

๑. ชื่อเรื่อง : ระบบการจัดการโรคเรื้อรัง อ.แม่ลาน

๒. ผู้จัดทำผลงาน

- ๑. นางตรัยมาส คงเรือง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- ๒. นางสาววาฬพิพะห์ อาแวก่อจิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
- ๓. นางสาวลีณี สละลิมิง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

๓. ผู้นำเสนอ นางสาวลีณี สละลิมิง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

๔. ผลงานนี้ผ่านการนำเสนอในที่ใดมาบ้าง ( / ) เวทีอำเภอ/คปสอ. ปี ๒๕๕๕ ( / ) เวทีระดับจังหวัด ปี ๒๕๕๕

๕. ประเภทผลงานที่นำเสนอ ( / ) Oral ระบุกลุ่ม ผลงานทางคลินิก/การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย HT/DM

๖. ลักษณะของผลงานที่นำเสนอครั้งนี้ ( / ) ผลงานต่อยอดจากเรื่องเดิม

๗. ความเป็นมา / บริบท

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นแล้วรักษาไม่หายจะต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จากการรวบรวมข้อมูลของ คปสอ.แม่ลาน ในปี ๒๕๕๓-๒๕๕๔ พบว่าอัตราประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง HT DM (>๙๐%) ปี๒๕๕๓ ๘๐.๘๗%(๕๔๑๒/๖๖๙๒) ปี๒๕๕๔ ๘๓.๙๒%(๕๓๖๐/๖๓๘๗) อัตราประชาชนกลุ่มเสี่ยงHT (Pre-HT)ป่วยเป็นHT(<๑๐%) ปี๒๕๕๓ ๑๐.๑๙ %(๙๒/๙๐๒) ปี ๒๕๕๔ ๑๑.๓๘%(๑๐๒/๘๙๖) อัตราผู้ป่วยDM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตาไตเท้า)(>๖๐%) ปี๒๕๕๓ ไม่มีข้อมูล ปี ๒๕๕๔ ตา๕๑.๖๓% (๑๒๖/๒๔๔) ไต ๕๖.๑๔% (๑๓๗/๒๔๔) เท้า ๕๘.๖% (๑๔๓/๒๔๔) อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน(ไต) ปี ๒๕๕๓ ไม่มีข้อมูล ปี ๒๕๕๔ ๓๖.๗๘% (๑๙๙/๕๔๑) สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรังทั้งหมดรับบริการที่รพ.สต.(>๕๐%) ปี๒๕๕๓ ๙.๓๒%(๑๖๙/๑๘๐๐) ปี ๒๕๕๔ ๙.๘๓% (๑๗๗/๑๗๙๙)

จากข้อมูลพบว่าการคัดกรองHT DM ในประชากรอายุ ๑๕ปี ขึ้นไป ต่ำกว่าเกณฑ์ กลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเป็นโรคHT มากกว่าเกณฑ์ ผู้ป่วยHT DMได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน การกระจายผู้ป่วยลงรพ.สต. ยังต่ำกว่าเกณฑ์ ดังนั้นจึงได้มีการทบทวนในทีม NCD วิเคราะห์สาเหตุการพัฒนาระบบโครงสร้างการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่ามีการกำหนดผู้รับผิดชอบงานแต่มีการปรับเปลี่ยนงานบ่อย โยกย้ายงานและรับเจ้าหน้าที่ เข้ามาใหม่มาปฏิบัติงาน ประชากรในกลุ่มนักเรียน นักศึกษาไปศึกษาต่างถิ่น พักอาศัยต่างถิ่น การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยต้องรอเงินงบประมาณจากโครงการทำให้การคัดกรองล่าช้าและไม่ครอบคลุม การกระจายผู้ป่วยลงรพ.สต.ต่ำกว่าเกณฑ์เนื่องจากบางรพ.สต.ยังไม่สามารถให้บริการที่ครอบคลุม

๘.เป้าหมาย / วัตถุประสงค์

- ๑. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและแนวทางที่กำหนด
- ๒. เพื่อเพิ่มการรับบริการผู้ป่วยโรคHT DM ที่รพ.สต.
- ๓. เพื่อให้สถานบริการเครือข่ายมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคHT DM

๙.ประเด็นสำคัญของเรื่องที่ต้องการดำเนินการ

- ๑. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ให้ได้ตามมาตรฐาน
- ๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และสถานบริการในเครือข่าย

๑๐.ตัวชี้วัดที่สำคัญ

- ๑. ชุมชนสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (๓๐.๒๕.) เพิ่มขึ้นเป็น ๒ เท่าต่อหน่วยบริการสาธารณสุข
- ๒. รพ.สต.ขนาดใหญ่ (๑,๐๐๐ แห่ง ในชุมชน และ ๒๑๕ แห่ง ในเขตเมือง) ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยตามมาตรฐานที่กำหนด
- ๓. เครือข่ายองค์กรสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยในทุกเขต

๔. ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง DM & HT ร้อยละ ๙๐
๕. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ DM (pre-DM) ป่วยเป็น DM ไม่เกินร้อยละ ๕
๖. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ HT (pre-HT) ป่วยเป็น HT ไม่เกินร้อยละ ๑๐
๗. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ไม่เกินร้อยละ ๔
๘. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่เกินร้อยละ ๘
๙. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า) ร้อยละ ๖๐
๑๐. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต) ร้อยละ ๖๐
๑๑. อัตราตายโรคหัวใจขาดเลือดลดลง ร้อยละ ๑
๑๒. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองลดลง ร้อยละ ๒
๑๓. สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกโรคHT/DMทั้งหมดรับบริการที่รพ.สต. ร้อยละ ๕๐

#### ๕. กระบวนการดำเนินงาน / วิธีการ / กระบวนการคุณภาพ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการ NCD Board, System Manager, Case Manager โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบให้ชัดเจนและประชุมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง
๒. จัดอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ใหม่และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แก่เครือข่ายปีละ ๑ ครั้ง
๓. จัดอบรม อสม. เพื่อเพิ่มทักษะในตรวจการคัดกรอง การให้ความรู้ขั้นต้น
๔. ปรับรูปแบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโดยใช้แผนเงินประจำปีและให้มีความต่อเนื่อง
๕. จัดระบบบริการคลินิกโรคเรื้อรังทุก รพ.สต. เดือนละ ๑ วัน
๖. คณะกรรมการนิเทศมาตรฐานของรพ.สต. และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ปีละ ๑ ครั้ง
๗. การร่วมทำประชาคมของประชาชนในพื้นที่เพื่อหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน
๘. กำหนดมาตรฐานและCPG คลินิกโรคเรื้อรังที่เป็นรูปแบบเดียวกันทั้งในรพ.และรพ.สต. ในเครือข่าย
๙. มาตรการในการตรวจสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้ง่ายอย่างทั่วถึง
๑๐. การจัดการระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรังที่เป็นรูปแบบเดียวกัน และเชื่อมโยงทั้งระบบ และมีการติดตามวิเคราะห์ ประเมินผล และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

#### ๖. ผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	๒๕๕๓	๒๕๕๔	๒๕๕๕
๑. ชุมชนสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย (๓๐.๒ส.)	เพิ่มขึ้น ๒ เท่า/ หน่วย	-	๖	๑๒
๒. รพ.สต.ขนาดใหญ่ (๑,๐๐๐ แห่งในชุมชน และ ๒๑๕ แห่งในเขตเมือง)ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย ตามมาตรฐานที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์	รพ.สต. อ.แม่ลาน ไม่เข้าเกณฑ์ รพ.สต. ขนาดใหญ่		
๓. เครือข่ายองค์กรสร้างสุขภาพดีวิถีชีวิตไทยในทุกเขต	๑๐๐%	-	๑๐๐% (๒๒/๒๒)	๑๐๐% (๒๒/๒๒)
๔. ประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง DM & HT	> ๙๐ %	๘๐.๘๗ % ( ๕,๔๑๒ /๖,๖๙๒ )	๘๓.๙๒ % ( ๕,๓๖๐ /๖,๓๘๗ )	๘๖.๖๐ % ( ๕,๓๘๐ /๖,๒๑๔ )
๕. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ DM (pre-DM) ป่วยเป็น DM	< ๕ %	๔.๕๘ (๑๘/๓๙๓)	๓.๐๓ (๒๐/๖๕๘)	๔.๒๕ (๒๘/๖๕๘)
๖. ประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ HT (pre-HT) ป่วยเป็น HT	< ๑๐ %	๑๐.๑๙ (๙๒/๙๐๒)	๑๑.๓๘ (๑๐๒/๘๙๖)	๙.๓๗ (๘๔/๘๙๖)

๗. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่	< ๔%	๐.๓๑ (๒๐/๖,๖๙๒)	๐.๓๕ (๒๒/๖,๓๘๗)	๔.๒๕% (๒๘/๖,๒๑๔)
๘. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่	< ๘ %	๒.๑๗ (๑๓๙/๖,๖๙๒)	๑.๙๕ (๑๒๑/๖,๓๘๗)	๙.๓๗% (๘๔/๖,๒๑๔)
๙. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า)	> ๖๐ %	NA	ตา ๕๑.๖๓ (๑๒๖/๒๔๔) ไต ๕๖.๑๔ (๑๓๗/๒๔๔) เท้า ๕๘.๖ (๑๔๓/๒๔๔)	๑๕.๖๒% (๒๓๓/๑๒๒๗)
๑๐. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน (ไต)	> ๖๐ %	NA	๓๖.๗๘ (๑๙๙/๕๔๑)	๒๔.๖๖ (๗๔/๓๐๐)
๑๑. อัตราตายโรคหัวใจขาดเลือดลดลง	< ๑ %	๐ ราย	๒ ราย	๑ราย
๑๒. อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองลดลง	< ๒ %	๑ ราย	๐ ราย	๐ราย
๑๓. สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอก HT DM ทั้งหมดรับบริการที่รพ.สต.	> ๕๐ %	๙.๓๒ (๑๖๙/๑๘๐๐)	๙.๘๓ (๑๗๗/๑๗๙๙)	๙.๑๙ (๑๘๒/๑,๙๘๐)

### การต่อยอดในการพัฒนาต่อไป

๑. การคัดกรอง HT DM ในประชาชนอายุ ๑๕ปีขึ้นไปให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ โดยประสานงานกับ อสม. เพื่อติดตามกลุ่มเป้าหมายให้ต่อเนื่องในการคัดกรองผู้ป่วยตามช่วงเวลากลุ่มอายุ ๑๕-๒๒ ปี
๒. การให้ข้อมูลการดูแลตนเองกลุ่มประชาชนทั่วไป(กลุ่มไม่ป่วย) ร่วมกับภาคีเครือข่าย ปีละ ๑ ครั้ง เพื่อลดอัตราการเกิดผู้ป่วย HT DM รายใหม่
๓. จัดทำแผนคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย HT DM เป็นรายบุคคล ให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
๔. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต. เครือข่ายและกระจายผู้ป่วยในโรงพยาบาลลงสู่สถานบริการรพ.สต. ให้ได้ตามเป้าหมาย โดยจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในรพ.สต. ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ ๑ วัน และกำหนดแนวทางในการวินิจฉัยโรค HT,DM ที่มีภาวะแทรกซ้อนใหม่ที่ชัดเจน
๕. พัฒนาระบบฐานข้อมูลโรคเรื้อรังโดยการลดการบันทึกข้อมูลในเอกสาร และปรับการบันทึกข้อมูลที่สมบูรณ์ในโปรแกรม hos xp และ jhcis เพื่อให้มีความถูกต้อง รวดเร็ว ลดความซ้ำซ้อนและสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย