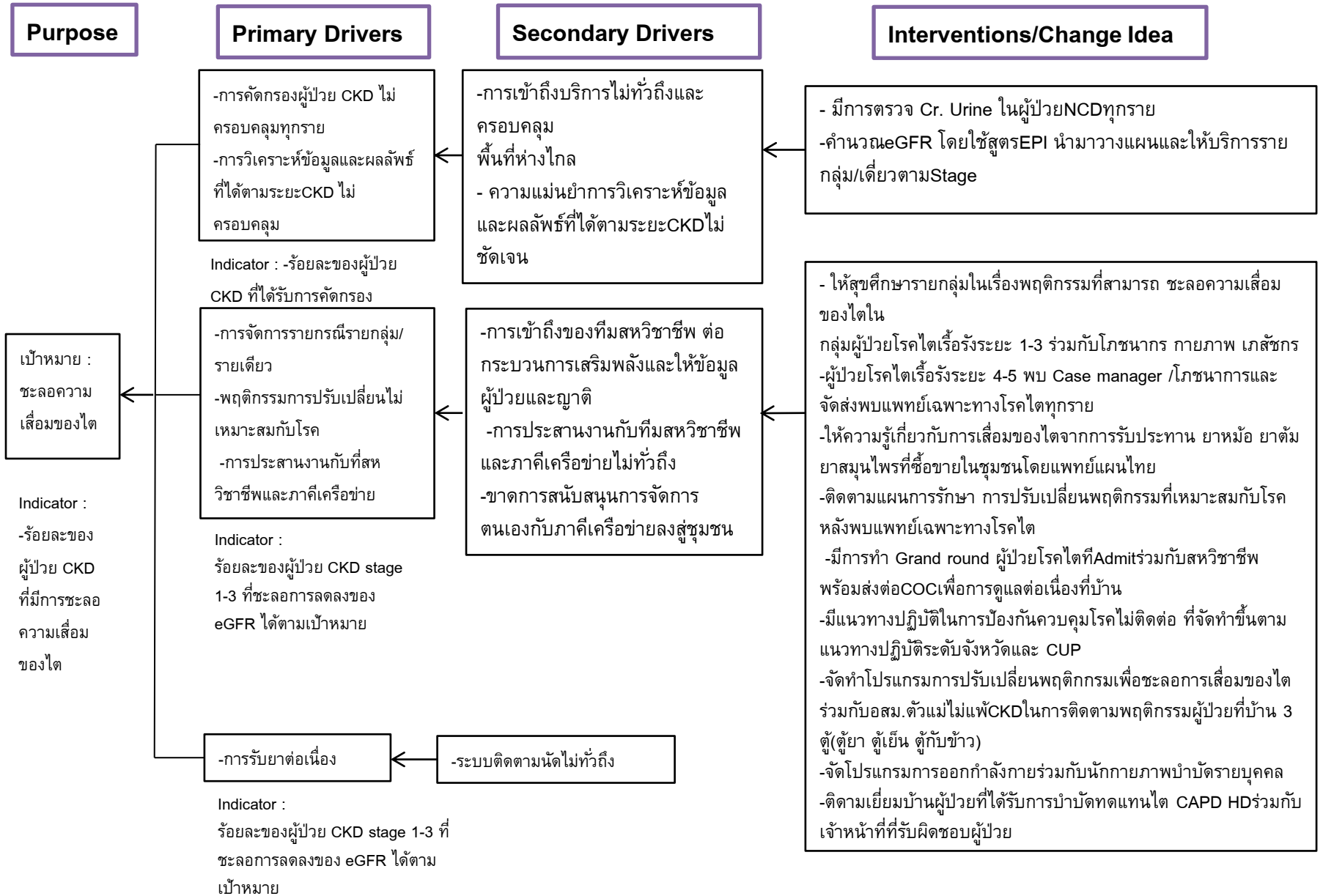
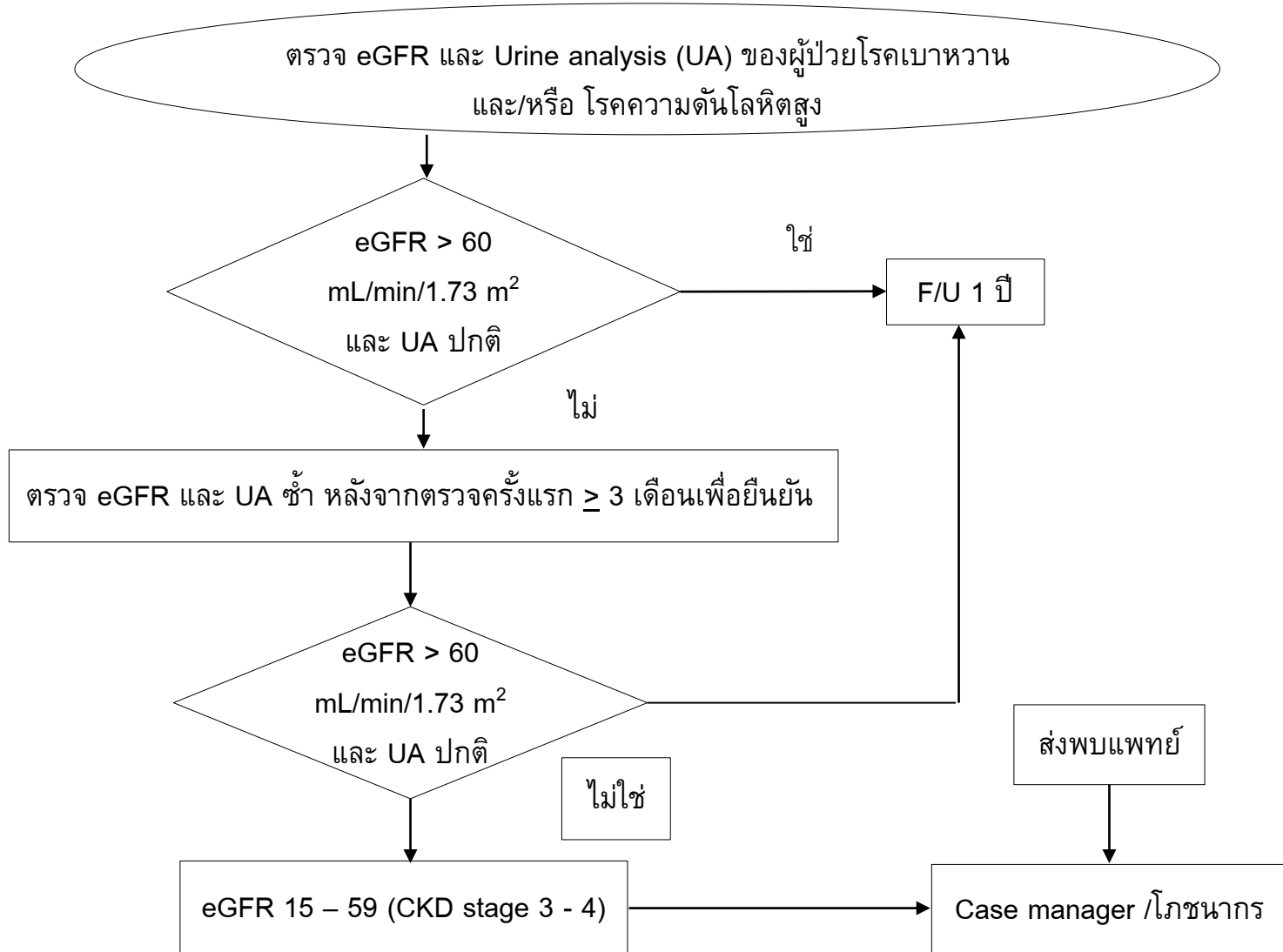


# CLINICAL TRACER CKD

# เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน การดูแลผู้ป่วย CKD



## CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR PATIENT WITH CKD



## การจัดการกระบวนการ (PROCESS MANAGEMENT)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
1.การเข้าถึงบริการ	-NCD Clinic มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังทุกปี	ร้อยละของการคัดกรอง CKD (80%)ใน DM/HT	- ตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังทุกปี -การจัดเก็บข้อมูลและระบบรายงานผลรายเดือน/รายไตรมาส และ รายปี เพื่อติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย
2.การวางแผนการดูแลรักษา	ระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นที่มสหสาขาวิชาชีพตามมาตรฐานและต่อเนื่องทั้งเครือข่าย	-อัตราการเกิด CKD $\geq$ stage3.ใน DM/HT < 5%ทุกไตรมาส -ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage 1-4 ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย ( $\geq$ 66)ทุกไตรมาส -ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage 1-4 ที่ได้รับยา ACEI/ARB ( $\geq$ 50)ทุกไตรมาส	-ส่งพยาบาลวิชาชีพอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(การล้างไตทางช่องท้อง) -จัดตั้ง CKD Clinic พัฒนาระบบการดูแลจัดการผู้ป่วยโรคไตแบบ สหวิชาชีพเพื่อชะลอการเสื่อมของไต -ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ1-3 ที่ควบคุมได้ดีต้องได้รับสุขศึกษาการชะลอความเสื่อมของไตจากทีมสหวิชาชีพ เช่น โภชนากร -ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ4-5 พบ Case manager /โภชนากร และได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตและผ่านการคุย RRT ทั้งผู้ป่วยและญาติทุกราย -สมุดประจำตัวผู้ป่วยทุกรายมีระบบ Double check แพทย์,พยาบาล,เภสัชกรโดยแจ้งเตือนค่า eGFR และ CKD stage โดยการติดนวัตกรรม “คัลเลอร์เอะ” บนปกสมุดประจำตัวในกลุ่มผู้ป่วย NCD เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และการเพิ่มยากกลุ่ม ACEI/ARB เพื่อชะลอการเสื่อมของไต -ติดตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับโรคเพื่อชะลอการเสื่อมของไตหลังการพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกราย

## การจัดการกระบวนการ (PROCESS MANAGEMENT)

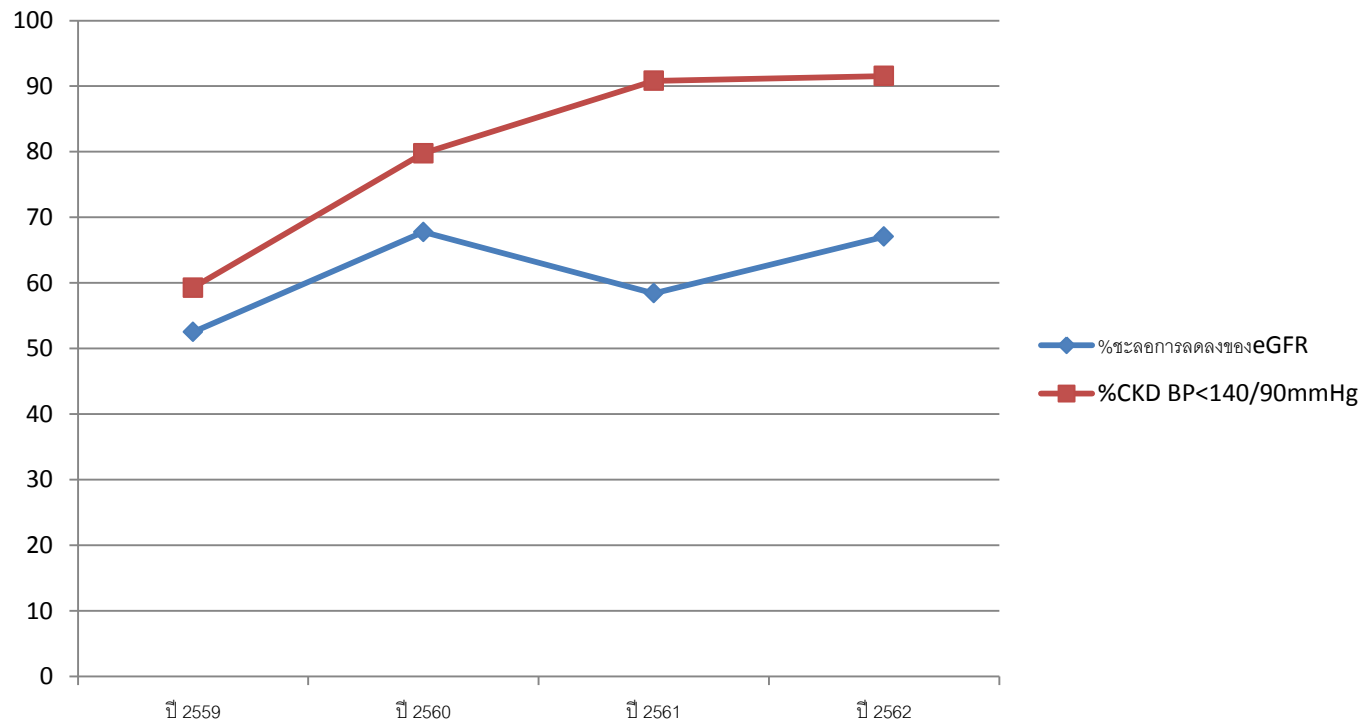
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
3.การเสริมพลังและดูแลต่อเนื่อง	ได้รับการดูแลต่อเนื่องทั้งเครือข่ายรวมทั้งการส่งต่อ	ร้อยละการดูแลต่อเนื่อง (80%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้สุขศึกษารายกลุ่มในเรื่องพฤติกรรมที่สามารถ ชะลอความเสื่อมของไตใน               <ul style="list-style-type: none"> <li>กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 1-3 ร่วมกับโภชนากร กายภาพ เภสัชกร</li> <li>-ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4-5 พบ Case manager / โภชนาการและจัดส่งพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกราย</li> </ul> </li> <li>-ให้ความรู้เกี่ยวกับการเสื่อมของไตจากการรับประทาน ยาหม้อ ยาต้ม ยาสมุนไพรที่ซื้อขายในชุมชนโดยแพทย์แผนไทย</li> <li>-ติดตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค หลังพบแพทย์เฉพาะทางโรคไต               <ul style="list-style-type: none"> <li>-มีการทำGrand round ผู้ป่วยโรคไตที่Admitร่วมกับสหวิชาชีพ พร้อมส่งต่อCOCเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</li> </ul> </li> <li>-มีแนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับจังหวัดและ CUP</li> <li>-จัดทำโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตร่วมกับอสม.ตัวแม่ไม่แพ้CKDในการติดตามพฤติกรรมผู้ป่วยที่บ้าน 3 คู่(ตุ๋นยา ตู๋เย็น ตู๋กับข้าว)</li> <li>-จัดโปรแกรมการออกกำลังกายร่วมกับนักกายภาพบำบัดรายบุคคล</li> <li>-ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต CAPD HDร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบผู้ป่วย</li> </ul>

## ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (PERFORMANCE & INTERVENTIONS)

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
1	ร้อยละผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD	$\geq 80$	62.84	31.68	78.98	48.51
2	ร้อยละการเกิด CKD > stage 3 ใน DM/HT	$< 5$	3.18	5.03	2.35	2.85
3	ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 1-3 ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	$\geq 66$	52.52	67.76	58.42	67.06
4	ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 1-3 ที่ได้รับยา ACEI/ARB	$\geq 60$	43.13	33.14	62.71	71.65
5	ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 4-5 ที่ผ่านการคุย RRT และได้รับการจัดส่งพบแพทย์เฉพาะทางโรคไต	100%	NO DATA	NO DATA	47.29	90.91
6	ร้อยละผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP $< 140/90$	$\geq 80$	59.28	79.77	90.81	91.56
7	ร้อยละผู้ป่วย CKD Admit ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	$\geq 80$	84.20	91	100	100

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (PERFORMANCE & INTERVENTIONS)

วิเคราะห์ CKD stage 1-3 ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย



# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (PERFORMANCE & INTERVENTIONS)

## วิเคราะห์

ปี 2559-2562 ผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะ CKD =62.84 , 31.68 , 78.98 และ 48.51% มีการชะลอความเสื่อมของไตได้ไม่ดี ขาดความรู้ที่จำเป็น เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชะลอการเสื่อมของไต , ผู้ป่วยเคยมีประวัติการได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs , รับประทานยา สมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาลูกกลอนและผู้ป่วย CKD ที่มีภาวะ Microalbuminuria ไม่ได้รับยาในกลุ่ม ACEI/ARB ปรับเปลี่ยน โดยการนำนวัตกรรม“คัลเลอร์เอะ” มาใช้ในการแบ่งระดับโดยมีการติดสีไว้ที่สมุด ประจำตัว Double check การได้รับยากกลุ่ม NSAIDs และการได้ยากกลุ่ม ACEI/ARB โดยเภสัชกร ติดตาม ควบคุม ดูแลพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยจนท./อสม.ตัวแม่ไม่แพ้CKD ดูแล 3ตู้ที่บ้าน ตู้ยา ตู้เย็น ตู้กับข้าว แบบเครือข่ายอำเภอตาพระยา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานออกกำลังกายโดยการเพิ่มลานกีฬาทุกพร.สต. และจัดโปรแกรมการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัด มีการตรวจคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังปีละ 1 ครั้ง ระยะ 1-3 ที่ควบคุมได้ดีต้องได้รับสุขศึกษาจากทีม สหวิชาชีพ เช่น โภชนากร ระยะ 4-5 พบ Case manager /โภชนากร และได้รับการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตและผ่านการคุย RRT ทั้งผู้ป่วยและญาติทุกราย และ ติดตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลต่อเนื่องที่เหมาะสมกับโรคเพื่อชะลอการเสื่อมของไต หลังการพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตทุกราย ตลอดจนส่งเยี่ยมบ้าน

## แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดตั้งทีมรักษไต ร่วมกับทีม สหวิชาชีพโดยกำหนดแผนการติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วย CKD Stage 4,5 ไม่มีผู้ดูแล, ปฏิเสธ RRT, พร้อม RRT และมีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย CKD ในเขตรับผิดชอบไปยังชุมชนแต่ละท้องถิ่น เพื่อดำเนินการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู ที่ลดการเกิดโรคไตเรื้อรังตามกลุ่มเสี่ยง และการส่งเสริมการจัดการตนเองในกลุ่มผู้ป่วย CKD เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ที่จะเข้าสู่การบำบัดทดแทนไต