

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อ

เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2563



อุดรธานี



สกลนคร



เลย



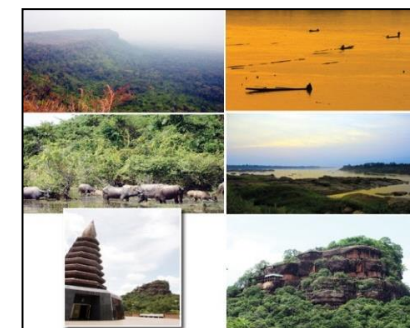
นครพนม



หนองคาย



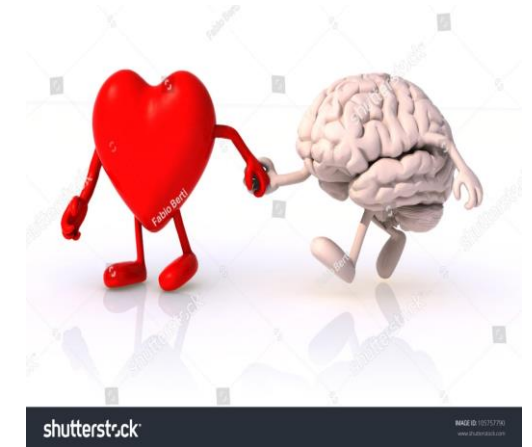
หนองบัวลำภู



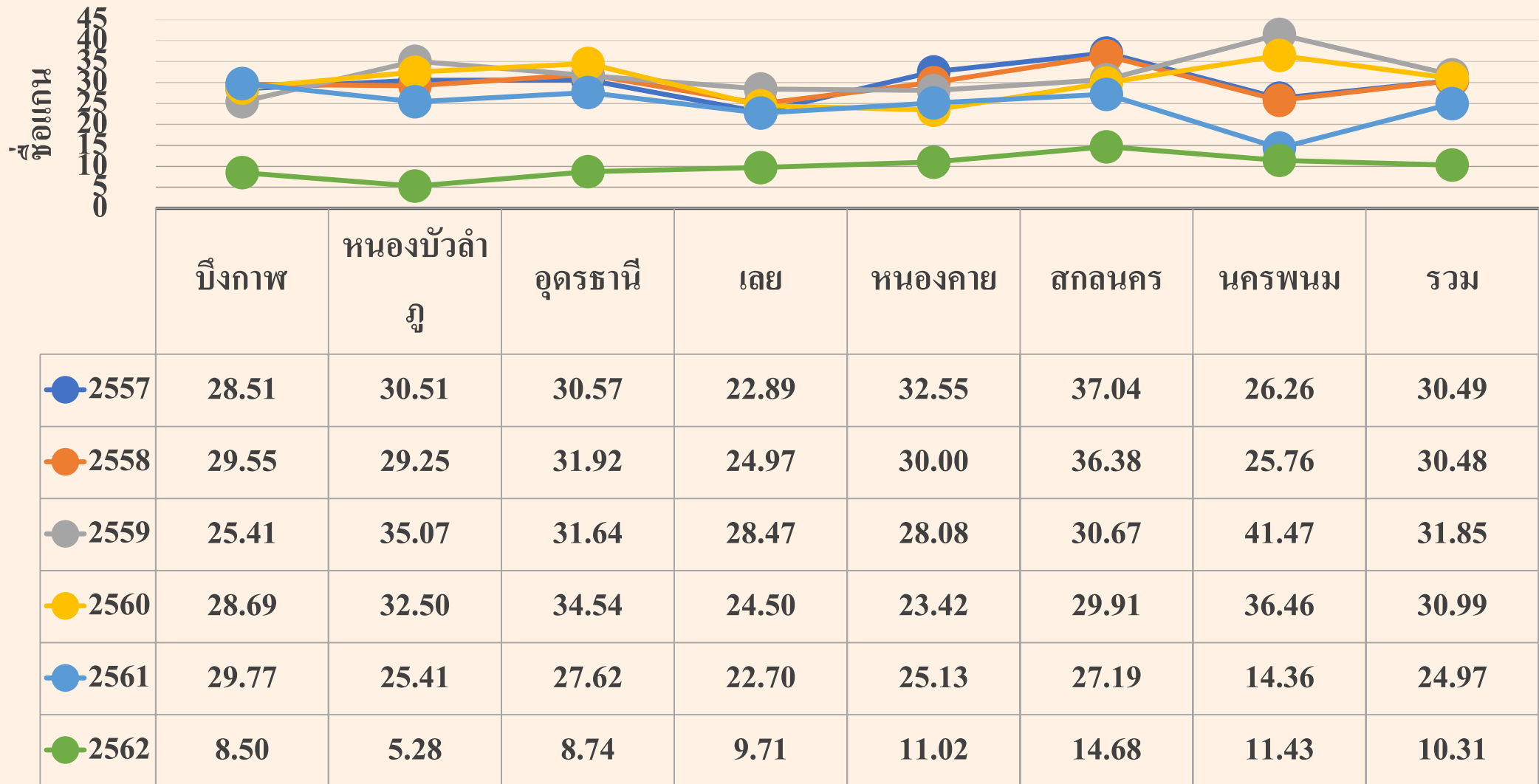
บึงกาฬ

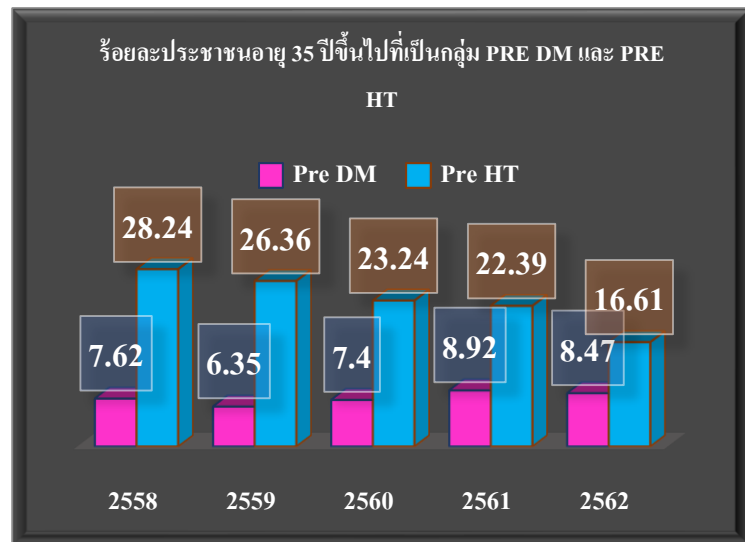


สถานการณ์

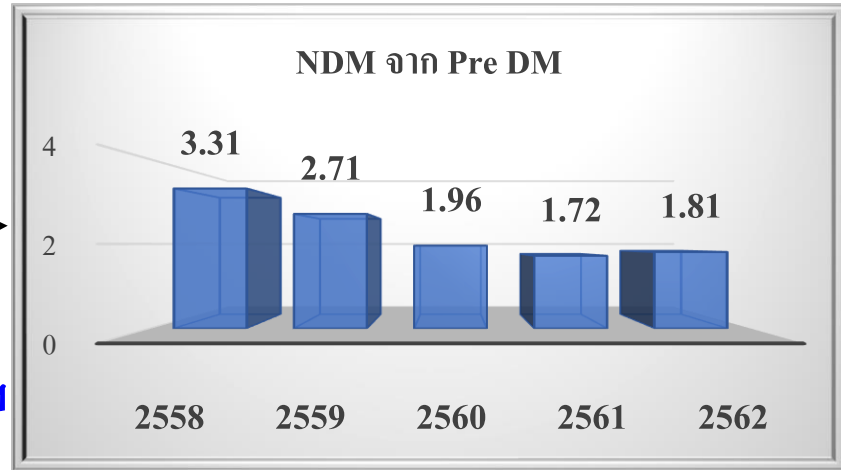


อัตราตายโรคเบาหวานปี 2557 – 2562 จำแนกรายจังหวัด เขตสุขภาพที่ 8





ปี 2562 ผลงาน ณ 1 สิงหาคม 2562

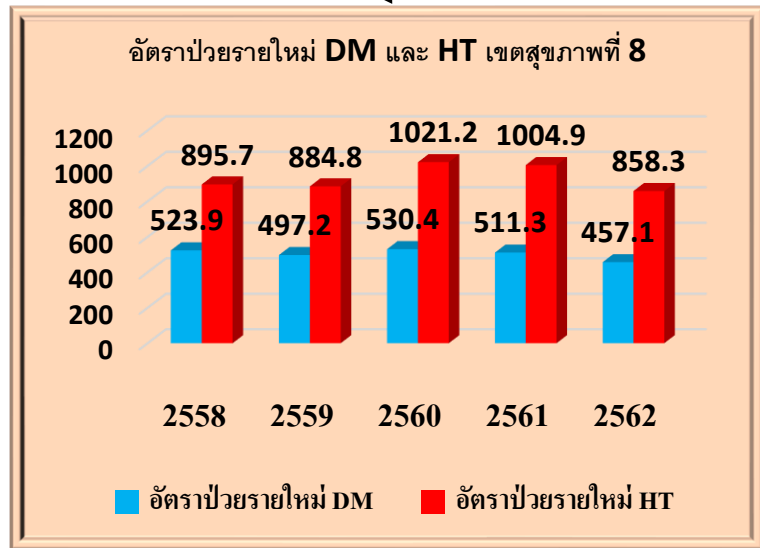


Pre DM

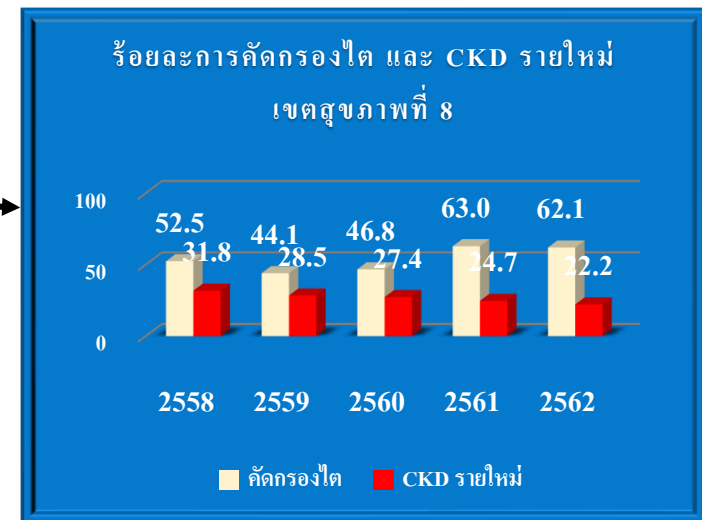
New Dm จาก Pre DM



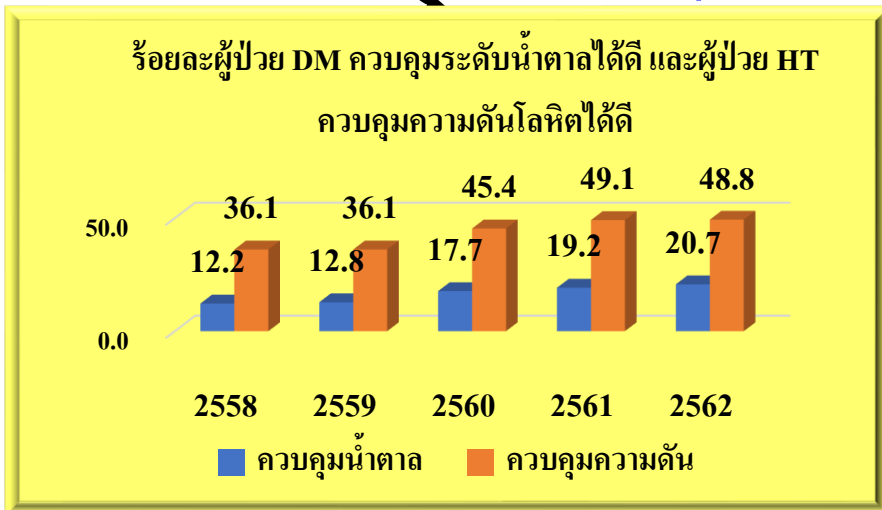
อัตราป่วย DM /HT รายใหม่



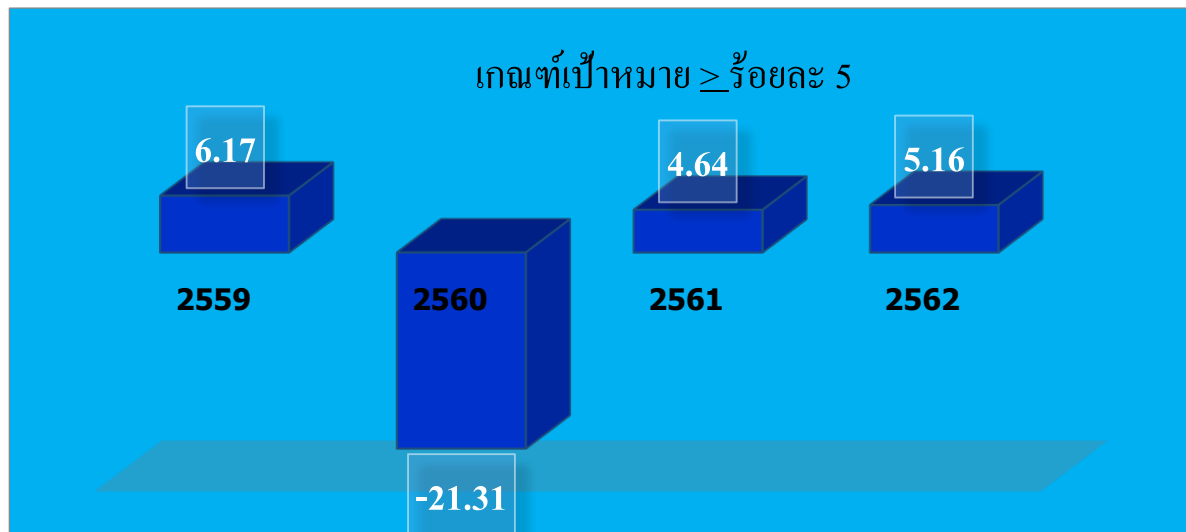
New CKD



DM HT ควบคุมได้

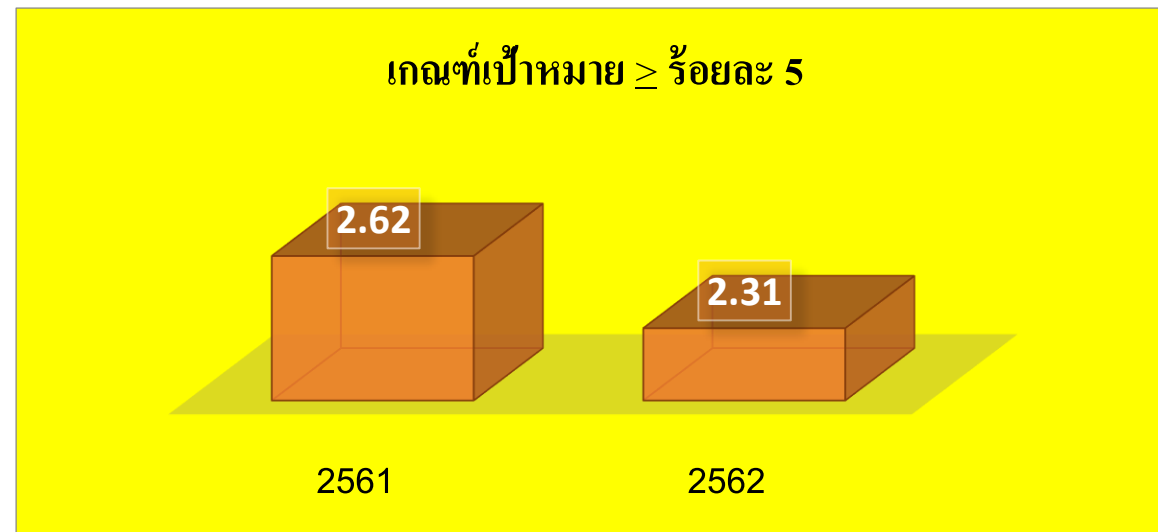


ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง ปี 2559-2562

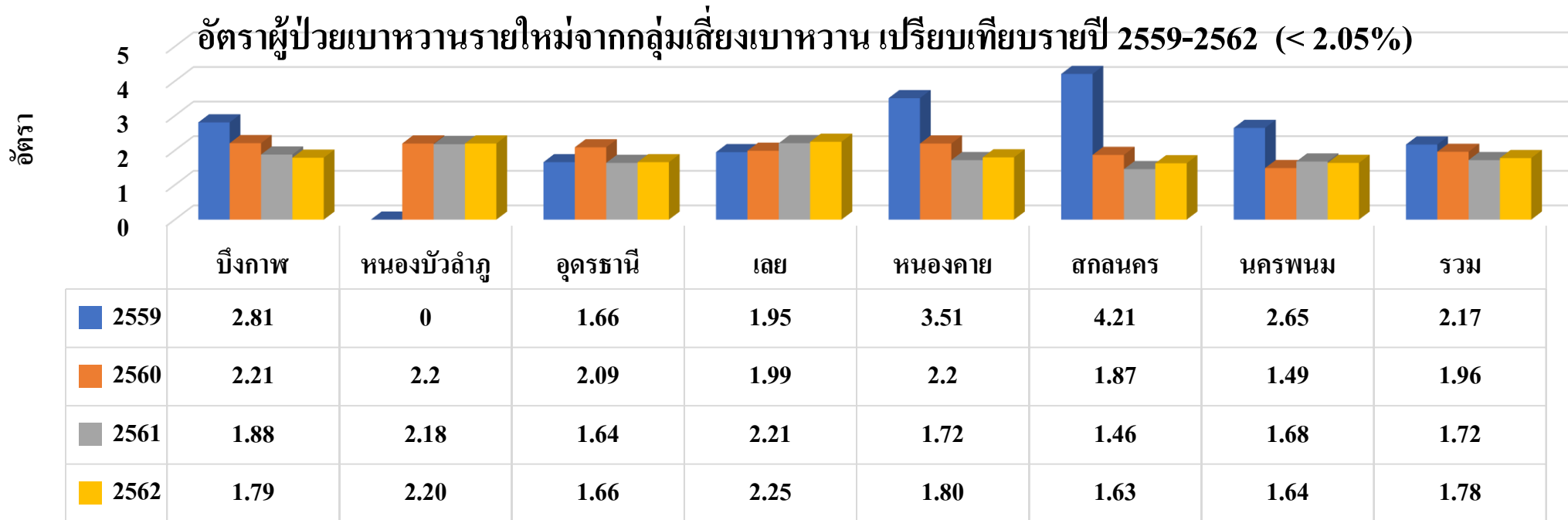


จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยปี 2561 (คน)	จำนวนผู้ป่วยปี 2562 (คน)	$[(B-A)/B]*100$
	(B)	(A)	ร้อยละ
บึงกาฬ	2,422	2,122	12.39
หนองบัวลำภู	2,689	2,399	10.78
อุดรธานี	7,362	7,131	3.14
เลย	4,349	4,257	2.12
หนองคาย	2,983	2,666	10.63
สกลนคร	5,423	5,330	1.71
นครพนม	3,218	3,074	4.47
รวม	28,446	26,979	5.16

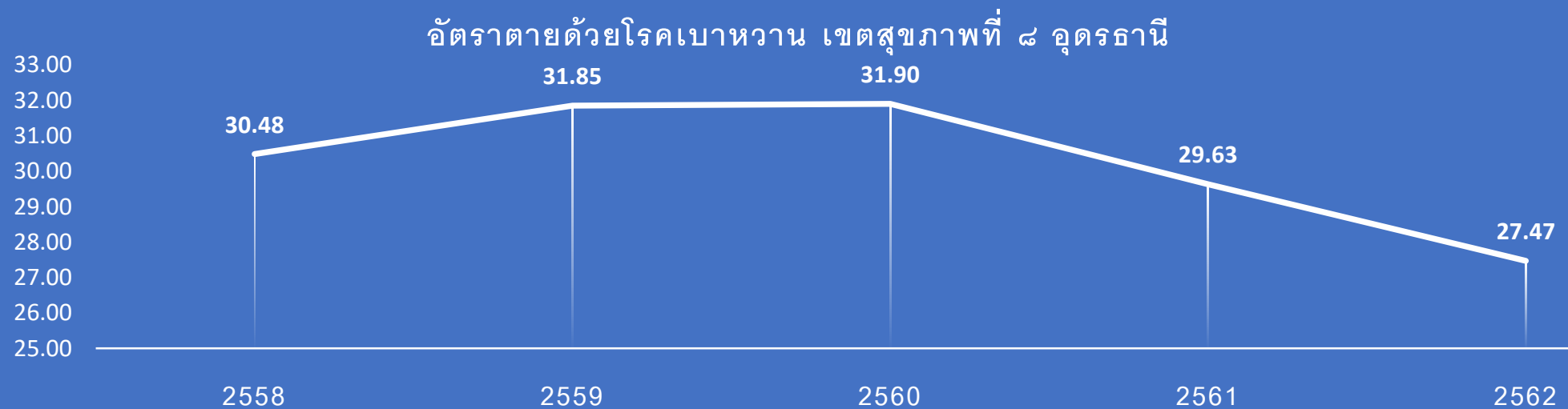
ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ปี 2559-2562



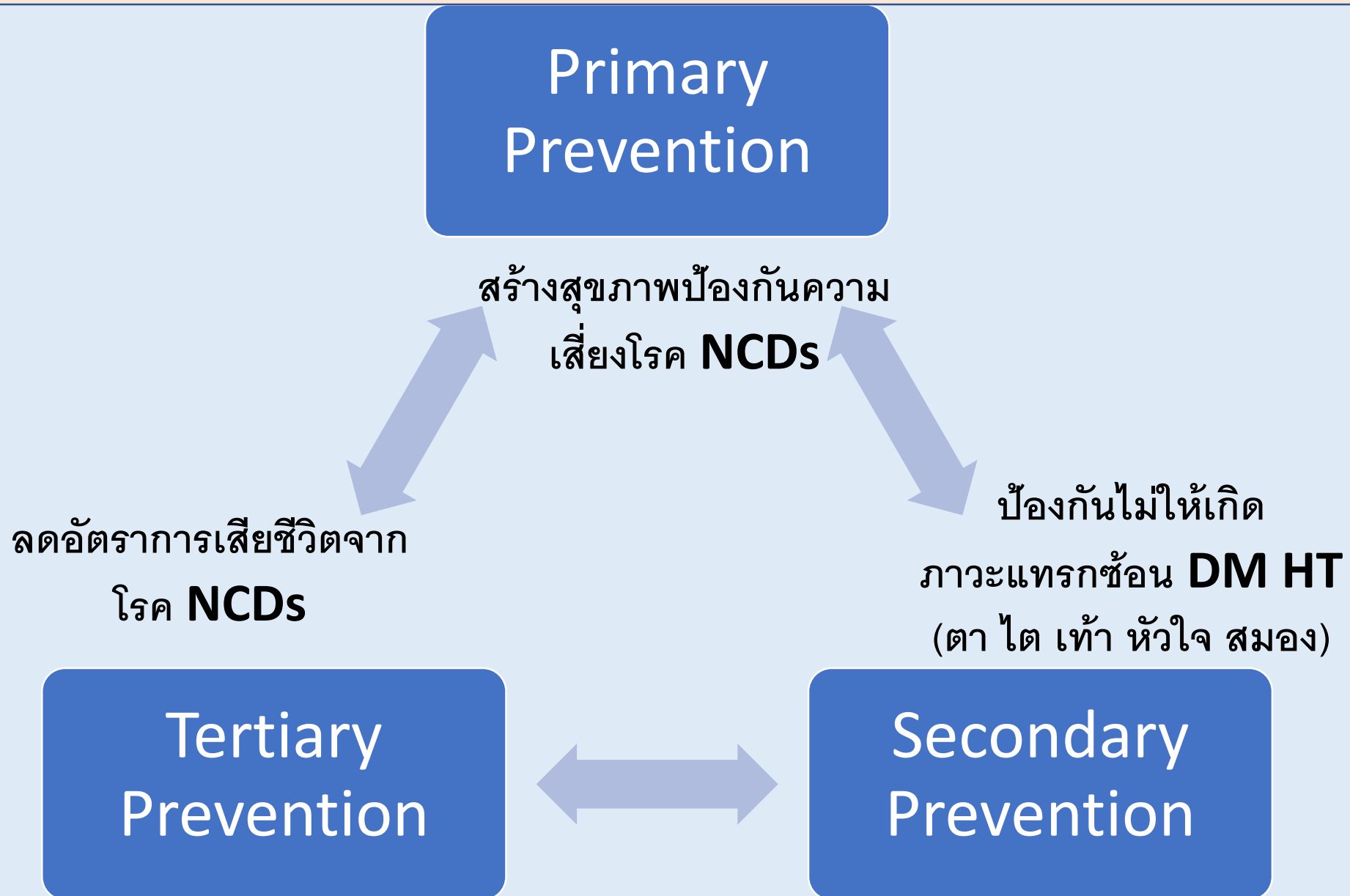
จังหวัด	จำนวนผู้ป่วยปี 2561 (คน)	จำนวนผู้ป่วยปี 2562 (คน)	$[(B-A)/B]*100$
	(B)	(A)	ร้อยละ
บึงกาฬ	4,524	3,998	11.63
หนองบัวลำภู	5,235	4,209	19.6
อุดรธานี	13,901	11,474	17.46
เลย	10,143	7,739	23.7
หนองคาย	5,924	4,947	16.49
สกลนคร	10,277	9,287	9.63
นครพนม	5,843	4,780	18.19
รวม	55,847	46,434	16.85



อัตราการตายโรคเบาหวานลดลงร้อยละ2.5 (ต่อปี)



ความเชื่อมโยงระบบบริการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง



“Together fight NCDs”

ขับเคลื่อนผ่าน พชอ. พชต. และเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข

เร่งรัดกลยุทธ์

ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงเครื่องวัดความดันโลหิต

ส่งเสริมให้ประชาชนบริโภคอาหารปลอดภัยต่อสุขภาพ

ส่งเสริมให้มีผู้นำด้านการจัดการความดัน เบาหวาน

ส่งเสริมการเพิ่มกิจกรรมทางกาย



ติดตามผลการดำเนินงาน ความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค
ทุก 1 เดือน โดยเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. พชต.
และคณะ



ระดับประชาชน

Campaign ชุมชน

ท้องถิ่น : บริการเครื่องวัดความดันโลหิต

อสม. : ต้นแบบ สุขภาพดี

ประชาชน: เข้าถึงเครื่องวัดความดันโลหิต

รู้ตัวเลขเบรกโรค ค่าความดัน
น้ำหนัก รอบเอว

ลด ละ เลิกสุราและยาสูบ



ภาคธุรกิจ

ร้านอาหาร ลดเค็ม
ลดหวาน

เพิ่มผลิตอาหารเพื่อ
สุขภาพ



ระดับองค์กร และ สถานประกอบการ

- Chief Health Officer ดำเนินการ
มาตรการองค์กร
- ประเมิน และ เก็บ
บันทึกข้อมูลสุขภาพ
พนักงาน
- สถานประกอบการ
Wellness

ระดับสถานศึกษา

Campaign โรงเรียน

- โรงเรียนหวานน้อย
เค็มน้อย
- สร้างครูและนักเรียน
ต้นแบบ
- จัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อ
การบริโภค

ระดับสถานบริการ

รพ.สต., ศสช.

- ส่งเสริมชุมชนลดเค็ม ลดเสี่ยง
เบาหวาน
- ประชาชนเข้าถึงการวัดความดันโลหิต
และตรวจเบาหวาน
- สร้างนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 1 คน
ต่อ 1 ชุมชน

ร.พ.

- พัฒนาผู้จัดการความดันโลหิตสูง และ
เบาหวาน 1 คน ต่อ 1 ชุมชน



เป้าหมาย/ ตัวชี้วัด	1.ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลงร้อยละ 5 2.อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.95 % 3. อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงลดลง ร้อยละ 2.5 (ต่อปี)			
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2550 – 2560 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน จากอัตรา 20.88 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2550 มาเป็น 30.99 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2560 และสูงกว่าระดับประเทศ (ประเทศอัตรา 16.78 ต่อแสนประชากร) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรลดลง จากอัตรา 530.4 ต่อแสนประชากรในปี 2560 ลดลงเป็นอัตรา 511.3 ต่อแสนประชากรในปี 2561 หรือลดลงร้อยละ 3.6 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2562 เพิ่มขึ้นจากปี 2561 (จากร้อยละ 1.72 ปี 2561 มาเป็น ร้อยละ 1.81)			
GAP	1.วัยเรียน เยาวชน และวัยทำงานที่มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น (บุหรี เหล้า การกินอาหารผักผลไม้ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ และแนวโน้มวิถีชีวิตที่อยู่นิ่งเฉยๆ และแนวโน้มการตายอายุ 30 – 39 ปี เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ 2. มาตรการส่งเสริมการดูแลตนเอง (Self Care) ในเรื่องการป้องกันควบคุมโรค เป็นแบบหวานไม่มีการจัดการเพื่อลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานที่จำเพาะต่าง ๆ (Setting) อย่างเป็นระบบชัดเจนมากขึ้น 3. การสื่อสารสร้างความเข้าใจต่อสาธารณะ ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อ ยังไม่ทั่วถึง			
ยุทธศาสตร์/ มาตรการ	1.สร้างและพัฒนากิจกรรมมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	2.พัฒนาศักยภาพและสร้างแกนนำด้านสุขภาพ	3. พัฒนาและเพิ่มช่องทางการสื่อสารสาธารณะ	4. พัฒนาระบบบริหารจัดการด้านการสร้างสุขภาพ
กิจกรรมหลัก	1.สร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายด้วย “นคร 2 ส.” ควบคุมน้ำหนัก ควบคุมความดันโลหิต ควบคุมรอบเอว/ควบคุม BMI โทษของบุหรี ยาสูบ 2.พัฒนาชุมชนเป็นฐานต้นแบบ CMI NCDs 1 ชุมชน/จังหวัด 3. จัดตั้ง Health check up station ชุมชน/หมู่บ้านต้นแบบ	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร CM และ SM หลักสูตร System manager (SM) online 2. สร้างนักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยงโรค NCDs 1 คนต่อ 1 ชุมชน 3. อบรมแกนนำ 5 เสือด้านสุขภาพ (ผญบ., อสม., ครู, อปท., รพ.สต.) 4. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ DM HT โดยการมีส่วนร่วมของ อปท.	สร้างกระแส สร้างสุขภาพ ช่องทาง Social Media ได้แก่ - การออกกำลังกาย - พฤติกรรมการบริโภค - การจัดการความเครียด - ลด/เลิกบุหรี แอลกอฮอล์	NCD Screen คุณภาพ (DM HT CVD CKD) NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไปร้อยละ 90 CKD Clinic คุณภาพ DPAC คุณภาพ คลินิกอดบุหรี/แอลกอฮอล์ คลินิกสุขภาพจิต และยาเสพติด พัฒนาระบบข้อมูลต่อเนื่อง งบประมาณสนับสนุน จากกองทุนตำบล

ระดับ
ความสำเร็จ

ไตรมาส 1

1. มีการขับเคลื่อนนโยบาย สร้างสุขภาพผ่านกรมการจังหวัด พชอ. ระดับอำเภอทุกอำเภอ ร้อยละ 100
2. ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคุณภาพ ร้อยละ 60
3. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงปีที่ผ่านมา ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60
4. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 50
5. มีการสื่อสารเตือนภัยเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้น อาหาร (ลดหวานจัด มันจัด เค็มจัด และไม่อ้วน) และการออกกำลังกายผ่านสื่อทุกรูปแบบ
6. มีการประสานโรงเรียน สถานประกอบการ อปท. หน่วยงานราชการร่วมเป็นองค์กรสุขภาพดี เน้น บริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย
7. มีการประสานจัดตั้งศูนย์การคัดกรองบันทึกข้อมูลการตรวจวัดความดันโลหิตในที่สาธารณะและชุมชนต้นแบบ

ไตรมาส 2

1. ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงคุณภาพ ร้อยละ 90
2. ร้อยละกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูงปีที่ผ่านมา ได้รับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90
3. ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 50
4. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ร้อยละ 87.5
5. ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต ร้อยละ 80
6. ผู้ป่วย HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต ร้อยละ 80

ไตรมาส 3

1. ร้อยละประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อ้วนลงพุง หรือ BMI เกิน มีความเสี่ยงลดลงหรือไม่เสี่ยงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 80
2. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่า ร้อยละ 40
3. ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าร้อยละ 50

ไตรมาส 4

1. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ ลดลงร้อยละ 5
2. อัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ≤ 1.95 %
3. อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ลดลง ร้อยละ 2.5 (ต่อปี)

Problem list (ปัญหา)	Procedure (กระบวนการ)	Monitor (ติดตาม/ประเมิน)
Service Delivery Prevention Integration	-Self Care และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง-เสี่ยงสูง - Health check up station ในที่สาธารณะ/ชุมชนต้นแบบ -Screening คุณภาพ -พัฒนาCKD Clinic and Corner ในรพ.สต. /รพ.ทุกแห่ง -Wellness center, คลินิกอดบุหรี่คุณภาพ	1. การเยี่ยมเสริมพลัง 2. ประเมิน CUP 2 ครั้ง/ปี 3. ประเมินโดยทีมเฉพาะกิจ ระดับจังหวัด ระดับเขต 4. KPI 5. งานวิชาการ 2 เรื่อง ได้แก่ 5.1 การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่ในประชาชนกลุ่มปกติ จังหวัดหนองคาย 5.2 การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย 6. R2R 7. นวัตกรรม “ชุดสื่อความรู้เพื่อชะลอไตเสื่อม” - ชุด VDO การควบคุม ป้องกันโรคไตเรื้อรัง - ภาพพลิกความรู้โรคไตเรื้อรัง - โมเดลตัวอย่างอาหาร - สมุดคู่มือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง - สปอต หอกระจายข่าว
Health workforce SM & CM NCD/CKD management	อบรมฟื้นฟู Knowledge Management NCD / CKD แก่ผู้รับผิดชอบทุกหน่วยบริการ	
Technologies, Tool Support (Strip ตรวจ DM , Lab)	ทำแผนล่วงหน้า Strip /Lab DM /CKD Fundus Camera	
Information ความถูกต้องครบถ้วน การตรวจสอบ ทันท่วงที	เคลียร์ฐานข้อมูล 43 (ตาย ย้ายเข้า ย้ายออก ฯ) อบรมผู้บันทึกและผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลแก่หน่วยบริการทุกระดับ	
Financing	PPA / งบกองทุนตำบล งบลดความรุนแรงโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง /QOF 63 /	
Leadership/Governance	นโยบายเน้นหนัก ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล	



Thank you for your attention

NCDs

