

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562

คปสอ. ห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence

ประเด็น / งาน : กลุ่มวัยแม่และเด็ก (ห้องฝากครรภ์ งานห้องคลอด-ทารกแรกเกิด และคลินิกสุขภาพเด็กดี)

ตัวชี้วัด (KPI) /ค่าเป้าหมายกระทรวง : มารดาตาย ไม่เกิน 17 ต่อแสนเกิดมีชีพ / เป้าหมายจังหวัดลำปาง : ไม่มีมารดาตาย

ตัวชี้วัดย่อย

- 1.โรงพยาบาลผ่านการประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก
(หน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หน่วยฝากครรภ์ ร้อยละ 80 ห้องคลอด ร้อยละ 80 คลินิกสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 80)
2. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25
3. เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม น้อยกว่าร้อยละ 7
4. อัตราเด็กเกิดมีชีพ มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด ไม่เกิน 25: พันเกิดมีชีพ 9.เด็ก 0-5ปี รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 100 (เด็ก 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน)
5. อัตราทารกตายทารกแรกเกิด < 15 ต่อพันการเกิดมีชีพ 10.เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 30
6. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 20 11.เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ 100
7. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 100 12.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 60
8. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50 13.เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ63 และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ5ปี (ชาย113ซม.หญิง112ซม.)ร้อยละ 54

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : อำเภอห้างฉัตร ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561

1. ไม่มีมารดาตาย 9. เด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 89.02
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน (หน่วยฝากครรภ์ ร้อยละ 86.71 ห้องคลอด ร้อยละ 86 คลินิกสุขภาพเด็กดี ร้อยละ 72)
3. หญิงตั้งครรภ์พบภาวะเสี่ยง ร้อยละ42.85* สูติกรรม ร้อยละ 10.9 * อายุรกรรม ร้อยละ 37.25
* อายุ> 35 ปี ร้อยละ 12.6 * อายุ<กว่า 20 ปี ร้อยละ 15.12 10.เด็ก 0-5ปี รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 93.25
4. เด็กแรกคลอดน้ำหนักต่ำกว่า 2500 กรัม ร้อยละ 8.17 11.เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ 36.88
5. ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนแรกคลอด 12.เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม/ส่งต่อ ร้อยละ 87.11
6. ไม่มีทารกตาย 13.เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ร้อยละ 50
7. หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 9.24 14.เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ43.49 และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ5ปี ร้อยละ 46.84
8. หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก ร้อยละ 94.74

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งบ		
1	รหัสโครงการ 120201	1) การพัฒนาคุณภาพ คลินิกฝากครรภ์ ANC Version 2018	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	คลินิกANC	คลินิกฝากครรภ์คุณภาพ			ตค.61-กย.62	รมิตาพัทธ์
	พัฒนาคุณภาพ	1.1 Categories Precnency risk	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ./รพสต.	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงทุกคน				ณชมา
	ระบบบริการ	-screening risk 18 ข้อ/คัดกรองซึมเศร้า suicide			ได้รับการดูแล				
	แม่และเด็ก	-จัดลำดับความเสี่ยง							
		-High risk							
		-Medium risk							
		-Low risk							
		-จัดทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและส่งต่อ							
		-ทบทวนและปรับปรุงCPGหญิงตั้งครรภ์ปกติ/เสี่ยง							
		-ดูแลหญิงตั้งครรภ์ตามCPG							
		-ส่งต่อ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงพบสูติแพทย์ที่รพ.แม่ข่าย			หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง ได้รับการ				
		เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง			ส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง				
		-ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง ให้รพสต.ทราบพร้อม			ร้อยละ 100				
		แนวทางการดูแลต่อเนื่อง							
		1.2 ตรวจ U/A 2ครั้ง Screenภาวะติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		ป้องกันPreterm				
		ครั้งที่1=ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์-24สัปดาห์							
		ครั้งที่2=อายุครรภ์ 32สัปดาห์							
		1.3 Couple Couselling 4 ครั้ง	หญิงตั้งครรภ์+สามี		-หญิงตั้งครรภ์และคู่สมรส				
		ครั้งที่1 การเตรียมตัว/Lab	หญิงตั้งครรภ์+ผู้ดูแล		ได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม				
		ครั้งที่2-4 การส่งเสริมสุขภาพตามสภาพปัญหา/ความ			-กิจกรรมรพ.พ่อกันแม่4 ครั้ง				
		ต้องการหญิงตั้งครรภ์/โภชนาการ/การส่งเสริมการเลี้ยงลูก			ร้อยละ 70				
		ด้วยนมแม่/DSPM/การวางแผนครอบครัว							
		1.4 Ultrasound 2ครั้ง	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		Ultrasound ≥ร้อยละ80				
		ครั้งที่ 1 ฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อยืนยันอายุครรภ์							
		ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 32-34สัปดาห์ เพื่อดูการเจริญ							
		เติบโต/ความผิดปกติ							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งบ		
		1.5 Individual Care Plan ในHigh risk ร่วมกับแพทย์ ได้แก่ Preterm,PPH,DM , HT , Thyroid ,Anemia และส่งต่อCOC	หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง						
		1.6 ส่งเสริมภาวะโภชนาการตามช่วงอายุครรภ์ที่เหมาะสม -สอนให้ลงบันทึกกราฟโภชนาการ และแปลผล (Vallop Curve) -ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและให้คำแนะนำ และเพิ่มกิจกรรมทางกายตามช่วงอายุครรภ์ -จ่ายยาเม็ดไอโอดีน เหล็ก โพลีค ให้กับหญิงตั้งครรภ์ อย่างต่อเนื่อง	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		หญิงตั้งครรภ์มีภาวะ โภชนาการตามอายุครรภ์ ทารกน้ำหนักแรกคลอด $\geq 3,000$ กรัม ร้อยละ 60				
		1.7หญิงตั้งครรภ์มาANCครั้งแรกได้รับการตรวจร่างกาย -บริการฝากครรภ์รายใหม่ -ติดตามหญิงตั้งครรภ์ทุกราย มาฝากครรภ์ตามช่วง อายุครรภ์ที่กำหนด ตามนัด	รายใหม่ทุกราย ทุกวัน หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		ANC< 12wks ANC 5ครั้งคุณภาพ				
		1.8การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง previous Preterm -ชักประวัติ Preterm -ส่งต่อพบสูติแพทย์ ที่รพ.แม่ข่าย เพื่อพิจารณาการวัด cervical length และให้ Progesteroneตามเกณฑ์	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		LBW.< ร้อยละ 7				
		-Care Plan ติดตามการรับยาProgesterone และ วางแผนการคลอด	ทุกราย						
		1.9 ส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเข้าคลินิกวัยรุ่นเพื่อ เฝ้าระวังช่วยเหลือ และเตรียมความพร้อม/แก้ไขปัญหา ทางกาย จิต และแนะนำการคุมกำเนิดหลังคลอด							
		1.10 การเชื่อมโยงข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ให้ห้องคลอดเพื่อ ร่วมวางแผนการคลอด							
		พัฒนาระบบบริการทันตกรรมหญิงตั้งครรภ์							
		1.จัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์และกลุ่มเสี่ยงทาง ทันตกรรม	หญิงตั้งครรภ์ทุกราย	รพ./รพสต.	รพ.ผ่านมาตรฐาน ANC. รพสต.ผ่านมาตรฐานANC.			ตค.61-กย.62	รพีพรรณ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งบ		
		- ทำทะเบียนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง - ค้นหา ติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงรับบริการ ช่วงอายุครรภ์ 4-6 เดือนโดย อสม.ร่วมกับ มอค. 2.ตรวจสอบสุขภาพช่องปากและประเมินความเสี่ยงโรคใน ช่องปากตามแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปาก -การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก -ให้ทันตสุขศึกษาการดูแลสุขภาพช่องปาก -ได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันแบบมือปฏิบัติ							
			หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		ร้อยละ 100				
			หญิงตั้งครรภ์ทุกราย		ร้อยละ 100				
			หญิงตั้งครรภ์305 คน		ร้อยละ 80	แปรงสีฟัน 15บ.*305อัน 4575	UC		
		-ทำ Plaque control โดยทันตบุคลากร -ชุดหินน้ำลาย -อุดฟัน -เยี่ยมหลังคลอดโดยทันตบุคลากร/มอค./ อสม.เชี่ยวชาญ	หญิงตั้งครรภ์305 คน หญิงตั้งครรภ์ 76 คน หญิงตั้งครรภ์ 76 คน หญิงตั้งครรภ์305 คน		ร้อยละ 80 ร้อยละ 20 ร้อยละ 20 ร้อยละ 80				
		3.ทำแนวทาง (CPG) ในการดูแลสุขภาพช่องปากหญิง ตั้งครรภ์	รพ./รพ.สต		รพ.ผ่านมาตรฐานANC.				
		4.การฟื้นฟูการตรวจและดูแลสุขภาพช่องปากเบื้องต้น ในหญิงตั้งครรภ์ (บูรณาการในการประชุม MCH Board)	จนท.รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานANC 10 คน		ผู้รับผิดชอบงานANC ตรวจช่องปากเบื้องต้นได้				
		2)การพัฒนาคุณภาพงานห้องคลอดและทารกแรกเกิด							
		2.1ทบทวนแนวทาง(CPG)การดูแลแม่คลอดที่มีภาวะเสี่ยง เช่น การคลอดติดไหล่ , ภาวะตกเลือด - ชี้แจงCPG แก่ผู้เกี่ยวข้องทราบและปฏิบัติ - มีการใช้CPG ในระยะคลอด หลังคลอดและทารก แรกเกิด ตามแนวทางมาตรฐาน ได้แก่การเฝ้าระวังภาวะ Birth Asphyxia,Standing order for PIH&PPH, Standing order for Preterm Labour,	เจ้าหน้าที่ LR. /ER. รพ.	ห้องคลอด	รพ.ผ่านมาตรฐาน LR. แม่ตายไม่เกิน 17 ต่อ การเกิดมีชีพแสนคน BA<25 : ต่อพันการเกิดมีชีพ	กระดาษถ่ายเอกสาร ขาว3รีม*100=300 กระดาษการ์ดสี 4รีม*100 =400 700	UC	ตค.61-กย.62	ณชมา รมิดาพัทธ์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		Fetal Monitoring							
		2.2 จัดเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ สารน้ำ ยา เวชภัณฑ์ ให้พร้อมใช้เพื่อเตรียมรับการคลอด							
		- มีเครื่องมือให้พร้อมใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารก							
		- เตรียมอุปกรณ์ใน PPH Box , Preterm Box (Hypoglycemia/Hypothermia Box)พร้อมใช้เพื่อรับภาวะตกเลือดหลังคลอดและทารกคลอดก่อนกำหนด							
		2.3 ให้บริการคลอดที่มีคุณภาพ ปลอดภัย							
		- มีการใช้ Partograph ทุกรายในการคลอด							
		- แม่เฝ้าคลอดทารกแรกเกิดเนื้อเน่าบ่นเนื้อ (Early bounding) นานอย่างน้อย 1 ชม							
		2.4 จัดกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่หลังคลอดทุกราย และทวนสอบความเข้าใจก่อนกลับบ้าน							
		2.5 จัดนมและไข้ให้แม่หลังคลอดในโรงพยาบาล	หญิงหลังคลอดทุกราย		หญิงหลังคลอด	นม30*10*3วัน			
			30ราย		มีภาวะโภชนาการดี	900			
						ไข่30*3*3วัน			
						270			
						1170			
		2.6 มีระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะฉุกเฉินไปรพ.แม่ข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ							
		-มีและใช้ CPG การส่งต่อ							
		-มีทีม on call ฉุกเฉิน (แพทย์ พยาบาล และรพrefer)							
		-ตรวจสอบเครื่องมือให้พร้อมใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพมารดาและทารกระหว่างการส่งต่อ							
		2.7 การส่งต่อข้อมูลหญิงหลังคลอดให้MCH Board/COC							
		2.8 การพัฒนาศักยภาพ							
		- การอบรมฟื้นฟูการช่วยฟื้นคืนชีพมารดา/ทารก	60 คน	รพ.และ	บุคลากรทางการพยาบาล	อาหาร60*100	UC	ม.ค..62	ณัชมา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		การดูแลและการซ่อมรับเหตุฉุกเฉินห้องคลอดโดยจำลอง เหตุการณ์การคลอดผิดปกติ เช่น คลอดติดไหล่, PPH		รพ.สต. ทุกแห่ง	ได้รับการอบรม อย่างน้อย ร้อยละ 80	6000 เอกสาร60*30 1800 วิทยากร 600*6ชม.*2วัน 7200			
		- พัฒนาคำแนะนำและทักษะพยาบาลห้องคลอดห้องฉุกเฉิน โดยการศึกษาดูงานห้องคลอด / ห้องฝากครรภ์ ที่ รพ.ลำปาง	พยาบาลLR 2คน พยาบาล ER 2คน		บุคลากรมีทักษะเรื่องการ ฝากครรภ์และการคลอด			ม.ค..62	ณชมา
		- การอบรมนมแม่(เตรียมรับการประเมิน)	จนท.รพ./รพ.สต 30 คน		บุคลากรทางการพยาบาล ได้รับการอบรม อย่างน้อย ร้อยละ 80	อาหาร30*100 3000 เอกสาร30*30 900 วิทยากร600*6ชม. 3600	UC	ก.พ.62	ณชมา
		- สนับสนุน/การดูแล การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว - ประเมินสุขภาพจิต - การสอนการเป็นคุณแม่มือใหม่ - การให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องการวางแผนครอบครัว และส่งต่อฝ้ายาคุมกำเนิด(teenage preg)	หญิงหลังคลอด สัญชาติไทย อายุ < 20 ปี		หญิงไทยอายุ <20ปีได้ รับการฝ้ายาคุมกำเนิด >ร้อยละ80				
		2.10 จัดหาเครื่องมือให้พร้อมใช้ในการช่วยฟื้นคืนชีพแก่ มารดาและทารก อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นทารกขณะส่งต่อ - อุปกรณ์ให้ความอบอุ่นทารก - หมอนทราย 2 ลูก - ไม้กระดานรองหลัง+เบาะลาดเอียง 30องศา				500 500 2000	UC		
		3)การพัฒนาคุณภาพคลินิกสุขภาพเด็กดี 3.1 ระบบข้อมูล		WCC. รพ./รพสต.	รพ.ผ่านมาตรฐาน คลินิกสุขภาพเด็กดี			ตค.61-กย.62	ภรณ์ กุลธิดา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งบ		
		-จัดทำทะเบียนเด็ก 0-5 ปี ที่มารับบริการ	ทุกวันพฤหัสบดี			กระดาษถ่ายเอกสาร	UC		
		-จัดทำทะเบียนเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า			เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า	ขาว3ริม*100=300			
		ติดตาม 2 สัปดาห์ / บันทึกข้อมูลภายใน 1 เดือน			ทุกรายได้รับการติดตาม	กระดาษการ์ดสี			
		-จัดทำทะเบียนเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า			ร้อยละ100	4ริม*100 =400			
		(ส่งต่อโรงพยาบาลลำปาง) ติดตามการรักษาของเด็ก					700		
		-บันทึกข้อมูลและตรวจสอบ	ทุกวันอังคาร						
		3.2 ระบบบริการ							
		1.พัฒนาระบบบริการตรวจพัฒนาการ							
		-จัดคลินิกบริการวัคซีน/ตรวจพัฒนาการDSPM	ทุกวันพฤหัสบดีที่1และ3		เด็กกลุ่มเป้าหมาย				
		-จัดคลินิกตรวจพัฒนาการเด็กDAIM	ทุกวันพฤหัสบดีที่2และ4		ได้รับการคัดกรองร้อยละ 100				
			เด็ก 0-5 ปี						
		-คัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมายด้วยDSPM/DAIM	เด็ก9,18,30,42และ 60เดือน ทุกราย		เด็กกลุ่มเป้าหมาย				
					ได้รับการคัดกรองร้อยละ 100				
		-ประสานความร่วมมือในการส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการ ล่าช้าให้ได้รับการตามนัด (รพ.ศูนย์, M2)	เด็กสงสัยล่าช้าทุกราย		เด็กสงสัยล่าช้าทุกราย				
					ได้รับการดูแลต่อเนื่อง				
		2.พัฒนาระบบบริการส่งเสริมโภชนาการ							
		-แนะนำผู้ปกครองใช้กราฟแสดงภาวะการเจริญเติบโต	เด็ก0-5ปีทุกราย						
		-ประเมินภาวะโภชนาการและการจัดอาหารที่เหมาะสม							
		-ตรวจสอบคุณภาพเครื่องชั่ง/วัดความยาว/การแปรผล							
		-ป้องกันภาวะซีดในเด็ก 0-5ปี (เจาะHct.)	เด็กอายุ6,9,12เดือน						
			เด็กDAIMอายุ 6และ12เดือน,เด็กDSPMอายุ9เดือน						
		-จ่ายน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็ก6เดือน - 5ปี	เด็ก6เดือน-5ปีทุกราย						
		2. พัฒนาระบบบริการทันตกรรม							
		2.1ทำทะเบียนเด็กกลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยงทางทันตกรรม	เด็กwcc.ทุกราย	ทุกรพสต.	ร้อยละ 100		UC	ตค.61-กย.62	รพีพรรณ
		2.2ตรวจช่องปากเด็ก 0-2 ปีและประเมินความเสี่ยง	1089 คน	รพ.					
		ต่อโรคฟันผุโดยทันตภิบาล			ร้อยละ 100				
		-เด็กอายุ 6 เดือน (เช็ดทำความสะอาดช่องปาก/ลิ้น)	230 คน		ร้อยละ 80	ผ้าเช็ดเหงือก			

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
						10บ.*230อัน			
						2300			
		-เด็กอายุ 9-12 เดือน (ฝึกแปรงฟัน)	242 คน		ร้อยละ 80	แปรงสีฟันเด็ก			
		-เด็กอายุ 18 เดือน (ฝึกแปรงฟัน)	258 คน		ร้อยละ 80	10บ.*500อัน			
						5000			
		-เด็กอายุ 9-12 เดือน ที่มีความเสี่ยง (มีPlaque, White spot)ได้ทาฟลูออไรด์วานิชโดยทันตบุคลากร	130คน		ร้อยละ50	ฟลูออไรด์วานิช			
						5ท่อ*1500บาท			
						7500			
						แปรงทาฟลูออไรด์			
						10บ. *130คน			
						1300			
		-เด็กอายุ 18 เดือน ตรวจประเมินพฤติกรรม และความเสี่ยงในช่องปาก	เด็ก18เดือนทุกราย		ร้อยละ100				
		3.3 การพัฒนามาตรฐาน ด้านสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม							
		-ชั้นวางนิทานมุมพัฒนาการ		รพ.		2,000	UC	ตค.61-มค.62	ภรณ์ี
		-มุมให้นมแม่(ฉากกั้น2อัน,โซฟา1ตัว,โต๊ะวางของ1ตัว)		รพ.		5,000	UC		กุลธิดา
		-ซื้อเครื่องวัดความดันโลหิตสำหรับเด็ก		รพสต./รพ.		3000*11=33,000	UC		
		3.4 การพัฒนามาตรฐาน ด้านบุคลากร							
		-ฝึกทักษะการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก		รพสต.เวียงใต้	บุคลากรมีทักษะการตรวจ			ตค.61-มค.62	ภรณ์ี
		แก่ผู้รับผิดชอบงานใหม่		รพสต.บ้านช่วง	และส่งเสริมพัฒนาการ				
		-ฝึกทักษะการตรวจประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก		รพสต.ห้วยเรี่ยน					
		แก่ผู้รับผิดชอบงานWCC. รพสต.ห้วยเรี่ยน							
		-ฝึกอบรมพัฒนาทักษะผู้รับผิดชอบงานWCC. รพ.		รพ.		งบอบรม2,000/ปี	UC	ตค.61-กย.62	ภรณ์ี



แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 Service Excellence

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM ,HT)

ตัวชี้วัด (KPI) :

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ \geq ร้อยละ 40
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ \geq ร้อยละ 50
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) \geq ร้อยละ 85
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า FBS \leq 130 mg% ติดต่อกัน 2 ครั้ง ได้รับการเจาะ HbA1C ร้อยละ 70
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสีแดงและสีดำ ได้รับการส่ง COC และเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 50
6. ผู้ป่วย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากการประเมินครั้งที่ 1 ร้อยละ 20

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : อำเภอห้างฉัตร ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 10.96
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 46.10
3. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 92.45
4. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีค่า FBS \leq 130 mg% ติดต่อกัน 2 ครั้ง ได้รับการเจาะ HbA1C ร้อยละ
5. ผู้ป่วยโรคเบาหวานสีแดงและสีดำ ได้รับการส่ง COC และเยี่ยมบ้าน ร้อยละ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	พัฒนาคุณภาพ	กลุ่มป่วย							
	การดูแลรักษา	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่							
	ผู้ป่วย DM HT	1. ขึ้นทะเบียนตรวจสอบยืนยันความถูกต้องการ	ทุกราย	รพช 1 แห่ง	เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic
	รหส์.120202.	วินิจฉัยตามเกณฑ์		รพ.สต. 10 แห่ง	ถูกต้อง				ผู้รับผิดชอบงาน
		2. ตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อน		รพช 1 แห่ง	เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน			ตค.61 - กย.62	รพ.สต.ทุกแห่ง
		2.1 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS , Cr , Lipid	ทุกราย	รพ.สต. 10 แห่ง	และเข้าถึงการรักษา	บูรณาการกับ			ทีม NCD Clinic
		A1c , Urine Alb / Sugar .Strip				งานชั้นสูตร			ผู้รับผิดชอบงาน

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		2.2 ตรวจ Fundus Camera						ตค.-ธค.61	รพ.สต.ทุกแห่ง
								พค.-กย.62	
		2.3 ตรวจเท้า		รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง				ตค.61 - กย.62	
		3. โรงเรียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	300 ราย	รพช 1 แห่ง	ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติ	ค่าอาหารว่าง 1 มื้อ		ธค. มีค. มิย. สค.	ทีม NCD Clinic
		3.1 ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง		รพ.สต. 10 แห่ง	ตัวได้ถูกต้อง	300*25 บาท 7500 บาท			ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		4. ส่งรับยาต่อที่ รพ.สต.ในกลุ่มสี่เขียว เหลือง	ทุกราย	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่							
		1. ขึ้นทะเบียนตรวจสอบยืนยันความถูกต้องการ วินิจฉัยตามเกณฑ์	ทุกราย		เพื่อให้ได้ข้อมูลผู้ป่วยที่ ถูกต้อง				
		2. ตรวจค้นหาภาวะแทรกซ้อน	ทุกราย		เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน				
		2.1 ตรวจทางห้องปฏิบัติการ FBS , Cr. , Lipid E lyte , UA			และเข้าถึงการรักษา	บูรณาการกับ งานชั้นสูง			ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		3. โรงเรียนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	770 ราย		ผู้ป่วยมีความรู้และปฏิบัติ	ค่าอาหารว่าง 1 มื้อ		ธค. มีค. มิย. สค.	ทีม NCD Clinic
		3.1 ให้ความรู้เรื่องโรค ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง			ตัวได้ถูกต้อง	770*25 บาท 19,250 บาท			ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		4. ส่งรับยาต่อที่ รพ.สต.ในกลุ่มสี่เขียว สีเหลือง	ทุกราย		ผู้ป่วยได้รับการบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		ผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า							
		1.การจัดกลุ่มผู้ป่วย DM ตามเกณฑ์ ป้องกันจรรยา 7 สี	3566 ราย	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามมาตรฐานการรักษา			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		2.กลุ่มผู้ป่วยระดับสีเขียวสีเหลือง สีส้ม ที่อาการคงที่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งรักษาต่อที่ รพ.สต.	ทุกราย	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		3. จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ป่วย Uncontrolled สีส้มสีแดง และสีดําให้ครบทุกสถานบริการ	ทุกราย	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	เพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้านตามเกณฑ์			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		4. ผู้ป่วยuncontrolled สีแดง สีดํา มีการ จัดทำ Individual Care Plan และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมรายบุคคล (SMS)	ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีค่า A1c \geq 8 ร้อยละ 50	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามมาตรฐานการรักษา	สนับสนุนเครื่อง DTX บูรณาการกับ งานชั้นสูตร		ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		4.1 จัดทำ Individual Care Plan ตามสภาพ ปัญหาของผู้ป่วยในเรื่อง ยา อาหาร ออกกำลังกาย ความเครียด	(ผู้ป่วย DM ที่ A1c \geq 8 จำนวน 640 ราย ผู้ป่วย DM &HT			ในการจัดซื้อ Strip และ Lancet			
		4.2 การบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยทานใน 1 สัปดาห์	จำนวน 1947 ราย)						
		4.3 การประเมิน DTX ด้วยตนเองโดยการทำให้ SMBG ในช่วง 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินการกิน	รพ.235 คน ป่าไคร้ 82 คน						
		4.4 ติดตามเยี่ยมบ้านโดย มอค. และ FCT	หนองขาม 48 คน เวียงใต้ 79 คน บ้านเหล่า 110 คน สันหลวง 164 คน						

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
			บ้านช่วง 148 คน						
			ยางอ้อย 145 คน						
			ห้วยเรียน 70 คน						
			ป่าเหียง 119 คน						
			วอแก้ว 86 คน						
		จากข้อมูล Data Exchange ปี 2561							
		5. R2R ในกลุ่ม DM Uncontrol รูปแบบการ	ติดตามเจาะ	รพช 1 แห่ง		ค่าตรวจ A1c	UC	ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic
		จัดการตนเองโดยใช้ระบบการ MI , SMS	A1c 2 ครั้ง	รพ.สต. 10 แห่ง		2 ครั้ง * 150 * 220 ราย			ผู้รับผิดชอบงาน
		ทั้งใน รพช. และ รพ.สต.	รพ. 30 คน			66,000 บาท			รพ.สต.ทุกแห่ง
		5.1 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ	ป่าไคร้ 10 คน			คู่มือ 220 เล่ม ๆ 15 บาท		ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic
		5.2 อายุน้อยกว่า 70 ปี	หนองขาม 10 คน			3300 บาท	UC		ผู้รับผิดชอบงาน
		5.3 อ่านออกเขียนได้	เวียงใต้ 20 คน						รพ.สต.ทุกแห่ง
		5.4 สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตามการนัดหมาย	บ้านเหล่า 30 คน			ค่าอาหารว่างในการพบกลุ่ม			
		5.5 ประเมิน HL 2 ครั้ง	สันหลวง 20 คน			จำนวน 3 ครั้ง ละคร 25 บาท			
		5.6 จัดทำ Individual Care Plan ตามสภาพ	บ้านช่วง 10 คน			220*3*25			
		ปัญหาของผู้ป่วยในเรื่อง ยา อาหาร ออกกำลังกาย	ยางอ้อย 30 คน			16500 บาท	UC		
		ความเครียด	ห้วยเรียน 10 คน			ค่าแบบประเมิน HL 220 ชุดๆละ 5 บาท			
		5.7 การบันทึกอาหารที่ผู้ป่วยทานใน 1 สัปดาห์	ป่าเหียง 30 คน			220 * 5 = 1100 บาท			
		5.8 การประเมิน DTX ด้วยตนเองโดยการทำ	วอแก้ว 20 คน						
		SMBG ในช่วง 1 สัปดาห์ เพื่อประเมินการกิน							
		5.9 ติดตามเยี่ยมบ้านโดย มอค. และ FCT							
		6. ผู้ป่วย DM Uncontrolled สีแดง สีดำ มีการ	ทุกราย	รพช 1 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic
		ส่งต่อ COC และ FCT (FBS \geq 183)		รพ.สต. 10 แห่ง	แบบใกล้บ้านใกล้ใจ				ผู้รับผิดชอบงาน
									รพ.สต.ทุกแห่ง

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		7. กลุ่มสีส้มและสีเหลือง เยี่ยมโดย มอช. ตาม ปัญหาที่พบ	ทุกราย ที่พบปัญหา	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า							
		1.การจัดกลุ่มผู้ป่วย HT ตามเกณฑ์ ป้องกันจรรยาจร 7 สี	8124 ราย	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามมาตรฐานการรักษา			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		2.กลุ่มผู้ป่วยระดับสีเขียวยังสีเหลือง สีส้ม ที่อาการคงที่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งรักษาต่อที่ รพ.สต.	ทุกราย	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ แบบใกล้บ้านใกล้ใจ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		3. จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ป่วย HT ที่คุม BP \geq 150/90 mm.Hg (สีส้ม สีแดง) และสีดำ ให้ครบทุกสถานบริการ ผู้ป่วย HT = 5363 คน ผู้ป่วย DM & HT = 2761 คน	รพ. 70 คน ป่าไคร้ 36 คน หนองขาม 24 คน เวียงใต้ 16 คน บ้านเหล่า 32 คน สันหลวง 66 คน บ้านช่วง 37 คน ยางอ้อย 47 คน ห้วยเรียน 25 คน ป่าเหียง 46 คน วอแก้ว 27 คน	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	เพื่อการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ที่บ้านตามเกณฑ์			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน รพ.สต.ทุกแห่ง
		4. ผู้ป่วยuncontrolled สีแดง สีดำ มีการ จัดทำ Individual Care Plan และปรับเปลี่ยน	รพ. 70 คน ป่าไคร้ 36 คน	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามมาตรฐานการรักษา	สนับสนุนเครื่อง BP ให้ผู้ป่วยวัดที่บ้าน		ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic ผู้รับผิดชอบงาน

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		พฤติกรรมรายบุคคล (SMS)	หนองขาม 24 คน			ในช่วง 7 วัน ก่อนมาตรวจ			รพ.สต.ทุกแห่ง
		4.1 จัดทำ Individual Care Plan ตามสภาพ	เวียงใต้ 16 คน						
		ปัญหาของผู้ป่วยในเรื่อง ยา อาหาร ออกกำลังกาย	บ้านเหล่า 32 คน						
		ความเครียด	สันหลวง 66 คน						
		4.2 การประเมิน BP ด้วยตนเองโดยการทำ	บ้านช่วง 37 คน						
		SMBP ในช่วง 1 สัปดาห์ ก่อนมารับบริการ	ยางอ้อย 47 คน						
		4.3 ติดตามเยี่ยมบ้านโดย มอค. และ FCT	ห้วยเรียน 25 คน						
			ป่าเหียง 46 คน						
			วอแก้ว 27 คน						
		5. ผู้ป่วย HT Uncontrolled สีแดง สีดำ มีการ	ทุกราย	รพช 1 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic
		ส่งต่อ COC , FCT ทุกราย (BP \geq 180/110)		รพ.สต. 10 แห่ง	แบบใกล้บ้านใกล้ใจ				ผู้รับผิดชอบงาน
									รพ.สต.ทุกแห่ง
		6. กลุ่มสีส้มและสีเหลือง เยี่ยมโดย มอค. ตาม	ทุกราย	รพช 1 แห่ง	ผู้ป่วยได้รับการบริการ			ตค.61 - กย.62	ทีม NCD Clinic
		ปัญหาที่พบ	ที่พบปัญหา	รพ.สต. 10 แห่ง	แบบใกล้บ้านใกล้ใจ				ผู้รับผิดชอบงาน
									รพ.สต.ทุกแห่ง
	พัฒนาระบบ	1.ทบทวนคณะกรรมการNCD boardให้เป็นปัจจุบัน	1 ครั้ง					ตค.60	ทีม NCD board
	บริหารจัดการ	โดย ผู้อำนวยการ รพ.เป็นประธานคณะกรรมการ							
	และระบบ	และ สาธารณสุขอำเภอ เป็นรองประธาน							
	ข้อมูล	มีแพทย์ดูแลทั้งระบบ							
		2. ประชุมคณะกรรมการ NCD board	ทุก 2 เดือน	รพช.		ค่าอาหารว่าง 25*25*6 ครั้ง		ตค. ๖๐.,กพ. เม.ย	อารีย์ , คมขำ
		และติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุม				3,750 บาท	UC	มีย. สค.	ทีม NCD board
		3. สรุปและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในรอบ	2 ครั้ง	รพช.		ค่าอาหารว่าง 25*25*2 ครั้ง		มีค. , กย. 61	อารีย์ , คมขำ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		6 เดือน 1 ปีในที่ประชุม				1,250 บาท	UC		ทีม NCD board
		4. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ใน รพ.สต. / ชุมชน	2 ครั้ง	รพ.สต.ทุกแห่ง		บูรณาการกับ แผนนิเทศงาน คปสอ.		มีค. ,กค. 2562	อารีย์ , คมขำ
		5. ร่วมเป็นคณะทำงาน พขอ. นำเสนอข้อมูล เรื่องพิษภัยสุขภาพ และขับเคลื่อนให้เกิดนโยบาย สาธารณะ ตามนโยบาย 661				บูรณาการกับ พขอ.			
		6.บูรณาการกับงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะและดำเนินการ ผ่านหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในเวทีNCD BOARD และ FCT	ทุก 2 เดือน	รพช รพ.สต.ทุกแห่ง				ตค. ธค.,กพ. เม.ย มิย. สค.	อารีย์ , คมขำ ทีม NCD board ทุกรพสต
		7. ทบทวนคำสั่งตรวจแทนแพทย์โดยพยาบาล ใน คลินิก NCD , รพ.สต.	1 ครั้ง	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง					
		8. พัฒนาศักยภาพพยาบาลที่ทำหน้าที่ตรวจ แทนแพทย์ตามแนวทางเวชปฏิบัติโรค DM,HT,CKD โดยจัดประชุมวิชาการและ Update CPG DM,HT,CKD	1 ครั้ง จำนวน 33 คน	รพ.สต./ สสอ. 22 คน รพ. NCD clinic 5 คน OPD 2 คน , ER 2 คน IPD 2 คน		ค่าอาหารกลางวัน 1 มื้อ อาหารว่าง 2 มื้อ 33 * 100 *1 วัน 3300 บาท		มค. 2562	อารีย์ , คมขำ ทีม NCD board
						ค่าตอบแทนวิทยากร (รพ.เกาะคา) 600*6 ชม 3600 บาท			
		9. พัฒนา NCD Clinic Plus ทั้งใน รพช. รพ.สต. ตาม 6 องค์ประกอบ	2 ครั้ง	รพช 1 แห่ง รพ.สต. 10 แห่ง		ค่าอาหารกลางวัน และอาหารว่าง 2 มื้อ ทีมประเมิน		กค. 62	อารีย์ , คมขำ ทีม NCD board
		9.1 การประเมินตนเอง				30*100 บาท			

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		9.2 พัฒนาส่วนขาด				3000 บาท			
		9.3. ติดตามเยี่ยมเสริมพลัง ใน รพ.สต. / ชุมชน	2 ครั้ง	รพ.สต.ทุกแห่ง		บูรณาการกับ แผนนิเทศงาน		มีค. ,กค. 2562	อารีย์ , คมขำ
		10. พัฒนาระบบฐานข้อมูลทั้ง ใน รพช. และ รพ.สต.							
		10.1 บูรณาการกับการประชุม JHCIS , Hos - xp	12 ครั้ง	รพช 1 แห่ง		บูรณาการในงาน		ตค.61 - กย. 62	อารีย์ , คมขำ
		ทุกเดือน		รพ.สต. 10 แห่ง		ข้อมูลข่าวสาร			ทีม NCD board เอกพงษ์ , ชัยภักดิ์
		10.2 ติดตามข้อมูล ทุกสัปดาห์ ตามระบบ HDC		รพช 1 แห่ง				ตค.61 - กย. 62	อารีย์ , คมขำ
		เมื่อพบปัญหาแก้ไขในที่ประชุมได้ทันที		รพ.สต. 10 แห่ง					ทีม NCD board
		10.3 วิเคราะห์ข้อมูล ทุก 3 เดือน							เอกพงษ์ , ชัยภักดิ์
		10.4 ตรวจสอบ / ปรับปรุงฐานข้อมูลผู้ป่วยให้เป็น	2 ครั้ง	รพช 1 แห่ง				มีค. , กย. 61	อารีย์ , คมขำ
		ปัจจุบัน ทุก 6 เดือน , 1 ปี		รพ.สต. 10 แห่ง					
					รวมงบ	128,550			



ω/π

ω/π

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562

คปสอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellence

ประเด็น / งาน : วัณโรค

ตัวชี้วัด (KPI) : ผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค \geq ร้อยละ 85

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน ในปีงบประมาณ 2561

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ ..120203. โครงการป้องกัน และควบคุมวัณโรค อ.ห้างฉัตร	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยง 1.โดยใช้แบบคัดกรองวัณโรค จ.ลำปาง พ.ศ.2560 เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรคทั้งในสถานบริการและ ในชุมชน เพื่อให้ได้รับการรักษาเร็วตาม มาตรฐาน NTP Guideline 2556 1. HIV 2. ผู้สูงอายุ - ติดสังคม BMI<18.5 - ติดบ้าน - ติดเตียง 3. กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง 4. กลุ่ม NCD - COPD - DM - CKD stage 4-5	383 263 148 75 0 181 3,221 320	รพช. รพ.สต.			PPA	ชค. - มีค.61 มค. 61 ชค.61 ชค. -มค. 61	อนุพงษ์ ธีรพันธ์ ประจักษ์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		5. ติดสุรา (F10)	383					กพ. 61	
		6. CA	479					กพ. 61	
		7. ผู้ต้องขัง	1,655		กลุ่มใช้ mobile x-ray		งบ สปสช	พ.ย.-ธค.61	
		8. ภูมิคุ้มกันต่ำ (M329)	15					มค. 62	
		9. ต่างด้าว	166					ก.พ 62	
		10. จนท.สธ.	198					มค. 62	
		11. Case Contact 2560-2561	61					ก.พ 62	
		- Mobile x-ray กลุ่มเสี่ยงตามเป้าหมาย	3,000			240,000	UC		อนุพงษ์ ธีรพันธ์
		- ค่าเบี้ยเลี้ยง เจ้าหน้าที่ออกคัดกรองกลุ่มเสี่ยง	20 คน		120 บาท*20คน* 4 วัน	9600	UC		อนุพงษ์ ธีรพันธ์
		- ค่าตอบแทนการลงบันทึกการคัดกรอง (ตามระเบียบเงินบำรุงโรงพยาบาล)	5 คน		600 บาท * 10 วัน * 5 คน	30,000	UC		อนุพงษ์ ธีรพันธ์
		- ค่าตอบแทนแพทย์ในการอ่านฟิล์มนอกเวลา	1 คน		1,100 บาท * 5 วัน	5500	UC		อนุพงษ์
		- ค่าตอบแทนนอกเวลา (รพ.สต.วอแก้ว							ธีรพันธ์
		รพ.สต.ห้วยเรียน , รพ.สต.ยางอ้อย	15 คน		15 คน*600 บาท* 2 วัน	18,000	UC		อนุพงษ์
		- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ X-ray ในการคัดกรองวันเสาร์ อาทิตย์	1 คน		601 บาท * 16 วัน	9,600	UC		อนุพงษ์
		- ประชุมชี้แจง สรุปลดคัดกรอง	25 คน / 2 ครั้ง		ค่าอาหารว่าง				ธีรพันธ์
			10 แห่ง		25 บาท*25 คน *2 ครั้ง *10 แห่ง	12,500	UC		อนุพงษ์ ธีรพันธ์
		รวมทั้งหมด	7,548						
		2. กำหนดผู้รับผิดชอบด้านต่างๆ ดังนี้							
		- การadmit 2 สัปดาห์ (พ.โอฬาร)							
		- การอ่านฟิล์ม x-ray (พ.วัลลภ)							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ			
		- การดูแลคุณภาพ AFB (วรรณิตา) - การเคาะปอดเก็บเสมหะ (อนุพงษ์) - ติดตาม condition ผู้ป่วยทุกเคส ทุกวัน กรณี ไม่admit ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ทำ individual care plan เน้น health improve ในกลุ่มเสี่ยง (อาหาร สิ่งแวดล้อม ประเมินสุขภาพ - ขยายจำนวนผู้ป่วยTB รายใหม่เข้าร่วมกลุ่ม line Mobile DOT ห้างฉัตร - ส่ง gene expert ตาม CPG ของ รพ.ลำปาง - เชิญแพทย์ร่วมกลุ่ม line อายุรกรรม รพ.ลำปาง เพื่อ consult								
		3. ควบคุมกำกับติดตาม เชื่อมโยงข้อมูลในเวชระเบียน - คีย์ข้อมูล ICD-10 Z111 Z016 ICD-9 cm 8744 - งาน IT ตรวจสอบข้อมูลก่อนส่ง	ทุกสัปดาห์						ธ.ค. - มี.ค.61	ธีรพันธ์ เอกพงษ์
	2. ทบทวน พัฒนาทีมสหวิชาชีพ พร้อมพิจารณาให้มี Case manger แต่ละราย	1. จัดทำแผน ICS เพื่อรองรับการดำเนินงานวัณโรค ในภาวะฉุกเฉินทุกด้าน 2. ทบทวนคณะกรรมการ TB Board อำเภอ 3. กำหนดผู้ประสานงาน TB - ระดับอำเภอ (DTC) - ในโรงพยาบาล (HTC)								พ.โอฬาร อนุพงษ์ ธีรพันธ์ ประจักษ์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		4. ประสาน บูรณาการการคัดกรองด้วย วาจาในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก NCD กลุ่มผู้ป่วย DM/HT/COPD/HIV ทุกราย							
		5. HTC และ DTC ติดตามรวบรวม และ รายงานผลการคัดกรองให้ สสจ.ลำปาง ทุก 3 เดือน - ผลการคัดกรองจากคลินิกใน รพ. - ผลการคัดกรองของ มอค.							
		6. HTC ติดตาม/ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ทุกเดือน/จัดส่งข้อมูลให้จังหวัด							
		7. พัฒนาทีมเยี่ยมติดตาม DOT ของ รพ.สต. ร่วมการประชุมระดับอำเภอ							
		8. ติดตามกำกับผลการดำเนินงานในเวที กำกับงานตามระบบปกติ							
		9. พัฒนาศูนย์คลินิกวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลคลินิกวัณโรคคุณภาพ QTB พัฒนาศูนย์คลินิกวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน							
		10. ซ้อมแผน ICS Top table							
		11. กำหนดประชุมคณะกรรมการวัณโรค อำเภอห้างฉัตร - ทบทวนรายชื่อคณะกรรมการวัณโรค - ทบทวน CPG การค้นหา และรักษาผู้ป่วยวัณโรค - ให้ความรู้วิชาการของวัณโรคโดยแพทย์และ เจ้าหน้าที่คลินิกวัณโรค	25 คน		ค่าอาหารว่าง 25 บาท* 25 คน * 4 ครั้ง	2,500 UC	ก.พ. , เม.ย. มิ.ย. , ส.ค.61	อนุพงษ์ ธีรพันธ์	
		12. จัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์วัณโรคโลก							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		วันที่ 24 มีนาคมของทุกปี							
		13. กำหนด ให้ผู้รับผิดชอบงาน TB							
		ของแต่ละ รพ.สต. เป็น Case manager							
		ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบ							
		14. Conference Dead Case ทุกราย							

Pan Duang

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562

คปสอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 แผนงานที่ 6

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Service Plan : Rational Drug Use)

ตัวชี้วัด (KPI) :

1. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 2 ภายในเดือน มกราคม 2561
2. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค (RI , AD , FTW , APL)
3. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (CKD , เบาหวาน , สตรีตั้งครรภ์)
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค (RI , AD) ไม่น้อยกว่า 60%

สถานการณ์/ข้อมูลพื้นฐาน ในปีงบประมาณ 2561

1. โรงพยาบาลห้างฉัตร ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ชั้นที่ 1
2. โรงพยาบาลห้างฉัตร ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผลงาน 12.52%
3. โรงพยาบาลห้างฉัตร ยังไม่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะใน 3 กลุ่มโรค ดังนี้ RI (24.71%) ,FTW (49.96%) , APL (50%)
4. โรงพยาบาลห้างฉัตร ผ่านเกณฑ์การใช้ยาในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (CKD , เบาหวาน , สตรีตั้งครรภ์)
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอห้างฉัตร ผ่านเกณฑ์การใช้ยาปฏิชีวนะใน 2 กลุ่มโรค ในปี 2561 100%

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ...120204								
	1. โครงการส่งเสริม	1.การสร้างความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล							
	การใช้ยาอย่างสมเหตุผล	1.1 ผู้บริหาร (ผู้อำนวยการ/สาธารณสุขอำเภอ) มอบนโยบาย และสร้างความเข้าใจแก่แพทย์และบุคลากรผู้สั่งใช้ยา ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน RDU ให้ผ่านเกณฑ์ชั้นที่ 2 ในปี 2562	รพ / รพสต	อ.ห้างฉัตร	- มีการติดประกาศนโยบาย RDU			ตค 61	PTC/สสอ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		- สื่อสาร/ทำความเข้าใจ แก่ทีมสหวิชาชีพ และผู้สั่งใช้ยา ผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อให้ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด และมีการจ่ายยาตามมาตรฐานการรักษา เพื่อให้สอดคล้องกับแนวทาง RDU	รพ / รพสต	อ.ห้างฉัตร	- เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล			ตค 61 - กย 62	PTC/สสอ
		1.2 จัดช่องทางการส่งข่าวสารที่เป็นประโยชน์ เพื่อส่งให้ถึงประชาชน	รพ / รพสต	อ.ห้างฉัตร	- ประชาสัมพันธ์ทางบอร์ดประชาสัมพันธ์			ตค 61 - กย 62	PTC/สสอ
		- เผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ แก่ผู้ป่วยและประชาชน			เสียงตามสาย, สถานีวิทยุ ฯลฯ				
		1.3 จัดกิจกรรมรณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในช่วงสัปดาห์เภสัชกรรม	รพ.ห้างฉัตร 1 ครั้ง/ปี	อ.ห้างฉัตร	- เจ้าหน้าที่และผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	4,500	UC	มีย62	PTC/สสอ
		- ค่าวัสดุอุปกรณ์และของรางวัล ในการจัดกิจกรรม จำนวนเงิน 4,500 บาท							
		1.4 จัดประชุมวิชาการด้านยา ในเรื่องการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ประจำปี 2562	รพ. / รพสต. 1 ครั้ง/ปี	อ.ห้างฉัตร	- เจ้าหน้าที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	12,900	UC	กค 62	PTC/สสอ
		โดยแบ่งเป็น 2 รุ่นๆละ 1 วัน							
		* ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม							
		80 คน x 100 บาท = 8,000 บาท							
		* ค่าวัสดุอุปกรณ์ = 2,500 บาท							
		* ค่าวิทยากร 4 ชม.ๆละ 600 บาท = 2,400 บาท							
		รวมเป็นเงิน 12,900 บาท (ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		1.5 ประเมินความตระหนักรู้ในการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการ และส่งผลการ ประเมินให้จังหวัด	รพ / รพสต 2 ครั้ง/ปี	อ.ห้างฉัตร	- เพื่อทราบถึงความ ตระหนักรู้ในการใช้ยา อย่างสมเหตุผลของ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้รับบริการ			กพ 62 สค 62	PTC/สสอ
		2. การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ							
		2.1 ทบทวนคำสั่งแต่งตั้ง คกก. PTC อำเภอห้างฉัตร ประจำปี 2561	ปีละ 1 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร	- มีคกก.เพื่อดำเนินงาน และติดตามผล			ตค.61	PTC/สสอ
		- จัดประชุมคณะกรรมการ PTC ทุก 3 เดือน เพื่อติดตามงาน : ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 15 คนๆละ 25 บาท จำนวน 4 ครั้ง เป็นเงินทั้งสิ้น 1,500 บาท	4 ครั้ง/ปี	อ.ห้างฉัตร	- ตามตัวชี้วัด 20 ตัวชี้วัด	1,500	UC	พย.61 /กพ.62 พค.62/สค.62	PTC/สสอ
		- จัดส่งรายงานการประชุมให้จังหวัด ภายใน 2 สัปดาห์ หลังการประชุม							
		2.2 ทบทวนกรอบบัญชีรายการยาและเวชภัณฑ์ ใน รพ. และรพสต. รวมทั้งระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้สอดคล้อง ตามแนวทาง RDU : ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 15 คนๆละ 25 บาท x 1 ครั้ง เป็นเงิน 375 บาท	ปีละ 1 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร	- กรอบบัญชียา รพ/ รพสต อำเภอห้างฉัตร	375	UC	ธค. 61	PTC/สสอ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		2.3 ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน RDU ในปี 2562 และติดตามผลการดำเนินงาน แก่จนท.รพสต.ทุกระดับ : ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 15 คนๆละ 25 บาท x 2 ครั้ง เป็นเงิน 750 บาท	รพสต. ปีละ 2 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร	- แนวทางการดำเนินงาน RDU ปี 2562 - ติดตามผลการดำเนินงาน RDU	750	UC	พย.61 กค 62	PTC/สสอ
		3. การพัฒนาระบบบริการเพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล							
		3.1 ทบทวนแนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานการรักษาตามแนวทางการใช้ยาของ RDU ในกลุ่มผู้ป่วยต่อไปนี้ : แนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค ได้แก่ RI , AD , FTW ,APL : แนวทางการใช้อย่างสมเหตุผล ในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : แนวทางการใช้อย่างสมเหตุผลในสตรีตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร : แนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระดับ 3 : แนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ ที่ใช้ยากลุ่ม Long acting benzodiazepine (Chlordiazepoxide , Diazepam,	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	-มีแนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามหลักวิชาการ			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		3.2 ตรวจสอบรักษาโรคตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		3.3 ดำเนินการตามแนวทาง PLEASE	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะ			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		P = PTC			ใน URI \leq 20%				
		L = Labeling			- ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะ				
		E = Essential Tools			ในโรคอุจจาระร่วง ไม่เกิน 20%				
		A = Awareness			- ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะ				
		S = Special Population			ในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ				
		E = Ethics			\leq 50%				
					- ร้อยละการใช้จ่ายปฏิชีวนะ				
					ในหญิงหลังคลอดปกติ				
					ครบกำหนดทางช่องคลอด				
					\leq 15%				
					- ร้อยละของผู้ป่วยโรคไต				
					เรื้อรัง ระดับ 3 ขึ้นไป				
					ที่ได้รับ NSAIDs \leq 10%				
					- ไม่มีสตรีตั้งครรภ์ ได้รับ				
					ยาที่ห้ามใช้ ได้แก่				
					Warfarin* ,ststin ,ergots				
					เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์				
		3.4 ติดตามผลการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ	ผู้สัมภาษณ์ผู้รับบริการ	รพ.ห้างฉัตร	- ผลการรักษา รวมทั้ง			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		ในการรักษา 4 กลุ่มโรค	ที่มารักษาด้วยโรค RI		ทัศนคติและความเข้าใจ				
			acute diarrhea		ในการใช้อย่างสมเหตุผล				
			แผลเลือดออก และ						
			หญิงคลอดปกติ						
			แล้วไม่ได้รับยาปฏิชีวนะ						
			จำนวน 30 ราย						

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		3.5 ประเมินการสั่งจ่ายและเวชภัณฑ์ในรายการที่มีมูลค่าสูง หรือมีความเสี่ยง ในการใช้ไม่เหมาะสม ทั้งในรพ. และรพสต	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- มูลค่าการใช้จ่าย			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		3.6 ผนวกรวมให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วยทุกครั้งที่มาใช้บริการร่วมกับการพัฒนาระบบให้มีการเก็บข้อมูลมูลค่ายาที่รับคืนจากคลินิกโรคเรื้อรังและจากการเยี่ยมบ้าน	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- มูลค่าการประหยัดยา - ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ ตระหนักและเห็นความสำคัญของการใช้จ่ายอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		3.7 ปรับรูปแบบฉลากยาให้เป็นฉลากยา RDU โดยเน้นชื่อยาภาษาไทย ช้อบ่งใช้ คำเตือน/ข้อควรระวัง ใน 13 กลุ่มโรค - จัดให้มีการใช้ฉลากช่วยสำหรับยา ที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในการใช้ เช่น ยาหยอดตา ยาเหน็บ ฯลฯ - จัดระบบสั่งจ่ายแบบ key ในระบบแบบ Real Time เพื่อให้มีการพิมพ์ฉลากยาได้ทุกรายการที่สั่งใช้	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยาที่มีรายละเอียดครบถ้วน ใน 13 กลุ่มโรค อยู่ในระดับ 3			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		3.8 พัฒนาระบบงานบริการเภสัชกรรม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ - ส่งมอบยาที่มีข้อมูลครบถ้วน โดยมีฉลากยาที่มีภาษาไทยพร้อมระบุ ชื่อสถานบริการ ชื่อผู้ป่วย วันที่ ชื่อยา ชื่อยา วิธีใช้ คำเตือน/ข้อควรระวัง ในการใช้จ่าย - มีการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา - จัดระบบป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลง			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		3.9 จัดระบบให้แพทย์ RDU Doctor/แพทย์ผู้รับผิดชอบแต่ละเวร ทวนสอบการสั่งจ่ายของแพทย์/พยาบาลในแต่ละเวร	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- เพื่อให้เกิดการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล			ตค61- กย62	PTC/สสอ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		- กำหนดให้พยาบาลเพิ่มรายละเอียดการซักประวัติและบันทึกอาการให้ครอบคลุมตามเกณฑ์การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะในแต่ละโรค และในเรื่องของบาดแผลสด - ในเรื่องของบาดแผลสด กำหนดให้พยาบาลมีการซักประวัติอาการตามแนวทางที่กำหนด และให้บันทึกรายละเอียดการเกิดแผล ได้แก่ ระยะเวลาการเกิดแผล ลักษณะแผล เป็นต้น							
		4.0 ดำเนินการตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อจัดหา และส่งเสริมการขายยาของกระทรวงสาธารณสุข	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- ตามเกณฑ์การประเมินจริยธรรมฯ			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		1. กำหนดแนวทางในการดำเนินงานตามเกณฑ์จริยธรรมการจัดซื้อ จัดหา ยา ที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ ดังนี้ 1.ประกาศเป็นนโยบายองค์กร และบุคลากร รับทราบเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาอย่างทั่วถึง 2.มีการกำหนดแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมฯ			ในระดับ 3 ขึ้นไป				
		เป็นลายลักษณ์อักษร และมีแนวทางเพื่อรายงานติดตามการปฏิบัติ ได้แก่ *ระบบการจัดซื้อ จัดหาที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ *ระบบการตรวจสอบการสั่งใช้ยาของรพ. *ระบบการรับตัวอย่าง และยาของแถม *ระบบการรับสิ่งของ ของขวัญและบริการที่โปร่งใสตรวจสอบได้ *แนวปฏิบัติในการอนุญาตให้ผู้แทนยาเข้าพบ *แนวปฏิบัติสำหรับการไปประชุม สัมมนาที่สนับสนุนโดยบริษัทฯ							
		*แนวปฏิบัติในการจัดประชุมวิชาการที่สนับสนุนโดยบริษัทฯ							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		<p>II.มีแนวทางการดำเนินงานในระดับบุคลากรผู้ส่งใช้ยาและผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งใช้ยา ดังนี้</p> <p>1.ผู้ส่งใช้ยาและผู้เกี่ยวข้องรับทราบนโยบาย และแนวปฏิบัติตามเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลสำหรับผู้ส่งใช้ยา และผู้เกี่ยวข้องในระดับบุคคล</p> <p>2. มีการกำหนดแนวปฏิบัติการส่งใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และมีแนวทางเพื่อรายงาน ติดตาม ดังนี้</p> <p>*ส่งใช้ยาในผู้ป่วยทุกรายและทุกสิทธิ์การรักษา โดยยึดหลักจริยธรรมทางการแพทย์</p> <p>*ส่งใช้ยาด้วยสัดส่วนยา ED : NED สูงกว่า 1:1</p> <p>*ส่งใช้ยาด้วยสัดส่วนยาสามัญ : ยาต้นแบบสูงกว่า 1:1</p> <p>*ส่งใช้ยาตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาโรคที่กำหนดไว้ในประเทศไทย หรือที่เป็นสากล</p> <p>*ส่งใช้ยาปฏิชีวนะตามแนวปฏิบัติในการดูแลรักษาโรค เพื่อลดปัญหาเชื้อดื้อยา</p> <p>*มีแนวปฏิบัติ ติดตาม ประเมินความเหมาะสมในการใช้ยาในรายการยาที่มีราคาแพง</p> <p>หรือมีปริมาณการส่งใช้สูงผิดปกติ แล้วรายงานกลับให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ</p> <p>*มีการติดตาม และประเมินผลต่อการส่งใช้ยา</p> <p>พร้อมการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ส่งใช้ยา หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งใช้ยา</p>							
		<p>III มีการประเมินตามเกณฑ์จริยธรรม ดังนี้</p> <p>- เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา</p> <p>- เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งใช้ยาสมเหตุสมผลในระดับบุคลากร</p>							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		4.การพัฒนาาระบบข้อมูลและสารสนเทศ							
		4.1 จัดระบบการสั่งใช้ยา ผ่านโปรแกรม ซึ่งมีการแจ้งเตือนการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งในระบบ HOSXP และ JHCIS	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- เพื่อสะดวกต่อการปฏิบัติงานและลดความคลาดเคลื่อนทางยา			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		4.2 พัฒนาระบบสารสนเทศ ในการแจ้งเตือนการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น กรณีผู้ป่วยแพ้ยา, ยาที่มี drug Interaction ต่อกัน ยาที่ไม่ควรสั่งใช้ร่วมกัน เป็นต้น	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- อัตราการแพ้ยาซ้ำ ร้อยละ 0 - ไม่มีการสั่งใช้ยาซ้ำซ้อน			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		4.3 ประสานงาน IT วิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินงาน รวมทั้งการเชื่อมโยง IT ในการเก็บรวบรวมข้อมูลความปลอดภัยด้านยา	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- เพิ่มความสะดวกในการดำเนินงาน RDU ในการวิเคราะห์และประเมินผล				
		4.4 ติดตั้งโปรแกรม Lampang Pharm NET (LPPN) สำหรับใช้ในโรงพยาบาล และมีการลงข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน	รพช	อ.ห้างฉัตร	- เพิ่มความสะดวกในการดำเนินงาน RDU ในการวิเคราะห์และประเมินผล			ตค61- กย62	PTC/สสอ
		5. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน							
		5.1 ขยายขอบเขตการดำเนินงาน RDU ในร้านยา และคลินิกเอกชน	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- ผู้ประกอบการร้านยา และคลินิกเอกชน เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน RDU	3,000	UC	กพ 62	PTC/คปส สสอ
		- สื่อสาร สร้างความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักในการดำเนินงาน RDU							
		- จัดอบรมให้ความรู้ แนวทางในการดำเนินงาน RDU แก่ผู้ประกอบการร้านยาและคลินิกเอกชน							
		*ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 15 คนๆละ 100 บาท							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		*ค่าเอกสารและวัสดุอุปกรณ์ในการจัดอบรม 1,500 บาท เป็นเงิน 3,000 บาท							
		5.2 สร้างเครือข่าย/เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย ในการตรวจเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ NSAIDs Steroid และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในร้านชำและชุมชน	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- ร้านชำปลอดยา ปฏิชีวนะ NSAIDs Steroid และผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ไม่เหมาะสม			ตค61- กย62	คบส
		5.3 ชวยพื้นที่การดำเนินงานการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในชุมชน ต.หนองหล่ม เพิ่มอีก 2 แห่ง ได้แก่ รพสต.ป่าไคร้ และรพสต. หนองขาม (ร่วมกับงาน คบส)	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- เพื่อให้เกิดการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในชุมชน			ตค61- กย62	คบส
		5.4 จัดทำสื่อ วรรณคดี ประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ความรู้ แก่ผู้ป่วย ประชาชน ร้านขายยาและคลินิกเอกชน * วนิล จำนวน 40 ผืน * ภาพพลิกเรื่องการใช้อย่างสมเหตุผล จำนวน 30 ชุด รวมเป็นเงิน 5,000 บาท (ทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้)	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่อง การใช้อย่างสมเหตุผล	5,000	UC	มค - กพ 62	PTC/สสอ
		6. การคืนข้อมูล กำกับ ติดตามและประเมินผล							
		6.1 คืนข้อมูลการสั่งใช้ยาที่ไม่เหมาะสมให้ผู้บริหาร/ องค์กรแพทย์/พยาบาลผู้สั่งใช้ยา รับทราบทุกเดือน							
		6.2 ติดตามกำกับผลการดำเนินงานในระดับโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในที่ประชุมคณะกรรมการบริหาร และคปสอ. ทุกเดือน รวมทั้งคณะกรรมการ PTC ทุก 3 เดือน							
		6.3 ประเมินตนเอง ตามแบบฟอร์มที่จังหวัดกำหนด ทุก 3 เดือน : แบบประเมินRDU 1 สำหรับ รพช : แบบประเมินRDU 2 สำหรับรพสต	รพ / รพสต 4 ครั้ง/ปี	อ.ห้างฉัตร	- เพื่อให้เกิดการ พัฒนางาน RDU			ธค 61 มีค 62 มิย 62 กย 62	PTC/สสอ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		- จัดระบบการรายงานในระดับอำเภอและตำบล							
		6.4 กิจกรรมรับการตรวจเยี่ยมจากทีม RDU จังหวัด	รพ. / รพสต.	อ.ห้างฉัตร	- เกิดการแลกเปลี่ยน	3,000	UC	มีค 62	PTC/สสอ
		เพื่อช่วยเหลือ/ติดตามกำกับ/ส่งเสริมความถูกต้องของ	1 ครั้ง/ปี		เรียนรู้และพัฒนา				
		การลงข้อมูลและระบบรายงาน			งาน RDU				
		*ค่าอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม							
		จำนวน 30 คนๆละ 100 บาท							
		เป็นเงิน 3,000 บาท							

สรุปรวมเงินบำรุง สำหรับใช้ในกิจกรรม RDU ปี 2562 เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น 31,025 บาท



แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ประจำปีงบประมาณ 2562

คปสอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 service Plan สาขาโรคมะเร็ง

แผนงาน.....

โครงการหลัก

ตัวชี้วัดหลักและค่าเป้าหมาย

- 1 สตรีอายุ 30-60 ปี ตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปี 2562 ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสม ร้อยละ 100
- 2 สตรีอายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ร้อยละ 80
3. ประชาชนสิทธิ์ UC ทั้งชายและหญิงอายุ 50-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 60
4. ประชาชนทั้งชายและหญิงอายุ 50-70 ปี ได้รับความรู้เรื่องมะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 80

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตโครงการ	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	โครงการค้นหา	1. ประชาสัมพันธ์เรื่องโรคCA Colon	73 หมู่บ้าน	ทุกหมู่บ้าน	มีการเผยแพร่	ค่าจัดทำบทความ	uc	มี.ค.-	คมขำ
	คัดกรองมะเร็ง	CA.BreastและCervix			ประชาสัมพันธ์ใน	ประชาสัมพันธ์		ก.ย.-62	ธัญญลักษณ์
	เต้านม,ปากมดลูก	ผ่านเสียงตามสายในหมู่บ้าน			ชุมชน	บูรณาการ			ผู้รับผิดชอบ
	ลำไส้ใหญ่				และลงบันทึก	งานสุขศึกษา			งานรพสต
						(PP&P)			
						ยุทธ 1			
		3. พัฒนาศักยภาพพอสมาให้มีความรอบรู้		รพ 1	มีการประเมินความ	บูรณาการใน	กสต	มี.ค.-ส.ค.62	คมขำ
		ในเรื่องโรคมะเร็ง(Breast,Cervix,Colon)		รพสต	รู้ก่อนและหลัง	งานสสม.			ธัญญลักษณ์
		ในเวทีประชุมประจำเดือน		10 แห่ง	อบรมเพิ่มขึ้น				ผู้รับผิดชอบ
		อสสมแต่ละเดือน			อย่างน้อยร้อยละ 10				งานรพสต

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตโครงการ	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		4.มีการจัดทำทะเบียนคัดกรอง	ทุกราย	รพ 1	มีทะเบียนเพื่อ			ต.ค- ก.ย 62	คมขำ
		และผู้ที่มีผลผิดปกติ		รพสต	ติดตามการ				ธัญญลักษณ์
		ส่งต่อเพื่อการรักษาใน		10 แห่ง	รักษาได้ดีขึ้น				ผู้รับผิดชอบ
		สถานบริการ							งานรพสต
		5.ดำเนินการค้นหาคัดกรอง	15196	รพ 1					ทุกแห่ง
		CA.colonในปชก UC	คน	รพสต	มีการค้นหา		รพลป	ต.ค- ก.ย 62	คมขำ
		จำนวน		10 แห่ง	ร้อยละ60				ธัญญลักษณ์
									ผู้รับผิดชอบ
									งานรพสต
									ทุกแห่ง
		CA.Breast				ค่าจัดทำบทความ		ต.ค- ก.ย 62	คมขำ
		ค้นหาคัดกรองสตรีอายุ			มีการค้นหา	ประชาสัมพันธ์			ธัญญลักษณ์
		30-70ปีจำนวน	13283	รพ 1	ร้อยละ80	บูรณาการ			ผู้รับผิดชอบ
			คน	รพสต		งานสุขศึกษา			งานรพสต
				10 แห่ง		(PP&P)			ทุกแห่ง
		CA.Cx				ยุทธ 1		ต.ค- ก.ย 62	คมขำ
		ค้นหาคัดกรองสตรีอายุ			มีการค้นหา				ธัญญลักษณ์
		30-60 ปีจำนวน	2285	รพ 1	สะสมจากปี58				ผู้รับผิดชอบ
		หมายเหตุ	คน	รพสต	ถึงปี 62				งานรพสต
		เข้าปี58ทั้งหมด10,645คน		10 แห่ง	ร้อยละ 100				ทุกแห่ง
		ทำไปแล้ว8,360 คน							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	กลุ่มเป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิตโครงการ	งบประมาณ(บาท)		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับ ผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		6.ติดตามผลการดำเนินงาน ในเวทีประชุมประจำเดือน ทุกเดือน	ผู้รับผิดชอบ ชอบงาน	สสอ	ติดตามเพื่อให้ได้ ผลงานตามเป้า หมาย			ต.ค- ก.ย 62	คมขำ
		7.ติดตามผลการบันทึกข้อมูล ในโปรแกรม JHCIS เมื่อมีปัญหา	ผู้รับผิดชอบ ชอบงาน	สสอ	ติดตามเพื่อให้ได้ ผลงานตามเป้า หมาย	บูรณาการ ในงาน ปช.JHCIS	UC	ต.ค- ก.ย 62	คมขำ
		8.ออกนิเทศติดตามงาน ในรพสต.ร่วมกับทีมนิเทศ งาน	ผู้รับผิดชอบ ชอบงาน	รพสต 10 แห่ง	มีการติดตามงาน ในทุกรพสต 2ครั้ง/ปี			มี.ค- ก.ค 62	คมขำ
						งบบูรณาการ ในยุทธ 1			



แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562
คปสอ ห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตรจังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็น / งาน : แผนงานที่7 การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและการส่งต่อ

ตัวชี้วัด (KPI) : 50. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน24ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับF2ขึ้นไป (ทั้งที่ERและAdmit)

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป(ทั้งที่ ER และ Admit)ไม่เกินร้อยละ 12
2. Response time ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินใน 10 นาที มากกว่าร้อยละ80 (ปี2561 ได้ 72.5%)
3. การเสียชีวิตส่วนใหญ่จะเป็นการเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ
4. อัตราการเรียกใช้บริการ 1669 ในผู้ป่วยวิกฤตสีแดงต่ำและหน่วยปฏิบัติการมีความครอบคลุม
5. ข้อมูลยังขาดคุณภาพบันทึกไม่ครบถ้วน (IS/HDC)
- 6.เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชน ยังขาดความตระหนักในเรื่องวัฒนธรรม ความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน
7. ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาควิชาหรือหน่วยงานต่างๆ ยังขาดความต่อเนื่องและยังยืนยันเน้นเฉพาะช่วงเทศกาล
8. คะแนน ECS คุณภาพรพ.ห้างฉัตรปี 2561 = 65.1

องค์ประกอบด้านอาคารสถานที่ -ไม่มีห้องซาล้าง

องค์ประกอบด้านบุคลากร-Head Nurse ไม่ผ่านการอบรมผู้บริหาร 4 เดือน พยาบาล ENP/EP

องค์ประกอบบริการรักษาพยาบาล - ไม่มี Fast Track ไม่ชัดเจน, -ไม่มีแนวทาง Refer System ชัดเจน, -ระบบ Pre Hospital ของรพ. Responetime ไม่ผ่าน 72.5% (เป้า80)

-ไม่มีการศึกษาวิจัยในหน่วยงาน รูปแบบงานพัฒนาคุณภาพ HA ไม่ต่อเนื่อง

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ 120205	Pre-hospital care							
	1.โครงการพัฒนา	1.พัฒนา EMS คุณภาพ			1.ระบบการแพทย์				
	ระบบบริการ	1. ทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการ	คณะกรรมการ EMS	อำเภอห้างฉัตร	ฉุกเฉินมีคุณภาพ			ตค61-กย62	คณะกรรมการEMS
	การแพทย์ฉุกเฉิน	เครือข่าย EMS ระดับอำเภอประชุมและนำเสนอข้อมูล	ระดับอำเภอปีละ1ครั้ง		ได้มาตรฐาน				ระดับอำเภอ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
	ครบวงจรและ	2.คืนข้อมูลผลการดำเนินงานEMSและ	เดือนละ1 ครั้ง		2.เพิ่มการเข้าถึง			ตค61-กย62	นพ.โอฬาร
	ระบบการส่งต่อ	เครือข่ายระดับอำเภอ			ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน				ร่าพึง
	(EMS+ECS+ER+Refer คุณภาพ)	3.ประชุมคณะกรรมการเครือข่าย EMSระดับอำเภอ	จำนวน2ครั้ง/ปี		3.ลดอัตราการเสียชีวิตจากการเจ็บป่วย	ค่าอาหารว่าง	uc	ตค61-กย62	ร่าพึง
		4. จัดตั้งศูนย์ฯรับ-ส่งการ ระบบบริการ			ฉุกเฉิน	1,000		ตค61-กย62	โสพิศญา
		การแพทย์ฉุกเฉินโดยมีผู้รับผิดชอบชัดเจน(แยกจากเจ้าหน้าที่ ER)						ตค61-กย62	ร่าพึง
		5.ทบทวนคู่มือและแนวทางการปฏิบัติงาน	จำนวน 10เล่ม					ตค61-กย62	โสพิศญา
		และแนวทางการเบิกจ่ายค่าตอบแทนEMSและแจ้ง							ร่าพึง
		ให้กับหน่วยปฏิบัติงาน EMSและเครือข่าย							
		6.สร้างความผูกพันEagagement โดยเยี่ยม	ปีละ2ครั้ง					ตค61-กย62	โสพิศญา
		ให้กำลังใจหน่วยปฏิบัติการภาคีเครือข่ายEMS							
		และนิเทศติดตามการดำเนินงาน/ปัญหา							
		อุปสรรคต่างๆของภาคีเครือข่าย EMSและคืนข้อมูล							
		7. จัดให้มีทีม Mini MERT ระดับอำเภอ	จำนวน 2 ทีม	รพ.ห้างฉัตร				ตค61-กย62	จิรวรรณ+ชลธิชา
		และโครงสร้างบทบาทหน้าที่แผนปฏิบัติการ							ร่าพึง+โสพิศญา
		การรองรับสาธารณภัยและภัยพิบัติ							
		8. จัดทำประกันชีวิตให้แก่จนท.ในระบบบริการ	ACLS จำนวน 60 คน				7,200	ก.ย.-62	โสพิศญา
		แพทย์ฉุกเฉิน (ACLS) และภาคีเครือข่าย BLS, FR							
		9. อบรมโปรแกรม ITEMS รพ.ศูนย์+สสจ.							โสพิศญา
		10.เข้าร่วมแข่งขัน EMS Rally ระดับ	ทีมEMR, BLS ,ACLS				รจจากสสจ	ตค.61-กย62	ร่าพึง
		จังหวัด/เขต/ประเทศ	อำเภอห้างฉัตร						โสพิศญา
		11.ลงเยี่ยมให้ความรู้แก่จนท.EMR ในเขตอ.ห้างฉัตร	ปีละ 2 ครั้ง					ม.ค.62-กย62	โสพิศญา
		12. ยกระดับ EMR เทศบาลห้างฉัตรแม่ตาล	2 แห่ง					ตค.61-กย62	โสพิศญา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		และอบต.เมืองยาวเป็น BLS							
		13.ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการ EMR	1 แห่ง					ตค.61-กย62	โสพิศญา
		ใหม่คือเทศบาลห้างฉัตร							
		14.ร่วมนำเสนอผลการดำเนินงาน EMSระดับจังหวัด	ปีละ 1 ครั้ง					มีค.-กย62	รำพึง,โสพิศญา
		15. ประชุมคณะกรรมการภาคีเครือข่าย EMS	ปีละ 2 ครั้ง					มีค.-กย62	คกก.Pher
		ระดับอำเภอ ปีละ2 ครั้งและ							รำพึง
		Conference case Dead/Interesting Case							
		16.อบรมให้ความรู้ของเครือข่าย อฉช.	ประชาชนอ.ห้างฉัตร			รอกจากสสจ.		ตค.61-กย62	รำพึง
		เรื่องการแจ้งเหตุและการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ	อสม.ลูกจ้างโรงพยาบาล						โสพิศญา
		17.ร่วมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน	2ครั้ง/ปี	สสจ		งบสสจ			รำพึง
		EMSทั้งจังหวัด							โสพิศญา
		18. Ambulance Safety							
		18.1 ติดตั้งอุปกรณ์ CCTV และ GPS ในรถพยาบาล	รถพยาบาล1คัน	รพ.ห้างฉัตร				ตค.61-กย62	รำพึง+หน.บริหาร
		18.2 ทำประกันภัยชั้น1 รถพยาบาล	รถพยาบาล2คัน	รพ.ห้างฉัตร		5,000บาท/ปี		ตค.61-กย62	หน.บริหาร
		18.3 เน้นย้ำพนักงานขับรถพ.ขับรถความ	พชร4คน	รพ.ห้างฉัตร				ตค.61-กย62	หน.บริหาร
		เร็วไม่เกิน90กิโลเมตร/ชั่วโมง							
		18.4 มีผู้รับผิดชอบโดยพนักงานขับรถพ.	ทุกวัน	รพ.ห้างฉัตร				ตค.61-กย62	หน.บริหาร
		ทุกเข้าต้องมีการตรวจสอบสภาพความ							+พชร.รพ.ทุกคน
		พร้อมของรถและพนักงานขับรถก่อน							
		ปฏิบัติงาน							
		18.5- ส่งเจ้าหน้าที่ขับรถพ.อบรม	จำนวน 1 คน	รพ.ห้างฉัตร			สสจ.	ตค.61-กย62	รำพึง
		พนักงานขับรถครบ 100%							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		- จัดสร้างห้องชะล้างหน้าห้อง ER	สสอ/รพ/รพสต50คน						อ.ห้างฉัตร
		- ส่งแพทย์และพยาบาลอบรม ENP 4 เดือนปีละ 1คน	จำนวน 50 คน			บูรณาการ	uc	ตค.61-กย.62	จนท.ER
		/ส่ง Head Nurse อบรมผู้บริหาร 4 เดือน				ย.3	uc		หัวหน้า ER
		- ประสานแม่ข่ายรพ.ลำปางจัดทำ Fast Track							
		ชัดเจนเป็นรูปธรรมมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน							
		- ส่งบุคลากรอบรม Pre Hos Nurse ที่รพ.ขอนแก่น					งบEMS		
		- ประชุมคณะทำงานประสานบริหารแยกพชร.EMS+ พชร.Refer แยกออกจากกันชัดเจน							
		- สนับสนุนส่งเสริมจนท.ในหน่วยงานทำR2Rคนละ1เรื่อง/ปี							
		1.2 สรุปผลการดำเนินงานพัฒนา ECS							
		คุณภาพประจำปี2561 ปีละ 2 ครั้ง							
		1.3 ร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการสาธารณสุขภัยและ						ตค.61-กย.62	
		ภัยพิบัติ,โครงสร้างICS,บทบาทหน้าที่ระบุนุคลากร							
		ให้ชัดเจน/แผนประกอบกิจการและแผนอพยพผู้ป่วย							
		1.4 ร่วมเป็นคณะกรรมการMCATTงานจิตเวช							
		1.5 ร่วมทำคำสั่งแต่งตั้งทีมMini MERTรพห้างฉัตร	จำนวน2ทีม						
		1.6 ร่วมซ้อมแผนรองรับสาธารณสุขภัยและ							
		ภัยพิบัติโดยซ้อมแผนอุบัติเหตุจราจร							
		1.7 ร่วมรับฟังชี้แจงการซ้อมแผนอุบัติเหตุจราจร	จำนวน คน						อ.ห้างฉัตร
		โดยมี - การซ้อมแผนบนโต๊ะ	-ปีละ 1 ครั้ง			งบอยู่ใน ย1	UC	กพ-มีค62	
		- การซ้อมแผนเสมือนจริง	จำนวน 200 คน						
		- การชี้แจงให้ความรู้เรื่องการเตรียมทีม							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขภัยและภัยพิบัติ							
		1.8 ร่วมประเมินผลการซ้อมแผน	จำนวน 50 คน		มีแผนรองรับภัยพิบัติ				
		1.9 จัดทำแนวทางการดูแล ผู้ป่วยTrauma	จำนวน 3 เรื่อง		มีCPGรายโรคใช้ปฏิบัติ			ต.ค61	ก๊บบงาน ER
		HI, Blunt Trauma, Multiple Trauma	ER		ในหน่วยงานER			กย.62	
		1.10 จัดทำแนวทางให้มีการวินิจฉัยและ							PCT ร่วมกับ
		ช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะขั้นต้นตามแนวทาง ATLS							ER
		คือ Fast Tarck Trama							
		1.11 เก็บรวบรวมรายงาน/วิเคราะห์จุดเสี่ยง	12เดือน					ตค.61-กย.62	วราภรณ์
		อุบัติเหตุทุกเดือนส่งสสจและรพ.ลำปาง							
		1.12 รวบรวมรายงาน IS ส่งสสจ.ทุกเดือน	หัวหน้าส่วนอำเภอ					ตค.61-กย.62	ร้ำฟิ่งและจিন্নารถ
		และนำมาวิเคราะห์/สถิติ เพื่อนำเสนอ	ห่างฉัตรเดือนละ1ครั้ง						ผอ.รพ.
		คณะกรรมการเตรียมความพร้อมรับอุบัติ							
		ทางถนนของอำเภอในที่ประชุมอำเภอทุกวันที่4ของเดือน							
		3.ดำเนินการพัฒนา ER คุณภาพ							
		1.วิเคราะห์สถานะการณ์ข้อมูลเพื่อจัดทำ	จนท.ER 13 คน	ห้องฉุกเฉิน	ผ่านเกณฑ์ERคุณภาพ			ตค.61	ร้ำฟิ่ง
		Gap Analysis	จำนวน 2 ครั้ง/ปี		ร้อยละ70				วิชาการห้อง
		2.1 มีการประเมินตนเอง ER คุณภาพ	จนท.ER 12 คน					มีค.-กย.62	
		ใน 3 มิติ 12 องค์ประกอบไม่ผ่านเกณฑ์	จำนวน 2 ครั้ง/ปี						
		และนำเสนอแผนปี2561							
		2.1.1 อาคารสถานที่							ห้อง ER
		-ปรับปรุงโครงสร้างโดยจัดสร้างที่ชะล้างตัวผู้ป่วย	หน้าห้องer 1ห้อง				10,000	ตค.61-กย.62	
		-จัดให้มีZONE CPR พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิต							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		2.1.2 บุคลากรไม่ผ่าน=63.65%							หน.ER+
		- ส่งอบรมparamedic nurse	จำนวน 2 คน		ปรับเปลี่ยนตาม	20,000		ตค.61-กย.62	หน.ER+HRD
		- อบรมพยาบาลผู้ช่วยชั้นสูตรพลีกศพ	จำนวน 2คน/ปี		นโยบายการเงิน	10,000		มีค.,กย.62	หน.ER+HRD
		2.1.3 สามารถในการรองรับภัยพิบัติ (ปี60=75.5%)			การคลังขององค์กร				
		- ส่งแพทย์พยาบาลอบรมหลักสูตร Mini MERT	จำนวน 1 ทีม			งบสสจ.		ตค.61-กย.62	หน.ER+HRD
		2.1.4 ระบบสนับสนุน(ปี60 =58.35 %)							
		- จัดให้จน.รพภ.มีอาชีพโดยกำหนด	จนท.รพภ					ตค.61-กย.62	หน.บริหาร
		บทบาท/หน้าที่ ความรับผิดชอบชัดเจน							
		- มีระบบรายงานความเสี่ยงที่เกิดขึ้นทันเวลา	จนท.ERทุกคน					ตค.61-กย.62	พงพึ้ง
		- จัดให้มีระบบเก็บเงินค่าบริการนอกเวลา							หน.บริหาร
		- จัดให้มีระบบการจ่ายยานอกเวลาราชการตลอด 24 ชม.	จนท.เภสัช						หน.เภสัช
		2.1.5 ข่าวสาร/ข้อมูล (ปี60 = 64.4 %)							
		- พัฒนาระบบมาตรฐานข้อมูลในงานER	จนท.ERทุกคน					ตค.61-กย.62	วราภรณ์
		และจัดให้มีการลงข้อมูลเวชระเบียนในระบบ							จนท.ER
		ฐานข้อมูล Hos-xp ให้ครบถ้วนสมบูรณ์							
		- มีการวิเคราะห์ข้อมูลฐานข้อมูลHos-xp	งานIM ของER					ตค.61-กย.62	วราภรณ์+
		เพื่อดึงข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในระบบโรค							งาน IM รพ.
		2.1.6 การพัฒนาคุณภาพ (ไม่ผ่าน= 60 %)		ห้องฉุกเฉิน				ตค.61-กย.62	คณะกรรมการ
		(Quality Management)							HA รพและER
		- ทบทวนคณะกรรมการต่างๆเพื่อให้มี	แพทย์ประจำER	รพ.ห้างฉัตร					ร่าพึง+
		การพัฒนาคุณภาพ HA อย่างต่อเนื่อง	พยาบาลERทุกคน						จนท.ER
		-ดูแลรักษาให้มีการใช้ระบบTelemedicinในผู้ป่วยER							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		2.1.7 การศึกษาและการวิจัย (ไม่ผ่าน= 0 %)							
		- ส่งเสริม+สนับสนุนให้มีการพัฒนาและทำวิจัย	ปีละ 1 ครั้ง			1,000	uc	ตค.61-กย.62	HRD
		แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในงานประจำ(R to R)	จำนวน1เรื่อง						ร่ำพึง
		2.1.8 ความพึงพอใจของบุคลากรด้าน	2ครั้ง/ปี						ชนิษฐา
		การรักษาพยาบาลฉุกเฉินของงานER							हन.ER
		(ปี60= 64.6 %)							
		- อบรม ESB ทั้งโรงพยาบาลเพื่อ					ร่วมกับHRD		HRD
		สร้างขวัญกำลังใจ/คำตอบแทนบุคลากร							ร่ำพึง
		2.2ลดภาวะห้องฉุกเฉินแออัด โดย	พยาบาลERทุกคน	ห้องฉุกเฉิน				ตค.61-กย.62	ร่ำพึง
		2.2.1 จัดให้มีพยาบาลวิชาชีพทำหน้าที่Triage หน้าห้องฉุกเฉิน		หน้าห้องฉุกเฉิน					
		และบทบาท หน้าTriageชัดเจนเป็นลายลักษณ์							
		และจัดให้มีโต๊ะTriageไว้หน้าห้องฉุกเฉิน							
		2.2.2มีนโยบายโรงพยาบาลแจ้งที่ประชุม		อำเภอห้างฉัตร					ผอ.รพ.
		อำเภอห้างฉัตรและผู้ประกอบการโรงงาน							ร่ำพึง
		กรณีมาตรวจนอกเวลาราชการถ้าไม่							
		เจ็บป่วยฉุกเฉินจะไม่ออกไปรับรองแพทย์กลางวัน							
		2.2.3มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายใน		รพ.ห้างฉัตร					ร่ำพึง
		โรงพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบTriage Level							ธนิษฐา
		2.2.4จัดให้มีHOT LINEสายตรงปรึกษาโรค	ประชาชนอ.ห้างฉัตร	ห้องฉุกเฉิน					ร่ำพึง

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		2.3.มีการพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety Goal	พยาบาลERทุกคน	ห้องฉุกเฉิน				ตค.61-กย.62	ร่าพึง แพทย์ประจำER
		2.3.1ER Safety(2P Safety) ดูแลผู้ป่วยโดยPatient Safety 5ประเด็น -จัดโซนTiage และโซนต่างๆให้ชัดเจน - มีแผนวิจัยและการรักษาโรคกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ Early Warning Score (NEWS)ให้ถูกต้อง - มีการสื่อสาร วิธีการและแนวทางสำหรับ Crisis Sitnation	พยาบาลERทุกคน	ห้องฉุกเฉิน					ร่าพึง วิชาการห้องER
		- เป้าหมายผู้ป่วยต้องจัดทำ Flow ดูแล ผู้ป่วยและมาตรการกำหนดระยะเวลาผู้ป่วย ฉุกเฉินวิกฤตอยู่ในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 2-4 ชม. - มีการเตรียมความพร้อมรับภาวะฉุกเฉิน และสาธารณสุข (Hospital Preparedness far Emergencies : HOPE)							ร่าพึง ร่วมกับคณะกรรมการ PHRM
		2.2 Persennel : 2 ประเด็น 2.2.1 Ambeland Sefety 1. มีส่งจนท.พนักงานขับรถอบรม 2. ขับรถไม่เกิน 80 กิโลเมตร 3. ติด CCTV +GPS ในรถ Ambeland 4. จัดทำประกันชีวิตจนท.ปฏิบัติงานEMS	พยาบาลERทุกคน	ห้องฉุกเฉิน					ร่าพึง
		2.2.2 Warkplace Vidence	จำนวน 57 บาท			งบสสจ			สุนอรพิน สุนอรพิน โสพิศญา ร่าพึง
						6,840	uc		

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		โดยเป็นนโยบายด้านบุคลากรเพียงพอ							
		2.3 จัดให้มี ER Quality Improvement (Audit)	ปีละ 2 ครั้ง	ห้องฉุกเฉิน				มีค.,กย62	วารสารณ์
		Refer System							
		4.การพัฒนาระบบส่งต่อ							
		- จัดทำแนวทาง Refer System คปสอ.ห้องฉัตรและ รพ.ลำปาง/รพ.เกาะคา	ศูนย์ส่งต่อร่วมกับจนท.ER					ตค.61-กย.62	เพ็ญศรี+ศูนย์ส่งต่อ
		- ส่งต่อผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ(Sever HI, Blunt Trauma, Multiple Trauma)		ห้องฉุกเฉิน				ตค.61-กย.62	เพ็ญศรี+ จนท.ER
		ตามแนวทางการส่งต่อทุกราย							
		- ส่งข้อมูลศูนย์cocเยี่ยมบ้านผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะที่ต้องได้รับการฟื้นฟูที่บ้านร่วมกับ กับชุมชนและรพสต.	รพสตทุกแห่ง และpcc2แห่ง บ้านเหล่าและบ้านขวง					ตค.61-กย.62	ชนิษฐา Erร่วมกับ COC
								มีค.-กย62	ร่ำพิง
					94,790.00				



1000

7200

5000

30000

3750

10000

20000

10000

1000

94790

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562

คปสอ ห้างฉัตร อำเภอห้างฉัตรจังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็น / งาน : แผนงานที่ 6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan)

ตัวชี้วัด (KPI) : 38. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้

39. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. โรงพยาบาลห้างฉัตรสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ 100% หลัง confirm cardiologist รพ.แม่ข่าย จ.ลำปาง
2. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-I25) เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ปี 59=35.3(18 ราย), ปี 60=13.78 (7 ราย), ปี 61=32.57 (14 ราย)
3. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI มาถึง ER จนกระทั่งได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Door to need time) ยัง >30 นาที ได้ 48.33 นาที
4. ระยะเวลาที่ผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อ (Door to refer time) หลังการวินิจฉัย ยัง > 30 นาที ได้ 38.5 นาที

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ	1. ทบทวนการดูแลผู้ป่วยในสถานบริการ							ธิดารัตน์
	120206								
	พัฒนาระบบ	1.1 ทบทวนเหตุการณ์ conference case ACS	ทีมการรักษา						ทีม NCD board
	บริการสุขภาพ	ที่มีปัญหาการรักษาล่าช้าในทีมรักษาใน case นั้นๆ							
	สาขาโรคหัวใจ	ในเวร เพื่อการวินิจฉัยรักษาและส่งต่ออย่างถูกต้อง							
		ปลอดภัย ทันเวลา							
		1.2 ร่วมกันวิเคราะห์ผู้ป่วยที่เป็น STEMI และ							
		เสียชีวิตในทีม NCD board							
		1.3 ทบทวน clinical practice guide line,	ทีมการรักษาทั้งรพช.				บูรณาการร่วมกัน		
		CPG ACS ในทีมการรักษาให้เป็นปัจจุบัน	และรพสต.				ใน NCD board		

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		2.2จัดทำแนวทางและทบทวน clinical practice guideline ACS ใหม่ ให้เป็นปัจจุบัน				บูรณาการร่วมกัน ในองค์กรแพทย์			จิตารัตน์ องค์กรแพทย์
		2.3 ผลักดันให้องค์กรส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วม และใช้งบประมาณร่วมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในเขตพื้นที่สุขภาพ ให้บริการประชาชนได้ครอบคลุมทุกพื้นที่				บูรณาการร่วมกัน ใน NCD board	กสต.		NCD board
		3.พัฒนาระบบส่งต่อ (รับ-ส่งต่อปลอดภัย)							
		3.1 ทบทวนแนวทางการรับและส่งต่อระหว่าง รพช/รพสต.และรพ.แม่ข่าย	ทีมการรักษาทั้งรพช และรพสต.			บูรณาการร่วมกัน ใน NCD board			NCD board จิตารัตน์
		3.2 มีระบบการปรึกษากับรพ.แม่ข่าย (Consult Cardiologist) ในการทีมรักษา เบื้องต้นก่อนนำส่งต่อรพ.แม่ข่ายผ่านทาง Line , telephone มีช่องทางด่วน fast track ให้คำปรึกษากับรพ.สต. ผ่านทาง telephone ติดต่อ แพทย์เวรประจำห้องฉุกเฉิน (054)269231 ตลอด24 ชั่วโมง							
		ในการรักษาพยาบาลเบื้องต้นส่งต่อ ถูกต้องปลอดภัย							
		3.3 ร่วมกับงาน EMS และงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจประชาชนสัมพันธ์ 1669 ผ่านวิทยุชุมชน+เสียงตามสายหมู่บ้าน				บูรณาการร่วมกัน งาน EMSและ งานระบบปรับ เปลี่ยนพฤติกรรม			จิตารัตน์ งานEMS งานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		4. มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ				บูรณาการร่วมกับ			จิตารัตน์
		ผู้ป่วยฟื้นฟูหลังทำหัตถการต่างๆโดยทีมHHC				ศูนย์ COC			ศูนย์ COC
		และทีมมอคโดยการส่งต่อข้อมูลและประสานงาน							
		ผ่านศูนย์COC							
		5. พัฒนาด้านอุปกรณ์การแพทย์							
		บำรุงรักษาดูแลเครื่อง Telemedicie ที่ใช้เป็น							
		อุปกรณ์การแพทย์ในการดูแลรักษาช่วยเหลือ							
		ผู้ป่วย ACS							
		5.1 จัดซื้อแบตเตอรี่เครื่อง Telemedicie				15,000 บาท	UC	ต.ค61-ก.ย.62	ทน.งานอุบัติเหตุ-
		ที่ใกล้หมดอายุ							ฉุกเฉินรพ.ห้างฉัตร
		5.2 เติมเงินซิมการ์ดเครื่อง Telemedicie				3,600บาท/ปี	UC	ต.ค61-ก.ย.62	
		เพื่อใช้ในการเชื่อมต่อระหว่างส่งต่อรพ.เครือข่าย				เดือนละ300			
		ในการดูแลผู้ป่วย ASC							
						รวมงบ	18600		



15000

3600

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 1. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (sepsis)

ตัวชี้วัด (KPI) :

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบชนิดรุนแรง Community acquired < ร้อยละ 30
2. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะ H/C ก่อนการให้ ABO > ร้อยละ 90
3. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับ ABO ภายใน 1 ชม.หลังวินิจฉัย Sepsis/Septic shock > ร้อยละ 90
4. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Septic shock) ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 ml/kg.ภายใน 1.5 ชม > ร้อยละ 90
5. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Septic shock) ได้รับย้ายเข้า ICU ภายใน 3 ชม > ร้อยละ 30
6. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดไม่รุนแรง ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า < ร้อยละ 50

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : อำเภอห้างฉัตร ข้อมูล ณ 30 กันยายน 2561

1. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบชนิดรุนแรง Community acquired ปี2559 พบร้อยละ 23.21 , ปี2560 ร้อยละ 14.70 และ ปี2561 ร้อยละ 9.87
2. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับการเจาะ H/C ก่อนการให้ ABO ปี2559 พบร้อยละ 83.9 , ปี2560 ร้อยละ 89.2 และปี2561 ร้อยละ 93.8
3. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดได้รับ ABOภายใน 1 ชม.หลังวินิจฉัย Sepsis/Septic shock ปี2559พบร้อยละ 71.4 , ปี2560 ร้อยละ 87.2 และปี2561 ร้อยละ92.5
4. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Septic shock) ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 ml/kg.ภายใน 1.5 ชม ปี2559 ร้อยละ96 , ปี 2560 ร้อยละ93.5 และปี2561 ร้อยละ 100
5. อัตราผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดชนิดรุนแรง (Septic shock) ได้รับย้ายเข้า ICU ภายใน 3 ชม (ไม่มีข้อมูล)
6. อัตราผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ปี2559 ร้อยละ 58.9 , ปี2560 ร้อยละ 59.8 และปี2561 ร้อยละ 60.4 (ไม่ได้แยกระดับความรุนแรง)

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
1	รหัสโครงการ.....	1.พัฒนาด้านบุคลากร							
	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5สาขาหลัก (Sepsis)	1.1ทบทวนคณะทำงานSepsis team และร่วมประชุมกลุ่มเพื่อสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน	6 เดือน/ครั้ง	NCD board ER , IPD				ตค.61-กย.62	Sepsis team
		1.2จัดส่งแพทย์และบุคลากร รพช.	1 ครั้ง/ปี				บูรณาการร่วม	ตค.61-กย.62	Sepsis team

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		1.รพช.และรพสต. ได้รับการ นิเทศภายในจากทีมService plan จังหวัดลำปาง	1 ครั้ง/ปี					ตค.61-กย.62	
		2.พัฒนาด้านยาและอุปกรณ์							
		2.1จัดหาขวด Hemo culture. ให้พร้อมใช้	100%			งบประมาณ จากเงินบำรุง		ตค.61-กย.62	ห้องLAB
		2.2จัดหาเครื่องมือและแผ่นตรวจ Serum lactate ให้พร้อมใช้	100%					ตค.61-กย.62	ห้อง LAB
		3.พัฒนาด้านระบบส่งต่อและ เทคโนโลยี							
		3.1ทบทวนแนวทางการรับ-ส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างรพสต., รพช, และ รพ.เกาะคา , รพ.ลำปาง		NCD board ER , IPD					
		3.2พัฒนาระบบ Refer Sepsis fast tract				บูรณาการร่วม งานService plan			Sepsis team จิรินารถ
		โดยจัดทำแนวทางการส่งต่อและ แนวทางการประสานงานผู้ป่วยวิกฤติ Sepsis /Septic shock ไปยังรพ.แม่ข่าย (รพ.เกาะคา , รพ.ลำปาง)				สาขาSepsis จังหวัดลำปาง			
		3.3พัฒนาการลงข้อมูล ICD-10 และ การลง Sepsis register ในโปรแกรม Sepnet-1. ถูกต้องเหมาะสม มีประสิทธิภาพมากขึ้น				บูรณาการร่วม งานService plan สาขาSepsis จังหวัดลำปาง		ตค.61-กย.62	จิรินารถ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/ จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ (ระบุ PCC)	ผลผลิต/ ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		

Pan

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562
โรงพยาบาล ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ด้าน บริการเป็นเลิศ Service Excellence

ประเด็น / งาน : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง /

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Delivery สาขา COPD

ตัวชี้วัด 1.ลดอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่เกิน 130 ครั้ง /1แสนประชากร(ของกระทรวงสาธารณสุข)

2.ลดอัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่เกิน 130 ครั้ง /100 ผู้ป่วย COPD(ของจังหวัดลำปาง)

3.เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการคลินิก COPD คุณภาพ (ได้รับยา ICS+LABA) 100%

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน : ผู้ป่วย COPD ในอำเภอห้างฉัตร มีจำนวน 264 คน มีอัตราการเข้ารับการรักษาเนื่องจากอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน 407 ครั้งต่อแสนประชากร(ในปี61)

ซึ่งเกินเป้าหมาย(เป้าหมาย ไม่เกิน 130 ครั้ง/1 แสนประชากร) และ100.56ครั้งต่อร้อยผู้ป่วยซึ่งเป็นไปตามเป้าหมาย(เป้าหมาย ไม่เกิน 130 ครั้ง/100ผู้ป่วย)

ส่วนใหญ่ของผู้ป่วย 90.10% เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาการรับรู้ และข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ตลอดจนการพ่นยาที่ไม่ถูกต้อง อยู่ในภาวะพึ่งพิง ส่งผลทำให้ มีการเข้าถึง

ยา ICS+LABAน้อย เท่ากับ 57.14%แต่ก็เพิ่มจากเดิม(ปีงบ60=29%) รวมทั้งจังหวัดลำปางมีภาวะหมอกควันสูง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษา

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการคลินิก COPD คุณภาพ (ได้รับยา ICS+LABA) ตลอดจนลดและป้องกันอาการดังกล่าวป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

ลำดับ	โครงการ / กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	โครงการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วย COPD คปสอ.ห้างฉัตร รหัส 120207	1. จัดตั้งทีมสหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วย COPD	ทีมสหวิชาชีพ	อ.ห้างฉัตร		ค่าอาหาร	UC	1ตค61 -	ทิพย์ศุภางค์
						ว่าง จำนวน		30กย.62	
		2.ประชุมคณะกรรมการทุก 3 เดือน				17คน*25*4		"	ทีมสหวิชาชีพ
		3.จัดทำทะเบียนกลุ่มผู้ป่วย COPD และพัฒนาระบบการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย COPD ส่งต่อฐานข้อมูลให้กับ รพสต.	ผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการในคลินิก			เป็นเงิน1700 บาท		"	ทิพย์ศุภางค์
		4.จัดทำแนวทาง การดูแล ผู้ป่วย						1ตค61 -	ทิพย์ศุภางค์ &

ลำดับ	โครงการ / กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	เป้าหมายและ จำนวน	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		COPD ตามแนวทางของจังหวัด (CPG - COPD) มีกิจกรรมดังนี้						30กย.62	ทีมสหวิชาชีพ
		4.1 ประเมินสมรรถภาพปอด (Spirometry) ในครั้งแรก เพื่อยืนยันการวินิจฉัย และปีละ 1 ครั้ง							ทิพย์ศุภางค์ , ดวงพร, แพทย์
		4.2 ประเมินการสูบบุหรี่ในครั้งแรก และปีละ 1 ครั้ง	ได้รับการประเมิน						ทิพย์ศุภางค์ และเจ้าหน้าที่
		4.3 ประเมิน MMRC ในครั้งแรก และปีละ 1 ครั้ง	100%						ในคลินิก COPD
		4.4 ประเมินการ CAT ในครั้งแรก และปีละ 1 ครั้ง							ทิพย์ศุภางค์
		4.5 ประเมินการใช้ยาพ่น ในครั้งแรก และปีละ 1 ครั้ง	ได้รับการประเมิน						ภก.อังคณา
		4.6 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการ ดูแลผู้ป่วย COPD รายใหม่	พ่นยา 100%						
		4.7 การฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ปีละ 1 ครั้ง	ได้รับความรู้						
		4.8 มีการ CXR ปีละ 1 ครั้ง	100%						
			ได้รับการฉีด						งานสุขาภิบาล
			วัคซีนไข้หวัดใหญ่						และควบคุมโรค
			> 70%						
			ได้รับการ CXR						
			100%						

ลำดับ	โครงการ / กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		4.9 ผู้ป่วย COPD ที่มีประวัติ AE ใน 1 ปี ได้รับความรู้เกี่ยวกับ ICS+LABA	ได้รับการรักษา ICS+LABA > 70 %						
		5. ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยในรายที่ส่งต่อมาจาก รพสต. และในรายที่มีอาการซับซ้อนตลอดจนรับการดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจาก รพศ. ลำปาง	ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย COPD ที่มีภาวะ AE ทุกรายให้กับบุคลากรและ					1ตค61 - 30กย.62	ทิพย์ศุภางค์ และเจ้าหน้าที่ในคลินิก COPD
		6. รับ Consult จาก รพสต.	บุคคลากรและ					"	
		7. ติดตามและส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยที่มีภาวะ AE ที่มา Visit ที่มา IPD ให้ศูนย์ COC ทุกวัน	เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงาน COPD					"	ทิพย์ศุภางค์
		8. มีคลินิกอดบุหรี่ เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่	ผู้ป่วย COPD ที่สูบบุหรี่ทุกราย					"	ฉัตรลดา
		9. มีทะเบียนผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และมีภาวะแทรกซ้อน						1ตค61 - 30กย.62	ทีม COC ภาครัฐยา
		10. โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอด (Pulmonary Rehabilitation)						1ตค61 - 30กย.62	นักกายภาพบำบัด(ดวงพร)
		11. สนับสนุนการใช้ออกซิเจนที่บ้าน						"	ทีม COC
		12. ให้การดูแลเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย COPD ที่ติดบ้าน ติดเตียง และมีภาวะแทรกซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้ง Long term oxygen therapy และ	ได้รับการเยี่ยมบ้าน 80%					"	ทีม COC

ลำดับ	โครงการ / กิจกรรมหลัก	กิจกรรมรอง	เป้าหมายและจำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		End of life care ตลอดจนแนะนำ เรื่องการหุ้ตัมให้ทราบถึงผลเสียจากการ ใช้เตาถ่านและควรเปลี่ยนเป็นเตาแก๊ส							
		1.3 มีการรณรงค์ ขอความร่วมมือ และ เชิญชวนจิตอาสาช่วยทำความสะอาด บ้านผู้ป่วย COPD ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ	บ้านผู้ป่วย COPD ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ				เงินบำรุง	"	ทีม COC เรียงสอน
		14. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยส่ง จนท. เข้าร่วมประชุมวิชาการโรค COPD ของ รพ.ลำปางและอื่นๆ อย่างน้อย 1-2 คน	ทุกราย ได้เข้าร่วมประชุม					"	กรรมการ HRD
		15.ลงข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม COPD Quality of Care ในคอมพิวเตอร์ ตามที่ สสจ.กำหนด	100%					"	ทิพย์ศุภางค์
		16.การประเมินผลการดำเนินงาน สรุปผลงาน(4 งวดๆละ 3 เดือน) และสรุปผลงานประจำปี						1ตค61 - 30กย.62	ทิพย์ศุภางค์
					รวมเงิน	1700	UC		

ปัญหาและอุปสรรค: มีข้อจำกัดในจำนวนบุคลากร ทำให้ลงข้อมูลในโปรแกรม ของกรรมการแพทย์ไม่ทันเวลา (ภายในสัปดาห์นั้น)

|

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562

คปสอ.ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็น / งาน : แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Excellence)

โครงการที่ 15 : โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

ตัวชี้วัด (KF1. อัตราการเข้าถึงระบบบริการ Intermediate care ร้อยละ 70

2. การประเมิน Barthel Index เพิ่มขึ้นร้อยละ 70
- 3.ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยติดเตียง (Bedridden) น้อยกว่าร้อยละ 20
- 4.ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้รับคำแนะนำการดูแลตามปัญหาที่พบ และสามารถปฏิบัติตามที่บ้น ร้อยละ 70
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล มากกว่าร้อยละ 80

ข้อมูลพื้นฐาน/สถานการณ์: 1.จากข้อมูลในปีงบประมาณ 2561 พบว่าโรงพยาบาลห้างฉัตร ได้รับการส่งผู้ป่วยกลับเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะกลางทั้งหมด105ราย

2.ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.แม่ข่ายเพื่อมาดูแลระยะกลางที่รพช. การเชื่อมโยงกับรพ.แม่ข่ายยังไม่ชัดเจน ยังไม่มีคู่มือการปฏิบัติงาน รูปแบบการดำ

3.การเชื่อมโยงระบบการดูแลระยะกลางของอำเภอ ในรูปแบบของสหวิชาชีพ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย และ	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่ง		
1	สร้างการมีส่วนร่วมของ ภาคีเครือข่ายในการดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) รหัส 120207	1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ การดูแล ผู้ป่วยระยะกลาง ระดับอำเภอ	20	รพ.ห้างฉัตร	คำสั่งแต่งตั้งคณะ กรรมการระดับ อำเภอ 1 คณะ	-	-	ธ.ค.61	มยุรี/ณัฐธยาน์
		2. แต่งตั้งคณะทำงานระดับ โรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ระยะกลางโดยทีมสหวิชาชีพ	10	รพ.ห้างฉัตร	คำสั่งแต่งตั้งคณะ ทำงานโรงพยาบาล ห้างฉัตร 1 คณะ	-	-	ธ.ค.61	มยุรี/ณัฐธยาน์
		3.ประสานงานกับทีมงานพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ) เพื่อเตรียมความพร้อมของ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และอุปกรณ์ที่ จำเป็น		คปสอ. ห้างฉัตร	ผู้ป่วยได้รับการดูแล และฟื้นฟูต่อเนื่อง ที่บ้าน			ต.ค.61 - ก.ย.-62	มยุรี/ณัฐธยาน์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย และ	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่ง		
2	การพัฒนาระบบบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	1. ประชุมเพื่อค้นหาปัญหาและ	30 คน	รพ.ห้างฉัตร	1 ครั้ง	1,000	UC	จ.ค.61	คณะกรรมการ
		ร่วมจัดระบบการดูแลผู้ป่วย				-ค่าอาหาร			
		Intermediate care			ว่าง คนละ				
					25บาท				
					-ค่าเอกสาร				
					250 บาท				
		2. มอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับ		รพ.ห้างฉัตร			จ.ค.61	คณะกรรมการ	
		ผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยราย							
		โรค							
		3. ประชุมคณะกรรมการดูแล	20 คน	รพ.ห้างฉัตร	รายงานการประชุม	2,000		จ.ค.61,มี.ค.,	คณะกรรมการ
		ผู้ป่วย Intermediate care	4 ครั้ง/ปี			คณะกรรมการ ฯ			
		ระดับอำเภอ				25 บาทX20คน			
						X 4 ครั้ง			
		4. ประชุมคณะทำงานการดูแล	10 คน	รพ.ห้างฉัตร	รายงานการประชุม			จ.ค.61,มี.ค.,	คณะทำงาน
		ผู้ป่วย Intermediate care	4 ครั้ง/ปี			คณะกรรมการ ฯ			
		ระดับโรงพยาบาล						โรงพยาบาล	
		5. ประชุมเจ้าหน้าที่งานผู้ป่วยใน	12	งานผู้ป่วยใน	รายงานการประชุม	1,200	UC		จ.ค.61,มี.ค.,
		เรื่อง ระบบการดูแลผู้ป่วย	4 ครั้ง/ปี						
		Intermediate care				25 บาทX12คน			
						X 4 ครั้ง			
		6. จัดทำแนวทาง/คู่มือการดูแล	อย่างน้อย	งานผู้ป่วยใน	แนวทาง/คู่มือการ	-ค่าเอกสาร	UC	จ.ค.61 -	คณะทำงาน
		ผู้ป่วย Intermediate care	3 เรื่อง			ดูแลผู้ป่วย			
		- โรคหลอดเลือดสมอง						care	
		(Stroke)							
		- การบาดเจ็บที่ศีรษะ							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย และ	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่ง		
		- การบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง							
		7. จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง		งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	
		- ทินออนลม	6ชุด			บูรณา	UC	ดำเนินการปีงบ25	งานพัสดุ
		- ชุดเกจ์ออกซิเจน	10 ชุด			การในการ	UC	ดำเนินการปีงบ25	งานพัสดุ
		- เพิ่ม Oxygen Pipeline	12จุด			ใช้งบบฯ	UC		งานพัสดุ
		- ชุด Colar mask	3 ชุด			ร่วมงานพัสดุ	UC	ดำเนินการปีงบ25	งานพัสดุ
		- Pad Slide	1 อัน				UC	ดำเนินการปีงบ25	งานพัสดุ
		8.จัดระบบบริการผู้ป่วยภายใน WARD	ผู้ป่วยรับ กลับจาก รพ. ที่มีศักยภาพ สูงกว่า		อัตราการเข้ารับ บริการ Intermediate Care ร้อยละ 70			ต.ค.61 - ก.ย.-62	เจ้าหน้าที่ งานผู้ป่วยใน
		8.1 จัดระบบการรับผู้ป่วยลง เตียง กำหนดเตียงตามเกณฑ์ จำแนกประเภทผู้ป่วยและความ รุนแรง		งานผู้ป่วยใน	แนวทางการจัดเตียง รับผู้ป่วย	-	-	ต.ค.61 - ก.ย.-62	เจ้าหน้าที่ งานผู้ป่วยใน
		8.2 ประเมินและบันทึกฟอร์ม Bartheal Index เป็นลายลักษณ์ อักษรชัดเจน	ผู้ป่วย Intermediate	งานผู้ป่วยใน	การประเมิน Bartheal Index	-	-	ต.ค.61 - ก.ย.-62	เจ้าหน้าที่ งานผู้ป่วยใน
		8.3 ประเมิน Bartheal Index อย่างต่อเนื่อง และพิจารณาตาม เกณฑ์ ดังนี้	1.แรกรับ 2.อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	งานผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยทุกรายได้รับ ได้รับการประเมิน			ต.ค.61 - ก.ย.-62	เจ้าหน้าที่ งานผู้ป่วยใน
		BI = 20 Discharge	ก่อนกลับบ้าน						
		BI = 11-19 ติดตามโดยทีม							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย และ	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่ง		
		ดูแล / ฟิ้นฟู							
		BI <11 ประสานงาน COC.เพื่อ วางแผนการดูแลต่อเนืองที่บ้าน							
		9. เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วย Intermediate care/ ผู้ป่วยติดเตียง			ลดภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยติดเตียง (Bedridden) ≤ ร้อยละ 20				คณะทำงาน Intermediate care
		9.1 ทบทวน CNPG. การดูแล ผู้ป่วยติดเตียง ตามรายโรค	Stroke,HI, spinal cord injury	งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	คณะทำงาน Intermediate care
		9.2 ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ คาสาย หรือทำหัตถการ เช่น - การคาสายสวนปัสสาวะ - ผู้ป่วยที่ต้องดูดเสมหะ - ผู้ป่วยที่ให้อาหารทางสายยาง - การดูแลแผล	ผู้ป่วย	งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	คณะทำงาน Intermediate care
		9.3 ประเมินภาวะแทรกซ้อนใน การดูแลผู้ป่วย Intermediate care ดังนี้ - Preeure Sore - Pneumonia - UTI	ผู้ป่วย Intermediate Care	งานผู้ป่วยใน ทุกราย				ต.ค.61 - ก.ย.-62	คณะทำงาน Intermediate care

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย และ	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่ง		
3	พัฒนาศักยภาพบุคลากร และผู้ดูแลผู้ป่วย (Care Giver)	1. ส่งเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน Intermediate Care และผู้รับ ผิดชอบรายโรค เข้าร่วมประชุม เพื่อพัฒนาศักยภาพ			เจ้าหน้าที่ที่ได้รับ ความรู้ในการดูแล ผู้ป่วย		UC	ต.ค.61 - ก.ย.-62	งาน HRD
		2.เจ้าหน้าที่ค้นหาปัญหาของ ผู้ป่วยแต่ละราย และให้ความรู้ คำแนะนำ สอนและสาธิตแก่ ผู้ป่วย / ผู้ดูแลในเรื่องการดูแล ต่อเนื่องที่บ้าน	ผู้ป่วย Intermediate Care ทุกราย	งานผู้ป่วยใน	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้รับ การสอน/สาธิตการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ร้อยละ 70			ต.ค.61 - ก.ย.-62	งาน HRD
4	พัฒนาระบบสารสนเทศ การดูแลผู้ป่วย Intermediate Care	1. จัดแบบฟอร์มในการประเมิน Bartheal Index		งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	คณะทำงาน Intermediate care
		2. จัดทำแผ่นพับ/เอกสารให้ ความรู้สำหรับการดูแลผู้ป่วย	อย่างน้อย 4 เรื่อง	งานผู้ป่วยใน งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	
		3. ประสานงานกับ IT.ในการ เก็บข้อมูลผู้ป่วย Intermediate Care ตั้งแต่แรกรับ กลับบ้าน และต่อเนื่องชุมชน						ต.ค.61 - ก.ย.-62	
		4. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย Intermediate Care ในงาน ผู้ป่วยใน	1 ครั้ง	งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	
		5. จัดทำรายงานและสรุปผล ดูแลผู้ป่วย	1 ครั้ง/เดือน	งานผู้ป่วยใน				ต.ค.61 - ก.ย.-62	ผู้รับผิดชอบ รายโรค
		6. ส่งคืนข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ที่ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้งาน COC.	ทุกราย		ผู้ป่วยติดเตียงทุกราย ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้			ต.ค.61 - ก.ย.-62	มยุรี/ณัฐธยาน์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก/กิจกรรมรอง	เป้าหมาย และ	พื้นที่ ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่ง		
5	การควบคุมติดตามงาน ต่อเนื่อง	1.ประเมินความพึงพอใจของ ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วย			ความพึงพอใจของ ผู้ป่วย/ผู้ดูแล \geq ร้อยละ80			ต.ค.61 - ก.ย.-62	คณะทำงาน Intermediate care
		2. ประสานงาน COC ในการ ติดตามผู้ป่วย Intermediate ทุกราย	ผู้ป่วย ทุกราย						
		3. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์และ ประเมินผลการปฏิบัติงานการ ดูแลผู้ป่วยIntermediate care	1 ครั้ง						
		4.ประชุมคณะกรรมการ ฯและ ทีมงาน รพ.เพื่อประเมินผลการ ดูแลผู้ป่วยIntermediate care	1 ครั้ง					กย.62	คณะกรรมการ การ ฯ

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ...ห้างฉัตร.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ

ประเด็น / งาน : PA การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care)

ตัวชี้วัด (KPI) : ร้อยละของอำเภอที่มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ100)

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว (ร้อยละ 90)

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. รพ.สต.อำเภอห้างฉัตรแบ่งเขต Zoning รพ.สต. เป็น 3 Zone (บ้านเหล่า, บ้านป่าเหียง, บ้านเวียงใต้) (บ้านช่วง, บ้านสันหลวง, บ้านยางอ้อย, บ้านห้วยเรียน) (บ้านวอแก้ว, บ้านป่าไคร้, บ้านหนองหล่ม) ซึ่งยังไม่สามารถ Function เชิงระบบ PCC ได้ ได้วางแผนพัฒนา รพ.สต.บ้านเหล่าเป็น Node(Super รพ.สต.ดีดดาว) ในปี พ.ศ. 2565
2. ปี พ.ศ.2561 รพ.สต. ที่ได้รับการคัดเลือกผ่านเกณฑ์ รพ.สต 5ดาว 2แห่ง คือ รพ.สต.บ้านสันหลวง และ รพ.สต. บ้านป่าไคร้ คิดเป็นร้อยละ 20 และ รพ.สต ดีเด่น 1 แห่ง คือ รพ.สต. บ้านสันหลวง จากบทเรียนพบว่า ผู้ปฏิบัติยังไม่เข้าใจในเป้าหมายที่แท้จริงในการประเมิน รพ.สต.ดีดดาว เปลี่ยนผู้รับผิดชอบหลัก แผนยกย่ระดับตาม GAP ไม่ชัดเจน แผนติดตามไม่ชัด แผนไม่ครอบคลุมทุกมิติ แต่มีการสนับสนุนงบประมาณจาก กสศ.
- 3.ปี พ.ศ. 2562 มีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์ประเมิน รพ. สต.ดีดดาว ตามขนาดจำนวนประชากรของ รพ.สต.= S, M L ห้างฉัตรมีระดับ S 3 แห่ง ระดับ M 7 แห่ง บุคลากรยังขาดทักษะการเยี่ยมเสริมพลัง
3. พขอ. มีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนโดยมีนายอำเภอเป็นประธาน แก้ไขปัญหา 2 ประเด็น คือ DM/HT และ ผู้สูงอายุ
4. FCTมี 3 ทีม โดยสหวิชาชีพแต่ Function น้อย จากภาระงาน , 10 กลุ่มสำคัญ จำนวน 929 ราย อันดับ 1 คือ จิตเวช, 2 คือ ผู้ป่วยติดบ้าน และ 3 คือผู้ป่วย DM Uncontrol สีแดง ดำ ตามลำดับ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	รหัสโครงการ..120209								
	1. โครงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานเครือข่ายและหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.ดีดดาว/PCC)	1.พัฒนาทีมคณะทำงาน 1.1 ชี้แจงแนวทางประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ รพ.สต.ดีดดาว วิเคราะห์ GAP และทบทวนเขียน Profile รพ.สต. 1.1 ทบทวนผู้รับผิดชอบหลักและทีมพัฒนาระดับอำเภอ เป็นพี่เลี้ยง	รพ.สต. สสอ. รพ. 15 คน	ห้องประชุม สสอ.	มีทีมพัฒนาฯ เข้าใจในการประเมินตนเอง และ วิเคราะห์ GAP เขียน Profile มีผู้รับผิดชอบหลัก	ค่าอาหารและ อาหารว่าง 15 คน*100บาท= 1500 บาท	UC	20-พ.ย.-61	คุณกัญฐณา คุณทรงศักดิ์ ทีมพัฒนาฯ
			รพ.สต. สสอ. รพ. 15 คน	ห้องประชุม สสอ.				20-พ.ย.-61	คุณกัญฐณา คุณทรงศักดิ์ ทีมพัฒนาฯ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		1.4 การทำ R To R -อบรมการทำ R To R -ติดตามงานโดยวิทยากร 2 ครั้ง	รพ.สต. สสอ.15 คน	ห้องประชุม สสอ.	มีงานวิจัย R2R	บูรณาการ ใน Gov. Ex	UC	14-ธ.ค.-61	คุณกัญธนา คุณทรงศักดิ์
	2.พัฒนาศักยภาพทีมเยี่ยม ประเมินคุณภาพมาตรฐาน รพ.สต. ระดับอำเภอ	2.1 แต่งตั้งทีมเยี่ยมประเมิน ระดับอำเภอแบ่งเป็น Zone 2.2 อบรมเรื่องการเยี่ยม เสริมพลังอิงมาตรฐาน รพ.สต. ติดตาม	รพ.สต. สสอ. รพ. 15 คน รพ.สต. สสอ. รพ. 15 คน	ห้องประชุม สสอ. ห้องประชุม สสอ.	มีทีมเยี่ยมประเมินฯ	ค่าวิทยากร 1500บาท ค่าเอกสารอบรม 500บาท ค่าอาหารและอาหารว่าง 15 คน*100บาท= 1500 บาท	UC ธค 61	20-พ.ย.-61	คุณกัญธนา คุณทรงศักดิ์ คุณกัญธนา คุณทรงศักดิ์
	3. การควบคุม กำกับติดตามการดำเนินงาน PCC และรพ.สต.ติดตาม	3.1 ติดตาม Site Visit รพ.สต เป้าหมาย ระดับ S รพ.สต เป้าหมายระดับ M 2.3 ประชุม ก่อนเยี่ยม 2.3 ตั้ง Line กลุ่มในการสื่อสาร 2.4สรุปผลการเยี่ยมประเมิน ปัญหา อุปสรรค รพ.สต.ทุกแห่ง และความต้องการสนับสนุน จากระดับจังหวัดส่ง สสจ. 2.5 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. และคัดเลือกผลงานเด่น นวัตกรรม R to R ระดับอำเภอ	ทีมละ5คน 2 รพ.สต /2ครั้ง 6 รพ.สต/2ครั้ง 16ครั้งๆละ 5คน	รพ.สต. รพ.สต บ้านหนองขาม ,เวียงใต้ รพ.สต. บ้านเหล่า,ช่วง,ยางอ้อย, ห้วยเรียน,ป่าหิ ห้องประชุม สสอ.	มีแผนการเยี่ยม	สนับสนุน ค่าอาหารและอาหารว่าง แห่งละ500*16=8000บาท ค่าอาหารว่าง 5*25บาท*16 =2000 บาท	UC ธค. มีค. มค. กพ. พค. มิ.ย.		คุณกัญธนา คุณทรงศักดิ์ ทีมพัฒนาฯ
						บูรณาการ ใน Gov. Ex		ก่อน สสจ.จัด	คุณกัญธนา ทีมพัฒนาฯ คุณทรงศักดิ์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
	รหัสโครงการ.....								
	โครงการพัฒนารูปแบบ โครงสร้าง	1.พัฒนารพ.สต.ตามเป้าหมาย	รพ.สต บ้านยางอ้อย						
	และการจัดบริการปฐมภูมิใหม่	โครงการเฉลิมพระเกียรติฯ	รพ.สต.บ้านเหล่า						
	สนับสนุนการเพิ่มขีดความสามารถ	รัชกาลที่ 10							
	ให้เอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม	เน้นปรับโครงสร้าง อาคาร							
	และต่อเนื่อง	สถานที่ สิ่งแวดล้อมให้เอื้อและ							
		สวยสะอาด สมศักดิ์ศรี							
		กระทรวงสาธารณสุข							
		2.พัฒนาระดับคุณภาพมาตรฐาน	รพ.สต.บ้านเหล่า						
		และศักยภาพ ให้เป็น	เป้าหมาย ปี 2565						
		Node (Super รพ.สต.)							
		สนับสนุนการเพิ่มศักยภาพของ							
		รพ.สต. เป้าหมาย จัดระบบ							
		สนับสนุนในการดูแลประชากร							
		ในพื้นที่รับผิดชอบ สนับสนุนยา							
		,LAB ที่จำเป็น,ระบบขนส่ง							
		,ระบบสัญญาณอินเทอร์เน็ต,							
		เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ ,							
		ครุภัณฑ์ที่จำเป็น ในการเพิ่มศักยภาพ							



1500

1500

1500

2000

6500

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ.ห้างฉัตร จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ประเด็น / งาน : การพัฒนาคุณภาพบริการ การแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัด (KPI) :

1. ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 18.5
2. โรงพยาบาลเปิดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานตาม CPG 4 โรคหลัก
3. โรงพยาบาลจัดบริหารหลังคลอดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย (ทับหม้อเกลือ)
4. โรงพยาบาลจัดบริการผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of Knee หรือ OA Knee) ด้วยศาสตร์แผนไทย
5. โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10
6. โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีมูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรที่ส่งเสริมให้ใช้เป็นลำดับแรก (First Line Drug) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20
7. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 4 รายการ

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1. ประชาชนได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ 18.5 (ทั้งอำเภอ ร้อยละ 32.77) รพ. ร้อยละ 12.32 (ไม่ผ่านเกณฑ์) , รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ 9 แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์ 1 แห่ง
2. โรงพยาบาลมีการเปิดบริการ OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนานตาม CPG 4 โรคหลัก แต่ยังไม่ครบตามเกณฑ์
3. โรงพยาบาลมีการจัดบริหารหลังคลอดด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย (ทับหม้อเกลือ) ทุกวันจันทร์-วันอังคาร
4. โรงพยาบาลมีการจัดบริการผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis of Knee หรือ OA Knee) ด้วยศาสตร์แผนไทย ทุกวันเวลาราชการ
5. โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 10 (ทั้งอำเภอ ร้อยละ -9.05 ,รพ. ร้อยละ -13.60) มูลค่ายาสมุนไพรทั้งอำเภอ ปีงบประมาณ60 มูลค่า 218,365.57 ปีงบประมาณ61 มูลค่า 220,081.10
6. โรงพยาบาล และ รพ.สต. มีมูลค่าการจ่ายยาสมุนไพรที่ส่งเสริมให้ใช้เป็นลำดับแรก (First Line Drug) เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 มูลค่ายาสมุนไพร (First Line Drug) ทำหะลายโจร=66,028 เป้าหมาย 68,028 ขมิ้นชัน=47,853 เป้าหมาย 49,853
7. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 3 รายการ (ยาระบายมะขามแขก เพชรสังฆาต หนุ้าดอกขาว) ยาระบายมะขามแขก ใช้ทดแทนยา Bisacodyl ,เพชรสังฆาต ใช้ทดแทนยา Daflon

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		-แพทย์แผนไทยออกตรวจประจำ รพ.สต.บ้านช่วง และ รพ.สต.สันหลวง	สัปดาห์ละ 1 วัน					ต.ค.61-ก.ย.62	นพคุณ พนิดา
		3.จัดบริการสร้างเสริม สุขภาพมารดาหลังคลอด ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย						4	พนิดา
		3.1ให้บริการประคบเต้านม และให้สุศึกษาแก่มารดา ที่มาคลอดที่ รพ. ก่อนD/S	หญิงหลังคลอดที่มา รับบริการใน รพ. ทุกราย	รพ.ห้างฉัตร	มารดาหลังคลอดได้รับ การดูแลด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย			ต.ค.61-ก.ย.62	พนิดา
		3.2ให้บริการประคบเต้านม และให้สุศึกษาแก่มารดากรณี On photo เด็ก/แม่มีปัญหา น้ำนมน้อย เพื่อเพิ่มน้ำนม			การทาบหม้อเกลือ ในกลุ่มหญิงหลังคลอด ทุกราย			ต.ค.61-ก.ย.62	พนิดา
		3.3ให้บริการดูแลมารดา หลังคลอดด้วยการทาบหม้อเกลือ ทั้งในและนอกสถานที่ คำอุปการณ์การทาบหม้อเกลือ	หญิงหลังคลอดทุกราย	รพ.ห้างฉัตร				ต.ค.61-ก.ย.62	พนิดา ธนาภรณ์
		-หม้อดิน 12 ใบๆละ 50 บาท				600	UC		
		-เตา Hot Plate สำหรับตั้งหม้อเกลือ				5,000	UC		
		3.4จัดให้มีบริการประคบ เต้านมในหญิงหลังคลอดด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย		รพ.สต.สันหลวง		(ลูกประคบ 30ลูกๆละ40บาท)	UC	ต.ค.61-ก.ย.62	นพคุณ คมขำ
		ในรพ.สต. โดยรพช.สนับสนุน ลูกประคบให้ รพ.สต.		รพ.สต.บ้านเหล่า		(1,200*4แห่ง) 4,800			

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		5.ประชุมคณะกรรมการ พัฒนางานแพทย์แผนไทย อำเภอห้างฉัตร -อบรมการลงบันทึกข้อมูล ในโปรแกรมแก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.และโรงพยาบาล -พัฒนาระบบจัดเก็บรายงาน และประเมินผลจำนวน 4 ครั้ง/ปี	จำนวน 15 คน		ข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	ค่าอาหาร และอาหารว่าง 15คน*100*4ครั้ง 6000	UC	ต.ค.61-ก.ย.62	นพคุณ คมขำ
		6.พัฒนาองค์ความรู้และ ทักษะบุคลากรด้านการ แพทย์แผนไทย -การอบรมความรู้เพื่อเสริม ทักษะการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แก่แพทย์แผนไทย และการวิจัย ,R2R และนวัตกรรมใหม่ๆ -ส่งอบรมผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ให้ผ่านการ อบรมทักษะขั้นต่ำ330ชม. ตามมาตรฐาน	แพทย์แผนไทย รพ.ห้างฉัตร 3 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย รพ.ห้างฉัตร 1 คน		แพทย์แผนไทยได้รับ การพัฒนาศักยภาพ และความรู้เพื่อพัฒนางาน		งบกลาง รอ สสจ.จัด งบกลาง รอ สสจ.จัด	ธนาภรณ์ พนิดา นพคุณ นันทนิต	
							เข้าแผนพัฒนาบุคลากรHRM		
							เข้าแผนพัฒนาบุคลากรHRM		

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		-อบรมทักษะฝีมือผู้ช่วย แพทย์แผนไทยเรื่องการนวด รักษาและนวดเพื่อสุขภาพ ให้ได้มาตรฐาน	รพ. 9 คน รพ.สต.4คน,สสอ1คน รวม 14 คน	รพ.ห้างฉัตร รพ.สต.สันหลวง รพ.สต.บ้านข่วง รพ.สต.วอแก้ว รพ.สต.บ้านเหล่า	ผู้ช่วยแพทย์ แผนไทยได้รับ การพัฒนาศักยภาพ ฝีมือการรักษา ผู้รับ บริการพึงพอใจ	ค่าอาหาร 14คน*50 บาท =700บาท ค่าอาหารว่าง 25*2มื้อ*14คน =700บาท ค่าเอกสารคู่มือ =500บาท 1,900	UC		
		7.ส่งเสริมให้ประชาชนและ ชุมชนดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยมีกิจกรรมดังนี้							
		-ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ เรื่องการใชยาสมุนไพรและ ศาสตร์ด้านแพทย์แผนไทยให้ แก่ประชาชนอย่างถูกต้องโดย เฉพาะเรื่องการใชยาสมุนไพร ให้ใช้เป็นลำดับแรก (First Line Drug) คือฟ้าทะลายโจร และขมิ้นชัน		รพ.ห้างฉัตร	- ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการใช้ สมุนไพร ผักพื้นบ้าน ในการดูแลสุขภาพ เบื้องต้น เพื่อลด อาการเจ็บป่วย - ประชาชนรู้จัก เชื่อมั่น ชอบ และใช้ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย ที่ได้มาตรฐาน	ค่าป้ายโคมบอร์ด 300*4ป้าย 1,200 ป้ายไว้นิลX-Stand 300*4แผ่น 1,200			
		-ส่งเสริมให้ความรู้คลินิก DM/HT และกลุ่มผู้สูงอายุ ด้วยศาสตร์ การแพทย์แผนไทย การใชสมุนไพร		รพ.ห้างฉัตร					

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		อาหารเป็นยา ผักสมุนไพรพื้นบ้าน การบริหารฤๅษีตัดตน และ อาหารตามธาตุเจ้าเรือน			และปลอดภัย				
		-ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ ประชาชนเรื่องการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ สมุนไพรได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย และการรับบริการแพทย์แผนไทยใน รพ.	ประชาชน เขตอำเภอหางฉัตร	รพ.ห้างฉัตร รพ.สต.10แห่ง 73 หมู่บ้าน		ค่าทำสปอต 2000			
		8.ขยายองค์ความรู้ด้าน แพทย์แผนไทยในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง				บูรณาการงานNCD			
		-ให้ความรู้การใช้สมุนไพร ,ผักพื้นบ้านอาหารต้านโรค ,การออกกำลังกายด้วยฤๅษีตัดตน และสมาธิบำบัดในการปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ร่วมกับคลินิกพิเศษ	ผู้ป่วยDM/HT	รพ.ห้างฉัตร	ช่วยให้ผู้ป่วย DM/HTปฏิบัติตน ได้ถูกต้องมีการปรับ พฤติกรรมในด้านอาหาร ,ด้านการออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ ได้ดี				
		-การสาธิตและสอนการนวดเท้า ,การแช่เท้าและการใช้สมุนไพร ในการดูแลเท้าในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน, การทำสมาธิบำบัดSKT	ผู้ป่วยDM,HT	รพ.สต. 10แห่ง	ขยายเครือข่าย การดำเนินงานสู่ชุมชน จำนวน 10 แห่ง		กสต.		นพคุณ คมขำ

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		-ส่งเสริมการออกกำลังกายด้วย ฤาษีดัดตนใน รพ.สต. ในกลุ่มผู้DM/HT นำโดยผู้ช่วย แพทย์แผนไทยประจำ รพ.สต.	รพ.สต.	รพ.สต.สันหลวง รพ.สต.บ้านช่วง รพ.สต.วอแก้ว รพ.สต.บ้านเหล่า					
		9.ให้บริการผู้ป่วยกลุ่มPallative โดย ใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทย - ประสานลงเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม COC - ดูแลผู้ป่วยที่ติดผู้ป่วยในร่วมกับ สหวิชาชีพ		รพ. รพ.สต. 10แห่ง	ผู้ป่วยกลุ่ม Pallative ได้รับการดูแลด้วย ศาสตร์การแพทย์ แผนไทยทุกราย	บูรณาการงานCOC		ต.ค.61-ก.ย.62	ธนาภรณ์ พนิดา นพคุณ
		10.นิเทศติดตามผลการดำเนิน งาน ในรพสต.บูรณาการกับ การออกนิเทศงานร่วมกับทีม Mcser อำเภอ		รพ. รพ.สต. 10แห่ง				ต.ค.61-ก.ย.62	นพคุณ คมขำ
						35200			



5,000

5,000

5600

4800

2500

6,000

1900

1200

1200

2000

35,200

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2562

คปสอ.ห้างฉัตร.จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ประเด็น / งาน : การพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง (Continuity Of Care) อย่างมีคุณภาพ

ตัวชี้วัด (KPI) :

Lead : 1) ร้อยละของหน่วยบริการที่มีศูนย์ COC คุณภาพ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)

Lag : 1) ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว(Long Term Care)ในชุมชนผ่านเกณฑ์

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1.ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย 10 กลุ่ม

1.จำนวนกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งหมด		
	จำนวน	ได้รับการดูแล	ร้อยละ
1. รวมผู้ป่วยติดบ้าน	152	152	100
2. รวมผู้ป่วยติดเตียง	72	72	100
3. ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง	59	59	100
4. ผู้ป่วย Palliative care	37	37	100
5. ผู้ป่วย DM Uncontrol สีแดง ดำ	137	132	96.35
6. ผู้ป่วย HT Uncontrol สีแดง ดำ	117	115	98.29
7. ผู้ป่วย TB. (DOT)	36	36	100
8. ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์	9	9	100
9. จิตเวช	217	217	100
10. เด็กพัฒนาการล่าช้า	93	92	98.92
รวมทั้งหมด	929	921	99.14

กลุ่มผู้สูงอายุ

กลุ่มเป้าหมาย	รวมทั้งหมด		
	จำนวน	ได้รับการดูแล	ร้อยละ
1. รวมผู้ป่วยติดบ้าน	127	127	100
2. รวมผู้ป่วยติดเตียง	57	57	100
3. ผู้พิการที่มีภาวะพึ่งพิง	14	14	100
4. ผู้ป่วย Palliative care	26	26	100
5. ผู้ป่วย DM Uncontrol	70	66	94.29
6. ผู้ป่วย HT Uncontrol	66	64	96.97
7. ผู้ป่วย TB. (DOT)	10	10	100.00
8. ผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์	0	0	0.00
9. จิตเวช	48	48	100.00
รวมทั้งหมด	418	412	98.56

2.กลุ่มผู้ป่วยที่ส่งมาจากสถานบริการอื่น/ใน รพ.

814 คน

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
	รหัสโครงการ..120211								
1	โครงการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง อย่างมีคุณภาพ								
	1.สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย								
		1.สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการคืนข้อมูลในเวที พชอ. เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา		อ.ห้างฉัตร	การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย			ธค.61	ณัฐธยาน์ รัตนา
		2.มีสถานที่ศูนย์สำรองอุปกรณ์ทางการแพทย์โดยให้ภาคีเข้ามามีส่วนร่วมการจัดหาอุปกรณ์และการดำเนินงาน	1 รพ./ 10 รพ.สต.	อ.ห้างฉัตร				ธค.61	
	2.ระบบการบริหารจัดการ								
		1.ส่งรายชื่อทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องแบบบูรณาการ ประกอบด้วย	1 ทีม /8 คน				จว.จัดอบรม	พย.62	ณัฐธยาน์ รัตนา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		1.แพทย์ 1 คน							
		2.พยาบาล 2 คน							
		3.เภสัชกร 1 คน							
		4.นักวิชาการสาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข 1 คน							
		5.ทันตแพทย์ /จพ.ทันตภิบาล 1 คน							
		6.นักกายภาพบำบัด 1 คน							
		7.แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 1 คน							
		2.ทบทวนทีมหมอครอบครัว(FCT)และทบทวนการดำเนินงานของทีมระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วย	1 ครั้ง					พย.62	ณัฐธยาน์ รัตนา
		10 กลุ่มครอบครัว ผลลัพธ์การดูแลเชิงคุณภาพ ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และระบบการส่งต่อ การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย และการบริการจัดการศูนย์ COC ระดับอำเภอ							
		3.ทบทวนคณะกรรมการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ระดับอำเภอ	14 คน	อ.ห้างฉัตร	มีคณะกรรมการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง	ค่าอาหาร- อาหารว่าง	uc	พย.61	ณัฐธยาน์ รัตนา
		4.ประชุมคณะกรรมการพัฒนาการดูแลต่อเนื่อง ระดับอำเภอ	2 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร	อำเภอ 1 ทีม	2800 บาท (14 *100*2)		พย.61 พค.61	
		3.ระบบการดำเนินงาน							
		3.1.มีศูนย์ COC มีโครงสร้าง /ผังผู้รับผิดชอบและกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ	1 รพ./ 10 รพ.สต.	อ.ห้างฉัตร	มีศูนย์ COC อำเภอ และระดับตำบลครบทุกตำบล				
		3.2.ดำเนินการจัดซื้อชุดอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ ในศูนย์ COC รพ.ห้างฉัตร	1 แห่ง	รพ.ห้างฉัตร	มีศูนย์ สำรองอุปกรณ์ อำเภอและระดับตำบล	บูรณาการ IT	uc	ตค.-มีค.62	ณัฐธยาน์
		3.3 มีศูนย์สำรองอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับ/อำเภอ - สำรองคลังอุปกรณ์ - ทุกรพ.สต.จัดหาอุปกรณ์ ในการดูแลต่อเนื่อง	11 แห่ง	รพ.สต.ทุกแห่ง	ครบทุกตำบล/อำเภอ			ตค.-กย.62	จนท.รพ.สต.

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		ตามบริบทของพื้นที่							
		3.4.มีระบบการให้คำปรึกษา ทั้งทางโทรศัพท์และทางไลน์ แอปพลิเคชัน		อ.ห้างฉัตร				ตค.-กย.62	ณัฐธยาน์
		3.5 ประชุมทีมผู้รับผิดชอบCOC เพื่อจัดทำฐานข้อมูล	ผู้รับผิดชอบCOC ตำบล	รพ.สต.	- มีผู้รับผิดชอบCOC	ค่าอาหาร-อาหารว่าง	uc	พย.61,	ณัฐธยาน์
		วางแผนการเยี่ยมและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุก 2 เดือน	จนท.รพ./รพ..จำนวน 11 คน จนท.รพ./สสอ.4 คน,	10 แห่ง	ระดับตำบลพร้อมมีทะเบียนฐานข้อมูล	2,250บาท (15 *25*6)		มค,มีค, พค.,กค. กย.62	รัตนา จนท. รพ.สต.
					- มีการประชุมตามวาระทุก 2 เดือนและมีผู้ เข้าร่วมประชุมครบทุกแห่ง				
		3.ระบบข้อมูลสารสนเทศ							
		1.การพัฒนาคุณภาพระบบข้อมูลศูนย์ COC							
		1.1 พัฒนา โปรแกรม ITกลางในการรับ-ส่งข้อมูลการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 10 กลุ่มให้ระดับตำบล รายงานผลการเยี่ยมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพให้ศูนย์ COC ทุกเดือนผ่านระบบ IT กลาง	12 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร	มีและใช้โปรแกรม IT กลางในการรับ-ส่งข้อมูลทุกระดับสถานบริการมีฐานข้อมูลที่ชัดเจน			ตค.-กย.62	ณัฐธยาน์ สนเทศ จังหวัดและ อำเภอ
		1.2.ศูนย์COC จัดแบ่งกลุ่มผู้ป่วย ส่งข้อมูลแจ้งให้ผู้รับผิดชอบCOC ออกเยี่ยมติดตามตาม CPG และภายในเวลาที่กำหนด	12 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร	ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมตามเกณฑ์ที่กำหนด			ตค.-กย.62	ณัฐธยาน์ ชนิษฐา
		1.3 ศูนย์COC รับผิดชอบกำกับติดตามให้กลุ่มเป้าหมายได้รับการเยี่ยมครอบคลุมและสรุปผลงานการเยี่ยมทั้งเชิงปริมาณคุณภาพ	4 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร				ตค.-กย.62	ณัฐธยาน์ รัตนา ชนิษฐา
		1.4 จัดประชุมการใช้โปรแกรมThai-COC	2 ครั้ง						
		แก้มอก. 2 รุ่น ๆ ละ 1 วัน							
		รุ่นที่ 1	27 คน (รพ.สต. 20 /รพ.7)	อ.ห้างฉัตร		51*25		พย.61	ณัฐธยาน์

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		รุ่นที่ 2	24 คน (รพ.สต. 17 /รพ.7)	อ.ห้างฉัตร		อาหารว่าง 1,275 บาท		มีค.62	งานIT
		4.การควบคุมกำกับ							รัตนา
		1.รายงานผลการดูแลต่อเนื่อง 10 กลุ่มเป้าหมายและผู้ป่วยอื่น ๆ	12 ครั้ง	อ.ห้างฉัตร					รัตนา
		2.สรุปและวิเคราะห์ผลการดูแลต่อเนื่อง	4 ครั้ง						
		ส่งจังหวัดทุก 3 เดือน							
		2.นิเทศติดตามผสมผสาน	2 ครั้ง	ทุก	มีการนิเทศ			กพ.,กค62	ณัฐธยาน์
			ทุกรพสต.และเขตโรงพยาบาล	รพ.สต.	ติดตามงาน				รัตนา
		3.ติดตามประเมินผลการดำเนินงานทั้งระบบ	2 ครั้ง	คปสอ.	มีการประเมินผล			มีค,กย.62	ณัฐธยาน์
				ห้างฉัตร	ติดตามงาน				รัตนา
					รวมงบประมาณ	6,325			

pan

2,800

2,250

1275

6,325

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ.....ห้างฉัตร.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ประเด็น พัฒนาระบบบริการสาขาบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละ ผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดครบตามเกณฑ์ที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate 1 year)

2. ร้อยละ ของผู้ใช้และผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบ หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด 3 เดือน (3 month remission rate) ร้อยละ 90

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
1	<u>รหัสโครงการ...120212</u>	1.ระบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน	1 แห่ง	รพ	1. สามารถประเมินและ	0	0	พย.61 -	กุหลาบทิพย์
	พัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ป่วย	และในชุมชน พัฒนาร่วมกับ	11 แห่ง	รพ สต	วินิจฉัยบำบัดผู้ป่วยยาเสพติด			สค.62	ฉัตรธิดา
	ยาเสพติด	SP สุขภาพจิตและจิตเวช			ถูกเงินทั้งทางกายและทางจิต				
					และหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม				
		2.พัฒนาระบบข้อมูลร่วมกับ							
		SP จิตเวช							
		3.พัฒนาระบบยาร่วมกับ							
		คณะกรรมการ PTCเพื่อรองรับ							
		Harm reduction							
		4.ทบทวนการบำบัดแบบผู้ป่วย	1 แห่ง	รพ	ปรับระบบการบำบัดให้	3000	ค่าอาหาร	พย.61 -	กุหลาบทิพย์
		นอก Resilience with	11 แห่ง	รพ สต	เหมาะสมกับผู้ป่วยใน		อาหารว่าง	สค.62	ฉัตรธิดา
		matrix Program โรงพยาบาล			ปัจจุบัน และลด		2500		
		ห้างฉัตร ที่พัฒนาเมื่อปี 2553			drop out		ค่าเอกสาร		

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
							การจัดทำคู่มือ		
							500		
							งบประมาณยาเสพติด		
							ค่าวัสดุอุปกรณ์ในหน่วยงาน		
							5000		
							งบยาเสพติด		
		5 สนับสนุนให้ จนท.อบรมระยะสั้นได้รับการอบรมระยะสั้นหลักสูตรศสตร์ยาเสพติดสำหรับแพทย์ และการพยาบาล	1 คน	รพ	เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และทักษะในการดูแลช่วยเหลือบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดและร่วมวางระบบการดูแล	ยังไม่กำหนด	งบส่วนกลาง	ยังไม่กำหนด	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา
		การพยาบาลเฉพาะทางสาขา			ช่วยเหลือระดับอำเภอได้				
		สาขาการพยาบาลผู้ใช้และสารเสพติด							
		6 พื้นฟูวิชาการ FAST Model / CBT / MI / BA/BI /Matrix Program	1 คน	รพ	เจ้าหน้าที่ได้รับการฟื้นฟูความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะสมกับสถานการณ์การบำบัดในปัจจุบัน	ยังไม่กำหนด	งบส่วนกลาง	ยังไม่กำหนด	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา
		7. เข้ารับการอบรมเรื่อง Harm reduction							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		7.เข้าร่วมประชุมวิชาการ ยาเสพติดแห่งชาติประจำปี	1 คน	รพ	เจ้าหน้าที่ได้รับการฟื้นฟู ความรู้ที่ทันสมัยและเหมาะ กับสถานการณ์การบำบัด ในปัจจุบัน	ยังไม่กำหนด	งบยาเสพติด	ยังไม่กำหนด	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา
		8.พัฒนาห้องบำบัดให้เอื้อกับ จำนวนผู้ป่วยยาเสพติด ตามมาตรฐานการให้บำบัด	1 แห่ง	รพ	มีห้องบำบัดที่เป็นสัดส่วน มีบรรยากาศที่เอื้อต่อการ บำบัดอย่างแท้จริง มีระบบการดูแลช่วยเหลือ และลดความเสี่ยงต่างๆได้	ยังไม่กำหนด	ยังไม่กำหนด	ยังไม่กำหนด	นำเสนอนิ กรรมการ บริหาร
		9. พัฒนาระบบการบำบัด โดยชุมชนมีส่วนร่วม - นำเสนอนิที่ประชุม โต๊ะข่าวอำเภอ - คัดเลือกเป้าหมาย - จัดวางแนวทางการ รูปแบบดำเนินการร่วมกัน โดยชุมชนมีส่วนร่วม	อำเภอห้างฉัตร	อำเภอห้างฉัตร	ชุมชนสามารถคัดกรอง ช่วยเหลือ ส่งต่อ เป็นพี่เลี้ยง ในระหว่างการบำบัด และสามารถให้การช่วยเหลือ กลุ่มเสี่ยงได้ รวมถึงมีหน่วยฉุกเฉินในพื้นที่ ส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน แก่ผู้ป่วยยาเสพติดได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมติดตามได้	รอหารือ	รอหารือ	รอหารือ	กุหลาบทิพย์ ปณิธาน ผอ รพ สต

6000

3000

แผนปฏิบัติการสาธารณสุขภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

คปสอ.....ห้างฉัตร.....จังหวัดลำปาง

ยุทธศาสตร์ที่ 2

ประเด็น โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด 1. ร้อยละ ≥ 55 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

2. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน

สถานการณ์ / ข้อมูลพื้นฐาน :

1.ปี2661 ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 62

2.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 22 ต่อแสนประชากร

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลาดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
1	<u>รหัสโครงการ..120212..</u> การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวชอำเภอห้างฉัตร	I. การบริการผู้ป่วยนอกและ ชุมชน 1. คัดกรองประเมินและ แพทย์วินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยท้องผูกเรื้อรังได้เป็นต้น ด้วยเครื่องมือคัดกรองโรคจิต โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้น ประสาทและโรคซึมเศร้าทั้ง แบบคัดกรองประเมินและ เครื่องมือตรวจสภาพร่างกาย และสมองเพื่อประกอบดุลย พินิจได้	1 แห่ง 11 แห่ง	รพ รพ สด	1. สามารถประเมินและ วินิจฉัยรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผูกพันทั้งทางกายและทางจิต และหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม ทันที่	ค่าถ่ายเอก สารคู่มือ	500	พย.61 - ศค.62	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		2. ประเมินระดับความรุนแรง อาการซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงต่อ โรคซึมเศร้าด้วยเครื่องมือที่ ง่าย ไวและแม่นยำ							
		3.การรักษาด้วยยาทางจิตเวช ที่จำเป็นตามเกณฑ์							
		4. การบำบัดด้านจิตสังคม (psychosocial care/clinic) ได้แก่การให้สุขภาพจิตศึกษา เรื่องโรคและการดูแลแก่ผู้ป่วย และญาติ,การให้คำปรึกษา รายบุคคล/รายกลุ่ม/ครอบครัว, การจิตบำบัด ,การสร้าง แรงจูงใจ,การบำบัดแบบ ปรับเปลี่ยนความคิดและ พฤติกรรม							
		5. การติดตามต่อเนื่องใน ผู้ป่วยโรคจิต โรคจิตจากสุรา และสารกระตุ้นประสาท และ โรคซึมเศร้าเพื่อป้องกันการ ขาดการรักษา	1 แห่ง	รพ	ผู้ป่วยได้รับการติดตาม	0	0	พย.61 -	กุหลาบทิพย์
		6. มีระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย นอกจาก รพ.สต. รพท., รพศ. และรพ.เฉพาะทาง	11 แห่ง	รพ สต	บูรณาการกับ COC			ศค.62	ฉัตรธิดา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		II.การบริการผู้ป่วยใน (เตียง อย่างน้อย 48 ชม.)	1 แห่ง	รพ	2. สามารถประเมินและ วินิจฉัยรักษาผู้ป่วยจิตเวช	0	0	พย.61 - ศค.62	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา
		1. การประเมินความรุนแรง ด้วยแบบประเมิน 8Q			ถูกเดินทั้งทางกายและทางจิต และหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม				
		2. การจัดการภาวะพฤติกรรม ที่เป็นอันตรายต่อตนเองและ ผู้ป่วยอื่นเบื้องต้น			ทันห่วงที่				
		3. เตียง acute careได้แก่ เตียงห้องฉุกเฉิน/เตียงรวม (Integrated bed) ,unit, ward เป็นต้น เพื่อดูแลภาวะ โรคจิตจากการถอนสุรา, ภาวะ ข้างเคียงจากการรับประทาน							
		4. รับปรึกษาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลที่มี ภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชได้ อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะโรค จิตจากการถอนสุรา เป็นต้น							
		5. การรับดูแลเบื้องต้นและส่ง ต่อผู้ป่วย พ.ร.บ. สุขภาพจิต อย่างเหมาะสม							
		6. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย จิตเวชภาวะฉุกเฉินหรือ ยุ่งยาก ซับซ้อนไปยังรพ.เฉพาะทาง ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย							

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบ		
		IIIการทบทวนเครื่องมือทาง จิตเวชที่จำเป็นในหน่วยงาน และมีการจัดเก็บข้อมูล อย่างเป็นระบบ	1 แห่ง 11 แห่ง	22 คน	1. สามารถประเมินและ วินิจฉัยรักษาผู้ป่วยจิตเวช ถูกเดินทั้งทางกายและทางจิต และหรือส่งต่ออย่างเหมาะสม ทันห่วงที่	ค่าอาหารและ อาหารว่าง	2500 UC	พย.61	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา
		๑. แบบประเมินและข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง (2Q,9Q,8Q,แบบคัดกรอง โรคจิต,AUDIT) ประเมิน วินิจฉัย รักษาอาการทางจิต อาการทางจิต สารเสพติด สุราและโรคซึมเศร้าเชื่อมโยง รายงาน43 แฟ้มข้อมูล							
		2.แบบประเมิน ICD10, AWS, CIWA							
		3. แบบประเมิน และข้อมูลผู้ป่วยที่ ใช้พ.ร.บ.สุขภาพจิต							
		4.การดูแลช่วยเหลือและ ติดตามผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (SMIV)							
		5. แนวทางการส่ง ต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการ							
		6.ประสานIT จัดเก็บข้อมูล เพื่อส่งต่อการติดตาม และระบบ Claim ได้แก่	1 แห่ง 11 แห่ง	รพ รพ สต	- มีระบบการจัดเก็บข้อมูล ที่มีดีน่าเชื่อถือนำไปใช้กับ ผู้ป่วยและการเงินได้จริง	0	0	พย.61	กุหลาบทิพย์ ฉัตรธิดา

ลำดับ	โครงการ	กิจกรรมหลัก / กิจกรรมรอง	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ผลผลิต/ผลลัพธ์	งบประมาณ		ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ
						จำนวน	แหล่งงบประมาณ		
		- ทะเบียนและ ข้อมูลผู้ป่วยโรคจิต							
		-โรคจิตจากสุราและสารกระตุ้น ประสาท, โรคซึมเศร้าที่ต้อง ติดตามในพื้นที่(เยี่ยมบ้าน)							
		- ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยที่ได้ รับการช่วยเหลือและส่งต่อ ในและนอกเขตฯ							
		-ทะเบียน. ยาจิตเวชที่จำเป็น ตามเกณฑ์Service plan							
		lvพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ ในหน่วยงาน	1 คน	รพ	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน สามารถประเมินสภาพทาง จิตตามหลักวิชาการ และให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อเหมาะสม	ยังไม่กำหนด	ยังไม่กำหนด	ยังไม่กำหนด	ฉัตรธิดา
		-อบรมหลักสูตรระยะสั้น การพยาบาลจิตเวชผู้ใหญ่ และหรือการพยาบาลจิตเวช เด็ก จากสถาบันเฉพาะทาง	1 คน	รพ	เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน สามารถประเมินสภาพทาง จิตตามหลักวิชาการ และให้การดูแลช่วยเหลือ ส่งต่อเหมาะสม			พย.61	ฉัตรธิดา
		- ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการ Training เรื่องจิตเวชผู้ใหญ่ และจิตเวชเด็กที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง 3 วัน							

แผนปฏิบัติการสาธารณสุข (แก้ไข้ปัญหา) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

คปสอ.....ห้างฉัตร.....จังหวัดลำปาง

งาน สุขภาพจิตและจิตเวช

ตัวชี้วัด /ค่าเป้าหมาย :

สถานการณ์และข้อมูลพื้นฐาน :

1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 22 ต่อแสนประชากร ในปี 2561

2.....

ลำดับ	ชื่อโครงการ	กิจกรรมหลัก	เป้าหมาย/จำนวน	พื้นที่ดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	งบประมาณ		ผู้รับผิดชอบ	
						จำนวน(บาท)	แหล่งงบฯ		
1	รหัสโครงการ.... การป้องกันและแก้ไข้ปัญหา การฆ่าตัวตายอำเภอห้างฉัตร	1.คืนข้อมูลผ่านคณะกรรมการ	เวที พขอ.	อำเภอห้างฉัตร	ตามที่ พขอ.	0	0	ประจักษ์	
		พขอ. บูรณาการเข้ากับการทำงาน			กำหนด			ปณิธาน	
		ในกลุ่ม DM HT และ Long Term Care						สมพิศ	
								อารีย์	
								กุหลาบทิพย์	
		2.สนับสนุนให้มีโครงการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่เป็นปัญหา สถานบริการละ 1 แห่ง	4 แห่ง	รพ สต ป่าไคร้			กสต	กสต	กุหลาบทิพย์
		โดยใช้รูปแบบ		รพ สต สันหลวง					ปวิธาน
		- การค้นหารูปแบบการจัดการความ		รพ สต ยางอ้อย					
		เครียดตามรูปแบบของชุมชน		รพ สต บ้านช่วง					
		_ การทำความเข้าใจกับชุมชนเรื่อง							
สัญญาณเตือน									
_การจัดตั้งกลุ่มเพื่อเฝ้าระวังและส่ง									
เสริมความเข้มแข็งใจ ได้แก่ กลุ่มเล่าขวัญ									
กลุ่มกินหอม ต่อมม่วน กลุ่มอู่ม่วนจำหวน									
3.พัฒนาระบบการดูแลช่วยเหลือ									
ผ่าน SP สุขภาพจิตและจิตเวช									

สรุปโครงการตามแผนปฏิบัติการภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ คปสอ..ห้างแดร. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562

ลำดับ	รหัสโครงการ	ชื่อโครงการ	งบประมาณ					รวมงบประมาณ
			UC	สปสช.	สสจ.	PPA	งบ อื่นๆ	
1	120201	โครงการพัฒนาคุณภาพระบบบริการแม่และเด็ก	90,745					
2	120202	โครงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย DM HT	128,550					
3	120203	โครงการป้องกันและควบคุมโรคอัมพาตทางฉัตร	327,700					
4	120204	โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	31,025					
5	120205	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร และระบบการส่งต่อ	94,790					
6	120206	โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคหัวใจ	18,600					
7	120207	โครงการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วย COPD คปสอ.ห้างฉัตร	1,700					
8	120208	โครงการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง	4,700					
9	120209	โครงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	6,500					
10	120210	โครงการพัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	35,200					
11	120211	โครงการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ	6,325					
12	120212	โครงการพัฒนาระบบบำบัดยาเสพติด และบริการสุขภาพจิต อัมพาตทางฉัตร	6,000					
รวม ย.2 ทั้งหมด ...12.. โครงการ เป็นเงิน			751,835	0	0	0	0	751,835

--

2. Service Excellence