

**การบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะ
ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจร
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2551



สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตาราง แสดงจำนวนและอัตราป่วยต่อแสนประชากรของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ปี 2548-2550)



โรค	2548		2549		2550	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เบาหวาน	14,479	1,534	18,838	1,940	19,919	2,056
ความดันโลหิต สูง	23,624	2,511	30,612	3,231	32,863	3,393

วัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชน กลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน
2. พัฒนาและสร้างรูปแบบการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบครบวงจร
3. ลดและควบคุมค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวม
4. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยบริการเครือข่ายและแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน
ในทิศทางเดียวกัน ลดภาวะแทรกซ้อนและความพิการ



ผลการดำเนินการ
โครงการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและภาวะ
ที่เกี่ยวข้องกับเบาหวานอย่างครบวงจร

- 1. ด้านการบริหารจัดการ**
- 2. ผลการดำเนินงาน**



ด้านการบริหารจัดการ

- ระดับจังหวัดและอำเภอ

1. แต่งตั้ง/ประชุมคณะกรรมการทุกระดับ

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการบริหารจัดการดูแลโรคเบาหวานแบบครบวงจรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน



ด้านการบริหารจัดการ

- 2. ประชุมชี้แจงการบริหารจัดการแก่เจ้าหน้าที่และผู้เกี่ยวข้อง

ประกอบด้วย **CM** , ผู้ให้ความรู้ , แพทย์ , พยาบาล , เภสัชกร
และนักศึกษาศึกษา จากโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขทุกแห่ง

จำนวน 230 คน

ระดับจังหวัด ประชุมวันที่ 13 ธันวาคม 2550

ระดับอำเภอ **cup** ดำเนินการประชุมตามวาระความเหมาะสมของพื้นที่



ด้านการบริหารจัดการ

- ระดับอำเภอ ประชุมชี้แจงเครือข่ายหน่วยบริการ สอ. โดยใช้ **CPG CUP** และแนวทางการบริหารจัดการโรคเพื่อการดูแลผู้ป่วยเดียวกันทั้งที่
 - หน่วยบริการปฐมภูมิ
 - หน่วยบริการประจำ
 - โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์



ด้านการบริหารจัดการ

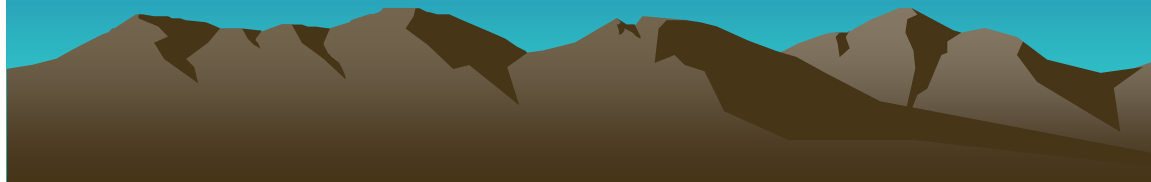
3. พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบริหารจัดการโรคเบาหวาน โดย
อบรม ครู ก. ครู ข. เพื่อเพิ่มศักยภาพแก่ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน
ให้มีความรู้เรื่องเบาหวานและภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค



จัดอบรมผู้ให้ความรู้ในการดูแลโรคเบาหวานของ เครือข่าย (วิทยากรครู ก.)



ดำเนินการอบรมวิชาการความรู้เรื่อง
เบาหวานแก่เจ้าหน้าที่เทศบาล อบต. อสม
(อบรมครู ข)



จัดอบรมการใช้โปรแกรม DMIS

- จัดอบรมการใช้โปรแกรมการลงทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยง(DMIS) แก่บุคลากร จำนวน 4 รุ่น รุ่นละ 1 วัน จำนวนทั้งสิ้น 90 คน



อบรมการถ่ายภาพจอประสาทตา

- เพื่อพัฒนาศัลยกรรมภาพเจ้าหน้าที่ ในการเป็นต้นแบบในการค้นหา ติดตามผู้ป่วยเบาหวานเข้าจอประสาทตา
- เพื่อคัดกรองค้นหาโรคระยะเริ่มแรก และประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยแต่ละระดับ



การจัดระบบส่งต่อกรณีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับ เบาหวานและการกำหนดเงื่อนไขการเรียกเก็บ

- สอ. ทำหน้าที่คัดกรอง ส่งต่อตาม CPG
- คัดกรองเข้าคลินิกเบาหวาน
- ดูแลในคลินิกเบาหวาน
- ส่งต่อศูนย์สุขภาพชุมชน/สถานอนามัย
- ส่งกลับโรงพยาบาล
- กรณีเขตรอยต่อ เรียกเก็บตามข้อกำหนด
- กรณีนอกเขตเก็บค่ารักษาตามปกติ

ด้านการบริหารจัดการ

การนิเทศติดตาม

- โรงพยาบาลมีการนิเทศเครือข่าย จำนวน 2 ครั้ง/ปี
- จังหวัดนิเทศเฉพาะกิจ(เบาหวาน/ความดัน) ในเดือนกรกฎาคม 2551
- จังหวัดนิเทศผสมผสาน 2 ครั้ง (เมษายนและสิงหาคม 2551)
- ประชุม **Case manager/ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน** เพื่อทราบผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรค เดือนละ 2 ครั้งหรือตามความเหมาะสม



การดำเนินการเกี่ยวกับ LAB

- โรงพยาบาลมีการจัดซื้อเครื่องตรวจ Hb A1c จำนวน 5 แห่ง
- จังหวัดประสานให้มีการติดตั้งเครื่องตรวจ Hb A1c จำนวน 3 แห่ง เพื่อให้โรงพยาบาลใกล้เคียงได้ส่งตรวจ
- จังหวัดประสานให้มีอุปกรณ์ตรวจวัดระดับน้ำตาลสำหรับโรงพยาบาลหมุนเวียนให้ผู้ป่วยยืมใช้
- จังหวัดร่วมกับ สปสช. ดำเนินการสรรหาเครื่องตรวจ Hb A1c ให้หน่วยบริการ ในราคาถูกประหยัด



ประสานความร่วมมือองค์กรอื่นๆ

- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้อย่างทั่วถึง
 - มีการจัดแสดงข่าวแก่สื่อมวลชนทุกสาขา
 - จัดประชาสัมพันธ์ทางสถานีวิทยุ



ประสานความร่วมมือองค์กรอื่นๆ

- ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้อย่างทั่วถึง
 - ผลิตสื่อประชาสัมพันธ์ (แผ่นพับ , ป้ายประชาสัมพันธ์ , ข่าวแจก ฯลฯ)
 - จัดกิจกรรมรณรงค์รวมพลคนเสื้อเหลือง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ



ประสานความร่วมมือองค์กรอื่นๆ

- จัดให้มีภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ แกนนำหมู่บ้านด้านสุขภาพ
- จัดตั้งเครือข่ายเบาหวานในชุมชนโดยให้ อปท., อสม, ครู ก
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และวิทยากรครู ข ร่วมเป็นคณะกรรมการ
- จัดให้มีเครือข่ายผู้ป่วยเบาหวานเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน



ผลการดำเนินงานจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ปี 2551

เป้าหมาย

- คัดกรองประชากรกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปี ขึ้นไป(ทุกสิทธิ) ร้อยละ 70
- กลุ่ม Pre-DM ได้รับความรู้ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5,786 คน
- Type 1 646 คน
- Type 2 With Insulin 5,678 คน
- Type 2 no Insulin 17,212 คน
- ตั้งครรภ์ 147 คน

เป้าหมายผู้ป่วย

ประเภท	เป้าหมายของ สปสช	ผลการดำเนินงาน
ประชากร อายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรอง	397,402	320,659
กลุ่ม Pre-Diabetes	5,782	6,528
ชนิดที่ 2 with In	5,678	2,942
ชนิดที่ 2 no In	17,121	14,379
ชนิดที่ 1	646	215
เบาหวานตั้งครรภ์	147	40

ผลการคัดกรองโรคเบาหวาน/ความดันจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ระยะเวลา ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2550 – กันยายน 2551

กลุ่มเป้าหมายประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ทุกสิทธิ จำนวน 397,402 ราย

ได้รับการคัดกรองDM/HT ทั้งหมด 320,659 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.68

รายละเอียด	ผลการดำเนินงาน	
	จำนวน	ร้อยละ
ผลการตรวจปกติ	309,371	96.47
ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre DM)	6,528	2.03
ผู้ป่วย DM รายใหม่	1,601	0.49
ผู้ป่วย HT	3,159	0.98

ผลการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานแยกตามประเภท

ประเภท	จำนวนผู้ป่วยเป้าหมาย(คน)	ผลการให้บริการ	
		จำนวน	ร้อยละ/การให้บริการ
ชนิดที่ 1	646	215	33.28
ชนิดที่ 2 ฟังอินซูลิน	5,678	2,942	51.81
ชนิดที่ 2 ไม่ฟังอินซูลิน	17,121	14,379	83.98
ตั้งครรภ์	147	40	27.21

ผลการตรวจภาวะแทรกซ้อน

ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จำนวน 15,576 ราย
ได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อน จำนวน 10,970 ราย
คิดเป็นร้อยละ 70.42

พบผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อนที่มีความผิดปกติ ทั้งหมด 3,348 ราย
คิดเป็นร้อยละ 30.51

โดยแยกตามรายละเอียด ดังนี้



ผลการตรวจภาวะแทรกซ้อน

ภาวะแทรกซ้อนที่มีความผิดปกติ	จำนวน	ส่งต่อ	ร้อยละ
ทางตา	930	415	48.49
ทางไต	914	275	30.08
หัวใจและหลอดเลือด	1,477	1,339	90.65
ถูกตัดขา	27		

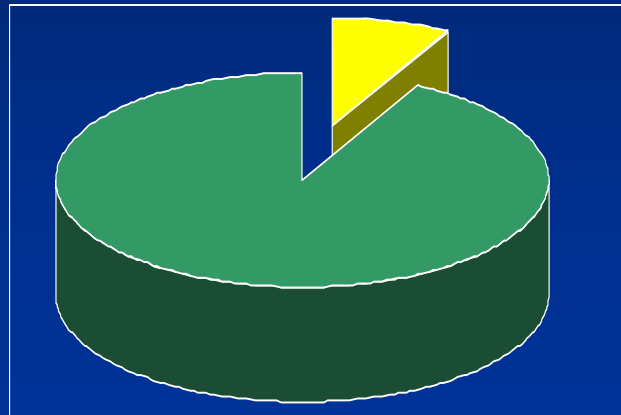
ผลการให้ความรู้

- ผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด 15,576 ราย
ได้รับความรู้ร้อยละ 100



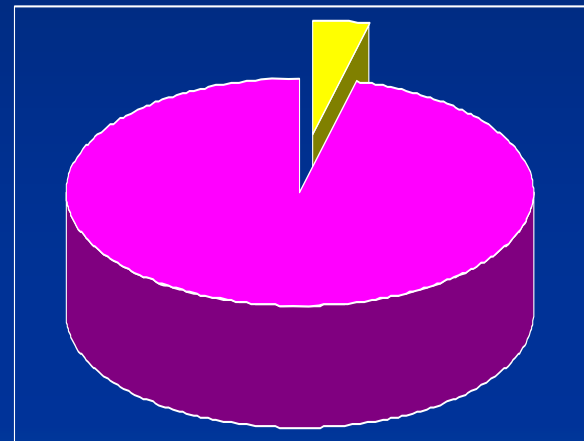
ผลการให้ SMBG

ผู้ป่วยชนิดที่ 1



ให้ SMBG
ไม่ใช้ SMBG

ผู้ป่วยชนิดที่ 2 ใช้อินซูลิน



ให้ SMBG
ไม่ใช้ SMBG

ผู้ป่วยชนิดที่ 1 จำนวน 215 คน
ให้ SMBG จำนวน 17 คน
คิดเป็นร้อยละ 7.90

ผู้ป่วยชนิดที่ 2 ใช้อินซูลิน จำนวน 2,942 คน
ให้ SMBG จำนวน 111 คน
คิดเป็นร้อยละ 4.37

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ

- 1.เป็นโครงการที่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดหลักของกระทรวง สธ.
- 2.หน่วยบริการ สธ.นอกสังกัด/เอกชนให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรอง
- 3.มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยง
- 4.มีระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ชัดเจน/ตรวจสอบได้
- 5.กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย ให้ความร่วมมือในการตรวจคัดกรอง
- 6.ผู้บริหารทุกระดับให้ความสำคัญและเร่งรัด กำชับ ถือเป็นปัญหา สธ.
- 7.มีการจัดทำแผนงาน/โครงการรองรับ ครอบคลุม ครอบคลุม ทุกแห่ง

ปัญหาและอุปสรรคและแนวทางการพัฒนา

ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางการพัฒนา
<p>1. การให้บริการตรวจ</p> <p>-LAB /ตา /HBA1C</p> <ul style="list-style-type: none">* เครื่องตรวจตามีจำนวนน้อย* จักษุแพทย์ไม่เพียงพอ	<p>จัดซื้อเครื่องตรวจตาและหมูนเวียนกันใช้เป็นรายโซน</p> <ul style="list-style-type: none">- ประสานจักษุแพทย์เพื่ออ่านผลการตรวจจอประสาทตา- จัดหาเครื่องตรวจHBA1C- สนับสนุนเครื่องตรวจเจาะน้ำตาล
<p>2.ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none">- การลงบันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมในแต่ละ CASE ใช้เวลาประมาณ 20 นาที	<ul style="list-style-type: none">- ประชุมชี้แจงการบริหารจัดการระบบข้อมูลในพื้นที่- จัดให้มีผู้รับผิดชอบในการให้คำปรึกษา/แก้ไขปัญหาโปรแกรมเบื้องต้น

การดำเนินงาน โครงการฯ ในระดับพื้นที่



ประเด็นปัญหา/ความเสี่ยงสำคัญ

1. ผู้ป่วยในคลินิกได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการค้นหาภาวะแทรกซ้อน
2. ค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อ Morbidity ,Mortality
3. ค้นหาผู้ป่วยและรักษาแต่เบื้องต้น

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ยุทธศาสตร์สำหรับการจัดการโรคเบาหวาน

1. สนับสนุนให้มีโครงการในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
2. พัฒนาระบบบริการให้มีความครอบคลุมกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย
3. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและสนับสนุนให้เกิดการบริหารจัดการองค์ความรู้ในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน
4. พัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ประเมินผลเบาหวาน

ขั้นตอนดำเนินงาน

1. เตรียมทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล (ทีมพัฒนาดูแลผู้ป่วยเบาหวานระดับโรงพยาบาล)
2. เตรียมทีมสหวิชาชีพเชื่อมโยงถึงชุมชน (ทีมพัฒนาดูแลผู้ป่วยระดับอำเภอ)
3. เตรียมความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติงานทุกระดับ
4. ดำเนินโครงการ
5. ประเมินผล
6. ดำเนินงานต่อเนื่องและขยายผล

กิจกรรมดำเนินการ

- การค้นหาภาวะแทรกซ้อน

ประเมินอาการแทรกซ้อน Hypo หรือ Hyper อาการเจ็บหน้าอก, MI ตาม CPG คำแนะนำและให้ความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเอง

- ป้องกันและลดอัตราการเกิดโรค

คัดกรองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม



กระบวนการในคลินิกเบาหวาน

- Empowerment

- กำหนดโปรแกรมการให้สุขศึกษารายกลุ่ม
- การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว
- counseling ในรายที่มีภาวะ FBS > 180 mg% / ปรับเพิ่มขนาดยา / ฉีด อินซูลิน หรือส่งต่อ
- เพิ่มบันทึกข้อมูลเวชระเบียน
- ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมีภาวะ hyperglycemia
- มีการประเมินผลการรักษาต่อเนื่อง / การติดตามผู้ป่วยขาดนัดหรือขาดยา
- การตรวจสอบสุขภาพประจำปี
- ปรับปรุงกระบวนการให้บริการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ลดความซ้ำซ้อน หรือภาระ

งานของทีม

- จัด **Day CAMP**

- ฟื้นฟูความรู้ ทักษะของทีม ดูแลทั้งเครือข่าย

- พัฒนาระบบคุณภาพการให้สุขศึกษา

การให้ความรู้ทางโภชนาการ

การให้ความรู้ด้านการออกกำลังกาย

การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว

พฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตัว

การควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัด



DM camp





ประเด็นสำคัญ รณรงค์ 100%

- เพิ่มการเข้าถึงการบริการ
- ควบคุมสถานการณ์โรค
- บริการตามมาตรฐาน
- เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน



❑ จัดอบรม. DM 2 คน/หมู่ โดย CUP

❑ อบรม จนท.ทั้ง CUP มี CM ทุก สอ.

เขตงานมาตรวจครบแล้ว

ของผมบอกแล้ว
แต่ยังไม่มาครบทีคับ



สนับสนุนเครื่องเจาะเลือด

เครื่องวัดความดัน

➤ หมู่บ้านละ 1 เครื่อง

➤ สอ.ละ 2 เครื่อง



สนับสนุนค่าบันทึกข้อมูลคัดกรอง **Verbal Test**

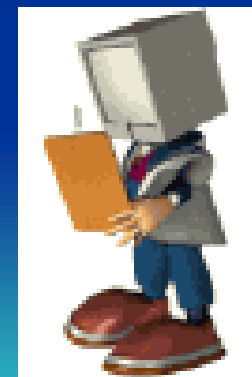
รายละ 5 บาท

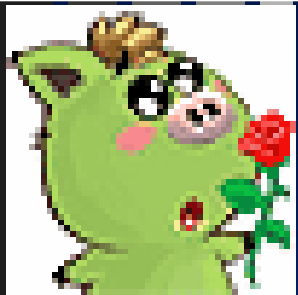
➤ เป็นเงินบำรุงโรงพยาบาล



❑ ติดตั้งระบบ Internet ความเร็วสูง

- ติดตั้งแม่ข่ายที่กลุ่มงานเวชฯ
- ระบบ ADSL
- งานดาวเทียม
- ระบบ CDMA
- เงินบำรุงโรงพยาบาล





โครงการวิจัยการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง (SMBG)



□ โครงการวิจัยการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง
ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุม มีค่าระดับน้ำตาลไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลอง มีค่าระดับน้ำตาลแตกต่างกัน (ลดลง)



เพื่อนช่วยสอนบริหารเท้าให้หน่อย ลืมซะเร็ว

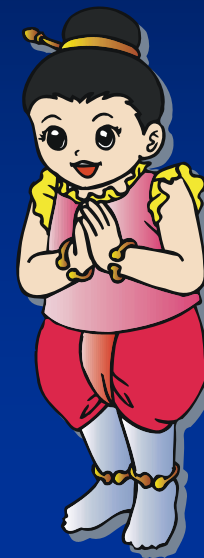


ดูผม ดูผม เค้าทำกันแบบนี้





ขอบคุณและสวัสดี



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี