ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒. พัฒนาการบริการให้มีคุณภาพได้มาตรฐานรองรับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้รับบริการ (Service Excellence)
เป้าประสงค์ที่ ๒: ผู้รับบริการพึงพอใจ ปลอดภัย และมีความเชื่อมั่นศรัทธา
กลยุทธ์ที่ ๔: พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเชื่อมโยงทีมหมอครอบครัว งานเยี่ยมบ้าน และภาคีเครือข่าย (ST๑)
วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ ๔: เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ประชาชนสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
ผู้รับผิดชอบทีมระดับองค์กร- คณะกรรมการPCT คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ คณะทำงานทีมหมอครอบครัว คณะกรรมการHHC
ผู้รับผิดชอบหลักตามโครงสร้าง: กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามคำสั่งแต่งตั้ง
ผู้รับผิดชอบหลักตามตำแหน่งงาน: JD จนท.รพ.สต., พยาบาลเวชปฏิบัติ, สหวิชาชีพ, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
โครงการพัฒนาระบบยาสมุนไพร ลดการให้ยาปฏิชีวนะวะนะเพิ่มการใช้ยาสมุนไพร
<u>กิจกรรมที่๑.</u> การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับหลักเกณฑ์การจ่ายเงินจากสปสช. , วิธีการลงบันทึกข้อมูลการให้บริการแพทย์แผนไทย ให้กับเจ้าหน้าที่ของรพ. และ รพ.สต. รวมถึงผู้เกี่ยวข้อง และร่วมกันจัดทำ แนวทางการให้บริการแพทย์แผนไทย การจ่ายยาสมุนไพร ลดการใช้ยาปฏิชีวนะวะนะ เพิ่มการใช้ยาสมุนไพร
<u>ภาพกิจกรรม</u>

กิจกรรมที่ ๒ ให้บริการแพทย์แผนไทยในศูนย์สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวแต่ละตำบล

ตำบล	บริการที่จัด
ศูนย์LTCต.บ้านแก่ง	อบสมุนไพร,ประคบสมุนไพร,นวดแผนไทย,แช่มือแช่เท้า,จ่ายยาสมุนไพร,ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.แม่สำ	อบสมุนไพร,จ่ายยาสมุนไพร,ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.ดงคู่	อบสมุนไพร, นวดแผนไทย,จ่ายยาสมุนไพร,ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.สารจิตร	อบสมุนไพร,จ่ายยาสมุนไพร,ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.ศรีสัชนาลัย	อบสมุนไพร,จ่ายยาสมุนไพร,ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.หนองอ้อ	อบสมุนไพร,นวดแผนไทย,จ่ายยาสมุนไพร, ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.แม่สิน	อบสมุนไพร,จ่ายยาสมุนไพร,นวดแผนไทย,แช่มือแช่เท้า,ให้ความรู้สุขศึกษา
ศูนย์LTCต.ป่างิ้ว	อบสมุนไพร,จ่ายยาสมุนไพร,นวดแผนไทย,แช่มือแช่เท้า,ให้ความรู้สุขศึกษา

กลุ่มงานการพยาบาล	
โครงการเยี่ยมเสริมพลัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอศรีสัชนาลัย ปี ๒๕๖๒ (นอกแผน)	
วัตถุประสงค์	๑) เพื่อระดมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่าง ๆ ในการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรประจำปี ๒) เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี ให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์องค์กร และนโยบายจากภายนอก ๓) เพื่อติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน สรุปผลงาน และรองรับการนิเทศจากคณะนิเทศงาน
กลุ่มเป้าหมาย	คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ทีมนำระดับองค์กร คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และทุติยภูมิ หน่วยงาน บุคลากรรพ.และเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย
กิจกรรมปี๖๒	ลงเยี่ยมรพ.สต.ในพื้นที่ ระหว่างวันที่ ๘-๙ มกราคม ๒๕๖๒ และ ๘ มีนาคม ๒๕๖๒
ผลผลิต	รพ.สต. ได้รับการเยี่ยม ๒๐ แห่ง ครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐, จำนวนบุคลากรได้รับการเยี่ยมจำนวน ๑๐๔ ท่าน
รูปภาพกิจกรรม	

	รพ.สต.บ้านแสนตอ รพ.สต.บ้านตึก
ผลการใช้จ่ายงบประมาณ (รายกิจกรรม)	

ประเภทงบประมาณ..รายกิจกรรม	แผน	ใช้จ่ายจริง	เบิกจ่ายแล้ว	คงเหลือ
ค่าเบี้ยเลี้ยง๙คน*๑๒๐บาท*๓วัน	๓,๒๔๐	๒,๕๒๐	๒,๕๒๐	๗๒๐
ค่าอาหารว่างเครื่องดื่ม๑๐คน*๒๐บาท*๒๐แห่ง	๔,๐๐๐	๐	๐	๔,๐๐๐
รวม	๗,๒๔๐	๒,๕๒๐	๒,๕๒๐ (๓๔.๘๑%)	๔,๗๒๐

สถานะโครงการ	แล้วเสร็จ
แหล่งงบประมาณ	เงินบำรุงโรงพยาบาล

สรุปประเด็นปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ/ข้อชื่นชมจากการลงเยี่ยมเสนอผู้บริหารcup

	รพ.สต.	**ด้านบุคลากร**
๑	หนองอ้อ	กรอบอัตรากำลังไม่เพียงพอโดยเฉพาะตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ -ขอพยาบาลเพิ่ม ๑ ตำแหน่ง
๒	ปางสา	-ขาดบุคลากรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน ต้องการให้cupสนับสนนเปิดตำแหน่งจ้างบุคลากรตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ
๓	ท่าชัย	-พยาบาลวิชาชีพ,นวก.สาธารณสุขยังขาด
๔	บ้านตึก	-ต้องการนักวิชาการเพิ่มเนื่องจากนักวิชาการมีแต่ผอ.รพ.สต.อยู่ตำแหน่งเดียว '-ขอปรับตำแหน่งจพ.แพทย์แผนไทยเป็นแพทย์แผนไทย เพื่อเป็นขวัญกำลังใจจากการปฏิบัติงาน
๕	ดงย่าปา	มีจนท.ปฏิบัติงาน ๒ คน ขาดตำแหน่งนวก.-จพ.
๖	ดงคู่	-จัดให้มีตรวจสุขภาพประจำปีจนท.ปีละครั้งต่อเนื่อง '-พัฒนาศักยภาพจนท.
	รพ.สต.	**ด้านงบประมาณ**
๑	ท่าชัย	-งบประมาณปัจจุบันไม่ได้จ่ายตามผลสัมฤทธิ์ของงานและเป็นการเฉลี่ยแบ่งจ่าย
๒	ดงย่าปา	งบประมาณไม่เพียงพอ Fixed costใช้จ่ายค่าจ้างจพ.ธุรการ+พนักงานบริการ+สาธารณูปโภค+ค่าประกันสังคม ไม่พอจ่ายวัสดุ-ครุภัณฑ์
๓	ปางสา	-อยากให้cupสนับสนุนค่าตอบแทนฉ.๑๑ทุกเดือนเพื่อเป็นขวัญกำลังใจในการทำงาน '-อยากให้cupไม่ตัดค่าตอบแทนOTเพื่อการบริการคนไข้ที่พื้นที่ห่างไกล
๔	ดงคู่	-ค่าตอบแทนOTตามสมควรเหมาะสมให้จนท.
๕	บ้านตึก	-ของบสนับสนุนด้านOT
๖	บ้านแก่ง	-ฉ๑๑ ครบ๑๒ เดือน

	รพ.สต.	**ด้านเครื่องมือ/อุปกรณ์/อาคารสถานที่-สิ่งแวดล้อม/อำนวยความสะดวก**
๑	หนองอ้อ	ถุงขยะทั่วไปและถุงขยะติดเชื้อไม่เพียงพอ -ขอให้ทุกสิ้นปีงบประมาณทางรพ.ควรสำรวจความต้องการวัสดุที่ต้องสนับสนุน เช่น ถุงขยะทั่วไป ถุงขยะติดเชื้อ ใบต่อOPD card เป็นต้น
๒	บ้านตึก	-งบสนับสนุนตกแต่งอาคารสถานที่ปฏิบัติงานให้น่าอยู่ สะดวกสบายต่อผู้มารับบริการ '-เครื่องมือมีน้อยไม่พอให้บริการ เช่น กรรไกรตัดเนื้อมี ๑ อัน ฯลฯ
๓	บ้านแก่ง	๑.กรรไกรตัดเนื้อ๕อัน-มีไม่เพียงพอ ๒.Cocodie Forcep๑อัน-ไม่มีใช้ -๓.เครื่องส่องหู-ส่องจมูก๑ชุด-ทดแทนของเดิม ๔.Stethoscope๓m ๑ อัน ๕.ผ้าปูเตียงตรวจโรคและปลอกหมอน ต้องการให้มีใช้รูปแบบและสีเหมือนกันทุกรพ.สต.
๔	ดงคู่	-ปรับปรุงที่พักขยะ (มุ้งลวด) -มีรถขนส่งยามาที่รพ.สต.
	รพ.สต.	**ด้านระบบบริการ: ยาและเวชภัณฑ์**
	ท่าชัย	-ยาเวชภัณฑ์ถูกต้องทำให้ผู้ป่วยไปรพ.
	บ้านตึก	-ขอปรอทวัดไข้เพื่อเนื่องจากไม่พอให้บริการในวัน EPI '-ขอหูฟังเพิ่มไม่พอให้บริการผู้ป่วย
	ดงย่าปา	วัสดุการแพทย์ จ่ายกลางไม่เพียงพอ ต้องการเพิ่ม (Set Suture, ทำแผล, ตัดไหม)
	รพ.สต.	**ด้านระบบบริการ: ชันสูตร**
	ดงคู่	-ช่องทางด่วนสื่อสาร (กลุ่มline)
	ท่าชัย	-แผ่นอ่าน Hct
	รพ.สต.	**ด้านระบบบริการ: การให้คำปรึกษา**
	หนองอ้อ	การConsult case ผู้ป่วยPCUล่าช้า -ขอให้ตอบกลับcase ภายใน๓๐นาทีหรือ๑ชั่วโมง
	รพ.สต.	**ด้านระบบบริการ: ระบบขนส่งภายในเครือข่าย**
	ท่าชัย	-ดี
	ดงคู่	-มีรถขนส่งยามาที่รพ.สต.
	รพ.สต.	**ทุนที่ดี/สิ่งที่ควรชื่นชม**
	หนองอ้อ	สัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในส่วนรพ.สต.และรพ.ศรีสัชนาลัยดี ทำให้การประสานงานราบรื่น
	บ้านตึก	-เรื่องรับส่งขยะติดเชื้อสัปดาห์ละ๑ครั้งดีแล้ว
	ปางสา	ชื่นชมฝ่ายห้องส่งเสริมของรพ.ศรีสัชนาลัยที่ให้การช่วยเหลือในเรื่องการประสานงานแก่รพ.สต.เป็นอย่างดีอย่างต่อเนื่อง และจนท.ทุกท่านมีสัมพันธภาพที่ดีต่อรพ.สต.ทุกแห่ง
ผู้จัดทำรายงาน		นางสาววีวรรณ เล็กวิลัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ๐๘๖-๙๒๓๑๑๐๐ line ID: iamtshrits

กลยุทธ์ที่ ๖: พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษากลุ่มโรคสำคัญ (WO๑)

SP สาขาโรคเรื้อรัง

กลุ่มงานการพยาบาล: คลินิกพิเศษ	
โครงการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอำเภอศรีสัชนาลัย ปี ๒๕๖๒ (ลำดับที่ ๑๙)	
วัตถุประสงค์	๑.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ ๒.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ๓.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง ลดลง ๔.อัตราการเกิดโรคหลอเลือดสมองในผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง ไม่เกินร้อยละ ๑ ๕.เจ้าหน้าที่มีความชำนาญในการใช้ข้อมูลมาวางแผนการดูแลผู้ป่วย ๖.อสม.สามารถใช้กระบวนการ Motivation Interview (MI) วางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
กลุ่มเป้าหมาย	โรคเบาหวาน จำนวน ๕,๖๐๐ คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๕,๕๔๙ คน ผู้สูงอายุ จำนวน ๑๕,๒๔๐ คน
กิจกรรม ปี ๖๒	**กิจกรรมที่ ๑ ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน** ๑. พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน / การเยี่ยมบ้าน ๒. ประเมินภาวะโภชนาการกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แบบประเมิน NAF ๓. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะโภชนาการ ผู้ที่มีผลการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นระดับ ≥ ๑๑ คะแนนขึ้นไป (ภาวะทุพโภชนาการรุนแรง) ๔. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านโภชนาการ กระตุ้นกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการจัดการสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม อย่างต่อเนื่อง ๕. ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง **กิจกรรมที่ ๒ บูรณาการตรวจคัดกรองต้อหิน/ต้อกระจกผู้สูงอายุ และภาวะแทรกซ้อนทางตาผู้ป่วย** ๑. รับนโยบาย Service Plan สาขาจักษุ ๒. จัดประชุมชี้แจงแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทั้งเครือข่าย ๓. จัดทำแผนงานโครงการ รณรงค์การออกคัดกรองถ่ายภาพจอประสาทตา ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และผู้สูงอายุ ๔. จัดทำแนวทางการตรวจคัดกรอง / แนวทางการส่งต่อ ตาต้อกระจก ต้อหินในผู้สูงอายุ และในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๕. ให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลที่รับผิดชอบ เรื่อง การวัด V/A หรือความผิดปกติ ที่ต้องส่งต่อพบจักษุแพทย์ตามแนวทาง ๖. กำหนดตารางวันออกตรวจและจัดทีมผู้รับผิดชอบออกตรวจ ราย รพ.สต. ๗. รพ.สต. เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ ประชาสัมพันธ์ และติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวาน / ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายมาตรวจตามกำหนด ๘. กำหนดจำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบผิดปกติ ๑๐๐ คน ต่อวัน มาพบจักษุแพทย์ที่ รพ.ศรีสัชนาลัย และดำเนินการตรวจคัดกรองตาต้อกระจก ต้อหิน ตรวจถ่ายภาพจอประสาทตา ในผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน ๙. ลงบันทึกข้อมูลผลการตรวจในระบบ HosXp / JHS / version ๒๐๒๐ ๑๐. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวาน / ผู้สูงอายุ ที่ตรวจพบความผิดปกติ ๑๑. ติดตามผลการส่งต่อมาพบจักษุแพทย์ และติดตามผลการรักษาของแพทย์ **กิจกรรมที่ ๓ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง** **กิจกรรมป้องกันการเกิดโรค Stroke (โรคหลอดเลือดสมอง)** ๑. สำรวจผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูงขาดการรักษา และส่งเข้าสู่ระบบการรักษาต่อเนื่อง ๒. ประเมิน CVD risk จัดกลุ่มระดับความเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงปานกลาง / กลุ่มเสี่ยงสูงมากได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น ๓. พัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยการขาดนัด

๔. จัดระบบการติดตาม ดูแลสุขภาพ / เยี่ยมบ้านของผู้ป่วยที่รักษานอกเขตจังหวัด / คลินิก
๕. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง อาหาร / การใช้ยา
๖. ผู้ป่วยความดันโลหิตที่ ควบคุมความดันไม่ได้ติดตาม HBPM โดย อสม.
กิจกรรมป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรัง
๑. อบรมเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคไตแก่ อาสาสมัครทีมรักษ์ไต
๒. จัดทำคู่มือ / แนวทางการให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยโรคไต (ลดหวาน มัน เค็ม)
๓. สำรวจข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน และ หรือ ความดันโลหิตสูง ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต
๔. ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ หรือชะลอไตเสื่อม
๕. ติดตามเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครทีมรักษ์ไต และสหวิชาชีพ
กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชื่อมโยงกับข้อมูลสุขภาพ
๑.ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (CPG) โดยอายุรแพทย์
๒. สนับสนุนการจัดทำผลงานวิชาการ/วิจัยเกี่ยวกับการดุแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
๓.จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงาน ,นวัตกรรม ระดับอำเภอ/ระดับจังหวัด/ระดับเขต
๔.อบรมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ อสม. ด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการ Motivation Interview (MI)

ผลผลิต

ลำดับ	กิจกรรม	เป้าหมาย	จำนวน	ผลงาน	ร้อยละ
๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา	≥ ๖๐ %	๖,๐๖๓	๔,๕๘๙	๗๕.๖๙
๒	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	≥ ๖๐ %	๖,๐๖๓	๔,๙๔๑	๘๑.๔๙
๓	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD risk)	> ๘๐ %	๗,๓๙๐	๖,๙๖๒	๙๔.๒๑
๔	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ ๘๐ %	๑๓,๑๙๔	๙,๓๘๓	๖๐.๐๓
๕	อัตราการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.	> ๕๐ %	๑๕,๘๒๒	๖,๖๐๔	๔๑.๗๔
๖	อัตราการส่งต่อผู้ป่วยผู้ป่วยเบาหวานรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.	> ๕๐ %	๕,๘๖๓	๑,๙๒๒	๓๒.๗๘

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองต้อหิน / ต้อกระจก	คน	๑๕,๒๔๐	๒,๖๒๗
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานถ่ายภาพจอประสาทตา	คน	๕,๖๐๐	๑,๐๙๘

ผลผลิต

ตัวชี้วัดแผนงาน-โครงการ	ปี๒๕๖๒
จำนวนผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองตาและพบความผิดปกติ	๘๙
จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองตาพบต้อกระจก	๑๑๐
จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองตาพบต้อหิน	๓๖
จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองตาพบต้อเนื้อ	๖
จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองตา ส่งต่อ รพ.ศว.	๑๕๖
จำนวนผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองตา ส่งต่อ รพ.ศว. ทันที	๑๒
จำนวนผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจคัดกรองตาและพบ Mild NPDR	๑๔
จำนวนผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจคัดกรองตาและพบ Moderate NPDR	๕
จำนวนผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจคัดกรองตาและพบ Severe DR	๓
จำนวนผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจ ส่งต่อ รพ.ศว.	๒

	จำนวนผู้ป่วย DM ได้รับการตรวจ ส่งต่อ รพ.ศว. ทันที				๓	
ผลงาน	ตัวชี้วัดแผนงาน-โครงการ	เกณฑ์	ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑	ปี ๒๕๖๒
	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ ๔๐%	๓๖.๗๓	๓๖.๗๓	๓๙.๓๗	๓๘.๐๒
	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	≥ ๕๐%	๔๐.๕๐	๔๕.๓๗	๕๑.๐๖	๖๑.๘๔
	ร้อยละของผู้ป่วย DM , HT ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	เพิ่มขึ้น ๑๐ %	๑๑.๔๔	๑๔.๙๓	๑๓.๑๗	๑๑.๒๐
	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ มล./นาที/๑.๗๒ตารางเมตร	> ๖๖%	๕๙.๒๓	๖๓.๙๔	๖๕.๐๕	๖๒.๗๖
	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันของโรคเบาหวาน (Hypo/hyperglycemia)	≤ ๒%	๑.๗๒	๐.๙๕	๒.๓	๑.๓๔
ผลการใช้จ่ายงบประมาณ (รายกิจกรรม)	ประเภทงบประมาณรายจ่าย..	แผน	ใช้จ่ายจริง	เบิกจ่ายแล้ว	คงเหลือ	
	กิจกรรมที่ ๑ ส่งเสริม สนับสนุนการจัดการตนเองผู้ป่วยเบาหวาน	๑๕,๗๔๐	-	-	-	
	กิจกรรมที่ ๒ บูรณาการตรวจคัดกรองต้อหิน/ต้อกระจกผู้สูงอายุ และภาวะแทรกซ้อนทางตาผู้ป่วยเบาหวาน	๑๘,๙๖๕	๘,๘๗๕	๘,๘๗๕	๑๐,๐๙๐	
	กิจกรรมที่ ๓ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง	๘,๗๐๐	-	-	-	
	กิจกรรมที่ ๔ พัฒนาศักยภาพบุคคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเชื่อมโยงกับข้อมูลสุขภาพ	๑๖,๑๔๐	๖,๔๐๐	๖,๔๐๐	๙,๗๔๐	
	รวม	๕๙,๕๔๕	๑๕,๒๗๕	๑๕,๒๗๕	๑๙,๘๓๐	
สถานะโครงการ	กิจกรรมที่ ๒ และ ๔ ดำเนินการเสร็จเรียบร้อย กิจกรรมที่ ๑ และ ๓ อยู่ในช่วงขอขยายการดำเนินกิจกรรม					
แหล่งงบประมาณ	กองทุนโรคเรื้อรัง					
ปัญหาอุปสรรค	กิจกรรมที่ ๒ ผู้สูงอายุที่คัดกรองพบ VA ผิดปกติมาไม่มาพบจักษุแพทย์ (ปฏิเสธการรักษา)					
ข้อเสนอแนะ	กิจกรรมที่ ๒ ประสานงานรพ. สต. ออกเยี่ยมบ้านติดตามพูดคุย เพื่อค้นหาปัญหาผู้ป่วยที่ไม่ยอมมาพบจักษุแพทย์ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา และติดต่อประสานงานทีมจักษุแพทย์ เรื่องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อพบจักษุแพทย์					
ผู้จัดทำรายงาน ตำแหน่ง/ วันที่เบอร์โทร-Mail-	สนธยา ทองรุ่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ ๐๘๘๒๙๓๒๐๐๙ big_narunun@hotmail.com					

ปัจจัยสำเร็จ

-ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือดำเนินกิจกรรม

ปัญหาอุปสรรค

บุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานเกินเกณฑ์มาตรฐาน เครื่องมือ-อุปกรณ์ไม่เพียงและไม่พร้อมใช้

ผลงานเด่น/นวัตกรรม/CQI

ผลงานเด่น : ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ ๒ การนำเสนอผลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง จ.สุโขทัย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ประชาชนไม่เข้าใจในระบบการดูแลสุขภาพของสาธารณสุข

แผนงาน

๑. ส่งเสริม,สนับสนุนการจัดการตนเอง กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยเบาหวาน **กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดไตเรื้อรัง (ชมรมรักษ์ไต)** ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อย่าต่อเนื่อง
๒. พัฒนาระบบสารสนเทศ
๓. ทบทวนแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง

กลุ่มงานการพยาบาล: งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน	
โครงการซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ บุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายอำเภอศรีสัชนาลัย ปี ๒๕๖๒ (ลำดับที่ ๒๑)	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ฉุกเฉิน
กลุ่มเป้าหมาย	-เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสัชนาลัยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอศรีสัชนาลัย -ภาคีเครือข่าย(อปท.,ตำรวจ, เจ้าหน้าที่ปกครอง,ทหาร,กู้ชีพ,ผู้นำชุมชน)
กิจกรรมปี๖๒	๑.ประชุมคณะทำงานเพื่อกำหนดแนวทางการจัดการ การวิเคราะห์จุดเสี่ยงและการซ้อมแผนรับสาธารณภัยต่าง ๆ ๒.ประชุมชี้แจงแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่ที่จัดทำไว้ให้เจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายรับทราบบทบาทหน้าที่ในแผนระดับต่าง ๆ ๓.อบรม/ฟื้นฟูความรู้การบริหารจัดการ/การดูแลรักษาพยาบาลผู้บาดเจ็บการเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บจากสาธารณภัยตั้งแต่จุดเกิดเหตุและในโรงพยาบาลแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ๔. กำหนดสถานการณ์ในการซ้อมแผน ๕. เชิญหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมอบรมและแผนซ้อม ๖.จัดซ้อมแผนTable TOP ๗.จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ในการซ้อมแผน ๘.ประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบการซ้อมแผนเพื่อไม่ให้เกิดปัญหา และความสับสนในวันซ้อมแผนจริง ๙.ดำเนินการซ้อมแผนสถานการณ์จำลอง ประเมินขั้นตอนต่าง ๆ ๑๐.สรุปผลการซ้อมแผน นำปัญหา อุปสรรค ข้อผิดพลาดต่าง ๆ ปรับปรุงแก้ไข
ผลิต รูปภาพ กิจกรรม	ประชุมวางแผน เตรียมนักแสดง/ฝึกซ้อมตามแผน ประชุมสรุปผลการทำงาน

ผลผลิต	รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
	จำนวนผู้เข้าร่วมซ้อมแผน	ร้อยละ	๙๐	๘๕
	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมซ้อมแผน	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐
	การดำเนินงานซ้อมเป็นไปตามแผน	ร้อยละ	๙๐	๘๕

ผู้รายงาน	นางสุกัญญา คำแปง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ๐๙๓-๑๓๕๗๘๗๖ E- mail sukunyak๑๙๗๑@gmail.com

กลุ่มงานการพยาบาล: งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โครงการฟื้นฟู CPR ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคน

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพ ตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลศรีสัชนาลัย ๒. สามารถปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพได้ถูกต้อง รวดเร็วมีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย และปฏิบัติไปในแนวทางเดียวกัน
กลุ่มเป้าหมาย	๑.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศรีสัชนาลัย จำนวน ๒๔๐ คน ๒.กลุ่มเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยอำเภอศรีสัชนาลัย ๙๓ คน
กิจกรรม ปี ๖๒	๑.ประชุมชี้แจงคณะกรรมการวิชาการ การจัดอบรม ๒.ติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแผน ๓.จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เอกสารประกอบการประชุมและสถานที่ ๔.ติดต่อประสานงานวิทยากร ๕.ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย ๖.ประเมินผลหลังการอบรม
ผลผลิต รูปภาพกิจกรรม	

ผลผลิต

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
ผู้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี	ร้อยละ	๘๐	๗๐
ผู้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีได้ฝึกปฏิบัติ	ร้อยละ	๘๐	๗๕
ความรู้และความพึงพอใจ	ร้อยละ	๘๐	๗๕

ผู้รายงาน นางสุกัญญา คำแปง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล
๐๙๓-๑๓๕๗๘๗๖ E- mail sukunyak๑๙๗๑@gmail.com

กลุ่มงานการพยาบาล: งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

โครงการฟื้นฟูศักยภาพอาสากู้ชีพ (FR)

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ**อาสาสมัครกู้ชีพ**
กลุ่มเป้าหมาย	**เจ้าหน้าที่อาสาสมัครกู้ชีพเครือข่ายศรีสัชนาลัย จำนวน ๕๐ คน** **อาสาสมัครหน่วยกู้ชีพเทพนิมิตจำนวน ๒๐ คน**
กิจกรรม ปี ๖๑	.ประชุมชี้แจงคณะกรรมการวิชาการ การจัดอบรม ๒.ติดต่อประสานงานกับฝ่ายต่าง ๆ ในโรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแผน ๓.จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ เอกสารประกอบการประชุมและสถานที่ ๔.ติดต่อประสานงานวิทยากร ๕.ดำเนินการอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย ๖.ประเมินผลหลังการอบรม
ผลผลิต รูปภาพ กิจกรรม	
ผลผลิต	

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
ผู้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎี	ร้อยละ	๘๐	๗๕
ผู้เข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีได้ฝึกปฏิบัติ	ร้อยละ	๘๐	๗๘
ความรู้และความพึงพอใจ	ร้อยละ	๘๐	๗๕

ผู้รายงาน นางสุกัญญา คำแปง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ปฏิบัติงาน งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มงานการพยาบาล
๐๙๓-๑๓๕๗๘๗๖ E- mail sukunyak๑๙๗๑@gmail.com

การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์รวม	
โครงการวัณโรคค้นให้พบ จบด้วยหาย ปี ๒๕๖๒ (ลำดับที่ ๒๒)	
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างมีคุณภาพ โดยเน้นการคัดกรองเชิงรุก ๒.เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคทั้งระบบ ๓.เพื่อให้ชุมชนมีความรู้และตระหนักต่อโรควัณโรคและสามารถดูแลผู้ป่วยร่วมชุมชนและร่วมบ้านได้ ๔.เพื่อขยายการมีส่วนร่วมของชุมชนสร้างภาคีเครือข่าย ในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยครบทุกมิติ ๕.เพื่อเพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษารายใหม่ทุกประเภท >ร้อยละ ๘๕ ลดอัตราตาย<ร้อยละ ๕
กลุ่มเป้าหมาย	๑.กลุ่มเสี่ยงที่ต้องคัดกรอง ๗ กลุ่ม ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ ๒. กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค ๓.กลุ่มพี่เลี้ยงกำกับการกินยา และภาคีเครือข่าย
กิจกรรม ปี๖๑	๑.คัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ๒.ให้ความรู้ประชาชน กลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย และรณรงค์วัณโลกสากล ๓.ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย กำกับการกินยา ๔.ประชุมแกนนำคัดกรอง กำกับกินยา
รูปภาพ กิจกรรม	 - คัดกรองผู้สัมผัส วันที่ ๔- ๒๕ มีนาคม ๒๕๖๒ วันละ ๒๐ ราย - คัดกรอง Mobile X-Ray Digital ๒๓-๒๗ เมษายน ๒๕๖๒ -คัดกรองในรพ. COPD HIV DM CA CKD Stage ๓-๕ บุคลากรสาธารณสุข -เยี่ยมบ้าน กำกับการกินยา

-สอบสวนโรค MDR และผู้ป่วยเสียชีวิต

-คัดกรอง LTBI ๐ - ๑๘ ปี วันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๒

ผลผลิต

รายการ	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลงาน
จำนวนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองวัณโรค	ราย	๓,๑๑๗	๕,๔๒๘ (๑๗๔.๑๔ %)
จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกประเภทรวมกลับเป็นซ้ำ	ราย	๑๒๐	๙๕ (๗๙.๑๖ %)
จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการติดตามเยี่ยม กำกับการกินยา	ราย	๙๕	๘๓ (๘๗.๓๖ %)

<table>
<tr><td>ผลงาน</td><td>
<table>
<tr><th>ตัวชี้วัดแผนงาน-โครงการ</th><th>เกณฑ์</th><th>ปี๒๕๕๙</th><th>ปี๒๕๖๐</th><th>ปี๒๕๖๑</th><th>ปี๒๕๖๒</th></tr>
<tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษารายใหม่ทุกประเภท</td><td>มากกว่าร้อยละ ๘๕</td><td>๗๖.๙๒ (๙๐/๑๑๗)</td><td>๖๙.๔๗ (๖๖/๙๕)</td><td>๘๓.๓๓ (๗๐/๘๔)</td><td>๗๙.๒๐ (๘๐/๑๐๑)</td></tr>
<tr><td>อัตราตาย รายใหม่ทุกประเภท</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๕</td><td>๑๙.๖๕ (๒๓/๑๑๗)</td><td>๒๖.๓๑ (๒๕/๙๕)</td><td>๑๖.๖๖ (๑๔/๘๔)</td><td>๑๗.๘๒ (๑๘/๑๐๑)</td></tr>
<tr><td>ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ของค่าคาดประมาณ ๑๗๒ ต่อแสนประชากร)</td><td>ร้อยละ ๘๒.๕ (๑๓๓ ราย)</td><td>๙๔ ราย</td><td>๗๑.๘๗ (๙๒/๑๒๘)</td><td>๗๘.๑๙ (๑๐๔/๑๓๓)</td><td>๗๙.๑๖ (๙๕/๑๒๐)</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผลการใช้จ่ายงบประมาณ (รายกิจกรรม)</td><td>
<table>
<tr><th>ประเภทงบประมาณรายจ่าย..</th><th>แผน</th><th>ใช้จ่ายจริง</th><th>เบิกจ่ายแล้ว</th><th>คงเหลือ</th></tr>
<tr><td>-ค่าอาหารว่าง ประชุม</td><td>๕,๒๐๐</td><td>๐</td><td>๐</td><td>๕,๒๐๐</td></tr>
<tr><td>-ค่าถ่ายเอกสารแบบคัดกรอง</td><td>๗,๕๐๐</td><td>๗,๕๐๐</td><td>๗,๕๐๐</td><td>๐</td></tr>
<tr><td>-อื่น ๆ ค่า Mobile X-Ray Digital</td><td>๘๗,๐๐๐</td><td>๗๗,๐๘๒</td><td>๗๗,๐๘๒</td><td>๙,๙๑๘</td></tr>
<tr><td>รวม</td><td>๙๙,๗๐๐</td><td>๘๔,๕๘๒</td><td>๘๔,๕๘๒</td><td>๑๕,๑๑๘</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>สถานะโครงการ</td><td>เสร็จสิ้น</td></tr>
<tr><td>แหล่งงบประมาณ</td><td>เบิกจ่ายจากงบบริการผู้ป่วยวัณโรค</td></tr>
<tr><td>ปัญหาอุปสรรค</td><td>- ผู้ป่วยไม่มาตามนัด เนื่องจากไม่มีญาติดูแล และพื้นที่ห่างไกล ทำให้เดินทางไม่สะดวก
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมักมีโรคประจำตัวอื่นๆร่วมอยู่ด้วย จึงทำให้เสียชีวิต
- ผู้ป่วยและญาติ ขาดความตระหนัก จึงทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา</td></tr>
<tr><td>ข้อเสนอแนะ</td><td>- ให้ความรู้ ผู้ป่วยและญาติ
- คัดกรองครอบคลุม รวดเร็ว ตามกลุ่มเสี่ยง</td></tr>
<tr><td>แผนงานโครงการ</td><td>๑.คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ให้เร็วขึ้น โดยการคัดกรองทุกเดือน
๒.มีพี่เลี้ยงกำกับการกินยา
๓.การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่าย เทศบาล อบต.
๓.Admit ผู้ป่วย และให้ความรู้ผู้ป่วย และญาติ</td></tr>
<tr><td>การประเมินผลโครงการ/ข้อเสนอแนะการดำเนินมาตรการปี ๒๕๖๒</td><td>๑.วิเคราะห์ข้อมูลผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงถึงวิธีการที่มีอัตราการค้นพบสูงเพื่อกำหนดเป็นกลุ่มเป้าหมาย/วิธีการสำคัญอันดับต้นในการดำเนินงานคัดกรองค้นหา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหา/การใช้จ่ายงบประมาณ
๒.ศึกษากลุ่มที่รักษาสำเร็จ/เสียชีวิต นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทีมการดูแลรักษา เพื่อวางแผนพัฒนาร่วมกัน</td></tr>
<tr><td>ผู้จัดทำรายงาน</td><td>ส.อ.วสันต์ เขียวสอาด นายเมธาสิทธิ์ นวลเนียม นางพรรณรัตน์ นนทธิ สละ</td></tr>
</table>

SP สาขาบริการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน

<table>
<tr><td colspan="3">กลุ่มงานเวชศาสตร์ฟื้นฟู</td></tr>
<tr><td colspan="3">โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care)</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td colspan="2">ได้มีการกำหนดจุดเน้นในการพัฒนาดังนี้ ๑) ระบบบริการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง ๒) ลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ๓) เพิ่มอัตราครองเตียงในโรงพยาบาลชุมชน ๔) พัฒนาระบบส่งต่อ ๕) การฟื้นฟูผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อความพิการถาวร</td></tr>
<tr><td>กลุ่มเป้าหมาย</td><td colspan="2">ผู้ป่วยกลุ่มโรค Stroke, TBI , Spinal cord injury รายใหม่ ที่มีอาการทางคลินิกพ้นวิกฤติและมีอาการคงที่</td></tr>
<tr><td>กิจกรรม ปี ๖๒</td><td colspan="2">๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ / คณะทำงานเพื่อขับเคลื่อนงาน Intermediate Care ใช้คณะทำงานพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์จังหวัดสุโขทัย และกำลังดำเนินการแต่งตั้งคณะทำงานในการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)ระดับโรงพยาบาลในเดือน มกราคม ๒๕๖๒
๒. มี Intermediate Bed จำนวน ๒ เตียง (ตึกชาย ๑ เตียง / ตึกหญิง ๑ เตียง) และเริ่มให้บริการ Intermediate Bed ในตึกผู้ป่วยใน ในเดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒
๓. บริการแบบเยี่ยมบ้าน / ลงพื้นที่ในชุมชน
๔. มีแผนการดูแลระยะกลาง และแผนการจำหน่ายสู่การดูแลต่อเนื่องในชุมชน
๕. มีการให้องค์ความรู้และทักษะแก่ผู้ป่วยและญาติ</td></tr>
<tr><td>รูปภาพกิจกรรม</td><td colspan="2">
ให้บริการ IMC ที่หอผู้ป่วยใน

งานทันตกรรมให้ความรู้เรื่องการดูแลช่องปาก ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับ รพ.สต.</td></tr>
<tr><td>ผลงาน</td><td colspan="2">
<table>
<tr><th>ตัวชี้วัดแผนงาน-โครงการ</th><th>เกณฑ์</th><th>ผลงาน</th></tr>
<tr><td>๑.อัตราผู้ป่วยที่ Bathel index เพิ่มขึ้น</td><td>≥๖๐</td><td>๖๖.๖๗</td></tr>
<tr><td>๒.อัตราผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายระยะสั้น (Short term goal , STG)</td><td>≥๖๐</td><td>๖๖.๖๗</td></tr>
<tr><td>๓.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล</td><td>≤๒๐</td><td>๐</td></tr>
<tr><td>๔.อัตราของผู้ดูแล/ญาติได้รับHome programก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td></tr>
<tr><td>๕.อัตราการให้บริการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือนหรือ BI = ๒๐</td><td>≥๖๐</td><td>๖๔.๐๖</td></tr>
<tr><td>๖.อัตราผู้ป่วยที่มี BI เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการฟื้นฟู</td><td>≥๗๐</td><td>๘๑.๒๕</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

สถานะโครงการ	เป็นโครงการที่มีการดำเนินงานต่อเนื่อง
แหล่งงบประมาณ	-
ปัญหาอุปสรรค	๑. หน่วยบริการมีการจัดตั้งคณะทำงานแต่ยังขาดการประชุมจึงทำให้ยังไม่มีระบบการดูแลที่ชัดเจน อีกทั้งแพทย์เภสัชกร คณะทำงาน IMCของ รพ. ย้ายจึงทำให้การดำเนินการขาดความต่อเนื่อง ต้องมีการแต่งตั้งคณะทำงานพร้อมชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบงานใหม่ ๒. ผู้ป่วยและญาติไม่สะดวกจะรับบริการ IMC ครบตามจำนวนวันที่กำหนด (๒ สัปดาห์) บางรายต้องการไปรักษาแพทย์ทางเลือกอื่นๆเพิ่มเติม สะดวกมารับบริการเป็น OPD case มากกว่า ๓. ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชนได้ไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง ส่วนใหญ่จัดบริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก ๔. อัตรากำลังทีมสหวิชาชีพไม่เพียงพอสำหรับการจัดบริการผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก และในชุมชน ๕. มีข้อจำกัดเรื่องสถานที่สำหรับการจัดบริการในรูปแบบผู้ป่วยใน
ข้อเสนอแนะ	ควรมีการจัดทำแผนการบริหารจัดการบุคลากรและงบประมาณให้สอดคล้องกับการดำเนินงานและอยากให้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดบำบัดเพิ่ม เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปอย่างต่อเนื่อง บริเวณเตียง IMC ยังคับแคบ ไม่มีห้องน้ำคนพิการ ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับบริการที่งานกายภาพบำบัดแทน ขาดสหวิชาชีพ เช่น นักกิจกรรมบำบัด พยาบาลฟื้นฟู ซึ่งเป็นกำลังหลักในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ
ผู้จัดทำรายงาน	ผู้จัดทำรายงาน : นางสาวรุ้งกาญจน์ จันทร์สุคนธ์ ตำแหน่ง : นักกายภาพบำบัดชำนาญการ วันที่ : ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๒ เบอร์โทรติดต่อ : ๐๕๕ – ๖๗๓๑๓๖ ต่อ ๑๖๔ Mail-line ID: rk.chansukhon@gmail.com