

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2561

คณะที่ 1: การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพ

รอบที่ 2 รับการตรวจราชการฯ วันที่ 27-29 มิถุนายน 2561

หัวข้อ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

1. ประเด็นการตรวจราชการ

- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40
- อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

2. สถานการณ์

ปี 2560 จังหวัดแพร่ มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 25,932 ราย คิดเป็น 13,784.52 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 5.19 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษา จำนวน 67,260 ราย คิดเป็น 35,753.01 ต่อแสนประชากร และอัตราป่วยตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.55 จังหวัดแพร่ได้ดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป 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 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานปี2561(ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ

ผลการคัดกรองเบาหวาน

	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	53,641	51,710	97.47
ร้องกวาง	19,996	19,457	98.13
ลอง	23,128	22,817	96.47
สูงเม่น	34,140	33,071	97.72
เด่นชัย	13,851	13,355	96.66
สอง	21,877	21,221	90.63
วังชิ้น	19,979	19,300	97.40

ตารางที่ 2 อัตรากลุ่มเสี่ยงเบาหวานจากการคัดกรอง ปีที่ผ่านมา ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ ปี 2561
(ข้อมูลHDC 31/05/61)

	เป้าหมาย	ได้รับการคัดกรอง	ร้อยละ
เมืองแพร่	3,603	3,444	95.59
ร้องกวาง	2,669	2,608	97.71
ลอง	1,412	1,372	97.17
สูงเม่น	1,983	1,924	97.02
เด่นชัย	1,291	1,253	97.06
สอง	898	840	93.54
วังชิ้น	3,080	3,010	97.73
หนองม่วงไข่	1,535	1,496	97.46
รวม	16,471	15,947	96.82

	กลุ่มเสียง	เป็น DM รายใหม่	ร้อยละ
เมืองแพร์	3,392	64	1.89
ร้องกวาง	2,608	37	1.42
ลอง	1,397	21	1.5
สูงเม่น	1,935	32	1.65
เด่นชัย	1,177	17	1.44
สอง	861	22	2.56
วังชิ้น	2,700	22	0.81
หนองม่วงไข่	1,516	27	1.78
รวม	15,586	242	1.55

อำเภอ

	เป้าหมาย	เบาหวานรายใหม่	อัตราต่อแสนประชากร
เมืองแพร่	118,776	576	484.9
ร้องกวาง	49,389	220	445.4
ลอง	55,106	270	489.9
สูงเม่น	75,630	347	458.8
เด่นชัย	36,048	128	355.1
สอง	50,604	182	359.6
วังชิ้น	46,374	155	334.2
หนองม่วงไข่	17,883	80	447.3
รวม	449,810	1,958	435.3

3.2 อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 10

อำเภอ	ผลการคัดกรองความดันโลหิตสูง และกลุ่มสงสัยป่วยด้วยความดันโลหิตสูง					
อำเภอ	เป้าหมาย	คัดกรอง	ร้อยละ	สงสัยป่วยด้วย	มีผลวัดความดัน	ร้อยละ
				ความดันโลหิตสูง	โลหิตที่บ้าน	
เมืองแพะ	44,472	43,376	97.54	2,262	425	18.79
ร้องกวาง	14,814	14,505	97.91	2,020	398	19.70
ลอง	20,330	19,650	96.66	1,348	192	14.24
สูงเม่น	25,670	25,003	97.40	2,505	225	8.98
เด่นชัย	10,992	10,644	96.83	485	85	17.53
สอง	17,384	16,994	97.76	1,350	141	10.44
วังชิ้น	16,263	15,852	97.47	1,374	135	9.83
หนองม่วงไข่	6,029	6,889	97.68	584	148	25.34
รวม	155,963	151,921	97.41	11,928	1,750	14.66

อำเภอ

เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการคัดกรอง	คุมได้ดี	ร้อยละ
เมืองแพร่	7,867	3,845	1,631	20.74
ร้องกวาง	2,229	873	363	16.29
ลอง	2,999	1,181	563	18.77
สูงเม่น	5,842	696	346	5.92
เด่นชัย	2,048	157	50	2.44
สอง	2,409	300	139	5.77
วังชิ้น	2,111	504	247	11.70
หนองม่วงไข่	1,083	828	167	15.42
รวม	26,588	7,638	506	13.19

ตารางที่ 6 อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีปี2561 (ข้อมูลHDC 31/05/61)

อำเภอ **ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี**

เป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย	ได้รับการคัดกรอง	คุมได้ดี	ร้อยละ
เมืองแพร่	17,901	10,779	5,363	29.96
ร้องกวาง	7,807	5,814	3,409	43.67
ลอง	6,905	5,046	3,035	43.95
สูงเม่น	14,693	9,876	4,597	31.29
เด่นชัย	5,253	3,890	2,496	43.71
สอง	7,228	4,957	2,416	33.43
วังชิ้น	6,038	4,025	1,861	30.83
หนองม่วงไข่	3,024	2,388	1,178	38.96
รวม	68,847	46,775	24,155	35.09

แผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหา

โครงการ/กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	แหล่งงบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
1.ประชุมคณะกรรมการ NCD Board เพื่อชี้แจง	คณะกรรมการ	ทุกเดือน	-	กลุ่มงาน NCD

โครงการ/กิจกรรมหลัก	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา	แหล่งงบประมาณ	ผู้รับผิดชอบ
การดำเนินงานและติดตามการดำเนินงาน (ร่วมกับการประชุม กวป. ประจำเดือน)	สสจ./สสอ./รพ			
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.	8-9 มี.ค 61	สป.	กลุ่มงาน NCD/สสอ./รพ.
7.นิเทศ กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน	รพ.ทุกแห่ง	ก.พ 61, สค 61	-	ร่วมกับงานยุทธฯ

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 และแจ้งให้ผู้บริหารทราบ เพื่อกำกับ/ติดตาม -มีการประชุมถ่ายทอดชี้แจงแนวทาง SMBP(Home BP)	-การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน -กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อ -กำกับ/ติดตาม - SMBP(Home BP) ร้อยละ 5	-มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -SMBP(Home BP) ร้อยละ 8	-มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม -ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง จะต้องได้รับการให้สุขศึกษาทุกราย -กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน -มีการติดตามผลการคัดกรองทุก3เดือนและแจ้งให้ผู้บริหารทราบ เพื่อกำกับ/ติดตาม - SMBP(Home BP) ร้อยละ 10
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	-คัดกรองDM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 40	-คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 60	-คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ 35ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้คำปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	-คัดกรอง HT ร้อยละ 94.53 - คัดกรอง DM ร้อยละ 93.48 -มีการประชุมชี้แจงแนวทางSMBP(Home BP) 1 ครั้ง		-คัดกรองHTร้อยละ 97.41 -คัดกรอง DM ร้อยละ97.41 -มีการประชุมชี้แจงแนวทาง SMBP(Home BP) 1 ครั้ง -กลุ่มสงสั่ยป่วยด้วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านร้อยละ 14.66	

มาตรการ ดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
2.การ ป้องกันระดับ ชุมชน	-เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อที่สำคัญเช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา -ให้สุขศึกษาการป้องกัน การเกิดโรคและ พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม ต่างเช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม.,อศค. ชมรมต่างๆ -มีแผนการรณรงค์ สื่อสาร ประชาสัมพันธ์	-จัดทำสื่อต้นแบบใน การรณรงค์สื่อสาร เตือนภัย -รณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วม กับ ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการ ต่างๆสถานที่ทำงาน	-รณรงค์ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารเตือนภัยบูรณาการ ร่วม กับตำบลจัดการสุขภาพสถาน ประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน 2.มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ใน การประชาสัมพันธ์	-ดำเนินการตำบล ต้นแบบในการเฝ้า ระวังพฤติกรรมเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	-มีแผนในการ ประชาสัมพันธ์	-มีสื่อต้นแบบในการ รณรงค์	-มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ ชัดเจน	-มีตำบลต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง
ผลการ ดำเนินงาน	มีการประชุมในการ ชี้แจงแผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง		-มีการดำเนินการรณรงค์ในวัน เบาหวานโลก 1 ครั้ง/อำเภอ	
3.การ ป้องกันใน สถานบริการ (กลุ่มป่วย)	-ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq 30\%$ ได้รับ 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 ดำเนินงานและการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - มีกระบวนการ สื่อสารความเสี่ยง	- พัฒนาศักยภาพ บุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำ ประจำ ครอบครัว -พัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อ ดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI ,Warfarin และHeart Failure ปรึกษาใกล้บ้าน	-การพัฒนาคุณภาพ การบริการและ เชื่อมโยงการให้บริการ ระดับชุมชนกับสถาน บริการในระดับ ชุมชนกับสถานบริการ -จัดให้มีแพทย์ที่ ปรึกษาในการรักษา โรค NCD CUP ละ 1 คนเพื่อให้คำปรึกษาใน กรณีผู้ป่วย ที่Uncontrolled -จัดทำคู่มือแนว ทางการดูแลผู้ป่วย NCDs

มาตรการ ดำเนินงาน ในพื้นที่	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 DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /yr ร้อยละ 35 - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่ เบาหวานลดลงจากเดิมร้อยละ 5 และ ความดันโลหิตสูงลดลง 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/1.73 m ² /yr ร้อยละ 66 - รพ. ผ่านการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ โดยคณะทำงานระดับจังหวัด - อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง ร้อยละ 2 - อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไม่เกิน ร้อยละ 7
ผลการ ดำเนินงาน	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 59.52	- ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk ร้อยละ 90.16 - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 35.09	

มาตรการ ดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
			- ผู้ป่วยDMควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ13.19 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ GFR<4ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ57.47 - โรงพยาบาลมีการประเมินตนเอง ตามแบบประเมิน NCD คลินิกคุณภาพ	
4.การ บริหาร จัดการ	1. จัดทำแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด 2.ประชุมคณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตามและ ประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 2.ประชุม คณะทำงาน (ร่วมกับ กวป.)เพื่อ การกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล	1..ประชุมคณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อการกำกับ/ติดตามงานและข้อมูล	1.การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ร่วมกับงานยุทธศาสตร์ 2.ประชุมคณะกรรมการ (ร่วมกับ กวป.)เพื่อ การกำกับ/ติดตาม งานและข้อมูล
ผลลัพธ์ที่ ต้องการ	-มีแผนการดำเนินงานระดับจังหวัด -มีการประชุมคณะทำงาน	-มีการนิเทศ ติดตามและ ประเมินผล	-มีการประชุมคณะกรรมการ	-มีการนิเทศ ติดตาม และประเมินผล -มีรายงานการนิเทศงาน
ผลการ ดำเนินงาน	-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุม 2 ครั้ง		-มีแผนการดำเนินงาน -มีการประชุมร่วมกับ ทีม Service Plan 2 ครั้ง	

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

จังหวัดแพร่ มีเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) แบ่งเป็นแต่ละสาขาคือสาขานCD,สาขาหลอดเลือดหัวใจ,สาขาโรคหลอดเลือดสมอง,สาขาคOPDและสาขาดาโดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำแต่ละสาขา

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

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไป ประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
1. ตัวชี้วัด / KPI ของกระทรวง/กรม/สำนักฯ ล่าช้ามีการเปลี่ยนแปลงและเพิ่ม/ลดตลอดเวลาทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความสับสน	ควรที่จะคิดตัวชี้วัด / เกณฑ์ / Template ให้แล้วเสร็จก่อนสิ้นปีงบประมาณและควรแจ้งมาที่จังหวัด/พื้นที่ก่อนสิ้นปีงบประมาณ เพื่อที่จะได้วางแผนในการดำเนินงาน / จัดทำโครงการ - ควรศึกษาบริบทของพื้นที่ก่อนที่จะจัดตั้งตัวชี้วัดและกำหนดให้พื้นที่	-แต่ละตัวชี้วัดควรกำหนดให้แล้วเสร็จก่อนปีงบประมาณใหม่และควรใช้ตัวเดิมในระยะ 3-5 ปี เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์เนื่องจากงาน NCD ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติงานถ้าเปลี่ยนตัวชี้วัดทุกปีจะวัดผลไม่ได้
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยง Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ	- ประชาชนขาดความตระหนักในการจัดการสุขภาพตนเองเนื่องจากความก้าวหน้าของโรคต้องใช้เวลานานอาการไม่เด่นชัดและยังสามารรถดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ - ครอบครัว ชุมชน ขาดการมีส่วนร่วม - การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอ -ภาคีเครือข่าย (โรงเรียน โรงงาน อบต. สถานบริการภาครัฐ/เอกชน)มีส่วนร่วมลดปัจจัยเสี่ยงน้อย	-เน้นการสื่อสารและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม -เน้นคุณภาพการดำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อ รองรับกลุ่มเสี่ยงใน รพ. ทุกแห่ง และมี Clinic ให้คำปรึกษาพฤติกรรม ในโรงพยาบาลชุมชน - พัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งใน รพ. และรพ.สต.ภายใต้การให้บริการคลินิกปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (DPAC) และคลินิก NCD

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะที่ให้ต่อหน่วยรับตรวจ	สิ่งที่ผู้ทำหน้าที่ตรวจราชการรับไปประสาน หรือ ดำเนินการต่อ
- ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุม	- การพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ในระดับรพศ/รพช.ทุกแห่ง - การพัฒนาทีมตรวจเยี่ยม / การตรวจสอบมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - จัดหางบประมาณให้เพียงพอสำหรับการตรวจภาวะแทรกซ้อนโดยเครือข่าย - บริหารจัดการระบบการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่นระบบการตรวจตา เท้า LAB ฯลฯ
- ระบบโปรแกรมของแต่ละรพ. การคีย์ข้อมูลพบปัญหาในการส่งออก 43 แพ้มทำให้การรายงานไม่ครบถ้วนทำให้การรายงานให้ผลได้น้อยกว่าที่ดำเนินการจริง	- ระบบฐานข้อมูลโรคไม่ติดต่อมีการเปลี่ยนแปลงและมีการเพิ่มข้อมูลในการจัดเก็บ ทำให้การวิเคราะห์ข้อมูลมีการปรับตลอดเวลา	- ควรมีการพัฒนาระบบข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและความต้องการของหน่วยบริการเพื่อใช้ในวางแผนงานแก้ไขปัญหาและการติดตามประเมินผล - มีการตรวจสอบและคืนข้อมูลเป็นระยะๆ - มีการสรุปแนวทางและระดับส่วนกลางจัดทำคู่มือให้

แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ

1. การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมเช่น การคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งจะต้องเร่งรัดดำเนินงานทั้งเชิงรับ และเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพิการ
2. ประชาชนยังไม่ตระหนักและแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคซึ่งต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพต่อไป
3. ประสานทีมงานพื้นที่เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

- 4.ประชุมทีมงาน/คณะทำงานจัดทำ 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 11 มิถุนายน 2561

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