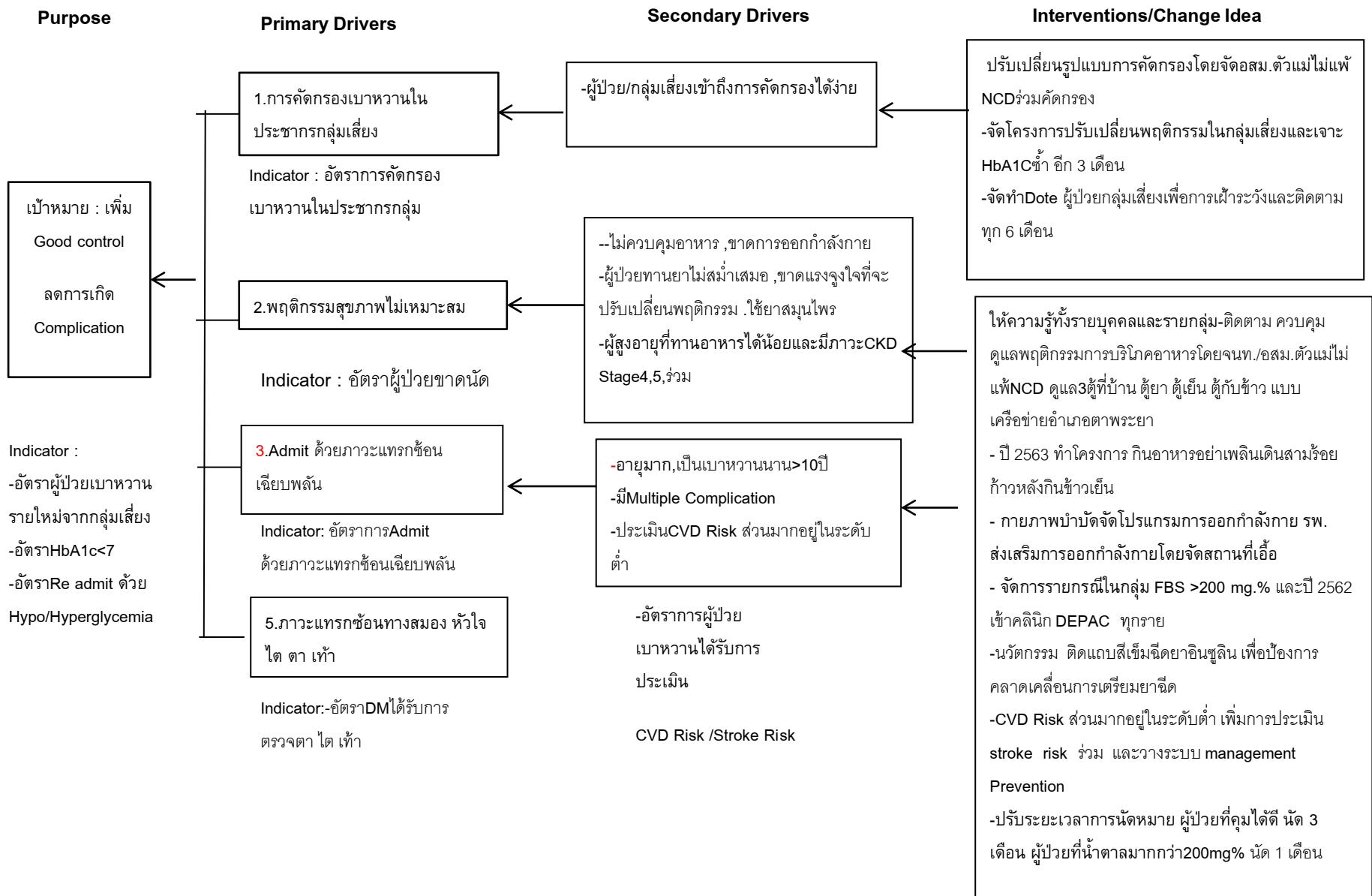
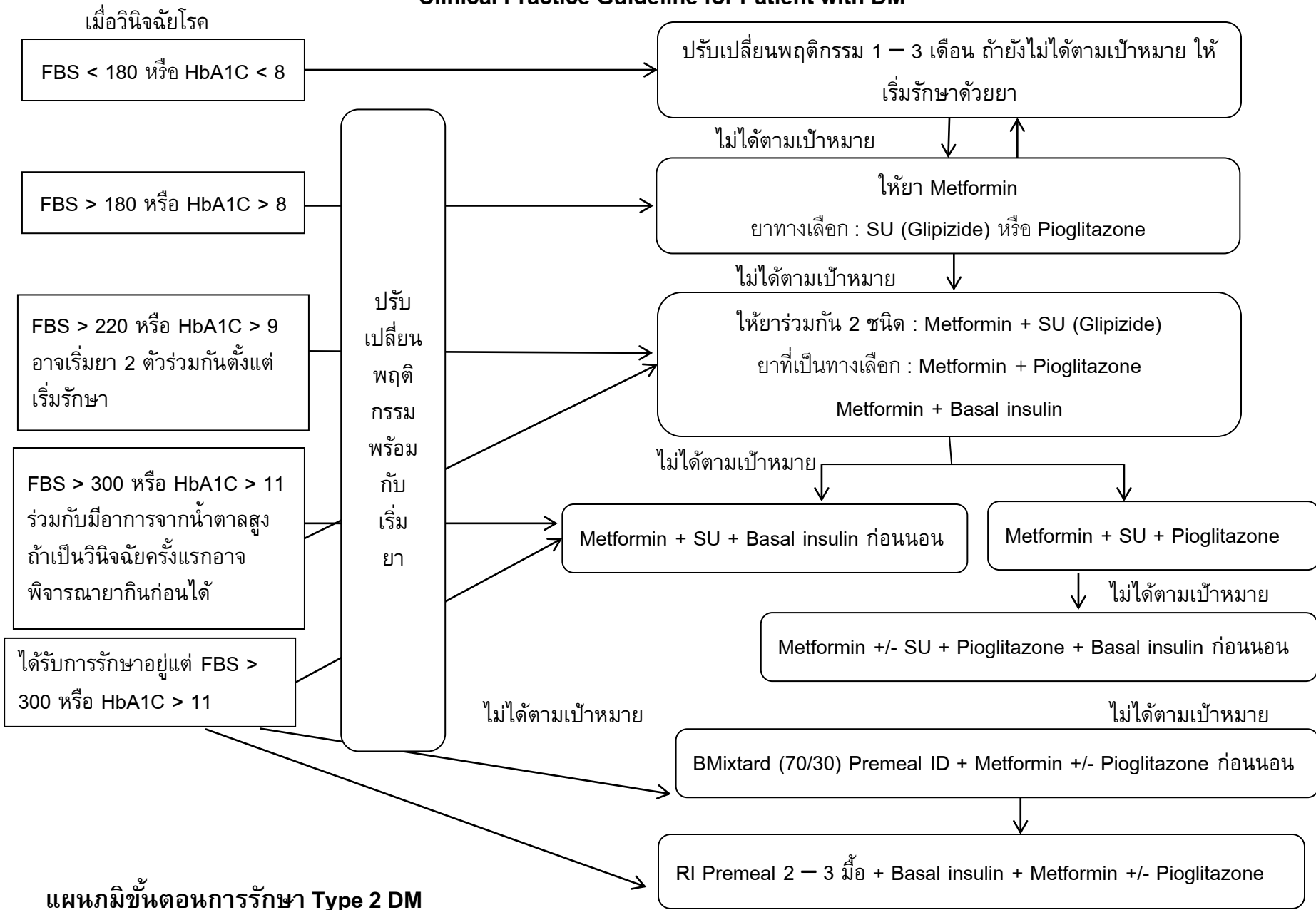


**Clinical Tracer DM**

# เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน การดูแลผู้ป่วย DM



## Clinical Practice Guideline for Patient with DM



แผนภูมิขั้นตอนการรักษา Type 2 DM

## การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
1. การเข้าถึงบริการการคัดกรอง	กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการคัดกรองเพื่อลดรายใหม่	อัตราการคัดกรองโรคเบาหวานในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง -อัตราเบาหวานรายใหม่ในประชากรกลุ่มเสี่ยง	--ปรับเปลี่ยนรูปแบบการคัดกรองโดยจัด อสม.ตัวแม่ไม่แพ้นCDร่วมคัดกรอง -จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงและเจาะHbA1Cซ้ำอีก 3 เดือน -จัดทำ Dote ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อการเฝ้าระวังและติดตามทุก 6 เดือน
2. การเสริมพลังและการดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล โดยทีมสหวิชาชีพ	-อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง -อัตราHbA1c<7% -อัตราการAdmit ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อัตราการขาดนัด	-ติดตาม ควบคุม ดูแลพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยจนท./อสม.ตัวแม่ไม่แพ้นCD ดูแล3ตู้ที่บ้าน ตู้ยา ตู้เย็น ตู้กับข้าว แบบเครือข่ายอำเภอตาพระยา - ปี 2563 ทำโครงการ กินอาหารอย่าเพลินเดินสามร้อยก้าวหลังกินข้าวเย็น - ภายภาพบำบัดจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย รพ.ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยจัดสถานที่เอื้อ - จัดการรายกรณีในกลุ่ม FBS >200 mg.% และปี 2562 เข้าคลินิกDEPAC ทุกราย

## ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (PERFORMANCE & INTERVENTIONS)

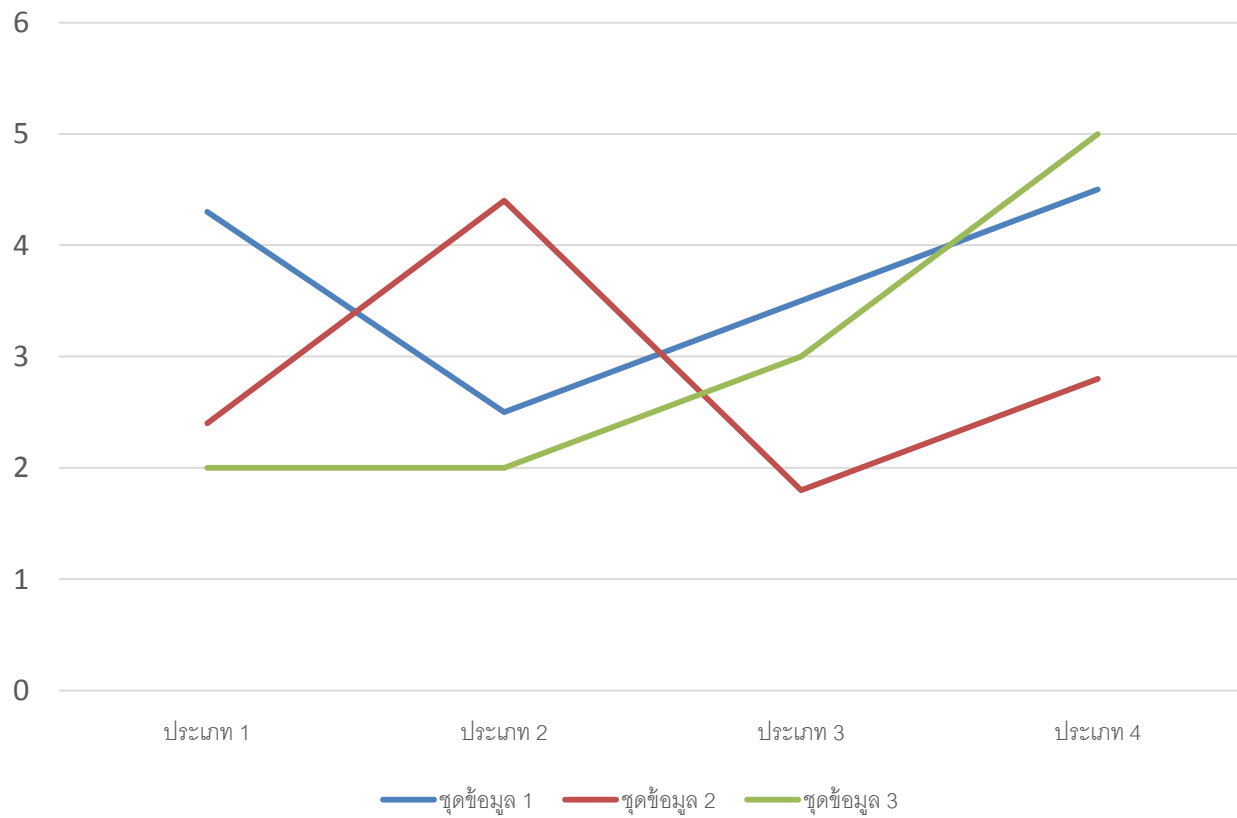
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562
1.ความครอบคลุมคัดกรองDMในประชากรอายุ35ปีขึ้นไป	≥90%	76.40	89.58	93.99	92.25
2.ร้อยละ DM รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	<2.4%	2.78	1.46	1.80	2.66
3.ความครอบคลุม DM ที่มี HbA1c < 7	>40%	42.8	28.3	38.6	45
4.ร้อยละการAdmit ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	≤2%	2.71	2.50	2.53	2.19
5.ร้อยละการเกิด Diabetic Retinopathy	<1%	0.12	1.22	0.23	0.18
6.ร้อยละการเกิดNeuropathy ใน DM	<10%	1.94	0.79	2.93	1.73
7.ร้อยละ DM ได้รับการประเมินCVD Risk	85%	43.81	84.56	77.08	91.95
8.ร้อยละของผู้เป็นเบาหวานที่ได้รับการตัดนิ้ว เท้า หรือขา	<1%	0.13	0.23	0.11	0.11
9.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต	<5%	3.28	5.03	2.35	2.84
10.ร้อยละการขาดนัด	<5%	11.97	11.66	9.06	6.25
11.ร้อยละ Re admit ด้วย Hypo-Hyperglycemia	<5%	1.81	5.45	4.91	5.1

## การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
			<ul style="list-style-type: none"> <li>-นวัตกรรม ติดแถบสีเข้มฉีดยาอินซูลิน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนการเตรียมยาฉีด</li> <li>-CVD Risk ส่วนมากอยู่ในระดับต่ำ เพิ่มการประเมิน stroke risk ร่วม และวางระบบ management Prevention</li> <li>-ปรับระยะเวลาการนัดหมาย ผู้ป่วยที่คุมได้ดี นัด 3 เดือน ผู้ป่วยที่น้ำตาลมากกว่า200mg% นัด 1 เดือน</li> <li>-กระตุ้นการสร้าง Self – awareness โดยพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยเบาหวานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 9 แห่ง และส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถรับยาใกล้บ้านได้</li> <li>-ประชาสัมพันธ์ Early warning MI, Stroke ติดที่ปกหลังสมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน</li> <li>- คัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน Retinopathy Nephropathy Neuropathy และสุขภาพช่องปากอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง</li> </ul>

# และผลลัพธ์การพัฒาที่ผ่านมา (PERFORMANCE & INTERVENTIONS

## วิเคราะห์ % HbA1C < 7



## ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

### วิเคราะห์

ปี2559 – 2562 ผลการดำเนินงานพบอัตราการควบคุมระดับ Hba1c <7ไม่ได้ตามเกณฑ์ จากการค้นหาภาวะแทรกซ้อนและข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานAdmit ด้วย ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน สาเหตุส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากปัจจัยด้านผู้ป่วยเกิดจากการมีพฤติกรรมคุมอาหารไม่เหมาะสมร้อยละ 92.21 ขาดการออกกำลังกายหรือออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 78.28 ปัญหาจากการใช้ยา เช่นใช้ยาไม่สม่ำเสมอ ขาดยา ร้อยละ 12.40 ปี 2562 ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยกำหนด FBS > 200 mg% จัดการแบบรายกรณี และส่งคลินิก DEPAC ทุกราย ร่วมกับเครือข่ายจัดทำโครงการ กินอาหารอย่าเพลินเดินสามร้อยก้าวหลังกินข้าวเย็น, ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยนักกายภาพบำบัดจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย รพ.ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยจัดสถานที่เอื้อ, ระบบยาจัดนวัตกรรม ติดแถบสีเข้มฉีดยาอินซูลิน เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนการเตรียมยาฉีด, วางระบบติดตามควบคุม ดูแลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยจนท./อสม.ตัวแม่ไม่แพ้นCD ดูแล3ตู้ที่บ้าน ตู้ยา ตู้เย็น ตู้กับข้าว แบบเครือข่ายอำเภอตาพระยา กรณี admit สหสาขาวิชาชีพ ร่วมรพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบร่วมทำGrand round ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ทุกราย เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผลลัพธ์ อัตราคัดกรองในประชากรอายุ35ปีขึ้นไป ปี 25-62 = 76.40,89.58,93.99และ92.25 และอัตราHbA1Cควบคุมได้เพิ่มขึ้น

### แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ติดตาม ควบคุม ดูแลพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารโดยจนท./อสม.ตัวแม่ไม่แพ้นCD ดูแล3ตู้ที่บ้าน ตู้ยา ตู้เย็น ตู้กับข้าว แบบเครือข่ายอำเภอตาพระยา
- โครงการ กินอาหารอย่าเพลินเดินสามร้อยก้าวหลังกินข้าวเย็น
  - กายภาพบำบัดจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย รพ.ส่งเสริมการออกกำลังกายโดยจัดสถานที่เอื้อ