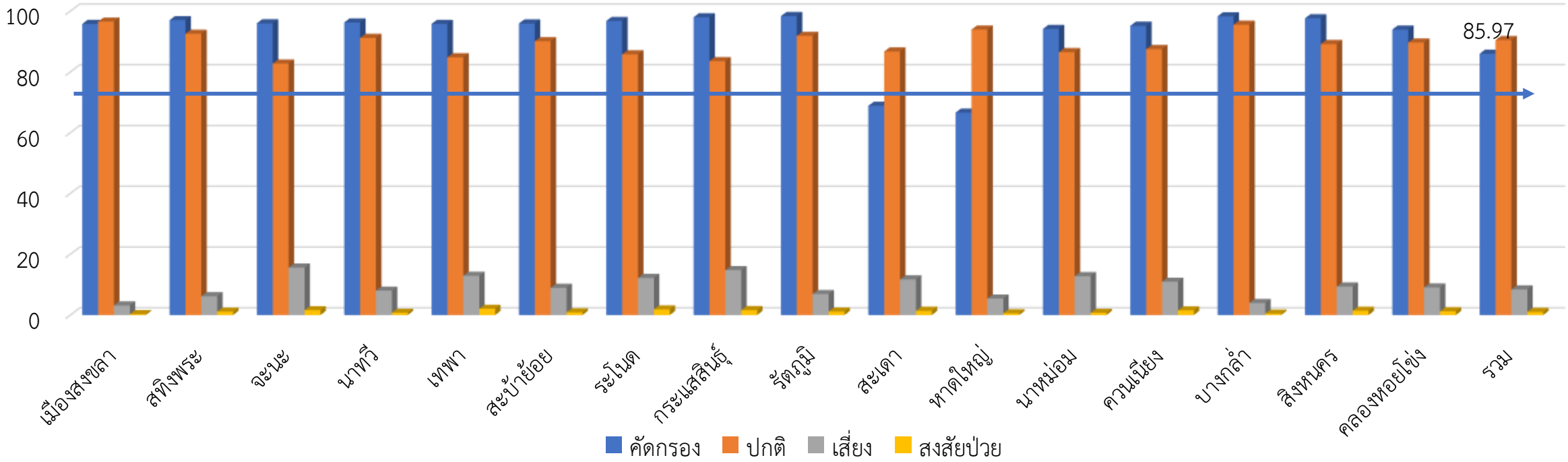
สถานการณ์โรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดสงขลา

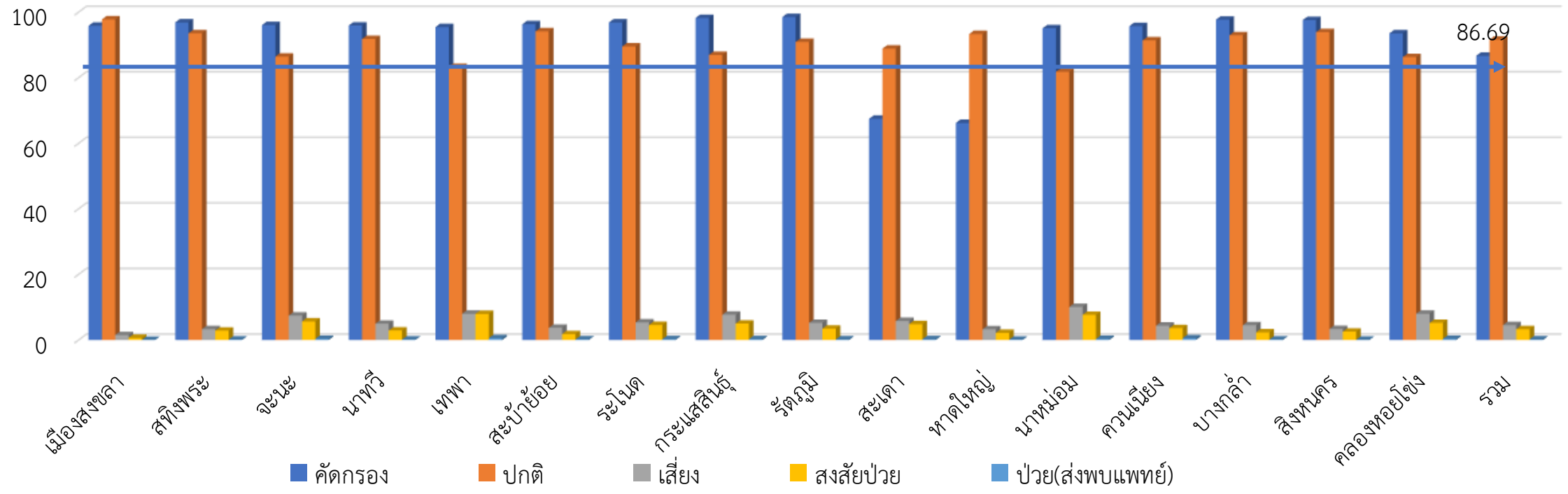
ควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด

ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ครอบคลุมร้อยละ 90



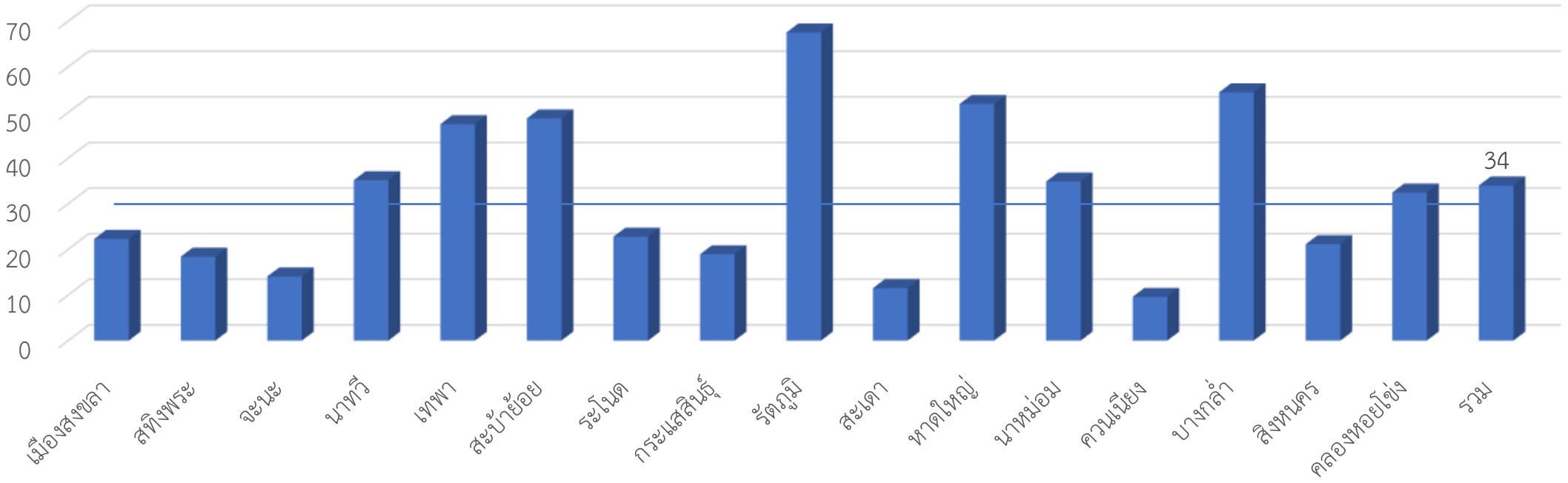
การคัดกรองโรคเบาหวาน	
ผ่านการคัดกรองได้ตามเกณฑ์(แห่ง)	คัดกรองยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
14	2

ประชากร 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมร้อยละ 90



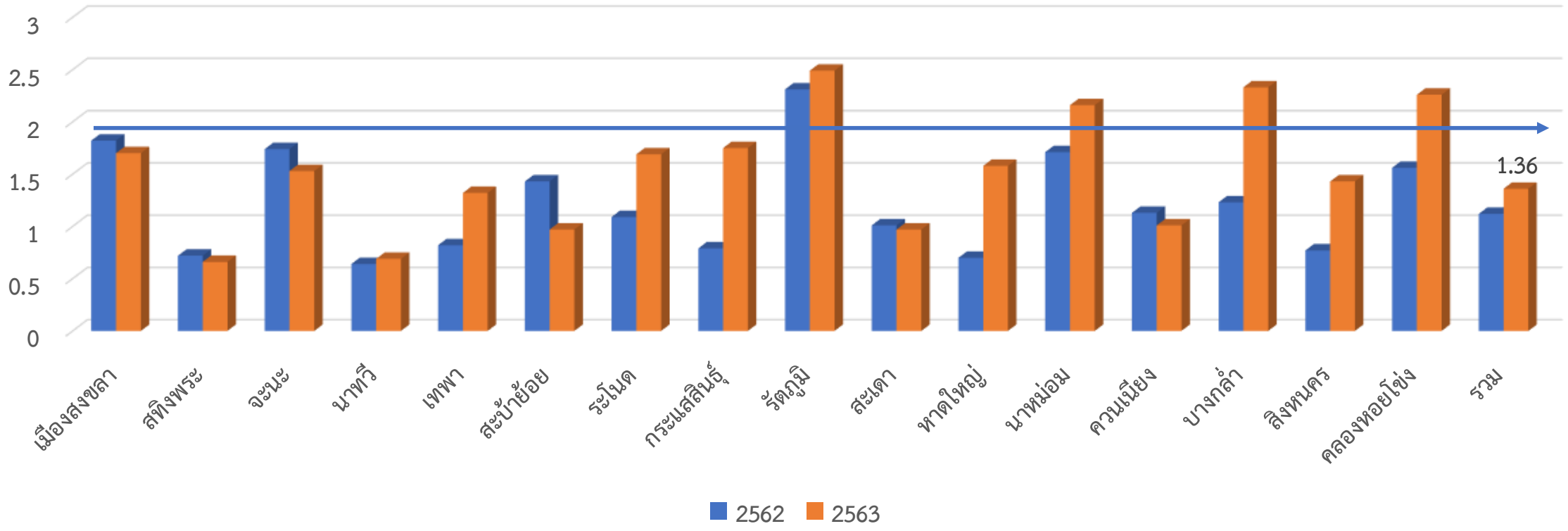
คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง	
ผ่านการคัดกรองได้ตามเกณฑ์(แห่ง)	คัดกรองยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
14	2

ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 30



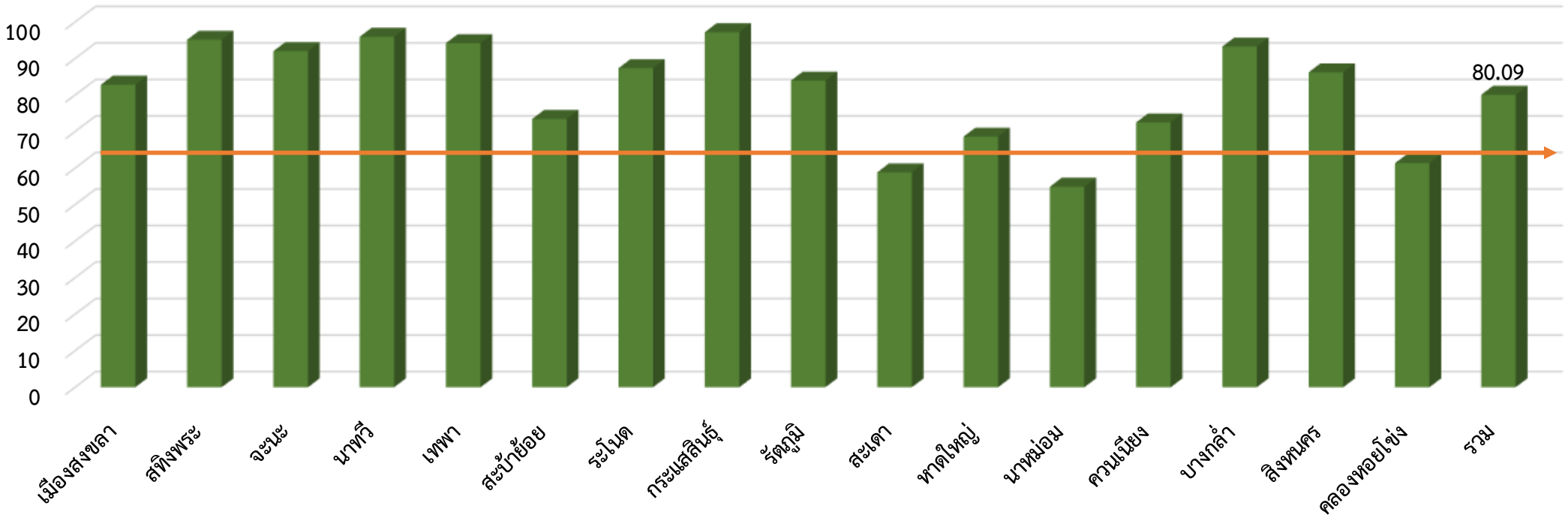
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	
ผ่านตามเกณฑ์(แห่ง)	ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
8	8

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มสี่ยงโรคเบาหวาน ปี 2562-2563
ไม่เกินร้อยละ 1.95



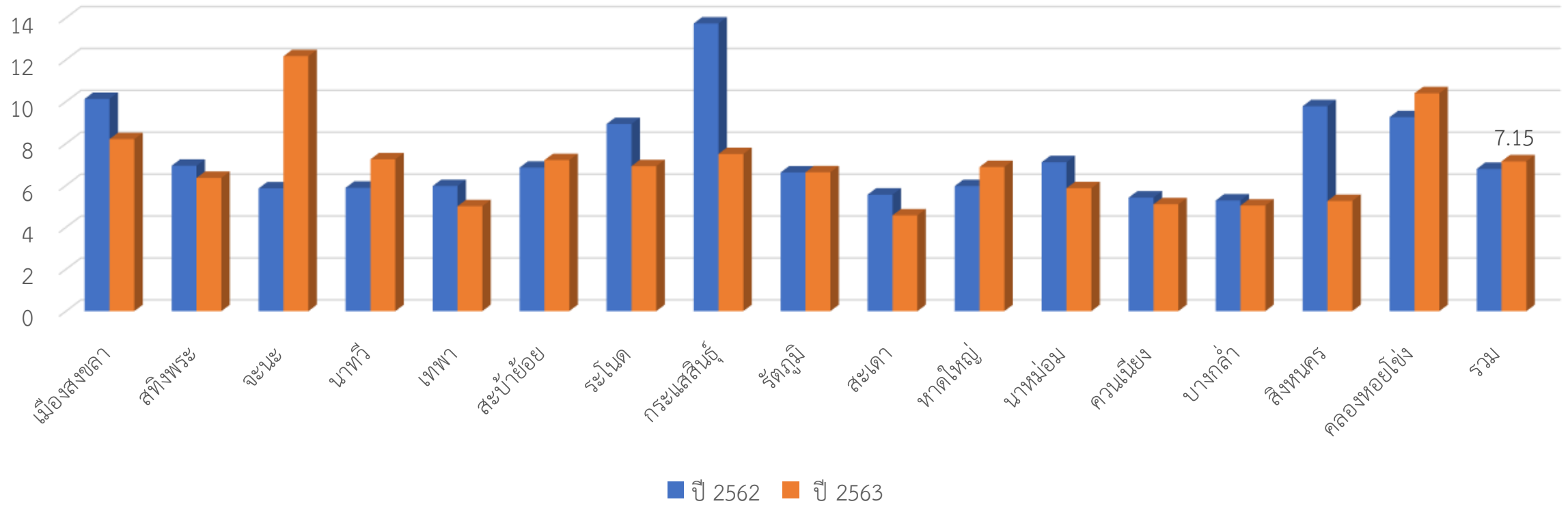
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	
ผ่านได้ตามเกณฑ์(แห่ง)	ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
12	4

กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับ การทำ HMBP ร้อยละ 60



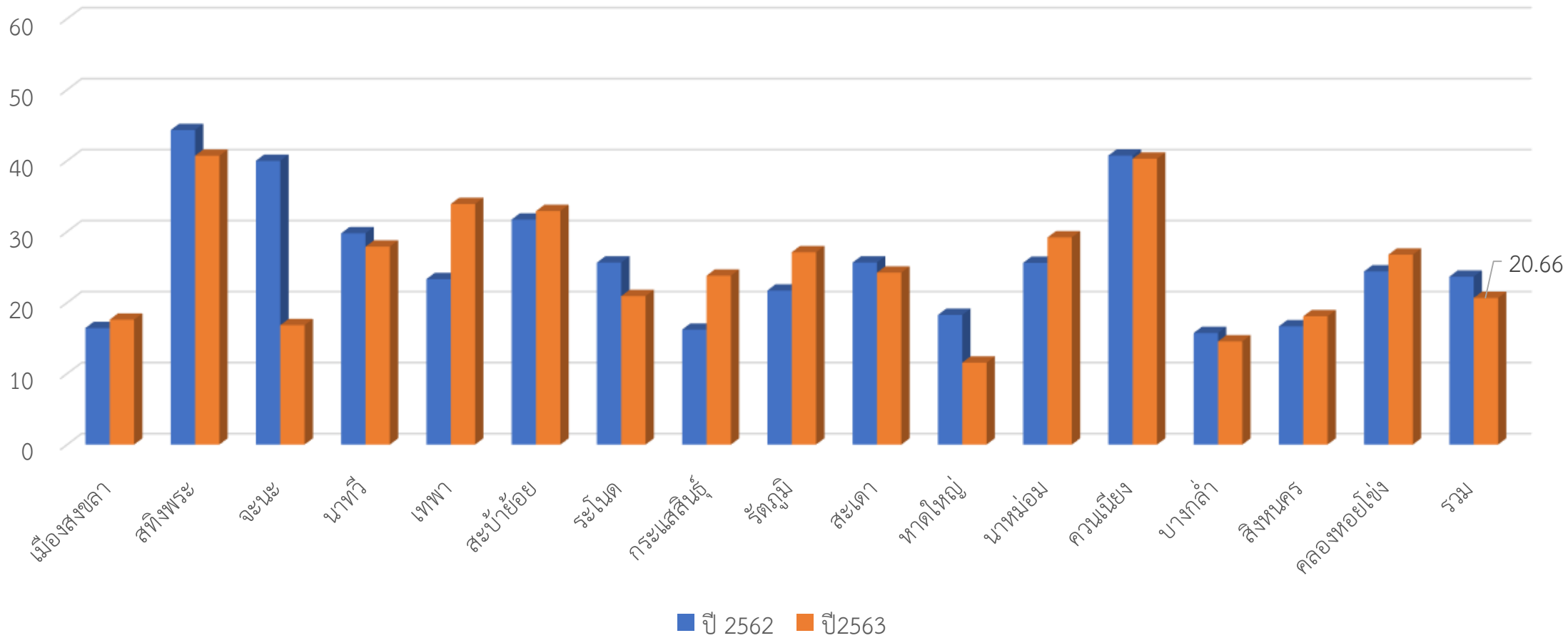
กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับ การทำ HMBP	
ผ่านตามเกณฑ์(แห่ง)	ยังไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
14	2

อัตราป่วยรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ BASE LINE ปี 2562

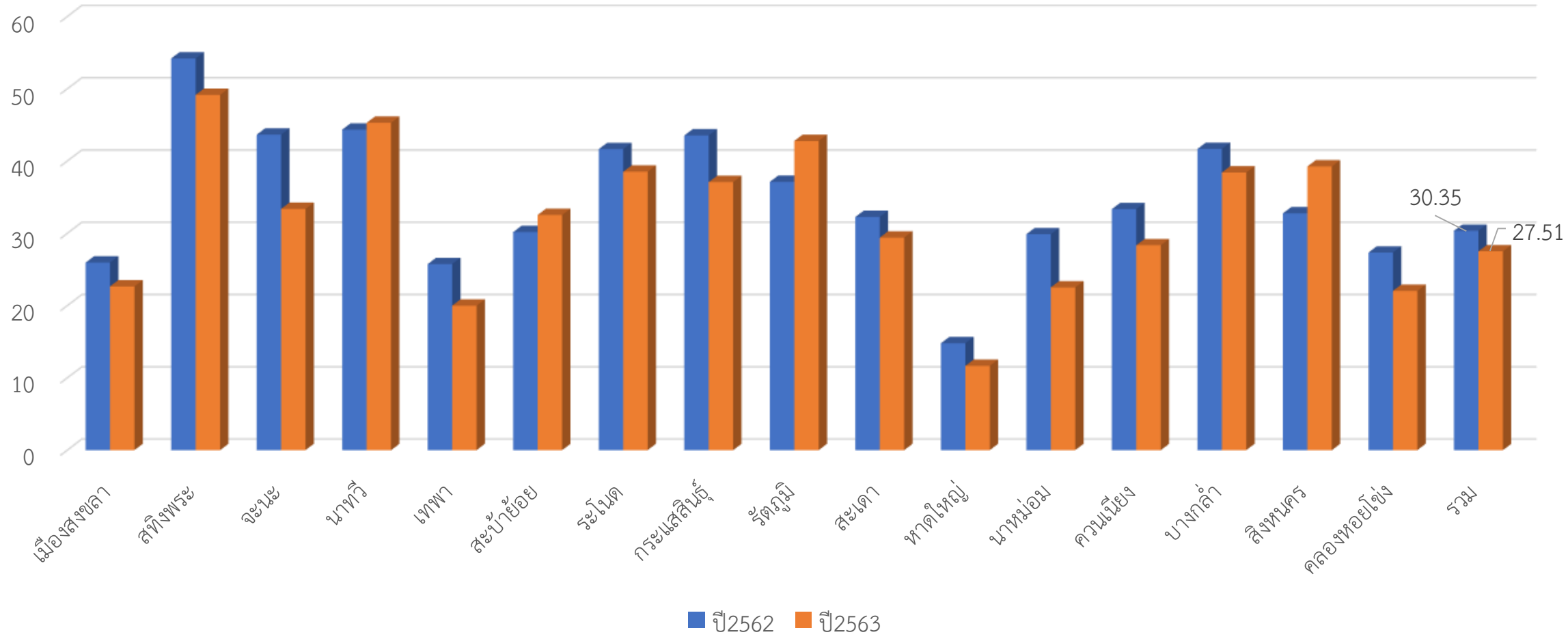


อัตราป่วยรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงน้อยกว่าหรือเท่ากับ BASE LINE ปี 2562	
ผ่านตามเกณฑ์(แห่ง)	ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
11	5

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1c < 7 ร้อยละ 40

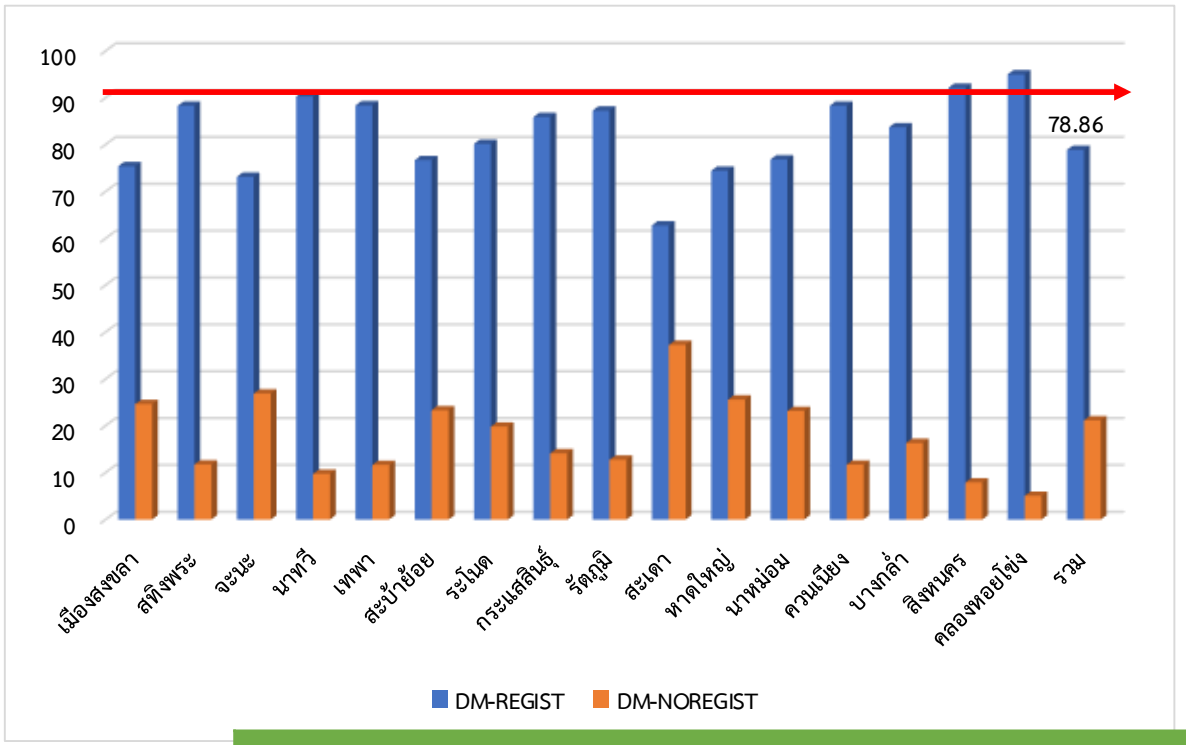


ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 50

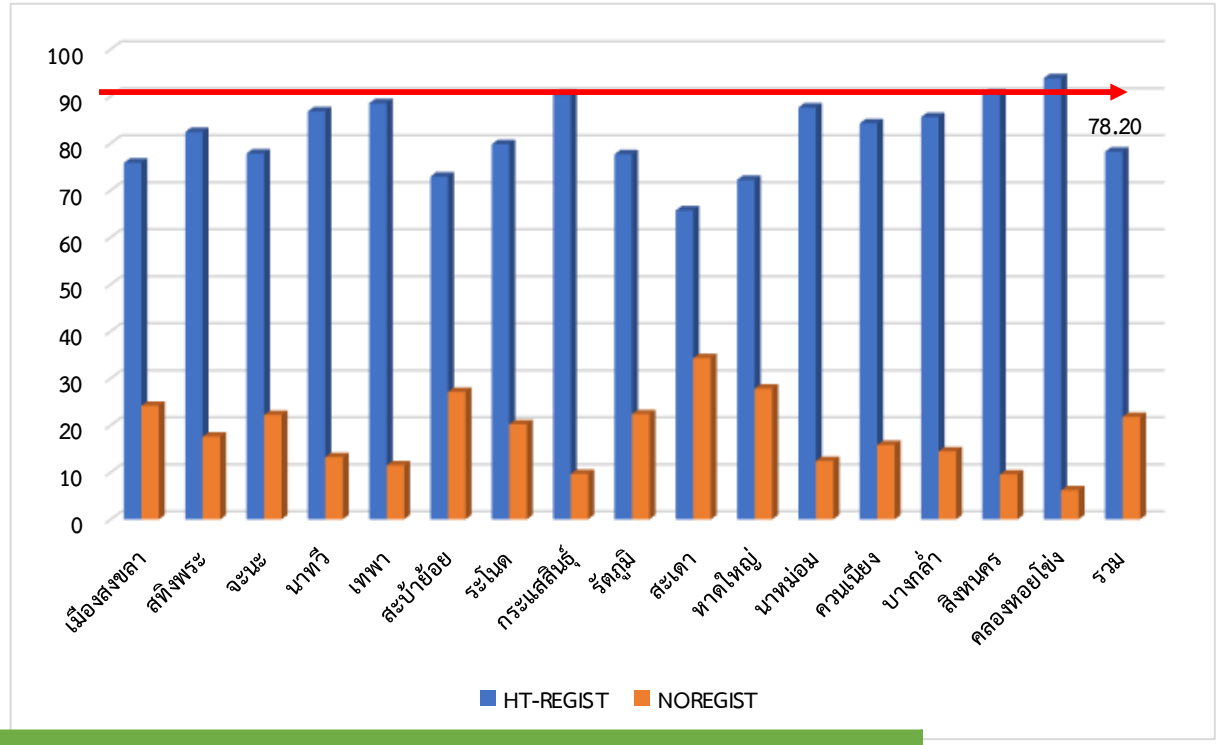


การการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90

การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2563



การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี 2563



ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

เบาหวาน		ความดันโลหิตสูง	
ครอบคลุมร้อยละ 90(แห่ง)	ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)	ครอบคลุมร้อยละ 90 (แห่ง)	ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ (แห่ง)
3	13	3	13

โอกาสพัฒนาการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2564

กลุ่มปกติ

- การเข้าถึงการคัดกรองโรคที่มีคุณภาพ
- ส่งเสริมให้ความรู้ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง
- เฝ้าระวังการเกิดโรครายใหม่ โดยการคีนข้อมูลสถานการณ์ของโรค อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

กลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย

- การเข้าถึงการคัดกรองโรคที่มีคุณภาพ
- ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามภาวะเสี่ยง และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง
- ประเมินความเสี่ยงในกลุ่มที่มี ความเสี่ยงสูง (กลุ่มสงสัยป่วย) ได้รับการติดตาม ในระยะเวลาที่กำหนด และต่อเนื่อง เพื่อเข้าถึง การวินิจฉัยโรคอย่างรวดเร็ว
- เฝ้าระวังการเกิดโรครายใหม่ โดย การติดตามกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสงสัยป่วย โดยการทำ HMBPและ HMBG

กลุ่มป่วย

- เร่งรัดการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ให้ครอบคลุมร้อยละ90
- การปรับ TIME LINE ในการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ควรดำเนินการตั้งแต่ไตรมาส ที่ 1
- การพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อแจ้งเตือนข้อมูลผุ้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
- พัฒนาศักยภาพ พยาบาลวิชาชีพ ในระดับ รพ.สต.เพื่อดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ในชุมชน
- ส่งเสริมการทำ HMBPและ HMBG ในกลุ่มป่วยที่ Control ได้ไม่ดี
- พัฒนา CLINIC NCD เป็นคลินิกคุณภาพ เพื่อพัฒนาทีม สหสาขาวิชาชีพ ในการดูแลกลุ่มป่วย

พัฒนาระบบข้อมูล ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และเชื่อถือได้

House Model ลด DM/HT

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (DM/HT)

KPI : 1) ร้อยละ 60 ของกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม 2) ร้อยละของผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าค่า Base Line ปี 2563 (เท่ากับร้อยละ 7.16)
3) ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c) มากกว่า Base Line ปี 2563 (20.31) ร้อยละ 3 (เท่ากับ 20.91)
4) ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิต (ติดต่อกัน 2 ครั้ง) มากกว่า Base Line ปี 2563 (27.64) ร้อยละ 3 (เท่ากับ 28.47)

สถานการณ์/ปัญหา : 1) การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงยังไม่ครอบคลุม ในเขตอำเภอ ที่มีเขตเทศบาล (หาดใหญ่/สะเดา)
2) คัดกรองกลุ่มเสี่ยง-กลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ในบางอำเภอต่ำกว่าค่า Base line ของจังหวัด
3) การขึ้นทะเบียนและการเข้าถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ยังไม่ครอบคลุม

นโยบาย	คุณภาพบริการ	บริหารจัดการข้อมูล
1.บูรณาการ ร่วมกับ พชอ. /ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs 2.Health Literacy (การตระหนักรู้สุขภาวะสุขภาพของตนเอง) 3.ลดวิถีชีวิตเสี่ยง/ลดการเกิดโรค/ลดการป่วย ชะลอความเสื่อม ลดความรุนแรงและพิการ	1.คัดกรองและจัดการปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้น 2.คัดกรองโรค,การบริการหลังการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3.การรักษา ป้องกัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน	คืนข้อมูล และวิเคราะห์ให้กับหน่วยบริการ

กลไกการขับเคลื่อน : 1) สนับสนุนให้เกิดการคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง แบบมีคุณภาพ 2) ประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล ในกลุ่มสงสัยป่วย เพื่อประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
3) สร้างความสัมพันธ์และเสริมพลังให้ประชาชน และชุมชน เข้าใจ และสามารถตัดสินใจ เพื่อดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง 4) พัฒนาทักษะความรู้ ความเข้าใจ ออกแบบการติดตาม/การใช้ทะเบียนและข้อมูล จาก HDC

เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1.คัดกรอง (HT/DM) แบบมีคุณภาพ บนพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ร้อยละ 60 2.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย (DM) เพื่อตรวจน้ำตาลซ้ำและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 20 3.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย (HT) เพื่อทำ HMBP และส่งต่อ เพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 20 4.วางแผนการตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำ ในกลุ่มผู้ป่วย และ ตรวจคัดกรอง ร้อยละ 20 5.ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย (HT/DM) ครอบคลุม ร้อยละ 80 6.ประชุม NCD Board ระดับจังหวัด /อำเภอ 1 ครั้ง 7.วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอ	1.คัดกรอง (HT/DM) แบบมีคุณภาพ บนพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ร้อยละ 90 2.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย (DM) เพื่อตรวจน้ำตาลซ้ำและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 40 3.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย (HT) เพื่อทำ HMBP และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 40 4.ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำในกลุ่มผู้ป่วยและตรวจคัดกรอง ร้อยละ 40 5.ขึ้นทะเบียน ผู้ป่วย (HT/DM) ครอบคลุม ร้อยละ 90 6.ประชุม NCD Board อำเภอ 1 ครั้ง 7.ติดตามประเมิน NCD Clinic Plus 2 เครือข่าย 8.วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอ	1.คัดกรอง (HT/DM) แบบมีคุณภาพ บนพื้นฐานข้อมูลที่เชื่อถือได้ ร้อยละ 90 2.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(DM) เพื่อตรวจน้ำตาลซ้ำและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 60 3.ติดตาม กลุ่มสงสัยป่วย (HT) เพื่อทำ HMBP และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 60 4.ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำ ในกลุ่มผู้ป่วย และตรวจคัดกรอง ร้อยละ 60 5.ติดตามประเมิน NCD Clinic Plus 4 เครือข่าย 6.ประชุม NCD Board ระดับจังหวัด/อำเภอ 1 ครั้ง 7.วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอ	1.ร้อยละ 60 ของกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม 2.ร้อยละผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าค่า Base Line ปี 2563 (เท่ากับ ร้อยละ 7.16) 3.ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล (HbA1c) มากกว่า Base Line ปี 2563 (20.31) ร้อยละ 3 (เท่ากับ 20.92) 4.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิต (ติดต่อกัน 2 ครั้ง) มากกว่า Base Line ปี 2563 (27.64) ร้อยละ 3 (เท่ากับ 28.47)

การกำกับ ติดตาม และประเมินผล : ประเมินผลทุกเดือน

แหล่งข้อมูล : HDC

เป้าหมายการดำเนินงานตามประเด็น 3 ลด ปี 2564

เป้าหมายตัวชี้วัด

- ร้อยละ 60 ของกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคเบาหวานได้รับการติดตามโดยการเจาะ FBG (ภายใน 3 – 6 เดือน)
- ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการทำ HMBP น้อยกว่าค่า Base Line ปี 2563 (7.15)
- ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล(HbA1c) มากกว่า Base Line ปี 2563 (20.31) ร้อยละ 3 เท่ากับ 20.62
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับควบคุมระดับความดันโลหิต(ติดต่อกัน 2 ครั้ง) มากกว่า Base Line ปี 2563 (27.64) ร้อยละ 3 เท่ากับ 28.47

มาตรการการดำเนินงาน ปี ประมาณ 2564

มาตรการ/กลวิธี	มาตรการ/กลวิธี	มาตรการ/กลวิธี
<u>ด้านนโยบาย</u> 1.บรูณาการร่วมกับ พชอ. /ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs 2.Health Literacy (การตระหนักรู้สุขภาวะสุขภาพของตนเอง) 3.ลดวิถีชีวิตเสี่ยง ,ลดการเกิดโรค,ลดการป่วย ชะลอความเสื่อม ลดความรุนแรงและพิการ	<u>ด้านคุณภาพบริการ</u> 1.การคัดกรองและจัดการปัจจัยเสี่ยงเบื้องต้น 2.การคัดกรองโรค,การบริการหลังการคัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3.การรักษา ป้องกัน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน	<u>ด้านบริหารจัดการข้อมูล</u> คืนข้อมูล และวิเคราะห์ให้กับหน่วยบริการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

เป้าหมาย 3 เดือน	เป้าหมาย 6 เดือน	เป้าหมาย 9 เดือน	เป้าหมาย 12 เดือน
1.การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60 2.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(DM) เพื่อตรวจน้ำตาลซ้ำและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 20 3.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(HT) เพื่อทำ HMBP และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 20 4. ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำ ในกลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 20 5.ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงครอบคลุม ร้อยละ 80 6.ประชุม NCD Board ระดับจังหวัด /อำเภอ 1 ครั้ง 7.วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอ	1.การคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 90 2.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(DM) เพื่อตรวจน้ำตาลซ้ำและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 40 3.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(HT) เพื่อทำ HMBP และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 40 4.ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี ในกลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 40 5.ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยครอบคลุม ร้อยละ 90 6.ประชุม NCD Board อำเภอ 1 ครั้ง 7.ติดตามประเมิน NCD Clinic Plus 2 เครือข่าย 8.วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอ	1.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(DM) เพื่อตรวจน้ำตาลซ้ำ และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค ร้อยละ 60 2.ติดตามกลุ่มสงสัยป่วย(HT) เพื่อทำ HMBPร้อยละ 70 และส่งต่อเพื่อวินิจฉัยโรค 4.ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำ ในกลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 60 5.ติดตามประเมิน NCD Clinic Plus 4 เครือข่าย 6.ประชุม NCD Board ระดับจังหวัด/อำเภอ 1 ครั้ง 7.วิเคราะห์และคืนข้อมูลให้เครือข่ายอำเภอ	1.ร้อยละ 60 ของกลุ่มสงสัยป่วยด้วยโรคเบาหวานได้รับการติดตาม 2.ผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่าค่า Base Line ปี 2563 3.ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาล(HbA1c) มากกว่า Base Line ปี 2563 (20.31) ร้อยละ 3 เท่ากับ 20.62 4.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับควบคุมระดับความดันโลหิต (ติดต่อกัน 2 ครั้ง) มากกว่า Base Line ปี 2563 (27.64) ร้อยละ 3 เท่ากับ 28.47