**แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

**เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2562 และวันที่ 1 มีนาคม 2562**

**คณะที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและการจัดการสุขภาพ**

**ประเด็น** NCD

**KPI : 5) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน**

**KPI : 9) ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้**

**KPI : ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Riskร้อยละ ≥ 85%**

* **สถานการณ์**

ปี 2561 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 27,380 ราย คิดเป็น 14254.77 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.99 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน รักษา จำนวน 70,619 ราย คิดเป็น 36,766.17 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 3.12 จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 96.66 เสี่ยงต่อเบาหวานร้อยละ 10.12 และเสี่ยงสูงร้อยละ 1.10 ประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจาก ปี 2560 ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ในปี 2561 ร้อยละ 96.87 พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 2.34 และประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.50 พบกลุ่มเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 35.12 และเสี่ยงสูงร้อยละ 7.57 ปี 2561 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลง 6.05 (เขตสุขภาพที่ 1 ลดลง 3.32 ) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ลดลง 10.89 (เขตสุขภาพที่ 1 ลดลง 4.16 ) (ข้อมูลจากรายงานHDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

* **การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

1. **อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.05**

**ตารางที่ 1** ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ปี 2562

**อำเภอ เป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ**

เมืองแพร่ 52,733 41,696 79.07

ร้องกวาง 19,827 13,505 66.26

ลอง 23,565 13,923 59.08

สูงเม่น 33,261 29,572 88.91

เด่นชัย 13,739 13,490 98.19

สอง 21,772 18,355 84.31

**อำเภอ เป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ**

วังชิ้น 19,921 16,745 84.06

หนองม่วงไข่ 7,786 5,271 67.70

**รวม 192,604 152,189 79.02**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

**ตารางที่ 2** อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากการคัดกรอง ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ปี 2562

**อำเภอ เป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ**

เมืองแพร่ 3,630 3,125 86.09

ร้องกวาง 2,713 2,078 76.59

ลอง 1,432 720 50.28

สูงเม่น 3,375 3,071 90.99

เด่นชัย 1,772 1,721 97.12

สอง 1,069 863 80.73

วังชิ้น 3,343 2,822 84.42

หนองม่วงไข่ 1,488 1,086 72.98

**รวม 18,822 15,486 82.28**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

**ตารางที่ 3** อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปี 2561

**อำเภอ เป้าหมาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ**

เมืองแพร่ 3,441 106 3.08

ร้องกวาง 2,621 55 2.10

ลอง 1,387 35 2.52

สูงเม่น 1,902 40 2.10

เด่นชัย 1,247 31 2.49

สอง 951 33 3.47

วังชิ้น 3,027 39 1.29

หนองม่วงไข่ 1,498 37 2.47

**รวม 16,074 376 2.34**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

**ตารางที่ 4** อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2561

**อำเภอ ประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราต่อแสนประชากร**

เมืองแพร่ 118,335 934 789.28

ร้องกวาง 49,097 305 621.22

ลอง 54,865 396 721.77

สูงเม่น 75,131 495 658.85

เด่นชัย 35,853 191 532.73

สอง 50,278 297 590.72

วังชิ้น 46,242 246 531.98

หนองม่วงไข่ 17,763 119 669.93

**รวม 447,564 2,983 666.50**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

**ตารางที่ 5** ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปี 2561  **โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง**

**อำเภอ จำนวนผู้ป่วย ควบคุมได้ดี ร้อยละ จำนวนผู้ป่วย ควบคุมได้ดี ร้อยละ**

เมืองแพร่ 8,101 2,037 25.15 18,503 6,485 35.05

ร้องกวาง 2,277 444 19.5 7,973 4,071 51.06

ลอง 3,103 648 20.88 7,131 3,773 52.91

สูงเม่น 6,036 461 7.64 14,824 5,514 37.2

เด่นชัย 2,085 69 3.31 5,386 2,657 49.33

สอง 2,476 215 8.68 7,399 3,163 42.75

วังชิ้น 2,183 306 14.02 6,263 2,278 36.37

หนองม่วงไข่ 1,119 206 18.41 3,070 1,484 48.34

**รวม 27,380 4,386 16.02 70,549 29,425 41.71**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

**2) อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 30**

**ตารางที่ 5** ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง และกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ปี 2562

**อำเภอ เป้าหมาย คัดกรอง ร้อยละ สงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ**

เมืองแพร่ 43,416 39,230 90.36 2,210 5.63

ร้องกวาง 14,531 12,268 84.43 1,510 12.31

ลอง 20,113 12,871 63.99 819 6.36

สูงเม่น 24,957 23,906 95.79 1,989 8.32

เด่นชัย 10,684 10,433 90.64 340 3.26

สอง 17,161 15,555 90.64 1,434 9.22

วังชิ้น 16,035 14,555 90.77 1,424 9.78

หนองม่วงไข่ 6,013 5,001 83.17 706 14.12

**รวม 152,910 133,819 87.51 10,432 7.80**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

**ตารางที่ 6** อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

**อำเภอ ประชากรเป้าหมาย มีผลการวัดความดันที่บ้าน ร้อยละ**

เมืองแพร่ 2,210 147 6.56

ร้องกวาง 1,510 75 4.97

ลอง 819 228 27.84

สูงเม่น 1,989 379 19.05

เด่นชัย 340 10 2.94

สอง 1,434 148 10.32

วังชิ้น 1,424 247 16.08

หนองม่วงไข่ 706 206 24.36

**รวม 10,432 1,440 13.27**

(ข้อมูลจากรายงาน HDC วันที่ 10 ก.พ. 62)

จากผลการดำเนินงานพบว่า ในปี 2562 (ตุลาคม 2561 – 10 กุมภาพันธ์ 2562) จังหวัดแพร่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 1,151 คน คิดเป็นอัตรา 258.91 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยเบาหวาน รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีที่ผ่านมา จำนวน 150 คน คิดเป็น ร้อยละ 0.81 จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หรือร้อยละ 13.03 จากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด

ความดันโลหิตสูงรายใหม่ จำนวน 3,986 คน คิดเป็นอัตรา 25640.07 ต่อแสนประชากร โดยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 652 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.38 จากกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หรือร้อยละ 16.36 จากผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ทั้งหมด กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงจำนวน 10,432 คน ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน จำนวน 1,386 คน คิดเป็นร้อยละ 13.29

* **แผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา**

| **โครงการ/กิจกรรมหลัก** | **กลุ่ม**  **เป้าหมาย** | **ระยะเวลา** | **แหล่งงบประมาณ** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ประชุมคณะกรรมการ NCD Board เพื่อชี้แจงการดำเนินงานและติดตามการดำเนินงาน(ร่วมกับการประชุม กวป. ประจำเดือน)  2. ประชุมคณะกรรมการ CIPO NCDs และ คณะกรรมการ Service Planระดับจังหวัด  3. ประชุมคณะทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)ระดับจังหวัด/อำเภอ  4. การพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลให้มีคุณภาพ โดยการตรวจประเมินผลการจัดเก็บในสถานบริการสาธารณสุขและติดตามผลการคัดกรองปัจจัยและภาวะแทรกซ้อน  5. เยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้พัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานระบบบริการ (คลินิกNCD คุณภาพ)  6. พัฒนาองค์ความรู้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบองค์รวม  7. นิเทศ กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน | คณะกรรมการ สสจ./สสอ./รพ  คณะกรรมการ  ผู้รับผิดชอบงาน  จังหวัด/อำเภอ  ระดับรพ,รพสต.  รพ.ทุกแห่ง  ผู้รับผิดชอบงาน  จังหวัด/อำเภอ  ผู้รับผิดชอบงาน  อำเภอ  ระดับอำเภอ | ทุกเดือน  2 ครั้ง/ปี  2 ครั้ง/ปี  ทุก3 เดือน  ก.ค.62  เม.ษ.62  ก.พ 62,  สค 62 | -  -  -  -  สป.  รพ แพร่  - | กลุ่มงาน NCD  ร่วมกับ SP  กลุ่มงาน NCD  ร่วมกับกรรมการ IT  กลุ่มงาน NCD/สสอ./รพ.  รพ แพร่  ร่วมกับงานยุทธ์ฯ |
|  |  |  |  |  |

* **ผลการดำเนินงานตาม Small Success**

| **มาตรการดำเนินงานในพื้นที่** | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.การค้นหา  (กลุ่มเสี่ยง) | - การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่35 ปีขึ้นไปทุกคน  - กำหนด Time line ในการคัดกรอง  - ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษา  - คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงเพื่อประเมินความรอบรู้และ เข้ารับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ  - เร่งรัดการคัดกรองความดันโลหิตสูงเพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อทำแผนจัดทำSMBP(Home BP) | - การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน  - กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความรอบรู้และเข้ารับการปรับพฤติกรรมสุขภาพ  ตำบลละ 50 คน  - ดำเนินSMBP  (Home BP)  ร้อยละ 10 | - มีการติดตามผลการคัดกรองทุก  และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม  - กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความรอบรู้และเข้ารับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตำบลละ 50 คน  - มีการติดตามผลการปรับพฤติกรรม3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบ  - ดำเนินSMBP  (Home BP)  ร้อยละ 20 | - มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม  - กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินความรอบรู้ซ้ำและ  แจ้งให้ผู้บริหารทราบ  - SMBP (Home BP) ร้อยละ 30 |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | - คัดกรองDM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไป > ร้อยละ 30  - มีทะเบียนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมปรับพฤติกรรม | - คัดกรองDM/HT ปชช.อายุ35 ปีขึ้นไป  > ร้อยละ 50  - กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความรอบรู้และเข้ารับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตำบลละ 50 คน | - คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปี ขึ้นไป > ร้อยละ 70  - กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความรอบรู้และเข้ารับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตำบลละ 50 คน | - คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไป > ร้อยละ 90  - กลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมินความรอบรู้ซ้ำ ตำบลละ 50 คน |
| ผลการดำเนินงาน | - คัดกรอง HT ร้อยละ 59.83  - คัดกรอง DM ร้อยละ59.83  - มีการประชุมชี้แจงแนวทางSMBP(Home BP) 1 ครั้ง  - มีการประชุมชี้แจงการ  ประเมินความรอบรู้และเข้ารับการปรับพฤติกรรมสุขภาพตามโครงการฯ 1 ครั้ง |  |  |  |
| 2. การป้องกันระดับชุมชน | - เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา  - ให้สุขศึกษาการป้องกันการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่างเช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม.,อสค. ชมรมต่างๆ  - มีแผนการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ | - จัดทำสื่อต้นแบบในการรณรงค์สื่อสารเตือนภัย  - รณรงค์ประชาสัมพันธ์  และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆสถานที่ทำงาน | - รณรงค์ประชาสัมพันธ์  และสื่อสารเตือนภัยบูรณาการร่วม  กับตำบลจัดการสุขภาพสถานประกอบการต่างๆ  สถานที่ทำงาน  - มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ | - ดำเนินการตำบล  ต้นแบบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | - มีแผนในการ  ประชาสัมพันธ์ | - มีสื่อต้นแบบในการรณรงค์ | - มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ชัดเจน | - มีตำบลต้นแบบ |
| ผลการดำเนินงาน | มีการประชุมในการชี้แจงแผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง |  |  |  |
| 3.การป้องกันในสถานบริการ(กลุ่มป่วย) |  | - ประเมิน CVD Risk ในPt. DM HTผู้ที่มี CVD Riskสูง≥30% ได้รับการปรึกษารายบุคคลและการ  ปรับพฤติกรรม  - พัฒนาระบบคลินิก  NCD คุณภาพ,CKD Clinic  - พัฒนาและสนับสนุนชุดองค์ความรู้ ในการ  ดำเนินงาน และการ  ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  - มีกระบวนการสื่อสารความเสี่ยง | - พัฒนาศักยภาพ  บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำ ประจำ ครอบครัว  - พัฒนาศักยภาพ  โรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ  Refer back STEMI ,Warfarin และHeart Failure รับยาใกล้บ้าน | - การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับชุมชนกับสถานบริการ  - จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรค NCD CUP ละ 1คน เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolled  - จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับ  การประเมิน CVD risk 30%  - โรงพยาบาลมีการ  ประเมินตนเอง ตามแบบประเมินNCD คลินิกคุณภาพ | - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 50%  - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25  - ผู้ป่วย DMควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 | - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70% | - อัตราผู้ป่วยรายใหม่  เบาหวานลดลงจากเดิม ร้อยละ 5 และความดันโลหิตสูงลดลงร้อยละ 2.5  - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 90%  - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 50 |
|  |  | - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/  1.73m2/yr  ร้อยละ 35 |  | - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40  - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4ml/min/  1.73m2/yr ร้อยละ 66  - รพ. ผ่านการระเมิน  คลินิก NCD คุณภาพระดับดีขึ้นไป โดยคณะทำงานระดับจังหวัด |
| ผลการดำเนินงาน | - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับ  การประเมินCVD risk  ร้อยละ 56.99 |  |  |  |
| 4.การบริหารจัดการ | 1. จัดทำแผนการ  ดำเนินงานระดับจังหวัด  2.ประชุมคณะทำงาน  (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการ  กำกับ/ติดตามงานและ  ข้อมูล | 1.การกำกับ ติดตามและประเมินผล ร่วมกับงาน  ยุทธศาสตร์  2.ประชุมคณะทำงาน  (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล | 1.ประชุมคณะทำงาน  (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล | 1.การกำกับ ติดตามและประเมินผล ร่วมกับงาน  ยุทธศาสตร์  2.ประชุมคณะทำงาน  (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | - มีแผนการดำเนินงาน  ระดับจังหวัด  - มีการประชุมคณะ  ทำงาน | - มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล | - มีการประชุมคณะทำงาน | - มีการนิเทศ ติดตามและประเมินผล  - มีรายงานการนิเทศงาน |
| ผลการดำเนินงาน | - มีแผนการดำเนินงาน  - มีการประชุม 1 ครั้ง |  |  |  |

* **สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ**

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

* จังหวัดแพร่ มีเครือข่ายในการการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แบ่งเป็นแต่ละสาขาคือสาขาNCD,สาขาหลอดเลือดหัวใจ,สาขาโรคหลอดเลือดสมอง,สาขาCOPD,และสาขาตาโดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา
* มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นพยาบาลรายกรณี (Case manager, Mini case manager) ในทุก รพ. และมี Nurse Coordinator ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด
* มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน
* มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนา Service Plan โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร เครือข่ายการจัดระบบ
* บริการตามศักยภาพของหน่วยบริการ การจัดประชุมวิชาการที่จำเป็น การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ
* **ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป**  **ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
| --- | --- | --- |
| - ประชาชนกลุ่มเสี่ยง  Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ. | - ประชาชนขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจากความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลา  บางอาการไม่เด่นชัดและยัง  สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ  - ครอบครัวชุมชนขาดการมีส่วนร่วม  - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน  พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ  - ภาคีเครือข่าย(โรงเรียน/โรงงานอบต.สถานบริการภาครัฐ/เอกชน)มีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย | - เน้นการสื่อสารภาพกว้างและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคี  เครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม  - สนับสนุนการดำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อรองรับกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง  - พัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต.ภายใต้การให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(DPAC )และคลินิค NCD |
| - ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม | การจัดบริการการตรวจ  ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม | - การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง  - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การตรวจสอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ  - จัดหางบประมาณให้เพียงพอสำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน โดยเครือข่าย |

* **แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ**

1. เร่งรัดการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มีคุณภาพ

2. สร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัว ในการดูแลสุขภาพและ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

3. ประสานทีมงานพื้นที่เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

4. ร่วมกับคณะทำงานทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน/วางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

5. สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ และบูรณาการงานร่วมกับ CKD คลินิกและออกเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วย

7. สนับสนุนการพัฒนา case manager จัดส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อทั้งระดับ เขตสุขภาพ และระดับ กรม

8. ร่วมกับคณะทำงานระบบข้อมูลจังหวัดในการจัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ

ผู้รายงาน นางศิริรัตน์ ภู่ตันติกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

โทร 08 4687 4984

e-mail sirirat037@gmail.com