



ผลการดำเนินงานของจังหวัดสุรินทร์

KPI ตรวจราชการ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน
ประเด็นเพิ่มเติม : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

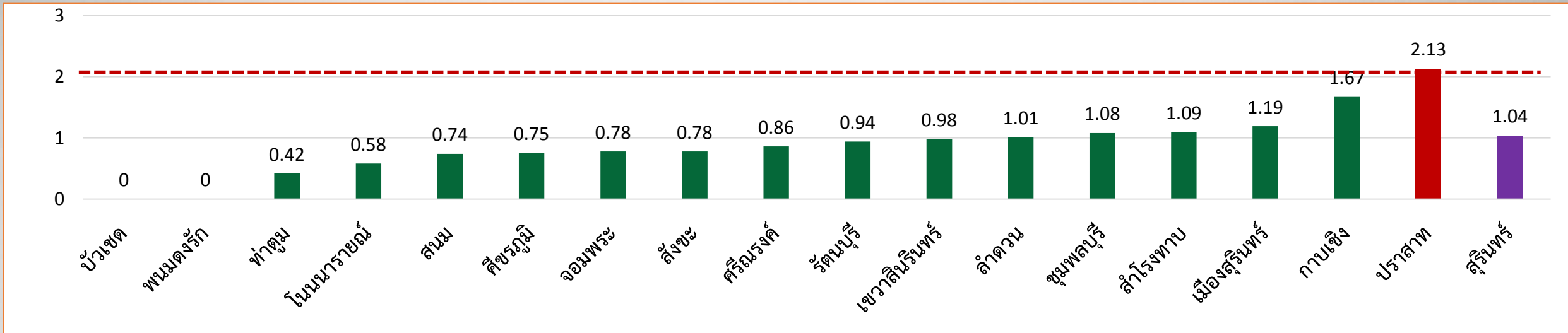
PA : ประเด็น NCD

ตัวชี้วัดที่ 5.

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป้าหมาย ไม่เกินร้อยละ 2.05

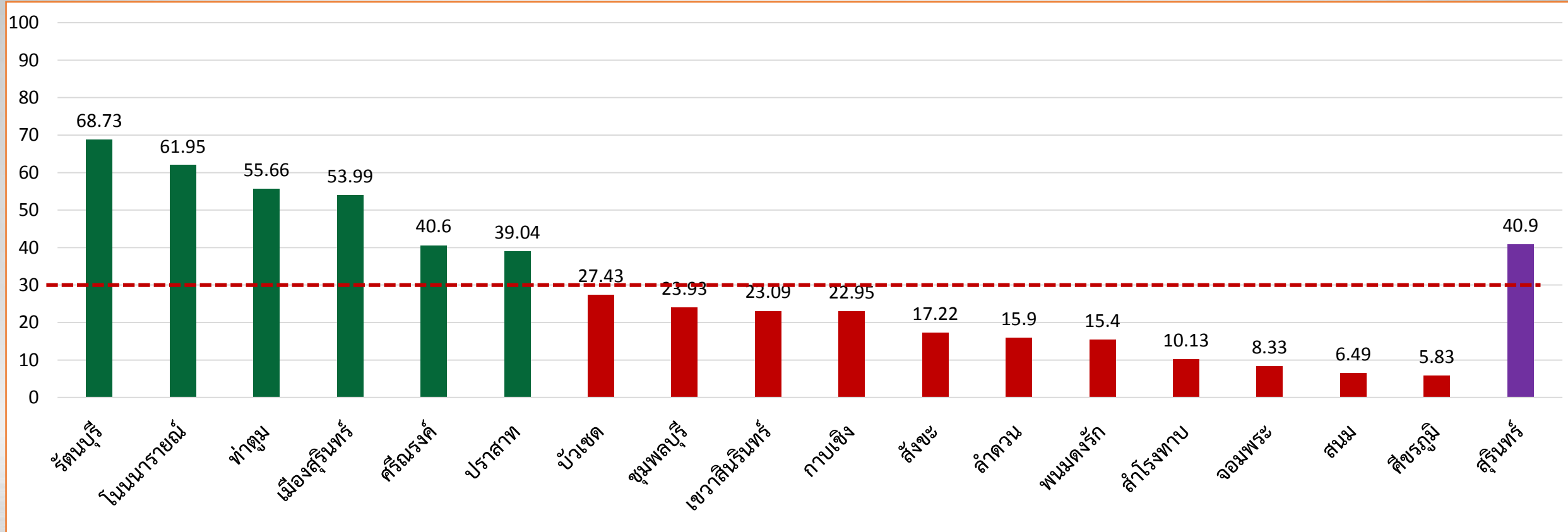


อำเภอ	บัวเขต	พนมดงรัก	ทำนุ	โนนนารายณ์	สนม	ศีขรภูมิ	จอมพระ	สังขะ	ศรีณรงค์	รัตนบุรี	เขวาสินรินทร์	ลำดวน	ชุมพลบุรี	สำโรงทาบ	เมืองสุรินทร์	กาบเชิง	ปราสาท	จังหวัดสุรินทร์
New DM	0	0	5	4	9	27	8	21	10	16	11	6	27	4	28	11	72	259
กลุ่มเสี่ยงปี 61	168	365	1,183	684	1,224	3,599	1,025	2,707	1,166	1,697	1,124	597	2,507	367	2,353	660	3,374	24,800

ตัวชี้วัดที่ 5.

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

อัตรา ปชก.กลุ่มสงสัยป่วย HTได้รับการวัด BP ที่บ้าน เป้าหมาย ร้อยละ 30 (Quick win Q1 = ร้อยละ 10)

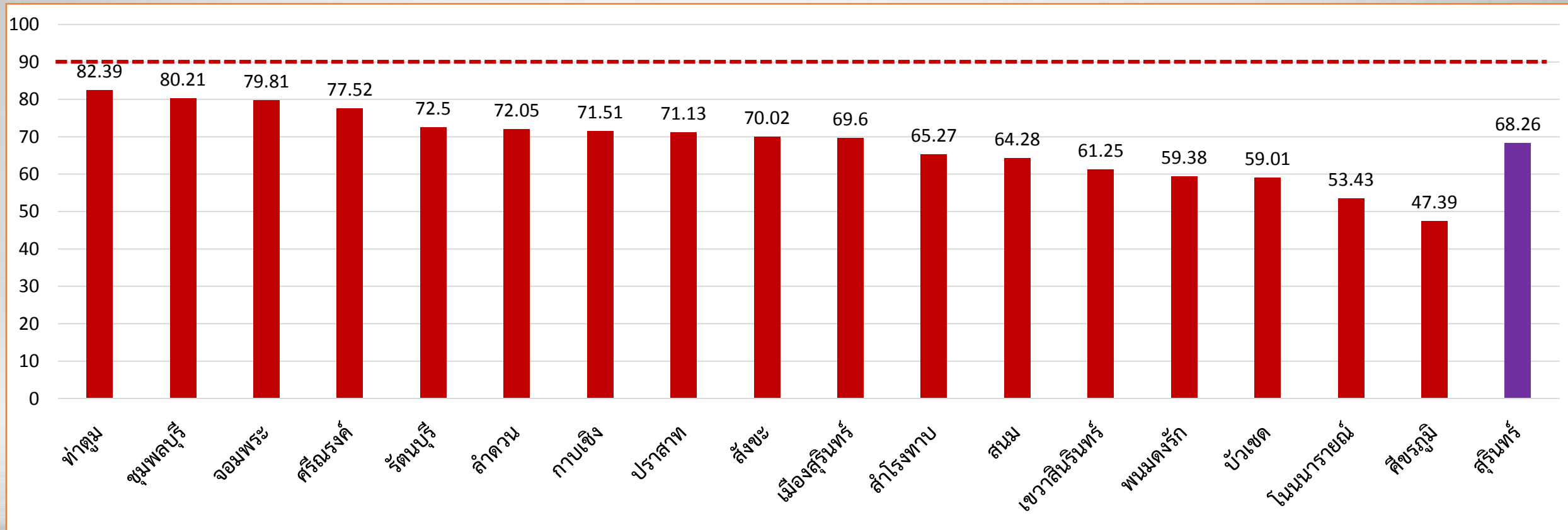


ตัวชี้วัดที่ 5.

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

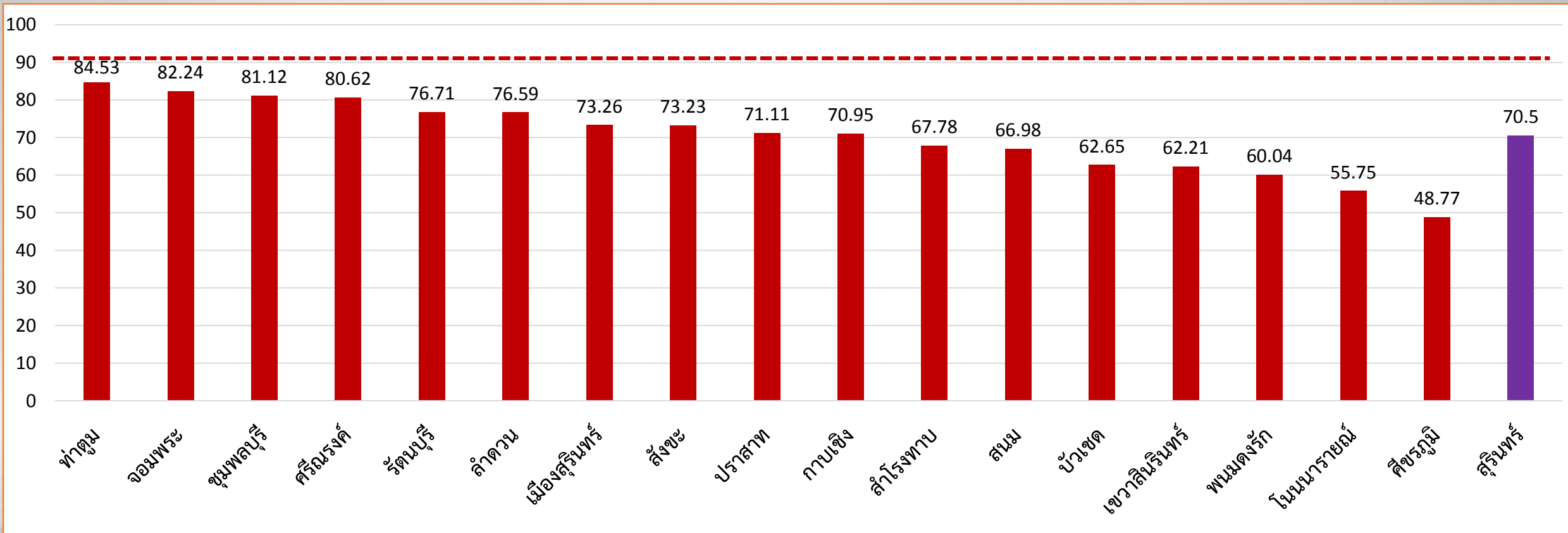
สถานการณ์การคัดกรองเบาหวาน ปีงบประมาณ 2562 (ร้อยละ 90)



ตัวชี้วัดที่ 5.

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

สถานการณ์การคัดกรองความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2562 (ร้อยละ 90)



ตัวชี้วัดที่ 5.

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

มาตรการแก้ไขปัญหา

การคัดกรอง

1. เร่งรัดการบันทึกข้อมูล 43 เพิ่มในหน่วยบริการทุกระดับเพื่อให้ทราบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อวางแผนการจัดบริการกลุ่มเสี่ยง
2. ใช้เป้าหมายจาก Data Exchange จาก HDC ในการวางแผนการออกคัดกรอง

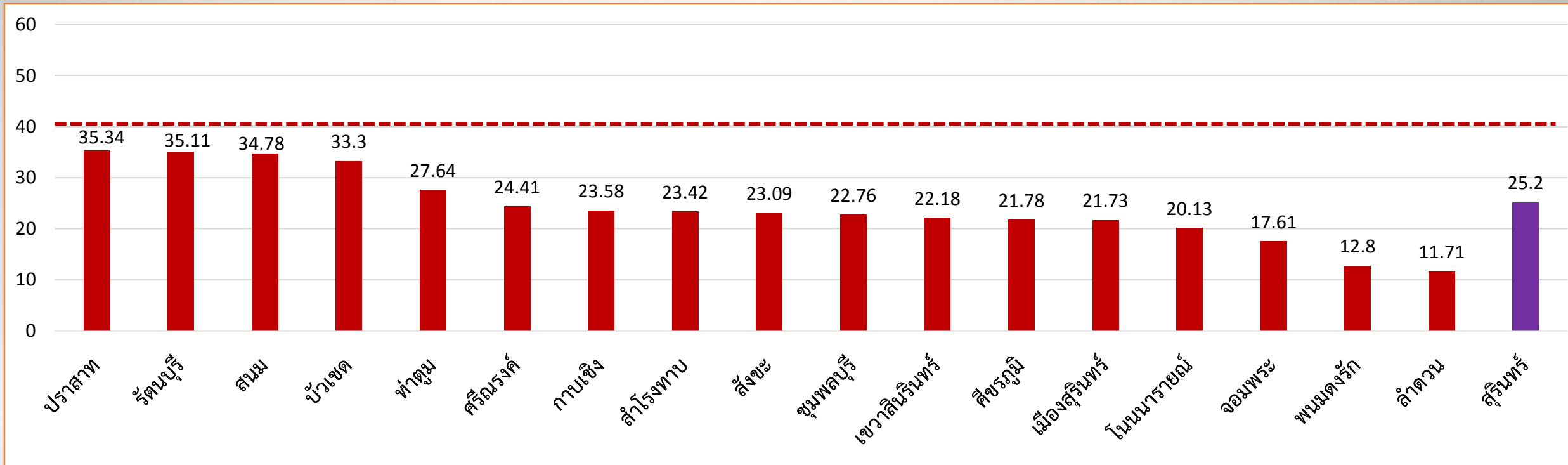
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่

1. หน่วยบริการทุกระดับมีกิจกรรมการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อโรค NCD รายกลุ่ม/รายบุคคล
2. กำหนดเป้าหมายกลุ่มเสี่ยง DM/HT ราย รพ.สต. และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/วัดความดันโลหิตที่บ้าน
3. ติดตามประเมินผลโดยการตรวจระดับน้ำตาลซ้า/วัดความดันโลหิต ทุก 3 เดือน หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
4. จัดหาเครื่องวัด BP ให้มากขึ้น (จากงบฯกองทุนตำบล)

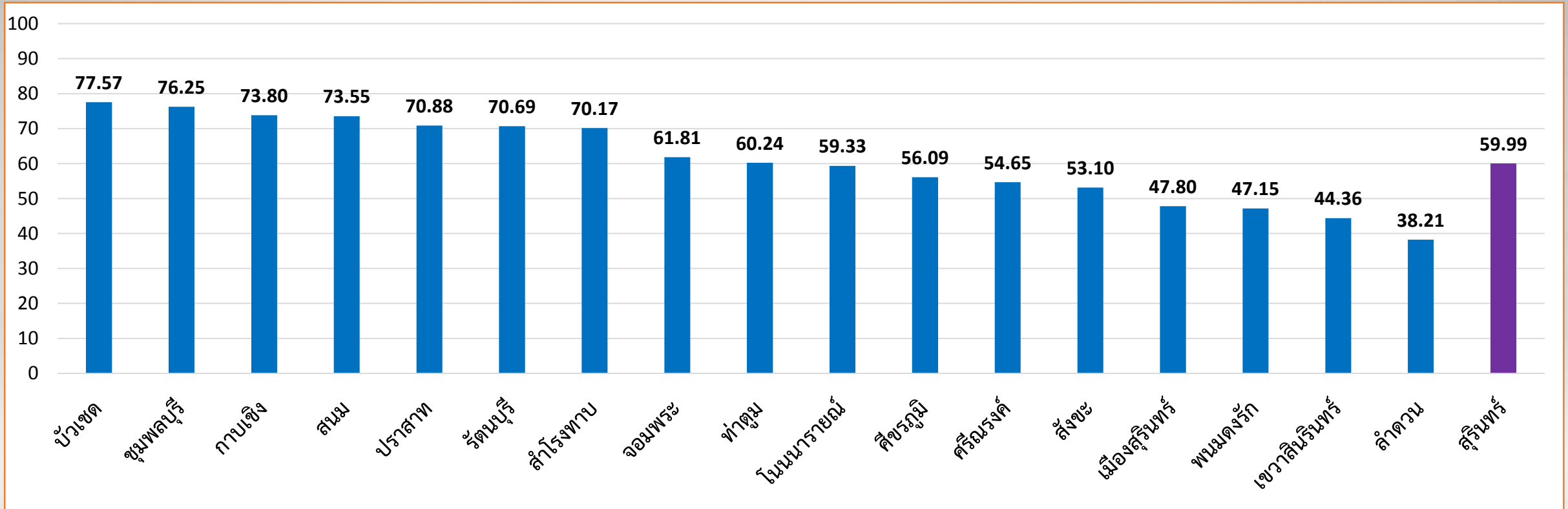
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้



ค่าเป้าหมาย DM ควบคุมได้ ร้อยละ ≥ 40



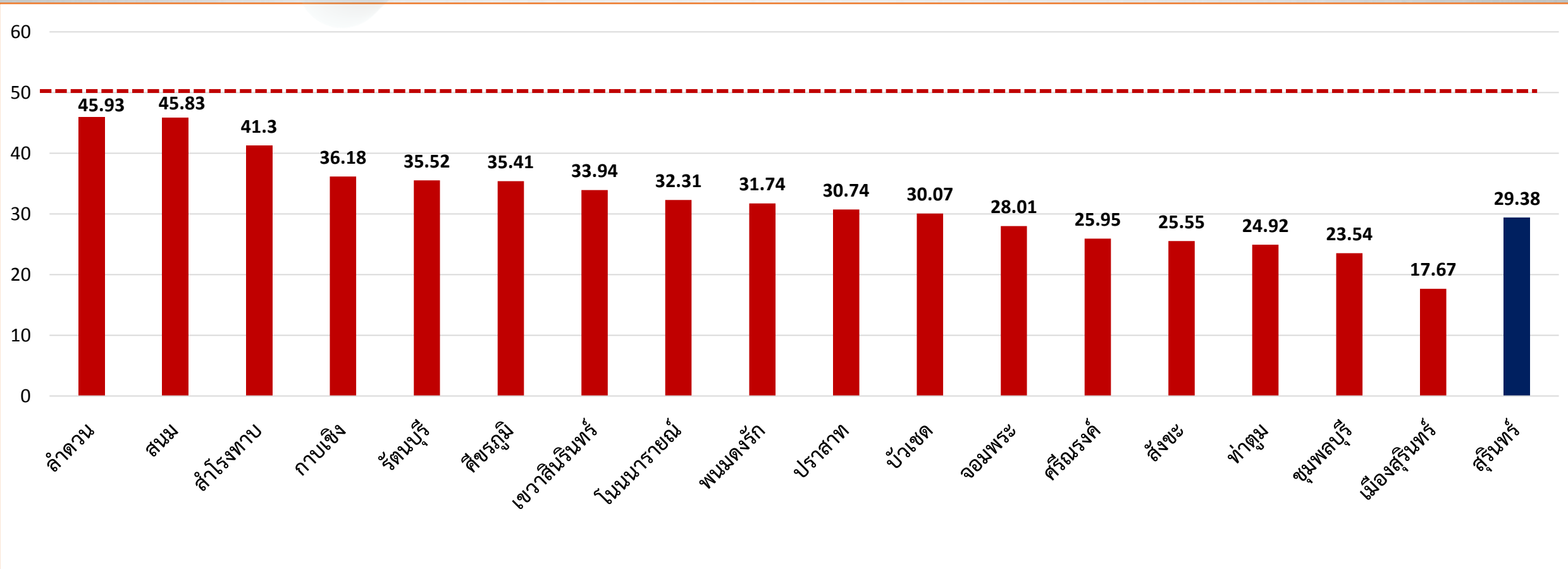
ความครอบคลุมการตรวจ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวาน



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

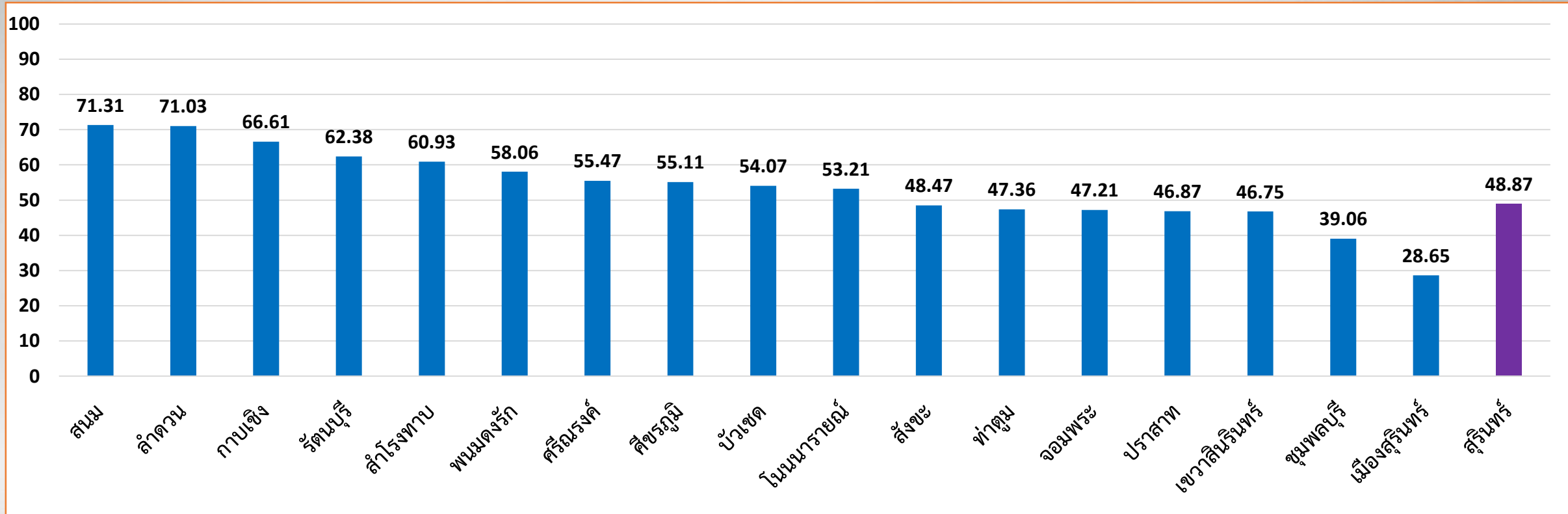


ค่าเป้าหมาย HT ควบคุมได้ ร้อยละ ≥ 50



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

ความครอบคลุมการวัดความดันโลหิต อย่างน้อย 2 ครั้งในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

มาตรการแก้ไขปัญหา

1. พัฒนาระดับ NCD Clinic Plus คุณภาพทุกหน่วยบริการ
2. สอบสวนปัญหา เพื่อการจัดการโรครายกรณี โดยญาติ/ผู้ดูแล ร่วมวางแผนการดูแลสุขภาพ ทั้งใน รพ./รพ.สต. (จัดการทั้งรายกลุ่ม/รายบุคคล)
3. การพัฒนาระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด
4. การปรับระบบบริการเพื่อเพิ่มครอบคลุมการตรวจ ได้แก่ การติดตาม Pt.DM ตรวจ HbA1c / การติดตาม Pt.HT มาตรฐานและวัด BP
5. กำหนดให้มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อเพิ่ม Health literacy บูรณาการร่วมกับการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ Self monitoring



ขอขอบคุณ
๑