

# SEAMLESS วัยทำงาน, DHB, NCD, ACS, STROKE,CKD, COPD, LTC เขตสุขภาพที่ 8 ปี 2562



จังหวัดอุดรธานี



จังหวัดสกลนคร



จังหวัดเลย



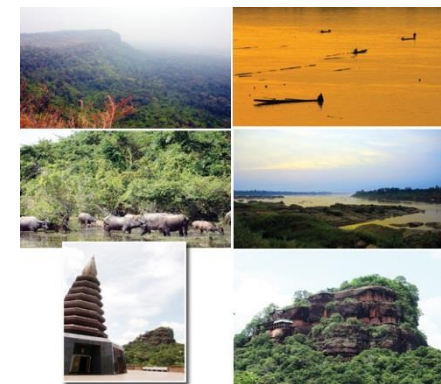
จังหวัดนครพนม



จังหวัดหนองคาย



จังหวัดหนองบัวลำภู



จังหวัดบึงกาฬ

# อัตราตายโรคเบาหวาน เขตสุขภาพที่ 8 พ.ศ. 2559 - 2560

อัตราตายโรคเบาหวานลดลง	2559	2560	เพิ่ม/ลด
จังหวัด			
บึงกาฬ	19.1	23.3	เพิ่มร้อยละ 21.99
หนองบัวลำภู	35.1	29.2	ลดร้อยละ 16.81
อุดรธานี	18.9	18.1	ลดร้อยละ 4.23
เลย	28.9	21.7	ลดร้อยละ 24.91
หนองคาย	29.6	21.1	ลดร้อยละ 28.71
สกลนคร	28.2	29.0	เพิ่มร้อยละ 2.83
นครพนม	31.4	24.9	ลดร้อยละ 20.70
รวม	26.1	23.6	ลดร้อยละ 9.60

# สถานการณ์รายใหม่เบาหวาน

## รายใหม่เบาหวานทั้งหมด (ลดลงร้อยละ 5)

จังหวัด	2560	2561	เพิ่ม/ลด (ร้อยละ)
บึงกาฬ	2,190	2,406	เพิ่มร้อยละ 9.9
หนองบัวลำภู	2,211	2,654	เพิ่มร้อยละ 20.0
อุดรธานี	8,765	7,213	ลดลงร้อยละ 17.7
เลย	4,206	4,321	เพิ่มร้อยละ 2.7
หนองคาย	3,025	2,964	ลดลงร้อยละ 2.0
สกลนคร	6,289	5,310	ลดลงร้อยละ 15.6
นครพนม	3,161	3,181	เพิ่มร้อยละ 0.6
รวม	29,847	28,049	ลดลงร้อยละ 6.0

## รายใหม่เบาหวานจากกลุ่มเสี่ยงปีที่ผ่านมา (≤ ร้อยละ 2.4)

จังหวัด	กลุ่มเสี่ยง	รายใหม่ในปี	ร้อยละ
เลย	21,498	473	2.2
หนองบัวลำภู	15,624	337	2.2
บึงกาฬ	8,944	172	1.9
นครพนม	25,928	433	1.7
หนองคาย	19,122	318	1.7
อุดรธานี	54,526	882	1.6
สกลนคร	51,957	750	1.4
รวม	197,599	3,365	1.70

แหล่งข้อมูล : รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข

# การวิเคราะห์ SWOT

## จุดแข็ง (Strengths)

1. นโยบายและการถ่ายทอดการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ เร็วรั้ง และภัยสุขภาพ มีความชัดเจน
2. โครงสร้างคณะกรรมการระดับเขต/จังหวัดชัดเจน (NCD)
3. บุคลากรมีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภัยสุขภาพ
4. งบประมาณเพียงพอ
5. มีการนิเทศติดตามการดำเนินงานระดับเขต จังหวัด อำเภอ อย่างต่อเนื่อง
6. มีการประสานงานระหว่างเครือข่ายทุกระดับภายในพื้นที่เป็นอย่างดี
7. มีระบบฐานข้อมูลที่ใช้ในการติดตาม ประเมินผล (HDC), โปรแกรม LTC
8. มีทีมนำเข้มแข็ง (รพศ.ให้การสนับสนุน)

## จุดอ่อน (Weaknesses)

1. บุคลากรมีภาระงานมาก
2. ขาดการทำงานกันอย่างบูรณาการ (งานส่งเสริม งาน NCD งานคุ้มครองผู้บริโภค งานภาคประชาชน งานสุขศึกษา)
3. ฐานข้อมูลยังขาดความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา
4. บุคลากรขาดการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์
5. การถ่ายทอดแนวทางปฏิบัติจากระดับจังหวัดถึงผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีช่องว่าง และขาดความเข้มข้น
7. ขาดแนวทางการจัดรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มป่วย 3อ.2ส. และระบบการติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
8. การประเมินคัดกรองสถานะสุขภาพผู้สูงอายุไม่ครอบคลุม ได้แก่ DM /HT/ สายตา/ช่องปาก/ ADL/ข้อเข่าเสื่อม /ซึมเศร้า
9. ขาด CPG ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคในระดับปฐมภูมิ ได้แก่ Stroke/ STEMI /CKD/ COPD /Palliative Care
10. งาน COPD ยังไม่ถูกผลักดันยุทธศาสตร์บางจังหวัด
11. การวินิจฉัย COPD exacerbation เกินจริง มีการลง code J44.1 มากเกินไป
12. เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญในการใช้ Spirometry
13. การใช้ยาป้องกันอาการกำเริบน้อยเพราะเข้าใจว่าราคาแพง

# การวิเคราะห์ SWOT

## โอกาส (Opportunities)

1. มีงบประมาณสนับสนุนจาก อปท. (กองทุนสุขภาพ ตำบล)
2. อสม. แขนงนำสุขภาพเป็นภาคีในการเชื่อมโยงข้อมูลงาน การติดตามลงสู่ชุมชน
3. ระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง
4. มีเทคโนโลยี สารสนเทศและระบบสื่อสารต่อองค์กรภายนอกเอื้อต่อการปฏิบัติงาน
5. มีเครือข่ายองค์กรงดเหล้า ยาสูบ
6. กฎหมายควบคุมกำกับ (บุหรี่ สุรา)

## ภัยคุกคาม (Threats)

1. อสม. มีภาระงานมาก
2. การแสวงหาการรักษา การเข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐานง่าย
3. การขยายตัวของชุมชนเมืองส่งผลต่อการเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยง
4. ประชาชนกลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วยมีค่านิยม ไม่ตระหนัก และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค
5. การบังคับใช้กฎหมาย (บุหรี่ สุรา) ที่เกี่ยวข้อง
6. การมีส่วนร่วมของชุมชน

# Tows Matrix

## ยุทธศาสตร์เชิงรุก (SO)

1. การถ่ายทอดนโยบายที่มีความชัดเจนสู่การปฏิบัติการเชื่อมโยงลงชุมชน (การสร้างเครือข่ายทั้งใน และนอกสาธารณสุข.)
2. การบูรณาการงบประมาณ และบริหารจัดการให้เพียงพอและเหมาะสมตามบริบท
3. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการระดับเขต (NCD แอลกอฮอล์ ยาสูบ) จังหวัด อำเภอ (DHB) ตำบลจัดการสุขภาพ
4. พัฒนาระบบฐานข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ กระบวนการติดตาม ประเมินผล

## ยุทธศาสตร์เชิงพัฒนา (WO)

1. บูรณาการงานผ่าน DHB ตำบลจัดการสุขภาพ
2. พัฒนาบุคลากรในการใช้ประโยชน์ของข้อมูล
3. การมีส่วนร่วมของ อปท. ในการดำเนินงาน PP&P (Prevention, Promotion and Protection)
4. ประยุกต์เทคโนโลยี สารสนเทศให้เอื้อต่อการทำงาน
5. พัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน

# ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล

2. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน

3. พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่

หน่วยงานหลัก:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

หน่วยงานร่วม:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ 8 แผนงาน การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ  
 โครงการเฝ้าระวังและป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 8  
 ปีงบประมาณ 2562

P&P  
Strength

แผนงานที่...3.....

เป้าหมาย / ตัวชี้วัด	1. อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง ร้อยละ 5 (เทียบกับปี 2561) 2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre-DM) ไม่เกินร้อยละ 2.05 3. อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5 4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.73m <sup>2</sup> /yr. 5. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20-25) <27 ต่อแสน ปชก. 6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≤ 7. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD 8. อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 % 9. อัตราการตัดเท้าใน DM Foot ไม่เกิน 20% 10. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ≥ ร้อยละ 50		
สถานการณ์/ ข้อมูลพื้นฐาน	เขตสุขภาพที่ 8 พบอัตราตายต่อประชากรแสนคนด้วยโรคเบาหวาน ในปี พ.ศ.2550 – 2558 มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยอัตราตายด้วยโรคเบาหวาน จากอัตรา 20.88 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2550 มาเป็น 30.84 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2558 และสูงกว่าระดับประเทศ (ประเทศอัตรา 16.78 ต่อแสนประชากร) อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานรายใหม่ต่อแสนประชากรลดลง จากอัตรา 567.29 ต่อแสนประชากร ในปี 2560 ลดลงเป็นอัตรา 530.21 ต่อแสนประชากรในปี 2561 หรือลดลงร้อยละ 6.54 และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปี 2561 ลดลงเมื่อเทียบกับปี 2560 (ปี 2560 ร้อยละ 1.96, ปี 2561 ร้อยละ 1.69)		
ยุทธศาสตร์ มาตรการ	<b>Strategy 1: พัฒนาระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล</b>	<b>Strategy 2 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน</b>	<b>Strategy 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่</b>
กิจกรรมหลัก	1. พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลและการลงรหัส ICD10 ในทุกระดับ 2. พัฒนาศักยภาพการจัดการข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล 3. พัฒนา Dashboard NCD ข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมและโรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง/ Stroke /STEMI/ COPD/ สุขภาพจิต 4. Dictionary LTC และ Specific Package Care จัดทำคู่มือการจำแนกประเภทเตียงผู้ป่วย รายโรค และแนวทางการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	1. ขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ/การดำเนินงานผ่าน พชอ. เขตจังหวัด อําเภอ 2. คัดกรองโรคเบาหวาน/ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) 3. พัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรคเบาหวาน /โรคไตเรื้อรัง 4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติการ 3 อ.2 ส. 1 ฟ. (ลดหวาน ลดมัน ขยับออกกำลังกาย นั่งสมาธิ งดบุหรี่และเหล้า เฝ้าระวังฟัน) และ Self Care (MI) 5. สื่อสารเตือนภัยรณรงค์ลดการกินอาหารลดเค็ม (กินจืด ยืดชีวิต) 6. สถานประกอบการ โรงเรียน วัด เป็นต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค DM 7. อปท./ หน่วยงานทุกภาคส่วนเป็นองค์กรไร้พุง.	1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร Case Manager ผู้จัดการรายกรณี (ทดแทนฟื้นฟู) 2. พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คลินิก NCD Clinic Plus คลินิก COPD & Asthma, CKD Clinic คุณภาพ/ ฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ 3. พัฒนาศูนย์ DPAC คุณภาพใน รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. 4. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย 5. ประเมินและค้นหาภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ช่องปาก หัวใจ หลอดเลือดสมอง ซีมีเคร้า (2Q 9Q) 6. ดูแล รักษา ติดตามร่วมกับ COC/ LTC/ Palliative Care 7. พัฒนาระบบ STEMI STROKE Fast track 8. เปิดให้บริการ Stroke Unit ใน รพ.ระดับ S

ระดับ  
ความสำเร็จ

ไตรมาส 1

- ร้อยละ 100 ของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการดำเนินงานหมู่บ้าน/ชุมชนลดเสียงลดโรคเบาหวาน
- ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 60
- ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปคัดกรอง COPD  $\geq$  30%
- ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 60
- ความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) ไม่เพิ่มขึ้น
- มีระบบฐานข้อมูลพื้นฐานที่ถูกต้อง
- ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 40 ไต, CVD Risk ร้อยละ 60
- ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 10

ไตรมาส 2

- ร้อยละ 30 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสียงลดโรคเบาหวาน
- ปชช.อายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับคัดกรองเบาหวาน ร้อยละ 90
- กลุ่มเสี่ยงเบาหวานปีที่ผ่านมาได้รับการคัดกรองเบาหวานร้อยละ 90
- ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไปคัดกรอง COPD  $\geq$  50%
- ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) ลดลงร้อยละ 5
- ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk ร้อยละ 80
- ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 20

ไตรมาส 3

- ร้อยละ 50 ของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนต้นแบบลดเสียงลดโรคเบาหวาน
- สถานบริการรักษาระดับมาตรฐานการบริการ NCD Clinic Plus คุณภาพ คลินิก DPAC คุณภาพ คลินิก CKD Clinic คุณภาพ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80
- ผู้ป่วย DM ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า ช่องปาก ร้อยละ 60 ไต, CVD Risk ร้อยละ 90
- ความชุกของผู้มีภาวะน้ำหนักเกิน/อ้วน (BMI  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>) ลดลงร้อยละ 10
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C <7%)  $\geq$  ร้อยละ 40
- ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50
- ร้อยละกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ ได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ร้อยละ 30

ไตรมาส 4

- อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ลดลง ร้อยละ 5
- ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre- DM) ไม่เกินร้อยละ 2.05
- อัตรารายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5
- ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr. ร้อยละ 67
- อัตรารายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20 - I25) <27 ต่อแสน ปชก.
- อัตรารายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  $\leq$  7 %
- อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD
- อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %
- อัตราการตัดเท้าใน DM Foot ไม่เกิน 20%
- ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่  $\geq$  ร้อยละ 50

1. อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 5
2. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน (Pre- DM) ลดลงร้อยละ 2.40
3. อัตราตายโรคเบาหวานลดลง ร้อยละ 2.5
4. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 mL/min/1.73m<sup>2</sup>/yr. ร้อยละ 67
5. อัตราตายโรคหลอดเลือดหัวใจ (I20 - I25) <27 ต่อแสน ปชก.
6. อัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ≤ 7 %
7. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD อายุ 40 ปีขึ้นไป < 110 ครั้งต่อ 100 ผู้ป่วย COPD
8. อัตราผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการรักษาครบวงจรและได้มาตรฐาน > 60 %
9. อัตราการตัดเท้าใน DM Foot ไม่เกิน 20%
10. ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูบบุหรี่ ได้รับคำแนะนำเพื่อเลิกสูบบุหรี่ ≥ ร้อยละ 50

กลยุทธ์และ  
แผนงาน

กลยุทธ์ที่ 1 พัฒนาระบบข้อมูลและสารสนเทศงานโรคไม่ติดต่อ

1. จังหวัดจัดประชุม/อบรมบุคลากรในการบันทึก วิเคราะห์ข้อมูล การใช้ประโยชน์ (ใช้งบจังหวัด)
2. พัฒนาระบบรายงาน และ Dash Board NCD (ใช้งบเขต)

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน/ภาคีเครือข่ายในการป้องกันและลดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

1. โครงการส่งเสริมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเมตาบอลิกซินโดรม

กลุ่มจังหวัดเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2562 เป้าหมาย 2,720 คน (งบ สปสช.4.7+ ล้าน)

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบบริหารจัดการและการจัดบริการเพื่อลดเสี่ยงและลดโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรคและบริบทพื้นที่

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดำเนินงาน CKD, CVD (หัวใจ หลอดเลือดสมอง) และคลินิกอดบุหรี่ จำนวน 1 รุ่น (งบ ๓๐๐,๐๐๐ บาท)
2. การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลงานบูรณาการ NCDs 2 ครั้ง/ปี โดยทีมเลขานุการ SP(ใช้งบเขต)



# สวัสดี



“ครอบครัวเดียวกัน”