



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลเกาะคา อ.เกาะคา จ.ลำปาง

ที่ ลป ๐๐๓๓.๓๐๑/๓๙๔๙

วันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุญาตเผยแพร่รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๗ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

ด้วย โรงพยาบาลเกาะคา ได้ดำเนินการตามที่กระทรวงสาธารณสุขให้ดำเนินการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (MOPH Open Data Integrity and Assessment : MOIT) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก และยังคงมีกรอบแนวทางการประเมิน เพื่อให้หน่วยงานมีการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข และเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ นั้น

การนี้ โรงพยาบาลเกาะคา ได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๗ และขออนุญาตเผยแพร่แผนปฏิบัติการประจำปีของหน่วยงาน (แผนปฏิบัติการสาธารณสุขระดับอำเภอ อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗) ให้เป็นไปตามการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (MOPH Open Data Integrity and Assessment : MOIT) ให้มีการเสนอผู้บริหารรับทราบ และเผยแพร่บนเว็บไซต์ของหน่วยงาน ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อรับทราบและโปรดพิจารณาอนุมัติการเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวในเว็บไซต์ www.kokhahospital.go.th ของโรงพยาบาลเกาะคา ต่อไป

(นายกิตติพงษ์ บำเพ็ญ)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

รับทราบ/อนุมัติ

(นายสิทธิกร สองคำชุม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา

รายงานผลการดำเนินงานตาม
แผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๗

ของ

โรงพยาบาลเกาะคา

สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

1.ประเด็น : อนามัยแม่และเด็ก

เป้าหมาย :

- 1.ไม่มีมารดาเสียชีวิต
- 2.ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,750 กรัม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- 3.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75
- 4.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
- 5.ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75
- 6.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยงไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
- 7.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ชาติเหล็ก ร้อยละ 100
- 8.ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
- 9.อัตราการตายทารกแรกเกิด ร้อยละ 0
- 10.ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการเด็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- 11.ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
- 12.ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่มีพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100
- 13.ร้อยละของเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86
- 14.ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 66

2.กลยุทธ์ : 1. Lampang ANC Premium plus smart child ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

1.1 Detection Fetal Growth : ประเมินและแก้ไขให้เร็ว

1.2 การส่งเสริม HL ในหญิงตั้งครรภ์รายบุคคล

1.3 Package การดูแลเด็กตามกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อ และคลินิกโภชนาการเด็ก Hd

2. ส่งเสริมความรู้โรงเรียนพ่อแม่ (HL2500 วัน) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

2.1 สร้าง HL สอนให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก และครูพี่เลี้ยงใน ศพด. และอสม. (ส่งเสริมการส่งเสริมพัฒนาการ และสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม)

3. ปรับปรุงระบบฐานข้อมูลและระบบการบันทึกข้อมูล ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้

3.1 สำรวจเด็กที่อยู่จริงในพื้นที่

3.2 ติดตามเด็กตามกลุ่มสีตามแนวทางที่กำหนด

3.3 ติดตามนิเทศ

3.4 สรุปการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพตามข้อมูลที่สำรวจ

3.5 ทบทวนรูปแบบกิจกรรม

4.ผลการดำเนินงาน

4.1 สถานการณ์หญิงตั้งครรภ์

ผลงานการมารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลเกาะคาย้อนหลังสามปี พบว่า จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปีงบประมาณ 2567 หญิงตั้งครรภ์ในเขตอำเภอเกาะคา มีจำนวน 108 คน หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่พบเป็นกลุ่มเสี่ยงทางสุติกรรมจำนวน 23 ราย เสี่ยงทางอายุกรรม จำนวน 13 ราย Elderly จำนวน 13 ราย และ Teenage จำนวน 5 รายตามลำดับ

4.2 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ปี 2567

(ต.ค.66-31มี.ค.67) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ผลงานการให้บริการฝากครรภ์ในอำเภอเกาะคา ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 68.48 ไม่ผ่านเกณฑ์ ผลงานสูงสุด คือ รพ.สต.บ้านजूด, รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย, รพ.สต.บ้านสองแควใต้ ผลงานต่ำสุด รพ.เกาะคา

4.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ปี 2567 (ต.ค.66-31 มี.ค.67) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ผลงานการให้บริการฝากครรภ์ในอำเภอเกาะคา ปีงบประมาณ 2567 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 64.44 ไม่ผ่านเกณฑ์ ผลงานสูงสุด คือ รพ.สต.บ้านบ้านजूด, รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย, รพ.สต.บ้านสองแควใต้ ผลงานต่ำสุด รพ.เกาะคา

4.4 ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ปี 2567 (ต.ค.66-31มี.ค.67) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75

ผลงานการเยี่ยมหลังคลอด ปีงบประมาณ 2567 พบว่าหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 69.90 ไม่ผ่านเกณฑ์ ผลงานสูงสุด คือ รพ.สต.บ้านจอมปิง, รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย ผลงานต่ำสุด รพ.เกาะคา

4.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25

ผลงานการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ร้อยละ 98.09 ผ่านเกณฑ์ และพบภาวะเสี่ยง ร้อยละ 42.85 ผ่านเกณฑ์

4.6 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,750 กรัม ปี 2567 (ต.ค.66-31 มี.ค.67) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ผลงานทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,750 กรัม ปีงบประมาณ 2567 พบว่า มีเด็กทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,750 กรัม ร้อยละ 78.70 ไม่ผ่านเกณฑ์

4.6 ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ปี 2567 (ต.ค.66-31มี.ค.67) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50

ผลงานการดื่มนมแม่ ปี 2567 พบว่าเด็กแรกเกิด- ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 74.32 ผ่านเกณฑ์ ผลงานสูงสุด คือ รพ.สต.บ้านจอมปิง, รพ.สต.บ้านศาลาไชย, รพ.สต.บ้านหาดปู้ด้าย ผลงานต่ำสุด รพ.เกาะคา

4.8 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 100

ผลงานหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ปี 2567 พบว่า หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 75.82 ผลงานสูงสุด คือ รพ.สต.บ้านนาแสง และผลงานต่ำสุด คือ รพ.เกาะคา

4.9 อัตราตายทารกแรกเกิด ร้อยละ 0

ผลอัตราตายทารกแรกเกิด ไม่มีทารกเสียชีวิต

4.10 ผลงานการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ปี 2567 (ต.ค.66-31มี.ค.67)

ผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก ปี 2566 พบว่าเด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการเด็กร้อยละ 34.04 ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ90) พบเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าครั้งแรกจากการคัดกรองร้อยละ 19.81 ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) และในส่วนการติดตามพัฒนาการในรายที่สงสัยล่าช้ามีการติดตามเพียงร้อยละ 77.27 ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100)

และจากผลการคัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามีการพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80.18 ไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 86)

4.11 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 66 ปี 2567 (ต.ค.66-31มี.ค.67) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 66

ผลการดำเนินงานปี 2567 พบว่าเด็ก 0-5 ปี มีภาวะสูงดีสมส่วน ร้อยละ 48.50 ไม่ผ่านเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 66) โดยพบเด็กที่มีภาวะอ้วน ร้อยละ 5.42 (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 10) มีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.89 (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5) และมีภาวะผอมร้อยละ 7.07 (เกณฑ์ ไม่เกินร้อยละ 5)

5.กิจกรรมที่ได้ดำเนินงานและผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

กิจกรรม	เกณฑ์	ร้อยละ	สรุป
1.ไม่มีมารดาเสียชีวิต	ไม่มีมารดาเสียชีวิต	0.00	ผ่าน
2.หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	68.48	ไม่ผ่าน
3.หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	64.44	ไม่ผ่าน
4.หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	69.90	ไม่ผ่าน
5.ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบ ภาวะเสี่ยง	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25	98.09 42.85	ผ่าน
6.หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก	ร้อยละ 100	75.85	ไม่ผ่าน
7.ทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2,750 กรัม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	78.70	ไม่ผ่าน
8.เด็กแรกเกิด-ต่ำกว่า6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	74.32	ผ่าน
9.อัตราการตายทารกแรกเกิด	ร้อยละ 0	ไม่มีทารก เสียชีวิต	ผ่าน
10.เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนได้รับการตรวจพัฒนาการเด็ก	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	34.04	ไม่ผ่าน
11.เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ได้รับการตรวจพัฒนาการพบสงสัย ล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	19.81	ไม่ผ่าน
12.เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือน ที่มีพัฒนาการพบสงสัยล่าช้าได้รับ การติดตาม	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100	77.27	ไม่ผ่าน
13.เด็กอายุ 9,18,30,42,60 เดือนที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่ามี พัฒนาการสมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 86	80.18	ไม่ผ่าน
14.เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 66	48.50	ไม่ผ่าน

6. ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาอุปสรรค

1. ด้านบุคลากร

- มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานทั้งในรพ. สสอ.และรพ.สต.ทำให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง รวมทั้งมีข้อจำกัดด้านความรู้และทักษะ

2. ด้านระบบบริการ

- การดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็ก ยังไม่ครอบคลุมตามมาตรฐานทุกข้อ เช่น กระบวนการ Couples counseling การให้ความรู้ภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ต้องมีการพัฒนาให้ปฏิบัติทุก Setting และให้ครอบคลุมในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากคลินิกและที่ย้ายมาฝากครรภ์ต่อจากโรงพยาบาลอื่น มีการเยี่ยมบ้านติดตามหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อยไตรมาส 1 ครั้ง

3. ด้านข้อมูลสารสนเทศ

- ยังต้องพัฒนาด้านความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา ข้อมูลที่มีคุณภาพ

แนวทางการพัฒนา

1.ด้านบุคลากร

1.1 ฟื้นฟูความรู้การดูแลหญิงตั้งครรภ์และการดูแลหญิงหลังคลอด ของเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานแม่และเด็กทุกรพ.สต.

1.2 ฟื้นฟูความรู้ด้านโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ แก่เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานแม่และเด็กทุกรพ.สต.

2. ด้านระบบบริการ

2.1 การใช้มาตรฐาน ANC premium ให้ครอบคลุมมากขึ้นเน้นระบบการค้นหา กระบวนการ Couples counseling (โรงเรียนพ่อแม่) ระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ การใช้ care plan

2.2 ทบทวนมาตรฐาน ANC premium นำสู่การปฏิบัติ

2.3 การนิเทศติดตามงานเพื่อเสริมพลังหน่วยงานระดับรพ.สต.

3.ด้านข้อมูลสารสนเทศ

3.1 การจัดทำข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาของหญิงคลอดก่อนกำหนด และเด็กคลอดน้ำหนัก<2500กรัม เพื่อการวางแผนป้องกันแก้ไข

3.2 ฟื้นฟูความรู้การลงข้อมูล ในโปรแกรมให้ครอบคลุมและถูกต้อง

3.3 พัฒนาและการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศจาก HDC อย่างต่อเนื่อง มีผู้รับผิดชอบด้านข้อมูลและมีผู้กำกับติดตาม

ผู้รับผิดชอบงาน นางสาว ดรุณี ศรีวรรณ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี 19 เมษายน 2567

สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567(ข้อมูล 1 ต.ค. 66 - 31 มี.ค. 67)

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 PP&P Excellence

1.ประเด็น : ร้อยละ

2.เป้าหมาย : 1.ร้อยละ 100 ของโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน “ อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน”

2.ร้อยละ 100 ของร้านค้ารอบรั้วโรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน

3.กลยุทธ์ : อำเภอเกาะคา ได้จัดทำโครงการอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียนอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2567 ขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ทุกสถานศึกษา และร้านค้ารอบรั้วโรงเรียน มีความรอบรู้ เข้าใจเกณฑ์อาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน มีการส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน/ภาวะผอม/ภาวะเตี้ย มีเป้าหมายดำเนินการในสถานศึกษา

4.ผลการดำเนินงาน

โรงเรียนในพื้นที่อำเภอเกาะคา จำนวน 14 โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน จำนวน 9 โรงเรียน คิดเป็นร้อยละ 64.28 และร้านค้า/แผงจำหน่ายผ่านเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัยรอบรั้วโรงเรียน จำนวน 27 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 84.37 โดยแบ่งเป็นประเภท ร้านค้าร้านชำ จำนวน 2 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 6.67, ร้านอาหาร จำนวน 10 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 33.33 , ร้านเครื่องดื่ม/น้ำหวาน จำนวน 11 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 36.67 , แผงลอย รถเร่/ตลาด จำนวน 12 แผง คิดเป็นร้อยละ 40

ผลการตรวจประเมินเกณฑ์สุขภาพอาหาร, สารบอแรกซ์, สารโพลาร์, อาหารแปรรูป, เค็ม, หวาน พบดังนี้ ด้านสุขภาพอาหาร เนื่องจากการดำเนินการจัดซื้อชุดตรวจหาแหล่งซื้อขาย ทั้งนี้อยู่ในช่วงปิดเทอมของโรงเรียนในพื้นที่ทำให้เกรงว่า หากซื้อชุดตรวจรอไว้อาจจะหมดอายุก่อน จึงจำเป็นต้องดำเนินการจัดซื้อชุดตรวจใน 6 เดือนหลัง ทำให้ 6 เดือนแรกไม่สามารถตรวจประเมินเกณฑ์สุขภาพอาหาร, สารบอแรกซ์, สารโพลาร์, อาหารแปรรูป, เค็ม, หวาน ได้

5.ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
1.ข้อมูลในระบบรายงาน HDC ไม่มีข้อมูล จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมด	การจัดทำฐานข้อมูลเด็กอายุ 6-14 ปี เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน โดยการสำรวจจากข้อมูลเด็กของโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ
2.ความครอบคลุมการชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูงของเด็ก	การพัฒนาคุณภาพระบบเฝ้าระวังและฐานข้อมูลร่วม ครูผู้ปกครองเด็ก เช่น โปรแกรมเฝ้าระวังภาวะโภชนาการวัยเรียน ระบบการคัดกรองและส่งต่อเด็กกลุ่มเสี่ยง
3.เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง ไม่ได้มาตรฐาน	การให้ความรู้ครูอนามัยโรงเรียนและทำการปรับตั้ง (Calibration) เมื่อมีการติดตั้งเครื่องใหม่ หรือการสอบเทียบประจำปี โดยเฉพาะเครื่องชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง
4.เด็กอายุ 6-14 ปี มีทางเลือกในการซื้ออาหารที่หลากหลายและ พฤติกรรมการกินส่วนตัวของเด็ก	การพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมสุขภาพ เช่น การพัฒนาสื่อ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ผ่าน Social Network เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดื่มสมส่วน และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ผู้รับผิดชอบ..นายวิฑูรย์ จงใจ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

กลุ่มงาน สนับสนุนวิชาการและบริการ

วัน/เดือน/ปี 18 มีนาคม 2567

สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (ข้อมูล 1 ต.ค. 66 - 31 มี.ค. 67)

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 PP&P Excellence

1.ประเด็น : วัยรุ่น

2.เป้าหมาย : ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี

การเฝ้าระวังคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่น ลดลง

3.กลยุทธ์ : อำเภอเกาะคา ได้เปิดพื้นที่ผ่านสื่อ Social Media ให้เด็กและเยาวชนเข้ามาสื่อสารและเผยแพร่ผลงาน สร้างต้นแบบหลากหลาย ติดตามประเมินผลอย่างมีคุณภาพ บูรณาการร่วมกับ TO BE NUMBER ONE เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การป้องกันการเสพยาเสพติด สร้างความตระหนักของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาและในชุมชน ซึ่งคลินิกวัยรุ่นได้มีการพัฒนาเพจคลินิกวัยรุ่นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังเปิดพื้นที่เพิ่มช่องทางการติดต่อสื่อสารสื่อความรู้และประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพผ่าน ทวิตเตอร์(TWEETER) และ ตี๊กตอก(TIKTOK) และเพจ "วัยรุ่น อยากเล่า Lampang city" เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มวัยรุ่นมากขึ้น รวมถึงการให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นกรณีตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยให้อยู่ในการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวว่าจะมีความพร้อมในการดูแลหรือไม่ เด็กที่ถูกกระทำรุนแรงจากเพื่อนหรือคนในครอบครัว ได้มีการประสานกับหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บ้านพักเด็ก เพื่อให้ความช่วยเหลือในช่วงวิกฤติและประสานกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) และ อสม. ในการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

4.ผลการดำเนินงาน

จากคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ปีงบประมาณ 2567 (ข้อมูล 1 ต.ค. 66 - 31 มี.ค. 67) พบว่า อำเภอเกาะคา มีประชากรอายุ 10-14 ปี จำนวน 2,096 คน คิดเป็นร้อยละ 4.91 ของประชากรทั้งหมด และประชากรอายุ 15-24 ปี จำนวน 4,213 คน คิดเป็นร้อยละ 9.88 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งจากการดำเนินงานคลินิกวัยรุ่น อำเภอเกาะคาจังหวัดลำปาง พบว่า ปัญหาอัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มลดลง โดยในปีงบประมาณ 2564-2567(ถึง 31 มีนาคม 2567 พบอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 17.92 11.85 และ 11.85 ต่อหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน ตามลำดับ ทั้งนี้ในปีงบประมาณ 2564-2567 พบ การตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 2.08 6.36 และร้อยละ 5.9 ตามลำดับ นอกจากนี้ วัยรุ่นที่เข้ามาใช้บริการในคลินิก พบมีปัญหาเครียด ซึมเศร้ามีวิตกกังวล ปัญหาพฤติกรรม มีการประเมินสุขภาพจิต สิ่งแวดล้อมและการอยู่ร่วมกันในครอบครัว ในรายที่มีอาการรุนแรง มีการส่งต่อจิตเวช โรงพยาบาลลำปางและติดตามอย่างต่อเนื่อง

5.กิจกรรมที่ได้ดำเนินงานและผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย

เพจ FB คลินิกวัยรุ่นเกาะคา

- 30 ก.ย.66 -ยอดผู้กดถูกใจ 592 คน -ยอดผู้ติดตาม 621 คน
- 31 ม.ค.67 -ยอดผู้กดถูกใจ 599 คน (เพิ่มขึ้น 7 คน) -ยอดผู้ติดตาม 636 คน (เพิ่มขึ้นมา 15 คน)
- Tweeter = ชื่อ Kokhateenagelampang
ยอดผู้กดติดตาม 6 คน
- TikTok = ชื่อ Kokhateenagelampang
ยอดผู้กดติดตาม 81 คน

ผลการดำเนินงานวัยรุ่น

ลำดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมายKPI	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ปีงบประมาณ 66	ปีงบประมาณ 67(ต.ค. -ก.พ. 67)			
						ผลงาน		หมายเหตุ	
						จำนวน	ร้อยละ	ผ่าน	ไม่ผ่าน
1	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำ ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี	ไม่เกินร้อยละ 14.5	2.08 (1 ราย)	16.36 (2 ราย)	10.00 (1 ราย)	0	0.00	✓	
2	การเฝ้าระวังคลออดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	ไม่เกินร้อยละ27 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	15.09 (20 ราย)	9.81 (13 ราย)	5.52 (6 ราย)	5	4.10	✓	
3	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นลดลง	ร้อยละ 20 จากปี 2566	1 ราย	0	0	0	0.00	✓	

แหล่งข้อมูล HDC

5.ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
1.การประชาสัมพันธ์เปิดพื้นที่ผ่าน SOCIAL MEDIA ให้เด็กและเยาวชนเข้ามาสื่อสารและเผยแพร่ผลงาน ค่อนข้างน้อย	อบรมแกนนำวัยรุ่น เสริมสร้างศักยภาพแกนนำโรงเรียนพ่อแม่ To Be Number One ในสถานศึกษาและชุมชน
2.ทัศนคติและพฤติกรรมการเล่นแบบสื่อต่างๆ ที่มีเรื่องราวเกี่ยวกับการขัดแย้ง รวมถึงพฤติกรรมใช้ความรุนแรงของวัยรุ่น เช่น ภาพยนตร์ หนังสือพิมพ์ โทรศัพท์ และหนังสือต่างๆ เป็นต้น ทำให้มีการใช้สื่อที่ไม่ถูกต้อง/ไม่สร้างสรรค์	ส่งเสริมให้ทุก รพ.สต.ทุกแห่งจัดทำโครงการเสริมภูมิคุ้มกันทางจิตให้แก่วัยรุ่นทุกตำบล
3.ยังพบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่	Counselling และสร้างแรงจูงใจให้มารดาวัยรุ่นหลังคลอดทุกคนคุมกำเนิดด้วยยาฝังคุมกำเนิดหรือวิธีอื่นครบ100% ป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ รวมถึงการประสานส่งต่อข้อมูลกับคลินิกวัยรุ่น รพช. อื่นๆในเรื่องการติดตามการคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
4.วัยรุ่นมีการรวมกลุ่มจัดกิจกรรมน้อยและไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมทาง Social media ซึ่งอาจไม่ใช่ไม่ใช่ความต้องการของวัยรุ่น	- พัฒนา Social media /พัฒนาการเข้าถึงบริการคลินิกวัยรุ่น โดยการเพิ่มการประชาสัมพันธ์คลินิกวัยรุ่นให้มากขึ้นและกิจกรรม Live สด / Talk Show ถาม-ตอบเรื่องเพศ - จัดกิจกรรมในเพจ และมีรางวัลจูงใจให้ร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง - กระตุ้นการโพสต์ให้ข้อมูลเป็นประจำ ผ่าน platform FACEBOOK / TWEETER / TIKTOK

ผู้รับผิดชอบ..นายวิวัฒน์ จงใจ
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
กลุ่มงาน สนับสนุนวิชาการและบริการ
วัน/เดือน/ปี 18 มีนาคม 2567

สรุปผลการดำเนินงาน รอบ 10 เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

(PP&P Excellence) (วัยทำงาน/บูรณาการ)

1.ประเด็น : ลดหวานลดเค็ม อาหารปลอดภัย ออกกำลังกาย

2.เป้าประสงค์ : เพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่

3.ตัวชี้วัด จังหวัดลำปาง:

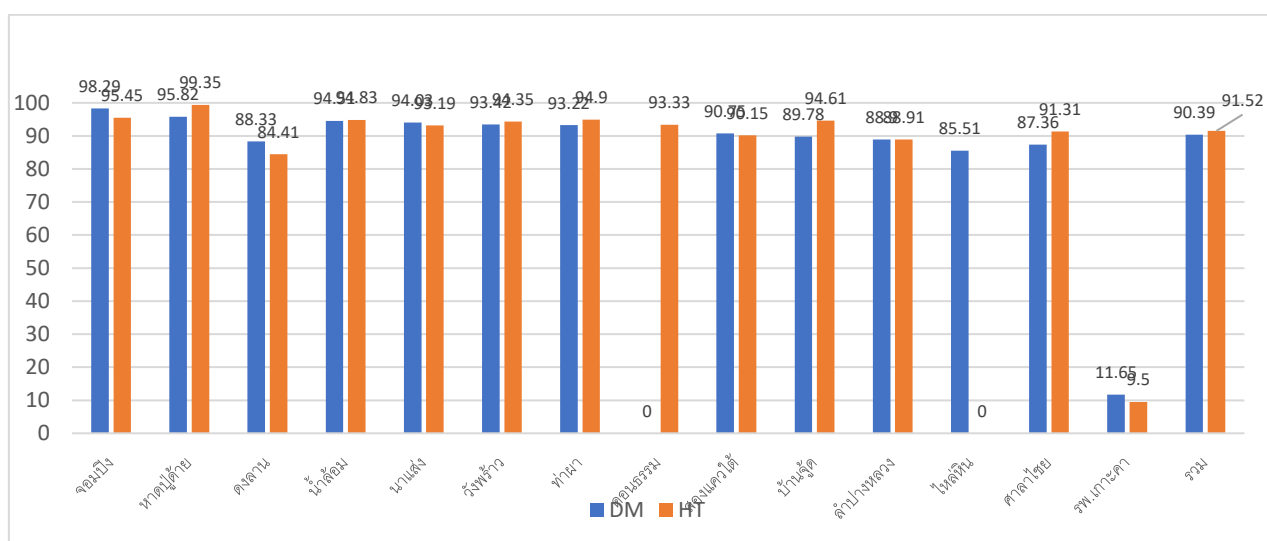
1. ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวานความดันโลหิต $\geq$ ร้อยละ 90
2. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไม่เกิน $\leq$ ร้อยละ 1.75
3. ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และได้รับการตรวจติดตามและรักษาต่อเนื่อง $\geq$ ร้อยละ 90
4. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี $\geq$ ร้อยละ 40
5. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดี $\geq$ ร้อยละ 60
6. กลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันที่บ้าน(self check) ร้อยละ 100
7. กลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้งปี $\geq$ ร้อยละ 70

4.กลยุทธ์ :

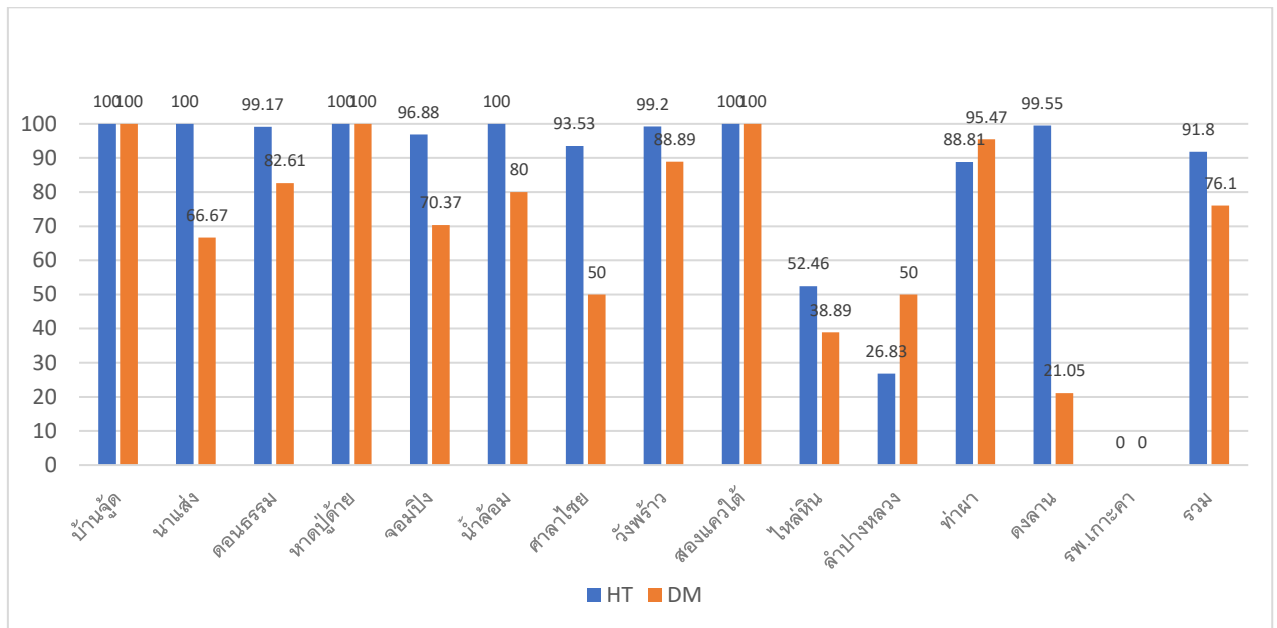
1. กลุ่มปกติคัดกรองสุขภาพ และส่งเสริมกิจกรรมป้องกันโรค
2. จัดทำโครงการเพื่อรองรับในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในกลุ่มเสี่ยง ป้องกันการเกิดโรครายใหม่ และภาวะแทรกซ้อนในเขตรับผิดชอบของแต่ละรพสต.
3. ออกติดตามผลหลังได้รับความรู้ในเขตรับผิดชอบของแต่ละรพสต.และประเมินผลการดำเนินงาน

5.ผลการดำเนินงาน

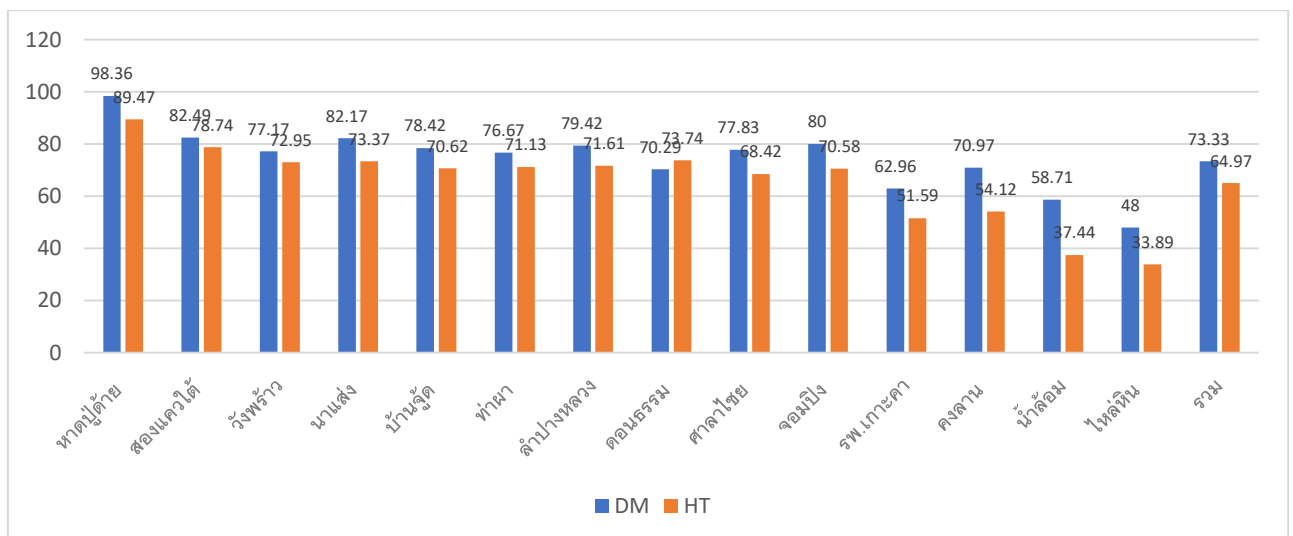
ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองและเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง



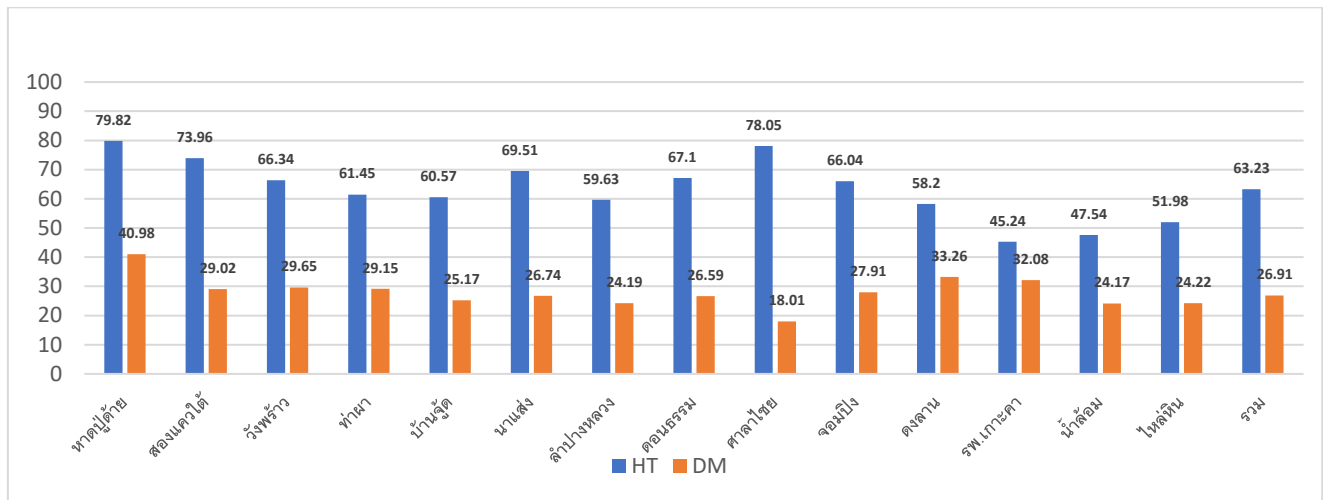
การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและรับการรักษาต่อเนื่อง



ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงควบคุมได้ตามเกณฑ์



ชื่อรายงานเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2566 (10 เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ 90	18,626	17,046	91.52
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยที่ได้รับการตรวจติดตามยืนยัน Self Check Self Monitor HT	ร้อยละ 100	1,011	929	91.89
ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อแสนประชากรลดลง	ลดลง ≥ ร้อยละ 2.5		792	
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาต่อเนื่อง	≥ ร้อยละ 90	11,679	7,432	63.64
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ 60	11,679	7,348	62.92

ชื่อรายงานเป้าหมาย	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2567 (10 เดือน)		
		เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	≥ ร้อยละ 90	24,789	22,407	90.39
กลุ่ม Pre-DM ของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	≥ ร้อยละ 90	1538	1410	91.68
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมา (Pre-DM) ปีที่ผ่านมา	≤ ร้อยละ 1.75	1,538	60	3.90
ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มสงสัยได้รับการตรวจยืนยัน	≥ ร้อยละ 72.	205	156	76.10
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงอัตราต่อแสนประชากร			475	
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และได้รับการตรวจติดตามและรักษาต่อเนื่อง	≥ ร้อยละ 90	5,120	3,701	72.29
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	≥ ร้อยละ 70	5,120	2616	53.28
ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง (BMI ≥ 25 กก./ตร.ม)	≤ ร้อยละ 60	5120	3070	59.96
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ ร้อยละ 40	5,120	3237	63.22
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	≥ ร้อยละ 60	5,120	3,682	71.91
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	≥ ร้อยละ 60	5,120	3,451	67.40
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางไต	≥ ร้อยละ 60	5,120	1901	37.13
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL	≥ ร้อยละ 65	5,120	4,491	87.71

6. ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
1. บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนงานบ่อย การสื่อสารความเข้าใจแนวทางปฏิบัติไม่เป็นไปตามแนวทางที่วางไว้ 2. บุคลากรย้ายสังกัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ การติดตามไม่สามารถติดตามได้ครบถ้วน 3. งบประมาณการดำเนินงานล่าช้า โครงการที่จะดำเนินการส่วนใหญ่ได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพยังไม่ได้รับการอนุมัติ รอการประชุมพิจารณา 4. การเข้าถึงการบริโภคมีหลากหลายมากขึ้นเช่น 7-11, ร้านเครื่องดื่มหวาน 5. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ไม่ผ่านระดับร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีความรู้แต่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ขาดความต่อเนื่องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. ให้ตระหนักถึงพฤติกรรมบริโภคและการใช้ชีวิตประจำวัน เน้นการใช้ 3อ 2ส 2. ปัจจุบันเทคโนโลยีมีความก้าวหน้าขึ้นสามารถที่จะสามารถเปิดหาแนวทางการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคได้อย่างหลากหลาย 3. แนะนำให้เจ้าหน้าที่ประชุมทีมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้เข้าใจตรงกัน

ผู้รับผิดชอบ..นางสาวนงศ์ลักษณ์ วงศ์ษร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
วัน/เดือน/ปี 16 สิงหาคม 2567

การประเมินผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2567

คปสอ. เกาะคา จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1... 1 PP&P Excellence...

1. ประเด็น : ...ผู้สูงอายุ....

2. เป้าหมาย/เป้าประสงค์:

1. กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ได้รับการดูแลสุขภาพ
2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล
3. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและส่งต่อ (fall,สมองเสื่อม,ตา,หู,ฟัน,ซึมเศร้า)

3. กลยุทธ์ : 3.กลยุทธ์ : 1. 65 ปีเรียกพี่ได้ไหม Pre Aging Programอายุ 50-59ปี

- 1.1 ประชุมชี้แจงและติดตามการดำเนินงาน Anti Aging Center ใน NPCU
- 1.2 ประสานท้องถิ่น และ ประชาสัมพันธ์สร้างกระแส : Style Smile Smart
 - Style : เสื้อผ้า หน้า ผม
 - Smile : สุขภาพจิต Social Network
 - Smart : เชี่ยว ช้อ สมอง (เสื่อม) ตา BMI

1.3 จัดบริการประเมินและให้ความรู้ ตามโปรแกรม Anti-Aging หลักสูตร (8 weeks) ดำเนินกิจกรรมตามหลักสูตร โดยมีกิจกรรมร่วมกันรวม 3 ครั้ง กิจกรรมติดตาม 3 ครั้ง รวม 6 ครั้ง และจัดทำเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ คัดเลือกบุคคลต้นแบบ 1 ครั้ง (3 คนต่อ NPCU รวม 15 คน)

- 1.4 สร้าง Line group ให้คำปรึกษาสุขภาพ “Anti Aging” ทุก NPCU

2. “อยู่ลำปาง ไม่ลำพัง” ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแล

- 2.1 อบรบ CG เพิ่มเติมให้ครอบคลุมทุกพื้นที่อำเภอเกาะคา On line 20 คน และ On site 24 คน
- 2.2 จัดอบรมฟื้นฟูความรู้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ที่อบรม ในปี 2562
- 2.3 สสำรวจผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพัง ผู้สูงอายุอยู่บ้านโดยไม่มีผู้ดูแล
- 2.4 จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพังใน Google sheet สถานบริการทุกแห่ง
- 2.5 ประเมินสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพัง
- 2.6 นำเสนอประเด็นปัญหาสภาพแวดล้อมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ลำพัง ในเวที พชต.

และส่งต่อเพื่อแก้ไขปัญหา

- 2.7 ประชุมจัดทำแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแล/อยู่คนเดียว

3. “Lampang Smart Aged Society”

- 3.1 แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอ
- 3.2 ทุก NPCU ออกแบบและจัดระบบบริการ ประเมิน/คัดกรอง รักษา ส่งต่อ fall,สมองเสื่อม,ตา,หู,ฟัน,ซึมเศร้า (สอดคล้องการให้บริการ Sandbox)
- 3.3 ส่งต่อโรงพยาบาล เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ซึมเศร้า,OA ,Fall ,สมองเสื่อม , หู ตา , ฟัน

4. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข) :

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
1. มีการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่ม อายุ 50-59 ปี ขึ้นไป ระดับตำบล	ร้อยละ 40	ร้อยละ 35.8
2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ลำพัง ได้รับการดูแล	ร้อยละ 85	ร้อยละ 95
3. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและส่งต่อ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82.5

5. สถานการณ์ทั่วไปและผลการดำเนินงาน

สถานการณ์ผู้สูงอายุอำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 – 2566 พบว่ากลุ่มอายุ 55-59 ปี (Pre Aging) มีแนวโน้มลดลง ได้แก่ร้อยละ 11.01 ,10.80, 10.53 และ 10.31 ตามลำดับ ในขณะที่ ร้อยละผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ร้อยละ 31.81, 31.89, 33.14 และ 35.07 ตำบลที่มีผู้สูงอายุ มาก ที่สุดได้แก่ ตำบลนาแก้ว (ร้อยละ 38.88) ตำบลเกาะคา (ร้อยละ 37.98) และตำบลศาลา (ร้อยละ 36.71) ซึ่ง อำเภอเกาะคา มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 14,942 คน ได้รับการคัดกรองจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) จำนวน 14,340 คน ร้อยละ 96.04 การดำเนินงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2566 อำเภอเกาะคา การขยายกิจกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่มอายุ 55-59 ปี (Health Aging) ระดับตำบล จำนวน 4 ตำบล ร้อยละ 44.44 ผ่านเกณฑ์ (เป้าหมายร้อยละ 40) ตำบลที่ดำเนินการได้แก่ ตำบลศาลา ตำบลท่าผา ตำบลใหม่พัฒนา และตำบลไหล่นา นอกจากนี้อำเภอเกาะคา ยังเข้าร่วมกองทุนเพื่อการบริการสุขภาพระยะยาว (LTC) ร้อยละ 50 ตำบลที่ยังไม่เข้าร่วมตำบล LTC จำนวน 5 อบต. คือ 1. ทต.ไหล่นา 2. ทต.ลำปางหลวง 3. ทต.นาแก้ว 4. อบต.นาแสง และ 5. ทต.เกาะคาแม่อาย มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้านและติดเตียง) แบ่งเป็นติดสังคม ร้อยละ 97.84 (14,620 คน) ติดบ้าน ร้อยละ 1.51 (225 คน) และติดเตียง ร้อยละ 0.65 (97 คน) ได้รับการดูแลโดย Care Manager จำนวน 16 คน, Care giver จำนวน 127 คน (ตำบลลำปางหลวง ไม่มี CG) ผู้สูงอายุการที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 179 คน ได้รับการดูแลจำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 100

จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่ผิดปกติจากการคัดกรองได้รับการส่งต่อ (fall,สมองเสื่อม,ตา,หู,ฟัน, ซึมเศร้า) ผลการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเกาะคา ผู้สูงอายุได้รับการรักษาการเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 60.98 ,เสี่ยงเกิดภาวะหกล้ม ร้อยละ 86.21 ,ความเสี่ยงการมองเห็น ร้อยละ 100 ,ความเสี่ยงการได้ยิน ร้อยละ 64.94 , ความเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 100 และความเสี่ยงสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 100

6. ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา/อุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
1. การสนับสนุนการขับเคลื่อนงานดูแล ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ไม่ครบทุกตำบล	ประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายภาคสาธารณสุข และ ภาคอื่น ๆ ในระดับอำเภอ และจังหวัดเพื่อนำไปสู่การบูรณาการสร้างความร่วมมือในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่
2. การเชื่อมโยงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน คัดกรองผู้สูงอายุมีหลายระบบ	เตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่ให้มีความพร้อมสำหรับทำข้อมูล
3.การรับบริการสุขภาพในผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม	เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์เพื่อรับรู้ข่าวสารในการรับบริการด้านสุขภาพ เช่น การรับบริการในHealth station

4. การดำเนินงานในปัจจุบันยังคงเน้นผลลัพธ์เชิง ปริมาณ ยังขาดการส่งเสริมการขับเคลื่อนงานเชิง คุณภาพ	วิเคราะห์การดำเนินงานในแต่ละองค์ประกอบ เพื่อวางแผนขับเคลื่อนในเชิงคุณภาพ - กำหนดเกณฑ์หรือองค์ประกอบย่อย เพื่อเป็น แนวทางในการดำเนินงานเชิงคุณภาพ และกำกับ ติดตาม
---	--

ผู้รับผิดชอบ...นายบุญลักษณ์ สิทธิไพศาล.....
 ตำแหน่ง ...นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ...
 กลุ่มงาน บริหาร.และสนับสนุนวิชาการ
 วัน/เดือน/ปี.....10 เมษายน 2567...

การประเมินผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือนแรก ปีงบประมาณ 2567

งานทันตสาธารณสุข คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ

1. ประเด็น : งานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย(ด้านสุขภาพ)
2. เป้าหมาย/เป้าประสงค์ พัฒนาและสร้างเสริมทันตสุขภาพในทุกกลุ่มวัย
3. กลยุทธ์ : ให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพในทุกกลุ่มวัยตามตัวชี้วัด โดยมีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือนเพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จากนั้นนำมาวางแผนในการทำงานเพื่อให้เกิดการครอบคลุมตามตัวชี้วัด
4. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข) :

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
1.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์		
1.1 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและทำความสะอาดฟัน	55	6.15
1.2 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	70	39.81
2.กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน		
2.1 เด็กอายุขวบครึ่งไม่มีฟันน้ำนมผุ caries free	100	95.83
2.2 เด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	50	37.92
2.3 เด็ก 0-2 ปี ผู้ปกครองได้รับการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control	50	40.47
2.4 3 ปี ปราศจากโรคฟันผุ caries free	75	61.9
3.กลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น		
3.1 ร้อยละเด็กกลุ่ม 6-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (วัดที่เด็ก 12 ปี) Cavity free	72	44.57
3.2 เด็ก 6-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม	50	49.30
3.3 เด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน	30	14.57
4.กลุ่มวัยทำงาน/กลุ่มวัยสูงอายุ		
4.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	40	15.92
4.2 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการบริการทันตกรรม	30	12.07
4.3 ตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	40	12.86
4.4 ผู้สูงอายุติดเตียงได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก	100	62.65
5.อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากรวมทุกสิทธิ์ของประชาชนในพื้นที่	40	22.68
**** อ้างอิงจากข้อมูล HDC ประมวล ณ วันที่ 4 มีนาคม 2567 **		

5. ผลการดำเนินงานคลินิกทันตกรรมใน NPCU

NPCU วังพัว

งานทันตกรรม บริการ	เป้าหมาย/ เดือน/NPCU	ต.ค.66		พ.ย.66		ธ.ค.66		ม.ค.67		ก.พ.67		มี.ค.67		รวม
		คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	
ถอนฟัน	16 ราย/เดือน	19	24	23	28	12	19	12	15	16	21	21	26	103
อุดหินปูน	10 ราย/เดือน	8		8		7		5		2		7		37
อื่นๆ(รวมอุด)	-	7		8		8		9		3		6		41
ตรวจฟัน (รวม)	32ราย/เดือน	46		52		40		51		10ก		39		692

NPCU ศาลาดงลาน

งานทันตกรรม บริการ	เป้าหมาย/ เดือน/NPCU	ต.ค.66		พ.ย.66		ธ.ค.66		ม.ค.67		ก.พ.67		มี.ค.67		รวม
		คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	
ถอนฟัน	16ราย/เดือน	49	64	42	60	33	43	40	52	18	20	17	20	199
อุดหินปูน	10 ราย/เดือน	12		17		1		9		4		5		48
อื่นๆ(รวมอุดฟัน)	-	21	20	19	32	13	22	10	5	7	12	10	12	80
ตรวจฟัน (รวม)	32 ราย/เดือน	137		224		98		124		56		59		698

NPCU ไหล่หิน

งานทันตกรรม บริการ	เป้าหมาย/ เดือน/NPCU	ต.ค.66		พ.ย.66		ธ.ค.66		ม.ค.67		ก.พ.67		มี.ค.67		รวม
		คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	
ถอนฟัน	16ราย/เดือน	31	41	48	72	31	54	17	23	29	44	28	38	184
อุดหินปูน	10 ราย/เดือน	17		14		15		9		11		10		76
อื่นๆรวมอุด	-	15	17	15	19	2	2	0	0	6	15	8	20	46
ตรวจฟัน (รวม)	32 ราย/เดือน	178		226		133		111		65		85		798

NPCU สองแควใต้

งานทันตกรรม บริการ	เป้าหมาย/ เดือน/NPCU	ต.ค.66		พ.ย.66		ธ.ค.66		ม.ค.67		ก.พ.67		มี.ค.67		รวม
		คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	
ถอนฟัน	16ราย/เดือน	31	50	17	22	5	18	15	20	16	26	27	35	111
อุดหินปูน	10 ราย/เดือน	10		28		1		13		3		8		63
อื่นๆ	-	76		52		102		36		148		242		656
ตรวจฟัน (รวม)	32 ราย/เดือน	92		58		61		59		161		265		830

NPCU บ้านजूด

งานทันตกรรมบริการ	เป้าหมาย/ เดือน/NPCU	ต.ค.67		พ.ย.67		ธ.ค.67		ม.ค.67		ก.พ.67		มี.ค.67	รวม
		คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่	คน	ซี่		
ถอนฟัน	16ราย/เดือน												
อุดหินปูน	10 ราย/เดือน			16									16
อื่นๆรวมอุด	-	6	8	40	50	7						10	53
ตรวจฟัน (รวม)	32ราย/เดือน	6		56		7						10	69

5.1 คลินิกทันตกรรมโรงพยาบาลเกาะคา

งานทันตกรรมบริการ	เป้าหมาย	ผลงานเดือน ต.ค.66 – มี.ค.67
ตรวจฟัน	8,640 1,140 ราย/เดือน	9,153 ราย
อุดหินปูน	1,254 (209 ราย/เดือน)	1,523 ราย
ถอนฟัน	2,760 (460 ซี่/เดือน)	2,465 ซี่
อุดฟัน	2502 (417 ซี่/เดือน)	3,785 ซี่
ผ่าฟันคุด	150 (25 ซี่/เดือน)	201 ซี่
รักษารากฟัน	240 (40 ซี่/เดือน)	217 ซี่
ใส่ฟันปลอมถอดได้	300 (50 ซี่/เดือน)	637 ซี่
ใส่ฟันปลอมติดแน่น	312 (52 ซี่/เดือน)	433 ซี่

6. ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
-เด็กก่อนวัยเรียน ช่วง 2-3 ปี เริ่มมีฟันผุ -เด็กในอำเภอเกาะคาบางส่วน ไม่ได้เข้าเรียนที่ ศพด. ใน อำเภอเกาะคา ทำให้ไม่สามารถตรวจได้ครอบคลุมทั้งกลุ่มวัย	- ลงตรวจคลินิก Wbc /ศูนย์เด็ก -ประสานขอความร่วมมือรพสต.ที่ไม่มีเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขให้พยาบาลในคลินิก WBC ตรวจสุขภาพฟันเบื้องต้น - เคลือบฟลูออไรด์ให้เด็ก 0-2 ปี ในคลินิก WBC และในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก - ขยายการดำเนินงานกิจกรรมสอนผู้ปกครองแปรงฟันและสอนการใช้ไหมขัดฟัน - สร้างช่องทางสื่อสารกับผู้ปกครองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ - จัดตารางออกตรวจคลินิก WBC ทุกเดือน ใน รพ.สต. - ออกตรวจเชิงรุก จัดกิจกรรมสอนผู้ปกครองใช้ไหมขัดฟันให้กับบุตรหลาน ใน ศพด. ร่วมกับทาฟลูออไรด์เฉพาะที่

-เด็กวัยเรียน มีฟันผุเพิ่มขึ้น -ไม่สามารถให้บริการทันตกรรมกับเด็กนักเรียน 6-12 ปี ได้ตามแผน	- ทาฟลูออไรด์เด็กในโรงเรียน - จัดทำโครงการสอนการดูแลช่องปากใน โรงเรียน สนับสนุนกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน - ทำสื่อส่งเสริมทันตสุขภาพลงในแอปพลิเคชันไลน์ครู – ผู้ปกครอง - เน้นกิจกรรมส่งเสริมการแปรงฟันและใช้ไหมขัดฟัน ออกติดตามกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง -ทำสมุดบันทึกการแปรงฟัน -คัดเลือกเด็กกลุ่มเสี่ยงฟันผุ และ เด็กที่มีฟันผุกลับมาให้บริการก่อน
-ไม่สามารถร่วมออกตรวจในคลินิกเบาหวานได้ทุกครั้งใน NPCU และ โรงพยาบาล เนื่องจากบุคลากรจำกัด	-ให้ทางด่วนตรวจฟันกลุ่มเบาหวานรายใหม่ในโรงพยาบาล -วางแผนกำหนดวันออกตรวจร่วมกับงาน NCD ใน NPCU เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าถึง รพ ยาก -ให้บริการทำฟันปลอมฟรีในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ขยายการบริการไปยัง NPCU
- ครอบคลุมการตรวจฟันในผู้สูงอายุต่ำ	- ประสานเทศบาลอำเภอเกาะคาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ
- ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงร่วมกับทีมได้ เนื่องจากตารางปฏิบัติงานไม่ตรงกัน	- เริ่มวางแผนการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงทุกราย ในช่วงเดือนตุลาคม 2566 เป็นต้นไป โดยมีการประสาน NPCU อพเดทรายชื่อผู้ป่วยติดเตียงเดือนละ 1 ครั้ง
- ข้อมูลการประมวลผลดำเนินงานใน HDC ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย	-จัดตารางลงข้อมูล -ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ

ผู้รับผิดชอบ ทพญ.จารุวรรณ แซ่เอี้ยว
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
กลุ่มงาน ทันตกรรม
วัน/เดือน/ปี 18 เมษายน 2567

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. ประเด็น : Service Plan-มะเร็ง

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน:

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑.ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ	๒๕๐๐ ราย	๒๕๐๐ ราย (ร้อยละ ๑๐๐)
ยุทธศาสตร์ที่ ๒	หาเลือดในอุจจาระโดยการทำ Fit Test		
Service Excellence	๒.Fit Test พบ Positive ได้ทำColonoscope	ร้อยละ๑๐๐	๑๖๘ จาก ๑๗๓ ราย (ร้อยละ๙๗.๑๑)
นโยบายกระทรวง			(ปฏิเสธการตรวจ ๕ ราย)
สาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง	๓.หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๓๐-๖๐ ปี	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๒๗.๘๐
นโยบายที่ ๔	ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก(HPV)		
มะเร็งครบวงจร	๔.หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๓๐-๗๐ ปี	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๗๕.๐๔
	ได้รับการตรวจเต้านม		
	๕.ประชากรอายุ>๔๐ ปีได้รับการตรวจคัดกรอง	๑๘๐ ราย	๑๘๑ ราย (ร้อยละ๑๐๑.๘๒)
	มะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยการ US		
	๖.ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ.๒๕๓๕	๙๖๐ ราย	HBV ๒๐๘๕ ราย (ร้อยละ ๒๑๗.๑๙)
	ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี		HCV ๒๐๘๘ ราย (ร้อยละ ๒๑๗.๕๐)
	(HBV และ HCV)		
	๗.ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ๕๕-๗๕ ปี	๗๐ ราย	๗๐ ราย (ร้อยละ๑๐๐)
	ได้รับการคัดกรองมะเร็งปอดด้วยLowdoseCT		
	๘.ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่คัดกรองแล้วพบ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
	ผิดปกติเข้าสู่กระบวนการรักษา		

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

๓.๑. การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบว่าในรอบ๑๐เดือนของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ทำผลงานได้ ร้อยละ๑๐๐ พบPositive ๑๗๓ ราย ทำ Colonoscope ๑๖๘ ราย ไม่พบมะเร็ง พบผิดปกติ ๑๐๒ ราย Diverticulitis มากที่สุด ๔๕ ราย รองลงมาคือPolyp ๒๘ ราย ปฏิเสธการตรวจ ๕ ราย สำหรับNode อ.เสริมงามทำ Colonoscope ได้ร้อยละ ๕๙ ค้างอีก ๒๙ รายคิวนัดถึงเดือน สิงหาคม ๒๕๖๗ อ.แม่เมาะ ได้ร้อยละ ๖๔.๑๒ ค้างทำอีก ๒๖ ราย ได้คิวนัดถึงเดือนสิงหาคม ๒๕๖๗

๓.๒. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก(HPV) ร้อยละ๒๗.๘๐ต่ำกว่าเป้าหมาย

๓.๓. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจเต้านม ร้อยละ ๗๕.๐๔ ต่ำกว่าเป้าหมาย

๓.๔. ประชากรอายุ>๔๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีโดยการ US จำนวน ๑๘๑ ราย ได้ร้อยละ ๑๐๑.๘๒ มากกว่าเป้าหมาย และไม่พบมะเร็งตับและท่อน้ำดี พบผิดปกติ ๗๐ รายพบ Fatty liver มากที่สุด ๑๘ ราย รองลงมาคือ พบ Renal cyst ๑๐ ราย

๓.๕. ประชากรที่เกิดก่อน พ.ศ.๒๕๓๕ ได้รับการคัดกรองไวรัสตับอักเสบบีและซี (HBV และ HCV) เกินเป้าหมาย HBV ได้ร้อยละ ๒๑๗.๑๙ พบ Positive ร้อยละ ๒.๔๐ HCV ได้ร้อยละ ๒๑๗.๕๐ พบ Positive ร้อยละ ๐.๖๒

๓.๖. ประชากรกลุ่มเสี่ยง อายุ ๕๕-๗๕ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปอดด้วย Low dose CT ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐ พบ CA Lung ๒ ราย (ร้อยละ ๒.๘๖) CAT ๓-๔ ๕ ราย (ร้อยละ ๗.๑๔)

๔. ปัญหาและอุปสรรค (เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพราะอะไร)

๔.๑. พื้นที่ไม่สามารถคัดกรองมะเร็งได้ตามเป้าหมาย คือ มะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านม เนื่องจาก มีกิจกรรมคัดกรองหลายกิจกรรม เช่นคัดกรองวัณโรค คัดกรองมะเร็งลำไส้ คัดกรองมะเร็งตับ โครงการบัตรประชาชนใบเดียวรักษาทุกที่โดยให้ประชาชนมาทำการขึ้นทะเบียนพร้อม DID ทำให้ไม่สามารถแบ่งเวลาทำกิจกรรมให้ได้ตามเป้าหมาย

๔.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมทั้งอำเภอยังไม่ครบถ้วนและไม่ได้รับข้อมูลการตอบกลับจากบางพื้นที่

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๔ (การแก้ไขปัญหา/ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินงานพัฒนาต่ออย่างไร)

๕.๑. กำหนดกิจกรรมให้เหมาะสมตามระยะเวลาที่จำกัดตามลำดับความสำคัญ และควบคุมการจัดกิจกรรมให้ได้ตามแผน

๕.๒. จัดกิจกรรมคัดกรองมะเร็งที่พบว่ามียอัตรายตาย เป็นอันดับ ๑-๓

มะเร็งเต้านม

๑. พัฒนาแกนนำอสม.ให้มีทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง
๒. อสม.ที่ผ่านการอบรมสอนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่และติดตามการตรวจเต้านมอย่างต่อเนื่อง
๓. รณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตัวเองและการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

มะเร็งปากมดลูก

๑. จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง

มะเร็งตับและท่อน้ำดี

๑. จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี ในกลุ่มเป้าหมายด้วยการตรวจอัลตราซาวด์ และในรายที่พบผิดปกติได้รับการรักษาทันที่

มะเร็งปอด

๑. จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองมะเร็งปอด ในกลุ่มเป้าหมายด้วยการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก และในรายที่พบผิดปกติได้รับการรักษาทันที่

มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก

๑. จัดกิจกรรมรณรงค์การตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักในกลุ่มเป้าหมายด้วย การตรวจอุจจาระและการส่องกล้องในรายที่พบผิดปกติ

๕.๓. จัดทำทะเบียนมะเร็งให้เป็นปัจจุบัน

ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยเสียชีวิต และผู้ป่วยรักษาตามอาการ จาก OPD Card และจากรพสต.ในผู้ป่วยที่ไม่ได้มารักษาในโรงพยาบาลโดยการเชื่อมต่อข้อมูลคืนให้เครือข่ายทุกเดือนในวันประชุมพุดระสานรพสต.)

๕.๔. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามระยะของการเจ็บป่วย

*ระยะเริ่มแรก ได้รับการรักษาโดยเร็ว และถูกต้อง การดูแลตนเอง การมาตรวจรักษาตามนัด อย่างต่อเนื่อง

*ระยะสุดท้าย การดูแลแบบ Palliative Care การดูแลขณะAdmit ส่งข้อมูล COC ทุกราย HHC Home Ward

*กำหนดผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน ให้ชัดเจน

๕.๕. PM ส่งข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ให้เป็นปัจจุบัน และส่งข้อมูลตอบกลับพื้นที่และติดตามข้อมูลตอบกลับจากพื้นที่ให้ทันเวลาก่อนการประเมินผลประจำปี ในทางไลน์กลุ่มหรือไลน์ส่วนตัว

ผู้รับผิดชอบ นางดรณี พรหมยศ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงาน บริการปฐมภูมิและองค์รวม

วัน/เดือน/ปี ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๓

การประเมินผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

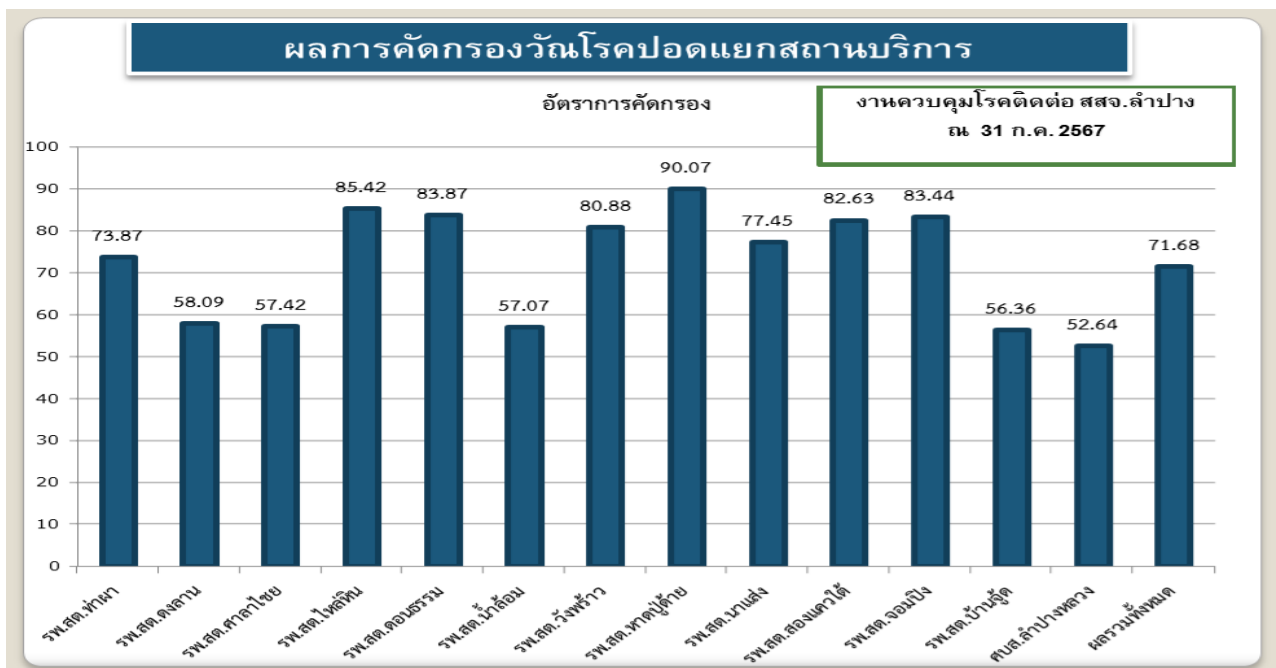
๑. ประเด็น : โรควัยโรค

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	๑. อัตราความสำเร็จของการรักษาโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	๒๔.๓๒ (นำมาประเมิน ๑๘ ราย กำลังรักษา ๔๕ ราย)
	๒. อัตราความครอบคลุมการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ค่าคาดหวังประมาณ ๑๕๕ ต่อแสนประชากร)	ร้อยละ ๘๕	๘๒.๗๓
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑. กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วย CXR	ร้อยละ ๘๐	๗๑.๖๘
	๒. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	≥ ร้อยละ ๘๘	๒๔.๓๒ (นำมาประเมิน ๑๘ ราย กำลังรักษา ๔๕ ราย)

๓. สถานการณ์ทั่วไปและผลการดำเนินงาน

กลุ่มเป้าหมายคัดกรองวัณโรค อ.เกาะคา ปี ๒๕๖๗ แบ่งเป็น ประชากรอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยง จำนวน ๑๕,๑๓๔ คน ประชากรอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป และอายุ < ๕๐ ปี ที่มีปัจจัยเสี่ยง (โรคไตเรื้อรัง, DM, ติดสุรา ยาเสพติด ได้รับยากดภูมิ, บุคลากรสาธารณสุข, BMI < ๑๘.๕) จำนวน ๗,๗๓๗ คน รวม ๒๒,๘๗๑ คน ในภาพรวม คัดกรองได้ทั้งหมดจำนวน ๑๖,๑๐๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๑.๖๘ คงเหลือจำนวน ๖,๓๖๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๓๓ ดังแสดงในรูปภาพที่ ๑



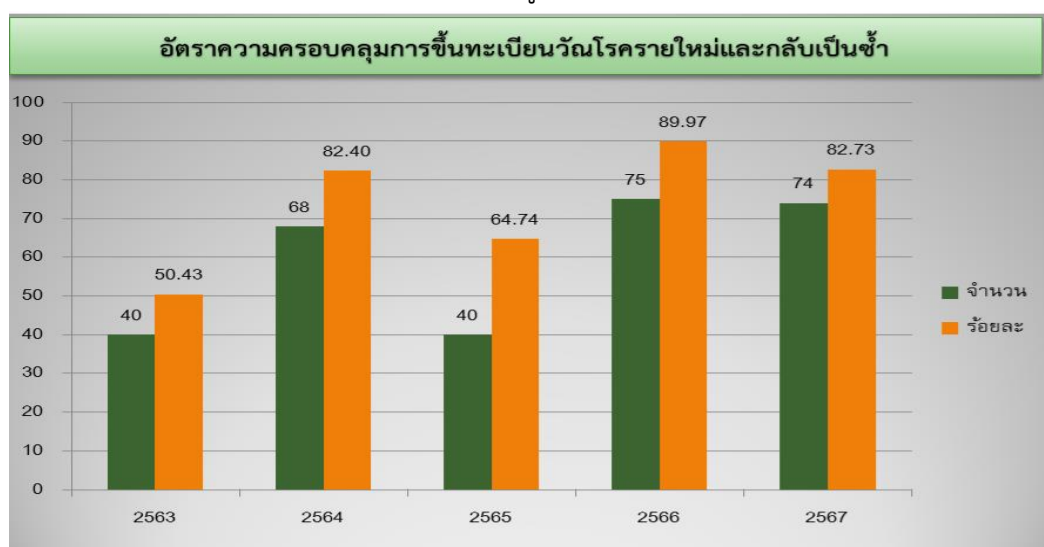
รูปภาพที่ ๑ อัตราการคัดกรองวัณโรคกลุ่มเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗

ผลจากการคัดกรองผู้ป่วยขึ้นทะเบียนวัณโรคใหม่ เมื่อ ๑ ต.ค.๒๕๖๖- ๓๑ ก.ค.๒๕๖๗ จำนวน ๗๔ ราย ขาดนัด ๑ ราย ผู้ป่วยเป็นชาวลาว มาอยู่กับบุตรสาวได้ ๑ เดือน ได้รับการรักษาวัณโรคเสมหะลบ ได้ ๑ สัปดาห์ จากนั้นผู้ป่วยกลับไปประเทศลาว แล้วไม่กลับมา ติดต่อไม่ได้ เสียชีวิต ๗ ราย กำลังรักษา ๔๕ ราย รวมยอดสะสมกำลังรักษา(ปี๖๖ จำนวน ๔ ราย ปี๖๗ จำนวน ๔๕ ราย ยอดรักษาสะสม = ๔๙ ราย รับโอน ๔ ราย โอนออก ๔ ราย เปลี่ยนการวินิจฉัย ๐ ราย ปี๖๖-๖๗ รักษาหาย+ครบ = ๕๖ ราย, ปี ๒๕๖๖ อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ปี๒๕๖๗ ร้อยละ ๒๔.๓๒ (นำมาประเมินได้ ๑๘ ราย)

ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรายใหม่ ร้อยละ 85				
รายการ	ค่าคาดการณ์เป้าหมาย (155 :100,000)	ผลงาน (ราย)	ร้อยละ	หมายเหตุ ข้อมูล NTIP 31 ก.ค. 2567
อัตราการขึ้นทะเบียน(ราย) ประชากรกลางปี 2566 อ.เกาะคา 57,711 ราย	89.45	74	82.73	
B +		45	60.81	
B -		20	27.03	
EP		9	12.16	
รักษาหาย/ครบ		18	24.32	
กำลังรักษา		45	60.81	
MDR		0	0	
ขาดนัด		1 (M-)	1.35	ผ.เป็นชาวลาว กลับไปประเทศลาว ติดต่อไม่ได้
Dead		7	9.46	

รูปภาพที่ ๒ ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรายใหม่

เป้าหมายค่าคาดการณ์การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๕ ในปัจจุบัน ขึ้นทะเบียนวัณโรค จำนวน ๗๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๒.๗๓ แบ่งเป็นวัณโรคเสมหะบวก จำนวน ๔๕ ราย วัณโรคเสมหะลบ จำนวน ๒๐ ราย วัณโรคนอกปอด จำนวน ๙ ราย ตามรูปภาพที่ ๓

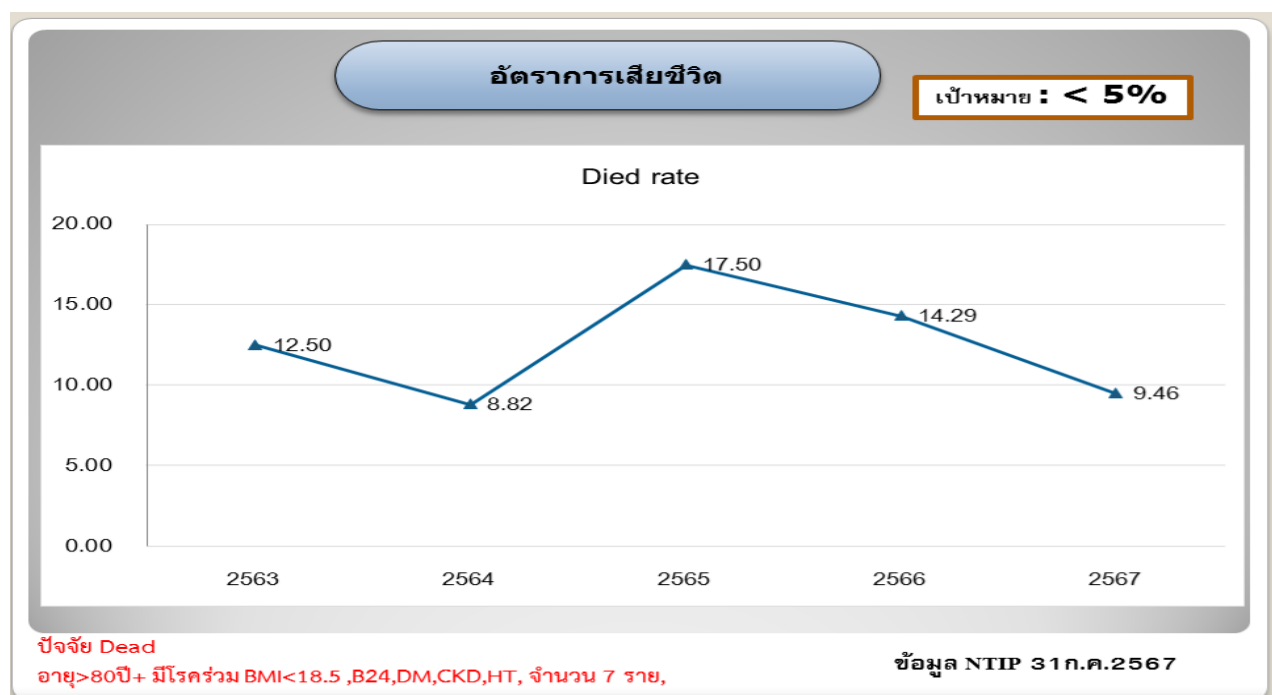


ที่มา www.NTIPข้อมูล 31 ก.ค. 2567

รูปภาพ ที่ ๓ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนวัณโรค แยกรายปี



รูปภาพที่ ๔ อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ (๑ ต.ค. ๒๕๖๖ - ๓๑ ก.ค. ๒๕๖๗)



รูปภาพที่ ๕ อัตราตายผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๔๖ (ข้อมูล ๑ ต.ค.๒๕๖๖- ๓๑ ก.ค.๒๕๖๗)

ผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตในระหว่างการรักษา จำนวน ๗ ราย ปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ผู้สูงอายุมากกว่า ๘๐ ปี มีโรคร่วมได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

๔/๕. ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
๑. กลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองวัณโรค มีจำนวนมาก ทำให้กลุ่มเสี่ยงสำคัญ ได้รับการติดตามไม่ต่อเนื่อง	๑. กำหนดแผนการคัดกรองโดยประสานงานร่วมกันระหว่างรพ. , สสอ.และรพสต.๑๓ แห่ง เพื่อทบทวนรายชื่อกลุ่มเสี่ยงสูง ๗ กลุ่มที่ต้องคัดกรองเป็นอันดับแรก ๒. คืบข้อมูลรายชื่อ ๗ กลุ่มเสี่ยงให้กับรพสต.เพื่อการยืนยันรายชื่อกลุ่มคัดกรองที่อาศัยอยู่จริง
๒. ผู้รับผิดชอบงานวัณโรคมีการปรับเปลี่ยน ขาดการประชุมทบทวนแนวทางร่วมกัน	นัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง ในด้านการรักษา และด้านการคัดกรอง ทีมสหสาขาวิชาชีพ ในรพ. ,สสอ. และรพสต.

ผู้รับผิดชอบ นางปัญชรัสมิ ยุวศิริกุลชัย
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
วัน/เดือน/ปี ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ Service excellence CKD

๑. ประเด็น : ๑. ชะลอการเสื่อมของไตให้เข้าสู่ ภาวะ ESRD ให้ช้าที่สุด
๒. ผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรองค้นหา CKD
๓. การเข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	อัตราการเสื่อมของไตลดลง น้อยกว่า ๕ ซีซี ต่อ ปี	มากกว่า ๖๖ %	๗๕.๖ %
	ร้อยละผู้ป่วย DM HT ได้รับ การคัดกรองค้นหา CKD	มากกว่า ๘๐ %	๖๘.๖ %

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

ภาพรวมของผลงานการชะลอการเสื่อมของไตถือว่าเพิ่มขึ้นเรื่อยๆจนอยู่ในระดับผ่านเกณฑ์เป้าหมายโดยผลงานปีงบประมาณ ๖๗ ได้ ๗๕.๖% เป็นผลจากการจัดบริการเฉพาะด้านคือมีคลินิก CKD ที่ขับเคลื่อนโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เชื่อมงานลงสู่ รพสต และชุมชนเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ป่วยได้รับการบริการครอบคลุมเป็นไปตามมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย CKD

๔. ปัญหาและอุปสรรค

ผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรองค้นหา CKD ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยซึ่งนับเป็นเป้าหมายในการคัดกรองไม่ได้รับการบริการในโรงพยาบาลของรัฐ แต่เป็น Type area ๑,๓ ของเขตพื้นที่ทำให้อาจไม่ได้รับการคัดกรอง และไม่ได้นำมาลงทะเบียนในแฟ้ม Chronic และ/หรือ ได้รับการคัดกรองแล้วในโรงพยาบาลของรัฐแต่เขตพื้นที่ที่รับผิดชอบไม่ได้นำผลการคัดกรองมาลงในโปรแกรม J จึงไม่นับผลงานขึ้นใน HDC

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

๑. เพิ่มการคัดกรองตามแนวทาง
๒. กระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้เกิดความตระหนักในการคัดกรองค้นหาCKD
๓. ติดตามคัดกรองผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองทั้งกลุ่มที่รับบริการโรงพยาบาลของรัฐ และเอกชน
๔. คืบข้อมูลผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองให้ รพ.สต.
๕. ติดตามกำกับผลการดำเนินงานของเครือข่ายทุก ๓ - ๖ เดือน

ผู้รับผิดชอบ นาง ธันวมาศ ชัยเจียร
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. ประเด็น : Service Plan Stroke

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน:

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	๑. ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	< ๗%	๗.1๖
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙)	< ๗%	๑.๘๑
	๑.๑ อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic stroke) 1๖๐-1๖๒	< ๒๕%	๒.๖๓
	๑.๒ อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic stroke) 1๖๓	< ๕%	๑.๓๐
	๒. อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: 1๖๐-1๖๙) ที่มีอาการไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ได้รับการรักษาใน stroke unit	> ๘๐ %	๘๓.๔๗
	๓. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการทันเวลา ๔.๕ ชั่วโมง นับตั้งแต่มีอาการ (On set to ER)	> ๗๐%	๕๐.๒๕
	๔. อัตราผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการโดยระบบ 1๖๖๙	> ๒๐ %	๓๕.๔๙

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

การดำเนินการป้องกันการควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (AMI) ของอำเภอเกาะคา ภายใต้ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และโรคหลอดเลือดหัวใจ (AMI) นั้น มีการจัดทำ “โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) Stroke & MI อำเภอเกาะคา” โดยได้วางเป้าหมายการดำเนินงานกิจกรรมต่อเนื่อง มีวัตถุประสงค์หลัก ๓ ประการ ได้แก่

- ๑) สร้างความตระหนักและรู้เท่าทันต่อโรค (Health Literacy)
- ๒) ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (Access)
- ๓) การลงมือปฏิบัติเพื่อควบคุมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ (Action)

จากข้อมูล ปี ๒๕๖๗ พบอัตราการตายผู้ป่วย Stroke (1๖๐-๖๙) ร้อยละ ๑.๘๑ อัตราการเข้าถึงบริการทันเวลา ภายใน ๔.๕ ชั่วโมงผู้ป่วย Stroke มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก ปี ๖๖ ร้อยละ ๔๖.๗ ,ปี๒๕๖๗ ร้อยละ ๕๐.๒๕ แต่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย เนื่องจากยังไม่ทราบ อาการเตือนเฉพาะของโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งสังคมผู้สูงอายุ ต้องพึ่งพาบุตรหลานพามาโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และพบการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1๖๖๙) เพิ่มขึ้นสูงกว่าร้อยละ ๓๕.๔๙ ตามเป้าหมาย

กิจกรรมได้จัดทำในปี ๒๕๖๗ มีดังต่อไปนี้

- ๑) การรณรงค์และส่งเสริมการตระหนักรู้และรับรู้ภาวะสุขภาพ (Health literacy) และระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (๑๖๖๙) แก่ประชาชนกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงครอบคลุมทุกพื้นที่
- ๒) การประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรค การจัดประชุม อบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ ของ NCD clinic ทั้งในรพ. และรพสต.ทุกแห่ง
- ๓) ค้นข้อมูลป่วย – เสียชีวิตให้รพสต. รับทราบเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงระบาดและวางแผนพัฒนาต่อยอดในทุกรพสต.
- ๔) การส่งเสริม/ กระตุ้นการขยายบริการ ๑๖๖๙ ของอปท. รวมถึงการประสานความร่วมมือการออกบริการนอกเขตพื้นที่ทดแทนกรณีจำเป็น
- ๕) ร่วมประชุมพัฒนาระบบบริการตาม Service plan โรคหลอดเลือดสมอง
- ๖) อบรมระบบ การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและระบบ ๑๖๖๙ แก่เจ้าหน้าที่อปท. อาสาสมัครกู้ภัย ครูและนักเรียนในสถานศึกษา อ. เกาะคา จำนวน ๓๕๐ คน (บูรณาการกับ Service plan Trauma)
- ๗) เปิดบริการStroke unit จำนวน ๔ เตียงและเริ่มให้ยา rt-PA รักษาผู้ป่วย Stroke Fast Track รองรับผู้ป่วย Stroke ในเขตอำเภอและโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายใกล้เคียง ๓ อำเภอ ได้แก่แม่ทะ ห้างฉัตรและเสริมงาม (เริ่มเดือนสิงหาคม ๒๕๖๖)
- ๘) ได้มีการใช้ CPG Ischemic/Hemorrhagic stroke/Care map, Stranding order for rt-PA/Hemorrhagic strokeและมีระบบConsult อายุรแพทย์, ศัลยแพทย์, ศัลยกรรมประสาทและรังสีแพทย์ เพื่อการวินิจฉัยและรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว

๔. ปัญหาและอุปสรรค /๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
๑. ประชาชนใช้บริการหรือเข้าถึงระบบ EMS/ ๑๖๖๙ เพิ่มมากขึ้นแต่ยังไม่ทราบอาการเตือนของโรค ทำให้ On set to ER ยังต่ำกว่าเป้าหมาย ๒.การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด การเข้ารับบริการล่าช้า, ระยะ การประเมินอาการ และการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องรวดเร็ว ๓. จำนวนStroke unit ไม่เพียงพอ ๔.แพทย์ พยาบาลเฉพาะทางไม่เพียงพอ ๕.การควบคุมปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยยังทำได้ไม่ดี	๑.พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑.๑ การวินิจฉัยและรักษาอย่างรวดเร็วโดยใช้ * CPG Ischemic/Hemorrhagic stroke/Care map *ระยะเวลาการเข้าถึงบริการ CT scan < ๖๐ นาที *Stranding order for rt-PA/Hemorrhagic stroke *มีระบบConsult อายุรแพทย์,ศัลยแพทย์,ศัลยกรรมประสาทและรังสีแพทย์ ๑.๒ มีทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตาม Care map stroke * การเข้าร่วมประชุมพัฒนาความรู้และGuideline ในการรักษาผู้ป่วย stroke * การใช้ CPG เป็นแนวทางเดียวกัน จังหวัดลำปาง ๒. พัฒนาศักยภาพเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๒.๑ ประชุมชี้แจงการใช้ CPG, แนวทางการรักษาผู้ป่วย Stroke โรงพยาบาลเกาะคาในเจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานใหม่ ๒.๒ ส่งพยาบาล อบรมหลักสูตร Stroke Basic Course

ปัญหา	แนวทางพัฒนา
	๒.๓ ส่งพยาบาลอบรมเฉพาะทาง หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ๓. พัฒนาระบบส่งต่อ ๓.๑ มีระบบการส่งต่อผู้ป่วย ถูกต้อง รวดเร็ว * มีแนวทางส่งต่อผู้ป่วย Ischemic/Hemorrhagic stroke เครือข่าย รพช. * Check list Inclusion/Exclusion criteria ก่อน refer * มีระบบการปรึกษาตลอด ๒๔ ชั่วโมง * ขยายบริการเพิ่มจำนวนเตียง Stroke unit ๘ เตียง * บริการจัดการให้ยา rt-PA ๒๔ ชั่วโมง ใน รพช.เครือข่ายทั้งในและนอกเวลาราชการ * บริการ Telemedicine ให้คำปรึกษา รพช.เครือข่าย * พัฒนาระบบการดูแล Hemorrhagic stroke * มีแนวทางให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมองรพ.สต. เครือข่าย รพ.เกาะคา ๓.๒ พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง * ระบบพี่เลี้ยง ให้การปรึกษาให้กับ NPCU และ รพ.สต.ในเขตพื้นที่ (ระบบ Telemedicine เครือข่าย อ.เกาะคา) * มีระบบการประสานและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าน COC ทุกสาย * ผู้ป่วย Stroke อ.เกาะคาได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง ๖ เดือน * มีระบบการติดตาม กำกับนิเทศน์ รพ.สต.เครือข่าย อ.เกาะคา ๓.๓ พัฒนาความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Stroke เครือข่ายจังหวัดลำปาง * มีการประชุม Update ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Stroke (๒ ครั้ง/ปี) * ทบทวน Conference case ในรพ.เกาะคา ๑ ครั้ง/เดือน โดยทีมนำทางคลินิก ๓.๔ ส่งเสริมประชาชนตระหนัก Stroke alert/Stroke awareness * จัดนิทรรศการให้ความรู้ประชาชนเรื่องการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง * การให้ความรู้ประชาชนที่มารับการคัดกรอง HT DM ที่ รพ.สต.โดยทีมปฐมภูมิ * ให้ความรู้โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยทีมสุขภาพของปฐมภูมิ * กระตุ้นให้ประชาชนคนรุ่นใหม่ห่วงใยสุขภาพ โดยการจัดอบรมและการให้มีส่วนร่วมในกิจกรรม Stroke day (เดือนตุลาคม) ๓.๕ ส่งเสริม Health literacy ในเจ้าหน้าที่

ปัญหา	แนวทางพัฒนา
	*การตรวจสอบสุขภาพประจำปีเจ้าหน้าที่และให้ความรู้กลุ่มเสี่ยง และปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง *ประชาสัมพันธ์อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองในหน่วยงาน ๓.๖ พัฒนาระบบรายงานและจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย *จัดระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วย stroke ใน HosXP ของ รพ. เกาะคา

ผู้รับผิดชอบ นางแสงเดือน ไชยทอง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงาน ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน:

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI ยุทธศาสตร์ จังหวัด	การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis	≤ ๒๔%	๑๖.๓๖
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ Service Excellence	๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจาก เวลาที่ได้รับการวินิจฉัย)	>๙๐%	๑๐๐
	๓. อัตราการเจาะ H/C ก่อน ให้ Antibiotic	>๙๐%	๑๐๐
	๔. อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	>๙๐%	๑๐๐
	๕. อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการ ดูแลใน ICU ภายใน ๓ ชั่วโมง	>๕๐	๙๐

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired (ไม่รวม A 40.0 – A41.9) จากปี 2567 คณะกรรมการ SP sepsis ได้ปรับระบบการรับบริการโดย จากเดิมให้บริการ 12 อำเภอ เหลือ 5 อำเภอพบ. สายเหนือทั้งหมด เข้ารักษา ที่รพ.ลำปาง สายใต้เข้ารักษาที่ รพ.เถิน ส่งผลให้อัตราการเข้าถึง ICU เพิ่มขึ้น เป็น 85.53 สาเหตุจาก การเข้าถึงการดูแลเบื้องต้น และการ consult อย่างถูกต้องและเหมาะสมส่งผลทำให้ การรักษาตามเกณฑ์ ตลอดจนการเข้าถึงบริการ ICU และ Semi-ICU ให้เหมาะสมตามระดับความรุนแรงของโรค และ พัฒนาทักษะ และสมรรถนะทีมที่ให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และจากการสรุปเวชระเบียนสาเหตุการเสียชีวิตด้วย อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community acquired (ไม่รวม A 40.0 – A41.9) มีแนวโน้ม ลดลง จากการค้นหาปัญหาที่แท้จริง และจัดการแก้ไขปัญหาดังตรงประเด็น ในเรื่องการสรุปเวชระเบียนการวินิจฉัยได้ อย่างครบถ้วน ถูกต้องการลงวินิจฉัย palliative care การ Audit chart ผล Blood lactate > 2 และต้องมีผล culture ที่มี Identification ทุก chart ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2566 เพื่อความถูกต้องก่อนส่งเวชระเบียนโดยแพทย์ทุก สาขา ทำให้ผลลัพธ์ตามฐานข้อมูลใน HDC ถูกต้อง มีประสิทธิภาพมากขึ้น และในส่วนของกระบวนการดูแลรักษา ได้มีการวางระบบ/แนวทางเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งเครือข่าย โดยปรับปรุงการใช้ Early warning sign detection เดียวกันตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ 2567 โดยใช้ NEWS2 score และปรับ protocol, standing order เพื่อใช้วินิจฉัยที่ รวดเร็ว ถูกต้อง ทั้งใน OPD / IPD และ รพช.ลูกข่ายที่เข้ารับการรักษาที่ รพ.เกาะคา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา ที่รวดเร็ว การ Consult ที่มีประสิทธิภาพ การได้ยา ABO ที่ เหมาะสมตามหลัก RDU ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ตลอดจน

ในเดือนมกราคม 2567 ได้วางแผนงานจัดตั้งทีม RRT ตามคำสั่งโรงพยาบาลเกาะคาที่ 19/2567 เพื่อช่วยเหลือเมื่อ ผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต. ผ่านเวทีการประชุม PCT อายุรกรรม บูรณาการร่วมกับงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อ จัดทำคำสั่งการปฏิบัติ และการสื่อสารในทีมใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งโรงพยาบาล ในปี 2568 โรงพยาบาลเกาะคา

ขยายระบบบริการ หอผู้ป่วยใน 4 หอ (อายุรกรรม 2 หอ ศัลยกรรมกระดูก 1 หอ พิเศษ 1 หอ) จึงต้องปรับ sepsis nurse ในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

๔. ปัญหาและอุปสรรค /๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

1. ปัญหาการใช้ CPG เดิม Early detected ได้ช้า ทบทวนและปรับปรุงจัดทำ protocol ในการรักษาผู้ป่วย Sepsis ใหม่ ปรับปรุงโดยการใช้ NEWS2 score และ SOFA score OPD/IPD และปรับปรุง Standing order ใหม่และจัดอบรมฟื้นฟูแก่แพทย์/พยาบาลที่มาปฏิบัติงานใหม่
2. ปัญหาการสรุปเวชระเบียนไม่ถูกต้อง ทบทวนและพัฒนาโดยการจัดตั้งคณะกรรมการ ทบทวนการลงข้อมูลสรุป เวชระเบียน Sepsis โรงพยาบาลเกาะคา และ approve chart โดยแพทย์เฉพาะทางทุกสาขาก่อนส่งทุก chart 100% และ audit เวชระเบียน sepsis โดยอายุรแพทย์ทุก chart 100%
3. ปัญหาความรู้ในการสรุป chart sepsis ที่ถูกต้องตามเกณฑ์ อายุรแพทย์จัดอบรมให้ความรู้การสรุปเวชระเบียน Sepsis ในที่ประชุมองค์กรแพทย์ให้ถูกต้องตามการวินิจฉัยได้อย่างครบถ้วนถูกต้อง การลงวินิจฉัย palliative care การ Audit chart ผล Blood lactate > 2 และต้องมีผล culture ที่มีการ Identification ทุก chart เพื่อความถูกต้องก่อนส่งเวชระเบียนโดยแพทย์ทุกสาขา ทำให้ผลลัพธ์ตามฐานข้อมูลใน HDC ถูกต้อง และมีแผนดำเนินการนำ Snomed-ct ของโรงพยาบาลลำปางหรือจากแหล่งอื่นมาใช้ในการตรวจสอบ
4. ในปี 2568 โรงพยาบาลเกาะคาขยายระบบบริการ หอผู้ป่วยใน 4 หอ (อายุรกรรม 2 หอ ศัลยกรรมกระดูก 1 หอ พิเศษ 1 หอ) จึงต้องปรับ sepsis nurse ในหน่วยงานเพิ่มขึ้น

ผู้รับผิดชอบ นภัสภรณ์ ดวงแก้ว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล โรงพยาบาลเกาะคา
วัน/เดือน/ปี ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

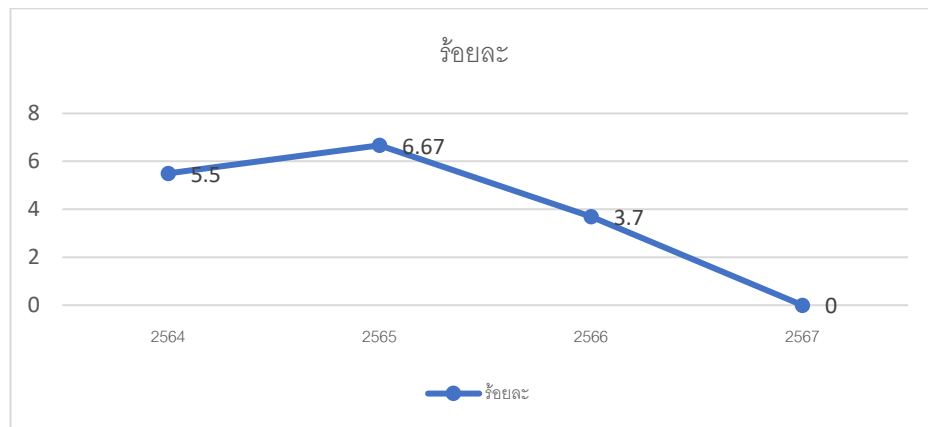
๑. ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ Service Plan STEMI

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

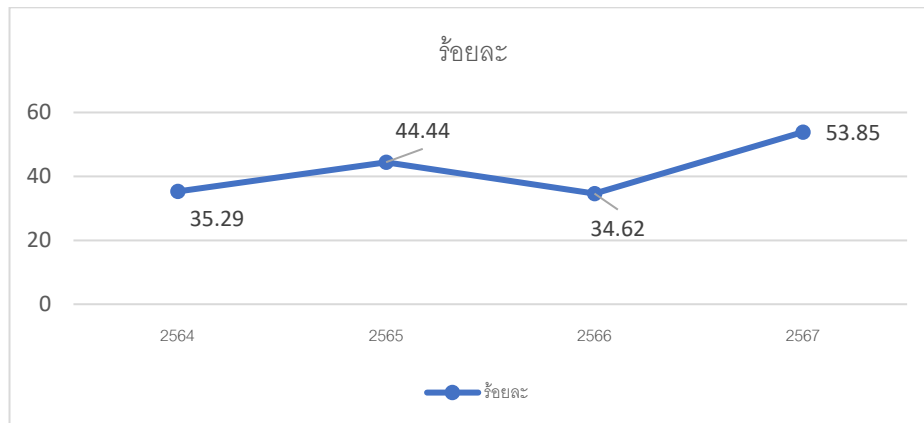
ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPIกระทรวงสาธารณสุข	๑.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	< ๙	๐
	๒.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	≥ ๖๐	ไม่มี (refer for PCI ๑๐๐%)
KPIยุทธศาสตร์จังหวัด	๑.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่เข้าถึงบริการภายใน ๓ ชม.	≥ ๖๐	๖๓.๑๖
	๒.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที	≥ ๖๐	๕๓.๘๕
	๓.อัตราการรอดผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นนอก รพ. (OHCA)	> ๓๐	๔๒.๑๐

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

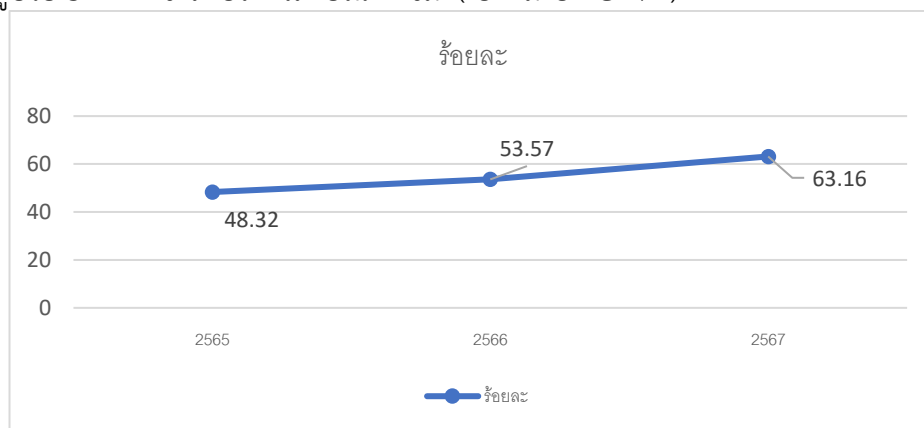
๓.๑ อัตราตายผู้ป่วย STEMI ในรพ. (เป้าหมาย < ๙%)



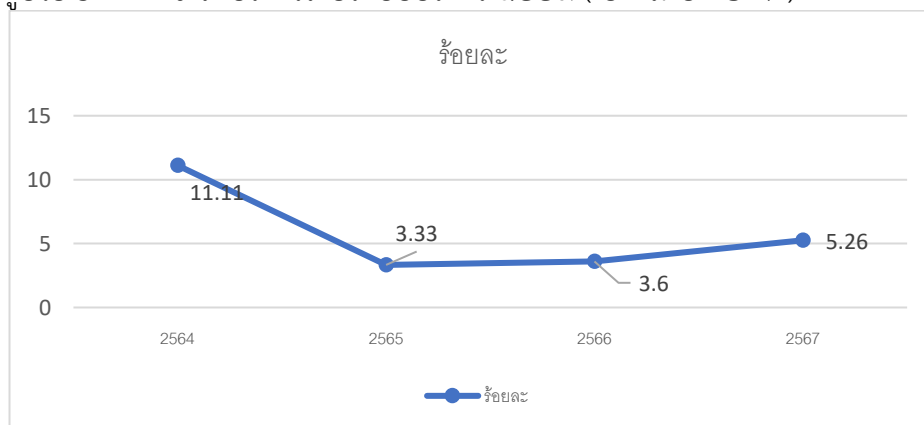
๓.๒ อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที (เป้าหมาย $\geq 60\%$)



๓.๓ อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการภายใน ๓ ชม. (เป้าหมาย $\geq 60\%$)



๓.๔ อัตราผู้ป่วย STEMI เข้าถึงบริการโดยระบบบริการ ๑๖๖๙ (เป้าหมาย $> 20\%$)



๔. ปัญหาและอุปสรรค (เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพราะอะไร)

๔.๑ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงขาดความรู้ ทักษะในการดูแลตัวเองเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ส่งผลให้การเข้าถึงบริการทันเวลา ใน ๓ ชม.ล่าช้า

๔.๒ การประชาสัมพันธ์ระบบบริการ ๑๖๖๙ ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม

๔.๓ Miss diagnosis/delay diagnosis /การเกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้การส่งต่อล่าช้า

๔.๔ การเสียชีวิตเฉียบพลันนอกโรงพยาบาล (OHCA) มีกลุ่มที่สงสัยจาก STEMI

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘ (การแก้ไขปัญหา/ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินงานพัฒนาต่ออย่างไร)

๕.๑ การเพิ่ม Health literacy ประชาชนในอ.เกาะคร่วมกับภาคีเครือข่าย ให้มีความรู้เรื่องโรค/อาการแสดงที่เป็นสัญญาณอันตราย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการรวดเร็ว ทันเวลา และเพิ่มการประชาสัมพันธ์ระบบบริการ ๑๖๖๙ ผ่านระบบเสียงตามสาย (ในรูปแบบ Spot ความรู้เท่าทันโรคและช่องทางการเข้าถึงระบบบริการ ๑๖๖๙)

๕.๒ เพิ่มการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงใน NCD clinic เพื่อออกแบบการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรง อย่างเหมาะสม

๕.๓ พัฒนาระบบการดูแล และระบบประสานส่งต่อผู้ป่วย STEMI ใน NPCU เพื่อการเข้าถึงบริการที่เหมาะสม รวดเร็ว ทันเวลา

๕.๔ พัฒนาระบบ EMS การดูแลเชื่อมโยงระบบการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่งรพ. ด้วยระบบ Telemedicine

๕.๕ ส่งเสริม สนับสนุนการขยายเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนและพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS)

๕.๖ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ในโรงพยาบาล ได้แก่ ระบบ STEMI Fast Track /STEMI Fast Pass ร่วมกับ Service Plan จังหวัดลำปาง

๕.๗ พัฒนาสมรรถนะบุคลากร เพื่อการดูแลผู้ป่วย STEMI อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่การคัดกรอง การแปลผล EKG การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) และขั้นสูง (ACLS)

๕.๘ พัฒนาระบบการประสานส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผู้รับผิดชอบ นางเพ็ญศรี เล็กวิลาส

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงาน การพยาบาล

วันที่ ๑๖/ สิงหาคม/ ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

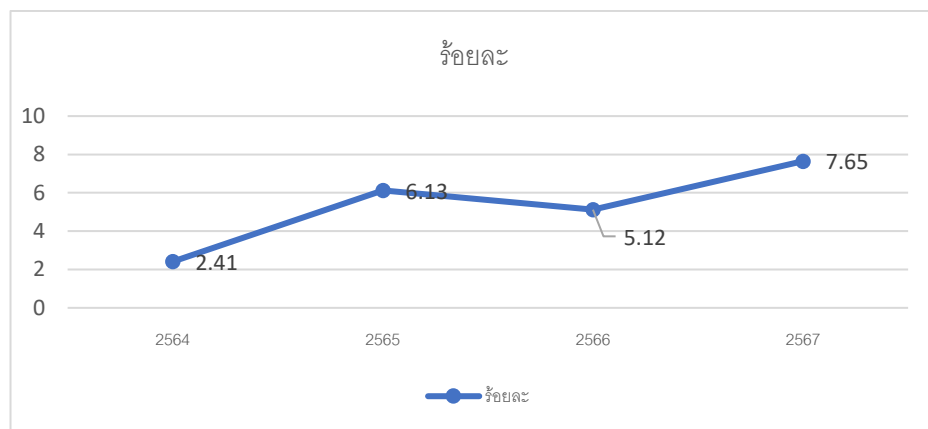
๑. ประเด็น : การพัฒนาคุณภาพระบบบริการ Service Plan Trauma

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

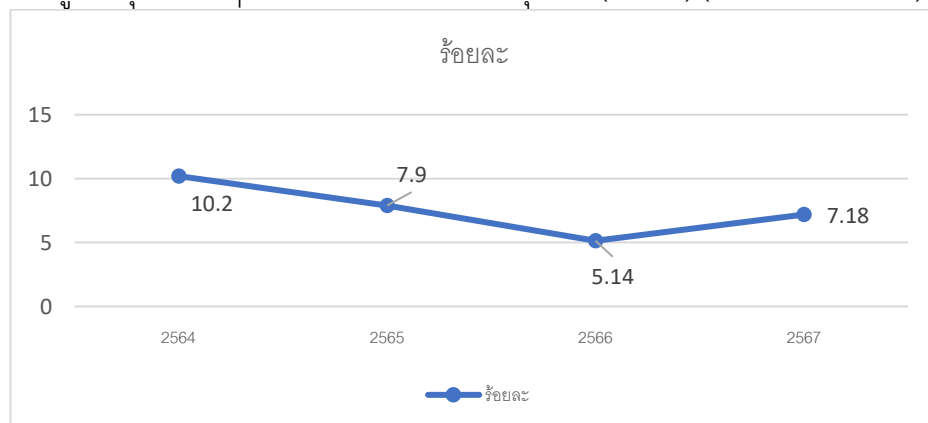
ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPIกระทรวงสาธารณสุข	๑.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)	< ๑๒%	๗.๖๕
	๒.ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (๑๖๖๙)	≥ ๒๗%	๗.๑๘
KPIยุทธศาสตร์จังหวัด	๑.อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน	< ๑๗.๑๘ ต่อแสน ปชก.	๒๒.๘๔

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

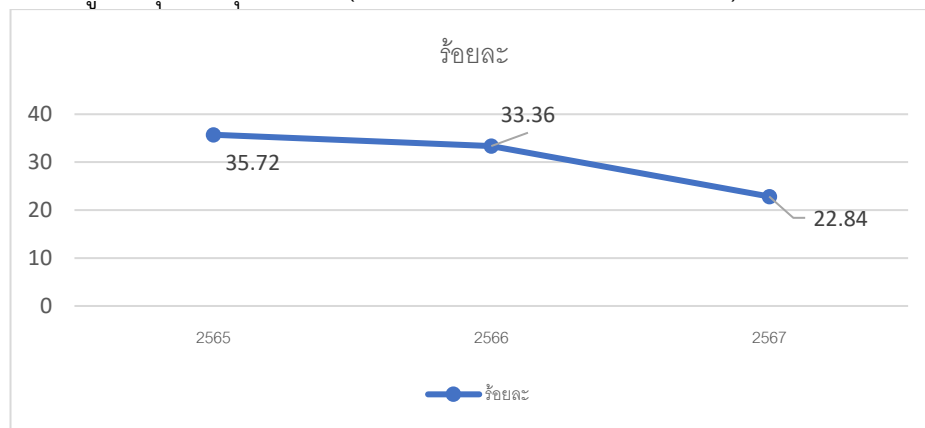
๓.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) (เป้าหมาย <๑๒%)



๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (๑๖๖๙) (เป้าหมาย >๒๗%)



๓.๓ อัตราเสียชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุทางถนน (เป้าหมาย < ๑๗.๑๘ ต่อแสน ปชก.)



๔. ปัญหาและอุปสรรค (เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพราะอะไร)

๔.๑ ประชาชนขาดวินัยในการใช้รถ ใช้ถนน (การขาด Safety awareness ประมาท ขับขี่เร็วและไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะขับขี่)

๔.๒ การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (๑๖๖๙) น้อย

๔.๓ ผู้บาดเจ็บทางถนนมากกว่าร้อยละ ๗๐ เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ

๔.๔ พบการเกิดอุบัติเหตุหมุนอกเวลาราชการ มีข้อจำกัดเรื่องทรัพยากร บุคลากรทั้งในรพ.และภาคีเครือข่าย

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘ (การแก้ไขปัญหา/ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินงานพัฒนาต่ออย่างไร)

๕.๑ กิจกรรมลดอุบัติเหตุทางถนน โดยเพิ่ม Health literacy วินัยจราจรและการใช้รถใช้ถนนแก่ครูและนักเรียนในสถานศึกษา

๕.๒ พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริมและสนับสนุนการเพิ่มเครือข่ายบริการ จัดอบรม Pre-hospital Care ให้แก่เครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน

๕.๓ ร่วมผลักดันการสร้างความเข้มแข็งของศูนย์ความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ) ทั้งด้านการรณรงค์การป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน ประชาสัมพันธ์ระบบบริการ ๑๖๖๙ การสื่อสารข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุและความรุนแรง การสอบสวนจุดเกิดเหตุเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและแก้ไข การค้นหาจุดเสี่ยงเพื่อการป้องกัน

๕.๔ การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมุนอกเวลาราชการ

๕.๕ พัฒนาระบบบริการ Trauma ในรพ.เช่นระบบ Fast Track /Fast pass

๕.๖ พัฒนาบุคลากร เพื่อรองรับการขยายบริการโรงพยาบาล M๑ และการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การ Triage อบรม PHTLS /ACLS การอบรมเฉพาะทางพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) การอบรม Nurse-coordinator การอบรม EMR / EMT-B การอบรมเชิงปฏิบัติการการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (BLS) และขั้นสูง (ACLS)

๕.๗ พัฒนาระบบการรับและส่งต่อเครือข่ายจังหวัดลำปาง

ผู้รับผิดชอบ นางเพ็ญศรี เล็กวิลาส

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงาน การพยาบาล

วันที่ ๑๖/ สิงหาคม/ ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. ประเด็น : NCD (DM,HT)

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target) (ร้อยละ)	ผลงาน (ร้อยละ)
ประเด็นยุทธศาสตร์ สาธารณสุขลำปาง	๑.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	๔๐	๒๖.๘๑
	๒.ร้อยละผู้ป่วยHTควบคุมความดันได้ดี	๖๐	๖๒.๕๑
	๓.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจตา	๖๐	๗๑.๓๗
	๔.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า	๖๐	๖๖.๖๗
	๕.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	๘๐	๖๗.๘๐
	๖.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk	๙๐.๗๕	๘๐.๑๔

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

อ.เกาะคามีอัตราผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องอัตราผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๗ ที่ ๗,๘๓๙.๖๕, ๘,๑๖๖.๘๓, ๘,๓๗๗.๙๕, ๘,๗๕๕.๑๕ และมีอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๗ อยู่ที่ ๑๘,๗๖๐.๔๗, ๑๙,๓๘๘.๕๔, ๑๙,๙๐๙.๕๕, ๒๐,๒๐๗.๕๙ ตามลำดับ

- ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ยังควบคุมไม่ได้ตามเป้าหมาย ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ ๒๖.๖๕ (เป้าหมาย ร้อยละ ๔๐)

- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมได้ร้อยละ ๖๒.๑๑ (เป้าหมายร้อยละ ๖๐)

- คัดกรอง CVD risk ร้อยละ ๘๐.๑๓ เป้าหมายร้อยละ ๙๐ ในการตรวจคัดกรองค้นหาภาวะแทรกซ้อนไต ร้อยละ ๗๐.๖๓ (เป้าหมายร้อยละ ๘๐) การตรวจฟันร้อยละ ๔๐.๗๒

- ทางตาร้อยละ ๗๑.๓๕ การตรวจเท้า ได้รับการคัดกรองร้อยละ ๖๖.๕๙ (เป้าหมายร้อยละ ๖๐) ในปี ๒๕๖๔ ได้ปรับผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจตาและเท้าที่ รพ.สต.

- คัดกรอง EKG ผู้ป่วย. DM, HT อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปได้ร้อยละ ๑๔.๐๙ ส่ง COC Kokha coc select จัดทำ Individual careplan เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง

๔. ปัญหาและอุปสรรค

- การดำเนินงาน NCD ต่างๆยังไม่ได้ตามเป้าหมายกลุ่มผู้ป่วย uncontrol ยังไม่ปรับพฤติกรรม ส่วนใหญ่ปรับพฤติกรรมไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยมีปริมาณมาก ผู้ให้บริการไม่สามารถให้การดูแลเฉพาะอย่างทั่วถึง จึงเลือกกลุ่มสีแดง มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับการทำSMBG,SMBP การคัดกรองไต CVD risk ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
๑.ผู้ป่วยเบาหวานยังควบคุมน้ำตาลไม่ได้	เป้าหมาย การดำเนินกิจกรรม กลุ่มสีเหลือง สีส้ม ติดตามเจาะ FBS เดือนละ ๑ ครั้ง กลุ่มสีแดง ปรับพฤติกรรม Self management support รายบุคคล, SMBG, จัดทำ Individual care plan, ส่ง COC ใน Kokha coc select -ทำโครงการโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ เข้าสู่เบาหวานระยะสงบ
๒.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ ตามเป้าหมายแต่ยังมีผู้ป่วยที่ควบคุมไม่ได้	-ทำ SMBP ในผู้ป่วย BP $\geq$ ๑๔๐/๙๐ mmHg -ติดตามขนาดนัดทุกรายภายในวันทีนัด
๓.ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงยังคัดกรอง ภาวะแทรกซ้อนตา เท้าได้ตามเป้าหมาย การคัดกรองไต CVD risk ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย	-ผู้ป่วยรักษา ร.พ. ตรวจเท้าตา ไต ที่ ร.พ. -ผู้ป่วยรักษา รพ.สต.ตรวจเท้า ตา ไต ที่ รพ.สต. - ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงคัดกรองไต ประเมิน CVD risk ทุกราย

ผู้รับผิดชอบ น.ส.สมเพ็ชร ชัดทะเสมา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน บริการปฐมภูมิและองค์รวม
วัน/เดือน/ปี ๑๖ ส.ค.๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. ประเด็น : ฆ่าตัวตาย

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด ยุทธศาสตร์ที่ ๒ Service Excellence นโยบายกระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการทุเลาในการติดตาม ๖ เดือน	≥ ๕๕% (๑๒๑)	อยู่ระหว่างการลงข้อมูลในHos XP
ที่เกี่ยวข้อง นโยบายที่ ๓ : สุขภาพจิตและยาเสพติด	ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ	ราย ≤ ๘.๐: ปชก.แสนคน	๑๑ ๑๙.๐๖
	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	๙๐%	๘๘.๓๓ (ซ้ำ ๓ ราย)

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์สถานการณ์การพยายามและการฆ่าตัวตายสำเร็จปีงบประมาณ ๒๕๖๓ – ๒๕๖๗ (ก.ค.๖๗)

พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ

เพศ	อันดับ๑ เพศหญิง ๕๙ ราย (๖๖.๒๙%) อันดับ๒ เพศชาย ๓๐ ราย (๓๓.๗๑%)
กลุ่มอายุ	อันดับ๑ อายุ ๒๐-๒๙ ปี (๒๕.๘๔%) อันดับ ๒ อายุ ๑๐-๑๙ ปี (๒๓.๖๐%) อันดับ๓ อายุ ๕๐-๕๙ ปี (๒๐.๒๒%)
สาเหตุ	อันดับ๑ ชัดแย้งกับคนใกล้ชิด(๓๒.๕๘%) อันดับ๒ ผิดหวัง/ขาดคนดูแล ๒๓.๕๙% อันดับ๓ ปัญหาเศรษฐกิจ/ว่างงาน(๑๙.๑๐%)
วิธีการที่ใช้	อันดับ ๑ กินยาเกินขนาด(๕๙.๕๕%) อันดับ๒ และ๓ เท่ากันคือ กินน้ำยาล้างท้องน้ำ (๑๑.๒๓%) และ ผูกคอ (๑๑.๒๓%)
ตำบล	อันดับ ๑ คือ ต.ลำปางหลวง(๑๘.๐๐%) อันดับ๒ ต.ใหม่พัฒนา (๑๕.๗๓%) อันดับ๓ ต.วังพร้าว (๑๓.๔๘%)

พยายามทำร้ายตัวเองซ้ำ ๓ ราย จาก Case Bipolar disorder ๑ ราย, Major Depressive Disorder with Psychotic ๑ รายและ Major Depressive Disorder with mild Borderline personality ๑ ราย (Refer รักษาที่ รพ.ลำปาง และอยู่ในช่วงการรักษาที่ รพ.ลำปาง ๒ ราย)

กลุ่มฆ่าตัวตายสำเร็จ

กลุ่มอายุ	อันดับ ๑ คือ อายุ ๕๐-๕๙ ปี (๓๒.๕๐%) อันดับ๒ อายุ ๔๐-๔๙ ปี (๒๒.๕๐%) อันดับ๓ อายุ ๖๐-๖๙ ปี (๑๗.๕๐%)
เพศ	อันดับ ๑ เพศชาย ๓๒ ราย (๘๐.๐๐%) อันดับ๒ เพศหญิง ๘ ราย (๒๐.๐๐%)
สาเหตุ	อันดับ๑ ปัญหาเศรษฐกิจ (๓๐%) อันดับ ๒ ปัญหายาเสพติดและสุรา (๒๗.๕๐%) อันดับ๓ โรคทางจิตเวช (๒๕.๐๐%)

วิธีการที่ใช้	มากที่สุด คือ การผูกคอ คิดเป็น ๘๒.๕๐%
ตำบล	อันดับ ๑ เท่ากัน ๒ แห่ง คือ ต.ศาลา และต.ลำปางหลวง คิดเป็นแห่งละ ๑๗.๕๐%
	อันดับ ๒ ต.ท่าผา ๑๕.๐๐%

ผลดำเนินงาน

๑. ทุกคลินิกบริการ มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น ๓Q แล้วพบมีปัญหา ส่งประเมินซ้ำที่คลินิกบริการรักษาทั้งหมด ๓๗๘ ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยนอก ๒๕๘ ราย ผู้ป่วยใน ๑๒๐ ราย พบมี ๒Q positive ๑๘๐ ราย คิดเป็น ๔๗.๖๒% ใน ๑๘๐ ราย พบภาวะซึมเศร้า หรือ $๙Q \geq ๗$ จำนวน ๑๔๑ ราย (๗๘.๓๓%) ใน ๑๔๑ ราย พบเสี่ยงฆ่าตัวตายหรือ $๘Q \geq ๑$ จำนวน ๑๐๙ ราย (๗๗.๓๐%) ในกลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายในกรณีที่ประเมินได้ระดับน้อยถึงปานกลาง ให้การรักษาแบบ OPD Case กรณีประเมินพบอยากฆ่าตัวตายระดับรุนแรงพิจารณา Admit และทั้งหมดต้องได้รับการรักษาด้วยยา ให้การรักษา ติดตามอาการ และให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆครอบคลุมถึงสภาพแวดล้อมในการอยู่ร่วมกัน การสื่อสารของครอบครัว ภาวะเศรษฐกิจ หรือปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด

๒. ให้การรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจำนวน ๑๘ ราย อาการทุเลา ๑๔ ราย และส่งต่อรักษาที่ รพ.ลำปาง ๔ ราย กระทำซ้ำ ๓ ราย (อายุ < ๒๕ ปี) และยังมีการนัดติดตามให้คำปรึกษาต่อเนื่อง

๓. ติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในปัจุบัน ๖๗ จำนวน ๑๘ ราย และผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองซ้ำมากกว่า ๑ ครั้งในปัจุบัน ๖๓ จำนวน ๓ ราย และปี ๖๗ จำนวน ๓ ราย ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ

๔. ประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปัญหาเศรษฐกิจและหรือที่อยู่อาศัย (ศูนย์ไร่ที่พึ่ง) หน่วยงานองค์กรเอกชนและ อบต. เทศบาล ในปี ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยไร่ที่อยู่อาศัยคงค้างจากปัจุบัน ๖๖ จำนวน ๑ ราย อยู่ระหว่างการตอบรับจากศูนย์ไร่ที่พึ่งห้วยปลากั้ง จ. เชียงราย ๑ ราย (ผู้ป่วยนอกพื้นที่โรคไตวาย ไม่มีที่อยู่อาศัยและญาติไม่รับดูแล)

๕. การดูแลผู้ป่วย SMIV รับผู้ที่มีอาการทางจิตรุนแรง เพื่อให้เข้าถึงการรักษารวมถึงอาการทางจิตจากสารเสพติด นำโดยนายอำเภอเกาะคา ในปี ๖๖ ทีม ศป.ป.ส.อ.เกาะคาได้ค้นหาผู้ใช้สารเสพติดและมีอาการทางจิตก้าวร้าว เข้ารับการรักษาที่ รพ.เกาะคา จำนวน ๓๓ รายหลังการคัดกรองมีการส่งต่อบำบัดฟื้นฟูยาเสพติดที่ รพ. ژیญญารักษ์ เชียงใหม่ จำนวน ๑๗ ราย และส่งต่อ รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ ๕ ราย (อาการทางจิตรุนแรงจากการใช้สารเสพติด หรือกลุ่ม SMIV: Severe Mental Illness Violence)

๖. การดูแลเด็กสมาธิสั้น รับส่งต่อจาก รพ.ลำปาง เพื่อมารับยา Methylphenidate ต่อเนื่องที่ รพ.เกาะคา เริ่ม พ.ค. ๖๖ สสสม ณ ๓๑ ก.ค. ๖๗ รวม ๓๕ ราย (รายใหม่ปัจุบัน ๖๗ จำนวน ๒๕ ราย)

๗. มีการประชุมคณะกรรมการระดับอำเภอ ประกอบไปด้วยทุกส่วนราชการในเรื่องการจัดการและการช่วยเหลือผู้ที่มีอาการทางจิตจากยาเสพติด อำเภอเกาะคา ทุก ๓ เดือน ที่ห้องประชุมที่ว่าการ อ.เกาะคา

๘. มีการรับปรึกษาทางโทรศัพท์ ๒๔ ชั่วโมง (รวมส่วนตัว) เพื่อช่วยเหลือและหาทางออกกรณีมีปัญหาเร่งด่วนต้องการความช่วยเหลือ ทั้งกรณีอาการทางจิตกำเริบ อยากฆ่าตัวตาย และอื่น ๆ เฉลี่ย ๓-๕ ราย/สัปดาห์

๙. มีการรับปรึกษาทางเพจ คลินิกวัยรุ่นเกาะคา Inbox และ Line application มีผู้รับปรึกษา ๑-๒ ราย/สัปดาห์

๑๐. มีการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด ประสานส่งต่อผู้ป่วยให้พยาบาล รพ.สต. ติดตามดูแล ต่อเนื่องทาง Application Line

๑๑. ส่งต่อผู้ป่วยสุขภาพจิต/จิตเวชทั้งหมด ๑๓๒ ราย ราย ส่งไปรพ.สต. เพื่อฉีดยาจิตเวชต่อเนื่องประจำเดือน ๗๘ ราย ส่งไปรพ.ลำปางเพื่อรับการวินิจฉัยครั้งแรก ๑๙ ราย ส่งปรับการรักษาตามอาการที่ผิดปกติ ๑๐ ราย ติดตามการรักษาเมื่อครบปี ๓ ราย ส่งต่อ รพ. ژیญญารักษ์ เชียงใหม่ ๑๗ ราย รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ ๕ ราย

๑๒.มีระบบ Consult จิตแพทย์ รพ.ลำปางเพื่อขอรับการรักษาทันทีผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในกรณีที่ยัง รพ.ลำปางเต็ม (รับได้ ๒๕ เตียง) Admit ที่ รพ.เกาะคา และขอรับการรักษาจากจิตแพทย์ (จิตแพทย์โทรศัพท์ติดตามและให้การรักษารายวัน)

๑๓.เสริมสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพจิต โดยบูรณาการกับกิจกรรม TO BE NUMBER ONE และคลินิกวัยรุ่นโดย ต.วังพร้าวเป็นตัวแทนใน Setting ชุมชน ในการเข้าร่วมการแข่งขันอำเภอ TO BE NUMBER ONE กลุ่มดีเด่น เพื่อเข้าสู่เงินระดับ๑ ที่เมืองทองธานี วันที่ ๑๒ ก.ค.๖๗ (รพ.ประกาศผล๓ เดือน ประมาณเดือน ต.ค.๖๗)

๑๔.พัฒนาศักยภาพบุคลากรต่อเนื่อง ทั้งแพทย์ พยาบาลและนักจิตวิทยา ดังนี้ แพทย์ FM ๒ คน เข้ารับการอบรมเวชศาสตร์ยาเสพติดที่ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี วันที่ ๒๐-๒๒ มี.ค. ๖๗ ๑ คน /แพทย์ FM อบรมอบรมหลักสูตรระยะสั้น ๔ เดือน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ๑ คน /นักจิตวิทยาอบรมจิตวิทยาคลินิก วันที่ ๑ ก.ค.๖๖- ๒๘ ธ.ค.๖๖จำนวน ๑ คน /พยาบาลรับการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดหลักสูตรของรพ.ธัญญารักษ์เชียงใหม่วันที่ ๔-๘ มี.ค. ๖๗ จำนวน ๒ คน(พยาบาลงานจิตเวช ๑ และพยาบาลผู้ป่วยใน ๑)

๔. ปัญหาและอุปสรรค (เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพราะอะไร)

๑. ปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สินจากพนันออนไลน์ และค่าใช้จ่ายในครอบครัว เป็นปัญหาอันดับแรกในปี ๖๗ ทำให้ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จไม่สามารถหาทางออก และไม่เข้าถึงบริการให้คำปรึกษา ต้องมีการประชาสัมพันธ์ผ่านทางเพจรพ.เกาะคา และเพจคลินิกวัยรุ่นเกาะคาอย่างต่อเนื่อง

๒. ความเข้มแข็งทางใจของวัยรุ่นในครอบครัวแตกแยกหรือวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ อยู่กับผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย และไม่มีที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา ต้องเน้นการประเมินกลุ่มเสี่ยงในโรงเรียนหรือวัยรุ่นในชุมชนและเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กลุ่มเสี่ยง รวมถึงให้ความรู้เรื่องธรรมชาติวัยรุ่น และการอยู่ร่วมกับวัยรุ่นในกลุ่มผู้ดูแล

๓. ผู้ที่ติดยาเสพติดรุนแรง และมีอาการทางจิต ปฏิเสธการเจ็บป่วยและการรักษาทำให้มีอาการทางจิตกำเริบ เน้นให้ครอบครัวประเมินอาการทางจิตและควบคุมดูแลเรื่องการกินยาจิตเวชต่อเนื่อง ผู้นำชุมชนติดตามเยี่ยมบ้าน และจูงใจให้เข้ารับการบำบัด และส่งเสริมอาชีพ

๔. ศักยภาพบุคลากร ยังขาดจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวชที่ต้องดูแลผู้ป่วยใน พยาบาลเฉพาะทางยาเสพติด ซึ่งต้องมีการพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง โดยในปี ๖๘ ส่งพยาบาลอบรมจิตเวชหลักสูตรระยะสั้น ๔ เดือน ที่ รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ ๑ คน

๕.แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘ (การแก้ไขปัญหา/ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินงานพัฒนาอย่างไร)

๑.การป้องกันการฆ่าตัวตายเองในชุมชน ชุมชนต้องร่วมกันจัดทำโครงการเพิ่มความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มวัยรุ่นและอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กวัยรุ่นในเรื่องการอยู่ร่วมกับวัยรุ่น โดยเฉพาะ ต.ลำปางหลวง ต.ใหม่พัฒนา ต.วังพร้าว เพื่อลดการทำร้ายตัวเองและป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ข้อมูลย้อนหลังสะสมจนถึงปัจจุบัน ๕ ปีพบ อายุ ๑๐-๒๙ ปี มีการพยายามทำร้ายตัวเองสูง คิดเป็น ๔๙.๔๔% ของกลุ่มอายุที่พยายามทำร้ายตัวเอง)

๒.การป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการเผชิญและแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม การป้องกันการติดพนัน ก่อหนี้สิน ให้มีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ในตำบลที่มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสะสม ๕ ปีสูงคือ ต.ศาลา ต.ลำปางหลวง และต.ท่าผา

๓. การควบคุมยาที่ใช้ในการรักษา ในคลินิกบริการจิตเวชต้องมีการจำกัดการจ่ายยาในรายที่มีแนวโน้มทำร้ายตัวเอง และหรือคนที่เคยพยายามทำร้ายตัวเองโดยวิธีอื่นมาก่อน โดยให้ยาไม่เกิน ๒-๔ สัปดาห์

๔. การติดตามผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเอง ติดตามผู้ที่พยายามทำร้ายตัวเองในปี ๖๗ จำนวน ๑๘ ราย และผู้ที่มีประวัติทำร้ายตัวเองซ้ำ (ปี ๖๓ มี ๓ ราย และปี ๖๗ มี ๓ ราย) และติดตามกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ ๑๔-๒๔ ปี ทั้งหมดที่เคยพยายามทำร้ายตัวเอง และมีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม โดยการทำร้ายตัวเอง เช่น การกรีดแขน เป็นต้น

๕. การดูแลผู้ป่วย กลุ่ม Acute และ Intermediate care ในผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด รับ Admit walk in และรับ Refer จาก รพ.ใกล้เคียง (จัดเตรียม Corner ๔ เตียง/ Plan เป็ด ๘ เตียงในปี ๖๕๗๐ เนื่องจากมีจิตแพทย์มา ๑ คน)

๖. รับส่งต่อเด็ก สมาชิก จาก รพ.ลำปางเพื่อมารับยา Methylphenidate ต่อเนื่องที่รพ.เกาะคา รวม ๓๕ ราย ให้ความรู้เรื่องการดูแลเด็กแก่ครอบครัว ประสานให้ รพ.สต.เยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินปัญหาด้านอารมณ์และป้องกันการใช้สารเสพติดเมื่อเข้าสู่วัยรุ่น (รายใหม่ปี ๖๗ จำนวน ๒๕ ราย)

๗. การเข้าถึงบริการรักษา ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา พยายามหาช่องทางในการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ใช้จ่ายเพื่อลดอาการทางจิต หรือ ให้การรักษาเมื่อมารับการรักษาโรคอื่น ๆ มีการระดมการป้องกันในชุมชนก่อนที่จะมีอาการทางจิตรุนแรงและแนวทางในการจูงใจหรือบังคับให้เข้าสู่กระบวนการรักษา และต่อเนื่อง

๘. ระบบเครือข่ายในการช่วยเหลือ ประสานที่มณฑลอำเภอเกาะคา ปลัดอำเภอ ในกรณีที่มีผู้ป่วยที่เป็นปัญหารุนแรงในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวอย่างถูกต้อง เหมาะสม

๙. มีการดูแลผู้ป่วยรายกรณี ร่วมกับ แพทย์ประจำครอบครัว อสม และหรือผู้นำชุมชน

๑๐. มีการใช้แบบสอบถามการฆ่าตัวตายทุกราย (Psycho-autopsy version ๑๐ * covid-๑๙ * ๒๐๒๐-๐๗-๒๑) และวางแผนการพัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ในการลงข้อมูลในแบบสอบถามการฆ่าตัวตายได้ถูกต้อง

๑๑. ให้บริการปรึกษาสุขภาพจิตและนัดหมาย การให้บริการปรึกษาที่คลินิกบริการทาง online

๑๒. พัฒนาระบบ Telepsychiatry โดยเริ่มจาก การปรึกษาผ่าน แพทย์ FM และ พยาบาลรพ.สต. ทุกแห่ง

๑๓. พัฒนาศักยภาพ ส่งพยาบาล ๑ คน รับการอบรมระยะสั้น ๔ เดือน การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ รพ.สวนปรุงเชียงใหม่ ปี ๖๘

๖. ปัจจัยความสำเร็จ

๑. มีเครือข่ายดูแลช่วยเหลือทั้งในและนอกหน่วยงานรวมถึงชุมชน
๒. ดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวมครอบคลุม กาย ใจ สังคม
๓. ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวทันทีที่มีปัญหาสำคัญเร่งด่วน
๔. เป็นที่ปรึกษาแก่บุคลากรระดับอำเภอ ตำบลในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวชและยาเสพติด
๕. มีช่องทางในการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ และหาแนวทางแก้ไขเร่งด่วน

ผู้รับผิดชอบ นางเบญจวรรณ จอมอินตา
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน จิตเวชและยาเสพติด
วัน เดือน ปี ๑๖ ส.ค.๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ (ประเด็นตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข)

๑. ประเด็น : สถานชิวาภิบาล

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายที่ ๘ : สถานชิวาภิบาล	๑. มีการจัดตั้งศูนย์ชิวาภิบาลในโรงพยาบาล	๑ ศูนย์	ร้อยละ ๑๐๐
	๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในคลินิกสูงอายุได้รับการรักษาและส่งต่อ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
	๓. ผู้ป่วยประคับประคองหรือผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการดูแลและมีการทำ Advance Care Plan ร่วมกับญาติและครอบครัว	> ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๑๐
	๔. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ต้องได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ได้รับการดูแล ครอบคลุม	> ๖๐ รายต่อเดือน	ร้อยละ ๗๕

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในปี ๒๕๖๗ ได้ยกระดับ ๓๐ บาทพลัส เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกมิติด้านสุขภาพ การจัดตั้งศูนย์ชิวาภิบาลเป็นหนึ่งในนโยบายมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะท้าย และผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียง ให้ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ คือ กาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง จากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชน โดยไม่ถูกทอดทิ้งไว้เพียงลำพัง ลูกหลานสามารถทำมาหาเลี้ยงชีพได้ตามปกติ เป็นการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยนับจนวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นการบูรณาการระบบการดูแลแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) ระบบการดูแลระยะยาว (Long -Term Care) รวมทั้งจัดระบบบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) และการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward)

ดังนั้นกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม จึงมีการจัดตั้งศูนย์ชิวาภิบาลขึ้นในโรงพยาบาลเมื่อวันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เพื่อสร้างระบบชิวาภิบาลในโรงพยาบาล โดยบูรณาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง/ระยะท้าย (Palliative Care) ระบบการดูแลผู้สูงอายุ (Elderly Care) มีการจัดตั้งคลินิกสูงอายุ คุณภาพบูรณาการใน NCD Clinic ระบบการดูแลระยะยาว (Long -Term Care) โดยประสานความร่วมมือกับชุมชนผ่านทาง ๕ NPCU รวมทั้งการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ให้ได้อย่างน้อย ๖๐ รายต่อเดือน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ จากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชน

๔. ปัญหาและอุปสรรค

งานระบบชีวภิบาลเป็นงานนโยบายที่เพิ่งจัดตั้งขึ้นในปี ๒๕๖๗ โดยได้รวมงานหลายอย่างบูรณาการร่วมกันทั้งบุคลากรในกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ (ซึ่งมีจำกัดแค่ ๒ คน) ร่วมกับบุคลากรในคลินิก NCD ซึ่งต้องให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นหลัก รวมทั้งให้บริการแก่ผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปไปด้วย และต้องเพิ่มการคัดกรองผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งการรักษา ส่งต่อ รวมทั้งให้บริการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายหรือผู้ป่วยประคับประคองทั้งในคลินิกบริการ ในตึกผู้ป่วยนอนและในชุมชนร่วมด้วย ตลอดจนต้องค้นหาผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) อย่างน้อย ๖๐ คนต่อเดือน แต่บุคลากรมีอย่างจำกัดเท่าเดิมทำให้ผลงานไม่ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

๑. พัฒนาระบบบริการชีวภิบาล โดยมีการทบทวนคณะกรรมการ กำหนดผู้รับผิดชอบ ผู้ประสานงานผู้ประสานงานทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน กำหนดบทบาทหน้าที่ ทีมบุคลากร สหวิชาชีพ ด้านการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกกลุ่มในศูนย์ชีวภิบาลมีความเป็นไปได้อย่างมีคุณภาพ และผลงานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

๒. จัดทำแผนขอเพิ่มอัตราบุคลากร เพื่อให้การดำเนินงานสามารถขับเคลื่อนไปได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ผู้รับผิดชอบ นางนฤชา เนตรวิชัย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรร่วม

วัน/เดือน/ปี ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ (ประเด็นตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข)

๑. ประเด็น : เศรษฐกิจสุขภาพ

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง นโยบายที่ ๑๒ : เศรษฐกิจสุขภาพ	สำรวจความพร้อมของสถานประกอบการนวด สปา ร้านอาหาร ที่พัก คลินิก/สถานพยาบาล	- นวดเพื่อสุขภาพ - สปา - ร้านอาหาร - ที่พัก - คลินิก	- ๘ แห่ง - ๐ แห่ง - ๒ แห่ง - ๗ แห่ง - ๐ แห่ง
	สำรวจความต้องการเข้ารับการอบรมการนวดของประชาชน	ประชาชนทั่วไป ๖๐ คน	- ๒๐ คน

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

สำรวจความพร้อมของสถานประกอบการนวด สปา ร้านอาหาร ที่พัก คลินิก/สถานพยาบาล ได้แก่

นวดเพื่อสุขภาพ	๘ แห่ง
สปา	๐ แห่ง
ร้านอาหาร	๒ แห่ง
ที่พัก	๗ แห่ง
คลินิก	๐ แห่ง

๔. ปัญหาและอุปสรรค

สำรวจความต้องการเข้ารับการอบรมการนวดของประชาชนยังขาดการเข้าถึงข้อมูลและการสำรวจยังไม่ครอบคลุม

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

สำรวจเพิ่มเติมเพื่อให้ครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น

ผู้รับผิดชอบ นายพรหมมินทร์ อินทร์อ่อน
ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
กลุ่มงาน แพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก
วัน/เดือน/ปี ๑๖/๐๘/๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ People Excellence

๑. ประเด็น : HRP (Human Resource Planning)

๑.๒ เป้าหมาย/เป้าประสงค์: วางแผนกำลังคนภายในองค์กร อย่างเป็นระบบเหมาะสมกับการทำงานในแต่ละกลุ่มงาน / แผนก/วิชาชีพ และการขยายตัวขององค์กร

๑.๓ กลยุทธ์ : จัดทำแผนอัตรากำลังทุก ๖ เดือน และทบทวนรายไตรมาส รายงานให้ สสจ.ทราบทุก ๓ เดือน

อัตรากำลังบุคลากรโรงพยาบาลเกาะคา

วิชาชีพ	จำนวน (คน)
๑.แพทย์	๔๘
๒.ทันตแพทย์	๑๑
๓.เภสัชกร	๑๔
๔.พยาบาลวิชาชีพ (๓กลุ่มงาน)	๑๘๔
๕.นักเทคนิคการแพทย์	๑๑
๖.นักรังสีการแพทย์	๓
๗.นักวิชาการสาธารณสุข	๙
๘.นักวิชาการคอมฯ	๓
๙.นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด	๕
๑๐ แพทย์แผนไทย	๓
๑๑.อื่นๆ	๑๙๗
รวม	๔๘๘

อัตรากำลังสสอ.และ รพ.สต

วิชาชีพ	สสจ.	โอนย้าย อบจ.	รวม
๑.นวก.สาธารณสุข	๒๒	๓	๒๕
๒.พยาบาลวิชาชีพ	๙	๙	๑๘
๓.อื่นๆ	๓๓	๖	๓๙
รวม	๖๔	๑๘	๘๒

๑.๔. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน ๑๐ เดือน (ต.ค.๖๖- ก.ค.๖๗)
๑ ความพึงพอใจของบุคลากร	> ร้อยละ ๖๐	๖๙.๘๕ %
๒.การสูญเสียบุคลากร	< ร้อยละ ๕	๖.๑๕ % (ลาออก ๒๙ คน)
๓ การคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร	> ร้อยละ ๙๕	๙๓.๘๕ % (ต.ค. ๖๖-๔๕๔ คน – ก.ค. ๖๗- ๔๘๘ คน)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน ๑๐ เดือน (ต.ค.๖๖- ก.ค.๖๗)
๔.บุคลากรผ่านการประเมินสมรรถนะ	> ร้อยละ๘๕	๙๐.๑๓
๕.บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพตามแผน	> ร้อยละ๘๐	๗๔.๒๘ %
๖.กลุ่มงานในโรงพยาบาลมีบุคลากรเพียงพอ และเหมาะสมตามเกณฑ์ FTE ๒	> ร้อยละ๘๐	๘๑.๕๐ %
๗. ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ	ไม่พบ	๑๔
๘.บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี	> ร้อยละ๙๐	๙๖.๒๗ % (บุคลากรทั้งหมด ๔๕๖ คน ได้รับการตรวจ ๔๓๘ คน)

๒ ประเด็น : HRM (Human Resource Management)

๒.๑ เป้าหมาย: จัดสรรบุคลากรตามตำแหน่ง ตามภาระงานที่เกี่ยวข้อง

๒.๒ กลยุทธ์: การมอบหมายงาน จัดตารางเวร / ตารางการทำงาน

๓ ประเด็น : HRD (Human Resource Development)

๓.๑ เป้าหมาย: พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านทักษะในการทำงาน, องค์ความรู้ที่จำเป็น, ตลอดจนเรื่องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละบุคคลตามวิชาชีพที่มีส่วนทำให้การทำงานดีขึ้นและเพิ่มศักยภาพองค์กรได้มากยิ่งขึ้น

๓.๒ กลยุทธ์ : พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในองค์กรแต่ละวิชาชีพ

๓.๓ ผลการดำเนินงาน จำนวนโครงการกิจกรรมทั้งสิ้น ๓๕ กิจกรรม บรรลุตามแผนงานโครงการที่กำหนดไว้ ๗๔.๒๘ % ดำเนินการตามแผน ๒๖ โครงการ ไม่สามารถดำเนินการตามแผน ๙ โครงการ

๓.๓.๑ รหัสโครงการ ๐๓๐๓๐๑ โครงการ Happy MOPH อำเภอเกาะคา คปสอ.เกาะคา ประจำปี ๒๕๖๗ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกาะคา จำนวน ๔๕๖ คน

๓.๓.๑.๑ กิจกรรม Happy MOPH อำเภอเกาะคา การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ประจำปี ๒๕๖๗ กิจกรรมองค์กรไร้พุง

๓.๓.๑.๒ กิจกรรมรักษาสภาพ บุคคลต้นแบบการดูแลสุขภาพของ จนท.ที่BMI อยู่ในเกณฑ์

๓.๓.๒ รหัสโครงการ ๐๓๐๓๐๒ โครงการการประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านพฤติกรรมบริการ ที่เป็นเลิศ ประจำปี ๒๕๖๗

๓.๓.๒.๑ กิจกรรมการประชุมอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านพฤติกรรมบริการที่เป็นเลิศ ปี ๒๕๖๗

๓.๓.๒.๒ กิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปี

๓.๓.๒.๓ กิจกรรมทำบุญตักบาตร ประจำปี

๓.๓.๒.๔ กิจกรรมการประเมินความพึงพอใจ Happinometer

๓.๓.๒.๕ กิจกรรมปฐมนิเทศเจ้าหน้าที่ใหม่ ประจำปี ๒๕๖๗

๓.๓.๒.๖ กิจกรรมการประเมินสมรรถนะเจ้าหน้าที่ ประจำปี ๒๕๖๗

๓.๓.๓ กิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านการบริหารของบุคลากร

๓.๓.๓.๑ อบรมหลักสูตร ผบต. ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (หัวหน้างาน) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สสอ. จำนวน ๔ คน รมหลักสูตร ผบต. ๔ คน

๓.๓.๓.๒ อบรมหลักสูตร ผบก. ระยะเวลา ๔ สัปดาห์ (หัวหน้ากลุ่มงาน) กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สสอ. จำนวน ๓ คน (ไม่เข้ารับการอบรมเนื่องจากที่นั่งเต็ม)

๓.๓.๔ การพัฒนาบุคลากรส่งฝึกอบรมตามแผนการพัฒนาส่วนขาดตอบสนองการ
ยกระดับพร.พ.บ. ปี ๒๕๖๗

๓.๓.๔.๑ หลักสูตร: แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน (สุขภาพจิตชุมชน) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๒ หลักสูตร: อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้ป่วยวิกฤต
กลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๓ หลักสูตร: อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ศัลยกรรม
Enterostomal Therapy nurse กลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๔ หลักสูตร: พยาบาลฟื้นฟูความรู้ประจำปี สมาคมพยาบาลโรคไต แห่งประเทศ
ไทย Dialysis review for Nurse กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย พยาบาล จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๕ หลักสูตร : อบรมการเจรจาไกล่เกลี่ยพื้นฐาน ศูนย์ส่งต่อและรับเรื่องราวร้องทุกข์
กลุ่มเป้าหมาย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๖ หลักสูตร: การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานวัณโรค กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย
พยาบาล จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๗ หลักสูตร : HA ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลคุณภาพ (HA๖๐๑)
กลุ่มเป้าหมาย คณะกรรมการงานคุณภาพโรงพยาบาล จำนวน ๒ คน

๓.๓.๔.๘ หลักสูตร : อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาวิสัญญีพยาบาล กลุ่มเป้าหมาย
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๙ หลักสูตร : อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือด
สมอง กลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๑๐ หลักสูตร : อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต
กลุ่มเป้าหมายพยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๑๑หลักสูตร : อบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติฉุกเฉิน กลุ่มเป้าหมาย
พยาบาลวิชาชีพ จำนวน ๑ คน

๓.๓.๔.๑๒ พัฒนาสมรรถนะส่วนบุคคลตามความประสงค์ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเกาะคา จำนวน ๓๐๐ คน

๓.๓.๔.๑๓ อบรมบุคลากรพัฒนาสมรรถนะตาม Service Plan ตามหนังสือสั่งการ
กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/สสอ./รพ.สต.ในอำเภอเกาะคา จำนวน ๕๔๐ คน

๓.๓.๔.๑๔ พัฒนาสิ่งแวดล้อมและภูมิทัศน์ ด้วยระบบ ๕ ส. กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย
ทีม ENV และทีมสุขาภิบาล จำนวน ๓๐ คน

๓.๓.๕ รหัสโครงการ ๐๓๐๓๐๓ โครงการ ส่งเสริมความสามัคคีในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขใน
กิจกรรมมุทิตาจิต อำเภอเกาะคา ประจำปี ๒๕๖๗

๓.๓.๕.๑ อบรมผู้บริหารการพยาบาล และพยาบาลเกษียณ ของชมรมผู้บริหารการ
พยาบาล รพช. เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะผู้เกษียณอายุราชการ

๓.๓.๕.๒ อบรมพัฒนาศักยภาพผู้เกษียณอายุราชการ หลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข/เขต
/ชมรมต่างๆเพื่อเสริมสร้างความสุขแก่ผู้เกษียณอายุราชการ

๓.๓.๕.๓ กิจกรรมการส่งเสริมความสามัคคีมุทิตาจิตผู้เกษียณ

ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

๑.รพ.เกาะคาเติบโต ขยายตัวอย่างรวดเร็วและมีแพทย์เชี่ยวชาญหลายสาขาแต่สหวิชาชีพยังขาดความเชี่ยวชาญ ทำแผนและจัดสรรงบประมาณสำหรับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางแต่ละสาขา และแต่ละวิชาชีพ ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๖๙

๒.บุคลากร รพ.สต. ขอย้าย/โอนไป อบต./ เทศบาล / ย้ายออกนอกพื้นที่ จึงขอรับการโยกย้าย/ทดแทนและเกลี่ยอัตรากำลังใหม่

๓.แผนกำลังคนตามการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไทย ไปสู่ระดับ A+

๔.แผนพัฒนาสมรรถนะกำลังคนตามการยกระดับระบบบริการสาธารณสุขไทย

๕.แผนการทดแทนกำลังคนจากการเกษียณอายุราชการปี ๒๕๖๗ จำนวน ๔ คน

๖.แผนการเติบโตของกำลังคนจากความก้าวหน้าทางวิชาชีพ

ผู้รับผิดชอบ นายกิตติพงษ์ บำเพ็ญ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงาน บริหารทั่วไป

วัน/เดือน/ปี ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. เกาะคา

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ Governance Excellence

๑. ประเด็น : หน่วยบริการไม่มีวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๕-๗

ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ ระดับดี ขึ้นไป (> ๘๐%)

การประเมิน HAIT ขั้นที่ ๑- ๓

ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยทางไซเบอร์ Cyber Security (CO-CSIRT)

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	หน่วยบริการไม่มีวิกฤตทางการเงินระดับ ๕-๗	ระดับ ๐-๔	ระดับ ๒ (กค.๖๗)
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	ศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพ ระดับดี ขึ้นไป	๘๐% (EIA ๕ มิติ)	๙๕% (กค.๖๗)
	การประเมิน HAIT	ขั้นที่ ๑-๓	รอบประเมิน (กค.๖๗)
	ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยทางไซเบอร์ Cyber Security	ความเสี่ยงต่ำ	ความเสี่ยงปานกลาง (กค.๖๗)

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

สถานการณ์ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โรงพยาบาลเกาะคาอยู่ในช่วงพัฒนาศักยภาพเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับ M๑> ๒๐๐ เตียง และการพัฒนาการให้บริการระดับ A+ จึงจำเป็นต้องลงทุนทางด้านโครงสร้างรองรับการขยายบริการ ๒๕๐ เตียง พัฒนามาตามนโยบาย EMS และ Smart Hospital ด้านครุภัณฑ์ และการพัฒนาบุคลากร เพื่อเปิดรับบริการในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยสถานการณ์การเงินอยู่ในระดับความเสี่ยงระดับ ๒ ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๗ ซึ่งคาดการณ์ ณ สิ้นปีงบประมาณอาจอยู่ระดับ ๔-๕ สถานะเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้ประมาณ - ๓๐ ล้านบาท ด้วยการวางแผน ๓ ปี งบประมาณ (๒๕๖๗-๒๕๖๙) จะสามารถมีผลการดำเนินการเป็นแผนเกินดุลได้ในปี ๒๕๖๙ หากสามารถเปิดให้บริการเต็มศักยภาพตามแผนการพัฒนาระบบบริการที่กำหนดไว้ ซึ่งทั้งนี้จำเป็นต้องบริหารจัดการเจ้าหนี้และเน้นการกำกับต้นทุน การกำกับงบก้อนนี้ ให้อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดและรักษาสภาพคล่องทางการเงินให้มี Cash Ratio > ๐.๘ (กรกฎาคม ๒๕๖๗ Cash Ratio = ๐.๕๑) ซึ่งปัจจัยสำคัญคือการดำเนินการศูนย์จัดเก็บรายได้ ผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ ๙๕) รายรับและรายจ่ายเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ตามแผนเงิน Planfin

สำหรับการดำเนินการทางระบบสารสนเทศ ได้เตรียมความพร้อมการประเมิน HAIT ขั้นที่ ๑ ซึ่งรอรับการประเมินในปี ๒๕๖๘ ต่อไป และมาตรการยกระดับด้านความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์ หน่วยงานได้รับการประเมินความเสี่ยงด้าน Cyber Security อยู่ในระดับความเสี่ยงปานกลาง ซึ่งจะพัฒนาระดับเป็นความเสี่ยงต่ำ เป็นแผนระดับจังหวัดต่อไป

๔. ปัญหาและอุปสรรค (เป็นไปตามเป้าหมายหรือไม่ เพราะอะไร)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางและโปรแกรมในการเบิกค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ในระหว่างปีงบประมาณทำให้รายรับที่ประมาณการได้รับขัดเขยื้อนและน้อยกว่าที่ประมาณการไว้

ส่งผลต่อสภาพคล่องทางการเงินโดยเฉพาะในไตรมาสที่ ๔ ด้วยรายรับหลักร้อยละ ๔๐ มาจากกองทุน UC ในส่วน IP ทำให้รายรับหายไปร้อยละ ๑๐-๑๕ ส่งผลต่อการลงทุนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ ประกอบกับงบประมาณสนับสนุนด้านงบลงทุนด้านครุภัณฑ์สำหรับขยายบริการไม่ได้รับตามแผนที่วางไว้ ทำให้ต้องเพิ่มวงเงินในแผนเงินบำรุงมากขึ้น จำเป็นต้องบริหารสภาพคล่องอย่างรัดกุมเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ไม่ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายพื้นฐาน Fixed cost ของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

ประกอบกรนโยบายด้านพัฒนาระบบสารสนเทศ จำเป็นต้องใช้งบประมาณในการดำเนินการซึ่งเป็นส่วนที่ต้องเพิ่มแผนงบประมาณในการดำเนินการเพื่อยกระดับความปลอดภัยแต่ทั้งนี้ก็เป็นสิ่งที่สำคัญมากเช่นกันที่ต้องเร่งดำเนินการ

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘ (การแก้ไขปัญหา/ปรับปรุงแนวทางและการดำเนินงานพัฒนาต่ออย่างไร)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีการวางแผนพัฒนาศูนย์จัดเก็บรายได้ ศูนย์ค่าใช้จ่าย เพื่อให้สอดคล้องการพัฒนาการยกระดับการให้บริการแพทย์เฉพาะทาง

๑.เพิ่มทักษะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการให้รหัสโรค ร่วมกับ พยาบาล และเจ้าหน้าที่เวชสถิติ

๒.เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี พัฒนาศักยภาพด้านการเงินการคลัง เน้นการวิเคราะห์ต้นทุนการกำกับดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

๓.พัฒนาระบบ IPD Paperless เพื่อให้ระบบเป็นแบบเชื่อมโยงข้อมูลReal-time สามารถทำงานพร้อมกันได้ในทุกๆกระบวนการตั้งแต่การรักษา การคิดค่าใช้จ่าย การให้รหัสโรค และการเรียกเก็บ สามารถวิเคราะห์ต้นทุนและผลการเรียกเก็บได้ในทันที

๔.ใช้ระบบการคุมคลัง โดยกำกับและกำหนดรายการแต่ละหน่วยงานอย่างเข้มงวด เพื่อให้เป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้

ผู้รับผิดชอบ ทพญ.มนภัทร เชี่ยววานิช

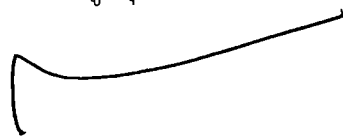
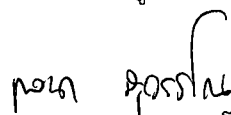
ตำแหน่ง ทันตแพทย์ชำนาญการ

กลุ่มงาน ศูนย์จำหน่ายและเรียกเก็บ

วัน/เดือน/ปี ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๗

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๑
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	
ชื่อหน่วยงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ วัน/เดือน/ปี : ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ : รายงานผลการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๗ รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) รายงานผลการติดตามประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๗ Link ภายนอก : ไม่มี หมายเหตุ : - เผยแพร่ผ่านเว็บไซต์โรงพยาบาลเกาะคา http://www.kokhahospital.go.th	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายกิติพงษ์ บำเพ็ญ) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	ผู้อนุมัติรับรอง  (นายสิทธิกร สองคำชุม) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะคา วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวกาญจนา สุวรรณโณ) เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน วันที่ ๓๐ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗	