

ตัวชี้วัด Monitor M ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ผู้รับผิดชอบ ประธานสาขา แพทย์หญิงจิราพร พิลัยกุล โทร ๐๘๑-๖๖๑-๔๓๕๓

e-mail: j_pilaikul@yahoo.com

เลขานุการสาขา นางสาวพูนทรัพย์ สมกล้า โทร ๐๘๑-๘๗๒๗๗๐๗

e-mail : n_aae๙@hotmail.

๑. สถานการณ์/ตัวชี้วัด(KPIs)/ผลการดำเนินงาน (ตัวชี้วัดระดับประเทศ)

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ที่ผ่านมา พบว่า จังหวัดมหาสารคาม มีการคัดกรองเบาหวานได้ร้อยละ ๘๙.๕๔ พบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ ๒.๘๘ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดร้อยละ ๑๔.๑๗ ควบคุมความดันได้ร้อยละ ๔๔.๗๕ คัดกรอง CVD risk ร้อยละ ๘๗.๒๐ คัดกรอง CKD ร้อยละ ๔๑.๘๗ การที่ผู้ป่วย เบาหวาน ความดัน ไม่สามารถควบคุมน้ำตาล/ความดันโลหิตสูงได้ดีย่อมส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง เพิ่มขึ้น อาจเนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ส่วนหนึ่งไม่เข้าถึงบริการ/ขาดนัด รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง หรือการบันทึกข้อมูลไม่ถูกต้อง ผลการดำเนินงานปี ๒๕๕๘-๒๕๖๑ ใช้ฐานข้อมูล HDC ดังตารางสรุป

๒.๑ ผลการดำเนินงาน (ภาพจังหวัด)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
			๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑ (๑ ต.ค.๖๐-๓๑ ธ.ค.๖๐)
๑	คัดกรอง DM/HT อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๑.๑ คัดกรอง DM อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๑.๒ คัดกรอง HT อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป	>ร้อยละ ๙๐	๗๖.๔๗	๘๘.๗๙	๘๙.๕๔	๕๑.๑๓ ๕๔.๒๐
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA๑C < ๗%)	≥ ๔๐%	๒๓.๔๕	๑๘.๕๔	๑๔.๑๗	๓.๘๖
๓	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP ≤ ๑๔๐/๘๐ mmHg)	≥ ร้อยละ ๕๐	๔๒.๘๖	๒๘.๔๙	๔๔.๗๕	๑๖.๙๓
๔	ร้อยละของการคัดกรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT	>ร้อยละ ๙๐	NA	๗๑.๓๑	๔๑.๘๗	๒๐.๒
๕	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการประเมิน CVD risk	>ร้อยละ ๙๐	NA	๗๖.๘๘	๘๗.๒๐	๓๙.๔๒

๓.๒ ผลการดำเนินงาน (ภาพรวมรายอำเภอ)

ตัวชี้วัด	รายการข้อมูล	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ต.ค.๖๐-๓๑ธ.ค.๖๐)												
		อ.เมือง	บรบือ	พยัคฆ์	วาปี	โกสุม	กันทร	นาเชือก	นาคูน	ยางสี	แกดำ	เขียงยืน	ชื่นชม	กุฉีกรัง
๑.๑ คัดกรอง DM อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป	เป้าหมาย	๕๔,๘๘๘	๔๑,๑๑๔	๓๑,๓๑๗	๔๓,๘๔๔	๔๖,๖๒๘	๒๖,๔๔๕	๒๓,๔๓๗	๑๓,๗๗๕	๑๒,๒๔๔	๑๐,๖๔๙	๒๕,๐๒๙	๑๐,๐๙๙	๑๔,๑๑๗
	ผลงาน	๒๐,๓๘๒	๓๑,๔๗๕	๒๒,๕๗๐	๑๓,๕๓๐	๑๗,๙๗๔	๑๑,๒๙๗	๑๓,๑๒๖	๑๑,๗๙๕	๕,๙๓๒	๔,๗๕๙	๘,๑๙๔	๗,๗๐๔	๑๒,๑๖๒
	ร้อยละ	๓๗.๐๗	๗๖.๕๖	๗๒.๐๗	๓๐.๗๙	๓๘.๕๕	๔๒.๗๒	๕๖.๐๑	๘๕.๖๓	๔๘.๔๕	๔๔.๖๙	๓๒.๗๔	๗๖.๒๘	๘๖.๑๕
๑.๒ คัดกรอง HT อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป	เป้าหมาย	๕๒,๑๔๒	๔๐,๗๐๘	๒๙,๕๓๑	๔๑,๙๔๓	๔๔,๘๒๓	๒๕,๑๔๓	๒๒,๗๒๔	๑๓,๒๗๗	๑๑,๕๑๒	๙,๘๘๐	๒๔,๓๔๑	๑๐,๐๕๓	๑๓,๗๘๖
	ผลงาน	๑๙,๙๖๑	๓๓,๔๓๖	๒๓,๔๐๘	๑๓,๖๖๖	๑๗,๘๖๐	๑๑,๓๗๘	๑๓,๐๑๔	๑๑,๗๖๒	๕,๗๓๙	๔,๗๑๐	๘,๔๗๘	๘,๒๘๓	๑๒,๒๗๗
	ร้อยละ	๓๘.๒๕	๘๒.๑๔	๗๙.๒๗	๓๒.๕๘	๓๙.๘๕	๔๒.๒๕	๕๗.๒๗	๘๘.๕๙	๕๑.๘๕	๔๗.๖๗	๓๕.๘๓	๘๒.๓๙	๘๙.๐๕
๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (HbA๑C < ๗%)	เป้าหมาย	๘,๓๕๕	๔,๘๙๑	๔,๐๖๑	๕,๖๕๗	๗,๓๐๔	๔,๒๓๙	๒,๙๑๕	๑,๘๒๔	๑,๙๔๘	๑,๖๑๗	๓,๒๑๑	๑,๒๒๐	๑,๘๔๗
	ตรวจ	๗๑๓	๒๐๑	๖๓๙	๙๗๓	๑,๐๙๒	๑,๔๓๗	๓๐๒	๗๓๘	๗๕๖	๗๓๓	๘๒๕	๑๐๒	๒๑๔
	ผลงาน	๑๖๘	๕๙	๑๐๒	๑๘๓	๓๕๗	๓๕๗	๖๙	๑๔๕	๑๗๕	๑๓๔	๒๒๖	๒๓	๖๖
	ร้อยละ	๒.๐๑	๑.๒๑	๒.๕๑	๓.๒๓	๒.๕๗	๘.๔๒	๒.๓๗	๗.๙๕	๘.๙๘	๘.๒๙	๗.๐๔	๑.๘๙	๓.๕๗
๓. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<๑๔๐/๘๐ mmHg)	เป้าหมาย	๑๑,๔๐๔	๕,๕๗๙	๖,๐๒๕	๘,๐๐๘	๙,๔๗๒	๕,๗๑๓	๓,๗๓๐	๒,๔๓๐	๒,๘๓๕	๒,๕๔๗	๓,๙๘๓	๑,๓๕๗	๒,๒๔๔
	ตรวจ	๒,๒๔๒	๑,๓๙๐	๒,๔๙๐	๓,๐๒๙	๒,๒๓๗	๑,๕๙๔	๑,๖๖๒	๙๙๐	๙๔๖	๑,๑๐๖	๑,๔๘๒	๔๙๓	๘๕๒
	ผลงาน	๙๑๔	๘๑๖	๑,๔๓๕	๒,๑๐๓	๗๕๗	๑,๐๗๙	๗๖๔	๕๕๖	๓๘๕	๖๗๓	๗๓๙	๒๙๕	๕๔๗
	ร้อยละ	๘.๐๑	๑๔.๖๓	๒๓.๘๒	๒๖.๒๖	๗.๙๙	๑๘.๘๙	๒๐.๔๘	๒๒.๘๘	๑๖.๕๘	๒๖.๔๒	๑๘.๕๕	๒๑.๗๔	๒๔.๓๘

ตัวชี้วัด	รายการ ข้อมูล	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (๑ ต.ค.๖๐-๓๑ธ.ค.๖๐)												
		อ.เมือง	บรบือ	พยัคฆ์	วาปี	โกสุม	กันทร	นาเชือก	นาคูน	ยางสี	แกดำ	เขียงยืน	ชื่นชม	กุดรัง
๔. ร้อยละ ของการคัด กรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT	เป้าหมาย	๑๒,๘๔๗	๖,๖๐๘	๖,๘๘๒	๙,๒๗๕	๑๐,๙๕๔	๖,๓๒๕	๔,๕๙๓	๒,๓๔๕	๓,๒๙๑	๒,๒๔๕	๔,๘๙๓	๑,๘๑๗	๒,๗๓๐
	ผลงาน	๑,๖๔๑	๗๕๕	๑,๒๒๔	๑,๙๐๐	๑,๓๖๗	๑,๖๙๗	๖๑๔	๘๕๐	๕๗๖	๗๔๕	๒,๕๖๐	๗๖๘	๔๑๗
	ร้อยละ	๑๒.๗๗	๓๓.๑๘	๑๗.๗๖	๒๐.๔๙	๑๒.๔๘	๒๖.๘๓	๑๓.๓๗	๓๖.๒๕	๑๗.๕	๓๓.๑๘	๕๒.๓๒	๔๒.๒๗	๑๕.๒๗
๕. ร้อยละ ผู้ป่วย เบาหวาน ได้รับการ ประเมิน CVD risk	เป้าหมาย	๕,๑๓๐	๒,๙๕๗	๓,๒๒๒	๓,๗๖๗	๔,๕๓๗	๒,๘๔๓	๒,๑๓๙	๑,๒๓๓	๑,๕๐๖	๑,๒๑๙	๒,๐๐๓	๘๒๓	๑,๒๔๕
	ผลงาน	๑,๘๒๕	๘๙๓	๑,๑๗๘	๑,๔๓๐	๑,๑๗๗	๑,๗๐๒	๑,๐๙๒	๖๗๐	๓๕๐	๗๗๐	๘๓๘	๔๕๒	๔๘๓
	ร้อยละ	๓๕.๕๘	๓๐.๒	๓๖.๕๖	๓๗.๙๖	๒๕.๙๔	๕๘.๘๗	๕๑.๐๒	๕๔.๓๔	๒๓.๒๔	๖๓.๑๗	๔๑.๘๔	๕๕.๙๒	๓๘.๘

๒. แผนการดำเนินงาน/ผลการดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย (ร้อยละ)	มาตรการ	ผลการดำเนินงาน			
			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. คัดกรอง DM/HT อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๑.๑ คัดกรอง DM อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ๑.๒ คัดกรอง HT อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป	>ร้อยละ ๙๐	๑.พัฒนาระบบ มาตรฐานการ คัดกรอง ๒. พัฒนาระบบ ข้อมูลและ สารสนเทศ	๔๐%	๑๐๐%		
๒. ร้อยละของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ ดี (HbA๑C < ๗%)	≥ ๔๐%	๓.รณรงค์การ คัดกรอง ภาวะแทรกซ้อน กลุ่มผู้ป่วย				≥ ๔๐%
๓. ร้อยละของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตได้ ดี(BP ≤ ๑๔๐/๘๐ mmHg)	≥ ร้อยละ ๕๐	๔.กระบวนกร ติดตาม ประเมินผลโดย				≥ ร้อยละ ๕๐
๔. ร้อยละของการคัด กรอง CKD ในผู้ป่วย DM/HT	>ร้อยละ ๙๐	ใช้กระบวนกร NCD คุณภาพ	๔๐%	๖๐%	๘๐%	๑๐๐%
๕. ร้อยละผู้ป่วย เบาหวานได้รับการ ประเมิน CVD risk	>ร้อยละ ๙๐		๔๐%	๖๐%	๘๐%	๑๐๐%

๔. การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑

๑. ชี้แจงนโยบายจังหวัดลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่
๒. เพิ่มการเข้าถึงการคัดกรองประชาชนอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปให้แล้วเสร็จในไตรมาสที่ ๑ และลงข้อมูลใน ๔๓แฟ้มไม่เกินไตรมาสที่ ๒
๓. ลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและการสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้น ๓ อ ๒ ส ๑ ฟ ลงครอบคลุมทุกพื้นที่
๔. มีการออกประเมินผล NCD Clinic Plus บูรณาการร่วมกับ CKD Clinic Plus เน้นการประเมินเพื่อการพัฒนา โดยมีอายุรแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
๕. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการนำเสนอผลการดำเนินงาน ร่วมกับการแก้ไขปัญหาของทีมสหวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบระบบข้อมูล
๖. พัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในระดับ รพ.สต.

๕. ผลการสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor)

๕.๑ ประสิทธิภาพการจัดระบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและเบาหวานในระดับพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทและปัจจัย ความสำเร็จที่แตกต่าง

๕.๒ Key Success คือ ทีมดำเนินงานในทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะรูปแบบการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ และประเมินผล การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๐ ที่ผ่านมามีได้บูรณาการและรวบรวม Key success person ระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ร่วมกับโรงพยาบาลมหาสารคาม และตัวแทนจากโรงพยาบาลทุกแห่ง ออกดำเนินการและบูรณาการร่วมกับการควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐. ๒ส. ๑ฟ. ที่เป็นโครงการระยะยาว ตั้งแต่ปี ๒๕๕๗ ถึงปัจจุบัน (เข้า ออกประเมิน NCD Clinic Plus และป่วยออกติดตาม ประเมินผล โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓๐. ๒ส. ๑ฟ. พัฒนาสู่ชุมชนรักษั๕๓) ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น

๕.๓ การติดตามประเมินผลโครงการภาพรวม พบยังมีปัญหาไม่ได้ดำเนินการให้เป็นรูปธรรมผลลัพธ์จึงไม่ชัดเจน

๕.๔ เนื่องจากงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนการดำเนินการกิจกรรมครั้งนี้ได้รับล่าช้า ส่งผลให้กระบวนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ไม่เป็นไปตามกำหนด

๖. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

๖.๑ การลดปัจจัยเสี่ยงในประชาชนทั่วไปและการสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เน้น ๓ อ ๒ส ๑ ฟ ลงครอบคลุมทุกพื้นที่ พบว่าผลการดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์เนื่องจากขาดการควบคุม กำกับ ติดตาม ที่เป็นรูปธรรม และต่อเนื่อง

๖.๒ ศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน จะต้องมีการเพิ่มพูนทักษะ องค์ความรู้ให้ไปในทิศทางเดียวกัน

๖.๓ ความถูกต้องและคุณภาพของการลงข้อมูล

๖.๔ การมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและภาคีเครือข่าย โดยเน้นให้ประชาชนมีความตระหนัก และยอมรับเป็นเรื่องที่จะต้องแก้ไขปัญหาของตนเอง ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มากขึ้น

๖.๕ การเปิดโรงพยาบาลระดับ F๓ แห่งใหม่ ทำให้ข้อมูลผู้ป่วยยังไม่เสถียร

๖.๖ การเพิ่มตัวชี้วัดใหม่ (HBPM) ไม่สอดคล้องกับบริบทการทำงานพื้นที่ ทั้ง อัตรากำลัง และเครื่องมือวัดความดันโลหิต

๗. นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

ปี ๒๕๕๘ เพิ่มศักยภาพพื้นที่เดิมที่มีรูปแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วย ๓ อ. ๒ ส. ๑ ฟ. บูรณาการ สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุม และคลินิก NCD/ CKD เป็นชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับอำเภอ

ปี ๒๕๕๙ เพิ่มศักยภาพพื้นที่เดิม บูรณาการผ่าน DHS และ service plan NCD /CKD เป็นชุมชนรักษั๕๓ ใส่ใจเบาหวานความดันฯ มุ่งสู่การลดโรคหลอดเลือดขยายขอบเขตเป็น ๑ รพ.สต./

อำเภอ (พื้นที่หมู่บ้านนำร่องเดิม) และสร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุมเป็นชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังระดับอำเภอภายใต้สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย

ปี ๒๕๖๐ ขยายพื้นที่ ร่วมกับ service plan NCD/CKD ขยายพื้นที่นำร่อง (ขอบเขตเป็นพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.) เป็น ๑๖ แห่ง บูรณาการ ร่วมกับ ตำบลสุขภาพดี และ สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุมมุ่งสู่ชมรมรักษ์ไตใส่ใจเบาหวาน ความดันฯ ระดับอำเภอ (Model มีการบูรณาการร่วมกับทีม Service plan CKD)

การวางแผนการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ ขยายพื้นที่ ร่วมกับ service plan NCD/CKD ขยายพื้นที่นำร่อง (ขอบเขตเป็น พื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.) เป็น ๔๐ แห่ง บูรณาการร่วมกับ ตำบลสุขภาพดี และ สร้างเครือข่ายเข้าสู่ระบบ DHS ทุกอำเภอให้ครอบคลุมมุ่งสู่ชมรมรักษ์ไตใส่ใจเบาหวานความดันฯ ระดับอำเภอ ให้ชัดเจนขึ้น

๘. ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย/ต่อส่วนกลาง/ต่อผู้บริหาร

ระดับกระทรวง

ควรมีนโยบายที่ชัดเจนและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรอย่างเป็นรูปธรรม ในระดับพื้นที่เพิ่ม เช่น การอบรม Mini Nurse Case Manager

ระดับเขต

พัฒนาระบบฐานข้อมูล/ตัวชี้วัด ให้ทั้งเขตสามารถใช้ระบบฐานข้อมูลอันเดียวกัน ลดความซ้ำซ้อนของข้อมูลทั้งโรงพยาบาลรัฐ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลเอกชน

ระดับสาธารณสุขจังหวัด

๑. สนับสนุนให้บุคลากร รพ.สต./รพช ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงเข้าร่วมอบรมการพัฒนาศักยภาพให้ครบทุกโรงพยาบาล

๒. จัดกิจกรรมรณรงค์การให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

๓. มีนโยบายให้ รพ.สต.แลกเปลี่ยนเรียนรู้หมู่บ้านชุมชนต้นแบบ