รายงานผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ประปีงบประมาณ ๒๕๖๗

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑

๑. ประเด็น : โครงการฝากครรภ์อุ่นใจ ปลอดภัยทั้งแม่และลูก อำเภอแม่เมาะ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	ลดและป้องกันมารดาตาย	ไม่มีมารดาตาย	ไม่มีมารดาตาย
	น้ำหนักทารกแรกเกิดมากกว่า ๒๗๕๐ กรัม	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๗๓.๒๐
	เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๗๙.๒๒

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ ๑

๑.ทบทวน/แต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กอำเภอแม่เมาะให้เป็นปัจจุบัน

๒.ประชุมหาแนวทางในการทำงานANC

กิจกรรมที่ ๒ :

๑. การจัดบริการในคลินิกฝากครรภ์ ส่งเสริมการเข้าถึงการฝากครรภ์คุณภาพ (เพิ่มการเข้าถึงระบบ ANC) ANC Anywhere Anytime และ ประชาสัมพันธ์โครงการฝากครรภ์ฟรีทุกที่ทุกสิทธิ์

- เผยแพร่และใช้ QR Code จัดทำ QR Code ออกแบบและนำเข้าข้อมูลที่จำเป็น สร้าง QR Code เปิดจองการฝากครรภ์ QR Code เข้าถึงการฝากครรภ์ Add Line หญิงตั้งครรภ์ทุกราย มีสายด่วนให้คำปรึกษา(กรณีปกปิด) และมี QR Code ให้คำแนะนำการดูแลในคลินิกเอกชน
- กำหนดให้มีแอดมินดูแลทุกอำเภอ สื่อสารและเผยแพร่ QR Code / คืนข้อมูล
- จัดระบบการเข้ารับบริการจากระบบจอง เพิ่มวันให้บริการรับฝากครรภ์ รพ.แม่เมาะ จัดเปิดบริการทุกวัน
- เพิ่มบริการ Ultrasound ดูเพศฟรี

๒. (เพิ่มคุณภาพการฝากครรภ์)

- สำรวจค้นหาและจัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ให้เป็นปัจจุบัน
- จัดตั้ง Line Group ติดตามการตั้งครรภ์ แจก QR Code ให้หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมกลุ่ม แนะนำตัวติดตาม ดูแลให้คำแนะนำ เยี่ยมหญิงตั้งครรภ์ ผ่านทาง Line Group
- ปรับแนวทางการเฝ้าระวัง Weight gain โดยใช้แบบประเมิน Vallop curve ทุกราย เพื่อคะเนน้ำหนักพบผิดปกติ ส่งพบนักโภชนากร
- ดำเนินงานตามแนวทาง ANC Premium คืนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้กับพื้นที่รับผิดชอบ
- จัดทำทะเบียนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๑๕ – ๕๐ ปีที่มีโรคร่วมทางอายุกรกรรมและวิธีคุมกำเนิด ประเมินวิธีคุมกำเนิด หากมีวิธีการคุมกำเนิดไม่มีประสิทธิภาพไม่เหมาะสม ส่งต่อคลินิกวางแผนครอบครัว เพื่อแนะนำวิธีการคุมกำเนิดให้เหมาะสม กลุ่มเสี่ยงสูงพิจารณาฝังยาคุม/ใส่ห่วง

๓. Quick Win ส่งเสริมการมีบุตร

- พัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เข้ารับการอบรม

- มีการประชาสัมพันธ์คลินิก
- จัดบริการคลินิกเพื่อการมีบุตรยาก (บูรณาการกับคลินิกวางแผนครอบครอบครัว เปิดให้บริการทุกวันอังคาร)

ระดับ๑ - ให้คำปรึกษาเพื่อการมีบุตร (โดยพยาบาล) ปรึกษาและเตรียมพร้อมก่อนมีบุตร / นับวันไข่ตก ตรวจสุขภาพก่อนมีบุตร LAB/US/Semen Analysis/ Pap Smear /ปรับพฤติกรรม

ระดับ ๒ - ส่งต่อเพื่อ ประเมินหาสาเหตุ/รักษาเบื้องต้น

- กระตุ้นไข่และเหนี่ยวนำการตกไข่ IUI /ส่งต่อ (รพ.เกาะคา,เถิน)

ระดับ๓ -ส่งต่อ คลินิกมีบุตรยาก(infertile Clinic) รพ.ลำปาง

๔. คัดกรองโรคหายากในทารกแรกเกิด ๒๔ กลุ่มโรคทุกราย รพ.ที่มีการคลอด (ส่งศูนย์วิทย์ ฯ เชียงราย)

๕. เฝ้าระวังดูแลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรมกำหนดโรค ๓ กลุ่มดังนี้

- โรคที่คุมเข้มการคุมกำเนิดไม่ควรตั้งครรภ์ เช่น SLE Rheumatic Heart Disease ITP IDDM On warfarin
- โรคทางอายุรกรรม ควรรักษาโรคให้สงบก่อนและปรึกษาแพทย์ เช่น SLE Rheumatic Heart Disease

Thyrotoxicosis DM HT HIV Anemia

- กลุ่มเสี่ยงที่พบปัญหาทางสังคม เช่น Drug Abuse, Unwanted
- จัดทำโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคทางอายุรกรรมให้วางแผนก่อนตั้งครรภ์ หากต้องตั้งครรภ์ควรปรึกษาแพทย์และเมื่อพบว่าตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน

๖. เฝ้าระวังดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม

- ทบทวน/ปรับปรุง Individual care plan ให้สอดคล้องกับ CPG
- จัดทำ Individual care plan หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้กับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก สสอ.และ รพ.สต. เพื่อออกติดตามเยี่ยมบ้าน ผ่านทาง Line group และ ศูนย์ COC
- ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง ไปยังสถานบริการแม่ข่ายตาม CPG เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อมารดา
- ติดตามและประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม

๗.จัดโครงการอบรมพัฒนาทักษะ อสม. ให้มีความรู้และทักษะในการค้นหา/ติดตาม/เฝ้าระวังมารดา และทารกทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติ (อสม.สาขานมแม่)

๘.จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ จัดกิจกรรมกลุ่ม สอนให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ การปฏิบัติตัวขณะตั้งครรภ์ การเตรียมตัวคลอดการคลอดบุตร สอนสาธิตการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเก็บน้ำนม

๙.คัดเลือกตำบลมหัศจรรย์ ๒๕๐๐ วัน อำเภอแม่เมาะ

- จัดประชุมชี้แจงและสื่อสารการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๒๕๐๐ วัน จำนวน ๑ วัน
- ส่งเสริมความรอบรู้โรงเรียนพ่อแม่ (HL๒๕๐๐ วัน)สร้าง HL Program สอนให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กและครูพี่เลี้ยงใน ศพด. อสม. / ๔D plus: Diet Develop & Play Dental Disease / Triple-P: Preschool Parenting Program

ส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ผ่านกิจกรรมกอด เล่า เล่น วาด สร้างสมาธิและสร้างวินัย

- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าสาธารณสุขทีปฏิบัติงานคลินิกWBC สถานบริการในอำเภอแม่เมาะ เรื่องพัฒนาการและโภชนาการเด็กพัฒนาบุคลากรเรื่อง EF เพื่อเสริมสร้างทักษะให้ผู้ปกครอง

กิจกรรมที่ ๓ : พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ

๓.๑. ให้บริการตามแนวทางห้องคลอดคุณภาพ

๓.๒. ประเมินภาวะเสี่ยงคัดกรองการคลอดทุกราย

๓.๓. ให้การดูแลตามความเสี่ยงทุกราย Preventaion Preterm Birth, Standing Order for PIH มาตรการ Labour for PPH Patograph

๓.๔. จัดระบบ Consult แพทย์เวร/สูติแพทย์ M๒

๓.๕. ส่งต่อในรายที่ผิดปกติตาม CPG จัดระบบ Fast Tract กรณีเกิดภาวะวิกฤตทางสูติกรรม

๓.๖. เตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉินสูติกรรม

- จัดกล่อง PPH BOX/ถุงตวงเลือด/Condom Balloon และจัดเตรียมกล่องยาฉุกเฉิน
- จัดระบบพี่ช่วยน้องสามารถ Consult พยาบาลที่มีประสบการณ์ได้ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

๓.๗. จัดอบรบเชิงปฏิบัติ ซ้อมแผนการคลอดฉุกเฉิน /การภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม

๓.๘. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด (NCPR)

๓.๙. ส่งฝึกทักษะประสบการณ์ทางสูติกรรม โรงพยาบาลแม่ข่าย M๒ ฟื้นฟูทักษะการทำคลอด ๑ ครั้ง /ปี

กิจกรรมที่ ๔ : การนิเทศ ติดตามและควบคุมกำกับ

๔.๑. จัดประชุมคณะกรรมการ MCHB ระดับอำเภอ

- ทบทวนคณะกรรมการ MCHB ระดับอำเภอ เพื่อควบคุม กำกับติดตามงาน
- ประเมินผลการดำเนินงานตามไตรมาสหรือทุก ๖ เดือน
- Conference case ที่พบปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

๔.๒. นิเทศงานใน รพ.สต. ติดตามและควบคุมกำกับและติดตามตำบลมหัศจรรย์ ๒๕๐๐ วันและประเมินมาตรฐานสพด๔ D

๔.๓. หน่วยงานภายนอกเยี่ยมนิเทศติดตามงานแม่และเด็ก

กิจกรรมที่ ๕ : ประเมินผลลัพธ์

๕.๑ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญ ในทุกระดับอย่างต่อเนื่องโดยทีมMCHB

๕.๒. สรุปประเมินผลการดำเนินงาน รอบ ๖, ๑๒ เดือน

๔. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข)

ข้อมูล / ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย (Target)	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒	ปี ๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗ ตค๖๖-สค.๖๗
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๗๕	๗๙.๘๐	๘๔.๑๕	๗๘.๙๘	๘๓.๔๕	๗๖.๑๐	๖๔.๓๘	๗๒.๑๓
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๗๕	๖๖.๑๗	๗๘.๖๒	๗๒.๗๓	๘๓.๒๒	๗๓.๔๗	๕๖.๙๓	๗๐.๒๕
ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๙๒.๓๔	๙๕.๒๔	๘๐.๘๗	๘๖.๓๖	๗๗.๑๔	๘๕.๓๓	๘๒.๗๑
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐	-	-	-	-	๖.๑๒	๑๓.๘๗	๒๕.๖๒
ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกินร้อยละ ๗	๕.๐๒	๘.๐๔	๘.๙๗	๖.๑๖	๑๑.๗๓	๑๓	๙.๑๕
ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า ๒,๗๕๐ กรัม	> ร้อยละ ๘๕	-	-	-	-	-	๖๖.๒๘	
งานห้องคลอดคุณภาพ ไม่มีมารดาตาย	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐	๐
จำนวนการคลอดฉุกเฉินรพ.แม่เมาะ	๐	๗	๙	๑๑	๗	๙	๗	๑
ลดมารดาตาย	ไม่มีมารดาตาย	๐	๑	๐	๐	๐	๐	๐
เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๖	-	-	-	-	๙๗.๓๔	๙๕.๓๓	๗๙.๒๒

๕. สถานการณ์ทั่วไปและผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ ๑ แก้ปัญหาเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและพัฒนาคุณภาพการฝากครรภ์

๑.ไม่มีหญิงหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคร่วมทางอายุรกรรม ตั้งครรภ์

๒.หญิงตั้งครรภ์ขึ้นทะเบียนปี ๒๕๖๗ จำนวน ๑๗๑ ราย คลอดแล้ว ๑๑๙ ราย คงเหลือ ยังไม่คลอด จำนวน ๕๒ ราย หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง รายใหม่ ๑๖ ราย (ปีงบ ๒๕๖๗)

- ภาวะเสี่ยงจากอายุมากกว่า ๓๕ ปี จำนวน ๔ ราย

ในพื้นที่แม่เมาะ ๒ ราย,นาสักและจางเหนือ ๒ ราย

- ภาวะเสี่ยงจากอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี จำนวน ๗ ราย

ในพื้นที่ นาสัก จางเหนือและสบป้าด ๖ ราย ตำบลบ้านดง ๑ ราย

- ภาวะเสี่ยงทางด้านอายุรกรรม (GDMA๑, syphilis) จำนวน ๓ ราย

ในพื้นที่ นาสัก แม่เมาะและสบป้าด ๓ ราย

- ภาวะเสี่ยงทางด้านสูติกรรม จำนวน ๒ ราย ในพื้นที่นาสักและสบป้าด ๒ ราย

ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์

ตำบลบ้านดง จำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๘๑.๒๕

ตำบลนาสัก จำนวน ๕ ราย ร้อยละ ๗๒.๒๒

ตำบลจางเหนือ แบ่งเป็นรพสต.บ้านทาน จำนวน ๐ ราย ร้อยละ ๑๐๐

รพสต.กอรวก จำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๘๔.๖๒

ตำบลแม่เมาะ จำนวน ๑๒ ราย ร้อยละ ๕๕.๕๖

ตำบลสบป้าด จำนวน ๑๐ ราย ร้อยละ ๗๔.๓๖

ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒๕๐๐ กรัม เท่ากับ ๙.๑๕ จากการวิเคราะห์ผลการคลอดน้ำหนักต่ำกว่า ๒๕๐๐ กรัม จำนวน ๑๔ คน ในเขตพื้นที่

ตำบลบ้านดง จำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๑๓.๐๔

ตำบลสบป้าด จำนวน ๕ ราย ร้อยละ ๑๓.๕๑

ตำบลนาสัก จำนวน ๒ ราย ร้อยละ ๙.๕๒

ตำบลแม่เมาะ จำนวน ๓ ราย ร้อยละ ๖.๙๘

ตำบลจางเหนือ จำนวน ๑ ราย ร้อยละ ๓.๔๕

๓.พัฒนาระบบติดตามข้อมูลและดูแลหญิงตั้งครรภ์ในเขต ที่ฝากครรภ์คลินิกหรือโรงพยาบาลเอกชน

๔. ให้บริการฝากครรภ์ตามแนวทาง Lampang ANC ๒๐๑๘

กิจกรรมที่ ๒ พัฒนาห้องคลอดคุณภาพ

๑.ให้บริการตามแนวทางห้องคลอดคุณภาพ

๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม/ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพทารกแรกเกิด มีการจัดอบรมประชุม ในวันที่ ๒๓ ,๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๗

๓. ส่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินฝึกทักษะประสบการณ์ทางสูติกรรมการทำคลอด โรงพยาบาลเกาะคา คนละ ๓ วัน จำนวน ๔ คน ดังนี้

๑.นางสาวสุพิศษา เทศกาล

๒.นางสาวธิดารัตน์ ธิดุลดุก

๓.นางสาววิภาพร จันทะนาม

๔.นางสาวธาริณี ปินใจกุล

กิจกรรมที่ ๓ การนิเทศ ติดตามและควบคุมกำกับ

มีจัดประชุมคณะกรรมการ MCHB ระดับอำเภอ จำนวน ๒ ครั้งในปี ๒๕๖๗ ยังขาดการติดตามนิเทศงานในรพ.สต. แต่ติดตามงานผ่านไลน์กลุ่ม MCH Board

กิจกรรมที่ ๔ ประเมินผลลัพธ์

ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญในทุกระดับอย่างต่อเนื่องโดยทีม MCHB สรุปประเมินผลการดำเนินงาน รอบ ๖ , ๑๒ เดือน

กิจกรรมที่ ๕ ส่งเสริมความรอบรู้โรงเรียนพ่อแม่

สร้าง HL Program สอนให้พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กและครูพี่เลี้ยง ใน ศพด.อสม. สำรวจข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย จัดทำ Package การให้คำแนะนำหญิงตั้งครรภ์รายไตรมาสและประเมิน HL รายบุคคล

สร้างแกนนำเครือข่าย ๒,๕๐๐ วัน ในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ โดยใช้อสม.สาขานมแม่ทุกหมู่บ้าน ดำเนินการโดยมอค.ทุกหมู่บ้าน๕.๔ จัดทำคู่มือการดูแลเด็ก สื่อสารทำความเข้าใจและประเมินผู้ปกครอง

- ประเมินภาวะเจริญเติบโตและจัดกลุ่มตามความเสี่ยง (เขียว เหลือง ส้ม แดง)
- ติดตามเด็ก เตี้ย ผอม อ้วน รายบุคคลตามเกณฑ์ฯ การเจริญเติบโตบูรณาการกับทีม
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้เรื่องโภชนาการพ่อแม่ผู้ปกครองในคลินิกเด็กเตี้ยเด็กอ้วนและใน WCC
- สอนพ่อแม่ ผู้ปกครอง ในการแปรผลการเจริญเติบโตและแปรผลกราฟโภชนาการ
- สอนพ่อแม่ในการประเมินโภชนาการแปรผลกราฟการเจริญเติบโตรู้ว่าลูก อ้วน ผอม เตี้ยและสามารถคัดกรองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง
- เด็กเตี้ย ผอมทุกคนได้รับ นม ๒ กล่อง ไข่ ๑ ฟอง ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่เด็กอ้วนและเริ่มอ้วน (อปท.รับผิดชอบ)
- ศูนย์เด็ก และ ร.ร.อนุบาล ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง แปรผลกราฟสม่ำเสมอ เพื่อแก้ไขปัญหา เด็กเตี้ย เด็กอ้วน ผอม
- กำหนดให้ใช้ตำรับอาหารสำหรับศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย (เมนูอาหาร ๔ สัปดาห์)
- ประสาน ศพด. เพิ่มกิจกรรมกระโดดโลดเต้นเล่นอิสระ +นม ๒ กล่องไข่ ๑ ฟอง

กิจกรรมที่ ๖ ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

- สอนผู้ปกครอง และ อสม.วิธีส่งเสริมพัฒนาการและฝึกทักษะ EF โดยใช้ DSPM
- ทบทวนการใช้ DSPM , EF ผู้รับผิดชอบคลินิก WBC รพ.สต.และรพ.
- สอนผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการและฝึกทักษะ EF เด็กปฐมวัย จัดกิจกรรมครบครัว สอนใช้คู่มือ DSPMและการอ่านนิทานสร้าง EF สอนผู้ปกครองประเมินพัฒนาการ Plot Graph การเจริญเติบโตทุกครั้งก่อนมารับบริการ
- มีการจัดอบรมพัฒนาศักยภาพพัฒนาครู ศพด.ในเรื่อง DSPM , EF พัฒนาการและโภชนาการและสุขภาพช่องปาก

๔. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
๑. พบปัญหาหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์มากกว่า ๑๒ สัปดาห์ สาเหตุจากการขาดความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการคุมกำเนิด ไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ ครรภ์ปกปิด ฝากครรภ์ช้า ย้ายมาจากจังหวัดอื่น ปัญหาเศรษฐกิจ	๑.ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ตั้งครรภ์ให้มาฝากครรภ์ทันทีเมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์ ๒.จัดอบรมให้ความรู้แก่หญิงวัยเจริญพันธุ์ นักเรียนนักศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบ
๒. เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า ๒๕๐๐ กรัม ยังไม่ผ่านเกณฑ์	๑.ประเมินภาวะโภชนาการหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำหนักตัวน้อย น้ำหนักไม่ขึ้นตามเกณฑ์ ส่งพบนักโภชนากรเพื่อให้ความรู้และแนะนำเรื่องการรับประทานอาหาร ๒.ค้นหาภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และส่งต่อพบแพทย์เพื่อประเมินภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
๓.ผู้รับผิดชอบงานไม่มีเวลาในการจัดทำระบบข้อมูล ประเมินหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากมีเวลาปฏิบัติงานคลินิกฝากครรภ์ สัปดาห์ละ ๑ วัน	๑.เพิ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานช่วยคลินิก
๔. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและฐานะของผู้ปกครอง	๑. มีโครงการรองรับสำหรับปัญหาโภชนาการ สนับสนุนงบจากกองทุน กปท กสต.
๕ เด็กบางคนอยู่กับตายาย หรือผู้ดูแลที่ไม่ใช่พ่อแม่	๑. ออกติดตามเยี่ยมเด็กที่เพื่อปรับภาวะโภชนาการให้เป็นเด็กสูงดีสมส่วน
๖. ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว	๑.ประสานการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจกับองค์กรส่วนท้องถิ่น พิจารณาเป็นรายบุคคล
๗. การติดตามเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้า	๑.เน้นการเยี่ยมบ้านและส่งต่อเด็กที่พบปัญหาการติดตามอย่างต่อเนื่อง

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

จัดประชุมเครือข่าย MCH อำเภอแม่เมาะทุก ๓ เดือน เพื่อติดตามหารือร่วมกันในประเด็นต่างๆ ขอความร่วมมือในการค้นหาหญิงตั้งครรภ์ และให้พื้นที่ให้ความรู้เรื่องการฝากครรภ์ การปฏิบัติดูแลตนเองในหญิงเจริญพันธ์ทุกวัย เพื่อลดการมาฝากครรภ์ล่าช้า นอกจากนี้มีการติดตามและฝากครรภ์ได้ที่รพสต.ใกล้บ้าน และรพ.ควบคู่กันได้ , จัดสร้างสื่อการเรียนรู้เรื่องโภชนาการ โรคต่างๆ การปฏิบัติตัวในกลุ่ม official line หญิงฝากครรภ์รพ.แม่เมาะ เพื่อกระตุ้นให้หญิงตั้งครรภ์สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และเห็นความสำคัญของการตั้งครรภ์ , ติดตามหญิงหลังครรภ์เชื่อมข้อมูลกับทีมปฐมภูมิ เพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องและให้บรรลุตามเป้าหมายของตัวชี้วัด , โอกาสพัฒนาที่หญิงวัยเจริญพันธ์ เมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ สามารถมาฝากครรภ์ได้ ตามเป้าประสงค์ ANC Anywhere Anytime เข้าถึงระบบบริการมากขึ้น

นอกจากนี้งานอนามัยมารดาและเด็ก ยังเชื่อมต่อไปยังทีมห้องคลอด รพ.แม่เมาะ ซึ่งเปิดให้บริการเฉพาะ case fully BBA ได้เพิ่มโอกาสพัฒนาคือ เฝ้าระวังและเตรียมความพร้อมของบุคลากรและอุปกรณ์ห้อง

คลอดเสมอ มีการตรวจเช็คอุปกรณ์เครื่องใช้และยาให้พร้อมใช้งานทุกวัน และจากปัญหาที่พบในเคสที่ผ่านมาในปีงบ ๒๕๖๗ ทีมห้องคลอดเล็งเห็นถึงความสำคัญ นำปัญหาที่พบไปปรับปรุงในด้านเครื่องมือ จัดทำเข้าแผนในปีงบ ๒๕๖๘ เช่น การจัดซื้อเครื่อง O๒ sat ของเด็ก , stethoscope เด็ก , เครื่อง Neo puff T-piece resuscitation , เครื่อง infant incubator , ถุงถั่วเขียวสำหรับ keep warm เป็นต้น และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง NCPR ,การทำคลอดฉุกเฉิน ทุกๆปี ให้แก่บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้รับความรู้ ฝึกทักษะเชี่ยวชาญ สามารถทำงานเป็นทีมให้มีคุณภาพมากขึ้น

ผู้รับผิดชอบ นางจิตรลดา แสนกาวี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบ สุพิศษา เทศกาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบ พัชรพร สุเมธา
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงาน สสอ.
วัน/เดือน/ปี ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑

๑. ประเด็น โครงการ..ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุ อำเภอแม่เมาะ

๒. เป้าหมาย/เป้าประสงค์

๒.๑. มีการขยายกิจกรรมดูแลสุขภาพ กล่มุ อายุ ๕๐-๕๙ ปี ขึ้นไป ระดับตำบล ร้อยละ ๔๐ ของตำบลทั้งหมด

๒.๒. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ลำพัง ได้รับการดูแล ร้อยละ ๘๕

๒.๓. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและส่งต่อ ร้อยละ ๘๐

- ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐๐
- ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ ๑๐๐

๓. กลยุทธ์

กิจกรรมที่ ๑ Pre - aging program อายุ ๕๐-๕๙ ปี

๑.๑ ประสานความร่วมมือร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมในประเด็นการออม,สิ่งแวดล้อม,การใช้เทคโนโลยี

๑.๒ เตรียมความพร้อมทีม

๑.๓ คัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

๑.๔ เปิดศูนย์ให้คำปรึกษาสุขภาพ “Anti Aging Center”ประชาสัมพันธ์สร้างกระแส : Style Smile Smart

๑.๕ จัดกิจกรรม intervention ตามหลักสูตร (๘ weeks)

๑.๖ สร้าง Line group Anti Aging Center รายตำบล

๑.๗ ติดตามและประเมินผลรายบุคคล/ภาพรวม

กิจกรรมที่ ๒ อยู่ลำปางไม่ลำพัง

๒.๑ คัดกรอง Geriatric syndrome ในกลุ่มอายุ๖๐ ปีขึ้นไป (๙ ด้านใน smart อสม, ๑๐ เรื่องใน HOSxP, JHCIS)

๒.๒ อัพเดททะเบียนผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง กลุ่มติดเตียงและกลุ่มเปราะบาง

๒.๓ สำรวจบุคคลากรในการอบรม CM ที่ขาด /ย้าย/ เกษียณ

๒.๔ จัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง(Care giver) ใหม่ หลักสูตร ๗๐ ชม กรมอนามัย

- ประชุมติดตามผลการดำเนินงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง (Care giver) ๒ ครั้ง

๒.๕ ประสานเครือข่าย เพื่อออกแบบแนวทางการดูแล จัดระบบส่งต่อ

๒.๖ ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง กลุ่มติดเตียง และกลุ่มเปราะบาง

๒.๗ ติดตามข้อมูลเชิงคุณภาพหลังการดูแลตาม care plan / ระบบเยี่ยมบ้าน (COC)

กิจกรรมที่ ๓ Lampang Smart Aged Society

๓.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการบูรณาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับอำเภอ

๓.๒ คัดกรอง ๙ ด้าน ผ่าน smart อสม.

๓.๓ ทุก PCU ออกแบบและจัดบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุ Fall,สมองเสื่อม,ข้อเข่า

๓.๔ ให้บริการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุประเด็น fall,สมองเสื่อม,ข้อเข่า

๓.๕ รายงาน ประเมินผลการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ ๔. Trianing Center

๔.๑ ประชาสัมพันธ์การอบรม CG/CC ๒ รุ่นให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่

กิจกรรมที่ ๕ การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล

๕.๑ จัดตั้งศูนย์ชีวาภิบาล เปลี่ยนชื่อศูนย์ COC เป็นศูนย์ชีวาภิบาล

๕.๒ ประชุมคณะทำงานสถานชีวาภิบาลระดับอำเภอ

๕.๓ จัดระบบบริการชีวาภิบาล ดังนี้

- คัดกรองผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) จัดทำ Care plan
- จัดบริการดูแลผู้ป่วยประคับประคองและคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ
- จัดทำทะเบียนผู้ป่วย LTC และ PC
- มีระบบบริหารจัดการผู้ดูแล (care giver)
- บริการดูแลผู้ป่วย LTC /palliative care
- ประสานการดูแลส่งต่อเพื่อรับบริการที่บ้าน/ชุมชน/และรับปรึกษาแก่เครือข่าย

กิจกรรมที่ ๖ ติดตามและประเมินผล ทุก ๓ เดือน

๔. ตัวชี้วัด ค่าเป้าหมาย และผลงาน (ตามยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข)

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
๑. มีการขยายกิจกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่ม อายุ ๕๐-๕๙ ปี ขึ้นไป ระดับตำบล	ร้อยละ ๔๐ ของตำบลทั้งหมด	อำเภอแม่เมาะมีทั้งหมด ๕ ตำบล มีการการขยายกิจกรรมดูแลสุขภาพ กลุ่ม อายุ ๕๐-๕๙ ปี ขึ้นไป ทั้งหมด ๓ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๖๐
๒. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ลำพัง ได้รับการดูแล	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๑๐๐
๓.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๖.๓๔
๔.ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองได้รับการส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๒๕.๕๒
คลินิกผู้สูงอายุดำเนินการ		
๑. ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
๒. ผู้สูงอายุที่เกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๕. สถานการณ์ทั่วไปและผลการดำเนินงาน

๑. ผลการดำเนินงานคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้านอำเภอแม่เมาะ

จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
๗,๔๒๖	๗,๑๕๔	๙๖.๓๔

ข้อมูลจาก HDC ณ วันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

๒. การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน จาก HDC ณ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

กิจกรรมการคัดกรอง	การมองเห็น	การกลั้นปัสสาวะ	การได้ยิน	การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	ความคิดความจำ	ภาวะซึมเศร้า (๒Q)	การเคลื่อนไหว	สุขภาพช่องปาก	ภาวะขาดสารอาหาร
จำนวนคัดกรอง	๗,๒๗๑	๗,๒๖๖	๗,๑๖๐	๗,๒๘๘	๖,๓๕๑	๗,๒๘๕	๗,๒๘๐	๗,๒๘๒	๗,๑๘๖
ร้อยละ	๙๗.๙๑	๙๗.๘๕	๙๖.๔๒	๙๘.๑๔	๘๕.๕๒	๙๘.๑๐	๙๘.๐๓	๙๘.๐๖	๙๖.๗๗
ปกติ	๗,๒๖๕	๗,๑๒๘	๗,๑๔๐	๗,๑๓๖	๕,๙๖๖	๗,๒๘๑	๖,๙๔๘	๗,๑๕๗	๗,๑๗๗
ปกติ (ร้อยละ)	๙๙.๙๒	๙๘.๑๐	๙๙.๗๒	๙๗.๙๑	๙๓.๙๔	๙๙.๙๕	๙๕.๔๔	๙๘.๒๘	๙๙.๘๗
ผิดปกติ	๖๖๗	๑๓๖	๒๐	๑๕๒	๓๘๕	๔	๓๒๒	๑๒๕	๙
ผิดปกติ (ร้อยละ)	๙.๑๗	๑.๘๗	๐.๒๘	๒.๐๙	๖.๐๖	๐.๐๕	๔.๕๖	๑.๗๒	๐.๑๓

๓. ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแม่เมาะ

ผู้สูงอายุที่พบว่าเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม จำนวนทั้งหมด ๗๑๗ คน ดำเนินการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแม่เมาะ ๑๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๕.๕๒

การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ	รวม
จำนวนผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	๑๘๓
จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม(คน)	๙๐
จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๙๐
จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมคิดร้อยละ	๑๐๐
จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม(คน)	๗๔
จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๖๖
จำนวนผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มคิดร้อยละ	๘๙.๑๙

๔. ผลการดำเนินงานตำบล LTC (๑๐๐%)กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มที่อยู่ลำพัง ได้รับการดูแล ณ วันที่ ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ผู้มีภาวะพึ่งพิง	จำนวน care plan	ร้อยละการจัดทำ care plan
๑๐๖	๑๐๖	๑๐๐

๕. ผลการดำเนินจัดอบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง (Care giver) รายใหม่ หลักสูตร ๗๐ ชม กรมอนามัย จำนวน ๔๔ หมู่บ้าน หมู่บ้านละ ๒ ราย รวมทั้งสิ้น ๘๘ ราย

- มีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ทั้งสิ้น ๘๘ ราย

๖. ปัญหาและแนวทางการพัฒนา

ปัญหา	แนวทางพัฒนา
๑.ระบบการลงข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน มาจาการดึงข้อมูล ๓ แหล่งคือ ๓ หมอ, bluebook JHCIS HDC ส่งผลให้การะประมวลผลล่าช้าและไม่ครบถ้วน	ทบทวนกระบวนการคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้านในระดับผู้ปฏิบัติ คือ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการส่งต่อผู้ป่วยเข้าระบบคลินิกผู้สูงอายุเข้าระบบการรักษา เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง
๒.คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลแม่เมาะ	๑.ทบทวนCPG การให้บริการคลินิกผู้สูงอายุรพแม่เมาะ ๒.ประชุมชี้แจงระบบบริการของคลินิก ๓.ระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง ๔.ระบบการประสานงานช่วยเครือข่ายในพื้นที่ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุอำเภอแม่เมาะ ๕.ประสานพื้นที่ส่งผู้สูงอายุเข้าคลินิกสูงอายุกำหนดเป้าหมายและพื้นที่ให้ชัดเจนเข้ารับบริการทุกวันพุธ

ผู้รับผิดชอบ นางวัชรี คำภิระปาวงศ์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน บริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
วัน/เดือน/ปี ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบ นส. ศุสินันท์ คำมาวงศ์
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงาน สสอ.แม่เมาะ
วัน/เดือน/ปี ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่...๑.....

๑. ประเด็น : โครงการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข			
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	-เปิดพื้นที่ให้วัยรุ่นได้แสดงออกและสร้างเรียนรู้ทักษะชีวิตอย่างสร้างสรรค์	อย่างน้อย ๑ กิจกรรมเปิดพื้นที่ให้วัยรุ่นได้แสดงออกและสร้างเรียนรู้ทักษะชีวิตอย่างสร้างสรรค์	-มีเวทีให้วัยรุ่นได้แสดงออก ๑ ครั้ง ในเวที TO BE NUMBER ONE กิจกรรมการแสดง การวาดภาพประกวด การตอบคำถาม
	-โพสต์Content ด้านสุขภาพวัยรุ่น และกิจกรรม ตามความต้องการของวัยรุ่น	๑ ครั้ง/สัปดาห์	-โพสต์Content ๑-๒ ครั้ง/เดือน เป็นการประชาสัมพันธ์กิจกรรมต่างๆของวัยรุ่น และ Content สุขภาพกายจิต
	-เปิดช่องทางให้คำปรึกษาonline สำหรับวัยรุ่น	อย่างน้อย ๑ ช่องทาง วัยรุ่นใช้บริการขอคำปรึกษาผ่านช่องทางต่างๆ	มี ๓ ช่องทาง -เพจfacebook "เพื่อนใจวัยรุ่น แม่เมาะ" มีวัยรุ่นทักมาปรึกษา ๔ ราย เรื่องเพศ ๑ ราย เรื่องเครียด ๓ ราย มีผู้ติดตามเพจ ๓๒๓ คน คิดเป็น ๑๐.๗ % (ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๒๑๘ คน คิดเป็น ๗.๒๒% เพิ่มขึ้น ๑๐๕ คน) -ช่องทางเบอร์โทรสายด่วนสุขภาพจิต ๐๖๖๑๒๑๐๕๑๐ -สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓

	-เปิดช่องทางให้คำปรึกษาonline สำหรับพ่อแม่วัยรุ่น	อย่างน้อย ๑ ช่องทาง	มี ๓ ช่องทาง -ช่องทางเบอร์โทรสายด่วนสุขภาพจิต ๐๖๖๑๒๑๐๕๑๐ โทรมา ๔ ราย เรื่องลูกใช้สูบบุหรี่ไฟฟ้า๒ ราย ลูกทำแฟนท้อง และติดมือถือ -เพจกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดรพ.แม่เมาะมีผู้ติดตาม ๑๑๙ คน -สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓

กิจกรรมที่ ๑ กิจกรรม "เพื่อนใจ วัยรุ่นแม่เมาะ"

ผลการดำเนินงาน

-ยกเลิกกิจกรรม

กิจกรรมที่ ๒ . กิจกรรมเผยแพร่สื่อในระบบออนไลน์

ผลการดำเนินงาน

-มีการประชาสัมพันธ์เบอร์สายด่วน แหล่งเข้าถึงการช่วยเหลือวัยรุ่นในเพจfacebook และออกประชาสัมพันธ์ในสถานศึกษาโรงเรียนแม่เมาะวิทยา และโรงเรียนอนุบาลแม่เมาะ รวมถึงประชาสัมพันธ์รูปแบบป้ายประชาสัมพันธ์ในรร.มัธยมศึกษาในอำเภอแม่เมาะ ๗ แห่ง

-มีการโพสต์ contentสุขภาพ ประชาสัมพันธ์ และแชร์บนเพจ facebook"เพื่อนใจวัยรุ่น แม่เมาะ เป็นระยะ ๑-๒ ครั้ง/เดือน

-ประชาสัมพันธ์เพจ facebook ซึ่งเป็นแหล่งเข้าถึงการช่วยเหลือของวัยรุ่นมีผู้ติดตาม ๓๒๓ คน คิดเป็น ๑๐.๗ เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๖ ซึ่งมี ๒๑๘ คน เพิ่มขึ้นจำนวน ๑๐๕ คน รวมทั้งเบอร์สายด่วนสุขภาพจิตรพ.แม่เมาะ ๐๖๖-๑๒๑๐๕๑๐

-สำหรับผู้ปกครองเปิดช่องทางประชาสัมพันธ์เบอร์สายด่วนสุขภาพจิตรพ.แม่เมาะ ๐๖๖-๑๒๑๐๕๑๐ ไปตามกลุ่มไลน์ของชุมชนแต่ละตำบลรวมถึง ช่องทางป้ายประชาสัมพันธ์ในชุมชนทั้ง ๕ ตำบลเพื่อการเข้าถึงการช่วยเหลือและการปรึกษารวมถึงการส่งต่อ ส่วนใหญ่ผู้ปกครองจะมาช่องทางที่ครูส่งมาพร้อมกับนักเรียนเพื่อการช่วยเหลือ

-มีระบบการประสานงาน ช่องทางการติดต่อกับทางโรงเรียนทั้งทางไลน์ “ครูอนามัยโรงเรียนแม่เมาะ” และทางโทรศัพท์ในการส่งต่อcase เพื่อการดูแล

กิจกรรมที่ ๓. พบผู้ปกครอง

ยกเลิกกิจกรรม

กิจกรรมที่ ๔. การจัดตั้งศูนย์ประสานงาน TO BE NUMBER ONE

ผลการดำเนินงาน

อำเภอแม่เมาะได้ดำเนินการขยายชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ได้แก่

- ชมรมและศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในชุมชน จำนวน ๕ แห่ง คิดเป็นร้อยละ๑๐๐
- ในสถานศึกษา จำนวน ๒๑ ชมรม คิดเป็นร้อยละ๑๐๐
- ในสถานประกอบการมีสถานประกอบการเข้าร่วมชมรม TO BE NUMBER ONE คือบริษัท สหกลอิควิปเมนท์ จำกัด (มหาชน) ซึ่งมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นศูนย์ประสานงาน มีการจัดเก็บข้อมูลรายงานและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ปีละ ๒ ครั้ง
- ปัจจุบันมีสมาชิก TO BE NUMBER ONE ทั้งหมด ๓,๖๕๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๓๑

๔. ปัญหาและอุปสรรค

จากการวางแผนการทำงาน แต่ไม่สามารถทำได้ตามแผน จากการทำงานไม่ทันการด้วยมีงานที่หลากหลาย รวมทั้งงานแทรก ทั้งนี้ปี ๒๕๖๗ บุคลากรมีจำนวนลดลงจากที่ส่งบุคลากรไปอบรมเพื่อการพัฒนาตัวเอง ๖ เดือน จึงทำงานไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

-มีการวางแผนการออกเชิงรุกในสถานศึกษา และไปตามแผน

-จากการวิเคราะห์ปัญหาของวัยรุ่นในปี ๒๕๖๗ ของอำเภอแม่เมาะพบปัญหาเรื่องบุหรี่ไฟฟ้า วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า พยายามทำร้ายตัวเอง สารเสพติด ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว นำไปวางแผนและออกแบบการช่วยเหลือให้เหมาะสม

-สร้างเครือข่ายในทุกระดับชั้นมัธยมศึกษาในการสังเกต เฝ้าระวัง ส่งต่อการช่วยเหลือเพื่อน

ผู้รับผิดชอบ_...กมลพร สุขร่องช้าง.....
ตำแหน่ง ...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ....
กลุ่มงาน ..จิตเวชและยาเสพติด...
วัน/เดือน/ปี...๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗....

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ PP&P Excellence

๑. ประเด็น : ในปีงบประมาณ๒๕๖๗ อำเภอแม่เมาะคัดกรองโรคเบาหวาน ในประชากร อายุ≥๓๕ปี จำนวน ๑๕,๔๕๐ราย พบกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน จำนวน ๑,๒๕๒ราย คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ในประชากร อายุ ≥ ๓๕ปี จำนวน ๑๒,๓๘๑ ราย พบกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ๑,๒๐๑ ราย ยอดผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบจำนวน ๒,๕๗๘ ราย ยอดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน ๕,๙๗๓ ราย อัตราป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงจากปีที่ผ่านมาคิดเป็น ๑๕๑๖.๔๕ ต่อแสนประชากร อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานปีที่ผ่านมาคิดเป็น ๘๑๒.๙๐ ต่อแสนประชากร อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมได้ ร้อยละ ๖๑.๕๔ อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๗.๐๔

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑. การคัดกรอง DM HT ประชาชนที่มีอายุ > ๓๕ ปี ขึ้นไป	≥ ร้อยละ ๙๐	๙๔.๙๐
	๒. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีระดับน้ำตาลลดลงและหรือ BMI ลดลง	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๐
	๓. กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงและหรือ BMI ลดลง	≥ ร้อยละ ๘๐	๘๐
	๔. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน กลับมาเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ	≥ ร้อยละ ๕๐	๖๐.๖๔
	๕. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง กลับมาเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ	≥ ร้อยละ ๕๐	๖๒.๕๐
	๖. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HBA๑C ปีละ ๑ ครั้ง	≥ ร้อยละ ๗๐	๗๒.๑๙
	๗. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	≥ ร้อยละ ๔๐	๒๗.๐๔
	๘. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ ร้อยละ ๖๐	๖๒.๔๘
	๙. กลุ่มป่วยเบาหวานสีแดง Uncontrolled มีการลดลงของสี ๑ ระดับ	≥ ร้อยละ ๕๐	๗๓.๑๐
	๑๐. กลุ่มป่วยความดันโลหิตสูงสีแดง Uncontrolled มีการลดลงของสี ๑ ระดับ	≥ ร้อยละ ๕๐	๗๓.๑๐
	๑๑. การคัดกรอง CVD risk	≥ร้อยละ ๙๐	๖๕.๕๓
	๑๒. การคัดกรองไต	≥ร้อยละ ๘๐	๗๓.๗๐
	๑๓. การคัดกรองตา	≥ร้อยละ ๖๐	๖๒.๗๒
	๑๔. การคัดกรองเท้า	≥ร้อยละ ๖๐	๖๒.๘๘
	๑๕. ทำ EKG ๑๒ Lead ในผู้ป่วย DM,HT อายุ ๖๐-๗๙ ปีทุกราย ที่มี CVD risk ≥ ๒๐	≥ ร้อยละ ๙๐	๖๐.๒๕

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

๓.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบ ๒๕๖๕	ปีงบ ๒๕๖๖	ปีงบ ๒๕๖๗ ๒๒ ส.ค. ๒๕๖๗
๑. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	≥๙๐%	๙๓.๙๑	๙๕.๐๙	๙๔.๙๐
๒.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥๘๕%	๙๒.๒๘	๙๙.๗๗	๙๓.๒๖
๓.กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลงและหรือ BMI ลดลง	≥ ๘๐	๙๘.๐๐	๙๔.๔๔	๒๙.๕
๔. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง กลับมาเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ	≥ ๕๐	๙๘.๐๐	๙๔.๔๔	๖๒.๕๐
๕.ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่ม Pre-HT ปีที่ผ่านมา	≤ ๒.๕	๔.๑๓	๔.๒๔	๗.๒๙
๖. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	≥๙๐%	๙๔.๘	๙๕.๗๖	๙๕.๐๔
๗.ร้อยละของการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥๗๒%	๕๙.๖๔	๖๒.๐๒	๖๙.๗๖
๘. กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีระดับน้ำตาลลดลงและหรือ BMI ลดลง	≥ ๘๐	๙๔.๐๐	๙๘.๖๕	๒๕
๙.กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน กลับมาเป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มปกติ	≥ ๕๐	๙๔.๐๐	๙๘.๖๕	๖๐.๖๔
๑๐.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM ปีที่ผ่านมา	≤๑.๗๕	๒.๔๗	๓.๘๓	๓.๔๐
๑๑.ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	> ๖๐%	๖๑.๑๔	๖๔.๑๙	๖๒.๔๘
๑๒.ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	> ๔๐%	๒๔.๐๖	๒๔.๒๑	๒๗.๐๔
๑๓.ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจHba๑c ปีละ ๑ครั้ง	≥๗๐%	๕๙.๒๕	๗๖.๙๕	๗๒.๑๙
๑๔.ร้อยละกลุ่มป่วยเบาหวาน/ความดันสีแดงuncontrolled มีการลดลงของระดับสี๑ระดับ	≥๕๐%	๗๐.๒๗	๕๔.๙๐	๗๓.๑๐
๑๕.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥๙๐%	๘๒.๒๕	๘๑.๔๕	๖๕.๕๓
๑๖.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	> ๘๐%	๖๔.๙๘	๗๔.๑๙	๗๓.๗๐
๑๗.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	> ๖๐%	๖๔.๐๔	๖๔.๕๔	๖๒.๗๒
๑๘.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	> ๖๐%	๕๙.๕	๖๐.๖๒	๖๒.๘๘
๑๙.ร้อยละการทำ EKG ๑๒ Lead ในผู้ป่วย DM,HT อายุ ๖๐-๗๙ ปี ที่มี CVD risk ≥ ๒๐	≥๙๐ %	NA	๙๕.๔๘	๖๐.๒๕

๓.๒ เชิงคุณภาพ

๓.๒.๑ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เป้าหมาย ≥ ๔๐% ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมายแต่มีแนวโน้มควบคุมได้เพิ่มมากขึ้น เปรียบเทียบในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ โดยควบคุมได้ร้อยละ ๒๔.๐๖, ๒๔.๒๑, ๒๗.๐๔ ตามลำดับ

๓.๒.๒ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย ≥๖๐% ในปีงบประมาณ ๒๕๖๕-๒๕๖๗ ควบคุมได้โดยผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ ๖๑.๑๔, ๖๔.๑๙, ๖๒.๔๘ ตามลำดับ

๓.๒.๓ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๕๐ ราย แบ่งเป็นเสี่ยงเบาหวาน ๘๓ ราย เสี่ยงความดัน ๕๖ ราย และเสี่ยงทั้งเบาหวานและความดัน ๑๑ ราย ประเมินพฤติกรรมสุขภาพเบื้องต้นพบว่า มีความรู้เรื่องสุขภาพปานกลาง มีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องบริโภคข้าวและแป้งสูง ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายจำนวน ๑๕๐ ราย กลับมาเป็นกลุ่มปกติ ๕๗ ราย ยังเป็นกลุ่มเสี่ยง ๙๒ ราย และกลายเป็นกลุ่มป่วย ๑ ราย

๓.๒.๔ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มป่วย DM /HT poor controlled ที่มี Hba๑c > ๘ จำนวน ๑๔๕ ราย ทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนทั้งใน รพ.และ รพ.สต. มีการส่งเสริมทักษะการจัดการตนเองของผู้ป่วย Self-management support การให้คำแนะนำรายกลุ่มและรายบุคคล ด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การทานยา หลังปรับเปลี่ยนมีระดับน้ำตาลลดลงจากระดับสีแดงเป็นระดับสีส้ม เหลือง เขียวรวม ร้อยละ ๗๓.๑๐

๓.๒.๕ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง เป้าหมาย >๘๐% ยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย เปรียบเทียบในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ – ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ ๖๔.๙๖, ๗๔.๑๙, ๗๓.๗๐ ตามลำดับ วางแผนและกำกับติดตาม จัดกิจกรรมคัดกรองประชากรเป้าหมายอายุ >๓๕ปี กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง ในไตรมาสที่ ๑ และออกหน่วยตรวจประจำปีในกลุ่มป่วยในเขตรับผิดชอบของแต่ละรพสต.ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘ บูรณาการรวม การตรวจตา เท้า ฟัน ตรวจ EKG การพร้อมกันแบบทีมสหวิชาชีพ โดยผู้ป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจคัดกรอง Serum creatinine และ urine albumin เพื่อให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

๓.๒.๖ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ทางเท้า ในผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมาย >๖๐ % ทำได้ตามเป้าหมายเปรียบเทียบในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ ๔๙.๕, ๖๐.๖๒, ๖๒.๘๘ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๗ กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ถูกตัดนิ้วเท้า ๑ ราย ร้อยละ ๐.๐๔ ผู้ป่วยเบาหวานระดับเสี่ยงสูง ได้รับการเบิกจ่ายรองเท้าเบาหวานจำนวน ๖๐ ราย

๓.๒.๗ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ในผู้ป่วยเบาหวาน เป้าหมาย >๖๐ % ทำได้ตามเป้าหมาย เปรียบเทียบในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ ๖๔.๐๔, ๖๕.๕๔, ๖๒.๗๒ ตามลำดับ ในปี ๒๕๖๗ พบภาวะแทรกซ้อนทางตารายใหม่ ร้อยละ ๑.๐๙ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาได้รับการส่งต่อพบจักษุแพทย์ จำนวน ๑๑ ราย

๓.๒.๘ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจและสมอง เป้าหมาย >๖๐ % ร้อยละการทำ EKG ๑๒ Lead ในผู้ป่วย DM,HT อายุ ๖๐-๗๙ ปี ที่มี CVD risk ≥ ๒๐ ได้ร้อยละ ๖๐.๒๕ พบ NSTEMI REFER ๓ ราย, AF c RVR ส่งปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ๑ ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ ร้อยละ ๐.๐๓ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองรายใหม่ ร้อยละ ๐.๒๐ ในปี ๒๕๖๗ วางแผนบูรณาการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับการตรวจEKG ในวันที่มารับการตรวจประจำปีในเขตรพสต.ที่รับผิดชอบในแต่ละแห่ง

๓.๓ องค์กรไร้พุง (HLO) ประเมินผลได้ข้อมูลดังตารางต่อไปนี้

หน่วยงาน/องค์กร	รวมทั้งหมด	ประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการฯ (วันที่ ๑ พ.ย. ๒๕๖๖)					ประเมินรอบครั้งที่ ๑ (วันที่ ๓๑ ม.ค. ๒๕๖๗) ครบ ๑๐๐ วัน				
		BMI (คน)			รอบเอว (คน)		BMI (คน)			รอบเอว (คน)	
		BMI ต่ำ	BMI ปกติ	BMI สูง	ปกติ	รอบเอวเกิน	BMI ต่ำ	BMI ปกติ	BMI สูง	ปกติ	รอบเอวเกิน
๑. ที่ว่าการอำเภอ	๓๐	๔	๙	๑๗	๑๖	๑๔	๔	๙	๑๗	๑๖	๑๔
๒. สสอ./รพช./รพ.สต. (สธ.)	๑๘๗	๑๒	๙๙	๗๖	๑๐๔	๘๓	๑๒	๙๙	๗๖	๑๐๔	๘๓
๓. อปท./รพ.สต. (อบจ.)	๓๔๐	๙	๑๖๒	๑๖๙	๑๕๕	๑๘๕	๙	๑๖๒	๑๖๙	๑๕๕	๑๘๕
๔. ชมรม อสม.ตำบล ไร้พุง	๗๙๖	๑๘	๔๔๘	๓๓๐	๓๕๓	๔๔๓	๑๘	๔๔๘	๓๓๐	๓๕๓	๔๔๓
๕. สพฐ.	๕๘	๒	๓๖	๒๐	๓๗	๒๑	๒	๓๖	๒๐	๓๗	๒๑
๖. สพม.	๔๗	๓	๓๐	๑๔	๓๑	๑๖	๓	๓๐	๑๔	๓๑	๑๖
รวม	**๑๔๕๘**	**๔๘**	**๗๘๔**	**๖๒๖**	**๖๙๖**	**๗๖๒**	**๔๘**	**๗๘๔**	**๖๒๖**	**๖๙๖**	**๗๖๒**

หน่วยงาน/องค์กร	รวมทั้งหมด	ประเมินครั้งที่ ๒ (วันที่ ๓๐ เม.ย. ๒๕๖๗) ครบ ๖ เดือน					ประเมินรอบครั้งที่ ๑ (วันที่ ๓๑ ม.ค. ๒๕๖๗) ครบ ๑๐๐ วัน				
		BMI (คน)			รอบเอว (คน)		BMI (คน)			รอบเอว (คน)	
		BMI ต่ำ	BMI ปกติ	BMI สูง	ปกติ	รอบเอวเกิน	BMI ต่ำ	BMI ปกติ	BMI สูง	ปกติ	รอบเอวเกิน
๑. ที่ว่าการอำเภอ	๓๐	๔	๙	๑๗	๑๗	๑๓	๔	๙	๑๗	๑๗	๑๓
๒. สสอ./รพช./รพ.สต. (สธ.)	๑๘๗	๑๑	๑๐๐	๗๖	๑๐๗	๘๐	๑๑	๑๐๑	๗๕	๑๑๐	๗๗
๓. อปท./รพ.สต. (อบจ.)	๓๔๐	๙	๑๖๒	๑๖๙	๑๖๑	๑๗๙	๙	๑๖๒	๑๖๙	๑๖๓	๑๗๗
๔. ชมรม อสม.ตำบล ไร้พุง	๗๙๖	๑๘	๔๕๕	๓๒๓	๓๕๘	๔๓๘	๑๘	๔๕๕	๓๒๓	๓๕๘	๔๓๘
๕. สพฐ.	๕๘	๒	๓๘	๑๘	๔๐	๑๘	๒	๓๘	๑๘	๔๐	๑๘
๖. สพม.	๔๗	๓	๓๑	๑๓	๓๒	๑๕	๓	๓๑	๑๓	๓๒	๑๕
รวม	๑๔๕๘	๔๗	๗๙๕	๖๑๖	๗๑๕	๗๔๓	๔๗	๗๙๖	๖๑๕	๗๒๐	๗๓๘

๔. ปัญหาและอุปสรรค

การคัดกรองเบาหวานในประชากรอายุ>๓๕ปีทำได้ตามเป้าหมายแต่การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเพื่อยืนยันวินิจฉัยเบาหวานยังไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจากกลุ่มสงสัยป่วยได้รับการติดตามมาตรวจแล้ว แต่เกินระยะเวลาที่กำหนดตามตัวชี้วัดเกิน๑๘๐วัน ผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการติดตามแล้ว แต่ไม่ยินยอมมาตรวจ ผู้ป่วยบางรายเป็นเบาหวานที่รักษาที่อื่นและไม่ได้นำมาขึ้นทะเบียนเบาหวานในโรงพยาบาล ทำให้ถูกจัดเป็นกลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วยในฐานข้อมูลการคัดกรองในชุมชน (บางรายเป็นผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวไม่สามารถเดินทางมาเองได้เนื่องจากไม่มีใครมาส่ง)

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

วางแผนและกำกับติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ร่วมกับทีม รพ.สต.ในการกำหนดเกณฑ์และระยะเวลาการส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันวินิจฉัยเร็วขึ้นภายใน ๑-๓๐ วันภายหลังการคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนภายใน ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ – ๓๑ มกราคม ๒๕๖๘ ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต.ทุก ๑ เดือนในการกำกับติดตามกลุ่มสงสัยป่วย ให้ไม่เกิน ๑๘๐ วัน นำรายชื่อกลุ่มป่วยที่รักษาที่อื่นมาขึ้นทะเบียนเบาหวาน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย สอบถามและซักประวัติโรคประจำตัว ประวัติการรักษา และตัดกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานอยู่แล้วออก ก่อนลงคัดกรองโรคเบาหวานในชุมชนครั้งต่อไป ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ผู้รับผิดชอบ	นางสาวเจนจิรา เตชะหล้า
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข
กลุ่มงาน	วิชาการและคุณภาพบริการ สสอ.แม่เมาะ
ผู้รับผิดชอบ	นางอทิตยา เฉิดโฉม
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน	กลุ่มการพยาบาล รพ.แม่เมาะ
วัน/เดือน/ปี	๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่..๑

๑. ประเด็น งาน : service plan สาขาการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

อำเภอแม่เมาะ มีหน่วยปฐมภูมิ จำนวน ๓ แห่ง และมีรพสต.ที่ถ่ายโอนจำนวน ๓ แห่ง ซึ่งจะต้องมีการประเมินมาตรฐานเพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิพศ. ๒๕๖๒	ร้อยละ๑๐๐	ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ๑๐๐
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	ปฐมภูมิ:ยกระดับการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านเกณฑ์มาตรรฐาน ร้อยละ๑๖.๖๖
นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง	นโยบายที่ ๖ : การแพทย์ปฐมภูมิ	ร้อยละ ๑๐๐	ผ่านมาตรฐาน ร้อยละ๑๐๐

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

การประเมินตนเองเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ฉบับปรับปรุงพบว่าผ่านเกณฑ์ ๑ แห่งคือรพแม่เมาะ
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส่วนที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ จำนวน ๕ แห่ง
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส่วนที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม จำนวน ๑ แห่ง
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ จำนวน ๑ แห่ง
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส่วนที่ ๖ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน ๕ แห่ง
ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานส่วนที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คบส.) จำนวน ๑ แห่ง

๔. ปัญหาและอุปสรรค

การประเมินตนเองเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่ผ่านเกณฑ์เนื่องจาก

๑. ผู้ประเมินไม่เข้าใจในเนื้อหาการประเมินมาตรฐานอย่างชัดเจนทำให้ประเมินตนเองไม่ผ่าน

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

ทีมคปสอแม่เมาะได้กำหนดแนวทางพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิปี ๒๕๖๘

๑ .ประชุมชี้แจงแนวทางการมาตรฐานคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ฉบับปรับปรุง

๒.พัฒนามาตรฐานที่ไม่ผ่านเกณฑ์ คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ฉบับปรับปรุง สนับสนุนโดยทีมแม่ข่ายคปสอแม่เมาะ

๓. ติดตามนิเทศรพสตทุกแห่งตามไตรมาศ

ผู้รับผิดชอบ_นางภคพร บุญพ่วง
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ
กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลแม่เมาะ
ผู้รับผิดชอบ นายกิตตพงษ์ หล่อทอง
ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ
วันที่ ๒๓ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่.๒

๑. ประเด็น : : การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วย Fit test ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ คปสอ.แม่เมาะ

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข			
การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วย Fit test ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี	ร้อยละ ๑๐๐	จำนวน ๑,๔๕๐ ราย	๑,๔๓๒ ราย ร้อยละ ๙๘.๗๖

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

<u>๑.มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง</u> การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ (FIT TEST) ประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี เป้าหมายอำเภอแม่เมาะ จำนวน ๑,๔๕๐ ราย ตรวจคัดกรองได้ ๑,๔๓๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๘.๗๖ ผู้ที่มีผลผิดปกติ จำนวน ๑๓๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙.๑๕ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy จำนวน ๘๔ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕.๘๖ วินิจฉัยโรคมะเร็ง จำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๐.๐๖

แบ่งเป็น คัดกรองที่ รพ.เกาะคา ๑๓ ราย และ รพศ.ลำปาง ๑๑๘ ราย ปฏิเสธการทำ Colonoscopy ๒๑ ราย ค้างทำ ๒๖ ราย กำลังอยู่ในช่วงติดตามการรักษา และสิทธิ์ประกันสังคม รพ.ค่าย นัดที่ รพ.ค่าย ๑ ราย

๔. ปัญหาและอุปสรรค

๔.๑ การรับรู้ของประชาชนบางส่วนยังไม่ทราบถึงประโยชน์ของการตรวจ FIT Test กลัวการตรวจ อายเข้าใจผิดคิดว่าการตรวจยุ่งยาก

๔.๒ ชุดตรวจ FIT Test มีจำนวนจำกัด

๔.๓ มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ต้องใช้เวลาศึกษาและเรียนรู้การทำงานใหม่ ภาระงานมาก

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

๕.๑ การรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจ:ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง อธิบายวิธีการตรวจ FIT Test เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง

๕.๒ พัฒนาการติดตามผลอย่างเป็นระบบร่วมกับเครือข่าย และมีการติดตามต่อเนื่อง

๕.๓ พัฒนาการจัดทำทะเบียนมะเร็งในโรงพยาบาล การเก็บข้อมูลมีผู้รับผิดชอบชัดเจน

ผู้รับผิดชอบ_. นส.ทิพย์อนันต์ แก้วขาว
ตำแหน่ง .พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน กลุ่มงานการพยาบาล รพ.แม่เมาะ
วัน/เดือน/ปี ๒๗ ส.ค. ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่...๒....

๑. ประเด็น : โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข			
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	<๘/แสนประชากร	๒๐.๕๔/แสนประชากร
	๒.ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำภายใน ๑ ปี	ร้อยละ๙๐	ร้อยละ ๙๐.๔๘
	๓.ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน ๖ เดือน(Reverse)		ร้อยละ ๙๕.๕๘
	๔.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate ระบบสมัครใจ	ร้อยละ ๖๒	ร้อยละ๘๘.๒๔
	[ks๑]๕.ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเรื้อรังที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและการฆ่าตัวตายไม่ทำร้ายซ้ำภายใน ๑ ปี	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ๙๐.๔๘

	๖.มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยง Psychosis, Depression, SMIV, Alcohol,ยาเสพติด, กลุ่มที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
	๗.มีระบบให้บริการ Mobile Psychiatry / รับยาใกล้บ้าน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
	๘.มีคู่เครือข่ายระหว่าง ๓ หมอกับทีมจิตเวช	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
นโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง			

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน
กิจกรรมที่ ๑ ..การคัดกรอง เฝ้าระวัง และการประชาสัมพันธ์...
ผลการดำเนินงาน

กิจกรรม	เป้าหมาย	ผลงาน
- ค้นหาคัดกรอง ๒Q ในกลุ่มเสี่ยงได้แก่ กลุ่ม NCD Uncontrolledหรือผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความทุกข์ทรมาน, Psychosis, Depression, Alcohol, พยายามฆ่าตัวตาย ด้วยเครือข่าย ๓ หมอและทีมจิตเวชอำเภอ	**ร้อยละ ๘๐**	
- โรคเรื้อรัง		๕๕.๔๗
- NCD Uncontrolled		๓๘.๔๒
- Psychosis		๑๐๐
- Depression		๑๐๐
- Alcohol		๖๐

- คัดกรอง ๒Q ในผู้ที่มีอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป
-ประชาสัมพันธ์โดยติดป้ายในการเตือนสติประชาชน แหล่งช่วยเหลือโดยมีเบอร์ Hotline สายด่วนสุขภาพจิตในการให้คำปรึกษาและรับแจ้งเหตุ ๒๔ ชม. (ในเวลาราชการ ๐๖๖ ๑๒๑ ๐๕๑๐ (รพ.) /นอกเวลาโทร ๑๓๒๓) และเข้าถึงการประเมิน Mental Health Check In ครบ ๕ ตำบลและในสถานศึกษา โรงเรียนมัธยมศึกษา และวิทยาลัยเทคนิคกฟผ.แม่เมาะ

-ประชาสัมพันธ์ให้ปชช.ทั่วไป นักเรียน ข้าราชการตำรวจเข้าถึงMental Health Check In ซึ่งมีผู้เข้าประเมิน ๕๘๙ คน พบเสี่ยง ๙ ราย เข้าระบบการรักษา ๔ ราย

กิจกรรมที่ ๒ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายด้านสุขภาพจิตหมอคนที่ ๑

ผลการดำเนินงาน

ยกเลิกกิจกรรม

กิจกรรมที่ ๓....พัฒนาทีมบุคลากรการพยาบาล

ผลการดำเนินงาน

ยกเลิกกิจกรรม

๔. ปัญหาและอุปสรรค

จากการวางแผนการทำงานแต่ไม่สามารถทำได้ตามแผนจากการทำงานไม่ทันการด้วยมีงานที่หลากหลาย รวมทั้งงานแทรก ทั้งนี้ปี ๒๕๖๗ บุคลากรมีจำนวนลดลงจากที่ส่งบุคลากรไปอบรมเพื่อการพัฒนาตัวเอง ๖ เดือน จึงทำงานไม่ได้ตามแผนที่วางไว้

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

-จากKPI โดยเฉพาะในเรื่องการฆ่าตัวตายยังมีสูง ต้องนำมาวิเคราะห์และหาวิธีการในการป้องกันให้ตรงปัญหาเพื่อเกิดผลสำเร็จของงานให้ดีขึ้นกว่านี้

-การส่งต่อผู้มีสัญญานเตือนการฆ่าตัวตายจากเครือข่ายยังมีน้อยอาจต้องพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายให้มีความเข้าใจในการทำงานมากกว่านี้

ผู้รับผิดชอบ_....กมลพร สุขร่องช้าง....
ตำแหน่ง ...พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....
กลุ่มงาน ...จิตเวชและยาเสพติด...
วัน/เดือน/ปี...๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๗...

สรุปผลการดำเนินงานคลีนิกโรคไตเรื้อรัง รอบ ๑๒ เดือน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗
คปสอ แม่เมาะ

☑ ยุทธศาสตร์ ที่ ๒

๑.ประเด็น :สถานการณ์ของโรคไตเรื้อรังในประชากรไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วนับเป็นปัญหาสาธารณสุขและมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๕ พบว่า ๑ ใน ๒๕ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๓ จำนวน ๔๒๐,๒๑๒ ราย ระยะ ๔ จำนวน ๔๒๐,๒๑๒ ราย และระยะที่ ๕ ที่ต้องล้างไตมากถึง ๖๒,๓๘๖ ราย อำเภอแม่เมาะมีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเขตรับผิดชอบ ในปี๒๕๖๗ จำนวน ๗๖๑ ราย เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่๑ จำนวน ๕๘ราย ระยะที่๒จำนวน ๑๔๖ราย ระยะที่๓ จำนวน ๔๑๒ ราย ระยะที่๔ จำนวน ๙๘ ราย ระยะที่๕ จำนวน ๔๗ ราย ได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยการฟอกไตทางหน้าท้องจำนวน ๒๒ราย การฟอกไตทางเส้นเลือด๔ ราย ปฏิเสธการฟอกไต ๒๑ ราย แนวทางการชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มเสี่ยงสูง เบาหวานความดันโลหิตสูงคือการมุ่งเน้นสร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดี และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตให้ดี เพื่อลดการเกิดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ รวมถึงการหลีกเลี่ยงการใช้ยาไม่ถูกต้อง การรับประทานยาชุด ยาแก้ปวด ยาสมุนไพรบางชนิดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน

๒. วัตถุประสงค์

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ ๘๐

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr ร้อยละ ๖๖

๒.๓ ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ลดลงจากปีก่อนหน้า ร้อยละ ๒๐)

๓. กลุ่มเป้าหมาย

๓.๑ ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๒๔๖๙ ราย ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๕๘๖๘ ราย

๓.๒ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ๗๖๑ราย

๔.กลยุทธ์ :

๑.คัดกรองกลุ่มป่วยรายใหม่

-การคัดกรองและค้นหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ โดยการตรวจเลือดประจำปี ตรวจหาค่า Creatinine, eGFR ร่วมกับการตรวจปัสสาวะหาค่า Urine albumin อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง

-ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย นัดผู้ป่วยเข้าคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกวันจันทร์ ผู้ป่วยที่รักษาใน PCU เมื่อเข้าสู่ stage ๓ B พิจารณาส่งกลับรพ.เพื่อกำกับติดตามการรักษาอย่างเหมาะสม

๒.การชะลอความเสื่อมของไต

-การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับระยะของโรค

-ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

-การเฝ้าระวังการใช้ยากลุ่ม NSAID การpop upแจ้งเตือนการใช้ยา การปรับยาให้เหมาะสมตามระยะของโรคไต ตามหลักRDU

-ตรวจติดตามการทำงานของไต และ เกลือแร่ในกระแสเลือด ทุก๓-๖เดือนตามระยะของไต

๓.เข้าถึงการบำบัดทดแทนไต

-ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ได้รับการส่งต่อพบอายุรแพทย์โรคไต พิจารณาฟอกไตตามสิทธิ์ ส่งเข้าpalliative care ในผู้ป่วยที่ปฏิเสธการฟอกไต

๔. การดูแลต่อเนื่อง

-ผู้ป่วยไตระยะที่ ๔,๕ ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินครอบครัว และการดูแลตนเองที่บ้าน

๕.การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยโรคไตเรื้อรัง

๕.๑กลุ่มป่วยDM ,HT Uncontrolled ได้รับการทำ SMBG,SMBP /มีshare care plan

-ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ไต เรื้อรัง poor control สีแดง

-ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ไตเรื้อรัง ที่มีCVD risk >๒๐ %

-ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มี eGFR ลดลง >๕

๕.๒การเข้าร่วมกลุ่มGroup line กลุ่มป่วยDM ,HT ,CKD Uncontrolled

๕.๓กิจกรรมกลุ่มseft health group ,individual heath education

กลุ่มuncontrolled ในคลีนิกเบาหวาน ความดัน ไตเรื้อรัง

๕.๔ ทำ Telemedicine, Telenursing ใน ผู้ป่วย CKD ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล

๕.๕.ผลการดำเนินงาน

๕.๑ เชิงปริมาณ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี ๒๕๖๕	ปี๒๕๖๖	ปี๒๕๖๗
๑.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	>๘๐%	๖๓.๔	๖๙.๘	๗๓.๗๐
๒.ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่	ลดลงจากปีที่ผ่านมา	๒.๔	๒.๔๒	๑.๖๘
๓.ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr	>๖๖%	๖๐.๒	๗๓.๓๔	๖๙.๒๒
๔.ผู้ป่วย(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA๑cและมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ ๖.๕% ถึง ๗.๕%	>๔๐%	๑๑.๙๙	๒๑.๘๖	๒๔.๙๔
๕.ผู้ป่วยckd ที่มารับบริการ มีBP < ๑๔๐/๙๐ mmHg	>๘๐%	๗๒.๖๔	๗๔.๙๕	๗๕.๙๖
๖.ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB	>๖๐%	๔๔.๕๘	๔๘.๔๘	๕๗.๖๐
๗.ผู้ป่วย CKD กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากลุ่ม Statin	>๖๐%	๔๐.๙๒	๔๑.๙๗	๔๖.๕๒

๕.๒ เชิงคุณภาพ

-ร้อยละผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<๕ ml/min/๑.๗๓m๒/yr ในปี๒๕๖๗ ร้อยละ ๖๙.๒๒ สามารถชะลอการเสื่อมของไตได้ ตามเกณฑ์เป้าหมาย

-ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง ในปี๒๕๖๖ ร้อยละ๖๙.๘ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ร้อยละ๗๓.๗๐

-ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ เปรียบเทียบ ปีงบ ๒๕๖๖ ได้ร้อยละ ๒.๔๒ ในปีงบประมาณ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ ๑.๖๘ CKD รายใหม่ ลดลงเทียบจากปีที่ผ่านมา

-ผู้ป่วยCKD(เฉพาะที่มีเบาหวานร่วม)ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับการตรวจ HbA๑cและมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ ๖.๕% ถึง ๗.๕% มีการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยบูรณาการทำร่วมกันในกลุ่ม poor control เบาหวาน ความดัน ไตเรื้อรัง การส่งเสริมการจัดการตนเอง Self-management support โดยวิธี SMBG/ SMBP การให้คำแนะนำรายบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การทานยา ในคลินิกโรคไตเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในกลุ่มPoor controlled ที่มีHba๑c >๘ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวน ๑๔๕ราย ทั้งในเขตรพสต.และในโรงพยาบาล มีการลดลงของระดับสีแดงเป็นสีส้มเหลืองเขียวร้อยละ ๗๑.๑๐ เปรียบเทียบผลลัพธ์ ในปี ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ ๒๔.๙๔ สามารถควบคุมโรคได้มากขึ้น

- ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ควบคุมความดันโลหิต <๑๔๐/๙๐ mmHg เป้าหมาย >๘๐ % มีการวางแผนพัฒนาการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมการทำSMBPที่บ้าน เพื่อติดตามผลและส่งพบแพทย์เมื่อมีBP >๑๔๐/๙๐mmHg เกิน๒ครั้งเพื่อพิจารณาปรับแผนการรักษาให้เหมาะสมตามCPG ปี๒๕๖๖ ควบคุมได้ร้อยละ๗๔.๙๕ ใน ปี๒๕๖๗ ควบคุมได้ร้อยละ๗๕.๙๖ มีแนวโน้มควบคุมระดับความดันได้มากขึ้น

-ร้อยละผู้ป่วยCKD stage ๑-๔ที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB เป้าหมาย >๖๐ % โดยผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจประจำปี จะได้รับการติดตามดูผลแลบและปรับยาจากแพทย์ตามCPG ทุกรายปี๒๕๖๗ มีการใช้ยา ACEi/ARB ร้อยละ๕๗.๖๐ มีแนวโน้มการใช้ยาตามCPG มากขึ้น

-ผู้ป่วย CKD กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดและหัวใจได้รับยากลุ่ม Statinเป้าหมาย >๖๐ % ผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับการตรวจประจำปี ได้รับการติดตามดูผลแลบและปรับยาจากแพทย์ตามCPGทุกราย ปี๒๕๖๗ มีการใช้ยา กลุ่ม Statin ร้อยละ๔๖.๕๒ มีแนวโน้มการใช้ยาตามCPG มากขึ้น

๖.ปัญหาและแนวทางการดำเนินงานพัฒนา

ปัญหา	แนวทางการดำเนินงานพัฒนา
๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปีที่ผ่านมาแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย	๑.ประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานNCDของรพสต.โดยดึงข้อมูลทะเบียนกลุ่มป่วยDM/HTจากHDC เข้ารับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง นัดหมายเจาะเลือดประจำปีตรวจSerum creatinine และurine albumin ในปีงบ๒๕๖๘ ตั้งแต่ ๑ต.ค. ๒๕๖๗-๓๑ ม.ค.๒๕๖๘ เพื่อดำเนินการคัดกรองให้เสร็จภายใน ไตรมาสที่๒ ของปีงบ๒๕๖๘
๒.ผลลัพธ์ด้านการควบคุมโรคในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายจากพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมด้านการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การทานยา ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังรายใหม่	๒.๑ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มป่วยเพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้มากขึ้น ในทำSMBP/ SMBP/home wardในกลุ่มpoor controlledและส่งCOCเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน

	๒.๒จัดประชุม NCD board ทุก ๓เดือน และทบทวนCPG CKD DM HTแก่ผู้รับผิดชอบงานใหม่ทั้งในรพ.และในรพสต.ที่ออกนอกระบบไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งเพื่อเพิ่มองค์ความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคNCD ร่วมกัน ให้มากขึ้น ๒.๓ Case manager ประสานงานกับITเพื่ออัพเดตฐานข้อมูลผู้ป่วยDM HT CKD ในเขตรับผิดชอบและส่งคืนข้อมูลผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของรพสต. ในการกำกับติดตามผู้ป่วย ที่ไม่ได้รับการตรวจประจำปี หรือขาดการรักษา มาเข้าสู่ระบบบริการ นำปัญหาอุปสรรคที่พบ มาวางแผนพัฒนางานร่วมกัน ในคลีนิกCKDอย่างต่อเนื่องต่อไป

ผู้รับผิดชอบ นางอทิตยา เฉิดโฉม
ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานกลุ่มการพยาบาล
โทรศัพท์ ๐๙๕๕๘๒๐๐๓๗
e-mail atitayachurdchom@gmail.com
วัน/เดือน/ปี ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่....๒.....

๑. ประเด็น : .....การควบคุมป้องกันโรควัณโรคอำเภอแม่เมาะ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗.....

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์และนโยบายกระทรวงสาธารณสุขและผลงาน :

ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๒๓.๕๒
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคปี ๒๕๖๗	(ไม่เกิน ๑๕๕ ต่อแสนประชากร) มากกว่าร้อยละ ๘๕	๑๕ ต่อแสนประชากร ร้อยละ ๓๔.๔๒
คัดกรองกลุ่มเป้าอายุ ๕๐ ปีขึ้นไปปละกลุ่มเสี่ยง อำเภอแม่เมาะ	จำนวน ๑๐,๒๙๕ ราย	

๓. สถานการณ์และผลการดำเนินงาน

ผลงานคัดกรองวัณโรค	เป้าหมาย	ผลงาน	ค้าง	% ผลงาน
รพ.แม่เมาะ	3563	2908	641	81.62
รพ.สต.บ้านกอรวก	1314	1133	181	86.23
รพ.สต.บ้านทาน	549	481	68	87.61
รพ.สต.บ้านท่าสี	1161	903	258	77.78
รพ.สต.บ้านสบป้าด	1823	1515	308	83.10
รพ.สต.บ้านใหม่รัตนโกสินทร์	1885	1585	300	84.08
รวม	**10295**	**8525**	**1756**	**82.81**

จำนวนผู้ป่วยรักษาวัณโรค

รพ.สต.	ปีงบ 65	ปีงบ 66	ปีงบ 67 (1 ต.ค. 66 – 23 ส.ค.67)
1.PCU แม่เมาะ	17 ราย	22 ราย	10 ราย (เสียชีวิต 1 ราย)
2.รพ.สต.บ้านใหม่	3 ราย	10 ราย	3 ราย (เสียชีวิต 2 ราย)
3.รพ.สต.ท่าสี	3 ราย	2 ราย	4 ราย (เสียชีวิต 1 ราย)
4.รพ.สต.สบป้าด	5 ราย	2 ราย	2 ราย (เสียชีวิต 1 ราย)
5.รพ.สต.บ้านทาน	1 ราย	3 ราย	1 ราย (เสียชีวิต 1 ราย)
6.รพ.สต.กอรวก	2 ราย	3 ราย	0 ราย
7.Transfer in	3 ราย	2 ราย	1 ราย
รวม	34 ราย	44 ราย	21 ราย

ผู้ป่วยวัณโรค

ประเภทผู้ป่วย TB	จำนวน (ราย)	มีโรคร่วม (ราย)	BMI < 18	ได้รับการคัดกรอง/ ไม่ได้คัดกรอง
1.Pulmonary TB (Relapse 4 ราย)	18	14	6	3 ราย / 15 ราย
2.TB Lymph node	2	1	1	1 ราย / 1 ราย
3. TB Spine	1	1	0	0 ราย / 1 ราย
รวม	21	16	7	4 ราย / 17 ราย

หมายเหตุ : ไม่ได้คัดกรอง 17 ราย

- อยู่ในกลุ่มเป้าหมาย 13 ราย
- นอกกลุ่มเป้าหมาย 4 ราย

การรักษาวัณโรค

Case Contact ทั้งหมด ๓๒ ราย

-ได้รับการตรวจคัดกรอง ๒๗ ราย

-รับการรักษาวัณโรคระยะแฝง (LTBI) ๖ ราย

-รักษา รพ.แม่เมาะ ๒ ราย

-รักษา รพศ.ลำปาง ๔ ราย

-ค้างคัดกรอง ๕ ราย (อยู่ระหว่างการติดตาม)

ตัวชี้วัด

๑. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่

ในปีงบ ๒๕๖๗

-รักษาหาย/รักษาครบ ๔ ราย ร้อยละ ๕๒.๓๘

-อยู่ระหว่างการรักษา ๑๑ ราย ร้อยละ ๕๒.๓๘

๒. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมากกว่าร้อยละ ๘๕

ประชากรกลางปีของอำเภอแม่เมาะ (ราย)	เป้าหมายคนพบ TB	เป้าหมาย 85 %		ผลงาน	
	155 : แสน (ราย)	เป้าหมาย(ราย)	คงค้าง (ราย)	TB รักษา (ราย)	ร้อยละ
38,891	61	52	35	17	27.87

๓. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท น้อยกว่า ร้อยละ ๕

ปีงบ ๒๕๖๗ เสียชีวิตทั้งหมด ๖ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๘.๕๗

- เสียชีวิตจากวัณโรค ๓ ราย
- เสียชีวิต จากโรคร่วม ๓ ราย

๔. ปัญหาและอุปสรรค

ประเด็นปัญหาที่พบ มีดังนี้

๑. ผู้ป่วยเป็นกลุ่มเสี่ยงไม่ได้รับการคัดกรองวัณโรคปอด

๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจนสิ้นสุด รักษาหาย รักษาครบแล้วไม่ได้รับการติดตามคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

๔. กลุ่มที่มีประวัติ ผลตรวจร่างกาย ผล CXR เข้าได้กับวัณโรคปอด แต่เก็บเสมหะเพื่อยืนยันโรคไม่ได้หรือเก็บได้ล่าช้า การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญล่าช้า

๕. ผู้ป่วยที่มาAdmit ด้วยโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคระบบทางเดินหายใจ หรือมีอาการไม่ชัดเจน ที่สงสัยวัณโรค ทำให้ไม่ได้รับการส่งตรวจเพิ่มเติม

๖. ผู้ป่วยได้รับยาไม่สัมพันธ์ไปตามสภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น น้ำหนักตัว การทำงานของตับและไตที่ผิดปกติ

๗. การให้ข้อมูล คำแนะนำต่างๆเกี่ยวกับวัณโรคให้กับผู้ป่วยและญาติยังไม่ครอบคลุม และ ไม่มีการประเมินความเข้าใจซ้ำ หลังการให้ข้อมูลและคำแนะนำ

๘. ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น นักโภชนาการ หรือ นักจิตวิทยา

๙. การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อที่ชุมชน ยังไม่ต่อเนื่อง ไม่ครอบคลุม

๑๐. ไม่ได้รับแจ้งจากพื้นที่กรณีผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ที่บ้าน หรือนอก รพ.

๕. แนวทางการพัฒนาปี ๒๕๖๘

๑. จัดทำระบบการเข้าถึงการคัดกรองวัณโรคโดยเน้น ๗ กลุ่มเสี่ยงเป็นหลัก และให้เป็นไปตามนโยบายของจังหวัด

๒. ปรับปรุงแนวทางการดูแลรักษาให้ครอบคลุมทุกด้าน กาย จิต สังคม และให้สหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้รวดเร็ว

๓. จัดทำระบบแจ้งเตือนการสั่งใช้ยา หากมีค่าการทำงานของตับและไตที่ผิดปกติ

๔. มีการจัดระบบการประเมินความรู้ซ้ำในผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายออกจากรพ.
๕. มีการจัดระบบ แนวทางการแจ้งพื้นที่ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากรพ.
๖. จัดให้มีการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตทุกรายร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม

ผู้รับผิดชอบ นางศรีสุดา ไชยมงคล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน การพยาบาล
วัน/เดือน/ปี ๒๖ ส.ค. ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ.แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒. ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการ Service Plan สาขา Trauma

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน ต.ค๖๖-ก.ค.๖๗
KPI กระทรวงสาธารณสุข	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกรพ.ที่มีการ CPR และรอดชีวิต	ร้อยละ ๓๐	๐
	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันนอกรพ.มีชีวิตรอดด้วยการส่งต่อ	ร้อยละ๑๕	๐
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมงในผู้ป่วย Triage Level ที่ Admit จาก ER	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	๐
	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน (Trauma)	ไม่เกิน ๑๖ : แสนประชากร	๑๗.๙๙%
	อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Severe head injury)	น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	๒.๔ % (อยู่ในเกณฑ์)
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ไม่เกิน ๑๖ : แสนประชากร	ไม่เกิน ๑๖ : แสนประชากร	๑๗.๙๙%
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง	-	-	-

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

จากข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน ปี ๒๕๖๗ (ต.ค.๖๖-ก.ค.๖๗) พบผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๒๒๔ ราย เสียชีวิต ๗ ราย คิดเป็น ๑๗.๙๙% ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนด แบ่งเป็นเสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ ๔ ราย และที่โรงพยาบาล ๓ ราย ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ จากการดื่มแอลกอฮอล์ ไม่สวมหมวกกันน๊อค นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Severe head injury) ๒๐ ราย เสียชีวิต ๙ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๔% ซึ่งไม่เกินเป้าหมายที่กำหนด

๔. ปัญหาและอุปสรรค

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
๑. ระบบ EMS บางตำบล อาทิ ตำบลสบป้าดยังขาดบุคลากรให้บริการEMSและยังขาดทักษะในการดูแลและส่งต่อผู้รับบริการให้มีศักยภาพ	จัดอบรมแลกเปลี่ยนความรู้เพิ่มทักษะในการเตรียมความพร้อมอุบัติเหตุระหว่างหน่วยงานต่างๆบ่อยขึ้น
๒. ผู้ได้รับบาดเจ็บส่วนใหญ่มีประวัติขับขี่รถหลังจากดื่มแอลกอฮอล์ และไม่สวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่รถ	สะท้อนข้อมูลแก่ผู้บริหาร เพื่อนำไปหารือร่วมในการประชุมส่วนราชการฯ ประสานกับภาคีเครือข่าย ในมาตรการการบังคับกฎหมายเพื่อควบคุมวินัยในการขับขี่ปลอดภัย เพิ่มการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ เรื่องการสวมใส่หมวกกันน็อค

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

แนวโน้มอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มมากขึ้นทุกปี แนวทางพัฒนาปี ๒๕๖๘ คือ

๑. เรื่องการซ้อมแผนอุบัติเหตุของเครือข่ายฯทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในอำเภอแม่เมาะ เพื่อเตรียมความพร้อมรับทุกสถานการณ์และฝึกทักษะให้เชี่ยวชาญ ทำงานเป็นทีม
๒. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ **basic life support** (**BLS**) ให้กับกู้ภัยอำเภอแม่เมาะ ๑ รุ่น และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ๑ รุ่น
๓. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ **Advance life support algorithm** (**ACLS**) อย่างต่อเนื่องสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลแม่เมาะ และ พยาบาลรพสต. แม่เมาะ
๔. จัดพยาบาลเข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการ **ACLS provider** รพ.ลำปางทุกปี
๕. มีการสำรวจอุปกรณ์ชำรุดและเพิ่มจัดซื้ออุปกรณ์ของใช้ในการดูแลผู้ป่วย **trauma** เช่น **hard collar , long spinal bord ,** สายรัดห้ามเลือด ฯลฯ

ผู้รับผิดชอบ_สุพิศษา เทศกาล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญ
กลุ่มงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน
วัน/เดือน/ปี ๒๖ ส.ค.๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒

๑. ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาโรคติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis)

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑. ลดอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสโลหิตแบบรุนแรงชนิด Community-acquired	<ร้อยละ๒๖)	ร้อยละ ๐.๖๒
	๒. จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ได้รับยา Antibiotic ใน ๑ ชั่วโมง หลัง Triage ER	> ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐
	๓. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired (HDC	< ร้อยละ ๒๖	ร้อยละ ๐.๖๒

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

ผู้ป่วย sepsis (ต.ค.๖๖-ส.ค.๖๗) ๑๔๐ ราย และ septic shock ๒๑ ราย ได้รับยา ABO ใน ๑ ชม.หลังคัดแยก จำนวน ๑๖๑ รายคิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ (เป้าหมาย ร้อยละ ๙๕) มีอัตราการเสียชีวิต ๑ ราย (เดือน เม.ย ๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๐.๖๒

๔. ปัญหาและอุปสรรค และ**แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘**

..

ปัญหา	แนวทางการพัฒนา
๑. การเข้าถึงบริการของประชาชนในชุมชนยังไม่ครอบคลุมและไม่ทั่วถึง มีการใช้บริการEMS ๑๖๖๙น้อย ส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว และผู้ป่วยติดเตียง ที่ไม่มีคนดูแล ต้องให้บุตร/ญาติ คอยนำส่งทำให้กว่าจะมาถึงโรงพยาบาล ค่อนข้างล่าช้า อันตรายจากพยาธิสภาพของโรคสูงส่งผลให้ อัตราตายสูง	๑.๑ ประชาสัมพันธ์ผ่าน รพสต. อสม. สื่อการสอน และระบบEMS ๑๖๖๙ให้กับประชาชนแต่ละพื้นที่ ในการเข้าถึงบริการ ๑.๒ สร้างความตระหนักให้กับบุตร/ญาติ และคนดูแลถึงภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Care giver)ในผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยสูงอายุ ๕ กลุ่มโรค ได้แก่ โรคเบาหวาน,โรคความ

	ดัน, โรคหัวใจ , โรคไต และโรคหืดหอบ ให้เฝ้าระวังสังเกตอาการ/อาการแสดงของภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างใกล้ชิด ประเมินอาการ/อาการแสดงเบื้องต้น ประเมิน NEWs เบื้องต้นได้
๒.ยังขาดทักษะ กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุ และตึกผู้ป่วยใน	๒. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยSEPSISให้เป็นปัจจุบัน และเพิ่มทักษะการใช้ การดูแลอย่างต่อเนื่องรวมถึงการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อไปยังรพ. เครือข่าย ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ๒.๑. จัดการอบรม ให้ความรู้และการใช้เครื่องมือในการประเมินนภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด NEWS๒ SCORE แก่ผู้ร่วมปฏิบัติติงาน ในเรื่องภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ร่วมถึงแนวทางการปฏิบัติใหม่ เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจในการปฏิบัติงาน/ดูแลผู้ป่วยอย่างสมเหตุ สมผล ๒.๒. สร้างความมั่นใจในทีมปฏิบัติงาน โดยการประสานทีมหรือหัวหน้าเวรเพื่อประเมินอาการ/อาการแสดงขอผู้ป่วย (double check) ซึงผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดมีแนวโน้มที่มีอาการเปลี่ยนแปลงฉับพลัน ๒.๓. พัฒนาระบบงานบริการทางการแพทย์ ได้แก่ CPG sepsis และจัดตั้งคณะกรรมการ RRT ประจำโรงพยาบาลแม่เมาะ เพื่อให้ทีมผู้ปฏิบัติงานเข้าใจในระบบ ทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ลดความผิดพลาด ความเสี่ยงแก่ผู้ที่มารับบริการ
๓.ผู้ป่วยได้รับ ABO ใน ๑ ชม.	๓. Alert lab, Alert active แจ้งห้องปฏิบัติการทุกครั้งหากสงสัย/เป็นผู้ป่วย Sepsis/Septic shock และ notify แพทย์ทันทีหลังเจาะ H/C เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับ ABO ได้ทันท่วงทีตามแผนการรักษา ทั้งนี้อยู่ที่ดุลยพินิจของแพทย์ประจำเวร และในผู้ป่วยบางรายมีการแพ้ Cef-๓(Board spectrum Anti-biotic) จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับ ABO ล่าช้า. ในกรณีผู้ป่วยแพ้ Cef-๓ หรือ ABO ชนิดอื่นๆ ๓.๑. แพทย์อาจจะพิจารณาให้ step up เป็น Fortum (Ceftazidime) ทดแทน ๓.๒. แพทย์ประจำเวรมีการ Consult ผ่านอายุรแพทย์เพื่อพิจารณา Refer ไปให้ ABO ที่มีความครอบคลุมในการยับยั้งเชื้อที่ผู้ป่วยไม่แพ้

ผู้รับผิดชอบ นางสาวสุดารัตน์ ชะนะฟู
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล
วัน/เดือน/ปี ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๑. ประเด็น: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan สาขาโรคหัวใจ (STEMI)

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน:

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	๑. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI	น้อยกว่าร้อยละ ๙	ร้อยละ ๐
	๒.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๘.๓๓
	๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	ไม่มีจำนวนผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ้มเลือดในโรงพยาบาล
	๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการทำ Primary PCI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๘.๓๓
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๑. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (In-hospital mortality) ของผู้ป่วย STEMI	น้อยกว่าร้อยละ ๙	ร้อยละ ๐
	๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๘.๓๓
	๒.๑ อัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจ ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๒๑.๔๓
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง	๑. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (In-hospital mortality) ของผู้ป่วย STEMI	น้อยกว่าร้อยละ ๘	ร้อยละ ๐
	๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๕๘.๓๓

	๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ CVD risk > ๒๐ อายุ ๖๐-๗๙ ปี ได้รับการคัดกรอง EKG	มากกว่าร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๖๐.๒๕
	๒.๒ ร้อยละผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาล ≤ ๒ ชั่วโมง	> ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๘.๓๓
	๒.๓ อัตราผู้ป่วยโรค STEMI ได้รับการคัดกรอง EKG ภายใน ๑๐ นาที (Door to EKG)	เท่ากับร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๙๒.๖๘
	๒.๔ อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อแบบระบบช่องทางด่วน (STEMI fast Pass) ภายใน ๓๐ นาที (Door to Departure Time) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	มากกว่าร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๒๕
	๒.๕ ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่มารับบริการระบบ EMS	มากกว่าร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน (ตุลาคม ๒๕๖๖ – กรกฎาคม ๒๕๖๗)

๑. อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (In-hospital mortality) ของผู้ป่วย STEMI (น้อยกว่าร้อยละ ๘) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ = ร้อยละ ๐

๒. ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (มากกว่าร้อยละ ๖๐) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ = ร้อยละ ๕๘.๓๓

จากข้อมูลดังกล่าวพบว่าอัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (In-hospital mortality) ของผู้ป่วย STEMI ย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๗ = ร้อยละ ๐

การคักรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในผู้ป่วย DM, HT ที่ CVD risk > ๒๐ อายุ ๖๐-๗๙ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ได้ร้อยละ๖๐.๒๕ พบNSTEMI REFER ๓ ราย, AF c RVR ส่งปรึกษาแพทย์โรคหัวใจ ๑ ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ ร้อยละ ๐.๐๓ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมองรายใหม่ ร้อยละ ๐.๒๐ ในปี๒๕๖๗

ผู้ป่วย STEMI ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ทั้งหมด ๑๒ ราย เข้าถึงระบบการรักษาตั้งแต่มีอาการจนถึงโรงพยาบาลภายใน ๒ ชม. มีจำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๓๓ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

ผู้ป่วย STEMI ได้รับการตรวจ EKG ภายใน ๑๐ นาที นับแต่เปิดบัตรส่งตรวจ ๑๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๙๑.๖๗ มี ๑ รายที่ได้รับ EKG ล่าช้า คิดเป็นร้อยละ ๘.๓๓ สาเหตุที่ล่าช้าเนื่องจาก ผู้ป่วยมาด้วยกลุ่มอาการอื่นที่ไม่ใช่อาการเจ็บหน้าอก คือ เวียนศีรษะ หน้ามืด

อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อแบบระบบช่องทางด่วน (STEMI fast Pass) ภายใน ๓๐ นาที (Door to Departure Time) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด มีจำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕

ผู้ป่วย STEMI ที่มารับบริการโดยระบบ EMS จำนวน ๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

๔. ปัญหาและอุปสรรค

. อัตราการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเวลาที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่ใหม่และแพทย์หมุนเวียน ขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วย STEMI อีกทั้งแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ส่งต่อไปยังแผนกผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ (Cardiac Care Unit-CCU) โรงพยาบาลลำปาง (STEMI Fast Pass) ไม่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ซักประวัติไม่ครอบคลุมอาการของโรค รวมไปถึงอาการของผู้ป่วยไม่เป็นไปตามการดำเนินการของโรค เป็นผลให้เกิดการคัดกรองโดยการติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจล่าช้า ๑ ราย

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

๑. พัฒนาแนวทางการประเมินอาการ/อาการแสดงเบื้องต้นผู้ป่วยโรคหลอดหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

๒. จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับแบบช่องทางด่วนไปยัง CCU โรงพยาบาลลำปาง (STEMI Fast Pass) ในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกับทีม PCT โดยมีการกำกับเวลาในแต่ละกระบวนการ และ Lean management ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและปลอดภัยตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเข้าร่วมอบรมการดูแลผู้ป่วยคลื่นไฟฟ้าผิดปกติ จำนวน ๒ รุ่น รุ่นละ ๕๐ คน กลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลแม่เมาะและพยาบาล คส.สอ. อำเภอแม่เมาะ

๔. จัดการอบรม ให้ความรู้และการใช้เครื่องมือในการคัดกรองและประเมินอาการโรคหลอดเลือดหัวใจแก่ผู้ร่วมปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าพนักงานเปล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ เจ้าหน้าที่ห้องบัตร และพยาบาลวิชาชีพ

๕. สร้างความตระหนักให้กับบุตร/ญาติ และคนดูแลถึงภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจ (Care giver) ในผู้ป่วยปัจจัยเสี่ยงและให้การรักษาปัจจัยเสี่ยงประเมิน CVD risk >๒๐ ในผู้ป่วย DM, HT ที่อายุ ๖๐ - ๗๙ ปี โดยใช้สติ๊กเกอร์ Early warning sing กลุ่มอาการของโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดในสมอง ติดกับสมุดประจำตัวของผู้ป่วยทุกราย

ผู้รับผิดชอบ_น.ส.ปริญญา ใจทนนท์
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
กลุ่มงาน อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่เมาะ
วัน/เดือน/ปี: ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗

การประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

คปสอ. แม่เมาะ

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๑. ประเด็น : การพัฒนาระบบบริการตาม Service plan โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๒. ตัวชี้วัด/เป้าหมายตาม ๔ ยุทธศาสตร์ และนโยบายกระทรวงสาธารณสุข และผลงาน :

ระดับ	ตัวชี้วัด (KPI)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลงาน
KPI กระทรวงสาธารณสุข	๑. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	น้อยกว่าร้อยละ ๗	ร้อยละ ๓.๒
	๑.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhage STROKE	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๑.๖
	๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Ischemic STROKE	น้อยกว่าร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑.๖
KPI ยุทธศาสตร์จังหวัด	๒. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	น้อยกว่าร้อยละ ๗	ร้อยละ ๓.๒
	๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhage STROKE	น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๑.๖
	๒.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Ischemic STROKE	น้อยกว่าร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑.๖
นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้อง	๑. ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการคัดกรอง CVD risk	มากกว่าร้อยละ ๘๗.๕	ร้อยละ ๖๕.๕๓
	๒. ผู้ป่วย stroke มาถึงโรงพยาบาล ≤ ๕ ชั่วโมง	มากกว่าร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๖๔.๘
	๓. อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ภายใน ๓๐ นาที	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
	๔. จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขา (FCT)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๗๕
	๕. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่รับการติดตามจากนักกายภาพบำบัด (ตัด case dead)	มากกว่าร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๓.๕๖

	๖. อัตราผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการโดยระบบ EMS	มากกว่าร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๑.๒
	๗. อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการส่งทำกายภาพบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรายใหม่	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๓.๕๖

๓. สถานการณ์ และผลการดำเนินงาน

อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ปีงบ ๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๓.๒ โดยมีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด ๔ ราย แบ่งเป็น เสียชีวิตด้วย Ischemic Stroke ๒ ราย และ Hemorrhagic Stroke ๒ ราย

มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๖๕.๕๓

ในปีงบ ๒๔๖๗ อัตราการเข้าถึงของผู้ป่วย stroke ที่มาถึงโรงพยาบาล ≤ ๕ ชั่วโมง ตั้งแต่เริ่มมีอาการ มีจำนวน ๘๑ ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๑๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๘ ซึ่งตัวชี้วัดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ในเรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่ประชาชน

อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ภายใน ๓๐ นาที ในปีงบ ๒๕๖๗ คิดเป็นร้อยละ ๑๐๐ จากจำนวนผู้ป่วย Stroke Fast Track ทั้งหมด ๑๒ ราย หลังส่งต่อผู้ป่วยได้ rt-PA ๓ ราย และ MT ๑ ราย

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ศูนย์ COC ส่งรายชื่อเยี่ยมบ้านทั้งหมด ๒๔ ราย โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการออกเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขา (FCT) ในปีงบ ๒๕๖๗ มีจำนวน ๑๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๗๕

จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการติดตามจากนักกายภาพบำบัด (ตัด case dead) ในปีงบ ๒๕๖๗ มีทั้งหมด ๖๑ ราย จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนจากงานกายภาพบำบัดทั้งหมด ๗๓ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๕๖

ผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการโดยระบบ EMS ในปีงบ ๒๕๖๗ มีจำนวน ๓๙ ราย จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ๑๒๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๑.๒

ในปีงบ ๒๕๖๗ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ขึ้นทะเบียนจากงานกายภาพบำบัดทั้งหมด ๗๓ ราย ได้รับการทำกายภาพบำบัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรายใหม่ทั้งหมด ๖๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๕๖

๔. ปัญหาและอุปสรรค

การเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองล่าช้า และมีการเรียกใช้การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผ่าน ๑๖๖๙ น้อยโดยพบว่าประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอแม่เมาะยังขาดความรู้ในเรื่องอาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง มีความตระหนักในเรื่องโรคหลอดเหลือดสมองน้อย และขาดความรู้ในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้มีการเรียกใช้การบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน ๑๖๖๙ น้อย ส่วนใหญ่เลือกเดินทางโดยรถส่วนตัว เนื่องจากเห็นว่าสะดวกในการเดินทาง และคิดว่ารวดเร็วกว่าการรอรถพยาบาล

๕. แนวทางการพัฒนา ปี ๒๕๖๘

๑. จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน บริเวณที่มีประชากรอาศัยอยู่หนาแน่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๕ แห่ง และประชาสัมพันธ์ในการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ๑๖๖๙

๒. คัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มผู้ป่วย DM, HT, old CVA โดยแบ่งระดับตาม CVD risk

๓. ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยDM HT DLP กลุ่มสีแดง poor controlled

๔. พัฒนาทักษะการคัดกรองผู้ป่วย Stroke ให้แก่เจ้าหน้าที่พยาบาลรพ.แม่เมาะ และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ในเขตพื้นที่

๕. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย stroke (Guideline) ของโรงพยาบาล และพัฒนาระบบบริการทบทวน CPG การประเมินผู้ป่วย การปรึกษาวินิจฉัย Stroke กับอายุรแพทย์โรงพยาบาลลำปาง

๖. ทบทวนและพัฒนาการดูแลการส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวทางการ Consult ผ่านระบบ Telemedicine

ผู้รับผิดชอบ นางสางธาริณี ปินใจกุล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ
กลุ่มงาน อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลแม่เมาะ
วัน/เดือน/ปี ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๗