



บันทึกข้อความ

FB 2 (2)

ส่วนราชการ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล โทรศัพท์ ๐-๔๒๗๘-๕๐๒๑ ต่อ ๓๐๑

ที่ วันที่ ๑๔ เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง
อำเภอหาดใหญ่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหาดใหญ่

เรื่องเดิม

ตามที่ งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล ได้จัดโครงการพัฒนาระบบการดูแลคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๑๕,๑๖,๑๗,๑๘ และวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๑ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเขตพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จำนวน ๓,๐๓๗ คน เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน ตามแนวทางทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยที่มารับบริการได้รับการส่งต่อตามสภาพปัญหา และแนวทางเวชปฏิบัติอย่างเหมาะสม

ข้อเท็จจริง

งานผู้ป่วยนอก กลุ่มงานการพยาบาล ได้ดำเนินการงานโครงการพัฒนาระบบการดูแลคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภอหาดใหญ่ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ระหว่างวันที่ ๑๕,๑๖,๑๗,๑๘ และวันที่ ๒๓ มกราคม ๒๕๖๑ มีรายละเอียดสรุปผลการดำเนินงาน ดังรายละเอียดแนบท้ายบันทึก

ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

๑. ไม่มีเครื่องในการถ่ายภาพจอประสาทตาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ จำนวนวันในการดำเนินงานมีจำกัด ทำให้คนที่ไม่อยู่ในพื้นที่ หรือติดธุระ ไม่สามารถมารับบริการได้
๒. ผู้รับบริการไม่สะดวกในการเดินทาง ไป - กลับ ในการมารับบริการ หลังถ่ายภาพจอประสาทตา บางคนมีปัญหาในการมองเห็น ไม่มีผู้ดูแลมารับบริการ

ข้อพิจารณา/ข้อเสนอ

๑. แนวทางแก้ไข
 - จัดกิจกรรมถ่ายภาพจอประสาทตาเพิ่ม สำหรับผู้ที่ติดธุระ หรือที่ยังไม่ได้ถ่ายภาพจอประสาทตาในรอบแรก
 - จัดรถรับ - ส่ง จาก อบต. อบท. ในพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการมารับบริการ

/๒.เห็นควร...

“อยู่สกล รักสกล ทำเพื่อสกลนคร”

๒. เห็นควรอนุมัติให้เผยแพร่โครงการฯ และรายงานผลการดำเนินงาน ขึ้นเผยแพร่ทาง
เว็บไซต์โรงพยาบาลกุดบาก www.kudbakhos.org

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา



(นางจันทร์เพ็ญ ภูสมปอง)
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ทราบ/ตามเสนอ



(นายชนวรช หาญสุริย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก

“อยู่สกล รักสกล ทำเพื่อสกลนคร”

สรุปผลการดำเนินงาน

โครงการพัฒนาระบบการดูแลคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

อำเภอกุตุบาก ปีงบประมาณ 2561

กิจกรรมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า และฟัน



โดย

นางจันทร์เพ็ญ ภูสมปอง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกุตุบาก ตำบลกุตุบาก อำเภอกุตุบาก จ.สกลนคร

โครงการพัฒนาระบบการดูแลคลินิกโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง อำเภออุตุบก ปีงบประมาณ 2561

จัดกิจกรรมการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า และฟัน

ผู้รับผิดชอบหลัก 1.นางจันทร์เพ็ญ ภูสมปอง

2.นางสาวพิมพ์นภัทร หมูแสนกอ

จำนวนบุคลากรที่ร่วมดำเนินงาน 40 คน

ระยะเวลาที่ดำเนินงานจริง 15,16,17,18 และ 23 มกราคม 2561

งบประมาณตามแผน 68,000 บาท (งบ UC) PP ปี 2561

งบประมาณที่ใช้จริง 66,750 บาท

รายละเอียดดังนี้

ค่าใช้จ่าย	งบประมาณ(บาท)	ใช้จ่ายจริง(บาท)
1.ค่าอาหารกลางวัน และอาหารว่าง เช้า-บ่าย เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน จำนวน 42 คนๆละ 100 บาท/วัน รวม 5 วัน	21,000	21,000
2.ค่าอาหารว่าง เครื่องดื่ม สำหรับผู้มารับบริการ จำนวน 230 คนๆละ 15 บาท/วัน รวม 5 วัน	17,250	17,250
3.ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ถ่ายภาพจอประสาทตา ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คนๆละ 600 บาท/วัน รวม 5 ; วัน เป็นเงิน 9,000 บาท และตำแหน่งพนักงานบริการจำนวน 1 คนๆละ 300 บาท/วัน รวม 5 วัน เป็นเงิน 1,500 บาท	10,500	10,500
4.ค่าตอบแทนจักษุแพทย์อ่านภาพถ่ายจอประสาทตา จำนวน 1,050 คนๆละ 15 บาท	18,000	18,000
5.ค่าจ้างเหมารถรับส่งผู้ป่วยมาตรวจตา(5x1500)	7,500	7,500
รวมค่าใช้จ่าย	66,750	66,750

ตัวชี้วัดโครงการ

ตัวชี้วัดโครงการ	เป้าหมาย	ปฏิบัติได้
1.ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ฟัน	> 80	82.39
2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางตา	≤ 10	0.36
3.ร้อยละผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษา	90 (5)	100 (5)
สรุปความสำเร็จโครงการ		สำเร็จ

ปัญหาในการดำเนินงาน

- 1.ไม่มีเครื่องในการถ่ายภาพจอประสาทตาในโรงพยาบาลกุดบาก จำนวนวันในการดำเนินงานมีจำกัด ทำให้คนที่ไม่อยู่ในพื้นที่ หรือติดธุระ ไม่สามารถมารับบริการได้
- 2.ผู้รับบริการไม่สะดวกในการเดินทาง ไป- กลับ ในการมารับบริการ หลังถ่ายภาพจอประสาทตา บางคนมีปัญหาในการมองเห็น ไม่มีผู้ดูแลมารับบริการ

ข้อเสนอแนะ

- 1.จัดกิจกรรมถ่ายภาพจอประสาทตาเพิ่ม สำหรับผู้ที่ติดธุระ หรือที่ยังไม่ได้ถ่ายภาพจอประสาทตาในรอบแรก
- 2.เสนอ รถ รับ-ส่ง จาก อบต. อบท. ในพื้นที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการมารับบริการ

ภาพถ่ายกิจกรรมในการดำเนินโครงการ

ประชุมเพื่อปรึกษาหารือ ก่อนการจัดกิจกรรม



ผอ.กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวแทนนายอำเภอ เป็นประธานในการประชุมสภาสุขภาพอำเภอ





นพ.อิสเรศ กลยณี เป็นประธาน ประชุมการดำเนินงาน

ทีมเจ้าหน้าที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดกิจกรรม





ทีมงานจาก รพ.พระอาจารย์แบนชนากโร ร่วมถ่ายภาพจอประสาทตา

จัดกิจกรรมตรวจ ตา เท้า ฟัน ณ ห้องประชุม ราชพฤกษ์ โรงพยาบาลกุดบาก

จุดที่ 1 ลงทะเบียน





อสม.ช่วยเหลือเป็นผู้นำบริการตรวจตา เท้า และฟัน

2.ตรวจการมองเห็น



ตรวจการมองเห็น VA

จุดที่ 3 ตรวจฟัน



จุดที่ 4 ตรวจเท้า



ตรวจเท้าโดยแพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด

จุดที่ 5 ถ่ายภาพจอประสาทตา



ถ่ายภาพจอประสาทตาโดยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร

๕.พบภาวะแทรกซ้อนทางตา พบแพทย์และ ส่งรักษาต่อที่ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบนธนาโกร



ตรวจตาพบภาวะแทรกซ้อน ส่งพบแพทย์



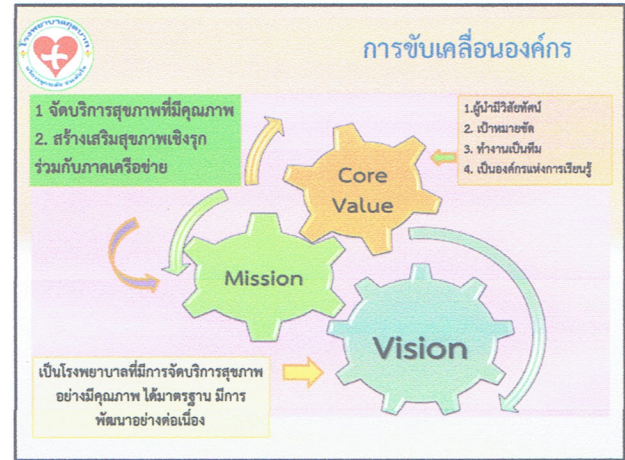
มีรถจากโรงพยาบาลพระอาจารย์รับ-ส่ง ไปรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลพระอาจารย์แบนธนาโก

ลงชื่อ.....ผู้รับผิดชอบหลัก

(..นางจันทร์เพ็ญ ภูสมปอง..)

วันที่รายงาน 31 มกราคม 2561

แพทย์ 3 คน (1:11,146) ทันตแพทย์ 2 คน (1:16,719) เภสัชกร 5 คน (1:6,687) พยาบาลวิชาชีพ 32 คน เจ้าหน้าที่อื่น 24 คน	รพ. กุดบาก 	รพ. กุดบาก 	รพ. 1 คน รพ.ส. 2 คน รพ.ส. 3 คน เจ้าหน้าที่อื่น 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน
NP 1 คน รพ.ส. 1 คน รพ.ส. 2 คน รพ.ส. 1 คน เจ้าหน้าที่ 3 คน เฉลี่ยรพ./คน: 1:1,492	อัตรากำลัง คปสอ.กุดบาก	NP 1 คน รพ.ส. 2 คน รพ.ส. 1 คน รพ.ส. 1 คน เจ้าหน้าที่ 3 คน เฉลี่ยรพ./คน: 1:1,214	
NP 2 คน รพ.ส. 3 คน รพ.ส. 1 คน รพ.ส. 4 คน เจ้าหน้าที่ 2 คน เฉลี่ยรพ./คน: 1:1,357	รพ. สก. โพนสวรรค์ 	รพ. สก. สอนแก่น 	NP 1 คน รพ.ส. 2 คน รพ.ส. 1 คน รพ.ส. 3 คน เจ้าหน้าที่ 2 คน เฉลี่ยรพ./คน: 1:1,329
	รพ. สก. บ้านนาหวาย 	รพ. สก. ดงมะดะ 	NP 1 คน รพ.ส. 2 คน รพ.ส. 1 คน รพ.ส. 2 คน เจ้าหน้าที่ 2 คน เฉลี่ยรพ./คน: 1:1,720



Core competency

1. การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคไต ซึ่ง เป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่ มีการทำงานเป็นทีมร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถเข้าถึงบริการได้
2. การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็ว โดยมีการพัฒนาระบบ EMS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่ร่วมกับภาคีเครือข่าย มีการซ้อมแผนในการรับมือกับ อุบัติเหตุหมู่ ทบพวินวิชาการและความรู้ในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ
3. ความสามารถในการควบคุมโรคระบาด ได้แก่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก มีการ ประสานงานร่วมกับภาคีเครือข่าย
4. การส่งเสริมสุขภาพและนำส่งสู่ชุมชน

Strategic

ยุทธศาสตร์	จุดเน้นโรงพยาบาล	การดำเนินการ
1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม	1. พัฒนาคุณภาพคลินิกบริการกลุ่มโรคสำคัญ	บูรณาการคลินิกดังต่อไปนี้ 1. เบาหวาน 2. หัวใจและหลอดเลือด 3. Asthma 4. BA เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัยตามหลัก Patient Safety Goal (PSG)



การดำเนินงาน NCD CLINIC

ประกอบด้วย

1. กระบวนการพัฒนา NCD PLUS คุณภาพ มี 6 องค์ประกอบ
2. ผลลัพธ์การพัฒนา NCD PLUS คุณภาพ มี 15 ตัวชี้วัด



วิสัยทัศน์งาน NCD

ลดเสี่ยง ลดโรค ลดภาวะแทรกซ้อนในประชาชน
อำเภออุตุบาท โดยเน้นการสร้างเครือข่าย และ
ให้บริการเชิงรุก



พันธกิจงาน NCD

- คัดกรองประชาชนในเขตอำเภออุตุบาทให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- ส่งเสริมและพัฒนาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีความรู้ สามารถนำไป
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้
- พัฒนาระบบบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกันทั้ง
โรงพยาบาล รพ.สต. ครอบครัว และชุมชน
- พัฒนานองค์ความรู้ของบุคลากร เทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุนการ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง



องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบาย (ต่อ)

1.4 ติดตามความก้าวหน้า และทิศทางการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ NCD Plus

- ประชุม NCD board ทุก 2 เดือน
- นำเสนอ สรุปผลงานใน จังหวัด / กปสอ. / กบ
- ติดตามนิเทศทุก 6 เดือน



องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบาย (ต่อ)

1.5 บุคลากร สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เพียงพอ และเอื้อต่อการเข้าถึงและการบริการ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมสหสาขาวิชาชีพ ชัดเจน

ชื่อ	ตำแหน่ง	หน้าที่	ชื่อ
นายแพทย์	แพทย์	1. ให้คำปรึกษาและตรวจ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	2. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	3. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	4. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	5. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	6. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	7. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	8. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	9. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว
นายแพทย์	แพทย์	10. ตรวจและให้คำแนะนำ	นางสาว



องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบาย (ต่อ)

1.6 เครื่องมือ และอุปกรณ์สำหรับการให้บริการที่เพียงพอ มีประสิทธิภาพ และพร้อมใช้

- มีแผนการบริการจัดการเครื่องมือ และอุปกรณ์ อย่างต่อเนื่อง
- ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทุก 1 ปี



องค์ประกอบที่ 2

มีระบบสารสนเทศ



องค์ประกอบที่ 1 มีทิศทางและนโยบาย



องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบาย

1.1 แต่งตั้งคณะทำงานNCD board ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย(อสม.,จิตอาสา, ตัวแทนผู้ป่วย DM, ตัวแทนผู้ป่วย HT) และมอบหมายหน้าที่รับผิดชอบ






องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบาย (ต่อ)

1.2 วางแผนปฏิบัติการและคดลงทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมความเข้มแข็งของระบบบริการ ในการป้องกัน และจัดการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อ




วางแผน กำหนดทิศทางนโยบาย/ประกาศนโยบาย

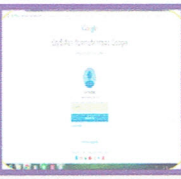


องค์ประกอบ 1 มีทิศทางและนโยบาย (ต่อ)

1.3 สื่อสารทิศทางนโยบายไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

- * โดยแจ้งในที่ประชุมประจำเดือน คปสอ. /หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย เขียนรับนโยบาย/แจ้งผู้ปฏิบัติ
- * E.mail ,Line

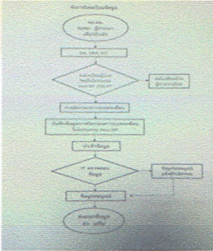




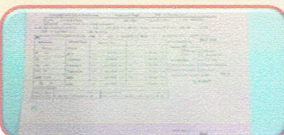
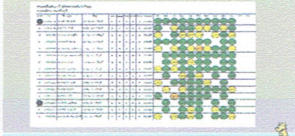
องค์ประกอบ 2 มีระบบสารสนเทศ

2.1 ระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์

มีทั้งการไหลเวียนข้อมูล



มีทะเบียนข้อมูลรายกลุ่ม/รายบุคคล

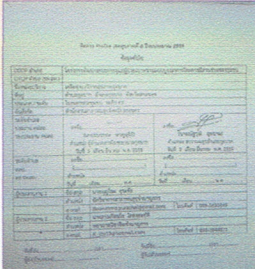
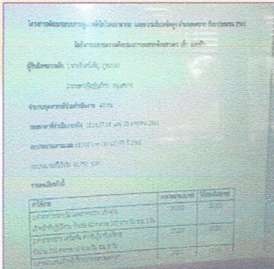
องค์ประกอบ 2 มีระบบสารสนเทศ(ต่อ)

2.2 ระบบข้อมูลและสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย

- มีระบบทะเบียนข้อมูลของกลุ่มผู้รับบริการทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ข้อมูลการให้บริการ ที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน ควบคุมโรค ที่มีความสมบูรณ์ ครบถ้วนเป็นปัจจุบัน และจัดเก็บในระบบคอมพิวเตอร์
- มีระบบสารสนเทศและข้อมูลที่เชื่อมโยง แลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่ายและเชื่อมโยงกับ data center ของจังหวัด
- นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุม รักษา ดูแล และออกแบบบริการสุขภาพ ทั้งใน รายบุคคล กลุ่มผู้รับบริการเป้าหมาย และกลุ่มประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ

องค์ประกอบ 2 มีระบบสารสนเทศ(ต่อ)

2.3 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย

องค์ประกอบ 2 มีระบบสารสนเทศ(ต่อ)

2.4 การรายงานข้อมูล ให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย




องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

การจัดการเข้าถึงบริการโรคที่มีคุณภาพ ในการวินิจฉัยโรครายใหม่

ปัญหา

- ผู้รับบริการที่คัดกรองพบ FPG ≥ 126 mg% ได้รับการวินิจฉัยได้เร็วขึ้น เนื่องจากมีระบบการส่งต่อที่เข้าถึงการวินิจฉัย ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ปี 61 พบ 50 ราย

แนวทางการแก้ไข

จัดระบบบริการการป้องกัน และควบคุมโรคให้ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย

องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

3.3 การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ของโรค DM HT

มีการค้นหาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย DM / HT รวมถึงประเมินระยะของโรค ความเสี่ยง ให้เสร็จสิ้นภายใน เดือน เมษายน ของทุกปี พร้อมลงข้อมูลในโปรแกรม HosXp เพื่อให้การดูแลรักษา และส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาพบแพทย์เฉพาะทาง




องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

มีการ ค้นหาภาวะแทรกซ้อนทางไต ตา เท้า และ ฟัน ตามแผนการดำเนินงาน



องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

3.3 การให้บริการป้องกัน ควบคุมโรคและดูแลรักษาสอดคล้องกับระยะของโรค โดยทีมสหวิชาชีพ

ในโรงพยาบาล

- จัดคลินิกกลุ่มให้บริการตั้งแต่เวลา 6.00 น. โดยทีมสหสาขา
- วันพุธ เป็นคลินิกความดันโลหิตสูง
- วันจันทร์ พฤหัสบดี เป็นคลินิกเบาหวาน

กิจกรรมที่ให้บริการ

- ซึ้นน้ำหนัก วัดความดัน ตรวจสอบโรค ให้ความรู้โดยทีมสหสาขา
- พบ NCM พบแพทย์ นักหมาย รับยา



องค์ประกอบ 2 มีระบบสารสนเทศ(ต่อ)

ปัญหาในระบบ IT การวางแผนพัฒนาระบบ Data center

ปัญหา

- ทะเบียนข้อมูลยังต้องใช้วิธีดึงข้อมูลจากโปรแกรม Hos XP ออกมาจัดเก็บและทำเป็นทะเบียน Excel เพื่อสะดวกในการประมวลผลข้อมูล
- รพ.กับรพสต.ใช้โปรแกรมการจัดเก็บข้อมูลต่างกัน HOSxP กับ JHCIS ทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลลำบาก
- ฐานข้อมูล HDC /Cockpits/ข้อมูลจริง ไม่ตรงกัน

วางแผน

-พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลในระบบ Hos XP สามารถดึงข้อมูลตามที่ต้องการได้ เช่น รายงานป้องกัน 7 สี สรุปผลตรวจเท้า ตา ไต



องค์ประกอบ 3

การปรับระบบและกระบวนการบริการ



องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ

3.1 การให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง



รพ.สต.คัดกรองเบาหวานพบ
FBG $\geq$ 126 mg%

เจาะเลือด FPG $\geq$ 126 mg% ครั้งที่ 2

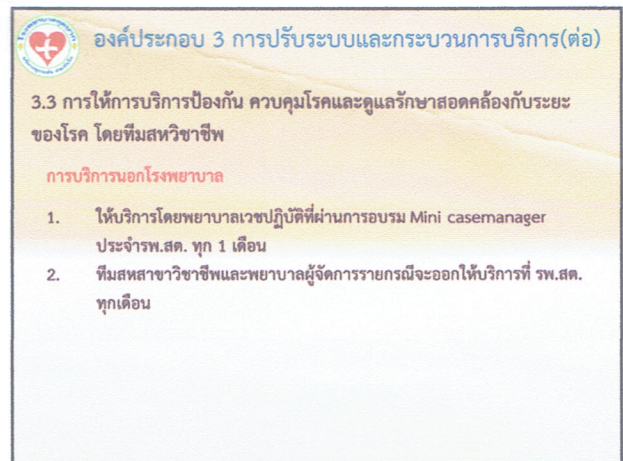
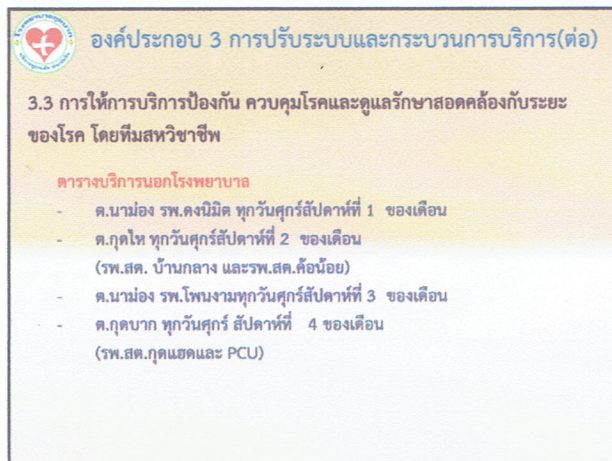
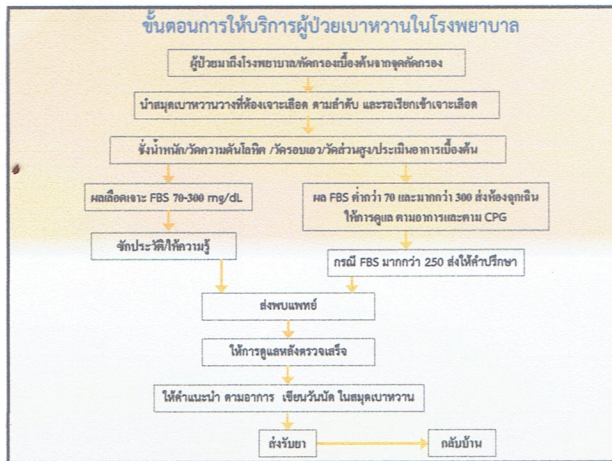
ส่งพบแพทย์ที่ รพ.เพื่อรับการวินิจฉัย

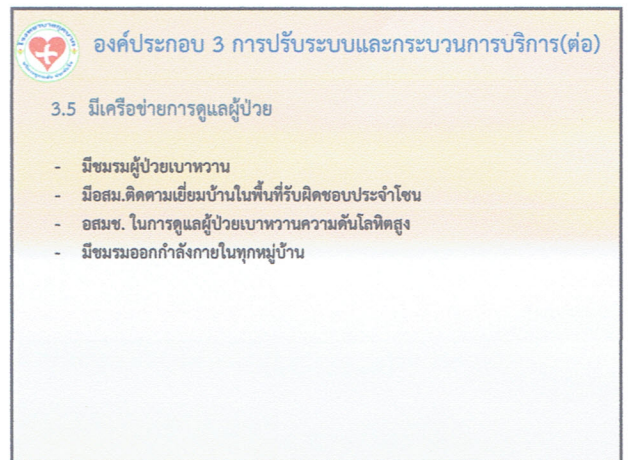


องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

3.2 การวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่และแจ้งผลการวินิจฉัยแก่เครือข่ายที่ส่งมา แจ้งผลการวินิจฉัยกลับแก่เครือข่าย ผ่านทาง Line และส่งใบส่งต่อตอบกลับรายเดือน









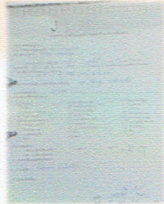
องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

3.6 มีระบบส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

แผนการติดตามการส่งต่อผู้ป่วย

มีแนวทางในการติดตามผู้ป่วย

- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์
- ผู้ป่วยที่ขาดนัด ขาดยา
- ผู้ป่วยที่ควบคุมพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม



องค์ประกอบ 3 การปรับระบบและกระบวนการบริการ(ต่อ)

3.6 ระบบส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน

มีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยจากรพ.สต. ส่งมารพ.

- ผู้ป่วยรายใหม่ทุกคน
- ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิตไม่ได้
- ผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลมากกว่า 300 mg% และมีอาการผิดปกติ
- ผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 180 /100 mmhg
- ประสานทีม FR ในการส่งต่อผู้ป่วย
- มีใบส่งต่อจากรพ.สต.มายังโรงพยาบาลและจากรพ.ส่งกลับไปรพ.สต.



องค์ประกอบที่ 4

มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง



องค์ประกอบ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

4.1 จัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ

- ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สืบแดง
- ส่งผู้ป่วยพบพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง เพื่อค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
- จัดระบบการเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำ/สูง
- จัดระบบการให้ความรู้ 3 อ 2 ถ







องค์ประกอบ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ)

4.3 การสนับสนุนการจัดการตนเอง

กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป

- มีการตรวจคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน เดือนตุลาคม – ธันวาคม พร้อมทั้งให้ความรู้การปฏิบัติตัว
- มีการจัดตั้งชมรมการออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน
- มีกิจกรรมวิ่งสู้ชีวิตป้องกัน จราจรชีวิต 7 สี

กลุ่มเสี่ยง

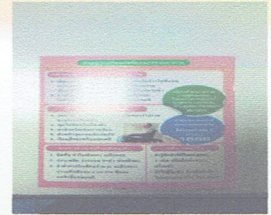
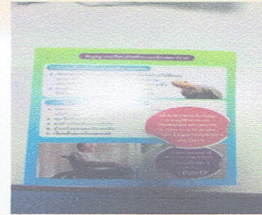
- มีการตรวจสุขภาพคัดกรองซ้ำ อีก 1 เดือน
- กรณีพบผลผิดปกติส่งมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล โดยมีสมุดบันทึกสุขภาพให้ผู้ป่วยทุกราย



องค์ประกอบ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (ต่อ)

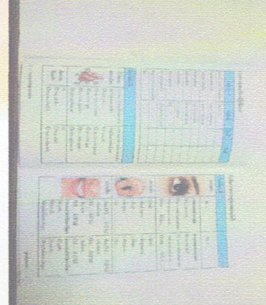
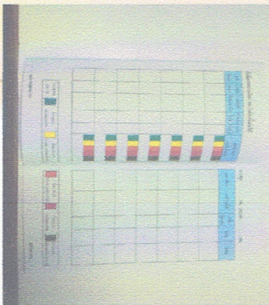
4.4 สื่อและหรือ เครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง

สมุดบันทึกสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน/ความดัน รพ.กุดบาก



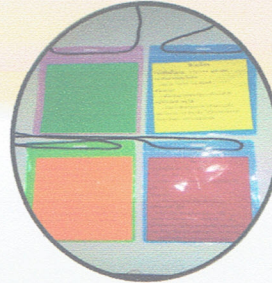
นวัตกรรม

สมุดบันทึกสุขภาพ



นวัตกรรม

ป้ายสีจราจร รพ.กุดบาก



นวัตกรรม

ถุงผ้าเตือนใจ



นวัตกรรม

Mr.ยา



บ้านเชิงดอย

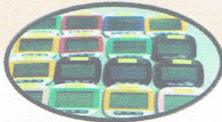


บ้านกุดน้ำใส

ความภาคภูมิใจ

นวัตกรรม

เครื่องนับก้าว ช่วยเราออกกำลังกาย



ได้รับรางวัลชมเชยจากการประกวด
นวัตกรรม เพื่อสุขภาพของประชาชน
จาก ม.ศรีนครินทรวิโรฒ (พ.ย.57)



องค์ประกอบที่ 5
มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

 องค์ประกอบ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลฯ

5.1 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลป้องกัน และจัดการโรค

- MAN
 - มีพยาบาลเวชปฏิบัติ ผ่านการอบรมจากสมาคมโรคเบาหวาน จำนวน 6 คน
 - มีพยาบาลเวชปฏิบัติผ่านการอบรม mini case manager ในการตรวจรักษาใน รพ.สต. 6 คน

 องค์ประกอบ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลฯ

มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย (CPG)



 องค์ประกอบ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลฯ

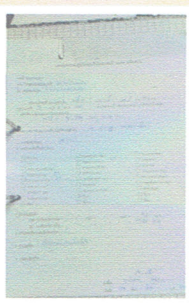
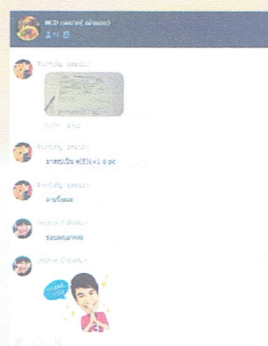
5.2 ระบบประสานงานให้คำปรึกษาหารือทางทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิกกรมทั้งเครือข่าย

มีระบบการประสานงาน

- ทางใบส่งต่อ
- โทรศัพท์โดยตรง
- E-Mail
- Line

 องค์ประกอบ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแลฯ

ประสานงานทาง Line

 องค์ประกอบ 5 มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจในการดูแล

5.3 การจัด Conferane case / KM เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแล



 การทบทวนการดูแลผู้ป่วย NCD

- มีการจัดการเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรคเรื้อรัง
- จัด Case Conference
- นิเทศติดตามรับฟังปัญหาอุปสรรค หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน



 องค์ประกอบที่ 6
จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

 องค์ประกอบ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

6.1 การจัดการบริการในการเสริมทักษะในการลด
เสี่ยงโรคให้แก่มุขมชน

ลงนามทำข้อตกลง



องค์ประกอบ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน(ต่อ)

ค้นหาปัญหาในพื้นที่ เพื่อให้เป็นชุมชนลดเสี่ยง

ประสานงานเครือข่ายเพื่อขอความร่วมมือทุกภาคส่วน โดยผ่านคณะกรรมการ สาธารณสุขภาพของอำเภอ

วิเคราะห์ปัญหามหาชน

1. ปัญหากลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง
2. ปัญหากลุ่มโรคติดต่อในชุมชน เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ, โรคทางเดินอาหารและน้ำ, โรคไข้เลือดออก
3. ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ
 - สูบบุหรี่
 - ดื่มสุรา
 - พฤติกรรมการออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ



องค์ประกอบ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (ต่อ)

6.2/6.3 สนับสนุนนโยบาย/แผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมของชุมชนและสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้เป็นโรค/ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูง

เทศบาลตำบลลูกดก

ลำดับ	โครงการ/กิจกรรม	จำนวนเงิน
1	โครงการพัฒนาระบบบริการคลินิก DM/HT ในชุมชน	10,000
2	โครงการเยี่ยมผู้ป่วยเรื้อรัง	5,000
3	โครงการส่งเสริมสุขภาพด้วยการปั่นจักรยาน	8,000
4	โครงการวิ่งเพื่อสุขภาพ	10,000
5	โครงการรวมพลังคนรักสุขภาพ	10,000
6	โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย	10,000
	รวมงบประมาณ	53,000

องค์ประกอบ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน(ต่อ)

6.4 สนับสนุนการจัดกิจกรรม หรือจัดตั้งชมรมเพื่อสุขภาพ

โครงการที่สนับสนุนการจัดกิจกรรม

- 1.โครงการตรวจคัดกรองเบาหวาน ความดัน อัมพฤกษ์ อัมพาตในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
2. โครงการอบรม อสมช.เบาหวาน ความดันโลหิตสูงในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
3. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยกลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน โดยอสม. ประจำโซน เยี่ยมบ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

องค์ประกอบ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (ต่อ)



 องค์ประกอบ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (ต่อ)

6.5 ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม FBS BP โดยการมีส่วนร่วมของ อสม.



ตรวจคัดกรองโดย อสม.



ติดตามเยี่ยมบ้าน

 ผลลัพธ์การพัฒนา NCD คุณภาพตามตัวชี้วัด

 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 15 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนน
1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน	1469	641	43.64	3
2. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7 %	207	50	3.40	4
3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl	207	94	6.40	3
4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจ Retinal exam	1469	439	29.88	3
5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ตรวจ Complete foot exam	1469	599	40.78	3

 การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 15 ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนน
6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ BP <140/90	1314	908	61.81	15
7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะฮันลงทุ้ง	1316	981	66.78	3
8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia	1483	26	1.75	15
9. อัตราประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยง DM ได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ	681	644	94.57	20
10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	201	50	75.12	4
11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน	1939	768	39.61	3

การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 15 ตัวชี้วัด				
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ	คะแนน
12. อัตราความดันโลหิตสูง รายใหม่ลดลง	305	91	70.16	4
13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	1301	550	28.37	4
14. อัตราผู้ป่วย DM,HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	2162	516	23.87	3
15. อัตราผู้ป่วย DM,HT ได้รับประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	1212	793	65.43	3

การคิดคะแนน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ
NCD Clinic Plus (50 คะแนน)
คะแนนที่ได้ = (คะแนน x น้ำหนัก) / คะแนนเต็ม

$$197 \times 50 = 39.40$$

$$250$$

การคิดคะแนน ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ		
ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)	39.40	☐ ดีเด่น (85 - 100 คะแนน)
ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)	24.60	☐ ดีมาก (80 - 84 คะแนน)
คะแนนรวม (100)	64	☐ ดี (70 - 79 คะแนน) ☐ พื้นฐาน (60 - 69 คะแนน)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

- ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการดูแลตนเอง ขาดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยสูงอายุ ขาดคนดูแล
- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ รับผิดชอบหลายงาน
- มีภาระงานมากในการบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์
- ข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจ LAB ประจำปี ไม่ตรงกับข้อมูลจริง

