**แบบรายงานผลการประเมินคำรับรองการปฏิบัติราชการและประเมินเชิงยุทธศาสตร์**

**หน่วยงานระดับอำเภอ ร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์**

**รอบที่ 2 ปีงบประมาณ 2561**

**เป้าประสงค์ที่ ๒** เครือข่ายบริการสุขภาพทุกระดับมีระบบบริการที่มีคุณภาพหุ้นส่วนสุขภาพมีส่วนร่วมประชาชนเข้าถึง

บริการที่มีคุณภาพและเป็นเลิศ

**ตัวชี้วัดที่ 2** ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

**หน่วยวัด : ระดับ**

**ค่าเป้าหมาย : ระดับ ๕**

**น้ำหนัก : ร้อยละ ๑๐**

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานการณ์ สภาพปัญหาของพื้นที่ ข้อมูลพื้นฐานและผลงานรายตัวชี้วัด**

**1.๑วิเคราะห์สถานการณ์ ความสำคัญ สภาพปัญหาของพื้นที่**

**โรค Stroke**

โรงพยาบาลร่องคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน ไมมีแพทย์เฉพาะทาง นักจัดการรายกรณี 1 คน มีนักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 2 คน นักโภชนาการ 1 คน มีทีม HHC มีศูนย์โฮมสุข 1 แห่ง มีอุปกรณ์สนับสนุนจากท้องถิ่น เช่น ที่นอนลม เตียงผู้ป่วย เครื่องผลิต oxygen ไม่มีแพทย์อายุรกรรม ไม่มีเครื่อง CT

มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในปีงบ 2557-2561 (ต.ค.60-ส.ค.61) คือ 12,8,17,25และ35 รายตามลำดับ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบทางด่วน ( FAST Track )

( 5,4,7,10 และ ๑๐ รายตามลำดับ) จากการทบทวนเหตุการณ์ที่สำคัญพบว่า ปัญหาหลักคือ การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การประเมินผู้ป่วย และการส่งต่อล่าช้า

**โรค Pneumonia**

โรค **Pneumonia** พบว่าอำเภอร่องคำมีอัตราการป่วยร้อยละ ๓๖.๒๙ ต่อแสนประชากร อัตราการ refer ร้อยละ 0 อัตราการตาย ร้อยละ ๐ จะพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรค Pneumonia ยังต่ำ

**1.๒ ข้อมูลพื้นฐานและ/หรือผลงานรายตัวชี้วัด** (เกณฑ์การประเมินตามกรอบการประเมินฯ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ข้อมูลพื้นฐาน/**  **ผลงานรายตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ผลงาน** | **ร้อยละ/อัตรา** | **ระดับคะแนน**  **ที่ได้** |
| ตัวชี้วัดย่อยที่๒.1ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  (Service Plan)  โรคปอดอักเสบ(Pneumonia) | ๕ ขั้นตอน | ๕ ขั้นตอน | **๑๐๐** | **ระดับ ๕** |
| ตัวชี้วัดย่อยที่๒.2 ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ  (Service Plan)  โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) | ๕ ขั้นตอน | ๕ ขั้นตอน | **๑๐๐** | **ระดับ ๕** |
|  |  |  |  |  |
| **ภาพรวมตัวชี้วัด** |  |  |  | **ระดับ ๕** |

**ส่วนที่ 2 รายงานการติดตามและประเมินผล**

1. **ข้อค้นพบจากการติดตามประเมินผลกระบวนการบริหารยุทธศาสตร์รายเป้าประสงค์**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ข้อกำหนดทางยุทธศาสตร์**  **(ตามกรอบคำอธิบายตัวชี้วัด)** | **ข้อค้นพบ** | **ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา** |
| ๑.ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)  โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)  ๒.ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ(Service Plan)  โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) | คปสอ ร่องคำพบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบในเด็ก 0 -5 ปี ต่ำ คิดเป็นร้อยละ 36.29 ต่อ แสนประชากร ไม่มี refer อัตราตาย = ๐  ถึงแม้ คปสอ ร่องคำ จะมีการพัฒนาการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพ ผ่านการประเมินคุณภาพทุกระดับและมีการจัดทำรายงานผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพเพื่อการยกย่องเชิดชูเกรียติเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ แต่ก็ยังพบว่า ผลลัพธ์การดำเนินงานรายโรคหลอดเลือดสมองไม่บรรลุตามเป้าหมาย | การกำหนด Service Plan ที่เป็นตัวประเมินระดับจังหวัด ควรเป็น Service Plan ที่เป็นปัญหาในระดับอำเภอ  ควรมีการประชาสัมพันธ์และเข้าไปให้บริการในชุมชนครอบคลุมประชากรกลุ่มอื่นๆนอกเหนือผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง |

1. **ปัจจัยความสำเร็จของตัวชี้วัด/เป้าประสงค์**
2. ผู้บริหารให้ความสำคัญ
3. มีคณะกรรมการทีมนำคลินิกในการติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
4. มีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานและกำหนดแนวทางการดำเนินงาน
5. **ปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนเป้าประสงค์**

**ไม่มี**

1. **ผลงาน/กิจกรรมที่โดดเด่นเป็นพิเศษ (Best Practice) รายเป้าประสงค์ (ถ้ามี)**

4.1) ชื่อผลงาน/กิจกรรม

1. **Clinical Tracer: Stroke**

1.บริบท

โรงพยาบาลร่องคำเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง นักจัดการรายกรณี 1 คน มีนักกายภาพ 1 คน แพทย์แผนไทย 2 คน นักโภชนาการ 1 คน มีทีม HHC มีศูนย์โฮมสุข 1 แห่ง มีอุปกรณ์สนับสนุนจากท้องถิ่น เช่น ที่นอนลม เตียงผู้ป่วย เครื่องผลิต oxygen ไม่มีแพทย์อายุรกรรม ไม่มีเครื่อง CT

มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการในปีงบ 2557-2561 (ต.ค.60-พ.ค.61) คือ 12,8,17,25และ๓๕ รายตามลำดับ ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแบบทางด่วน ( FAST Track )

( 5,4,7,10 และ ๑๐ รายตามลำดับ) จากการทบทวนเหตุการณ์ที่สำคัญพบว่า ปัญหาหลักคือ การเข้าถึงบริการที่ล่าช้า การประเมินผู้ป่วย และการส่งต่อล่าช้า

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. การเข้าสู่ระบบ Stroke FAST Track

2. การส่งต่อล่าช้า

3. อัตราการตาย

3.เป้าหมายการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

2. การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

3. พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย (Assessment and Diagnosis)

4.พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง (Intermediate care)

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 กระบวนการพัฒนา

- ติดตามเครื่องชี้วัดที่สำคัญคือ ร้อยละที่มาโดยระบบ EMS / ร้อยละที่เข้าระบบ FAST Track /

Door to refer ภายใน30 นาที / อัตราการตาย และนำมาวิเคราะห์พัฒนาระบบการเข้าถึงการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- พัฒนาทีม Stroke fast track อย่างต่อเนื่อง ร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่ายกาฬสินธุ์ เพื่อกำหนดแนวทางในการดูแล

และแนวทางในการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นมีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อ

- มีการปรับปรุงและพัฒนา CPG

- มีการทบทวนในเหตุการณ์สำคัญ คือ เสียชีวิต ใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อ

4.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วย

1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

- ประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

- ให้ความรู้เรื่อง Stroke alert ที่ผู้ป่วยต้องรีบมาพบแพทย์เมื่อมีอาการโดยแจกเอกสารแผ่นพับ

/ เสียงตามสายและวิทยุชุมชนท้องถิ่น

2.การประเมินผู้ป่วย

- จัดโครงการอบรมและให้ความรู้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจตรงกันในเรื่องการประเมินผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในกลุ่ม FAST Track

3. การวินิจฉัย

- มีการประเมินผู้ป่วยในการใช้ FAST ในการวินิจฉัย ร่วมกับมีแนวทางการ Consult แพทย์

4. การวางแผนการรักษาและรักษา

- จัดทำและปรับ CPG ทุกปีให้มีความชัดเจนและครอบคลุมทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- ทบทวนการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke ทุกรายรวมทั้งวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง

- ในคลินิกโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไต มีการให้ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับ

Stroke fast track

6.การดูแลรักษาต่อเนื่อง

- มีการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลัง D/C กลับบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (HHC)

4.3 ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง

- คลินิกโรคเรื้อรัง ในการให้ข้อมูลและความรู้

- ระบบงานเวชระเบียน

- ระบบยานพาหนะ ให้เกิดความเข้าใจ ในระบบ FAST Track

**5.ผลการดำเนินงาน**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | **เป้าหมาย** | **ปี งบ**  **2557** | **ปี งบ**  **2558** | **ปี งบ**  **2559** | **ปี งบ**  **2560** | ปี งบ 2561  (ต.ค.60-ส.ค. 61) |
| ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าระบบFAST Track | > 30 % | 41.67 | 50 | 41.18 | 40 | 28.57 |
| |  | | --- | | อัตราของผู้ป่วย Stroke Door to refer  ภายใน 30 นาที | | > 50 % | 41.67 | 37.5 | 23.53 | 50 | 20 |
| อัตราตายภายใน 7 วัน | < 5 % | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.85 |

6.แผนการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

1. การให้ความรู้เรื่อง Stroke alert กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

2. พัฒนาระบบ EMS เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง ระบบ Stroke fast tract

3. ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองให้มีความชัดเจนและละเอียดยิ่งขึ้น

4. จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมมากขึ้น

โดยมีการประสานกับทีม HHC และ PCU

5. จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งต่อ

กระทั่งกลับถึงชุมชน เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

6. การบำบัดฟื้นฟู

7. พัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยโดยบูรณาการร่วมกับงาน NCD เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

**2. Clinical Tracer : TB**

**1. บริบท**

โรงพยาบาลร่องคำ เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 3 คน เภสัชกร 3 คน พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมคลินิกวัณโรค จำนวน 3 คน ให้บริการคลินิกวัณโรคแบบ One Stop Service มี TB mobile ออกเยี่ยมบ้านทุกวันศุกร์ ในรายที่อยู่ในระยะเข้มข้น

( Intensive phase ) มีผู้ขึ้นทะเบียนเป็นวัณโรค ในปีงบประมาณ 2557,2558,2559,2560 และ 2561(ต.ค.60-พ.ค.61) จำนวน 23,24,12,21 และ 13 ราย ตามลำดับ มีภาคีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติงาน มีสเตอร์ TB หมู่บ้านละ 1 คน จากการทบทวนพบว่ามีปัญหาในกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ในปี 2560 มีผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาเรื่อง relapse 2 รายจากการทบทวนพบว่าเกิดจากระบบการติดตาม คัดกรองและติดตามอาการผู้ป่วยวัณโรคหลังการจำหน่ายในปี 2561พบว่าDead 3ราย

( HIV =1 ราย ,ผู้สงอายุมีโรคร่วม= 1 ราย,Palliative careมีโรคร่วม= 1 ราย) จากการวิเคราะห์พบว่ากลุ่มผู้ป่วยวัณโรคที่เสียชีวิตเป็นกลุ่มผู้ป่วยผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยภูมิกันบกพร่อง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค

**2.ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ**

1. ผู้ป่วยมี Relapse

2. Criteria ในการ discharge ออกจากคลินิก

3. กระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

4. การวางแผนจำหน่ายและการนัดติดตามอาการ

**3.เป้าหมาย/ตัวชี้วัด**

3.1 ไม่มีผู้ป่วย Relapse

3.2 ไม่มีการขาดนัด ไม่มีการขาดยา

3.3 ความสำเร็จของการรักษาวัณโรค

**4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ**

**4.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วย**

1**.**การเข้าถึงบริการ

- มีระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยภูมิกันบกพร่อง กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานในกลุ่มอายุ 65 ปี ขั้นไป

- ให้ผู้ป่วยเข้าถึงการตรวจ CXR และ sputum AFB หลังการรักษาครบตามกำหนด โดยมีระบบนัดติดตามและออกเชิงรุกในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัดตามเกณฑ์ที่กำหนด

2.การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- กำหนดแนวทางในการ discharge โดยใช้ CXR และ sputum AFB(กรณีที่ CXR ไม่ดีขึ้น

ตามเกณฑ์ต้องมีการวางแผนเพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง)

3. การวางแผนการรักษาและรักษา

- มี Program intervention ในแต่ละครั้งที่นัดโดยทีมสหวิชาชีพ

- วางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ

4. การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง

- การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในเรื่องโรค การรับประทานยาต่อหน้าพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในระยะเข้มข้นของการรักษา

- แจ้งมีสเตอร์ TB และ อสม.ที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและเป็นพี่เลี้ยงในการกินยาของผู้ป่วย (DOTS)

- จัดทำแผ่นพับและคู่มือสมุดประจำตัวผู้ป่วยวัณโรค

5. การดูแลต่อเนื่อง

- นัดติดตามอาการทุกรายภายใน 6 เดือน

- เยี่ยมบ้านหลังรับยาครบ

**4.2 กระบวนการพัฒนา**

- การใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคยึดตามแนวทางของสำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค

- มีการทำงานเป็นสหวิชาชีพ

- พัฒนาศักยภาพความรู้และวิชาการใหม่ๆให้กับผู้เกี่ยวข้อง

- มีการทบทวนเคสที่ไม่เป็นไปตามแผนการรักษาหรือเคสที่ relapse

**4.3ระบบงานสำคัญที่เกี่ยวข้อง**

- ระบบห้องปฏิบัติการ

- ระบบ IC และ ENV

- ระบบยา

- องค์กรพยาบาลและองค์กรแพทย์

- เครือข่ายการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

**5. ผลการพัฒนา**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2557** | **ปี 2558** | **ปี 2559** | **ปี 2560** | **ปี 2561**  (ต.ค.60-ส.ค. 61) |
| 1. อัตราการขาดยาวัณโรค  ( Default rate) | < 3 % | 4.16 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2. อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ( Success rate) | ≥ 85% | 83.44 | 95.46 | 90.91 | 91.66 | 100 |
| 3. อัตราการตาย (Dead rate) | < 5% | 12.5 | 4.54 | 9.09 | 0 | 20 |
| 4.อัตราการรักษาล้มเหลว  ( Failure rate) | < 1% | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5. อัตรากลับเป็นซ้ำ (Relapse) | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 ราย | 0 |
| 6. อัตราการขาดนัด | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2.63 |

**6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง**

- พัฒนาศักยภาพทีม

- พัฒนาการคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง

- พัฒนาห้องแยกที่จุดตรวจโรคผู้ป่วยนอกให้เหมาะสม วางระบบการเคลื่อนย้ายและการจัดโซน

**3. ลูกรอกฟื้นชีวิต**

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดและสมองเป็นการหยุดการทำงานของสมองอย่างฉับพลันโดยมีสาเหตุจากการรบกวนหลอดเลือดที่เลี้ยงสมอง โรคนี้อาจเกิดจากการขาดเลือดเฉพาะที่ของสมอง(ischemic) ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะหลอดเลือดมีลิ่มเลือด(thrombosis) หรือภาวะมีสิ่งหลุดอุดตันหลอดเลือด(embolism) หรืออาจเกิดจากการตกเลือด(hemorrhage) ในสมอง ผลจากภาวะดังกล่าวทำให้สมองส่วนที่ขาดเลือดหรือตกเลือดทำงานไม่ได้ และอาจส่งผลทำให้อัมพาตครึ่งซึก ไม่สามารถขยับแขนขาส่วนใดส่วนหนึ่งหรือซีกใดซีกหนึ่ง ไม่สามรถทำความเข้าใจหรือพูดได้หรือตาบอดครึ่งซึก ทั้งนี้ถ้ามีความรุนแรงมากอาจทำให้ตายได้

ดังนั้นทีมสุขภาพและชุมชนตำบลเหล่าอ้อยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงคิดนวัตกรรมลูกรอกฟื้นชีวิตขึ้นเพื่อกระตุ้นและฟื้นฟูให้ผู้ป่วยกลับมาช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้นเพื่อลดภาวะพึ่งพิงครอบครัวและชุมชน

**วัตถุประสงค์**

1.เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีประสิทธิภาพ

2.เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น

3.เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูฟื้นฟูผู้ป่วย

**กลุ่มเป้าหมาย**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตรับผิดชอบตำบลเหล่าอ้อยจำนวน 7 ราย

**วิธีการดำเนินงาน**

1.ประชุม ทีมงาน สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายระดับตำบล

2.เขียนโครงการ

3.ดำเนินงานตามโครงการ

4.ประเมินผล

**ระยะเวลาการดำเนินงาน**

1 ตุลาคม 256๐ – 31 กันยายน 2561

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1.เกิดการพัฒนาเรียนรู้ร่วมกันและกลไกในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับตำบลเพื่อส่งเสริมการดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง

2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันได้มากขึ้น







4.3) ผลการดำเนินงาน **(Best Practice)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| กิจกรรม | ผลผลิต/ผลลัพธ์ | ปัญหาอุปสรรค/ปัจจัยความสำเร็จ | ข้อเสนอแนะ/  การประยุกต์ใช้/การขยายผล |
| 1.ประชุม ทีมงาน สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายระดับตำบล  2.เขียนโครงการ  3.จัดทำลูกรอกเพื่อให้ผู้ป่วยได้ฝึกเดิน ฝึกทำกายภาพบำบัด  4. ออกเยี่ยมติดตามผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายทุกเดือน  4.ประเมินผล | -ผู้ป่วยทั้ง 7 คนสามารถฝึกเดินได้ คุณภาพชีวิตดีขึ้น ร้อยละ 85  -อัตราความพึงพอใจร้อยละ 100 | เครือข่ายให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน | สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วย หลอดเหลือสมอง ผู้ป่วยที่มีแขนขนอ่อนแรงได้ |

**ส่วนที่ 3 ข้อเสนอเชิงนโยบาย** (การเขียนให้เขียนข้อเสนอเป็นรายข้อ)

**-**

**ส่วนที่ 4 ภาคผนวก**

1. แบบประเมิน Checklist ตัวชี้วัดเป้าประสงค์
2. เอกสารหลักฐานประกอบ (ถ้ามี)
3. อื่น ๆ ตามความเหมาะสม

**ลงชื่อ...........................................ผู้ประเมิน ลงชื่อ........................................หัวหน้ากลุ่มงาน**

**(............................................) (............................................)**

**ตำแหน่ง.......................................................... ตำแหน่ง..........................................................**