

บริการเป็นเลิศ
Service Excellence



Service Plan NCD

ผู้รับผิดชอบ นางสมณีย์ ศิริमानนท์
Systems Manager NCD

ประเด็น/เชิงมุ่ง ปี 2563

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 40)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 63 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5 ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (ร้อยละ 40) ตัวชี้วัด : ร้อยละคลินิก NCD คุณภาพในรพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ 100			
สถานการณ์	จังหวัดยะลา ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒๕๖๑ ร้อยละ ๒๑.๒๔,๒๗.๐๕ และ ๒๕.๙๕ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus จำนวน ๖ แห่ง ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus จำนวน ๒ แห่ง			
ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้	การจัดระบบบริการ	การจัดระบบข้อมูล	
กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	โดยใช้กลยุทธ์ เกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุกเครือข่าย ๒. ติดตามผลการดำเนินงานทุกสัปดาห์ (นิตยสารที่ประชุม) ๓. จัดทำแผนติดตามระดับเครือข่าย	จัดระบบบริการผู้ป่วย ๑. มีกฎเกณฑ์การคลินิก Clinic NCD/Clinic DPAC/Clinic CHD ๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาระดับจังหวัด ๓. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ Clinic แบบบูรณาการ ๔. มีการประเมิน/ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ๕. เชื่อมเสถียรภาพและยกระดับการดำเนินงานของ รพ./รพ.สต	๑. สืบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. ผู้มีการประเมินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนแต่ละเครือข่าย ๓. สรุปผลการดำเนินงาน NCD ภาพรวมและนำเสนอในที่ประชุม คลัง และทุก คลอ.
	ระดับอำเภอ	๑. จัดระบบบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. เชื่อมเสถียรภาพและติดตามการดำเนินงานระดับรพ.สต./รพ.ชม. ๓. ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนในที่ประชุม NCD Meeting และระบบ Line	๑. มีการจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพแบบบูรณาการ ๒. สืบข้อมูลผลการดำเนินงานในที่ประชุม NCD Board ระดับอำเภอ ๒. จัดระบบบริการการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ๓. ติดตามผลการดำเนินงานและระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาที่งาน	๑. ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. สรุปวิเคราะห์ผล NCD Board ระดับอำเภอ ๓. ติดตามการบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม และส่งออกข้อมูลใน HDC
	ระดับตำบล	1. ดำเนินการตรวจคัดกรองกลุ่มเป้าหมายห้องปฏิบัติการ 2. วิเคราะห์กรณีศึกษาที่ผิดปกติและทำแผนจัดการกรณี ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสภาพปัญหาที่พบ 3. ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้/ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือระบบได้รายบุคคล	๑. วิเคราะห์/จัดรูปแบบระบบบริการระดับตำบล เพื่อให้อัตราคัดกรองเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๒. ปล่อยบุคลากรที่ประชุมเพื่อหรือวางแผนติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุม ๓. ตรวจเยี่ยมปัญหาให้แจ้ง Systems manager เพื่อแก้ไขปัญหาที่งาน	๑. มีการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ๔๓ แฟ้มที่ครบถ้วน ถูกต้องเป็นปัจจุบัน ๒. มีข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่คุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เพื่อส่งต่อเยี่ยมบ้าน ๓. ตรวจย้อนกลับข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย ให้เป็นปัจจุบัน
Small Success	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - แผนส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างอย่างเครือข่ายเพื่อประสานห้อง Lab - เริ่มแจ้งผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ให้จัดทำแผนตรวจวัดระดับความดันโลหิต เพื่อครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในเขต รพ.สต./รพ.ชม.	ไตรมาส 2 (6 เดือน) - ประเมินตนเองตามเกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ (ครั้งที่ 1 กุมภาพันธ์ 63 ครั้งที่ 2 กรกฎาคม 63) - วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองพร้อมนำเสนอต้นข้อมูลไปยังเครือข่ายทุกแห่ง - จัดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของแพทย์และเครือข่ายเพื่อนำไปใช้ยุทธศาสตร์สูงสุดในพื้นที่	ไตรมาส 3 (9 เดือน) - จัดประชุมคณะกรรมการติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทุกเครือข่าย - ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	ไตรมาส 4 (12 เดือน) - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 5 - ร้อยละคลินิก NCD คุณภาพในรพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับเดือน ร้อยละ 100 - ประเมินผลการดำเนินงาน/วิเคราะห์ปัญหาเพื่อจัดทำแผนปี 2564

ผู้รับผิดชอบ นางสมณีย์ ศิริमानนท์
Systems Manager NCD

ประเด็น/เชิงมุ่ง ปี 2563

ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 50)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 63 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (ร้อยละ 50)			
สถานการณ์	จังหวัดยะลา ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ๒๕๖๑ ๒๕๖๒ ร้อยละ ๑๑.๙๕, ๑๖.๒๗ และ ๑๖.๘๗			
ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้	การจัดระบบบริการ	การจัดระบบข้อมูล	
กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	โดยใช้กลยุทธ์ เกณฑ์ NCD คลินิกคุณภาพ ๖ องค์ประกอบ ๑. ประชุมทีมผู้รับผิดชอบงาน NCD ทุกเครือข่าย ๒. ติดตามผลการดำเนินงานทุกสัปดาห์ (นิตยสารที่ประชุม) ๓. จัดทำแผนติดตามระดับเครือข่าย	จัดระบบบริการผู้ป่วย ๑. มีกฎเกณฑ์การคลินิก Clinic NCD/Clinic DPAC/Clinic CHD ๒. มีการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาระดับจังหวัด ๓. จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ Clinic แบบบูรณาการ ๔. มีการประเมิน/ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ๕. เชื่อมเสถียรภาพและยกระดับการดำเนินงานของ รพ./รพ.สต	๑. สืบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. ผู้มีการประเมินการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนแต่ละเครือข่าย ๓. สรุปผลการดำเนินงาน NCD ภาพรวมและนำเสนอในที่ประชุม คลัง และทุก คลอ.
	ระดับอำเภอ	๑. จัดระบบบริการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. เชื่อมเสถียรภาพและติดตามการดำเนินงานระดับรพ.สต./รพ.ชม. ๓. ติดตามผลการดำเนินงานทุกเดือนในที่ประชุม NCD Meeting และระบบ Line	๑. มีการจัดทำแผนในการพัฒนาคุณภาพแบบบูรณาการ ๒. สืบข้อมูลผลการดำเนินงานในที่ประชุม NCD Board ระดับอำเภอ ๒. จัดระบบบริการการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ๓. ติดตามผลการดำเนินงานและระบบบริการเพื่อแก้ไขปัญหาที่งาน	๑. ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ได้ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ๒. สรุปวิเคราะห์ผล NCD Board ระดับอำเภอ ๓. ติดตามการบันทึกข้อมูลใน ๔๓ แฟ้ม และส่งออกข้อมูลใน HDC
	ระดับตำบล	1. ดำเนินการตรวจวัดความดันโลหิตกลุ่มเป้าหมายพร้อมคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ห้องปฏิบัติการ 2. วิเคราะห์กรณีศึกษาที่ผิดปกติและทำแผนจัดการกรณีปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามสภาพปัญหาที่พบ 3. ติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้/ปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์	๑. วิเคราะห์/จัดรูปแบบระบบบริการระดับตำบล เพื่อให้อัตราคัดกรองกับแนวทางของเครือข่าย ๒. ติดตามผลการดำเนินงานในที่ประชุม ๓. ตรวจเยี่ยมปัญหาให้แจ้ง Systems manager เพื่อแก้ไขปัญหาที่งาน	๑. มีการบันทึกข้อมูลความดันโลหิตใน ๓๐S และส่งออกข้อมูลไปรพ.ชม. ๔๓ แฟ้มที่ครบถ้วน ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน ๒. มีข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่คุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ เพื่อส่งต่อเยี่ยมบ้าน ๓. ตรวจย้อนกลับข้อมูลกลุ่มผู้ป่วย ให้เป็นปัจจุบัน
Small Success	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - แผนส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนต่างอย่างเครือข่ายเพื่อประสานห้อง Lab - เริ่มแจ้งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจำนวนมาก ให้จัดทำแผนตรวจวัดระดับความดันโลหิต เพื่อครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในเขต รพ.สต./รพ.ชม.	ไตรมาส 2 (6 เดือน) - วิเคราะห์ผลการประเมินตนเองพร้อมนำเสนอต้นข้อมูลไปยังเครือข่ายทุกแห่ง - จัดโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาของแพทย์และเครือข่ายเพื่อนำไปใช้ยุทธศาสตร์สูงสุดในพื้นที่	ไตรมาส 3 (9 เดือน) - จัดประชุมคณะกรรมการติดตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพทุกเครือข่าย - ติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานรอบ 6 เดือน	ไตรมาส 4 (12 เดือน) - ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิต ร้อยละ 50 - ร้อยละคลินิก NCD คุณภาพในรพ.ทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับเดือน ร้อยละ 100 - ประเมินผลการดำเนินงาน/วิเคราะห์ปัญหาเพื่อจัดทำแผนปี 2564

สาขาโรคไม่ติดต่อ - Data, Information, evidence

สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภาพรวมอำเภอเมืองยะลา

สถานการณ์โรค	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563 (10 เดือน)
อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่ (ต่อแสน)	347.95	396.73	333.62
อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่ (ต่อแสน)	800.58	742.76	676.66
ที่มาของข้อมูล :- รายงาน HDC			

ผลการดำเนินงานโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงภาพรวมอำเภอเมืองยะลา

ตัวชี้วัด/ผลการดำเนินงาน	ปี 2561 (%)	ปี 2562 (%)	ปี 2563 (%) (10 เดือน)
ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ควบคุมโรคได้ดี (เป้าหมาย ร้อยละ 40)	19.98	25.95	28.55 (เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา 2.6%)
ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุมโรคได้ดี (เป้าหมาย ร้อยละ 50)	58.37	52.66	51.32
ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจจอประสาทตา (เป้าหมาย ร้อยละ 60)	64.20	72.70	67.54
ร้อยละของผู้ป่วย DM ที่ได้รับการตรวจเท้า (เป้าหมาย ร้อยละ 80)	83.26	83.86	78.84
ร้อยละของผู้ป่วย HT DM ที่ได้รับการคัดกรองทางไต (เป้าหมาย ร้อยละ 60)	46.68	45.31	37.51

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทั้งหมด 13,904 คน ที่มีรหัส N181-189 ใน HDC มีจำนวน 2,900 คน (รายใหม่ในปี 2563 จำนวน 1,268 คน รักษาที่ รพ.ยะลา ทุก stage จำนวน 1,632 คน) คิดเป็นร้อยละ 20.86 	ผลการประชุม NCD board เมื่อ 5 สิงหาคม 63 ณ สสจยะลา น.พ.ศง.ยะลา ขอส่งการให้ทุกเครือข่ายสรุปผลการดำเนินงานและจัดทำ swot / แผนงาน โครงการต่าง ๆ นำเสนอ NCD Board ระดับจังหวัด ต้นเดือนตุลาคม 2563



ร้อยละของผู้ป่วย HT DM ที่ได้รับการคัดกรองทางไต (เป้าหมาย ร้อยละ 60)

จากมติที่ประชุมทีมพัฒนาระบบบริการในคลินิกเบาหวาน รพ.ยะลา เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 63 เวลา 14.00 น.

สถานการณ์ทั่วไป อำเภอเมืองยะลา มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง 13,904 คน ได้รับการคัดกรองไต จำนวน 5,215 คน คิดเป็นร้อยละ 37.51 ผลการวิเคราะห์ปัญหาการคัดกรองไต ไม่ได้ตามเกณฑ์

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
1.ระบบบริการ - แพทย์วินิจฉัยรหัส I10 ในวันที่มารับบริการที่ รพ. - เขตเทศบาลมีผู้ป่วย HT จำนวน 6,219 คน ปฏิเสธการรักษา การรับประทานยาและไม่สามารถติดตามมาเจาะเลือด คิดเป็นร้อยละ 20.53 (1,276 คน สุ่มข้อมูลผู้ป่วยใน Data exchange เพื่อติดตาม คงเหลือรักษาจริง 4,943 คน)	ทาวิทย์แก้ไขร่วมกับงาน IT รพ.ยะลา
2.ระบบข้อมูลการคัดกรอง - จาก Template คัดกรองไต จะต้องไม่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส N181-189 - ผู้ป่วย HT ตรวจ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี - ผู้ป่วย DM ตรวจ urine protein และ serum creatinine อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี	2. แก้ไข โดยการกำหนดเป้าหมายให้แต่ละ รพ.สต./สสม. ในอำเภอเมืองวางแผนตั้งเป้าหมายทั้งปี โดยในปี 2564 เราจะมีการ challenge เป้าหมายอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของแต่ละ รพ.สต./สสม. โดยจะกำหนดเป้าหมายรายวัน/รายสัปดาห์ ตามวิธีการเดียวกับการติดตามเจาะ Hba1c และติดตามผลการดำเนินงานต่อเนื่องรายเดือน

ผู้รับผิดชอบ นางสมณีย์ สิริมาพันธ์
Systems Manager NCD

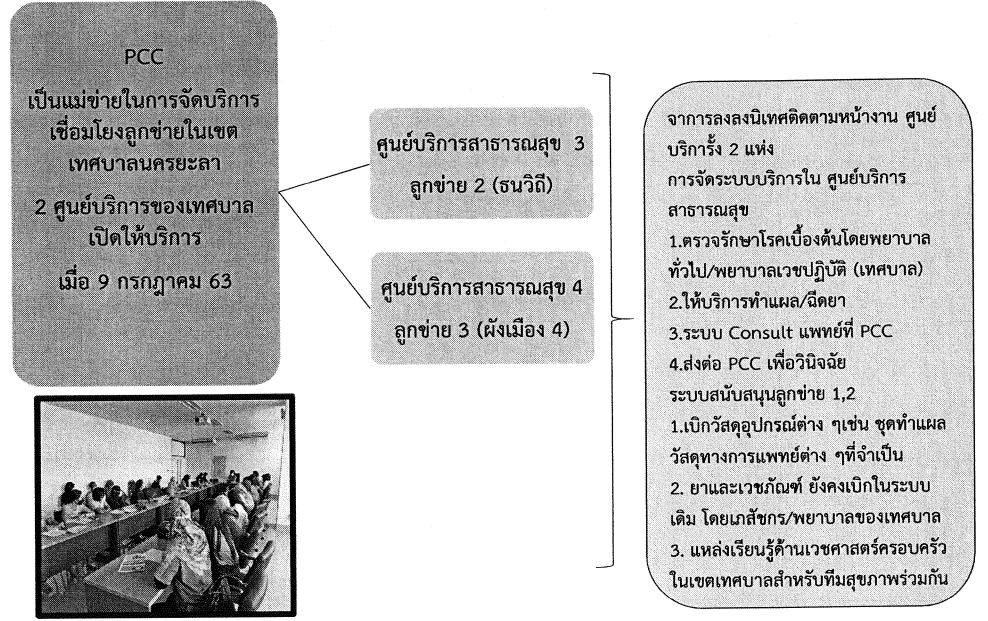
(ร่าง) ประเด็น/เชิงมุ่ง ปี 2564

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ 40)

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปี 64 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยรหัส N181-N189 ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ตัวชี้วัด : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต (ร้อยละ 40)			
สถานการณ์				
ยุทธศาสตร์/มาตรการหลัก	ผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยรหัส N181-N189 ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	การจัดระบบบริการ	การจัดการระบบข้อมูล	
กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด			
	ระดับอำเภอ			
	ระดับตำบล			
Small Success	ไตรมาส 1 (3 เดือน) - แบนส่งตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนด้วยเครื่องถ่ายภาพระบบของ Lab - เนื่องจากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีจำนวนมาก ให้จัดทำแผนตรวจระดับความดันโลหิต เพื่อครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในแต่ละ รพ.สต./สสม.	ไตรมาส 2 (6 เดือน)	ไตรมาส 3 (9 เดือน)	ไตรมาส 4 (12 เดือน)



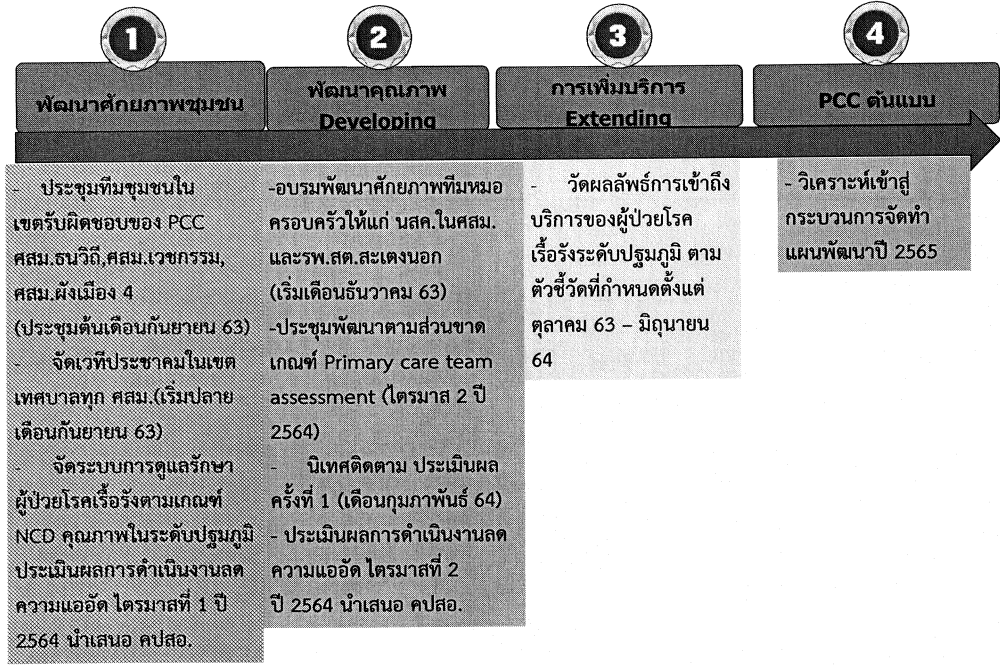
ลดความแออัดของโรงพยาบาลแม่ข่ายสู่บริการปฐมภูมิเขตเมือง
ปีงบประมาณ 2564



เป้าหมายปี 2564 ลดความแออัดของผู้ป่วยโรค NCD ในเขตเทศบาลที่ไปรับบริการที่คลินิกเบาหวาน

ตัวชี้วัดปี 2564	เป้าหมาย
1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนในเขตเทศบาลในทุก ศสม.	เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 30
2. ลดความแออัดของผู้ป่วยโรค NCD ที่รักษาในคลินิกเบาหวาน/อายุรกรรม ให้มารับบริการที่ PCC และ ศสม. ในเขตรับผิดชอบ	ส่งกลับมารับบริการที่ PCC และ ศสม. เพิ่มขึ้นร้อยละ 30 1. ส่งกลับ PCC อัตราเฉลี่ย 10 ราย/วัน (เดือนละประมาณ 200 ราย) ตาม criteria ที่กำหนด (HbA1c = 8 , โรคร่วมควบคุมได้) 2. กรณีที่ควบคุมไม่ได้แต่ต้องอยู่ในความดูแลของอายุรแพทย์ จะเปิดให้บริการในทุกวันศุกร์ (เริ่ม 4 กันยายน 63)

ระดับการพัฒนา PCC เขตเมือง ปี 2564



จบการนำเสนอ

แล้วคร้า

