

Cup profile



เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานระบบสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น

ประธานเครือข่าย	: นายวัฒนพล จิตลาภา	เบอร์โทร 083-0332730
	E-mail : wattanapon_james@hotmail.com	
ประธานเครือข่าย	: นายคำรณ สมยา	เบอร์โทร 081-8656188
เลขาเครือข่าย	: นางสาววาสนา ชำนาญอักษร	เบอร์โทร 083-9972864
	E-mail : wasana10868@hotmail.com	
ชื่อผู้ประสาน	: นางโสภณา หันธยง	เบอร์โทร 080-0915701
	E-mail : cannalily1045@hotmail.com	

1.1 สภาพทางภูมิศาสตร์ ประชากร และการปกครอง สภาพทางกายภาพ และสังคมของชุมชน และ แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่อ (“ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ” ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย) (ตามประเด็น ODOP/ OTOP ยุทธศาสตร์ พชอ./PA) ของผู้คนในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต) (ODOP : NCD ไร้รอยต่อ ยุทธศาสตร์ : มหัตถรย์ 1,000 วัน Plus 2,500 วัน และสพต.4D และ วัลโรค)

เครือข่ายบริการสุขภาพวังน้ำเย็น มีโรงพยาบาลวังน้ำเย็น เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ให้บริการเตียงจริง 76 เตียง เป็นแม่ข่ายการจัดบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของอำเภอ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่ง และสถานบริการสาธารณสุข (ถ่ายโอนสังกัด อปท.) 2 แห่ง และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น 1 แห่ง

ลักษณะทางด้านภูมิประเทศ เป็นที่ราบมีเชิงเขาเขตติดต่อจังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะทางห่างจากศาลากลางจังหวัดสระแก้ว 55 กิโลเมตร ผ่านเส้นทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 317 สระแก้ว - จันทบุรี สภาพภูมิอากาศส่วนใหญ่ร้อนชื้น เหมาะสมต่อการทำเกษตรกรรม ได้แก่ ทำไร่ ทำนา ปลูกยางพารา อ้อย ไม้ผล เลี้ยงสัตว์ ปลูกผักสวนครัวและผักปลอดสารพิษ

ลักษณะทางด้านสังคม เป็นสังคมลักษณะกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีการอาศัยอยู่แบบครอบครัวขยาย สร้างบ้านใกล้กันบริเวณเดียวกันประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับจ้างทำเฟอร์นิเจอร์ไม้ เป็นลูกจ้างสถานประกอบการ/ร้านค้า และมีการเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าวเข้ามาเป็นแรงงานทางภาคเกษตรกรรม และลูกจ้างสถานประกอบการ มีความเจริญเติบโตแบบสังคมกึ่งเมือง กึ่งชนบท

ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ มีห้างสรรพสินค้าขนาดกลาง 3 ห้างคือ ห้างโลตัส ห้างบิ๊กซี และนานาภัณฑ์ มีโรงพยาบาลนทร์ 1 แห่ง ร้านสะดวกซื้อเปิด 24 ชั่วโมง จำนวน 6 แห่ง มีโรงงานผลิตน้ำดื่ม 4 แห่ง มีโรงงานสถานประกอบการ/ร้านค้าจำนวนมาก และมีถนน 4 เลน สะดวกต่อการเดินทางสัญจร

ตำบลตาหลังใน ตำบลทุ่งมหาเจริญ ตำบลคลองหินปูน เป็นลักษณะสังคมเกษตรกรรม ทำนา ทำไร่ อ้อย ไร่มัน ทำฟาร์มโคนม สวนยางพารา มีสถานที่รับซื้อน้ำมันดิบ 2 แห่ง ด้วยปัจจัยการเติบโตทางเศรษฐกิจ ตลาดสด/ตลาดนัด/ร้านค้า/ร้านอาหารในชุมชนมากขึ้น ประชากรวัยแรงงานจึงผันตัวเข้าสู่อาชีพเป็นลูกจ้าง สถานประกอบการมากขึ้น

ลักษณะพฤติกรรมและปัญหาด้านสุขภาพ ประชาชนในอำเภอวังน้ำเย็นมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหารสำเร็จรูป การดื่มสุราและสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพด้วยโรคจากภาวะโภชนาการ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ทำให้การเฝ้าระวัง การควบคุมและป้องกันโรค มีความซับซ้อน

เครือข่ายบริการจึงเห็นความสำคัญต้องดำเนินการแก้ไขในระดับอำเภอ “ประเด็น ODOP” ได้แก่

โรค NCD เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน 3 ปีย้อนหลังปี 2563 = 2,823/6,231 คน ปี 2564 = 2,934/6,622 คน ปี 2565 = 2,910/6,628 คน (HDC สระแก้ว 20/1/66) พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี

โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จัดระบบบริการคลินิกโรคเบาหวาน 2 วัน วันพุธ , วันศุกร์ และคลินิกความดันโลหิตสูง 2 วันในทุกวันอังคาร และวันจันทร์สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3

การบริหารภาพ CUP จัดแพทย์จาก รพ. ตรวจใน รพ.สต. เดือนละ 1-2 ครั้ง : แห่ง ปรับรพ.สต. ให้เป็น PCU และ NPCU มาตรฐาน NCD Plus ร่วมกับกลุ่มการพยาบาล และงานปฐมภูมิ สนับสนุนบทบาทหมอครอบครัวทีมสหวิชาชีพดูแลต่อเนื่องในชุมชน, เครือข่ายสุขภาพ 3 หมอ จึงพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ และลดความรุนแรงของโรค , ความแออัดอัด เพิ่ม Health literacy ด้วยการพัฒนา “NCD ไร้รอยต่อ” และใช้กลไก พชอ. เป็นเครื่องมือพัฒนา

ความจำเป็นต่อเนื่องที่ยังคงเป็น “ประเด็นยุทธศาสตร์” ในการดำเนินการของเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และสพด.4D

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 2 : วัณโรค (TB) ดังนี้

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 : มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และสพด.4D

การดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-ปัจจุบัน เครือข่ายสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น ยังคงพบปัญหาด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ คือ ปัญหา Teen age, การฝากครรภ์ล่าช้า, ภาวะโลหิตจาง (ผลลัพธ์ ปี 63 : 15.7, ปี 64 : 18.87 และปี 65 : 22.83) , ภาวะพร่องโภชนาการ (ผลลัพธ์ปี 63 : 69 ราย, ปี 64 : 61 ราย และปี 65 : 51 ราย) จนนำไปสู่ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม (ผลลัพธ์ปี 63 : 12.9, ปี 64 : 3.23 และปี 65 : 3.64), พัฒนาการสมวัย (ผลลัพธ์ปี 63 : 94.36, ปี 64 : 90.63 และปี 65 : 92.86) ที่มีแนวโน้มลดลง และสูงตี สมส่วน (ผลลัพธ์ปี 63 : 50.36 , ปี 64 : 41.29 และปี 65 : 48.82) ไม่เป็นไปตามเกณฑ์

อำเภอวังน้ำเย็น เริ่มพัฒนาการดำเนินงานจากปีงบประมาณ 2562-ปัจจุบัน มีกระบวนการสำคัญ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจาก อปท. เรื่องการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพร่องโภชนาการ ต่อมา มีการสร้างเครือข่าย อสม.แม่บุญธรรมเฝ้าระวัง และดูแลสุขภาพแม่ และเด็กในชุมชน การให้บริการฟื้นฟูมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โดยการทำให้ผลการทับหม้อเกลือ นวด และประคบเต้านม

ในปีงบประมาณ 2566 โดยการทำงานภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และ สพด.4D พัฒนางานกระบวนการเพิ่มเติม เพื่อลดปัญหา แม่ Teen age, การฝากครรภ์ล่าช้า ภาวะโลหิตจาง จนนำไปสู่การแก้ไขปัญหาทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม และเพิ่มจำนวนเด็กสูงดีสมส่วน ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพโรงเรียนพ่อแม่ และอสม.แม่บุญธรรม “เน้นเรื่องจิตประภัสสร” และ การใช้คู่มือประเมินพัฒนาการ (DSPM)
2. พัฒนาศักยภาพคุณครู “ครูแม่บุญธรรม” / ผู้ดูแลเด็กในอนุบาลเพื่อขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และ สพด.4D เน้นโปรแกรมและใช้กลไก พขอ.เป็นเครื่องมือพัฒนา
3. กลุ่มพัฒนาการไม่สมวัย ส่งต่อตามกระบวนการ TIDA4I ทุกราย และพบกุมารแพทย์ในรายสำคัญ
4. พัฒนาศักยภาพพ่อแม่เป็น อสค.นักกระตุ้นพัฒนาการ โดยการประเมินและกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยคู่มือ DSPM

2. ประเด็นยุทธศาสตร์ : วัณโรค (TB)

จากข้อมูลอัตราป่วยด้วยวัณโรค พบว่า ปี 2564 พบผู้ป่วยด้วยวัณโรค 56 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 55.47 ต่อประชากร, ปี 2565 พบ 50 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 36.13 ต่อประชากร ซึ่งยังคงพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ด้านอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (success rate) เกณฑ์ \geq ร้อยละ 88 ในปี 2564 ได้ร้อยละ 85.00 , ปี 2565 ได้ร้อยละ 83.30 และอัตราตาย (เกณฑ์ $<$ ร้อยละ 5) ปี 2564 คิดเป็นร้อยละ 5.35 ต่อจำนวนผู้ป่วย,ปี 2565 คิดเป็นร้อยละ 2.00 ต่อจำนวนผู้ป่วย

จึงต้องมีการดำเนินการแก้ไขในการค้นหาผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรค เพิ่ม Success rate การรักษาผู้ป่วยให้ครบกระบวนการ ไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด ไม่เสียชีวิต และพัฒนาเครือข่ายการรักษาวัณโรคสู่ชุมชน โดยแต่เดิมทำตามโปรแกรม TB 4 Day เอาอยู่ในตีผู้ป่วยใน และการติดตามครบระยะรักษา 6 เดือน พัฒนาการกระบวนการ (1) คัดกรองค้นหาวัณโรคเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่มรูปแบบการประเมินความเสี่ยงด้วย Google Form (2) One Stop service TB Clinic treatment (3) โปรแกรม TB 4 Day เอาอยู่ในชุมชน (4) อสม.พี่เลี้ยงการทำ DOTs ในการรักษาของผู้ป่วย

ด้าน OTOP รายตำบล

OTOP ตำบลวังน้ำเย็น ได้แก่ การฆ่าตัวตายกลุ่มนักเรียน : จากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอ 8 ราย (KPI 8:100000ประชากร :ไม่เกิน 5 ราย) สาเหตุพบว่าเป็นเยาวชนตำบลวังน้ำเย็น 2 ราย (ในสถานศึกษา 1 เยาวชน กศน. 1 ราย ตำบลทุ่งมหาเจริญ 2 ราย ตำบลคลองหินปูน 1 ราย ตำบลตาหลังใน 1 ราย มาจากเศรษฐกิจ/สัมพันธภาพ/การใช้สารเสพติด สุรา และโรคความเจ็บป่วยทางกาย 2 ราย และในตำบลวังน้ำเย็น พบเป็นเด็กอายุ 15 ปี 1 รายซึ่งเป็นนักเรียนโรงเรียนวังน้ำเย็นวิทยาคม กำลังรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ในระยะรักษา

ติดตามทุกเดือน อีก 1 รายอายุ 17 ปี เป็นนักเรียนกีฬาที่อยู่ในระหว่างพักการเรียนเพื่อจะปรับมาเรียนระบบกศน. 1 รายสาเหตุจากภาวะซึมเศร้า เรื่องครอบครัวเศรษฐกิจ กิจกรรมที่ดำเนินการเดิม ครูอนามัยโรงเรียนประเมินภาวะซึมเศร้าในโรงเรียน ด้วย 2Q ผลมีภาวะซึมเศร้าส่งดูแลบำบัดคลินิกจิตเวช, แผนพัฒนาต่อเนื่องปี 2566 (1.) กิจกรรมการให้ความรู้ซึมเศร้า-ฆ่าตัวตายตามแนวทาง 3 ส (สอดส่องค้นหา ใส่ใจ ส่งต่อ) ในการเข้าถึงเครื่องมือคัดกรอง Mental health check in ในกลุ่มผู้ปกครอง และนักเรียนวันปฐมนิเทศ ในสถานศึกษา (2.) ให้ความรู้สุขภาพจิต สร้างแกนนำนักเรียน เพิ่มเครือข่าย 3ส. ทั้งคุณครู ผู้ปกครอง นักเรียน และอสมในชุมชน (3.) สร้างระบบเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อการดูแล และส่งต่อเข้าสู่บริการบำบัด รักษา ร่วมกับ ชุมชนครูในสถานศึกษา จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น รพร.สระแก้ว และ รพจ.สระแก้ว (4.) ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในโรงเรียนวิถีใหม่ผ่านระบบ Digital school Health Hero ในการดูแล วัยเรียน และวัยรุ่น ด้วย Hero Consultant และประชาสัมพันธ์การใช้สายด่วน Mr.ใส่ใจ 096-0754120 สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ทั้งในสถานศึกษา และในชุมชน

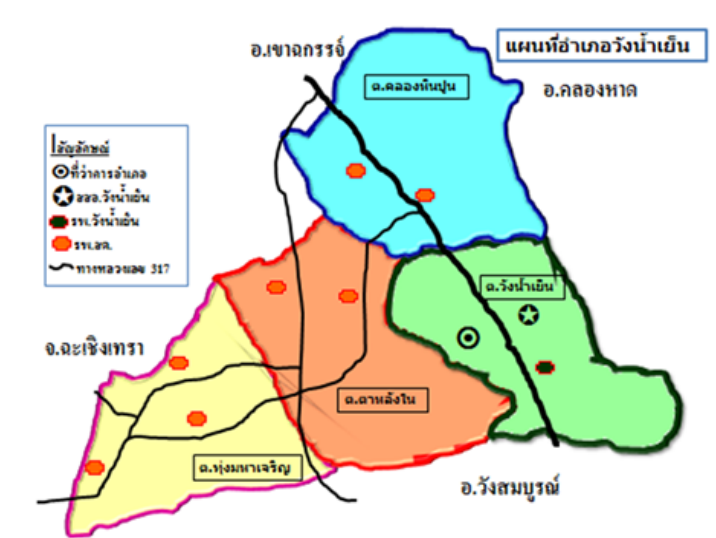
OTOP ตำบลตาหลังใน ได้แก่ โรคพยาธิใบไม้ตับ ประกอบด้วย รพ.สต.ตาหลังใน และรพ.สต.ท่าตาสี จากการดำเนินงานคัดกรองไข่พยาธิอำเภอวังน้ำเย็น ย้อนหลัง 3 ปี พบรายงานจำนวนผู้ที่พบตรวจพบไข่พยาธิสูงสุดในพื้นที่ตำบลตาหลังใน โดยพบว่าในปี 2563 ตรวจพบไข่พยาธิจำนวน 25 ราย (8.33%) , ปี 2564 พบ 22 ราย (7.33%) และในปี 2565 พบ 41 ราย (12.42%) จากข้อมูลข้างต้นได้กำหนด กิจกรรมที่ดำเนินการ โดยดำเนินการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคพยาธิ โดยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มคัดกรองมากขึ้น พร้อมกำหนดประชุมให้ความรู้กลุ่มที่ตรวจพบไข่พยาธิเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และกำกับติดตามด้วยการตรวจอุจจาระซ้ำในประชาชนที่ตรวจพบไข่หนอนพยาธิหลังได้รับยา 1 เดือน แผนการพัฒนา ปี 2566 ได้มีการกำหนดแผนงานโครงการรองรับการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน เพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองมากขึ้น และกำหนดแผนกิจกรรมรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน โดยการรณรงค์สร้างกระแส "คนตำบลตาหลังใน ไม่กินปลาดิบ" เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักรู้ในพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคพยาธิได้

OTOP ตำบลทุ่งมหาเจริญ ได้แก่ วัณโรค ประกอบด้วย รพ.สต.ทุ่งมหาเจริญ และรพ.สต.คลองจระเข้ และรพ.สต.คลองตะเคียนชัย เนื่องด้วยข้อมูลย้อนหลัง ปี 2565 พบผู้ป่วยใน ต.ทุ่งมหาเจริญ สูงสุด 20 ราย รองลงมาคือ ต.วังน้ำเย็น 19 ราย และข้อมูลปี 2566 (ต.ค. - ธ.ค.) พบข้อมูล ต.วังน้ำเย็น 5 ราย รองลงมา ต.ทุ่งมหาเจริญ 4 ราย แต่ในพื้นที่ ต.วังน้ำเย็นได้มีการดำเนินงานคลินิกวัณโรค โดย รพ.วังน้ำเย็น ที่รับรักษาผู้ป่วยทั้ง 4 ตำบล ทั้งนี้ยังคงพบปัญหาการขาดนัด ขาดยา ขาดการรักษา จึงวาง แผนพัฒนา ปี 2566 คลินิกวัณโรคในพื้นที่ ต.ทุ่งมหาเจริญ เพื่อมุ่งเน้นการควบคุมวัณโรค ผ่านการคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น ติดตามระบบเจ้าหน้าที่ที่เลี้ยงผู้ป่วยรักษาครบ 100% โดยได้มี แผนดำเนินงาน คือ (1.) ค้นหาคัดกรองวัณโรคเชิงรุกเพิ่มจาก 7 กลุ่มเสี่ยง ด้วย google form online (2.) การคัดกรองรูปแบบ One Stop service TB Clinic treatment (3.) พัฒนา TB 4 Day เอาอยู่ลงสู่ชุมชน (4.) ระบบพี่เลี้ยง อสม. Dot TB

OTOP ตำบลคลองหินปูน ได้แก่ Long term care ประกอบด้วย สอ.คลองหินปูน และสอ.คลองตาสูตร จากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุของตำบลคลองหินปูน ยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการพลัดตก

หลัก เนื่องจากต้องอาศัยอยู่ลำพังในช่วงที่ลูกหลานออกไปทำงาน หรืออาศัยอยู่คนเดียว ซึ่งได้มีการดำเนินกิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในตำบล จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแล จัดรถรับส่งผู้สูงอายุในการเดินทางไปรับบริการที่ โรงพยาบาลแม่ข่าย นอกจากนี้ยังได้วางแผนพัฒนาการจัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ของตำบลที่มีความพร้อมให้บริการ อบรมฟื้นฟู อสม. สู่ CG โดยการดำเนินงานดังกล่าวได้รับการสนับสนุนจาก อบต. คลองหินปูน

1.1.1 พื้นที่การปกครองแสดงจำนวน เทศบาล อบต. ตำบล หมู่บ้าน หลังคาเรือน ประชากร



อำเภอวังน้ำเย็น แบ่งการปกครอง เป็นเทศบาลเมืองวังน้ำเย็น 1 แห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล 3 แห่ง มีพื้นที่ทั้งสิ้น 343.40 ตารางกิโลเมตร หรือ 203,375 ไร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 4 ตำบล 84 หมู่บ้าน 10 ชุมชน มีประชากร 61,133 คน เพศชาย 30,335 คน เพศหญิง 30,798 คน ความหนาแน่นของประชากร 178.02 คนต่อตารางกิโลเมตร ตามโครงสร้างประชากร พบว่า มีเด็กอายุ 0 - 5 ปี ร้อยละ 3.73 วัยเรียน อายุ 6 - 14 ปี ร้อยละ 11.56 วัยรุ่น อายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ 24.86 วัยทำงาน อายุ 20 - 59 ปี ร้อยละ 30.44 และวัยผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 15.65 ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงพื้นที่ หมู่บ้าน หลังคาเรือน ประชากร แยกรายตำบล อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	ประชากรชาย	ประชากรหญิง	รวมประชากร
วังน้ำเย็น	19 หมู่ 10 ชุมชน	7,845	9,980	10,518	20,498
คลองหินปูน	18 หมู่บ้าน	3,050	4,678	4,780	9,458
ดาหลังใน	21 หมู่บ้าน	3,872	6,347	6,344	12,691

ตำบล	หมู่บ้าน	จำนวนหลังคา เรือน	ประชากร ชาย	ประชากร หญิง	รวมประชากร
ทุ่งมหาเจริญ	28 หมู่บ้าน	5,899	9,330	9,156	18,486
รวม	134 หมู่บ้าน 10 ชุมชน	20,666	30,335	30,798	61,133

ที่มา : ข้อมูลสถิติประชากรทางทะเบียนราษฎร จากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ณ เดือน
ธันวาคม 2565 : <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>

1.1.2 บุคลากรทางการแพทย์

ตารางข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ CUP วังน้ำเย็น

สายงานวิชาชีพ	ข้อมูลบุคลากรของ คปสอ.วังน้ำเย็น				หมายเหตุ
	จำนวน (คน) รพ.	จำนวน (คน) รพ.สต/สอ.	รวมทั้งหมด (คน)	อัตราส่วน : ประชากร	
แพทย์	8	-	8	1 : 7,641	หมุนเวียน 2
กุมารแพทย์	1	-	1	1 : 61,133	-
ทันตแพทย์ทั่วไป	6	-	6	1 : 10,189	-
ทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านปริทันต์วิทยา	1	-	1	1 : 61,133	-
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข	3	7	10	1 : 6,113	-
เภสัชกร	7	-	7	1 : 8,733	-
เจ้าพนักงานเภสัชกรรม	7	-	7	1 : 8,733	-
พยาบาลวิชาชีพ	68	11	79	1 : 773	(ปฐมภูมิ 5)
พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป	11	10	21	1 : 2,911	(ปฐมภูมิ 3)
พยาบาลเวชศาสตร์ฟื้นฟู	1	-	1	1 : 61,133	-

สายงานวิชาชีพ	ข้อมูลบุคลากรของ คปสอ.วังน้ำเย็น				หมายเหตุ
	จำนวน (คน) รพ.	จำนวน (คน) รพ.สต./สอ.	รวมทั้งหมด (คน)	อัตราส่วน : ประชากร	
พยาบาล NCD 4 เดือน	2	-	2	1 : 30,567	-
พยาบาลจิตเวช 4 เดือน	2	-	2	1 : 30,567	-
พยาบาลเด็ก (4 เดือน & APN)	1	-	1	1 : 61,133	-
พยาบาลชุมชน (NP & APN)	2	-	2	1 : 30,567	-
นักโภชนาการ	1	-	1	1 : 61,133	-
นักวิชาการสาธารณสุข	10	18	28	1 : 2,183	(ปฐมภูมิ 8, งาน ประกัน 2)
เจ้าพนักงานสาธารณสุข	-	10	10	1 : 6,113	-
นักกายภาพบำบัด	3	-	3	1 : 20,378	-
นักจิตวิทยา	1	-	1	1 : 61,133	-
นักเทคนิคการแพทย์	4	-	4	1 : 15,283	-
เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์	2	-	2	1 : 30,567	-
ผู้ช่วยนักรังสีเทคนิค	2	-	2	1 : 30,567	-
แพทย์แผนไทย	8	3	11	1 : 5,557	-
ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	1	6	7	1 : 8,733	-
บุคลากรอื่นๆ (Back office)	116	21	137	1 : 446	(รวมสายสนับสนุน)

1.1.3 จำนวนสถานพยาบาล ศักยภาพการให้บริการ และระดับการพัฒนาของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง

กลุ่มการจัดบริการ	ชื่อ รพ.สต./หน่วยบริการ	ระบุศักยภาพ	ผลการประเมิน รพ.สต.ติดตาม				ระบุ OTOP/ODOP
			63	64	65	เป้า 66	
คปสอ.วังน้ำเย็น			4	4	5	5	NCD ไร้รอยต่อ
CUP วังน้ำเย็น	โรงพยาบาล วังน้ำเย็น	1.NCD Clinic, ARV Clinic, TB Clinic, COPD Clinic, WCC Clinic, ANC Clinic,ARI Clinic 2. คลินิกทันตกรรม,คลินิกแพทย์แผนไทย,คลินิกกายภาพ,คลินิกสุขภาพจิต,คลินิกผู้สูงอายุ 3. คลินิก DPAC NCD, ทีม Health literacy จากสหวิชาชีพ,คลินิก ตา ไต เท้า ลดภาวะแทรกซ้อนกลุ่ม NCD 4. ระบบสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ NCD Good control 5. การสื่อสารภาวะแทรกซ้อน 3S Stroke STEMI Sepsis	1	3	4	5	NCD Clinic plus ซีเอ็มเคร้าฆ่า ตัวตาย
Cluster ตาหลังโน	รพ.สต.ตา หลังโน ขนาด L (NPCU66)	1. NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2. NPCU 2 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 2 ครั้ง ในวันพฤหัสบดีที่ 2 และ พุธที่ 4 ของเดือน 3. คลินิกแพทย์แผนไทยและคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยนักรการแพทย์แผนไทย 4. การคัดกรองเชิงรุก ส่งต่อ , ติดตาม โดยใช้ภาคี เครือข่ายร่วมสนับสนุน 5. การให้สุขศึกษาด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Health literacy)	5	5	5	5	พยาธิใบไม้ ตับ
	รพ.สต.ท่าตา ลี ขนาด M (NPCU 66)	1. NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2. NPCU 1 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ที่ 3 ของเดือน 3.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 4.การคัดกรองเชิงรุก ส่งต่อ , ติดตาม โดยใช้ภาคีเครือข่าย ร่วมสนับสนุน 5.การให้สุขศึกษาด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ (Health literacy)	5	5	5	5	พยาธิใบไม้ ตับ

กลุ่มการจัดบริการ	ชื่อ รพ.สต./หน่วยบริการ	ระบุศักยภาพ	ผลการประเมิน รพ.สต.ติดตาม				ระบุ OTOP/ODOP
			63	64	65	เป้า 66	
Cluster ทุ่งมหา เจริญ	รพ.สต.ทุ่ง มหาเจริญ ขนาด L (PCU66)	1.NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2.PCU 2 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 2 ครั้ง ในวันพุธที่ 1 และ 3 ของเดือน 3.คลินิกแพทย์แผนไทยและคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยนักรแพทย์แผนไทย	5	5	5	5	TB
	รพ.สต.คลอง จระเข้ ขนาด M (NPCU67)	1.NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2.NPCU 1 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง ในวันพุธที่ 2 ของเดือน 3.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	5	5	5	5	TB
	รพ.สต.คลอง ตะเคียนชัย ขนาด M (NPCU67)	1.NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2.NPCU 1 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ที่ 4 ของเดือน 3.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	5	5	5	5	TB
Cluster คลอง หินปูน	สอ.คลอง หินปูน ขนาด M	1.NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2.NPCU 1 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน 3.คลินิกแพทย์แผนไทยและคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โดยนักรแพทย์แผนไทย 4.มีทีมสหวิชาชีพครบ 5.มีศูนย์ COC ในสถานบริการ 6.มีระบบ EMSพร้อมให้การดูแลช่วยเหลือ24 ชม. 7.มีรถรีเฟอร์ใช้ในการส่งกลับ จาก รพ.สุ่มชน 8.มีภาคีเครือข่ายจาก อปท.ที่ให้การสนับสนุน	5	5	5	5	การดูแล ผู้สูงอายุ (LTC)
	สอ.คลองตา สูตร ขนาด M	1.NCD Clinic, Clinic ทันตกรรม 2.NPCU 1 ครั้ง/เดือน แพทย์ทั่วไปออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง ในวันศุกร์ที่ 1 ของเดือน 3.มีการจัดบริการแพทย์แผนไทย โดยผู้ช่วยแพทย์แผนไทย	5	5	5	5	การดูแล ผู้สูงอายุ (LTC)

		4.มีทีมสหวิชาชีพครบ 5.มีศูนย์ COC ในสถานบริการ 6.มีระบบ EMS พร้อมให้การดูแลช่วยเหลือ24 ชม 7.มีรถรีเฟอร์ใช้ในการส่งกลับ จาก รพ.สู่ชุมชน 8.มีภาคีเครือข่ายจาก อปท.ที่ให้การสนับสนุน					
--	--	---	--	--	--	--	--

1.2 ปัญหาสาธารณสุขสำคัญในพื้นที่ ปัญหาสุขภาพของเครือข่ายบริการ 10 อันดับ
สถิติอันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยนอก (รง504) ปีงบประมาณ 2565

อันดับ	ชื่อกลุ่มโรค	จำนวน		อัตรา : แส่น ประชากร
		คน	ครั้ง	
1	โรคเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการ และเมตาบอลิซึม (Endocrine, nutritional and metabolic diseases)	3,944	6,756	6.45
2	โรกระบบไหลเวียนเลือด (Diseases of the circulatory system)	4,870	6,670	7.97
3	อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่น (Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified)	2,105	3,510	3.44
4	โรกระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก (Diseases of the digestive system)	2,268	3,386	3.71
5	โรกระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่าง และเนื้อเยื่อเสริม (Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue)	1,432	3,344	2.34
6	โรกระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (Diseases of the genitourinary system)	1,563	2,150	2.56
7	โรกระบบหายใจ (Diseases of the respiratory system)	1,476	2,049	2.41
8	โรคติดเชื้อและปรสิต (Certain infectious and parasitic diseases)	823	1,191	1.34
9	ภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรม (Mental and behavioural disorders)	668	1,439	1.09
10	โรกระบบประสาท (Diseases of the nervous system)	423	734	0.69

ข้อมูลจากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ณ วันที่ 10 มกราคม 2566

สถิติอันดับกลุ่มโรคผู้ป่วยใน (รง505) ปีงบประมาณ 2565

อันดับ	ชื่อกลุ่มโรค	จำนวน		อัตรา : แส่น ประชากร
		คน	ครั้ง	
1	ความผิดปกติเกี่ยวกับต่อมไร้ท่อ โภชนาการและเมตาบอลิซึมอื่น ๆ (Other endocrine, nutrition and metabolic diseases)	388	642	0.63
2	โรคความดันโลหิตสูง (Hypertensive diseases)	232	264	0.37
3	โรคเบาหวาน (Diabetes mellitus)	133	155	0.21
4	โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือดและความผิดปกติบางชนิดที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน (Diseases of the blood and blood forming organs and certain disorders involving the Immune mechanism)	107	146	0.17
5	ปอดอักเสบ (Pneumonia)	136	144	0.22
6	อาการ อาการแสดง และสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิก และห้องปฏิบัติการ ที่มีได้ระบุไว้ที่อื่นใด (Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified)	103	126	0.17
7	ไตวายเรื้อรัง (Chronic renal failure)	102	121	0.16
8	โรคติดเชื้ออื่น ๆ ของลำไส้ (Other intestinal infectious diseases)	83	86	0.14
9	โรคอื่นของระบบสืบพันธุ์ร่วมปัสสาวะ (Other disorders of the genitourinary system)	79	90	0.13
10	โรคติดเชื้อและปรสิตอื่น ๆ (Other infectious diseases)	75	90	0.12

ข้อมูลจากงานเวชระเบียนโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ณ วันที่ 10 มกราคม 2566

รายงานข้อมูลโรคติดต่อ/โรคระบาดและภัยสุขภาพ นอกโปรแกรมเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506)

เปรียบเทียบข้อมูลปี 2564 และปี 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 9 ม.ค. 2566)

ลำดับที่	โรค	ปี 2564 (ประชากร 63,590 คน)				ปี 2565 (ประชากร 64,510 คน)			
		จำนวนป่วย	อัตราป่วย/ ตาย	จำนวนตาย	อัตราตาย	จำนวนป่วย	อัตราป่วย/ ตาย	จำนวนตาย	อัตราตาย
		(ราย)	100,000	(ราย)		(ราย)	100,000	(ราย)	
1	โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	812	1,276.90	10	15.72	1227	1798.17	7	10.85
2	อุบัติเหตุจราจร	736	1,157.41	10	15.72	481	745.62	6	9.30
3	ฉับโรค	39	61.33	0	0	49	75.96	1	1.55
4	การฆ่าตัวตาย	21	33.02	4	6.29	32	49.60	8	12.40
5	พยาธิใบไม้ตับ	0	0	0	0	11	0	0	0

๑๐ รายงาน 10 อันดับ โรคที่เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (R506) เปรียบเทียบข้อมูล ปี 2564 และปี 2565

(ข้อมูล ณ วันที่ 9 ม.ค. 2566)

โรค	ลำดับที่	ปี 2564 (ประชากร 63,590 คน)				ลำดับที่	ปี 2565 (ประชากร 64,510 คน)			
		จำนวนป่วย	อัตราป่วย/ ตาย	จำนวนตาย	อัตราตาย		จำนวนป่วย	อัตราป่วย/ ตาย	จำนวนตาย	อัตราตาย
		(ราย)	100,000	(ราย)			(ราย)	100,000	(ราย)	
Pneumonia	1	11	17.3	0	0	2	85	131.76	24	20.86
Diarrhoea	2	5	7.86	0	0	4	32	49.60	0	0
Chickenpox	3	6	9.43	0	0	6	18	27.90	0	0
Dengue fever	4	3	4.71	0	0	8	7	10.85	0	0
Hand,foot and mouth disease	5	3	4.71	0	0	1	134	207.72	0	0

โรค	ลำดับ ที่	ปี 2564 (ประชากร 63,590 คน)				ลำดับ ที่	ปี 2565 (ประชากร 64,510 คน)			
		จำนวน ป่วย	อัตรา/ป่วย	จำนวน ตาย	อัตรา ตาย		จำนวน ป่วย	อัตรา/ ป่วย	จำนวน ตาย	อัตรา ตาย
		(ราย)	100,000	(ราย)			(ราย)	100,000	(ราย)	
Food Poisoning	6	2	3.14	0	0	3	48	74.41	0	0
Influenza	7	1	1.57	0	0	7	11	17.05	0	0
Measle	8	2	3.14	0	0	9	0	0	0	0
H.conjunctivitis	9	0	0	0	0	5	29	44.95	0	0

ข้อมูลจาก : รายงานระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา R506 โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

1.3 ศักยภาพของผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการจัดการ กับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ ของชุมชน ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย” (ตามประเด็น ODOP/ OTOP ยุทธศาสตร์ พขอ. /PA) ของผู้คนในชุมชน ทั้ง ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

บทบาทหน้าที่ของภาคีสำคัญ ของการบริหารเครือข่ายสุขภาพในอำเภอ

โรงพยาบาลชุมชน บทบาทหน้าที่ ส่งเสริม ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟู, จัดระบบรับ – ส่งต่อผู้ป่วย ควบคุมคุณภาพมาตรฐานการรักษาพยาบาล รับ Consult จาก รพ.สต.ใน การดูแลผู้ป่วย นิเทศ กำกับติดตาม จัดทำ CPG ในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนวิชาการ อบรมแก่เครือข่าย พัฒนาสมรรถนะบุคลากร เจ้าหน้าที่ จัดหา และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอ จัดบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาในพื้นที่ เช่น คลินิก DPAC คลินิกตรวจตา ไต เท้า ลดภาวะแทรกซ้อน การออกหน่วยตรวจ PCU การลงพื้นที่บริการผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน ทีม IMC Palliative care โดยทีมสหวิชาชีพ

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ บทบาทหน้าที่ ประสานงานในภาพของ DHS และนิเทศ กำกับติดตาม รพ.สต./สอ. ส่งเสริม และสนับสนุนด้านวิชาการ องค์กรความรู้ และสื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้อง งบประมาณ โครงการ สปสช.จากหน่วยงานท้องถิ่น เผยแพร่ และประชาสัมพันธ์ผลการดำเนินการ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงาน เช่นมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน+สพด.4D , NCD ไร้รอยต่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สถานีอนามัย บทบาทหน้าที่ จัดระบบบริการส่งเสริมป้องกัน รักษาฟื้นฟู ป้องกันโรค องค์กรรวม ,ติดตามเยี่ยมบ้าน ปี 2565 ควบคุมการระบาดโรคโควิด ตรวจสอบคัดกรอง และบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิดดำเนินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 และการสนับสนุนวิชาการแก่ประชาชน Health literacy ในการป้องกันโรคต่าง ๆ

อบต./เทศบาล/ภาคส่วนท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ ร่วมกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงาน สนับสนุนงบประมาณ สนับสนุนการจัดเวดล้อมที่เอื้อในการดำเนินงาน เช่น การจัดการทัศนวิสัยทางการจราจร จุดเสี่ยงต่างๆ ควบคุมอุบัติเหตุจราจร การควบคุมโรคไข้เลือดออก และวัณโรค การสนับสนุนโครงการ ตรวจคัดกรองสุขภาพในชุมชนต่างๆ เช่น โครงการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โครงการคัดกรองสุขภาพแบบบูรณาการกลุ่มโรค NCD

เกษตร/ปศุสัตว์ บทบาทหน้าที่ สนับสนุนด้านวิชาการ องค์ความรู้ และสื่อที่เกี่ยวข้องด้านโรค นำโดยสัตว์ และแมลง เป็นพี่เลี้ยง และให้คำปรึกษาในการดำเนินการควบคุมโรคในพื้นที่ ร่วมประเมินความสำเร็จการดำเนินการ ฉีดวัคซีนพิษสุนัขบ้า ร่วมให้ความรู้เรื่องเกษตรปลอดสารเคมีในชุมชน

ชมรม/กลุ่ม/อสม./อพมก./Care Giver/ชมรมมนุษย์ลื้อ บทบาทหน้าที่ ร่วมกำหนดนโยบาย และมาตรการของชุมชน วางแผนการดำเนินงานการคัดกรองสุขภาพกลุ่มเสี่ยง NCD ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ ดำเนินงาน/จัดกิจกรรมเรียนรู้/จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงาน สนับสนุนการจัดเตรียมกายอุปกรณ์ สำหรับ คนพิการเยี่ยมบ้านกลุ่มเปราะบาง,กลุ่มคนพิการ ,Home ward ร่วมคัดกรองให้คำแนะนำ ผู้สัมผัสเสี่ยงสูง กลุ่มเสี่ยงในชุมชนเพื่อเข้าระบบรักษาคลินิกโรคท้องถิ่น (ARI ที่ OPD) และติดตามอาการ 5 วัน ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พร้อมเป็นแกนนำการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ Health literacy

วัด/ปราชญ์ชาวบ้าน บทบาทหน้าที่ ร่วมเผยแพร่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันโรคให้กับชาวบ้าน ที่มาทำบุญในการเลือกซื้ออาหาร ส่งเสริม และถ่ายทอดความรู้ประสบการณ์การป้องกันโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

โรงเรียน/กศน. บทบาทหน้าที่ ร่วมกำหนดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานกับหน่วยงาน สาธารณสุข มีนักเรียนจิตอาสาเข้าฝึกประสบการณ์ และร่วมลงพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกับ สหวิชาชีพ สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมตรวจประเมินคัดกรองกลุ่มนักเรียน เป็นเครือข่ายสุขภาพ ในการตอบสนองนโยบายด้านสุขภาพของอำเภอ เช่น การคัดกรองสุขภาพจิต การคัดกรองภาวะโภชนาการ การฉีดวัคซีนพื้นฐาน การฉีดวัคซีนโควิด - 19

กลุ่มแกนนำทางสังคมภาคเอกชน บทบาทหน้าที่ ประสานงานเครือข่ายให้เข้ามาร่วมมือช่วยเหลือ ผู้ด้อยโอกาสระดมทรัพยากรงบประมาณ ปรับบ้านให้คนพิการกลุ่มเปราะบางสนับสนุนการดำเนินงานกิจกรรม ด้านสาธารณสุขต่างๆ เช่น การสนับสนุนชุดสุขภาพช่วยเหลือผู้ป่วย การสนับสนุนสถานที่ดำเนินกิจกรรม ด้านสุขภาพ การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์

1.4 งานที่ภาคภูมิใจในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา

ปี 2563 : นวัตกรรม “นวนมน้อยป้องกันการดิ่ง” รพ.สต.ตาหลังโน ได้รางวัลดีเด่น 2 ระดับจังหวัด เพื่อลดปัญหาการดิ่งสายต่างๆหลุดในผู้ป่วยติดเตียง เช่น NG , Catheter

ปี 2563-2564 : “อสม.แม่บุญธรรม” ภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต สร้างเครือข่าย อสม.แม่บุญธรรม อำเภอวังน้ำเย็น และพัฒนาศักยภาพในการติดตาม ดูแล แม่และเด็กในชุมชน

ปี 2564 - 2566 : จัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่องอำเภอวังน้ำเย็น (COC : Continuing of care) จัดหาและเป็นศูนย์ซ่อมอุปกรณ์ ให้ผู้ป่วย พร้อมใช้ ปี 2564-2566 เพิ่มศักยภาพเตรียมพร้อมสำหรับกลุ่มผู้ป่วย IMC<C&Palliativecare ที่บ้าน เพิ่มศักยภาพ Home ward กลุ่มเป้าหมายนี้วันนอนต่อเนื่องจาก IPD ในปี 2566

ปี 2565 : ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง และครอบครัว ต่อระดับความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย และครอบครัวในตำบลวังน้ำเย็น อำเภอวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ปี 2565 เพิ่มศักยภาพบริการHolistic care ในกลุ่มIMC <C&Palliative care

ปี 2565 : นวัตกรรม “ขวดน้ำฟิตปอด”โดยกลุ่มงานกายภาพ โรงพยาบาลวังน้ำเย็น รางวัลรองชนะเลิศการนำเสนอนวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ ประจำปี 2565 จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว เพิ่มศักยภาพปอดในกลุ่มผู้ป่วย COPD , Long COVID19 อื่นๆ

ปี 2565 : รพ.สต.คลองจระเข้ เป็นตัวแทนระดับจังหวัดร่วมถ่ายทอดงาน ชุมชนวิถีใหม่ห่างไกล NCDs ในเวทีเขตสุขภาพที่ 6

1.5 เป้าหมายที่อำเภอร่วมกันขับเคลื่อน วิสัยทัศน์ พันธกิจ

วิสัยทัศน์ : “ระบบสุขภาพอำเภอเข้มแข็ง มาตรฐานบริการไร้รอยต่อ สู่ประชาชนสุขภาพดี”

พันธกิจ : พัฒนาให้ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ร่วมเป็นเจ้าของ มาตรฐานบริการสุขภาพ และธรรมาภิบาล

: พัฒนามาตรฐานคุณภาพทุกหน่วยงานเชื่อมโยงระบบบริการระดับปฐมภูมิ

: พัฒนามาตรฐาน NCD ไร้รอยต่อ บนพื้นฐานสุขภาพหนึ่งเดียวทั้งอำเภอ

: พัฒนาระบบป้องกันตอบโต้ภัยคุกคามด้านสุขภาพ

ค่านิยมขององค์กร (values) : MOPH — WNY

M = Mastery : ฝึกฝนตนเองให้มีศักยภาพสูงสุด

O = Originality : สร้างสรรค์นวัตกรรม

P = People centered approach : ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง

H = Humility : มีความอ่อนน้อมถ่อมตน

W = Walk together : เดินไปด้วยกัน (มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กร)

N = Network : เครือข่าย สร้างเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนระบบจัดการสุขภาพ ทั้งภายใน และภายนอกองค์กร

Y = Yeasty : มีพลัง (กระตือรือร้น ชื่นอาสา แสดงความคิดเห็นในการทำงาน)

ส่วนที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอตามมาตรฐานที่กำหนด

1. การนำองค์กรในภาพ CUP

1.1 บทบาทของผู้นำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็นเป็นประธานเครือข่ายอำเภอวังน้ำเย็น มีการกำหนด กลยุทธ์ ทำทนายไว้ 10 ประการคือ

1. กำหนดระบบงานสนับสนุนงานที่สำคัญ เช่น HA, CFO, HRD, ศึกษาและปรับระบบสนับสนุนการทำงานให้สอดคล้องกับกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง
2. กำหนดหน่วยบริการทั้งเครือข่ายให้เห็นบทบาท ความเชื่อมโยงที่ชัดเจน ในประเด็น ODOP / OTOP และงานโรคระบาดและภัยสุขภาพ
3. กำหนดมาตรฐานคุณภาพการบริการให้สอดคล้องทั้งเครือข่าย ในระบบสนับสนุน ITA, FAI, PMQA และระบบบริการ HA, รพ.สต.ติดตาม อื่นๆ
4. วิเคราะห์แผนเงินบำรุง ความคุ้มค่า คุ่มทุนในการลงทุนด้านอาคาร/สถานที่/ครุภัณฑ์ การจ้างงาน การฝึกอบรมระยะสั้น/ระยะยาว ในงาน HRD และวางแผนจัดสรรบุคลากร พัฒนามาตรฐานบุคลากรระดับสหวิชาชีพเพิ่มขีดความสามารถระดับความเชี่ยวชาญในหลักสูตรต่างๆครอบคลุมทั้ง CUP ตามศักยภาพสถานบริการ เช่น กุมารแพทย์, พยาบาลเวชปฏิบัติ, พยาบาลเด็ก, พยาบาลIMC, พยาบาลPalliative care อื่นๆ
5. จัดตั้งศูนย์จัดเก็บรายได้เพื่อลดการสูญเสียดังกล่าวได้ โดยเน้นการบริการที่มีการบันทึก ตรวจสอบก่อนเรียกเก็บ ติดตามผลการเรียกเก็บ และคืนข้อมูลให้กับทีมบริหารเครือข่าย
6. กำหนด Service plan ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยบริการ/เครือข่าย/ผู้ป่วย/ประชาชน (Customer focus) และวางแผนพัฒนา ดำเนินงาน ระยะสั้น (1-2 ปี) และระยะยาว (3-4ปี) รวมถึงจัดให้บริการสุขภาพเชิงรับ และเชิงรุก
7. กำหนดแผนยุทธศาสตร์ Strategic planning and Supporting System ของเครือข่ายอำเภอ ว่างน้ำเย็น ให้มีทั้งระยะสั้น (1-2 ปี) และระยะยาว (3-4ปี) Strategic Goal และกำหนด ตัวชี้วัดในภาพ CUP จากนโยบายทุกระดับ และนโยบาย CUP เช่น ODOP / OTOP
8. กำหนดแนวทาง การสื่อสารยุทธศาสตร์ แก่ทีมบริหาร คปสอ.ว่างน้ำเย็น ร่วมกำหนดทิศทางนโยบายทุกระดับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าประสงค์ เชื่อมโยงสื่อสาร นำลงสู่ผู้ปฏิบัติ
9. กำหนดให้มีการรายงานความก้าวหน้าของแผนยุทธศาสตร์ในทุก 1 เดือน เพื่อรับรู้ความก้าวหน้า ปัญหาที่เกิดขึ้น และให้การตอบสนองทันที นำลงสู่ปฏิบัติการโดยใช้ระบบข้อมูลเป็นฐาน (Database) เพื่อรับรู้ ถ่ายทอด ตอบกลับสื่อสารปรับปรุงพัฒนาระหว่างกระบวนการ และติดตามผลการทำงาน ผ่านระบบเยี่ยมเสริมพลัง รพ.สต.รายไตรมาส เพื่อรับข้อมูลโอกาสพัฒนา
10. การกำหนดวาระการประชุม คปสอ.ทุก 2-3 เดือน : ครั้ง เพื่อประเมินผล CFO CUP ติดตามนโยบายผู้บริหาร ตัวชี้วัด และการติดตามโครงการ บริหารงบประมาณ การจัดการปัญหาเร่งด่วนจากรายงาน ความเสี่ยง และผู้อำนวยการโรงพยาบาล และสาธารณสุขอำเภอว่างน้ำเย็นจะเข้าร่วมประชุมที่ว่าการอำเภอ เครือข่าย อปท.ท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆ เพื่อคืนข้อมูลพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือ พขอ. ประเด็นท้าทาย และจุดเน้นทางด้านสุขภาพอำเภอ
11. การนำเสนอ ให้มีการมอบใบประกาศนียบัตรแก่ตำบลที่มีผลงาน พขอ.ดีเด่นในปีงบประมาณ 2566 ตามแนวทางที่พขอ. กำหนดจากการประชุมคณะกรรมการ พขอ.ว่างน้ำเย็น เช่น ตำบล พขอ.ดีเด่น เรื่อง การฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์ 100% ตำบล ,พขอ.ดีเด่น ด้าน แม่บุญธรรม ดูแลกระตุ้นให้แม่ฝากครรภ์ และทารกแรกเกิดน้ำหนัก >2,500 กรัม และรับวัคซีน 100% , หรือสพด.4 ดี ตำบลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน เป็นต้น

1.2 บทบาทการกำหนดประเด็น ODOP / OTOP/พขอ. /PA

มีการจัดประชุม CUP ทำกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาต่าง ทั้งตามนโยบาย area base ,ความต้องการของชุมชนนำ 5 อันดับสำคัญมาวิเคราะห์จากขนาดของปัญหา (size of problem) ความรุนแรงของปัญหา (ต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน) แนวโน้มการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา ความร่วมมือของชุมชนหรือความตระหนักของชุมชน และผลกระทบในระยะยาว (ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ สังคม) โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้นำเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้กำหนดประเด็นท้าทายเพื่อมุ่งสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ขององค์กรปีงบประมาณ 2566

ประเด็นขับเคลื่อนร่วมกันในเครือข่าย CUP วังน้ำเย็น ODOP : การดำเนินงาน NCD ไร้รอยต่อ

1.1 การดำเนินงานผ่านกระบวนการ “NCD Clinic plus” 6 องค์ประกอบ ในเครือข่าย เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การสร้าง Health literacy การรักษาด้วยแบบ Good control เพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรค NCD ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังน้ำเย็น ได้ร่วมกำหนดทิศทางการทำงานผ่านการประชุม NCD Board มอบนโยบายการทำงานในปี 2566 โดยเน้นให้ประชาชนสะดวกต่อการรับบริการทุกรูปแบบ ในด้านการรักษา การให้สุขศึกษา โภชนาการ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กระจายแผนการรักษาสู่ระดับ รพ.สต. โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อสม. ร่วมติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงในชุมชน ภายใต้การกำกับงานผ่าน การประชุม NCD Board โดยข้อมูลพบว่า ผู้ป่วย DM รายใหม่ ปี 2564 จำนวน 253 ราย , ปี 2565 จำนวน 289 ราย ผู้ป่วย HT รายใหม่ ปี 2564 จำนวน 555 ราย , ปี 2565 จำนวน 536 ราย ผู้ป่วย CKD3 รายใหม่ ปี 2564 จำนวน 135 ราย ปี 2565 จำนวน 183 ราย

การดำเนินงานที่มุ่งเน้น

1.2 การจัดบริการ PCU & NPCU ตามมาตรฐาน การจัดการเชิงรุก เชื่อมโยงมาตรฐาน เครือข่าย PCU & NPCU ตามมาตรฐาน กับมิติด้านส่งเสริมป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ การเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็ว

1.3 การนำกรณี Case ซับซ้อน ส่งเข้ารับการดูแลต่อเนื่องใน NCD Clinic เพื่อลดอัตราตายจาก 3S (Stroke STIMI Sepsis)

1.4 EMS Member Club ด้วย Application เพื่อลดอัตราตายจาก 3S (Stroke STIMI Sepsis) และการเข้าถึงเข้ารับบริการฉุกเฉินของกลุ่ม NCD และพัฒนาระบบเชื่อมโยงสู่ รพ.สต./สอ. ทุกแห่ง

1.5 นำรูปแบบ NCD @Home มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบ NCD ไร้รอยต่อ ตามบริบทพื้นที่

1.6 การคืนข้อมูล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เรื่อง 3S เพื่อให้มีการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างระดับอำเภอ โดยวางเป้าหมายการเข้าถึงบริการรวดเร็ว

กระบวนการดำเนินงาน (process) หน่วยบริการหลัก รพ.ดำเนินการดังนี้

1. ประชุมทบทวนพัฒนาการให้บริการ NCD (DM HT) ภาพ CUP อย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ
2. ปรับพัฒนา CPG โดยองค์กรแพทย์โรงพยาบาลวังน้ำเย็น

3. จัดแพทย์ออกตรวจ PCU / NPC และสอ.ครบทั้ง 7 แห่ง เดือนละ 9 ครั้ง (เดิมออกตรวจ 2 แห่ง Node หุงมหาเจริญและตาหลังใน)

4. วางระบบให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามเกณฑ์มาตรฐาน 3 ประเด็น กำหนดนโยบาย NCD ไร้รอยต่อ เพิ่มเติมจากระบบเดิม 3 ประเด็น ระบบยา ,ระบบLab ,การเสริมพลัง health literacy

ประเด็นที่ 1 ระบบยา นำpioglitazone ใช้กับผู้ป่วยในเครือข่าย ผลควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

ประเด็นที่ 2 ระบบ Lab แจ้งรพ.สต.ทราบผลภายใน 3 วัน ใช้ผลในการรักษาและปรับยาเร็ว

ประเด็นที่ 3 การเสริมพลังบุคคลและชุมชน health literacy กำหนดรูปแบบสร้างความรู้ความตระหนักผู้ป่วย DM HT โดยนักโภชนาการและนักวิชาการสาธารณสุขของCUP ที่ผ่านการอบรม health Actorกำหนดหลักสูตรในการสร้างครุ ก.ของ CUP

เครือข่ายมีกระบวนการ(process)ดำเนินการดังนี้

1. PCU / NPCU และสอ.ทั้ง 7 แห่งจัดทีมและสื่อสารกับผู้ป่วย ให้เป็นไปตามนโยบาย NCD ไร้รอยต่อ

2. ดำเนินการตามนโยบาย โดย จัดรูปแบบให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลNCD ไร้รอยต่อเพิ่ม 3ระบบ

2.1 ยา pioglitazone ผู้ป่วยที่ได้รับยาจัดระบบติดตามเจาะ HbA1C เมื่อครบ 3 เดือน

2.2 Lab เจาะผู้ป่วย DM HT ครบภายใน สิ้นเดือน มกราคม2566

2.3 health literacy สร้างความตระหนักผู้ จัดทีมครุ ก เรียนรู้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งCUP

2.4 ปรับปรุงกระบวนการเดิมประกอบด้วย (1) การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การตรวจ ตา ไต เท้า พบ Complication ส่งต่อแพทย์เฉพาะทางที่ รพร.สระแก้ว (2) EMS member club ฟื้นฟู ใน รพ.สต.

3. การนัดและการติดตามนัด แบ่งเป็นสีเขียว เหลืองแดง และการโทรติดตามนัด

4. ระบบส่งต่อ ประกอบด้วย เกณฑ์ส่งผู้ป่วยเข้ารพ. เกณฑ์ส่งผู้ป่วยกลับรพสต.

ประเด็นยุทธศาสตร์ / Area base ดำเนินงานต่อเนื่อง : มหัตถรย์ 1,000 วัน และวันโรค

1. การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ มหัตถรย์ 1,000 วัน Plus 2,500 วัน และ สพด.4D

จากการดำเนินงานมหัตถรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ.2562-ปัจจุบัน พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การขาดความรู้ ความเข้าใจถึงประโยชน์ของการฝากครรภ์ แม่วัยรุ่น เป็นต้น ส่งผลให้พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง (ปี 63 : 15.7 , ปี 64 : 18.87 และ ปี 65 : 22.83), ภาวะพร่องโภชนาการ (ปี 63 : 69 ราย , ปี 64 : 61 ราย และปี 65 : 51 ราย) จนนำไปสู่น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม (ปี 63 : 12.9 , ปี 64 : 3.23 และปี 65 : 3.64) และพัฒนาการสมวัย (ปี 63 : 94.36 , ปี 64 : 90.63 และปี 65 : 92.86) มีแนวโน้มลดลง และสูงตี-สมส่วน (ปี 63 : 50.36 ปี 64 : 41.29 และปี 65 : 48.82) ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์

ดังนั้น เครือข่ายสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น จึงขับเคลื่อนงานโดยใช้กลไกการทำงานร่วมกับทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) ในระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับชุมชน ร่วมกันดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพแม่ และเด็กในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือการดำเนินงานแบบองค์รวม กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ “จิตประภัสสร” และกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน และในส่วนของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ดำเนินงานโดยใช้เครื่องมือ สพด.4D

คือ (1.) การส่งเสริมด้านพัฒนาการ (Development) (2.) การส่งเสริมด้านโภชนาการ (Diet) (3.) การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันของเด็กปฐมวัย (Dental) (4.) การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย และปลอดภัยโรค (Diseases)

กิจกรรมปีงบประมาณ 2562-2565

ระยะตั้งครุภ : (1) ประชาสัมพันธ์โครงการสวไทยแก้มแดง และวิวิธสร้างชาติ (2) สร้างเครือข่าย อสม.แม่บุญธรรม อำเภอวังน้ำเย็น ในติดตามดูแลแม่และเด็กในชุมชน (3) มอบชุดสุขภาพ (นมและไข่) โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย

ระยะคลอด : การติดตามเยี่ยมหลังคลอดโดย ทีมสหวิชาชีพและ อสม.แม่บุญธรรม

ระยะหลังคลอด : (1) การติดตามเยี่ยมหลังคลอดโดย ทีมสหวิชาชีพและ อสม.แม่บุญธรรม (2) รมรงค์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน และการรับวัคซีนตามเกณฑ์

ปีงบประมาณ 2566 เครือข่ายสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น จึงมุ่งเน้นเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลแม่ และเด็ก เพื่อลดภาวะพร่องโภชนาการหญิงตั้งครุภ และทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม รวมถึงการ ส่งเสริมเด็กมีพัฒนาการสมวัย และ สูงดีสมส่วน ภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และ สพด.4D

กิจกรรมปีงบประมาณ 2566

ระยะตั้งครุภ : (1) โรงเรียนพ่อแม่ (จิตประภัสสร และการใช้คู่มือ DSPM) (2) อสม.แม่บุญธรรม ดูแล ภาย จิตประภัสสร & จิตสังคม

ระยะคลอด : พัฒนาศักยภาพ อสม.แม่บุญธรรม ในการดูแลแม่และเด็กในชุมชน

ระยะหลังคลอด : (1) ติดตามสุขภาพแม่ และเด็กหลังคลอด รวมถึงการนัดเข้ารับวัคซีนตามเกณฑ์ (2) ส่งเสริมการใช้คู่มือ DSPM (3) โรงเรียนพ่อแม่ในคลินิกฉีดวัคซีน (4) พัฒนาศักยภาพ อสม.แม่บุญธรรม และ เพิ่มกิจกรรม “คุณครูแม่บุญธรรม” / ผู้ดูแลเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมสู่มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และสปด.4D

การดำเนินงานที่มุ่งเน้น

1.1 ANC คุณภาพ เพิ่มการฝากครุภรายใหม่ก่อน 12 สัปดาห์ , ผล vallup curve ผ่านเกณฑ์ ผล HCT. ผ่านเกณฑ์ และได้รับการส่งเสริมชุดสุขภาพ

1.2 เด็ก 0-2 ปี รับ Vaccine ครบคลุม ,ผลประเมินพัฒนาการและกระตุ้นพัฒนาการสมวัย

1.3 เด็ก >2 - 5 ปี มีผลการประเมินพัฒนาการดี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ

1.4 เด็กใน สปด. มีผลการประเมินสูงดีสมส่วน

1.5 พัฒนา 1 ตำบล 1 สปด. ต้นแบบ ณ สปด.บ้านทัพหลวง ตำบลตาหลังใน

2. การดำเนินงานพัฒนาความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่ 4 ตำบล

เน้นการค้นหาผู้ป่วยเพื่อการควบคุมโรค เพิ่ม Success rate การรักษา ผู้ป่วยรักษาครบกระบวนการ ไม่ขาดยา ไม่ขาดนัด พัฒนาเครือข่ายการรักษาวัณโรคสู่ชุมชน โดยจากข้อมูลพบว่า อัตราป่วยด้วยวัณโรค (ต่อแสนประชากร) ปี 2564 (56 :64510) คิดเป็น ร้อยละ 86.81 , ปี 2565 (50: 61487) คิดเป็น ร้อยละ

81.32 ยังคงพบผู้ป่วยอยู่อย่างต่อเนื่อง ผลการค้นหาขึ้นทะเบียนผู้ป่วย Treatment coverage (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 90) (ขึ้นทะเบียนได้ในไตรมาสแรก ต.ค. - ธ.ค.) ปี 2564 ขึ้นทะเบียนได้ 10 : 111 คิดเป็น ร้อยละ 9.01 , ปี 2565 ขึ้นทะเบียนได้ 12 :111 คิดเป็น ร้อยละ 10.8 ยังคงต่ำกว่าเกณฑ์ ทางด้านอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (success rate) (เกณฑ์ \geq ร้อยละ 88) ในปี 2564 ร้อยละ 85.00 , ปี 2565 ร้อยละ 83.30 และอัตราตาย (เกณฑ์ $<$ ร้อยละ 5) ปี 2564 (3 : 56) คิดเป็น ร้อยละ 5.35 , ปี 2565 (1 : 50) คิดเป็น ร้อยละ 2.00 จึงเป็นปัญหาที่ต้องมีการดำเนินการแก้ไขในพื้นที่

การดำเนินงานที่มุ่งเน้น

- 2.1 ปรับรูปแบบการคัดกรองจากการห่านเป่าหมายด้วย X - ray mobile เป็นการคัดกรอง 3 Step จากชุมชนสู่ รพ. ด้วย Google form screening
- 2.2 การค้นหากลุ่มเสี่ยงเพิ่มจาก 7 กลุ่มเสี่ยงที่ สปสช.กำหนด คัดกรอง One stop Clinic ณ คลินิกบริการต่างๆ ของ รพ. (NCD Clinic / ARV Clinic/ COPD Clinic / ARI Clinic / คลินิกจิตเวช)
- 2.3 การพัฒนารูปแบบการรักษาผู้ป่วยวัณโรคตาม “โปรแกรม TB 4 วันเอาอยู่” โดยทีมสหวิชาชีพ จากในตึกผู้ป่วย สู่การนำ TB 4 day เอาอยู่ลงสู่ชุมชน
- 2.4 การสร้างเครือข่ายคลินิกวัณโรคในพื้นที่ 4 ตำบล ดำเนินการติดตามผู้ป่วย และทำ DOTs และพี่เลี้ยง อสม. ดูแลผู้ป่วยวัณโรค

2.การบริหารแผนกลยุทธ์

2.1 การจัดทำแผนและการถ่ายทอดแผนลงไปสู่การปฏิบัติ

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ได้ปรับกระบวนการจัดทำกลยุทธ์ให้เชื่อมโยง กับการพัฒนาคุณภาพ นำไปสู่การปฏิบัติโดยทีมนำเครือข่ายวิเคราะห์ทำ (SWOT Analysis) ข้อมูลพื้นที่, นโยบาย, Cost, Risk ระบบมาตรฐานสหวิชาชีพ ความท้าทายเชิงกลยุทธ์ (Goal) เชื่อมโยง แล้วมีการจัดทำแผนกลยุทธ์ ตัวชี้วัด(KPI) และการทำ KPI ทำทนายรายบุคคล แบบ OKRs (Objective & Key result) โดยมีการตั้งเป้าหมายของทุกคน สอดคล้องกันทั้งองค์กร และนำลงสู่การปฏิบัติ

ขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ภารกิจและผลลัพธ์โดยทีมนำวิเคราะห์ให้รู้ถึงภารกิจปัจจัยที่มีผลต่อผู้รับบริการ องค์กรเครือข่ายทั้งภายนอกและภายในเพื่อกำหนดกลยุทธ์เป้าประสงค์ความท้าทายตามบริบทเครือข่าย ว่างน้ำเย็น

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนจัดทำแผนกลยุทธ์ ทบทวนวิสัยทัศน์ พันธกิจ ค่านิยม เป้าหมาย ร่วมจัดทำแผนกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการรายปี เพื่อชี้แจงงบประมาณและทรัพยากรในภาพอำเภอร่วมกัน

ขั้นที่ 3 จัดทำแผนปฏิบัติการ โดยมีการประชุมสื่อสารแผนยุทธศาสตร์ให้ผู้รับผิดชอบงาน หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย/หัวหน้างาน ผอ.รพ.สต. และทีมงานที่เกี่ยวข้อง รับทราบนโยบายของอำเภอ และร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ จากนั้นนำแผนมากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และตัวชี้วัดให้สอดคล้องกับปัญหาของเครือข่าย และสื่อสารสู่บุคลากรทุกระดับ

ขั้นที่ 4 นำแผนลงสู่การปฏิบัติ โดยผู้รับผิดชอบจัดทำโครงการตามแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพของเครือข่ายผู้รับผิดชอบแผนงานรวบรวมแผนนำเสนอขออนุมัตินายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ดำเนินโครงการให้เสร็จสิ้นภายในเดือนสิงหาคม และเบิกจ่ายงบประมาณเสร็จสิ้นภายในเดือนกันยายน

ขั้นที่ 5 ควบคุมติดตาม และประเมินผลแผนปฏิบัติการ โดยรายงานที่นำมาในการประชุม คปสอ. และปรับแผน 6 เดือน เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น มีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ประเมินผลแผนปฏิบัติการราชการทุกเดือน ประเมินแผนเงินบำรุงของ รพ.สต.และแผน Plan fin ทุกเดือน และทุก 6 เดือน และปรับเปลี่ยนแผนรอบ 6 เดือน จากการประเมินผลอย่างต่อเนื่องจึงมีการปรับเปลี่ยน

ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

Non Trauma : Chronic : DM, HT, COPD, Asthma, มะเร็ง

Acute : STEMI, Stroke,SEPSIS

Trauma : Traumatic brain Injury, Multiple trauma

โรคติดเชื้อ-โรคติดต่อ : TB , Pneumonia จาก COVID 19 , COPD

ภัยสุขภาพ : Traffic accident , การฆ่าตัวตาย

โรคที่รับ Refer in : Palliative care ทุกโรค , Intermediate Care ผู้ป่วยใน Post stroke, Traumatic brain injury, Fracture hip bone

โรคที่มีข้อจำกัดในการให้บริการ / ต้องส่งต่อ : ผู้ป่วย STEMI, Stroke, ผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะ Multiple trauma DM, HT ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต, ตา, แผลที่เท้าที่ต้องผ่าตัด, โรคทางตา, ภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยที่ต้องพบแพทย์เฉพาะทาง ENT, จิตเวช, มะเร็ง, ศัลยกรรม และศัลยกรรมกระดูก,ตา

2.2 การวางแผนและการจัดสรรทรัพยากรและกำลังคน

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น มีการจัดสรรทรัพยากรด้านบุคลากร งบประมาณ ระบบงาน และวัสดุอุปกรณ์ ผ่านระบบเครือข่ายคปสอ.CFO เป็นคณะกรรมการเห็นชอบพิจารณาร่วมกันโดยมุ่งเน้นปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคสำคัญตามกลุ่มวัย ปัญหา ODOP OTOP PA และการใช้ พขอ.เป็นกลไกในการขับเคลื่อนในภาพอำเภอปี 2566 ดังนี้ (1) การจัดทำแผนงานโครงการภาพCUP (2) การพัฒนาบุคลากรตามประเด็นนโยบาย จุดเน้น ODOP / OTOPเช่น การส่งพยาบาลฟื้นฟูCPG โรค NCD , การสร้างครู ก health literacy (3) วางระบบแพทย์เวชศาสตร์ออกตรวจที่ PCU &NPCU (4) ส่งพยาบาลเรียนพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อช่วยดูแลรักษาเบื้องต้นที่ PCU (5)จัดระบบ NCD ไร้รอยต่อ 3 ประเด็นหลัก Lab , ยา , health literacy

3. การจัดการความรู้การวัด และการวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศ และการสื่อสาร

การจัดการความรู้

ปี 2564 - 2565 จัดการอบรมบุคลากร ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มโรค NCD ทบทวนกระบวนการทำงาน และวางระบบงานในภาพ CUP วางแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และติดตามการดำเนินงาน NCD Clinic plus ประชุมกำกับติดตามงานและผลลัพธ์ในการดำเนินงาน การประชุม PCT

กระบวนการเรียนรู้จากการทบทวนความเสี่ยงจากการให้บริการเพื่อค้นหาแนวทางการดูแลผู้ป่วย และวางระบบการให้บริการ จัดระบบการเรียนรู้ด้วยระบบการเรียนรู้จากหน้างาน การทบทวนกิจกรรมร่วมกัน จัดอบรมภายในโรงพยาบาลแก่บุคลากรในเครือข่ายในระยะโรคระบาด ได้แก่ CPR, การจัดอบรมของ IC การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ การซ้อมแผนอัคคีภัย โดยจัดการสอนแบบเรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญ และจากวิดีโอทัศน์

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอวังน้ำเย็นมีการพัฒนาบุคลากรด้านวิชาชีพในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการปฏิบัติงานโดย ปี 2566 ได้พัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ใน รพ.สต. อบรมฟื้นฟูเวชปฏิบัติ และอบรมการฝึกอ่านภาพจอประสาทตา มีการทบทวน CPG ผ่านการสอนของพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญการอ่านภาพจอประสาทตาด้วยเครื่อง Optical coherence tomography (OCT) พยาบาลวิชาชีพในรพ.สต. ฝึกตรวจห้องฟื้นฟูในงาน ANC คุณภาพ และครู ก. Health literacy

การวัดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อพัฒนาการดำเนินงาน

มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลวังน้ำเย็น (แม่ข่าย) ผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศรองรับการบริการสุขภาพ รวมถึงการมีและใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในงานด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการทั้ง 7 แห่ง รพ.สต. 5 แห่งและ สอ. 2 แห่ง ที่มี และใช้ดังนี้

1. โปรแกรมบันทึกข้อมูลการให้บริการ การรายงานผลและการตรวจสอบ การจัดเก็บฐานข้อมูลโดยใช้โปรแกรม JHCIS และ HosXP
2. โปรแกรมประมวลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของกระทรวง และเป็นศูนย์ข้อมูลระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใช้โปรแกรม Health Data center (HDC)
3. โปรแกรมคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนโดยใช้เว็บไซต์ของ Mental Health Check In เพื่อการเฝ้าระวังในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายสำคัญ เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเมื่อถูกค้นพบได้เร็ว จะได้รับการดูแลรักษาที่ทันเวลา
4. โปรแกรมประเมินประเมินสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่ โดยใช้ GG From ประเมินสุขภาพจิต เพื่อคัดกรองและเฝ้าระวังในกลุ่มเจ้าหน้าที่ที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจิต โดยให้คำปรึกษาจากนักจิตวิทยา และติดตามต่อเนื่อง 2 สัปดาห์
5. โปรแกรมงานระบาดวิทยา (R 506) ใช้บันทึกผู้ป่วยโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา เพื่อใช้เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อ พร้อมดึงรายงาน เพื่อความรวดเร็วในการรับรายงานกลุ่มโรคอันตราย
6. โปรแกรม Thai COC เพื่อการดูแลกลุ่มผู้ป่วยไร้รอยต่อ เช่น IMC, Stroke, CAPD, TB, เด็กพิเศษ, หลังคลอด, Palliative care, Stemi, และ Sepsis โดยมีการส่งต่อข้อมูลจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมายังโรงพยาบาลทุติยภูมิส่งข้อมูลให้หน่วยปฐมภูมิ เพื่อการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมพร้อมกับบูรณาการความต้องการ หรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน
7. โปรแกรมคัดกรองมะเร็งปากมดลูก HPV Screen ใช้เป็นฐานข้อมูลในการนำเข้า รายงานผลติดตามผล พร้อมระบบส่งต่อเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพและเพิ่มความรวดเร็วในการทำงาน

8. ระบบสารสนเทศอื่นๆที่สนับสนุน เช่นระบบ Internet เพื่อ การใช้ E-Mail ระบบ inventory เพื่อ ใช้จัดการเบิก-จ่ายคลังวัสดุ และ โปรแกรม Hosoffice เป็นฐานข้อมูลบุคลากรโรงพยาบาลและใช้ในงานธุรการ เช่นการลา การขอใช้ห้องประชุม ขอใช้รถ ตรวจสอบเงินเดือน

9. โปรแกรม e-Claim โปรแกรมที่ใช้สำหรับบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการทั้งผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน เพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขจาก สปสช. ตามเกณฑ์และเงื่อนไขที่กำหนด

การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร

มีการเชื่อมโยง data center รพ.สต. data center อำเภอ และ data center จังหวัด เพื่อสามารถ แก้ไขปรับปรุงข้อมูลและส่งออกให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถนำประโยชน์มาใช้ในการกำกับติดตาม และการให้บริการผู้ป่วย

1. วางระบบการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยผู้บริหารในการตัดสินใจ เช่น ระบบ GPS ,การ นำเสนอข้อมูลภาพ One page ,ติดตาม HDC ,วางระบบนำเสนอข้อมูลบริการนวัตกรรมบริการด้วยระบบ Line และSocial media ที่มี admin ดูแลเช่น face book, web page, หมอพร้อม DID อื่นๆ

2. กำหนดระบบสารสนเทศที่สำคัญเพื่อให้ผู้ปฏิบัติใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และการสื่อสาร ข้อมูลทั้งภายในภายนอกองค์กร เช่น การกำหนดให้ HDC เป็นข้อมูลหลักในการพัฒนางาน และกลุ่ม line ผู้ปฏิบัติงานเชื่อมโยงสารสนเทศของระบบสาธารณสุขและเครือข่ายสุขภาพต่าง ๆ

3. การนำโปรแกรมสำคัญเพื่อเป้าหมายลด cost ลดภาระงาน กำกับติดตามผลลัพธ์งาน การสื่อสาร ข้อมูล และงานอย่างเป็นระบบและทันสมัย และลดการใช้กระดาษรายงาน paperless ได้แก่ INVAS , HOSxP, JHCIS, HosOffice, Google sheet , Inventory , IPD Paperless

4. การสอนการใช้โปรแกรมสำหรับบันทึกข้อมูลการประเภผู้ป่วยนอกเพื่อขอรับค่าใช้จ่ายเพื่อบริการ สาธารณสุขจาก สปสช. เช่น โปรแกรม e-Claim , RCM , การยืนยันการเข้ารับบริการ Authen code

4. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

4.1 ความรู้ความสามารถและจำนวนของบุคลากร

4.1.1 การพัฒนาอัตรากำลังบุคลากร

มีการทบทวนกรอบโครงสร้างและภาระกิจตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข สธ 0201.032/21707 ลว.14 มิถุนายน 2560 ในปี 2562 ทีมกรรมการบริหารโรงพยาบาลวังน้ำเย็นมีการจัดบางหน่วยงานรวมกันเพื่อความสะดวกในการทำงาน เช่น งานกายภาพร่วมกับงานปฐมภูมิและองค์กรวม เพื่อการเชื่อมข้อมูลผู้ป่วยในกลุ่ม IMC , LTC,Palliative care งานโภชนาการร่วมกับกลุ่มการพยาบาล เพื่อการพัฒนาคุณภาพอาหารผู้ป่วย งานการเงิน/พัสดุร่วมกับงานบริหาร เพื่อการบริหารงานเชื่อมโยงกันทางระบบการคลัง/งบประมาณ

การทดแทนตำแหน่งหัวหน้าบริหารที่ลาออกได้มีการแต่งตั้งให้หัวหน้างานเภสัชกรรมทำหน้าที่บริหารจัดการแทน และมีการเตรียมความพร้อมการทดแทนล่วงหน้า มีการขออนุมัติจ้างเพื่อทดแทนเจ้าหน้าที่ลาออก เกษียณ หรือโยกย้ายในที่ประชุมกรรมการบริหารทุกเดือน

4.1.2. กำหนดตามกลุ่มศักยภาพบุคลากร

- กลุ่มกรรมการบริการ อบรมการจัดทำแผน กลยุทธ์ ยุทธศาสตร์ นโยบาย
- กลุ่มหัวหน้าหน่วย หัวหน้างานบริการ อบรมพฤติกรรมบริการ, 5 ส
- กลุ่มผู้ให้บริการวิชาชีพอบรมตามภาระหน้าที่เกี่ยวข้อง และวิชาชีพ เช่น การอบรมทักษะการ CPR การทบทวนแนวทางโรคตาม Driver diagram การฝึกปฏิบัติงานสลับจุดบริการ เพื่อการทดแทนการปฏิบัติงานได้
- กลุ่มผู้ให้บริการทั่วไป เช่น อบรมเรื่อง 5 ส, มาตรฐานHAS, พฤติกรรมบริการ มีการออกกำลังภายในเจ้าหน้าที่ ลดพุงลดโรค (รพ.) ร่วมกับ App Calori +ก้าวทำใจ
- อบรมเชิงปฏิบัติการในเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการเด็กทุก รพ.สต. ด้วยคู่มือ DSPM

4.1.3. อบรมภายในเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ HA เช่น การบันทึกเวชระเบียน ถูกต้องและให้ข้อมูลการบันทึกทางการแพทย์ที่

4.1.4. เครือข่าย CUP จัดทำแผนอบรมตามนโยบายองค์กร เช่น

- พัฒนาพยาบาลวิชาชีพ ใน รพ.สต. อบรมการฝึกอ่านภาพจอประสาทตา เพื่อดำเนินงาน NCD ไร้รอยต่อ
- อบรมบุคลากรในเรื่องโภชนาการ (Keto) ในการดูแลผู้ป่วย / ครู ก. Health literacy เพื่อการดำเนินงาน NCD ไร้รอยต่อ

4.2 การให้คุณค่ากับบุคลากรและการสร้างบรรยากาศในการทำงานเป็นทีม

การสร้างคุณค่าให้บุคลากรมีการเกษียณราชการด้วยการยกย่องให้เกียรติมีการส่งเสริมบุคลากรให้ประกวดผลงาน และเชิดชูเกียรติด้วยการกล่าวชื่นชมผลงานในที่ประชุม มีการส่งเสริมให้อบรมตามนโยบาย มีผู้บริหารโรงพยาบาล และสสอ. เป็นตัวอย่างของการปฏิบัติงานอย่างมีคุณค่า

- มีการจ่ายค่าตอบแทน ฉ.11 ให้เป็นปัจจุบัน และเพิ่มการจ่าย ฉ.11 ให้เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนทุกคนใน รพ.และมีนโยบายจ่ายค่า OT เพิ่มขึ้น 20% ในปี2565 เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตแก่เจ้าหน้าที่ให้ดีขึ้น
- มีการนำเอาผลการสแกนหน้า และการประเมินผลจากการดำเนินตัวชี้วัดในแต่ละรอบการประเมินมาใช้เพื่อให้เกิดความมีธรรมาภิบาลในการประเมินผลการปฏิบัติงานผลลัพธ์ทำให้ไม่มีข้อร้องเรียนด้านการประเมินผลงาน
- จัดกิจกรรมตักบาตรข้าวสาร อาหารแห้ง ทุกๆ 2 เดือน เพื่อมอบให้แก่ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียงและไว้ในโรงครัว รพ.วังน้ำเย็น เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดการร่วมมือร่วมใจ มีจิตสาธารณะ
- มีการประกวดวิชาการเป็นประจำทุกปี ผลลัพธ์พบว่าทุกหน่วยงานมี CQI /นวัตกรรม และได้รับรางวัลทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรได้มีผลงานที่ดี
- ผลการสำรวจ ดัชนีความสุข (Happinometer index) ปี 2565 ของเจ้าหน้าที่ พบว่า ภาพรวมบุคลากรมีความสุขคิดเป็น ร้อยละ 71.02 ซึ่งสูงกว่าปี 2562 - 2564 (ร้อยละ 60.24 ร้อยละ 67.72 และร้อยละ 70.02 ตามลำดับ) โดยพบว่า ด้านที่มีความสุขมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณดี ร้อยละ 76.32 รองลงมาคือ

ด้านน้ำใจดี ร้อยละ 75.16 ส่วนด้านที่มีความสุขน้อยที่สุด คือ ด้านสุขภาพการเงินดี ร้อยละ 62.33 รองลงมา คือ ด้านสุขภาพร่างกายดี ร้อยละ 63.33 และผลการสำรวจความผูกพันในองค์กรพบว่า ในปี2565 มีค่าร้อยละ 72.96 ซึ่งสูงกว่าปี2562 - 2564 (ร้อยละ 61.41 ร้อยละ 68.56 และร้อยละ 71.71 ตามลำดับ) สำหรับ ในปี 2565 ได้มีการจัดทำโครงการเพื่อลดภาระหนี้ในระบบสำหรับเจ้าหน้าที่ โดยจัดสรรเงินสวัสดิการโรงพยาบาลเพื่อให้ เจ้าหน้าที่ที่มีปัญหาหนี้ในระบบได้ยืมและคิดอัตราดอกเบี้ยร้อยละ 10 ต่อปี ไม่เกินคนละ 10,000 บาท ผลการดำเนินงานตั้งแต่ เดือน ต.ค.65 - ม.ค.66 พบว่า เจ้าหน้าที่มากู้เพื่อจ่ายหนี้ในระบบ จำนวน 13 คน โดยที่ทุกคนสามารถผ่อนชำระตามระยะเวลาที่กำหนดทุกคน สำหรับในด้านปัญหาสุขภาพร่างกายของเจ้าหน้าที่มีนโยบายให้ จนท.ทุกคนได้ตรวจสุขภาพประจำปี และตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งลำไส้ นอกจากนี้ยังมีการนำผลตรวจสุขภาพของเจ้าหน้าที่วิเคราะห์แยกเป็น กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยและกำหนดเป็นตัวชี้วัดการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงที่มี BMI มากกว่าหรือเท่ากับ 23 ให้ออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนัก สำหรับเจ้าหน้าที่กลุ่มปกติและกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมให้ออกกำลังกายตามนโยบายกระทรวงในแอปพลิเคชัน ก้าวทำใจ นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมตามเทศกาลสำคัญ ปีใหม่ สงกรานต์ และมอบของขวัญในวันเกิด คลอดบุตร และเยี่ยมให้กำลังใจ เมื่อมีบุคลากรเจ็บ ป่วย

5. การจัดการกระบวนการ

การออกแบบ จัดการ และการปรับปรุงกระบวนการภายในสถานพยาบาลเครือข่ายมีการแบ่งเป็นระดับงานที่ต้องทำตามนโยบาย งานท้าทาย งานเชิงระบบที่ต้องเชื่อมโยงกับหน่วยบริการหลัก PCU และ NPCU และการพัฒนาระบบงานคุณภาพPMQAเชื่อมโยงกับ ระบบงานHA 12 ระบบ มาตรฐานสหวิชาชีพ และมาตรฐานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น NCD Clinic Plus 6 องค์ประกอบ โดย เป้าหมายสำคัญคือผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีระบบดูแล ให้เข้าถึงเข้ารับบริการได้รวดเร็ว เหมาะสม ปลอดภัย ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ

5.1 การจัดการกระบวนการงาน

การบริการในสถานบริการ

OPD การจัดการบริการผู้ป่วยนอกและคลินิกพิเศษใน รพ. ให้บริการผู้ป่วยนอกแยกโซนให้บริการ 2 ชั้น ลดการแออัดใน รพ.สต. มีการกำหนดวันเวลาให้บริการผู้ป่วยจำแนกตรวจรักษาโรคทั่วไปช่วงเวลา 06.30 - 15.30 น. และมาตรวจตามนัดคลินิกโรคเรื้อรัง เช่น DM HT COPD CKD ตามนัดหมาย โดยคลินิกโรคเบาหวานทุกวันพุธและวันศุกร์ คลินิกโรคความดันโลหิตสูงและโรคไตทุกวันจันทร์ - อังคาร คลินิก COPD ทุกวันพฤหัสบดี จัดแยกโซนคลินิก ARI IC คัดแยกผู้ป่วยที่มีโรคติดต่อที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อได้ และโซนคลินิก ARI COVID บริเวณเตนท์นอกอาคาร แผนการพัฒนา (1) เพิ่มพื้นที่บริการรองรับ NCD Clinic plus (2)ออกแบบระบบ OPD ลดระยะเวลารอคอย (3) ประเมินมาตรฐานคลินิก CD และ NCD (4) จัดเก็บข้อมูลการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยาและระบบสนับสนุนยา นำมาวางแผนรายปี เพื่อลด cost (5) จัดประชุมวิชาการตามลักษณะการเกิดโรคเพื่อเตรียมความพร้อมให้บริการ

OPD การจัดบริการผู้ป่วยนอกใน รพ.สต. ตรวจรักษาโรคทั่วไป และคลินิกผู้มีอาการสงสัยโรคทางเดินหายใจและผู้ป่วยโรคโควิด-19 และผู้รับบริการทั่วไปและให้บริการฉีดวัคซีนแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายในวันและเวลาที่กำหนดของ Node

ER การจัดบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินใน รพ. มีการจัดโครงสร้างตามกองแบบแผนการดำเนินงานโดยภายใต้เกณฑ์ ER คุณภาพ จัดให้บริการตรวจโรคฉุกเฉินและโรคทั่วไปโดยมีการคัดกรอง Triage ตามความฉุกเฉิน มีการออกรับ EMS พร้อมจัดซ้อมแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ปีละ 1 ครั้ง แผนพัฒนา (1) โครงสร้างพื้นที่มาตรฐานลดความแออัดของ ER จัดพื้นที่แยกโรค แยกจุดพินคินซีฟ (2) แผนการจัดระบบสนับสนุน Waiting area/room , AOC , Emergency Care Information System

IPD ผู้ป่วยใน พัฒนาระบบโครงสร้างมาตรฐาน IPDขนาด F2 พิจารณาจาก ความต้องการใช้พื้นที่บริการ และคู่มือการออกแบบ IPD กองแบบแผนกระทรวงสาธารณสุข ระบบบริการมาตรฐานIPD ระบบรับ ดูแล D/S ระบบสนับสนุนบริการเช่น เวชภัณฑ์ไม่ใช้ยา BP ฯลฯ แผนพัฒนา (1) พัฒนาปรับปรุงสภาพแวดล้อมตึกผู้ป่วยใน จัดสรรพื้นที่รองรับผู้ป่วยและญาติ (2) พัฒนาห้องพัก ห้องสุขา และเพิ่มสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติ และเตรียมพร้อมยกระดับปรับพื้นที่ และบริการอาคาร 4 ชั้น

คลินิก TB / ARV ใน รพ. ให้บริการคลินิก TB ทุกวันพฤหัสบดี ณ อาคารโดมโปร่ง จัดแยกโซนชัดเจน มีการให้บริการเจาะแลป พบแพทย์ จ่ายยา ภายในจุดเดียว ลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ จัดระบบคัดกรองผู้สัมผัส/ระบบติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านแบบ One stop Clinic, verbal google form จัดตั้งชมรมผู้เพื่อฟื้นวันของเรา แผนพัฒนา (1)กระบวนการคัดกรองค้นหาวัณโรคเชิงรุกในชุมชนในกลุ่มเสี่ยงทั้ง 7 กลุ่มรูปแบบการประเมินความเสี่ยงด้วย Google Form (2) One Stop service TB Clinic treatment (3) โปรแกรม TB 4 Day เอาอยู่ในชุมชน (4) อสม.พี่เลี้ยงการทำ DOTs ในการรักษาของผู้ป่วย

คลินิกฝากครรภ์ ANC ให้บริการตามมาตรฐานบริการ ANC คุณภาพ เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ภายใต้กระบวนการโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต เพื่อดำเนินการในทุกช่วงระยะตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ฝากครรภ์ คลอด หลังคลอด จนถึงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กและภาวะโภชนาการสูงสุดมีส่วนร่วม แผนพัฒนา (1) ประเมิน ANC คุณภาพ หาส่วนขาด และพัฒนาสนับสนุนตามส่วนขาดรายไตรมาส (2) แผนการจัดระบบสนับสนุน โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน ด้วยการประเมิน Vallop curve สู่ 2500 วัน + สพด. 4D (3) ติดตามค่า HCT และติดตามฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ (4) ติดตามการคลอดของมารดา ทารกแรกเกิดน้ำหนัก >2,500 กรัม (5) ปรับระบบ ANC ฝากครรภ์ครั้งแรก ให้มาที่โรงพยาบาลทุกราย และครั้งต่อไปส่งต่อ รพ.สต หากมี Vallop curve ต่ำรพ.สต.สามารถดูข้อมูลเพื่อดำเนินการต่อเนื่องจาก Google Link Online

คลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็ก จัดตั้งระบบการดูแลพัฒนาการเด็กผ่านเครือข่ายวังน้ำเย็น ประเมินพัฒนาการตามมาตรฐานการคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี วางระบบการดูแลพัฒนาการเด็กทั้งเครือข่ายและพื้นที่ใกล้เคียงโดยมีกุมารแพทย์เป็นที่ปรึกษา แผนพัฒนา (1) ถ่ายทอดระบบสู่เครือข่าย สสอ. รพ.สต. (2) คัดกรองพัฒนาการเด็กด้วย TDA4I PDDsQ SNAP IVหรือเครื่องมืออื่นๆ (3) พัฒนาระบบการดูแลกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้ระบบอาสาสมัครครอบครัวกระตุ้นพัฒนาการ ฝึกทักษะผู้ปกครองในการกระตุ้นพัฒนาการ

เด็ก (4) จัดทำห้องกระตุ้นพัฒนาการตามมาตรฐานแนวทางการจัดบริการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี (5) ค้นข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อกระตุ้นให้เกิดการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องทุกภาคส่วน

คลินิกวางแผนครอบครัว บริการวางแผนครอบครัว ยากิน ยาฉีด ใส่ยาฝังคุมกำเนิด การจัดคัดกรอง มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก แผนพัฒนา พัฒนาการกระบวนการดูแลติดตามกลุ่มเป้าหมายรับบริการคัดกรอง มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

คลินิกวัคซีนพื้นฐาน Well Baby บริการให้วัคซีนป้องกันโรคตามโปรแกรมเด็ก 0-5 ปี การคัดกรอง พัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ด้วย DSPM, DAIM กระบวนการดูแลกระตุ้นพัฒนาการเด็ก TEDA4I จัดทำห้องกระตุ้น พัฒนาการตามมาตรฐาน เพิ่มจำนวนเด็กแข็งแรงสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกายและสติปัญญา แผนการพัฒนา (1) แนวทางการจัดบริการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กแรกเกิด พัฒนาโดยครอบครัวและชุมชน

คลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด บริการรักษาพยาบาลโดยจิตแพทย์ 1 ครั้ง/เดือน คัดกรอง 2Q 9Q ageing group มีระบบยาใจใกล้บ้าน ระบบชมรมจิตเวชดูแลส่งต่อ รพ.จิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ คลินิกบำบัด ยาเสพติด matrix program ในเครือข่าย คัดกรอง ในสถานศึกษาบำบัดรายกรณี ตรวจคัดกรองผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มเสี่ยง แผนพัฒนา (1) จัดคลินิกจิตเวชต่อเนื่อง พัฒนาสถานที่ให้ปลอดภัยทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ (2) พัฒนาการกระบวนการตรวจติดตามผู้ขาดยารายสัปดาห์ และแจ้งเครือข่ายให้ติดตามทางไลน์ cup /อสม. (3) จัดทีมยาใจ ใกล้บ้านนำยาไปให้ที่บ้าน (4) แผนจัดทำห้องแยกผู้ป่วยเสนอให้เตรียมกลุ่มการพยาบาลดำเนินการ (5) ออกให้บริการบำบัดยาเสพติดในสถานศึกษา สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (6) แผนจัดเตรียมห้องบำบัดเพิ่มเนื่องจากผู้รับบริการ บำบัดเพิ่มจำนวนสัปดาห์ละ 30-35 ราย

งานกายภาพบำบัด บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย และเสริมสร้างความแข็งแรงของโครงร่าง ทางกายภาพ ปฏิบัติงานร่วมกับทีม IMC Ward แผนพัฒนา (1) จัดคลินิกกายภาพบำบัดจันทร์ – ศุกร์ ในเวลา ราชการ (2) แผนจัดเตรียมห้องกายภาพบำบัดเพิ่มเนื่องจากผู้รับบริการบำบัดเพิ่มจำนวนสัปดาห์ละ 20-25 ราย/วัน (3) บริการเชิงรับและเชิงรุกในกรณี stroke และ IMC

งานทันตกรรม จัดคลินิกทันตกรรมบำบัด บริการคัดกรองเชิงรุกกลุ่มนักเรียน กลุ่มประชาชน และ กลุ่มผู้รับบริการ ณ คลินิกต่างๆ ของ รพ. บริการกลุ่มพิเศษ เช่น กลุ่มผู้ป่วย NCD ANC แผนพัฒนา (1) คลินิก ทันตกรรมบำบัด จันทร์ถึงศุกร์และส่ง รพ.สต.บริการ เฉพาะจันทร์-ศุกร์ งานเชิงรุกดำเนินการ (2) บริการ คัดกรองเชิงรุกกลุ่มผู้สูงอายุคัดกรองส่งต่ออย่างต่อเนื่อง (3) บริการอนามัยโรงเรียนคัดกรองส่งต่ออย่างต่อเนื่อง (4) บริการคัดกรองกลุ่ม ANC และ ดูแลกลุ่มเด็ก 1.6 ปีในคลินิกเด็กดี

ระบบยาปัจจุบันและแผนไทย บริการจ่ายยาแผนปัจจุบัน และจ่ายยาแผนไทย ควบคุมคุณภาพยา กลุ่ม สำคัญต่างๆ แผนพัฒนา (1) การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์นอกบัญชี เพื่อกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรค NCD

งานเทคนิคการแพทย์และงานรังสี บริการตรวจติดตาม LAB มีการรายงานค่าวิกฤติ มีระยะเวลา ประกันเวลารอคอยผล LAB มีระบบคุณภาพมาตรฐาน ISO 15189 แผนพัฒนา (1) บริการตรวจติดตาม LAB ในรพ.สต.และสนับสนุน วัสดุอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ (2) มีการควบคุมคุณภาพชุดทดสอบ เช่น DTX UPT HCT (3) จัดประชุมการเก็บส่งตรวจและการตรวจน้ำตาลปลายนิ้วทุก 1 ปี

งานแพทย์แผนไทย บริการตรวจรักษาจ่ายยาทางแผนไทยและการดูแลมารดาหลังคลอดด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย บริการนวดสุขภาพ คลินิกแพทย์แผนไทยOPDคู่ขนาน คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย มีการผลิตยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน WHO GMP บริการเสริมด้วยยาสมุนไพรและการให้บริการด้านแพทย์แผนไทยในกลุ่มผู้ป่วย NCD เช่น การแช่เท้า การอบสมุนไพร การประคบร้อน การจ่ายยาบรรเทาอาการปวด แผนพัฒนา (1) อบรมเพิ่มศักยภาพเครือข่ายแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.

กระบวนการงานในโรงพยาบาลร่วมกับเครือข่าย รพ. มีการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย โดยออกให้บริการกลุ่มผู้ป่วย NCD ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผ่านการออก PCU ทุก รพ.สต./สอ. โดยออกให้บริการ รพ.สต.ตาหลังใน เดือนละ 2 ครั้ง รพ.สต.ท่าตาสี เดือนละ 1 ครั้ง รพ.สต.ทุ่งมหาเจริญ เดือนละ 2 ครั้ง รพ.สต.คลองตะเคียนชัย เดือนละ 1 ครั้ง รพ.สต.คลองจระเข้ เดือนละ 1 ครั้ง สอ.คลองหินปูน เดือนละ 1 ครั้ง และ สอ.คลองตาสูตร เดือนละ 1 ครั้ง

5.2 การออกแบบจัดการ และปรับปรุงกระบวนการของแผนงาน/โครงการที่ดำเนินการในชุมชน

การออกแบบการจัดการ (Process management) คือวิธีการที่ คปสอ.ใช้เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและประสงค์ โดยระบบแบบงานต้องเกี่ยวข้องกับ ผู้ปฏิบัติงานใน OTOP เครือข่าย ผู้รับส่งมอบ ผู้ส่งมอบ ระบบสนับสนุนทรัพยากร ปัจจัยหลากหลายที่เกี่ยวข้อง

การออกแบบระบบบริการร่วมกับเครือข่าย

1. การออกแบบวิธีการดำเนินการโครงการ “ระบบเครือข่าย ตามประเด็น ODOP/OTOP/พชอ./PA” โดยประธาน รองประธานและผู้ประสาน ร่วมพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูล จากปัญหาพื้นฐาน area base วางแผนกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภาพรวมเครือข่ายทั้งอำเภอ จำแนกข้อมูลเป็นโครงการภาพตำบล OTOP/ภาพอำเภอ ODOP/พชอ./PA” ทำ METRIX และนำเสนอภาพข้อมูลระดับอำเภอจัดทำโครงการผ่านคณะกรรมการ คปสอ, คณะกรรมการ พชอ. นำสู่คณะกรรมการ สปสข. รายตำบลให้การสนับสนุน โดยประเด็นปี 2566 มุ่งเน้นร่วมกัน ภาพเครือข่าย คือ NCD ไร้รอยต่อ

2. ระบบการสนับสนุนเครือข่ายบริการสุขภาพใน CUP รพ.สต.กำหนดการสนับสนุนตามปัญหา ยุทธศาสตร์ , ปัญหาArea base , ประเด็น PA กำหนดสิ่งที่ต้องการสนับสนุนรายเดือนมาตรฐาน หรือรูปแบบโครงการฯ ตามมาตรฐานบริการสุขภาพ ได้แก่

2.1 การสนับสนุนบุคลากรร่วมกันในเครือข่าย เช่น แพทย์ , พยาบาลเวชปฏิบัติ,แผนการส่งบุคลากรศึกษาต่อ การสนับสนุนบุคลากรร่วมให้บริการใน PCU การตรวจสุขภาพประจำปี (Lab) การตรวจจอประสาทตา การลงพื้นที่ 4 ตำบลให้บริการดูแลผู้ป่วยด้วยสหวิชาชีพ (IMC)

2.2 การสนับสนุน,เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา,อุปกรณ์ตรวจพิเศษ เช่นเครื่องถ่ายภาพจอประสาทตา ,อุปกรณ์ระบบ LAB , ยาทั้งแผนปัจจุบันและแผนไทยเช่น การสนับสนุนยานอกบัญชีหลัก เพื่อมุ่งเน้น Good Control กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2.3 การสนับสนุนงบประมาณโครงการภาพ CUP ร่วมดำเนินการโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต โครงการตรวจคัดกรองค้นหาวัณโรคเชิงรุกในชุมชน โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพแบบบูรณาการกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD CA OV

2.4 การสนับสนุนด้านวิชาการ เช่นการอบรมฟื้นฟูพยาบาลเวชปฏิบัติ การฟื้นฟูพยาบาลฝากครรภ์

2.5 การพัฒนาเชิงกระบวนการ เช่นการพัฒนาระบบบริการมาตรฐานเดียวกันที่ CUP เช่น ระบบคัดกรอง TB 7 กลุ่มเสี่ยง การเอ็กเรย์ในโรงพยาบาล

2.6 การพัฒนามาตรฐานบริการสุขภาพไร้รอยต่อ ภาพ CUP ได้แก่ปี 2566 NCD ไร้รอยต่อ มาตรฐาน 6องค์ประกอบร่วมกับ Clinic NCD Plus , “NCD Wang namyen Model”

3. ระบบที่เสี่ยงในการสนับสนุนประสานงานระหว่างและติดตามการจัดบริการสหวิชาชีพ

3.1 การติดตามควบคุมกำกับด้วย KPI OKRs จังหวัดสระแก้ว ตามมาตรฐานสหวิชาชีพ และตามโปรแกรมสำคัญ ได้แก่

- โปรแกรม HDC หัวหน้างานติดต่อรายเดือน และรายไตรมาส
- OTOP/ODOP/พชอ./PA เสนอรายเดือน และไตรมาส
- ขับเคลื่อน Monitor งานโดยทีม คปสอ.

3.2 Line group ระบบสนับสนุน ดำเนินการงาน ระยะต้น กลาง ปลาย เพื่อให้บรรลุเป้าหมายมีการวิเคราะห์ ปรับปรุงกระบวนการงาน monitor ต่อเนื่อง โดยทีมmanager รายเดือนนำเสนอหัวหน้างาน และกรรมการคปสอ. เช่น Palliative line

3.3 ประเมินผลลัพธ์โครงการมีเป้าหมายการดำเนินงานเครือข่ายนำเสนอ คปสอ.ตามนโยบาย

การออกแบบบริการร่วมกับชุมชน

จากการทำงานร่วมกับชุมชน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประชุมคืนข้อมูลเครือข่ายทุกระดับเพื่อให้มีการสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมสร้างสุขภาพ เช่น ประสาน อสม.ช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ตามแนวทางนโยบายสุขภาพในที่ประชุม อสม. ,อำเภอ,ตำบล ตามประเด็น ODOP /OTOP+พชอ. / เพื่อให้เกิด community participation & partnership ทำให้ชุมชน และผู้บริหารชุมชนหันมามีบทบาทในการจัดทำโครงการตามข้อมูลที่ได้รับและนโยบายที่เกี่ยวข้องมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการสปสข. เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น เป็นต้น การร่วมออกแบบบริการ การควบคุมกำกับ สนับสนุนงบประมาณ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการ ปีงบประมาณ 2566 เพื่อคัดกรองสุขภาพต่อภาวะเสี่ยงโรค NCD CA ในชุมชน โดยแกนนำ อสม. และโครงการคัดกรองการพลัดตกหกล้มและวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุและมีการดำเนินโครงการ LTC ครอบคลุมทุกตำบล การมีโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบในตำบลวังน้ำเย็น และทุกตำบลต่อไป แสดงให้เห็นว่า ชุมชนขับเคลื่อนด้านสุขภาพและช่วยเหลือกันเพิ่มขึ้น เช่น การลงพื้นที่เข้าร่วมคัดกรองสุขภาพพร้อมทีม อสม. การอบรมทักษะการคัดกรองแก่แกนนำชุมชน การคิดภาระงาน CG

ให้กับ อปท.เพื่อส่งเสริมให้ อปท. จัดงบประมาณในการจ้าง CG ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตำบลวังน้ำเย็น 10 คน ในปี 2565เพื่อช่วยขับเคลื่อนงาน IMC<C&Palliative care &home ward

6. การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ

การมุ่งเน้นผู้รับบริการประชาชนในพื้นที่ และผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ การรับรู้ความต้องการ/ความคาดหวังของผู้รับบริการในพื้นที่ และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มผู้รับบริการมี 10 กลุ่ม ได้แก่

กระบวนการดูแลผู้รับบริการ ประกอบด้วย

มีการสำรวจกลุ่มตัวอย่างรับรู้ความต้องการรายกลุ่ม 10%ของจำนวนผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ , นำมาวางแผนพัฒนาระบบงานเพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการ ผู้รับผิดชอบกำกับติดตามงานรายหน่วยงานทั้งเครือข่ายและประเมินผลลัพธ์ นำมาพัฒนาในปีต่อไป ดังนี้

1. กลุ่มผู้รับบริการทั่วไป

ความต้องการ/ความคาดหวัง : ความรวดเร็ว ความพึงพอใจ ไม่ตรีจิตได้ รับคำปรึกษาและคำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม

แผนการพัฒนา : พัฒนาระบบคุณภาพเครือข่าย ด้วย QLN 6 ระบบงาน ลดแออัดในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาการรอคอย เปิดช่องทางรับข้อมูลความต้องการเพิ่มเติมและสื่อสารแนวทางปฏิบัติ เช่น การทำระบบยาใจใกล้บ้าน ปี 2566 ทำจุดเน้น เรื่อง NCD ไร้รอยต่อ

2. กลุ่ม Acute & Emergency

ความต้องการ/ความคาดหวัง : Safety ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง การส่งต่อที่ทันเวลา ปลอดภัย

แผนการพัฒนา : แผนการพัฒนาโรคตาม service plan ได้แก่ HI, Multiple trauma, MI,Alcohol withdrawa, Traffic Accident DHF 3 Stroke, STEMI , sepsis ปี 2566กำหนดประเด็นที่งานHA โดยเฉพาะระบบงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ให้ทัน Golden period

3. กลุ่ม Chronic (Good Control & Good habit)

ความต้องการ/ความคาดหวัง : ประชาชนได้รับการคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยจำแนก3 กลุ่ม (กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) โดยกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคล โดยมีทีม 3 หมอลงติดตามประเมินผลในชุมชนรพ.สต. 6 แห่ง และโรงพยาบาลได้รับการส่งต่อข้อมูลของโรคและการรักษาของผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการ ดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในชุมชนและที่โรงพยาบาลการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยไม่ขาดนัด

แผนการพัฒนา : การตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี การดูแลต่อเนื่องแผนพัฒนารายโรค ได้แก่ DM HT COPD/Asthma มะเร็งชนิดต่างๆ ทำระบบส่งต่อโดยบันทึกข้อมูลสำคัญของโรคและการรักษาของผู้ป่วย โดยใช้ระบบ refer ให้ผู้ป่วยนำข้อมูลลงสู่ชุมชน และโรงพยาบาลโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยก่อนวันนัด 3 วัน โดยจะติดตามในกลุ่มที่ผู้ป่วยที่มีค่า BP > 180/100 mmHg และผู้ป่วยที่มีประวัติขาดนัดต่อเนื่องตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป ถ้าโทรศัพท์ติดตามไม่ได้จะมีการประสานอสม./รพ.สต.ในพื้นที่ให้ติดตามต่อ

4. กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายได้

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (Safety ไม่แพร่กระจายเชื้อ)

แผนการพัฒนา : แผน พัฒนารายโรคได้แก่ HIV TB จัดกลุ่มผู้ป่วยและ คลินิกการแยกการจำกัด การข้อมูลการดูแล โดยมี พยาบาลรับผิดชอบตรง ปี 2566 เพิ่มการคัดกรองเชิงรุก 7 กลุ่มเสี่ยง

5. กลุ่มแม่และเด็ก

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) การฝากครรภ์คุณภาพ (2.) เด็กทารกแรกเกิดมีน้ำหนัก >2,500 กรัมขึ้นไป (3.) ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย (4.) พัฒนาการสมวัย (5.) สูงดี-สมส่วน

แผนการพัฒนา : (1.) โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และ สพด.4D (2.) โรงเรียนพ่อแม่ (3.) กิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า ปี 2566 โรงเรียนพ่อแม่ (จิตประภัสสร) และ “คุณครูแม่บุญธรรม”

6. กลุ่มผู้สูงอายุและภาวะ เปราะบางผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

6.1 กลุ่มติดสังคมและมีความเสื่อมของร่างกายจิตใจ

6.2 กลุ่มติดบ้านติดเตียง

ความต้องการ/ความคาดหวัง : สุขภาพแข็งแรง ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพต่อเนื่อง

แผนการพัฒนา : (1.) ตามโครงการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพคัดกรองBGS (2.) โครงการ Long term care ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2566 (3.) จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุรองรับการส่งต่อ ติดตาม case complex ดูแลเน้นกลุ่มพลัดตกหกล้มและสมองเสื่อมอื่นๆ (4.) จัดตั้ง Home ward รองรับ IMC & LTC & PC (5.) พัฒนาทีม อพมก. /CG ในการดูแลร่วม (6.) เตรียมครอบครัวที่มีผู้สูงอายุให้เป็น อสค.รองรับ แนวน้อมในอนาคต (7.) ฟื้นฟูและสร้าง อสม.ทุกคนให้มีศักยภาพเป็น อสม.ผู้ฟื้นฟูสุขภาพดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (8.) พัฒนาโรงเรียนผู้สูงอายุ 1 โรงเรียน 1ตำบลต้นแบบ ร่วมกับ “โรงเรียนผู้สูงอายุเมืองวังน้ำเย็น เมืองแห่งความสุขของคนทุกวัย”

7. ผู้พิการ

ความต้องการ/ความคาดหวัง : ได้รับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง การฟื้นฟูร่างกายให้ Function ดีขึ้น

แผนการพัฒนา : (1.) การดูแล ต่อเนื่อง อาสาสมัครดูแลคนพิการ (อพมก.) แบบ Holistic care (2.) จัดระบบเชื่อมต่อ Inter- mediant care & Long term care กรณี คะแนน ADL0-4 (3.) วางแผน ทำ Family training Room เชื่อมโยงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

8 . กลุ่มแรงงานต่างด้าว

ความต้องการ/ความคาดหวัง : ได้รับความฟรี,สื่อสารเข้าใจกัน,ได้รับการดูแลตามหลักสิทธิมนุษยชน การขึ้นทะเบียน และการบังคับใช้ตามกฎหมาย

แผนการพัฒนา : ปี 2566 มีป้าย 2 ภาษา คัดกรองสุขภาพเข้าทำงานในประเทศโดย outsource มีมุม บริการชาวต่างด้าวบริการแบบ One stop service

9. กลุ่มผู้ป่วย Palliative care

ความต้องการ/ความคาดหวัง : เพื่อให้ผู้ป่วยประคับประคองและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ

แผนการพัฒนา2566 : (1.) ส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยประคับประคอง (2.) ประชาสัมพันธ์ “พินัยกรรมชีวิต (Advance care plan)” สู่ชุมชน

10. จิตเวชและยาเสพติด

ความต้องการ/ความคาดหวัง : การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชสารและยาเสพติดโดยทีมสหวิชาชีพ กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องถึงชุมชน การติดตามผลลัพธ์ของการดูแลรักษา

แผนการพัฒนา2566 : จัดตั้งคลินิกจิตเวชและยาเสพติดจัดสถานที่เป็นสัดส่วนปลอดภัย มีโครงการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนในชุมชน

2.3.2. กลุ่มผู้ป่วยโรคที่มีความสำคัญ : กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่และพัฒนาตาม SERVICE PLAN

กลุ่มโรคเรื้อรัง(Chronic Disease)

1. โรคเบาหวาน

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และคุมโรคได้ (HbA1C <7) เพิ่มขึ้น (2.) ลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM (3.) ลด Admit ด้วย Hypoglycemia และ Hyperglycemia

แผนการพัฒนา2566 : (1.) พัฒนาระบบการดูแลรักษาด้วยยาและอาหาร การเสริมพลังใน รพ.สต. เพื่อดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน (2.) จัดระบบติดตามประเมินภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ในเครือข่าย และส่งต่อการดูแลในเครือข่าย (3.) เพิ่มความครอบคลุม Ems Member club ไปยัง รพ.สต. ให้เข้าถึงการดูแลพฤติกรรมและภาวะฉุกเฉินทั้งเครือข่าย โดยเริ่มต้นที่ตำบลวังน้ำเย็น และขยายต่อเนื่องทั้งเครือข่าย กลุ่ม DM HT NCD (4.) การสร้างครุ ก. ทางด้านภาวะโภชนาการทั้งเครือข่าย (HA NCD ไร้รอยต่อ)

2. ความดันโลหิตสูง

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดปัจจัยเสี่ยงทางโภชนาการ (ลดโซเดียม) (2.) ลดกลุ่มป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน (3.) ลดการขาดนัด ขาดยา

แผนการพัฒนา2566 : (1.) ปรับระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด 1 สัปดาห์ ด้วยระบบ อสม. On line ใกล้เคียง เมื่อผู้ป่วยขาดนัด 1 สัปดาห์ (2.) มีการคำนวณค่า eGFR และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจาก CKD โดยทีมสหวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลระดับความดันโลหิต เพื่อวางแผนพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มสีต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง ด้วยการคืนข้อมูลกลุ่มป่วย และกลุ่มเสี่ยงที่ต้องทำการควบคุมให้ทีมหมอครอบครัว (3.) เพิ่มความครอบคลุม Ems Member club ไปยัง รพ.สต. (4.) การสร้างครุ ก. ทางด้านภาวะโภชนาการทั้งเครือข่าย (HA NCD ไร้รอยต่อ)

3. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ผู้ป่วยควบคุมอาการของโรคได้ (2.) ผู้ป่วยสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง และเหมาะสมกับระยะของโรค (3.) Re-visit ที่ ER ลดลง

แผนการพัฒนา2566 : (1.) การเสริมพลังระบบการดูแลกลุ่ม Control, Readmit: เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพสต. ให้พ่นยา Dose แรกในผู้ป่วยที่มี อาการกำเริบและส่งต่อโรงพยาบาล (2.) ติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีม PCU ค้นหา Risk factor ในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrol (ที่มา visit ในรอบ 3 เดือน > 4 ครั้ง) (3.) กลุ่ม revisit ทีมฟื้นฟูเพิ่มการให้โปรแกรมกายภาพฟื้นฟูสมรรถภาพของปอดเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินสภาพเบื้องต้น ให้ครอบครัวร่วม ฟื้นฟูการหายใจที่ถูกต้อง (4.) เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อย (pursed lip breathing, diaphragmatic breathing) การไออย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มความแข็งแรงคงทนของกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย เดิน ถูทราย ยางยืด ตาราง 9 ช่อง 20-30 นาที 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์ 6 สัปดาห์ ต่อเนื่อง

4. โรคเอดส์ (HIV)

ความต้องการ/ความคาดหวัง : ปริมาณไวรัสในเลือด (Viral load) น้อยกว่า 40 Copies/ml เพิ่มขึ้น ทำให้การติดยาด้านไวรัสลดลง และการดูแลต่อเนื่อง

แผนการพัฒนา2566 : (1.) ปรับทีมให้ประเมินภาพรวมรายบุคคล (2.) ปรับระบบการนัด และจ่ายยา (3.) ทบทวนโปรแกรมเสริมพลังไม่แพร่ (Untransmittable) โดยกินยาตรงเวลา รักษาสุขภาพ ออกกำลังกาย พอเหมาะ จิตใจสบาย

5. วัณโรค

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) การขาดนัด การขาดยา ลดลงในผู้กลุ่มรายเก่า (2.) การรักษากลุ่มรายใหม่ ติดตามต่อเนื่อง (3.) ลดอัตราการเสียชีวิต (4.) ลดอัตราการแพร่กระจายโรค

แผนการพัฒนา2566 : (1.) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยวัณโรคแบบ CIO : Case Management, DOT ทุกรายทั้งเครือข่าย (2.) App line อสม.เจ้าของพื้นที่ติดตามดูแลการขาดนัดรายเดือน (3.) กรณี M+ ให้เพิ่มที่เยี่ยมติดตามประเมินทั้งร่างกาย สิ่งแวดล้อมและครอบครัวเพื่อแก้ไขปัญหา (4.) เพิ่มการคัดกรองกลุ่มสัมผัส โดยใช้ระบบ Outsourse ร่วมคัดกรอง ผลการคัดกรองให้แล้วเสร็จในไตรมาสที่ 1 (5.) รายที่คัดกรองแล้วสงสัย ส่งต่อคลินิกTB พบแพทย์และเข้า "โปรแกรมรักษา " และ "โปรแกรม สุขภาพป้องกันได้ โดยนักวิชาการสาธารณสุข"

6. ผู้ป่วยระยะท้าย/การดูแลแบบประคับประคอง

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) PCN, PCWN, PCCN คัดกรองและประเมินและให้การพยาบาล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง (2.) มีศูนย์การดูแลต่อเนื่องมีอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยยืมใช้ที่บ้าน เติง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อื่นๆ (3.) Grand round ร่วมเครือข่ายเกี่ยวข้อง ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ดูแล บ้านและชุมชนเพื่อเตรียมรับผู้ป่วยกลับบ้าน

แผนการพัฒนา2566 : (1.) พัฒนาศูนย์อุปกรณ์ของ รพ.สต.และสอ.เพื่อเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยประคองอย่างครอบคลุม (2.) พัฒนาศักยภาพ อสม.ดูแลผู้ป่วยประคับประคองได้

กลุ่มโรคเฉียบพลัน(Acute Disease)

1. โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (MI)

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ความแม่นยำ รวดเร็ว ในการ Diagnosis การ Refer In และการ Refer Out 30 นาที (2.) เพื่อให้เกิดกลุ่ม Self care Alert signs ในกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ (3.) ศักยภาพ ทีม FCT ดูแลรักษา MI และต่อเนื่องถึงชุมชน

แผนการพัฒนา 2566 : (1.) พัฒนาระบบ Fast Tract ตั้งแต่รพ.สต.ถึงแม่ข่ายทุกระดับ (2.) ทีมการพยาบาลเพิ่มศักยภาพบุคลากรให้สามารถประเมิน EKG เบื้องต้นได้ถูกต้องทันเวลา ในการแจ้งแพทย์ และรายงานการ ดูแลส่งต่อรักษา (3.) มีแผนพัฒนาความรู้เกี่ยวกับ Alert signs care team ในกลุ่มเสี่ยงสำคัญ ด้วยการทำ Agreegate group Collor ระบบกลุ่มเสี่ยงสีเขียว ฟ้า เหลือง แดง " กรณีกลุ่มโรค NCD เคยมีประวัติเจ็บหน้าอก และหรือ NCD ที่จัดกลุ่มเสี่ยงสีเหลืองแดงและสอบพบทวนประวัติจุดแน่นหน้าอก ต่อเนื่องมากกว่า 3 เดือน เน้นย้ำการดูแลตนเอง ตาม "โปรแกรม MI ไม่ใช่ฉัน" เพื่อเข้าใจ Alert signs และซ้อมดูแลตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมระบบเครือข่ายก่อน dx ส่งกลับชุมชนทุกรายโดยทีมนักวิชาการสาธารณสุข (Public health academic care)

2. โรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ผู้ป่วย Stroke ได้เข้าสู่ระบบ Stroke fast track เพิ่มขึ้น (2.) ลดการเกิด Stroke กลุ่ม DM & HT (3.) ลดระยะวันนอนของผู้ป่วย (4.) ADL เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้ป่วย Stroke

แผนการพัฒนา 2566 : (1.) พัฒนาระบบ Fast Tract care ตั้งแต่รพ.สต. ถึงแม่ข่ายทุกระดับ (2.) ทบทวนความรู้เพิ่มการดูแล Alert signs care team ทำ Alert signs care team ด้วย Agreegate group Collor สีเขียว=self care สีฟ้า=self care+Alert signs care สีเหลือง=self care+Alert signs care + Fast Tract Care สีแดง=self care+Alert signs care + Fast Tract Care+porst stroke Multifunction team care ด้วยระบบ Thai COC และติดตาม ฟันฟู post stroke ต่อเนื่องจาก รพร. รพช. และรพสต.จนถึงบ้าน

3. ปัญหาภาวะคลอด

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ลดการตกเลือดหลังคลอด (2.) มารดาทารกปลอดภัย

แผนการพัฒนา 2566 : (1.) Early ANC ดู risk ต่างๆ และระบบส่งต่อกับเครือข่าย ใน Highrisk pregnancy ระยะก่อนคลอด (2.) เพิ่มการเข้าถึงการใช้ Application 9 อย่างเพื่อสร้างลูก (3.) ปรับระบบการดูแลมารดาเสี่ยงสูงในระยะคลอด, พัฒนานำระบบส่งต่อกับแม่ข่าย

4. โรคไข้เลือดออก

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) วินิจฉัยรวดเร็ว และถูกต้อง (2.) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน (3.) ควบคุมโรคทันเวลา ลดการแพร่ระบาดของโรค

แผนการพัฒนา 2566 : (1.) พัฒนา Missed/Delayed Dx.ปฏิบัติตามเกณฑ์การ Refer ในผู้ป่วย DHF จังหวัด (2.) ปรับกระบวนการทางการพยาบาลในการติดตามดูแล v/s ประเมิน sings DHF เมื่อ admit และปรับการรายงาน Urgent Lab Report 5 นาที (3.) SAT team เข้าสอบสวนโรคตามหลักการด้านระบาดวิทยา ทันทีเมื่อพบผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุ แหล่งกำเนิดโรค และวางแผนควบคุมเฝ้าระวังทันที (4.) SRRT team สอบสวน

รวดเร็วตามมาตรการ 3-3-1 และประสานท้องถิ่น/ชุมชน มีส่วนร่วมในการลงพื้นที่ควบคุมโรครวดเร็ว จนจบ
 ระยะเวลาแพร่ระบาด

5. ติดเชื้อในกระแสเลือด

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ตรวจวินิจฉัย รักษาและส่งต่อถูกต้องรวดเร็ว (2.) ประเมิน Sepsis
 เบื้องต้นส่งต่อรวดเร็วทุกระดับเครือข่าย

แผนการพัฒนา2566 : (1.) ทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตั้งแต่รพ.สต.ถึงแม่ข่าย (2.) ประเมิน
 Sepsis ด้วย แบบ SOS score หรือearly warning signs

6. การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)

ความต้องการ/ความคาดหวัง : (1.) ผู้ป่วย IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพทั้ง
 ในโรงพยาบาล และชุมชน อย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อและทำงานเชื่อมโยงกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จนครบ
 6 เดือน (2.) ผู้ป่วย IMC ที่ติดตามเยี่ยมบ้าน มี Barthel index สูงขึ้นก่อน หรือภายใน 6 เดือน

แผนการพัฒนา : (1.) มีแนวทางในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยการมีส่วนร่วมของทีมสห
 วิชาชีพ (2.) มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เกิดความต่อเนื่อง (3.) จัดอบรมโครงการพัฒนาระบบ IMC
 สู่ รพ.สต. CUP วังน้ำเย็น ถ่ายทอดความรู้กับบุคลากรในชุมชน CG (4.) เพิ่มช่องทางการสื่อสาร ปรีกษา
 ปัญหาผู้ป่วยระหว่าง รพ./สอ./รพ./สต./อสม/อพมก/CG/ผู้ป่วย/ญาติ ทาง Line (5.) เพิ่มระบบการเก็บ/บันทึก
 Update ข้อมูลผู้ป่วย ใน Google sheet

2.3.2. กลุ่มผู้ป่วยโรคที่มีความสำคัญ : กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาพื้นที่และพัฒนาตาม SERVICE PLAN

เครือข่ายอำเภอวังน้ำเย็นนำข้อมูลผู้รับบริการประชาชนในพื้นที่และผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ ในส่วนกลุ่มวัย
 5 สำคัญกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ และกลุ่มโรคสำคัญ มาวิเคราะห์ เทียบมาตรฐานบริการ นโยบายบริบทพื้นที่
 การสนับสนุนของเครือข่ายท้องถิ่นท้องถิ่น ด้วยรูปแบบ community analysis : เพื่อกำหนดรูปแบบบริการ ดังนี้

ด้านอาคารสถานที่ และสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลวังน้ำเย็น ลดความแออัดด้วยการแยกสัดส่วนบริการ
 ตามจุดติดผู้ป่วยใน, อาคาร OPD 4 ชั้น, อาคารอุบัติเหตุ, อาคารแพทย์แผนไทย, อาคารกายภาพ, อาคาร
 โดมโปร่ง จัดจุดแยกโรคติดต่อต่าง เช่น ARI Clinic Covid -19 ณ เต็นท์นอกอาคาร จุด ARI Clinic ระบบ
 ทางเดินหายใจปกติ ณ โชนแยกโรค ARI และจัดแยกห้องคลินิกๆ ตามชั้นบริการทั้ง 4 ของอาคาร 4 ชั้นชัดเจน
 เช่น คลินิกทันตกรรม คลินิก ANC คลินิกวัคซีนเด็ก คลินิก NCD จัดจุดนั่งรอรับบริการเพิ่มทั้งในคลินิก
 โรค และบริเวณรอบตัวอาคารสำหรับญาติและผู้ป่วย วางระบบทางเข้า-ทางออก โดยเดินรถเข้า 2 ทาง และออก
 ทางเดียว มีป้ายจราจรกำกับเส้นทางเดินรถ จุดจอดรถชัดเจน เพื่อลดปัญหาการจราจร ขยายพื้นที่ด้านหลัง
 อาคารกายภาพเป็นที่จอดรถเพื่อรองรับผู้มาใช้บริการ จัดระบบ 5 ส. ในการดูแล ความสะอาด และประเมิน
 คุณภาพรายเดือนทุกจุดบริการ พร้อมทั้งสื่อสารให้เครือข่ายทราบ

ด้านบริการและผู้รับบริการ วางระบบนัดหมายเหลือเวลา มีการ Remed ในกลุ่มผู้ป่วย NCD เพื่อ
 ลดความแออัดและระยะเวลารอคอยในการรับบริการการปรับระบบการวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว
 ขึ้น การขนส่งสิ่งส่งตรวจผ่านท่อกระสวยนำส่งเพื่อวิเคราะห์ผล ลดระยะเวลาการรอคอยผลแลปในคลินิก NCD
 กลุ่มผู้รับบริการอื่นๆ มีการจองคิวนัดหมายทางโทรศัพท์ การจองคิวทาง web การพัฒนาระบบ paperless

เพื่อใช้บันทึกข้อมูลออนไลน์ในตึกผู้ป่วยใน ระบบติดตามรับบริการจองแบบลูกค้าสัมพันธ์ การใช้ระบบเทคโนโลยีในการอำนวยความสะดวกผู้รับบริการ เช่น การผ่านบัตรรับบริการผ่านตู้ KIOSK การจ่ายเงินผ่านตู้ BMS KIOSK Payment ระบบเรียกคิวเข้าตรวจ มีการอบรมพฤติกรรมบริการทุกหน่วยงาน กำหนดการแต่งกายในการให้บริการ เพื่อความเชื่อมั่นในการรับบริการ มีการเปิดช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงการประเมิน วัตถุประสงค์ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียนระบบ QR code เพื่อความสะดวก วางระบบทีม Monitor ข้อมูล และ Line notified risk สำคัญต่อกรรมการบริการเพื่อการตอบสนองต่อเรื่องร้องเรียน ทุกข้อทั้งเครือข่ายบริการ

การสร้างนวัตกรรมบริการผู้ป่วยเพื่อผู้ป่วยและผู้รับผลงานต่อเนื่อง 10 ระบบงาน ประกอบด้วย

1. ระบบผู้ป่วยนอกมีจุดคัดกรอง Triage, One stop service NCD clinic
2. ระบบผูกเงิน EMS Member Club
3. ระบบยา เช่น ยาใจใกล้บ้าน/ยา NCD ไร้รอยต่อ
4. ระบบIPD เช่น มาตรฐาน TB 4 days ชุมชน , Palliative care, QA, QLA, HA
5. ระบบพันธุกรรมบริการ เช่น ตรวจพันธุสูงอายุนัดรับบริการ
6. ระบบกายภาพฟื้นฟูกลุ่ม Stroke , ผู้พิการ
7. ระบบ LAB ระบบรายงาน Lab ด่วน
8. ระบบบริการทางแผนไทยบูรณาการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และยาสมุนไพร
9. ระบบชุมชนบริการกลุ่มวัยและการควบคุมทางระบาดวิทยา เช่น อสม. Online application
10. การประชาสัมพันธ์บริการเครือข่ายในการรักษาและป้องกันส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ การคืน

ข้อมูลและการให้ Health literacy

การสร้างความสัมพันธ์ เพื่อตอบสนองความคาดหวังของผู้รับผลงาน และผูกพัน

- จัดให้มีจิตอาสาบริการทุกวัน OPD คอยบริการต้อนรับให้ข้อมูลดูแลช่วยเหลือติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ เพื่อเป็นสื่อกลางเชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ใช้บริการ
- การปรับสถานที่อาคารใหม่รูปแบบเอกชนและ 5 ส รวมถึงการเตรียมน้ำดื่ม ,ทีวี, ตู้ ATM ธนาคาร ,ร้านอาหาร ร้านสวัสดิการ รถสามล้อรับจ้าง เพื่อการช่วยเหลือประชาชน
- การวางระบบตึก ๔ ชั้น ให้มีทางขึ้นด้านหน้า สร้างความสะดวกในการเดินทาง การวางแผน
- จัดหาร้านสะดวกซื้อ 24 ชั่วโมง เพื่อให้สะดวกต่อผู้มาบริการ
- การสร้างห้องพัฒนาการเด็ก
- การเปิดให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก นอกเวลาราชการรวมถึงการสนับสนุน เครือข่ายท้องถิ่น ด้วยการออกหน่วยเคลื่อนที่อำเภออีม หน่วยจังหวัดเคลื่อนที่, วิทยาการเครือข่ายสุขภาพ,
- การจัดกิจกรรมเยาวชนคนรักวงน้ำเย็น, ใส่บาตรข้าวสารอาหารแห้งช่วยผู้พิการ ตัดบ้านติดเตียง
- การให้บริการตรวจสุขภาพข้าราชการ บริษัทห้างร้านประจำปี
- การจัดบุคลากรเข้าร่วมกิจกรรมวันสำคัญ ของทางราชการ และงานจิตอาสาต่าง ๆ
- กรณี LTC และ Home ward มีการจัดบริการ Re-med care

- กรณีต่างตัวคัดกรองจำนวนมาก จัดบริการระบบ Out source
- กรณีมีภาวะฉุกเฉินที่ OPD พัฒนาระบบ Nursing Triage in outpatient setting และสร้างคุณค่าทางทางการแพทย์ โดยยึดหลักการให้บริการ คือ

7. กระบวนการดูแลผู้ป่วย

7.1 การเข้าถึง การรับผู้ป่วย-ส่งต่อ

จากการทบทวนกลุ่มโรคสำคัญมีการปรับระบบการดูแล ดังนี้

กลุ่ม DM HT COPD Ashma มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ด้วยการตรวจคัดกรอง FBS และวัดความดันโลหิตในชุมชน ประเมินความเสี่ยงเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย เพื่อส่งต่อจากชุมชนมาเข้ารับการรักษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามโปรแกรม Health literacy ในรูปแบบ Focus Group กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เข้าถึงบริการที่ รพ. NCD Clinic ทุกวัน อังคาร พุธ และศุกร์ กลุ่ม COPD asthma ทุกวันจันทร์ และอังคารที่ 1 และ 3 ของเดือน จัดกลุ่ม อสม.ติดตาม และการเฝ้าระวัง Alert signs จัดพยาบาล Manager ในการดูแลคัดกรอง ติดตามควบคุมกำกับ ดูแลกรณีฉุกเฉิน

กลุ่ม Stroke มีการคัดกรองผู้ป่วยส่งเข้าสู่ระบบการรักษา ณ รพ. มากขึ้น เนื่องจากพบผู้ป่วย Stroke ที่ไม่มีโรคประจำตัว 32.26 % แต่มาด้วยความดันโลหิตสูงและภาวะ Stroke พัฒนาการเข้าถึงของผู้รับบริการ ให้ความรู้เรื่อง Warning signs ของโรคหลอดเลือดสมอง ที่ควรรับมา รพ. ใน NCD Clinic รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน พัฒนาระบบการดูแล Stroke Fast track ร่วมกับแม่ข่าย รพ.ร.สระแก้ว

กลุ่ม STEMI มีการพัฒนาระบบคัดกรอง อาการแสดงของ STEMI ทั้งในพนักงานเปล งานเวชระเบียน เพื่อตอบสนองต่อผู้มารับบริการอย่างรวดเร็ว รวมถึงการ Re access ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารอดตรวจที่ OPD ปรับเกณฑ์การเข้าถึง Door to EKG ให้เร็วขึ้น เนื่องจากพบการวินิจฉัยล่าช้าจากกลุ่มที่มาด้วยอาการปวดท้องหรือหอบเหนื่อย ให้ความรู้เรื่องอาการแสดงของ STEMI ใน NCD Clinic รวมถึงการประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ไปยังชุมชน มีระบบ consult ตั้งแต่ รพ.สต. สู่ ER ระบบประสานการส่งต่อภายในเครือข่ายผ่านทีม EMS/กู้ภัย พัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วย ที่ได้รับ SK ระบบการส่งต่อไปยังรพ.แม่ข่าย

กลุ่ม Sepsis มีการพัฒนาให้ความรู้กับ Care giver เรื่อง early warning sign ของผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุ และ Palliative care ที่มาด้วยเรื่องการติดเชื้อ แผล Bed sore, ทางเดินหายใจ Pneumonia และในกลุ่มที่ใส่สายสวนปัสสาวะ ปรับ CPG Sepsis ปี 2565

กลุ่ม HIV TB ผู้ป่วย HIV สามารถเข้าถึงบริการที่โรงพยาบาลโดยตรงในวันจันทร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน และผู้ป่วย TB ในทุกวันพฤหัสบดี จัดตั้งชมรมสู้เพื่อฝันวันของเราเพื่อสื่อสารข้อมูลตรง/ทางโทรศัพท์ จัดกลุ่ม อสม.ติดตามสร้าง DOT ในพื้นที่โดยแกนนำชุมชน คัดกรอง TB กรณีผู้สัมผัส และส่งเข้ารับการรักษาตามกระบวนการคลินิกวัณโรค ณ รพ.

กลุ่ม Palliative care กลุ่ม end of life เข้าถึงการดูแลแบบ Palliative care สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้โดยสมัครใจ กำหนดทีม Palliative care team เป็น Pre dying, dying, post dying เครื่องมือ PPSV2 โดย Palliative care Team เตรียมบ้าน และชุมชนรองรับการกลับของผู้ป่วย end of life จัดทำ

gand round ทำ Three day palliative Nursing record form และส่ง case กลับบ้าน จัดทำศูนย์อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียงที่นอนลมให้บริการที่บ้าน Good dead โดย No pain No tube No CPR โดย จัดระบบยา MO การดูแลแพทย์แผนไทย และทางเลือที่บ้าน จัดมุมสงบ ห้องสวด เสียงธรรม บริการในตึก เพื่อความสุขช่วงบั้นปลายและการดูแล ประสานสอบถามเข้าถึงข้อมูลที่โรงพยาบาล หรือทางโทรศัพท์ ทาง line palliative care กรณีส่งต่อ และรับกลับจัดระบบ COC บริการต่อเนื่องร่วมกับทีม PC

กลุ่ม IMC ได้รับการบริหารฟื้นฟูโดยทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนจนครบ 6 เดือน กรณี Case ที่มีปัญหาซับซ้อนนัดทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาล และชุมชนเข้าร่วมวางแผนดูแลฟื้นฟู ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพของ รพ.และชุมชน ทุกวันอังคาร และวันพฤหัสบดี ช่วงบ่ายติดตามเยี่ยมบ้าน 1,3,6 เดือน * Case BI 0 - 4 ก่อน D/C เยี่ยมทุกเดือน จนครบ 6 เดือน กรณีมีปัญหา Consult แพทย์เวร PCU และประสานรถ สอ./รพ.สต.นำส่ง รพ ส่งต่อข้อมูลโปรแกรม Thai coc และ Google sheet ของโรงพยาบาล เพื่อ Update ข้อมูลการติดตามเยี่ยม การจัดบริการรถ รับ- ส่ง กรณีผู้ป่วยมีนัด F/U ต่อเนื่อง นัดทำ ภายภาพบำบัด ที่ รพ. ปรึกษาปัญหาผู้ป่วยระหว่าง รพ./สอ./รพ./สต./อสม/CG/ผู้ป่วย/ญาติ ทาง Line นักกายภาพบำบัดให้ Home Program ให้ผู้ป่วย/ญาติ เข้ากลุ่ม Line (ดูแลที่บ้าน IMC at home)

กลุ่ม HI (Head injury)Multiple trauma จาก Traffic Accident ระบบรองรับที่ ER รับ EMS มาตรฐาน หน่วยกู้ภัย ดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ตามมาตรฐาน ALS แนวทางแก้ไขปัญหาจากสาเหตุสำคัญ ด้านโครงสร้างและพฤติกรรมโดยคืนข้อมูลชุมชน ระบบ Ucare เพื่อวางแผนพัฒนาต่อเนื่องระหว่างการก่อสร้าง ทาง เรื่องระบบสัญญาณไฟ กลางคืน การใช้หมวกกันน็อค 100%

การประเมินผู้ป่วย การวินิจฉัย และการดูแลผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมิน อาการ อาการแสดงของ STEMI ให้เข้าถึง Door to EKG ได้เร็วขึ้น และวินิจฉัย และรายงานอายุรแพทย์ พิจารณาการให้ SK และส่งต่อเพื่อทำ Primary PCI มีการดูแลระหว่างการส่งต่อโดยแพทย์ และพยาบาลทุกราย

การวินิจฉัยโรค มีการทบทวนในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิต ,การ Re-visit Re- admit รวมถึงการทบทวน- ส่ง ต่อหลัง admit ใน 24 ชม. พบว่าผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการ Wheezing และ GI System ส่วนผู้ป่วย Re-Admit ด้วยกลุ่มอาการ/โรคเดิมภายใน 28 วัน 3 อันดับ กลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ COPD, Pneumonia ,UTI จึงได้กำหนด กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยแพทย์

การดูแลผู้ป่วย

กลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCD ไร้รอยต่อ มีการจัดออกตรวจโดยแพทย์ ใน PCU เดือนละ 1 ครั้ง มีระบบการตรวจเลือดประจำปี การตรวจ HbA1C ปีละครั้งทุกราย กรณี HbA1C 7-7.9 ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน กรณี >8 ประเมินซ้ำทุก 3 เดือน รวมถึงมีการทำ focus group โดยให้กลุ่ม ที่ควบคุมน้ำตาลได้ดีเป็น Model ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับโภชนาการ การตรวจประเมิน CVD Risk และ ภาวะแทรกซ้อนทางไตทุกรายหากพบ CVD Risk >20% และ CKD stage 3 ตรวจติดตามประเมินซ้ำ

มีการติดตามการขาดนัด ขาดยา เปิดคลินิก COPD Asthma และเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ดูแลผู้ป่วย กลุ่ม COPD -Asthma attack ในการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อโรงพยาบาล

กลุ่มโรคและภาวะฉุกเฉิน (Acute) มีการพัฒนาบุคลากร อบรมฟื้นฟูทักษะการดูแลการฟื้นคืนชีพ และการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น ให้กับเจ้าหน้าที่รพ.สต. และภายในโรงพยาบาลอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

กลุ่ม STEMI มีการพัฒนาให้เข้าถึง Door to EKG วินิจฉัยได้เร็วขึ้น มีระบบการ Consult แม่ข่าย ทั้ง รพ.สระแก้ว และรพ.พระปกเกล้า พิจารณาการให้ยา SK และทำ Primary PCI ได้รวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต การส่งต่อดูแลโดยแพทย์และพยาบาล และระบบ consult ตลอดระหว่างการส่งต่อจนถึงปลายทาง

กลุ่มผู้ป่วย Stroke พัฒนาการเข้าถึงระบบ Fast track เพื่อลดอัตราตายและพิการลง โดยเพิ่มการเข้ารับเข้าถึง การประเมินอาการ อาการแสดงของ Stroke เพื่อได้รับการดูแล ตรวจวินิจฉัย มีระบบ consult ตั้งแต่ รพ.สต.จนถึง รพ.สระแก้ว

กลุ่ม Trauma : Head injury, Multiple trauma มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ ร่วมกับศูนย์เรนทรและทีมกู้ภัยในพื้นที่ รวมถึงรพ.สต. เพื่อดูแล ประเมินอาการเบื้องต้น มีระบบการรับส่งต่อ ตั้งแต่ที่เกิดเหตุ จนถึงโรงพยาบาล มีระบบ consult ตลอดระยะการนำส่ง การสนับสนุนอุปกรณ์ วัสดุการแพทย์ ให้กับทีมกู้ภัย มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย(CPG) จากรพ.แม่ข่าย

การดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ ได้แก่

1. กลุ่มโรคเรื้อรัง IMC ,DM, COPD, CAPD, TB, Palliative care ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ไม่มีผู้ดูแล และ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

2. ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัวกลับบ้าน เช่น ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายยางให้อาหาร ใส่ท่อหลอดลมคอ ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง โดยมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบตามแผนต่างๆ

การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการเยี่ยมบ้าน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้าน มีการส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน ผ่านโปรแกรม Thai COC และมีแอดมินผู้ดูแลระบบจัดการส่งต่อข้อมูลเพื่อให้พื้นที่รับทราบ และดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้าน บันทึกผลการเยี่ยมบ้านต่อไป และในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้เครื่องมืออุปกรณ์ เช่น เตียง ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล จะดูแลให้ยืมอุปกรณ์กลับบ้านพร้อมให้คำแนะนำวิธีการใช้งาน ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือให้ชำนาญสำหรับผู้ดูแล โดยจะมีคลินิกให้บริการให้คำแนะนำ เบิก -ยืมคืนอุปกรณ์ต่างๆก่อนจำหน่าย กรณีผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน จะมีการทำ Grand round เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายร่วมกันทั้งผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในพื้นที่รับผิดชอบและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรับทราบปัญหา และช่วยสนับสนุนดูแลต่อเนื่องร่วมกัน มีการประชุมวิเคราะห์ข้อมูลแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แฉงผลการดำเนินงานและพัฒนาบุคลากร ทุก 6 เดือน

การดำเนินงาน COC ใน รพ.สต. เมื่อได้รับการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต.จะวางแผนการลงเยี่ยมผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ และมีการติดตามโดย อสม.และ อสค.ในพื้นที่ จากนั้นลงบันทึกข้อมูลใน Thai COC

8. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพตลอดจนการควบคุมป้องกันโรคเมื่อเกิดระบาด

โรคและภัยสุขภาพในพื้นที่พบได้หลายกลุ่ม เช่น โรคระบาดตามฤดูกาล ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคมือเท้าปากเปื่อย โรคหัด โรคอาหารเป็นพิษ โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น ซึ่งจัดอยู่ในระบบรายงานโรคทางระบาดวิทยา R506 โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ ได้แก่ โรคติดเชื้อโควิด -19 ซึ่งเป็นโรคติดต่อเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีการรายงานผ่านระบบ API COVID -19 รวมถึงปัญหาสุขภาพที่พบมากในพื้นที่ต่าง ๆ ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) วัณโรค อุบัติเหตุจากรถทางถนน ปัญหาสุขภาพจิต/การฆ่าตัวตาย อุทกภัย ภัยแล้ง วาตภัย ฝุ่นจากการเกษตร PM2.5 ปัญหาสิ่งแวดล้อมขยะ เป็นต้น

โดยโรค และภัยสุขภาพที่ถูกจัดให้เป็นปัญหาสำคัญของอำเภอวังน้ำเย็น จากการวิเคราะห์สถานการณ์ อัตราป่วย/อัตรารายงาน 504 505 506 และความตระหนักในปัญหาจากการประชุมร่วมกันทุกภาคส่วน ได้แก่

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCD ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง
2. กลุ่มโรคติดต่อ ได้แก่ โรคติดเชื้อโควิด -19 โรควัณโรค โรคพยาธิใบไม้ตับ
3. ภัยสุขภาพที่สำคัญต้องเฝ้าระวังแก้ไข ได้แก่ อุบัติเหตุจากรถ และการฆ่าตัวตาย

ซึ่งกลุ่มโรคและภัยสุขภาพดังกล่าว มีอัตราป่วย/อัตรารายงานที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปีทางเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอวังน้ำเย็น จึงได้จัดทำแผนงาน/โครงการในการเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพที่สำคัญอย่างครอบคลุมโดยใช้ข้อมูลสถานการณ์ อัตราป่วย/อัตรารายงาน การวิเคราะห์แนวโน้มสถิติ มาจัดทำโครงการเพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมปัญหา เช่น โครงการค้นหาวัณโรคเชิงรุกในชุมชน โครงการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ โครงการส่งเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) กิจกรรมเฝ้าระวังอุบัติเหตุจากรถทางถนนช่วงวันหยุดสำคัญ และกิจกรรมการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มวัยเรียน เป็นต้น ผ่านกระบวนการดำเนินงานด้านโรคและภัยสุขภาพดังนี้

ระบบการรายงานโรค มีการรายงานข้อมูลโรค ดังนี้

1. การบันทึกรหัสกลุ่มโรคติดต่อทางระบาดวิทยา ตามที่สำนักระบาดวิทยากำหนดให้รายงานลงในโปรแกรม HosXp แล้วส่งออกข้อมูล ไปยังโปรแกรม R506 ในส่วนของ รพ.สต.บันทึกข้อมูลในโปรแกรม JHCIS แล้วส่งออกข้อมูลไปยังโปรแกรม R506 เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วง โรคไข้หวัดใหญ่ โรคมือเท้าปากเปื่อย โรคหัด โรคสุกใส เป็นต้น
2. การบันทึกรหัสโรคตามมาตรฐาน ICD-10 ลงในโปรแกรม HosXp. และ รพ.สต.บันทึกข้อมูลในโปรแกรม JHCIS แล้วส่งออกข้อมูลในรูปแบบ 43 แฟ้ม เพื่อไปสรุปรายงานใน HDC เช่น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) กลุ่มโรคที่วินิจฉัยโดยแพทย์นอกเหนือจากโรคทางระบาดวิทยา เป็นต้น
3. การบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านระบบ API
4. จัดการข้อมูลและวิเคราะห์สถิติพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีผ่าน Website CCA
5. การเฝ้าระวังการเกิดเหตุ/อุบัติการณ์ฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุจากรถช่วงเทศกาลหยุดยาว อุทกภัย

วาทภัย การฆ่าตัวตาย ผ่านการรายงานสถานการณ์ Spot report การรายงานอุบัติเหตุ RTI และการรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุผ่าน Website Pher.moph.go.th

6. การบันทึกข้อมูลคัดกรองกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค Website NTIP Online

7. การประเมินข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน และโรงเรียน สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ผ่าน Website Health gate โดยกองสุขภาพศึกษา

8. การประเมินสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มประชาชน และเน้นกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียน ผ่าน MENTAL HEALTH CHECK IN ตรวจเช็คสุขภาพใจ และการประเมินในสถานศึกษาผ่าน QR Code โดยกลุ่มงานสุขภาพจิต

ระบบการเฝ้าระวังโรค มีการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพ ดังนี้

1. เฝ้าระวังโรคผ่านการรับข้อมูลพบผู้ป่วยด้วยโรคทางระบาดวิทยา โรคติดต่อ เช่น วัณโรค กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จากจุดบริการของ รพ./รพ.สต. ที่ผู้ป่วย Walk in เข้ามาใช้บริการ ผ่านช่องทาง Group line สายด่วนงานระบาดวิทยา และรายงานระบบ 506 และนำแจ้งข้อมูลการพบผู้ป่วยให้ทาง สสอ. และ รพ.สต./ สอ. ทราบ เพื่อดำเนินการแจ้งข้อมูลให้กับทางองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทราบ และวางแผนระบบควบคุมโรคในพื้นที่

2. เฝ้าระวังโรคผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังรายปี วิเคราะห์แนวโน้มการระบาดของโรค และกำหนดมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรค และภัยสุขภาพก่อนการระบาด เช่น การสื่อสารมาตรการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดต่อในชุมชน ผ่านที่ประชุมประชาคมหมู่บ้าน Group line หมู่บ้าน สื่อสุขภาพป้ายประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ Onepage การให้ Health literacy ในการดูแลสุขภาพของตนเองแก่ประชาชน การจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคและภัยสุขภาพต่างๆในชุมชน เช่น รณรงค์พัฒนาสิ่งแวดล้อมป้องกันโรคติดต่อ รณรงค์การสวมหมวกนิรภัยลดอุบัติเหตุ รณรงค์การงดเหล้าลดอุบัติเหตุ รณรงค์การรับประทานอาหารสุก สะอาด ปลอดภัย ป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

3. เฝ้าระวังโรคผ่านการดำเนินงานด้านสุขภาพตามนโยบาย/แผนงาน/โครงการที่ขับเคลื่อนร่วมกันในภาพ CUP เช่น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ (NCD) อายุ 35 ปีขึ้นไปในชุมชน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป การวิเคราะห์สถานการณ์แนวโน้มการระบาดของโรค วิเคราะห์ปัญหาภาวะซึมเศร้า/การฆ่าตัวตาย อุบัติเหตุจราจร จุดเสี่ยง เพื่อทราบแนวโน้มและเสนอเข้าที่ประชุมเครือข่ายระดับอำเภอ ร่วมวางแผนงาน/โครงการในการควบคุมโรค

ระบบการควบคุมโรค มีการดำเนินงานในภาพเครือข่าย CUP ดังนี้ โรงพยาบาล รพ.สต. สสอ. ร่วมกับภาคส่วนท้องถิ่น และภาคส่วนประชาชน ดำเนินงานตามนโยบายเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ ในรูปแบบเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการภายใต้นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข และแผนยุทธศาสตร์ สสจ. สระแก้ว โดยมีกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิ และองค์รวม โรงพยาบาลวังน้ำเย็น เป็นศูนย์ข้อมูล การเฝ้าระวังโรค และภัยสุขภาพร่วมกับ สสอ.วังน้ำเย็น และร่วมวางแผนการดำเนินงานสอบสวนและควบคุม โรคในพื้นที่ ผ่านทีมควบคุมโรคระดับอำเภอ ร่วมกับทีม

คณะกรรมการโรคติดต่อระดับอำเภอ และทีมเครือข่าย SAT & SRRT ของพื้นที่ 4 ตำบล ได้แก่ ต.ตาหลังใน ต.ทุ่งมหาเจริญ ต.คลองหินปูน ผ่านการประสานงานของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ได้แก่ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นของทุกตำบล เทศบาลเมืองวังน้ำเย็น อบต. สภ. สถานศึกษาในพื้นที่ ภาคส่วนสาธารณสุข ได้แก่ รพ. รพ.สต. สอ. สสอ. ภาคส่วนประชาชน ได้แก่ อสม. กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อพปร. อพมก. และประชาชน ดังนี้

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นนโยบายขับเคลื่อนร่วมกันภาพเครือข่าย CUP ในรูปแบบ NCD ไร้รอยต่อ ผ่านกระบวนการคัดกรองเชิงรุกในทุกพื้นที่ การพัฒนา NCD Clinic จาก รพ. สู่ รพ.สต./สอ. สนับสนุนบุคลากรจาก รพ. กระจายไปร่วมดำเนินการให้บริการประเมิน Lab การตรวจตา ไต เท้า โดยทีมสหวิชาชีพ ผ่านการออกทีม PCU การเฝ้าระวังโรค มีการลงพื้นที่คัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันในชุมชนเชิงรุก โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของ รพ./รพ.สต./สอ. ร่วมกับ อสม.แกนนำในแต่ละหมู่บ้าน เพื่อตรวจประเมินค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) และวัดระดับความดันโลหิต เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงตามระดับ การป้องกันและควบคุมโรค โดยให้ Health literacy ได้แก่ (1) กลุ่มปกติ ตรวจประเมินสุขภาพประจำปี และรับคำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ (2) กลุ่มเสี่ยง ให้ Health literacy ในการดูแลด้านภาวะโภชนาการ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และวัดผลติดตามซ้ำใน 3 เดือน (3) กลุ่มสงสัยป่วย ส่งต่อจากชุมชนเข้าสู่กระบวนการรักษาในคลินิก NCD และเข้าคลินิก DPAC ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโรค โดยนักโภชนาการ และการสร้างเสริมสุขภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ พร้อมสร้างครู ก. ในรพ.สต./สอ.ทุกแห่ง เพื่อกระจายองค์ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการโรค และด้านโภชนาการที่เหมาะสม ในการปรับเปลี่ยนสุขภาพ พร้อมทั้งให้ อสม.แกนนำ กระตุ้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อนจากกลุ่มโรค NCD

ภัยสุขภาพอุบัติเหตุจราจร เป็นปัญหาที่พบในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังโรค จากการเก็บข้อมูลสถิติผู้เข้ารับบริการ ณ ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่ามีสาเหตุมาจาก (1) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น ทิศนวิสัยทางการขับขี่ จุดเสี่ยงอันตราย เขตชุมชนการจราจรหนาแน่น (2) ปัจจัยทางบุคคล เช่น การไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร เมาแล้วขับ ขับขี่ประมาท (3) ปัจจัยสนับสนุน เช่น การบังคับใช้กฎจราจร เป็นต้น มีการนำประเด็นเข้าสู่ พขอ. เพื่อร่วมกับภาครัฐในการแก้ปัญหาการจราจร เน้นการดำเนินการในถนนสายหลัก เส้น 317 สระแก้ว - จันทบุรี ที่มีอัตราการเกิดอุบัติเหตุสูงสุดในพื้นที่ เนื่องจากเป็นถนนเส้นหลักในการสัญจร โดยเฉพาะบริเวณจุด U - Turn, จุดแยกชุมชน, จุดตลาดวังน้ำเย็น เป็นต้น มีการป้องกันและควบคุมโรคผ่านการจัดการสภาพแวดล้อมโดยภาคส่วนท้องถิ่น เช่น การตัดป้ายจราจรเตือนระยะเสี่ยง การซ่อมบำรุงไฟจราจร การจัดสรรบริเวณจอดรถ การตั้ง Barrier กันเส้นทางอันตราย/จุดจอดรถริมถนนเสี่ยง การตั้งจุดตรวจลดความเร็ว และการออกมาตรการกฎหมายอย่างเข้มงวด การรณรงค์สื่อสารเฝ้าระวังความเสี่ยงโดยภาคส่วนชุมชน/ประชาชน เช่น การรณรงค์งดแอลกอฮอล์ การสวมหมวกนิรภัย 100% ในชุมชน การตั้งจุดเฝ้าระวังด้านชุมชน เป็นต้น

วัยโรค เป็นปัญหาสุขภาพด้านโรคติดต่อที่เฝ้าระวังในพื้นที่ ยังคงพบจำนวนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การเฝ้าระวังโรค มีการดำเนินงานค้นหาคัดกรองวัยโรคเชิงรุกในชุมชน ผ่านการประเมิน Google form online โดยทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับแกนนำ อสม. ลงพื้นที่ในทุกหมู่บ้าน ประเมินแยกเป็นกลุ่มปกติ และกลุ่มสงสัยเสี่ยง เพื่อเข้าสู่กระบวนการตรวจคัดกรองวินิจฉัยวัยโรค ณ รพ. ในรูปแบบ One stop clinic รวดเร็ว

เข้าสู่กระบวนการรักษาทันเวลา การป้องกันและควบคุมโรค ดำเนินการติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยเข้ารับการคัดกรอง พร้อมให้ Health literacy การป้องกันตนเอง การจัดการสภาพแวดล้อม ในส่วนผู้ป่วยรักษาตามโปรแกรม TB 4 day เอาอยู่ โดยสหวิชาชีพ และกระบวนการคลินิกวัณโรค ตลอดจนครบระยะการรักษา

พยาธิใบไม้ตับ พบปัญหาในพื้นที่ ต.ตาหลังใน เนื่องจากมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารเสี่ยงสูง การเฝ้าระวังโรค จึงได้มีการจัดทำโครงการโดยภาคส่วนท้องถิ่นร่วมกับ รพ.สต. ในพื้นที่ เพื่อค้นหาคัดกรอง ประชาชนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อส่งเข้ารับรักษาได้ทันเวลา พร้อมทั้งเน้นการสื่อสาร Health literacy ด้านการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

การฆ่าตัวตาย/ซึมเศร้า พบปัญหาเพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยเรียน การเฝ้าระวังโรค ทีมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาเครือข่ายในการร่วมคัดกรองและเฝ้าระวังในสถานศึกษา ผ่านครู/อาจารย์ในทุกสถานศึกษา การประเมิน QR code Online ต่อเนื่อง เพื่อเฝ้าระวัง และตรวจจับได้ทันเวลา เมื่อพบกลุ่มเสี่ยง จัดระบบการรับส่งต่อเข้าปรึกษาปัญหาร่วมกับคุณครูประจำชั้น และสื่อสารความเสี่ยงเรื่อง โรคซึมเศร้า ภาวะเครียด การจัดการปัญหา สุขภาพจิต ให้แก่ทีม อสม. ในชุมชน เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยเรียน นำไปสู่การฆ่าตัวตาย

9. การทำงานกับชุมชน

9.1 การร่วมกันจัดบริการสุขภาพในชุมชน แก้ไขปัญหาสุขภาพและจัดกิจกรรมสร้างสุขภาวะในชุมชน

กระบวนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่นท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ด้วยการคืนข้อมูล จัดลำดับความสำคัญปัญหาให้ทางเลือกร่วมกับชุมชนในการออกแบบบริการสุขภาพชุมชน ทั้งประเด็น การรักษา การส่งเสริม ป้องกัน พื้นฟู ร่วมกำหนดกิจกรรมบริการตามปัญหาของแต่ละพื้นที่ เครือข่ายอำเภอวังน้ำเย็น มีมติขับเคลื่อน ODOP / OTOP / พชอ. อำเภอวังน้ำเย็น เพื่อตอบสนองต่อประชาชนในพื้นที่ กำหนดเป้าหมาย ร่วมกันกระตุ้นให้เครือข่ายมีส่วนร่วม (Community Participation) วางแผนการดูแลประชาชน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย เชื่อมกับทีมคุณภาพของโรงพยาบาล รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ตรวจคัดกรอง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง จากอปท. ภาคีเครือข่าย อสม. ให้คัดกรอง และให้สุขศึกษา มีการขับเคลื่อน โดยใช้เครือข่ายชุมชน ได้แก่ วัด แกนนำหมู่บ้าน แกนนำท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมผ่านการประชาคมหาปัญหา ที่สำคัญในชุมชนจัดงบประมาณจากภาคส่วน สปสช. อปท. และแนวทาง กำกับดูแล ภายใต้ประเด็นสุขภาพ ODOP/OTOP/พชอ./ยุทธศาสตร์ ดังนี้

1. NCD ไร้รอยต่อ กิจกรรมเครือข่ายจัด PCU NPCU : แบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ จัดระบบ NCD ไร้รอยต่อ 3 ประเด็นหลัก Lab ยา และhealth literacy ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มปกติ : การประชาสัมพันธ์โดยอสม. ผู้นำชุมชน และวิทยุชุมชน ให้ประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง จัดการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบประเมินปัจจัยเสี่ยงด้วยวาจา (Verbal Screening) โดยอสม.ทุกหมู่บ้าน ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแบบบูรณา ปีงบประมาณ 2566 มีการดำเนินกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวานและความดัน ในกลุ่มประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส.

กลุ่มเสี่ยง : สื่อสารความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผ่านการให้ Health literacy ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดปัจจัยเสี่ยงให้กลับเข้าสู่กลุ่มปกติโดยเจ้าหน้าที่ และอสม.ติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดัน

แผนพัฒนา2566 มีกิจกรรมคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. และกิจกรรมติดตามทุก 6 เดือน

กลุ่มสงสัยป่วย : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และความดันส่งต่อจากชุมชนเข้าสู่ระบบการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ พบแพทย์ และเข้ารับการรักษาตามกระบวนการทางคลินิก เข้าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านคลินิก DPAC และการให้สุศึกษาในการดูแลตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ ติดตามอาการและประเมินพฤติกรรมโดยทีมแกนนำ อสม. และเจ้าหน้าที่ผ่านกลุ่มไลน์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มไลน์ออกกำลังกาย และติดตามการผิदनัดและขาดยา

กลุ่มป่วย : รายใหม่ : ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง

แผนพัฒนา2566 มีกิจกรรมคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health literacy ครู ก และติดตามทุก 3 เดือน

รายเก่าที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน : แผนพัฒนา2566 มีกิจกรรมคัดกรองสุขภาพ เบื้องต้น กิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health literacy และติดตามทุก 3 เดือน

รายเก่าที่มีภาวะแทรกซ้อน : ตา ไต เท้า CKD ระดับ4 แผนพัฒนา2566 มีกิจกรรม (1) ส่งต่อ case manager NCD ที่โรงพยาบาล (2) ส่งทีมDPAC มีกิจกรรมให้ความรู้เรื่อง การดูแลตนเองตามหลัก 3อ.2ส. กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Health literacyครูก (3) ติดตามทุก 1 เดือน (4) กลุ่ม NCD ผู้ป่วย 3S Stroke STEMI Sepsis ประเมิน ADL และวางระบบการดูแลเชื่อมโยง IMC LTC Palliative care

2. มหัตถรย์ 1000 วันแรกของชีวิต สู่ 2500 วัน + สพด. 4D กิจกรรมเครือข่าย : แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

หญิงตั้งครรภ์ : ดำเนินงานโดยทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) ค้นหาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่พร้อมมีบุตร ให้ได้รับวิตามินเสริมธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก เพื่อเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ ในโครงการสาวไทย แก้มแดง และโครงการวิวัฒนาสร้างชาติ และค้นหาหญิงตั้งครรภ์รายใหม่ในพื้นที่ ประสานส่งต่อเข้ารับบริการการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และ อปท. ให้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดสุขภาพนม และไข้ให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพร่องโภชนาการ

หญิงหลังคลอด : ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) ระดับตำบล และระดับชุมชน ติดตามเยี่ยมแม่ และเด็ก หลังคลอดในชุมชน ให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพหลังคลอด และแพทย์แผนไทยนำชาขงกระตุ้นน้ำนม ให้หญิงหลังคลอดดื่มทุกราย และออกทับหม้อเกลือให้หญิงหลังคลอดที่บ้าน ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อย่างน้อย 6 เดือน

เด็ก 0-5 ปี : ส่งเสริมกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน ในชุมชน และใน ศพด. ติดตามการรับบริการวัคซีนของเด็กตามช่วงอายุ และติดตามการประเมินพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย แนะนำให้ผู้ปกครอง (อสม.

นักกระตุ้นพัฒนาการ) เพื่อประเมินและ ติดตาม กระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. แม่บุญธรรม และครูผู้ดูแลเด็กในการใช้คู่มือ DSPM และมีระบบส่งต่อในกรณีพบสงสัยล่าช้า โดยทีมพัฒนาเด็ก และครอบครัว (CFT) ระดับตำบลและชุมชน

3. วัคซีนโรคปอด กิจกรรมเครือข่าย แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การค้นหาคัดกรอง : มีโครงการค้นหาคัดกรองวัณโรคเชิงรุกในชุมชน เพื่อลงพื้นที่ทุกหมู่บ้านประเมินความเสี่ยง จากประวัติเสี่ยงและผู้เป็นกลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่มเสี่ยงในชุมชน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคร่วมเบาหวาน กลุ่มผู้มีน้ำตาลสะสม $HbA1c > 7$ กลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มมีประวัติสถานที่แออัด/เรือนจำ/สถานพินิจ กลุ่มผู้ติดสุรา/บุหรี่/สารเสพติด กลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ COPD Asthma และกลุ่มบุคลากร ด้านสาธารณสุขที่สัมผัสผู้รับบริการ ด้วยวิธีการคัดกรอง Verbal screening ผ่าน Google form online โดยทีม อสม.และเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ และร่วมคัดกรองในกลุ่มผู้รับบริการ ณ คลินิกโรคต่างๆ ของ รพ. เช่น ARI Clinic NAC Clinic ARV Clinic คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อค้นหากลุ่มสงสัยเสี่ยงส่งต่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัย โดยแพทย์ ณ รพ. ได้ทันเวลา

การรักษา : มีการดำเนินการโดยคลินิกวัณโรค ณ รพ. ผ่านรูปแบบการนัดหมายเข้ารับการรักษา One stop คลินิกวัณโรครายเดือน จนครบระยะเวลาการรักษา 6 เดือน ด้วยทีมสหวิชาชีพประจำคลินิกวัณโรค มีการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ มีการพบแพทย์ประเมินอาการ การจ่ายยาปรับยา และให้สุขศึกษา ในการดูแลอาการรายเดือนตามระยยะเวลานัดหมาย โดยได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย รพ.สต./สอ. เทศบาล อบต. อสม. ในการติดตามผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ติดตามการปฏิบัติตน ให้คำแนะนำการทานยา รับส่งข้อมูลกับทางคลินิกวัณโรค พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกในการจัดรถรับ-ส่งเข้ารับบริการ

การร่วมแก้ไขปัญหาสุขภาพ และสร้างสุขภาวะนั้น นอกเหนือจากประเด็น ODOP/OTOP/พขอ./PA/OKRs แล้ว การสร้างสุขภาวะที่ดีในภาพรวมยังได้กำหนดให้ทีมคปสอ.ดำเนินกิจกรรมการคัดกรองเพื่อค้นหา เป้าหมายในการรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับทีม อาสาสมัคร สาธารณสุข และคืนข้อมูลผ่านระบบ อสม.ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นส่งเสริมให้ชุมชนสร้างบทบาท ในกลุ่มที่มีศักยภาพ ผ่านรูปแบบการดำเนินงานตามกลุ่มวัย ดังนี้

กิจกรรมการดำเนินงานตามภารกิจกลุ่มวัย

กลุ่มแม่และเด็ก 0-5 ปี มีการดำเนินงานในชุมชนภายใต้โครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต

หญิงตั้งครรภ์ ค้นหากลุ่มหญิงวัยเจริญพันธ์ที่ประสงค์ตั้งครรภ์ และประชาสัมพันธ์โครงการ สาวไทยแค้น แดงและโครงการวิวาท์สร้างชาติ รวมถึงการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ในชุมชน โดยอสม. แม่บุญธรรม และจัดรูปแบบการให้บริการคลินิกฝากครรภ์โดยการให้ความรู้โรงเรียนพ่อแม่ (เน้นเรื่องการทำจิต ประภัสสร และการใช้คู่มือประเมินพัฒนาการ DSPM) และประเมินภาวะโภชนาการในหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์ และมอบชุดสุขภาพ รวมถึงการติดตามภาวะโภชนาการแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะพร่องโภชนาการ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อชุดสุขภาพจากภาคีเครือข่าย

เด็กอายุ 0-5 ปี ติดตามเด็กในกลุ่มเป้าหมายมาประเมินพัฒนาการที่คลินิกประเมินพัฒนาการ และส่งต่อในรายที่พบสงสัยล่าช้า ส่งต่อคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กเพื่อฝึกทักษะผู้ปกครอง/อสม. ในการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ปรับพฤติกรรม ฝึกวินัย มีการประสานครูศูนย์เด็กเล็ก/ครูอนุบาลในการดูแลต่อเนื่อง และส่งต่อพบกุมารแพทย์ทุกรายในเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า พัฒนาศักยภาพคุณครู/ผู้ดูแลเด็กในอนุบาล และศพด. ในอำเภอวังน้ำเย็น และอสม.แม่บุญธรรม เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมในโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วันและ ศพด.4D จนนำไปสู่การมีพัฒนาการสมวัย และสูงดี-สมส่วน ของเด็กในอำเภอวังน้ำเย็น

กลุ่มวัยเรียน มีการดำเนินงานภายใต้โครงการสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน สายตาดี สูงดี สมส่วน ประกอบด้วยกิจกรรมคัดกรองภาวะโรคอ้วน (Obesity Sign) กิจกรรมประชุมปรับเปลี่ยนภาวะโภชนาการนักเรียนที่มีปัญหาทุโภชนาการ กิจกรรมดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีสายตาผิดปกติคัดกรองสายต่านักเรียนกิจกรรมตรวจคัดกรองภาวะซีดในนักเรียนชั้น ป.1 กิจกรรมประชุมชี้แจง สถานการณ์และแนวทางการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ , สายตา, พัฒนาการและ IQ ผิดปกติ กิจกรรมอบรมเสริมสร้างพฤติกรรมเด็กวัยเรียน สูงดี สมส่วน และประชุมชี้แจงกระบวนการดูแลช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ แก่ผู้ปกครอง กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็กวัยเรียน ที่มีภาวะเสี่ยงโรคอ้วน โดยดำเนินงานร่วมกับ อปท. ทุกพื้นที่ สถานศึกษาในพื้นที่ และ อสม. แกนนำ เพื่อติดตามในชุมชน

กลุ่มวัยทำงาน ดำเนินงานภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแบบบูรณาการ ร่วมกับ อสม. ในการลงพื้นที่คัดกรองภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ ได้แก่ คัดกรองโรคเบาหวานด้วยการเจาะ DTX คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงด้วยการติดตามวัดความดันโลหิต คัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย Pap smear, HPV DNA test คัดกรองมะเร็งเต้านม คัดกรองพยาธิใบไม้ตับ คัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วย Ultrasound มะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรงด้วยวิธี Fit test โดยประสานความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพ และบริษัทเอกชน ในการร่วมตรวจคัดกรองและวินิจฉัย เพื่อนำส่งต่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

กลุ่มผู้สูงอายุ ดำเนินงานภายใต้โครงการคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้านร่วมกับ 10 เรื่อง BGS และให้ข้อมูลวิธีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันสมองเสื่อม และการทกล้มในผู้สูงอายุปีงบประมาณ 2565 ทำโครงการ LTC สปสช ,ทำ care plan ตามโปรแกรม 3C กรมอนามัย ,รายงาน Palliative care ในThai COC โดยดำเนินงานร่วมกับ อปท. สนับสนุนงบประมาณจัดจ้าง อพมก. / Care giver เพื่อคัดกรอง ประเมิน ติดตาม ส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุในการฟื้นฟูสุขภาพสหวิชาชีพ และโครงการดอกคำดวงดูแลผู้สูงอายุในชุมชนต่อเนื่องโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ

กลุ่มพิเศษ ผู้พิการ ดำเนินงานภายใต้โครงการบริการ COC โดยศูนย์มณุษย์ลือ ดำเนินการโดยกลุ่มชมรมมนุษย์ลือ ที่เกิดจากทีมผู้พิการที่รวมตัวกันเพื่อให้บริการกลุ่มผู้พิการและผู้ต้องการความช่วยเหลือด้านกายอุปกรณ์ทั้งใน อ. วังน้ำเย็น และ อ.วังสมบูรณ์ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นโดยทีม อพมก. จากการอบรม อสม. มาปฏิบัติงาน การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์และอุปกรณ์ช่วยการฟื้นฟูจากภาคส่วน อปท. เอกชน และเครือข่ายท้องถิ่น การประเมินคนพิการโดย รพ.วังน้ำเย็นร่วมกับ พม./อปท./รพ.สต. การสนับสนุนชุดยั้งชีพคนพิการ รพ.วังน้ำเย็น/อปท.

กลุ่มพิเศษนักบวช/พระภิกษุ ภายใต้โครงการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ โดยคัดกรองภาวะโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คัดกรองสายตา/จอประสาทตา และส่งเข้ารับการรักษาผ่าตัดจอประสาทตา ร่วมกับโครงการของ จ.สระแก้ว และกิจกรรมการให้ Health literacy ในการป้องกันภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์

กลุ่มจิตเวชและยาเสพติด ดำเนินโครงการภายใต้บริบทคลินิกสุขภาพจิต และการจัดกระบวนการบำบัดยาเสพติด กิจกรรมตรวจคัดกรองปัญหาด้านสุขภาพจิต และยาเสพติดและสุรา ทุกกลุ่มวัย ทำจิตบำบัดดูแลเด็กและสตรีที่ถูกระทำรุนแรง เยี่ยมติดตามจิตเวชเรื้อรังในชุมชน ติดตามปัญหาซึมเศร้าฆ่าตัวตาย แผนพัฒนากิจกรรมดูแลเยาวชนในสถานศึกษา ต.วังน้ำเย็นได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ฆ่าตัวตายด้วยเครื่องมือ Mental health check in ผ่านระบบ Digital school Health Hero สายด่วนสุขภาพจิต Mr.ใส่ใจ 096-0754120 ของอำเภอวังน้ำเย็น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 ทั้งในสถานศึกษา และในชุมชน

ส่วนที่ 3 Result (หมวด 10 ผลการดำเนินงาน นโยบาย ปัญหาพื้นที่) ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอติดตาม KPI ตาม ODOP OTOP ยุทธศาสตร์ พชอ. ตามประเด็นปัญหา ได้แก่ NCD ไร้รอยต่อ โดยมุ่งผลสัมฤทธิ์ให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง กลุ่มป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค ให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ในระยะยาว และประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ มหัตถรภัย 1,000 วัน plus 2,500 วัน สพด.4D , TB และ LCT ภายใต้การกำกับติดตามตัวชี้วัดให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามนโยบาย และตัวชี้วัดผู้บริหาร จึงได้กำหนดตัวชี้วัดติดตาม ดังนี้

ลำดับ	NCD ไร้รอยต่อ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน	90	85.36
2	ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	90	84.86
3	ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	40	26.18
4	ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	60	49.39
5	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	67	25.93
6	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	80	99.48
7	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา	60	50.15
8	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	60	50.19

ลำดับ	NCD ไร้รอยต่อ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
9	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	90	71.39
10	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	70	73.89
ลำดับ	มหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน และสพด.4D	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1	ร้อยละการฝากครรภ์ก่อน GA 12 wk	75	66.67
2	ร้อยละการเกิดภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์	ไม่เกินร้อยละ 17	16.67
3	น้ำหนักทารกแรกเกิดไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม	ไม่เกินร้อยละ 7	7.46 (5 ราย)
4	เยี่ยมหลังคลอดครบตามเกณฑ์	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75	32.05
5	มหัศจรรย์ 1,000 วัน plus 2,500 วัน สพด.4D	ตำบลตาหลังใน	ตำบลตาหลังใน
6	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	90	94.71
7	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	20	21.74
8	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	90	88.35
9	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	85	91.96
10	เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้น 100 %	70	100
11	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	64	70.91
12	การดำเนินงาน สพด.4D	ศพด.บ้านทัพ หลวง	ศพด.บ้านทัพหลวง
ลำดับ	วัณโรค	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1	อัตราผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	88	100

ลำดับ	ผู้สูงอายุ	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
1	คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ BGS (Basic geriatric screening) 10 ด้าน	95	71.65
2	คลินิกผู้สูงอายุใน รพ.	100	รพ.วังน้ำเย็น
3	1 อำเภอ 1 ตำบลต้นแบบโรงเรียนผู้สูงอายุ	1 อำเภอ 1 ตำบลต้นแบบ	ต.วังน้ำเย็น