

NCDs ใกล้เคียงใจ พยัคฆ์พิสัยบ้านเฮา

นุศรา จันทร์แก้ว

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพยัคฆ์พิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาการจัดการระบบบริการที่ไม่ทั่วถึง ปัญหาความแออัดของผู้รับบริการ การแยกจุดบริการที่ขาดการแก้ปัญหาาร่วมกันเกิดผลกระทบต่อระบบ และผลต่อการดำเนินงาน มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆ์พิสัย โดยดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงกันยายน 2564 โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เรียกว่าเทคนิค AIC (Appreciation Influence Control) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคด้านการจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนความต้องการและแนวทางพัฒนาเพื่อจัดทำจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการดำเนินงานตามแผน มีการแบ่งความรับผิดชอบ และมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคเป็นระยะ ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลเพื่อสรุปบทเรียน ผลลัพธ์พบว่าได้แนวทางการจัดการระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับความร่วมมือของบุคลากรทีมสุขภาพ และภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้ง 15 แห่ง ได้แนวทางการทำแผนงานโครงการบูรณาการความร่วมมือในชุมชน อีกทั้งทีมสหวิชาชีพ และผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความพึงพอใจในระดับมาก ส่งผลดีด้านการดูแลที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : NCDs, Case Manager

ชื่อผลงาน : NCDs ไกล่บ้านใกล้ใจ พยัคฆภูมิพิสัยบ้านเฮา

ชื่อเจ้าของผลงาน : นางนุชศรา จันทร์แก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

พยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

ชื่อผู้นำเสนอ : นางนุชศรา จันทร์แก้ว

สรุปสาระสำคัญ

บทนำ : จากสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน และความดันโลหิตสูง มีจำนวนและอัตราการป่วยเพิ่มขึ้น เมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาพบว่า มีการจัดระบบบริการที่ไม่ทั่วถึงและแยกจุดบริการที่ขาดการแก้ปัญหาร่วมกัน ขาดความเชื่อมโยงทั้งระบบบริการและระบบข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่าย รวมทั้งยังพบปัญหาความแออัดของคลินิกให้บริการ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีจำนวนมากทำให้เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้อย่างครอบคลุม การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เฉพาะรายทำได้ไม่เต็มที่ เกิดข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการให้บริการที่ล่าช้า ผู้รับบริการไม่พึงพอใจต่อระบบบริการ การดำเนินงานตัวชี้วัดการควบคุมโรคไม่ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ดังนั้นการจัดระบบบริการ NCDs ไกล่บ้านใกล้ใจ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลเป็นองค์รวม ควบคุมโรคได้ สามารถปรับวิถีชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีความสุข โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดระบบบริการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

วิธีการศึกษา : ใช้กระบวนการ A-I-C (Appreciation Influence Control) กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลพยัคฆภูมิพิสัย ทีมสหวิชาชีพ อสม. มีระยะเวลาการดำเนินงานระหว่างเดือน มิถุนายน – กันยายน 2564 มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคด้านการจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่คลินิกเบาหวาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 20 แห่ง และหัวหน้าหน่วยปฐมภูมิ **ขั้นตอนที่ 2** วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนความต้องการและแนวทางพัฒนาเพื่อจัดทำแผนการจัดการระบบโรคเรื้อรัง โดยการประชุมกลุ่มร่วมกันเสนอขอความเห็นต่อแนวทางการพัฒนา เพื่อจัดทำแผนการพัฒนาคัดเลือกเนื่องจากแผนปฏิบัติการในปีที่ผ่านมาเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง **ขั้นตอนที่ 3** ขึ้นการดำเนินงานตามแผน มีการแบ่งความรับผิดชอบตามแผนพัฒนาที่กำหนด และมีการประชุมเพื่อติดตามความก้าวหน้า ปัญหา อุปสรรคเป็นระยะ **ขั้นตอนที่ 4** การประเมินผลเพื่อสรุปบทเรียน ใช้การสังเกต และบันทึกการจัดกิจกรรม/โครงการทุกครั้งประชุมเพื่อสรุปบทเรียนของการพัฒนาทั้งระหว่างดำเนินกิจกรรม และหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่สำคัญ

ผลการศึกษา

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น จากการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แยกรายกิจกรรมดังนี้

กิจกรรม	ผลลัพธ์
1. พัฒนาศักยภาพ Mini case manager	เกิด mini case manager ครบทุก รพ.สต. ทั้ง 20 แห่ง และ 1 หน่วยปฐมภูมิ มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
2. พัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญเบาหวาน ความดันโลหิตสูง	เกิด อสม. เชี่ยวชาญ จำนวน 55 คน มีศักยภาพในการเจาะระดับน้ำตาลในเลือดปลายนิ้ว วัดความดันโลหิต ให้คำแนะนำจัดการดูแล ช่วยเหลือเบื้องต้น ส่งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ตามมาตรฐาน

3. พัฒนาระบบสารสนเทศ	- มีโปรแกรมการส่งต่อข้อมูล (Refer online) ที่เป็น real time ใช้งานง่าย และมีความปลอดภัยของข้อมูล - มีแถบรายงานที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ระดับประเทศกับข้อมูลของระบบ HosXP เพื่อการจัดการข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด - มีระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เชื่อมโยงทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพ
4. พัฒนาช่องทางให้คำปรึกษา	มีช่องทางการสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแล ได้แก่ Facebook, กลุ่มLine และโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง
5. พัฒนาเกณฑ์การส่งผู้ป่วยเพื่อรับยา ต่อเนื่องที่ รพ.สต. การส่งปรึกษา และการส่งกลับเพื่อพบแพทย์	มีเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต. ที่มีความชัดเจน สนับสนุนการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติงาน
6. พัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีมาตรฐานทันสมัย ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ
7. ประชุมเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มเป้าหมาย	ทีมผู้ดูแล และผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะและเห็นคุณค่าในการดูแล จัดการช่วยเหลือเบื้องต้น
8. แพทย์ออกตรวจโรคเรื้อรังทุก รพ.สต. ๑ ละ 1 ครั้งต่อเดือน	ลดความแออัดในการให้บริการในโรงพยาบาล สัดส่วนการรับยาในโรงพยาบาลต่อ รพ.สต.คิดเป็น 55:45 คุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น
9. ออกตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเชิงรุกใน รพ.สต.	การเข้าถึงระบบบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ได้มาตรฐาน และเหมาะสม ทันเวลา
10. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อน	- ภาควิชาเครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยมีคณะกรรมการดำเนินงานจัดทำแผนงาน/โครงการเสนอต่อองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังจากกองทุนสุขภาพตำบลทุกแห่ง
11. จัดประชุม case conference ในกรณีรายที่มีปัญหาซับซ้อนในการดูแล รวบรวมในรายที่มีประสิทธิผลสำเร็จในการดูแล	มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างทีมผู้ดูแลระดับอำเภอ ส่งผลให้มีการพัฒนาระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
12. นำเสนอผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด และระดับเขต	ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับจังหวัดและระดับเขต

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผลสำเร็จของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เกิดจากความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพ และภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในด้านที่เป็นจุดอ่อนและควรพัฒนา องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทั้ง 15 แห่ง มีการจัดทำแผนพัฒนาแบบบูรณาการ ความร่วมมือในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ