แบบ ตก. 1

**แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564**

**(Inspection Guideline)ประเด็นที่: Area based** **: NCD**

**ตัวชี้วัด** : **O 1: กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน(ร้อยละ60)และโรคความดันโลหิตสูง(ร้อยละ 70)ได้รับการตรวจติดตาม**

**Kr1** : คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชาชน 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90

**Kr2** : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการติดตามยืนยันทางห้องปฏิบัติการภายใน 6 เดือน ≥ ร้อยละ 60

**Kr**3 : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการทำ Home Blood Pressure Monitoring ภายใน 4 เดือน≥ ร้อยละ 70

**Kr**4 : กลุ่มเสี่ยงได้รับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ร้อยละ 100

**ตัวชี้วัด** : **O 2** : **ชุมชนมีการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำเร็จ ร้อยละ 50 (ของชุมชนเป้าหมาย)**

**Kr1 :** ชุมชนมีการดำเนินการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 6 ประเด็นได้แก่ อาหารหวาน มัน,อ้วน,ไม่ออก

กำลังกาย,สูบบุหรี่,ดื่มสุราและอาหารเค็ม

**Kr2** : ชุมชนดำเนินการจัดทำแผนและแก้ไขปัญหาตามความเสี่ยงที่วิเคราะห์และติดตามประเมินผลโดยกลไก พชอ./พชต.

ร้อยละ 100

**Kr**3 : ชุมชนสามารถดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 ประเด็น ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยในชุมชน

ร้อยละ 50(ของชุมชนเป้าหมาย)

**สถานการณ์**

ปี 2564 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 29,843 คน คิดเป็น 9,321 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 1.64 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 76,003 คน คิดเป็น 23,741 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 1.46 ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 14.50 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 48.15

จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป พบว่า ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 95.46 พบกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน 2,829 คน ได้รับการตรวจติดตาม ร้อยละ 69.88 พบผู้ป่วยรายใหม่ 2,500 คน ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.25 พบกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง 12,295 ราย ได้รับการตรวจติดตาม ร้อยละ 84.16 พบผู้ป่วยรายใหม่ 2,822 คน (ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย 64)

**3. การดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ**

**ตารางที่ 1 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานและพบกลุ่มสงสัยป่วย ปี 2564**

**อำเภอ เป้าหมาย คัดกรอง ร้อยละ สงสัยป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ**

เมืองแพร่ 51,282 48,613 94.80 491 1.01

ร้องกวาง 19,285 18,375 95.28 370 2.01

ลอง 22,572 21,738 96.31 356 1.64

สูงเม่น 32,166 30,906 96.08 780 2.52

เด่นชัย 13,305 12,385 93.09 92 0.74

สอง 21,116 20,238 95.84 153 0.76

วังชิ้น 19,816 18,980 95.78 390 2.05

หนองม่วงไข่ 7,726 7,565 97.92 197 2.60

**รวม 187,268 178,800 95.48 2,829 1.58**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

**ตารางที่ 2 ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและพบกลุ่มสงสัยป่วย ปี 2564**

**อำเภอ เป้าหมาย คัดกรอง ร้อยละ สงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง ร้อยละ**

เมืองแพร่ 41,257 39,917 96.75 1,486 3.72

ร้องกวาง 13,833 13,296 96.12 1,961 14.75

ลอง 18,927 18,182 96.06 2,154 11.85

สูงเม่น 23,871 22,794 95.49 2,229 9.78

เด่นชัย 10,129 9,732 96.08 291 2.99

สอง 16,414 15,805 96.29 1,458 9.22

วังชิ้น 15,390 14,961 97.21 1,431 9.56

หนองม่วงไข่ 5,833 5,722 98.21 781 13.65

**รวม 145,442 140,409 96.40 11,791 8.40**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

**ตารางที่ 3 อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ปี 2564**

**อำเภอ ประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราต่อแสนประชากร**

เมืองแพร่ 116,110 676 582.21

ร้องกวาง 48,017 258 537.31

ลอง 53,608 341 636.10

สูงเม่น 73,065 449 614.52

เด่นชัย 34,562 136 393.50

สอง 49,081 307 625.50

วังชิ้น 45,559 209 458.75

หนองม่วงไข่ 17,348 124 714.78

**รวม 437,350 2,500 571.62**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

**ตารางที่ 4 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2564**

**อำเภอ ประชากรเป้าหมาย ผู้ป่วยรายใหม่ อัตราต่อแสนประชากร**

เมืองแพร่ 116,110 2,077 1,788.82

ร้องกวาง 48,107 646 1,345.36

ลอง 53,608 958 1,787.05

สูงเม่น 73,065 872 1,193.46

เด่นชัย 34,562 409 1,183.38

สอง 49,081 771 1,570.87

วังชิ้น 45,559 658 1,444.28

หนองม่วงไข่ 17,348 251 1,446.85

**รวม 437,350 6,642 1,518.69**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

**ตารางที่ 5 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ ปี 2564**

**โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง**

**อำเภอ จำนวนผู้ป่วย ควบคุมได้ดี ร้อยละ จำนวนผู้ป่วย ควบคุมได้ดี ร้อยละ**

เมืองแพร่ 8,636 1,996 23.11 20,120 7,238 35.97

ร้องกวาง 2,605 488 18.73 8,512 5,489 64.49

ลอง 3,506 339 9.67 7,780 4,754 61.11

สูงเม่น 6,228 429 6.89 15,072 6,575 43.62

เด่นชัย 2,252 160 7.10 5,776 2,990 51.77

สอง 2,931 386 13.17 8,126 4,622 56.88

วังชิ้น 2,441 348 14.26 7,339 3,037 41.38

หนองม่วงไข่ 1,244 182 14.63 3,278 1,894 57.78

**รวม 29,843 4,328 14.50 76,003 36,599 48.15**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

**ตารางที่ 6 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยเบาหวานได้รับการตรวจติดตาม**

**อำเภอ เป้าหมาย ได้รับการตรวจติดตาม ร้อยละ**

เมืองแพร่ 510 480 94.12

ร้องกวาง 363 249 68.60

ลอง 351 324 92.31

สูงเม่น 808 594 73.51

เด่นชัย 91 11 12.09

สอง 147 86 58.50

วังชิ้น 400 126 31.50

หนองม่วงไข่ 199 135 67.84

**รวม 2,869 2,005 69.88**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

**ตารางที่ 7 ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน**

**อำเภอ เป้าหมาย ได้รับการตรวจติดตาม ร้อยละ**

เมืองแพร่ 1,530 459 92.94

ร้องกวาง 1,975 593 68.35

ลอง 2,174 653 98.67

สูงเม่น 2,410 723 87.97

เด่นชัย 298 90 74.83

สอง 1,684 506 76.25

วังชิ้น 1,431 430 77.99

หนองม่วงไข่ 974 239 86.65

**รวม 12,296 3,693 84.16**

(ข้อมูลจากรายงานHDCวันที่ 15 มิ.ย. 64)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น รอบ 1**  O1: กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ 60) และโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 70)ได้รับการตรวจติดตาม | | | |
| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
| Kr1 : คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป | 1.จัดทำทะเบียนประชาชนที่ต้องคัดกรอง,คัดกรอง  2.ประชุมถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน  3.จัดทำทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วยNCD ตามเป้าหมาย  4. ดำเนินการตรวจคัดกรองตามมาตรฐาน | ติดตามผลการดำเนินงาน รายเดือน/รายไตรมาส ในระบบ รายงาน 43 แฟ้ม / HDC | ร้อยละ 90 |
| Kr2 : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจติดตามยืนยันทางห้องปฏิบัติการ  Kr3 : กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการทำ Home Blood Pressure Monitoring | 1. จัดทำทะเบียนกลุ่มสงสัยป่วย  2. ประชุมถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน  3. ทบทวน แนวทางการดำเนินงาน ตาม CPG  4. ดำเนินการทำ SMBP, SMBGให้การบริการผู้ป่วยตามมาตรฐาน | ติดตามผลการดำเนินงาน รายเดือน/รายไตรมาส ในระบบ รายงาน 43 แฟ้ม / HDC | ภายใน 9 เดือน ร้อยละ 60  ภายใน 9 เดือน ร้อยละ 70 |
| Kr4 : กลุ่มสงสัยป่วยได้รับกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามความเสี่ยงของแต่ละบุคคล | 1.ทบทวน แนวทางการดำเนินงาน(CPG) และ แนวทางการทำHLในกลุ่มสงสัยป่วย  2.ประเมินการรับรู้ ก่อน/หลังดำเนินการ และปรับเปลี่ยน  พฤติกรรมสุขภาพคัดกรองเป้าหมาย/ให้บริการตรวจภาวะ  แทรกซ้อนใน ผู้ป่วยทุกราย  3 อบรม เจ้าหน้าที่แนวทางการประเมินHLและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  4.ดำเนินการทำ SMBP, SMBGประเมินผลการดำเนินงาน | - ติดตามผลการดำเนินงาน รายเดือน,รายไตรมาส  - ประเมินจากผลการประเมินก่อน/หลังดำเนินการทำ HL ในกลุ่มเป้าหมาย | ร้อยละ 100 |
| **O2 : ชุมชนมีการดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำเร็จ ร้อยละ 50 (ของชุมชนเป้าหมาย)** | | | |
| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
| Kr1 : ชุมชนมีการดำเนินการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน 6 ประเด็น ได้แก่ อาหารหวาน-มัน, อ้วน,  ไม่ออกกำลังกาย, สูบบุหรี่, ดื่มสุรา และอาหารเค็ม | 1.ประชุมถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน  2.รับสมัคร/คัดเลือก ชุมชนเข้าร่วมโครงการ  3.ส่งเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบระดับตำบล และอำเภอเข้าร่วมอบรมแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับทีมจังหวัด และ สคร. | - ผลการประชุมคณะกรรมการหรือคณะทำงาน  - ประเมินจากการสรุปผลการประชุมในระดับชุมชน  - ประเมินจากผลการประเมินก่อน/หลังดำเนินการ | ชุมชน ร้อยละ 100 มีการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง 6 ประเด็นโดยผ่านกลไก พชอ./พชต.และมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงอย่างน้อย 1 ประเด็น |
| เป้าหมาย | มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่ | แนวทางการตรวจ ติดตาม | ผลลัพธ์ที่ต้องการ |
| Kr2 : ชุมชนดำเนินการจัดทำแผนและแก้ไขปัญหาตามความเสี่ยงที่วิเคราะห์ และติดตามประเมินผลโดยใช้กลไก พชอ./พชต.  Kr3 : ชุมชนสามารถดำเนินการจัดการปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 ประเด็น ครอบคลุมทุกกลุ่มวัยในชุมชน | 4.ประชุมชี้แจง แนวทางการเข้าร่วม  โครงการ รับสมัครแกนนำชุมชนในการร่วมดำเนินการ  5.ดำเนินการ สำรวจ และเก็บแบบสอบถาม พฤติกรรมของชุมชน และตรวจความเค็มของอาหารในกลุ่มเป้าหมาย |  |  |

**Small Success**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **มาตรการดำเนินงานในพื้นที่** | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** |
| 1.การค้นหา  (กลุ่มสงสัยป่วย) | -การคัดกรอง ในประชาชนอายุตั้งแต่35 ปีขึ้นไปทุกคน  -กำหนด Time line ในการคัดกรอง  -มีการประชุมถ่ายทอด ชี้แจงแนวทาง  -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม  -กลุ่มสงสัยป่วยได้รับการให้สุขศึกษาทุกรายและได้รับการตรวจSMBPและ SMBG | -การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน  -กลุ่มสงสัยป่วยได้รับได้รับการตรวจSMBPและ SMBG ตามมาตรฐาน  - สงสัยป่วยจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย  -มีการติดตามผลการแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม | -มีการติดตามผลและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม | -มีการติดตามผลและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | -มีการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงใน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป > ร้อยละ 60 | -มีการคัดกรองความเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงใน ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป > ร้อยละ 90  -กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตาม>ร้อยละ15  -กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตาม >ร้อยละ 50 | กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตาม>ร้อยละ 45  -กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตาม>ร้อยละ60 | กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตาม >ร้อยละ 60  -กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตาม>ร้อยละ70 |
| ผลการดำเนินงาน | -คัดกรอง HTร้อยละ85.36  -กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการติดตาม14.65  - คัดกรอง DMร้อยละ83.48  -กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตามร้อยละ 12.53 |  | -คัดกรองHTร้อยละ96.40  -กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการทำ HMBP 84.16  -คัดกรองDMร้อยละ95.48  -กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานได้รับการติดตามร้อยละ 84.16 |  |
| มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** |
| 2.การป้องกันระดับชุมชน | -ดำเนินการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน  - เฝ้าระวังพฤติกรรม  เสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น อาหารหวาน-มัน, อ้วน,ไม่ออกกำลังกาย, สูบบุหรี่, ดื่มสุรา และอาหารเค็ม  -ให้สุขศึกษาการป้องกันการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่างเช่น นักเรียน  ผู้นำชุมชนอสม.,อสค. ชมรมต่างๆ  -มีแผนการรณรงค์สื่อสาร ประชาสัมพันธ์ | -รณรงค์ประชาสัมพันธ์  และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆสถานที่ทำงาน  **-** สำรวจ และเก็บแบบสอบถาม พฤติกรรมของชุมชน และตรวจความเค็มของอาหารในกลุ่มเป้าหมาย | -รณรงค์ประชาสัมพันธ์  และสื่อสารเตือนภัยบูรณาการร่วม  กับตำบลจัดการสุขภาพสถานประกอบการต่างๆ  สถานที่ทำงาน  -มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ | -ดำเนินการชุมชน  ต้นแบบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | -มีแผนการดำเนินงานชุมชนต้นแบบ | - มีผลการสำรวจพฤติกรรมของชุมชน  -มีสรุปผลการดำเนินงาน และมีแนวทางการแก้ไขปัจจัยเสี่ยง | - รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน | - มีชุมชนต้นแบบ 2 แห่ง |
| ผลการดำเนินงาน | มีแผนในการดำเนินงาน  มีคณะทำงานร่วมกับ พชต. |  | - มีชุมชนเข้าร่วมดำเนินงาน 2 ชุมชน  - ผู้รับผิดชอบระดับตำบล และอำเภอเข้าร่วมอบรมแนวทางการดำเนินงาน ร่วมกับทีมจังหวัด  - มีวิเคราะห์ปัญหา /ปัจจัยเสี่ยง และร่วมทำแผนกับแกนนำชุมชนแล้ว แต่ยังไม่ได้ดำเนินการ ประชุม ชี้แจง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับชุมชน |  |
| 3.การป้องกันในสถานบริการ  (กลุ่มป่วย) | - ประเมิน ภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า และหัวใจ ในผู้ป่วย NCDs และได้รับการปรึกษาและการปรับพฤติกรรม HL  - พัฒนาระบบคลินิก  NCD คุณภาพ,CKD Clinic  - มีการประเมิน NCD Clinic Plus | - มีการจัดอบรมพัฒนาและสนับสนุนองค์ความรู้ ในการดำเนินงาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม H L  -- มีการปรับปรุง คู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG ให้เป็นปัจจุบัน | - การพัฒนาคุณภาพการบริการและเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับ  -จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรคNCD ในรพช.ทุกแห่งเพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolledหรือมีภาวะแทรกซ้อน  -จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs | -ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ภาวะแทรกซ้อนได้รับการติดตามและการให้คำปรึกษา  - |
| มาตรการดำเนินงานในพื้นที่ | **3 เดือน** | **6 เดือน** | **9 เดือน** | **12 เดือน** |
| ผลลัพธ์ที่ต้องการ | - มีแผนในการจัดระบบบริการตามแนวทาง 2P safety และ Social distancing | -ผู้ป่วย NCD ได้รับการประเมิน ภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า และหัวใจ ร้อยละ 40  -ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20  -ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 30 | ผู้ป่วย NCD ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า และหัวใจร้อยละ 60  -ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 30  -ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 40 | ผู้ป่วย NCD ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า และหัวใจร้อยละ 80  -ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40  -ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 50 |
| ผลการดำเนินงาน | -มีแนวทางการให้บริการตามแนวทาง 2P safety และ Social distancing |  | - ผู้ป่วย NCD ได้รับการประเมินภาวะแทรกซ้อน   * ตา ร้อยละ 48.56 * ไต ร้อยละ 47.43 * เท้าร้อยละ 45.84 * หัวใจร้อยละ 85.85   -ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 14.56  -ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ร้อยละ 48.15 |  |

**สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบ**

**ความสำเร็จ**

จังหวัดแพร่ มีเครือข่ายในการการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แบ่งเป็นแต่ละสาขาคือสาขาNCD,สาขาหลอดเลือดหัวใจ,สาขาโรคหลอดเลือดสมอง,สาขาCOPD,และสาขาตาโดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา

• มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นพยาบาลรายกรณี (Case manager, Mini case manager) ในทุกรพ.

และมี Nurse Coordinator ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด

• มีการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโรคเรื้อรังเพื่อสนับสนุนการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน

• มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนา Service Plan โดยเฉพาะการพัฒนาบุคลากร เครือข่าย การจัดระบบ

บริการตามศักยภาพของหน่วยบริการ การจัดประชุมวิชาการที่จำเป็น การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพ

**ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่**  **ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์** | **ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ** | **สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป**  **ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ** |
| - ประชาชนกลุ่มเสี่ยง  Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ. | - ประชาชนขาดความตระหนักใน  การจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจาก  ความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลา  บางอาการไม่เด่นชัดและยัง  สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ  -ครอบครัวชุมชนขาดการมีส่วนร่วม  - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยน  พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยัง  ไม่มีประสิทธิภาพมากพอ  -ภาคีเครือข่าย (โรงเรียน โรงงานอบต. สถานบริการภาครัฐ /  เอกชน)มีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย | -เน้นการสื่อสารภาพกว้างและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคี  เครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม  -สนับสนุนการดำเนินงาน DPAC Clinicเพื่อรองรับกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง  - พัฒนาบุคลากรในการดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต.ภายใต้การให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม(DPAC )และคลินิค NCD |
| - ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก  ทำให้การจัดบริการการตรวจ  ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม | การจัดบริการการตรวจ  ภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม | - การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับ รพศ/รพช.ทุกแห่ง  - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม /การตรวจสอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ  - จัดหางบประมาณให้เพียงพอสำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อน โดยเครือข่าย |
| - จากสถานการณ์ โรคระบาด ไวรัสโควิด -19 มีผลต่อการคัดกรองโรค NCDs , การตรวจรักษา ผู้ป่วยทำให้ไม่สามารถให้ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษา ในสถานบริการได้ | ปรับรูปแบบการตรวจ การนัด ผู้ป่วย NCD ตามหลัก Social distancing |  |

**แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ**

1. ปรับแนวทางการตรวจผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์ ตามหลัก Social distancing เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนให้มีคุณภาพ

2. สร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพและ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

3. ประสานทีมงานพื้นที่เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

4.ร่วมกับคณะทำงานทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน/วางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

**หน่วยงานที่รับผิดชอบ:** สสจ แพร่,โรงพยาบาลแพร่

**ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง/หน่วยงาน | หมายเลขโทรศัพท์ /e-mail address | ประเด็นที่รับผิดชอบ |
| นางศิริรัตน์ ภู่ตันติกุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขแพร่ | Mobile 084 6874 984 e-mail :[sirirat037@gmail.com](mailto:sirirat037@gmail.com) | ประสานงาน NCD |