

หัวข้อ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40
- อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10

2. สถานการณ์

ปี 2560 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 25,932 ราย คิดเป็น 13,784.52 ต่อแสนประชากร อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.19 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 67,260 ราย คิดเป็น 35,753.01 ต่อแสนประชากร และอัตราผู้ป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.55 จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 93.48 เสี่ยงต่อเบาหวานร้อยละ 7.54 และเสี่ยงสูงร้อยละ 0.86 ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2559 ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ร้อยละ 92.51 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 3.36 และประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 94.53 พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 34.44 และเสี่ยงสูงร้อยละ 7.89 การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2559 พบอัตรา 743.20 ต่อแสนประชากรและใน ปี 2560 พบอัตรา 772.06 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2559 พบอัตรา 2308.65 ต่อแสนประชากรและใน ปี 2560 พบอัตรา 2108.89 ต่อแสนประชากร (ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 16 พ.ย 60)

3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

3.1 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40

ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ปี 2561

อำเภอ	ผลการคัดกรองเบาหวาน		
	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	53,641	39,434	73.51
ร้องกวาง	19,996	12,367	61.85
ลอง	23,128	17,642	76.68
สูงเม่น	34,140	32,835	96.41
เด่นชัย	13,851	13,215	95.41
สอง	21,877	19,556	89.39
วังชิ้น	19,979	11,493	57.53
หนองม่วงไข่	7,895	4,565	57.82
รวม	194,507	151,107	77.69

ตารางที่ 2 อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากการคัดกรอง ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ปี 2561

อำเภอ	ผลการตรวจน้ำตาลซ้ำในปี 2561		
	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	3,611	2,907	80.50
ร้องกวาง	2,685	1,783	66.41
ลอง	1,419	1,057	74.49
สูงเม่น	1,990	1,916	96.28
เด่นชัย	1,293	1,244	96.21
สอง	506	432	85.38
วังชิ้น	3,111	1,667	53.58
หนองม่วงไข่	1,546	964	62.35
รวม	16,161	11,970	74.07

ตารางที่ 3 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2560

อำเภอ	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน		
	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	4,317	133	3.08
ร้องกวาง	1,302	63	4.84
ลอง	1,480	27	1.82
สูงเม่น	1,400	89	6.36
เด่นชัย	1,379	35	2.54
สอง	955	23	2.41
วังชิ้น	1,429	40	2.80
หนองม่วงไข่	581	21	3.61
รวม	12,843	431	3.36

ตารางที่ 4 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2561

อำเภอ	ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่		
	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	อัตราต่อแสนประชากร
เมืองแพร่	118,776	261	219.74
ร้องกวาง	49,389	89	180.20
ลอง	55,106	94	169.65
สูงเม่น	75,630	165	218.16
เด่นชัย	36,048	65	180.31
สอง	50,604	94	185.75
วังชิ้น	46,374	82	176.82
หนองม่วงไข่	17,883	50	279.59
รวม	449,810	900	200.08

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี 2561 (ตุลาคม – 21 มกราคม 2561) จังหวัดแพร่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 900 คน คิดเป็นอัตรา 200.08 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมา จำนวน 431 คน คิดเป็น ร้อยละ 3.36 จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหรือร้อยละ 17.22 จากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด

3.2 อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10

ตารางที่ 5 ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ปี 2561

อำเภอ	ผลการคัดกรองเบาหวาน				
	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง	ร้อยละ
เมืองแพร่	44,910	34,053	75.82	2,042	5.99
ร้องกวาง	14,915	9,817	65.82	1,501	15.28
ลอง	19,794	16,219	81.94	1,029	6.34
สูงเม่น	25,872	25,063	96.87	2,296	9.16
เด่นชัย	10,981	10,545	96.03	433	4.10
สอง	17,470	15,958	91.35	1,147	7.18
วังชิ้น	16,396	9,785	59.68	750	7.66
หนองม่วงไข่	6,095	3,799	59.68	419	11.02
รวม	156,433	125,239	80.06	9,617	7.67

การวิเคราะห์ปัญหา PIRAB

PIRABV	การดำเนินงานในปัจจุบัน	โอกาสพัฒนา
Partnership ภาคี	- การมีส่วนร่วมองค์กรภาคีเครือข่ายภายใน – ตำบลจัดการสุขภาพ, พชอ. องค์กรไร้พุง - ภายนอก - สปสช., อปท., เทศบาล	- มีแนวทางการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายในการดำเนินการ - มีการบูรณาการขับเคลื่อนแผนภายในหน่วยงานที่ชัดเจน - หน่วยงานภายนอก มีส่วนในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
Invest การลงทุน	- การบริหารจัดการงบประมาณดำเนินงาน	- มีการประสานงานกับกองทุนสุขภาพตำบลในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
Regulations กฎหมายข้อบังคับ	- กฎข้อบังคับและระเบียบที่เอื้อต่อการดำเนินงาน - มีการกำหนดนโยบายและนำสู่การปฏิบัติระดับจังหวัดและระดับอำเภอ - มีการกำกับติดตามงานผ่านทางระบบข้อมูล HDC - สื่อสารการนำนโยบายไปใช้ผ่านคณะกรรมการ NCD Board ระดับจังหวัด, ระดับอำเภอ/CIPO	- เพิ่มการกำกับ ติดตามและประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ - เพิ่มช่องทางการดำเนินการโดยใช้มาตรการทางด้านสังคม
Advocacy (นโยบาย)	- การสื่อสารประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น การรณรงค์ บทความ วิทยู หอกระจายข่าว ป้ายข้อความ สื่อบุคคลต้นแบบ - จัดกิจกรรมรณรงค์เล็กบูหรี่/วันเบาหวานโลก - ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ เน้นในสถานที่ทำงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขก่อน	- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประเมินติดตามการรับรู้อย่างต่อเนื่อง - พัฒนา Health Literacy
Building capacity การฝึกอบรม	- สนับสนุนพัฒนาบุคลากร - จัดอบรมพัฒนาองค์ความรู้บุคลากร เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม - จัดประชุมวิชาการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โดยคณะกรรมการ Service Plan และโรงพยาบาลแพร่)	- มีการติดตาม ประเมินการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

แผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา

โครงการ/กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	แหล่งงบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1.ประชุมคณะกรรมการ NCD Board เพื่อชี้แจงการดำเนินงานและติดตามการดำเนินงาน (ร่วมกับการประชุม กวป. ประจำเดือน)	คณะกรรมการ สสจ./สสอ./รพ	ทุกเดือน	-	กลุ่มงาน NCD
2.ประชุมคณะกรรมการ CIPO NCDs ละคณะกรรมการ Service Planระดับจังหวัด	คณะกรรมการ	2 ครั้ง/ปี	สป.	กลุ่มงาน NCD
3.ประชุมคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)ระดับจังหวัด/อำเภอ	ผู้รับผิดชอบงาน สสจ./สสอ./รพ.	ม.ค 61, เม.ย.61,ก.ค 61	สป.	กลุ่มงาน NCD
4. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพ โดยการตรวจประเมินผลการจัดเก็บในสถานบริการสาธารณสุขและติดตามผลการคัดกรองปัจจัยและภาวะแทรกซ้อน (คัดกรอง DM, HT/ ประเมินความเสี่ยง CVD) แยกตามกลุ่มวัยคืนข้อมูลให้อำเภอ	ระดับอำเภอ	ทุก 3 เดือน	-	กลุ่มงาน NCD
5.เยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานระบบบริการ (คลินิกNCD คุณภาพ)	รพ.ทุกแห่ง	ก.ค.61	สป.	กลุ่มงาน NCD/ สสอ./รพ.
6.พัฒนาองค์ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม	เจ้าหน้าที่ สรระดับรพ, รพสต.	มี.ค 61	สป.	กลุ่มงาน NCD/ สสอ./รพ.
7.นิเทศ กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน	รพ.ทุกแห่ง	ก.พ 61, สค 61	-	ร่วมกับงานยุทธศาสตร์

ผลการดำเนินงานตาม Small Success

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การค้นหา (กลุ่มเสี่ยง)	-การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคน -กำหนด Time line ในการคัดกรอง -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -มีการประชุมถ่ายทอดชี้แจงแนวทาง SMBP(Home BP)	-การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน -กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำ ทุก 6 เดือน -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม - SMBP(Home BP) ร้อยละ 5	-มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -SMBP(Home BP) ร้อยละ 8	-มีการติดตามผลการคัดกรองทุก3 เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำ ทุก 6 เดือน -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก3เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม - SMBP(Home BP) ร้อยละ 10
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-คัดกรองDM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 40	-คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 60	-คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ35ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	-คัดกรอง HT ร้อยละ 94.53 - คัดกรอง DM ร้อยละ 93.48 -มีการประชุมชี้แจงแนวทาง SMBP(Home BP) 1 ครั้ง			

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2.การป้องกัน ระดับชุมชน	-เฝ้าระวังพฤติกรรม เสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา -ให้สุศึกษาการป้องกัน การเกิดโรคและ พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม ต่างเช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม.,อศค. ชมรมต่างๆ -มีแผนการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์	-จัดทำสื่อต้นแบบใน การรณรงค์สื่อสาร เตือนภัย -รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับ ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการ ต่างๆสถานที่ทำงาน	-รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือน ภัยบูรณาการร่วม กับตำบลจัดการ สุขภาพสถาน ประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน 2.มีการนำสื่อ ต้นแบบไปใช้ในการ ประชาสัมพันธ์	-ดำเนินการตำบล ต้นแบบในการเฝ้า ระวังพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	-มีแผนในการ ประชาสัมพันธ์	-มีสื่อต้นแบบในการ รณรงค์	-มีกิจกรรมการ รณรงค์ที่ชัดเจน	-มีตำบลต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง
ผลการ ดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจง แผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง			
3.การป้องกัน ในสถาน บริการ(กลุ่ม ป่วย)	-ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการ การปรึกษารายบุคคล และการปรับพฤติกรรม -พัฒนาและสนับสนุน โปรแกรมการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) -สนับสนุนการจัดตั้ง คลินิก DPAC ทุกสถาน บริการ -กระตุ้นให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาล ระดับ S	-ประเมิน CVD Risk ในPt. DM HTผู้ที่มี CVD Riskสูง $\geq 30\%$ ได้รับการปรึกษา รายบุคคลและการ ปรับพฤติกรรม -พัฒนาระบบคลินิก NCD คุณภาพ,CKD Clinic -พัฒนาและ สนับสนุนชุดองค์ ความรู้ ในการ ดำเนินงาน และการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีกระบวนการ สื่อสารความเสี่ยง	- พัฒนาศักยภาพ บุคลากรทีมสห สาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำ ประจำ ครอบครัว -พัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลใน เครือข่ายเพื่อดูแล ผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI ,Warfarin และHeart Failure รับยาใกล้บ้าน	-การพัฒนาคุณภาพ การบริการและ เชื่อมโยงการให้บริการ ระดับชุมชนกับสถาน บริการในระดับ ชุมชนกับสถานบริการ -จัดให้มีแพทย์ที่ ปรึกษาในการรักษา โรค NCD CUP ละ 1คนเพื่อให้คำปรึกษา ในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolled -จัดทำคู่มือแนว ทางการดูแลผู้ป่วย NCDs

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 30%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 50% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25 - ผู้ป่วย DMควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 35 - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ เบาหวานลดลงจาก เดิมร้อยละ 5 และความดันโลหิตสูง ลดลงร้อยละ 2.5 - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 90% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 50 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 66 - รพ. ผ่านการประเมิน คลินิก NCD คุณภาพ โดยคณะกรรมการ ระดับจังหวัด - อัตราตายจากโรค หลอดเลือดหัวใจ ลดลง ร้อยละ 2 - อัตราตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองไม่ เกินร้อยละ 7
ผลการ ดำเนินงาน	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 59.52			

มาตรการ ดำเนินงานใน พื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4.การบริหาร จัดการ	1. จัดทำแผนการ ดำเนินงานระดับจังหวัด 2.ประชุมคณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการ กำกับ/ติดตามงานและ ข้อมูล	1.การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ร่วมกับงาน ยุทธศาสตร์ 2.ประชุม คณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อ การกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล	1..ประชุม คณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อ การกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ร่วมกับงาน ยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อ การกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	-มีแผนการดำเนินงาน ระดับจังหวัด -มีการประชุมคณะ ทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล	-มีการประชุม คณะกรรมการ	-มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล -มีรายงานการนิเทศ งาน
ผลการ ดำเนินงาน	-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุม 2 ครั้ง			

4. สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จังหวัดแพร่ มีเครือข่ายในการการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แบ่งเป็นแต่ละสาขาคือสาขานCD,สาขาหลอดเลือดหัวใจ,สาขาโรคหลอดเลือดสมอง,สาขาCOPD,ะสาขาทาโดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา

- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นพยาบาลรายกรณี (Case manager, Mini case manager) ในทุกรพ. และมี Nurse Coordinator ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด
- มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนา Service Plan โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร เครือข่าย การจัดระบบบริการตามศักยภาพของหน่วยบริการ การจัดประชุมวิชาการที่จำเป็น การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

ตัวชี้วัด เรื่อง อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10 เป็นตัวชี้วัดที่แจ้งมาหลังจากจังหวัดได้ดำเนินการจัดทำแผนงาน/โครงการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงทำให้ไม่ได้วางแผนในเรื่องการจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตไว้ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาในการจัดหาเครื่องวัดความดันโลหิตให้กลุ่มเป้าหมายใช้วัดความดันโลหิตที่บ้านและแนวทางในการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน

- ในไตรมาสที่ 1 (ตุลาคม – ธันวาคม 2560) รอคอยความชัดเจนของตัวชี้วัดจากสำนักโรคไม่ติดต่อ และอยู่ระหว่างเตรียมความพร้อมในการดำเนินงานสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้านโดยวางแผนดำเนินงาน ดังนี้
1. ชี้แจงรายละเอียดและเกณฑ์ของตัวชี้วัดให้ระดับอำเภอ
 2. รวบรวมข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย
 3. สืบหาข้อมูลเครื่องวัดความดันโลหิต
 4. ศึกษาแนวทางการดำเนินงาน
 5. วางแผนการดำเนินงาน และประชุมชี้แจงบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
 6. บูรณาการงานร่วมกับ DHS/DHB พขอ.

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ตัวชี้วัด / KPI ของกระทรวง/กรม/สำนักฯ ล่าช้ามีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่ม/ลดตลอดเวลาทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน	ควรที่จะคิดตัวชี้วัด / เกณฑ์ / Template ให้แล้วเสร็จก่อนสิ้นปีงบประมาณและควรแจ้งมาที่จังหวัด/พื้นที่ก่อนสิ้นปีงบประมาณเพื่อที่จะได้วางแผนในการดำเนินงาน / จัดทำโครงการ - ควรศึกษาบริบทของพื้นที่ก่อนที่จะจัดตั้งตัวชี้วัดและกำหนดให้พื้นที่	-แต่ละตัวชี้วัดควรกำหนดให้แล้วเสร็จก่อนปีงบประมาณใหม่และควรใช้ตัวเดิมในระยะ 3-5 ปี เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ เนื่องจากงาน NCD ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานถ้าเปลี่ยนตัวชี้วัดทุกปีจะวัดผลไม่ได้ - การสนับสนุนเครื่องวัดความดันโลหิตเพื่อดำเนินงานตามตัวชี้วัดเรื่องการวัดความดันโลหิตที่บ้านในกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง แต่ไม่มีการชี้แจงเป็นเอกสาร ทำให้การประสานงานต่อก่อนข้างยาก
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยง Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ.	- ประชาชนขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจากความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลา บางอาการไม่เด่นชัดและยังสามารทด ำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ - ครอบครัว ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วม - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ - ภาคิเครือข่าย (โรงเรียน โรงงาน	- เน้นการสื่อสารและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยการเสริมสร้าง ความเข้มแข็งของภาคี เครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - เน้นคุณภาพ การด ำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อ รองรับกลุ่มเสี่ยงใน

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
	อบต. สถานบริการภาครัฐ / เอกชนมีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย	โรงพยาบาลทุกแห่ง และมี Clinic ให้คำปรึกษา พฤติกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต.ภายใต้การ ให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยน พฤติกรรม (DPAC) และคลินิก NCD
- ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	การจัดบริการการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	- การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การ ตรวจสอบมาตรฐานทาง ห้องปฏิบัติการและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ - จัดหางบประมาณให้เพียงพอ สำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน โดยเครือข่าย - บริหารจัดการระบบการตรวจ ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ทรัพยากร ร่วมกัน เช่นระบบการตรวจตา เท้า LAB ฯลฯ
- ระบบโปรแกรมของแต่ละรพ. การคีย์ข้อมูลพบปัญหาในการ ส่งออก 43 แฟ้ม ทำให้การรายงาน ไม่ครบถ้วน ทำให้การรายงาน ให้ผล ได้น้อยกว่าที่ด าเนินการจริง	- ระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อมี การเปลี่ยนแปลงและมีการเพิ่ม ข้อมูลในการจัดเก็บ ทำให้การ วิเคราะห์ข้อมูลมีการปรับ ตลอดเวลา	- ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลตาม เกณฑ์ตัวชี้วัดและความต้องการของ หน่วยบริการเพื่อใช้ในวางแผนงาน แก้ไขปัญหาและการติดตาม ประเมินผล - มีการตรวจสอบและคืนข้อมูลเป็น ระยะๆ - มีการสรุปแนวทางและระดับ ส่วนกลางจัดทำคู่มือให้

แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ

1. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมเช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งจะต้องเร่งรัดดำเนินงานทั้งเชิงรับ และเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพิการ
2. ประชาชนยังไม่ตระหนักและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคซึ่งต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพต่อไป
3. ประสานทีมงานพื้นที่เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
4. ประชุมทีมงาน/คณะท างานจัดทำ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน/วางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
5. สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ และบูรณาการงานร่วมกับ CKD คลินิก
6. ร่วมกับทีม Service plan สาขาที่เกี่ยวข้องออกเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วย
7. ส่ง case manager ร่วมประชุมวิชาการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อทั้งระดับ เขตสุขภาพ และระดับกรมฯ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้
8. จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้รายงาน นางศิริรัตน์ ภูตันติกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 29 มกราคม 2561

โทร 08 4687 4984 e-mail sirirat037@gmail.com