



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดองค์กร ประจำปีงบประมาณ 2564



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดสำคัญขององค์กร

ปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)
(ตัวชี้วัดคำรับรอง 27 ตัว และตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ 32 ตัว)

ยุทธศาสตร์	จำนวนตัวชี้วัด	ผ่าน	คิดเป็นร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศด้านนิติสุขภาพจิต	6	5	83.33
- ตัวชี้วัดคำรับรอง	-	-	-
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	6	5	83.33
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง	20	18	90.00
- ตัวชี้วัดคำรับรอง (ยกเลิการประเมิน 1 ตัวชี้วัด)	10	10	100
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	10	8	80.00
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายนิติสุขภาพจิตและจิตเวช	15	14	93.33
- ตัวชี้วัดคำรับรอง	10	9	90.00
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	5	5	100
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล	18	16	88.89
- ตัวชี้วัดคำรับรอง	7	7	100
- ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์	11	9	81.82
รวม	59	53	89.83

ผลการดำเนินงานตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564 (1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2564)



ยุทธศาสตร์	รอบ 12 เดือน ปีงบประมาณ 2564		
	จำนวนตัวชี้วัด	ผ่าน	คิดเป็นร้อยละ
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศด้านนิติสุขภาพจิต	6	5	83.33
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาคูณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง	10	8	80.00
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาภาคีเครือข่ายนิติสุขภาพจิตและจิตเวช	5	5	100.00
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการ ให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล	11	9	81.82
รวม	32	27	84.38

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน	
					2561	2562	2563	6 เดือน	12 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความเป็นเลิศในสุขภาพจิต (6 ตัวชี้วัด)											
1	ร้อยละคะแนนของการพัฒนาความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง นิติจิตเวชที่ตอบปัญหาให้กับพื้นที่และประเทศ	1.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	94.9	98.00	77	-	90	-	90
2	ร้อยละของผู้ป่วยนิติจิตเวชคดีรุนแรง ที่รับไว้ไม่ก่อกดขี่ ภายใน 3 ปี	2.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต (งานนิติจิตเวชชุมชน)	100	100	98.36	100	100	100	100
3	ร้อยละของบุคลากรใน/นอกสังกัดที่เข้าร่วมอบรม หลักสูตรนิติจิตเวช สามารถนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ได้	3.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	94.12	100	0	-	100	-	100
4	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาระบบฐานข้อมูลนิติจิตเวช	4.1	จำนวน	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ กลุ่มภารกิจเครือข่าย	4	5	6	-	5	-	5
5	ร้อยละผู้รับบริการนิติจิตเวชได้รับการดูแลตามแนว ทางการดูแลผู้รับบริการนิติจิตเวชของสถาบันฯ มีการ เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยตาม ระยะ(Phasing)	5.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	85.71	86.40	80.49	80	85	75.00	84.85
6	จำนวนผลงานวิจัย/เทคโนโลยี/นวัตกรรมนิติสุขภาพจิต และจิตเวชที่เผยแพร่/ตีพิมพ์/นำเสนอในระดับต่าง ๆ	6.1	จำนวน	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต/ ทุกกลุ่มภารกิจ	5	11	7	-	6	-	11



สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน	
					2561	2562	2563	6 เดือน	12 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาศักยภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเฉพาะทาง (10 ตัวชี้วัด)											
7	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตและเครือข่ายในเขตสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ** (27)	2.2	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> <u>(งานบริการโรคจิตเวช)/</u> <u>กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล/</u> <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>	96.85	98.47					
	- SMI-V ได้รับการติดตาม						97.26	≥92	≥92	93.71	96.80
	- SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี						98.58	≥96	≥96	97.98	96.84
8	ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 90 วัน	2.3	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/</u> <u>ทุกงานบริการ/</u> <u>งานเวชระเบียนและสถิติ</u>	93.79	93.73	93.60	95	95	94.55	94.34
9	ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 28 วัน	2.4	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/</u> <u>ทุกงานบริการ/</u> <u>งานเวชระเบียนและสถิติ</u>	97.17	96.73	96.98	95	95	96.63	97.20
10	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะทางที่มีการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหลังจำหน่าย	5.2	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป	96.38	89.47	99.80	-	≥85	-	88.69
11	จำนวนการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในสถาบันฯ	5.3	จำนวน	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/งานบริการ</u> <u>จิตเวชทั่วไป/MCC/ญาติมิตร/</u> <u>ทุกงานบริการ/กลุ่มภารกิจพยาบาล</u>	0	1	0	0	0	0	0



สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน	
					2561	2562	2563	6 เดือน	12 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
12	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อน (3S) – Refer in	7.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจกรมพยาบาล(งานพยาบาลผู้ป่วยนอก)/งาน refer/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวช/</u> <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u>	91.33	98.78	99.13	98	98	99.42	99.47
13	ร้อยละของผู้ป่วย Refer out ทางกายได้รับความปลอดภัยภายใน 72 ชม.	7.2	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจกรมพยาบาล(งานพยาบาลผู้ป่วยนอก)/งาน refer/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวช/</u> <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u>	100	98.81	96.97	100	100	100	100
14	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ส่งกลับ Refer back ได้รับการดูแลติดตามต่อเนื่อง	7.3	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจกรมพยาบาล(งานพยาบาลผู้ป่วยนอก)/งาน refer/</u> <u>กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชุมชน/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวช/</u> <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย/</u> <u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u>	N/A	80.42	87.69	80	80	83.86	88.41
15	ร้อยละปฏิบัติการความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ	8.1	ร้อยละ	<u>DMR/ศูนย์พัฒนาครอบครัว/</u> ทุกกลุ่มภารกิจ	97.62	92	67.92	90	90	64.47	85.60
16	จำนวนประเด็นปัญหาที่ได้รับการแก้ไข โดยใช้เครื่องมือ (KM/R2R/CQI)	8.2	จำนวน	<u>DMR/ศูนย์พัฒนาครอบครัว/</u> ทุกกลุ่มภารกิจ	14	39	7	-	42	-	74



สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน	
					2561	2562	2563	6 เดือน	12 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาเครือข่ายด้านนิติสุขภาพจิต และจิตเวช (5 ตัวชี้วัด)											
17	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ใช้บริการในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับ A,S,M1 และ M2 ในเขตสุขภาพ ที่ 5 สามารถให้บริการจิตเวชฉุกเฉินและดูแลได้ภายใน 48 ชั่วโมง	9.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจเครือข่าย	99.94	99.47	80.19	-	80	-	81.10
18	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการ	9.2	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC/ฆ่าตัวตาย)	85.67	100	100	-	64	-	96.41
19	อัตราการฆ่าตัวตายในเขตพื้นที่สุขภาพที่ 5	9.3	อัตราตายต่อแสนประชากร	กลุ่มภารกิจเครือข่าย	4.04	3.97	4.08	-	< 8	-	4.22
20	ร้อยละของเรือนจำที่มีระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	10.1	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	N/A	71.33	100	-	50	-	50
21	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	10.2	ระดับ	กลุ่มภารกิจนิติสุขภาพจิต	N/A	N/A	N/A	-	5	-	5



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน	
					2561	2562	2563	6 เดือน	12 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล (11 ตัวชี้วัด)											
22	ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน HA /ISO 9001:2015	11.1	ร้อยละ	QMR/หน่วยพัฒนาคุณภาพ/ทุกกลุ่ม ภารกิจ	100	100	100	100	100	100	100
23	ร้อยละของความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน ISO 27001:2013	11.2	ร้อยละ	QMR/หน่วยพัฒนาคุณภาพ/ทุกกลุ่ม ภารกิจ	100	100	100	100	100	100	100
24	ร้อยละของความพึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	12.1	ร้อยละ	QMR/หน่วยพัฒนาคุณภาพ/ทุกกลุ่ม ภารกิจ	93.16	92.58	94.13	-	90	-	94.94
	- ผู้ป่วยใน				96.00	98.50	94.13	-	90	-	98.44
	- ผู้ป่วยนอก				89.50	96.53	94.90	-	90	-	96.14
-	- ภาพรวมผู้รับบริการ				92.75	97.52	97.36	-	90	-	97.29
	- เครือข่ายเขตสุขภาพที่ 5				95.18	91.19	91.49	-	90	-	96.21
	- ผู้มาศึกษาดูงาน/อบรม				95.98	93.15	89.23	-	90	-	92.02
	- เครือข่ายนิติจิตเวช				89.12	93.26	95.20	-	90	-	91.90
25	ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด Case Mixed Index (CMI)	13.1	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มภารกิจอำนาจการ (กลุ่มงานการเงินและบัญชี)/กลุ่ม งานพัสดุ/ทุกกลุ่มภารกิจ	1.89	1.85	1.9	1.85	1.90	1.92	1.87



สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

ตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต

ลำดับ ที่	ตัวชี้วัด	ลำดับ ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน	
					2561	2562	2563	6 เดือน	12 เดือน	6 เดือน	12 เดือน
26	ค่า (EUI) ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ** (28) - ค่า EUI ไฟฟ้า - ค่า EUI น้ำมันเชื้อเพลิง	13.2	ค่า คะแนน	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> (กลุ่มงานบริหารทั่วไป)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	1.30	0.51	0.19	≥0	≥0	0.54	0.32
					1.07	0.21	0.07	≥0	≥0	1.63	2.43
27	ร้อยละของบุคลากรที่มีความรู้ ความเข้าใจต่อทิศทางการ ดำเนินงานขององค์กร	14.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ สารสนเทศ)/ทุกกลุ่มภารกิจ	92.77	99.35	98.47	-	90	-	98.50
28	ร้อยละของผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่ กำหนดในแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน	14.2	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> / (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ สารสนเทศ)/ทุกกลุ่มภารกิจ	100	100	96	95	95	61.20	78.73
29	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อ ลดขั้นตอนการดำเนินงานและลดกระดาษ	15.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> / (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	60	68	-	60	-	67.44
30	ร้อยละของความพึงพอใจต่อการเข้าถึงระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ	15.2	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจอำนาจการ (งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)	80.47	85.17	86.11	-	90	-	91.06
31	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานที่ได้รับการพัฒนาทักษะ และสมรรถนะในหลักสูตรที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ** (29) - สมรรถนะหลัก - สมรรถนะทางด้าน MIDL	16.1	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	-	-	-	-	-	-	-
						93.85	93.71	-	80	-	97.89
						54.50	85.07	-	50	-	100
32	ค่าเฉลี่ยของระดับความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร	16.2	ค่าเฉลี่ย	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> (กลุ่ม งานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ	5.91	5.8	5.84	-	6.0	-	5.82



สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 5 ร้อยละผู้รับบริการนิติจิตเวชได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้รับบริการนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยตามระยะ (Phasing)

➤ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 85

➤ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 84.85

- จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 33 ราย ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล จำนวน 28 ราย

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

เนื่องจากเป็นการทำงานร่วมกันของทีมวิชาชีพ บางครั้งการเข้าประชุมไม่ครบทุกวิชาชีพ

➤ แนวทางการพัฒนา

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้รับบริการนิติจิตเวชของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยตามระยะ (Phasing) อย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการประชุมเพื่อติดตามผลการให้บริการนิติจิตเวชตามแนวทางการประเมินผู้ป่วยตามระยะ (Phasing)

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 90 วัน

➤ ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95

➤ ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 94.34

- ปีงบประมาณ 2564 (12 เดือน) มีผู้ป่วยในจิตเวชที่ได้จำหน่ายออกจากรพ จำนวนทั้งสิ้น 2,664 ราย
- เป็นผู้ป่วยในจิตเวชที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 90 วัน รวม 150 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.66
- ผู้ป่วยในจิตเวชไม่กลับมารักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ ภายใน 90 วัน ร้อยละ 94.34 ($100 - 5.66 = 94.34$)

➤ 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 2564

ตัวชี้วัดที่ 15 ร้อยละอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับ E ขึ้นไป ของหน่วยงานที่มีการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

- ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 90
- ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 85.60

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน

ผู้ใช้งานรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงระดับความรุนแรงไม่ตรงกับความเป็นจริง การทำ RCA ไม่ได้ส่งการรายงานผลมายังทีมบริหารความเสี่ยงทุกรายจึงไม่สามารถติดตามได้ว่าการแก้ไขปัญหามีได้จริงหรือไม่ และเนื่องจากสถานการณ์ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้ไม่ได้ตามเป้าหมาย

➤ แนวทางการพัฒนา

จัดทำการประชุม COPs ความเสี่ยงโดยนำเอาข้อมูลจาก RCA มาจัดทำรายละเอียดให้เป็นรูปธรรม และผลการวิเคราะห์วัฒนธรรมความปลอดภัยต้องนำมาทำแผนพัฒนาจุดอ่อนทุกปี

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 28 ร้อยละของผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
ในแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน

- ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 95
- ผลการดำเนินงาน ร้อยละ 78.73

ผลการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการ ปี 2564 ทั้งสิ้น 268 กิจกรรม ดำเนินการได้ 211 กิจกรรม ร้อยละ 78.73

- แผนปฏิบัติการเงินบำรุง ดำเนินการได้คิดเป็น ร้อยละ 84.71
- แผนปฏิบัติการโครงการขับเคลื่อนฯ เงินงบประมาณ ร้อยละ 98.73

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้หลายหน่วยงานไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการ

➤ แนวทางการพัฒนา

1. มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโครงการขับเคลื่อนฯ และแผนปฏิบัติการเงินบำรุง โดยกำหนดให้ดำเนินงานแล้วเสร็จภายในเดือนกรกฎาคม เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการดำเนิน
2. มีการประชุมทบทวนปรับแผนการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการ

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดยุทธศาสตร์สถาบันฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 32 ค่าเฉลี่ยของระดับความผูกพันของบุคลากรต่อองค์กร

➤ ค่าเป้าหมาย ค่าเฉลี่ย >6.00

➤ ผลการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ย 5.82

กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล แจ้งให้บุคลากรในหน่วยงานประเมินความผูกพันผ่านระบบออนไลน์โดยใช้แบบสอบถามความผูกพันของกรมสุขภาพจิต ในระหว่างวันที่ 17 มิถุนายน - 7 กรกฎาคม 2564 และแจ้งให้บุคลากรที่สามารถเข้าไปทำแบบสำรวจความคิดเห็นด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน และให้กลุ่มงานทรัพยากรบุคคลรวบรวมและสรุปข้อมูลความผูกพัน

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

การเข้าถึงระบบการประเมินความผูกพันของบุคลากรยังไม่ครอบคลุม และบุคลากรยังไม่ให้ความสำคัญประเมินความผูกพันองค์กร

➤ แนวทางการพัฒนา

ต้องให้มีระยะเวลาการประเมินเพียงพอ เพื่อให้บุคลากรมีเวลาและส่วนร่วมในการประเมินความผูกพันอย่างครบถ้วน และการสื่อสารสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากร

คะแนนการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
 รอบ 11 เดือน ปีงบประมาณ 2564
 (1 ตุลาคม 2563 – 31 สิงหาคม 2564)

ตัวชี้วัด	จำนวน ตัวชี้วัด	ผ่าน	เป้าหมาย	ค่าคะแนนที่ได้
มิติที่ 1 ด้านประสิทธิผล	12	10	5.0000	4.9259
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	27	25	5.0000	4.9703



ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน			
				2561	2562	2563	5 เดือน	11 เดือน	5 เดือน	คะแนน	11 เดือน	คะแนน
มิติที่ 1 มิติด้านประสิทธิภาพ (12 ตัวชี้วัด)												
1	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีความผิดปกติการล่าช้า แล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA41 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย** (1) - กระตุ้นด้วย TEDA41 หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น - พัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u> กลุ่มภารกิจเครือข่าย							5.0000		4.6708
				N/A	36.61	62.57	45	70	66.67	2.5000	67.56	2.2563
				N/A	47.37	29.33	30	30	58.33	2.5000	29.15	2.4146
2	ร้อยละของเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงต่อระดับสติปัญญา ต่ำกว่ามาตรฐาน ปัญหาการเรียนหรืออทิสติก และปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ** (2) - รร.ที่มีระบบดูแลช่วยเหลือ - เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือ - เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการช่วยเหลือจนดีขึ้น	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u> กลุ่มภารกิจเครือข่าย				-		-	-		5.0000
				N/A	N/A	45.22	-	15	-	-	17.19	1.0000
				N/A	N/A	98.97	-	85	-	-	94.67	2.0000
				N/A	87.21	91.42	-	90	-	-	96.33	2.0000
3	ร้อยละของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาพฤติกรรม-อารมณ์ สังคม ได้รับการดูแลช่วยเหลือจนดีขึ้น ** (3)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ <u>ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5</u> กลุ่มภารกิจเครือข่าย	N/A	93.59	100	-	80	-	-	92.11	5.0000
4	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ** (6)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจเครือข่าย	85.11	100	97.79	-	82	-	-	80.34	4.8340
5	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ** (7)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u> */ <u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการโรคซึมเศร้า)	60.75	74.29	68.17	-	71	-	-	77.90	5.0000



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน			
				2561	2562	2563	5 เดือน	11 เดือน	5 เดือน	คะแนน	11 เดือน	คะแนน
6	ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ** (8)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>	71.77	87.5	100	-	55	-	-	19.65	5.0000
7	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้น (ADHD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ** (9)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>	18.66	เพิ่มขึ้น 5.61	เพิ่มขึ้น 8.74	-	25	-	-	37.91	5.0000
8	ร้อยละของผู้ประสบภาวะวิกฤตที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐาน กรมสุขภาพจิต ** (10)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCCV <u>ฆ่าตัวตาย</u>)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>	100	100	97.74	60	85	100.00	5.0000	100.00	5.0000
9	ร้อยละของคนที่มีการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ได้รับการดูแลฟื้นฟูจนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น** (11)	ร้อยละ	กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์	100	90	100	-	94	-	-	100.00	5.0000
10	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ใน 4 ประเด็น (SLB SuD;Stress,Burnout,Suicide,Depression) เข้าถึงบริการสุขภาพจิต ** (12)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCCV <u>ฆ่าตัวตาย</u>)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u> ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5 *	N/A	N/A	N/A	55	80	89.00	5.0000	91.89	5.0000
11	ร้อยละของผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะวิกฤตที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยียวยาจิตใจตามมาตรฐานกรมสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มเสี่ยงใน 4 ประเด็น (ผู้มีภาวะเครียด,ผู้มีภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ,ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย,ผู้มีภาวะซึมเศร้า) ** (14)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCCV <u>ฆ่าตัวตาย</u>)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u> ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5	N/A	N/A	N/A	75	100	89.00	5.0000	ยกเลิกการประเมิน ตัวชี้วัด	
12	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในสถานการณ์การระบาด COVID-19 ** (15)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ศูนย์ สุขภาพจิตที่ 5*	N/A	N/A	N/A	-	80	-	-	96.21	5.0000

ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน			
				2561	2562	2563	5 เดือน	11 เดือน	5 เดือน	คะแนน	11 เดือน	คะแนน
มิติที่ 2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (4 ตัวชี้วัด)												
13	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Unit : PCU) มีระบบ/กิจกรรมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ** (17)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย*</u> ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5	N/A	N/A	47.37	-	35	-	-	50.00	5.0000
14	ค่าคะแนนความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็น Smart Hospital ของหน่วยบริการจิตเวช ** (18)	ค่า คะแนน	<u>CIO/กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> (กลุ่มงานยุทธศาสตร์และ สารสนเทศ)/(งานเทคโนโลยี สารสนเทศ)*/ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	5	5	5	5.00	5.0000	5.00	5.0000
15	ร้อยละของประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและมีพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ ** (19)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ <u>ฆ่าตัวตาย)/ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5/</u>						-	-		
	- ความรอบรู้สุขภาพจิต			N/A	57.14	ขั้นตอนที่1	-	55	-	-	76.52	3.0000
	- พฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์		กลุ่มภารกิจเครือข่าย	89.7	80.12	98.08	-	66	-	-	97.73	2.0000
16	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)** (20)	ระดับ	<u>กลุ่มภารกิจอำนวยการ</u> (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)*/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	5	5	5	ขั้นตอนที่ 1-3	5.0000	ขั้นตอนที่ 4-5	5.0000



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน			
				2561	2562	2563	5 เดือน	11 เดือน	5 เดือน	คะแนน	11 เดือน	คะแนน
มิติที่ 3 ด้านประสิทธิภาพของการปฏิบัติราชการ (8 ตัวชี้วัด)												
17	ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 6 เดือน ** (22)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป/(งานบริการโรคจิตเภท)กลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	25.43	-	50	-	-	91.98	5.0000
18	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ** (23)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการยาเสพติด)	N/A	94.54	92.23	35	55	73.37	5.0000	85.46	5.0000
19	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี ** (24)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ ฆ่าตัวตาย/ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชุมชน/กลุ่มภารกิจ	94.9	94.30	97.48	-	90	-	-	98.26	5.0000
20	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการบำบัดรักษาและจำหน่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ได้รับการติดตามต่อเนื่องครบ 1 ปี ** (25)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป (งานบริการจิตเวชทั่วไป/MCC)/ ฆ่าตัวตาย/กลุ่มภารกิจเครือข่าย/ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชชุมชน/คณะกรรมการสถานบำบัด	N/A	83.87	88.14	-	65	-	-	85.52	5.0000



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน			
				2561	2562	2563	5 เดือน	11 เดือน	5 เดือน	คะแนน	11 เดือน	คะแนน
21	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหายทุเลา (Full Remission) ** (26)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการโรคซึมเศร้า)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>	92.3	23.94	50	-	45	-	-	54.40	5.0000
22	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่ได้รับการติดตามเฝ้าระวังจากหน่วยบริการจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต และเครือข่ายในเขตสุขภาพ ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ภายใน 1 ปี ** (27)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจจิตเวชทั่วไป</u> (งานบริการโรคจิตเภท)/ <u>กลุ่มภารกิจเครือข่าย</u>								5.0000	5.0000
	- SMI-V ได้รับการติดตาม			N/A	N/A	97.22	-	≥92	93.71	2.0000	96.79	2.0000
	- SMI-V ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำใน 1 ปี			99.45	99.6	98.76	≥96	≥96	97.98	3.0000	96.75	3.0000
23	ค่า EUI ของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต ** (28)	ค่า EUI	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> (กลุ่มงานบริหารทั่วไป)/ทุกกลุ่ม ภารกิจ								5.0000	
	- ค่า EUI ไฟฟ้า			1.3	0.51	0.19	≥0	≥0	0.54	5.0000	0.32	5.0000
	- ค่า EUI น้ำมัน			1.07	0.21	0.07	≥0	≥0	1.63	5.0000	2.43	5.0000
24	ร้อยละการเบิกจ่ายเงินงบประมาณรายจ่ายงบดำเนินงานและงบลงทุน ** (29)	ร้อยละ	<u>กลุ่มภารกิจอำนาจการ</u> (กลุ่มงานการเงินและบัญชี)/ <u>กลุ่มงานพัสดุ/ทุกกลุ่มภารกิจ</u>								5.0000	
	- งบดำเนินงาน			88.73	95.66	96.03	45	95	69.70	3.0000	109.21	3.0000
	- งบลงทุน			70.94	37.35	100	35	70	78.87	2.0000	100.00	2.0000



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตัวชี้วัดคำรับรองสถาบันฯ ปีงบประมาณ 2564



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	PM	Baseline			ค่าเป้าหมาย		ผลดำเนินงาน			
				2561	2562	2563	5 เดือน	11 เดือน	5 เดือน	คะแนน	11 เดือน	คะแนน
มิติที่ 4 ด้านการพัฒนาองค์กร (3 ตัวชี้วัด)												
25	ระดับความสำเร็จในการจัดทำชุดข้อมูลมาตรฐานที่สามารถแลกเปลี่ยนกันได้อย่างไร้รอยต่อ ** (30)	ระดับ	CIO/กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานยุทธศาสตร์ฯ/งานเทคโนโลยีสารสนเทศ)*/ ทุกกลุ่มภารกิจ	N/A	N/A	5	5	5	ขั้นตอนที่ 1-3	5.0000	ขั้นตอนที่ 3-5	5.0000
26	ร้อยละของบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิตได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะด้านการใช้ข้อมูล ลีอ และเทคโนโลยีดิจิทัล (MIDL) ** (31)	ร้อยละ	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)/ ทุกกลุ่มภารกิจ							5.0000		5.0000
	- ได้รับการพัฒนาอย่างน้อย 1 หลักสูตร			N/A	N/A	85.07	≥85	100	89.80	4.0000	100.00	4.0000
	- ได้รับการพัฒนาหลักสูตรอื่นๆ			N/A	N/A	N/A	≥45	≥60	45.92	1.0000	71.02	1.0000
27	ร้อยละของผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต (ITA) ** (32)	ค่า คะแนน	กลุ่มภารกิจอำนวยการ (กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล)					-	97.44	5.0000		5.0000
	- ผู้ทำแบบสำรวจ		กลุ่มงานพัสดุ/กลุ่มงาน	95.5	82.17	39.71	≥85	≥70	-	-	77.69	2.0000
	- หน่วยงานคุณธรรม		ยุทธศาสตร์ฯ/	N/A	83.64	100	-	≥70	-	-	80.00	3.0000



สถาบันกัลยาณราชนครินทร์

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดรับรองฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ
OF PUBLIC

ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย

- ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 สิงหาคม 2564)
เป้าหมาย 5.0000 ค่าคะแนนที่ได้ 4.6708
 - กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 70 ดำเนินการได้ ร้อยละ 67.56 ค่าคะแนน 2.2563
 - กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จนมีพัฒนาการสมวัย
ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 30 ดำเนินการได้ ร้อยละ 29.15 ค่าคะแนน 2.4146



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

ด้านบุคลากร :

1. ผู้รับผิดชอบมีภาระงานที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โควิดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากอยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดสีแดงเข้มทั้งเขตสุขภาพ ต้องส่งอัตรากำลังบุคลากรเพื่อช่วยเหลือพื้นที่ในช่วงโรคระบาด COVID-19 ทำให้การคัดกรองเชิงรุกลดลง ติดตามเด็กมากระตุ้นพัฒนาการได้น้อยลง และลงพื้นที่ได้ยากขึ้น
2. ขาดการประสานงานส่งต่อข้อมูลเด็กล่าช้าของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กับโรงพยาบาล เช่น การบันทึกวัน/ระยะเวลาที่ประเมินเด็ก ทำให้การนับผลงานในรายงาน HDC คลาดเคลื่อน หรืออาจเกิดความผิดพลาดในการติดตามผลงานได้
3. มีการเปลี่ยนบุคลากรผู้รับผิดชอบงานกระตุ้นพัฒนาการบ่อยครั้ง ผู้รับผิดชอบที่ทำงานอยู่เดิมมีภาระงานหลักหลายด้านยังไม่มีเจ้าหน้าที่อื่นมาช่วยผู้รับผิดชอบ ทำให้ขาดทักษะในการดำเนินงาน TEDA4I

ด้านการจัดบริการและข้อมูล :

1. ระบบการกำกับติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้ายังไม่ชัดเจนจนทำให้เด็กไม่ได้รับบริการการกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง
2. โรงพยาบาลขนาดใหญ่มีการใช้โปรแกรมการลงข้อมูลที่ไม่เชื่อมต่อกับฐานข้อมูล 43 แฟ้มทำให้มีปัญหาในติดตามข้อมูลที่ส่งต่อมากระตุ้นพัฒนาการอาจล่าช้า การบันทึกข้อมูลและการประมวลผลในระบบ HDC ยังไม่ถูกต้องและทันเวลา
3. ปิดคลินิกกระตุ้นพัฒนาการในบางโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลขนาดใหญ่ช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID-19

ด้านกลุ่มเป้าหมาย :

1. ในช่วงสถานการณ์โรคระบาด COVID-19 ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กไม่พาเด็กมาประเมิน หรือมากระตุ้นพัฒนาการที่โรงพยาบาล และผู้ปกครองบางรายไม่ต้องการให้เจ้าหน้าที่ลงเยี่ยมบ้าน ทักษะจิตของผู้ปกครองไม่ยอมรับผลการประเมินพัฒนาการ ไม่ให้ความสำคัญ
2. ข้อจำกัดของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล เช่น เด็กอยู่กับผู้สูงอายุ ใช้เทคโนโลยีไม่เป็น ไม่สะดวกต่อการเดินทาง/บางพื้นที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาล มีปัญหาเศรษฐกิจ มีปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล
3. เด็กมีโรคประจำตัว เช่น Down' syndrome CP Autism ใช้ระยะเวลานานในการฝึกกระตุ้นพัฒนาการ ต้องส่งพบผู้เชี่ยวชาญต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กเกิดความท้อแท้และหมดกำลังใจที่จะพาเด็กมาประเมินและกระตุ้นพัฒนาการตามช่วงวัย

➤ แนวทางการพัฒนา

สำหรับพื้นที่ :

1. การปรับปรุงแบบการดำเนินงานในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เป็นรูปแบบ Home Program, Home visit เช่น การใช้ Line การโทรติดตาม โดยใช้สื่อจากส่วนกลาง เช่น คลิป์วิดีโอกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I จากสถาบันราชานุกูล คลิป์วิดีโอกระตุ้นพัฒนาการจากนักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด นักกายภาพบำบัดของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในช่อง Youtube: Galya Rehab Chanel การใช้เทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นในพื้นที่ และการติดตามเชิงรุกโดยประสานพื้นที่ที่ติดตามหรือการเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข

2. การสร้างภาคีเครือข่ายในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กในการส่งต่อและเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง ให้เข้าถึงผู้ปกครองที่อยู่ห่างไกล โดยการให้การบ้าน นำอุปกรณ์ไปให้ฝึก การอัดคลิป์วิดีโอส่งมาให้ดู และอำนวยความสะดวกในการพามากระตุ้นพัฒนาการ

3. การจัดสรรบุคลากรเพื่อให้ตอบรับกับความต้องการในการกระตุ้นพัฒนาการ

4. สร้างความเข้าใจและความตระหนักถึงผลลัพธ์ของการกระตุ้นพัฒนาการกับผู้ปกครอง 5. ขยายบริการ Node กระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพื้นที่ห่างไกลที่มีความพร้อม

5. การติดตามการดำเนินงานกระตุ้นพัฒนาการ ควรมีผู้รับผิดชอบหลักในการกระตุ้นพัฒนาการ ติดตามผู้ป่วยและมีการบันทึกข้อมูล

สำหรับส่วนกลาง :

1. การจัดสรรบุคลากรเพื่อให้ตอบรับกับความต้องการในการกระตุ้นพัฒนาการ

2. จัดอบรมให้บุคลากรผู้รับผิดชอบงานใหม่เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I

3. สนับสนุนเรื่องจัดหาอุปกรณ์ TEDA4I ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน เนื่องจากอุปกรณ์เก่าและบางอย่างชำรุด

4. สื่อองค์ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดูเด็กสำหรับผู้ปกครอง สร้างความตระหนักถึงผลลัพธ์ของการกระตุ้นพัฒนาการ

5. ระบบการจัดการข้อมูล HDC ในเรื่องการกระตุ้นพัฒนาการ

แนวทางการปรับปรุงตัวชี้วัดค้ำรับรองฯ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ปี 2564

ตัวชี้วัดที่ 6 ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน

- ค่าเป้าหมาย/ผลการดำเนินงาน (ข้อมูลจาก HDC สะสมตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2563 – 31 สิงหาคม 2564)
 - ค่าเป้าหมาย ร้อยละ 82 ค่าคะแนนเป้าหมาย 5.0000
 - ดำเนินการได้ คิดเป็นร้อยละ 80.34 ค่าคะแนนที่ได้ 4.8340



➤ อุปสรรคต่อการดำเนินงาน :

1. ด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงไม่สามารถดำเนินงานตามแผนการที่กำหนดไว้
2. บุคลากรระดับ รพ.สต. และ อสม. ต้องการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่
3. งบประมาณในการอบรม ที่จะสามารถลงไปถึงระดับ รพ.สต. อสม. นั้นยังไม่เพียงพอ
4. งบในการประชุม อบรม เจ้าหน้าที่ IT ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่เวชระเบียน เพื่อการใช้งาน HDC ทั้งการคีย์ข้อมูลเข้า และส่งข้อมูลเข้า และการกำกับดูแลตัวชี้วัดในการเข้าถึง ในระบบ HDC
5. ระบบ HDC ยังไม่มีข้อมูลแยกเป็นรายอำเภอ ซึ่งพื้นที่ที่ต้องการข้อมูลส่วนนี้ เพื่อตอบรายงานในจังหวัด

➤ แนวทางการพัฒนา

1. สื่อ ที่สามารถให้ระดับ อสม.สามารถใช้ในการสังเกต และประเมินเบื้องต้น ที่ง่ายต่อการทำงานในระดับพื้นที่
2. ควรมีงบในการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนศักยภาพ และเพื่อเพิ่มความรู้โรคทางจิตเวช และIT ตามรายจังหวัด
3. งบประมาณในการอบรมสำหรับระดับ อสม. รพ.สต. เพราะบุคลากรพื้นที่สนใจในการเข้าอบรมอย่างมาก
4. งบประมาณในการจัดอบรมสำหรับบุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อสร้างเครือข่ายในการปฏิบัติงานในพื้นที่และสามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท



กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ขอบคุณครับ!



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์



สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์