

ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ ประจำปี 2566

งานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รพ.องค์รักษ์

แผนงาน โครงการพัฒนาระบบบริการคลินิกแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ 2. การพัฒนาระบบบริการ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยฯ ร้อยละ 20.5

ผลงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด (ครั้ง)	68,670	58,075	126,056	85,856
จำนวนการให้บริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทย (ครั้ง)	14,864	10,846	16,212	17,118
ร้อยละการให้บริการผู้ป่วยนอก งานแพทย์แผนไทย	21.65	18.68	12.86	19.94

***ข้อมูลจาก HDC 30 ก.ย 2566

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- ร้อยละผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยในปี 2566 เพิ่มขึ้น เนื่องจากเปิดบริการคลินิกรักษาเฉพาะโรคและคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการผู้ป่วยนอกแพทย์แผนไทยให้เพิ่มขึ้น	-เปิดให้บริการคลินิกกัญชาทุกวันอังคาร เวลา 08.00-16.00 -เปิดบริการคลินิกแพทย์แผนไทยแผนกผู้ป่วยนอกทุกวัน อังคาร เวลา 09.00-11.00 น. -เปิดให้บริการคลินิกแพทย์แผนจีนที่ แผนกผู้ป่วยนอกทุกวัน พุธ-สัปดาห์ เวลา 09.00-11.00 น. -เพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ในสื่อออนไลน์	ปี 67	งานแพทย์แผนไทย

2. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2

ผลงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร	1,058,524.85	1,154,349.65	1,724,405.85	2,366,568.79	2,367,919.79
มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในเมืองสมุนไพรและจังหวัดในเขตสุขภาพเพิ่มขึ้น ร้อยละ 2		9.05	49.3	37.2	0.1

***ข้อมูลจาก HDC 30 ก.ย 2566

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- ปี2565 มีการใช้ฟ้าทะลายโจรในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 และมีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันในบางรายการ เช่น เพชรสังฆาตแทน Daflonในการรักษาโรคริดสีดวงทวาร
- ปี2566 มีการลดการใช้ยาฟ้าทะลายโจรในผู้ป่วยโควิด-19ลง ทำให้มูลค่ายาแผนไทยลดลง และมีการสนับสนุนยาสมุนไพรจากเขตสุขภาพ จ่ายในโรงพยาบาลและ รพ.สต ซึ่งบางรายการเป็นยาไม่สามารถคิดมูลค่าได้ จึงทำให้มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในปี 2566 เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. มูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี	- เพิ่มการจ่ายยากลุ่มที่ใช้จริงให้ผู้รับบริการตามอาการ - สำรองยาให้เพียงพอต่อการจ่ายผู้รับบริการ	ปี 67	งานแพทย์แผนไทย
2. งานแพทย์แผนไทยจ่ายยาสมุนไพรให้เหมาะสมและมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง	- เสนอยาสมุนไพรเพื่อใช้ในการทดแทนยาแผนปัจจุบันในบางรายการเพิ่มเติม - จัดตั้งคลินิกกัญชา และเพิ่มยาสมุนไพรเข้าในระบบ 2 รายการยา		

3. ผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนจีน เพิ่มขึ้น 5%

ผลงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนจีน(ครั้ง)	1,152	600	807	1,128
ร้อยละการให้บริการที่เพิ่มขึ้น	-22	-47.9	34.5	39.7

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- ผ่านตัวชี้วัด
- ผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนจีน เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีประชาสัมพันธ์คลินิกแพทย์แผนจีนในกลุ่มผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. ผู้รับบริการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้ารับบริการฝังเข็ม	- ประชาสัมพันธ์คลินิกแพทย์แผนจีนในกลุ่มผู้ป่วยนอกทุกวันพฤหัสบดี เวลา 09.00-12.00 น.	ปี 66	ชนากานต์

แผนงาน โครงการบริการเชิงรุกในชุมชนด้วยการแพทย์แผนไทย

วัตถุประสงค์โครงการ เพื่อขยายบริการให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้โดยง่าย

ตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ 2. การพัฒนาระบบบริการ (Service Excellence)

ตัวชี้วัด ๑. ร้อยละผู้รับบริการหน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้น ๕ %

ผลงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนให้บริการ PCU	1,586	1,163	1,682	2,356
ร้อยละการให้บริการ ที่เพิ่มขึ้น	4.6	-26.67	44.62	40.07

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- ผ่านตัวชี้วัด
- ข้อมูลการให้บริการของปี 2566เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการเพิ่มการออกบริการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น และมีการกระตุ้นการใช้ยาสมุนไพรใน รพ.สตเพิ่มขึ้น

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. การเข้าถึงของ ผู้รับบริการใน ชุมชน	- เพิ่มการจัดบริการในชุมชน	ปี 66	ทัศนพัสกร

๒. ยอดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือผู้ป่วยติดเตียงด้วยยาสมุนไพร ไม่น้อยกว่า ๑๐ ราย

ตัวชี้วัด	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้าย หรือ ผู้ป่วยติดเตียงด้วยยา สมุนไพร (ราย)	4	3	7	12

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- ผ่านตัวชี้วัด
- ข้อมูลการให้บริการของปี 2566เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการนำกัญชาทางการแพทย์มาใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้ายและดูแลเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
- พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง	- มีการให้บริการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งสถานผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก ออกเยี่ยมบ้านและกำกับติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง	ปี 67	ทฤทัย

๓. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediat Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediat Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกเพิ่มขึ้น	2	3	34

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

- ผ่านตัวชี้วัด
- ข้อมูลการให้บริการของปี 2566 เพิ่มขึ้นมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยIMCจากทีมกายภาพและให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
-เพิ่มการดูแล ผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediat Care)	-มีการให้บริการแพทย์แผนไทย ในผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediat Care)ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งสถานผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และการออกเยี่ยมบ้าน	ปี 67	ทัศนพัศกร

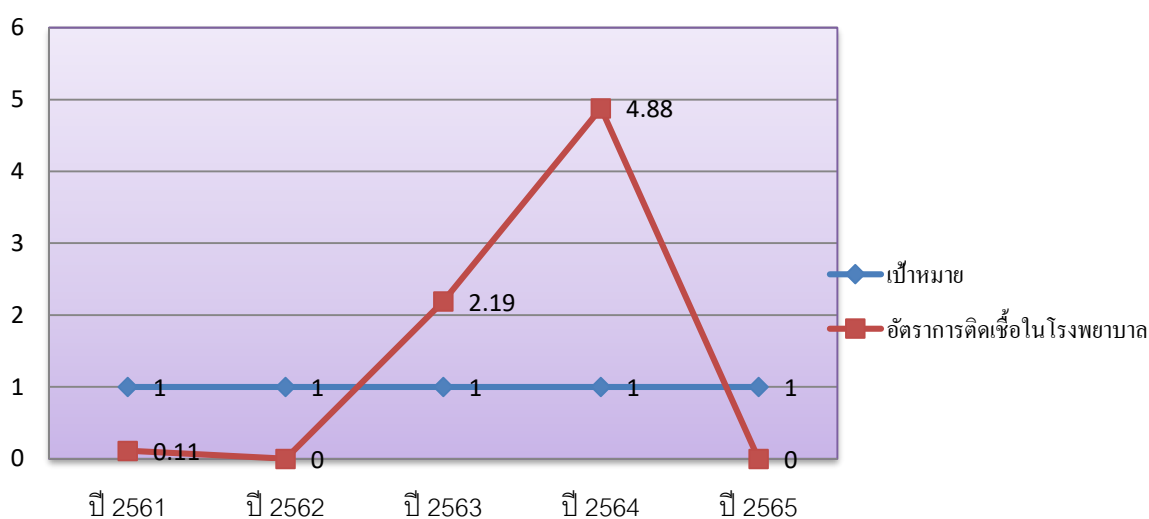
สรุปผลแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลและเครือข่าย(โครงการควบคุมโรคติดต่อ)

วัตถุประสงค์โครงการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ มีการเฝ้าระวัง ควบคุมโรค

ตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence Strategies (Prevention + Promotion Excellence : การเฝ้าระวัง ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ)

ตัวชี้วัด อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป้า $\leq 1:1000$ วันนอน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
อัตราการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล	$\leq 1:1000$	0.00	2.19	4.88	0.00	0.00



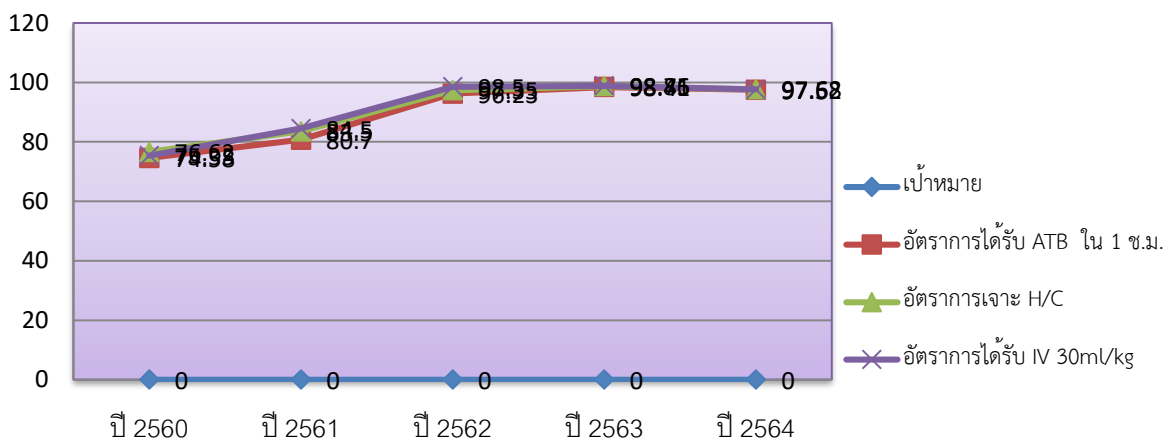
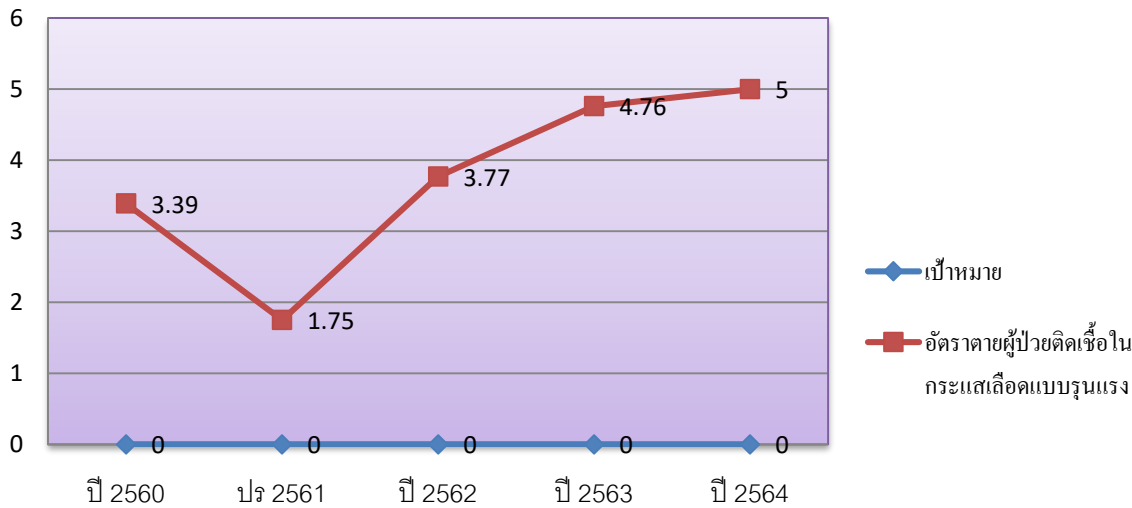
ผลวิเคราะห์การดำเนินงาน

อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีเพิ่มขึ้น ในปี 2564 และมีแนวโน้มลดลง สาเหตุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางในด้านการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบ HAP CAUTI SST UMB และ REPR-EPIS และเกิดจากการขาดความตระหนักในการปฏิบัติงาน ภาระงานที่เพิ่มขึ้น และการขาดการแนะนำผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน (Health Education) น้อยลง ทำให้เกิดการติดเชื้อในแต่ละระบบเพิ่มขึ้น แต่ในปีต่อมาเริ่มลดลง เนื่องจากมีการเฝ้าระวัง ที่มากขึ้นและมีการป้องกันได้มากขึ้น

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข/โอกาสพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p>1. ร้อยละของการล้างมือตามหลัก My 5 moments เป้า > 80% แต่ผลที่ได้เกินเป้าเพียงเล็กน้อย</p>	<p>1. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการล้างมือที่ต่อง</p> <p>2. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกคนตระหนักถึงความสำคัญในการล้างมือ</p> <p>3. มีการประเมิน ICQR เพิ่มเป็นปีละ 2 ครั้ง</p> <p>3. มีการจัดวางขวด Alcohol hand rub ให้สะดวกต่อการใช้งาน</p> <p>4. มีการจัดหาผ้าเช็ดมือให้มีเพียงพอต่อการใช้งาน และมีแผนจัดหาผ้าเช็ดมือเพิ่มตามจุดล้างมือ</p>	<p>ตลอดปีงบประมาณ</p>	<p>นางรักขณา จันทราช</p>
<p>2. จำนวนครั้งเจ้าหน้าที่ถูกของมีคมและสารคัดหลั่งขณะปฏิบัติงาน เป้า < 5 ครั้ง แต่จำนวนเจ้าหน้าที่เกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นในแต่ละปี</p>	<p>1. จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากการโดนเข็มทิ่มตำ ในเจ้าหน้าที่ 100 % และอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ใหม่และนักศึกษาฝึกงาน</p> <p>2. เน้นให้เจ้าหน้าที่ใช้ความระมัดระวัง และมีสติในการทำงาน เน้นย้ำการใส่ชุด PPE ให้ครบ</p> <p>3. จัดทำ SP เข็มทิ่มตำฉบับใหม่ และทำ Flow การถูกเข็มทิ่มตำใหม่</p>	<p>ตลอดปีงบประมาณ</p>	<p>ทพญ.จินต์จุฑา ใจดำรงค์</p>
<p>3. การไม่ปฏิบัติตาม WI และ SP</p>	<p>1. จัดอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อในระบบ HAP CAUTI SST UMB และ REPR-EPIS</p> <p>2. เน้นย้ำให้ตระหนักถึงเรื่องการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้</p>	<p>ตลอดปีงบประมาณ</p>	<p>นางเนาวรัตน์ อามัด</p>

ตัวชี้วัด Sepsis

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2562	2563	2564	2565	2566
อัตราการตายผู้ป่วย ติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรง ชนิด community- acquired	< 30 %	3.77	4.76	5		
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับ จากเวลาที่ได้รับการ วินิจฉัย จนถึงได้รับยา)	≥ 90 %	96.23	98.41	97.5		
อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic	≥ 90 %	97.35	98.75	97.68		
อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ใน กรณีไม่มีข้อห้าม)	≥ 90 %	98.50	98.86	97.62		



ผลวิเคราะห์การดำเนินงาน

อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired มีแนวโน้มลดลงเนื่องจากมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Severe sepsis / Septic shock และจัดทำ SP และมีการจัดอบรมความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงได้รับยา) อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic และอัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม. แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) มีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Severe sepsis / Septic shock และ Sepsis

และมีการจัดทำ SP และมีการประชุมชี้แจง ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ให้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข/โอกาสพัฒนา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
<p>1.อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงได้รับยา)</p>	<p>1.จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>2.มีการประชุมชี้แจงให้ทราบถึงแนวทางในการให้ยา ATB ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงได้รับยา)</p> <p>3.เน้นให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญในการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงได้รับยา)</p>	<p>ตลอดปีงบประมาณ</p>	<p>นางเนาวรัตน์ อามัด</p>
<p>2อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)</p>	<p>1.จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด</p> <p>2.มีการประชุมชี้แจงให้ทราบถึงแนวทางในการให้ยา ATB ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงได้รับยา)</p> <p>3.เน้นให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญในการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จนถึงได้รับยา)</p>	<p>ตลอดปีงบประมาณ</p>	<p>นางเนาวรัตน์ อามัด</p>

สรุปแผนปฏิบัติการและแผนงบประมาณของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2566

ชื่อแผนงาน /โครงการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

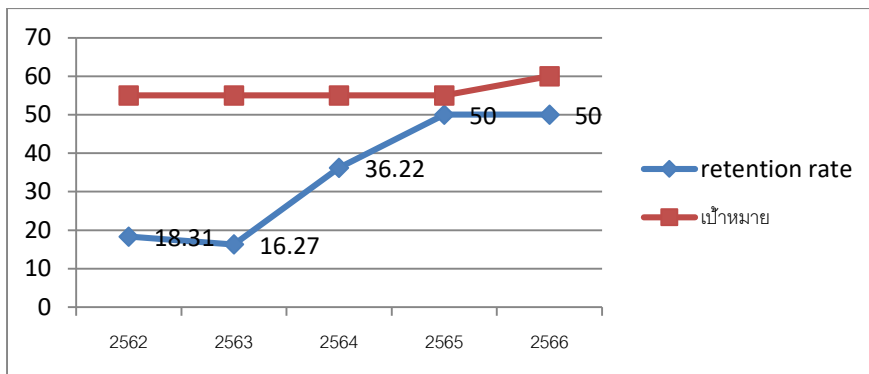
วัตถุประสงค์โครงการ เพื่อแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่และพัฒนาระบบบำบัดรักษายาเสพติด

ตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ ๒ service excellence

ตัวชี้วัด 1.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการ

ติดตาม (Retention Rate) ๖๐%

ผลการดำเนินงาน ปี 2566= ร้อยละ 45.8



ผลการดำเนินงาน

อัตราการคงอยู่ในระบบติดตามการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากยังมีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด หาง่าย ราคาถูก

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑ ผู้เข้ารับการรักษาบำบัดบางส่วนมีการกลับไปเสพซ้ำและถูกจับซ้ำทำให้ไม่ครบเกณฑ์การติดตาม	-จัดกิจกรรมเสริมสร้างความตั้งใจและเสริมแรงจิตใจในการเลิกยา - ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยติดตามหลังครบบำบัด -เพิ่มช่องทางการติดตามดูแลโดยประสานพื้นที่ในการช่วยติดตาม	ต.ค.66- ก.ย.67	รุ่งทิพย์ ,กัญญ์พิดาณัฐกานต์

ชื่อแผนงาน /โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยวิกฤติสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์โครงการ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีภาวะวิกฤติเสี่ยงต่ออันตรายให้ได้ตามมาตรฐาน

ตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ ๒ service excellence

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดและสุขภาพจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) เข้าถึงระบบการดูแล

๘๐%ผลการดำเนินงาน ปี 2566= ร้อยละ 90

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดจะมีการประเมินระดับความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงและอาการทางจิต และมีการบำบัดรักษาอาการ และส่งต่อในรายที่เกินความสามารถของสถานบำบัดแต่ยังมีผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อความรุนแรงที่ไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑ ผู้ป่วยยาเสพติดที่เสี่ยงก่อความรุนแรงไม่เข้าระบบการบำบัดรักษา ๒.ปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดในพื้นที่มากขึ้น หาร่างาย ราคาถูก	- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องช่วยนำเข้าระบบการรักษา ให้ความรู้ญาติในการประเมินความรุนแรงและส่งเข้าบำบัดรักษา - ทำข้อตกลงร่วมกับสถานพยาบาลระดับตติยภูมิในการรับผู้ป่วยเข้าดูแลรักษาต่อเนื่อง - ประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดเสี่ยงก่อความรุนแรงและการนำเข้ากระบวนการบำบัดรักษา - ร่วมกับเครือข่ายในการแก้ไขป้องกันปัญหาเสพติดในพื้นที่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง	ต.ค.66- ก.ย.67	รุ่งทิพย์ ,กัญญ์พิदान์ธูกานต์

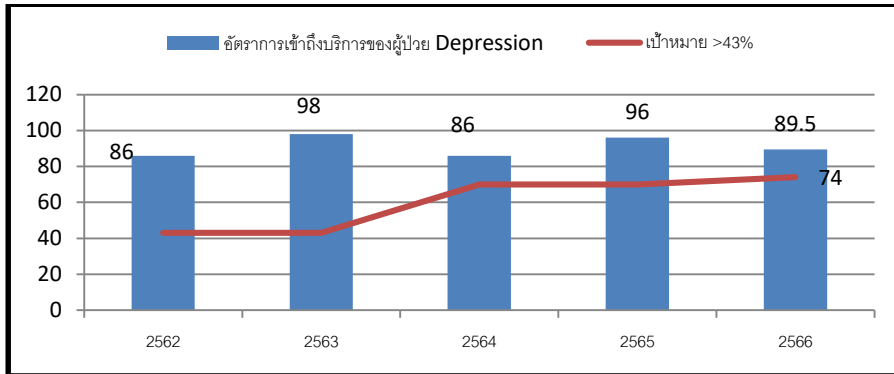
ชื่อแผนงาน /โครงการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า

วัตถุประสงค์โครงการ1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลตามมาตรฐาน

2. เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ ๒ service excellence

ตัวชี้วัด 1.ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 74(ปี 2566 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1)

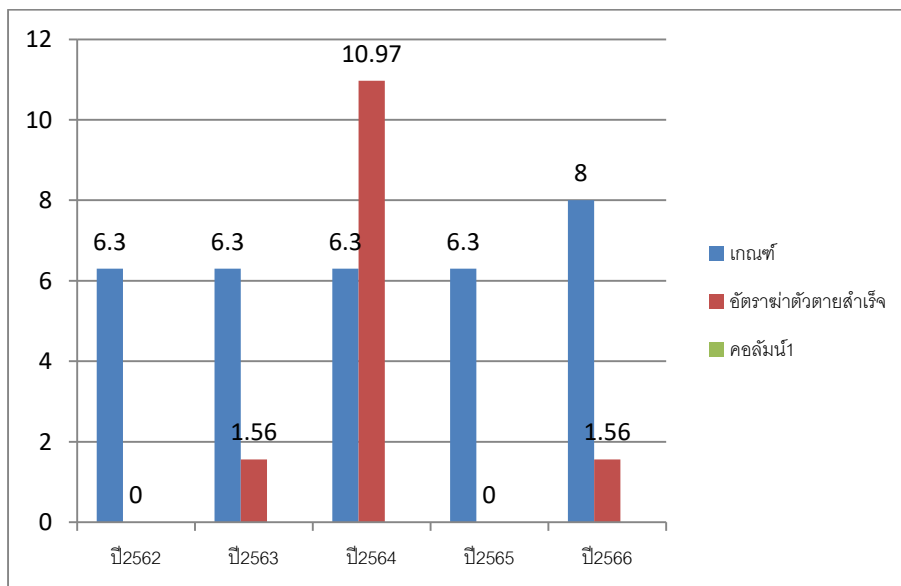


วิเคราะห์ผลการดำเนินการ

มีการเพิ่มการค้นหา คัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในทุกหน่วยบริการในโรงพยาบาลคัดกรองโรคซึมเศร้าในคลินิกNCD ที่รพสต.ทุกแห่ง เพิ่มการคัดกรองโรคซึมเศร้าในชุมชนประสานความร่วมมือในการค้นหาคัดกรองโรคซึมเศร้าและการวินิจฉัยรักษากับทีมที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานในชุมชน

และสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการค้นหาคัดกรองและติดตามดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนจึงทำให้มีผู้เข้ารับบริการตามเป้าหมายที่กำหนด

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

งานสุขภาพจิตมีการดำเนินงานให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการป้องกัน เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง มีการใช้โทรศัพท์ ทางไลน์ ทางเครือข่ายในชุมชน มีการให้ความรู้เรื่องการสังเกตสัญญาณเตือนการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง

สรุปประเมินผล ACTION PLAN ปี 65

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2563	2564	2565	2566	
1	ร้อยละการตรวจสอบประสิทธิภาพการทำ ปราศจากเชื้อผ่านเกณฑ์	100 %	100	100	100	100	
2	ร้อยละการจัดอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วน (100 %	100	100	100	100	
3	ร้อยละการจ่ายอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้ หน่วยงานถูกต้อง	100 %	100	100	100	100	
4	ร้อยละจำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่ไม่สวมอุปกรณ์ ป้องกันตนเอง	0 %	0	0	0	0	
5	ร้อยละจำนวนครั้งที่เจ้าหน้าที่บาดเจ็บจากของ มีคม	0 %	0	0	0	0	
6	ร้อยละของเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม	100%	100	0	0	100	
7.	ร้อยละการทำให้ปราศจากเชื้อเครื่องมือซ้ำ	≤5%	1.67	0.80	1.1	0.73	

ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ปี 2566

1. ชื่อตัวชี้วัด อัตราค่าใช้จ่ายวัสดุการแพทย์ปี 66 ลดลง จากปี 65 เท่ากับ 53.47 %

2. ผลงานย้อนหลัง 3 ปี(ผลงาน ปี 2563ใช้ข้อมูล ตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2566)

หน่วยงาน	ปี 63	ปี 64	ปี 65	ปี 66	หมายเหตุ
ผู้ป่วยนอก	16,335.00	136,730.00	21,260.00	53,751.00	
ผู้ป่วยใน	354,826.18	497,666.03	417,900.00	466,701.75	
ห้องคลอด	45,795.50	0	0	0	
ห้องฉุกเฉิน	444,818.68	671,559.11	504,849.69	531,154.93	
หน่วยจ่ายกลาง	350,511.29	368,410.73	393,585.96	319,002.16	
ชั้นสูตโรค	36,009.67	53,483.05	45,220.20	47,902.71	
เภสัชกรรม	76,792.00	97,854.00	90,007.15	141,581.00	
งานเวชปฏิบัติฯ	10,127.65	85,206.55	2,329,356.00	21,529.94	
แพทย์แผนไทย	11,893.14	14,645.00	22,850.20	13,390.00	
แพทย์แผนจีน	32,630.00	20,740.00	0	31,340.00	
กายภาพบำบัด	6,059.12	26,800.00	12,520.00	7,287.06	
งานซักฟอก	2,291.00	9,805.00	6,718.00	3,805.00	
ทันตกรรม	54,559.53	34,134.10	96,451.45	85,611.10	
เอ็กซเรย์	5,167.00	57,875.00	14,150.00	3,530.00	
งานช่าง/ยาน	13,327.00	48,511.00	5,930.00	6,985.00	
งานสุภาพจิต	943.80	2,270.50	1,836.80	4,327.00	
งานโภชนาการ	80.00	735.00	2,270.00	2,385.00	
กลุ่มการพยาบาล	19,450.00	76,950.00	13,580.00	5,469.00	
บริหาร	92.02	0	4,200.00	16,197.00	
ประกัน	230.00	8,309.00	2,220.00	6,705.00	
องค์กรแพทย์	0	0	0	3,790.00	
รพสต.	209,121.91	246,353.53	273,136.19	245,800.45	
รวม	1,691,060.49	2,507,147.60	4,330,999.82	2,015,194.70	

ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ปี๒๕๖๖
กลุ่มงานการพยาบาล

๑. ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓

ผลการดำเนินงาน

โรงพยาบาลองค์กรักษ์ ผ่านการรับรองคุณภาพภาพซ้ำ ครั้งที่ ๔ เมื่อวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๔ และมีแผนที่จะ
รับรองคุณภาพซ้ำครั้งที่ ๕ ประมาณเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ ในช่วง ๑ ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลมีการดำเนินงาน ดังนี้

๑. จัดทำ Roadmap การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึงปัจจุบัน โดยมีการติดตาม กำกับ โดย
ศูนย์คุณภาพ
๒. เข้ารับการ Surveillances survey กับ สรพ. เมื่อวันที่ ๑๘ ส.ค.๒๕๖๖
๓. จัดการอบรมการนำมาตรฐาน HA สู่การปฏิบัติ ให้กับเจ้าหน้าที่ใหม่ และผู้สนใจ จำนวน ๕๐ คน งบประมาณ
จำนวน ๒๙,๘๕๐ บาท

รายละเอียดอยู่ในรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพ

\\๑๙๒.๑๖๘.๐.๑๕\ha\#รายงานความก้าวหน้า HA หลัง reac ๔\รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามแผนพัฒนา
คุณภาพ ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗

๒. ร้อยละของสถานพยาบาลระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน (The must)

ด้าน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	ร้อยละ
ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment)	๑๒	๑๒	
ด้านความทันสมัย (Modernization)	๘	๕	
ด้านบริการด้วยหัวใจ (Smart Service)	๑๐	๙	
รวม	๓๐	๒๖	๘๖.๖๗ (ผ่าน)
เกณฑ์ The Must		๒๑ คะแนนขึ้นไป	๗๐

ผลการดำเนินงาน

ด้าน	กิจกรรม	งบประมาณ
ด้านสิ่งแวดล้อมดี (Environment)	๑) ปรับพื้นที่ทางเดินของผู้รับบริการ ด้วยหินทรายล้าง	๕๐,๐๐๐
	๒) ทำหลังคาคลินิก Covid	๔๕๐,๐๐๐
	๓) ปรับปรุงสถานที่รอกอยผู้ป่วยทั่วไป	๑๓๐,๐๐๐
	๔) โซลาร์เซลล์ ๕๐ กิโลวัตต์	๑๗๕,๐๐๐
	๕) ซ่อมแผนอค์คีภัย	๑๑,๘๑๐
	๖) ปรับปรุงหลังคาจอดรถ	๒๕๐,๐๐๐
	๗) ชุดโต๊ะเก้าอี้ สำหรับผู้ป่วยและญาติบริเวณที่พักรอกอย	๔๘,๐๐๐
	๘) ม้านั่งปูน ๖ ตัว บริเวณที่พักรอกอย	๔๖,๘๐๐
ด้านความทันสมัย (Modernization)	๑) จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ทาง Social media และจอ Dsignate	-
ด้านบริการด้วยหัวใจ (Smart Service)	๑) กำหนดนโยบาย ๓P safety	
	๒) พัฒนาบุคลากรเฉพาะทาง	
	- IMC (กายภาพ,พยาบาล)	๑๒๗,๐๐๐
	- ทัศนกรรมการเฉพาะทาง ได้แก่ ทัศนกรรมการผู้สูงอายุ	๓๐๐,๐๐๐
	- ENP	๘๕,๐๐๐
	- พยาบาลผู้สูงอายุ	๖๕,๐๐๐
	รวมงบประมาณด้าน EMS ปี ๒๕๖๖	๑,๗๓๘,๖๑๐

ประเมินแผนยุทธศาสตร์ ปี 2566

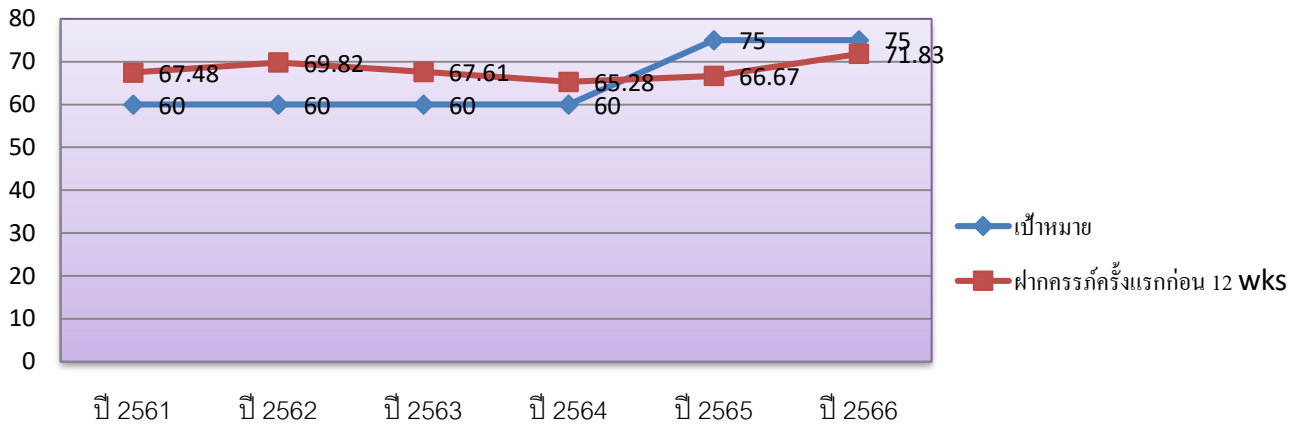
ยุทธศาสตร์ที่ 4 Excellence Strategies (Service Excellence : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ)

ตัวชี้วัดที่	เป้า	ประเมินแผน	การพัฒนาที่จะทำต่อไป
1. อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน	ไม่เกิน 20 ต่อประชากรแสนคน) ทั้งเครือข่าย	ทั้งจังหวัด : 30.08 รพ.องค์กรักษ์ : 6.29	1.ประชาสัมพันธ์ 1669 2.เข้าร่วมการบูรณาการความปลอดภัยทางถนนของสอจร.(สนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจากระดับจังหวัด) 3.เพิ่ม FR.ในอบต.
2. ผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาล ด้วยระบบ EMS.	มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี	ปี 2562 = 264 ปี 2563 = 329 ปี 2564 = 449 ปี 2565 = 490 ปี 2566 = 395	
3. อุบัติการณ์/خورองเรียน การบริการ ณ.จุดเกิดเหตุ จากความล่าช้า ความไม่พร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ในการช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน	ไม่เกินร้อยละ 20	0	
4. ผลการประเมินคุณภาพการดูแล ณ.จุดเกิดเหตุทั้ง 4 ด้าน(ทางเดินหายใจ-การห้ามเลือด-สารน้ำ-การตาม)	ร้อยละ 100	100	ทบทวนการดูแลก่อนถึงโรงพยาบาลในทุกระดับ ทั้งFR และ ALS.
5. โรงพยาบาลมีทีม Mimi MERS	อย่างน้อย 1 ทีม	1 ทีม	เข้าร่วมทีม MERT ระดับจังหวัด
6. ร้อยละผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก ขณะเคลื่อนย้าย และส่งต่อ	เท่ากับ 0	0.08	1.จัดให้มีเครื่องมือแพทย์ที่จำเป็นบนรถ Ambulance 2. ดูแลให้มีการใช้มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยก่อน-ขณะส่งต่อ 3.นำข้อเสนอแนะจากโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อมาทบทวนเคสอย่างสม่ำเสมอ

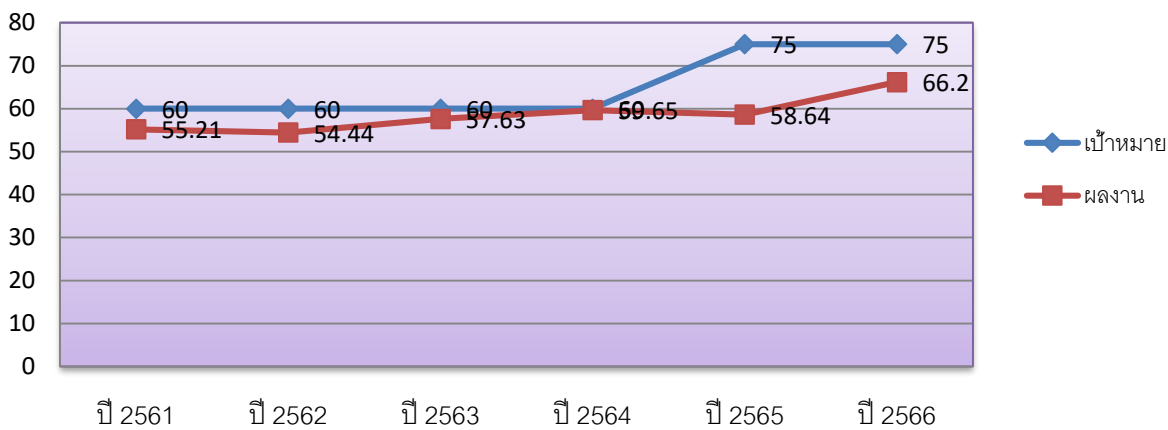
ตัวชี้วัดที่	เป้า	ประเมินแผน	การพัฒนาที่จะทำต่อไป
7. ผู้ป่วยStroke,STEMI ได้รับการดูแลและส่งต่อตามมาตรฐาน	100%	Stroke Fast Track : 100% STEMI : ระยะเวลาการส่งต่อเกินเวลามาตรฐานในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องทำPCI. เนื่องจากต้องแก้ไขภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการให้ยาSK.ก่อนนำส่งต่อ	-รพ.มศว.รับทำCT.กรณีเครื่องCT.รพ.นครนายกเสีย -หารพ.ที่รับทำPCI.ทั้งรพ.รัฐบาล และรพ.เอกชน เพื่อรองรับcase หากรพ.มศว.ไม่ Available - จัดเตรียม SK.ให้พร้อมใช้เสมอ

ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ปี ๒๕๖๖
 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม

๓. ร้อยละ ๖๐ ของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์



๔. ร้อยละ๗๕ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

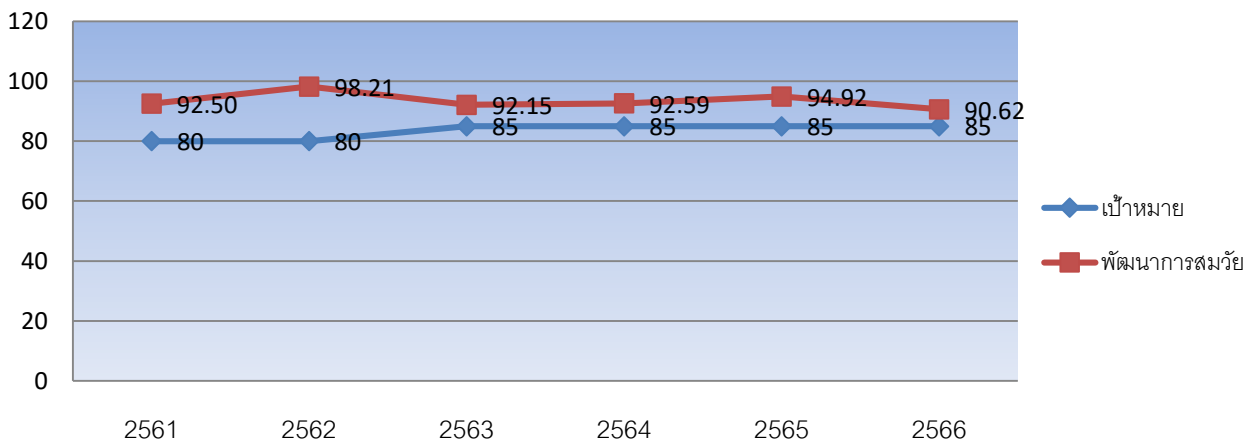
ในปี ๒๕๖๖ อัตราการมาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ไม่ผ่านเกณฑ์ จากการทบทวนข้อมูลพบว่า หญิงตั้งครรภ์ทำงานนอกเขตพื้นที่แล้วกลับมาฝากครรภ์ ตั้งครรภ์ท้อง ๒ ขึ้นไปไม่ทราบว่าตัวเองตั้งครรภ์และคิดว่าไม่จำเป็นต้องมาฝากครรภ์เร็ว สามารถรอได้ รอเปลี่ยนสิทธิ์การรักษาเมื่อได้สิทธิ์แล้วจึงมาฝากครรภ์

อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ยังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ไม่มาตามนัด ติดตามเปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์ ย้ายโรงพยาบาลที่ฝากครรภ์ตามสิทธิ์การรักษา ย้ายโรงพยาบาลฝากครรภ์เนื่องจากต้องการฝากครรภ์และคลอดที่เดียวกัน คนไข้ย้ายที่ทำงาน ส่งผลให้ในภาพรวมฝากครรภ์ไม่ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
การบันทึกข้อมูลมารดา ตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งไม่ครอบคลุม ครบถ้วนตามเกณฑ์	๑. ค้นหาข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ที่ไปฝากครรภ์ที่อื่น เช่น คลินิก, รพ.อื่น ๒. บันทึกข้อมูลฝากครรภ์ของหญิง ตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ที่คลินิกให้ ครบถ้วนตามเกณฑ์ ๓. ขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ มากกว่า ๑ เบอร์เพื่อสอบถาม ข้อมูล ๔. ประสานผู้ประสานงาน MCH อำเภอเพื่อส่งข้อมูลติดตามหญิง ตั้งครรภ์	๑ ต.ค.๖๖-๓๐ก.ย.๖๗	ประพนทิพย์

๓. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปีมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินการการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ Special PP (อายุ ๙,๑๘,๓๐,๔๒ และ ๖๐ เดือน) โรงพยาบาลองค์กรักษ์ มีจำนวนทั้งสิ้น ๕๓ ราย โดยได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามช่วงวัยโดยคู่มือ DSPM จำนวน ๕๓ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๙๐.๖๒

สรุปผลการตรวจประเมินพัฒนาการในปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ดังนี้

- มีพัฒนาการสมวัยครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ ๗๙.๒๔
- สงสัยล่าช้าต้องได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นพัฒนาการภายใน ๑ เดือน คิดเป็นร้อยละ ๖๐.๓๗
- กลับมาสมวัย (หลังกระตุ้น ๑ เดือน) คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๖๒
- พัฒนาการล่าช้าส่งต่อทันที คิดเป็นร้อยละ ๙.๓๗

โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ปัญหา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเด็กขาดการได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการตามช่วงวัย	๑. ส่งเสริมแนวทางกระตุ้นพัฒนาการเด็กแก่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็ก	ต.ค.๖๖ – ก.ย. ๖๗	รณพร หนูวงษ์

๔. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ

ผลการดำเนินงานเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าจำนวน ๓ ราย ได้รับการติดตาม/ส่งต่อทั้ง ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

๕. ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในปี ๒๕๖๖ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการโรงพยาบาลองครักษ์ จำนวน ๑๒ ราย พบล่าช้าด้านการใช้ภาษาและกล้ามเนื้อมัดเล็ก จำนวน ๑๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

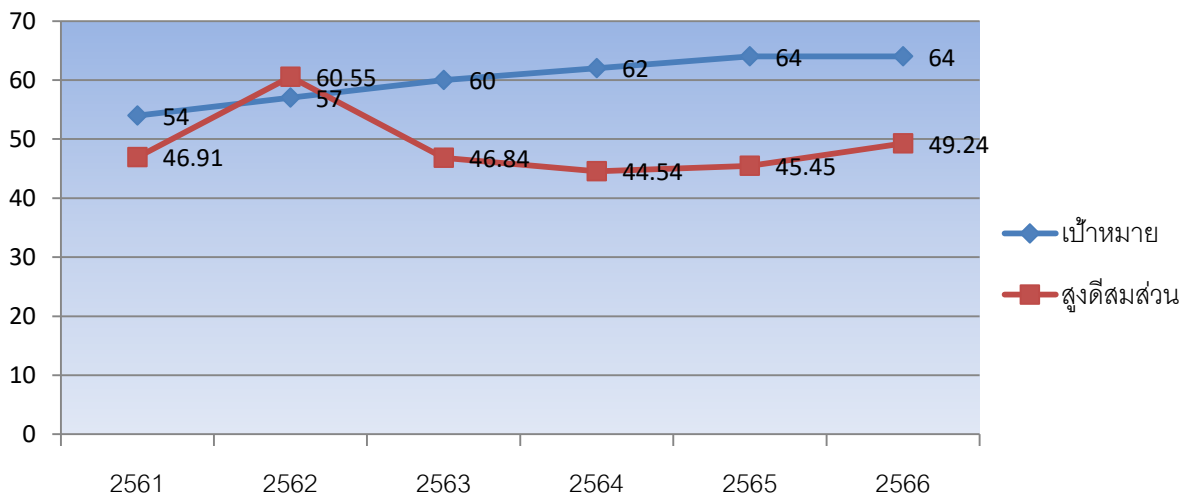
ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการครบตามเกณฑ์ ๑๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓ และอยู่ระหว่างกระตุ้นพัฒนาการ ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๖๗

ผลการกระตุ้นพัฒนาการโกจำนวน ๑๐ ราย พบว่ากลับมาสมวัย จำนวน ๗ ราย กระตุ้นแล้วไม่สมวัย ๓ ราย Refer รพ.นครนายกพบจิตแพทย์เด็กเพื่อขอใบรับรองแพทย์ อยู่ระหว่างการกระตุ้น จำนวน ๒ ราย

โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. เด็กมีพัฒนาการล่าช้าด้านการใช้ภาษา พูดซ้ำ พูดไม่ชัด พูดไม่สมวัย และบางรายมีปัญหาพฤติกรรม ชน ไม่นิ่ง เนื่องจากเด็กมีแนวโน้มมีความเสี่ยงโรคสมาธิสั้น ออทิสติก หรือเกิดจากการเลี้ยงดูในครอบครัว เป็นต้น	๑. จัดแนวทางการส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กพิเศษ/ แนวทางการให้ความช่วยเหลือและการกระตุ้นพัฒนาการเด็กแก่ ผู้ปกครอง ครู และผู้ดูแลเด็ก	ต.ค.๖๖ – ก.ย. ๖๗	รณพร หนูวงษ์

๖. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปีสูงตีสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๔



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

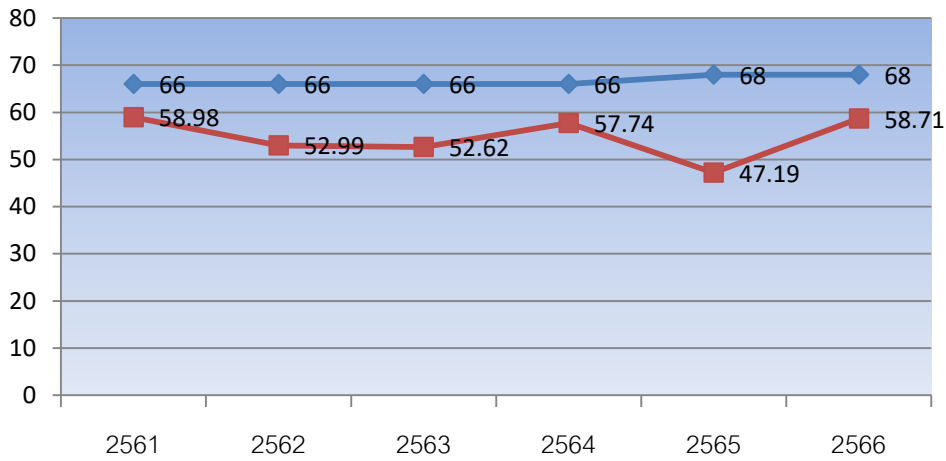
ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ เด็ก ๐-๕ ปี มีภาวะสูงตีสมส่วน ไม่ผ่านเกณฑ์อย่างต่อเนื่อง

ในปี ๒๕๖๖ เด็ก ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วนมีแนวโน้มดีขึ้นแต่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ เมื่อวิเคราะห์รายไตรมาสพบว่า ไตรมาส ๑ สูงตีสมส่วนร้อยละ ๕๓.๕๔ ไตรมาส ๒ ร้อยละ ๕๕.๘๔ ไตรมาส ๓ ร้อยละ ๕๑.๑๗ ไตรมาส ๔ ร้อยละ ๕๑.๖๓ เด็กมีน้ำหนักและส่วนสูงไม่ผ่านเกณฑ์เพียงเล็กน้อย เนื่องจากการเลี้ยงดูและการให้โภชนาการในเด็กที่ไม่เหมาะสมตามช่วงวัย อาทิเช่น การรับประทานขนมขบเคี้ยว น้ำอัดลม เป็นต้น

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางแก้ปัญหา	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ปกครองขาดความรู้ ขาดความเข้าใจในการ ส่งเสริมภาวะโภชนาการใน เด็ก ๐-๕ ปี	๑. ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองในการ ส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กที่ เหมาะสม	ต.ค.๖๖ – ก.ย. ๖๗	รณพร,ภัทรวดี
๒. เด็กได้รับอาหารที่ไม่ เหมาะสมตามช่วงวัย รับประทานอาหารตามใจ ปากและไม่หลากหลาย ไม่ครบ ๕ หมู่			

๗. ร้อยละ ๖๘ ของเด็กวัยเรียนสูงตีสมส่วน



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในรอบ ๓ ปีที่ผ่านมา ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๖ พบเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ ๑๙.๗๓, ๑๘.๒๙, ๑๗.๐๗ และ ๑๕.๔๘ ตามลำดับเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ไม่เกินร้อยละ ๑๐) ส่งผลให้เด็กสูงตีสมส่วนไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด จากการสำรวจปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนในกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินพบว่า

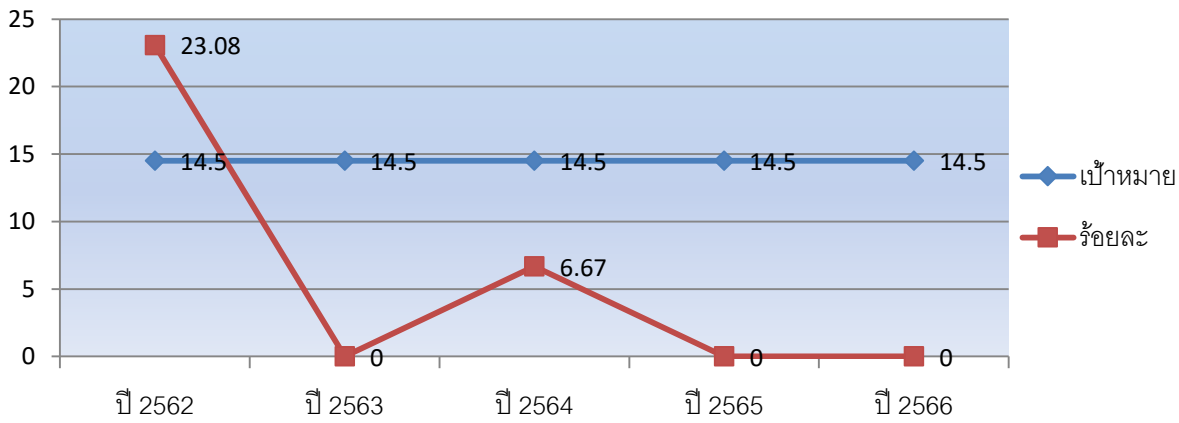
๑.เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มน้ำอัดลมและน้ำที่มีส่วนผสมของน้ำตาล การรับประทานอาหารประเภททอด และการบริโภคอาหารประเภท Fast Food

๒.ขาดการเคลื่อนไหวร่างกาย

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. หน้าโรงเรียนหลายแห่งยังคงมีการขายอาหารประเภทของทอด, น้ำอัดลม, ขนมขบเคี้ยว ให้แก่นักเรียน	๑.รณรงค์เรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการและการให้ความรู้เกี่ยวกับโทษของการมีน้ำหนักตัวเกิน, โรคอ้วน เป็นต้น	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	รณพร ทนุงษ์
๒.ผู้ประกอบการร้านค้าในโรงเรียนไม่ตระหนักในการจัดเมนูอาหารตามที่กำหนด	๒.จัดอบรมผู้ประกอบการร้านค้าในโรงเรียน		
๓.เด็กนักเรียนและผู้ปกครองยังไม่ตระหนักถึงโทษจากภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	๓.ร่วมให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเรื่องสูงตีสมส่วนในวันปฐมนิเทศเด็กนักเรียนของโรงเรียน		

๘. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปีไม่เกินร้อยละ ๑๔.๕



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ปี ๒๕๖๔ พบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ ๑๙ ปี จำนวน ๑ ราย เนื่องจากแต่งงานมีครอบครัวแล้วต้องการมีบุตร

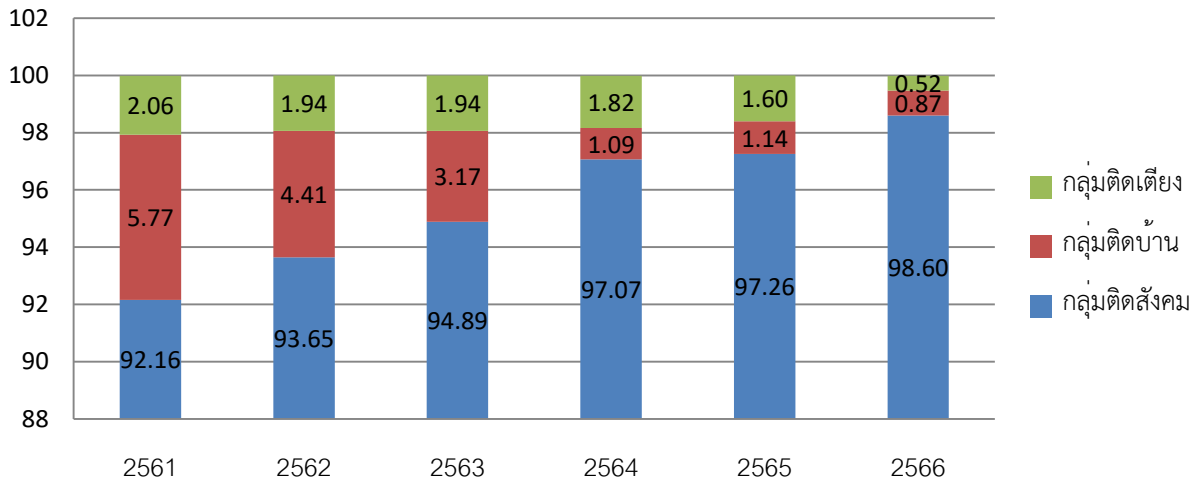
ปี ๒๕๖๕ ไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

ปี ๒๕๖๖ ได้ดำเนินการให้คำแนะนำเรื่องการคุมกำเนิดในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ตั้งแต่มาฝากครรภ์ที่ ANC Clinic และหลังคลอดก็ได้รับการคุมกำเนิดก่อนออกจากรพ. ทำให้ไม่พบการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี

โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี	๑. เน้นการให้ความรู้เรื่องการวางแผนการคุมกำเนิดในมารดาตั้งครรภ์อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี/สามี/ญาติใกล้ชิดตั้งแต่ก่อนคลอดเพื่อตระหนักถึงความสำคัญ ๒. สนับสนุนให้มารดาวัยรุ่นอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดได้รับการคุมกำเนิดทุกราย	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	ประพิณทิพย์

๙. ร้อยละของ Healthy ageing เพิ่มขึ้นหรือคงที่จากปี ๖๕



ผลงาน : ร้อยละของ Healthy ageing เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๕ ร้อยละ ๑.๓๔

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ปี ๒๕๖๖ จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ๖๓๗ คน ได้รับการคัดกรอง ๕๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๙.๗๙

แบ่งออกเป็น ผู้สูงอายุติดสังคม ๕๖๔ คน ร้อยละ ๙๘.๖๐

ผู้สูงอายุติดบ้าน ๕ คน ร้อยละ ๐.๘๗

ผู้สูงอายุติดเตียง ๓ คน ร้อยละ ๐.๕๒

จากการวิเคราะห์พบจำนวนผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านกลายเป็นกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น เนื่องจาก มีการคัดกรอง ๙ ด้านเพื่อแยกประเภทความผิดปกติของผู้สูงอายุ มีการจัดกิจกรรมพบปะสังสรรค์กันในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้นจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อฟื้นฟูและป้องกันการถดถอยของผู้สูงอายุ

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑.ลดภาวะแทรกซ้อนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	๑.ฟื้นฟูความรู้และทักษะของ Care giver และผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ๒.จัดตั้ง line กลุ่มของผู้ดูแลเพิ่มช่องทางในการให้คำปรึกษา ๓. ติดตามสนับสนุนให้ Care giver และผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงอย่างต่อเนื่องในชุมชน ๔. จัดทำแผนงาน/โครงการขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน Long Term Care อดต.และเทศบาลตำบลองครักษ์	ต.ค.๖๖- ก.ย. ๖๗	ประพิณทิพย์
๒.ป้องกันภาวะถดถอยในผู้สูงอายุที่ติดสังคมและติดบ้าน	๑.คัดกรอง ๙ ด้านในผู้สูงอายุพื้นที่รับผิดชอบของ รพ. ๒.คัดกรองผู้สูงอายุแยกประเภทตามความผิดปกติ		

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
	๓. ผู้สูงอายุเข้ารับการฟื้นฟูตาม ความผิดปกติในคลินิกผู้สูงอายุ โดยมี เรื่องการพลัดตกหกล้ม, ช่องปาก, โภชนาการ, ภาวะสมอง เสื่อม ๔. มีการส่งพบแพทย์เฉพาะทาง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน		

๑๐. ร้อยละ ๙๐ ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan

ผลการดำเนินงานร้อยละ ๑๐๐ และมีการบันทึกข้อมูลการดูแลในระบบของ สปสช. และกรมอนามัยครบถ้วน เพื่อ
 ขอรับงบประมาณในปี ๒๕๖๗ รวมทั้งทำการสำรวจและขึ้นทะเบียนรายใหม่ที่เข้าเกณฑ์เพื่อติดตามดูแล

๑๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)

ผลการดำเนินงานร้อยละ ๑๐๐

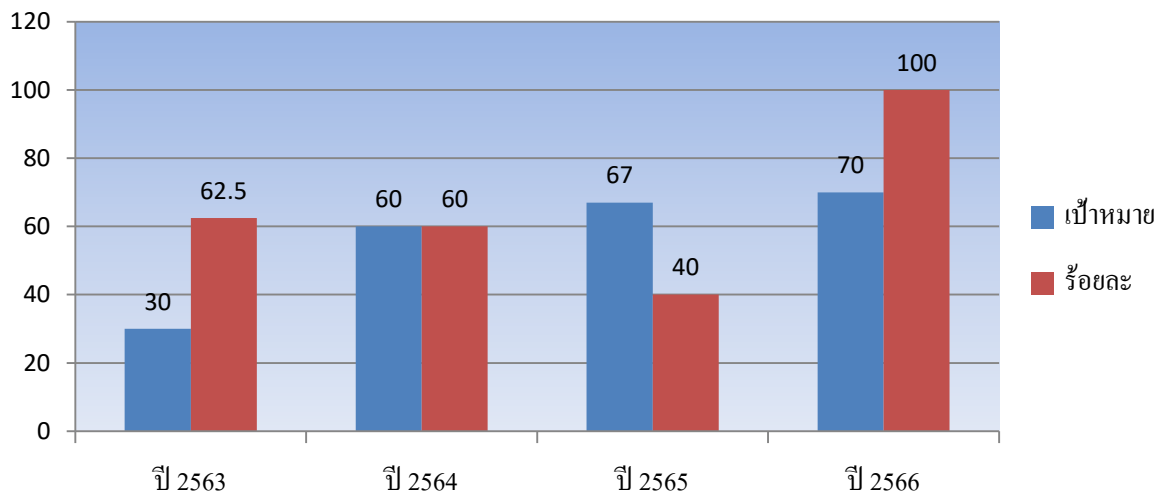
๑๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndrome ได้รับการดูแลรักษาในคลินิก

ผู้สูงอายุ

รพ. เปิดดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุทุกวันจันทร์เวลา ๑๓.๓๐-๑๕.๓๐ น. เริ่มเปิดให้บริการวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖ มีผู้
 มารับบริการจำนวน ๑๑ คน จำแนกตามความเสื่อมที่พบจากการคัดกรอง ได้แก่

ด้านการเคลื่อนไหว	๑๐	คน
ด้านความคิดความจำ	๑	คน
ด้านสุขภาพช่องปาก	๒	คน

๑๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ ๗๐



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

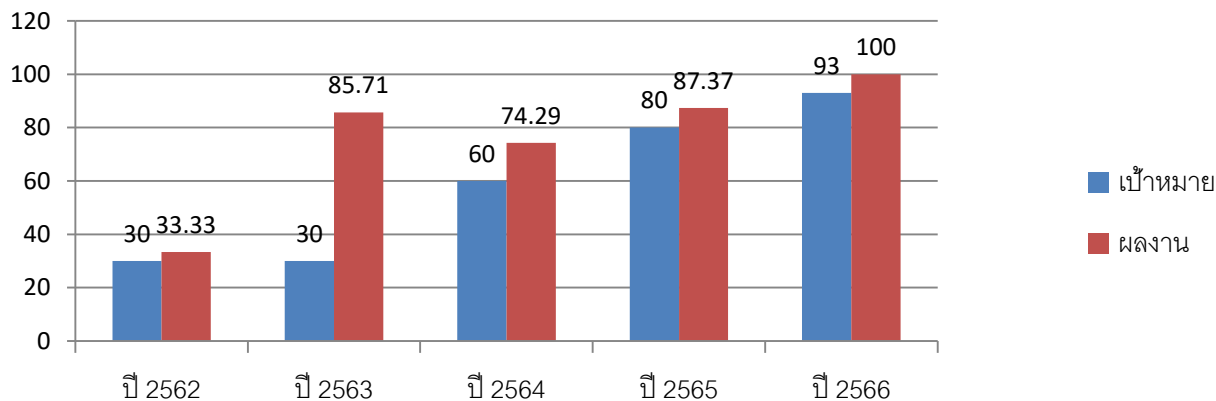
ในปี ๒๕๖๖ มีการปรับแผนการออกคัดกรองเบาหวานที่ต้องมีการยืนยันตัวตนผู้รับบริการ พบว่าดำเนินการคัดกรองได้แล้วเสร็จตรงตามเป้าหมาย แต่มีความล่าช้าไปถึงไตรมาส ๒ จากการเพิ่มขึ้นตอนในการติดตามยืนยันตัวตนผู้รับบริการที่มีสิทธิ์บัตรทอง

จากการสรุปผลการคัดกรองกลุ่มสงสัยป่วยที่มีค่าระดับน้ำตาล ๑๒๖ mg % ขึ้นไป มีจำนวน ๒ ราย ติดตามมาตรวจยืนยันวินิจฉัย ได้ครบทั้ง ๒ ราย คิดเป็น ๑๐๐ %

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
- กลุ่มสงสัยป่วยไม่มาเจาะเลือดตามนัดที่รพ. เนื่องจากไม่มีคนพามา	- คัดกรองให้แล้วเสร็จในไตรมาสแรก เพื่อติดตามและให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายอย่างทันเวลา - โทรแจ้งผู้ป่วยในรายที่ติดต่อได้ทางโทรศัพท์ และติดตามในชุมชนเพื่อให้งดน้ำงดอาหารก่อนมาเจาะเลือดในรพ.หรือนัดเจาะที่บ้าน	ตุลาคม ๖๖-กุมภาพันธ์ ๖๗	บุปผา สอาดขาว

๑๔. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๙๓



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

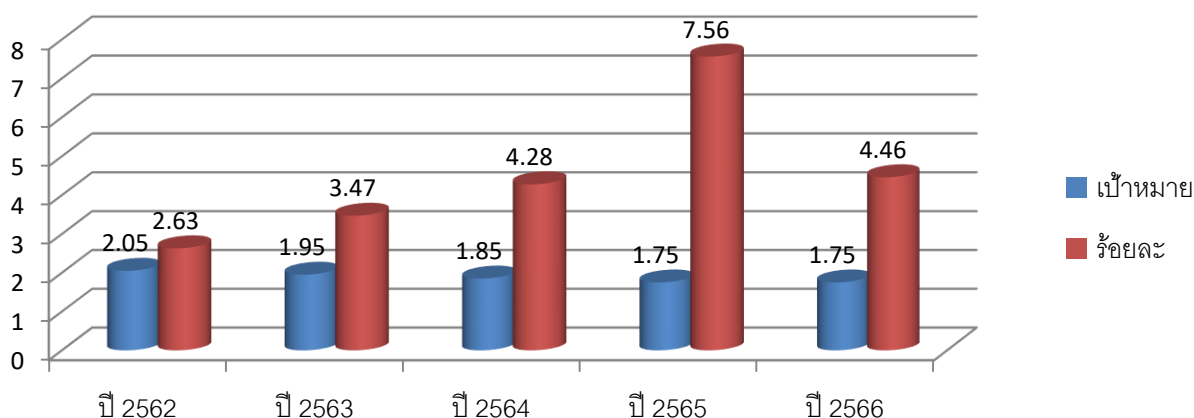
ในปี ๒๕๖๖ กลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการติดตามวินิจฉัยว่าเป็นความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิตที่บ้าน HMBP จำนวน ๓๔ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ เนื่องจาก อสม.มีความเชี่ยวชาญ มีอุปกรณ์พร้อมทำงานตามแผนที่วางไว้ไม่รอคัดกรองจนเสร็จทุกคนจึงติดตาม จะติดตามภายหลังคัดกรองพบ ๑ สัปดาห์

มีใบางรายมีล่าช้าเนื่องจากกลุ่มเป้าหมายล้น แต่ก็ติดตามได้ครบและเสร็จตรงเวลา

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. อสม.ใหม่ ขาดความเชี่ยวชาญในการทำ HMBP	- สอนวิธีการทำ HMBP ให้กับอสม. ใหม่	ตุลาคม ๖๖- มีนาคม ๖๗	บุปผา สอาดขาว
๒. กลุ่มที่ HMBP ล้นและไม่ทำติดต่อกัน เป็นเวลา ๗ วัน ทำให้การติดตามล่าช้า	- โทรติดตาม หรือ ติดตามทางไลน์ เพื่อกระตุ้นให้ทำ ให้ครบตามขั้นตอนการ HMBP	ตุลาคม ๖๖- มีนาคม ๖๗	บุปผา สอาดขาว

๑๕. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง \leq ๑.๗๕



วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในปี ๒๕๖๖ จากการปรับแผนออกคัดกรองเบาหวานพบว่าการคัดกรองได้ตรงตามเป้าหมายแต่ขาดการยืนยันตัวตนในสิทธิ์บัตรทอง ทำให้คัดกรองเสร็จล่าช้าไปถึงไตรมาส ๒

สรุปผลการคัดกรองพบว่า มีกลุ่มเสี่ยงน้ำตาล ๑๐๐ - ๑๒๕ mg % คิดเป็นร้อยละ ๕.๓๑ ยังไม่มีหลักสูตรและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้ อสม.ออกปฏิบัติงาน อีกทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น โมเดล อาหารชำระดู หาย อสม.มีองค์ความรู้ในการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เพียงพอ และมี อสม. เข้าใหม่ ยังขาดประสบการณ์ทำให้ยังมีกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลายเป็นกลุ่มป่วย

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. มีการเพิ่มการยืนยันตัวตนในการบริการ ทำให้คัดกรองประชาชนสิทธิ์บัตรทองได้ล่าช้ากว่าเดิม	ปรับแผนการทำงานในปี ๒๕๖๗ โดยเริ่มคัดกรองเร็วในต้นไตรมาสแรกให้ถ่ายรูปยืนยันตัวตน และให้ อสม. รับผิดชอบภายใน ๑ เดือน ถ้ายืนยันตัวตนไม่ได้ ให้ส่งรายชื่อให้เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานทางไลน์ เพื่อออกไปติดตามยืนยันตัวตน โดยไม่รอให้คัดกรองเสร็จครบทุกคนแล้วทำรายชื่อออกติดตาม	ตุลาคม ๖๖- กันยายน ๖๗	บุปผา สอาดขาว
๒. ไม่มีหลักสูตรและอุปกรณ์สำหรับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับ อสม.	- จัดทำหลักสูตรที่เหมาะสมให้กับ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเบื้องต้น	ตุลาคม ๖๖- กันยายน ๖๗	บุปผา สอาดขาว
๓. อสม.ขาดความเชี่ยวชาญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	อบรม อสม.หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	ตุลาคม ๖๖- กันยายน ๖๗	บุปผา สอาดขาว
๔. ประชาชนที่มีระดับน้ำตาลสูงแต่ไม่สะดวกมารักษาที่รพ.	ปรึกษาแพทย์ในการเจาะเลือดมาในบางราย ให้แพทย์สั่งยาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ตระหนักและมารักษาด้วยตนเองที่รพ.	ตุลาคม ๖๖- กันยายน ๖๗	บุปผา สอาดขาว

๑๖. อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ประชาชน อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป มีอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ดีมาก ร้อยละ ๔๑.๓๐

เกณฑ์	ร้อยละ
ไม่ดี	๔.๓๔
พอใช้	๒๓.๙๑
ดี	๓๐.๔๓
ดีมาก	๔๑.๓๐

๑๗. ร้อยละ ๘๐ ของสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

ในปี ๒๕๖๖ มีสถานที่จำหน่ายอาหารในเขตรับผิดชอบขึ้นทะเบียนจำนวน ๘ ร้าน ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนดทั้ง ๘ ร้าน คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานในปี ๒๕๖๖ หลังสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-๑๙ ส่งผลให้ร้านค้าเดิมหลายร้านหยุดประกอบกิจการไป ในขณะที่เดียวกันมีร้านที่เกิดขึ้นใหม่ จึงได้สำรวจสถานที่จำหน่ายอาหารและส่งอบรมเกี่ยวกับมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด เพื่อพัฒนาต่อไปในปี ๒๕๖๗

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- หน่วยงานท้องถิ่นยังไม่เข้าใจบทบาทในการดำเนินการมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร โดยเฉพาะเทศบาลองค์กรฯ ยังไม่มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงานในพื้นที่
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกขาดการประชาสัมพันธ์กับหน่วยงานท้องถิ่นให้กับทางร้านค้าเข้ารับการอบรมเพื่อให้ได้มาตรฐานกับสถานที่จำหน่ายอาหาร
- ร้านค้าไม่สะดวกในการเข้ารับการอบรมเนื่องจากต้องค้าขายไปด้วยพร้อมเข้ารับการอบรม
- มีข้อจำกัดในการเข้ารับการอบรมในรูปแบบออนไลน์ เช่น การเข้าสู่ระบบ ผู้เข้ารับการอบรมใช้โปรแกรมไม่เป็น

แนวทางการแก้ไข

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายกประชาสัมพันธ์/ประสานงานกับทางองค์กรปกครองท้องถิ่นให้เห็นถึงความสำคัญของสถานที่จำหน่ายอาหาร
- ลงพื้นที่อธิบายร้านค้าให้เห็นถึงความสำคัญของสถานที่จำหน่ายอาหารเพื่อความปลอดภัยของผู้บริโภค
- เพิ่มช่องทางการเข้าถึงพื้นที่ดำเนินงาน เพื่อให้ร้านค้ารู้จักมาตรฐานประกอบกิจการอาหารมากขึ้น
- เพิ่มร้านค้าที่ยังไม่ได้เข้ารับการอบรมในปี ๒๕๖๗

๑๘. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน GREEN&CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)

ผลการดำเนินงานใน ปี ๒๕๖๖ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐาน

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน Green and Clean Hospital Challenge ๒๕๖๖ ได้ระดับมาตรฐาน (รพ.ต้องผ่านเกณฑ์ในระดับดีเยี่ยมจึงจะสามารถประเมินระดับทำทนายได้) ข้อที่ไม่ผ่านเกณฑ์ได้แก่

๑. หมวด ๓ ด้าน R: Restroom เกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกต้องตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะการจัดการปฏิกูลพ.ศ. ๒๕๖๑ และตามกฎหมายกำหนด เนื่องจากในเกณฑ์ Green and Clean Hospital Challenge ได้เพิ่มเกณฑ์ในการใช้หนอนพวยในน้ำทิ้งและกากตะกอน ซึ่งโรงพยาบาลไม่สามารถตรวจได้เอง และไม่ได้ทำแผนของงบประมาณสำหรับการตรวจไว้

๒. หมวด ๔ ด้าน Energy เนื่องจากสถานโควิด ๑๙ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ มีการสร้างอาคารรองรับผู้ป่วยโควิด ทำให้มีการใช้ไฟฟ้ามากขึ้น จากเกณฑ์ Green and Clean Hospital Challenge กำหนดมีการใช้ไฟฟ้าลด ๑% (เปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา) ปีงบ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ มีการใช้ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น ๑๐%

๓. หมวด ๖ ด้าน Nutrition เกี่ยวกับการจัดตั้งตลาด Green สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จากสถานการณ์โควิด ทำให้ไม่สามารถจัดตั้งตลาดได้และไม่มีพ่อค้าแม่ค้าเข้ามาจัดตั้งแผงได้

๔. หมวด ๗ ด้าน Innovation การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน Green ได้ ๒๕ คะแนน จาก ๓๐ คะแนน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๘๓.๓๓% และต้องผ่านร้อยละ ๘๐

๕. จาก ๑-๘ หมวด และต้องมีคะแนนมากกว่า ๒๔๓ คะแนนขึ้นไป

โอกาสพัฒนา

1. ทำแผนจัดซื้ออุปกรณ์การตรวจน้ำทิ้งและกากตะกอนเพื่อหา *E.coli* และไข้หวัดใหญ่ตามเกณฑ์มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. ติดตั้งแผง Solar Cell เพิ่มขึ้นเพื่อลดค่าไฟฟ้า
3. ตลาด Green ปรับเปลี่ยนรูปแบบการขายโดยการขายออนไลน์ทางกลุ่ม Line หรือตั้งเป็นตู้ในการขายผักปลอดสารพิษแทน
4. การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน Green การแลกเปลี่ยนเรียนรู้นวัตกรรมปีละ ๑ ครั้ง

๑๙. จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒

ปี ๒๕๖๖ จัดตั้งเครือข่ายหน่วยปฐมภูมิเพิ่มจำนวน ๓ แห่ง รวมเป็น ๔ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐

๒๐. จำนวนประชาชนคนไทย มีหมอปประจำตัว ๓ คน

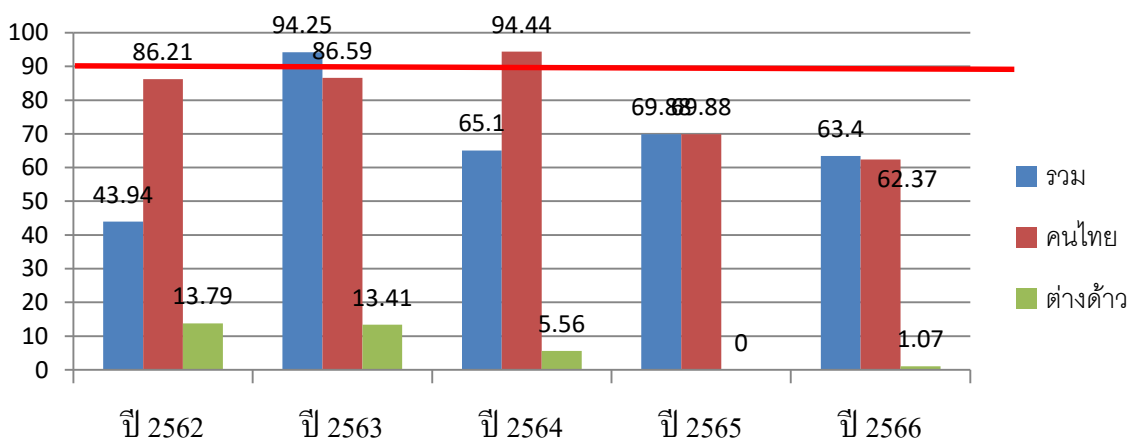
พื้นที่ ม.๑-๕ ต.องครักษ์ มี หมอปประจำครอบครัวหมอมที่ ๑ จำนวน ๔๔ คน

หมอสสาธารณสุขหมอมที่ ๒ จำนวน ๗ คน

หมอปประจำครอบครัวหมอมที่ ๓ จำนวน ๑ คน

มีประชากรที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่จำนวน ๒,๗๒๑ คน มีหมอปประจำตัว ๓ คน จำนวน ๒,๒๗๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๔๕ ในปี ๒๕๖๗ ต้องดำเนินการสำรวจซ้ำ เนื่องจากมีประชากรย้ายเข้า-ย้ายออก ทำให้เป้าหมายไม่นิ่ง (ข้อมูลจากโปรแกรมระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ)

๒๑. ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ \geq ร้อยละ ๙๐



หมายเหตุ : KPI ปี ๒๕๖๖ ปรับเป้าหมายความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวมคนไทยและไม่ใช้ไทย ร้อยละ ๙๐

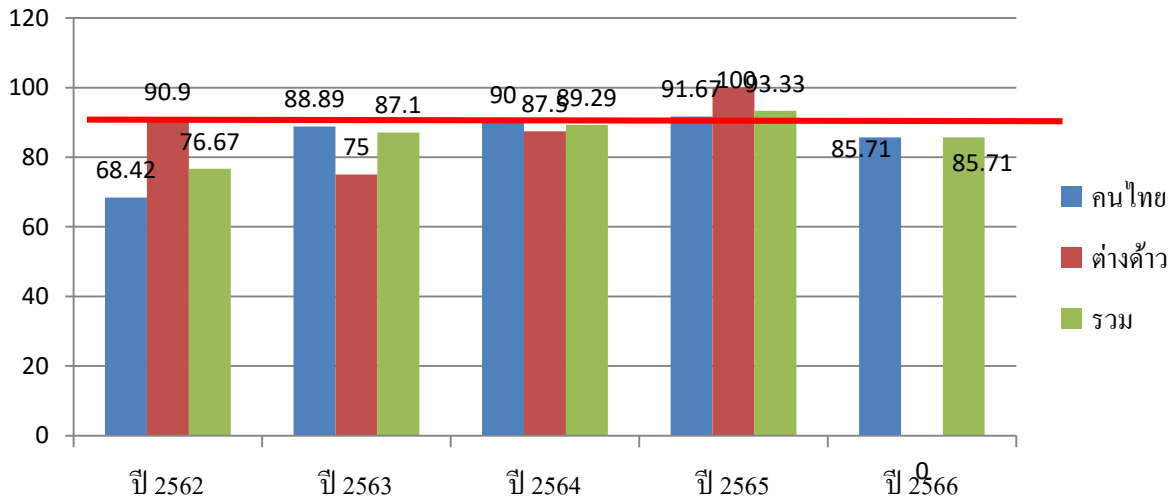
วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในปี ๒๕๖๖ ได้เริ่มดำเนินการคัดกรอง CXR ในกลุ่มเสี่ยง NCD clinic ในรพ.สต. และเน้นการคัดกรองแบบ Passive case finding (คัดกรองแบบตั้งรับ) ทำให้ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำรวมคนไทยและไม่ใช้ไทย ไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๐

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
-การคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงลดลง	เน้นใช้วิธีการคัดกรองโดยการ CXR ร่วมกับการตรวจ Molecular	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	Care Team TB + งานสุขภาพจิต + รพ.สต.

๒๒. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘



หมายเหตุ : ตั้งแต่ปี ๒๕๖๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคคิดจากผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งคนไทยและต่างด้าว

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในปี ๒๕๖๖ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งคนไทยและไม่ใช่ไทย ร้อยละ ๘๕.๗๑ ไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากมีผู้ป่วยที่รักษาไม่สำเร็จ จำนวน ๓ ราย เป็นผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการรักษามีโรค HIV ร่วม (เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ยังไม่ได้เริ่มรักษา ARV) และเกิดภาวะ TB drug induced hepatitis จำนวน ๒ ราย และอีก ๑ รายเป็นผู้ป่วย *Uncontrolled DM + poor hygiene* ญาติไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยล้มเหลวในการรักษา และส่งต่อให้ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษา ภายหลังการล้มเหลวที่โรงพยาบาลนครนายก

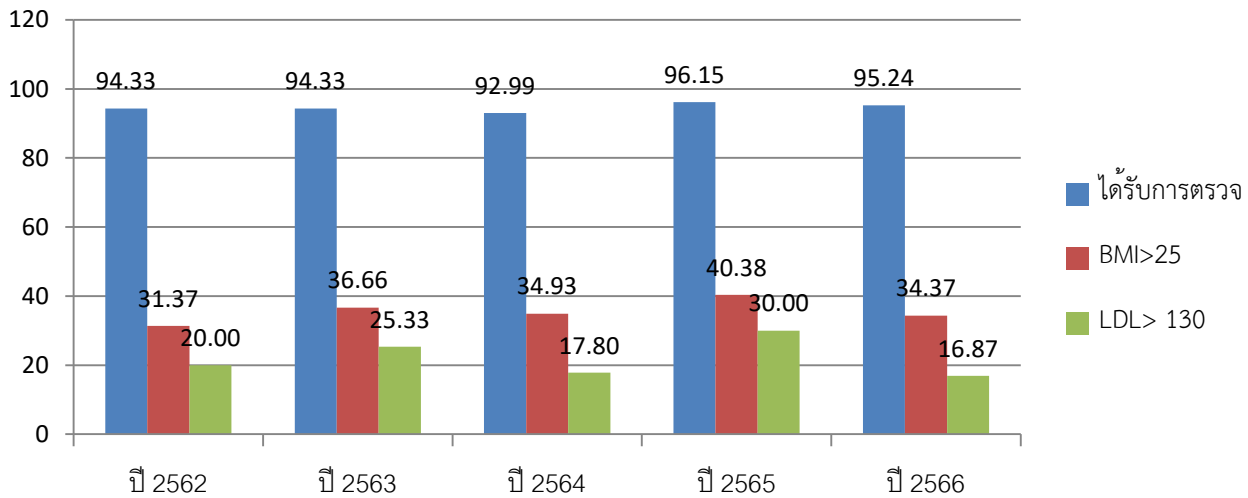
โอกาสพัฒนา/ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
๑. ผู้ป่วยมีผลข้างเคียงของยาวัณโรค	๑. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคตามมาตรฐาน ๒. พัฒนาระบบ DOT ๓. มีระบบที่ปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยวัณโรค	ต.ค.๖๖-ก.ย.๖๗	Care Team TB

๒๓. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี \geq ร้อยละ ๘๐

๒๔. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะไขมัน LDL \geq ๑๓๐ ร้อยละ ๓๐

๒๕. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีค่า BMI \geq ๒๕ ร้อยละ ๓๕



ตั้งแต่ปี ๒๕๖๒ ได้มีการเจาะ lipid profile ในเจ้าหน้าที่ทุกคน ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทั้งรายเก่าและรายใหม่เพิ่มขึ้น ส่วนค่า BMI มีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีตามอายุที่เพิ่มขึ้น

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ในปี ๒๕๖๕ หลังการแจ้งผลตรวจสุขภาพแพทย์ให้คำแนะนำรายบุคคลในควบคุมและดูแลเรื่องอาหารก่อน และนัดเจาะเลือดซ้ำทุก ๓ เดือน และ ๖ เดือน และมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ทำให้ในปี ๒๕๖๖ ผลการตรวจสุขภาพเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มดีขึ้น

กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เจ้าหน้าที่ ในปี ๒๕๖๖ มีการปรับพื้นที่ของโรงพยาบาลเพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น มีสนามบาสเก็ตบอล, สนามแบดมินตัน, โต้ะปิงปอง , มีลานเดิน, ช่องวิ่งจักรยาน

โอกาสพัฒนา / ปัญหาอุปสรรค

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
ผลตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่พบแนวโน้มค่า BMI เกิน	๑. มีการแจ้งผลการตรวจสุขภาพให้หน่วยงานทราบเพื่อให้ตระหนักถึงการดูแลตนเอง ๒. มีการติดตามค่า BMI และเจาะเลือดซ้ำในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะไขมันเกินทุก ๖ เดือน ๓. มีการกระตุ้นการดูแลตนเอง เช่น การออกกำลังกาย , โภชนาการ ใน Line จนท.รพ.	ธ.ค.๖๖ - ก.ย.๖๗	ประพิณทิพย์

ปัญหา / อุปสรรค	แนวทางการแก้ไข	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
	๔.ติดตามผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรายใหม่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน		

ประเมินผลแผนยุทธศาสตร์ ปี 2566
งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลองค์กร

1. ผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามครบ 6 เดือน หรือ BI = 20 ก่อนครบ 6 เดือน >70%

ผลงานย้อนหลัง 3 ปี

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพและติดตามครบ 6 เดือน หรือ BI = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	>70%	100%	100%	90.90%	62.5%	100%

วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

ปี 2565 เนื่องจากช่วงสถานการณ์ Covid-19 ที่ต้องลดความถี่ในการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการติดตามฟื้นฟูต่อเนื่อง

ปี 2566 สามารถติดตามผู้ป่วย IMC ก่อนครบ 6 เดือน ได้ 100%

แนวทางแก้ไข มีการปรับแผนการติดตามผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มี BI >75 และผู้ป่วย IMC BI<75 โดยมีการให้บริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง 3 รูปแบบคือ IPD (IMC ward) 2.OPD (นัดมารับบริการเป็น OPD case) 3.Community (การเยี่ยมบ้าน) บูรณาการการเยี่ยมบ้านร่วมกันโดยมีทีมกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และจนท.รพ.สต.ในพื้นที่ และมีการประชุมการวางแผนทางการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย IMC โดยทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

ปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยระยะกลางทั้ง 4 กลุ่มโรค (Stroke,TBI,SCI,Fracture Hip) มีแนวโน้มเรื่องสมรรถภาพร่างกาย คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การปรับปรุง

- 1) เพิ่มระบบบริการในรูปแบบศูนย์ฟื้นฟูชุมชนโดยจัดตั้งที่รพ.สต.เขมรฝั่งใต้ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูในสถานพยาบาลใกล้บ้าน
- 2) พัฒนาหอผู้ป่วยสำหรับฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (IMC Ward) จากเดิมเป็น IMC Bed โดยให้บริการแบบ Intensive Rehabilitation 5 ครั้ง / สัปดาห์
- 3) ปรับแนวทางการประเมินเพื่อส่งต่อผู้ป่วย IMC หลังฟื้นฟู 6 เดือน กรณีอยู่ในระยะ 6 เดือน นักกายภาพบำบัดลง POP up ใน HosXp กรณี ครบ 6 เดือน BI<11 ส่งต่อให้ LTC และนำ Pop Up ออก
- 4) พัฒนาศักยภาพบุคลากร ส่งอบรมนักกายภาพบำบัดหลักสูตร IMC 4 เดือน และพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร 4 เดือน
- 5) ปรับปรุงการส่งต่อข้อมูลจากเครือข่ายให้ทันเวลา

สรุปประเมินผลaction plan ปี 66

หน่วยงานผู้ป่วยนอก

NO	KPI	เป้า	2563	2564	2565	2566
1	ร้อยละผู้ป่วย เบาหวานและ ความดันโลหิต สูงได้รับการ ค้นหาและคัด กรองโรคไต เรื้อรัง	>80 %	64.1	61.73	62.6	65.68
2	สามารถชะลอ ความเสื่อมของ ไต < 5 มี จำนวนมากขึ้น	>69 %	ผ่าน เป้าปี 63>50% ได้65.45%๔	ไม่ผ่าน เป้าปี 64>50% ได้44.26%	53.26%	50.12

PURPOSE	PROCESS	PERFORMARCH
<p>ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจาก</p> <p>๑ มีการปรับประชากรบัตรทองจากการยกเลิกบัตรทองของคัพ มศว ทำให้กลุ่มเป้าหมายคลาดเคลื่อน</p> <p>๒ การตัดกลุ่มเป้าหมาย ตัดตาย ย้ายที่อยู่ทำไม่ได้ ไม่ครอบคลุม</p>	<p><u>แก้ไข</u></p> <p>๑ ปรับมาตรฐานการคัดกรองเริ่มไตรมาส ๑-๒ เพื่อจะติดตามประเมินผลใน ไตรมาส ๓-๔</p> <p>๒ ขยายการตรวจคัดกรองไป รพสต สามารถ ส่งตรวจlab ประจำปีได้ตลอด</p> <p>๓ ใช้โปรแกรม data exchange ในการวิเคราะห์ติดตาม ผู้ป่วย</p> <p>๔ ทวนสอบยอดตัดตาย/ย้ายที่อยู่ ทุก๑เดือน เพื่อลดกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๕ ไตรมาส ๒ ส่งต่อข้อมูลติดตามผู้ป่วยใน รพสต กลุ่มที่ยังไม่ได้คัดกรอง LAB โดยใช้ข้อมูลจาก data exchange</p>	<p>ติดตามHDC ทุกเดือน</p>
<p>สามารถชะลอความเสื่อมของไต < ๕ มีจำนวนน้อยลง เนื่องจาก</p> <p>๑ พฤติกรรม ผู้ป่วย ทานเครื่องปรุงรสด อาหาร</p> <p>๒ การใช้ยา NSID</p>	<p>๑ ให้สุขศึกษา intensive รายบุคคล</p> <p>๒ แนะนำการเลือกรับประทานอาหาร ลดเสี่ยง</p> <p>๓ Empower ด้วยกราฟ</p> <p>๔ วิเคราะห์การใช้ยา NSID ในกลุ่ม NCD</p>	<p>ติดตามHDC ทุกเดือน</p>

<p>๓ การติดตาม ตรวจค่าไต๒ ค่า ไม่ได้ตามเกณฑ์</p>	<p>๕ ติดตามผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจเลือดหาค่าไต รอบ ๒ ในไตรมาส ๓</p> <p>๖ ทำ QR CODE ความรู้และการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อม ไปปฏิบัติที่บ้าน</p> <p>๗ ทวนสอบยอดตัดตาย/ย้ายที่อยู่ ทุก๑เดือน เพื่อลดกลุ่มเป้าหมาย</p>	
--------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--