



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2563



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญขององค์กร

ปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)
(ตัวชี้วัดคำรับรอง 25 ตัว และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ 31 ตัว)

ยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัด	ผ่าน	คิดเป็นร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศนิติสุขภาพจิต	6	4	66.67
- ตัวชี้วัดคำรับรอง (รอบ 5 เดือน มี 1 ตัวชี้วัด รอบ 12 เดือน ยกเลิกประเมิน)	-	-	-
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	6	4	66.67
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง	24	19	79.17
- ตัวชี้วัดคำรับรอง	14	13	92.85
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	10	6	60.00
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายนิติสุขภาพจิตและจิตเวช	8	7	87.50
- ตัวชี้วัดคำรับรอง	4	3	75.00
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	4	4	100
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล	18	18	100
- ตัวชี้วัดคำรับรอง	7	7	100
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	11	11	100
รวม	56	48	85.71

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)



ยุทธศาสตร์	รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2563		
	จำนวนตัวชี้วัด	ผ่าน	คิดเป็นร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศในนิติสุขภาพจิต	6	4	66.67
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคูณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง	10	6	60.00
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายนิติสุขภาพจิตและจิตเวช	4	4	100.00
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล	11	11	100.00
รวม	31	25	80.65

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



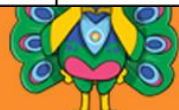
ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	ผลดำเนินงาน 12 เดือน
					2560	2561	2562		
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศในวิชาชีพ (6 ตัวชี้วัด)									
1	ร้อยละคะแนนของการพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศในวิชาชีพ ในระดับประเทศ (Excellence Center)	1.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	N/A	94.90	98	90	77
2	ร้อยละของผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีรุนแรง ที่รับไว้ไม่ก่อกดขี่ ภายใน 3 ปี	2.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต (งานนิติจิตเวชชุมชน)	98.53	100	100	100	100
3	ร้อยละของบุคลากรใน/นอกสังกัดที่เข้าร่วมอบรม หลักสูตรนิติจิตเวช สามารถนำความรู้ไปใช้ในการ ปฏิบัติงาน	3.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	88.24	94.12	100	95	0
4	จำนวนฐานข้อมูลด้านนิติสุขภาพจิต ที่ถูกเผยแพร่	4.1	จำนวน	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	4	5	6	6
5	ร้อยละผู้รับบริการนิติจิตเวชได้รับการดูแลตามแนว ทางการดูแลผู้รับบริการนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราช นครินทร์ มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นตามแนวทางการ ประเมินผู้ป่วยตามระยะ (Phasing)	5.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	100	85.71	86.40	85	85.71
6	จำนวนผลงานวิจัย/เทคโนโลยี/นวัตกรรมนิติสุขภาพจิต และจิตเวชที่เผยแพร่ด้วยการตีพิมพ์/นำเสนอในระดับ ต่าง ๆ	6.1	จำนวน	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ ทุกกลุ่มภารกิจ	6	5	11	5	6



ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



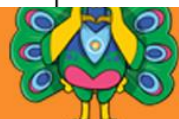
ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	ผลดำเนินงาน 12 เดือน
					2560	2561	2562		
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง (10 ตัวชี้วัด)									
7	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ** (24)	2.2	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการโรคจิตเภท)/ กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล/ /กลุ่มภารกิจเครือข่าย	97.38	96.85	98.47		
	- SMI-V ได้รับการติดตาม							≥90	97.26
	- SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี							≥96	98.58
8	ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 90 วัน	2.3	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/ ทุกงานบริการ/ งานเวชระเบียนและสถิติ	93.42	93.79	93.73	95	93.60
9	ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 28 วัน		ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/ ทุกงานบริการ/ งานเวชระเบียนและสถิติ	97.2	97.17	96.73	95	96.98
10	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางที่มารักษาแบบผู้ป่วยใน มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังจำหน่าย	2.3	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป	-	96.38	89.47	≥85	99.80
11	จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบันฯ	5.3	จำนวน	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป ทุกงานบริการ	2	0	1	0	0



ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



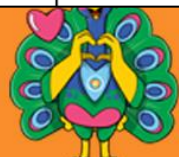
ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย	ผลดำเนินงาน
					2560	2561	2562	12 เดือน	12 เดือน
12	ร้อยละของผู้ป่วยนิตสุภาพจิตและจิตเวชที่รับไว้ตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อน (3S) – Refer in	7.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจการพยาบาล (refer)/ กลุ่มภารกิจนิตสุภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป	75.86	91.33	98.78	94	99.13
13	ร้อยละของผู้ป่วย Refer out ทางกายได้รับความปลอดภัยภายใน 72 ชม.	7.2	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจการพยาบาล (refer)/ กลุ่มภารกิจนิตสุภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป	-	100	98.81	100	96.97
14	ร้อยละของผู้ป่วยนิตสุภาพจิตและจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่ส่งกลับ Refer back ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง	7.3	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจการพยาบาล (refer)/ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช ชุมชน/ กลุ่มภารกิจนิตสุภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป	N/A	N/A	80.42	50	87.69
15	ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไปของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ	8.1	ร้อยละ	QMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	97.62	92	90	67.92
16	จำนวนประเด็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไข โดยใช้เครื่องมือการจัดการความรู้/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (KM/R2R/CQI)	8.2	จำนวน	QMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	14	39	20	7



ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	ผลดำเนินงาน 12 เดือน
					2560	2561	2562		
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาเครือข่ายด้านนิติสุขภาพจิต และจิตเวช (4 ตัวชี้วัด)									
17	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับ A,S,M1 และ M2 ในเขตสุขภาพที่ 5 สามารถให้บริการจิตเวชฉุกเฉินและดูแลได้ภายใน 48 ชั่วโมง	9.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจเครือข่าย	-	99.94	99.47	80	80.19
18	ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต ** (11)	9.2	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC/ฆ่าตัวตาย)	-	85.67	100	80	100
19	อัตราการฆ่าตัวตายในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5	9.3	อัตราตายต่อแสนประชากร	กลุ่มภารกิจเครือข่าย	6.27	4.04	3.97	< 6.3	4.08
20	ร้อยละของเรือนจำที่มีฐานข้อมูลผู้ต้องขังจิตเวช	10.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	N/A	N/A	71.33	80	100



ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	ผลดำเนินงาน 12 เดือน
					2560	2561	2562		
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล (11 ตัวชี้วัด)									
21	ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตาม เกณฑ์มาตรฐาน HA /ISO 9001:2015	11.1	ร้อยละ	<u>QMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ทุก กลุ่มภารกิจ</u>	100	100	100	80	100
22	ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตาม เกณฑ์มาตรฐาน ISO 27001:2013	11.2	ร้อยละ	<u>QMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ทุก กลุ่มภารกิจ</u>	100	100	100	85	100
23	ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย	12.1	ร้อยละ	<u>QMR/ศูนย์พัฒนาคุณภาพ/ทุก กลุ่มภารกิจ</u>	86.24	93.16	92.58		
-	- ผู้ป่วยใน				86.73	96.00	98.50	90	94.13
-	- ผู้ป่วยนอก				88.24	89.50	96.53	90	94.90
-	- ภาพรวมผู้รับบริการต่อการบริการ				87.49	92.75	97.52	90	97.36
-	- เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 5				83.60	95.18	91.19	90	91.49
-	- ผู้มาศึกษาดูงาน/อบรม				-	95.98	93.15	90	89.23
-	- เครือข่ายนิติจิตเวช	-	89.12	93.26	90	95.20			
24	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด Case Mixed Index (CMI)	13.1	ค่า น้ำหนัก	<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานการเงินและบัญชี)/ กลุ่มงานพัสดุ/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	1.85	1.89	1.85	1.90	1.90
25	ค่าคะแนนดัชนีวัดประสิทธิภาพ (EUI) ปริมาณการใช้ พลังงานประหยัดได้ *(26)	13.2	ค่า คะแนน	<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ / ทุกกลุ่มภารกิจ</u>					
-	- ค่า EUI ไฟฟ้า				1.09	1.30	0.51	≥0	0.19
-	- ค่า EUI น้ำมันเชื้อเพลิง				1.18	1.07	0.21	≥0	0.07



ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 12 เดือน	ผลดำเนินงาน 12 เดือน
					2560	2561	2562		
ยุทธศาสตร์ 1-4									
26	ร้อยละของบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อทิศทางการดำเนินงานขององค์กร	14.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> <u>(กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ</u> <u>สารสนเทศ)/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	96.30	92.77	99.35	90	98.47
27	ร้อยละของผลการดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดในแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	14.2	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ /</u> <u>(กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ</u> <u>สารสนเทศ)/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	100	100	100	95	96.34
28	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อลดขั้นตอนการดำเนินงานและลดกระดาษ	15.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ /</u> <u>(งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)/</u> <u>ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	N/A	N/A	60	50	68.29
29	ร้อยละของความพึงพอใจต่อการเข้าถึงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ	15.2	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> <u>(งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)</u>	80.03	80.47	85.17	85	86.11
30	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาทักษะและสมรรถนะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ** (29)	16.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> <u>(กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/</u> <u>ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	-	-			
	- สมรรถนะหลัก						93.85	80	93.71
	- สมรรถนะทางด้าน MIDL						54.50	50	85.07
31	ค่าเฉลี่ยของระดับความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร	16.2	ค่าเฉลี่ย	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> <u>(กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/</u> <u>ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	6.13	5.91	5.80	>5.0	5.84



แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของคะแนนการพัฒนาไปสู่ความเป็นเลิศนิติจิตเวช ในระดับประเทศ
(Excellence Center)

- ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90
- ผลการดำเนินงาน มีการดำเนินงาน ทั้ง 6 มิติได้ ร้อยละ 77

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินงานพัฒนาไปสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านจิตเวชในระดับประเทศ ได้อย่างเต็มที่

➤ แนวทางการพัฒนา

ได้รับการสนับสนุนให้มีกิจกรรมพัฒนาไปสู่การเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านจิตเวชในระดับประเทศอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 3 ร้อยละของบุคลากรใน/นอกสังกัดที่เข้าร่วมอบรมหลักสูตรนิติจิตเวช สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้

- ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95
- ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 0

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ไม่สามารถจัดอบรมได้

➤ แนวทางการพัฒนา

ควรมีการปรับการจัดอบรมให้เป็นรูปแบบการเรียนการสอนออนไลน์

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 90 วัน

➤ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95

➤ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 93.60

- ปีงบประมาณ 2563 (12 เดือน) มีผู้ป่วยในจิตเวชที่ได้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเฉลี่ย 3 เดือนก่อนหน้า จำนวนทั้งสิ้น 25,515 ราย
- เป็นผู้ป่วยในจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน รวม 161 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.4015

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. การทำงานของทีมยังเป็นรูปของคณะทำงานที่ประกอบด้วย บุคลากรทีมสหวิชาชีพ แต่ด้วยงานนโยบายหลายด้าน ทำให้การดูแลผู้ป่วยรายโรคของแต่ละวิชาชีพไม่สามารถดำเนินการได้ครบถ้วนตามแนวทางการดูแลที่จัดทำขึ้น
2. ผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง หลังจากจำหน่ายจากสถาบันฯ

➤ แนวทางการพัฒนา

1. การประชุมชี้แจงและทบทวนการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะโรค เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้และเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. การพัฒนาฐานข้อมูลการ Refer เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแล/ส่งต่อผู้ป่วยของหน่วยบริการในพื้นที่เขตสุขภาพที่รับผิดชอบ
3. การพัฒนานวัตกรรม/รูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความทันสมัย และลดภาระงานของบุคลากรในการบำบัดผู้ป่วย

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 13 ร้อยละของผู้ป่วย Refer out ทางกายได้รับความปลอดภัย ภายใน 72 ชม.

➤ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 100

➤ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 96.97

- ผู้ป่วยในจิตเวช Refer ทางกาย Refer ทางกายด้วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ทั้งหมด 66 ราย
- เสียชีวิตภายใน 72 ชั่วโมง จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.03

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

หน่วยงานพื้นที่เครือข่ายไม่ปฏิบัติตามระบบที่กำหนดร่วมกัน เช่น ไม่ประสานก่อนส่งตัวผู้ป่วย ประสานหลังจากผู้ป่วยเดินทางออกมาก่อนให้ผู้ป่วยเดินทางออกมาก่อนการประสาน ผู้ป่วยเดินทางมาเองโดยไม่ผ่านระบบส่งต่อ ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ญาติไม่ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นจริง ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่มีสิทธิการรักษา ส่งต่อรักษาทางหายยาก

➤ แนวทางการพัฒนา

1. ทำแนวทางการคัดกรองให้สามารถดักจับปัญหาทางกายเพื่อลดความเสี่ยง
2. การให้ข้อมูลการส่งต่อย้อนกลับในพื้นที่
3. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่เครือข่าย โดยมีเวทีการแลกเปลี่ยนสม่ำเสมอ
4. ควรมีแพทย์อายุรกรรมที่สามารถตรวจรักษาเบื้องต้นก่อน
5. หาหน่วยงานที่สามารถรับผู้ป่วยรักษาทางกายทำมารดส่งตัวผู้ป่วยได้รวดเร็วได้มากขึ้น
6. เพิ่มการทำMOU กับโรงพยาบาลใกล้เคียงให้ได้มากขึ้น

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

- ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90
- ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 67.92

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

นำโปรแกรมการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของ สรพ. มาใช้ แต่ระบบค่อนข้างที่จะเข้าใจยากเนื่องจากเป็นระบบใหม่ และความเสี่ยงไม่ตรงตามบริบทของโรงพยาบาลทางจิตเวช ทำให้ผู้รับผิดชอบเจ้าของความเสี่ยง และบางครั้งหน่วยงานร่วมไม่ทราบว่ามีความเสี่ยง จึงไม่ได้เข้ามาเขียนแก้ไขและปิดความเสี่ยงในระบบแม้จะแก้ไขแล้ว

➤ แนวทางการพัฒนา

1. กระตุ้นให้หัวหน้างาน/หน่วยงานเข้าระบบเพื่อไปยืนยันอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพื่อให้ได้รับการแก้ไขมากขึ้น
2. คณะกรรมการ RM จะช่วยทวนสอบความเสี่ยงในระบบ เพื่อสื่อสารให้กับหน่วยงาน และรายงานผลในที่ประชุม กบห ทุกเดือน

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 16 จำนวนประเด็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไขโดยใช้เครื่องมือ KM/R2R/CQI

➤ ค่าเป้าหมาย จำนวน 20 เรื่อง

➤ ผลการดำเนินงาน จำนวน 7 เรื่อง

มีจำนวนประเด็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไขโดยใช้เครื่องมือ KM/CQI /R2R) โดยมีผลงานวิชาการที่นำเสนอในรูปแบบ Poster งานประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 19 ประจำปี 2563 จำนวน 7 เรื่อง

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้ไม่สามารถจัดมหกรรมคุณภาพ/เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในสถาบันฯ ได้
2. หน่วยงานได้ทำการแก้ไขประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้น แต่ไม่ได้ส่งรวบรวมจึงทำให้ข้อมูลบางส่วนขาดหายไป

➤ แนวทางการพัฒนา

1. ปรับการจัดมหกรรมคุณภาพ/เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในสถาบันฯ เป็นรูปแบบออนไลน์
2. หน่วยงานคุณภาพ ส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานมีการแก้ไขปัญหา ต่อเนื่องทุกปี

คะแนนการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
 รอบ 11 เดือน ปีงบประมาณ 2563
 (1 ตุลาคม 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

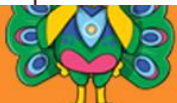
ตัวชี้วัด	จำนวน ตัวชี้วัด	ผ่าน	เป้าหมาย	ค่าคะแนนที่ได้
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล	10	8	5.0000	4.7866
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ	4	4	5.0000	5.0000
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของ การปฏิบัติราชการ	8	8	5.0000	5.0000
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร	3	3	5.0000	5.0000
รวม	25	23	5.0000	4.9360



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



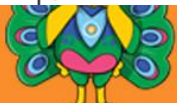
ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัดในแผน	หน่วยนับ	น้ำหนัก	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 11 เดือน	ผลดำเนินงาน รอบ 11 เดือน	
						2560	2561	2562		ผลงาน	คะแนน
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิผล (10 ตัวชี้วัด)											4.7866
1	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย** (1)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> <u>(งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/</u> <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u>						
	- กระตุ้นด้วย TEDA41 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น				กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	N/A	36.61	60	62.57	2.5000
	- กระตุ้นด้วย TEDA41 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย					N/A	N/A	47.37	30	29.33	2.4330
2	ร้อยละของเด็กปฐมวัยกลุ่มเสี่ยง (BA+LBW+แม่วัยรุ่น) ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่าสงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัย** (2)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> <u>(งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/</u> <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5/</u> กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	N/A	N/A	80	98.45	5.0000
3	ร้อยละของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อระดับสติปัญญา ต่ำกว่ามาตรฐาน ปัญหาการเรียนรู้ออทิสติก และปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ** (3)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> <u>(งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/</u> <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u>						5.0000
	- รร.ที่มีระบบดูแลช่วยเหลือ				กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	N/A	N/A	10	45.22	1.0000
	- เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือ					N/A	N/A	N/A	80	98.97	2.0000
	- เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น					N/A	N/A	87.21	90	91.42	2.0000
4	ร้อยละของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ** (4)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> <u>(งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/</u> <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u> กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	N/A	93.59	70	100	5.0000



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



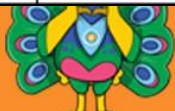
ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัดในแผน	หน่วยนับ	น้ำหนัก	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย	ผลดำเนินงาน รอบ 11 เดือน	
						2560	2561	2562	11 เดือน	ผลงาน	คะแนน
5	ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีค่าการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านเป้าหมาย ร้อยละ 75 ** (7)		ระดับ		กลุ่มภารกิจเครือข่าย	72.21	85.11	75	≥90	100	5.0000
6	ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีค่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านเป้าหมาย ร้อยละ 68 ** (8)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการโรคซึมเศร้า)	54.62	60.75	100	≥75	50.00	3.0000
7	ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีค่าเข้าถึงบริการโรคออทิสติก (ASD) ผ่านเป้าหมาย ร้อยละ 45 ** (9)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย	78.41	71.77	87.5	60	100	5.0000
8	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ** (10)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย	16.94	18.66	5.61	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3	8.74	5.0000
9	ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยี่ยมยาจิตใจตามมาตรฐาน กรมสุขภาพจิต ** (11)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ <u>ฆ่าตัวตาย</u> /กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	100	100	80	97.74	5.0000
10	ร้อยละคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น** (12)		ร้อยละ		กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	N/A	100	90	90	100	5.0000



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัดในแผน	หน่วยนับ	น้ำหนัก	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย 11 เดือน	ผลดำเนินงาน รอบ 11 เดือน		
						2560	2561	2562		ผลงาน	คะแนน	
มิตินี้ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (4 ตัวชี้วัด)											5.0000	
11	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster : PCC) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ** (14)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจเครือข่ายศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u>	N/A	N/A	N/A	≥20	47.37	5.0000	
12	ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช ** (15)		ค่าคะแนน		<u>CIO/กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และสารสนเทศ)/กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	N/A	N/A	N/A	5	5	5.0000	
13	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ** (16) - ความรอบรู้สุขภาพจิต - พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ ฆ่าตัวตาย/ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>							5.0000
						N/A	N/A	57.14	ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 1	2.0000	
						N/A	89.7	80.12	80	98.08	3.0000	
14	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)** (17)		ระดับ		<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	N/A	N/A	N/A	5	ขั้นตอนที่ 4-5	5.0000	



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัดในแผน	หน่วยนับ	น้ำหนัก	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย	ผลดำเนินงาน รอบ 11 เดือน	
						2560	2561	2562		11 เดือน	ผลงาน
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ (9 ตัวชี้วัด)											5.0000
15	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ** (19)		ร้อยละ		กลุ่มภารกิจเครือข่าย/กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการโรคจิตเภท)	N/A	N/A	N/A	≥50	25.43	5.0000
16	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือ ตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง 1 ปี ** (20)		ร้อยละ		กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการยาเสพติด)	N/A	N/A	94.54	60	92.23	5.0000
17	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ** (21)		ร้อยละ		กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ ฆ่าตัวตาย/ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชุมชน/กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	94.90	94.30	≥85	97.48	5.0000
18	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี ** (22)		ร้อยละ		กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ ฆ่าตัวตาย/กลุ่มภารกิจเครือข่าย/กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชุมชน/ คณะกรรมการสถานบำบัด	N/A	N/A	83.87	65	88.14	5.0000
19	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Full Remission) ** (23)		ร้อยละ		กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการโรคซึมเศร้า)/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	92.3	23.94	≥39	50.00	5.0000



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัดในแผน	หน่วยนับ	น้ำหนัก	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย	ผลดำเนินงาน รอบ 11 เดือน	
						2560	2561	2562	11 เดือน	ผลงาน	คะแนน
20	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ** (24)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> <u>(งานบริการโรคจิตเภท)/</u> <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>						5.0000
	- SMI-V ได้รับการติดตาม					N/A	N/A	N/A	≥90	97.22	3.0000
	- SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี					97.38	99.45	99.6	≥96	98.76	2.0000
21	ค่าคะแนนตามเกณฑ์การวิจัยพัฒนา และนำไปใช้ประโยชน์ของนวัตกรรม/เทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของหน่วยงาน ** (25)		คะแนน		<u>กลุ่มภารกิจจิตสุขภาพจิต</u> <u>/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>	N/A	N/A	79	>40	ยกเลิกการถ่าย ระดับตัวชี้วัด	
22	ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ** (26)		ค่า EUI		<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> <u>(กลุ่มงานบริหารทั่วไป)</u>						5.0000
	- ค่า EUI ไฟฟ้า					1.09	1.3	0.51	≥0	0.19	5.0000
	- ค่า EUI น้ำมัน					1.18	1.07	0.21	≥0	0.07	5.0000
23	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน ** (27)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> <u>(กลุ่มงานการเงินและบัญชี)/</u> <u>กลุ่มงานพัสดุ/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>						5.0000
	- งบดำเนินงาน					100	88.73	95.66	95	96.03	3.0000
	- งบลงทุน					N/A	70.94	37.35	70	100	2.0000



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2563



ลำดับที่	ตัวชี้วัด	ลำดับตัวชี้วัดในแผน	หน่วยนับ	น้ำหนัก	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย	ผลดำเนินงาน รอบ 11 เดือน		
						2560	2561	2562	11 เดือน	ผลงาน	คะแนน	
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร (3 ตัวชี้วัด)												
24	ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ ** (28)		ระดับ		<u>CIO/กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> (กลุ่มงานยุทธศาสตร์)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	N/A	5	ขั้นตอนที่ 4-5	5.0000	
25	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาใหม่ ความรู้ และทักษะด้านการใช้ข้อมูล สื่อ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) ** (29)		ร้อยละ		<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	N/A	80	85.07	5.0000	
26	ค่าคะแนนตามเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA) ** (30)		ค่าคะแนน		<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)				-		5.0000	
	- ผู้ทำแบบสำรวจ				กลุ่มงานพัสดุ/กลุ่มงานยุทธศาสตร์/ กลุ่มงานสารนิเทศฯ/ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	95.5	82.17	≥85	39.71	2.0000	
	- คะแนนประเมินหน่วยงานคุณธรรม				กลุ่มงานสารนิเทศฯ/ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	83.64	≥60	100	3.0000	



แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดรับรองฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
OF PUBLIC

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

➤ ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

■ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 60 ดำเนินการได้ ร้อยละ 62.57

■ กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนมีพัฒนาการสมวัย

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 30 ดำเนินการได้ ร้อยละ 29.33



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

- 1) จากสถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทำให้ความครอบคลุมของการคัดกรองและการติดตามเด็กสงสัยล่าช้าไม่เป็นไปตามกำหนด
- 2) การติดตามเด็กที่สงสัยมีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กย้ายที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่สามารถติดตามได้
- 3) เด็กกลุ่มเป้าหมายยังอายุไม่ครบการประเมินหรือยังสามารถรอได้ภายในเงื่อนไข ภายใน 28 วัน หลังจากครบเกณฑ์การประเมิน โดยต้องดึงกลุ่มเป้าหมายใน Data Exchange เพื่อติดตาม
- 4) โปรแกรมที่ใช้บันทึกข้อมูล 43 แพ้ม /Special PP ที่ใช้ในหน่วยบริการแตกต่างกัน เช่น Home C, Host XP และมีการประมวลผลส่งออกข้อมูล เดือนละ 1 ครั้ง มีผลทำให้ไม่ทัน Time line
- 5) เด็กมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการไม่ต่อเนื่อง /ช่วงเดือนที่จะครบเกณฑ์ไม่สามารถสรุปผลความก้าวหน้าการกระตุ้น พัฒนาการ/ บางกรณีส่งต่อไปรับการรักษาที่รพ.ภายในและนอกจังหวัดจะไม่สามารถติดตามมากระตุ้นสรุปผลได้ ผู้ปกครองไม่นำเด็กมา/ผู้ปกครองมีภาระงานและไม่สะดวกในการเดินทาง
- 6) เด็กที่ต้องติดตามสรุปความก้าวหน้าของการกระตุ้นพัฒนาการ ภายใน 60-90 วัน ไม่มารับบริการ/ติดตามไม่ได้ ทำให้ไม่ครบเกณฑ์ เนื่องจากผู้ปกครองไม่สามารถเดินทางมารับบริการกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการได้ตามปกติ จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)เพราะมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อในขณะที่เดินทางมาโรงพยาบาล

➤ แนวทางการพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรเฉพาะทางการแพทย์จิตและจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ให้มีประจำ อย่างน้อยโรงพยาบาลละ 1 คน
2. การวางแผนระบบการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามากระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องตามบริบทของแต่ละพื้นที่
3. การพัฒนาระบบส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่มีประสิทธิภาพ (Node, Zoning)ในอำเภอที่มีเด็กพัฒนาล่าช้า อยู่ในพื้นที่
4. พัฒนางานเน้นขยายผลในพื้นที่ อปท.และเพิ่มช่องทางในการสื่อสารประชาสัมพันธ์ กลุ่มอสม. ผู้ปกครองต่อไป
5. เครือข่ายปฐมวัยระดับจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาระบบดูแลเด็กพัฒนาการล่าช้าและกระบวนการติดตามดูแลต่อเนื่องเขตสุขภาพที่
6. หน่วยบริการติดตามเด็กมากระตุ้นพัฒนาการผ่านทางสื่อโซเชียลและแอปพลิเคชันต่างๆ และปรับรูปแบบบริการเป็น Home Program
7. การบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แพ้ม โดยหน่วยบริการ เปิด Visit เลือกรูปแบบบริการเป็น นอกสถานบริการ เพื่อส่งรายงานเข้า HDC
8. ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด/อำเภอ กำกับติดตามให้เด็กมากระตุ้นให้ทันเวลา
9. หน่วยบริการจัดให้มีบริการเชิงรุกในชุมชน
10. หน่วยบริการขอรับสนับสนุนเครื่องมือ TEDA4I เพิ่มและทดแทนเครื่องมือเดิมที่เก่าแล้ว
11. เสนอให้PM ส่วนกลางปรับแนวทางการบริหารจัดการข้อมูลรหัสเด็กป่วยให้ชัดเจน

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดค้ำรับรองฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2563

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของจังหวัดในเขตสุขภาพที่มีค่าการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผ่านค่าเป้าหมาย ร้อยละ 68

➤ ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

■ จังหวัดที่เข้าถึงบริการร้อยละ 68

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ≥ 75 ดำเนินการได้ คิดเป็นร้อยละ 50

ในเขตสุขภาพที่ 5 มีทั้งหมด 8 จังหวัด จังหวัดที่มีค่าการเข้าถึงบริการผ่านร้อยละ 68 จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ กาญจนบุรี ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสาคร



➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. สถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงไม่สามารถดำเนินงานตามแผนการที่จะเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเน้นที่เรื่องฐานข้อมูลที่น่าส่งเข้า HDC ได้
2. งบประมาณในการอบรม เป็นปัจจัยสำคัญในการอบรม ทั้งบุคลากรที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่เทคโนโลยี ให้เข้าใจในเรื่องการนำข้อมูลเข้า HDC และการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานสามารถเข้าถึงข้อมูลของตนเองในพื้นที่ได้
3. การสนับสนุนวิทยากร IT HDC
4. พื้นที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานจึงมีผู้รับผิดชอบงานใหม่ๆ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการอบรมให้ความรู้ทั้งเรื่องโรค การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การกำกับติดตามข้อมูล HDC การเข้าใจรายละเอียดตัวชี้วัด
5. ระบบฐานข้อมูล ลดลงจากปีงบประมาณ 2562 เนื่องจากมีจำนวนบางส่วนข้อมูลไม่สมบูรณ์ ในปีนี้ใช้ HDC
6. แต่ละจังหวัดมีการบริการผู้ป่วยที่ไม่มีทะเบียนในพื้นที่เป็นจำนวนมาก Workload

➤ แนวทางการพัฒนา

1. งบประมาณในการจัดอบรมแพทย์ เภสัช พยาบาล บุคลากรระดับ อสม. รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มพูนศักยภาพ
2. งบประมาณในการอบรมเรื่องฐานข้อมูล HDC แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต / IT / เวชระเบียน ในพื้นที่ทั้งหมด
3. ควรมีการจัดประชุมเจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศของพื้นที่และส่วนกลาง PM ทุกปี
4. ระบบฐานข้อมูล HDC ควรมีแยกรายอำเภอ เพราะพื้นที่ต้องนำส่วนนี้รายงานในจังหวัด
5. ในการสรุปผลการดำเนินงาน หากเขตสุขภาพ มีค่าเข้าถึงใน HDC น้อยกว่า ฐานข้อมูลเดิมจากรพ.พระศรีมหาโพธิ์ ในช่วงปีแรกในการเปลี่ยนถ่ายข้อมูล ควรจะยึดค่าเข้าถึงเดิมให้เขตสุขภาพก่อน เพื่อให้พื้นที่ได้คลีนข้อมูลใน HDC ที่ไม่สามารถเข้าได้



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ขอบคุณครับ!



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์