

ข้อมูลประกอบการสมัครเข้ารับการประเมิน

เพื่อการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ(DHS-PCA)

(Organization Profile for DHS-PCA Appreciation 2014)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ราษฎรบ้านนาสะไมย์ อำเภอโยธธร จังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ 100 หลังคาเรือน ได้เดินทางแสวงโชคเพื่อหาที่ทำกินใหม่ ได้พบแหล่งน้ำอันอุดมสมบูรณ์ มีหนองน้ำขนาดเล็กที่ชาวบ้านเรียกว่า “กุด” จำนวนหลายแห่งจึงรวมกันตั้งเป็นหมู่บ้าน “บ้านกุดชุม” ปัจจุบันคือบ้านกุดชุมคุรราษฎร เมื่อ พ.ศ. 2455 หรือประมาณ 100 ปี ล่วงมาแล้ว และตั้งเป็นอำเภอ กุดชุมเมื่อ 17 กรกฎาคม 2506 มีพื้นที่ประมาณ 544 ตารางกิโลเมตร ความหนาแน่นของประชากร 120 คนต่อตารางกิโลเมตร พื้นที่เป็นที่ราบสูงลาดลุ่มลงไปทางทิศใต้ มีหนองบึงอยู่ทั่วไป สภาพดินเป็นดินปนทราย ป่าไม้เหลือเพียงเล็กน้อย

ปัจจุบันแบ่งการปกครองเป็น 9 ตำบล 128 หมู่บ้าน เมืองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแบ่งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล 9 แห่ง จำนวน 121 หมู่บ้าน และเทศบาลตำบลจำนวน 1 แห่ง 7 หมู่บ้าน อบท. ทุกแห่งเข้าร่วมดำเนินงานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ มีประชากร 66,349 คน ชาย 33,411 คน หญิง 32,938 คน จำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 19,161 หลังคาเรือน ระยะทางห่างจากจังหวัด 37 กิโลเมตร และห่างจากกรุงเทพมหานคร 570 กิโลเมตร การคมนาคมขนส่งและระบบสาธารณูปโภคสะดวกสบาย ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมรองลงมาค้าขายและรับจ้างตามฤดูกาล พืชเศรษฐกิจหลักที่สำคัญ ได้แก่ ข้าว, มันสำปะหลัง, ยางพารา, อ้อย แตงโม การปศุสัตว์ที่เป็นการค้า ได้แก่ โค กระบือ สุกร เป็ด ไก่ ประชาชนมีรายได้เฉลี่ยต่อครอบครัว 32,036 บาทต่อปี มีแหล่งท่องเที่ยวคือ ภูหมากพริกและภูหินปูน และภูทางเกวียน เป็นภูเขาเตี้ย ๆ สภาพพื้นที่เป็นป่าสมบูรณ์ มีพันธุ์ไม้ต่าง ๆ ขึ้นอยู่เป็นจำนวนมาก บางชนิดเป็นไม้หายากเหมาะในการพัฒนาเป็นแหล่งทัศนศึกษาในเรื่องพันธุ์ไม้และสมุนไพร มีบุญประเพณีที่สำคัญคือประเพณีสักการะศาลเจ้าพ่อหลักเมืองและประเพณีบุญบั้งไฟประจำปี ชุมชนส่วนใหญ่เป็นชุมชนกึ่งชนบทกึ่งเมือง มีวิถีชีวิตแบบง่าย เข้าถึงแหล่งอาหารทุกพื้นที่โดยมีรถตลาดเคลื่อนที่เข้าถึงทุกหมู่บ้าน และมีตลาดนัดทุกวันพุธและวันอาทิตย์ เทคโนโลยีเข้าถึงทุกชุมชน เช่น คอมพิวเตอร์ อินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือ มีการติดต่อสื่อสารทั้งทาง Email Line FB ระบบสังคมจะเป็นสังคมเดี่ยวมากขึ้น สังคมวัตถุนิยม การปฏิสัมพันธ์แบบสังคมเดิมเมื่อครั้งปู่ตายายน้อยลง และในชนบทจะพบกลุ่มปู่ตายายเป็นคนเลี้ยงหลานในชุมชนและคนในหมู่บ้านส่วนมากเป็นเด็กและผู้สูงอายุอาศัยอยู่ร่วมกันเนื่องจากบุตรหลานไปทำงานที่ต่างจังหวัดและมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมาผลพวงจากการพัฒนาอย่างรวดเร็วซึ่งมาพร้อมการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจได้ส่งผลกระทบต่อยุทธศาสตร์ของชุมชน ก่อให้เกิดปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมได้หลายประเด็น เน้นอนว่าปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นย่อมเกี่ยวเนื่องกับปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ รวมทั้งยานพาหนะต่างๆเพิ่มจำนวนมากขึ้นทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนนบ่อยๆและรุนแรงมากขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและระบบสาธารณสุขของอำเภอ

จากการรวบรวมข้อมูลสภาวะสุขภาพในพื้นที่อำเภอกุดชุมในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ปัญหาสุขภาพของอำเภอกุดชุมส่วนใหญ่ล้วนมีสาเหตุจากพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป การสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เกิดปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อมูลในปี 2557 พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความ

ต้นโลหิตสูงและมะเร็ง คิดเป็นอัตรา 3464 ,4619 ,1216 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ปัญหาสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างด้านประชากรพบว่า ประชากรในอำเภออุดรชุมมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นในปี 2558 คิดเป็นร้อยละ 11.62 ของประชากรทั้งหมดซึ่งกระทบต่อการจัดบริการที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลที่ครอบคลุมในทุกมิติ

ปัญหาสุขภาพในอำเภออุดรชุม อาจกล่าวได้ว่าเกิดขึ้นจากเหตุและปัจจัยหลากหลายที่ทุกภาคส่วนต้องทำความเข้าใจร่วมกัน การเปลี่ยนแปลงทั้งสภาพสังคม เศรษฐกิจและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ทำให้แนวโน้มพื้นที่เขตกิ่งเมืองขยายขยายเข้ามาในเขตเมืองมากขึ้น การดำรงชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่การเปลี่ยนแปลงได้เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้คนในชุมชนต้องปรับตัวอย่างมากเพื่อการดำรงอยู่ให้ได้ ในขณะเดียวกันเหตุแห่งปัญหาสุขภาพกลับยิ่งซับซ้อนมากขึ้น ได้แก่ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมีมากขึ้น ภัยธรรมชาติที่รุนแรงและบ่อยขึ้น ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรค เช่น การบริโภคบุหรี่ และสุรา พฤติกรรมการบริโภคเนย ไขมัน พฤติกรรมทางเพศ ช่องว่างทางสังคมที่มากขึ้น โรคอุบัติใหม่ โรคไม่ติดต่อที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น จำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น การเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเคลื่อนย้ายประชากรทำให้โรคระบาดแพร่อย่างรวดเร็ว รวมถึงการเปลี่ยนความหมายของสุขภาพเป็นสุขภาวะ

สถานะสุขภาพในปี 2557 ของอำเภออุดรชุม อัตราเกิด ร้อยละ 8.55 อัตราตายร้อยละ 5.27 อัตราเพิ่มประชากรร้อยละ 3.28 พบว่าสาเหตุการตายมากที่สุดได้แก่ โรคมะเร็งทุกชนิด รองลงมาคือโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวานตามลำดับ โรคติดต่อที่เป็นปัญหาในชุมชนได้แก่โรคไข้เลือดออกพบว่าอัตราป่วยเท่ากับ 27 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือโรคมือเท้าปาก ส่วนโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาในชุมชนได้แก่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 5,474 คน คิดเป็นร้อยละ 8.25 ของประชากรทั้งหมด อัตราป่วยที่สำคัญของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการที่สถานบริการในเขตอำเภออุดรชุมปี2557 พบว่าป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ มีอัตราการป่วยสูงสุด รองลงมา คือ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก และโรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อ ตามลำดับ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกที่มาใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรกระบบย่อยอาหาร ตามลำดับ

อำเภออุดรชุมมี รพช.ขนาด 30เตียง 1 แห่ง มีรพสต.และ PCU ที่เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ 14 แห่ง คลินิกแพทย์เอกชน 2 แห่ง ร้านขายยา 6 แห่ง มีแพทย์ทั้งหมด 4 คน เภสัชกร 6 คน ทันตแพทย์ 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 59 คน นักวิชาการสาธารณสุข 36 คน เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนอื่นๆและลูกจ้างรวมทั้งสิ้น 116 คน มีหมอครอบครัวที่ดูแลพื้นที่บริการปฐมภูมิทั้งหมด 58 คน เฉลี่ยรับผิดชอบประชากร 1: 1137 คน อสม.ทั้งหมด 1,349 คน รับผิดชอบ 15 หลังคาเรือน/คน จำนวนผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลเฉลี่ย 143 คน/วัน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 25 คน /วัน ผู้ป่วย รพสต.เฉลี่ย 32 คน/วัน สัดส่วนประชาชนมารับบริการ รพช : รพสต. คิดเป็นสัดส่วน 40:60 สถานะการเงินการคลัง ในส่วนของรพช.อยู่ในระดับ 3 และใน รพสต. รายรับ/รายจ่าย เท่ากับ 0.89 มีการใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชนใช้โปรแกรม Hos-xp และในหน่วยบริการปฐมภูมิใช้ Hos-xp PCU ในการจัดเก็บข้อมูล และอยู่ในระหว่างการพัฒนาพัฒนาระบบ Data Center ในระดับอำเภอเพื่อให้สามารถจัดการข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิภาพรวมทั้งการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีเป็นความท้าทายเชิงกลยุทธ์ของเครือข่ายบริการสุขภาพอุดรชุมที่ต้องดำเนินการต่อไป

การขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอและระบบบริการปฐมภูมิ อำเภออุดรชุมได้นำนโยบายการใช้ DHS -PCA ในการพัฒนาคุณภาพระบบ โดยใช้เครื่องมือในการทำงานได้แก่ CBL, SRM,R2R ในการดูแล Essential care , P&P+ Self care ,Environment & Community health โดยบูรณาการแผนการจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพ 5 กลุ่มวัยเชื่อมโยงกับ Service Plan ออกแบบการทำงาน โดยการใช้กระบวนการทีมหมอครอบครัวสู่การจัดการระบบสุขภาพอำเภอ โดยการบูรณาการ

UCCARE ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุตามวิสัยทัศน์ พันธกิจ ซึ่ง CUP กุศุมได้ร่วมกันสร้างวิสัยทัศน์ในการทำงานไว้ดังนี้ “ เครือข่ายบริการสุขภาพที่ดี โดยภาคีมีส่วนร่วม บริการแบบองค์รวม ผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อประชาชนมีสุขภาพดี บุคลากรมีความสุข”และพันธกิจของระบบสุขภาพอำเภอเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ได้แก่ 1.)พัฒนาระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวมให้มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน 2.) พัฒนาแพทย์แผนไทยให้ได้มาตรฐานและส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ 3.) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ 4.) พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ 5.) พัฒนาสมรรถนะและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตบุคลากร โดยกำหนดกลยุทธ์ 8 ด้านได้แก่ 1.)พัฒนาระบบการจัดเก็บรายได้และการบริหารการเงิน งบประมาณที่มีประสิทธิภาพ 2.) พัฒนาการบริหารแผนงานและติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ 3.)พัฒนาหน่วยงานสาธารณสุขให้เป็นสถานที่ทำงานน่าอยู่ทำงาน 4.) ส่งเสริมการจัดการความรู้ในองค์กร 5.)พัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะและส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดี 6.) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรมสุขภาพ 7.)พัฒนาการสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ 8.)พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกให้มีประสิทธิภาพ และมีค่านิยมองค์กรคือ1.ตรงต่อเวลา (Punctuality ; P)2.ความรับผิดชอบ(Accountability ; A)3.มีวินัย (Discipline ; D)4.ซื่อสัตย์ (Integrity ; I)5.ทำงานเป็นทีม (Teamwork ; T)

การบริหารจัดการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ได้ทำงานร่วมกันโดย Core team ซึ่งเป็นคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ (คปสอ.)มีการทำงานร่วมกันทั้ง 3 ส่วนและภาคีเครือข่าย เป็นผู้ขับเคลื่อนงานและหนุนเสริมการทำงานทั้งระดับอำเภอและระดับพื้นที่ มีการร่วมกันจัดทำแผนของ CUP ร่วมกันจัดทำวิสัยทัศน์และพันธกิจและจัดทำแผนกลยุทธ์ของเครือข่าย มีการนำนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติ มีการจัดการคืนข้อมูล ร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนการเงินการคลังและแผนปฏิบัติการ ออกแบบระบบบริการร่วมกัน ซึ่งคณะกรรมการประกอบด้วยสาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลสลับกันเป็นประธานปีเว้นปี คณะกรรมการประกอบด้วยหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายจากโรงพยาบาล ผู้ช่วย สสอ. ตัวแทนผู้รับผิดชอบงาน สสอ. ตัวแทน ผอ. รพสต. เป็นกรรมการ มีการประชุมกันทุก 2 เดือน มีบทบาทในการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ออกแบบระบบงานติดตาม นิเทศงานและประเมินผลตามตัวชี้วัด รวมทั้งมีการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากร District Health management Learning (DHML)เป็นทีมเรียนรู้ในการวิเคราะห์และออกแบบการบริการที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ซึ่งมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุศุมเป็นประธาน นอกจากนี้ได้แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยมีท่านนายอำเภอเป็นประธาน มีคณะกรรมการ คปสอ. ทุกคน ผอ. รพสต. ทุกคน ตัวแทน อปท.ทุกแห่ง ภาคีเครือข่ายอื่นๆและสหวิชาชีพ เช่นนักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย เป็นต้นเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการมีทั้งหมดประมาณ 42 คน ประชุมทุก 3เดือน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูล คืนข้อมูล จัดทำแผนงานที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ ออกแบบการทำงานและติดตามการดำเนินงานในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพอำเภอ โดยอำเภอกุศุมได้แบ่งเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอออกเป็น 6 ทีม ตามลักษณะพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ การคมนาคม จำนวนบุคลากรและจำนวนประชากร ทีมละ 2-3 รพ. สต. รับผิดชอบประชากรเฉลี่ยทีมละ 11,058 คน

ด้านการบริหารจัดการการเงินการคลัง มีการบริหารร่วมกันในภาพของ CUP ตามงบประมาณที่ได้รับจัดสรรโดยจัดสรรตามแผนงานโครงการที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในระดับอำเภอ รพช.และรพสต. จัดสรรตามกิจกรรมและผลงานตามความจำเป็นในการบริหารจัดการ โดยจัดทำเป็น Sigel Plan รวมทั้งมีการตั้งงบสำรองไว้เพื่อการบริหารจัดการที่จำเป็น เช่นการรับนิเทศงาน การรับการประเมินและการประกวดเป็นต้น การบริหารจัดการในเครือข่ายร่วมกันได้แก่ การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ (พี่ช่วยน้อง) การจัดการขยะติดเชื้อ การจัดทำห้องยาคุณภาพ พัฒนาระบบขั้นสูตรให้ได้มาตรฐาน การจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงใน รพ สต.โดยทีมสหวิชาชีพและมีการจ้างบุคลากรร่วมกันได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และพัฒนาระบบสารสนเทศ ให้เกิดการเชื่อมโยงการบริการและสร้างทีมเครือข่ายที่เข้มแข็ง

ในการจัดการบริการเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอฤๅษีได้ออกแบบการจัดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีการจัดถ่ายถอดนโยบายและโครงสร้าง/บทบาทหมอบรรอบครว้ ในแต่ละระดับ โดยทำงานร่วมกันทั้ง 3 ส่วน ได้แก่ รพช. สสอ. รพ.สต.และภาคีเครือข่าย โดยแบ่งทีมหมอบรรอบครว้ (FCT : Family Care team) ออกเป็น 6 ทีม ตามลักษณะพื้นที่ด้านการคมนาคมและจำนวนประชากร โดย 1 ทีมประกอบด้วย 2-3 รพ.สต. แบ่งทีมออกเป็น 3 ระดับได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพเป็นทีมหมอบรรอบครว้ระดับอำเภอ มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีม ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย พยาบาลพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาล พยาบาลจิตเวช นวค.สาธารณสุขจาก สสอ. 2) ทีมหมอบรรอบครว้และภาคีเครือข่ายเป็นทีมระดับตำบลโดยมี ผอ.รพ.สต. หรือพยาบาลพยาบาลวิชาชีพตามศักยภาพบุคลากรเป็น Care managerหรือหัวหน้าทีม และ 3)ทีมหมอบรรอบครว้ระดับระดับชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขใน รพ.สต. เป็นหัวหน้าทีมแยกรายหมู่บ้านดูแลประชากร หมอบรรอบครว้ 1 คน ดูแลประชากรเฉลี่ย 1,138 คน เฉลี่ยคนละ 2 หมู่บ้าน และ อสม. 1 คน ดูแลเฉลี่ย 15 หลังคาเรือน และเป็น Care giver ในชุมชนตามลำดับชั้น รวมทั้งภาคีเครือข่ายในแต่ละหมู่บ้านเป็นทีมระดับชุมชน โดยมีการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ทีมหมอบรรอบครว้ลงสู่ประชาชน โดยมีการเปิดตัว FCT ทุก รพ.สต. Kick off FCT โดยมีการจัดประชุม อสม. และภาคีเครือข่ายชี้แจงโครงสร้างและบทบาท FCT มีการจัดทำป้ายและ มีการส่งมอบป้าย Care manager และหมอบรรอบครว้ทุกหมู่บ้าน ทำงานประสานกัน โดยมีเป้าหมายการทำงานประชากรตามกลุ่มวัย 5 กลุ่มวัย โดยเน้นกลุ่มวัยผู้สูงอายุและพิการ โดยมุ่งเน้น 3 กลุ่มหลักในระยะเริ่มต้นโดยการเอกรายสำรวจพื้นที่เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูล ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วย Palliative Care ได้แก่ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life) ซึ่งรวมทั้งผู้สูงอายุและผู้พิการติดเตียง ซึ่งอำเภอฤๅษีมีทั้งหมด 138 คน 2) กลุ่ม Long term Care ในกลุ่มผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 7,716 คน และ 3) กลุ่มผู้พิการ มีทั้งหมด 1,185 คน โดยดำเนินกิจกรรมด้านการรักษา ส่งเสริม ป้องกันและการฟื้นฟูสภาพ โดยบูรณาการ Service Plan อำเภอเป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานจัดให้มีระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระดับ Cup มีการจัดประชุมวิชาการโดยโรงพยาบาลพี่เลี้ยงในเรื่อง การดูแลผู้ป่วย Palliative Care ,การพัฒนาพยาบาลเป็นนักจัดการสุขภาพชุมชน Care manager ,การใช้เครื่องมือในการวิเคราะห์และออกแบบการจัดการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ,การเยี่ยมบ้านคุณภาพ ,และ อบรม อสม.เป็น Care giver หมู่บ้านละ 2 คน และจัดระบบการบริการระหว่างทีมหมอบรรอบครว้ที่เป็นสหวิชาชีพกับหมอบรรอบครว้ระดับชุมชนและจัดบริการ HHC และ HW โดยทีมสหวิชาชีพและหมอบรรอบครว้ ภายใต้กลไกการดำเนินงาน “ฟ้าหลังฝนคนฤๅษีไม่ทอดทิ้งกัน” สร้างเครือข่ายบริการสุขภาพแบบบูรณาการ ลดช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อน มีระบบเชื่อมโยงที่มีประสิทธิภาพและประชาชนใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเชื่อมระบบกับแม่ข่ายและเชื่อมกับชุมชน โดยใช้แนวคิด DHS-PCMAวิเคราะห์

3.1.Unity district Health Team อำเภอฤๅษีนำโดยท่านนายอำเภอฤๅษี สสอ.และ ผอ. รพ. ได้ประชุมทีมคณะกรรมการ DHS และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อคั่นข้อมูลระบบสุขภาพและวางแผนการดำเนินงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่าย จัดทำ MOU ด้านสุขภาพ และประกาศวาระสุขภาพอำเภอ “ภาคร่วมคิด ชุมชนร่วมใจ ด้านภัยเบาหวาน ด้วยการลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม เติบโตออกกำลังกาย ห่างไกลบุหรี่และสุรา” และมีการประสานประสานและเลขานุการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลในการจัดสรรงบประมาณเพิ่มเติมและสมทบเพิ่มขึ้นในการดูแลจัดการด้าน

สุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานวาระสุขภาพอำเภอ ในการจัดบริการสุขภาพได้ออกแบบโครงสร้างการจัดทีมสุขภาพ FCT จำนวน 6 ทีม 3 ระดับ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ มีแพทย์เป็นหัวหน้าทีมและสหวิชาชีพ ประกอบด้วย ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักการแพทย์แผนไทย พยาบาล วิชาชีพ และนักวิชาการจาก สสอ. **ระดับตำบล** มี ผอ.รพสต. หรือพยาบาลวิชาชีพใน รพสต. ตามศักยภาพบุคลากร เป็น หัวหน้าทีม มีการกำหนดหมอครอบครัว (จนท. สธ ใน รพสต.)แบ่งรับผิดชอบแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ที่รับผิดชอบ มีหมอ ครอบครัวทั้งหมด 58 คน 128 หมู่บ้าน และกำหนด อสม. รับผิดชอบครัวเรือน ที่ชัดเจนทุก รพ.สต. และ PCU รพ. โดยมี ภาควิชาที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นทีมสุขภาพระดับตำบล **ระดับชุมชน** มีหมอครอบครัวที่รับผิดชอบหมู่บ้านเป็นหัวหน้าทีมมี ประธาน อสม. และผู้นำชุมชน อผส. ภาควิชาที่เกี่ยวข้อง และอสม.ทุกคนในแต่ละหมู่บ้าน ซึ่งมี อสม.ทั้งหมด 1349 คน มีการเปิดตัว FCT ทั้ง 6 ทีม โดยท่านนายอำเภออุดรฯ เป็นประธานและชี้แจงนโยบายและบทบาทการเป็นทีมหมอ ครอบครัวโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ มีการจัดทำผังหมอครอบครัวระดับอำเภอไว้ที่ สสอ. อุดรฯและ โรงพยาบาลอุดรฯ และจัดทำผังหมอครอบครัวแยกราย รพ.สต. ไว้ที่ รพ.สต. และ PCU ทุกแห่ง และแจกนามบัตรแก่ครัวเรือน ที่รับผิดชอบและประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวและผ่านเวทีประชาคมรายหมู่บ้าน มีการประสานเครือข่ายระบบสุขภาพ ขยายสู่คณะกรรมการบริหารอำเภอ โดย ผอ.รพ.และ สาธารณสุขอำเภอ เพื่อชี้แจงแนวทาง ทำความเข้าใจ นำเสนอประเด็น สุขภาพเพื่อการมีส่วนร่วมในที่ประชุมระดับอำเภอทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการกำหนดแนวทางเชื่อมโยงจาก ชุมชนโดย อสม. ผ่านโทรศัพท์มือถือ และหมอครอบครัวประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องผ่านพยาบาลวิชาชีพผู้ประสานหรือ ผ่านสหวิชาชีพโดยตรงตามประเด็นปัญหาสุขภาพที่หมอครอบครัวเห็นสมควร กำหนดกลุ่มเป้าหมายในการดูแล 3 กลุ่ม ได้แก่กลุ่ม Palliative Care กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น Long term care และกลุ่มพิการที่ต้องการภาวะพึ่งพิง โดยการสำรวจ ข้อมูลตั้งต้นและวางแผนการดูแลราย Case มีการเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลโดยใช้ระบบ Referral System และระบบการดูแล ต่อเนื่องและการดูแลผู้ป่วย Palliative Care ที่เชื่อมต่อกับ Service Plan มีการ Monitoring โดยใช้แบบบันทึกการดูแล ท้ายเตียงและบันทึกการเยี่ยมโดย Care giver รูปแบบการดำเนินงานของ FCT โดยทีมหมอครอบครัวโดยเฉพาะแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัดออกให้บริการผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ ราย รพ.สต. หลักที่เป็นแม่ ชำยในวันหยุดราชการเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยใน รพช. โดยภาคีตรวจโรคและภาคีจ่ายออกเยี่ยมผู้ป่วย 3 กลุ่ม ราย Case ที่หมอครอบครัวเตรียมไว้เพื่อ Consultant วันละ 2-3 ราย และกลับมาสรุปวางแผนราย Case ที่ รพ.สต. เพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการวางแผนการดูแลต่อเนื่องต่อไป อปท.เข้ามามีส่วนร่วมใน FCT ระดับชุมชน โดยการสนับสนุน งบประมาณผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ เช่น การทำอาหารให้ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ รพ.สต. การสนับสนุนส้วมนั่ง ราบสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ อผส. และ พช. เข้าร่วมร่วมสนับสนุนการจัดทำเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการใน ชุมชน และสนับสนุนค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้พิการและสนับสนุนเงินสงเคราะห์ผู้พิการในรายที่ต้องการความช่วยเหลือ

3.2. Customer Focus ในระดับอำเภอกำหนดการรับฟังเสียงสะท้อนและความต้องการของประชาชนจากภาคีเครือข่าย ผ่านเวทีประชุมบูรณาการระดับอำเภอ โดย ผอ.รพ.และ สสอ. ในระดับพื้นที่ กำหนดช่องทางตามบริบทพื้นที่ให้ครอบคลุม 5 กลุ่มวัย โดยเฉพาะกลุ่มที่เน้นหนัก 3 กลุ่ม โดยในสถานบริการสอบถามภายหลังการให้บริการโดยเฉพาะบริการที่ FCT ออกตรวจให้บริการใน รพ.สต.และการบริการในชุมชน นอกจากนี้ได้จัดช่องทางเฉพาะเช่น โทรศัพท์ภายหลังการให้บริการ ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจ การจัดทำเวทีประชาคม การประชุมถอดบทเรียน และกล่อรับฟังความคิดเห็น ในกลุ่มที่

เน้นหนักได้แก่กลุ่ม Palliative care สูงอายุ LTC และกลุ่มพิการที่ต้องการภาวะพึ่งพิง ได้มีการประเมินและดูแลแบบองค์รวม มีการเยี่ยมบ้านคุณภาพ และสอบถามทุกครั้งที่ลงไปเยี่ยมและติดตามดูแล รวมทั้งเปิดช่องทางติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์ให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรงกับสหวิชาชีพ เช่น เบอร์โทรศัพท์แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้นเพื่อให้ทันและรับรู้ความต้องการของประชาชน รวมทั้งให้มีคณะกรรมการกลุ่มวัยที่ทำหน้าที่ในการค้นหากลุ่มเป้าหมาย รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาและค้นหาความต้องการและวางแผนการดูแลสุขภาพกลุ่มวัยทั้งเชิงรุก เชิงรับผ่าน Single Plan และ Single Management ขอร้องเรียนและเสียงสะท้อนทีม FCT ได้นำมาปรับปรุงและแก้ไขรวมทั้งสะท้อนกลับแก่ผู้รับบริการอย่างสร้างสรรค์

3.3.Community Participation ในการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ได้กำหนดให้ อสม. เป็น FCT ระดับตำบล ร่วมกับหมอครอบครัวและมีหน้าที่รับผิดชอบครัวเรือนในพื้นที่ โดย อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้สามารถประเมินสภาวะสุขภาพตามแบบฟอร์มการดูแลเยี่ยมบ้านและบันทึกท้ายเตียง และจัดบริการที่จำเป็นสอดคล้องตามปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย มีการหนุนเสริมการทำงานโดย อพส. ในชุมชนในการร่วมดูแล มีการประสาน อปท.ทั้ง 10 แห่งในการสนับสนุนงบประมาณให้ FCT ระดับตำบลและชุมชนในการขับเคลื่อนวาระสุขภาพอำเภอและการดูแลสุขภาพตามกลุ่มวัยตามชุดสิทธิประโยชน์และรพสต. ทุกแห่งส่งแผนงานโครงการที่มาจาก อปท. ครบถ้วน 14 แห่ง มีการประสานเครือข่ายชุมชนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมรณรงค์ Kick Off ในการขับเคลื่อนวาระสุขภาพอำเภอ ได้แก่ ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน ร้านค้า ร้านขายของชำ โรงเรียนและหน่วยราชการต่างๆ เพื่อสร้างกระแสการรับรู้ในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม รวมทั้งขยายสู่ระดับตำบลและหมู่บ้านสร้าง 1 หมู่บ้าน 1 รพ.สต. ลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม เต็มเต็มออกกำลังกายห่างไกลบุหรี่ยาเสพติดเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยทีม THML ร่วมกับ FCT ระดับตำบลและชุมชน ร่วมปฏิบัติการโดยการสำรวจข้อมูลการบริโภค หวาน มัน เค็ม ในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลและจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย รวมทั้งมีการจัดเวทีสรุปและประเมินผลแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนหมู่บ้านจัดการสุขภาพทั้ง 14 แห่ง

3.4.Appreciation คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ กำหนดให้มีการทำงานร่วมกันแบบ FCT ตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ หลังการให้บริการมีการถอดบทเรียน ติดตามความก้าวหน้าชื่นชมความสำเร็จในการดูแล ทั้งในระดับบุคคลและระดับทีม ให้ความสำคัญกับโอกาสสำคัญของเจ้าหน้าที่และภาวะวิกฤตของชีวิตทั้งใน FCT แต่ละทีมและเจ้าหน้าที่ทั้งหมดใน CUP เช่น อวยพรวันเกิด แต่งงาน เยี่ยมป่วย เป็นต้น มีการสร้างขวัญกำลังใจเจ้าหน้าที่ในการทำงาน เช่น พาไปทัศนศึกษา จัดกิจกรรม OD จัดการแข่งขันกีฬาภายใน CUP จัดงานรื่นเริงปีใหม่ งานเลี้ยงรับเลี้ยงส่ง และเลี้ยงเมื่ออยากจะเลี้ยงแบบไม่เป็นทางการ เป็นต้น มีระบบการติดตามประเมินผลผ่านเวทีประชุมประจำเดือน ประชุม คปสอ. มีการสะท้อนผลงานรายเดือนและหาทางออกในพื้นที่ที่มีปัญหาตามแต่ละประเด็นสุขภาพและมีระบบการนิเทศงานปีละ 2 ครั้ง มีแผนการใช้และพัฒนาบุคลากรร่วมกันในระดับ CUP และบรรจุใน Single Plan หมอครอบครัวร่วมเป็นคณะกรรมการตามกลุ่มวัยทุกคนตามภาระงานที่รับผิดชอบ กำหนดให้มีวาระการติดตามความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค ในที่ประชุม คปสอ. ตามกลุ่มวัยของ FCT ทั้ง 6 ทีม มีการเผยแพร่เรื่องเล่าดีๆ ความภาคภูมิใจของบุคลากรระดับพื้นที่ผ่าน FB และ Line DHS/FCT-KC เช่นเรื่องเล่าคนหนองหมีไม่ทอดทิ้งกัน “...พี่ชายหัวใจไม่ยอมแพ้และครอบครัวหัวใจเพชร...” ในการพัฒนาบุคลากรในทีมใช้กระบวนการ CBL บูรณาการกับ Service Plan ขยายสู่หมอครอบครัวระดับตำบล เพื่อเพิ่มคุณค่าบริการด้วยการยกระดับและเพิ่มศักยภาพคนทำงานและการจัดบริการตามกลุ่มวัย มีระบบการประเมินรับรองเพื่อเสริมระบบ

คุณภาพบริการที่สนับสนุนระบบบริการสุขภาพอำเภอโดยทีม PCA อำเภอและทีมไข้ระดับอำเภอ ใช้กระบวนการถอดบทเรียนและ ลปรร. ในการสื่อสารเล่าประสบการณ์ดีๆ ชื่นชมและพัฒนาเป็นงานเขียนเรื่องเล่าซึ่งได้รับการสนับสนุนโดยชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย Node อีสานล่างและ สสส. รวมทั้งการสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรม จากผลงานการดูแลกลุ่มวัยในพื้นที่พัฒนาเป็นงานวิจัย R2R และนำเสนอในระดับเขต ภาค และระดับประเทศต่อไป

3.5.Resource Sharing and Human Development ในการใช้ทรัพยากรร่วมกันของ CUP กุดชุม คณะกรรมการตามกลุ่มวัยได้วางแผนโดยการจัดทำ Single Plan ในการบริหารงบประมาณร่วมกันภายใน CUP เช่น การออกให้บริการตรวจรักษาดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยทีม FCT แต่ละทีม 6 เครือข่ายบริการ โดยการใช้ ยาและเวชภัณฑ์ บุคลากร ระบบชั้นสูตร ระบบการติดเชื้อ (ชยะ) รวมทั้งงบประมาณในการจ่าย OT สำหรับทีม FCT ระดับอำเภอที่เป็นสหวิชาชีพ และการขับเคลื่อนวาระสุขภาพอำเภอ และการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามกลุ่มวัย 5 กลุ่ม รวมทั้งพัฒนาบุคลากรทั้ง Cup ให้มีธรรมาภิบาลการทำงาน มีคณะกรรมการ Service Plan จะจัดทำ CPG 6 สาขาและกำหนดให้มี CBL กับหมอครอบครัว มีแผนการจัดสรรงบประมาณ งบ PP ของ CUP ในการสนับสนุนการดำเนินงานของ FCT ทั้ง 6 ทีม มีระบบเยี่ยมเสริมพลังเติมคุณภาพบริการจากผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาสู่โรงพยาบาลคุณภาพ และระบบบริการใน รพ.สต. เช่น ระบบชั้นสูตร ระบบยา เป็นต้น มีกระบวนการ CBL อย่างต่อเนื่องทั้งการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการดูแลตามระบบ Service Plan มีกระบวนการทบทวนการนำศักยภาพบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ได้แก่ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวช พยาบาลเชี่ยวชาญด้าน Palliative Care และจนท.ที่จบปริญญาโทมาเป็นที่ปรึกษาด้าน R2R

3.6. Essential Care ในการจัดระบบดูแลสุขภาพพื้นฐาน อำเภอ กุดชุมได้ออกแบบและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและดำเนินการตามประเด็น ODOP ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังภายใต้วาระสุขภาพอำเภอ “ ภาคร่วมคิด ชุมชนร่วมใจ ด้านภัยเบาหวาน “ โดยคณะกรรมการ DHS /DHML ในปี 2557 – 2558 โดยทีม NCD board ดำเนินการทั้งเชิงรุกและเชิงรับใน 4 มิติการดูแล มีคณะกรรมการตามกลุ่มวัยทำหน้าที่ในการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย ออกแบบระบบบริการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของกลุ่มวัยต่างๆ และจัดทำแผนงานโครงการ ใน Single Plan ทั้งหมด 30 โครงการ เป็นเงิน 2,450,650 บาท ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย มีระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยส่งต่อจาก รพช. ชัดเจน พัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพและการดูแลผู้ป่วย Palliative Care สำหรับหมอครอบครัวทุกคน มี CPG โรคเรื้อรัง และฟื้นฟูความรู้หมอครอบครัวโดย NCD board , และพัฒนาสมรรถนะทีม DHML ในการทบทวน วิเคราะห์และพัฒนาออกแบบระบบบริการใหม่ในประเด็นการให้บริการที่เป็นปัญหา มีการจัดระบบดูแลร่วมกับภาคีเครือข่ายในวาระสุขภาพอำเภอและหมู่บ้านจัดการสุขภาพ

ส่วนที่ 4 ประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง CUP กุดชุมได้มีการออกติดตามนิเทศงานและประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดทั้งระดับอำเภอและตัวชี้วัดระดับจังหวัด โดยมีการควบคุมกำกับรายไตรมาส ผ่านการประชุม คปสอ. DHS DHML โดยประธานผู้รับผิดชอบตามกลุ่มวัยและ Service Plan เป็นผู้นำเสนอความก้าวหน้าและผลการดำเนินงาน มีการวิเคราะห์และสนับสนุนการดำเนินงานในแต่ละประเด็นปัญหาในแต่ละพื้นที่ที่ไม่บรรลุเป้าหมาย จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานหมอครอบครัวทั้ง 6 ทีม ถอดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่ที่

เป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และวางแผนการขยายงานในพื้นที่เป้าหมายเพิ่มขึ้นปี 2559 นอกจากนี้ได้มีการเทียบเคียงผล การดำเนินงานกับอำเภอใกล้เคียง เช่นอำเภอมหาชนะชัยและอำเภอดำเนินสะดวก และหาโอกาสพัฒนาให้ดีขึ้นโดยผ่าน กระบวนการเรียนรู้ DHML ของอำเภอ ซึ่งปัจจัยความสำเร็จมาจาก 1)การมีผู้นำที่เข้มแข็ง 2)การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่าย 3) บุคลากรมีสมรรถนะและทำงานเป็นทีม 4)มีระบบการทำงานชัดเจน 5) มีการผสมผสานทางเลือกในการ ให้บริการโดยทีมสหวิชาชีพ 6)ระบบ IT ที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 5 ผลงานและสิ่งที่ภาคภูมิใจ ผลการดำเนินงานใน CUP กลุ่มในโครงการ “ภาคีร่วมคิดชุมชนร่วมใจ ด้านภัย เบาหวาน” พบว่าสามารถลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานในผู้ป่วยรายใหม่ได้ร้อยละ 50 ของปีที่ผ่านมาและไม่เกินเกณฑ์ที่ กำหนด อัตราการควบคุมระดับน้ำตาล HA1c ในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้น สัดส่วนการมารับบริการใน รพช.ของผู้ป่วยกลุ่มโรค เรื้อรังระหว่าง รพช. และ รพ สต. เพิ่มขึ้น 40 : 60 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนครอบคลุมเพิ่มมา ขึ้นและได้รับการส่งต่อดูแลการจัดการภาวะแทรกซ้อน เช่นการล้างไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีภาวะสุขภาพอำเภอที่ทุก ภาคีเครือข่ายร่วมกำหนดมาตรการทางสังคมและร่วมการดำเนินการร่วมกัน มี รพสต. ต้นแบบในแต่ละเรื่อง มีชุมชน ต้นแบบในการจัดการสุขภาพ มีบุคคลต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โรงพยาบาลอยู่ในระหว่างรอ Re-accreditation และในวาระอันใกล้นี้เราจะเป็น CUP ต้นแบบแห่งการเรียนรู้ DHS- PCA