

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

คณะที่ 2: การพัฒนาคุณภาพชีวิต(ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย

ตรวจราชการ วันที่ 20-22 กุมภาพันธ์ 2560

KPI : อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่

(ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)

● สถานการณ์/สภาพปัญหา

จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557 – 2559 อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่า ในปี 2557 ถึง 2558 มีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้นในทุกโรค แต่ในปี 2559 มีอัตราตายมีแนวโน้มลดลง

ดังข้อมูลตามตารางที่ 1

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	35.15	39.79	31.83
ความดันโลหิตสูง	17.46	23.21	14.59
เบาหวาน	21.00	31.39	24.10
หลอดเลือดสมอง	41.12	51.73	48.86
ถุงลมโป่งพอง	26.97	25.20	24.98

ตารางที่ 1 อัตราตายต่อประชากรแสนคน ทุกกลุ่มอายุ ด้วยโรคไม่ติดต่อ (IHD,HT,DM,CPOD)ปี พ.ศ. 2557– 2559

ที่มา : ข้อมูลระยะบัตร สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์โดย กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 3 มกราคม 2560

จากรายงาน HDC พ.ศ.2557 – 2559 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคถุงลมโป่งพองพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลตามตารางที่ 2

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	378.9	540.59	574.98
ความดันโลหิตสูง	17463	18580	19769
เบาหวาน	6964.85	7485.83	7594
หลอดเลือดสมอง	133.83	204.91	212.71
ถุงลมโป่งพอง	506.56	600.42	607.75

ตารางที่ 2 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2557-2559

ที่มา :HDC วันที่ 9 มกราคม 2560

จากรายงาน HDC พ.ศ.2557 – 2559 พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคถุงลมโป่งพองพบว่า มีแนวโน้มลดลงทุกโรค ดังข้อมูลตามตารางที่ 3

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	250.27	126.86	81.83
ความดันโลหิตสูง	619.95	664.08	523.92
เบาหวาน	405.97	352.55	312.27
หลอดเลือดสมอง	20.45	45.68	26.76
ถุงลมโป่งพอง	92.37	131	53.52

ตารางที่ 3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2557-2559
ที่มา :HDC วันที่ 9 มกราคม 2560

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การค้นหา (กลุ่มเสี่ยง).	1.การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปทุกคน 2.กำหนด Time line ใน การคัดกรอง 3.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้อง ได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้ง ให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.การคัดกรองให้เสร็จสิ้น ภายใน 6 เดือน 2.กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการ ประเมินซ้ำทุก6 เดือน 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้อง ได้รับการให้ สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้ง ให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้ง ให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้อง ได้รับการให้ สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้ง ให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม	1.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้ง ให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้อง ได้รับการให้ สุศึกษาทุกราย 3. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับ การประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้ง ให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ ค่าปรึกษา > ร้อยละ 40	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ ค่าปรึกษา > ร้อยละ 60	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ ค่าปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ ค่าปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	-คัดกรอง HT ร้อยละ 76.24 - คัดกรอง DM ร้อยละ 72.35	-	-	-
2.การป้องกันระดับชุมชน	1. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา 2.ให้สุศึกษาการป้องกัน การเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่างเช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ชมรมต่างๆ 3.มีแผนการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์	1. จัดทำสื่อต้นแบบในการ รณรงค์สื่อสารเตือนภัย 2. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบล จัดการสุขภาพ สถาน ประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน	1.รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบล จัดการสุขภาพ สถาน ประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน 2. มีการนำสื่อต้นแบบไป ใช้ในการประชาสัมพันธ์	1.ดำเนินการตำบล ต้นแบบในการเฝ้าระวัง พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ ติดต่อที่สำคัญ เช่น การ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนในการ ประชาสัมพันธ์	มีสื่อต้นแบบในการรณรงค์	มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ ชัดเจน	มีตำบลต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจง แผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง	-	-	-

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
3. การป้องกันในสถานบริการ(กลุ่มป่วย)	1. ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการพิจารณารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 2. พัฒนาและสนับสนุนโปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Thai CV Risk) 3. สนับสนุนการจัดตั้งคลินิก DPAC ทุกสถานบริการ 4. กระตุ้นให้มี Stroke Unit ในโรงพยาบาลระดับ S	1. ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับการพิจารณารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 2. พัฒนาระบบคลินิก NCD คุณภาพ, CKD Clinic 3. พัฒนาและสนับสนุนชุดองค์ความรู้ Service package ในการดำเนินงาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อ จัดช่องทางด่วน 5. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำประจำ ครอบครัว 2. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI , Warfarin และ Heart Failure รัยยาใกล้บ้าน	1. การพัฒนาคุณภาพการบริการ และเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับชุมชนกับสถานบริการ 2. จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรค NCD CUP ละ 1 คนเพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolled บริการใน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 30%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 50% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 35 - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ เบาหวาน ลดลง ร้อยละ 5 และความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.5 - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 90% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 50 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 65 - รพ. ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพโดยคณะทำงานระดับจังหวัด - อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ร้อยละ 2 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกินร้อยละ 7
ผลการดำเนินงาน	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 48.32	-	-	-

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
4.การบริหารจัดการ	1. จัดทำแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตามและประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1..ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตามและประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-มีแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด -มีการประชุมคณะทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล	-มีการประชุมคณะทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
ผลการดำเนินงาน	-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุม 2 ครั้ง	-	-	-

- ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	รองกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วงไข่	รวม
KPI :อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2558	762.68	694.46	472.41	395.08	434.11	655.38	615.88	664.56	600.13
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	121,151	50,543	56,307	77,705	36,857	51,726	47,087	18,358	459,734
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ใน ปีงบประมาณ	924	351	266	307	160	339	290	122	2,759
	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2559	564.49	611.84	345.02	373.06	498.68	559.93	494.1	427.07	492.07
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ใน ปีงบประมาณ	673	304	191	284	181	285	230	77	2.225

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้องกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วงไข่	รวม
ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้องกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วงไข่	รวม
KPI :อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน รายใหม่ (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2558	423.23	312.34	356.85	407.06	385.49	319.92	275.46	330.91	364.50
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	102,781	49,625	55,206	76,155	35,799	50,950	46,467	18,132	435,115
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ใน ปีงบประมาณ	435	155	197	310	138	163	128	60	1,586
	อัตรา(A/B* 100000) ปี 2559	384.15	257.62	249.28	409.84	396.74	222.01	255.64	293.95	323.99
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎร์ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ใน ปีงบประมาณ	458	128	138	312	144	113	119	53	1,465

ที่มา :HDC วันที่ 24 มกราคม 2560

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

จังหวัดแพร่มีเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) แบ่งเป็นแต่ละสาขา คือ สาขาหลอดเลือดหัวใจ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขา COPD และสาขาตา โดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา

- มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นพยาบาลรายกรณี (Case manager ,Mini case manager) ในทุกรพ. และมี Nurse Coordinator ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด

- มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
- มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนา Service Plan โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร เครือข่าย การจัดระบบบริการตามศักยภาพของหน่วยบริการ การจัดประชุมวิชาการที่จำเป็น การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

ประเด็นปัญหา	สาเหตุปัญหา	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยง Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ.	- ประชาชนขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจากความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลา บางอาการไม่เด่นชัดและยังสามารดดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ - ครอบครัว ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วม - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ - ภาครัฐ (โรงเรียน โรงงาน อบต. สถานบริการภาครัฐ / เอกชน)มีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย	- เน้นการสื่อสารและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคี เครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม - เน้นคุณภาพ การดำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อ รองรับกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมี Clinic ให้คำปรึกษาพฤติกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต. ภายใต้การให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DPAC) และคลินิก NCD
ประเด็นปัญหา	สาเหตุปัญหา	ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ไข
- ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	- การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การตรวจสอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - จัดทางงบประมาณให้เพียงพอสำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน โดยเครือข่าย - บริหารจัดการระบบการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น ระบบการตรวจตา เท้า LAB ฯลฯ
- ระบบโปรแกรมของแต่ละรพ. การคีย์ข้อมูลพบปัญหาในการส่งออก 43 แฟ้มทำให้การรายงานไม่ครบถ้วนทำให้การรายงานให้ผลได้น้อยกว่าที่ดำเนินการจริง	- ระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อมีการเปลี่ยนแปลงและมีการเพิ่มข้อมูลในการจัดเก็บ ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีการปรับตลอดเวลา	- ควรมีการพัฒนาบบข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและความต้องการของหน่วยบริการเพื่อใช้ในวางแผนงานแก้ไขปัญหาและการติดตามประเมินผล - มีการตรวจสอบ และคืนข้อมูลเป็นระยะๆ - มีการสรุปแนวทางและระดับส่วนกลางจัดทำคู่มือให้

แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ

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

ผู้รายงาน นางศิริรัตน์ ภู์ตันติกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 25/01/2560

โทร..084- 687 4984 e-mail sirirat037 @gmail.com