

ตัวอย่าง
ติดตาม Profile เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2559

ข้อมูลทั่วไป

ODOP อำเภอ	CKD		
OTOP ตำบล (รพ.สต.)	CKD		
ชื่อหน่วยบริการ	รพ.สต. A		
ที่อยู่	เลขที่ 1 ตำบล ก. อำเภอ ข. จังหวัด ค.		
ประเภท / ระดับ	รพ.สต.ขนาดกลาง		
ต้นสังกัด	สสอ. ข. สสจ. ค.		
ระดับอำเภอ ประธาน คปสอ. รองประธาน คปสอ.	ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่เดือน..... พ.ศ.	ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่เดือน..... พ.ศ.	
ระดับตำบล สสอ. ผอ.รพ.สต.	ลงชื่อ.....ลงนาม..... (.....ตัวบรรจง.....) ตำแหน่ง.....สสอ. ข. วันที่เดือน..... พ.ศ.	ลงชื่อ.....ลงนาม..... (.....ตัวบรรจง.....) ตำแหน่ง.....ผอ.รพ.สต. ก. วันที่เดือน..... พ.ศ.	
ผู้ประสานงาน 1	ชื่อ-สกุล	นาย ใจดี แสนดี	
	ตำแหน่ง	นวก.สธ. รพ.สต. A	
	e-mail	xxxx@gmail.com	โทรศัพท์ 08x-xxx-xxxx
ผู้ประสานงาน 2	ชื่อ-สกุล	นางสาวแสนสุข แสนดี	
	ตำแหน่ง	นวก.สธ. สสจ. ค.	
	e-mail	xxxx@gmail.com	โทรศัพท์ 08x-xxx-xxxx

วันที่ส่ง.....1 เมษายน.....2559..เวลา.....08.30 น.....

ผู้ส่ง(ตัวบรรจง)...นางสาวแสนสุข แสนดี.....

วันที่รับ.... 2 เมษายน.....2559..เวลา....8.35 น.

ผู้รับ(ตัวบรรจง)ผู้รับผิดชอบติดตามโปรไฟล์ R8way

ปัญหาสำคัญของ รพ.สต. A
การแก้ไขปัญหาผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง

ส่วนที่ 1 บริบทชุมชน

(เชื่อมโยงกับความจำเป็นด้านสุขภาพและการจัดบริการทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต)

1.1 สภาพทางกายภาพและสังคมของชุมชน และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงต่อ (“ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ” ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย ตามประเด็น ODOP/ OTOP และ 3PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC) ของผู้คนในชุมชน ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและมีแนวโน้มจะเกิดขึ้นในอนาคต)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล A เป็น รพ.สต.ขนาดกลาง รับผิดชอบ 5 หมู่บ้าน ประชากรจำนวน 5,000 คน ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง พื้นที่ราบมีแม่น้ำไหลผ่าน นับถือศาสนาพุทธ อาชีพทำสวนยางพารา เศรษฐกิจดี การคมนาคมสะดวก ระยะทางห่างจาก รพช. 30 กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทาง 30 นาที มีร้านมินิมาร์ท และฟรี Internet Wi-Fi 10 แห่งมีการเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้สะดวก เปิดให้บริการถึง 22.00 น. มีวิทย์ชุมชน และมีตลาดนัดทุกวันจันทร์ จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนไปทำให้วิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภค เช่น อาหารสูง อาหารสำเร็จรูป กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง ทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตเพิ่มขึ้น จากการศึกษาภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย NCD พบว่าผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง มีภาวะ Stage 3 – 5 ร้อยละ 55 และร้อยละ 60 เป็นผู้สูงอายุ

1.2 ศักยภาพของผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่ายในการจัดการกับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย” (ตามประเด็น ODOP/OTOP และ 3 PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC) ของผู้คนในชุมชน ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

รพ.สต. A มีผู้ป่วย CKD Stage 3 – 5 จำนวน 168 คน มีการจัดบริการคลินิกผู้ป่วย CKD เดือนละครั้ง โดยบริการด้านการป้องกันในผู้ป่วยในผู้ป่วย Stage 1 – 3 ส่วนในผู้ป่วย Stage 4 – 5 มีการส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพช. มีทีมสหวิชาชีพติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน แต่ละ รพ.สต. ในเครือข่ายบริการสุขภาพมี CPG ในการดูแลผู้ป่วย CKD นอกจากนี้ยังมีภาคีเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วย CKD หลายภาคส่วน

ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ภาคีเครือข่าย	บทบาทหน้าที่
1. โรงพยาบาลชุมชน	1. รักษาพยาบาล CKD คลินิก 2. CPG ในการดูแลผู้ป่วย CKD 3. ทีมสหวิชาชีพในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย CKD 4. พัฒนาบุคลากร จนท., Care giver 5. ระบบรับ – ส่ง ผู้ป่วย CKD 6. Consult รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วย CKD
2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	1. ประสานงานตาม DHS 2. จัดการระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย 3. นิเทศ กำกับ ติดตาม
3. รพ.สต.	1. จัดระบบบริการ CKD คลินิก เดือนละครั้ง 2. บริการด้านการป้องกันในผู้ป่วยในผู้ป่วย Stage 1 – 3 3. ผู้ป่วย Stage 4 – 5 มีการส่งต่อไปรับการรักษาที่ รพช. 4. ติดตามเยี่ยมบ้าน
4. อสม.	1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วย CKD 2. ร่วมคัดกรองและติดตามเยี่ยมบ้าน
5. อปท.	1. สนับสนุนงบประมาณในการดูแล CKD 2. เทศบัญญัติ Food Safety 3. ร่วมวางแผนนโยบาย 4. มาตรการทางสังคม 5. ธรรมนูญสุขภาพ 6. การจัดการขยะ
6. ผู้นำชุมชน	1. นโยบายสุขภาพ 2. ประชาสัมพันธ์
7. ชมรม/ร้านค้า	1. การจัดจำหน่ายอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย CKD
8. ผู้ดูแล (Care giver)	1. ดูแลผู้ป่วย CKD ต่อเนื่องในชุมชน
9. ชมรมรักษ์ไต	1. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2. ค้นหาผู้ป่วยต้นแบบในการดูแลตนเองได้ดี
10. ชมรมผู้สูงอายุ	1. Empowerment ในการดูแลผู้ป่วย CKD 2. อพส. ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ CKD
11. พระภิกษุ	1. เทศนาให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2. วัดส่งเสริมสุขภาพ
12. วิทยุชุมชน	1. ประชาสัมพันธ์เผยแพร่ความรู้เรื่อง CKD

1.3 ทูทางสังคมและความพร้อมของชุมชนในการจัดการกับ “ปัญหา/ความจำเป็น/ความต้องการด้านสุขภาพ” ของผู้คนในชุมชน ที่สัมพันธ์กับ 5 กลุ่มวัย ตามประเด็น ODOP/ OTOP และ 3PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC) ทั้งปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต เช่น ภูมิปัญญา(ทั้งที่เป็นเทคโนโลยีและผู้รู้จริงทำจริงเห็นผลจริง) ความคิด/ความเชื่อ ทรัพยากร/องค์กร/กลุ่มคน/การจัดการ/ระบบ ที่มีอยู่ในชุมชน ฯลฯ

ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำสวนยางทำให้มีรายได้ดีส่งผลให้การเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ทำให้การศึกษาที่ดีขึ้น การสื่อสารที่สะดวกรวดเร็ว (โทรศัพท์, Line) ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ดีขึ้นรวมถึงการประชาสัมพันธ์ข้อมูลการประสานงาน เช่นการส่งต่อข้อมูลระหว่าง Care giver ผู้ป่วย จนท. การได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท.ส่งผลให้การจ้ดระบบการดูแลผู้ป่วย CKD ได้ดีขึ้น รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ จนท. ในพื้นที่มีผู้ป่วย CAPD จำนวน 2 ราย คปสอ.ได้มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยดังนี้คือ มี รพช. แม่ข่ายพัฒนาพัฒนาศักยภาพ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ Set ทำแผล การกำจัดขยะติดเชื้อ และระบบแพทย์ที่ปรึกษา มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการปรับสิ่งแวดล้อมของบ้านและฝึกทักษะ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย CKD มีระบบแพทย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษา จนท. รพ.สต. ได้ตลอดเวลา รพ.สต. มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงจาก รพช. รพ.สต. สู่ชุมชน มีระบบให้คำปรึกษาในระดับ FCT ของชุมชน และมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่รับผิดชอบ และได้รับสนับสนุนงบประมาณจาก อปท. ในการปรับสิ่งแวดล้อมบ้านผู้ป่วย มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในกรณีฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ

สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน/กลุ่มเป้าหมายสำคัญ/โจทย์หลักของพื้นที่ ของ CUP และ แต่ละ รพ.สต.

2.1 ลักษณะหน่วยบริการ เช่น ขนาด รพ., ขนาด รพ.สต., ภาระงาน, จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มวัย/ Setting/ ภาระโรค ฯลฯ

บุคลากร :

บุคลากร	ประจำ	สนับสนุน	รวม	สัดส่วน	หมายเหตุ
แพทย์	-	/	-	-	มีแพทย์ออกตรวจคลินิก CKD 1 ครั้ง/เดือน
เภสัชกร	-	/	-	-	มีเภสัชกรออกตรวจคลินิก CKD 1 ครั้ง/เดือน
พยาบาลวิชาชีพ	/	-	2	1: 2500	
นวก.สาธารณสุข	/	-	2	1: 2500	
จพ.ทันตภิบาล	/	-	1	1: 5000	

ประชากรแยกตามกลุ่มวัย

กลุ่มวัย	เพศ		รวม(ราย)	หมายเหตุ
	ชาย(ราย)	หญิง(ราย)		
กลุ่มแม่และเด็ก				
- แม่ (หญิงตั้งครรภ์)	-	30	30	
- เด็ก (อายุ 0 – 5 ปี)	50	87	137	
กลุ่มวัยเรียน (อายุ 6 – 14 ปี)	222	333	555	
กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 15 – 19 ปี)	666	777	1443	
กลุ่มวัยทำงาน (อายุ 15 – 59 ปี)	1500	2300	3800	
กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป)	300	432	732	

หมายเหตุ

1. ผู้สูงอายุทั้งหมด 732 คน แบ่งเป็น กลุ่มติดสังคม 500 คน กลุ่มติดบ้าน 200 คน และกลุ่มติดเตียง 32 คน
2. ผู้ป่วย CKD ทั้งหมด 300 คน เป็นผู้สูงอายุ 150 คน แบ่งเป็น
 - ผู้ป่วยระยะที่ 1 จำนวน 80 คน
 - ผู้ป่วยระยะที่ 2 จำนวน 34 คน
 - ผู้ป่วยระยะที่ 3 จำนวน 156 คน (3A จำนวน 100 คน, 3B จำนวน 56 คน)
 - ผู้ป่วยระยะที่ 4 จำนวน 20 คน
 - ผู้ป่วยระยะที่ 5 จำนวน 10 คน

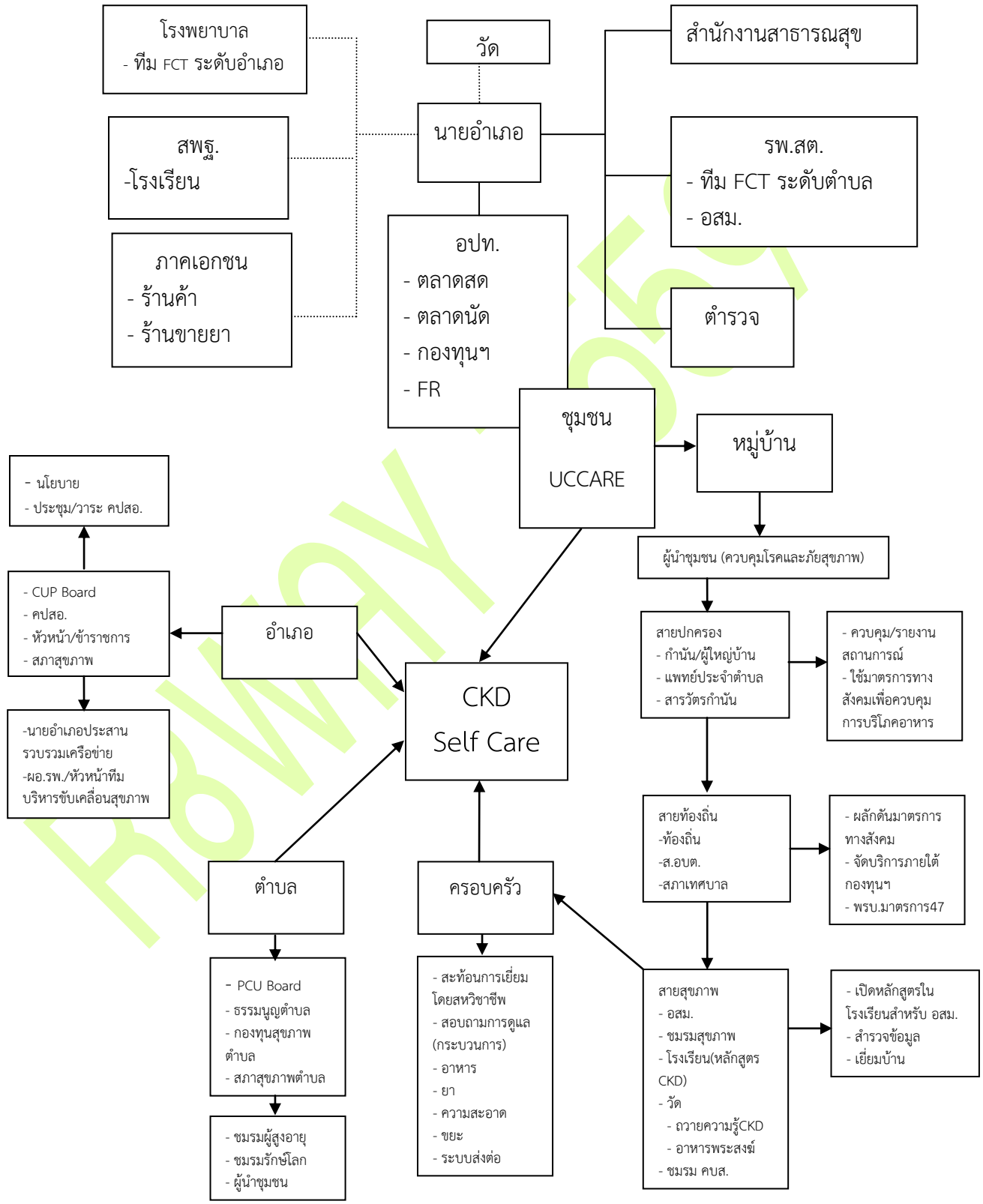
ภาระงานหน่วยบริการ (รพ.สต.)

การให้บริการ	จำนวนผู้ป่วยทั้งปี		
	ปี 2557 (คน)	ปี 2558 (คน)	ปี 2559 (คน) (ข้อมูล ณ 29 ก.พ. 2559)
ANC (ฝากครรภ์)	25	27	10
WCC (คลินิกสุขภาพเด็กดีและพัฒนาการเด็ก)	120	130	50
OPD + ER (ผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไปและ รับบริการห้องฉุกเฉิน)	300	320	100
บริการแผนไทย	150	160	40
วางแผนครอบครัว	30	45	5
คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง DM/HT (เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)	450	500	480
คลินิกไตวายเรื้อรัง (CKD)	300	310	303
การเยี่ยมบ้าน (รวมทุกประเภท)	3500	3600	4202
การสอบสวนโรค	จำนวนครั้งในการสอบสวนโรคต่อปี		
	ปี 2557 (ครั้ง)	ปี 2558 (ครั้ง)	ปี 2559(ครั้ง) (ข้อมูล ณ 29 ก.พ. 2559)
SRRT	30	27	5
รง. 506	123	150	64
สอบสวนโรค	53	45	8
การรายงานข้อมูล	จำนวนครั้งในการรายงานข้อมูลต่อปี		
	ปี 2557 (ครั้ง)	ปี 2558 (ครั้ง)	ปี 2559(ครั้ง) (ข้อมูล ณ 29 ก.พ. 2559)
ระบบรายงานข้อมูล/ฐานข้อมูล	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน
43 แฟ้ม	ทุกวัน	ทุกวัน	ทุกวัน

5 อันดับกลุ่มโรค/ ภัยสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่

1. DM/HT
2. DHF
3. Teenage pregnancy
4. CKD
5. ขยะ มลภาวะ (จากการประชาคม)

2.2 โครงสร้างและลักษณะการบริหารภายในองค์กร เครือข่าย เป็นเงื่อนไขที่เอื้อต่อการพัฒนาคนและระบบบริการปฐมภูมิ เช่น วิธีบริหารเครือข่าย, ทรัพยากร คน/เงิน/ครุภัณฑ์ ฯลฯ ทั้งในด้านการบริหารภายใน CUP และการบริหารร่วมกับภาคี เครือข่ายภายนอกสาธารณสุข (ที่สอดคล้องกับ ODOP/ OTOP และ 3 PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC)



2.3 สมรรถนะหลักขององค์กร (core competency) (ความเชี่ยวชาญเฉพาะขององค์กร) ให้สอดคล้องกับ ODOP/OTOP

รพ.สต. A มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการสื่อสารสร้างเครือข่ายให้มามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ROADWAY 2559

ส่วนที่ 3 ค่านิยมหลัก เป็นแนวคิดหลัก

เป็นแนวคิดหลักหรือหลักการที่ยึดเหนี่ยว หรือ วิธีการหลักในการออกแบบและจัดระบบบริการของหน่วยบริการ ทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและเป็นความรู้/แนวปฏิบัติ หรือ วัฒนธรรมหรือข้อพิจารณาของผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน (ที่สอดคล้องกับ ODOP/ OTOP และ 3PA : อุบัติเหตุทางท้องถนน, CKD, LTC)

ค่านิยม	ความหมาย	การนำไปใช้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี
Communication	การสื่อสาร	มีการสื่อสารในรูปแบบการประชุม ภายใน รพ.สต. แบบ morning talk การประชุมประจำเดือนของ คณะกรรมการ DHS ตำบล การประชุมประจำเดือน อสม. มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพให้ ชุมชนรับทราบ จนเกิดเครือข่าย การทำงานอย่างเข้มแข็ง ยึดหลัก 3 ร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วม รับผิดชอบ
Network	การสร้างเครือข่าย	
Community Participation	การมีส่วนร่วม	

ส่วนที่ 4 การออกแบบและจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมต่อเนื่อง

เป็นบริการที่สามารถแสดงให้เห็นถึงความยืดหยุ่นกับค่านิยมหลัก โดยผสมผสานการจัดบริการ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู สำหรับกลุ่มเป้าหมายหลักหรือประเด็นสุขภาพหลัก (ODOP/OTOP และ 3 PA: อุบัติเหตุทางถนน, CKD, LTC) ซึ่งมุ่งมั่นที่จะพัฒนาให้เป็นระบบและมีผลลัพธ์ที่ชัดเจน ทั้งนี้ ขอให้นำเสนอพัฒนาการของการจัดบริการ ในพื้นที่เอง จนกระทั่งนำไปสู่การพัฒนาเป็น ระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทุก รพ.สต. ใน CUP

4.1 Unity district Health Team

จากการคืนข้อมูลชุมชนนำไปสู่การทำประชาคมของภาคีเครือข่าย ภาคีเครือข่ายได้มีการ วิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ชุมชนได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาเรื่อง CKD นำมาเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไขต่อไป

4.2 Customer Focus

จากการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย NCD ประจำปีที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วย DM/HT จำนวน 300 คน มีภาวะ CKD Stage 3 – 5 ร้อยละ 62 (186 คน) และเป็นผู้ป่วยสูงอายุร้อยละ 55 (103 คน)

4.3 Community Participation

รพ.สต. A มีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย CKD โดยมีกระบวนการดังนี้ การจัดระบบ ในการดูแลแบบ One Stop CKD clinic ในวันจันทร์สัปดาห์ที่ ๑ ของเดือนโดยมีทีมสหวิชาชีพจาก รพช. ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ (CM,IC,CKDN), โภชนากร, Lab, กายภาพ มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยัง FCT ชุมชน เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และมีระบบ Consult ผ่าน Line group, โทรศัพท์ จาก FCT อำเภอ ในส่วนภาคี เครือข่ายมีความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย CKD โดยมีร่วมประชุมวางแผนจัดทำแผนสุขภาพเพื่อแก้ปัญหา CKD อปท. ได้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วย CKD เกิดมาตรการทางสังคม เช่น การสื่อสารประชาสัมพันธ์ป้ายรณรงค์ “งดเค็ม รักชีวิต” ผ่านชมรมร้านค้า ผู้ประกอบการจัดทำบทความ สุขภาพเพื่อเผยแพร่ผ่านผู้นำชุมชนและวิทยุชุมชน เทศนาให้ความรู้โดยพระภิกษุสงฆ์ ทำให้เกิด “ชมรมรักชีวิต” กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยความร่วมมือของชมรมผู้สูงอายุ มี Care giver ในการดูแลผู้ป่วย CKD ต่อเนื่องในชุมชน

4.4 Appreciation

1. มีการพัฒนาศักยภาพ อสม. ผ่านโรงเรียน อสม. เชี่ยวชาญให้มีความรู้และทักษะในการดูแลและ ติดตามผู้ป่วย CKD โดยการสอนตามหลักสูตรโรงเรียน อสม.
2. พัฒนา CKDN ระดับ รพ.สต. CKDN (ครู ก) จาก CUP
3. พัฒนาศักยภาพ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย CKD โดยเรียนรู้หน้างาน On the job training
4. พัฒนา อพส. ในการติดตามเยี่ยมเสริมพลังโดยเรียนรู้หน้างาน On the job training
5. สร้างบุคคลต้นแบบใน “ชมรมรักชีวิต” โดย Self help group
6. ถ่ายทอดการใช้ CPG CKD ที่เอื้อต่อการใช้งานทุกวิชาชีพใน รพ.สต.
7. จัดระบบให้คำปรึกษาใน FCT ทุกระดับ

4.5 Resource Sharing and Human Development

คปสอ. ได้มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยดังนี้คือ มี รพช. แม่ข่ายพัฒนาพัฒนาศักยภาพ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งสนับสนุน ยา เวชภัณฑ์ Set ทำแผล การกำจัดขยะติดเชื้อ และระบบแพทย์ที่ปรึกษา มีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวผู้ป่วยในการปรับสิ่งแวดล้อมของบ้านและฝึกทักษะ Care giver ในการดูแลผู้ป่วย CKD มีระบบแพทย์ที่ปรึกษาให้คำปรึกษา จนท. รพ.สต.ได้ตลอดเวลา รพ.สต. มีการจัดระบบในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงจาก รพช. รพ.สต. ชุมชน มีระบบให้คำปรึกษาในระดับ FCT ของชุมชน และมีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่รับผิดชอบ

4.6 Essential care

1. รพ.สต. เกิดระบบการให้บริการแบบ One Stop CKD clinic
2. มี CPG ในการดูแลผู้ป่วย CKD ที่ใช้ร่วมกันทั้ง CUP ในเรื่องการดูแล ระบบให้คำปรึกษา ระบบส่งต่อ
3. มีการพัฒนาสมรรถนะ จนท. ในการดูแลผู้ป่วย CKD
4. มีระบบในการจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน
5. เกิดมาตรการทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย CKD เช่น “งดเค็ม รักรัษไต” ในการกำกับดูแลการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน เพื่อป้องกันและลดภาวะไตเสื่อม ไตวาย

ส่วนที่ 5 การจักระบบสนับสนุน
(เพื่อกำกับติดตามและประเมินผล งบประมาณ/ การบริหารจัดการ)
(ที่สอดคล้องกับ ODOP/OTOP)

ระบบ	การจักระบบ/ออกแบบ
เกณฑ์มาตรฐานงานเภสัชกรรม	<ul style="list-style-type: none"> - CUP สนับสนุนยา และเวชภัณฑ์ - ติดตามเยี่ยม COC ดูแลระบบยา และ care giver และมี Line group ในการประสานงาน - จัดยา CKD ในผู้สูงอายุแบบ one day dose
เกณฑ์การประเมินด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามประเมินผล - ฝัาระวังการติดเชื้อในชุมชน - การจัดการขยะติดเชื้อในชุมชน - การดูแลวัสดุอุปกรณ์ - การจัดสถานที่
เกณฑ์ระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสารสนเทศ	<ul style="list-style-type: none"> - การจัดทำฐานข้อมูล CKD ในระดับ CUP - CKD Line group
ระบบคุณภาพและมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตาม Lab ประจำปีตามมาตรฐาน
เกณฑ์ 3 ดี Healthy work place, 5ส	<ul style="list-style-type: none"> - จัดคลินิกแยกเฉพาะ - จัดทำสื่อความรู้ Poster, ป้ายประชาสัมพันธ์
CQI/ นวัตกรรม/ R2R/ วิจัย	<ul style="list-style-type: none"> - การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังการดูแลผู้ป่วย CKD - ถู่งน้ำยาล้างไต ลดผลกดทับ

ส่วนที่ 6 ผลลัพธ์ของการจัดบริการ
(ที่สอดคล้องกับ ODOP/ OTOP)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน		
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
1. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	90%	500	495	500
2. ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่เป็นโรคไตเรื้อรัง ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นรายใหม่	<50%	230	254	220
3. ร้อยละผู้ป่วย CKD Stage 1 – 3 เปลี่ยนเป็นผู้ป่วย CKD Stage 4 - 5	<50%	30	45	5
4. ร้อยละของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ระยะที่ 3-5 ได้รับการเยี่ยมบ้าน	100%	80	90	50
5.				
6.				
7.				

ภาคผนวก

อุบัติเหตุ



LTC

