

การพัฒนาคุณภาพระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพ อำเภอบ้านโคก จังหวัดอุดรธานี

(Bankhok District Health System -PCA)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

อำเภอบ้านโคก อยู่ห่างจากตัวจังหวัดอุดรธานี ๑๖๕ กิโลเมตร ใช้เวลาในการเดินทางประมาณ ๓ ชั่วโมง มีพื้นที่ติดกับ ๔ เมืองของแขวงไชยะบูลี ประเทศสปป.ลาว มีด่านถาวร ๑ แห่ง คือ ด่านถาวรภูตู๋ ด่านผ่อนปรน ๑ ช่องทาง และด่านประเพณี ๑ ช่องทาง นอกจากนี้มีทางเดินเท้าระหว่างหมู่บ้านของไทยกับ สปป.ลาว อีก ๑๕ ช่องทาง ทำให้ประชาชนสามารถเดินทางเข้าออกได้สะดวก

อำเภอบ้านโคก แบ่งเป็น ๔ ตำบล ๒๘ หมู่บ้าน มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่ง แบ่งเป็นเทศบาล ๑ แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล ๓ แห่ง มีประชากร ๑๔,๓๓๖ คน และประชากรต่างด้าวในพื้นที่ ๑,๕๐๐ คน ประชากรเบาบาง กระจายอยู่ในพื้นที่ต่างๆของอำเภอบ้านโคก ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม พบว่าประชาชนป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ช่วงเย็นหลังเลิกงานจะดื่มสุรา ปัญหาโรคเรื้อรังยังเป็นปัญหาของพื้นที่

สถานบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย รพช. ขนาด ๓๐ เตียง ๑ แห่ง (โรงพยาบาลบ้านโคก) รพ.สต. ๕ แห่ง สสช. ๔ แห่ง โดย รพ.สต.ที่อยู่ห่างจาก รพช.มากที่สุด ๖๐ กม.ใกล้ที่สุด ๑๐ กม ไม่มีรถประจำทางส่วนใหญ่ใช้พาหนะส่วนตัวในการเดินทาง เช่น รถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถไถนาพ่วง รถจักรยาน เป็นต้น แต่ลักษณะเส้นทางจะคดเคี้ยวและชันเขาสูงชันส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

ส่วนที่ ๒ ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขของอำเภอ

๒.๑ สภาพแวดล้อมขององค์กร

บริการหลัก (main service): เป็นสถานบริการสาธารณสุข ให้บริการแก่ประชาชนในเขตอำเภอบ้านโคก พื้นที่รอยต่อระหว่างอำเภอและประชาชนจาก สปป. ลาว ครอบคลุมบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ

วิสัยทัศน์ (vision) : คปสอ.บ้านโคก เป็นผู้นำการบริหารจัดการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการงานสาธารณสุขร่วมกับภาคีสุขภาพ เพื่อประชาชนมีสุขภาพดีภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ค่านิยม (values): ลูกค้ำสำคัญที่สุด ทีมงานสัมพันธ์ มุ่งมั่นกระบวนการ สานด้วยอริยสัจสี่ ทำดีอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ของ คปสอ.บ้านโคก

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การบริหารจัดการระบบสุขภาพประชาชนตามกลุ่มวัย

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการบริหารจัดการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เสริมสร้างความร่วมมือด้านสาธารณสุขกับภาคีเครือข่ายในประเทศและระหว่างประเทศ

ส่วนที่ ๓ วิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบกับแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชน โดยใช้แนวคิด DHS_PCA มาวิเคราะห์

๓.๑ การจัดระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ ของ คปสอ.บ้านโคก เริ่มจากการทบทวนและวิเคราะห์ปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบ คือ

- มีโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาในทุกชุมชน
- ประชาชนเดินทางเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างลำบาก บ้านอยู่ไกลจากโรงพยาบาลไม่มีรถประจำทาง
- บุคลากรของรพ.มีจำนวนจำกัด โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ ทำให้ประชาชนเหล่านี้ขาดโอกาสในการดูแลตนเอง
- ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุประชาชนส่วนใหญ่มีฐานะยากจนประกอบอาชีพเกษตรกรรมทำให้ผู้ป่วยขาดเงินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น
- ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมไม่ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา
- มีทรัพยากร (คน เงิน สิ่งของ) จำกัด

จากปัญหาดังกล่าว ผู้บริหารของ รพ. /สสอ. สร้างเป้าหมายร่วมกัน คือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การบริหารจัดการทรัพยากร

ใช้นโยบายและทรัพยากรทุกอย่าง(คน เงิน ของ)ร่วมกัน มุ่งเน้นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด ไม่แบ่งแยกสถานบริการ

ด้านบุคลากร

มีนโยบายใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด กระจายพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จัดบุคลากรจากแม่ข่ายให้บริการที่จำเป็นได้แก่ บริการเภสัชกรรม ทันตกรรม แพทย์แผนไทย กายภาพบำบัดในรพ.สต.แม่ข่าย ครอบคลุมทุกตำบล

การพัฒนาบุคลากรของ รพช. และรพ.สต.

- ใช้กระบวนการเรียนรู้โดยใช้บริบท รพ.สต.เป็นฐาน (CONTEXT BASED LEARNING) ให้โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอและ รพ.สต.เป็นเอกภาพทั้งแนวคิดและวิธีปฏิบัติ
- มีระบบ Training ก่อนการปฏิบัติงาน หมุนเวียนปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก ห้องตรวจ ห้องฉุกเฉิน ห้องคลอด จำยกลาง ผู้ป่วยใน ห้องตรวจโรค คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ห้องยา ห้องชันสูตร)
- มีกระบวนการเรียนโดยให้ความรู้และทักษะในด้านคลินิกแก่เจ้าหน้าที่ใน รพสต. เกี่ยวกับการตรวจโรคทั่วไปตามบริบทในแต่ละพื้นที่ ตรวจโรคโรคเรื้อรัง โดยมีแพทย์ พยาบาลเป็นพี่เลี้ยง มีการเยี่ยมบ้าน เรียนรู้เรื่องยา ความรู้ทางคลินิกเพิ่มเติม
- มีระบบให้คำปรึกษากับแพทย์และทีมในการจัดการเรียนรู้

ด้านระบบการจัดการยาและเวชภัณฑ์

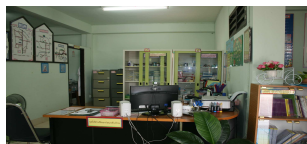
*มีการปรับปรุงบัญชียาของ รพ.สต. เพิ่มรายการยาคลินิกโรคเรื้อรัง

*มีการบริหารคลังเวชภัณฑ์ โดยทีม PTC ของ รพ.สต. กำหนด Mini – Maximum stock

*รพ.สต.รับผิดชอบในการเบิกจ่าย ,ดูแลระบบบริหารคลังโดยเภสัชกร

ด้านสถานที่และอุปกรณ์

- ปรับปรุงอาคารสถานที่ให้เหมาะสมต่อการจัดบริการและถูกต้องตามมาตรฐาน
- สนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจรักษาโรคและอุปกรณ์ช่วยชีวิต
- มีโรงพยาบาลที่ให้บริการฉุกเฉินในรพ.สต.ที่อยู่ห่างไกล ส่วนรพ.สต.ที่อยู่ใกล้ รพ.เรียก 1669



ด้านการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อใน รพ.สต.

- ห้อง Supply /ระบบจัดการขยะ/การจัดห้องเป็นสัดส่วน



๓.๒ การจัดการบริการและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข

การเชื่อมโยงผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาลสู่เครือข่าย

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง : เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ ปี ๒๕๔๙ - ปัจจุบัน

- การตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 1 ครั้ง/เดือน (ทีมสหวิชาชีพ ร่วมกับทีมของรพ.สต.)โดยใช้มาตรฐานเดียวกัน ครอบคลุม 4 ตำบล
- ระบบการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ > แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ร่วมกับภาคีสุขภาพ และภาคีเครือข่าย รพ.สต. อสม. อบต. ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัว



- ในปี 2556 มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร case management โรคเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงการรับยาแทนผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยภายใต้มาตรฐานเดียวกัน อย่างทั่วถึง

- มีหมอใกล้บ้านใกล้ใจดูแลถึงบ้านทุกครัวเรือนนสค.ร่วมกับ อสม.ออกปฏิบัติการเชิงรุก
- การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาตามกลุ่มวัย

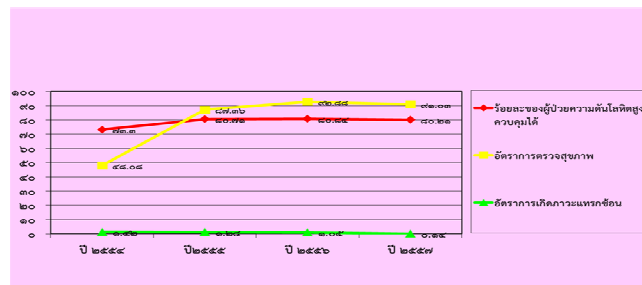


- ยึดหลักการทำงานร่วมกับส่วนราชการและชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรัง และ บูรณาการการทำงาน เรื่องยาเสพติด/สุรา, วัยรุ่นตั้งครรภ์, ดูแลกลุ่มเสี่ยง -กลุ่มป่วย- ผู้พิการ-สูงอายุ ในพื้นที่ ตั้งแต่ระดับอำเภอถึงชุมชนอย่างต่อเนื่อง



ส่วนที่ ๔ ประเมินการดำเนินงาน

กราฟแสดงผลการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง



จากแผนภูมิ พบว่าอัตราการตรวจสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันอยู่ในเกณฑ์ปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมีเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มในวันคลินิก และ รพ.สต. มีระบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันไม่ได้ ส่งผลให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

กราฟแสดงผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน



จากแผนภูมิ พบว่าอัตราการตรวจสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและพบว่าอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ HbA1c น้อยกว่า ๗ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องจากผู้ป่วยมีเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มในวันคลินิก แต่ละ รพ.สต. มีระบบการเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ส่งผลให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

ตาราง แสดงจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี 2555 -2557

ปี	โรคเบาหวาน			โรคความดันโลหิตสูง		
	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	รายใหม่	ร้อยละ	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	รายใหม่	ร้อยละ
2555	291	12	4.12	744	50	6.72
2556	298	6	2.01	808	39	4.82
2557	334	31	9.28	924	87	9.41

จากรายการ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2557 เนื่องจากประชาชนยังไม่ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และจากพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการคัดกรองผู้ป่วยทำให้การค้นหาผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น

ปัจจัยความสำเร็จ

๑.ผู้บริหารให้ความสำคัญและใช้หลักแนวคิดการบริหารมุ่งเน้นการทำงานที่ให้ความสำคัญกับผลประโยชน์ของประชาชน ความสามัคคีในเครือข่าย ให้เกียรติซึ่งกันและกัน เน้นประสิทธิภาพการใช้ทรัพยากรสูงสุด “คน เงิน ของ ไม่ใช่ของเรา เป็นของประชาชน” ทำให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น **บทเรียนที่ได้รับ**

๑.การจัดระบบบริการในรูปแบบเครือข่าย ทำให้รพ.แม่ข่ายเข้าใจถึงข้อจำกัดและบริบทของแต่ละรพ.สต. มากขึ้น การจัดอัตราค่าส่ง การพัฒนาบุคลากร ให้ความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติมในส่วนขาด และสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ ยา/เวชภัณฑ์ รวมถึงการจัดสถานที่ในการให้บริการให้เหมาะสมตามบริบทของรพ.สต. แต่ละแห่งได้ถูกต้องเหมาะสม

๒.เกิดเครือข่ายการทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอถึงชุมชนและเกิดเครือข่ายการดูแลกันเองในกลุ่มผู้ป่วย

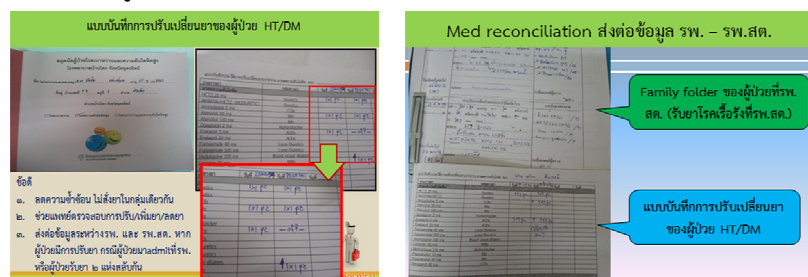
โอกาสพัฒนา

๑.พัฒนาระบบข้อมูลสถานะสุขภาพของประชาชน (24DHS) ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรมชุมชน “ชุมชนแก้ปัญหาของชุมชนเอง”

๒.ส่งเสริมกระบวนการของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดการเกิดโรครายใหม่และภาวะแทรกซ้อน

ส่วนที่ ๕ ผลงานและความภาคภูมิใจ

๕.๑ เกิดผลงานนวัตกรรมการจัดการด้านยาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีเป้าหมายเพื่อใช้ในการสื่อสารกับทีมสุขภาพและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษาและได้รับยาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง



๕.๒ นวัตกรรม “เสี้ยวแท้แก่สุขภาพ เบาหวาน-ความดันโลหิตสูง”เกิด role model



เครือข่ายระบบบริการสุขภาพอำเภอบ้านโคกตั้งใจมุ่งมั่นพัฒนา ชุมชนรู้ปัญหา จัดการสุขภาพตนเองได้
เพื่อประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดี