



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง อำเภอสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น
ที่ ขก ๐๐๓๒.๓๑๗/พิเศษ วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๓

เรื่อง รายงานผลการกำกับติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติราชการ ประจำปี ๒๕๖๓ และขออนุญาต
นำเผยแพร่บนเว็บไซต์ของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

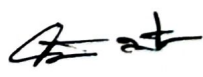
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

ด้วย งานแผนงานและประเมินผล ได้ดำเนินการสรุปผลการติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติ
ราชการ ประจำปี ๒๕๖๓ เพื่อทราบและสั่งการให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการปรับปรุงต่อไป และขออนุญาตนำผลการ
กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติราชการ ประจำปี ๒๕๖๓ ไตรมาสที่ ๑ เผยแพร่บนเว็บไซต์ของ
หน่วยงาน

จึงเรียนมาเพื่อทราบโปรดพิจารณาอนุญาต

วรรณสุธา
(นางสาววรรณสุธา ผายทอง)
นักวิชาการสาธารณสุข

คำสั่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง
อนุญาต


(นายจักรพ บ่อมณา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

3.สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานสาธารณสุข
ของเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
ยุทธศาสตร์ที่ 1 การระดมพลังภาคีทุกภาคส่วน ทุกระดับร่วมสร้างเมืองแห่งสุขภาวะ และนิเวศน์สุขภาพชุมชนที่ เข้มแข็ง					
101	ความสำเร็จในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด				4
	1.1 โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ประเมินห้องฝากครรภ์ และห้องคลอดคุณภาพ ปี 2563	ประเมิน ตนเอง	ประเมิน ตนเองผ่าน เกณฑ์		
	1.2 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม 5 โรค ที่อาการของโรคยังไม่สงบได้รับคัดกรองเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์หรือป้องกันการตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (โรคหัวใจ โรค HIV โรค SLE โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงโรคไต)	112	70	62.50	0
	1.3 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ ใน 10 โรค (IHD CKD Thalassemia SLE HIV Thyroid DM HT Asthma Drug-addict) ได้รับการคัดกรองและ ติดตามเยี่ยมเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ80	20	17	85	1
	1.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60	47	41	87.23	1
	1.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60	48	45	93.75	1
	1.6 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่2 ไม่ เกินร้อยละ 10				
	-ข้อมูลจาก HDC	5	1	20	0
	-ข้อมูลจากคลินิกฝากครรภ์ รพ	42	7	16.06	0
	1.7 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65	68	43	63.24	0

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
102	ระดับความสำเร็จในการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด 1.อยู่ระหว่างส่งรายชื่อเข้าร่วมซ้อมแผนจังหวัด 2.อัตราของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ≤ 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ 3.ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 4. อัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าร้อยละ 10	≤ 25 ไม่เกิน ร้อยละ 7 น้อยกว่า ร้อยละ 10	43.5 15.2 15.2		3
103	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก) 2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก) 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 90 4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 65	471 469 137 2	469 137 136 2	99.58 29.21 99.27 100	1 1 2 1
104	ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี 1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 85 (ไตรมาส 1) : ผลงานผ่านเกณฑ์ = 1 คะแนน 2) ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 85 : ผลงานผ่านเกณฑ์ = 1 คะแนน 3) ร้อยละของทารกแรกเกิดมีภาวะขาดไอโอดีนน้อยกว่าร้อยละ 3 : ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน 4) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60 (ไตรมาส 1) : ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน	1,800 528 38 1,536	1,536 453 7 895	85.33 85.80 18.42 58.27	1 1 0 0

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
105	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการส่งเสริมสุขภาพ เด็กวัยเรียน 1. เด็กวัยเรียน 6-14 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75 2. เด็กวัยเรียน 6-12 ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 3. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทอง ร้อยละ 65 4. เด็กวัยเรียน มีส่วนสูงตีรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อย ละ 72	2925 คน 2783 คน 36 แห่ง 2725 คน	2725 คน 2002 คน 28 แห่ง 1923 คน	93.16 71.94 75.67 70.57	5
106	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการเฝ้าระวังและ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 1. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี (ไม่เกิน 32 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน) 2. ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี (ไม่ เกินร้อยละ 10) 3. ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือ หลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธี กึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) 4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (ไม่เกิน 1.1 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน)	ไม่เกิน 32 ไม่เกิน ร้อยละ 10 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ไม่เกิน 1.1	12.6 ร้อยละ 30 0 0		1
107	ระดับความสำเร็จ ของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัย ทำงานอายุ 18 - 59 ปี ผ่านเกณฑ์	5	2		2
108	ระดับความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลระยะยาวในชุมชน ผ่านเกณฑ์ (Long Term Care) 1. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/Dementia/Fall/ Depression ในฐานข้อมูล ฯ > ร้อยละ 90	5,214	2,445	46.89	3 1

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
	2.มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้หลักสูตร ไม่ลืม ไม่ล้า ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแบบ สอนอย่าง ต่อเนื่อง หรือมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุ คุณภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 ตำบล >ร้อยละ 80 3.โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ มาตรฐาน และ มีการดำเนินงานศูนย์ Long Term Care Center 4.มีตำบลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลระยะยาว ในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ > ร้อยละ 90 5.ผู้สูงอายุสุขภาพดีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ >ร้อยละ 60	5 ตำบล มีการ ดำเนินงาน กำลัง ดำเนินการ กำลัง ดำเนินการ	5 ตำบล ผ่านเกณฑ์	100	5 5
109	ร้อยละของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการ ดำเนินการและจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม				3
110	การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงและแจ้งเตือนภัย ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระดับอำเภอ				3
111	ร้อยละชุมชนสร้างสุขที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตทาง สุขภาพดีและอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพดี	5	3		3
112	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)				5
113	ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูก	5,679	934	16.45	4
114	ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test	785	248	31.59	2
115	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา และกลุ่มสงสัยต่อกระจกชนิดบอดได้รับการคัดกรองสายตา ที่มีประสิทธิภาพ 1.ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา ผลการคัดกรองสายตา อยู่ในช่วง 20.00-39.99 % ได้คะแนน = 2 คะแนน 2.กลุ่มสงสัยต่อกระจกชนิดบอด (จำนวนที่นับนิ้วไม่ได้ที่ ระยะ 3 เมตร) ได้รับการคัดกรองสายตาที่มี ประสิทธิภาพ	5,086 คน 166 คน	1,503 คน 141 คน	29.55 84.94	4 2 5

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 2</u> การพัฒนาขีดความสามารถในการจัดการสุขภาพตนเองแก่ประชาชน ชุมชนอย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน					
201	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานและ/ หรือความดันโลหิตสูง K 201.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย โรคเบาหวาน ≥ ร้อยละ 60 K 201.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ≥ ร้อยละ 60 <u>สรุปคะแนนที่ได้</u> ทั้ง 2 ข้อ = 5 + 5 = 10 คะแนน อยู่ในช่วง คะแนน 9 – 10 คะแนน ได้เท่ากับ 5 คะแนน	88 222	64 190	72.73 85.59	5 5
202	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมได้ 202.1 ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ≥ 40% 202.2 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต ได้ดี ≥ 50%	2,133 3,729	219 916	10.27 24.56	2 1
203	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรอง CKD ≥ ร้อยละ 80	2,080	822	39.52	1
204	ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง	ไม่เกินร้อยละ 7	ร้อยละ 4		3
205	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณ โรค	85%	Cohort 1/63 90.9%ที่ กำลังรักษา (10 ราย) ตาย 1 ราย (9.0%)		4
207	ร้อยละ อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอ ประจำบ้าน สามารถดูผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายให้มีคุณภาพ ชีวิตที่ดี (1) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี (2) จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	168 ราย 56 คน	168 ราย 56 คน	100 100	5

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
208	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.)ตามเกณฑ์ รพ.สต. ดีดดาว (5 ดาว 5 ดี)				5
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 3</u> การเสริมสร้างความเป็นเลิศทางการแพทย์ และการพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพแก่ประชาชนที่ได้ มาตรฐานสากล					
301	ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับ ประคอง (Palliative Care)				-
302	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired	น้อยกว่า ร้อยละ30	ไม่มี เสียชีวิต		2
303	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้ การบริการพื้นสภาระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ 60	ร้อยละ 62		5
304	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่พัฒนามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital)				5
305	การพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและ การจัดการเชื้อดื้อยาระดับอำเภอ				4
306	ระดับความสำเร็จในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ ระดับอำเภอ				5
307	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟู สภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก				3.5
308	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml /min /1.73m ² /Yr				4
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 4</u> การพัฒนาองค์กรสาธารณสุขให้มีสมรรถนะสูง บุคลากรเป็นมืออาชีพ บริหารด้วยความทันสมัย และ ธรรมาภิบาล					
401	จำนวนผลงานวิจัย/ R2R /นวัตกรรมด้านบริหารและด้าน บริการสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด				5
402	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				5
403	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น มีคุณภาพตามมาตรฐานผ่านการรับรอง คุณภาพHA ชั้น 3				5

รหัส	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา	คะแนน ที่ได้
404	ระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ				5
405	โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพ				28.5
406	ระดับของหน่วยงานที่ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน (Happy Organization)				2
407	จำนวนหน่วยบริการในสังกัดผ่านการประเมินระบบควบคุมภายในระดับ 5				1
<u>ยุทธศาสตร์ที่ 5</u> การพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อหนุนเสริมการเติบโตทางเศรษฐกิจ และการเติบโตของคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี					
501	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)				5
502	ร้อยละหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล		อยู่ระหว่าง ดำเนินการ		-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 101

ชื่อตัวชีวิต ความสำเร็จในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.1.ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานการดูแลหญิงตั้งครรภ์
- 1.2.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
- 1.3.จัดทำโครงการแก้ไขภาวะโลหิตจางและภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563
- 1.4.รพ.สต./PCU.ให้บริการฝากครรภ์คุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน จ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีนและธาตุเหล็ก หญิงมีครรภ์ทุกคน
- 1.5.ประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ทุก 3 เดือน
- 1.6.ประชุมการบันทึกข้อมูลการให้บริการอนามัยแม่และเด็กในโปรแกรม 43 แฟ้ม Hos xp (ดำเนินการร่วมกับงาน IT)
- 1.7.รพ.เขาสวนกวาง คืบข้อมูลการให้บริการ ทางกลุ่มไลน์ MCH Board เขาสวนกวาง ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รพ.สต./ สสอ./
 - คืบข้อมูลทะเบียนหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ /ที่มีภาวะเสี่ยงสูง High Risk ทุกวันศุกร์ /สัปดาห์
 - คืบข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ ที่ขาดนัดฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ทุกวันอังคาร/สัปดาห์
 - คืบข้อมูล รายงานการคลอดและผล TSH โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ทุกเดือน
 - สรุปข้อมูลผลการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ทุกเดือน
- 1.8.CUP เขาสวนกวาง วางแผนออกติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานหญิงตั้งครรภ์ใน รพ.สต./PCU.

2. ผลการดำเนินงาน

กระบวนการ

- 2.1 โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ประเมินห้องฝากครรภ์และห้องคลอดคุณภาพ ปี 2563
ส่งแบบประเมินตนเอง สสจ.ขอนแก่น ตามกำหนด ผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานผลลัพธ์
- 2.2 ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม 5 โรค ที่อาการของโรคยังไม่สงบได้รับคัดกรองเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์หรือป้องกันการตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (โรคหัวใจ โรค HIV โรค SLE โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงโรคไต)
- 2.3 ผลงานร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรม 5 โรค ที่อาการของโรคยังไม่สงบได้รับคัดกรองเพื่อวางแผนการตั้งครรภ์หรือป้องกันการตั้งครรภ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (โรคหัวใจ โรค HIV โรค SLE โรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงโรคไต)

ทะเบียนกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ยังไม่มีประวัติฝากครรภ์ในปีงบประมาณตามระบุใน HDC แยกเครือข่ายบริการ ความหมาย: รายชื่อที่ได้รับการบันทึกในระบบ 43 แฟ้ม

ที่ยังไม่มีประวัติรับบริการฝากครรภ์ตั้งแต่ 1 มกราคม 2561 จนถึงปัจจุบัน

กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 10-44 ปี

วัตถุประสงค์ : เพื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 10-44 ปี ได้รับการติดตามเยี่ยม มีความเข้าใจในผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และเตรียมการวางแผนครอบครัว

ตัวชี้วัด : 1. อัตราการติดตามเยี่ยมหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 10-44 ปี

2. อัตราการหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 10-44 ปี มีความเข้าใจในผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ และเตรียมการวางแผนครอบครัว

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	กลุ่มเสี่ยงทั้งหมด	เยี่ยมแล้วทั้งหมด	ได้รับเยี่ยมร้อยละ	ผลงานการเยี่ยม ใน 5 กลุ่มโรค									
					กลุ่มเสี่ยง CKD	ได้รับเยี่ยมแล้ว	กลุ่มเสี่ยง IHD	ได้รับเยี่ยมแล้ว	กลุ่มเสี่ยง THaI	ได้รับเยี่ยมแล้ว	กลุ่มเสี่ยง SLE	ได้รับเยี่ยมแล้ว	กลุ่มเสี่ยง HIV	ได้รับเยี่ยมแล้ว
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	21	21	100	8	8	2	2	6	6	1	1	5	5
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	16	16	100	1	1	1	1	10	10	2	2	2	2
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	17	16	94.12	3	3	1	1	8	7	2	2	4	4
4	รพ.สต.นาจั่ว	9	9	100	1	1	1	1	4	4	1	1	2	2
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	6	6	100	1	1	1	1	0	0	2	2	2	2
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	13	0	0	6	0	1	0	3	0	0	0	3	0
7	PCU คำม่วง	30	2	6.67	6	1	0	0	7	1	6	0	12	0
	รวม	112	70	62.50	26	15	7	6	38	28	14	8	30	15

ที่มาข้อมูล : โปรแกรม ANC High ยังไม่ตั้งครรภ์แต่เสี่ยง 5 โรค นับเฉพาะรายที่ระบุอาศัยอยู่จริง สสจ.

ขอนแก่น ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

สรุป เป้าหมายกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความเสี่ยงสูง อายุ 10-44 ปี จำนวนทั้งหมด 112 คน ได้รับการติดตามเยี่ยม จำนวน 70 คน คิดเป็น 62.50 % ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90)

2.4 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ใน 10 โรค (IHD CKD Thalassemia SLE HIV Thyroid DM HT Asthma Drug-addict) ได้รับการคัดกรองและติดตามเยี่ยมเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง	ได้รับเยี่ยมแล้ว	ได้รับเยี่ยมร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	6	6	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	2	2	100
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	2	2	100
4	รพ.สต.นาจั่ว	-	-	-
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	1	1	100
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	4	2	50
7	PCU ค่ายม่วง	5	4	80
	รวม	20	17	85

ที่มาข้อมูล : โปรแกรม ANC High หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง 10 โรค นับเฉพาะรายที่ระบุอาศัยอยู่จริง

สสจ.ขอนแก่น ณ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

สรุป เป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ใน 10 โรค จำนวนทั้งหมด 20 คน ได้รับการเยี่ยม 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85 ผลงานผ่านเกณฑ์

2.5 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอด ทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แพ้ม) LABOR (BTYP ไม่เท่ากับ 6)	จำนวนหญิงตาม B ที่ฝาก ครรภ์คุณภาพ ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ (ฐานข้อมูล 43 แพ้ม) ANC	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	6	6	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	9	9	100
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	6	5	83.33
4	รพ.สต.นาจั่ว	8	7	87.5
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	0	0	0
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	2	2	100
7	PCU ค่ายม่วง	16	12	75
	รวม	47	41	87.23

ที่มาข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ส่งเสริมป้องกัน>อนามัยแม่และเด็ก ข้อ1.2 ณ วันที่ 21 ก.พ.2563

สรุป หญิงตั้งครรภ์ คลอดทั้งหมด จำนวน 47 คน ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์ จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 87.23 ผลงานผ่านเกณฑ์

2.6 ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	จำนวนหญิงไทยในเขต รับผิดชอบที่สิ้นสุดการ ตั้งครรภ์ทั้งหมด (ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) LABOR	จำนวนหญิงตาม B ที่ฝาก ครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (ข้อมูลจาก สมุดสีชมพูบันทึกลงใน 43 แฟ้ม) ANC	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	6	6	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	9	9	100
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	6	6	100
4	รพ.สต.นาจิว	8	7	87.50
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	0	0	0
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	2	2	100
7	PCU ค่ายม่วง	17	15	88.24
	รวม	48	45	93.75

ที่มาข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ส่งเสริมป้องกัน>อนามัยแม่และเด็ก ข้อ1.1 ณ วันที่ 21 ก.พ.2563

สรุป หญิงตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด จำนวน 48 คน ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ จำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ผลงานผ่านเกณฑ์

2.7 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่2 ไม่เกินร้อยละ 10

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	หญิงไทย ที่มารับบริการฝาก ครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ที่ในปั๊บบประมาณ ได้รับ การตรวจ HCT	หญิงไทย ที่มารับบริการฝาก ครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ที่ในปั๊บบประมาณ ได้รับ การตรวจ HCT และผลอยู่ ระหว่าง 1-32	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	2	1	50
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	1	0	0
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	0	0	0
4	รพ.สต.นาจิว	1	0	0
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	0	0	0
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	0	0	0
7	รพ.เขาสวนกวาง	1	0	0
8	PCU ค่ายม่วง	0	0	0
	รวม	5	1	20

ที่มาข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ส่งเสริมป้องกัน>งานโภชนาการ ข้อ1.2 ณ วันที่ 21 ก.พ.2563
สรุป เป้าหมายหญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ได้รับการตรวจHCT จำนวน5
คน

ผลงาน หญิงไทยที่มารับบริการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ในปีงบประมาณ ได้รับการตรวจ HCT
และผลอยู่ระหว่าง 1-32 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์

ผลงาน ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางครั้งที่ 2 ไม่เกินร้อยละ 10

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝาก ครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ 31+ สัปดาห์ ทั้งหมด เดือน ต.ค.62-ม.ค.63	หญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝาก ครรภ์ ช่วงอายุครรภ์ 31 + สัปดาห์ ได้รับการตรวจ HCT และผลอยู่ระหว่าง 1-32	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	12	1	8.33
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	5	1	20
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	7	3	42.86
4	รพ.สต.นาจั่ว	6	0	-
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	-	-	-
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	3	0	-
7	PCU คำม่วง	8	2	25
8	ต่างจังหวัด	1	-	-
	รวม	42	7	16.06

ที่มาข้อมูล : รายงานภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ เดือน ต.ค.62-ม.ค.63 คลินิกฝากครรภ์ รพ.เขาสวนกวาง
เป้าหมายหญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 31 สัปดาห์+ ในปีงบประมาณ ได้รับการตรวจ
HCT ครั้งที่ 2 จำนวนทั้งหมด 53 คน

ผลงาน หญิงไทย ที่มารับบริการฝากครรภ์ช่วงอายุครรภ์ 31 สัปดาห์+ ในปีงบประมาณ ได้รับการตรวจ
HCT และผลอยู่ระหว่าง 1-32 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 15.09 ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์

ประเด็นที่มีผลงานตรวจ HCT น้อย

เนื่องจาก ที่คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง นั้ดมารับบริการฝากครรภ์เพื่อรับการตรวจ HCT
ครั้งที่ 2 ในช่วงอายุครรภ์ 31+ สัปดาห์ ซึ่งทำให้ผลการดำเนินงานไม่ถูกนับผลงานการตรวจ ตามโปรแกรม
HDC สสจ.ขอนแก่น ซึ่งจะนับผลงานการตรวจ HCT ในช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์

แนวทางแก้ไข

ผู้รับผิดชอบงานคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลเขาสวนกวาง จะดำเนินการประสานผู้รับผิดชอบงานที่
เกี่ยวข้องของโรงพยาบาล เพื่อปรับช่วงเวลาการนัดมารับบริการฝากครรภ์และเจาะเลือดเพื่อตรวจ HCT
ในช่วงอายุครรภ์ 32-34 สัปดาห์ ตามรายละเอียดการประมวลผลงานจาก HDC

2.8 ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65

ลำดับ	เครือข่ายบริการ	จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุด การตั้งครรภ์ด้วยการคลอดครบ 42 วัน ทั้งหมดในปีงบประมาณ (ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม) LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ 6)	จำนวนหญิงตาม B ที่ได้รับการ ดูแลครบ 3 ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	12	12	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	13	10	76.92
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	8	6	75
4	รพ.สต.นาजू	11	7	63.64
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	0	0	0
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	2	0	0
7	PCU คาม่วง	22	8	36.36
	รวม	68	43	63.24

ที่มาข้อมูล : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >ส่งเสริมป้องกัน>งานอนามัยแม่และเด็ก ข้อ1.4 ณ วันที่ 24 ก.พ.2563

หญิงหลังคลอดจำนวน 68 ราย ได้รับการเยี่ยมหลังคลอด 3 ครั้งตามเกณฑ์ จำนวน 43 ราย คิดเป็น 63.24% ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์

การดำเนินงานเชิงกระบวนการ

1.โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ประเมินห้องฝากครรภ์และห้องคลอดคุณภาพ ปี 2563

ผลการประเมินตนเองผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

2.ผลลัพธ์ผ่าน 3 ตัวชี้วัด : ข้อ 2.3 , 2.4 , 2.5

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการตั้งครรภ์ใน 10 โรค (IHD CKD Thalassemia SLE HIV Thyroid DM HT Asthma Drug-addict) ได้รับการคัดกรองและติดตามเยี่ยมเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 : ผลงาน ร้อยละ 85

2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 : ผลงาน ร้อยละ 87.23

3. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 : ผลงาน ร้อยละ 93.75

สรุปได้ การดำเนินงานเชิงกระบวนการผลลัพธ์ผ่าน 3 ตัวชี้วัด = 4 คะแนน

3.ปัญหาและอุปสรรค

3.1.หญิงตั้งครรภ์มีความเสี่ยงก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคโลหิตจาง

3.2.หญิงตั้งครรภ์ขาดความตระหนักในการกินยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ยาเม็ดเสริมไอโอดีน

3.3.หญิงตั้งครรภ์มีภาวะทุโภชนาการก่อนการตั้งครรภ์

3.4.การติดตาม เยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่ ไม่ต่อเนื่อง

3.5สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่พบภาวะโลหิตจาง จัดทำโครงการแก้ไขภาวะโลหิตจางและภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ อำเภอสวนแก้ว จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2563

3.6หญิงตั้งครรภ์ ที่มีประวัติตั้งครรภ์นอกพื้นที่/ต่างจังหวัด ไม่ได้มารับบริการในพื้นที่ แต่เดินทางกลับมาคลอดในพื้นที่ตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ/ตามที่อยู่ทะเบียนบ้าน ทำให้ไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์

4.ข้อเสนอแนะ

4.1.ให้สุขศึกษาเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ในโรงเรียนประถมและมัธยม

4.2.รพ.สต./PCU.ควรมีแผนงานโครงการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในพื้นที่

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 102

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จในการดูแลมารดาและทารกแรกเกิด

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.1.ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
- 1.2.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
- 1.3.ดำเนินงานตามภาระหน้าที่ความรับผิดชอบ (รพ.สต./PCU./ห้องคลอด ให้บริการงานอนามัยแม่และเด็กตามมาตรฐาน)
- 1.4.วิเคราะห์หาสาเหตุทารกที่เกิดภาวะ BA / LBW และการคลอดก่อนกำหนด
- 1.5.สรุปผลการดำเนินงาน
- 1.6.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม 43 แพ้ม และ Hos xp
- 1.7.ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- 1.8.รายงานผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ รพ.สต./PCU. สสอ. สสจ.

2. ผลการดำเนินงาน

- 2.1 อยู่ระหว่างส่งรายชื่อเข้าร่วมซ้อมแผนจังหวัด
- 2.2 อัตราของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด ≤ 25 ต่อพันการเกิดมีชีพ
ผลงานเด็กเกิดทั้งหมด BA 2 ราย คิดเป็น 43.5 ต่อพันการเกิดมีชีพ
- 2.3 ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7
ผลงาน เด็กเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2
(จากห้องคลอดรพ.เขาสวนกวาง)
- 2.4 อัตราการคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าร้อยละ 10
ผลงานมารดาคลอดก่อนกำหนด 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.2

สรุปได้ 3 คะแนน

3.ปัญหาและอุปสรรค

4.ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 103

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.1.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ สูงดีสมส่วน
- 1.2.ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ สูงดีสมส่วน
- 1.3.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หลังจัดกิจกรรมบันทึกความร่วมมือ MOU ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ สูงดีสมส่วน เมื่อปี 2561-2562
- 1.4.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในการอบรมกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ผู้เลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี
- 1.5.จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ฟันไม่ผุ สูงดีสมส่วน
- 1.6.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จัดทำมุมให้มีมุมการเล่น/ของเล่นพื้นบ้านในชุมชน ตำบลละ 1 แห่ง 5 ตำบล นาजू คำม่วง เขาสวนกวาง ดงเมืองแอม โนนสมบูรณ์
- 1.7.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ถูกต้องในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียน ประถมและขยายโอกาส 5 ตำบล นาजू คำม่วง เขาสวนกวาง ดงเมืองแอม โนนสมบูรณ์
- 1.8.รพ.สต./PCU.ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มวัยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน และติดตามเด็กกลุ่มสงสัยล่าช้าทุกเดือน
- 1.9.สรุปผลการดำเนินงาน
- 1.10.รพ.สต./PCU.ติดตามซังน้ำหนักร วัตส่วนสูง ประเมินผลภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี ทุก 3 เดือน
- 1.11.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม 43 แฟ้ม และ Hos xp
- 1.12.ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- 1.13.คืนข้อมูลและรายงานผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ รพ.สต./PCU. สสอ. สสจ.

2. ผลการดำเนินงาน

- เชิงคุณภาพ มีระบบการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็ก 0-5ปี
- 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงาน Smart kids
 - 2.มีตำบลดำเนินงานตำบล smart kids ในปี 2560-2562 จำนวน 5 ตำบล ผลงาน ครบทุกตำบล
 - 3.ตำบลผ่านเกณฑ์การดำเนินงานทั้ง 5 หน่วย (ฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี ศพด. การมีส่วนร่วม อปท. และชุมชนเครือข่าย)

เชิงปริมาณ มีผลลัพธ์

1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก)

ลำดับ	หน่วยบริการ	เป้าหมายคัดกรอง ต.ค.62 - ม.ค.63	ผลงานคัดกรอง ต.ค.62 - ม.ค.63	ร้อยละคัดกรอง
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	115	115	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	41	41	100
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	44	44	100
4	รพ.สต.นาजू	73	73	100
5	รพ.สต.บ้านป่าเป้อย	19	19	100
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	43	41	95.35
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	136	136	100
	รวม	471	469	99.58

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> อนามัยแม่และเด็ก >> ข้อ 5.1 ณ วันที่ 24 ก.พ. 2563

เป้าหมายคัดกรอง 471 คน ได้รับการคัดกรอง 469 คน คิดเป็นร้อยละ 99.58

2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก)

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผลงานคัดกรอง ต.ค.62 - ม.ค.63	พบพัฒนาการสงสัย ล่าช้า ต.ค.62 - ม.ค.63	ร้อยละพบพัฒนาการ สงสัยล่าช้า
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	115	43	37.39
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	41	14	34.15
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	44	14	31.82
4	รพ.สต.นาजू	73	20	27.4
5	รพ.สต.บ้านป่าเป้อย	19	11	57.89
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	41	14	34.15
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	136	21	15.44
	รวม	469	137	29.21

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> อนามัยแม่และเด็ก >> ข้อ 5.1 ณ วันที่ 24 ก.พ. 2563

ผลงานคัดกรอง 469 คน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า 137 คน คิดเป็นร้อยละ 29.21

3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม กระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 90

ลำดับ	หน่วยบริการ	พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ต.ค.62 - ม.ค.63	ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น	ร้อยละกระตุ้น
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	43	43	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	14	14	100
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	14	14	100
4	รพ.สต.นาจั่ว	20	20	100
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	11	11	100
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	14	13	92.86
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	21	21	100
	รวม	137	136	99.27

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> อนามัยแม่และเด็ก >> ข้อ 5.1 ณ วันที่ 24 ก.พ. 2563

เป้าหมาย พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า 137 คน ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น 136 คน คิดเป็นร้อยละ 99.27

4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 65

ลำดับ	หน่วยบริการ	พบพัฒนาการล่าช้า ต.ค.62 - ม.ค.63	ได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน	ร้อยละกระตุ้น
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	1	1	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	-	-	-
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	-	-	-
4	รพ.สต.นาจั่ว	-	-	-
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	-	-	-
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	1	1	100
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	-	-	-
	รวม	2	2	100

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> อนามัยแม่และเด็ก >> ข้อ 5.1 ณ วันที่ 24 ก.พ. 2563

เป้าหมาย พบพัฒนาการล่าช้า 2 คน ได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปคะแนน

ระดับการดำเนินงาน

1) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 90 (ตรวจครั้งแรก)

เป้าหมายคัดกรอง 471 คน ได้รับการคัดกรอง 469 คน คิดเป็นร้อยละ 99.58 = 1 คะแนน

2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 (ตรวจครั้งแรก)

ผลงานคัดกรอง 469 คน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า 137 คน คิดเป็นร้อยละ 29.21 = 1 คะแนน

- 3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 90
เป้าหมาย พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า 137 คน ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้น 136 คน คิดเป็นร้อยละ 99.27
= 2 คะแนน

- 4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ร้อยละ 65
เป้าหมาย พบพัฒนาการล่าช้า 2 คน ได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 100
= 1 คะแนน

ได้ 5 คะแนน

3.ปัญหาและอุปสรรค

- 3.1.ความเชื่อ ความรู้ในการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ผิด ๆ
- 3.2.ภาวะเศรษฐกิจ ฐานะทางครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี
- 3.3.กลุ่มเป้าหมายมีชื่อในทะเบียนราษฎร แต่ตัวไม่อยู่ในพื้นที่ (มาเป็นบางครั้ง)
- 3.4.การบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ความถูกต้อง ทันเวลา
- 3.5.เจ้าหน้าที่ย้ายมาใหม่ขาดความรู้ ทักษะในการตรวจคัดกรองและบันทึกข้อมูล
- 3.6.เครื่องมือในการชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้คุณภาพ (ยังไม่มีเครื่องชั่งดิจิตอลทุกหมู่บ้าน)
ส่งผลต่อการแปลผล

4.ข้อเสนอแนะ

- 4.1.การให้ความรู้ที่ถูกต้อง ในหมู่บ้านทางหอกระจายข่าว สื่อประชาสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่อง
- 4.2.ให้สูชศึกษาในคลินิกฝากครรภ์ /โรงเรียนพ่อแม่ ในสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- 4.3.จัดอบรมการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม และ Hos xp
- 4.4.รพ.สต./PCU.ควรมีโครงการแก้ไขปัญหในพื้นที่
- 4.5 CUP จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)
- 4.6 สนับสนุนการจัดตั้งกองทุนเกลือ ในหมู่บ้าน

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 104

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.1.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย พันไม่ผุ สูงดีสมส่วน
- 1.2.ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย พันไม่ผุ สูงดีสมส่วน
- 1.3.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง หลังจัดกิจกรรมบันทึกความร่วมมือ MOU ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย พันไม่ผุ สูงดีสมส่วน เมื่อปี 2561-2562
- 1.4.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ในการอบรมกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ ผู้เลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี
- 1.5.จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย พันไม่ผุ สูงดีสมส่วน
- 1.6.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง จัดทำมุมให้มีมุมการเล่น/ของเล่นพื้นบ้านในชุมชน ตำบลละ 1 แห่ง 5 ตำบล นาजू คำม่วง เขาสวนกวาง ดงเมืองแอม โนนสมบูรณ์
- 1.7.ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ถูกต้องในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนประถมและขยายโอกาส 5 ตำบล นาजू คำม่วง เขาสวนกวาง ดงเมืองแอม โนนสมบูรณ์
- 1.8.รพ.สต./PCU.ตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มวัยอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน และติดตามเด็กกลุ่มสงสัยล่าช้าทุกเดือน
- 1.9.สรุปผลการดำเนินงาน
- 1.10.รพ.สต./PCU.ติดตามซังน้ำหนักร วดส่วนสูง ประเมินผลภาวะโภชนาการเด็ก 0-5 ปี ทุก 3 เดือน
- 1.11.บันทึกข้อมูลการให้บริการในโปรแกรม 43 แฟ้ม และ Hos xp
- 1.12.ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน
- 1.13.คืนข้อมูลและรายงานผลให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ รพ.สต./PCU. สสอ. สสจ.

2. ผลการดำเนินงาน

เชิงคุณภาพ มีระบบการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเด็ก 0-5ปี

- 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการการดำเนินงาน Smart kids
- 2.มีตำบลดำเนินงานตำบล smart kids ในปี 2560-2562 จำนวน 5 ตำบล ผลงาน ครบทุกตำบล
- 3.ตำบลผ่านเกณฑ์การดำเนินงานทั้ง 5 หน่วย (ฝากครรภ์ คลินิกเด็กดี ศพด. การมีส่วนร่วม อปท. และชุมชนเครือข่าย)

เชิงปริมาณ มีผลลัพธ์

1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 85

ลำดับ	หน่วยบริการ	ไตรมาส 1			ไตรมาส 2		
		จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด	จำนวน ชั่ง น้ำหนัก วัด ส่วนสูง	ร้อยละ	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ ทั้งหมด	จำนวน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	400	365	91.25	400	174	43.50
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	196	172	87.76	196	70	35.71
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	191	159	83.25	191	187	97.91
4	รพ.สต.นาจิว	256	228	89.06	256	110	42.97
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	82	78	95.12	82	82	100
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	185	182	98.38	185	176	95.14
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	490	352	71.84	490	254	51.84
	รวม	1,800	1,536	85.33	1,800	1,053	58.50

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> งานโภชนาการ >> ข้อ 4.2 ณ วันที่ 27 ก.พ. 2563

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 1 จำนวน 1,800 คน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,536 คน คิดเป็น 85.33%

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 2 จำนวน 1,800 คน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,053 คน คิดเป็น 58.50%

ประเด็นปัญหาที่พบ

- 1.หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ไม่ทันเวลา
- 2.เครื่องมือในการชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้คุณภาพ (ยังไม่มีเครื่องชั่งดิจิตอลทุกหมู่บ้าน)

ส่งผลกระทบต่อผล

- 3.ผู้รับผิดชอบงาน มีการเปลี่ยนแปลงความรับผิดชอบ ไม่ได้ดำเนินงานต่อเนื่อง

แนวทางแก้ไขปัญหา

- 1.ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอติดตามการดำเนินงาน ทุกเดือน
- 2.หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ให้ครบถ้วน ทันเวลา มีการตรวจสอบข้อมูล ก่อนส่งเข้า HDC สสจ.

ขอนแก่น

2) ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยารักษาโรคเรื้อรัง ร้อยละ 85

ลำดับ	หน่วยบริการ	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ทั้งหมด ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน	จำนวนเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ทั้งหมด ที่มารับบริการคลินิกภูมิคุ้มกัน ได้รับยารักษาโรคเรื้อรัง	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	120	120	100
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	43	42	97.67
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	46	45	97.83
4	รพ.สต.นาจิว	60	59	98.33
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	21	21	100
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	46	46	100
7	รพ.เขาสวนกวาง	90	40	44.44
8	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	102	80	78.43
	รวม	528	453	85.80

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> งานโภชนาการ >> ข้อ 4.6 ณ วันที่ 27 ก.พ. 2563
เป้าหมาย เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี รับบริการวัคซีน จำนวน 528 คน ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 453 คน
คิดเป็นร้อยละ 85.80

ประเด็นปัญหาที่พบ

- 1.หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ไม่ทันเวลา ไม่ได้บันทึกต่อเนื่อง
- 2.ข้อมูลเป้าหมายของโรงพยาบาล มีข้อมูลเด็ก ช่วงอายุ 0-5 ปี ที่มารับบริการฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า จึงไม่ได้จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้

แนวทางแก้ไขปัญหา

- 1.ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอติดตามการดำเนินงาน ทุกเดือน
- 2.หน่วยบริการทุกแห่ง ตรวจสอบข้อมูลเป้าหมาย ให้ถูกต้อง ตรงตามนิยามการ
- 2.หน่วยบริการบันทึกข้อมูล ให้ครบถ้วน ทันเวลา มีการตรวจสอบข้อมูล ก่อนส่งเข้า HDC สสจ.ขอนแก่น

3) ร้อยละของการก่อกำเนิดมีภาวะขาดไอโอดีนน้อยกว่าร้อยละ 3

ผลการตรวจคัดกรองฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ทารกแรกเกิด

ไตรมาส 1 ปีงบประมาณ 2563 (ตุลาคม 2562 - ธันวาคม 2562)เป้าหมายผล TSH>11.2 mU/Lน้อยกว่าร้อยละ 3

ลำดับ	สถานพยาบาล	จำนวนเด็กเกิด 2 วัน ที่ตรวจวิเคราะห์	TSH > 11.2 mU/L	ร้อยละ
1	รพ.เขาสวนกวาง	38	7	18.42

ที่มา : ศูนย์ปฏิบัติการการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

(หนังสือ สสจ.ขอนแก่น ที่ ขก0032/ว/236 ลง 29 มกราคม 2563 เรื่อง แจ้งผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน ปีงบประมาณ 2563)

4) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60

ลำดับ	หน่วยบริการ	ไตรมาส 1			ไตรมาส 2		
		จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน	ร้อยละ	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	365	208	56.99	174	82	47.13
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	172	127	73.84	70	36	51.43
3	รพ.สต.บ้านหนองแวงเรือ	159	130	81.76	187	128	68.45
4	รพ.สต.นาจิว	228	123	53.95	110	62	56.36
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	78	50	64.1	82	53	64.63
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	182	104	57.14	176	104	59.09
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	352	153	43.47	254	125	49.21
	รวม	1,536	895	58.27	1,053	590	56.03

ที่มา : HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> งานโภชนาการ >> ข้อ 4.2 ณ วันที่ 27 ก.พ. 2563

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,536 คน สูงดี สมส่วน 895 คน คิดเป็น 58.27%

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 2 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,053 คน สูงดี สมส่วน 590 คน คิดเป็น 56.03%

สรุปคะแนน ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผ่านทั้ง 2 ตัวชี้วัด = 2 คะแนน

ระดับการดำเนินงาน

1) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร้อยละ 85 : ผลงานผ่านเกณฑ์ = 1 คะแนน

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 1 จำนวน 1,800 คน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,536 คน คิดเป็น 85.33%

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 2 จำนวน 1,800 คน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,053 คน คิดเป็น 58.50%

2) ร้อยละของเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 85 : ผลงานผ่านเกณฑ์ = 1 คะแนน

เป้าหมาย เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี รับบริการวัคซีน จำนวน 528 คน ได้รับยาล้างเสริมธาตุเหล็ก 453 คน

คิดเป็นร้อยละ 85.80

3) ร้อยละของทารกแรกเกิดมีภาวะขาดไอโอดีนน้อยกว่าร้อยละ 3 : ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน

จำนวนเด็กเกิด 2 วัน ที่ตรวจวิเคราะห์ จำนวน 38 คน มี TSH > 11.2 mU/L จำนวน 7 คน

คิดเป็น ร้อยละ 18.42

4) ร้อยละของเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60 : ผลงานไม่ผ่านเกณฑ์ = 0 คะแนน

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,536 คน สูงดี สมส่วน 895 คน คิดเป็น

58.27%

เป้าหมาย เด็กอายุ 0-5 ปี ไตรมาสที่ 2 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง 1,053 คน สูงดี สมส่วน 590 คน คิดเป็น

56.03%

3.ปัญหาและอุปสรรค

3.1.ความเชื่อ ความรู้ในการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ และการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ผิด ๆ

3.2.ภาวะเศรษฐกิจ ฐานะทางครอบครัวมีผลต่อการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของหญิงตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูเด็ก 0-5 ปี

3.3.กลุ่มเป้าหมายมีชื่อในทะเบียนราษฎร แต่ตัวไม่อยู่ในพื้นที่ (มาเป็นบางครั้ง)

3.4.การบันทึกข้อมูลของเจ้าหน้าที่ เน้นเรื่อง ความถูกต้อง ทันเวลา

3.5.เจ้าหน้าที่ย้ายมาใหม่ขาดความรู้ ทักษะในการตรวจคัดกรองและบันทึกข้อมูล

3.6.เครื่องมือในการชั่ง น้ำหนัก วัดส่วนสูงไม่ได้คุณภาพ (ยังไม่มีเครื่องชั่งดิจิตอลทุกหมู่บ้าน)ส่งผลต่อการแปรผล

3.7.มีบางเดือน ที่ยาล้างเสริมธาตุเหล็ก ไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถจ่ายให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่มาใช้บริการคลินิก วัคซีน ได้

4.ข้อเสนอแนะ

4.1.การให้ความรู้ที่ถูกต้อง ในหมู่บ้านทางหอกระจายข่าว สื่อประชาสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่อง

4.2.ให้สูขศึกษาในคลินิกฝากครรภ์ /โรงเรียนพ่อแม่ ในสถานบริการสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

4.3.จัดอบรมการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม และ Hos xp

4.4.รพ.สต./PCU.ควรมีโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

4.5.ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ สรุปข้อมูล คืบหน้า ติดตาม ทุกเดือน เพื่อความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

4.6มีการสรุปวิเคราะห์ข้อมูล แนวทางการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหา การติดตามข้อมูล ในเรื่อง ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดสารไอโอดีน , ภาวะโภชนาการ สูงดีสมส่วน ในเวทีประชุม MCH Board

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 105

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน

แนวทางกระบวนการดำเนินงาน

กระบวนการ

๑. เด็กวัยเรียนได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕
๒. เด็กวัยเรียนได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐
๓. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ ๖๕

ผลลัพธ์

๕. เด็กวัยเรียนมีส่วนสูงตึรู่ปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๒

๖. รวบรวมสรุปผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน

๑. เด็กวัยเรียน ๖-๑๔ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕
เป้าหมาย ๒,๔๘๔ คน ได้รับการชั่งน้ำหนัก ๒,๓๐๕ คน คิดเป็น ๗๗.๒๔ %
๒. เด็กวัยเรียน ๖-๑๒ ปี ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐
เป้าหมาย ๒,๑๕๑ คน ได้รับยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ๒,๐๐๒ คน คิดเป็น ๙๓.๐๗ %
๓. โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง ร้อยละ ๖๕
เป้าหมาย ๓๖ แห่ง ผ่านมาตรฐานระดับทอง จำนวน ๒๘ แห่ง คิดเป็น ๗๕.๖๗ %
ในปี ๒๕๖๓ ประเมินใหม่ทั้งหมด
๔. เด็กวัยเรียน มีส่วนสูงตึรู่ปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๒
เป้าหมาย ๒,๓๐๕ คน รูปร่างสมส่วน ๑,๘๖๔ คน คิดเป็น ๗๗.๒๘ %

คะแนน ๕ คะแนน

แนวทางกระบวนการดำเนินงาน ประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ปี ๒๕๖๓

๑. ประชุมชี้แจงครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
๒. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
๓. ประชุมสัมมนาแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพโรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ
๔. โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./PCU. ประเมินตนเองและพัฒนาส่วนขาด
๕. ประชุมคณะกรรมการประเมินคุณภาพโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพวางแผนการออกประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและดำเนินการตามแผน
๖. สรุปผลการประเมิน ปัญหาอุปสรรค

๗. รายงานผลการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
๘. จัดทำเกียรติบัตรโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการประเมิน
๙. ทำพิธีมอบเกียรติบัตรโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการโดยนายอำเภอเขาสวนกวาง
๑๐. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองสมัครเข้าสู่กระบวนการพัฒนาตนเองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

ปัญหาและอุปสรรค

๑. มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจึงขาดความต่อเนื่อง
๒. งบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอในส่วนของสาธารณสุขและโรงเรียน

ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีสิ่งจูงใจสำหรับการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 106

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการเฝ้าระวังและป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.ประชุมคณะทำงานวัยรุ่นCUP ในการวางแผนจัดทำโครงการ
- 2.รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาวัยรุ่น
- 3.จัดทำโครงการเสริมสร้างทักษะชีวิต วัยรุ่นวัยใส ไม่เสพ ไม่ท้อง อำเภอเขาสวนกวาง ปี 2563
- 4.เดินรณรงค์ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ
- 5.ประชาสัมพันธ์การฝังยาคุมกำเนิดในวัยรุ่นต่ำกว่า 20 ปี ฟรี
- 6.มีชมรม To Be No.1 ดำเนินงานต่อเนื่อง
- 7.ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน

2. ผลการดำเนินงาน

- 1.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี(ไม่เกิน 32 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน) ผลการดำเนินงาน 12.6 ต่อ 1000 ประชากร
- 2.ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20ปี(ไม่เกินร้อยละ 10) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 30
- 3.ร้อยละของหญิงไทยอายุน้อยกว่า 20 ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งที่คุมกำเนิดได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธี กังถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 0
4. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี (ไม่เกิน 1.1 ต่อประชากรหญิงอายุ 10-14 ปี 1,000 คน) ผลการดำเนินงาน 0 ต่อ 1000 ประชากร
- 5.กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชน ผลการดำเนินงาน 3 ข้อ

สรุปได้ 1 คะแนน

3.ปัญหาและอุปสรรค

- 1.จัดช่วงเวลาที่เหมาะสมในการเข้าถึงโรงเรียนได้ยาก เนื่องจากนักเรียนมีกิจกรรมค่อนข้างมาก จึงทำให้การนัดวันเวลาที่จะเข้าถึงไม่ตรงกัน

2.ไม่มียาฝังคุมกำเนิดในไตรมาสแรก จึงต้องใช้วิธีอื่นในการคุมกำเนิด

4.ข้อเสนอแนะ

- 1.ควรมีการจัดกิจกรรมสำหรับวัยรุ่นที่อยู่นอกโรงเรียน และกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง
- 2.ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการมากขึ้น
- 3.บริหารจัดการให้มียาฝังคุมกำเนิดไม่ขาดช่วง

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 107

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จ ของการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานอายุ 18 - 59 ปีผ่านเกณฑ์

แนวทางกระบวนการดำเนินงาน

- 1.ประชุมชี้แจงตัวชีวิตแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต./PCU.
- 2.จัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน ระดับ CUP.
- 3.มีแผนออกติดตามนิเทศงาน ระดับ CUP ร่วมกับงานตัวชีวิตอื่นๆอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง
- 4.รพ.สต./PCU.มีทะเบียนข้อมูลกลุ่มเป้าหมายประชาชนวัยทำงานอายุ 18 -59ปี
- 5.รพ.สต./PCU.จัดทำแผนงานโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง
- 6.มีการคัดกรองประเมินภาวะสุขภาพค่าดัชนีมวลกายกลุ่มเป้าหมายประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59ปี
- 7.รพ.สต./PCU.ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง
- 8.รพ.สต./PCU.ดำเนินการลงทะเบียน “ครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ”
- 9.รพ.สต./PCU.และหน่วยงาน ดำเนินการลงทะเบียน “ก้าวทำใจ” จนท. อสม.ทุกคนและประชาชนทั่วไป
- 10.มีการดำเนินการจัดบริการและสนับสนุนการจัดกิจกรรมทางกาย(สถานที่ออกกำลังกาย แหล่งข้อมูล ให้ความรู้/สาธิตอาหาร)เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในตำบลจัดการสุขภาพทุกตำบล
- 11.สรุปผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาและวางแผนการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2564

ผลการดำเนินงาน

1.โครงการ 10 ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฯ ร้อยละ 10

ลำดับ	หน่วยบริการ	เป้าหมายครอบครัว อบอุ่น ร้อยละ 10	ผลการลงทะเบียน ประเภทครอบครัว	ร้อยละ	ลงทะเบียนประ เภทชมรมฯ	ลงทะเบียนประ - เภท อปท.
	อำเภอเขาสวนกวาง	11,993	0	0		
1.	รพ.สต.เขาสวนกวาง	1,754	2	0.11		
2.	รพ.สต.ดงเมืองแอม	1,145	0	0	1	
3.	รพ.สต.บ้านหนองแวงเรือ	1,662	1	0.06		
4.	รพ.สต.นาจั่ว	1,904	0	0		
5.	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	500	0	0		
6.	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	1,436	0	0		
7.	PCU.คำม่วง	2,074	0	0		
	รวม	10,475	3	0.03	1	

2.ประชาชนวัยทำงานอายุ 18-59 ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 49 (ปกติ 18.5-22.9 กก./ตรม.)

หน่วยบริการ	ปกก.ในเขตฯ อายุ 18-59 ปี	ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง	ร้อยละความ ครอบคลุม	BMI ปกติ	ร้อยละ
1.รพ.สต.เขาสวนกวาง	3,266	857	26.24	360	42.01
2.รพ.สต.ดงเมืองแอม	2,043	996	48.75	383	38.45
3.รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	1,498	922	61.55	405	43.93
4.รพ.สต.นาจั่ว	2,035	1,286	63.19	574	44.63
5.รพ.สต.ป่าเปื่อย	704	427	60.65	208	48.71
6.รพ.สต.โนนสมบูรณ์	1,405	538	38.29	232	43.12
7.PCU.คำม่วง	4,420	1,736	39.28	1,065	61.35
รวม	15,371	6,762	43.99	3,227	47.72

สรุปผลการดำเนินงาน

ระดับความสำเร็จที่ 1 ได้ 3 คะแนน

ระดับความสำเร็จที่ 2 < 4 ได้ 1 คะแนน

ระดับความสำเร็จที่ 3 ค่าดัชนีมวลกายปกติร้อยละ 47.72 ได้ 4 คะแนน

รวม 8 คะแนน อยู่ในช่วง 5-8 คะแนน ได้ 2 คะแนน

3.ปัญหาและอุปสรรค

1.เป็นต้วชี้วัดใหม่ เกณฑ์ใหม่ จนท.ยังดำเนินการได้ไม่ครบทุกกระบวนการ

4.ข้อเสนอแนะ

1.สสจ.ควรจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบทุกระดับ รพช. , สสอ.รพ.สต.

2.สสจ. ควรสนับสนุน คู่มือการปฏิบัติงาน สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดี รณรงค์ประชาสัมพันธ์

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 108

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จของอำเภอในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในชุมชนผ่านเกณฑ์ (Long Term Care)

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุ
- 2.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 3.จัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 4.จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาวในชุมชน
- 5.รพ.สต./PCU.ดำเนินการตามเกณฑ์ตำบล LTC สมัครเข้าร่วมดำเนินการตำบล LTC ได้รับงบประมาณสำนักงาน รพ.มีการคลินิกผู้สูงอายุ วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไปดำเนินการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ต้นแบบ 2 วัด 1 รพ.และ 2 วัดต่อ 1 รพ.สต.>ร้อยละ 80 ตำบล LTC ผ่านเกณฑ์> ร้อยละ 80 อัตราผู้สูงอายุกลุ่ม Healthy ageing เพิ่มขึ้น
- 6.รายงานผลการดำเนินงานให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามขั้นตอน

ผลการดำเนินงาน

ความสำเร็จที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/Dementia/Fall/ Depression ในฐานข้อมูล Health Data Center และ Ageing health data ที่ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน >ร้อยละ 90

ลำดับ	หน่วยบริการ	เป้าหมาย ผู้สูงอายุ	ADL		ซึมเศร้า 2Q		ภาวะหกล้ม		สมองเสื่อม MT	
			คัดกรอง	ร้อยละ	คัดกรอง	ร้อยละ	คัดกรอง	ร้อยละ	คัดกรอง	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	1,322	437	33.06	588	44.48	433	32.75	434	32.83
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	623	0	0	26	4.17	1	0.16	0	0
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	651	608	93.39	608	93.39	608	93.39	608	93.39
4	รพ.สต.นาจิว	684	650	95.03	650	95.03	650	95.03	650	95.03
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	269	269	100	269	100	269	100	269	100
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	564	247	43.79	245	43.44	242	42.91	242	42.91
7	PCU คำม่วง	1,101	234	21.25	236	21.44	236	21.44	236	21.44
	รวม	5,214	2,445	46.89	2,622	50.29	2,439	46.78	2,439	46.78

ผลงานการคัดกรอง ADL/Dementia/Fall/ Depression < ร้อยละ 60 ได้ = 1 คะแนน

ความสำเร็จที่ 2 มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้หลักสูตร ไม่ลืม ไม่ล้า ไม่ซึมเศร้า กินข้าว
 แสบ สอนอย่างต่อเนื่อง หรือมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 ตำบล
 >ร้อยละ 80

ลำดับ	ตำบล	จำนวนโรงเรียน ผู้สูงอายุ	มีการใช้หลักสูตร ไม่ลืม ไม่ล้า ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแสบ	จำนวนชมรม ผู้สูงอายุ	ผ่านเกณฑ์ชมรม ผู้สูงอายุคุณภาพ
1	ตำบลเขาสวนกวาง	2	มี	2	ผ่านระดับพื้นฐาน 2
2	ตำบลดงเมืองแอม	1	มี	9	ผ่านระดับดีเด่น 8 ผ่านระดับดี 1
3	ตำบลนาจั่ว	1	มี	1	ผ่านระดับดีมาก
4	ตำบลโนนสมบูรณ์	-		1	ผ่านระดับพื้นฐาน
5	ตำบลคำม่วง	1	มี	7	ผ่าน 1

เป้าหมาย 5 ตำบล ผลงาน 5 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 = 5 คะแนน

ความสำเร็จที่ 3 โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และ มีการดำเนินงานศูนย์
 Long Term Care Center = 5 คะแนน

คลินิกผู้สูงอายุ/ศูนย์ Long Term Care ใช้พื้นที่ บริเวณห้อง OPD ของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

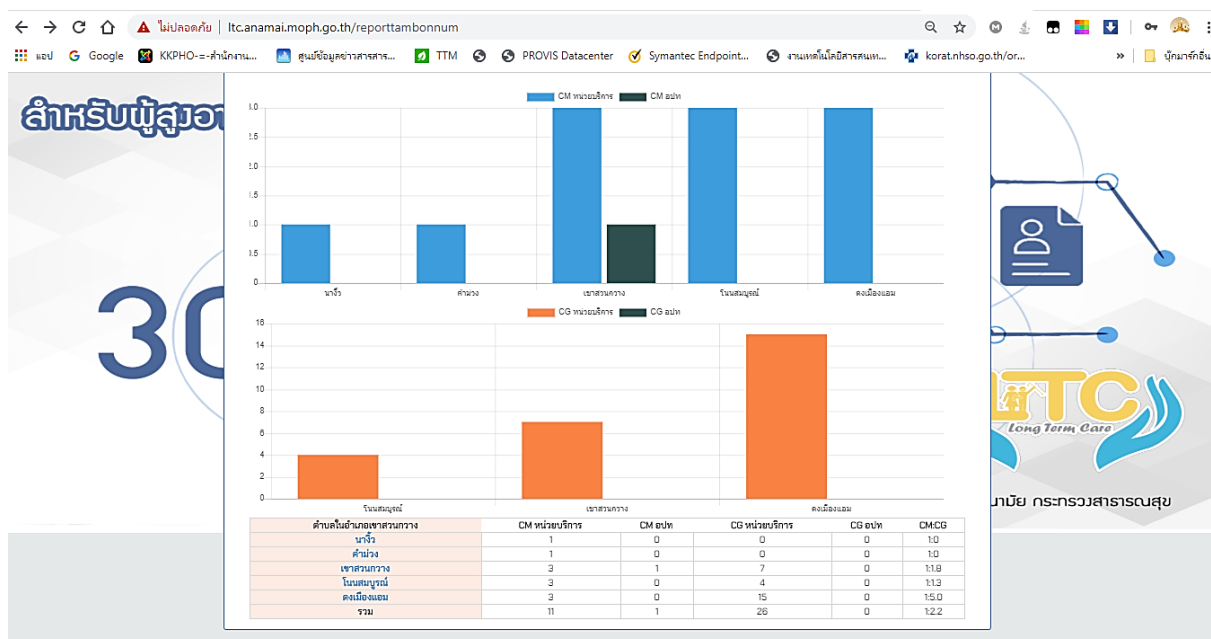
ความสำเร็จที่ 4 มีตำบลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่าน
 เกณฑ์ > ร้อยละ 90 : ผลงาน ยังดำเนินการได้ไม่ครบทุกองค์ประกอบ

การดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบดังนี้

4.1 มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) มีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ตามสัดส่วนการดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิง

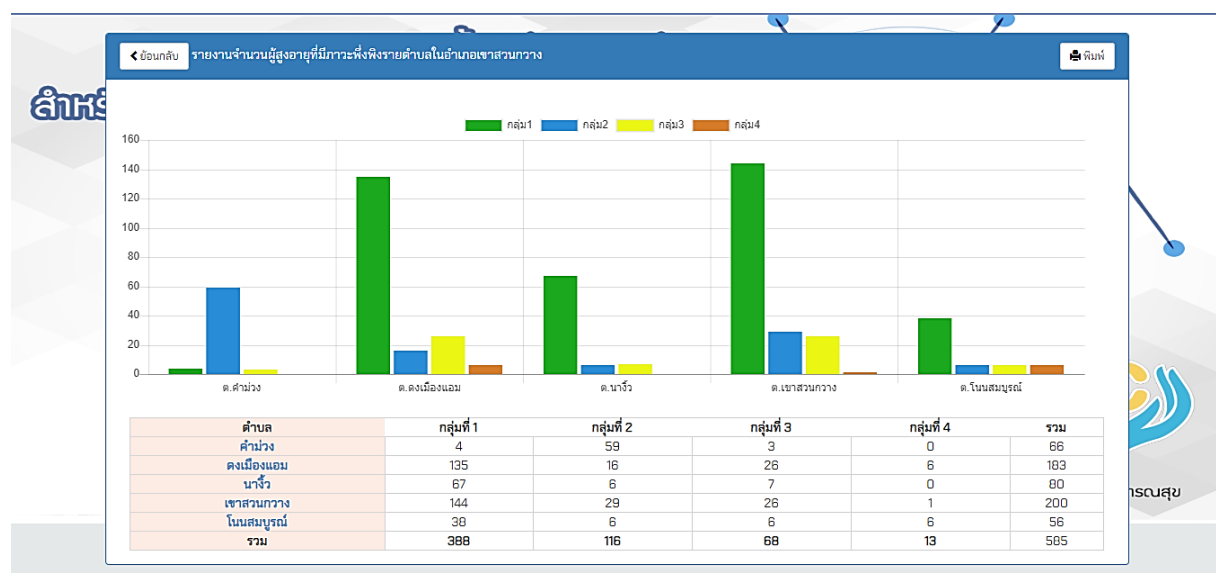
ลำดับ	ตำบล	จำนวน Care Manager	จำนวน Care Giver หลักสูตรกรมอนามัย 70 ชม หลักสูตร กศน. 420 ชม	จำนวน หมู่บ้าน	จำนวนผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิง ปี 2563
1	ตำบลเขาสวนกวาง	2	33	11	96+17 = 113
2	ตำบลดงเมืองแอม -รพ.สต.ดงเมืองแอม -รพ.สต.บ้านหนองแวงเรือ	3	15	15	147 (70) (77)
3	ตำบลนาจั่ว	1	13+6 = 19	7	55
4	ตำบลโนนสมบูรณ์ รพ.สต.บ้านป่าเปือย รพ.สต.โนนสมบูรณ์	3	10	10	49 (20) (29)
5	ตำบลคำม่วง	2	18 + 7 = 25	13	71+62 = 133
	รวม	11	102	56	497

ที่มาข้อมูล : รพ.สต.ทุกแห่ง / PCU คำม่วง



ที่มาข้อมูล : <http://ltc.anamai.moph.go.th/reporttambonnum>

4.2 มีการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care plan) บันทึกในโปรแกรม LTC 3C และได้รับการดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหวิชาชีพ และ ญาติเครือข่ายมีส่วนร่วมการดูแล ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) ทุกสิทธิที่ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ร้อยละ 100



<http://ltc.anamai.moph.go.th/reporttambonnumelder>

สิทธิการรักษา ☒ ทั้งหมด ☐ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สิทธิ UC) ☐ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สิทธิ อื่นๆ)

ประเภท ☒ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ☐ รวมเสียชีวิต ☐ รวมเปลี่ยนแปลงดัชนี (ADL > 11)

เพศ ☒ ทั้งหมด ☐ เพศชาย ☐ เพศหญิง

ตกลง

การจัดทำ Care Plan ตามหน่วยบริการ ปี 2563 เขตสุขภาพที่ 07 จังหวัด ขอนแก่น อำเภอ เขาสวนกวาง

ค้นหา:

หน่วยบริการ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน Care Plan	ร้อยละการจัดทำ Care plan
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเปื่อย	16	16	100.00
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแวงเรือ	147	11	7.48
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง	98	63	64.29
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์	6	0	0.00
รวม	267	90	33.71

ก่อนหน้า **1** ถัดไป

ที่มาข้อมูล : http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp

ลำดับ	หน่วยบริการ	ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง บันทึกในเว็บ+รอบันทึก	จำนวน Care Plan บันทึกเว็บ	ร้อยละ
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	98 (รอบบันทึก 15)	63	64.29
2	ตำบลดงเมืองแอม รพ.สต.ดงเมืองแอม รพ.สต.บ้านหนองแวงเรือ	147 (70) (77)	11 (11)	7.48
3	รพ.สต.นาจั่ว	(รอบบันทึก 55 คน)	กำลังดำเนินการ	-
4	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	16 (รอบบันทึก 4 คน)	16	100
5	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	6 (รอบบันทึก 23 คน)	0	0
6	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	(71+62=133 รอบบันทึก)	กำลังดำเนินการ	-
	รวม	267 (รอบบันทึก 230)	90	33.71

ที่มาข้อมูล : http://ltc.anamai.moph.go.th/repzone_hosp และจาก รพ.สต.ทุกแห่ง / PCU คำม่วง

4.3 มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ตามเกณฑ์คุณภาพหน่วยรับจัดบริการ Long Term Care กำลังดำเนินการ ทั้งหมด 5 ตำบล ดำเนินการแล้ว 4 ตำบล : อบต.ดงเมืองแอม อบต.นาจั่ว อบต.เขาสวนกวาง เทศบาลตำบลเขาสวนกวาง อบต. คำม่วง

4.4 ตำบลมีวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์พื้นฐานขึ้นไปในวัดต้นแบบขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ≥ 2

ลำดับ	หน่วยบริการ	ตำบล	จำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพ	จำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการประเมิน			
				ไม่ผ่าน	พื้นฐาน	ระดับก้าวหน้า	ระดับยั่งยืน
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	เขาสวนกวาง	9		5	4	
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	ดงเมืองแอม	7		4	2	1
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	ดงเมืองแอม	4		4		
4	รพ.สต.นาจั่ว	นาจั่ว	7		7		
5	รพ.สต.บ้านป่าเป้อย	โนนสมบูรณ์	3		3		
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	โนนสมบูรณ์	7		5	2	
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	คำม่วง	10		8	2	
	รวม		47	-	36	10	1

ที่มา : ผลการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ อำเภอเขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ปี 2562 วันที่ 1 ก.ค. 2562

4.5 กองทุน Long Term Care บริหารจัดการและอนุมัติเบิก-จ่าย และมีการโอนงบประมาณกองทุน LTC ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง

กองทุน LTC บริหารจัดการและอนุมัติเบิก-จ่ายและมีการโอนงบประมาณกองทุน LTC ในการดูแล

ผู้ป่วยภาวะพึ่งพิงให้หน่วยรับจัดบริการได้อย่างต่อเนื่อง มี 6 แห่ง ดำเนินการ 3 แห่ง อบต.ดงเมืองแอม อบต.นาจั่ว อบต.เขาสวนกวาง คิดเป็นร้อยละ 50

กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการเบิก - จ่ายงบประมาณ 3 แห่ง ทต.เขาสวนกวาง อบต.คำม่วง ทต.โนนสมบูรณ์

ความสำเร็จที่ 5 ผู้สูงอายุสุขภาพดีมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ > ร้อยละ 60

กำลังดำเนินการบันทึกข้อมูล

สรุปคะแนน

1.ความสำเร็จที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรอง ADL/Dementia/Fall/ Depression ในฐานข้อมูล Health Data Center และ Ageing health data ที่ครบถ้วน ถูกต้องและเป็นปัจจุบัน >ร้อยละ 90

ผลงานการคัดกรอง ADL/Dementia/Fall/ Depression < ร้อยละ 60 ได้ = 1 คะแนน

2.ความสำเร็จที่ 2 มีโรงเรียนผู้สูงอายุที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้โดยใช้หลักสูตร ไม่ลืม ไม่ล้า ไม่ซึมเศร้า กินข้าวแชบ สอนอย่างต่อเนื่อง หรือมีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 ตำบล >ร้อยละ 80 : เป้าหมาย 5 ตำบล ผลงาน 5 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 100 = 5 คะแนน

3.ความสำเร็จที่ 3 โรงพยาบาลมีการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และ มีการดำเนินงานศูนย์ Long Term Care Center = 5 คะแนน

คลินิกผู้สูงอายุ/ศูนย์ Long Term Care ใช้พื้นที่ บริเวณห้อง OPD ของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

4.ความสำเร็จที่ 4-5 : กำลังดำเนินการ

คะแนนรวมตามเกณฑ์ = 1+5+5 = 11 คะแนน อยู่ในช่วง 10-15 คะแนน = 3 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

1. CM ไม่มั่นใจในการจัดทำ Care Plan
2. จำนวน CG ไม่เพียงพอในการดำเนินงานดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่
3. เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากทำให้การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุยังดำเนินการได้ไม่ครอบคลุม
4. เจ้าหน้าที่ไม่ชำนาญ ในทักษะการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม LTC
5. อปท. ไม่มั่นใจเกี่ยวกับกฎ ระเบียบในการดำเนินงานกองทุน LTC
6. ปัญหาเรื่องการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อปท. ทำให้การดำเนินงานล่าช้า
7. ปี 2563 มีโปรแกรมสำหรับจัดเก็บข้อมูล จากหลายหน่วยงาน ทำให้เจ้าหน้าที่บันทึกงานตามโปรแกรม LTC , งานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้ไม่ครบถ้วน ไม่ทันเวลา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรจัดให้มีการอบรมฟื้นฟู Care manager
2. CUP จัดอบรม CG รายใหม่ และฟื้นฟู CG รายเดิม
3. สสจ. หรือ สปสช. ควรจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่
4. ควรมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานผู้สูงอายุในพื้นที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
5. CUP สรุปและติดตามประเมินการดำเนินงาน LTC ในพื้นที่ รายไตรมาส

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 109

ชื่อตัวชีวิต เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการดำเนินการและจัดบริการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

แนวทางกระบวนการดำเนินงาน

- 1.ประชุมชี้แจงแนวทางพัฒนาการดำเนินงาน ภายในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ(CUP)
- 2.รพ.สต.ประชุมชี้แจง อสม. เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานอาชีวอนามัยในพื้นที่
- 3.อสม.ดำเนินการสำรวจข้อมูลเกษตรกรและการใช้สารเคมีด้วย Mobile Appication มากกว่าร้อยละ 10 ของหลังคาเรือน ในเขตพื้นที่เป้าหมาย โดยสำรวจจำนวน2ครั้ง ครั้งที่1 ภายในเดือน มกราคม 2563 – ครั้งที่2 ระหว่าง วันที่ 1-15 กรกฎาคม 2563
- 4.หน่วยบริการสาธารณสุขเปิดคลินิกและให้บริการอาชีวอนามัยแก่เกษตรกรในพื้นที่เป้าหมาย
- 5.มีการรายงานการสอบสวนโรคจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิต จากการใช้สารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)
- 6.มีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลการดำเนินงาน และจัดทำรายงานสถานการณ์การใช้สารเคมีในพื้นที่ เป็นระดับขึ้น

ผลการดำเนินงาน

- อยู่ระหว่างดำเนินการ

ปัญหาและอุปสรรค

- 1.อสม.ขาดความรู้ในการใช้ Mobile Appication

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 110

ชื่อตัวชีวิต การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงและแจ้งเตือนภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนระดับอำเภอ

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชุมชี้แจงรายละเอียดตัวชีวิตแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในภาพรวม CUP
2. มีการกำหนดนโยบายพัฒนาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย
3. มีการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคและกิจกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข
 - สำรวจข้อมูลสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบของ CUP เขาสวนกวาง เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการดำเนินงานตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปี 2563
4. มีการประชุมจัดทำแผนงาน วิเคราะห์ปัญหา โครงการตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยผนวกงานคุ้มครองผู้บริโภค และงานอาหารปลอดภัยไว้เพื่อดำเนินงานร่วมกันทั้งในภาพ CUP และ รพ.สต. และชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้รับทราบแนวทางการดำเนินงาน
5. ดำเนินงานตามแผนโดยตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพ ได้แก่ สถานที่ผลิตอาหาร สถานที่ผลิตน้ำบริโภค สถานพยาบาล สถานที่ขายยา และงานอาหารปลอดภัยครอบคลุมถึง ผักและผลไม้สด เนื้อสัตว์สด น้ำบริโภคฯ ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์ น้ำมันทอดอาหาร เครื่องสำอางกลุ่มเสี่ยง ผลิตภัณฑ์สมุนไพรกลุ่มเสี่ยง โดยตรวจสอบมาตรฐานสถานประกอบการกลุ่มเป้าหมายแล้วเสร็จครบถ้วนร้อยละ 100 ตามแผนปฏิบัติการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ของ CUP ปี 2563
6. พัฒนาหมู่บ้านไม่หลงเชื่อง่ายให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบการจัดการระบบการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผลและปลอดภัยในชุมชน(model)ในระดับอำเภอ
7. จัดทำรูปแบบการเฝ้าระวังและการจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชนที่เป็นต้นแบบ
8. พัฒนาระบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงและแจ้งเตือนภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในระดับอำเภอ

ผลการดำเนินงาน

ในปีงบประมาณ 2563 ได้ดำเนินตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้มาตรฐานของ CUP เขาสวนกวาง แล้ว ดังนี้

- 1) ตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตน้ำบริโภคในภาชนะที่ปิดสนิท จำนวน 11 แห่ง
- 2) ตรวจเฝ้าระวังสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน 5 แห่ง
- 3) ตรวจเฝ้าระวังสถานที่ขายยา ขย.1 จำนวน 3 แห่ง , ขย.2 จำนวน 3 แห่ง , ขยบ. จำนวน 1 แห่ง
- 4) ตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จำนวน 2 แห่ง
- 5) พัฒนาหมู่บ้านไม่หลงเชื่อง่ายให้เป็นหมู่บ้านต้นแบบการจัดการระบบการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผลและปลอดภัยในชุมชน(model)ในระดับอำเภอ (อยู่ระหว่างดำเนินการ)
- 6) การตรวจเฝ้าระวังที่กำลังอยู่ในช่วงดำเนินการตามแผน ได้แก่ ตรวจเฝ้าระวังสถานที่ผลิตอาหาร GMP และการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพจากร้านขายของชำ
- 7) พัฒนาระบบการระวังความเสี่ยงและแจ้งเตือนภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการมีส่วนร่วมในระดับอำเภอ(อยู่ระหว่างดำเนินการ)

3.ปัญหาและอุปสรรค

-

4.ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 111

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละชุมชนสร้างสุขที่ประชาชนมีคุณภาพชีวิตทางสุขภาพดีและอยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. กำหนดให้ รพ.สต.คัดเลือกหมู่บ้านต้นแบบชุมชนสร้างสุข จำนวน 1 หมู่บ้าน
2. มีการสร้างเกณฑ์มาตรฐาน self-assessment ประกอบการพัฒนา แบบมีส่วนร่วมใช้ในการประเมิน 5ระดับ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก ระดับดีเยี่ยม
3. มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีขีดความสามารถและบทบาทในการเป็นนักจัดการสุขภาพ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน
4. ส่งเสริม สนับสนุน ให้พื้นที่เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพ อปท. มีการขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบล โครงการ กิจกรรม ที่เกิดจากการมีส่วนร่วม สาธารณสุข อสม. ชุมชน อปท. และภาคีอื่น โดยมีกลุ่มเป้าหมาย
 - 1.ชุมชนสามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้
 - 2.DM-HT รายใหม่ลดลง
 - 3.ผู้สูงอายุมีกลุ่มติดสังคมเพิ่มขึ้น
 - 4.ชุมชนเข้มแข็งด้านสิ่งแวดล้อม
5. มีการระดมความร่วมมือจากภาคประชาชนทั้งในด้านทรัพยากร ภูมิปัญญา และนวัตกรรมสุขภาพ ชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาพชุมชน ระดมทุนจาก อปท. กองทุนหลักประกันสุขภาพ งบองค์กรเอกชน หรือ งบอื่นๆ
6. ประเมินตนเองผลพัฒนาใน www.thaiphc.net

ผลการดำเนินงาน

1. ตำบลทั้งหมดในเขตรับผิดชอบของ CUP มีหมู่บ้านต้นแบบชุมชนสร้างสุข จำนวน 1 หมู่บ้าน คิดเป็น 100%
2. มีคำสั่งระดับตำบล (พชต)
3. มีแผนงานโครงการแก้ปัญหาในพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน
- 4.มีทะเบียนกลุ่มเป้าหมาย

ปัญหาและอุปสรรค

- 1.กลุ่มเป้าหมายบางส่วนมีการย้ายถิ่น ไป ๆ มา ๆ ทำให้การดำเนินงานได้ไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง
- 2.ประชาชนยังขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 112

ชื่อตัวชีวิต ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

1. วิเคราะห์การจัดทำแผนและบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ/แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. ทบทวนคำสั่ง ปีงบประมาณ 2562 โดยการแต่งตั้งเป็นคณะอำนวยการและคณะทำงาน จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) โดยบูรณาการ ระหว่างคณะกรรมการ พขอ. ฝ่ายปกครอง (นายอำเภอ, ปลัดอำเภอ, ผู้นำชุมชน) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนและประชาชนในแต่ละตำบล ได้ดำเนินการร่วมกันภาคีภาคต่างๆ มีส่วนร่วมในการดำเนินการ ขณะที่ในปี ๒๕๖๓ ได้มีการเปลี่ยนแปลงคณะกรรมการ การกำหนดประเด็นในการดำเนินการ ซึ่งมีบางประเด็นมีการปรับเปลี่ยนแนวทางและรูปแบบการขับเคลื่อนโดยมุ่งเน้นการพัฒนาเชิงระบบมากกว่ามุ่งเน้นผลการดำเนินการอย่างเดียว

2. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องทั้งอำเภอ

3. กำหนดแนวทางการดำเนินการ ประเด็นการขับเคลื่อนและผู้รับผิดชอบรายประเด็น

4. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการในการขับเคลื่อนรายประเด็น

5. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล (พขต.)

6. จัดทำแผนงานและโครงการการพัฒนาฯ เพื่อขอรับการอนุมัติ

7. ระดับอำเภอชี้แจงแนวทางแก่ รพ.สต.และภาคีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

8. พัฒนาทีมสุขภาพ ที่มีองค์ประกอบจากหลายภาคส่วน บูรณาการร่วมกับการประชุมหัวหน้าส่วนราชการและการประชุมกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯ

9. แต่งตั้งทีมหมอครอบครัวและดำเนินการ

9.1 โครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล

9.2 ข้อมูลกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงาน

9.3 การจัดแพทย์เป็นที่ปรึกษาเครือข่าย/ หน่วยปฐมภูมิ

9.4 การออกปฏิบัติงานของแพทย์ และทีม Family care team (ปี 2563 เป้าหมายคือ ตำบลคำม่วง)

9.5 ระบบการให้คำปรึกษาระหว่าง รพ.แม่ข่าย และ รพ.สต.

10. ศึกษาข้อมูล ประชุม วิเคราะห์ พิจารณากำหนดประเด็นการพัฒนา (OTOP) กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และยุทธศาสตร์ 4 ด้าน ในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตรายประเด็น 4 ประเด็น

1. “คนเขาสวนกวางไม่ทอดทิ้งกัน” (สังคมเอื้ออาทร)

2. “อยู่ดีมีสุข” (กินอยู่)
3. “อยู่ดีมีสุข” (สุขภาพและสิ่งแวดล้อม)
4. “ปัญหาในพื้นที่” การรณรงค์ลดการบาดเจ็บทางถนน
11. ดำเนินการประเมินตนเอง จัดทำแผนการพัฒนา กำหนดตัวชี้วัด
12. พัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ระดับตำบล และพัฒนาสุขภาพตามประเด็น
13. ประชุมติดตามแลกเปลี่ยนกับเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ระดับตำบลและคณะกรรมการในการขับเคลื่อนรายประเด็น ทุก 3 เดือน / ติดตามเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย
14. พัฒนาความร่วมมือในการดำเนินการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นหรือพื้นที่
15. ติดตามประเมินเพื่อพัฒนาผลงานสู่ Best Practice ตามประเด็น OTOP
16. สรุป และประเมินผลความก้าวหน้า เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

2. ผลการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (พขอ.)
2. แต่งตั้งคณะกรรมการในการขับเคลื่อนรายประเด็น
3. แต่งตั้งคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล (พขต.)
4. จัดประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 1/63 วันที่ 23 เดือน ธันวาคม 2563
5. จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
6. กำหนดประเด็นการพัฒนา (OTOP) 3 ประเด็น
 - 6.1 คนเขาสวนกวางไม่ทอดทิ้งกัน (ฮักแพง แบ่งปัน)
 - 6.2 โครงการขยะทองคำ
 - 6.3 รณรงค์ลดอุบัติเหตุทางถนน
7. ประชุมติดตามเยี่ยมเสริมพลัง พขต. โดยบูรณาการกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ
8. กำหนดจัดประชุมคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและคณะกรรมการฯ ครั้งที่ 2/63 วันที่ 25 มีนาคม 2563

กำหนดประเด็นการพัฒนา (OTOP) เพิ่มเป็น 4 ประเด็น

 1. “คนเขาสวนกวางไม่ทอดทิ้งกัน” (สังคมเอื้ออาทร)
 2. “อยู่ดีมีสุข” (กินอยู่)
 3. “อยู่ดีมีสุข” (สุขภาพและสิ่งแวดล้อม)
 4. “ปัญหาในพื้นที่” การรณรงค์ลดการบาดเจ็บทางถนน

3. ปัญหาและอุปสรรค

การบูรณาการดำเนินการต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในการขับเคลื่อน จึงต้องประสาน การดำเนินการกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ทุกภาคส่วนเข้าใจบริบทของแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะ

อย่างยิ่งในการค้นหาและกำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพนั้น เป็นประเด็นที่ต้องมีการคืนข้อมูลให้กับภาคีเครือข่าย โดยเฉพาะกลุ่มประชาชนเพื่อร่วมดำเนินการในการขับเคลื่อน เพื่อการสร้างความเข้าใจ ตระหนักถึงประโยชน์ร่วมกัน หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน ร่วมดำเนินการ รวมถึงการร่วม ประเมินผล อย่างจริงจัง มากยิ่งขึ้น เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแก้ไขปัญหหรือ การพัฒนาระบบสุขภาพ ในระดับตำบล โดยคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล (พชต.) ทั้งนี้เนื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินการของประชาชนและท้องถิ่น เป็นส่วนสำคัญต่อการ ดำเนินการอย่างยิ่ง

4. ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 113

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปีได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.ประชุมชี้แจงตัวชีวิตแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต./PCU.
2. มีแผนออกติดตามนิเทศงาน ระดับ CUP ร่วมกับงานตัวชีวิตอื่นๆอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง
- 3.รพ.สต./PCU. มีทะเบียนข้อมูลกลุ่มเป้าหมายสตรีอายุ 30-60ปี มีแผนงาน/โครงการดำเนินงาน
- 4.รณรงค์ตรวจในหน่วยบริการ และ รณรงค์คัดกรองมะเร็งปากมดลูกแยกเป็นตรวจแต่ละหมู่บ้านโดยเข้าตรวจในพื้นที่ ในหมู่บ้าน
- 5.จัดคลินิกบริการตรวจมะเร็งปากมดลูกในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง 1ครั้ง/สัปดาห์ ทุกวันพุธแบ่งเป็นตรวจในเขต นอกเขตบริการ
- 6.ส่งสไลด์แผ่นตรวจ Pap smear ของ อ.เขาสวนกวาง ส่งตรวจที่ศูนย์ไซโตเซ็นเตอร์ จ.ขอนแก่น
- 7.ผลการตรวจมะเร็งปากมดลูก ของ โรงพยาบาล และ รพ.สต. ทุกแห่ง
 - ศูนย์ไซโตฯ ส่งรายงานผลตรวจทางอีเมลให้ผู้รับผิดชอบงาน ทุกหน่วยบริการ ที่ส่งตรวจแต่ละครั้ง
 - รายงานผลตรวจทางเอกสาร ทางโรงพยาบาลไปรับผลที่ศูนย์ไซโตเซ็นเตอร์ และ สสอ.รับเอกสารจากรพ. พร้อมส่งเอกสารต่อให้ รพ.สต. รายแห่ง
 - สามารถตรวจสอบรายงานผลตรวจจากเว็บของ บริษัทไซโตเซ็นเตอร์ ชื่อเว็บไซต์
<http://cytocenter.in.th/index.php/hospital/export?option=1>
- 8.หลังได้รับผลการตรวจ หากพบผลตรวจมีความผิดปกติ ซึ่งทางศูนย์ไซโตเซ็นเตอร์จะส่งผลมาที่โรงพยาบาลเขาสวนกวาง และผู้รับผิดชอบระดับโรงพยาบาลจะประสานไปยังหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อติดตามผู้รับบริการและส่งต่อโรงพยาบาลขอนแก่น ตามระบบ i-refer
- 9.สรุปผลการดำเนินงานคัดกรอง ให้ทุกหน่วยบริการรับทราบข้อมูล ใน การประชุม คปสอ. และการประชุมประจำเดือน ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอระบบไลน์กลุ่มงานสารสนเทศ (IT) ระบบไลน์กลุ่มงานมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก CUP เขาสวนกวาง

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20

ผลงาน เดือน ตุลาคม 2562 – 20 กุมภาพันธ์ 2563

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวนสตรีไทย อายุ 30-60 ปี	ได้รับการคัด กรอง	ร้อยละ
รพ.สต.เขาสวนกวาง	1,247	105	8.42
รพ.สต.ดงเมืองแอม	698	89	12.75
รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	638	45	7.05
รพ.สต.นาจั่ว	744	227	30.51
รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	263	134	50.95
รพ.สต.โนนสมบูรณ์	526	40	7.60
ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	1,563	294	18.81
รวม	5,679	934	16.45

สรุปผลการดำเนินงาน

คะแนนที่ได้จริง อยู่ในช่วง ร้อยละ 15.00-19.99 = ได้ 4 คะแนน

3. ปัญหาและอุปสรรค

1. ปัญหาผู้บริการยังไม่ตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง คิดว่าตนเองสุขภาพดีอยู่ไม่เป็นอะไร จึงไม่รับบริการในการตรวจมะเร็งปากมดลูก
2. ปัญหาเรื่องอายุ ไม่กล้าตรวจมะเร็งปากมดลูก ของสตรีกลุ่มเป้าหมาย

4. ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้มีโครงการรณรงค์ตรวจมะเร็งปากมดลูกทุกปี เพื่อให้ประชาชนตระหนักเพิ่มขึ้น และผลการดำเนินงานในการตรวจได้จำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการรณรงค์
2. สสจ.สนับสนุนการจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน สรุปผลการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบระดับ รพช. , รพ.สต. , สสอ.ให้มีหลากหลายช่องทางสื่อสาร
3. สสจ. สนับสนุน คู่มือการปฏิบัติงาน สื่อประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ ซีดี รณรงค์ประชาสัมพันธ์
4. สสจ. สนับสนุน จัดการอบรมเทคนิคการตรวจภายในและตรวจมะเร็งปากมดลูก ให้กับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 114

ชื่อตัวชีวิต ประชากรอายุ 50-70 ปี กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test $\geq$ ร้อยละ 80

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน บูรณาการกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. จัดหาซื้อชุดตรวจ Fit Test เพื่อกระจายให้กับหน่วยบริการในเครือข่าย
3. ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรงทุกรับทราบแนวทางปฏิบัติ
 - 3.1 พื้นที่คัดเลือกหากกลุ่มเป้าหมายที่
 - อายุ 50 – 70 ปีหรือเกิดในช่วงปี พ.ศ.2495 – พ.ศ.2513
 - เป็นประชากรในพื้นที่สิทธิ์ UC
 - เป็นประชากรที่ไม่ได้ถูกคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อปีงบประมาณ 2562

3.2 กำหนดเป้าหมายของแต่ละพื้นที่ (10% ของประชากรอายุ 50 – 70 ปี)

หน่วยบริการ	ประชากรอายุ 50-70 ปี(คน)	เป้าหมายในการคัดกรอง(คน)
รพ.สต.เขาสวนกวาง	1,747	175
รพ.สต.ดงเมืองแอม	1,013	100
รพ.สต.หนองแขวงเรือ	1,029	100
รพ.สต.นาจิว	1,069	100
รพ.สต.ป่าเปื่อย	437	50
รพ.สต.โนนสมบูรณ์	761	85
PCUคำม่วง	1,770	175
รวม	7,826	785

4. รมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ แต่ละพื้นที่ พร้อมทั้งตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ลำไส้ตรง ด้วยวิธี ตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ Fit test

5. ติดตามผู้ที่มีผลการคัดกรองผิดปกติ เพื่อส่งต่อ รพ.ศูนย์ขอนแก่น เพื่อรักษาต่อตามระบบ

ผลการดำเนินงาน : ข้อมูลผลการดำเนินงาน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 20 กุมภาพันธ์ 2563

เครือข่ายบริการสุขภาพ	เป้าหมาย 50-70 ปี	เป้าคัดกรอง	คัดกรองได้	ร้อยละ
รพ.สต.เขาสวนกวาง	1,749	175	0	0
รพ.สต.ดงเมืองแอม	1,016	100	93	93
รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	1,029	100	0	0
รพ.สต.นาजू	1,058	100	0	0
รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	411	50	0	0
รพ.สต.โนนสมบูรณ์	762	85	0	0
ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	1,755	175	155	88.57
รวม	7,780	785	248	31.59

ที่มา : ห้องชันสูตร โรงพยาบาลเขาสวนกวาง วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563

สรุปผลการดำเนินงาน

ผลงาน ได้เท่ากับ 31.59 % อยู่ในเกณฑ์ 20.00-39.99% = 2 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

- กลุ่มเป้าหมายที่ตรวจพบ Fit Test : Positive ยังมีความกลัวที่จะไปตรวจ Colonoscope

ข้อเสนอแนะ

- สามารถใช้ข้อมูลจาก Data Exchange ของ HDC จังหวัดขอนแก่น ในการตรวจสอบและติดตามได้

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 115

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา และกลุ่มสงสัยต่อกระจกชนิดบอดได้รับการคัดกรองสายตาที่มีประสิทธิภาพ เกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ 80

แนวทางการกระบวนกรดำเนินงาน

- 1.ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตรวจคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ
- 2.รพ.สต./PCU.ออกคัดกรองสายตาผู้สูงอายุร่วมกับ อสม. ในชุมชนโดย ให้ผู้ถูกคัดกรอง (ผู้สูงอายุ) นั่งห่างจากผู้คัดกรอง (อสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ระยะ 6 เมตร ผู้คัดกรองชูนิ้ว 1 นิ้ว 2 นิ้ว หรือ 3 นิ้ว สลับกันไปมา 5 ครั้ง ถ้าอ่านได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ใน 5 ครั้งถือว่า มองเห็น ถ้าอ่านได้น้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้งถือว่า มองไม่เห็น
 - มองเห็น สายตาปกติ บันทึก ในแบบคัดกรอง ว่าอ่านได้ที่ระยะ 6 เมตร
 - มองไม่เห็น บันทึก ในแบบคัดกรอง ว่าอ่านไม่ได้ที่ระยะ 6 เมตร ส่งวัดสายตาตามมาตรฐาน (วัด VA) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (รพ.สต./รพช.)
3. ให้ผู้ถูกคัดกรอง (ผู้สูงอายุ) ที่มองไม่เห็นในระยะ 6 เมตร นั่งห่างจากผู้คัดกรอง (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ในระยะ 3 เมตร ผู้คัดกรองชูนิ้ว 1 นิ้ว 2 นิ้ว หรือ 3 นิ้ว สลับกันไปมา 5 ครั้ง ถ้าอ่านได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3 ใน 5 ครั้งถือว่า มองเห็น ถ้าอ่านได้น้อยกว่า 3 ใน 5 ครั้ง ถือว่ามองไม่เห็น
 - มองเห็น สงสัยต่อกระจกชนิดเลนรวาง บันทึกในแบบคัดกรอง ว่าอ่านได้ ที่ระยะ 3 เมตร และ ลงผล VA ทุกราย เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.บันทึกข้อมูลในโปรแกรมพื้นฐานของแต่ละสถานพยาบาล แล้วส่งข้อมูลไปยัง Vision2020Thailand กรณีผล VA น้อยกว่า 6/60 เมตร ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อตรวจยืนยันและเข้าสู่กระบวนการรักษา
 - มองไม่เห็น สงสัยต่อกระจกชนิดบอด บันทึกในแบบคัดกรอง ว่าอ่านไม่ได้ ที่ระยะ 3 เมตร และ ลง VA ทุกราย เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.บันทึกข้อมูลในโปรแกรมพื้นฐานของแต่ละสถานพยาบาล แล้วส่งข้อมูลไปยัง Vision2020Thailand กรณีผล VA น้อยกว่า 3/60 เมตร ให้ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อตรวจยืนยันและเข้าสู่กระบวนการรักษา
- 4.รพ. มีการ Confirm VA และตรวจโดยแพทย์ พร้อมส่งต่อไปผ่าตัดกระจก ในรายที่เหมาะสมพร้อมทั้งติดตามข้อมูลการผ่าตัดของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปผ่าตัดกระจกในรายที่ Blinding Cataract , Severe Low visionและ รพ.เขาสวนกวาง มีแม่ข่ายในการ Refer เพื่อผ่าตัดกระจก 2 แห่ง คือ
 1. รพ.น้ำพอง Refer ได้ทุก วันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์
 2. รพ.ศูนย์ขอนแก่น Refer ได้ทุกวัน ตามความสะดวกของผู้ป่วยในการเดินทาง รับการรักษาต่อเนื่อง

ผลการดำเนินงาน

KPI 115.1 ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองสายตา $\geq$ ร้อยละ 80

ลำดับ	สถานพยาบาล	ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (คน)	คัดกรองสายตา (คน)	%คัดกรอง
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	1,290	6	0.47%
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	613	88	14.36%
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	677	565	83.46%
4	รพ.สต.นาจั่ว	704	1	0.14%
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	285	285	100.00%
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	552	552	100.00%
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	965	6	0.62%
	รวม	5,086	1,503	29.55%

ที่มาข้อมูล : <http://www.vision2020thailand.org/rep-screen-summary.php> ณ วันที่ 25 ก.พ. 2563

ผลงานผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 5,086 คน ได้รับการคัดกรองสายตา 1,503 คน คิดเป็นร้อยละ 29.55

ผลการคัดกรองสายตาในผู้สูงอายุ อยู่ในช่วง 20.00-39.99 % ได้คะแนน = 2 คะแนน

KPI 115.2 กลุ่มสงสัยต้อกระจกชนิดบอด (จำนวนที่นับนิ้วไม่ได้ที่ระยะ 3 เมตร) ได้รับการคัดกรองสายตาที่มีประสิทธิภาพ

ลำดับ	สถานพยาบาล	อัตราการวัด va ด้วย snellen chart โดย รพสต/รพ				อัตราการตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ				อัตราตาบอด/อัตราตาบอดจากต้อกระจก		
		นับนิ้ว 3 ม. ไม่ได้ (คน)	วัด va คนที่นับ นิ้วไม่ได้ (คน)	อัตรา	วัด va ทั้งหมด (คน)	Va <10/200 โดย รพ สต/รพ (คน)	Va <10/200 ที่พบจักษุ แล้ว(คน)	อัตรา	อัตราตาบอด/อัตราตาบอดจากต้อกระจก (คน)	Severe Low Vision (คน)	Blinding (ตา)	Blinding Cataract (ตา)
1	รพ.สต.เขาสวนกวาง	4	4	100%	5	3	3	100%	4	2	4	3
2	รพ.สต.ดงเมืองแอม	1	1	100%	87	1	0	0.00%	0	0	0	0
3	รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	27	2	7.41%	4	2	2	100%	3	1	4	2
4	รพ.สต.นาจั่ว	1	1	100%	1	1	1	100%	1	0	2	1
5	รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	9	9	100%	280	6	1	16.67%	2	0	3	2
6	รพ.สต.โนนสมบูรณ์	123	123	100%	123	0	0	0.00%	0	0	0	0
7	ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	1	1	100%	2	1	1	100%	1	0	1	1
	รวม	166	141	84.94%	502	14	8	57.14%	11	3	14	9

ที่มาข้อมูล : <http://www.vision2020thailand.org/rep-screen-summary.php> ณ วันที่ 25 ก.พ. 2563

ผลงาน ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวัดสายตา พบนับนิ้ว 3 เมตร ไม่ได้ จำนวน 166 คน

ได้รับอัตราการวัด va ด้วย snellen chart โดย รพสต/รพ จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 84.94

ผลการวัดสายตาในผู้สูงอายุ ที่นับนิ้ว 3 เมตร ไม่ได้ อยู่ในช่วง $\geq 80\%$ ได้คะแนน = 5 คะแนน

สรุปคะแนนที่ได้

$$\text{KPI 115.1} + \text{KPI 115.2} = 2 + 5 = 7 \text{ คะแนน}$$

อยู่ในช่วง 7 - 8 คะแนน ได้คะแนนจริง 4 คะแนน

หมายเหตุ จำนวนที่นับนิ้วไม่ได้ที่ระยะ 3 เมตร (สงสัยต้อกระจกชนิดบอด) จะต้องไม่เป็น 0 จากการสำรวจของกรมการแพทย์ พบความชุกของต้อกระจกชนิดบอด 0.59 % และจังหวัดขอนแก่น 0.60 % หากพื้นที่ใดเป็น 0 และยืนยันข้อมูลจะมีการลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบโดยทีมคณะกรรมการ Service Plan จักขุ จังหวัดขอนแก่น ก่อนรอบการให้คะแนนนิเทศ CUP

ปัญหาและอุปสรรค

1. ผู้สูงอายุไม่อยู่ในพื้นที่ในวันที่เจ้าหน้าที่ไปคัดกรองสายตา
2. มีชื่อในทะเบียนราษฎรแต่ไม่อยู่ในพื้นที่
3. ความทันเวลาในการบันทึกข้อมูล
4. เมื่อพบผู้ป่วย Blinding Cataract ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ติดเตียง ติดบ้าน ญาติจึงมีความประสงค์ที่จะไม่รักษา ตัวผู้ป่วยเองก็ยังมีความกลัวในการผ่าตัด
5. การติดตามข้อมูลการผ่าตัด ในผู้ป่วยผ่าตัดต้อกระจก มีการเข้าถึงข้อมูลได้ยาก เพราะข้อมูลจะอยู่แค่ที่โรงพยาบาลที่มีการผ่าตัดเท่านั้น

ข้อเสนอแนะ

- โรงพยาบาลที่เป็นหน่วยผ่าตัดต้อกระจก ควรมีการคืนข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจก ให้กับพื้นที่สรุปเป็นรายเดือน เพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 201

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. มีการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตในประชาชนกลุ่มเป้าหมาย อายุ 35 ปีขึ้นไป ตามแนวทางปฏิบัติ
2. เมื่อคัดกรอง แบ่งกลุ่มเสี่ยงเป็น
 - กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีการจัดการ ในการให้สุขศึกษารายบุคคล รายกลุ่ม รวมถึงมีการติดตามพฤติกรรม ตามโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของแต่ละพื้นที่
 - กลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคเบาหวาน มีการให้สุขศึกษารายบุคคลอย่างเข้มข้น ติดตามพฤติกรรมสุขภาพ โดยทีมสุขภาพในพื้นที่ เจาะเลือด FPG ซ้ำภายใน 1 เดือน
 - กลุ่มสงสัยป่วยต่อโรคความดันโลหิตสูง มีการให้สุขศึกษารายบุคคลอย่างเข้มข้น ติดตามพฤติกรรมสุขภาพและวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยทีมสุขภาพในพื้นที่ ภายใน 7 วัน
3. กลุ่มเสี่ยงสูงที่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วยจะส่งมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เพื่อพิจารณาการรักษาต่อไป
4. ในพื้นที่ รพ.สต.โนนสมบูรณ์ และ PCU คำม่วง ได้เข้าร่วมโครงการ รักษาไตร้อยละไม่ต้องเค็ม เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ผลการดำเนินงาน

KPI 201.1 ผลงาน ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 22 กุมภาพันธ์ 2563

เครือข่ายบริการสุขภาพ	เป้าหมาย	คัดกรอง >ร้อยละ90	ร้อยละ	ผลการติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน		
				สงสัยป่วย	ติดตาม	ร้อยละ
รพ.สต.เขาสวนกวาง	2,935	1,301	44.33	24	15	62.5
รพ.สต.ดงเมืองแอม	1,652	1,162	70.34	10	8	80
รพ.สต.บ้านหนองแวงเรือ	1,449	1,377	95.03	23	20	86.96
รพ.สต.นาจั่ว	1,812	1,589	87.69	7	6	85.71
รพ.สต.บ้านป่าเปื่อย	618	614	99.35	9	9	100
รพ.สต.โนนสมบูรณ์	1,322	673	50.91	2	0	0

ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วน	3,046	2,250	73.87	13	6	46.15
รวม	12,834	8,966	69.86	88	64	72.73

ที่มา : กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ข้อ 1.15 HDC วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

KPI 201.2 ผลงาน ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 20 กุมภาพันธ์ 2563

เครือข่ายบริการสุขภาพ	เป้าหมาย	คัดกรอง >ร้อยละ90	ร้อยละ	การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง		
				จำนวนสงสัยป่วย	มีผลการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	ร้อยละ
รพ.สต.เขาสวนกวาง	2,521	1,089	43.20	14	14	100
รพ.สต.ดงเมืองแอม	1,506	1,066	70.78	41	31	75.61
รพ.สต.บ้านหนองแขวงเรือ	1,323	1,236	93.42	82	70	85.37
รพ.สต.นาจั่ว	1,602	1,389	86.70	29	28	96.55
รพ.สต.บ้านป่าเปือย	559	552	98.75	31	30	96.77
รพ.สต.โนนสมบูรณ์	1,194	603	50.50	3	2	66.67
ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วน	2,671	2,110	79.00	22	14	63.64
รวม	11,376	8,045	70.72	222	190	85.59

ที่มา : กลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ข้อ 1.15 HDC วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

สรุปผลการดำเนินงาน

KPI 201.1 : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ 60

จากการคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป 69.86 % พบกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน 88 ราย ติดตามได้ 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.73 อยู่ในเกณฑ์ $\geq 60\%$ ได้ 5 คะแนน

KPI 201.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ 60

จากการคัดกรองความดันโลหิต ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป 70.72 % พบกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง 222 ราย ติดตามได้ 190 ราย คิดเป็นร้อยละ 85.59 อยู่ในเกณฑ์ $\geq 60\%$ ได้ 5 คะแนน

สรุปคะแนนที่ได้ ทั้ง 2 ข้อ = 5+5 = 10 คะแนน (ช่วง 9 – 10 คะแนน ได้เท่ากับ 5 คะแนน)

คะแนนที่ได้จริงคือ 5 คะแนน

3.ปัญหาและอุปสรรค -

4.ข้อเสนอแนะ : Cup ติดตามผลการดำเนินงาน และสถานบริการทุกแห่งเร่งรัดดำเนินการบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรมของหน่วยบริการ ให้ครบถ้วน ถูกต้อง และส่งทันเวลา

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 202

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

1.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชุมวางแผนการดำเนินงานชี้แจงคณะทำงาน ในการประชุม NCD Board
2. มีกิจกรรมในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยสหวิชาชีพ
 - 2.1 ในผู้ป่วยเบาหวานจะได้รับการประเมินคุณภาพการดูแลโดยการตรวจ FBS ทุกครั้งที่มาพบแพทย์ และได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
 - 2.2 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จะได้รับการวัดความดันโลหิตทุกครั้งที่มาพบแพทย์
 - 2.3 ให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่มในคลินิกโดยโภชนาการเรื่องการบริโภคอาหาร
 - 2.4 คู่มือเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยผู้จัดการรายกรณี
 - 2.5 นวัตกรรม เช่น แก้วดูดได้ , บัตรคิวดูดได้ , น้ำแดงเจ้าน้ำตาล เป็นต้น
 - 2.6 ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร
 - 2.7 ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการ Control Blood Sugar และ BP ส่งพบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทุกราย
 - 2.8 ฝึกสมาธิบำบัดโดยแพทย์แผนไทย
3. พื้นที่จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยเบาหวาน อ.เขาสวนกวาง จังหวัดขอนแก่น ปี 2563 และติดตามประเมินผล

2. ผลการดำเนินงาน : ตั้งแต่ 1 ต.ค. 2562 – 20 ก.พ. 2563

KPI 202.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq 40\%$

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ Typearea 1,3			
	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	ได้รับการตรวจ(ราย)	ควบคุมได้ดี(ราย)	ร้อยละ
รพ.เขาสวนกวาง	2,133	1,042	219	10.27

ที่มา : กลุ่มรายงานมาตรฐาน>ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ข้อ 1.2 HDC วันที่ 20 ก.พ. 2563

จากข้อมูล ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c จำนวน 1,042 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.85 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถคุมได้ มี 219 รายคิดเป็นร้อยละ 10.27 อยู่ในช่วง 10-19.99% คะแนนที่ได้ = 2 คะแนน

KPI 202.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี $\geq 50\%$

หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการตรวจอย่างน้อย 2 ครั้งในปี	ควบคุมได้ดี	ร้อยละ
รพ.เขาสวนกวาง	3,729	2,336	916	24.56

ที่มา : กลุ่มรายงานมาตรฐาน>ข้อมูลตอบสนอง Service plan สาขาโรคไม่ติดต่อ ข้อ 2.2 HDC วันที่ 20 ก.พ. 2563

ผลงาน ได้เท่ากับ 24.56 % อยู่ในเกณฑ์ $<35\%$ = 1 คะแนน

สรุปผลการดำเนินงาน :

K 202.1 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี $\geq 40\%$

ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c มี 219 รายที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ 10.27 จากผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด
อยู่ในช่วง 10-19.99% คะแนนที่ได้ = 2 คะแนน

K 202.2 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี $\geq 50\%$

มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 2 ครั้งในปีและคุมได้ดี จำนวน 916 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.56
อยู่ในเกณฑ์ $< 35\%$ คะแนนที่ได้ = 1 คะแนน

สรุปคะแนนที่ได้ ทั้ง 2 ข้อ = $2 + 1 = 3$ คะแนน

อยู่ในช่วง คะแนน 3 – 4 คะแนน = 2 คะแนนที่ได้จริง

3.ปัญหาและอุปสรรค -

4.ข้อเสนอแนะ -

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 203

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน บูรณาการกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง DHS
2. ประชุมวางแผนการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม ชี้แจงผู้รับผิดชอบงานของ รพ.สต. , PCU
3. ดำเนินการคัดกรองในคลินิกเบาหวาน , คลินิกความดันโลหิตสูง ด้วยการตรวจทั้ง Urine Protein , และ Serum creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. ดำเนินการคัดกรองคลินิกชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวาน , ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ด้วยการตรวจ Serum creatinine , BUN Electrolyte , CBC อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
5. ดำเนินกิจกรรมในคลินิกชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วย CKD stage 3 ขึ้นไปได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ
 - 5.1 ให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่มในคลินิกโดยโภชนาการ
 - 5.2 คู่มือชะลอไตเสื่อม โดยผู้จัดการรายกรณี
 - 5.3 นวัตกรรม เช่น แก้วไอ้ฟุดได้ , กระซอนซ่อนความรู้
 - 5.4 ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร

ผลการดำเนินงาน : ข้อมูลผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 20 กุมภาพันธ์ 2563

KPI 203 ร้อยละของผู้ป่วย DM และ HT ได้รับการคัดกรองไตเรื้อรัง $\geq$ ร้อยละ 80

หน่วยบริการ	จำนวนผู้ป่วย DM และ หรือ HTที่ยังไม่มี ภาวะแทรกซ้อน ทางไตในเขตรับผิดชอบ	จำนวนผู้ป่วย DM และหรือ HT ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการ ตรวจคัดกรอง	ร้อยละ
รพ.สต.เขาสวนกวาง	534	203	38.01
รพ.สต.ดงเมืองแอม	251	94	37.45
รพ.สต.หนองแวงเรือ	210	84	40.00
รพ.สต.นาจิว	270	91	33.70

รพ.สต.ป่าเปื่อย	75	26	34.67
รพ.สต.โนนสมบูรณ์	145	55	37.93
ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	595	269	45.21
รวม	2,080	822	39.52

ที่มา : จากเว็บ HDC สสจ.ขอนแก่น ณ วันที่ 20 ก.พ. 2563

ผลงานคัดกรอง ได้เท่ากับ 39.52 % อยู่ในเกณฑ์ <50% = 1 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

- กำลังดำเนินการติดตามตรวจในผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง

ข้อเสนอแนะ

- สามารถใช้ข้อมูลจาก Data Exchange ของ HDC จังหวัดขอนแก่น ในการตรวจสอบและติดตามได้

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 204

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จการดำเนินการลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม.

แนวทาง/กระบวนการทำงาน

- รวบรวมบันทึกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชม.
- ประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System

: ECS)

- แนวทางพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS

เป้าหมาย

-อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล(ทั้งที่ ER และWard) ไม่เกินร้อยละ 7

ผลการดำเนินงาน

-รวบรวมและบันทึกข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง เดือน ตุลาคม 2562 ถึงเดือน มกราคม 2563

-ประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System : ECS) สรุปคะแนนรวม 12 องค์ประกอบ = 53.44 %

- แนวทางพัฒนาส่วนขาดตามผลการประเมิน ECS

1.องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่ คะแนน 47.82 ปัญหาคือ ไม่มีสถานที่ล้างตัว แนวทางการแก้ไข คือ กำหนดสถานที่ล้างตัว ด้านข้างตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ให้น้ำเสียไหลลงระบบบำบัดน้ำเสียของโรงพยาบาล

2.องค์ประกอบที่ 2 บุคลากร คะแนน 50.37 ปัญหาคือ พยาบาลวิชาชีพไม่ผ่านการอบรม แนวทางแก้ไข วางแผน ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมในปีงบประมาณ 2563 ดังนี้

- หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลกู้ชีพ (Pre-hospital Emergency Nurse :PHEN) รุ่น 22 24-28 กุมภาพันธ์ 2563 จำนวน 1 คน

-หลักสูตรการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรง (Advance Trauma Care of Nurse) รุ่น 13 30 มีนาคม-3 เมษายน 2563 จำนวน 1 คน

- หลักสูตรการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรขณะส่งต่อ รุ่นที่ 12 15-17 กรกฎาคม 2563 จำนวน 1 คน

-หลักสูตรการให้การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บภาวะวิกฤต (Trauma Critical Care of Nurse) รุ่นที่ 14 13-15 พฤษภาคม 2563 จำนวน 1 คน

3.องค์ประกอบที่ 12 การศึกษาวิจัย ปัญหาคือ ขาดการศึกษาวิจัย แนวทางการแก้ไขคือ ส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมการศึกษาวิจัย ตามโครงการพัฒนา ของ Cup

ข้อมูลการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง ตุลาคม 2562 –มกราคม 2563

วัน/เดือน/ปี	Triage Level1+2	ผู้ป่วยเสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง
ตุลาคม 2562	59	1
พฤศจิกายน 2562	44	2
ธันวาคม 2562	43	3
มกราคม 2563	29	1
รวม	175	7

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง = $7 \times 100 / 175 =$ ร้อยละ 4

สรุปคะแนน ดำเนินการตามกิจกรรมที่ 1-3= 3 คะแนน

ปัญหา/อุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 205

ชื่อตัวชีวิต :ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมวัณโรค

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทบทวนข้อมูล /วิเคราะห์สังเคราะห์
2. ประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้องการเฝ้าระวังและการคัดกรองผู้สงสัยวัณโรค
3. จัดทำแผนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
4. พัฒนาแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยสงสัยวัณโรคโดยการบูรณาการร่วมกับชุมชน
5. มีการติดตามเยี่ยมบ้านและส่งข้อมูลแบบ on line

ผลการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทได้รับการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ปลอดภัยและผู้ป่วยมีความพึงพอใจ
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยวัณโรคทุกระดับ
3. มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยวัณโรค ทั้งหมด 11 ราย ในรอบไตรมาส 1/2563 ออกเยี่ยมบ้านได้ 100 %
4. มีการติดตามกำกับกับการกินยาวัณโรค 100 %
5. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในและนอกกับหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง
6. - รอบ 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน : วัดจากผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในช่วงรอบการประเมินรายไตรมาส (Cohort) ล่าสุดที่ผ่านมา
- รอบ 12 เดือนวัดจากผลสำเร็จของการรักษาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในทุกรอบการประเมินไตรมาส(Cohort) ที่ผ่านมา

ปัญหาและอุปสรรค

1. ด้านผู้ป่วยในกลุ่มสูงอายุจะมีความทนกับการกินยาลำบากต้องเฝ้าระวังเรื่องอาการข้างเคียงของยา และผลข้างเคียงของยา
2. ผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานโรงงาน ไม่สะดวกให้เจ้าหน้าที่ออกเยี่ยม เพราะทำงานเป็นช่วงเวลา
3. ผู้ป่วยกลุ่มวัยทำงานได้ทานยาช่วงระยะเข้มข้นแล้วมักจะกลับไปทำงานต่างจังหวัด และจะทำให้เกิดการรับยาไม่ต่อเนื่อง นำไปสู่การขาดยาได้
4. การเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก ผู้ป่วยที่มีโรค อื่นๆร่วม

ข้อเสนอแนะ

- ตระหนักเรื่องการรับประทานยาให้ครบถ้วนและต่อเนื่องร่วมด้วย ซึ่งหมายถึงต้องคำนึงถึงเรื่องผลข้างเคียงของยา การเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อติดตามการรักษา ตลอดจนเศรษฐกิจ และสิทธิการรักษาของผู้ป่วย
- เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องงานวินโรส่งข้อมูลติดตามเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ที่ออกเยี่ยม
- ออกติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง และกำกับการกินยาอย่างเข้มในช่วงเข้มข้น และกินยาอย่างต่อเนื่อง
- เผื่อระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคอื่นร่วม

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 207

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน (อสม.หมอประจำบ้าน 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน) มีคุณภาพชีวิต ที่ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

เกณฑ์คะแนน

1. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน = 1 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละน้อยกว่าร้อยละ 50
2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน = 2 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 50 - 59
3. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน = 3 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 60 - 69
4. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน = 4 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 70 - 79
5. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน = 5 คะแนน
มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ผลการดำเนินงาน

- 1.มีแผนงานโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม หมอประจำบ้านระดับ cup
- 2.ขึ้นทะเบียน อสม.หมอประจำบ้าน .ในเวปไซต์ฐานข้อมูลอสม.หมอประจำบ้าน
<http://fv.phc.hss.moph.go.th> หรือ www.thaiphc.net ตามกำหนด หมู่บ้านละ 1 คน
เป้าหมาย 56 คน ผลการดำเนินงาน 56 คน คิดเป็น ร้อยละ 100 และบันทึก เป้าหมายการดูแล อสม.1
คน ต่อ กลุ่มเป้าหมาย 3 คน จำนวน 168 คน คิดเป็น ร้อยละ 100

3.ประเมินศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านในการดูแล ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน (อสม.หมอประจำบ้าน 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน)

คะแนน 5 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชี้วัดที่ 208

ชื่อตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ตามเกณฑ์

รพ.สต. ดีดดาว (5 ดาว 5 ดี)

แนวทางกระบวนการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์การจัดทำแผนและบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ/ทรัพยากร)

อำเภอเขาสวนกวาง ประกอบด้วย 5 ตำบล 56 หมู่บ้าน เทศบาลตำบล 2 แห่ง อบต. 4 แห่ง มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ด้านการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว (รพ.สต. ดีดดาว) ที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี โดย 5 ดี ประกอบด้วย **บริหารดี ประสานงานดีภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี** มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้

เกณฑ์หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการดี

เกณฑ์หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

เกณฑ์หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

เกณฑ์หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

เกณฑ์หมวด 5 ผลลัพธ์

ระยะเวลาประเมินผล รายงานผล : ประเมินผลงาน ตัดยอด 30 พฤษภาคม 2563

การดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2560-2562 CUP เขาสวนกวาง มีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว (รพ.สต. ดีดดาว) มีคะแนนการประเมินอย่างน้อยร้อยละ 80 ของคะแนนในแต่ละหมวดและร้อยละ 80 ของคะแนนรวม โดยมีแนวทางในการดำเนินงาน ดังนี้

การดำเนินการ

ขั้นเตรียมการ

1. จัดทำโครงการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว (รพ.สต. ดีดดาว)
2. แต่งตั้งคณะทำงาน คณะกรรมการประเมินการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดีดดาว (รพ.สต. ดีดดาว)

3. ศึกษาดูงานการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาว (รพ.สต. ติดดาว)
4. ประชุมคณะทำงานจัดทำแผนงาน กิจกรรมการพัฒนา /เกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน
5. ประสานท้องถิ่นเพื่อร่วมสนับสนุนโครงการ
6. พัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ. สต.ติดดาว) เพื่อให้ได้มาตรฐานตามเกณฑ์

ขั้นตอนการ

6. ประชุมชี้แจงการดำเนินงาน แผนงาน กิจกรรมการพัฒนา /เกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ. สต. ติดดาว) ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ในพื้นที่ เพื่อร่วมรับทราบแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน
7. ร่วมกันดำเนินการตามแผนงาน กิจกรรมการพัฒนา รพ.สต. ทั้งในด้านโครงสร้างอุปกรณ์ ด้านการจัดบริการ ด้านการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม
8. ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอเขาสวนกวาง เพื่อติดตามผลการดำเนินงาน
9. คณะกรรมการประสานการดำเนินงาน เพื่อติดตามประเมินการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว)
- 10.สรุปผลการดำเนินงาน

2. ผลการดำเนินงาน

เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาสวนกวาง กำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว)” ทุกแห่งมีคะแนนการประเมินอย่างน้อยร้อยละ 80 ของคะแนนรวม ซึ่งการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2560-2562 รพ.สต.ในเขตอำเภอเขาสวนกวาง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานแล้ว จำนวน 4 แห่ง (66.67%) ทั้งนี้ครบกำหนดการรักษาสภาพ 2 ปี จำนวน 1 แห่ง รวมกับแห่งที่ยังไม่ผ่านการประเมิน รพ.สต.ตอดดาวในระดับ 5 ดาว อีก 2 แห่ง เป้าหมายในการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2563 จึงเป็น 3 แห่ง (รพ.สต.เขาสวนกวาง รพ.สต.บ้านป่าเป้อยและ รพ.สต.โนนสมบูรณ์) มีการประชุมทีมพี่เลี้ยงสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว อำเภอเขาสวนกวางและผู้ปฏิบัติงานเพื่อชี้แจงนโยบายและติดตามผลการดำเนินงาน จำนวน 1 ครั้ง

ในไตรมาสที่ 1 เข้าสู่ไตรมาสที่ 2 รพ.สต.ทุกแห่งได้ประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมิน ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว ครบทุกแห่ง ขณะที่ทีมพี่เลี้ยงสนับสนุนการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว อำเภอเขาสวนกวาง กำหนดออกติดตาม สนับสนุนประเมินการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) จำนวน 2 รอบ ให้ครบทั้ง 6 แห่ง โดยรอบที่ 1 เดือน (มีนาคม 2563) และ รอบที่ 2 (พฤษภาคม-มิถุนายน 2563)

รวม รพ.สต.ที่ผ่านการประเมินระดับ 5 ดาว ปีงบประมาณ 2560-2562 จำนวน 4 แห่ง (66.67%)

3. วิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามประเด็นตัวชี้วัด

ปีงบประมาณ 2562 เครือข่ายสุขภาพอำเภอเขาสวนกวาง กำหนดนโยบายในการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว)” ทุกแห่งมีคะแนนการประเมินอย่างน้อยร้อยละ 80 ของคะแนนในแต่ละหมวดและอย่างน้อยร้อยละ 80 ของคะแนนรวม ซึ่งจะเป็จุดแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการพัฒนาได้เป็นอย่างดี การประเมินในรอบที่ 1 พบว่า ด้านอาคารโครงสร้างสถานที่ หลายแห่งต้องดำเนินการปรับปรุง ให้ได้ตามเกณฑ์ เช่น การปรับปรุงห้องน้ำ ห้องน้ำสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ การจัดสัดส่วนของพื้นที่ในการจัดบริการ รวมถึงการปรับปรุงภูมิทัศน์รอบบริเวณอาคารขณะที่การพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ อาจยังมีข้อจำกัดในด้านจำนวนบุคลากรและการพัฒนาคุณภาพในการให้บริการ ในบางแห่ง ซึ่งเป็นส่วนที่มีความจำเป็นและสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ส่วนในด้านการบริหารจัดการหากมีการประสานเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ภาคีมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อประโยชน์ที่จะเกิดจากการมีส่วนร่วม ในการให้บริการในชุมชน ย่อมส่งผลดีต่อการพัฒนารพ.สต.ติดดาว ในด้านการให้บริการให้ได้ผลงานตามเกณฑ์ ทุกแห่งกำลังดำเนินงานตามแผนงานซึ่งผลงานอาจยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายเท่าที่ควร ทั้งนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการ ผลงานน่าจะเพิ่มขึ้นในไตรมาสต่อไป โดยต้องมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาเชิงคุณภาพมากขึ้น ภายใต้การขับเคลื่อนของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (DHB) และ พชต. โดยใช้การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ย่อมนำไปสู่บรรลุเป้าหมาย ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนดต่อไป

4. ข้อเสนอแนะ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน จะพบว่าการดำเนินการในหลายเกณฑ์ชี้วัดต้องได้รับความร่วมมือ จากผู้บริหารในทุกระดับ ภาคีเครือข่ายในชุมชน การประสานงานรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรและภาคีเครือข่าย ให้สามารถดำเนินงานได้ตามมาตรฐาน ตามนโยบายการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิ

2. เพิ่มการประสานกองทุนหลักประกันสุขภาพในการร่วมดำเนินการ เพิ่มมากขึ้น ประเด็นสำคัญอีกหนึ่งประเด็น คือ การต่อยอดการใช้กระบวนการในการวางแผน การจัดทำโครงการในระดับพื้นที่ เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนต่อไป

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 301

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของหน่วยบริการที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.ประชุมจัดทำแผนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
- 2.แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน
- 3.รับส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยงานภายใน รพ.เขาสวนกวาง และ นอกพร. โดยการเพิ่มช่องทาง เช่น line ในการส่งข้อมูล
- 4.ประเมินปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องร่วมไปถึงการจัดการอาการต่างๆโดยสหสาขาวิชาชีพพร้อมกันและส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน
- 5.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลและเครือข่าย
- 6.บันทึกข้อมูลการโปรแกรม 43 แพ้ม
- 7.รวบรวม รายงานข้อมูลโดยใช้ข้อมูลจาก HCD สสจ.ขอนแก่น
- 8.ติดตามประเมินผลการดำเนินงานมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ผลการดำเนินงาน

- 1.มีหน่วยงานดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ชื่อ หน่วยจิตอาหา มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร 4 สัปดาห์ 2 คน มีแพทย์ 1 คน เภสัชกร ยังไม่ผ่านการอบรมเนื่องจาก ผู้รับผิดชอบงานเดิม ย้ายที่ทำงาน
 โรงพยาบาลผ่านหลักสูตรพื้นฐาน(Basic palliative care for community nurse) 5 คน คือ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรวม 1 คน,ตึกผู้ป่วยใน 1 คน,ผู้ป่วยนอก 1 คน,ห้องฉุกเฉิน 1 คน และพยาบาลใน รพ.สต. แห่งละ 1 คน เป็น 6 คน
2. มีระบบติดตามการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เชื่อมโยงทุกหน่วยงาน ตั้งแต่แรกรับ-จำหน่าย
 - 2.1 มีระบบส่งต่อ และติดตามเยี่ยมบ้านเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ และติดตามทางโทรศัพท์ (กรณีจัดการอาการเร่งด่วน)
 - 2.2 มีการจัดการอาการปวดโดยใช้ Opioids และการใช้แพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย
3. มีการสนับสนุนอุปกรณ์การแพทย์ ระบบยืม-คืน ทั้งในเวลาและนอกเวลาอย่างชัดเจน มีการดูแลรักษาเครื่องมือตามระยะเวลา ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานเอกชน ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยมาบริจาคอุปกรณ์การแพทย์เพื่อใช้กับผู้ป่วยระยะสุดท้าย

4. ผลการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองรับยา Opioids เพื่อจัดการอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ $\geq 65 \rightarrow 20.83$ ได้คะแนน 0

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ร้อยละ $\geq 65 \rightarrow 33.33$ ได้คะแนน 0

- ผู้ป่วยประคับประคองระยะสุดท้ายที่มีกิจกรรม Family meeting และมีการทำ Advance care plan ร้อยละ $\geq 65 \rightarrow 7.58$ ได้คะแนน 0

5. ส่งผู้ประสานงาน palliative care ไปอบรมการพัฒนา R2R (กำลังดำเนินการ)

สรุปได้ 0 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

1.เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการประเมินปัญหาและจัดการอาการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งมีความซับซ้อน

2.ภาระงานมาก และอยู่ในช่วงเวลาเดียวกันซึ่งผู้ปฏิบัติงานเป็นบุคคลคนเดียว

3.ไม่มียา Morphine syrup ซึ่งมีการใช้บ่อยใน case ที่เข้าสู่ภาวะใกล้เสียชีวิตที่ต้องได้รับยาดังกล่าว

4.เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมย้ายสถานที่ทำงาน ต้องจัดหาผู้เข้าร่วมอบรมใหม่

ข้อเสนอแนะ

1.จัดอบรมเจ้าหน้าที่ภายในโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

2. ควรแยกผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองออกจากงานอื่นเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

3. การอบรมบางหลักสูตรมีค่าใช้จ่าย ทำให้การตัดสินใจในการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมเกิดความยุ่งยาก

กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขา Intermediate & Palliative Care				ข้อมูลระดับอำเภอ : อ.เขาสวนกวาง		
ชื่อรายงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	อัตรา			
1. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	24	5	20.83			
2. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคอง และได้รับการเยี่ยมบ้าน	24	8	33.33			
3. ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆด้วย Strong Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพในโรงพยาบาล (Work Load)	43	10	23.26			
4. ร้อยละการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง มีกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว	66	5	7.58			

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 302

ชื่อตัวชีวิต อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community acquired

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- คณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล (ทีม PCT) ประกอบด้วย แพทย์เป็นประธาน สมาชิกทีม เภสัช ทันตแพทย์ พยาบาล และตัวแทนในแต่ละหน่วยงาน มีการประชุมทีมมากกว่าปีละ 2 ครั้ง มีการวางแผนพิจารณาปรับปรุงแนวทางการรักษาผู้ป่วย sepsis ให้สอดคล้องกับแนวทางของจังหวัดขอนแก่น
- มอบหมายผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูล และรายงานผลการดำเนินงานตามที่จังหวัดกำหนด
- วางแผนพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ โดยทีม PCT วางแผนจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง sepsis ในเดือน พ.ค 63-มิ.ย.63
- วางแผนทบทวน case sepsis ที่เสียชีวิตทุกราย

เป้าหมาย

- อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30
- อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับจากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
- อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (กรณีที่ไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

ผลการดำเนินงาน

1. มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาล (ทีม PCT) ประกอบด้วย แพทย์เป็นประธาน สมาชิกทีม เภสัช ทันตแพทย์ พยาบาล และตัวแทนในแต่ละหน่วยงาน มีการประชุมทีมมากกว่าปีละ 2 ครั้ง มีการวางแผนพิจารณาปรับปรุงแนวทางการรักษาผู้ป่วย sepsis ให้สอดคล้องกับแนวทางของจังหวัดขอนแก่น =25 คะแนน
2. มอบหมายผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูล และรายงานผลการดำเนินงานตามที่จังหวัดกำหนด = 25 คะแนน
3. วางแผนพัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ อยู่ระหว่างดำเนินการ = 0 คะแนน
4. วางแผนทบทวน case sepsis ที่เสียชีวิตทุกราย = 25 คะแนน (ยังไม่มี case sepsis เสียชีวิต)

ผลการดำเนินงาน sepsis

ลำดับ	กิจกรรม	ต.ค 62	พ.ย 62	ธ.ค. 62	ม.ค 63	ก.พ. 63	รวม	คิดเป็น ร้อยละ	คะแนน
1	จำนวนผู้ป่วย Dx sepsis/septic shock	5	5	2	3		15	-	-
2	อัตราการผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบ รุนแรงชนิด community-acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ 30	0	0	0	0		0	0	25
3	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.(นับ จากเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	4	5	2	3		14	93.33	25
4	อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 90	3	5	2	3		13	86.66	20
5	อัตราการได้รับ IV 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก (กรณีที่ไม่มีข้อห้าม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90	3	5	2	3		13	86.33	20
6	รวมคะแนน								90

สรุปคะแนน

25+25+25+90 คะแนน = 165 คะแนน = 2 คะแนน

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 303

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลเขาสวนกวางจัดให้มี intermediate bed 2 เตียงไว้รองรับผู้ป่วยระยะกลางและได้จัดบริการตาม check list สำหรับการดูแลระยะกลางแบบ IPD bed สำหรับโรงพยาบาลระดับ F ซึ่งจะมีหัวข้อห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วยอยู่ในระหว่างดำเนินการอยู่ สำหรับหัวข้ออื่นๆซึ่งได้แก่ จำนวนและลักษณะของเตียง บุคลากรขั้นต่ำ แนวทางปฏิบัติสำหรับการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยใน การบริการต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยนอก การบริการต่อเนื่องเพื่อฟื้นฟูสภาพที่บ้าน ยาเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เครื่องช่วยคนพิการ รวมถึงระบบการส่งต่อข้อมูลทั้งไปและกลับนั้นได้จัดให้มีพร้อมสำหรับผู้ป่วยระยะกลางเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

มีการประชุมชี้แจงแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง แต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง เมื่อพบผู้ป่วยระยะกลางทุกคนในอำเภอเขาสวนกวางทุกคน ซึ่งได้แก่ ผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury และ Spinal cord injury ต้องรายงานทีมเพื่อเก็บข้อมูลทุกรายทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงผู้ป่วยที่รับหรือส่ง refer เพื่อประเมิน ความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel index; BI) ทุกราย ผู้ป่วยระยะกลางที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment จะได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

ผลการดำเนินงาน

- ตัวชีวิตหลัก ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน(intermediate bed/ward)

ไม่ผ่าน (ห้องน้ำคนพิการในหอผู้ป่วยอยู่ในระหว่างดำเนินการ)

- ตัวชีวิตรอง เป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 เป้าหมาย ปีงบประมาณ 63 ร้อยละ 60 ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 62.5

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่304.....

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ (GREEN & CLEAN Hospital)

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. ประชุมคณะกรรมการฯ ในหน่วยงานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายเพื่อกำหนดนโยบายการดำเนินงาน
2. จัดทำเกณฑ์ประเมินผลการดำเนินงาน
3. มีแผนกำกับติดตามและประเมินผลการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์(GREEN&CLEAN Hospitals)
4. ดำเนินการจัดให้มีการคัดแยกขยะและขยายผลลงสู่เครือข่ายในชุมชน
5. นิเทศ ติดตาม หรือให้ข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานรพ.สต.ทุกแห่ง จำนวน ๒ ครั้ง
6. ประชุมสรุปผลการประเมิน สรุปปัญหาและแนวทางพัฒนาในปีต่อไป

ผลการดำเนินงาน

จากการประชุมกำหนดนโยบาย ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และผลการประเมินตนเอง

- สสอ. เขาสวนกวาง และ รพ.สต. 1 แห่ง ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดีมาก ได้แก่ รพ.สต.เขาสวนกวาง
- รพ.สต. 5 แห่งผ่านเกณฑ์ประเมินระดับดี ได้แก่ รพ.สต. หนองวางเรือ,รพ.สต.ดงเมืองแอม ,รพ.สต.นาจั่ว,รพ.สต.โนนสมบูรณ์และ รพ.สต.ป่าเปเปื่อย
- รพ.เขาสวนกวางผ่านเกณฑ์ประเมิน ระดับดีมาก

ปัญหาและอุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 305

ชื่อตัวชีวิต การพัฒนาระบบการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อมีระดับอำเภอ

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1.มีการจัดโครงสร้างในการสนับสนุนการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลและการจัดการเชื้อมีในระดับ CUP

2.มีแผนการจัดการเชิงกระบวนการเพื่อขับเคลื่อนการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล โดย
- มีการรวบรวม ประมวลผลข้อมูล และจัดการข้อมูล เพื่อวางระบบจัดการปัญหาในหน่วยบริการสุขภาพ (RDU Hospital, RDU PCU) ร
- มีการนำข้อมูลคืนกลับให้ประชาชนและชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหา (RDU in community)

ผลการดำเนินงาน (คะแนนเต็ม 5 คะแนน ได้ 4 คะแนน)

1.การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Hospital)

1.1โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล: ผลการดำเนินงาน ผ่านขั้นที่ 2 (1 คะแนน) ไม่ผ่าน
การใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติ

1.2รพ.สต.ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (เกณฑ์ RDU รพ.สต.ติดดาว หมวด 4.6.1 เรื่อง RDU (ข้อที่ 4.1-4.4): ผลการดำเนินงาน คะแนนรพ.สต.ติดดาว หมวด 4.6.1 เรื่อง RDU(ข้อที่ 4.1-4.4)>100% (2 คะแนน)

2.การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital based surveillance): ผลการดำเนินงาน มีกิจกรรมอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และสร้างระบบแจ้งเตือนผู้ป่วยแพ้ยา ผู้ป่วย on warfarin ผู้ป่วยโรคไตระยะต่างๆ ทั้งในเวชระเบียนรพ.และรพ.สต. รวมทั้งในโปรแกรม Hosxp (1 คะแนน)

ปัญหาและอุปสรรค

- การตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นในการประเมินการสั่งใช้อย่างสมเหตุผลในบุคลากรผู้สั่งจ่าย
- ความถูกต้องของการให้รหัสโรค

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิต 306

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จในการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ระดับอำเภอ

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- จัดทำแผนงาน/โครงการ และ คู่มือ/แนวทาง ในการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์
- จัดตั้งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาลเพื่อตรวจสอบการดำเนินการคลินิก
- กำหนดบุคลากรที่ให้บริการในคลินิก
- จัดทำระบบฐานข้อมูลและการส่งต่อการให้บริการ
- จัดทำระบบรายงานและประเมินผลหลังให้บริการ

ผลการดำเนินงาน

- มีแผนงาน/โครงการส่งแพทย์แผนปัจจุบันเข้ารับการอบรมการใช้กัญชาทางการแพทย์
- มีคำสั่งคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ระดับโรงพยาบาล
- ใช้แนวทางการดำเนินการคลินิกกัญชาอ้างอิงจากกรมการแพทย์และกรมการแพทย์แผนไทย
- มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการใช้กัญชาทางการแพทย์แผนไทย ทั้งหมด 2 คน
 1. นางสาวฐาประณีย์ หงษ์พิมพ์ แพทย์แผนไทย
 2. นางสาวอาทิตยา พินทา แพทย์แผนไทย
- ยังไม่มีบุคลากรทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่ผ่านการอบรมมาและจากเกณฑ์การให้คะแนนการประเมินรอบที่ 1 สิ้นเดือนกุมภาพันธ์ 2563 ให้มีผลงานในระดับชั้นที่ 1 คือ มีแผนงาน/โครงการในการจัดตั้งคลินิก และ คู่มือ/แนวทางในการบริการกัญชาทางการแพทย์ ได้คะแนน 5 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

ประชาชนและผู้มารับบริการมีความต้องการและความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้กัญชาที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากได้รับข้อมูลมาจากโซเชียลมีเดียที่มีหัวข้อไม่ชัดเจน ทำให้ไม่เข้าใจถึงความหมายของกัญชาทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการประชาสัมพันธ์และนำเสนอข้อมูลที่ถูกต้องและชัดเจนแก่ประชาชนมากกว่านี้

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 307

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

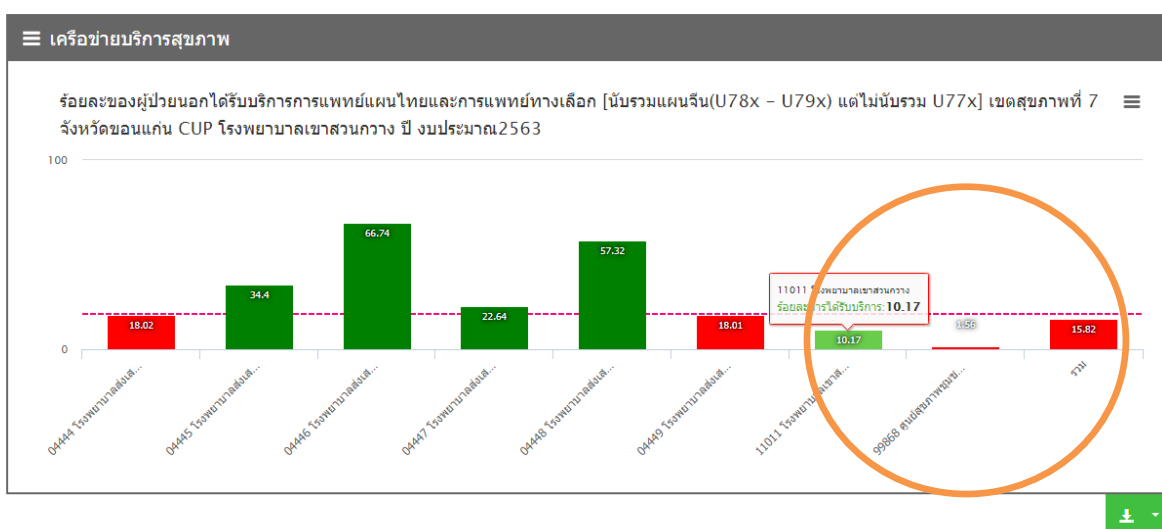
รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แพ้ม กระทรงสาธารณสุข (Person / Provider / Service /Diagnosis_opd / Drug_opd / Procedure_opd)

ผลการดำเนินงาน

1.รพช.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15

- ผลงาน $\geq 15\%$ = 5
- ผลงาน 13 – 14.99% = 4
- ผลงาน 11 – 12.99% = 3
- ผลงาน 9 – 10.99% = 2
- ผลงาน $< 9\%$ = 1

ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก [นับรวมแผนจีน(U78x - U79x) แต่ไม่นับรวม U77x] เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น CUP โรงพยาบาลเขาสวนกวาง ปี งบประมาณ2563



รพช.เขาสวนกวาง มีร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานเท่ากับ 10.17 เพราะฉะนั้น ได้ 2 คะแนน

2.รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน **มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ 28**

- ผลงาน $\geq 28\%$ = 5
- ผลงาน 23 – 27.99% = 4
- ผลงาน 18 – 22.99% = 3
- ผลงาน 13 – 17.99% = 2
- ผลงาน $< 13\%$ = 1

04444 โรงพยาบาล...					
04445 โรงพยาบาล...					
04446 โรงพยาบาล...					
04447 โรงพยาบาล...					
04448 โรงพยาบาล...					
04449 โรงพยาบาล...					
11011 โรงพยาบาล...					
99868 ศูนย์สุขภาพ...					
เครือข่ายบริการสุขภาพ	รวมทั้งปีงบประมาณ			ไตรมาส 1	
	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย(ครั้ง)	ร้อยละการรับบริการ	บริการผู้ป่วยนอก(ครั้ง)	บริการแพทย์แผนไทย(ครั้ง)
04444 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขาสวนกวาง	1,604	289	18.02	815	1
04445 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองเมืองแอม	1,962	675	34.40	1,218	4
04446 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองแขวงเรือ	1,356	905	66.74	603	5
04447 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาไร่	2,328	527	22.64	1,544	2
04448 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าเปือย	888	509	57.32	616	4
04449 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์	2,510	452	18.01	1,558	3
11011 โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	28,432	2,891	10.17	17,122	1,5
99868 ศูนย์สุขภาพชุมชนคำม่วง	448	7	1.56	202	
รวม	39,528	6,255	15.82	27,739	4,1

หมายเหตุ ::
ประมวลผล เฉพาะสถานบริการสาธารณสุขของภาครัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ตาม Template
วันที่ประมวลผล :: 28 กุมภาพันธ์ 2563

รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิ มีร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานเท่ากับ 30.32 เพราะฉะนั้น ได้ 5 คะแนน

สรุปตัวชี้วัดที่ 307 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้เท่ากับ $(2 + 5) / 2 = 3.5$ คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชี้วัดที่ 308

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73m²/yr ≥ ร้อยละ 66

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน บูรณาการกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง DHS
2. ประชุมวางแผนการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม ชี้แจงผู้รับผิดชอบงานของ รพ.สต. , PCU
3. ดำเนินการคัดกรองในคลินิกเบาหวาน , คลินิกความดันโลหิตสูง ด้วยการตรวจทั้ง Urine Protein , และ Serum creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
4. ดำเนินการคัดกรองคลินิกชะลอไตเสื่อม ในผู้ป่วยเบาหวาน , ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะแทรกซ้อนเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ด้วยการตรวจ Serum creatinine , BUN Electrolyte , CBC อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
5. ดำเนินกิจกรรมในคลินิกชะลอไตเสื่อม ผู้ป่วย CKD stage 3 ขึ้นไปได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพ
 - 5.1 ให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่มในคลินิกโดยโภชนาการ
 - 5.2 คู่มือชะลอไตเสื่อม โดยผู้จัดการรายกรณี
 - 5.3 นวัตกรรม เช่น แก้วไอพุดได้ , กระซอนซ่อนความรู้
 - 5.4 ความรู้เรื่องยาโดยเภสัชกร

ผลการดำเนินงาน : ข้อมูลผลการดำเนินงาน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 20 กุมภาพันธ์ 2563

เครือข่ายบริการสุขภาพ	จำนวนผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ที่ได้รับการตรวจ Cr. มีผล eGFR ≥ 2 ค่า	จำนวนผู้ป่วย CKD Stage 3-4 ที่ได้รับการตรวจ Cr. /มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5	ร้อยละ
โรงพยาบาลเขาสวนกวาง	548	308	56.20

ที่มา : จากเว็บ HDC สสจ.ขอนแก่น ณ วันที่ 20 ก.พ. 2563

ผลงาน ได้เท่ากับ 56.20 % อยู่ในเกณฑ์ 56 – 65.99 % = 4 คะแนน

สรุปผลการดำเนินงาน

KPI 308 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ mL/min/1.73m}^2/\text{yr} \geq$ ร้อยละ 66

ผลงาน ได้เท่ากับ 56.20 % อยู่ในเกณฑ์ 56 – 65.99 % = 4 คะแนน

คะแนนที่ได้จริง = 4 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

- สามารถใช้ข้อมูลจาก Data Exchange ของ HDC จังหวัดขอนแก่น ในการตรวจสอบและติดตามได้

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

ตัวชี้วัดที่ 401 : จำนวนผลงานวิจัย/ R2R /นวัตกรรมด้านบริหารและด้านบริการสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด

เกณฑ์เป้าหมาย

1. จำนวนวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านสุขภาพที่คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนาต่อยอดที่เพิ่มขึ้นจากฐานข้อมูลเครือข่ายบริการสุขภาพ อย่างน้อย 2 เรื่อง

2. จำนวนวิจัย/R2R/นวัตกรรมด้านบริหารและด้านบริการสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดในปีงบประมาณ 2563 มีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์มีการเผยแพร่ผลงานในช่องทางต่างๆ ผ่านเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานวิจัย/R2R/นวัตกรรมระดับจังหวัด เขต ประเทศ หน่วยงานละ 1 เรื่อง

1. วิเคราะห์การจัดทำแผนและบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ/แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับ CUP
2. วิเคราะห์สภาพปัญหา ที่ส่งผลต่อการพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานด้านการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

3. นำเสนอประเด็นการดำเนินงานด้านการวิจัย / R2R
4. จัดทำโครงการอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการวิจัย / R2R
5. ประชุมบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการจัดทำงานวิจัย / R2R
6. ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรม การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานด้านการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย

7. ติดตาม/สนับสนุนความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
8. ส่งผลงานวิชาการร่วมนำเสนอในเวทีระดับต่างๆ
9. สรุป และประเมินผลการดำเนินงาน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

2. ผลการดำเนินงาน

- แต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับ CUP
- กำหนดให้การจัดทำงานวิจัย/R2R เป็นตัวชี้วัดระดับบุคคล (ประเมินบุคคล) โดยบูรณาการกับการจัดทำแผนปฏิบัติงานของหน่วยบริการ ทั้งด้านการแก้ไขปัญหาและงบประมาณ

- จัดการอบรม ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563 (ชี้แจงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย วัตถุประสงค์หลักการ การดำเนินการและให้ส่งประเด็นหรือหัวข้อที่จะดำเนินการ พร้อมการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในวันที่ 25 มี.ค. 2563)
- จัดการอบรม ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2563
- กำหนดจัดการอบรม ครั้งที่ 3 ในเดือน พฤษภาคม 2563 (เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและพัฒนา ศักยภาพบุคลากร)
- กำหนดจัดการอบรม ครั้งที่ 4 ในเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม 2563 (เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และพัฒนา ศักยภาพบุคลากร)

3. ปัญหาและอุปสรรค

1. บุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจประเด็นการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัยเท่าที่ควร (อาจมองประเด็นด้านการมีภาระงานเพิ่ม)
2. แนวคิดการเข้าสู่กระบวนการในการประกวดหรือนำเสนอผลงานด้านการวิจัย/R2R ของบุคลากร ยังไม่
มากเท่าที่ควร

4. ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

ตัวชี้วัดที่ 402 : ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่
ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ
องค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management
Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการ
ภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด1 การนำองค์กรหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์หมวด 3 การให้ความสำคัญ
กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด 5 การมุ่งเน้น
บุคลากรหมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการโดยดำเนินการใน ปี 2561-
2565 ดังนี้

1.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถามและทบทวนทุกปี

2.ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวดและคง
รักษาสภาพ (Maintain) หมวดที่ดำเนินการไปแล้ว

พ.ศ.	ภาคบังคับ
2561	หมวด 1,หมวด 5
2562	หมวด 2,หมวด 4
2563	หมวด 3,หมวด 6
2564	หมวด 1-6
2565	หมวด 1-6

3.นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ที่ได้จากการประเมินองค์กรด้วย
ตนเอง (SelfAssessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 แผน

ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65
ระดับ 5 (ร้อยละ 20)	ระดับ 5 (ร้อยละ 40)	ระดับ 5 (ร้อยละ 90)	ระดับ 5 (ร้อยละ 95)	ระดับ 5 (ร้อยละ 100)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		จากรายงานผลการประเมินเป็นรายไตรมาส (รอบ 3 ,6,9 และ 12 เดือน) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		

1. วิเคราะห์การจัดทำแผนและบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ/แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน)

1. ทบทวนการจัดทำแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพเครือข่ายการบริหารจัดการภาครัฐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (PMQA) สัปดาห์ที่ 1 กรกฎาคม 2561 และออกคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพเครือข่ายการบริหารจัดการภาครัฐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (PMQA) ปี 2563

2. ทบทวน วิเคราะห์ สรุปผลการดำเนินงาน ของปีงบประมาณ 2562

3. จัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพ ปีงบประมาณ 2563

4. จัดทำเอกสารลักษณะสำคัญขององค์กร หมวด P (13 คำถาม)

5. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)

6. รายงานผลการประเมินตนเองหมวด 3 และหมวด 6 (ที่สะท้อนผลลัพธ์การดำเนินการในหมวด 7)

7. สรุปผลการประเมินตนเอง พร้อมแผนการพัฒนาร่วมชาติ

2. ผลการดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการและกำหนดผู้รับผิดชอบ

2. ประชุมคณะกรรมการการถ่ายทอดนโยบาย ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน

3. จัดทำเอกสารลักษณะสำคัญขององค์กร หมวด P (13 คำถาม)

4. จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ 1 แผน)

5. ประเมินตนเองหมวด 3 และหมวด 6 เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558

6. ดำเนินการเปรียบเทียบการดำเนินการในตัวชี้วัด กับพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงทั้งบริบทด้านจำนวน

ประชาชนและผลการดำเนินงาน คือ อำเภอเปือยน้อย

7. ปี 2563 สสอ.เขาสวนกวาง ได้แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนายุทธศาสตร์ ของ สำนักงาน โดยประกอบด้วย บุคลากรจากทั้ง สสอ.และ รพ.สต. เช่น บุคลากรใน สสอ. ผอ.รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์เฉพาะในส่วน ของ รพ.สต. โดยบูรณาการการจัดทำการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (PMQA)

- การติดตามการพัฒนาคุณภาพและการให้บริการโดย CIPO ในวันประชุมประจำเดือน และได้กำหนดการ M&E ข้อมูล HDC เพื่อเป็นกระบวนการถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนการเรียนรู้องค์ความรู้ (KM) เดือนละ 1 ครั้ง ซึ่งต้องใช้ข้อมูลสารสนเทศใน HDC ในการติดตามประเมินผลงาน พร้อมใช้ข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจในการปรับปรุงการดำเนินงานและการให้บริการ หาวิธีแก้ไขปัญหา รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการติดตาม นิเทศ ประเมินผลการปฏิบัติงานของ รพ.สต.และบุคลากร เป็นต้น

- สสอ.เขาสวนกวาง ได้นายยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดของ กระทรวงสาธารณสุข 4 Excellence สสจ.ขอนแก่น มาถ่ายทอดสู่การปฏิบัติในที่ประชุมประจำเดือน

8. การรายงานการสรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดไตรมาส 1 ได้รายงานผ่านระบบออนไลน์ ตามกำหนดเวลา และต้องการดำเนินงานในไตรมาสที่ 2 ซึ่งจะไปเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับอำเภอที่เทียบเคียงต่อไป

3. ปัญหาและอุปสรรค

1. สมาชิกในองค์กรมีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการทำ PMQA ยังไม่มากเท่าที่ควร
2. การทบทวนและพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องในการดำเนินการเพื่อพัฒนาตามกระบวนการยังไม่ต่อเนื่องเท่าที่ควร

4. ข้อเสนอแนะ

1. เน้นการถ่ายทอดความรู้ให้สมาชิกในองค์กรให้เข้าใจแนวคิดกระบวนการทำ PMQA
2. จัดการอบรมพัฒนาทักษะในการดำเนินงาน PMQA

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 403

ชื่อตัวชีวิต ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านการรับรองคุณภาพ HA ชั้น 3

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

โรงพยาบาลเขาสวนกวาง มาตรฐาน HA ชั้น 3 ระยะเวลารับรอง 21 มกราคม 2563 – 20 มกราคม 2566

ผลการดำเนินงาน



- ได้ 5 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่404.....

ชื่อตัวชีวิต ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๑.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1.สำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการต่อเนื่องในงานบริการผู้ป่วยนอกของ CUP (โรงพยาบาลและ รพสต.)
โดยขยายการดำเนินการในระดับปฐมภูมิในภาพ CUP

1. CUP ออกแบบหรือวางแผนการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย การวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน/ปัญหา (SWOT) และคัดเลือกปัญหาโดยการจำแนกผลการวิเคราะห์
2. กำหนดนโยบายหรือมาตรการในการปรับปรุง/พัฒนางาน
3. ดำเนินกระบวนการ PDCA
4. ประเมินติดตามและปรับปรุงแก้ไข
5. ผลการปรับปรุง(ลดขั้นตอน/ลดระยะเวลา)จัดทำ CQI/นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาหน้างาน
2. เก็บข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจ โดยใช้เครื่องมือ Application หรือแบบสอบถามตามความเหมาะสม เก็บข้อมูลผู้รับบริการในภาพ CUP โดยใช้สูตรกลุ่มคำนวณตัวอย่างและให้ผู้รับบริการเป็นผู้ประเมิน
- 3.รายงานผลตามแบบฟอร์ม SAR (Self –Assessment Report) รอบ 3 / 6 / 9 / 12 เดือน
- 4.จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับระบบการให้บริการผ่านช่องทางที่เป็นลายลักษณ์อักษร ได้แก่หนังสือราชการ/ Facebook/Website,Email.หน่วยงาน:ศูนย์ดำรงธรรม จ.ชก./ศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์ สป.(ตู้ปณ 1111)/ โทรศัพท์/มาด้วยตัวเอง ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ระดับจังหวัดและส่วนกลาง

๒. ผลการดำเนินงาน

ผู้มารับบริการตอบแบบสอบถาม 416 ราย คิดเป็น 94%

๓.ปัญหาและอุปสรรค

- เนื่องจากมีการปรับแบบสอบถาม และมีการให้ผู้มารับบริการตอบแบบสอบถามผ่าน Application ซึ่งไม่เหมาะกับกลุ่มผู้มารับบริการ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้รับบริการหลายรายไม่มีสมาร์โฟนทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ และจำนวนผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามผ่าน Application มีจำนวนน้อย จึงต้องให้ผู้มารับบริการตอบแบบสอบถามใน paper และนำผลการตอบสอบถามมาวิเคราะห์ข้อมูลความพึงพอใจแยกออกเป็นสองแบบ ซึ่งการตอบแบบสอบถามผ่าน Application ไม่เหมาะกับบริบทของบางพื้นที่

-เนื่องจากการปรับปรุงแบบสอบถามเพิ่มเติมใหม่ทำให้เกิดปัญหาในการตอบแบบสอบถามและการส่งข้อมูลเข้าระบบทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามมีจำนวนน้อย

๔.ข้อเสนอแนะ

- บางพื้นที่ที่ผู้มารับบริการส่วนมากไม่มีสมาร์ทโฟน ยังคงมีความจำเป็นต้องใช้แบบสอบถามที่เป็น paper และอยากให้ทางโรงพยาบาลจัดหาคอมพิวเตอร์สำหรับให้ผู้ป่วยและผู้มารับบริการประเมินความพึงพอใจผ่าน Application ติดตั้งที่ผู้ป่วยนอก
- เนื่องจากบุคลากรมีจำนวนจำกัดในการให้บริการผู้ป่วยในแต่ละวันและไม่เพียงพอกับผู้มารับบริการ อยากให้มีจิตอาสาสมัครคอยแนะนำขั้นตอนในการตอบแบบประเมินความพึงพอใจ เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 405

ชื่อตัวชีวิต โรงพยาบาลมีการบริหารการเงินการคลังอย่างมีประสิทธิภาพสามารถควบคุมปัญหาการเงิน
ระดับ ๗

๑.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- ๑.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล(CFO)
- ๑.๒ ส่งข้อมูลรายงานงบทดลอง ผ่านเว็บไซต์ <http://hfo.cfo.in.th> ภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป
- ๑.๓ จัดทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ส่งผ่านเว็บไซต์
<http://planfin.cfo.in.th>
- ๑.๔ รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน และรายงานผลการติดตาม Planfin เสนอ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกไตรมาส
- ๑.๕ กรณี ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินการคลัง อยู่ในระดับ ๕ ขึ้นไป และรายงานการ
ติดตาม Planfin มีรายได้ต่ำกว่าแผน และค่าใช้จ่ายสูงกว่าแผน เกินกว่าเกณฑ์ที่กำหนด จะต้อง
ประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบทางด้านการเงินการคลังของโรงพยาบาล เพื่อหารือและ
กำหนดมาตรการรวมถึงแนวทางแก้ไข พัฒนา ระบบการให้บริการและควบคุมค่าใช้จ่าย เพื่อให้
สถานการณ์ทางการเงินดีขึ้น

๒. ผลการดำเนินงาน

สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาลเขาสวนกวาง เดือน มกราคม ๒๕๖๓ อยู่ในระดับ ๓

๓.ปัญหาและอุปสรรค

๑. เนื่องจากได้รับงบประมาณค่อนข้างจำกัด ประกอบกับโรงพยาบาลมีหนี้สินหมุนเวียนมากกว่า
สินทรัพย์หมุนเวียน(เงินบำรุง) จึงทำให้การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังในส่วนของหนี้สินไม่เป็นไปตาม
แผน ส่งผลทำให้วัสดุที่ใช้ในการดำเนินงานไม่เพียงพอต่อการให้บริการ

๔.ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชีวิต)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชีวิตที่ 406

ชื่อตัวชีวิต ระดับของหน่วยงานที่ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน (Happy Organization)

แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. สำเนาคำสั่งคณะกรรมการสร้างสุขในองค์กร
2. ข้อมูลการสำรวจ Happinometer ผ่านเว็บไซต์ Happinometer.moph.go.th และสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) bps.moph.go.th ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2561 - 14 กุมภาพันธ์ 2562

ผลการดำเนินงาน

- ประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) โดยมีบุคลากร 145 คน ตอบประเมิน 100% สรุปผลการประเมินดังนี้คือ บุคลากรมีความสุขดี ร้อยละ 64.90 ผ่อนคลายดี ร้อยละ 53.55 น้ำใจดี ร้อยละ 72.86 ครอบคลุมดี ร้อยละ 64.94 สังคมดี ร้อยละ 64.17 ใฝ่รู้ดี ร้อยละ 65.80 สุขภาพการเงินดี ร้อยละ 45.78 และการทำงานดี ร้อยละ 62.07 คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 62.84

- ประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) โดยมีบุคลากรระดับหัวหน้างาน 20 คน ตอบแบบประเมิน 90% สรุปผลการประเมินสุขภาวะองค์กร ด้านความสำเร็จ ร้อยละ 59.66 ด้านการบริหาร ร้อยละ 60.14 ด้านสุขภาพกาย – ใจ ร้อยละ 61.88 ด้านบรรยากาศ ร้อยละ 66.26 ด้านการลงทุน ร้อยละ 57.71 คิดเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ 61.28

- โรงพยาบาลเขาสวนกวางได้จัดกิจกรรม OD เพื่อตอบสนอง Happy Relax และ Happy Work Life ที่จังหวัดชลบุรี 2 รุ่น (รุ่นที่ 1 วันที่ 5-7 กรกฎาคม 2562 และ รุ่นที่ 2 วันที่ 12-14 กรกฎาคม 2562)

- ได้ 4 คะแนน

ปัญหาและอุปสรรค

-

ข้อเสนอแนะ

-

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชี้วัดที่ 407

ชื่อตัวชี้วัด จำนวนหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมินระบบควบคุมภายใน ระดับ ๕

๑.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- ๑.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน และคณะทำงานติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน
- ๑.๒ คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน ประชุมชี้แจงทุกหน่วยงาน เพื่อแจ้งบุคลากรทุกคน จัดทำ Flow Chart การปฏิบัติงานของตนเองตามระบบการควบคุมภายใน
- ๑.๓ คณะกรรมการจัดวางระบบควบคุมภายใน ประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในปี ๒๕๖๒ ให้ครบทั้ง ๕ องค์ประกอบ ทุกส่วนงานย่อย
- ๑.๔ สรุปผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายในเพื่อจัดทำรายงานการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน(แบบ ปค.๔ ส่วนงานย่อย)
- ๑.๕ นำความเสี่ยงที่อยู่ในระดับสูงและสูงมากเข้าสู่รายงานการประเมินผลการควบคุมภายใน และสรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในภาพรวมส่วนงานย่อย (แบบ ปค.๕ ส่วนงานย่อย)
- ๑.๖ รายงานประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน(แบบ ปค.๔ ส่วนงานย่อย และ สรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในภาพรวมส่วนงานย่อย แบบ ปค.๕ ส่วนงานย่อย เสนอหัวหน้าหน่วยงานพิจารณาลงนาม
- ๑.๗ ส่งรายงานประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน(แบบ ปค.๔ ส่วนงานย่อย และ สรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในภาพรวมส่วนงานย่อย แบบ ปค.๕ ส่วนงานย่อย ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๒

๒. ผลการดำเนินงาน

หน่วยงานส่งรายงานประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน(แบบ ปค.๔ ส่วนงานย่อย และ สรุปรายงานการประเมินผลการควบคุมภายในภาพรวมส่วนงานย่อย แบบ ปค.๕ ส่วนงานย่อย ต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ภายในเวลาที่กำหนด

๓. ปัญหาและอุปสรรค

๑. บุคลากรส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจและยังไม่ให้ความสำคัญในการจัดวางระบบควบคุมภายในของส่วนงานย่อย

๔. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้บุคลากรในเรื่องการจัดวางระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

ตัวชี้วัดที่ 501 : หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมิน
คุณธรรมและความโปร่งใส (ITA)

เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><td colspan="2">ปีงบประมาณ 63</td><td colspan="2">ปีงบประมาณ 64</td><td colspan="2">ปีงบประมาณ 65</td></tr><tr><td colspan="2">ร้อยละ 90</td><td colspan="2">ร้อยละ 90</td><td colspan="2">ร้อยละ 90</td></tr></table>						ปีงบประมาณ 63		ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65		ร้อยละ 90		ร้อยละ 90		ร้อยละ 90	
	ปีงบประมาณ 63		ปีงบประมาณ 64		ปีงบประมาณ 65													
	ร้อยละ 90		ร้อยละ 90		ร้อยละ 90													
	คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน																	
	ระดับ	สูงมาก	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำมาก												
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99													

ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
ระดับขั้นของความสำเร็จ (5 ระดับ)	80	85	90

1. วิเคราะห์การจัดทำแผนและบริหารจัดการ (ยุทธศาสตร์ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ/ แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

1. ทบทวนการจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะอำนวยการและคณะทำงานเพื่อส่งเสริมคุณธรรมและความ
โปร่งใสของหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2561 และจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะอำนวยการและคณะทำงานเพื่อส่งเสริม
คุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2563

2. จัดประชุมชี้แจงนโยบายการดำเนินงานแก่ผู้บริหาร, หัวหน้างาน, ผอ.รพ.สต.

3. จัดทำโครงการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ
(Integrity and Transparency Assessment – ITA) ด้านการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน อำเเภอ
เขาสวนกวาง เพื่อขอรับการอนุมัติ

4. จัดประชุมชี้แจงถ่ายทอดนโยบาย แนวทางการดำเนินการในระดับ รพ.สต.และผู้ปฏิบัติที่มีส่วน
เกี่ยวข้อง

5. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้าง รวมทั้งมาตรการการส่งเสริมการดำเนินงาน
ส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

(Integrity and Transparency Assessment – ITA) ด้านการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน

6. ส่งเสริม พัฒนาช่องทางในการดำเนินการเผยแพร่แผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง, การประกาศการ
ดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุ, ผลการดำเนินการฯ เช่น เว็บไซต์ของสำนักงาน

7. ติดตามการดำเนินงาน โดยบูรณาการร่วมกับการนิเทศ CUP, การตรวจสอบภายใน

8. ดำเนินการประเมินตนเอง จัดทำแผนการพัฒนา กำหนดตัวชี้วัด
9. ส่งเสริมการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรมคุณธรรม จริยธรรมในหน่วยงาน
10. สรุป และประเมินผลความก้าวหน้า เมื่อสิ้นปีงบประมาณ

2. ผลการดำเนินงาน

2.1 - วิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้าง ประจำปีงบประมาณ 2562 ที่ยังพบประเด็นที่อาจเป็นช่องว่างความเสี่ยง ที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทางราชการ ผู้มีส่วนได้เสีย ร้านค้า ผู้รับจ้าง ซึ่งอาจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง สุ่มเสี่ยงต่อการทุจริต ไม่โปร่งใส เช่น การบันทึกรายงานการจัดซื้อ/จัดจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ผ่านระบบ e-GP ยังพบว่าเอกสารบางส่วนยังไม่ครบถ้วน ครอบคลุม และการประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง, การประกาศการดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุ ได้จัดทำแนวทางในการป้องกันและพัฒนา

- ประเมินตนเองตามเกณฑ์และสรุปผลการดำเนินงานในรอบ 3 เดือนแรก ได้ดำเนินการชี้แจงนโยบายการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยบูรณาการร่วมกับการประชุม CUP และการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน พร้อมทั้งนำขึ้นเว็บไซต์ และเว็บเพจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาสนกวาง

- ในการประชุมประจำเดือนของหน่วยงาน แจ้งกระบวนการในการจัดซื้อ/จัดจ้าง ทั้งนี้ได้กำหนดวันในการดำเนินการตรวจสอบภายใน ใน รพ.สต. โดยทีม CUP เพื่อติดตามและเฝ้าระวัง ป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน จากดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุและได้จัดทำแนวทางในการป้องกันความเสี่ยงในการจัดซื้อ/จัดจ้าง ทั้งนี้ ได้ดำเนินการประเมินตนเองตามแนวทางมาตรฐานคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment – ITA) ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ EB1-EB26

2.2 จัดทำบันทึกข้อความแนวทางการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและการเบิกจ่ายงบประมาณ

2.3 จัดทำแผนงานและโครงการการอบรมการบันทึกรายงานการจัดซื้อ/จัดจ้าง ผ่านระบบ e-GP แก่หัวหน้าเจ้าหน้าที่และเจ้าหน้าที่ ของทุก รพ.สต. ในเขตอำเภอเขาสนกวาง

2.4 ชี้แจงการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment – ITA) ด้านการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน อำเภอเขาสนกวาง

2.5 จัดทำคู่มือและแนวทางในการปฏิบัติ ในการดำเนินการจัดซื้อ/จัดจ้าง รวมทั้งมาตรการการส่งเสริมการดำเนินงานส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรม ความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

2.6 มีเว็บไซต์ เพื่อรองรับการดำเนินการเผยแพร่แผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง, การประกาศการดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุ, ผลการดำเนินการ

2.7 จัดตั้งกลุ่มรวมพลังสุจริต จำนวน 28 คน

2.8. ผลการดำเนินการในรอบไตรมาสที่ 1 (รับการประเมินโดย กรรมการจากจังหวัดขอนแก่น) ผ่านการประเมิน โดยมีผลคะแนนมากกว่า 85%

3. ปัญหาและอุปสรรค

จากการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้าง ยังพบประเด็นที่อาจเป็นช่องว่างความเสี่ยงที่อาจจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ทางราชการ ผู้มีส่วนได้เสีย ร้านค้า ผู้รับจ้าง ซึ่งอาจทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง สุ่มเสี่ยงต่อการทุจริต ไม่โปร่งใส เช่น การบันทึกรายงานการจัดซื้อ/จัดจ้าง โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ผ่านระบบ e-GP ยังพบว่าเอกสารบางส่วนยังไม่ครบถ้วน ครอบคลุม และการประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง, การประกาศการดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุและการรายงานผลการดำเนินการ เป็นต้น

4. ข้อเสนอแนะ

1. จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบงาน ITA ในระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมการบันทึกรายงานการจัดซื้อ/จัดจ้าง ผ่านระบบ e-GP, และการประกาศเผยแพร่แผนการจัดซื้อ/จัดจ้าง, การประกาศการดำเนินการตามกระบวนการจัดหาพัสดุ, ผลการดำเนินการฯ โดยการจัดอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขของเครือข่ายบริการสุขภาพ(CUP)

รอบที่ 1 ปีงบประมาณ 2563 (รายตัวชี้วัด)

CUP เขาสวนกวาง

รหัสตัวชี้วัดที่K502.....

ชื่อตัวชี้วัด ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่พัฒนาสู่องค์กรดิจิทัล

๑.แนวทาง/กระบวนการดำเนินงาน

- 1.1. จัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลของเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP
- 1.2. จัดทำแผนการพัฒนาระบบบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัส ICD10 และ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลของเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP
- 1.3 จัดทำพัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพระดับอำเภอ (Data Center) ของเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP
- 1.4 ติดตาม ประเมินผลระดับเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

๒. ผลการดำเนินงาน

- 1.1 มีการจัดตั้งคณะกรรมการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลของเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP
- 1.2 มีการจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “การบันทึกเวชระเบียนและการให้รหัส ICD10 และ การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน” ปีงบประมาณ 2562
- 1.3 มีจัดทำโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “พัฒนาระบบศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพระดับอำเภอ (Data Center)” ประจำปีงบประมาณ 2562

ดำเนินการแล้ว

Smart Tool

1. มีหน้าจอแสดงลำดับคิวรับบริการ OPD NCD ห้องยา ห้องฟัน

Smart Service

1. ยกเลิกเรียกสำเนาบัตรและเอกสารอื่นจากผู้รับบริการ
2. มีการใช้ระบบ Smart Health ID ในการให้บริการผู้ป่วยนอก E-From ขึ้นทะเบียนบัตรทอง กำลังดำเนินการ

Smart Tool

1. มีหน้าจอแสดงลำดับคิวรับบริการ OPD NCD ห้องยา ห้องฟัน
2. มีระบบแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านช่องทางไลน์ หรือ App

Smart Service

1. มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์(EMR)
2. มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาที่ครบถ้วน ถูกต้องในระบบ HIS ของสถานบริการ
3. Less paper : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
4. มีการคีย์สั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม HosXp
5. มีข้อมูลระยะเวลาให้บริการแต่ละคลินิกผู้ป่วยนอกทุกคลินิก
6. มีระบบนัดคิวออนไลน์ ที่สามารถนัดผู้ป่วยแบบเหลื่อมเวลาในการเข้ารับบริการ

ปี 64

Smart tool

1. มีการเชื่อมข้อมูลของ เครื่องมือแพทย์ เข้าสู่ระบบ HosXp
2. มีหน้าจอแสดงลำดับคิวรับบริการ ในห้องตรวจ อย่างน้อย 1 จุด
3. มีระบบคิวรับบริการแบบดิจิทัล อย่างน้อย 1 จุด

Smart Place

โรงพยาบาลผ่าน Green and & digital Look

๓. ปัญหาและอุปสรรค

- ข้อจำกัดเรื่องของเวลาและทรัพยากร
- ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ
- ความกังวลเรื่องความปลอดภัย
- การขาดแคลนแรงงานทักษะใหม่
- การยอมรับและการปรับตัว จากผู้ใช้งาน

๔. ข้อเสนอแนะ

- นโยบายภายในองค์กรต้องมีการปรับปรุงอยู่ตลอดเวลาเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันกับการใช้เครื่องมือสื่อสารออนไลน์
- วัฒนธรรมขององค์กรต้องสามารถรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมของทุกระดับขององค์กรและดำเนินการโดยทีมงานและผู้บริหาร
- มีองค์กรเอกชนร่วมลงทุน
- มีช่องให้นักวิชาการคอมพิวเตอร์และผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็น ปัญหา และแนวทางการพัฒนา

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

ตามประกาศโรงพยาบาลเขาสวนกวาง

เรื่อง แนวทางเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ.๒๕๖๓

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูล					
ชื่อหน่วยงาน : โรงพยาบาลเขาสวนกวาง วัน/เดือน/ปี : ๑๒ มิถุนายน ๒๕๖๓ หัวข้อ : EB๑๒ หน่วยงานมีการเผยแพร่การกำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๓ รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) <table><tbody><tr><td>๑.</td><td>บันทึกรายงานกำกับติดตามและขออนุญาตเผยแพร่บนเว็บไซต์</td></tr><tr><td>๒.</td><td>รายงานผลการกำกับติดตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๓</td></tr></tbody></table> Linkภายนอก : ไม่มี หมายเหตุ :		๑.	บันทึกรายงานกำกับติดตามและขออนุญาตเผยแพร่บนเว็บไซต์	๒.	รายงานผลการกำกับติดตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๓
๑.	บันทึกรายงานกำกับติดตามและขออนุญาตเผยแพร่บนเว็บไซต์				
๒.	รายงานผลการกำกับติดตามแผนปฏิบัติการประจำปี ๒๕๖๓				
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล ไพโรจน์ ชื่อตรง (นายไพโรจน์ ชื่อตรง) ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓	ผู้อนุมัติรับรอง จักรพ บ่อมนภา (นายจักรพ บ่อมนภา) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาสวนกวาง วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓				
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ สรพรรฐ ปัทมามาลย์ (นายสรพรรฐ ปัทมามาลย์) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ วันที่ ๑๒ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๓					