

ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานผู้สูงอายุจังหวัดแพร่ 4 ประเด็น ปี 2565
(ไม่ล้ม, ไม่ล้ม, ไม่ซึมเศร้า, กินข้าวได้)

มาตรการสำคัญ

1. การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ

- 1.1 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล 10 กลุ่มโรค
- 1.2 สสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 8 ด้าน
- 1.3 การเฝ้าระวังการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ (ประเด็นเน้นหนักและ Big Rock เขตสุขภาพที่ 1)

(ให้ครบภายในไตรมาส 2)

2. จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan)

- 2.1 จัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี
 - จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan)
 - สื่อสาร องค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การป้องกันการลัดตกหกล้ม /สมองเสื่อม/สุขภาพจิต / สุขภาพช่องปาก ทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน
- 2.2 จัดทำแผนสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - จัดทำแผนการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan)
 - ดำเนินงานตำบล LTC ผ่านเกณฑ์

3. ขับเคลื่อนกิจกรรมงานผู้สูงอายุ 4 ประเด็น

3.1 ประเด็นไม่ล้ม

- การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการหกล้ม (นโยบายมุ่งเน้นเขตสุขภาพที่ 1 - PPA.65)
- แผนการดูแลสุขภาพตนเองตาม Fall Risk Assessments --> Health Behavior Change / Environment Management
- การส่งต่อเข้ารับบริการแก้ไขปัญหา(คลินิกผู้สูงอายุ) และปรับปรุง/แก้ไข(องค์กรชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)

3.2 ประเด็นไม่ซึม

- จัดกิจกรรมฝึกฝนทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะสมองเสื่อม
- รณรงค์เรื่องไม่ดื่มสุรา ไม่สูบบุหรี่ ในผู้สูงอายุ เพราะการสูบบุหรี่มีส่วนทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมถึง 5 เท่า

3.3 ประเด็นไม่ซึมเศร้า

- คัดกรองโรคซึมเศร้า (3Q) ในผู้สูงอายุ
- ติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q ในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
- ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

การประเมินผลรอบ 6 เดือน

ผลการดำเนินงาน	คะแนน
0 - 0.99	1
1.00 - 1.99	2
2.00 - 2.99	3
3.00 - 3.99	4
≥ 4	5

หมายเหตุ สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรอง 10 กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรอง 10 กลุ่มโรค

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่

ใช้ข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ตาม HDC

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้ม

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองพลัดตกหกล้ม ตามงบ PPA

B = จำนวนผู้สูงอายุตามเป้าหมายงบ PPA

1. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (พิจารณาจากข้อมูลใน HDC : ประเด็นเสี่ยงต่อการหกล้ม ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี ตามแบบรายงานการคัดกรองโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 1

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์

ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผ่าน application Blue Book online โดยภาพรวมแต่ละอำเภอมีเป้าหมาย ไม่ต่ำกว่า 10% และในจำนวนนี้ ต้องมีการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลด้านสุขภาพ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ทุกข้อๆละ 50% ถึงจะถือว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์

ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละการจัดทำ IWP / Easy Wellness Plan ในผู้สูงอายุที่มี ADL ≥ 12 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ไม่ผ่านเกณฑ์

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์ได้รับการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล (Individual Wellness Plan)

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละการจัดทำ Care Plan ในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง(ADL 0-11)

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในอำเภอ

ตัวชี้วัดย่อยที่ 6 ร้อยละผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงประเด็นไม่ล้มได้รับการส่งต่อข้อมูลให้กับอปท.หรือสถานบริการสาธารณสุขตามความจำเป็น

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงหกล้มได้ส่งข้อมูลให้อปท.หรือสถานบริการสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมหรือส่งต่อรักษาในโรงพยาบาล

B = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงหกล้ม

ตัวชี้วัดย่อยที่ 7 ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงแฟ้ม dental

B = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีในเขตรับผิดชอบ

รอบ 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับคะแนน(ก)					น้ำหนัก คะแนน (ข)	ผลงาน(ค) $\frac{=ก \times ข}{100}$	แหล่งข้อมูล
		1	2	3	4	5			
1	อุบัติการณ์หกล้ม ICD10 w00-w19 ลดลงเทียบกับปีที่ผ่านมา	<7%	7 - 7.99%	8 - 8.99 %	9 - 9.99 %	> 10%	40		IS online (lcd10 w00-w19)
2	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าถึงบริการรา	<10%	10 - 19.99%	20 - 29.99 %	30 - 39.99 %	≥ 40%	15		รายงานพื้นที่
3	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	<60%	60 - 64.99%	65 - 69.99 %	70 - 74.99 %	≥ 75%	15		ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)
4	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป	< 50	50.0 - 59.99	60.00 - 69.99	70.00 - 79.99	≥ 80	15		การสำรวจ/ HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> OHSP ข้อ18.11
5	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินหลังการดูแลตาม CP รอบ 9 เดือน	80%	85%	90%	95%	100%	15		LTC Program report สปสช/กรมอนามัย
ผลการดำเนินงาน(ง)									ผลรวมของผลงาน ข้อที่1-5)

การประเมินผล รอบ 12 เดือน

ผลการดำเนินงาน (ง)	คะแนน
0 - 0.99	1
1.00 - 1.99	2
2.00 - 2.99	3
3.00 - 3.99	4
≥ 4	5

หมายเหตุ สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อย

ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 อุบัติการณ์หกล้ม ICD10 w00-w19 ลดลงเทียบกับปีที่ผ่านมา

สูตรคำนวณ

อุบัติการณ์หกล้ม ICD10 w00-w19 ของอำเภอ ลดลงเทียบกับปีที่ผ่านมาจากแหล่งข้อมูล IS online (lcd10 w00-w19)

Fracture อัตราร้อยละของผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหักในปีปัจจุบันที่ใช้คำนวณลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา คือ =

A หมายถึง อัตราร้อยละของผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหัก ในปี 63 / จำนวนผู้สูงอายุของอำเภอนั้นๆ x 100

B หมายถึง อัตราร้อยละของผู้สูงอายุหกล้มกระดูกหัก ในปี 64 / จำนวนผู้สูงอายุของอำเภอนั้นๆ x 100

สูตรคำนวณ = $(A-B) \times 100 / A$

A ข้อมูลอัตราร้อยละจำนวน ผสอ. หกล้มกระดูกหัก ปี 63

B ข้อมูลอัตราร้อยละจำนวน ผสอ. หกล้มกระดูกหัก ปี 64

ตัวหาร (A) ใช้เทียบกับปีที่ผ่านมาคือปี 63

ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิก

ผู้สูงอายุ

สูตรคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ตัวชี้วัดย่อยที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

สูตรการคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

B = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการประเมินด้วย 9Q และ 8Q

ตัวชี้วัดย่อยที่ 4 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

B = จำนวนผู้สูงอายุที่สำรวจ ทั้งหมด

ตัวชี้วัดย่อยที่ 5 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการประเมินหลังการดูแลตาม CP รอบ 9 เดือน

$$\text{สูตรคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในอำเภอบึงสามพัน

หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน

ผู้ประสานงาน

ไม่ล้ม : นายภวัต อารินทร์ / นายเสกสรรค์ ช้างเขียว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไม่ลืม : นายเสกสรรค์ ช้างเขียว กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ / นางสาววิชุดา วงศ์ดาว กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อฯ

ไม่ลืมเศร้า : นางสาววิชุดา วงศ์ดาว กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อฯ

กินข้าวล่ำ : นางอรรณพ บุระตะ/นางภัสรา ประจักษ์แจ้ง กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

ภาคผนวก

1.ประเด็นไม่ล้น

ตัวชี้วัด อัตราพลัดตกหกล้มกระดูกหักในผู้สูงอายุ ลดลงเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

- ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรอง 10 กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ
- ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้ม (HDC & PPA Format)
- ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์
- ร้อยละการจัดทำ IWP / Easy Wellness Plan ในผู้สูงอายุที่มี ADL ≥ 12 และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ไม่ผ่านเกณฑ์

คำนิยาม

อัตราการพลัดตกหกล้มกระดูกหัก หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่ได้รับอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มและมีภาวะกระดูกหักทุกประเภท โดยผู้สูงอายุที่หกล้มกระดูกหักที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยและบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) ด้วยรหัส ICD10 w00-w19 ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

ความครอบคลุมการคัดกรอง 10 กลุ่มโรคในผู้สูงอายุ (Basic Geriatric Screening) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด CVD (cardio vascular disease) โรคสุขภาพช่องปาก สมองเสื่อม AMT โรคซึมเศร้า ๒Q โรคข้อเข่าเสื่อม การเฝ้าระวังภาวะหกล้ม (TUGT) ในผู้สูงอายุ การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตตามกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะโภชนาการ (BMI) แหล่งข้อมูล Health data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> การคัดกรองผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง

ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้ม (HDC & PPA Format) หมายถึง 1. ร้อยละความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (พิจารณาจากข้อมูลใน HDC : ประเด็นเสี่ยงต่อการหกล้ม ครอบคลุมตามเกณฑ์ที่กำหนด) และ 2. ความครอบคลุมการคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ ในกลุ่มผู้สูงอายุ 70-79 ปี ตามแบบรายงานการคัดกรองโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1 (ประเด็นเน้นหนักและ Big Rock เขตสุขภาพที่ 1) ใช้ระบบรายงานผ่าน google sheet 2 sheet ได้แก่ (1) Fall Risk Assessment 10 ข้อ และ (2) Modify THAIFRAT 11 ข้อ โดยภาพรวมระดับอำเภอต้องมีการผลความครอบคลุมการคัดกรองผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- แบบรายงาน Google Sheet งวดมีนาคม 2565 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ส่ง สปสช.เขต 1 เชียงใหม่

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ที่ได้รับการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ผ่าน application Blue Book online โดยภาพรวมแต่ละอำเภอมิเป้าหมาย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ไม่ต่ำกว่า 10% และในจำนวนนี้ ต้องมีการกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่

ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลด้านสุขภาพ 8 ด้าน ผ่านเกณฑ์ทุกข้อๆละ 50% ถึงจะถือว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่พึงประสงค์

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

1. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน /ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ออกกำลังกาย) สะสม 150 นาที/สัปดาห์
2. กินผักและผลไม้ได้วันละ 5 กำมือ เป็นประจำ (6-7 วันต่อสัปดาห์)
3. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
4. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่
5. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า)
6. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัว มีการรักษาและรับประทานยาต่อเนื่อง)
7. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 7 – 8
8. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- Web สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Application Blue Book Online load data เพื่อการ Monitoring สำหรับ admin เขตและจังหวัด

การจัดทำ IWP / Easy Wellness Planในผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล ในกลุ่มผู้สูงอายุอายุ 70-79 ปีขึ้นไป ที่มีผลการประเมินพบความเสี่ยงต่อการหกล้ม ตามแบบประเมิน Fall Risk Assessment 10 ข้อมีความเสี่ยง 5 ข้อขึ้นไป ได้แก่

- 1.เดินสะดุดพื้น หรือเดินสะดุดสิ่งของ (ไม่ถึงกับหกล้ม แต่ยังทรงตัวได้)
- 2.ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และยังรับประทานยารักษาต่อเนื่อง
- 3.มีอาการวิงเวียนศีรษะ หรือหน้ามืด ในขณะที่เปลี่ยนท่าทาง ลูก-นั่ง ก้ม-เงย
- 4.ปวดเข่า หรือมีโรคข้อเข่าเสื่อม หรือโรคเกี่ยวกับข้อเข่าทำให้เดินลำบาก เดินไม่สะดวก
- 5.มีอาการเดินเซ หรือบางครั้งเดินชนโต๊ะ ชนเก้าอี้ หรือเดินชนสิ่งของภายในบ้าน/นอกบ้าน
- 6.ยืนยกขาข้างเดียวไม่ได้
- 7.เคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา
- 8.ขาอ่อนแรง หรือมีคนช่วยประคองขณะเดิน หรือเดินโดยใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้า ไม้สามขา วอล์คเกอร์
- 9.มีรูปร่างที่ผอม ค่อนข้างผอม หรือรูปร่างบอบบาง
- 10.มีความผิดปกติของสายตา หรือเริ่มมองเห็นของไม่ชัด

ต้องได้รับการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพรายบุคคล และส่งผู้สูงอายุกลุ่มเข้ารับการดูแลฟื้นฟูสภาพที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อพัฒนาสมรรถนะทางกายเพื่อแก้ไขปัญหาความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- แบบรายงาน Google Sheet งดมีนาคม 2565 สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ส่ง สปสช.เขต 1 เชียงใหม่

ข้อมูลย้อนหลังจังหวัดแพร่

ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม

อำเภอ	ปี		
	2562	2563	2564
เมืองแพร่	2,155	1,998	1,861
ร้องกวาง	483	498	492
ลอง	330	346	337
สูงเม่น	653	620	565
เด่นชัย	389	390	344
สอง	384	404	388
วังชิ้น	505	459	417
หนองม่วงไข่	260	232	225
ผลรวมทั้งหมด	5,159	4,947	4,629

ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูล ผู้สูงอายุแยกรายอำเภอ

อำเภอ	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เมืองแพร่	23,916	24,918	25,887
ร้องกวาง	8,570	8,999	9,444
ลอง	10,464	10,942	11,410
สูงเม่น	16,744	17,079	17,762
เด่นชัย	6,081	6,389	6,674
สอง	9,464	9,910	10,362
วังชิ้น	8,386	8,784	9,270
หนองม่วงไข่	3,777	3,944	4,073
รวม	87,402	90,965	94,882

ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ณ ต.ค. 2564

ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

นิยาม

1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

2. องค์ประกอบของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และชุมชน ในการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีอายุยืนยาว ด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชนได้รับการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัยประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ทุกราย รอบ 9 เดือน และรอบ 12 เดือน ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดย คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรอง และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)

องค์ประกอบที่ 2 ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ได้รับการดูแลและวางแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 3 มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ได้แก่มีการดูแลส่งเสริมด้านทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ / มีมาตรการส่งเสริมสุขภาพเชิงป้องกันตามสถานการณ์การระบาดและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล/มีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ที่อยู่อาศัย ระบบสาธารณสุขปลอดภัยการจัดการขยะติดเชื้อที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล เป็นต้น

องค์ประกอบที่ 4 มี Care Manager/ ทีมสหวิชาชีพ/ หมอครอบครัว/ Caregiver/ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำผู้สูงอายุลงเยี่ยมผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนตามแผนการส่งเสริมดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)

องค์ประกอบที่ 5 มีการรายงานผลการประเมินตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถใน ก า ร ป ร ะ ก อ บ กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living :ADL) ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรอบ 9 เดือนและรอบ 12 เดือน ดีขึ้นในลักษณะของการเปลี่ยนกลุ่มจาก- กลุ่มติดเตียงมาเป็นกลุ่มติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาเป็นกลุ่มสังคม

องค์ประกอบที่ 6 มีระบบการบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ประกอบด้วย

- ข้อมูลการขึ้นทะเบียน CM /CG /และการจัดทำ Care Plan
- ข้อมูลการประเมินตำบลตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบ ทั้งพื้นที่ใหม่ /พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ภายใน ระยะเวลา 3 ปี

วัตถุประสงค์

เพื่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในระดับตำบล / ชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคนทั่วประเทศ ดำเนินการทุก อำเภอ ตำบล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C)

3. การรายงานผลการประเมินตำบลคุณภาพผ่านเกณฑ์ทั้งพื้นที่ใหม่/ พื้นที่ที่ทำการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

แหล่งข้อมูล

- Blue Book Application กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย

หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ระบบโปรแกรม Long Term Care(สปสช.)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/E) x100

หมายเหตุ $A = (B+C+D) / 100$

A = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565

B = จำนวนตำบลใหม่ que ผ่านการประเมินในปีงบประมาณ 2565

C = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินปีงบประมาณ 2559 – 2564

D = จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินและรับรองซ้ำ (RE-Accreditation) ในปีงบประมาณ 2565

ข้อมูลย้อนหลังจังหวัดแพร่

ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
87.14 (6องค์กรประกอบ)	84.62(7 องค์กรประกอบ)	87.34 (4องค์กรประกอบ)	97.44 (6องค์กรประกอบ)

ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

คำนิยาม

1. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

2. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

3. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบ กิจกรรมประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุก รายรอบ 9 เดือน และ 12 เดือน- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือ คัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข) **** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรม อนามัย

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 65 ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์

เพื่อวางแผนการดูแลส่งเสริม พัฒนา สนับสนุนฟื้นฟูผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดย Care Manager / Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา
2. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < 11 ทุกสิทธิ์การรักษา

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. ข้อมูลการคัดกรอง : ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย

2. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan) : ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - เสนอ Care Plan ผ่าน คณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติ รายงาน Care Plan ตามระบบ โปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย

การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) - ระดับกรม อนามัยเชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลระบบโปรแกรม DOH Dashboard กรมอนามัย เพื่อการตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังและ เป็นฐานข้อมูลกลางด้านผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

แหล่งข้อมูล

- Blue Book Application กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย
- ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- ระบบโปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข

- ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
- DOH Dashboard กรมอนามัย

หมายเหตุ : ทุกระบบมาจากแหล่งข้อมูลเดียวกันคือ Blue Book Application กรมอนามัย และระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x100

A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในประเทศไทยที่เข้าร่วมโครงการ LTC

หมายเหตุ : - ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2564 เป็นต้นไปนับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน

ข้อมูลย้อนหลังจังหวัดแพร่

ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
99.88	93.10	95.57
(ผสย.สิทธิ UC ใน ตำบลโครงการ LTC)	(ผสย.สิทธิ UC ในตำบล โครงการ LTC)	ผสย.ทุกสิทธิ

เอกสารสนับสนุน :

- Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย
- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (3C)
- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย
- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)
- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

2.ประเด็นไม่ลืม

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

คำนิยาม

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่กรมการแพทย์กำหนด) กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric

Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (1) หรือภาวะพลัดตกหกล้ม (2)

การดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม

จำนวนโรงพยาบาลระดับ M2 ขึ้นไป มีทั้งหมด 211 โรงพยาบาล (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)จำนวนผู้สูงอายุจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 มีจำนวน 11,312,447 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes)และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ

2. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

1. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และออกเป็นรายงานประจำปี และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาลเป้าหมาย จังหวัด และ เขตสุขภาพ

แหล่งข้อมูล Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ (website <http://agingthai.dms.moph.go.th>)

สูตรคำนวณ

ร้อยละของจำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

$$= (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ค่าเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ภาวะสมองเสื่อม	-	≥ ร้อยละ 20	≥ ร้อยละ 30	≥ ร้อยละ 40

วิธีการประเมินผล :

1. ทำการประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
2. เป้าหมายของร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายที่เน้นเป้าระดับเขต

3.ประเด็นไม่ซึมเศร้า

ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และบันทึกให้สอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x

เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป

ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

มาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่

1. คัดกรองโรคซึมเศร้า (3Q) ในผู้สูงอายุ
2. ติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q ในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า
3. ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้สูงอายุ

(ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> การคัดกรองผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง)

อำเภอ	ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q)			จำนวนผู้สูงอายุที่มีผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ผิดปกติ		
	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
เมือง	97.15	95.37	95.46	16	43	206
ร้องกวาง	93.40	98.66	93.71	6	43	11
ลอง	85.48	96.59	88.39	34	81	34
สูงเม่น	95.35	95.84	97.48	26	11	109
เด่นชัย	90.31	96.59	97.12	12	16	4
สอง	90.35	96.55	97.04	14	4	4
วังชิ้น	93.32	95.70	93.72	90	24	32
หนองม่วงไข่	98.12	98.58	97.54	7	25	23
รวม	93.75	96.31	95.02	205	247	423

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ในผู้สูงอายุ

- ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> การคัดกรอง >> การคัดกรองผู้สูงอายุ ๑๐ เรื่อง

ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน

9Q และ 8Q

- รายงานการติดตามประเมินสุขภาพจิตจากพื้นที่

2. ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

- ข้อมูลจาก HDC >> กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช >> ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ

- รายงานการติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากพื้นที่

สูตรการคำนวณ

1. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน

9Q และ 8Q

สูตรการคำนวณ = $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่ได้รับ

การคัดกรองโรคซึมเศร้า (3Q) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ

B = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่ได้รับการคัดกรองโรค

ชิมเศร้า (3Q) แล้วพบว่ามิแนวโน้มที่จะเป็นโรคชิมเศร้า

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit

B = จำนวนประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาตามทะเบียนบ้านในจังหวัดแพร่ ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการประเมินด้วย 9Q และ 8Q

รอบการประเมิน

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q (รอบ 6 เดือน)
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit (รอบ 12 เดือน)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน (เดือน ต.ค.64– มี.ค.65)	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน (เดือน ต.ค.64–ส.ค. 65)
-	มี.ค.2565	-	ส.ค.2565

แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบการประเมิน

- ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าได้รับการติดตามประเมินสุขภาพจิตซ้ำ ด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q
 - รายงานการติดตามประเมินสุขภาพจิตจากพื้นที่
- ร้อยละของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พบพยาบาลจิตเวช/แพทย์ GP/จิตแพทย์/admit
 - ข้อมูลจาก HDC >> กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช >> ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ
 - รายงานการติดตามผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากพื้นที่

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นางสาววิชุดา วงศ์ดาว เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน

โทรศัพท์มือถือ : 061-3686305 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-54511-145 ต่อ 304

E-mail : nyxnan.witchu@gmail.com

4.ประเด็นกันข่าวล่า

ตัวชี้วัด ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

คำนิยาม

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

ฟันแท้ หมายถึง จำนวนซี่ฟันแท้ที่ใช้งานได้ (ไม่นับรวมกรณีเหลือแต่รากฟันที่จำเป็นต้องถอน หรือฟันโยกตั้งแต่ 3 degree ที่ต้องถอน)

คู่สบฟันหลัง หมายถึง คู่สบฟันกรามน้อย และ/หรือฟันกราม ทั้งฟันแท้และฟันเทียม ซ้าย-ขวา รวมกันอย่างน้อย 4 คู่สบขึ้นไป

มาตรการ/กิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่

พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุไร้รอยต่อในพื้นที่ อำเภอละอย่างน้อย 1 PCU/NPCU ให้มีการดูแลผู้สูงอายุผสมผสาน ทั้ง ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ตามความจำเป็น สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดีและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1. ส่งเสริมทันตสุขภาพอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพที่ดี
 - 1.1 ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุผ่านการรวมกลุ่มเชิงสังคม/กิจกรรมในชมรมหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ
 - ฝึกทักษะการแปรงฟันคุณภาพด้วยสูตร 2-2-2 และใช้อุปกรณ์เสริมสำหรับทำความสะอาดซอกฟัน
 - การบริหารช่องปากและใบหน้า (Kenkobi)
 - รณรงค์ 80:20 ผู้สูงอายุ 80 ปี มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่
 - 1.2 ประเมิน/ตรวจคัดกรอง/เฝ้าระวังสถานะสุขภาพช่องปากและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ
 - 1.3 พัฒนาช่องทางสื่อสาร พัฒนา สื่อ องค์กรความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 1.4 จัดทำแผนการส่งเสริมทันตสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ (Wellness Plan)
 - 1.5 เพิ่มการเข้าถึงบริการทันตสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งส่งเสริมป้องกัน รักษาฟันฟู ตามความจำเป็น
2. ส่งเสริมทันตสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Intermediate Care in Community & Long Term Care)
 - 2.1 จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้แนวทางการดำเนินงาน Intermediate Care in Community & Long Term Care ในชุมชน
 - 2.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากร (ทันตแพทย์ ทันตภิบาล สหวิชาชีพ CM, CG, อสม.เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข)
 - 2.3 ขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน

1. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

2. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

2.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

(ข้อมูลจาก HDC กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสภาพช่องปาก >> OHSP ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการตรวจช่องปาก เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม) ข้อ 17.23)

Base line data	หน่วยวัด	อำเภอ	ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก		
			ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
36.79	ร้อยละ	เมือง	56.06	63.91	62.61
		ร้องกวาง	14.95	17.82	15.65
		ลอง	28.44	26.60	22.30
		สูงเม่น	32.97	27.10	20.31
		เด่นชัย	28.17	31.16	20.65
		สอง	28.18	37.99	19.64
		วังชิ้น	76.60	82.73	70.68
		หนองม่วงไข่	38.73	56.36	26.80
		จังหวัดแพร่	40.56	44.32	36.79

2.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

Base line data	หน่วยวัด	อำเภอ	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป		
			ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
78.29	ร้อยละ	เมือง	73.63	79.27	79.15
		ร้องกวาง	83.00	66.41	64.19
		ลอง	76.50	82.29	85.24
		สูงเม่น	83.43	64.35	75.29
		เด่นชัย	83.56	65.34	64.19
		สอง	68.10	81.56	64.05
		วังชิ้น	77.23	77.92	84.30
		หนองม่วงไข่	72.00	86.13	82.33
		จังหวัดแพร่	76.36	76.90	78.29

หมายเหตุ ข้อมูลปี 2562 จาก การสำรวจสภาวะและพฤติกรรมทันตสุขภาพในกลุ่มอายุ 60-74 ปี

ข้อมูลปี 2563-2564 จาก HDC ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ 18.11

3. วิธีการจัดเก็บข้อมูล

3.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลจาก HDC >> รายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก
ข้อ 17.23

3.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

ข้อมูลโดยการสำรวจสภาวะและพฤติกรรมทันตสุขภาพในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยรพ.สต./รพ.ออกเก็บข้อมูลและ
ลงข้อมูลในโปรแกรมสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงเดือน เมษายน - กรกฎาคม 2565 หรือ HDC >> รายงานมาตรฐาน >>
ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก ข้อ 18.11

4. สูตรการคำนวณ

4.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ที่ได้ตรวจทั้งปาก+วางแผน ที่ลงแฟ้ม dental

B = ผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีในเขตรับผิดชอบ

4.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

$$\text{สูตรการคำนวณ} = (A/B) \times 100$$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่ขึ้นไป

B = จำนวนผู้สูงอายุที่สำรวจ ทั้งหมด

5. รอบการประเมิน

5.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก(ประเมินรอบ 6 เดือน)

5.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป (ประเมินรอบ 12 เดือน)

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน (เดือน ต.ค.64- มี.ค.65)	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน (เดือน ต.ค.64-ส.ค. 65)
-	มี.ค.2565	-	ส.ค.2565

6. เกณฑ์การให้คะแนน

6.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก			
คะแนนจากการประเมิน รอบ 6 เดือน		คะแนนจากการประเมิน รอบ 12 เดือน	
คะแนนเต็ม	5 คะแนน	คะแนนเต็ม	คะแนน
น้อยกว่าร้อยละ 6.25	1 คะแนน	-	-
6.25 - 12.49	2 คะแนน	-	-
12.50 - 18.74	3 คะแนน	-	-
18.75 - 24.99	4 คะแนน	-	-
≥ ร้อยละ 25	5 คะแนน	-	-

6.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป			
คะแนนจากการประเมิน รอบ 6 เดือน		คะแนนจากการประเมิน รอบ 12 เดือน	
คะแนนเต็ม	คะแนน	คะแนนเต็ม	5 คะแนน
-	-	น้อยกว่าร้อยละ 50	1 คะแนน
-	-	ร้อยละ 50.0 – 59.99	2 คะแนน
-	-	ร้อยละ 60.00 – 69.99	3 คะแนน
-	-	ร้อยละ 70.00 – 79.99	4 คะแนน
-	-	≥ ร้อยละ 80	5 คะแนน

7. แหล่งข้อมูล/หลักฐานประกอบการประเมิน

3.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก

ข้อมูลจาก HDC >> รายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขาภาพช่องปาก
ข้อ 17.23

3.2 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้ 20 ซี่หรือ 4 คู่สบขึ้นไป

ข้อมูลโดยการสำรวจสถานะและพฤติกรรมทันตสุขภาพในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยรพ.สต./รพ.ออกเก็บข้อมูล
และลงข้อมูลในโปรแกรมสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุ ช่วงเดือน เมษายน – กรกฎาคม 2565 หรือ HDC >> รายงาน
มาตรฐาน >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขาภาพช่องปาก ข้อ 18.11

8. เอกสารสนับสนุน

คู่มือการสำรวจสถานะและพฤติกรรมสุขภาพช่องปาก จ.แพร่ ประจำปี 2565

9. ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

- กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

นางภัสรา ประจางค์ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

โทรศัพท์มือถือ : 088-269-9639 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-54511-145 ต่อ 305

E-mail : pomm_21@hotmail.com