

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้

ประเด็น / งาน : พัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

ตัวชี้วัด (KPI) : อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยไม่เกิน 130 ครั้งต่อร้อยผู้ป่วย COPD

1.ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเข้าถึงการบริการ COPD คลินิกคุณภาพร้อยละ 90

2.ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่อาการกำเริบเฉียบพลันเข้าถึงยา ICS/LABA ร้อยละ 90

3.จนท.มีศักยภาพและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :ในปี 2561 พบว่า

1. อัตราการเกิด COPD Exacerbation เท่ากับ 163 ครั้ง/100 ผู้ป่วย COPD (เป้าหมายไม่เกิน 130 ครั้ง/100 ผู้ป่วย COPD) 2. ผู้ป่วย COPD AE re- admit ร้อยละ 9.62 (เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 10)

3.COPD ที่มีประวัติ Exacerbationใน 1ปี ได้รับยา ICS/LABA ร้อยละ 81.64 (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90) 4.ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการ CXR ร้อยละ 82.0 (เป้าหมายร้อยละ 100)

5.COPDได้รับการวินิจฉัยโดยการทำให้ PFT ร้อยละ 82.10 (เป้าหมายร้อยละ 100) 6.ได้รับ influenza vaccine ร้อยละ 79.10 (เป้าหมายร้อยละ 100)

7. ผู้ป่วยได้รับการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุม ร้อยละ 67.75 (เป้าหมายร้อยละ 100) 8.ได้รับการฝึก Pulmonary rehabilitation ร้อยละ 73.82 9. ได้รับการประเมินโดยการทำให้ 6 MWT ร้อยละ 49.04

10. ผู้ป่วย COPD ที่ยังสูบบุหรี่ร้อยละ 5.81 11.จนท.ผ่านการอบรมการทำ PFT จากสมาคมอุรเวชช์ 1 คน

12.ลงข้อมูล COPD Quality Of Careโปรแกรมของกรมการแพทย์ ได้ร้อยละ 82.5 (เป้าหมายร้อยละ 100)

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ k030202 โครงการการพัฒนาบริการสุขภาพ(Service Plan) อำเภอเกาะคา								
		1.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง COPD คลินิกคุณภาพ	447 คน	รพ.เกาะคา	ผ่านเกณฑ์COPD Clinic		ไม่มี	01-ต.ค.-61	นฤชา
					คุณภาพโดย			30-ก.ย.-62	
		1.1 ยืนยันการวินิจฉัยโดยการทำให้ PFT ทุกราย			1.ดำเนินงานในคลินิกครบถ้วน				
		1.2 มีการประเมิน/ติดตามการรักษาในคลินิกเช่น			ตามมาตรฐานการรักษารพ.				
		mMRC Score, CAT Score, 6 MWT,			ระดับ M				
		Pulmonary Rehabilitation			2.ลดอัตราการเกิด COPD AE				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		1.3 มีการประเมินการใช้ยาพ่นควบคุมทุกราย			น้อยกว่า 130 ครั้งต่อร้อย ผู้ป่วย				
		1.4 ส่งคลินิกอดบุหรี่ในรายที่ยังสูบบุหรี่ทุกราย			COPD				
		1.5 ได้รับการประเมินโดยตรวจ PFT ปีละ 1 ครั้ง			3.ลดอัตราการ re-admit ของ				
		1.6 ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง			ผู้ป่วย COPD AE ไม่เกิน				
		1.7 ได้รับยาICS/LABA อย่างสม่ำเสมอ ในราย			ร้อยละ 10				
		ที่มีประวัติ exacerbation ภายใน 1 ปี			4 .ผู้ป่วย COPD ที่มีประวัติ				
		1.8 ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการทํา CXR			exacerbation ภายใน 1 ปี ได้รับยา				
		ปีละ 1 ครั้ง			ICS/LABA มากกว่าร้อยละ 90				
		1.9 ผู้ป่วย COPD AE ที่มา admit ได้รับการเยี่ยมทุกราย			5. ผู้ป่วย COPD ได้รับการยืนยัน				
		1.10 มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่มีประวัติ AE			การวินิจฉัยโดยการทํา PFT ทุกราย				
		ให้ศูนย์ COC /เยี่ยมผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			6. ผู้ป่วย COPD ได้รับวัคซีน				
		และได้รับข้อมูลส่งกลับถูกต้อง ครบถ้วน			ไข้หวัดใหญ่ทุกราย				
		1.11 สนับสนุนดำเนินการ/ประสาน/จัดหา O2H			7.ผู้ป่วย COPDได้รับการ CXR				
		ให้แก่ผู้ป่วยที่ต้องใช้ LOng Term Oxygen Therapy			ทุกราย				
		1.12 ร่วมวางแผน/เยี่ยมผู้ป่วย COPD ในระยะ			8. ผู้ป่วย COPD re admit ได้รับ				
		end of life ร่วมกับทีม Paliative Care ของรพ.ทุกราย			การเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมทุกราย				
		1.13 มีระบบจัดเก็บและการลงข้อมูลในโปรแกรม			9.ผู้ป่วย COPD ที่อยู่ในระยะ				
		ของกรมการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วนทุกครั้งผู้ป่วย			end of life ได้รับการเยี่ยม ร่วมกับ				
		มารับบริการ			ทีมดูแล Paliative Care ทุกราย				
		2.จัดตั้งคลินิกบริการการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังใน PCC							
		1.เตรียมจัดตั้งคลินิกบริการผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	100 คน	PCC สดต.	1.มีคลินิกบริการผู้ป่วยปอดอุดกั้น	30,000.00	UC	01-ต.ค.-61	นฤชา
		ใน PCC หลัก 2 แห่ง		PCC ไหล่หิน	เรื้อรังใน PCC หลัก 2 แห่ง			30-ก.ย.-62	
		1.1 จัดหาวัสดุ อุปกรณ์ และยาที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย		*แห่งละ15000	2. ผู้ป่วยได้รับการบริการการดูแล				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		ได้แก่ เครื่องวัด PaO2 / เครื่องพ่นยา/ Set พ่นยา			ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย				
		ถัง O2H / เครื่องวัด PEF รวมทั้งยาพ่นขยายหลอดลม			ปอดอุดกั้นเรื้อรังเหมือนในรพ.				
		1.2 ชี้แจงแนวทางการรักษาผู้ป่วย COPD ให้จนท.			3. ลดภาระและค่าใช้จ่ายในการ				
		ใน PCC รับทราบและปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน			เดินทางมารักษาในรพ.ของผู้ป่วย				
		1.3 ส่งผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแทรกซ้อนพร้อมข้อมูล							
		ให้แก่พื้นที่ทราบ เพื่อรับการรักษาต่อเนื่องใน PCC							
		1.4 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/ติดตามการรักษาเหมือน							
		ในรพ.ได้แก่ O2 Sat, mMRC Score, CAT Score							
		1.4 ส่งผู้ป่วยมาทำ PFT ในรพ. ปีละ 1 ครั้ง							
		1.5 ได้รับคำแนะนำในการเลิกบุหรี่ในรายที่สูบบุหรี่ทุกราย							
		1.6 ได้รับการทำประเมินการทำ Pulmonary							
		Rehabilitation และ 6 MWT ปีละ 1 ครั้ง							
		1.7 ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการทำ CXRปีละ 1 ครั้ง							
		1.8 ได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ปีละ 1 ครั้ง							
		1.9 มีระบบจัดเก็บและการลงข้อมูลในโปรแกรม							
		ของกรมการแพทย์ ถูกต้องครบถ้วนทุกครั้งที่ผู้ป่วย							
		มารับบริการ							
		1.10 มีระบบการคืนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างรพ.และ PCC							
		อย่างต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยไปในทางเดียวกัน							
		1.11 ร่วมวางแผน/เยี่ยมผู้ป่วย COPD ที่มีปัญหาซับซ้อน							
		และผู้ป่วยระยะ end of life ร่วมกันระหว่าง PCCและ รพ.							
3	พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่	1. ส่งเจ้าหน้าที่ร่วมประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วย	1 คน	สมาคม	เจ้าหน้าที่ได้รับความรู้ใหม่ๆ	8,000.00	UC	ก.พ 2562	นฤชา
	ในการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้น	ปอดอุดกั้นเรื้อรังประจำปี		อูรเวซซ์	และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย				

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
	เรื้อรัง				ปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้น				
		2. ร่วมประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในจังหวัด	3 คน	ลำปาง	เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง			มี.ค 2562	นฤชา
		3. ร่วมประชุมวิชาการการดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง ภายในคปสอ.เกาะคา (เวทีพุทธประสาน)	15	รพ.เกาะคา	เจ้าหน้าที่ได้ทบทวนความรู้และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการ ดูแลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง				เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ละ 1 คน
4	ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1. ส่งผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการในคลินิก เข้าร่วมทำ Pulmonary Rehabilitation โดยนักกายภาพ บำบัด อย่างน้อยคนละ 1 ครั้งต่อปี	447 คน	รพ.เกาะคา	1. ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังมี ความรู้ความเข้าใจและสามารถ ฝึกการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 80	3,000.00	UC	01-ต.ค.-61	นฤชา
		2. จัดทำสื่อ/อุปกรณ์สาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและปฏิบัติได้ง่าย			2.ลดอัตราการเกิด COPD AE ลง น้อยกว่า 130 ครั้งต่อร้อย ผู้ป่วย COPD			30-ก.ย.-62	โอฬาร
					3.ลดอัตราการ re admit จาก AE ไม่เกินร้อยละ 10				
5	พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูล ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง	1. ลงข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีมารับบริการในโปรแกรม Hos -XP เพื่อการประมวลผลที่ต้องการใน HDC ต่อไป	447 คน	รพ.เกาะคา	1. ข้อมูลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีความถูกต้อง สมบูรณ์		ไม่มี	01-ต.ค.-61	นฤชา
		2. ลงข้อมูลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีมารับบริการในโปรแกรม Online ของกรมการแพทย์เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูล ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังในระดับประเทศที่ต้องการ			2. สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และแก้ปัญหาได้ถูกต้องต่อไป			30-ก.ย.-62	
		3. คืนข้อมูลผู้ป่วยให้แก่พื้นที่เพื่อทราบปัญหาและ							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		วางแผนร่วมกันในการแก้ปัญหาต่อไป							
					UC	41,000			