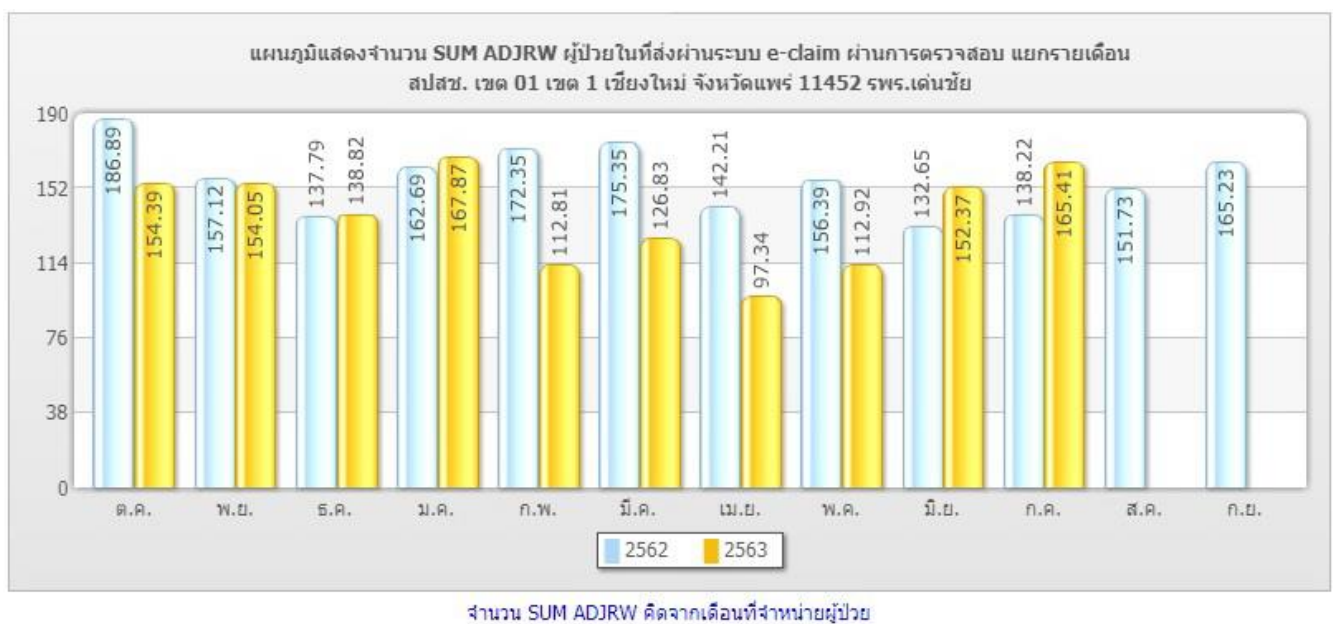
11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

12. ภาพกิจกรรมฯ



จำนวนผู้ป่วยใน ปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2563 พบว่าช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2563 มีจำนวนลดลง ซึ่งเป็นช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)



จำนวน SUM ADJRW. ปี 2562 เปรียบเทียบกับปี 2563 พบว่าช่วงเดือนเมษายน-มิถุนายน 2563 มีจำนวนลดลง ซึ่งเป็นช่วงที่มีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สอดคล้องกับจำนวนผู้รับบริการที่ลดลง

ตารางแสดงจำนวนข้อมูล ผู้ป่วยใน RW ADJRW และค่า CMI แยกตามรายเดือนภาพรวมทั้งประเทศ
สปสช. เขต 01 เขต 1 เชียงใหม่ จังหวัดแพร่ 11452 รพ.เด่นชัย

เดือน	จำนวนผู้ป่วย(ราย)		จำนวน RW		จำนวน ADJRW		CMI	
	2562	2563	2562	2563	2562	2563	2562	2563
ต.ค.	287	248	188.3367	155.0556	186.8914	154.3937	0.66	0.63
พ.ย.	266	231	158.1277	157.4948	157.1164	154.0458	0.59	0.68
ธ.ค.	237	219	139.0359	139.3007	137.7936	138.8186	0.59	0.64
ม.ค.	274	256	163.6513	168.6830	162.6919	167.8699	0.60	0.66
ก.พ.	266	224	173.9052	113.1276	172.3459	112.8093	0.65	0.51
มี.ค.	288	225	176.1373	127.3987	175.3530	126.8261	0.61	0.57
เม.ย.	239	147	143.7783	98.0515	142.2109	97.3366	0.60	0.67
พ.ค.	262	182	157.3414	113.3396	156.3934	112.9209	0.60	0.62
มิ.ย.	219	201	133.7017	153.8960	132.6500	152.3747	0.61	0.77
ก.ค.	241	235	140.0563	165.5997	138.2191	165.4082	0.58	0.70
ส.ค.	270	0	152.7393	0.0000	151.7326	0.0000	0.57	0.00
ก.ย.	267	0	166.2901	0.0000	165.2319	0.0000	0.62	0.00
รวม	3,116	2,168	1,893.1012	1,391.9472	1,878.6301	1,382.8038	0.61	0.64

จำนวน ผู้ป่วยใน RW ADJRW คัดจากเดือนที่จำหน่ายผู้ป่วยค่า CMI หาได้จากจำนวน SUM RW / จำนวน ผู้ป่วยใน

ผู้รายงานผู้รายงาน นายจิรเดช ศรีโพธิ์
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร 054-613019 ต่อ 509
อีเมลล์ : jiradech.insu@gmail.com
วันที่รายงาน 13 สิงหาคม 2563

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 6 Area based (ปัญหาสำคัญของพื้นที่ระดับเขต 1, สสจ.แพร่ และอำเภอเด่นชัย)
2. ประเด็น/หัวข้อ โรคไม่ติดต่อ (อุบัติเหตุทางถนน)
3. ตัวชี้วัด
 1. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากจราจรทางถนน
 2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (DRTI)
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม
 - 4.2.1 แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน
 - 4.2. คปสอ.เด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

เนื่องจากรพ.ตั้งอยู่ในเขตเส้นทางจราจร เป็นประตูสู่ล้านนา ที่มีพื้นที่รอยต่อในการเดินทางไปยังจังหวัดต่างๆ ในภาคเหนือตอนบนซึ่งมีโอกาสที่จะมีผู้ได้รับอุบัติเหตุค่อนข้างสูง สถิติตั้งแต่ ปี 60/61/62/63 พบการได้รับบาดเจ็บ จำนวน 741/744/ 703/ 473 ราย เสียชีวิต 18/14/10 และ 1 ราย ตามลำดับ สาเหตุจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ โดยที่ รพ. มีโครงสร้างที่เป็นตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินโดยเฉพาะ และเป็น NODE trauma รวมทั้งที่มีอุปกรณ์การแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน อุบัติเหตุ และบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางอุบัติเหตุฉุกเฉินและได้รับทุนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน สถิติผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจรของหน่วยงาน ปี 63 จำนวน 473 ราย admit 58 ราย refer 32 ราย dead 1 ราย สาเหตุจากบาดเจ็บที่ศีรษะ 89 ราย ถนนสายหลัก 89 ราย สายรอง 384 ราย พาหนะ รถยนต์ 27 ราย รถจักรยานยนต์ 400 ราย รถจักรยาน 42 ราย คนเดินถนน 3 ราย และรถไถ 1 ราย จากสภาพปัญหาอุบัติเหตุจราจรส่งผลให้เกิดผลเสียต่อประชาชนทั้งร่างกาย จิตใจ สูญเสียเศรษฐกิจในชุมชนจึงได้มีการบูรณาการแก้ไขปัญหาร่วมกันทั้งองค์กรในอำเภอเด่นชัย

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

ปี 2563 หน่วยงานได้รับงบประมาณจำนวน 215,000 บาท จาก สสส. โครงการสนับสนุนเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช ในการจัดการสุขภาวะระดับพื้นที่ ในการจัดทำโครงการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน อำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ โดยการดำเนินการ จำนวน 4 phase โดยจัดประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกับคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนน,ประชุมเชิงปฏิบัติการ พขอ. สู้ พชต. และรณรงค์ขับขี่ปลอดภัยในทุกหมู่บ้าน และหาจุดเสี่ยงในพื้นที่ อปท.มีการถอดบทเรียน และสรุปแนวทางในการขับเคลื่อนต่อไป

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.ประชุมคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนทุกเดือน				
ผลการดำเนินงาน	เข้าร่วมประชุมทุกเดือน	เข้าร่วมประชุมทุกเดือน	เข้าร่วมประชุมทุกเดือน	เข้าร่วมประชุมทุกเดือน

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2.บริหารจัดการข้อมูล อุบัติเหตุ -ประสานงานITจัดเก็บ ข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล -จัดจนทIT เข้าร่วมประชุม การวิเคราะห์ข้อมูลS				
ผลการดำเนินงาน	วิเคราะห์ข้อมูล ทุกเดือน	วิเคราะห์ข้อมูล ทุกเดือน	วิเคราะห์ข้อมูล ทุกเดือน	วิเคราะห์ข้อมูล ทุกเดือน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	คืนข้อมูลสู่ชุมชนทุกไตร มาส	คืนข้อมูลสู่ชุมชนทุก ไตรมาส	คืนข้อมูลสู่ชุมชนทุกไตร มาส	คืนข้อมูลสู่ชุมชนทุก ไตรมาส
3.ดำเนินการตามกิจกรรม ในโครงการจำนวน4 phase				
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	ดำเนินกิจกรรมphase1	ดำเนินกิจกรรม phase2	ดำเนินกิจกรรมphase3	ดำเนินกิจกรรม phase3

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1.อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บจากจราจรทางถนน	-	Dead 1 ราย	-
2.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (DRTI)	5	4	80

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

- ความร่วมมือจากเครือข่าย และอปท.
- งบประมาณ สสส.ในการจัดทำโครงการ

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

- ช่วงโควิดกิจกรรมบางกิจกรรมจะไม่สามารถทำได้ตามแผน

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
ขาดแพทย์เฉพาะทาง ช่วงก่อนดำเนินการ	-

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

- นวัตกรรม KED ที่ให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บกระดูกสะโพกในผู้ป่วยกระดูกเชิงกราน

ผู้รายงาน บุษบา อินทราวุธ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร.093-1373668 E-mail: intbuss@hotmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

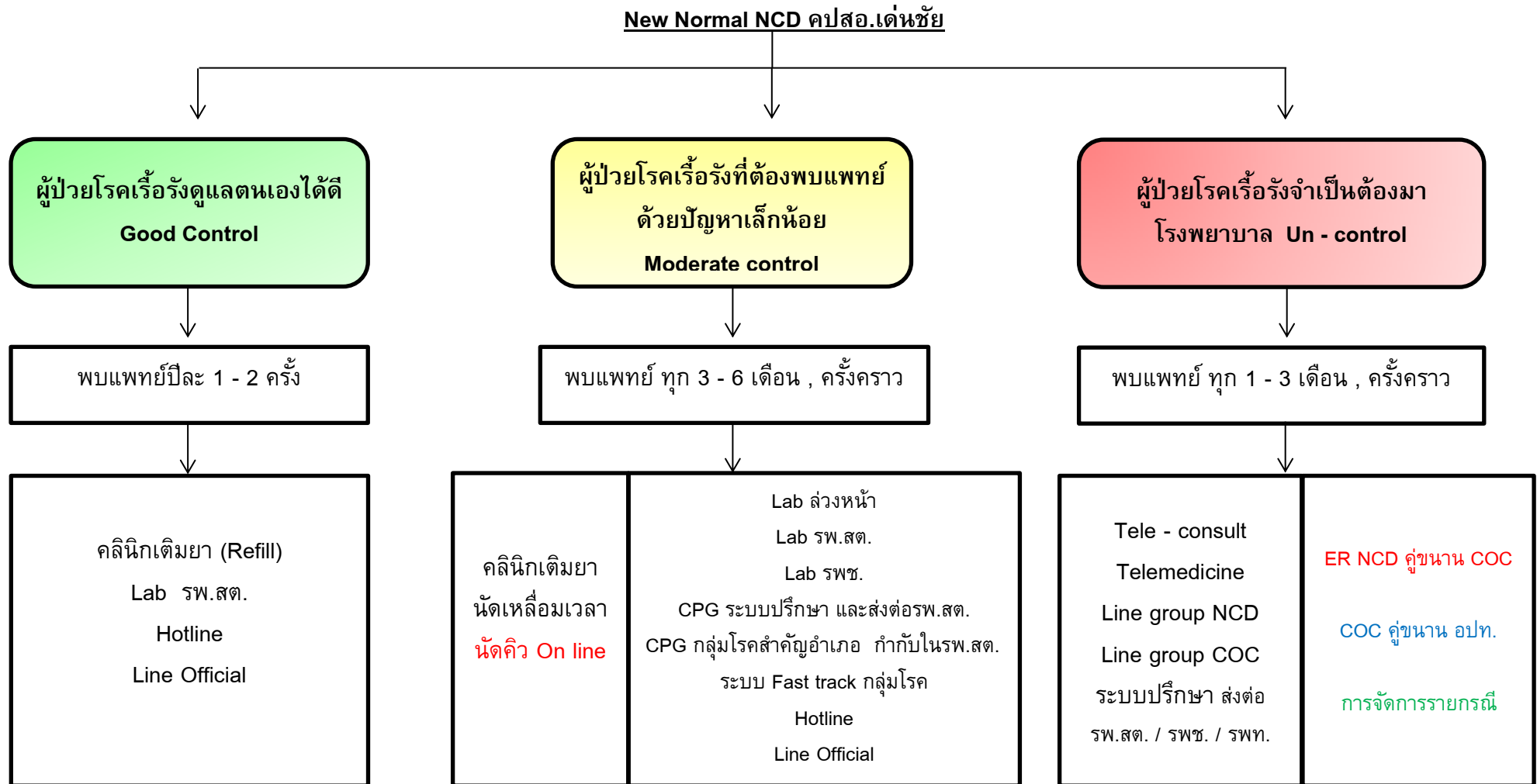
ประเด็นที่ 7 ผลงานเด่นของพื้นที่
(ระดับอำเภอ)

ประเด็นที่ 7 ผลงานเด่น (1.แนวทางการบริหารจัดการ New Normal NCD คปสอ.เด่นชัย)

Purpose 1. OKR เพื่อลดความแออัดของสถานบริการ

2. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพระบบบริหารจัดการความเสี่ยง 2P Safety ของการจัดบริการ

Process



- คำจำกัดความ กลุ่มที่ 1** ผู้ป่วยคุมอาการได้ มีผลการตรวจร่างกายตามกลุ่มโรคร่วมอยู่ในเกณฑ์ปกติ และควรได้รับการวัด Health Literacy
- คำจำกัดความ กลุ่มที่ 2** ผู้ป่วยคุมอาการเกือบได้ ยังมีผลการตรวจร่างกายตามกลุ่มโรคร่วมไม่ได้ตามเกณฑ์ที่จำเป็นเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และควรได้รับการวัด Health Literacy เป็นระยะ
- คำจำกัดความ กลุ่มที่ 3** ผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ และ/หรือมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง Stroke /MI หรือเข้าเกณฑ์ Palliative มีความจำเป็นต้องดูแลติดตามคุณภาพชีวิตต่อเนื่อง

- Performance**
1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์
 2. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์
 3. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดสมอง
 4. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือดหัวใจ
 5. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง โดยศูนย์ COC
 6. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแบบประคับประคองได้รับการดูแลโดยศูนย์ COC
 7. อัตราอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน / ความผิดพลาด (Pitfall) ของระบบบริการทางการแพทย์
 8. อัตราความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ New normal NCD (ผู้ให้ และผู้รับบริการ)

P1=Patient safety

P2=Personal safety

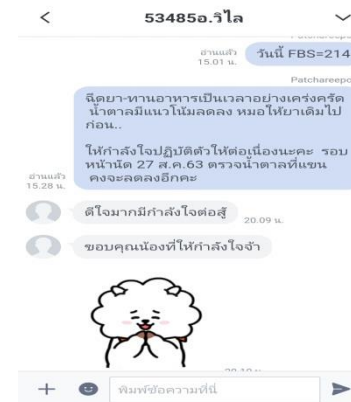
- กลยุทธ์**
1. บูรณาการกับ New normal ER และ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องระดับอำเภอ (ตามแนวทางราชวิทยาลัยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย)
 2. สร้างระบบวัดผล Health literacy กลุ่ม 1 และ 2 โดยเริ่มจาก 10% กลุ่มแต่ละกลุ่มผู้ป่วย และญาติผู้ดูแลที่มีความพร้อมด้าน Line Official
 3. เพิ่มช่องทางติดตาม และวัด Health literacy แบบรายบุคคลที่รพ.สต. ตามความสมัครใจในการเรียนรู้
 4. CPG ระดับ คปสอ. ที่กำกับไว้เชิงนโยบาย และรพ.แม่ข่าย เช่น ระบบปรึกษา ส่งต่อที่รพ.สต. , การแปลผล Lab และการรักษา , โรคสำคัญอำเภอกำกับที่รพ.สต.

- จุดแข็ง**
1. ทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนำขับเคลื่อน กำกับดูแล และเฝ้าระวัง Risk score ระดับ Primary care team
 2. มีแพทย์อายุรกรรม และแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน วางระบบ และ Monitor Risk management ทางคลินิก
 3. จัดบริการ COC & Palliative clinic
 4. ระบบ Data exchange เชื่อมโยงข้อมูลรักษา Hos.xp กับ Hos.xp PCU
 5. CPG การดูแล ระบบปรึกษาและส่งต่อ รพ.สต. ระบบความพร้อม Case manager ภายในอำเภอ

- ข้อจำกัด**
1. การบริหารเวชภัณฑ์ยา คลังยาต่อการจัดบริการคลินิกเดิมยา Refill ให้เพียงพอ

2. ระบบรองรับค่าใช้จ่ายทางไปรษณีย์ การบริหารจัดการร้านขายยา
3. โครงสร้างระบบการเงิน การเคลมสิทธิรักษาเชิงนโยบาย ที่ไม่เอื้อต่อระบบบริการด้านการเงินที่ครอบคลุมสิทธิรักษากลุ่มเปราะบางได้ จ่ายตรงๆ ประกันสังคม ต่อการจัดการบริการจัดส่งยา และบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่จำเป็น เป็นต้น

ภาพประกอบการดำเนินงาน Health Literacy New normal NCD



< 7334 aek >



19,38 น.



19,44 น.

วันนี้ปั่นจักรยาน 5 กิโลเมตร ความดัน ไม่ขึ้น ครับ

+ 🌟 พิมพ์ข้อความที่นี่ ➤

< 7334 aek >

เยี่ยมมากค่ะ... ถ้าเลือกวิธีปั่นจักรยาน แนะนำแบบนี้ค่ะ

1. ออกกำลังกาย 20 นาที ช่วยบำรุงหัวใจ
2. ถ้าได้ 30 นาที เริ่มช่วยเผาผลาญ
3. เกิน 40 นาที ขึ้นไป ช่วยเผาผลาญไขมัน เหมาะกับคนที่ต้องการลดน้ำหนัก

อ่านแล้ว 21.23 น.

แต่ทั้งนี้เนะค่ะ... เน้นที่กำลังกายเราไหว.. ถ้าได้ครบชั่วโมง ถือว่าร่างกายค่อนข้างดี

อ่านแล้ว 21.24 น.

อย่างน้อยออกกำลังกาย ประมาณ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ก็ได้ค่ะ หรือปรับตามลักษณะงานที่ทำ

อ่านแล้ว 21.25 น.

คุมอาหาร ลดหวาน ลดมันสักนิดนะค่ะ สู้ๆ ค่ะ

อ่านแล้ว

ก่อนถึงนัดหมอครั้งต่อไป รบกวนส่งความดัน ให้ดูอีกครั้งค่ะ

+ 🌟 พิมพ์ข้อความที่นี่ ➤

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 7 ผลงานเด่นของพื้นที่ (ระดับอำเภอ)
2. ประเด็น/หัวข้อ การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
3. ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 19.5)
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบหลัก งานแพทย์แผนไทย รพร.เด่นชัย
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

ตลอดระยะเวลา 22 ปี โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัยมีการมุ่งมั่นพัฒนางานแพทย์แผนไทยอย่างต่อเนื่อง เปิดคลินิกเฉพาะโรคและจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติด้านการแพทย์แผนไทย พัฒนาคำร่ำยาสมุนไพร ต่อยอดงานวิจัยและคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

การดำเนินงานแพทย์แผนไทย ปี พ.ศ.2563 ได้พัฒนาการให้บริการยาปรุงเฉพาะราย โดยมีรายการยาปรุงเฉพาะรายทั้งหมด 62 รายการ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 จำนวน 38 รายการ และในปีดังกล่าวประชาชนแลเห็นความสำคัญในการใช้ยาปรุงเฉพาะรายเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน นอกจากนี้ยังเปิดให้บริการคลินิกกัญชาทางแพทย์ตามนโยบายกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกอย่างเต็มรูปแบบ

ด้านการพัฒนาผลงานวิชาการมีการศึกษาค้นคว้าต่อยอดและวิจัย โดยจัดทำโครงการถอดองค์ความรู้จากตำราปืบล้านนาของหมอพื้นบ้านอำเภอด่านชัยนำมาแปลและจัดทำเป็นหนังสือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมตำรายาในตำราปืบล้านนา และนำมาศึกษาวิจัยต่อไป

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางงานแพทย์แผนไทยจัดทำมาตรการ/แนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับ และเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

ข้อมูลพื้นฐาน : จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย อ.เด่นชัย ปี 2563 จำแนกตามรายสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ	จำนวนบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย (คน)				
	แพทย์แผนไทย	จพ.แพทย์แผนไทย	นวก.แพทย์แผนไทย	ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	รวม
รพร.เด่นชัย	3	2	2	4	11
สอน.แม่จั่วะ	1	-	-	1	2
สวนหลวง	-	-	-	1	1
ปงป่าหวาย	-	-	-	1	1
ปากป่าน	-	-	-	1	1
น้ำแรม	-	-	-	1	1
ห้วยไร่	-	-	-	1	1
ไทรย้อย	-	-	-	1	1
บ่อแก้ว	-	-	-	1	1
รวม	4	2	2	12	20

รายการยาสมุนไพร 34 ตำรับที่ผลิตใน รพร.เด่นชัย ปีงบประมาณ 2563

ตำรับยารับประทาน		ตำรับยาใช้ภายนอก		ตำรับอื่น ๆ	
1	เถาวัลย์เปรียงแคปซูล	1	ยาทาสะกดเงินครีม	1	ยาต้มสมุนไพร
2	ขมิ้นชันแคปซูล	2	ยาทาสะกดเงินน้ำ	2	สบู่สกัดมะขาม
3	มะระขี้นกแคปซูล	3	กลีเซอรีนพญายอ	3	สเปรย์ตะไคร้หอม
4	เพชรสังฆาตแคปซูล	4	ทิงเจอร์พญายอ		
5	รางจืดแคปซูล	5	น้ำมันไพล		
6	ฟ้าทะลายโจรแคปซูล	6	ยาหม่องไพล		
7	เบญจกูลแคปซูล	7	ยาหม่องขมิ้นชัน		
8	ไฟห่ากองแคปซูล	8	ยาหม่องพญายอ		
9	ว่านชักมดลูกแคปซูล	9	ลูกประคบใหญ่		
10	มะขามแขกแคปซูล	10	ลูกประคบเล็ก		
11	ยาปราบชมพูทวีป	11	ยาอบสมุนไพร		
12	ยาหอมนวโกธ	12	ยาอบสมุนไพร		
13	ยาหอมเทพจิตร	13	ยาพอกสูตรร้อน		
14	ยาอมฟ้าทะลายโจร	14	ยาพอกสูตรเย็น		
15	ยาชงหญ้าหนวดแมว				
16	ยาชงหญ้าดอกขาว				
17	นมนาง				

นอกจากนี้ยังมีสมุนไพรจำนวน 62 รายการ สำหรับใช้ในการปรุงยาเฉพาะราย

มูลค่าการใช้ยาแผนไทยและร้อยละของมูลค่าการใช้ยาแผนไทยต่อแผนปัจจุบัน อ.เด่นชัย ปี 2561-2563 จำแนกตามรายสถานบริการสุขภาพ

สถานบริการสุขภาพ	มูลค่าการใช้ยาแผนไทย					
	ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563	
	จน. (บาท)	ร้อยละ	จน. (บาท)	ร้อยละ	จน. (บาท)	ร้อยละ
รพร.เด่นชัย	645,250.00	3.82	684,050.50	3.87	705,491.50	4.55
สอ.แม่จัน	118,820.00	23.36	120,590.00	21.74	95,759.50	19.21
สวนหลวง	34,368.00	8.81	47,028.00	11.68	41,484.00	10.32
ปงป่าหวาย	37,333.94	10.49	30,240.10	9.26	26,395.10	9.35
ปากป่าน	34,550.00	17.77	34,712.00	17.54	39,498.70	20.15
น้ำแรม	33,482.00	7.88	32,004.00	7.82	27,780.00	7.8
ห้วยไร่	84,064.50	26.11	69,346.50	20.13	56,432.50	18.11
ไทรย้อย	37,120.00	10.63	39,527.00	9.35	35,996.00	9.49
บ่อแก้ว	25,852.40	6.66	19,857.00	6.04	120,590.00	5.17
รวม	1,050,840.84	5.30	1,077,355.10	5.21	1,051,735.30	5.72

ที่มาของข้อมูล : จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2563

ร้อยละผู้ป่วยนอกของของ อ.เด่นชัย ได้รับการบริการงานแพทย์แผนไทยข้อมูล ปี 2561-2563

ปีงบประมาณ	ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับการบริการแพทย์แผนไทย
2561	23.95
2562	24.09
2563	25.61

ที่มาของข้อมูล : จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2563

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาในส่วนของการเข้าถึงระบบบริการด้านการแพทย์แผนไทยและร้อยละของมูลค่าการใช้ยาแผนไทยต่อแผนปัจจุบันผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด

6. ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task) ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การดำเนินงานแพทย์แผนไทย คปสอ.เด่นชัย ผลลัพธ์ที่ต้องการ รพสต.ผ่านมาตรฐาน รพ. สส.พท. ร้อยละ 100	มีแผนการดำเนินการ	ดำเนินการตามแผนการดำเนินการ	ตรวจประเมินมาตรฐาน รพ.สส.พท.	1. รวบรวมผลการดำเนินงาน 2. สรุปผล/วิเคราะห์ข้อมูล 3. ส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ผลการดำเนินงาน	มีแผนการดำเนินการรายปีงบประมาณ	ดำเนินการตามแผนร้อยละ 30	ตรวจประเมินครอบคลุมร้อยละ 100	1. รวบรวมผลการดำเนินงาน 2. สรุปผล/วิเคราะห์ข้อมูล
2. Excellent center การดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต /ติดเตียง ที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยการประยุกต์ใช้นวัตกรรมก๊อช สمانแผล ผลลัพธ์ที่ต้องการ Excellent center ของจังหวัดในการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต /ติดเตียง ที่มีภาวะแทรกซ้อน	มีแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต /ติดเตียง ที่มีภาวะแทรกซ้อน	รักษาและติดตามอาการผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติของโรงพยาบาล		1. รวบรวมผลการดำเนินงาน 2. สรุปผล/วิเคราะห์ข้อมูล
ผลการดำเนินงาน	แนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย อัมพฤกษ์ อัมพาต /ติดเตียง ที่มีภาวะแทรกซ้อน	เก็บข้อมูลในเชิงงานวิจัยและผลงานเด่นของการรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต /ติดเตียง ที่มีภาวะแทรกซ้อนโดยการประยุกต์ใช้นวัตกรรมก๊อช สمانแผล		1. รวบรวมผลการดำเนินงาน 2. สรุปผล/วิเคราะห์ข้อมูล 3. นำเสนอผลงานวิจัยในเวที ของจังหวัด/ภาค 4. นำเสนอผลงานเด่นในเวที สปสช.
3.การให้บริการแพทย์แผนไทย ระบบวิถีใหม่ (New	มีแนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาด	ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและ

มาตรการดำเนินงาน	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
service model) ประเด็นลดแออัด ลดรอคอย และประเด็นความปลอดภัยผู้รับบริการและบุคลากรสาธารณสุข (2P safety) ผลลัพธ์ที่ต้องการ เพื่อให้บุคลากร และผู้มารับบริการมีความปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า	ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)	(COVID-19)		ควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ผลการดำเนินงาน	ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)			

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย									
		สอนแม่จัวะ	รพ.สต.บ้านปากป่าน	รพ.สต.ไทรน้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางปาวหาย	รพ.ร.เด่นชัย	รวม คปสอ.เด่นชัย
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	เป้าหมาย	6,914	2,704	3,304	4,080	3,397	2,806	3,475	2,884	62,124	91,688
	ผลงาน	2,519	1,026	1,208	1,709	943	755	813	835	13,677	23,485
	ร้อยละ	36.43	37.94	36.56	41.89	27.76	26.91	23.40	28.95	22.02	25.61

*ข้อมูล 11 ส.ค. 63

ตัวชี้วัด/ผลงาน	ผลงาน คปสอ.เด่นชัย					
	รอบ 6 เดือน			รอบ 9 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ 19.5)	62,427	15,856	25.55	83,194	21,423	26.18

*ข้อมูล 11 ส.ค. 63

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

- ยุทธศาสตร์พัฒนาสาธารณสุขจังหวัดแพร่ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์พัฒนา รพ.ร.เด่นชัยในการพัฒนาการแพทย์แผนไทยให้มีคุณภาพ
- ผู้บริหารเห็นความสำคัญในการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ได้บังคับบัญชา
- โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยนาร่อง 1 ใน 19 แห่งของประเทศ
- โครงสร้างองค์กร แผนกลยุทธ์ และ Service plan มีความชัดเจน
- บุคลากรในงานผ่านมาตรฐานการอบรมและมีความเชี่ยวชาญ
- ค่านิยมขององค์กรที่พร้อมจะสนับสนุนส่งเสริมงานแพทย์แผนไทย

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

1. การบริหารจัดการในส่วนของการเงินและพัสดุล่าช้า
2. ตัวชี้วัดบางตัวขาดความชัดเจนและระบบการติดตามประเมินผลไม่ต่อเนื่อง

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
การใช้ตำรับยาสมุนไพรยังขาดข้อมูล/ผลงานวิจัย เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ยา	สนับสนุนและส่งเสริมการทำวิจัยในพื้นที่
การสั่งจ่ายยาสมุนไพรยังมีน้อย	แนวทางกระตุ้นให้มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรของแพทย์โดยมีการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนมาจากผู้บริหารระดับสูง

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

- กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ควรสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการให้กับผู้ปฏิบัติงานแพทย์แผนไทย เช่น ผลงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการรักษาพยาบาลด้านการแพทย์แผนไทย

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

1. การดำเนินงานด้านการแพทย์แผนไทย มีการดำเนินงานอย่างครบวงจร ทำให้ได้รับรางวัลพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย ระดับภาคเหนือ
2. การบูรณาการการรักษาผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต/ติดเตียง ที่มีภาวะแผลกดทับร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโดยการประยุกต์ใช้นวัตกรรมผ้าก๊อชสมานแผล การดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ได้รับรางวัลชนะเลิศ นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย ระดับภาคเหนือ
3. การจัดทำมาตรการ/แนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับ และป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ดังมีรายละเอียดในภาคผนวก -1

12. ภาพกิจกรรมฯ



รางวัลพื้นที่ต้นแบบด้านการแพทย์แผนไทย ระดับภาคเหนือ



รางวัลบุคลากรดีเด่นด้านสาธารณสุข จากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช



รางวัลชนะเลิศ นวัตกรรมด้านการแพทย์แผนไทย ระดับภาคเหนือ



การจัดทำ มาตรการ/แนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1

ผู้รายงาน นางยุวดี ธรรมวงศ์ชัย
ตำแหน่งแพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
โทร 054-613134 ต่อ 608
E-mail p-pangram@hotmail.com
วันที่รายงาน 11 สิงหาคม 2563

ภาคผนวก 1

มาตรการ/แนวทางการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1

1. วัตถุประสงค์

- 1.1 เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการทุกระดับ
- 1.2 เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

2. ตัวชี้วัด

- 2.1 อัตราการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้รับบริการและบุคลากร ร้อยละ 0
- 2.2 เกิด New service model ด้านการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1 ร้อยละ 80

3. นิยาม การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในรูปแบบใหม่

การจัดบริการการแพทย์แผนไทยปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

4. มาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยรูปแบบใหม่

องค์ประกอบมาตรฐานสำหรับสถานบริการแพทย์แผนไทยรูปแบบใหม่ ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้

- 1 ด้านโครงสร้าง (Structure)
- 2 ด้านการจัดบริการ (System)
- 3 ด้านบุคลากรและผู้รับบริการ (Staff & Customer)

1. ด้านโครงสร้าง (Structure) อาคารสถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ ได้แก่

1.1. อาคารสถานที่

1.การแบ่งพื้นที่งานแพทย์แผนไทยตามลักษณะการแพร่กระจายเชื้อ
(Zoning Air Circulation and Ventilation Cleaning)

1.1 เขตปนเปื้อน

- จุดพักผู้รับบริการ
- จุดคัดกรอง
- จุดตรวจวินิจฉัย
- จุดบริการนัด ประคบ พอก ทับหม้อเกลือ
- จุดจ่ายยาและให้คำแนะนำ
- ห้องสำนักงาน

1.2 เขตสะอาด

- จุดปรุงยาเฉพาะราย
- จุดเตรียมอุปกรณ์ทับหม้อเกลือ

1.3 เขตสกปรก

- ห้องอาบน้ำ/ห้องส้วม

2. ระบบอากาศ

- การไหลเวียนของอากาศไหลเวียนจากเขตสะอาดไปยังบริเวณที่ปนเปื้อน เช่น ให้อากาศไหลเวียนไปทางเดียวจากผู้ให้บริการไปทางผู้รับบริการ
- กรณีใช้เครื่องปรับอากาศ ควรมีการไหลเวียนของอากาศภายในห้องไม่ต่ำกว่า 12 ACH และมีระบบเติมและดูดอากาศ ติดตั้งเครื่องปรับอากาศในพื้นที่ที่เหมาะสม

3. การรับ-ส่งวัสดุ อุปกรณ์

- กำหนดเวลา รับ-ส่ง ของสะอาด เช่น ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร และชุดสำหรับผู้ให้บริการ เพื่อลดการปนเปื้อน

๑.๒ อุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้เป็นประจำ

1. จุดล้างมือ
 - จัดให้มีอ่างล้างมือที่ถูกสุขลักษณะสำหรับเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วย สบู่ สบู่เหลว ผ้าเช็ดมือ
 - จัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ 70 % ทุกจุดที่ให้บริการ
2. จุดรับขยะ
 - จัดให้มีภาชนะกล่องรับขยะแต่ละประเภทที่มีฝาปิดมิดชิด

2. ด้านการจัดบริการ (System)

2.1 การจัดการบริการผู้ป่วยนอก ในสถานบริการ และนอกสถานบริการ

- 2.1.1 จัดให้มีเจลแอลกอฮอล์ 70% สำหรับทำความสะอาดมือทุกจุด
- 2.1.2 จัดให้มีจุดพักคอยสำหรับผู้รับบริการ และมีระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร
- 2.1.3 จัดให้ผู้เข้ารับบริการ ครึ่งละ 1 คน ผู้คัดกรองและผู้รับบริการต้องมีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร โดยสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า
- 2.1.4 ผู้รับบริการได้รับการคัดกรอง วัดอุณหภูมิ และประเมินตามแบบคัดกรองผู้ป่วย COVID-19 (เอกสารแนบ 1) กรณีมีไข้ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส และเป็นกลุ่มเสี่ยง เช่น สัมผัสผู้ติดเชื้อจากการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยงหรือมีอาการไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ และหอบเหนื่อย หายใจลำบาก มีอาการของโรคปอดอักเสบ หรือระบบทางเดินหายใจ ให้เข้ารับการตรวจที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ **งด**เข้ารับบริการ และส่งพบแพทย์แผนปัจจุบัน

2.1.4 การให้บริการแพทย์แผนไทย

- ชักประวัติ ตรวจร่างกาย วินิจฉัย สั่งการรักษา จ่ายยาสมุนไพร ผู้ให้บริการและผู้รับบริการสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง
- นวดเพื่อการรักษา ในห้องนวด ไม่เกิน 60 นาที ระยะห่างระหว่างเตียงให้บริการต้องมีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร มีม่านกั้นระหว่างเตียงให้บริการที่สามารถทำความสะอาดได้ง่าย
- กรณีที่มีความจำเป็นต้องประคบเพื่อการรักษา ไม่เกิน 30 นาที ลูกประคบสมุนไพร ให้ใช้เฉพาะผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ผ้าห่อหรือผ้ารองลูกประคบจะต้องผ่านการทำความสะอาดทุกผืน
- การดูแลมารดาหลังคลอดทำเพื่อการรักษาและฟื้นฟูเท่านั้น
- บริการอื่นๆ เช่น พอกเข้า เผา ยา ประคบเฉพาะราย ต้องเปลี่ยนชุดปฏิบัติงาน สวมหน้ากากอนามัย หมวกคลุมผม และถุงมือทุกครั้ง
- งดให้บริการความเสี่ยงสูง เช่น อบไอน้ำสมุนไพร รมยาสมุนไพร
- ระยะเวลาในการให้บริการไม่เกิน 1 ชั่วโมง/ครั้ง/คน

งด บริการนวดรักษาบริเวณศีรษะใบหน้า การนวดแผนไทยหน้า หรือใกล้ชิดบริเวณใบหน้าของผู้รับบริการ

- 2.2.5 จัดให้มีชุดสำหรับเปลี่ยนของผู้มารับบริการโดยอยู่ในถุงที่แยกแต่ละชุดอย่างชัดเจนและผ่านการทำความสะอาด มีถุงพลาสติกสำหรับใส่ชุดผู้รับบริการสวมใส่มาและของใช้ส่วนตัวเก็บไว้ในล็อกเกอร์เก็บของ

หมายเหตุ: กรณีให้บริการนอกสถานบริการ ต้องใส่ชุดปฏิบัติงาน สวมหน้ากากอนามัย ถูมือ และเจลแอลกอฮอล์ 70% สำหรับทำความสะอาดมือทุกครั้ง

2.3. ระบบนัดหมาย

2.3.1 มีระบบนัดหมายเพื่อลดการแออัด

2.3.2 มีการบันทึกรายชื่อผู้รับบริการ และกิจกรรมที่ให้บริการทุกราย

2.3.3 ให้คำแนะนำ หลังรับบริการในช่วง 14 วัน หากพบว่าตนเองมีอาการเข้าข่ายติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต้องแจ้งสถานบริการสาธารณสุขหรือผู้ให้บริการทราบ และพบแพทย์ทันที

2.4 ระบบทำความสะอาด และทำลายเชื้อ

2.4.1 ทำความสะอาดสถานที่อุปกรณ์ที่ใช้บริการร่วมกัน เช่น โต๊ะ เก้าอี้ เติ่งตรวจ เติ่งนวด ทุกครั้ง ก่อนและหลังให้บริการด้วยแอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีส่วนผสมของคลอรีน

2.4.2 ต้องเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าขาวเตียง หรือกระดาษปูเตียงแบบใช้แล้วทิ้ง ทุกครั้ง หลังให้บริการแต่ละราย หรือมีผ้าคลุมเตียงสำหรับเปลี่ยนทุกราย

2.4.3 ทำความสะอาดเตียงนวด/ประคบ หมอน เบาะยาง และบริเวณโดยรอบ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีส่วนผสมของคลอรีน หรือแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งหลังให้บริการแต่ละราย และพักเตียงหลังทำความสะอาดอย่างน้อย 10 นาที

2.4.4 จัดให้มีการทำความสะอาดห้องนวด/ประคบ ห้องน้ำ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อที่มีส่วนผสมของคลอรีน หรือแอลกอฮอล์ 70% อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง และบริเวณที่มีการสัมผัสบ่อย เช่น ที่จับหรือลูกบิดประตู ปุ่มกดลิฟท์ ราวจับ ราวบันได ล็อคเกอร์เก็บของ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือแอลกอฮอล์ 70% อย่างน้อยวันละ 2-3 ครั้ง

2.4.5 จัดให้มีการดูแลรักษาทำความสะอาดอุปกรณ์เครื่องมือ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดอุณหภูมิ Stethoscope ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อหรือแอลกอฮอล์ 70% และ Puff ของเครื่องวัดความดันโลหิตต้องทำความสะอาดด้วยการซักทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.4.6 วัสดุอุปกรณ์ที่ต้องทำลายเชื้อ ได้แก่ สำลี อับสำลี ไม้กดลิ้น ผ้าจับ/รองลูกประคบ

2.4.7 จัดให้มีมาตรการรองรับการป้องกันเชื้อในอากาศ การล้างทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศและควบคุมคุณภาพอากาศภายในพื้นที่เป็นประจำ

3. ด้านบุคลากรและผู้รับบริการ (Staff & Customer)

1. STAFF (บุคลากร)

1.1 ความรู้

- บุคลากร มีความรู้ความเข้าใจต่อการป้องกันและการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ การติดเชื้อและการระบาดของโรค การสวมและถอดอุปกรณ์ป้องกัน การทำความสะอาด การป้องกันการติดเชื้อ

- มีแนวทางการปฏิบัติมาตรฐานการบริการแพทย์แผนไทยเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.2 ทักษะ

- สังเกตอาการตนเองสม่ำเสมอ หากมีไข้ หรืออาการป่วยทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้หยุดปฏิบัติงาน แจ้งหน่วยงาน และให้พบแพทย์ทันที

- การคัดกรองผู้มารับบริการที่มีประวัติเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- การสวมใส่และการถอดอุปกรณ์อย่างถูกต้องตามมาตรฐานการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

1.3 การปฏิบัติที่ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ

- ต้องใส่อุปกรณ์ป้องกันอย่างถูกต้อง และตลอดระยะเวลาการให้บริการ หลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณ ใบหน้า ตา ปาก จมูกโดยไม่จำเป็น
- ต้องล้างมือด้วยสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้งทั้งก่อน และหลังให้บริการ
- ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน จาน ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า เป็นต้น
- งดเว้นการพูดคุยระหว่างการให้บริการ หรือพูดคุยเท่าที่จำเป็น เช่น สอบถามอาการ เป็นต้น

2. CUSTOMER (ผู้รับบริการ)

- ๒.1 ผู้รับบริการจะต้องใส่หน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดระยะเวลาที่รับบริการ และจะต้องล้างมือด้วย สบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้ง ก่อนและหลังเข้ารับบริการ
- 2.2 นั่งห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1 เมตร
- 2.3 หลีกเลี่ยงการสัมผัสที่ไม่จำเป็น เช่น ที่จับหรือลูกบิดประตู ปุ่มกดลิฟท์ ราวจับ ราวบันได เป็นต้น
- 2.4 ผู้รับบริการต้องไม่ปิดบังข้อมูลส่วนตัว เช่น โรคประจำตัวการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง ที่มีการแพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การสัมผัสใกล้ชิดบุคคลในครอบครัว/ญาติที่มีการติดเชื้อ เป็นต้น
- 2.5 ผู้รับบริการเข้ารับบริการตามช่วงเวลาที่คุณสถานบริการกำหนด

ผังการแบ่งเขตพื้นที่งานแพทย์แผนไทย

เขตสะอาด-(เขียว)	เขตปนเปื้อน (เหลือง)	เขตสกปรก (แดง)
จุดปรุงยาเฉพาะราย	จุดพักผู้รับบริการ	ห้องอาบน้ำ/ห้องส้วม
จุดเตรียมอุปกรณ์ทั่วมือเกลือ	จุดคัดกรอง	
	จุดตรวจวินิจฉัย	
	จุดบริการนวด ประคบ พอก	
	ทั่วมือเกลือ	
	จุดจ่ายยาและให้คำแนะนำ	
	ห้องสำนักงาน	

เขตพื้นที่	
เขตสะอาด	
เขตปนเปื้อน	
เขตสกปรก	

แบบคัดกรองผู้ป่วย COVID-19

วันที่.....เวลา.....น.
 ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เบอร์โทรศัพท์.....
 อณูภูมิ.....องศาเซลเซียส ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

ข้อ	ประวัติและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่
1.	มีไข้ ≥ 37.5 องศาเซลเซียส		
2.	มีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ (URI) ข้อใดข้อหนึ่ง ☐ ไอ ☐ มีน้ำมูก ☐ เจ็บคอ ☐ หายใจเร็ว/หายใจเหนื่อย/หายใจลำบาก/ ☐ มีเสมหะ ☐ จมูกไม่ได้กลิ่น ☐ ลิ้นไม่รับรส		
3.	มีประวัติเสี่ยงช่วง 14 วัน ระบุ.....		

หมายเหตุ : หากพบคำตอบใช่เพียง 1 ข้อ ให้ส่งต่อคลินิก ARI

- ☐ ส่งต่อคลินิก ARI
☐ รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย
☐ อื่นๆ เช่น คำแนะนำ
- ลงชื่อ.....ผู้คัดกรอง

ภาคผนวก -2

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ 4 ลดความแออัด ลดรอยคยในโรงพยาบาล
2. ประเด็น/หัวข้อ การพัฒนา อสม.เป็น อสม.หมอบริการบ้าน
3. ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ
 - 4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย
 - 4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย
5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

-

6.ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task)ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1. อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เป็น อสม. หมอบริการบ้าน	54 คน	54 คน	100
ผลลัพธ์ที่ต้องการ – อสม.ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม. หมอบริการบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น			
2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	80 คน	80 คน	100
ผลลัพธ์ที่ต้องการ – ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอบริการบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น			

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

-

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร -
11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี) -
12. ภาพกิจกรรมฯ

ภาพการอบรม อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน



ผู้รายงาน นางกิงกาญจน์ อิ่มใจ
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร. 094-3615639
E-mail Kingkarn 7992@gmail.com
วันที่รายงาน 13 สิงหาคม 2563

ภาคผนวก 3

แบบรายงานการติดตามนิเทศงานและประเมินผลการปฏิบัติราชการ
ตามประเด็นตรวจราชการและคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ 2563 คปสอ.เด่นชัย
วันที่ 14 สิงหาคม 2563

1. ประเด็นที่ ประเด็นที่ 5 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนบริการ
2. ประเด็น/หัวข้อ การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ
3. ตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับการจัดทำแผน รพ.สต. ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 20
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

4.1 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเด่นชัย

4.2 หน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบร่วม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย

5. วิเคราะห์สถานการณ์/สภาพปัญหาของพื้นที่

สถานะเงินบำรุงของ รพ.สต. ในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ มีสภาพคล่องในการบริหารจัดการ ในส่วนรายจ่ายของ รพ.สต. มีการใช้จ่ายอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ไม่มีการใช้จ่ายเงินบำรุงที่นอกเหนือจากแผนเงินบำรุงที่กำหนดไว้จำนวน 3 แห่ง และมีรพ.สต.ที่ใช้จ่ายเกินเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 5 แห่ง

6.ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานของพื้นที่

6.1 ความก้าวหน้า/ผลการดำเนินงานตามมาตรการ/กระบวนการ/ (Essential Task)ของพื้นที่

มาตรการดำเนินงานพื้นที่	6 เดือน			12 เดือน		
	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
1.ร้อยละของรพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนรายได้	-	-	-	8 แห่ง	8 แห่ง	100
2.ร้อยละของรพ.สต.ที่สามารถควบคุมแผนค่าใช้จ่ายได้	-	-	-	8 แห่ง	3 แห่ง	37.5

6.2 ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.เด่นชัย							
		สอ.แม่จัน	รพ.สต.บ้านปากป่าน	รพ.สต.ไทรน้อย	รพ.สต.บ้านบ่อแก้ว	รพ.สต.ห้วยไร่	รพ.สต.บ้านน้ำแรม	รพ.สต.บ้านสวนหลวง	รพ.สต.ปางปาวหาย
ระดับความสำเร็จของ คปสอ.ที่สามารถควบคุมกำกับจัดทำแผนรพ.สต. ส่วนต่างแผนและผลไม่เกินร้อยละ 20	เป้าหมาย	985,418.33	468,933.33	460,303	468,039.67	502,544.37	516,326.67	397,716.67	420,796.67
	ผลงาน	951,622.49	559,885.53	505,272.41	516,797.89	465,270.40	477,407.67	469,733.16	476,248.18
	ร้อยละ	96.57	119.40	109.77	110.42	92.58	92.46	118.11	113.18

7. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานประสบความสำเร็จ (บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Success Factor)

7.1 ทุก รพ.สต.จะมีการจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินบำรุง เพื่อใช้ในการควบคุมกำกับกับการใช้จ่ายเงินบำรุงของ รพ.สต. โดยเน้นนโยบายการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างประหยัดและคุ้มค่าของการใช้จ่ายเงินบำรุงเป็นสำคัญ

7.2 เน้นให้ทุก รพ.สต. เบิกจ่ายเงินบำรุงให้ตรงตามแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงอย่างเคร่งครัด โดยให้แนบสำเนาแผนการใช้จ่ายเงินบำรุงทุกครั้งของการเบิกจ่ายเงิน เพื่อเป็นการควบคุมกำกับกับการใช้จ่ายเงินบำรุง

8. สรุปประเด็นสำคัญที่ทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (ไม่บรรลุตามเป้าหมาย) (Key Risk Factor)

-

9. ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัย ที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุผลสำเร็จ	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
-	-

10. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อผู้บริหาร

-

11. Best Practice /นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง (ถ้ามี)

-

ผู้รายงาน นางกิงกาญจน์ อิ่มใจ
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน
โทร. 094-3615639
E-mail Kingkarn7992@gmail.com
วันที่รายงาน 13 สิงหาคม 2563