

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามแผนตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 /2566

เขตสุขภาพที่ 1 : จังหวัดเชียงใหม่

ระหว่างวันที่ 8 – 10 กุมภาพันธ์ 2566

ประเด็นที่ 5 : ลดป่วย ลดตาย และสร้างความมั่นคงทางสุขภาพ

หัวข้อ 5.3 ลดป่วย ลดตาย Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ

1) ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น /ตัวชี้วัดฯ : ประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น/ตัวชี้วัดฯ :

(1) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

1.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ $\geq 70\%$)

1.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ $\geq 93\%$)

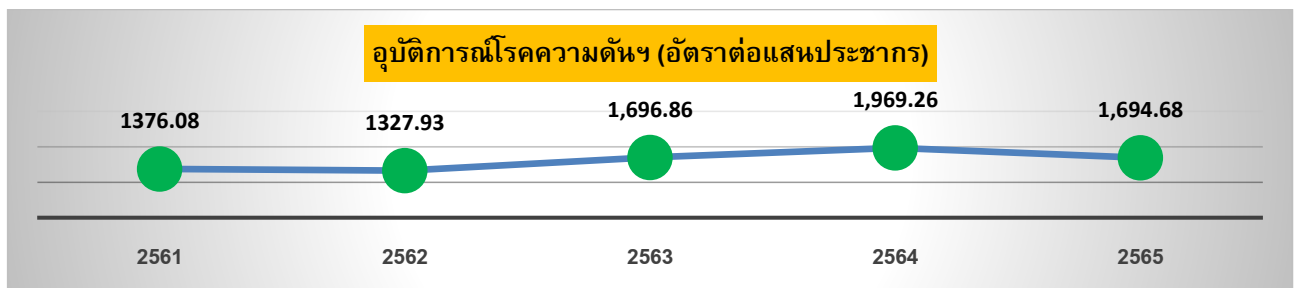
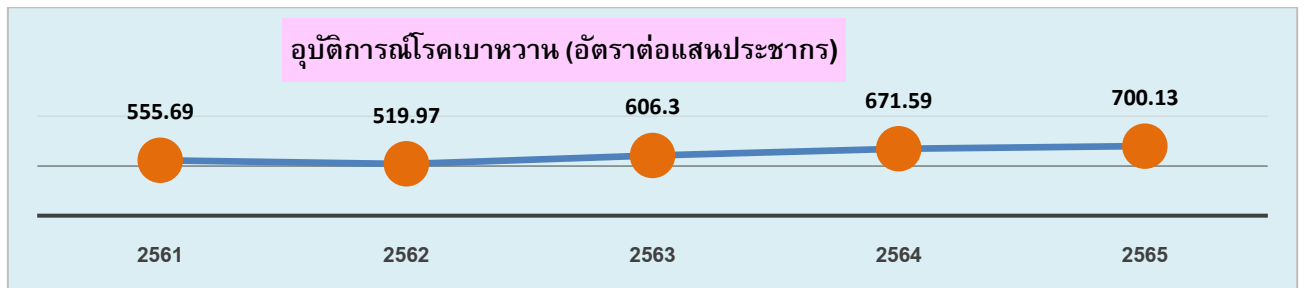
(2) ร้อยละของผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้ตามเกณฑ์

2.1 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ $\geq 40\%$)

2.2 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูง (ร้อยละ $\geq 60\%$)

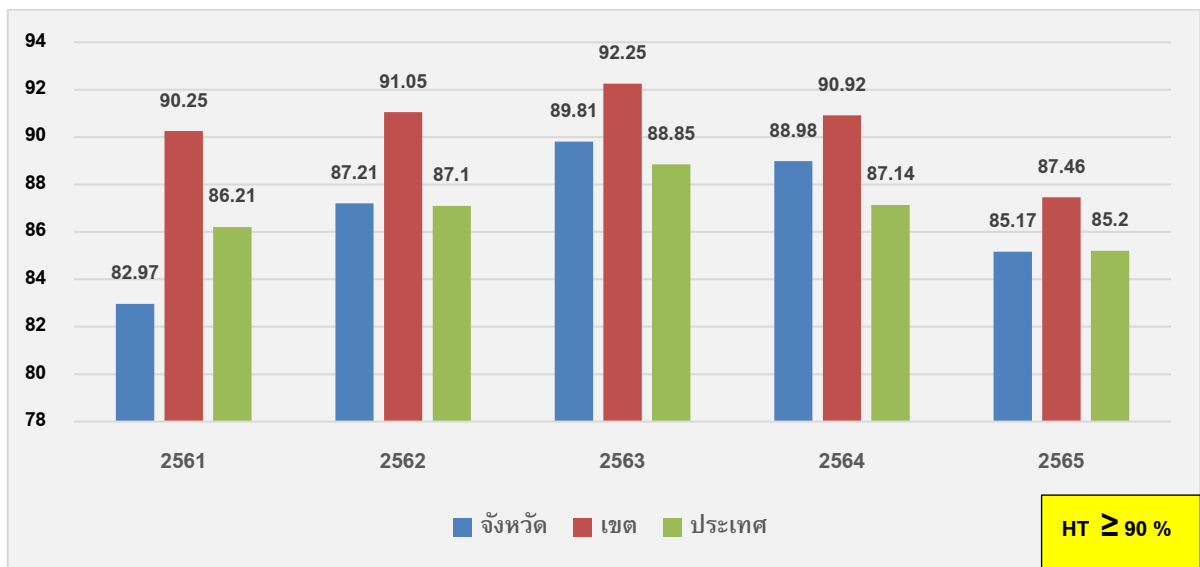
2) วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่

จังหวัดเชียงใหม่ได้ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและจัดการปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูล HDC ณ วันที่ 11 มกราคม 2566 ในปี พ.ศ. 2561 - 2565 จังหวัดเชียงใหม่ พบอุบัติการณ์การเกิดโรคเบาหวาน 555.69, 519.97, 606.3, 671.59 และ 700.13 ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูง 1,376.08, 1,327.93, 1,696.86 ,1,969.26 และ 1,694.68 ต่อแสนประชากร มีแนวโน้มลดลง

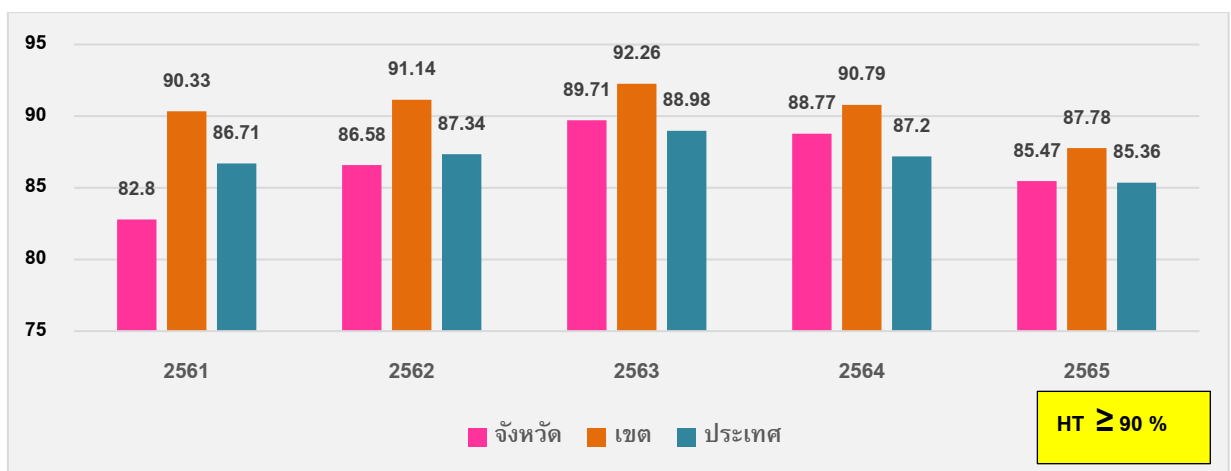


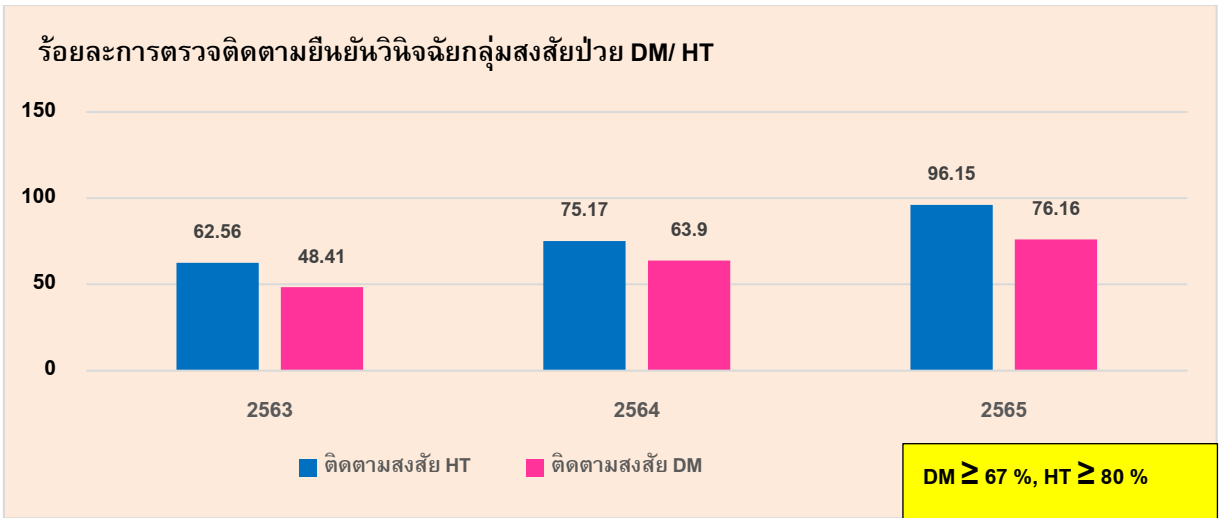
การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2561 - 2665 พบว่า จังหวัด เชียงใหม่ดำเนินการคัดกรองเบาหวานในประชาชน 35 ปีขึ้นไป ได้คิดเป็นร้อยละ 82.97, 87.21, 89.81, 88.98 และ 85.17 ตามลำดับ มีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชน 35 ปีขึ้นไป ได้คิดเป็นร้อยละ 82.8, 86.58, 89.71, 88.75 และ 85.47 ตามลำดับ ซึ่งการคัดกรองทั้งเบาหวานและความดันในปี พ.ศ. 2565 ยังไม่ผ่านเกณฑ์ (เกณฑ์การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงต้อง \geq ร้อยละ 90) กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2563 - 2565 ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 48.41, 63.9 และ 76.16 (เกณฑ์การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน \geq ร้อยละ 67) สำหรับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2563 - 2565 ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 62.56, 75.17 และ 96.15 (เกณฑ์การติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงต้อง \geq ร้อยละ 80)

ร้อยละการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป



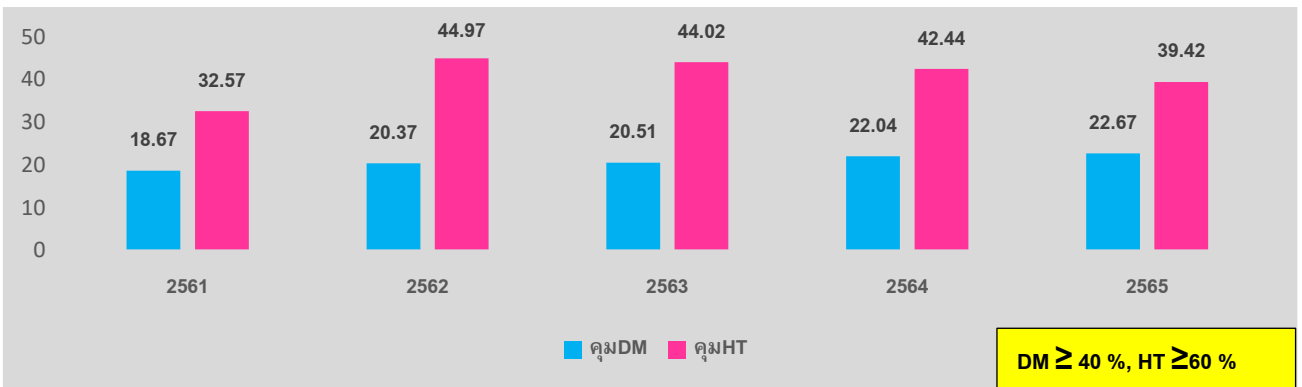
ร้อยละการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป





สำหรับการควบคุมโรคได้ดีในกลุ่มเบาหวาน ความดัน (เกณฑ์การควบคุมโรคเบาหวานได้ดีในกลุ่มเบาหวาน \geq ร้อยละ 40) โดยผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ปี พ.ศ. 2565 คิดเป็นร้อยละ 22.67 และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันเลือดได้ดี คิดเป็นร้อยละ 39.42 (เกณฑ์การควบคุมโรคเบาหวานได้ดีในกลุ่มเบาหวาน \geq ร้อยละ 60) ซึ่งในการควบคุมโรคเบาหวานและความดันในปี พ.ศ. 2565 ยังไม่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน

ร้อยละของผู้ป่วย DM/ HT สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันได้ดี



ในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดเชียงใหม่มีลักษณะการดำเนินงาน โดยมีการขับเคลื่อนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผ่านคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อ เขตสุขภาพที่ 1 และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพพฤติกรรมเสี่ยง ระบบบริการของหน่วยบริการทุกระดับ รวมทั้งภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์ กลยุทธ์และกิจกรรมหลัก ระยะเวลาดำเนินการการบูรณาการกับงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขับเคลื่อนนโยบายและการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการจัดทำโครงการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus : DM) - โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT) ในรูปแบบ House Model ภายใต้ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข /เขตสุขภาพที่ 1 :

1. เพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสาร ยกกระตบการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกมิติ
2. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้นและลดอัตราการตายโรคที่สำคัญ : ลดป่วย ลดตาย ลดแทรกซ้อน ลดแออัด ลดรอคอย

3. BIG ROCK 2 : NCD (เชียงใหม่)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก
1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะในระดับพื้นที่	<ul style="list-style-type: none"> * ขับเคลื่อนประเด็นการแก้ไขปัญหาโรคเบาหวาน /ความดันและบูรณาการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในระดับอำเภอ (พชอ.) * ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการส่งเสริม/ป้องกัน DM-HT ใน HLO (รพ. /สสอ. /รพ.สต.) * การบูรณาการงาน NCD ร่วมกับงานปฐมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ และเชื่อมต่อโดยระบบข้อมูลแบบ Digital * ผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน
2. สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างแกนนำสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> * ประชาชนเข้าถึงเครื่องวัด BP และเครื่องเจาะน้ำตาล * ติดตั้ง Health station ที่สามารถเชื่อมกับ PHR รายบุคคล * การเข้าถึงการตรวจสุขภาพเบื้องต้นด้วยตนเอง ผ่าน Health Station ทุกตำบล * ประชาชนถือครองสมุดสุขภาพเป็นของตนเอง (Personal Health Records) ทั้งรูปแบบ Digital /Paper ตามความเหมาะสมของพื้นที่ * สร้างความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมกับรายบุคคล * ต้นแบบ อสม.ใช้ self check self monitor * สร้างบุคคลต้นแบบ-โค้ช-พี่เลี้ยงในระดับตำบล
3. พัฒนาการคัดกรองการรักษาให้มีประสิทธิภาพ	<ul style="list-style-type: none"> * ขยาย NCD clinic ในระดับปฐมภูมิ * NCD Clinic Plus ให้อยู่ในระดับดีขึ้น * ระบบบริการเฉพาะกลุ่ม Uncontrol และจัดให้มี Group Line ผู้ป่วย * ตรวจ Yearly Check Up ภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า CVD Risk * จัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้าง HL หรือให้ Interventions ตามความเหมาะสมของบริบทของพื้นที่สำหรับผู้ป่วย DM HT (Best Practice) * การออกแบบระบบนัดหมาย /ออกแบบการดูแลโดยทีมแพทย์สุขภาพประจำตัว / ออกแบบโปรแกรม Personalized Health/บริหารจัดการเพื่อให้เกิด Self-Monitoring

Small Success

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานประจำปี - ประกาศนโยบายสุขภาพพระศัพท. /พชต. ตามบริบท - การบูรณาการงาน NCD ร่วมกับงานปฐมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ และเชื่อมต่อโดยระบบข้อมูลแบบ Digital ทุกแห่ง - ปรับปรุงกลุ่มเป้าหมายให้เป็นปัจจุบัน - ร้อยละของ พชก.อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM และ HT ได้ \geq ร้อยละ 70 - ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย DM/HT อายุ 35-59 ปี ให้ได้ ร้อยละ 70% ขึ้นไป - ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ให้ได้ 40 % ขึ้นไป - จัดคลินิกบริการเฉพาะกลุ่ม Uncontrol และจัดให้มี Group Line ผู้ป่วย NCD ใน รพ. หน่วยบริการปฐมภูมิ - เตรียมความพร้อมระบบ Telemed ในการรักษา/ส่งต่อ - มี Health Station ระดับ ตำบล \geq 30 % - จังหวัดดำเนินการคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อประจำปี ผ่าน App. Smart อสม.(จังหวัดละ 1 ตำบล) 	<ul style="list-style-type: none"> - การบูรณาการงาน NCD ร่วมกับงานปฐมภูมิผ่านกลไก 3 หมอ และเชื่อมต่อโดยระบบข้อมูลแบบ Digital ทุกแห่ง - ร้อยละของ พชก. อายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM และ HT ได้ \geq ร้อยละ 90 - ดำเนินการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย DM/HT อายุ 35-59 ปี ให้ได้ ร้อยละ 87 % ขึ้นไป - ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย DM/HT ให้ได้ \geq 80 % - ตรวจ Yearly Check Up ภาวะแทรกซ้อนตา ไต หัวใจ CVD Risk กลุ่มป่วย \geq 40 % - จัดกลุ่มประชาชน ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยคุมได้ (เขียว/เหลือง) กลุ่มป่วยคุมไม่ได้ (ส้ม/แดง) กลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อน (ดำ) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้าง HL และ ดำเนินการให้ Interventions ตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของพื้นที่ \geq 40 % - ประเมินตนเอง NCD Clinic Plus รอบที่ 1 - มีการดำเนินการใช้ระบบ Telemedicine NCD ในระดับปฐมภูมิ ร้อยละ 50 - มี Health Station ระดับตำบล \geq 40 % 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจ Yearly Check Up ภาวะแทรกซ้อนตา ไต หัวใจ CVD Risk กลุ่มป่วย \geq 60 % - จัดกลุ่มประชาชน ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยคุมได้ (เขียว/เหลือง) กลุ่มป่วยคุมไม่ได้ (ส้ม/แดง) กลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อน (ดำ) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้าง HL และ ดำเนินการให้ Interventions ตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของพื้นที่ \geq 60 % - ดำเนินการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus รอบที่ 2 - มี Health Station ระดับ ตำบล \geq 50 % - บุคคลต้นแบบ-โค้ช-พี่เลี้ยง ในระดับตำบลทุกตำบล - อสม.ใช้ self check self monitor ในตำบลต้นแบบ 	<ul style="list-style-type: none"> - ตรวจ Yearly Check Up ภาวะแทรกซ้อนตา ไต หัวใจ CVD Risk กลุ่มป่วย \geq 60 % - จัดกลุ่มประชาชน ปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยคุมได้ (เขียว/เหลือง) กลุ่มป่วยคุมไม่ได้ (ส้ม/แดง) กลุ่มที่มีอาการแทรกซ้อน (ดำ) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสร้าง HL และ ดำเนินการให้ Interventions ตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมาย และบริบทของพื้นที่ \geq 65 % - Health Station ชุมชน/หมู่บ้าน \geq 60 % - NCD Clinic Plus ให้อยู่ในระดับดีขึ้นไปเพิ่มขึ้น 5 แห่ง

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน ในปี 2566
1. กลุ่มสงฆ์ป่วยเบาหวาน ได้รับการติดตามไม่ถึงเป้าหมาย (ร้อยละ)	<p>1.1 ชี้แจงทำความเข้าใจ Template ให้กับพื้นที่</p> <p>1.2 นิเทศติดตามปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน ทั้ง 25 อำเภอ</p> <p>1.3 เร่งรัดการดำเนินการติดตามให้แล้วเสร็จตาม Small Success</p> <p>1.4 หน่วยบริการเชิงรุก : รพ.สต.ดำเนินการเจาะเลือดให้ผู้ป่วยที่บ้านหรือสถานบริการและส่งต่อ รพ.แม่ข่าย /จัดระบบการนัดกลุ่มสงฆ์ป่วยให้ได้รับการตรวจติดตามที่สะดวก รวดเร็ว ในรูปแบบ New Normal เช่น การจัดการบริการช่องทางด่วน การนัดหมายผ่าน Application ต่างๆ</p> <p>1.5 จัดทำแนวปฏิบัติกรลงข้อมูลให้ถูกต้อง (มีการทำ Flow การติดตามและลงข้อมูลกลุ่มสงฆ์ป่วย โดย สคร.เชียงใหม่และ ไอที รพ.นครพิงค์)</p> <p>1.6 สนับสนุนการพัฒนา Service Model นวัตกรรม เทคโนโลยี ที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพได้สะดวกขึ้น เช่น จัดตั้ง Health station ในชุมชน</p>	- หลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา ในการจัดบริการสู่กลุ่มเสี่ยง/สงฆ์ป่วยเบาหวานระดับปฐมภูมิ
2. บุคลากรมีการปรับเปลี่ยนหมุนเวียน ขาดความมั่นใจในการดำเนินงานและองค์ความรู้	<p>2.1 จัดทำแนวทางการดำเนินงาน NCD</p> <p>2.2 สนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติเรียน E-learning หลักสูตรเพิ่มสมรรถนะการจัดการโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ระดับต้นและระดับกลางของกองโรคไม่ติดต่อ</p> <p>2.3 ส่งเสริมการเรียนรู้ทั้งรูปแบบ Online และ Onsite โดยผสมความร่วมมือ Service Plan NCD</p>	<p>- ประชุมเชิงปฏิบัติการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน NCD Clinic Plus</p> <p>- ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาคู ก. หลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา ในการจัดบริการสู่กลุ่มเสี่ยง / สงฆ์ป่วยเบาหวานระดับปฐมภูมิ</p>
3. Data error (ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยไม่จริง)	PM อำเภอดำเนินการแก้ไขข้อมูลในหน่วยบริการกรณีที่ไม่สามารถแก้ไขหรือไม่มั่นใจ ต้องการลบข้อมูลให้ดำเนินการส่งข้อมูลให้ PM จังหวัดเพื่อให้ทีมไอทีดำเนินการลบข้อมูล	- ประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและระบบรายงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัญหา /สาเหตุ	แผน /กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า / ผลการดำเนินงาน ในปี 2566
4. DM/HT Control - การควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตยังไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย (เป้าหมายร้อยละ) - รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน	4.1 สนับสนุนการตรวจ HbA1C ให้ครอบคลุมกลุ่มที่ควรได้รับการตรวจ 4.2 ค้นหารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย 4.3 ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	- หลักสูตรโรงเรียนเบาหวานวิทยา ในการจัดบริการสู่กลุ่มเสี่ยง / สงสัยป่วยเบาหวานระดับปฐมภูมิ - ประชุมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วย ด้วยกระบวนการ MI ให้ห่างไกลโรคแทรกซ้อน จากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี

อำเภอ	ผลงานเด่น / นวัตกรรม
พร้าว	- นวัตกรรม NCD Self Care ในยุคโควิด 19 - Public BP (ดำเนินรูปแบบ Health station นำเครื่องวัด BP ไว้ตามชุมชน เช่น ร้านค้า ธนาคาร ธกส.) - ปฏิทินเมนูอาหารลดเค็มในครัวเรือน - เมนูรักสุขภาพ “หวานน้อยก็อร่อยได้” ดำเนินการร่วมกับร้านเครื่องดื่ม
สันป่าตอง	CQI : การจัดบริการ NCD new normal มีการจัดกลุ่มบริการเพื่อลดความแออัด และเพื่อดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึง
หางดง	- ร.ร.มินิเบาหวาน : เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงกลุ่มป่วย - line OA : เพื่อลดความแออัด เป็นการนัด การจัดคิว และระบบ Fast track refill ยา - นวัตกรรมทุกที่ทุกเวลา - Pop Up ผลการตรวจสุขภาพและภาวะแทรกซ้อน
แม่อน	- ใบเหลืองเตือนใจ
ไชยปราการ	- แก้วน้ำไม่หวาน และ พัด 4 สี
แม่วาง	- ชันข้าวปลอดน้ำตาล
ดอยหล่อ	- QR code ช่องทางการสื่อสารการใช้ยา, เหยียบกะลานวดฝ่าเท้า
สะเมิง	- นวัตกรรมป้องกันไต โดย สมุดสีม่วง (ห้ามจ่ายยา NSIDs)
อมก๋อย	- แผงยากันลิ้ม
ดอยสะเก็ด	- หมู่บ้านโลโซเดียม ตำบลป่าเมียง

ผู้รายงาน : นางโปรดปราน ขำสุวรรณ

ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ (NCD) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

โทรศัพท์มือถือ : 091-858-2381

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สสจ.เชียงใหม่

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ /โรคหลอดเลือดหัวใจ /โรคหลอดเลือดสมอง