

แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560

คณะที่ 1:การพัฒนาคุณภาพชีวิต(ด้านสุขภาพ)ทุกกลุ่มวัย

ตรวจราชการ วันที่ 5 - 7 กรกฎาคม 2560

KPI :อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่

(ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5 ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5)

- สถานการณ์/สภาพปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) และโรคมะเร็ง เป็นกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งยังเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญ ซึ่งกลุ่มโรคเหล่านี้จะเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายประการ เช่น การบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย มีความเครียด การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา โดยมีรากฐานมาจากการดำเนินวิถีชีวิตที่เร่งรีบไม่เหมาะสม และมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

จากรายงานประจำปี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ปี 2557 - 2559 พบว่า อัตราตายด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน พบว่าในปี 2557 ถึง 2558 มีอัตราตายเพิ่มขึ้นในทุกโรค แต่ในปี 2559 มีอัตราตายมีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังข้อมูลตาม ตารางที่ 1

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	36.2	36.04	40.68
ความดันโลหิตสูง	17.46	23.21	14.59
เบาหวาน	21.00	31.39	24.10
หลอดเลือดสมอง	41.12	51.73	48.86
กลุ่มโป่งพอง	26.97	25.20	24.98

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

ที่มา : ข้อมูลมรณะบัตร สำนักงานโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์โดย กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 31 พฤษภาคม 2560

จากรายงาน HDC พ.ศ.2557 – 2559 พบว่า อัตราผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคกลุ่มโป่งพองพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง ดังข้อมูลตาม ตารางที่ 2

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	378.9	540.59	574.98
ความดันโลหิตสูง	13,085	14,419	14,674
เบาหวาน	5,218.8	5,779.39	5,637.49
หลอดเลือดสมอง	133.83	204.91	212.71
กลุ่มโป่งพอง	506.56	600.42	607.75

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

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

จากรายงาน HDC พ.ศ.2557 – 2559 พบว่า จำนวนและอัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน และโรคกลุ่มโป่งพองพบว่า มีแนวโน้มลดลงยกเว้นโรคความดันโลหิตสูง ดังข้อมูลตาม ตารางที่ 3

โรค	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559
หัวใจและหลอดเลือด	250.27	126.86	81.83
ความดันโลหิตสูง	1234.17	1036.81	2333.11
เบาหวาน	474	508	480
หลอดเลือดสมอง	20.45	45.68	26.76
กลุ่มโป่งพอง	92.37	131	53.52

ตารางที่ 3 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน ปี พ.ศ.2557-2559

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

ด้านอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการคัดกรองประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ปี 2558 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาด้วยโรคเบาหวานจำนวน 25,147 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนเท่ากับ 5,779.39 ความดันโลหิตสูง จำนวน 62,743 คน อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 14,419 ปี 2559 มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาด้วยโรคเบาหวานจำนวน 25,491 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนเท่ากับ 5,637.19 ความดันโลหิตสูง จำนวน 66,354 คน อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 14,674 ปี 2560 ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาด้วยโรคเบาหวานจำนวน 25,592 คน คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนเท่ากับ 5,659.83 ความดันโลหิตสูง จำนวน 66,049 คน อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 14,607 จะเห็นว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี จึงต้องมีการเฝ้าระวังเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและลดโรควิถีชีวิตของประชาชน ลดผู้ป่วยรายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อน และการเสียชีวิต โดยเน้นการคัดกรองประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส และการจัดกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจภาวะแทรกซ้อน และบริการดูแลรักษาเชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต รพช. รพศ.

● การดำเนินงานของพื้นที่ (Essential Task)

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1.การค้นหา (กลุ่มเสี่ยง).	1.การคัดกรองภาวะเสี่ยงในประชาชนอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปทุกคน 2.กำหนด Time line ในการคัดกรอง 3.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม	1.การคัดกรองให้เสร็จสิ้นภายใน 6 เดือน 2.กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 3. ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม	1.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม	1.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ ติดตาม 2.ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูงจะต้องได้รับการให้สุศึกษาทุกราย 3. กลุ่มเสี่ยงจะต้องได้รับการประเมินซ้ำทุก 6 เดือน 4.มีการติดตามผลการคัดกรองทุก 3 เดือน และแจ้งให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำกับ/ติดตาม
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 40	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 60	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 80	- คัดกรอง DM/HT ปชช. อายุ 35 ปีขึ้นไปและให้ค่าปรึกษา > ร้อยละ 90
ผลการดำเนินงาน	-คัดกรอง HT ร้อยละ 76.24 - คัดกรอง DM ร้อยละ 72.35	-	- คัดกรอง HT ร้อยละ 95 - คัดกรอง DM ร้อยละ 93.35	
2.การป้องกันระดับชุมชน	1. เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา 2.ให้สุศึกษาการป้องกันการเกิดโรคและพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มต่างเช่น นักเรียน ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ชมรมต่างๆ 3.มีแผนการรณรงค์สื่อสารประชาสัมพันธ์	1. จัดทำสื่อต้นแบบในการรณรงค์สื่อสารเตือนภัย 2. รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน	1.รณรงค์ประชาสัมพันธ์และสื่อสารเตือนภัย บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการต่างๆ สถานที่ทำงาน 2. มีการนำสื่อต้นแบบไปใช้ในการประชาสัมพันธ์	1.ดำเนินการตำบลต้นแบบในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	มีแผนในการประชาสัมพันธ์	มีสื่อต้นแบบในการรณรงค์	- มีกิจกรรมการรณรงค์ที่ชัดเจน	มีตำบลต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง

มาตรการดำเนินงานในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ผลการดำเนินงาน	มีการประชุมในการชี้แจง แผนระดับจังหวัด 1 ครั้ง	-	- จัดทำ สปอร์ตวิทย์ การสอนเป็นภาษาท้องถิ่นใช้ในการเปิดใน หมู่บ้าน - มีการจัดทำสื่อต้นแบบ - เพิ่มช่องทางในการสื่อสารเตือนภัย ในโรงเรียน ชุมชน และในการ ประชุมผู้นำในท้องถิ่น - ทุกอำเภอมีการจัดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ลดเสี่ยงลดโรคในวันเบาหวานโลก	
3. การป้องกันในสถานบริการ(กลุ่มป่วย)	1. ประเมิน CVD Risk ใน Pt. DM HT ผู้ที่มี CVD Risk สูง $\geq$ 30% ได้รับการปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 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% ได้รับการปรึกษารายบุคคลและการปรับพฤติกรรม 2. พัฒนาระบบคลินิก NCD คุณภาพ, CKD Clinic 3. พัฒนาและสนับสนุนชุดองค์ความรู้ Service package ในการดำเนินงาน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. พัฒนาเครือข่ายระบบส่งต่อ จัดช่องทางด่วน 5. จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ป่วย NCDs	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อบรม Care manager อาสาสมัครแกนนำประจำครอบครัว 2. พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยเมื่อส่งกลับ Refer back STEMI , Warfarin และ Heart Failure รับยาใกล้บ้าน	1. การพัฒนาคุณภาพการบริการ และเชื่อมโยงการให้บริการระดับชุมชนกับสถานบริการในระดับชุมชนกับสถานบริการ 2.. จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษาในการรักษาโรค NCD CUP ละ 1 คน เพื่อให้คำปรึกษาในกรณีผู้ป่วยที่ Uncontrolled บริการใน
ผลลัพธ์ที่ต้องการ	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 30%	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 80% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 25 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 20 - ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73m²/yr ร้อยละ 35	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 70%	- อัตราผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน ลดลง ร้อยละ 5 และความดันโลหิตสูง ลดลง ร้อยละ 2.5 - ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการประเมิน CVD risk 90% - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับความดันได้ ร้อยละ 50 - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 40

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
		- โรงพยาบาลมีการ ประเมินตนเอง ตามแบบ ประเมินNCD คลินิก คุณภาพ		- ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ 65 - รพ. ผ่านการประเมิน คลินิก NCD คุณภาพ โดยคณะทำงานระดับ จังหวัด - อัตราตายจากโรค หลอดเลือดหัวใจลดลง ร้อยละ 2 - อัตราตายของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมองไม่ เกิน ร้อยละ 7
ผลการดำเนินงาน		-	-อัตราผู้ป่วยรายใหม่ เบาหวาน เพิ่มขึ้น (เป้าหมายลดลง ร้อยละ 5) และความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้น (เป้าหมายลดลง ร้อยละ 2.5) ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการ ประเมิน CVD risk 87.56% (เป้าหมายร้อยละ 80) - ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับ ความดันได้ ร้อยละ 41.34 (เป้าหมายร้อยละ 50) - ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ ร้อยละ 13.59 (เป้าหมายร้อยละ 40) ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการ ลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr ร้อยละ59 (เป้าหมายร้อยละ 60) - รพ. ผ่านการประเมิน คลินิก NCD คุณภาพโดย คณะทำงานระดับจังหวัดทุก แห่ง - อัตราตายจากโรคหลอดเลือด หัวใจลดลง ร้อยละ 23.34 (เป้าหมายร้อยละ 2) - อัตราตายของผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง ร้อยละ10.11 (เป้าหมายร้อยละ 7)	- ผู้ป่วย DM/HT ได้รับการ ประเมินCVD risk ร้อยละ 48.32

มาตรการดำเนินงาน ในพื้นที่	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	-	- มีการประเมินผลร่วมกับกลุ่มงานยุทธศาสตร์2 ครั้ง - มีการนิเทศร่วมกับคณะกรรมการประเมิน NCD Plus 1 ครั้ง -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยหมุนเวียนไปทุกอำเภอ -พัฒนาทีมตรวจเยี่ยม นิเทศเพื่อสามารถให้คำปรึกษาได้	

ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดผลสำเร็จ

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้องกวาง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนองม่วง ไข่	รวม
KPI :อัตรา ผู้ป่วยความ ดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง ร้อยละ 2.5	อัตรา(A/B*100000) ปี 2559	866	658	477	864	608	341	741	820	701
	B หมายถึง จำนวน ประชากรทะเบียนราษฎร ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ราย ใหม่ในปีงบประมาณ	1,033	327	264	658	221	174	345	148	3,170
	อัตรา(A/B*100000) ปี2560	1,754	1,650	1,382	1,572	1,377	1,416	1,239	1,136	1,520
	B หมายถึง จำนวน ประชากรทะเบียนราษฎร ทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ราย ใหม่ในปีงบประมาณ	2,091	820	765	1,197	500	721	577	205	6,876

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่	รวม
KPI :อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงร้อยละ 5	อัตรา(A/B*100000) ปี 2559	569	324	325	613	482	383	395	499	476
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ในปีงบประมาณ	697	161	180	467	175	195	184	90	2,149
	อัตรา(A/B*100000) ปี2560	687	364	406	622	584	454	455	510	541
	B หมายถึง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎรทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ	119,223	49,686	55,359	76,127	36,296	50,899	46,549	18,030	452,169
	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ในปีงบประมาณ	819	181	225	474	212	231	212	92	2,446

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่	รวม
KPI : ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จาก pre-diabetes (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 2.4)	ร้อยละ(A/B*100) ปี 2560	3.09	4.29	1.67	7.91	3.65	7.19	3.45	4.35	4.07
	B หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่มีค่าระดับ FBS ครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ที่ผ่านมามีอยู่ในช่วง 100-125 mg/dl	5,009	1,421	1,680	1,669	1,589	1,183	1,565	666	14,782
	A หมายถึง จำนวนประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่มีค่าระดับ FBS ครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ที่ผ่านมามีอยู่ในช่วง 100-125 mg/dl ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ	155	61	28	132	58	85	54	29	602

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.							
		เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่	รวม
KPI : ผู้ป่วย DM/HT ได้รับ ประเมินโอกาส เสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจและ หลอดเลือด (CVD Risk) (เป้าหมาย ร้อยละ 80)	ร้อยละ(A/B*100) ปี 2560	88.92	86.64	86.73	84.84	92.17	87.79	88.48	86.23	87.57
	B หมายถึง จำนวน ผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง ที่ขึ้น ทะเบียนและอยู่ใน พื้นที่รับผิดชอบ ที่ยัง ไม่ป่วยด้วย CVD	6,318	3,031	2,857	2,837	2,385	3,062	2,630	1,155	27,279
	A หมายถึง จำนวน ผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง ที่ขึ้น ทะเบียนและอยู่ใน พื้นที่รับผิดชอบที่ยังไม่ ป่วยด้วย CVD	5,618	2,626	2,478	4,952	2,202	2,688	2,327	990	23,887

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

ตัวชี้วัด/ผลงาน		คปสอ.								
		เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่	รวม
KPI : ร้อยละ ผู้ป่วย HT ควบคุมระดับ ความดันโลหิต ได้ดี (เป้าหมาย ร้อยละ50) - ร้อยละ ผู้ป่วย DM ควบคุมระดับ น้ำตาลได้ดี (เป้าหมาย ร้อยละ40)	ร้อยละ(A/B*100) ปี 2560	25.51	18.32	13.50	6.43	0.66	6.24	8.19	5.28	13.59
	B หมายถึง จำนวน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน	7,712	2,058	2,815	5,690	1,978	2,308	1,990	1,341	25,592
	A หมายถึง จำนวน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี	1,967	377	380	316	13	144	175	55	3,477
	อัตรา(A/B*100) ปี 2560	30.78	49.78	48.50	29.65	45.21	35.40	37.92	50.83	37.49
	B หมายถึง จำนวน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูง	17,233	7,419	6,483	14,296	5,034	7,046	5,636	2,902	66,049
	A หมายถึง จำนวน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงที่ควบคุมระดับความ	5,305	3,693	3,144	4,239	2,276	2,494	2,139	1,475	24,763

ตัวชี้วัด/ผลงาน	คปสอ.								
	เมือง	ร้อง กว้าง	ลอง	สูงเม่น	เด่นชัย	สอง	วังชิ้น	หนอง ม่วงไข่	รวม
ต้นโลหิตได้ดี									

ที่มา :HDC วันที่ 31 พฤษภาคม 2560

จังหวัดแพร่มีเครือข่ายในการพัฒนาระบบบริการสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) แบ่งเป็นแต่ละสาขาคือสาขาหลอดเลือด หัวใจ สาขาโรคหลอดเลือดสมอง สาขาCOPD สาขามะเร็ง สาขาไตและสาขาทา โดยมีทีมโรงพยาบาลแพร่เป็นแกนนำใน แต่ละสาขา

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

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

- ผู้ป่วย DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี HbA1C<7 และ ผู้ป่วย HT ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ยังไม่ได้ตามเกณฑ์
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยง Pre – DM / Pre - HT มีจำนวนมาก ทำให้การจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ
- ผู้ป่วย DM / HT มีจำนวนมากทำให้การจัดบริการการตรวจภาวะแทรกซ้อนไม่ครอบคลุมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงของกลุ่มป่วยไม่ครอบคลุม และไม่มีคุณภาพ/ระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรค
- ระบบโปรแกรมของรพ. การคีย์ข้อมูลพบปัญหาในการส่งออก 43 แพ้มทำให้การรายงานไม่ครบถ้วนทำให้การรายงานให้ผลได้น้อยกว่าที่ดำเนินการจริง

GAP Analysis โดยใช้กลยุทธ์ PIRAB

Partner	• เน้นการสื่อสารและบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งในสถานบริการและในชุมชน • เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายและชุมชนในการจัดการสุขภาพและสิ่งแวดล้อม • เน้นคุณภาพ การดำเนินงาน DPAC Clinic เพื่อรองรับกลุ่มเสี่ยงในโรงพยาบาลทุกแห่ง และมีขยาย Clinic ให้คำปรึกษาพฤติกรรม ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
Investment	• จัดระบบบริการสุขภาพ / NCD Clinic Plus ให้ได้ตามมาตรฐาน • พัฒนาคุณภาพข้อมูลอย่างต่อเนื่อง / มีการคืนข้อมูลอย่างสม่ำเสมอ

	● จัดระบบการตรวจภาวะแทรกซ้อนที่ต้องใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่นระบบการตรวจตาเท้า LAB
Regulate and Legislate	● กำหนดนโยบาย และพัฒนาช่องทางในการสื่อสารนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติ (การประชุม กวป.ทุกเดือน, การประชุม CIPO)
Advocate	● ทบทวน พัฒนาการรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ● มีการจัดทำโมเดล ต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ทุก ● อำเภอนำไปใช้ในการปรับพฤติกรรมผู้ป่วย ● จัดทำ สปอร์ตวิทยุ การสอนเป็นภาษาท้องถิ่นใช้ในการเปิดใน หมู่บ้าน ● เพิ่มช่องทางในการสื่อสารเตือนภัยในโรงเรียน ชุมชน และในการประชุมผู้นำในท้องถิ่น
Building Capacity	● จัดการอบรมเพิ่มศักยภาพในกลุ่ม CM ,SM และพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานทั้งใน รพ. และรพ.สต. ● จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยหมุนเวียนไปทุกอำเภอ ● พัฒนาทีมตรวจเยี่ยม นิเทศเพื่อสามารถให้คำปรึกษาได้ถูกต้อง ● มีการพัฒนาระบบข้อมูลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดและความต้องการของ หน่วยบริการเพื่อใช้ในวางแผนงานแก้ไขปัญหาและการติดตาม ประเมินผล

แผนงาน/กิจกรรมที่จะดำเนินงานต่อ

1. เร่งรัดดำเนินงานทั้งเชิงรับ และเชิงรุกเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการพิการในกลุ่มผู้ป่วย
2. สร้างความรู้ความเข้าใจให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ
3. ประสานทีมงานพื้นที่ ภาควิชาเครือข่าย อสม. อสค.เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย
- 4.ประชุมทีมงาน/คณะทำงานจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตามผลการดำเนินงาน/วางแผนปรับเปลี่ยนกิจกรรมการดำเนินงานให้สอดคล้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง
- 5.สนับสนุนการดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD คุณภาพ และบูรณาการงานร่วมกับ Clinic CKD ,COPD
- 6.ร่วมกับทีม Service plan สาขาที่เกี่ยวข้องออกเยี่ยมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในโรงพยาบาลชุมชนเพื่อร่วมพัฒนาแนวทางการให้บริการผู้ป่วย
7. สนับสนุนให้ case manager เข้าร่วมประชุมวิชาการ การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อทั้งระดับ เขตสุขภาพ และระดับกรมฯ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้
- 8.จัดทำฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน และมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้รายงาน นางศิริรัตน์ ภูตันติกุล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วัน/เดือน/ปี 15/06/2560

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

