

รายงานฉบับสมบูรณ์

การสังเคราะห์บทเรียน Theme based research: การพัฒนา
เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลจาก Hospital Care

สู่ Primary Care

โดย

ทัศนีย์ ญานะ และคณะ

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กันยายน 2553

Theme based research:

การพัฒนาเพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล จาก Hospital Care สู่ Primary Care

บทนำ

โครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ที่ตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ความร่วมมือเพื่อพัฒนาบริการปฐมภูมิเพื่อเพิ่มศักยภาพและขยายบริการปฐมภูมิ ให้เข้าถึงชุมชน โดยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน อย่างสอดคล้องกับบริบท ซึ่งโดยเจตนารมณ์ของโครงการ มุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับเพื่อให้แต่ละระดับตอบสนองต่อบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม ตลอดจนประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและสามารถใช้บริการแต่ละระดับอย่างถูกต้องเหมาะสมตามขั้นตอน โครงการได้มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น เพื่อเน้นการวางแผนการพัฒนาระบบงาน การจัดการเพื่อนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยและผู้รับบริการ เป้าหมายระยะยาว เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคพื้นฐานที่มาโรงพยาบาล และลดความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ ทั้งนี้กำหนดระยะเวลาดำเนินการระยะแรก 3 ปี โดยมีจังหวัดเป้าหมาย 13 จังหวัด ต่อมาเมื่อมีการประเมินผลการพัฒนาภายใต้โครงการดังกล่าวพบว่าส่งผลดีต่อการพัฒนาระบบบริการโดยรวมและสามารถทำให้เกิดรูปธรรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการได้จริง จึงได้มีการขยายจังหวัดดำเนินการเพิ่มมากขึ้นจำนวน 28 จังหวัดในระยะที่สองซึ่งทั้งหมดอยู่ระหว่างการดำเนินการ

อย่างไรก็ตามระดับการพัฒนาของแต่ละจังหวัดนั้นมีความแตกต่างกัน โครงการดังกล่าวทำให้เห็นผลลัพธ์งานที่เป็นคุณภาพบริการจากการพัฒนาเครือข่าย การเพิ่มคุณลักษณะบริการที่มีความต่อเนื่อง เป็นองค์รวมและมีการผสมผสานบริการในระหว่างหน่วยบริการที่เพิ่มมากขึ้น ทั้งยังเป็นกระบวนการที่ทำให้เห็นการพัฒนาเครือข่ายได้ชัดเจนขึ้นด้วยการออกแบบและวางแผนการจัดระบบบริการ การบริหารจัดการทั้งคนและทรัพยากร รวมทั้งเอื้อให้เกิดระบบการสนับสนุนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ

การวิจัยและพัฒนาภายใต้โครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” เป็นลักษณะงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานประจำ (Research to routine) ที่ชัดเจน เนื่องจากสามารถมีหลักคิดและประยุกต์กระบวนการพัฒนาที่เป็นเหตุเป็นผล ส่งผลดีจากการใช้ประโยชน์งานวิจัยและเป็นวงจรการพัฒนาได้ในหลายมิติ ทั้งสามารถเป็นโครงการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ การสร้างความร่วมมือ การเพิ่มคุณภาพและยกระดับการพัฒนาของโรงพยาบาลและเครือข่าย สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงเห็นว่าหากมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์สังเคราะห์การพัฒนาบทเรียนภายใต้โครงการดังกล่าวภายใต้ theme based research ภายใต้หลักการพัฒนา R2R โดยใช้รูปธรรมของโครงการดังกล่าวนี้จะสามารถเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ เพื่อการพัฒนาในพื้นที่และ สามารถขยายผลการดำเนินงานในพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งส่งเสริมให้เกิด R2R ในประเด็นนี้ได้กว้างขวางมากขึ้นต่อไป

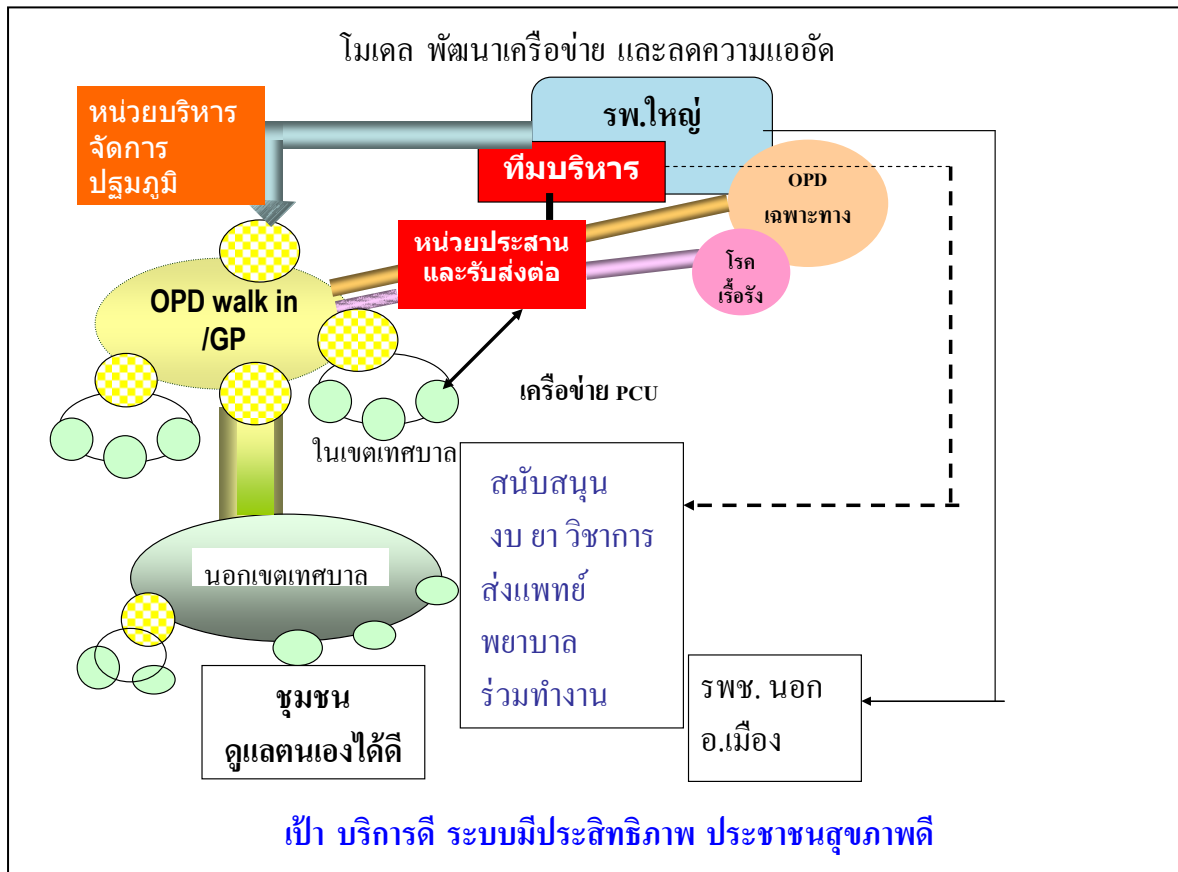
เอกสารชุดนี้มาจากการทบทวนเอกสารการดำเนินงานโครงการจากกรณีศึกษาบางพื้นที่และการจัดประชุมเพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาาร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2553 จังหวัดพิษณุโลก โดยมุ่งหวังให้มีสื่อเอกสารซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้สำหรับผู้สนใจการพัฒนากระบวนการในโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในเขตเมือง

จากการถอดบทเรียนของกรณีศึกษาโรงพยาบาลใหญ่ที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก พระนครศรีอยุธยา นครศรีธรรมราช แพร่ และนครราชสีมา (เอกสารR2Rจากพื้นที่กรณีศึกษาดังแนบในภาคผนวก) ประกอบการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องนั้น สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

1. แนวคิดในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง เป็นการดำเนินการตามกลยุทธ์ลดความแออัดโรงพยาบาลใหญ่ และ เสริมการเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งประยุกต์แนวคิดหลักไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเขตเมืองในพื้นที่อื่นๆ ได้ดังนี้

- ใช้การออกแบบและวางแผนดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลโดยใช้ข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์และวางแผนเพื่อการพัฒนา รวมทั้งเป็นการกำกับติดตามประเมินผลงาน
- เน้นการจัดตั้งและขยายศักยภาพ เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ด้านโครงสร้างพื้นฐาน การจัดบริการ การบริหารบุคลากร และการบริหารจัดการรวมทั้งระบบสนับสนุนต่างๆ โดยให้มีตำแหน่งที่ตั้งและจำนวนที่เหมาะสมสอดคล้องกับประชากรในพื้นที่เขตบริการ
- ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการแบบมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วนภายในจังหวัด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน รวมทั้งประสานเชื่อมต่อกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสาขาเขตพื้นที่
- การบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดทำให้ลดปัญหาการขาดแคลน โดยเฉพาะเรื่องกำลังคน เช่น การปฏิบัติงานนอกเวลา การจ้างงานแบบใหม่สำหรับบุคลากรในระบบบริการ การหมุนเวียน/เสริมทีมงานจากโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งรูปแบบการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายบริการ เป็นต้น
- การจัดวางหน่วยบริการให้เหมาะสมตามแผนของจังหวัดและส่งเสริมศักยภาพระบบส่งต่อไป-กลับ รวมทั้งการพัฒนาหน่วยรับส่งต่อที่มีประสิทธิภาพภายในโรงพยาบาลซึ่งต้องการการเชื่อมโยงข้อมูลบริการระหว่างหน่วยบริการและแนวทางการปฏิบัติร่วม รวมถึงระบบนัดหมายเพื่อลดขั้นตอนและการอำนวยความสะดวกทำให้เกิดเครือข่ายบริการสุขภาพที่ครบวงจรและเป็นระบบ

2.รูปแบบในการจัดการเพื่อลดความแออัดและพัฒนาเครือข่ายในโรงพยาบาล



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการพัฒนาภาพรวมของโครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด และพัฒนาเครือข่าย”

3. ยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การพัฒนา

เพื่อให้การดำเนินการ โครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด และพัฒนาเครือข่าย” เป็นไปได้อย่างจริงจัง และบรรลุสัมฤทธิ์ผล จำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าและช่วงเวลาดำเนินงานให้บรรลุผลที่ชัด ผู้นำต้องมีความมุ่งมั่นและตั้งใจจริง มีการจัดกระบวนการ และทีมงาน ที่สอดคล้องกับเป้าหมาย และมีการดำเนินการร่วมกันอย่างบูรณาการ การทำงานเพื่อพัฒนาในพื้นที่เล็กๆ น้อยๆ จะไม่ส่งผลสัมฤทธิ์ต่อการเครือข่ายบริการที่มีคุณภาพได้ แต่เป็นเพียงบทเรียนการพัฒนาโมเดลของระบบย่อยๆ เท่านั้น แต่หากต้องการให้เกิดผลลดแออัดโรงพยาบาลที่ยั่งยืน จำเป็นต้องวางแผน และดำเนินการในหลายส่วนไปพร้อมกัน แต่หากค่อยๆ พัฒนาตามจังหวะก้าว และความพร้อมแต่ละส่วน อย่างประสาน เชื่อมโยงกันได้

3.1 ยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการพัฒนาโครงการประกอบด้วย

- การสร้างแนวร่วม ที่มีความเข้าใจในเป้าหมาย ทิศทาง และแนวทางการพัฒนาร่วมกัน ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาให้เกิดแนวร่วมดังกล่าวทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ทั้งนี้แนวร่วมภายในนั้นต้องเน้นการสร้าง ความเข้าใจ ให้เกิดการทำงานเป็นทีม และสัมพันธภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ จะต้องเป็นแบบ WIN-WIN สำหรับ แนวร่วมภายนอกนั้นจะต้องประสานกับท้องถิ่น สร้างแนวร่วมในการให้บริการ สร้างให้เห็นบทบาทศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ PCU ทั้งนี้จากการแลกเปลี่ยนบทเรียนการทำงาน พบว่ากระบวนการที่ใช้ในการสร้างแนวร่วมมี คือการสร้าง Vision ร่วมระหว่างโรงพยาบาล-ท้องถิ่น-ประชาชน ในการจัดบริการ แะใช้หลักการพัฒนางานที่เน้น “ร่วมคิด-ร่วมทำ-ร่วมเรียนรู้”
- การกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนา โดยใช้ Strategic map ช่วยในการออกแบบการทำงาน และการบริการ ของโรงพยาบาลและเครือข่ายปฐมภูมิ/คลินิกสาขา รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูล เชื่อมต่อและใช้ประโยชน์ข้อมูล
- การสร้างความเข้าใจ ความมั่นใจ และการยอมรับ สำหรับกลุ่มประชากรและผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่หน่วยบริการเครือข่าย โดยเฉพาะความมั่นใจในการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาล ทั้งนี้กระบวนการสร้างความมั่นใจสำหรับภาคประชาชน เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิครอบคลุมกิจกรรมเรื่อง 1) การให้มีทีมประจำและพัฒนาระบบการจัดบริการในคลินิกบริการให้มีลักษณะเป็นบริการที่เบ็ดเสร็จ ครบวงจร 2) การพัฒนาศักยภาพของหน่วยบริการเครือข่ายในการทำงานเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง 3) การพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติ(CPG) ให้ได้มาตรฐานมี evidence based ให้เป็นแนวทางเดียวกัน 4) การจัดการเกี่ยวกับเครื่องมือ/อุปกรณ์ในการจัดบริการกับประชาชน ให้มีมาตรฐาน มีคุณภาพ รวมทั้ง 5) การพัฒนารูปแบบการสื่อสารประชาสัมพันธ์

ทีมงานที่สำคัญในการพัฒนา ประกอบด้วยอย่างน้อย 3 ส่วน คือ 1) ทีมบริหาร หรือ ทีมอำนวยการ กลาง 2) ทีม/หน่วยบริหารเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ 3) ทีม/หน่วยประสานและรับส่งต่อ รวมทั้งจัดระบบไหลเวียนภายใน นอกจากนี้ อาจมีทีมเพิ่มเติมตามบริการเฉพาะที่ต้องมีการพัฒนาเพิ่มเติม เช่น ทีมพัฒนาโรคเรื้อรัง ทีมจัดการระบบข้อมูล โดยทีมงานที่รับผิดชอบการพัฒนาแต่ละส่วนควรมีแผน การดำเนินงานที่ประสานไปในทิศทางเดียวกัน และมีจังหวะก้าวที่สอดคล้องกัน

จังหวะก้าวการกระจายผู้รับบริการจากโรงพยาบาลไปยังเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ นั้นสามารถปรับเป็นระยะ ตามสถานการณ์และระยะการพัฒนาเครือข่ายของแต่ละโรงพยาบาล คือ

1. กระจายผู้ป่วยใหม่ / ผู้ป่วย walk-in ทั้งหมดออกไปยังเครือข่าย ไปยังหน่วยที่คล้ายเป็น OPD นอกรพ. 2-3 แห่ง เพื่อเป็นตัวกลางรองรับบริการ ก่อนส่งกลับให้หน่วยบริการปฐมภูมิ

2. กระจายผู้ป่วยใหม่/walk in ผู้ป่วยเรื้อรัง ส่วนหนึ่งกระจายไปยังเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละโซน ที่มีการพัฒนาระบบและได้รับการสนับสนุนแล้วให้มากที่สุด ส่วนที่เหลือทั้งหมดให้จัดหน่วยบริการคล้าย เป็น OPD และเป็นศูนย์ประสานบริการปฐมภูมิ รับผิดชอบผู้ป่วยในพื้นที่ที่ยังไม่มีหน่วยบริการปฐมภูมิรองรับ ชัดเจน

3. พัฒนาคุณภาพของกระบวนการ และระบบ ให้ราบรื่น ตอบสนองต่อเป้าหมายมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับบริการไปในแต่ละจุดแล้ว

ส่วนเครือข่ายบริการในรายละเอียดจะเป็นอย่างไร ต้องพิจารณาตามบริบทพื้นที่ และสถานการณ์ของบุคลากร ในแต่ละแห่ง ทั้งในด้านจำนวน ทักษะ และเจตคติ ซึ่งทีมบริหารต้องปรับให้เหมาะสม ไม่จำเป็นต้อง เหมือนกันทุกแห่ง ในกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาเครือข่ายบริการทั้งหมดนี้ จำเป็นต้องมีการพัฒนา ศักยภาพและแนวคิดของบุคลากรในแต่ละส่วนงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาลให้เข้าใจแนวทาง มี ส่วนร่วม และมีบทบาทที่สอดคล้องกัน

3.2 กลยุทธ์การดำเนินการ ซึ่งจำเป็นต้องวางแผนและดำเนินการในระยะเวลาที่ต่อเนื่อง เหมาะสมภายใต้การมี ส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ทั้งนี้อาจปรับลำดับความสำคัญเร่งด่วนตามเงื่อนไขของบริบทการพัฒนาจากพื้นที่

1.ปรับแนวคิดการพัฒนาระบบบริการที่ต้องพัฒนาเครือข่ายร่วมกับภายในโรงพยาบาล ระยะแรกแนวคิดของ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เน้นเรื่องการจัดการเพื่อลดความแออัดภายในโรงพยาบาล (เช่น การปรับนัดเวลาของ ผู้รับบริการ โอนผู้ป่วยที่ไม่มีความซับซ้อนในการดูแลไปที่สถานีนามัยและเครือข่ายปฐมภูมิ การสนับสนุน ให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวหมุนเวียนไปช่วยบริการที่หน่วยบริการปฐม ภูมิ) แต่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาเครือข่ายบริการนอกโรงพยาบาลเป็นอันดับรองลงไป แต่อย่างไรก็ตาม เมื่อดำเนินงานโครงการไประยะหนึ่ง พบว่า แนวคิดการดำเนินงานเริ่มเปลี่ยนไปด้วยการให้ความสำคัญกับ การพัฒนาเครือข่ายและการทำงานเป็นเครือข่ายกับหน่วยบริการที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน

2.การพัฒนาหน่วยบริการเครือข่าย หน่วยบริการที่เป็น “หน่วยบริการเครือข่าย” มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยต่อจาก โรงพยาบาล เพื่อทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องในชุมชน และทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการด่านแรกที่อยู่ดูแลผู้ป่วย แบบผสมผสานในชุมชนสำหรับปัญหาที่พบบ่อย หรือเป็นบริการเฉพาะที่หน่วยบริการปฐมภูมิทำได้ โดยไม่ ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล และหากมีปัญหาซับซ้อนเกินความสามารถหรือการบริการเฉพาะก็จะส่งต่อ โรงพยาบาล(ซึ่งต้องมีศูนย์ส่งต่อ รับกลับ อย่างไรก็ตาม ลักษณะของ “หน่วยบริการเครือข่าย” พบว่ามีทั้ง หน่วยบริการที่โรงพยาบาลไปจัดตั้งขึ้นเองในชุมชนเพื่อขยายเครือข่าย(กรณีที่มีไม่เพียงพอ) และที่ โรงพยาบาลไปทำงานร่วมกับหน่วยบริการเดิม(สถานีนามัย ศูนย์สาธารณสุข)ที่มีอยู่เพื่อยกระดับเพิ่ม ศักยภาพ ขยายงานในการดูแลบริการผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนมากขึ้น รวมทั้งอาจเพิ่มประเภทเครือข่ายที่ หลากหลายเพื่อให้มีความครอบคลุมได้

3.พัฒนากลไกขับเคลื่อน เพื่อให้การทำงานมีการเชื่อมประสาน ระหว่างหน่วยบริการเครือข่าย กับโรงพยาบาล ซึ่งกลไกดังกล่าวครอบคลุมทั้งเรื่องการจัดการ และการประสานงาน ดังนี้

การพัฒนากลไกที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ มีประเด็นหลักในเรื่องการอำนวยความสะดวกหรือบริหารโครงการ รวมทั้งการบริหารและการจัดการกำลังคนในระบบบริการ ดังนี้

- **การอำนวยความสะดวก** ในที่นี้หมายถึง การที่ผู้บริหารและแกนนำขององค์กรต่างในโรงพยาบาล(โดยเฉพาะองค์กรแพทย์) เข้าใจและให้ความสำคัญกับการพัฒนางาน รวมทั้งการมีศูนย์ประสานอำนวยความสะดวกเรื่องนี้ที่ชัดเจน ต่อเนื่อง โดยผู้ประสานควรเป็นผู้ที่มีบารมีเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย และได้รับมอบอำนาจในเชิงการจัดการที่เบ็ดเสร็จ
- **การบริหารและการจัดการกำลังคน** พบว่า เป็นกลไกหลักที่เป็นเงื่อนไขความสำเร็จสำหรับการดำเนินงาน คือ การบริหารจัดการกำลังคน ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง
 1. การทำความเข้าใจกับคนภายในองค์กร โดยเฉพาะองค์กรแพทย์
 2. การสร้างมุมมองใหม่ของทีมแพทย์โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทางในการเข้าใจชีวิตการทำงานของศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) และ แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป(GP)
 3. การพัฒนาทีม/คณะทำงานภายในโรงพยาบาล ให้มีศักยภาพและความพร้อมในการดำเนินงานตามงานที่มอบหมาย
 4. การเสริมกำลังใจภายในทีม โดยเฉพาะในช่วงเวลาเริ่มต้น ที่ต้องทำงานภายใต้ความไม่เข้าใจของหลายฝ่ายในโรงพยาบาล
 5. การจัดการด้านการเงินการคลัง จำเป็นต้องให้มีลักษณะที่เอื้อกับภารกิจ ลักษณะคล่องตัว ยืดหยุ่น มีการจัดการที่โปร่งใส และที่สำคัญทุกภาคส่วนในองค์กรมีส่วนร่วมรับรู้ร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ

4. การประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ที่สำคัญ

4.1 จำนวนผู้รับบริการ การประเมินสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานโครงการหาวิถีผลิตในแง่การลดจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแล้ว อาจมองว่าไม่ประสบความสำเร็จ (ตารางที่ 1 และภาพที่ 1) แต่มีรูปธรรมของการพัฒนาด้านอื่นๆที่ชัดเจน เช่น การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ

“ตั้งแต่ทำโครงการมาได้ลดจำนวนผู้ป่วยลงจริง แต่สร้างศักยภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิมากขึ้น และมีภาพของการเข้าถึงบริการมากขึ้น” (รพ.นครราชสีมา)

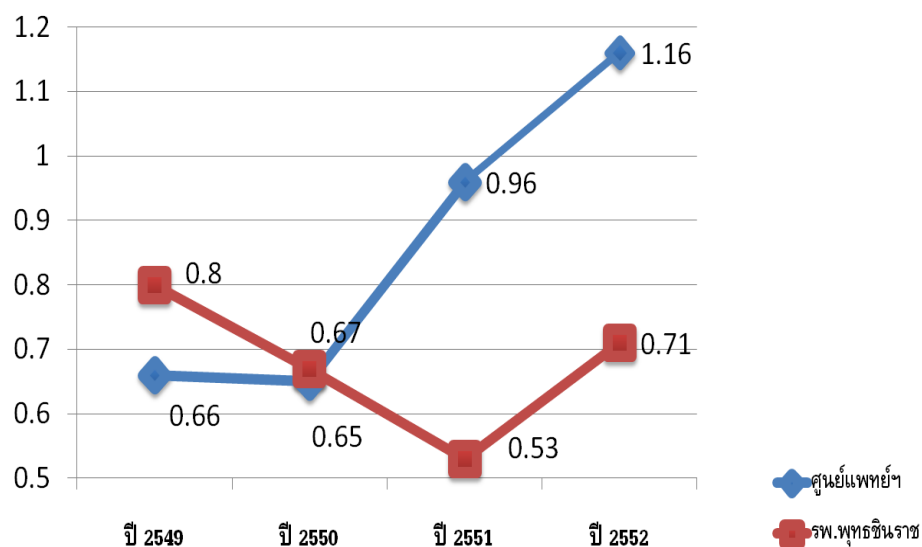
“เรื่องจริงที่เห็นการเปลี่ยนแปลงค่อนข้างช้า ทำดีมากขึ้นจำนวนผู้รับบริการยังมากขึ้น มี Accessibility to care เพิ่ม” (รพ.แพร่)

“เห็นรูปธรรมการพัฒนาปฐมภูมิ มีบทบาท Gate keeper ในการลดจำนวนผู้ป่วยในของโรงพยาบาล” (รพ.แพร่)

ตารางที่ 1 จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกเฉพาะทาง เปรียบเทียบกับคลินิกสาขาและศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) กรณีจังหวัดแพร่

พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูง				จำนวนผู้ป่วย เบาหวาน			
	เฉพาะทาง	ปฐมภูมิ		รวม (คน)	เฉพาะทาง	ปฐมภูมิ		รวม (คน)
	รพ. แพร่	คลินิก	ศสช.		รพ. แพร่	คลินิก	ศสช.	
2549	5,781	-	-	5,781	3,268	-	-	3,268
2550	4,817	2,627	2,228	9,726	2,871	1,196	1,110	5,177
2551	3,808	3,140	3,131	10,079	2,742	1,372	1,449	5,563
2552	3,911	3,351	2,837	10,099	2,621	1,554	1,612	5,787

ภาพที่ 1 อัตราการใช้บริการที่ศูนย์แพทย์ชุมชนสมอแข และ โรงพยาบาลพุทธชินราช



รูปแบบการบริหารจัดการของพื้นที่มีส่วนทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนเพิ่มขึ้น จากการเพิ่มจุด entry point เช่น ตัวอย่างของการจัดการแบบ CUP Split ของ CUP เมืองย่าจันหวัดนครราชสีมา ที่มีลักษณะการบริหารจัดการเฉพาะดังนี้

- 1) เครือข่ายบริการปฐมภูมิประกอบด้วยศูนย์แพทย์ชุมชนทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการประจำ และมีศูนย์สุขภาพชุมชน/ศูนย์แพทย์ชุมชน ร่วมเป็นเครือข่าย
- 2) หน่วยบริการประจำ (CUP) จะต้องผ่านเกณฑ์ประเมินจาก สปสช.
- 3) รับงบประมาณตรงจาก สปสช.เฉพาะผู้ป่วยนอกและส่งเสริมสุขภาพ
- 4) ไม่มีบริการผู้ป่วยใน
- 5) ทำงานแบบ functional team บุคลากรมาจากต่างสังกัด

“ภายใต้บริบทของจำนวนประชากรและบุคลากร มีประโยชน์ต่อการกระจายทรัพยากรมากขึ้นกว่าเดิมทำให้ประชาชน access ประธาน CUP ต้องถูกเตรียมพร้อมด้านการจัดการ ส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่น การทำให้มีขนาดเล็กลงบริหารจัดการเพื่อบูรณาการจะสะดวกกว่า โดยกลุ่มงานเวชกรรมสังคมยังมีบทบาทสนับสนุนการดำเนินงานด้านบุคลากรและเทคนิค”
(รพ.มหาราชนครราชสีมา)

อย่างไรก็ตาม มีความเห็นตรงกันว่าหากกลยุทธ์การดำเนินงานไม่โดดเด่นพอ อาจจะทำให้วัดผลการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้น้อย

2. ผลผลิตที่เป็นผลลัพธ์สุขภาพแม้จะไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์มายืนยันทุกแห่ง และอธิบายความสัมพันธ์โดยตรงกับการดำเนินโครงการก็ตาม บางพื้นที่มีสถานะสุขภาพของประชาชนดีขึ้น กรณีศึกษาของจังหวัดแพร่ พบว่า

1. ลดจำนวนผู้ป่วย Admit จากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในกลุ่มโรคที่ควรดูแลแบบ OPD
 2. ระดับ HbA1c มีแนวโน้มลดลง
 3. แต่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ตรวจรักษากับคลินิกสาขา
 4. ภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งใน HT,DM มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ
- “วัด outcome ค่าเฉลี่ย HbA1c และ hypertensive Nephropathy ลดลงจากปี 2550 ถึง 2552 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ค่า ACSC จากภาวะแทรกซ้อนเบาหวานและ HT ลดลง” (รพ.แพร่)

ประเด็นปัจจัยความสำเร็จ

1. ปัจจัยที่จะทำให้โครงการประสบความสำเร็จ อาจไม่ใช่วัดที่จำนวนบุคลากรโดยตรง การเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการทำงานมาจากการทำงานพัฒนาร่วมกัน ที่สำคัญการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับบริการของประชาชนนั้น นอกจากการใช้มาตรการบังคับให้บริการได้เฉพาะแห่งเท่านั้นแล้ว การจูงใจในทางบวกยังขึ้นกับความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่ ความเชื่อมั่นในศักยภาพ

“จำนวนแพทย์ไม่ใช่ critical factor ของความสำเร็จ และมีความต้องการทำ CUP split ว่าสถานีนามัยมีศักยภาพในการดำเนินการได้หรือไม่ โดยได้ทำให้หน่วยปฐมภูมิมีความเข้มแข็ง โดยใช้เวลากับการลงพื้นที่ระดับ สอ.มากเป็นพิเศษ สร้างความผูกพันของเครือข่าย” (รพ.พุทธชินราช)

“การมีศูนย์ประสานงานอยู่ที่โรงพยาบาล ทำให้สถานีนามัยมีความสนใจในการติดต่อสื่อสารกับฝ่ายโรงพยาบาล” (รพ.พุทธชินราช)

2. การผลักดันให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินโครงการ โดยเริ่มจาก “ข้างใน” หรือบุคลากรในโรงพยาบาล ให้มีความเห็นและเกิดร่วมมือ จากประสบการณ์ในพื้นที่มีหลักสำคัญที่หา “key person” หรือคนที่จะเป็นแกนหลัก จากนั้นขยายแนวความคิดกระจายออกไป และแนวทางสร้างให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญ จะต้องสร้างประเด็นที่ตรงกับความสนใจเช่น ประเด็นการลดภาระของโรงพยาบาลหรือลดโรคที่มีต้นทุนการจัดบริการสูง เมื่อผู้บริหารเห็นความสำคัญแล้วการดำเนินงานมักจะราบรื่นและก้าวหน้ากว่า

“หาแนวร่วมให้เจอ หากคนที่ให้ความสำคัญจากนั้นขยายไป โดยต้องอิงที่ ผอ.ก่อน จากนั้น ประสานแพทย์ที่มีบทบาท (อาจไม่ใช่แพทย์ที่มีทั้งหมด) เช่น หมอ MED ที่ดูแลเบาหวาน ความดัน ต่อมาอาจเป็น CVD, Mental เข้ามาร่วมเป็น critical mass” (รพ.พุทธชินราช)

“ชวนพยาบาลมาทำงานด้วยกัน เช่นเสริมด้าน PCG และงาน HA” (รพ.พระนครศรีอยุธยา)

“ปัจจัยสำเร็จนอกจากด้านนโยบายระดับประเทศแล้ว นโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลมีความสำคัญ ที่ทำให้ผู้ประสานงานหลักมีความรู้สึกว่าบางครั้งมีความรู้สึกลำบากงาน ไม่สิ้นไหว” (รพ.แพร่)

3. ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ ได้บทเรียนที่ทำให้เข้าใจแนวคิด (concept) ของงานปฐมภูมิมากขึ้น ซึ่งเดิมมักมองว่าการบริการปฐมภูมิไม่ใช่งานที่ทำในโรงพยาบาล เป็นงานที่ใช้เทคนิคง่ายๆ และเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของงานปฐมภูมิเชิงรุก

“อดีตมองว่า primary care เป็นการดูแลง่ายๆ proper technology เท่านั้น แต่โครงการได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านมุมมองว่าเป็นการดูแลแบบผสมผสานและต่อเนื่องด้วย” (รพ.แพร่)

“การลดความแออัดไม่ใช่การย้ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่สาธารณสุขระดับอื่นๆ การใช้คำว่าลดความแออัด ไปจัดหน่วยบริการและเพิ่มขีดความสามารถของเครือข่าย ทำให้ นอกจากการรักษายังทำงานส่งเสริมป้องกันเชิงรุก” (รพ.พระนครศรีอยุธยา)

กรณีบทเรียนจากจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ได้ระบุบทเรียนที่สำคัญหลังจากการดำเนินงานซึ่งพบว่า ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน เกิดจาก

- 1) การพัฒนาPCU มีความหลากหลายในแต่ละพื้นที่
- 2) การพัฒนาระบบงาน ต้องครอบคลุมไปในบุคลากรทุกระดับ
- 3) การใช้แนวคิดเวชศาสตร์ครอบครัว มาเป็นพื้นฐานในการพัฒนา (การรักษา ป้องกัน ส่งเสริมฟื้นฟูสภาพ)
- 4) การสนับสนุนในทุกด้าน จากสถานพยาบาลหลัก (รพศ./รพท.) ในฐานะพี่เลี้ยงทั้ง ด้านวิชาการ/ ด้านคุณภาพ
- 5) ประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อ ผ่านศูนย์ส่งต่อ
- 6) การยอมรับของบุคลากรซึ่งกันและกัน ในทั้งระบบบริการสุขภาพ

ดังนั้น จากการถ่ายทอดบทเรียนครั้งนี้ ทำให้พอสรุปประเด็นสำคัญที่จะทำให้เกิดความสำเร็จ (key of success) ของการดำเนินงานในพื้นที่ต่างๆ ได้แก่

- 1) สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ตนเองได้ เช่น วิเคราะห์ปัญหา ทรัพยากรบริบทพื้นที่ จุดแข็ง/จุดอ่อนของทรัพยากรที่มี
- 2) ทีมดำเนินการกลาง ที่ต้องสามารถสื่อสารได้สองทาง มีความสามารถกระตุ้นให้คนอื่นมาทำงานพัฒนา ร่วมกัน รวมทั้งมีแนวทางการแก้ปัญหาจำนวนบุคลากร โดยหาและพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ ให้สามารถสนับสนุนการดำเนินการได้
- 3) ต้องมีกระบวนการเริ่มต้นในโรงพยาบาลที่ดี เช่น มี system manager หรือ project coordinator/manager เป็นแกนดำเนินงาน การสร้าง/กำหนดทิศทางอนาคตร่วมกัน เช่น การตัดสินใจแยกงานปฐมภูมิให้อยู่นอกเขตโรงพยาบาล(รพ.แพร่) แม้ว่าอาจมีปัญหาหลักเรื่องการให้คำปรึกษาร่วมกันบ้างในการเปลี่ยนแปลงระยะแรก หรือตัวอย่างการกำหนดร่วมกันว่าจะใช้รูปแบบเครือข่ายหน่วยบริการเขตเมืองที่มุ่งเน้นงานปฐมภูมิ โดยแยกงานปฐมภูมิกอกจากงานโรงพยาบาล ซึ่งเดิมมีศูนย์แพทย์ชุมชนเขตเมืองรองรับอยู่แล้วของ รพ.พระนครศรีอยุธยา
- 4) มีระบบการประสานงานกับหน่วยงานอื่นเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม เช่น ขอให้ท้องถิ่นเข้ามาปรึกษาเรื่องการทำงานของกองทุนสุขภาพตำบล (รพ.มหาสารคาม) ทำให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้รับรายละเอียดและผลที่จะได้จากการทำงานร่วมกัน
“การพัฒนา ระบบ นอกจากต้องมีหน่วย PC ที่เข้มแข็ง และระบบเชื่อมโยงต้องเสถียรแล้ว
ต้องสร้างความเข้มแข็งของชุมชนด้วย” (รพ.พุทธชินราช)
- 5) มีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ใช้ในการตัดสินใจอย่างเพียงพอ เช่น ข้อมูลผู้รับบริการระดับต่างๆ การเชื่อมโยงข้อมูลระดับต่างๆ รวมทั้งข้อมูลที่จะวัดการเปลี่ยนแปลงหรือผลสัมฤทธิ์ของโครงการได้
- 6) สร้างมาตรการจูงใจการดำเนินงานของเครือข่าย ให้มีความเป็นเจ้าของ ทั้งการส่งต่อและการส่งกลับ เพื่อให้เกิดระบบ gate keeper และ continuity care
- 7) มีกลยุทธ์การบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง การบริหารจัดการให้มีคุณภาพของงานบริการ

สรุป โครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” เป็นโครงการวิจัยและพัฒนาที่สามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนและพัฒนาเครือข่ายระบบบริการในเขตเมือง การใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งเพื่อประเมินสถานการณ์บริการ สถานการณ์ทรัพยากร รวมถึงเพื่อวางแผนบริหารจัดการระบบสนับสนุนอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับความร่วมมือจากผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในแต่ละระดับในแต่ละหน่วยบริการทำให้เกิดวงจรของการพัฒนางานประจำในหน่วยบริการ รวมทั้งเป็นการสร้างความรู้และการปฏิบัติใหม่ให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง ทั้งยังสามารถขยายงานวิจัยจากงานประจำใน theme นี้ได้ต่อไป

ภาคผนวก

R2R กรณีศึกษาจากพื้นที่

ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่และเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน ภายใต้โครงการ บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย

จุฬารัตน์ ไกรจักรกิติ โรงพยาบาลแพร่

ที่มาของปัญหา โรงพยาบาลแพร่ประสบปัญหาความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกและเวลารอรับบริการนานขึ้น ในปี 2549 กระทรวงสาธารณสุข (กสธ.) และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาล ภายใต้โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” มีวัตถุประสงค์พัฒนาบริการระดับ ปฐมภูมิและเพิ่มความสะดวกคล่องตัวระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับระดับการเจ็บป่วย

วิธีการดำเนินงาน พัฒนางานและรวบรวมข้อมูล ร.ค. 2549 – ร.ค. 2552 เริ่มจากวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนจัดเตรียมจำนวนห้องตรวจ และพัฒนาจุดบริการที่ล่าช้า ระดมความคิดเห็นและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล ประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบเพื่อทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่และประชาชน แบ่งประเภทผู้ป่วยเพื่อจัดบริการให้เหมาะสมตามระดับการเจ็บป่วย ทำการเปิดบริการคลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไปซึ่งเป็นหน่วยบริการสาขาโรงพยาบาลแพร่ขึ้นใหม่ในชุมชนจำนวน 2 แห่งเพื่อตรวจโรคทั่วไปและรับส่งต่อผู้ป่วยจากเครือข่ายบริการปฐมภูมิในชุมชน ร่วมกับการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนสถานีอนามัยให้มีศักยภาพและคุณภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน

ผลการดำเนินงาน เปิดให้บริการคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา ในเดือนกุมภาพันธ์ 2550 และปิดห้องตรวจโรคผู้ป่วยทั่วไป (GP clinic) ในโรงพยาบาลแพร่ภายใน 15 วันหลังเปิดคลินิกสาขา ผู้รับบริการที่คลินิกสาขา 340 รายต่อวัน จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานลดลงที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่และจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในการดูแลระดับปฐมภูมิในปี 2550-2552 พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเป็น 49.9%, 62.2% และ 61.3% และโรคเบาหวานเพิ่มเป็น 44.5%, 50.7% และ 54.7% ผู้ป่วยเบาหวานในคลินิกผู้ป่วยนอกสาขามีค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงทุกปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปี 2550-2552, P value = 0.011) ผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลง (ปี 2550-2552, P value = 0.210) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (Cr $\geq$ 2 mg/dl) ลดลง คิดเป็น 2.5%, 2.4% และ 1.5% (ปี 2550-2552, P=0.211) ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (Cr $\geq$ 2 mg/dl) ลดลงคิดเป็น 3.1%, 2.9% และ 2.0% (ปี 2550-2552, P=0.168) การประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอก ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อโดยตัวชี้วัดคือ Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) พบว่าหลังดำเนินงานพบว่าค่า ACSC ใน 3 กลุ่มโรคมีแนวโน้มลดลง

สรุปและวิจารณ์ผล การจัดตั้งคลินิกผู้ป่วยนอกสาขาในชุมชนช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร่ได้ โดยมีบทบาทช่วยสกัดกั้นผู้ป่วยโรคทั่วไปเข้ารับบริการในรพ.แพร่ การพัฒนาช่วยให้สถานีอนามัย

และศูนย์สุขภาพชุมชน มีศักยภาพรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแพร์ไปรักษาใกล้บ้านได้มากขึ้น ทำให้การเข้าถึงบริการดีขึ้นจึงเพิ่มคุณภาพบริการทั้งระบบและช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาล จากค่าตัวชีวิต ACSC ที่ลดลงหลังดำเนินโครงการ การจัดตั้งคลินิกสาขานอกโรงพยาบาลแพร์ในช่วงเปลี่ยนผ่านระบบบริการปฐมภูมิ ช่วยให้ประชาชนมีความมั่นใจเนื่องจากเป็นบริการของโรงพยาบาลแพร์ที่จัดตั้งในชุมชน รับดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลก่อนส่งต่อเพื่อรักษาที่สถานีนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ, คลินิกผู้ป่วยนอกสาขา, ศูนย์สุขภาพชุมชน, ตัวชีวิต ACSC

The efficiency of out patient service development project in Phrae hospital and primary care network

Chutharat Kraikhajornkiti, MD

Objective: There was a higher volume of out patients at Phrae hospital. We proposed to develop primary health care service especially in OPD and community. People could access to care in new community clinics and primary care units then we would reduce the number of patients in Phrae hospital finally. The aim of this project was to improve accessibility and quality of out patient care which could prevent unnecessary hospitalization.

Method: Action study was conducted from December 2006 to December 2009. The number of out patients and OPD service process were analyzed for developing. We organized new general clinics in community for 2 branches of Phrae hospital and enhanced quality of care in pre-existing primary care units. The patients were grouping via severity of clinical and appointed them for proper health care service. The clinical practice guideline and 2 ways referral system were generated for continuity of care.

Results: The new general clinics in community were started in February 2007 and general clinics in Phrae hospital were closed in 2 weeks later. There were about 340 visits per day in new community clinics. The patients could step up access to primary care in HT (49.9%, 62.2%, 61.3%) and DM (44.5%, 50.7%, 54.7%) during 2007-2009. Diabetes patients could control HbA1c, especially patients who visit in new community clinics could reduce HbA1c level significantly ($P=0.011$). In primary care units, the nephropathy ($Cr \geq 2$ mg/dl) in diabetes were reduced (2.5%, 2.4% and 1.5%) and in hypertension were reduce (3.1%, 2.9% and 2.0%) during 2007-2009. Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) was an indicator to evaluate quality of out patient care that prevented hospitalization. The study show the reduction of ACSC in HT, DM and myalgia.

Conclusion: Improving general clinics in community and primary care units could reduce number of out patients in Phrae hospital. This project could improve accessibility and quality of primary care that could prevent unnecessary hospitalization. People accepted this service development because the new general clinics as out patient service of Phrae hospital. It was strengthening strategy that reduce gap between hospital and primary care units in community.

Key words: Primary health care development, Community clinic, Primary care unit, ACSC

ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่และเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชนภายใต้

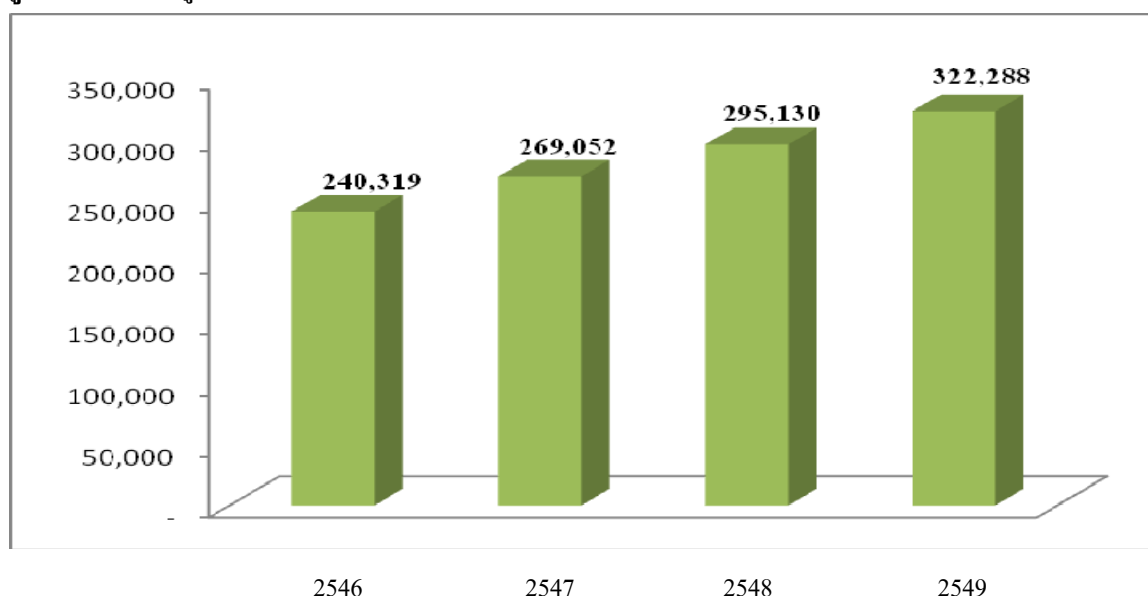
โครงการ บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย

พ.ญ. จุฬารัตน์ ไกรขจรกิตติ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลแพร่

ที่มาของปัญหา

โรงพยาบาลแพร่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 438 เตียง บุคลากร 1,333 คน รับผิดชอบประชากรทั้งจังหวัด จำนวน 484,154 คน และประชากรในเขตอำเภอเมือง จำนวน 122,678 คน โดยจำนวนผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นทุกปี ประสบบัญชีความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ส่งผลให้ระยะเวลาารับบริการนานขึ้น บุคลากรทางการแพทย์ทำงานหนักขึ้นแต่ความพึงพอใจผู้รับบริการกลับลดลง ดังข้อมูลแสดงในรูปที่ 1

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ ปี 2546 – 2549



ในปี 2549 กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีนโยบายพัฒนาโรงพยาบาล ภายใต้โครงการ “ บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” โดยมีวัตถุประสงค์พัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิในชุมชนและเพิ่มความสะดวกคล่องตัวระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก ให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับระดับการเจ็บป่วย¹ ทำให้ลดความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป และลดจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลในโรคที่ป้องกันได้^{2,3,4,5,6,7,8} ส่งผลดีต่อระบบบริการสุขภาพภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด

ระเบียบวิธีวิจัย : Analytical prospective study ดำเนินการพัฒนาโครงการและเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ธันวาคม 2549 – กันยายน 2552

วิธีการดำเนินงาน

1. วิเคราะห์ข้อมูลบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

1.1 จำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อวางแผนจัดเตรียมจำนวนห้องตรวจที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการในช่วงเช้าและช่วงบ่าย

1.2 ภูมิภานาผู้รับบริการ หรือโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วย ใช้วางแผนจัดตั้งคลินิกบริการในชุมชนให้สอดคล้องกับภูมิภานาผู้ป่วย ช่วยในการเข้าถึงบริการที่ใกล้บ้าน ลดระยะการเดินทาง

1.3 สาเหตุโรคที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พบสาเหตุโรคที่นำผู้ป่วยมาแอ็ดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ 3 โรคแรก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวานและกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อตามลำดับ ใช้วางแผนการบริหารจัดการรายโรค (Disease management)

1.4 ระยะเวลาารรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่จุดคัดกรองจนถึงรับยากลับบ้าน เพื่อวิเคราะห์จุดที่เป็นปัญหาทำให้เกิดความล่าช้าในระบบบริการ

2. ระดมความคิดเห็น และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล

2.1 แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแพร่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ องค์กรส่วนท้องถิ่น ประชาชน และคณะที่ปรึกษาจากภาครัฐและภาคประชาชน เพื่อระดมความคิดเห็นและหาแนวทางพัฒนาร่วมกัน

2.2 รับฟังข้อคิดเห็นและความต้องการของประชาชนในการพัฒนาระบบบริการ โดยจัดประชุมระดมความคิดเห็นข้อเสนอแนะร่วมกับประชาชน ชี้แจงข้อสงสัย ให้ข้อมูลการจัดระบบบริการใหม่ และแนวทางการดูแลสุขภาพภาคประชาชน

3. เสนอโครงการและแผนปฏิบัติการในการดำเนินงาน ต่อสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอรับการสนับสนุนดำเนินโครงการ

4. ประชาสัมพันธ์ โดยทำความเข้าใจโครงการและแนวทางการดำเนินงานกับทุกฝ่าย ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแพร่ โรงพยาบาลชุมชนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สื่อมวลชนในจังหวัด ผู้นำชุมชน อสม.และประชาชน โดยใช้การประชาสัมพันธ์ทุกรูปแบบได้แก่ หนังสือแจ้งเวียนในหน่วยงานราชการ การประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล การจัดทำแผ่นพับ การติดตั้งป้ายประชาสัมพันธ์ในแหล่งชุมชน การให้ข้อมูลแก่แกนนำชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขบวนการแห่งประเทศไทยตามหมู่บ้าน ประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในหมู่บ้าน การกระจายข่าวทางสถานีวิทยุ ทีวีเคเบิลท้องถิ่นและหนังสือพิมพ์ท้องถิ่น

5. พัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพร่ ดังนี้

5.1 การจัดประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค เพื่อจัดบริการให้เหมาะสมตามระดับการเจ็บป่วย

กลุ่มผู้ป่วยระบบนัด (Appointed patient) ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีภาวะแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยที่ผ่านระบบส่งต่อ จัดให้รับการตรวจกับแพทย์เฉพาะทางในโรงพยาบาลแพร่

กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป (Walk in patient) ได้แก่ ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง เจ็บป่วยเล็กน้อยๆด้วยอาการทั่วไป จัดให้บริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกสาขาที่ตั้งขึ้นใหม่ นอกโรงพยาบาล

5.2 การพัฒนาโปรแกรมนัดหมาย โดยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อพิมพ์ใบนัด ที่กำหนดวันที่เวลา และลำดับคิวในการตรวจครั้งต่อไป และห้องตรวจสามารถทราบข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่นัดหมายในแต่ละวัน

6. การเปิดบริการคลินิกผู้ป่วยนอกทั่วไป สาขาโรงพยาบาลแพร่ในชุมชน

เปิดคลินิกตรวจโรคผู้ป่วยทั่วไป (Walk in) ขึ้นใหม่ในชุมชน จำนวน 2 แห่ง เพื่อตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปอาการไม่รุนแรง หรือรับผู้ป่วยส่งต่อมาจากสถานอนามัย ศูนย์สุขภาพชุมชน ให้ผู้รับบริการเข้าถึงได้สะดวก รวดเร็วและช่วยลดจำนวนผู้ป่วยทั่วไปในโรงพยาบาลแพร่ โดยรูปแบบบริการมีดังนี้

6.1 ระบบบริการในคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา เป็นแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว (One stop service) มีห้องตรวจ 2 ห้องต่อสาขาที่ให้บริการ ได้แก่ ตรวจรักษา ตรวจสุขภาพ ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ ตรวจเอ็กซเรย์ ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หัตถการเบื้องต้น เน้นบริการที่อบอุ่นเป็นกันเอง

6.2 บุคลากร จำนวน 14 คนต่อสาขาประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่เวชระเบียน พนักงานคอมพิวเตอร์ เจ้าหน้าที่ห้องยา ผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเอ็กซเรย์ และพนักงานทั่วไป มีแพทย์ประจำที่จ้างในระบบเอกชน 2 คน แบ่งเป็นแพทย์ประจำคลินิกสาขาละ 1 คน และมีแพทย์หมุนเวียนจากโรงพยาบาลแพร่ช่วยตรวจในช่วงเช้า สาขาละ 1 คน

6.3 ระบบการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจเลือดพื้นฐานส่งตรวจกับห้อง Lab เอกชน เพื่อลดระยะเวลารอผลตรวจ ส่วนการตรวจเลือดที่ซับซ้อนขึ้นส่งตรวจที่โรงพยาบาลแพร่ รายงานผลผ่านระบบ Internet มายังคลินิกสาขา แพทย์สามารถเปิดดูผลเลือดได้จากคอมพิวเตอร์ภายในห้องตรวจ

6.4 ระบบการส่งต่อ มีการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลแพร่ คลินิกผู้ป่วยนอกสาขา ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานอนามัย ซึ่งผู้ป่วยเข้ารับบริการด่านแรกได้ที่สถานอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนตามพื้นที่รับผิดชอบ (Catchment area) หากเกินขีดความสามารถให้ส่งต่อมาที่คลินิกผู้ป่วยนอกสาขาและโรงพยาบาลแพร่ตามลำดับ และที่สำคัญ จำเป็นต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยที่อาการคงที่เพื่อกลับไปรับยาจากหน่วยบริการที่ใกล้บ้านตามลำดับ

6.5 การเชื่อมโยงข้อมูลสารสนเทศ ข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลแพร่และคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา ใช้ระบบ Internet ซึ่งผู้ป่วยจะใช้ HN เดียวกันในการตรวจที่โรงพยาบาลและคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา การเชื่อมต่อข้อมูลภายในคลินิกสาขาใช้ระบบคอมพิวเตอร์ทุกจุดบริการตั้งแต่จุดเวชระเบียน ห้องตรวจ ห้องฉีดยา-ทำแผล ห้อง Lab บริการหลังการตรวจ จนถึงห้องจ่ายยา การสืบค้นประวัติเก่าของผู้ป่วยสามารถเปิดดูข้อมูลจากคอมพิวเตอร์ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ได้ในเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

6.6 สิ่งแวดล้อม จัดพื้นที่ให้สะอาด ร่มรื่นเพื่อลดความเบื่อหน่ายขณะรอตรวจ รวมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้การส่งเสริมสุขภาพและเอื้อต่อการบริการผู้สูงอายุ

7. การพัฒนาระบบบริการเครือข่ายปฐมภูมิในชุมชน

ประกอบด้วยศูนย์สุขภาพชุมชน จำนวน 10 แห่ง และสถานีอนามัย จำนวน 18 แห่ง พัฒนาให้มีศักยภาพและคุณภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน ดังนี้

7.1 การพัฒนาบุคลากร จัดแพทย์ออกตรวจรักษาผู้ป่วยในศูนย์สุขภาพชุมชน มีเกสท์กรให้คำปรึกษามีพยาบาลวิชาชีพประจำศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งละ 2 คน สนับสนุนพยาบาลเรียนต่อเฉพาะทาง ร่วมกับให้ความรู้วิชาการและแนวทางการรักษาโรคที่เป็นปัญหาในชุมชนแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

7.2 เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จัดให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามความรุนแรงของโรค พัฒนาช่องทางการส่งต่อผู้ป่วยตาม Clinical practice guideline พัฒนาศักยภาพให้ศูนย์สุขภาพชุมชนตรวจประเมินประจำปี (Yearly evaluation) เพิ่มศักยภาพการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ร่วมกับจักษุแพทย์ พัฒนาเจ้าหน้าที่ให้มีทักษะการตรวจเท้าและการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

7.3 พัฒนามาตรฐานสถานบริการเครือข่าย มีการประเมิน กำกับและร่วมสนับสนุนการพัฒนาให้มีมาตรฐานตาม 26 ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ให้มีการพัฒนางานนวัตกรรม หรืองานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่

7.4 พัฒนาระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ จัดทำบัญชียาศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยให้รายการยาสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพในพื้นที่ พัฒนาการเบิกยาและเวชภัณฑ์ผ่านระบบ Internet และโรงพยาบาลจัดส่งให้เครือข่ายประจำทุกเดือน มีระบบรายงานบัญชียาคลัง และการติดตามประเมินการใช้ยาจากเกสท์กร

7.5 พัฒนางานเยี่ยมบ้าน โดยส่งข้อมูลผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยนอกให้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยในจังหวัดแพร่ผ่านทาง Website Home Health Care เพื่อวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและติดตามเยี่ยมบ้านให้การดูแลต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยและครอบครัว แล้วส่งข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านย้อนกลับให้ทางโรงพยาบาล เพื่อรับทราบอาการผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน นำข้อมูลผลการเยี่ยมบ้านมาใช้ประเมินคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย

ผลการดำเนินงาน

จากการดำเนินการตั้งแต่เดือนธันวาคม 2549 และเปิดคลินิกผู้ป่วยนอกสาขาของโรงพยาบาลแพร่ จำนวน 2 แห่ง ในเดือนกุมภาพันธ์ 2550 และเปิดห้องตรวจโรคผู้ป่วยทั่วไป (GP clinic) ในโรงพยาบาลแพร่ ได้ภายใน 15 วันหลังเปิดคลินิกผู้ป่วยนอกสาขาในชุมชน

นอกจากนี้ยังมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลผลการดำเนินงานในเนื้อหา ดังนี้ คือ (1) การบริหารจัดการด้านงบประมาณ (2) จำนวนผู้รับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกสาขาของโรงพยาบาลแพร่ (3) คุณภาพบริการในมิติของความพึงพอใจของผู้รับบริการ (4) ผลการลดจำนวนผู้รับบริการของกลุ่มโรคเป้าหมายที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ (5) ผลการพัฒนาบริการปฐมภูมิในชุมชน ในมิติการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน มิติการเพิ่มคุณภาพการรักษา กรณีโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน และ (6) การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก (OPD) โดยใช้ตัวชี้วัด Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) โดยมีรายละเอียดดังประจักษ์ของข้อมูลแต่ละประเด็น ดังนี้

1. งบประมาณดำเนินงาน

หมวดลงทุนในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) ส่วนที่สนับสนุนบริการปฐมภูมิ โครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ดังข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 งบประมาณโครงการ ปี 2550 - 2552

ปีงบประมาณ	งบบุคลากร (บาท)	งบดำเนินการ (บาท)	งบลงทุน (บาท)	งบรายจ่าย อื่น (บาท)	รวมทั้งสิ้น (บาท)
2550	3,216,640	5,430,822	3,882,670	100,000	12,630,132
2551	5,196,000	6,624,650	1,330,000	100,000	13,250,650
2552	6,060,000	4,177,900	2,777,700	100,000	13,115,600

2. การรับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกสาขา

ผู้รับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกสาขาทั้ง 2 แห่ง เพิ่มขึ้นทุกปี จำนวนผู้รับบริการประมาณ 310-340 รายต่อวัน ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้รับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกสาขา โรงพยาบาลแพร่ ปี 2550 - 2552

เดือน	2550			2551			2552		
	สาขา 1	สาขา 2	ราย/วัน	สาขา 1	สาขา 2	ราย/วัน	สาขา 1	สาขา 2	ราย/วัน
ม.ค.	-	-	-	3,481	3,424	313	3,674	3,234	345
ก.พ.	2,684	2,095	238	3,322	3,205	326	3,363	3,220	346
มี.ค.	3,250	2,664	281	3,265	3,162	321	3,833	3,423	330
เม.ย.	2,758	2,427	305	3,028	3,010	335	3,078	2,947	335
พ.ค.	3,486	2,824	315	3,349	3,099	339	3,486	3,196	352
มิ.ย.	3,625	3,030	332	3,423	3,231	316	4,108	3,678	354
ก.ค.	3,402	3,017	320	3,450	3,468	329	4,287	4,004	367
ส.ค.	3,847	3,447	364	3,476	3,383	342	3,421	3,194	331
ก.ย.	3,455	3,195	332	3,866	3,732	345	3,644	3,275	315
ต.ค.	3,876	3,676	343	3,787	3,723	341	3,558	3,198	322
พ.ย.	3,254	3,175	292	3,232	3,042	313	3195	3131	301
ธ.ค.	2,968	2,872	324	3,387	3,412	339	3393	2935	301
รวม	36,605	32,422	313	41,066	39,891	330	36,452	33,369	333

3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก

พบว่าความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มขึ้นหลังดำเนินโครงการ และระดับความพึงพอใจเปลี่ยนแปลงเล็กน้อยในปี 2551 - 2552 ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกสาขา โรงพยาบาลแพร่ ปี 2549 - 2552

ปีงบประมาณ	ความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	
	รพ.แพร่ (ร้อยละ)	คลินิกสาขา (ร้อยละ)
2549	64.00	-
2550	65.61	74.39
2551	78.96	75.68
2552	73.05	74.20

4. ผลการลดความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่

ลดจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มโรคเป้าหมายที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานมีจำนวนลดลงที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลแพร่ และพบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นในการดูแลระดับปฐมภูมิได้แก่ ที่คลินิกสาขาและศูนย์สุขภาพชุมชน ดังข้อมูลแสดงในตารางที่ 4

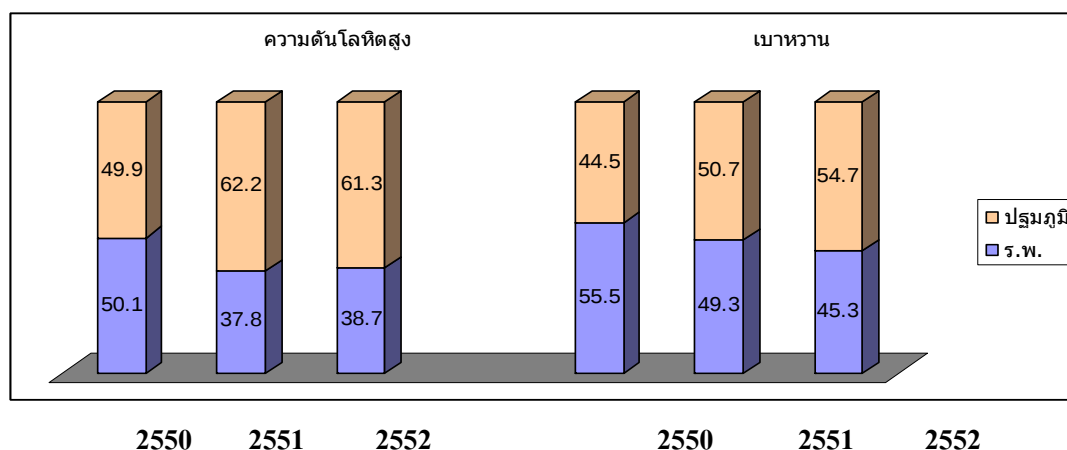
ตารางที่ 4 จำนวนผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงโรคเบาหวาน จำแนกตามระดับบริการปี 2549– 2552

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย HT				จำนวนผู้ป่วย DM			
	Specialist	Primary care			Specialist	Primary care		
	care	รวม			care	รวม		
	รพ. แพร่	คล นิ ก	ศสช.	(คน)	รพ. แพร่	คล นิ ก	ศสช.	(คน)
		สาขา				สาขา		
2549	5,781	-	-	5,781	3,268	-	-	3,268
2550	4,817	2,627	2,228	9,726	2,871	1,196	1,110	5,177
2551	3,808	3,140	3,131	10,079	2,742	1,372	1,449	5,563
2552	3,911	3,351	2,837	10,099	2,621	1,554	1,612	5,787

5. ผลการพัฒนาศูนย์บริการปฐมภูมิในชุมชน

5.1 เพิ่มการเข้าถึงบริการใกล้บ้าน พบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานรับบริการในระดับปฐมภูมิเพิ่มขึ้น ขณะที่ร้อยละผู้ป่วยในโรงพยาบาลแพร่ลดลงระหว่างปี 2550 – 2552 ดังข้อมูลแสดงในรูปภาพที่ 2

รูปภาพที่ 2 ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เบาหวานในรพ.แพร่และเครือข่ายปฐมภูมิ อ. เมือง แพร่ ปี 2550 – 2552



5.2 เพิ่มคุณภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

5.2.1 ประเมินระดับน้ำตาลสะสม (HbA1c) ผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในเครือข่ายปฐมภูมิ

ในคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในคลินิกสาขา มีค่าเฉลี่ย HbA1C ลดลงทุกปี ตั้งแต่ปี 2550- 2552 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P value = 0.011) ดังข้อมูลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม(HbA1C) ผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกผู้ป่วยนอกสาขา ปี 2550-2552

ปี	N	Mean	SD	P-value
2550	350	7.64	1.25	0.011
2551	808	7.53	1.64	
2552	729	7.36	1.51	

ในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชน มีค่าเฉลี่ย HbA1C มีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี 2550- 2552 แต่ระดับการลดลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P value = 0.210) ดังข้อมูลในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม (HbA1C) ผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน อ. เมืองแพร่ ปี 2550 – 2552

ปี	N	Mean	SD	P-value
2550	733	7.95	1.98	0.210
2551	827	8.25	3.66	
2552	1,018	7.71	3.10	

5.2.2 ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการในเครือข่ายปฐมภูมิ

พบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนทางไต (Cr $\geq$ 2 mg/dl) ในปี 250-2552 คิดเป็นร้อยละ 2.5, 2.4 และ 1.5 และร้อยละผู้ป่วยที่มีค่า Cr $\leq$ 2 mg/dl เพิ่มขึ้น แต่ระดับการเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P = 0.211) ดังข้อมูลในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ภาวะแทรกซ้อนทางไตผู้ป่วยเบาหวานในศูนย์สุขภาพชุมชน อ. เมืองแพร่ ปี 2550 – 2552

ปี	Cr < 2 mg/dl		Cr $\geq$ 2 mg/dl		รวม		P - value
	ราย	(ร้อยละ)	ราย	(ร้อยละ)	ราย	(ร้อยละ)	
2550	731	97.5	19	2.5	750	100.0	0.211
2551	964	97.6	24	2.4	988	100.0	
2552	1,162	98.5	18	1.5	1,180	100.0	

5.2.3 ประเมินภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการในเครือข่ายปฐมภูมิ

พบร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ($Cr \geq 2$ mg/dl) ลดลง และ ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีค่า $Cr < 2$ mg/dl เพิ่มขึ้น แต่ระดับการเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในศูนย์สุขภาพชุมชน อ. เมืองแพร่ ปี 2550 – 2552

ปี	Cr < 2 mg/dl		Cr $\geq$ 2 mg/dl		รวม		P - value
	ราย	(ร้อยละ)	ราย	(ร้อยละ)	ราย	(ร้อยละ)	
2550	1,302	96.9	41	3.1	1,343	100.0	0.168
2551	1,290	97.1	39	2.9	1,329	100.0	
2552	1,456	98.0	30	2.0	1,486	100.0	

6. การประเมินคุณภาพบริการผู้ป่วยนอก

โดยใช้ตัวชี้วัด คือ Ambulatory care sensitive conditions (ACSC) เพื่อประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยนอก (OPD) ซึ่งคำนวณจากอัตราระหว่างจำนวนครั้งการนอนโรงพยาบาล (Admission visit) กับจำนวนผู้ป่วยนอก (Population at risk) ในกลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ พบว่า หลังดำเนินโครงการค่า ACSC ใน 3 กลุ่มโรคมีย่นลง ดังข้อมูลในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตัวชี้วัด ACSC โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ในรพ.แพร่และเครือข่าย

ปี	HT			DM			Myalgia		
	Population at risk	Admission visit	ACSC	Population at risk	Admission visit	ACSC	Population at risk	Admission visit	ACSC
2549	5,781	196	3.39	3,268	289	8.84	2,330	10	0.43
2550	9,726	165	1.70	5,177	241	4.66	3,076	7	0.23
2551	10,079	183	1.82	5,563	247	4.44	3,761	7	0.19
2552	10,099	153	1.52	5,757	256	4.45	3,386	4	0.12

สรุปและวิจารณ์ผล

การพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกระดับปฐมภูมิให้เชื่อมต่อกับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลทั่วไป โดยการจัดตั้งคลินิกใหม่ขึ้นในชุมชนช่วยลดจำนวนผู้ป่วยกลุ่มโรคเป้าหมาย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ โดยที่คลินิกสาขาเป็น Gatekeeper ช่วยสกัดกั้นผู้ป่วยโรคทั่วไปเข้ารับบริการที่คลินิกเฉพาะทางในโรงพยาบาลแพร่ การพัฒนาระบบบริการครั้งนี้ช่วยให้สถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแพร่ไปรับการรักษาใกล้บ้านได้มากขึ้น ทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนดีขึ้น จึงเพิ่มคุณภาพบริการ พบผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานที่รับการรักษาที่คลินิกสาขา สามารถลดระดับน้ำตาลสะสมได้อย่างมีนัยสำคัญ และไม่พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่รับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีภาวะแทรกซ้อนทางไตเพิ่มมากขึ้น^{9,10} พบว่าร้อยละ ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนต่ำกว่ารายงานวิจัยที่จังหวัดอุดรธานี¹¹ จึงช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ในกลุ่มโรคเป้าหมาย จากค่าตัวชี้วัด ACSC กลุ่มโรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและกลุ่มอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อลดลงหลังดำเนินโครงการ

การจัดตั้งคลินิกคลินิกสาขาในชุมชนในช่วงเปลี่ยนผ่านระบบบริการปฐมภูมิ ช่วยให้ประชาชนมีความมั่นใจในบริการเนื่องจากเป็นบริการของโรงพยาบาลแพร่ที่จัดตั้งในชุมชนซึ่งรับดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลแพร่ก่อนส่งต่อเพื่อรับยาใกล้บ้านในสถานอนามัยและศูนย์สุขภาพชุมชน

References

1. Srisuda Rassmespong, Somchit Padumananda, Tassana Boontong, Khanitta Nuntaboot. Development of primary health care model in the community. Journal of Public Health and Development 2005, 3(3):45-59.
2. Md Monir Hossain and James N Laditka. Using hospitalization for ambulatory care sensitive conditions to measure access to primary health care: an application of spatial structural equation modeling. International Journal of Health Geographics 2009,8:51.
3. Nera Agabiti, Monica Pirani, Patrizia Schifano, et al. Income level and chronic ambulatory care sensitive conditions in adults: a multicity population-based study in Italy. BMC Public Health 2009,9:457.
4. Paolo Rizza, Aida Bianco, Maria Pavia and Italo F Angelillo. Preventable hospitalization and access to primary health care in an area of southern Italy. BMC Health Service Research 2007, 7:134

5. M Niti, T P Ng. Avoidable hospitalization rates in Singapore, 1991-1998 : assessing trend and inequities of quality in primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:17-22.
6. Warner EA, Ziboh AU. The effects of outpatient management on hospitalization for ambulatory care sensitive conditions associated with diabetes mellitus. *South Med J*. 2008 Aug;101(8):815-7.
7. Robbins JM, Valdmanis VG, Webb DA. Do public health clinic reduce rehospitalizations?: the urban diabetes study. *J Health Care Poor Underserved*. 2008 May;19(2):562-73.
8. Gregory C,Vachon, MD; Ngozi Ezike, MD; Mary Brown-Walker, et al. Improving Access to Diabetes Care in an Inner-City, Community-Based Outpatient Health Center with a Monthly Open-Access, Multistation Group Visit Program. *Journal of the national medical association* 2007 Dec;99(12):1327-36.
9. Leena Ong-ajyooth, Hriengsak Vareesangthip, Panrasri Hkonputsa and Wichai Aekplakorn. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adults: a national health survey. *BMC Nephrology* 2009, 10:35.
10. Anutra Chittinandana, Worawan Chailimpamontree, Preecha Chaloeiphap. Prevalence of chronic kidney disease in Thai adult's population. *J Med Assoc Thai* 2006; 89(suppl 2):S112-20.
11. Surapong Narenpitak, Aphaphan Narenpitak. Prevalence of chronic kidney disease in Type 2 diabetes in primary health care unit of Udon Thani province, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008, 91 (10): 1505-13.

ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการผู้ป่วยนอกเครือข่าย
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชภายใต้โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย
นางพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล พยาบาลวิชาชีพ
ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ที่มาของปัญหา รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช เป็นรพศ.ให้บริการผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิและตติยภูมิ แก่ประชาชนในพื้นที่เครือข่าย ในจังหวัด และจังหวัดใกล้เคียง จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการพบว่า มีผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมากเฉลี่ย 1,700 คนต่อวัน ทำให้มีความแออัดและบริการล่าช้า ในปี 2549 โรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนงบประมาณภายใต้โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพสอดคล้องกับระดับการเจ็บป่วย และแผนกผู้ป่วยนอกลดความแออัดมีความคล่องตัวต่อระบบบริการ

วิธีการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยศึกษาจากเอกสาร โครงการและจากข้อมูลการให้บริการ ของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่ายระหว่างตุลาคม 2549 – กันยายน 2552 นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ และอัตราส่วน

ผลการศึกษา สถานการณ์ก่อนการดำเนินงานภายใต้การได้รับการสนับสนุนนั้น เครือข่ายรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช มีปัญหาด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคพื้นฐานไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลมีงบประมาณน้อย และระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่าโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องความแออัด ให้บริการล่าช้าเนื่องจากผู้รับบริการจำนวนมาก ส่วนปัจจัยนำเข้าโรงพยาบาลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ระยะ จำนวน 9.5 ล้านบาท วิธีการดำเนินงาน รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่าย และการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยบูรณาการ เชื่อมโยงและประสานงานกันทั้ง โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหัวถนน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน การขยายให้บริการ ทันตกรรม การพัฒนาบริการฝากครรภ์คุณภาพระดับโซน รวมทั้ง การพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคพื้นฐาน โรคเรื้อรัง ฯลฯ และแผนการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้แก่การพัฒนาระบบนัด ระบบ IT และระบบการส่งต่อ

ผลการดำเนินงาน พบว่ามีผู้รับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้รับบริการทันตกรรม ผู้รับบริการฝากครรภ์ ทั้งจากการส่งต่อจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ ขณะเดียวกันพบว่าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สามารถให้การดูแลโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากภาระงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง จากการวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการพบว่า ปี 2552 อัตราส่วน OP visit (PCU / รพ.) ของประชาชนสิทธิ UC ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชสูงกว่าเกณฑ์คือ 2.24 (เกณฑ์ 0.88) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละ PCU พบว่ามีอัตราส่วน OP visit (PCU / รพ.) สูงกว่าเกณฑ์ทุกแห่ง โดยอัตราส่วนสูงสุด 9.5 และต่ำสุด 1.15 และเมื่อวิเคราะห์อัตราการใช้บริการของประชาชนทุกสิทธิที่หน่วยปฐมภูมิ ปี 2549-2552 พบว่ามีอัตราการใช้บริการเพิ่มขึ้น คือ 0.66 0.64 0.81 0.89 ขณะเดียวกันอัตราการใช้บริการของประชาชนทุกสิทธิที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2549-2551 ลดลงขึ้น คือ 0.97 0.97 0.89 และปี 2552 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ 0.94 เนื่องจากมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ และเมื่อวิเคราะห์คุณภาพบริการพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Lipid profile HbA1C ตาเท้า Microalbumin ฟัน และอัมพฤกษ์อัมพาตสูงกว่าเป้าหมาย และผลลัพธ์การรักษาพบว่ามีค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA_{1c}) < 7% มีแนวโน้มดีขึ้น ส่วนการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ต่างๆ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายมีผลการประเมินอยู่ในระดับดีมาก

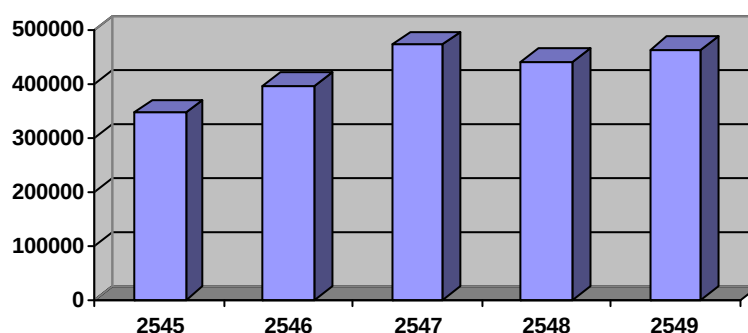
สรุปและวิจารณ์ผล การดำเนินงานตามโครงการบริการประทับใจ ได้รับความแอ็ด พัฒนาเครือข่ายของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ช่วยให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีศักยภาพและความสามารถในการดูแลระดับปฐมภูมิได้เป็นอย่างมาก ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ใกล้บ้านใกล้ใจ และลดความแออัดของผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล นอกจากนี้การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ดำเนินงานโดยเชื่อมโยงและบูรณาการกับภาคีเครือข่าย ชุมชน ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนก้าวไปสู่การพัฒนาในมิติต่างๆ ของบริการปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ได้อย่างยั่งยืนในอนาคต

**ประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการผู้ป่วยนอกเครือข่าย
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ภายใต้โครงการ บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย**

ที่มาของปัญหา

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาด 1000 เตียง ให้บริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิระดับสูง และเป็นศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก มีภารกิจให้บริการแก่ประชาชนในพื้นที่เครือข่าย พื้นที่รอยต่อที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดใกล้เคียง เนื่องจากศักยภาพและความพร้อมของการให้บริการทำให้มีผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวนมาก เฉลี่ยวันละ 1,600 –1,700 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในเขตอำเภอเมือง

รูปที่ 1 จำนวนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2545 – 2549



ปี 2549 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้รับงบประมาณ ภายใต้โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” เพื่อพัฒนาระบบบริการระดับปฐมภูมิและพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับระดับการเจ็บป่วย ทำให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพใกล้บ้านใกล้ใจ ลดความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอก

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model โดยการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) ซึ่งศึกษาจากเอกสารโครงการ และจากข้อมูลการให้บริการ ของ รพ. และศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย ตุลาคม 2549 – กันยายน 2552 นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการประเมิน

1. บริบทโครงการ

จากการวิเคราะห์ปัญหาและบริบทของเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ก่อนได้รับการสนับสนุนตามโครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย พบว่า

1. ด้านระบบบริการปฐมภูมิ

1.1 ปัญหาสาธารณสุขของเครือข่าย รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชมีพื้นที่รับผิดชอบ 1 อำเภอ 11 ตำบล 83 หมู่บ้าน 24,948 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 143,890 คน มีสถานีนอนมัย 19 แห่ง (ไม่รวมพื้นที่ในเขตเทศบาลนครนครศรีธรรมราช) ประชากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.75 เป็นผู้มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า จากการวิเคราะห์ พบว่าปัญหาสาธารณสุขคือ โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคติดต่อที่เป็นปัญหาเฉพาะของบางพื้นที่ ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก

1.2 ศักยภาพบริการปฐมภูมิ พบว่า PCU ในพื้นที่เครือข่าย ยังไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระดับปฐมภูมิ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ โรคเรื้อรัง โรคพื้นฐาน ทันตกรรม และการฝากครรภ์ ซึ่งที่ผ่านมาได้พัฒนาศักยภาพเฉพาะ PCU หลัก จำนวน 3 แห่ง ซึ่งเน้นการให้บริการโดยแพทย์ ทันตแพทย์ และทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้มีผู้ป่วยระดับปฐมภูมิต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจำนวนมาก นอกจากนี้ยังพบว่า PCU หลายแห่งยังไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐาน

1.3 บุคลากร พบว่ามีจнт. ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพ เฉลี่ย 2.3 คนต่อแห่งบางแห่งมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 1 คนและพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำทั้งเครือข่ายเพียง 3 คนซึ่งไม่ผ่านเกณฑ์ด้านบุคลากร

1.4 งบประมาณ เนื่องจากโรงพยาบาลมีปัญหาขาดสภาพคล่องด้านการเงิน ทำให้การพัฒนาบริการปฐมภูมิไม่สามารถดำเนินงานได้ตามแผน

1.5 การบริหารจัดการ พบว่าการติดต่อประสานงานระหว่างเครือข่ายและศูนย์สุขภาพชุมชนมีความล่าช้าศูนย์สุขภาพชุมชนหลายแห่งไม่มีโทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ตใช้

1.6 ด้านระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่าการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกยังมีปัญหาเรื่องความแออัด และการให้บริการที่ล่าช้า เนื่องจากมีผู้รับบริการจำนวนมาก และยังไม่มียระบบ IT ระบบนัด ระบบบัตรคิวที่ประสิทธิภาพ

2. ด้านปัจจัยนำเข้า

รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชได้รับงบประมาณในการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 จำนวน 5.5 ล้านบาท

ระยะที่ 2 จำนวน 4 ล้านบาท

3. การดำเนินงาน

เพื่อการดำเนินงานตามโครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย บรรลุตามวัตถุประสงค์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ได้จัดทำโครงการเพื่อขอรับงบประมาณ และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะทำงาน โดยมีแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่าย และแผนพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก ที่มีการเชื่อมโยงและบูรณาการด้วยกัน

3.1 แผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่าย

ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์บริการปฐมภูมิของเครือข่าย โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและความต้องการของประชาชน เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาบริการปฐมภูมิอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ โดยมีแผนงานและกิจกรรม/กลวิธีดำเนินงานในแต่ละหมวดดังนี้

1. พัฒนาระบบบริหารและการจัดสรรงบประมาณโดยหลักธรรมาภิบาล
2. พัฒนาระบบสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ
3. พัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
4. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก

แผนงาน	กิจกรรม / กลวิธี
1. การบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณโดยหลักธรรมาภิบาล	- จัดให้มีศูนย์สนับสนุนบริการปฐมภูมิ อยู่ในงานกลุ่มงานเวชกรรมสังคม มีหน้าที่ในการประสานงานและการพัฒนา PCU ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น
	- พัฒนาการบริหารจัดการและการจัดสรรงบประมาณของเครือข่าย โดยผ่านคณะกรรมการบริหารเครือข่าย (CUP Board) ซึ่งได้จัดสรรงบประมาณ งบ OP และ PP ให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ดังนี้ 1.จัดสรรงบ OP เป็นเงิน Fix cost จำนวน 11,000 – 15,000 บาท / แห่ง ขึ้นกับภาระงาน สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ตามที่ใช้จริง จัดสรรเพื่อพัฒนาบุคลากรและการพัฒนาบริการปฐมภูมิ 2.จัดสรรงบ PP 30 บาท / UC โดยจัดสรรตามหัวประชากร UC 60 % และจัดสรรตามผลงานสร้างเสริมสุขภาพ 40 %
	- มีคณะทำงานพัฒนาระบบสารสนเทศ คณะทำงานพัฒนาคุณภาพบริการ

แผนงาน	กิจกรรม / กลวิธี
	คณะทำงานส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งได้ดำเนินงานโดยบูรณาการแผน งบประมาณ โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย กับแผนเงินบำรุง แผนงบประมาณตำบล แผนงบลงทุน และแผน PP area based เพื่อให้การใช้งบประมาณไม่ซ้ำซ้อน และมีประสิทธิภาพ - จัดซื้อครุภัณฑ์ เพื่อพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิ ได้แก่ เครื่องพ่นยา เครื่อง Sonicaid สำหรับฟุ้ง FHS Monofilament รวมทั้งสนับสนุนคู่มือผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ฯลฯ - พัฒนาระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ พัฒนาบัญชียาของ PCU ให้สอดคล้องกับศักยภาพการดูแลผู้ป่วย
2. พัฒนาระบบสารสนเทศในระบบบริการสุขภาพ	- พัฒนาระบบการติดต่อสื่อสารของเครือข่าย โดยติดตั้งโทรศัพท์และระบบอินเทอร์เน็ตให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง ทำให้ PCU สามารถส่งใบเบิกยาและเวชภัณฑ์ไม่ซ้ำซ้อน การรับ-ส่งรายงาน โดยผ่านระบบอินเทอร์เน็ต ทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาการเดินทางของเจ้าหน้าที่ - พัฒนาระบบให้คำปรึกษาและการส่งต่อของเครือข่ายโดยใช้ Web cam - พัฒนา Web site กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เพื่อการประชาสัมพันธ์และเผยแพร่การดำเนินงาน - พัฒนาระบบฐานข้อมูลของเครือข่าย โดยให้ สสอ. เมืองเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร
3. พัฒนาคุณภาพบริการตามมาตรฐานโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย	- จัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่ง เพื่อให้บริการโรคเรื้อรัง โรคทั่วไป ทันตกรรม งานสร้างเสริมสุขภาพ แก่ประชาชนพื้นที่รอยต่อในพื้นที่อำเภอพระพรหม 6 หมู่บ้าน และพื้นที่ใกล้เคียงโรงพยาบาล จำนวน 10 หมู่บ้าน การให้บริการใช้ระบบฐานข้อมูลเดียวกัน ทำให้การสืบค้นประวัติผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงกันทั้งศูนย์แพทย์ชุมชนและโรงพยาบาล - พัฒนาสถานีอนามัยทุกแห่งให้เป็นศูนย์สุขภาพชุมชน โดยเพิ่มศักยภาพการให้บริการทุกด้าน ได้แก่ ด้านเครื่องมือ ด้านบุคลากร และด้านวิชาการ ฯลฯ - สรรหาบุคลากรปฏิบัติงานประจำเพิ่ม ปัจจุบันมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน PCU เฉลี่ย 3.3 คนต่อแห่ง มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำทุกแห่ง 1-2 คน - จัดคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ PCU 20 แห่ง 1-4 ครั้ง / เดือน ขึ้นกับจำนวนผู้ป่วย ให้บริการโดยแพทย์ และสหวิชาชีพจากโรงพยาบาล ร่วมกับทีมสุขภาพของ PCU พร้อมทั้งพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การบันทึกข้อมูล การดูแลผู้ป่วยของค์ร่วม การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลต่อเนื่องโดยทีม HHC จนท.สาธารณสุข และการเยี่ยม

แผนงาน	กิจกรรม / กลวิธี
	โดย แกนนำอาสา และเพื่อนช่วยเพื่อน ฯลฯ ปัจจุบันมีผู้ป่วย DM เข้ารับการรักษาที่ PCU 1,127 คน HT 2,423 คน - จัดคลินิกทันตกรรมให้บริการ ที่ PCU โดยทันตแพทย์ออกให้บริการเดือนละ 1 ครั้ง จำนวน 15 แห่ง และให้บริการทันตกรรมป้องกันที่โรงเรียน โดยทันตภิบาล จำนวน 84 โรงเรียน - จัดให้มีคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ที่ PCU ระดับโซน 4 แห่ง ให้บริการโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการฝากครรภ์คุณภาพระดับโซน ทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่ต้องเข้ารับบริการฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 1 และ 2 - พัฒนามาตรฐานสถานบริการเครือข่าย ให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน มาตรฐานมาตรฐานงานสุขศึกษา รวมทั้งส่งเสริมการพัฒนางานนวัตกรรม หรือ งานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ - พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ โดยส่งพยาบาลวิชาชีพเข้าอบรม NP ปัจจุบันมีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานที่ PCU ได้รับการอบรม NP 100 % - จัดอบรม ประชุมวิชาการ เพื่อพัฒนาศักยภาพ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การไชยา การดูแลผู้ป่วยของคร่อม การเยี่ยมบ้านคุณภาพ การช่วยฟื้นคืนชีพ ฯลฯ - จัดทำแนวทางการปฏิบัติงาน และมีการพัฒนาและปรับปรุง ปีละ 1 ครั้ง ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อ (IC) ฯลฯ - จัดทำแนวทางการส่งต่อในเครือข่าย และต่างเครือข่าย
4. สร้างเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก	- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน - มีการลงนามร่วมกันของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมือง เพื่อเป็นตกลงร่วมในการขับเคลื่อนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพแบบยั่งยืน - วางแผนและออกแบบบริการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน โดยดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ตามภาวะสุขภาพที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพ โดยออกแบบการให้บริการแก่ประชาชน 4 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย และกลุ่มพื้นที่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดไข้เลือดออก โดยมีชุมชนที่เป็นแบบอย่างในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ ที่ตำบลปากพูน - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชน และภาคีเครือข่าย เพื่อทำแผนแบบบูรณาการ

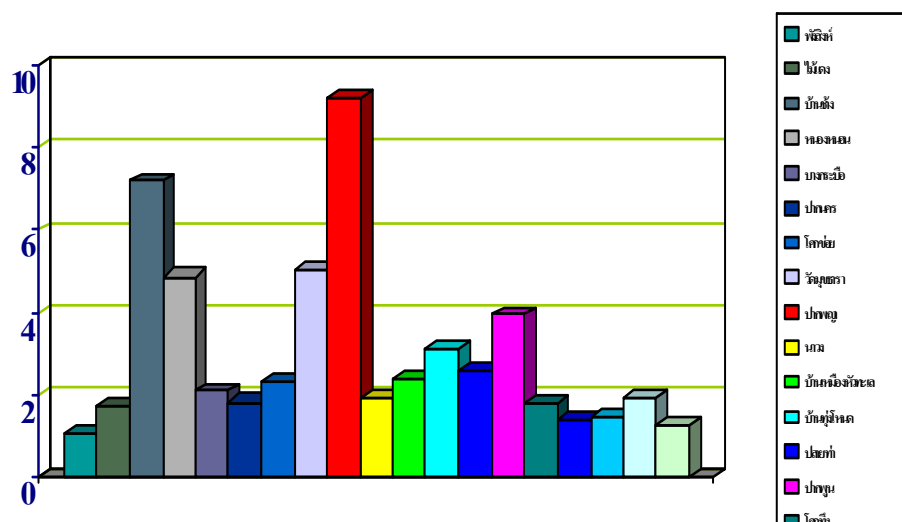
แผนงาน	กิจกรรม / กลวิธี
	และมีการนำเสนอผลการดำเนินงานของชุมชน ตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน - มีตลาดนัดเพื่อสุขภาพที่โรงพยาบาลทุกวันศุกร์ เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน โดยมีการขายผักปลอดสารพิษ อาหารเพื่อสุขภาพ

3.2 แผนพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

แผนงาน	กิจกรรม / กลวิธี
พัฒนาระบบนัด	โดยกำหนดจำนวนผู้ป่วยนัด และระยะเวลานัดตามช่วงเวลาให้เหมาะสมกับการให้บริการของแพทย์ เพื่อลดเวลาการรอคอย
พัฒนาการส่งต่อ	พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายรพ.มหาราชนครศรีฯและโรงพยาบาลชุมชนในกลุ่มโรคต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม

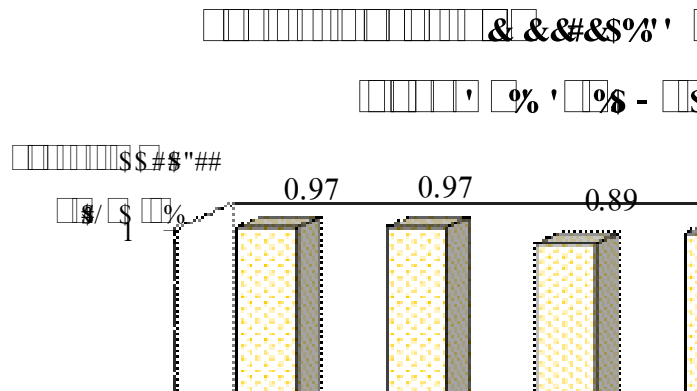
4. ผลการดำเนินงาน

แผนภูมิที่ 1 อัตราส่วน OP visit (PCU / รพ.) ของประชาชนสิทธิ UC ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาล ปี 2552 มหาราชนครศรีธรรมราช



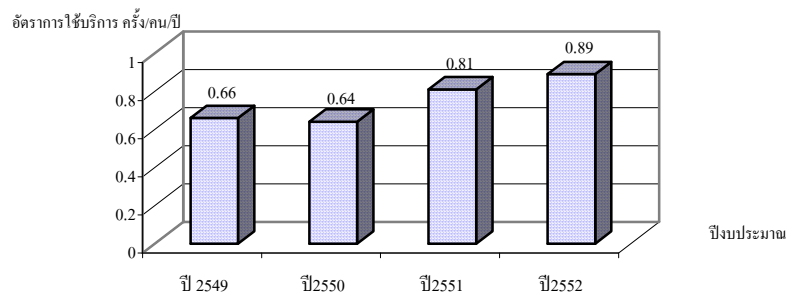
จากแผนภูมิที่ 1 พบว่าอัตราส่วนผู้รับบริการ OP visit (PCU / รพ.) ของประชาชนสิทธิ UC เฉลี่ยทั้งเครือข่าย 2.24 มากกว่าเกณฑ์ที่ สปสช.กำหนด (เกณฑ์ 0.88) และพบว่า PCU ทุกแห่งมี OP visit (PCU / รพ.) มากกว่าเกณฑ์ 0.88

แผนภูมิที่ 2 อัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชของประชาชนทุกสิทธิ ในพื้นที่
เครือข่าย ปี 2549-2552 (ครั้ง/ปชก.พื้นที่รับผิดชอบ)



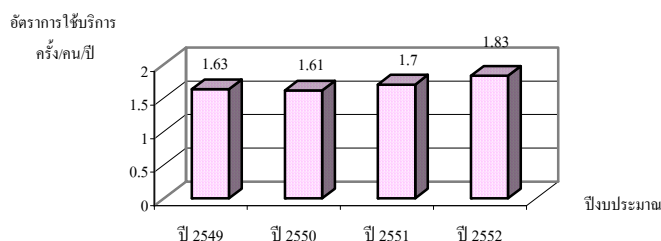
จากแผนภูมิที่ 2 พบว่าประชาชนในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รวมทุกสิทธิ)
มีแนวโน้มเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลลดลง

แผนภูมิที่ 3 อัตราการใช้บริการที่หน่วยปฐมภูมิของประชาชนทุกสิทธิ ปี 2549-2552 (ครั้ง/ปชก.พื้นที่
รับผิดชอบ)



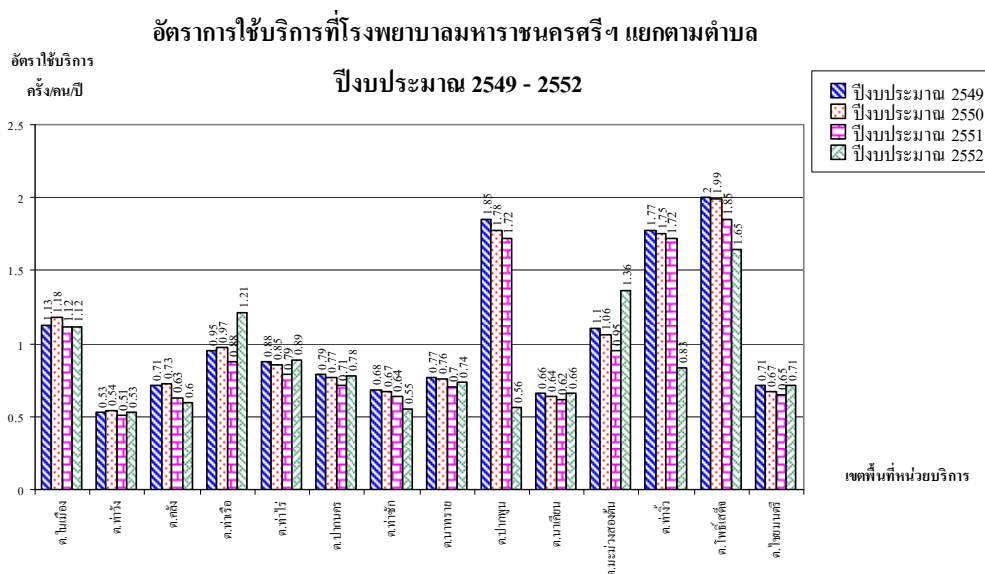
จากแผนภูมิที่ 3 พบว่าประชาชนในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีฯ (รวมทุกสิทธิ) มีแนวโน้ม
เข้ารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิเพิ่มขึ้น

**แผนภูมิที่ 4 อัตราการใช้บริการรวมที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและหน่วยบริการปฐมภูมิ
ปี 2549-2552 (ครั้ง/ปชก.พื้นที่รับผิดชอบ)**



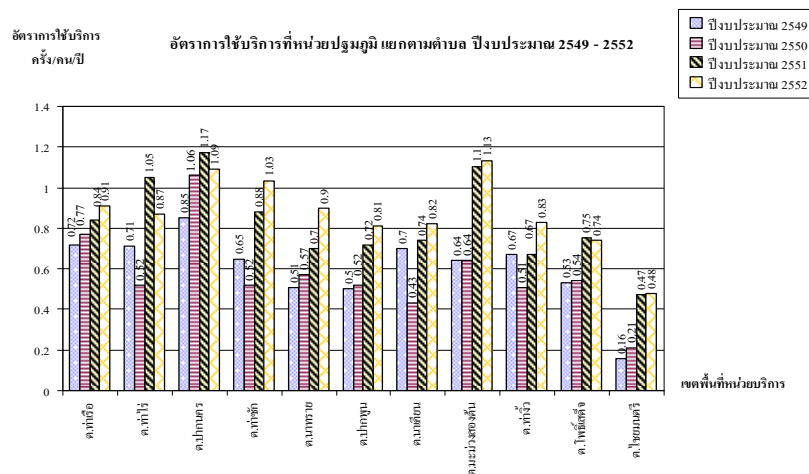
จากแผนภูมิที่ 4 พบว่าประชาชนในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รวมทุกสิทธิ) เข้ารับบริการที่หน่วยปฐมภูมิและโรงพยาบาลรวมกัน ปี 2552 มีอัตราเพิ่มขึ้น

แผนภูมิที่ 5 อัตราการใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชแยกตามตำบล ปีงบประมาณ 2549 – 2552 (ครั้ง/ปชก.พื้นที่รับผิดชอบ)



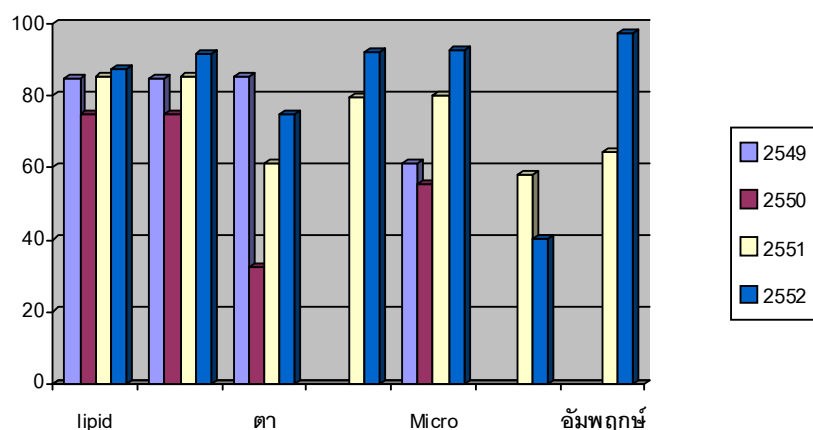
จากแผนภูมิที่ 5 จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รวมทุกสิทธิ) แยกเป็นรายตำบล พบว่าทุกแห่งมีแนวโน้มเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชลดลง

แผนภูมิที่ 6 อัตราการใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิประชาชนทุกสิทธิ แยกตามตำบลปีงบประมาณ 2549-2552 (ครั้ง/ปชก.พื้นที่รับผิดชอบ)



จากแผนภูมิที่ 6 จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้รับบริการที่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิของประชาชนในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช (รวมทุกสิทธิ) แยกเป็นรายตำบล พบว่าทุกแห่งมีแนวโน้มเข้ารับบริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เพิ่มขึ้นเกือบทุกตำบล

แผนภูมิที่ 7 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ปี 2549-2552

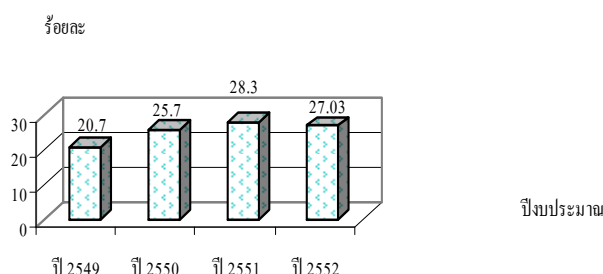


จากแผนภูมิที่ 7 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการตรวจคัดกรอง Lipid profile HbA1C ตา เท้า Microalbumin ฟัน และอัมพฤกษ์อัมพาต มากกว่าเป้าหมาย

แผนภูมิที่ 8 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c < 7 % ปี 2549-2552

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1C < 7% ที่รพ., ที่สอ./PCU

เป้าหมาย ปีงบประมาณ 2549 - 2552



จากแผนภูมิที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA_{1c}) < 7% ซึ่งยังไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่มีแนวโน้มดีขึ้น

สรุปและวิจารณ์ผล

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชได้ดำเนินงานตามโครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่ายตั้งแต่ ปี 2549 การประเมินประสิทธิภาพของการดำเนินงานครั้งนี้ มีวิธีการโดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ศึกษาย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยศึกษาจากเอกสาร โครงการ และจากข้อมูลการให้บริการ ของโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย ตุลาคม 2549 – กันยายน 2552 นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ

ผลการศึกษาพบว่าก่อนได้รับงบประมาณ โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย เครือข่ายรพ.มหาราชนครศรีธรรมราช มีปัญหาด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ที่พบว่า ศูนย์สุขภาพชุมชนยังไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและโรคพื้นฐาน ไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำ โรงพยาบาลมีงบประมาณน้อย และระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชนไม่มีประสิทธิภาพ ด้านระบบบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกพบว่าโรงพยาบาลมีปัญหาเรื่องความแออัด ให้บริการล่าช้าเนื่องจากผู้รับบริการจำนวนมาก ส่วนปัจจัยนำเข้าโรงพยาบาลได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ 2 ระยะ จำนวน 9.5 ล้านบาท ส่วนวิธีการดำเนินงานพบว่า รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชจัดทำแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่าย และการพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยบูรณาการ เชื่อมโยงและประสานงานกัน ทั้งโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และชุมชน ซึ่งการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่การจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนหัวถนน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพ

ชุมชน การขยายให้บริการทันตกรรม การพัฒนาบริการฝากครรภ์คุณภาพระดับโซน รวมทั้งการพัฒนา ศักยภาพของเจ้าหน้าที่ของเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคพื้นฐาน โรคเรื้อรัง ฯลฯ และแผนการพัฒนาระบบ บริการแผนกผู้ป่วยนอกของ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช ได้แก่การพัฒนาระบบนัด ระบบ IT และระบบ การส่งต่อ

ผลการดำเนินงาน พบว่าศูนย์สุขภาพชุมชนมีผู้รับบริการจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ผู้รับบริการทันตกรรม ผู้รับบริการฝากครรภ์ จากการส่งต่อของโรงพยาบาลและผู้ป่วยรายใหม่ในพื้นที่ ขณะเดียวกันพบว่าแผนกผู้ป่วยนอก รพ.มหาราชนครศรีฯ สามารถให้การดูแลโรคเบาหวาน โรคความดัน โลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน และหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เนื่องจากภาระ งานที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนลดลง จากวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการพบว่า ปี 2552 อัตราส่วน OP visit (PCU / รพ.) ของประชาชนสิทธิ UC ในพื้นที่เครือข่ายโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช สูง กว่าเกณฑ์คือ 2.24 (เกณฑ์.88) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละ PCU พบว่ามีอัตราส่วน OP visit (PCU / รพ.) สูงกว่าเกณฑ์ทุกแห่ง โดยอัตราส่วนสูงสุด 9.5 และต่ำสุด.1.15 และเมื่อวิเคราะห์อัตราการให้บริการของของ ประชาชนทุกสิทธิที่หน่วยปฐมภูมิ ปี 2549-2552 พบว่ามีอัตราการให้บริการ เพิ่มขึ้น คือ .66 .64 .81 .89 ขณะเดียวกันอัตราการให้บริการของประชาชนทุกสิทธิที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ปี 2549-2551 ลดลงขึ้น คือ .97 .97 .89 และปี 2552 เพิ่มขึ้นเล็กน้อย คือ .94 เนื่องจากมีการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ และเมื่อวิเคราะห์คุณภาพบริการพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนได้รับการตรวจ คัดกรองภาวะแทรกซ้อนได้แก่ Lipid profile HbA1C ค่า เท้า Microalbumin ฟัน และอัมพฤกษ์อัมพาต สูงกว่าเป้าหมาย และผลลัพธ์การรักษาพบว่ามีค่าน้ำตาลสะสมเฉลี่ย (HbA_{1c}) < 7% มีแนวโน้มดีขึ้น ส่วน การพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ต่างๆ ศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย รพ.มหาราชนครศรีธรรมราชมีผลการ ประเมินอยู่ในระดับดีมาก

การได้รับประโยชน์จากการพัฒนา

จากการดำเนินงานตามโครงการบริการประทับใจ ได้รับความแออัด พัฒนาเครือข่าย ซึ่งโรงพยาบาลได้ จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการแผนกผู้ป่วยนอก และพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของเครือข่ายผลการ ดำเนินงาน พบว่า

ด้านประชาชนและชุมชน ส่งเสริมให้ประชาชน ได้รับการดูแลโรคเรื้อรัง โรคพื้นฐาน ทันตกรรม การตั้งครรภ์ ฯลฯ ที่มีคุณภาพจากศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน ทั้งด้านบุคลากร ยาและเวชภัณฑ์ที่มีมาตรฐาน เดียวกับโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการรับบริการ โดยไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล มหาราชนครศรีธรรมราช ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการให้ที่ ศูนย์สุขภาพชุมชน ในคลินิกการฝากครรภ์ 87 % และคลินิกโรคเรื้อรัง 84 %

ด้านโรงพยาบาล จากการพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย ระบบนัด ระบบ IT และระบบบัตรคิวที่แผนกผู้ป่วยนอก รวมทั้งการพัฒนาบริการปฐมภูมิและมีการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หญิงตั้งครรภ์เข้ารับการดูแลที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ทำให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีความคล่องตัวและให้บริการรวดเร็วมากขึ้น นอกจากนี้พบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รักษาศึกษาคลินิก หญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลที่คุณภาพมากยิ่งขึ้นเนื่องจากมีจำนวนผู้รับบริการลดลง

ด้านศูนย์สุขภาพชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน ได้รับการพัฒนาด้านขีดความสามารถและศักยภาพเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมและชัดเจน เช่นการศึกษากายบุคคลากร การพัฒนาระบบบริการ การพัฒนาด้านอุปกรณ์การแพทย์ การสื่อสารและสารสนเทศ ฯลฯ ทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคพื้นฐาน ทันตกรรม และฝากครรภ์ ได้อย่างมีคุณภาพ มีภาพลักษณ์ที่ดีและเป็นที่ยอมรับของประชาชน นอกจากนี้การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนโดยชุมชน ภาวศึเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม ส่งผลให้มีผลงานด้านคุณภาพ และนวัตกรรมบริการปฐมภูมิ ได้แก่

- PCU พัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐาน PCU 100 %
- PCU พัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานงานสุขศึกษาระดับจังหวัด 84 % (มากที่สุดในจังหวัด)
- PCU โคกข่อยได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนจังหวัดเพื่อแข่งขันระดับเขต
- ตำบลปากพูนเป็นชุมชนต้นแบบ ระดับประเทศ
- มีนวัตกรรมเครื่องมือเพื่อประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของศูนย์สุขภาพชุมชน ปัจจุบันได้นำเครื่องมือนี้มาประเมินและพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของเครือข่าย
- นอกจากนี้พบว่าจากการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิที่ได้เชื่อมโยงและบูรณาการกับภาวศึเครือข่าย และชุมชนทำให้ศูนย์สุขภาพชุมชนมีความเข้มแข็ง และมีศักยภาพที่ก้าวไปสู่การพัฒนาบริการปฐมภูมิในมิติต่างๆ เช่น การพัฒนาโรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล ฯลฯ ได้อย่างยั่งยืน

บรรณานุกรม

นิศา ชูโต. การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : ธรรมสารการพิมพ์, 2527.

บุญลือ ทองอยู่. “ความสำคัญในการประเมินโครงการ.” มิตรครู. 8 : 24-29 ; ปักษ์หลัง มิถุนายน 2525.

สมพร แสงชัย. "การประเมินโครงการ," การประเมินผลโครงการในประเทศไทย. หน้า 3. สถาบัน
บัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2520.

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์. การประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2524

Clark Allen R. ‘A Teacher Evaluation of Select Method of Inservice Education,’ Dissertation Abstract
Internation. 31(6) : 3767-A ; December, 1970.

Stufflebeam, Danial L and Anthony J. Shinfield. Systematic Evaluation Boston : kluwer-Nijhoff
Publishing, 1985.

ผลการศึกษาการติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่า

อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2552

สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ที่มาปัญหาและวัตถุประสงค์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (รพม.) เป็น 1 ใน 13 โรงพยาบาลนำร่องตาม “โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” และกล่าวกันว่าหนึ่งในปัจจัยสู่ความสำเร็จของโครงการฯ คือ การแยกการบริหารจัดการบริการปฐมภูมิ หรือ แยก CUP (Contracting Unit for Primary Care) ออกจากโรงพยาบาลศูนย์ จนกระทั่งเดือนตุลาคม พ.ศ.2550 โรงพยาบาลมหาราชฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่นครราชสีมาสนับสนุนการจัดเครือข่ายให้ศูนย์แพทย์ชุมชนเป็นหน่วยบริการประจำดูแลศูนย์สุขภาพชุมชนและเรียกว่า CUP เมืองย่า ประกอบด้วย 7 CUP 31 ศูนย์สุขภาพชุมชน สำหรับ CUP เมืองย่า 1-6 คือ CUP โรงพยาบาลมหาราชฯ เดิม ดูแลศูนย์สุขภาพชุมชน 29 แห่ง โดยจัดบริการแบบ functional team และมีคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่าเป็นผู้ประสานงานปีแรก และในปีงบประมาณ 2552 มีคณะกรรมการบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอเมืองเป็นผู้ประสานงาน วัตถุประสงค์ในการศึกษานี้ เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่าย CUP เมืองย่า 1-6 ในด้านการลดความแออัดของโรงพยาบาล ด้านคุณภาพบริการในเชิงสังคมและวิชาชีพ ด้านสภาพคล่องทางการเงิน จุดแข็งและข้อจำกัดของการจัดการเครือข่ายหลังจากได้นำผลการติดตามกำกับในปีงบประมาณ 2551 มาพัฒนาระบบการทำงาน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนา

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ประชาชนสิทธิ UC ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ CUP เมืองย่า 1-6 ประธาน CUP Board และคณะกรรมการบริหาร CUP Board เมืองย่า 1-6 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานใน CMU/PCU ของ CUP เมืองย่า 1-6

วิธีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

- การประเมินด้านการลดความแออัด ตัวชี้วัด คือ อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิ UC มาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาราชฯ (ครั้งต่อคนต่อปี) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากฝ่ายแผนงานและสารสนเทศในปีงบประมาณ 2548-2552

- การประเมินคุณภาพบริการเชิงสังคม ตัวชี้วัด คือ ร้อยละความพึงพอใจเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยข้อมูลการสำรวจของแต่ละ CUP ตามแบบสอบถามของ สปสช. วิเคราะห์โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- การประเมินคุณภาพเชิงวิชาชีพ ตัวชี้วัด คือ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ในรอบ 1 ปี เกณฑ์ร้อยละ 70 และร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจและระดับ HbA1c < 7% เกณฑ์ร้อยละ 40 โดยเก็บข้อมูลจากรายงานข้อมูลตามโครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย

- การประเมินสภาพคล่องทางการเงิน ใช้ cash ratio เท่ากับ 0.8, current ratio เท่ากับ 1.5, quick ratio เท่ากับ 1 แหล่งข้อมูลจากรายงานการเงิน

- การประเมินกระบวนการดำเนินงาน ค้นหาจุดแข็งและข้อจำกัดของการจัดการของรูปแบบว่ามีจุดแข็งอะไรบ้าง มีข้อจำกัดหรือไม่อะไรบ้าง โดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากผู้ให้บริการ 14 คน ระยะเวลา 2 วัน ติดต่อกัน 3 ครั้ง และติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานจากการนำเสนอผลงานการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย(Routine to Research)ของเครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่าในเวทีวิชาการต่างๆ

ผลการศึกษา อัตราการใช้บริการของผู้ป่วยสิทธิ UC หลังจากแยก CUP ในปีแรกลดลงจาก 0.39 เป็น 0.31 ครั้ง/คน/ปี แต่ในปีงบประมาณ 2552 กลับขึ้นมาเป็น 0.38 ครั้ง/คน/ปี (ดังรูปที่ 1) เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการที่ศูนย์หัวใจใหญ่ของโรงพยาบาลในช่วงแรกของการระบาดไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ เมื่อแยกสาย CUP พบว่าประชาชนในเขตพื้นที่ CUP เมืองย่า 3 และ 5 ยังคงมีอัตราการใช้บริการสูงใกล้เคียงกับปีงบประมาณ 2551 (ดังรูปที่ 2) ความพึงพอใจต่อการบริการของ CUP เมืองย่า อยู่ระหว่างร้อยละ 83.6-97.1 (ดังรูปที่ 3) การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีรูปแบบการจัดการที่ดีขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาโดยเฉพาะ CUP เมืองย่า 5 มีผลการควบคุมระดับ HbA1C < 7% ได้ดีขึ้น เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.3 ในปีงบประมาณ 2551 เป็นร้อยละ 43.9 ในปีงบประมาณ 2552 (ดังตารางที่ 1) แต่เริ่มเห็นความแตกต่างกันในคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเบาหวานระหว่าง CUP เมืองย่า ทางด้านการเงินพบว่า CUP เมืองย่า 2 เริ่มขาดสภาพคล่องทางการเงิน (ดังตารางที่ 2) ซึ่งอาจมีสาเหตุจากมีรายรับต่ำกว่าที่ประมาณการไว้ ในเครือข่ายมีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชน 7 แห่ง ทำให้มีค่าใช้จ่าย fixed cost สูง ได้มีการจัดทำแผนพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เจ้าหน้าที่ในเครือข่ายมีความสุขในการทำงานแม้ว่าการดำเนินงานในรูปแบบใหม่ได้สร้างภาระทางด้านการบริหารจัดการมากขึ้น แต่ทุกคนได้พยายามที่จะพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถทำงานตอบสนองปัญหาของพื้นที่ และเข้าใจคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้เครือข่ายบริการปฐมภูมิเมืองย่าได้มีการนำเสนอผลงาน R2R ในเวทีระดับจังหวัดและเขต เช่น การพัฒนารูปแบบการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง CUP เมืองย่า 5, การพัฒนารูปแบบการตรวจเต้านมเชิงรุก, การพัฒนาระบบให้วัคซีนสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า CUP เมืองย่า 3, การพัฒนาระบบการตรวจคัดกรองเบาหวานขึ้นตา, การพัฒนารูปแบบกายภาพบำบัดเชิงรุก เป็นต้น

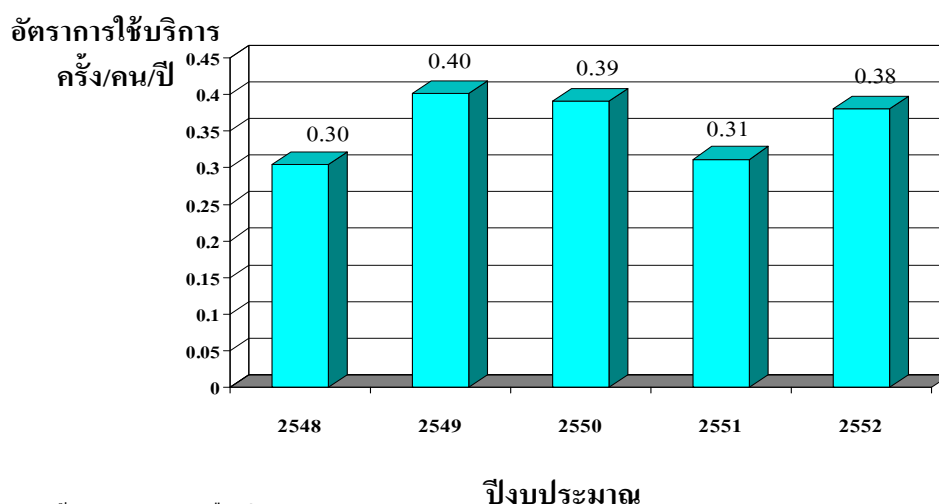
ผลจากการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์ในงานประจำ มาตรการที่เคยใช้ในปีงบประมาณ 2551 ยังคงดำเนินการต่อเนื่อง เช่น CUP เมืองย่า 3 มีพื้นที่กว้าง ประชากรจำนวนมาก ได้มีการเสริมทีมแพทย์ใน PCU ที่

มีอัตราการมาใช้บริการที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย (รพม.) สูง ส่วน CUP เมืองย่า 5 มี PCU อยู่ในเขต รพม.1 แห่ง อยู่ระหว่างการดำเนินการก่อสร้างสถานที่แห่งใหม่ จากผลประเมินพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ดีพอและมีความแตกต่างกัน ได้มีการกระตุ้นให้ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ (CPG) มากขึ้นและจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่าย

บทเรียนที่ได้รับ ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร

การดำเนินงานในลักษณะนี้ ในระยะเตรียมการต้องได้รับการสนับสนุนเชิงนโยบายจากผู้บริหารทุกระดับ ประกอบด้วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตพื้นที่ โดยมีกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเชื่อมประสานและสนับสนุนด้านวิชาการรวมทั้งกำลังคนในสาขาขาดแคลนเช่น แพทย์และพยาบาล เครือข่ายต้องมีการศึกษาข้อมูลคุณสมบัติ บทบาทหน้าที่ของการเป็น CUP ให้เข้าใจอย่างทั่วถึงในเครือข่าย วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังประมาณ 3 ปี สร้างรูปแบบจำลองและพยากรณ์ เตรียมผู้บริหารเครือข่ายหรือประธานให้เข้าใจระบบบริหารงานคุณภาพ/การบริหารเชิงกลยุทธ์/การวิเคราะห์และจัดการทางการเงิน/การบริหารทรัพยากรบุคคล เตรียมบุคลากรทุกระดับให้เข้าใจทิศทางการพัฒนา สื่อสารทั้งภายในและภายนอกองค์กร วางแผนการติดตามกำกับและประเมินผล

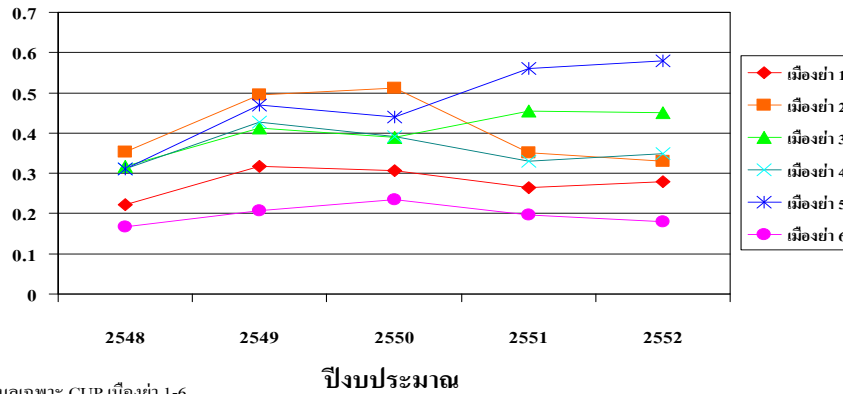
**รูปที่ 1 อัตราการใช้บริการ (ครั้ง/คน/ปี) ของผู้ป่วย CUP เมืองย่า
สิทธิ UC มาใช้บริการที่ รพม. ปีงบประมาณ 2548-2552**



*ข้อมูลเฉพาะ CUP เมืองย่า 1-6

รูปที่ 2 อัตราการใช้บริการแยกราย CUP เมืองย่า (ครั้ง/คน/ปี) ของผู้ป่วย
สิทธิ UC มาใช้บริการที่ รพม. ปีงบประมาณ 2548-2552

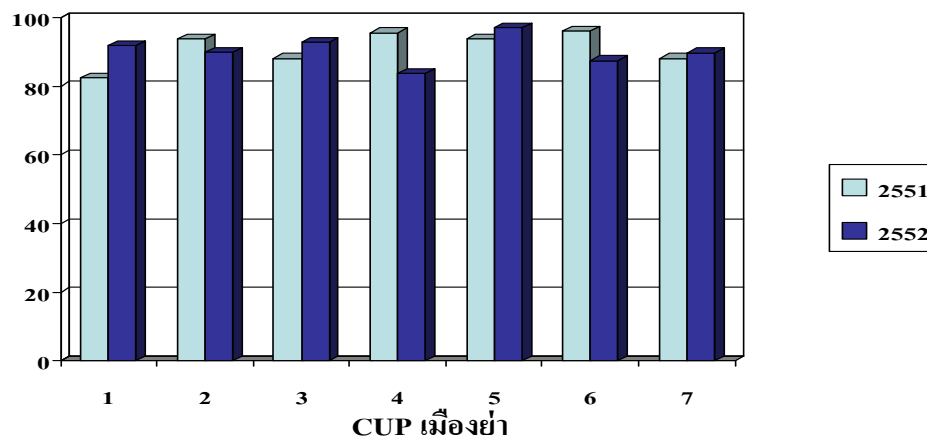
อัตราการใช้บริการ
ครั้ง/คน/ปี



*ข้อมูลเฉพาะ CUP เมืองย่า 1-6

รูปที่ 3 ร้อยละความพึงพอใจต่อการบริการของ CUP เมืองย่า
ตามเกณฑ์ชี้วัดคุณภาพบริการ ของ สปสช.
ปีงบประมาณ 2551-2552

ร้อยละ



ที่มา: สสจ.นม. 2551, 2552

ตารางที่ 1 ร้อยละความครอบคลุมการตรวจ HbA1C และร้อยละการควบคุมระดับ HbA1C <7% ของ CUP
เมืองย่า 5 ปีงบประมาณ 2550-2552

ตัวชี้วัด/ปีงบประมาณ	2550	2551	2552
ร้อยละความครอบคลุมการตรวจ HbA1C	84.1	88.9	92.5
ร้อยละการควบคุมระดับ HbA1C<7%	28.9	32.3	43.9

**ตารางที่ 2 สถานการณ์ทางการเงินของ CUP เมืองย่า
ปีงบประมาณ 2552**

CUP เมืองย่า	Cash ratio (= 0.8)	Quick ratio (=1)	Current ratio (=1.5)	ค่าใช้จ่ายบุคลากร ต่อค่าใช้จ่ายรวม (%)
1	2.66	1.33	1.59	21.04
2	0.53	0.46	0.57	31.97
3	1.35	1.42	1.97	55.87
4	1.47	1.5	2.02	11.35
5	1.92	1.59	1.64	10.07
7	1.46	2.16	2.4	40.31
6	ไม่ปรากฏข้อมูล			

แหล่งข้อมูล Web กลุ่มประกันสุขภาพ สธ. (ข้อมูล ณ 19 พ.ย.52)

โครงการบริการประทับใจ ไร้ความแออัดพัฒนาเครือข่าย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ระยะ 3 ปี (โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในเขตเมือง)

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีต้นทุนเดิมที่มีการดำเนิน “โครงการอยุธยา” มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 ประกอบกับการเข้าร่วมโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ได้มีการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนกระจายตามจุดต่างๆ ภายในเขตเทศบาล แต่ละแห่งมีผู้ไปใช้บริการวันละ 50 – 150 คน ซึ่งน่าจะช่วยลดภาระงานแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัดได้ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีสภาพของความแออัดเกิดขึ้นในโรงพยาบาลซึ่งเห็นได้จากในปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยามีผู้ป่วยนอกวันละกว่า 900 คน และเพิ่มขึ้นเป็นเกือบวันละ 1,300 คน ในปี พ.ศ. 2548 ทั้งๆ ที่มีศูนย์แพทย์ชุมชน หรือ PCU มาช่วยรองรับผู้ป่วยปฐมภูมิไปได้วันละเป็นจำนวนหลักร้อยแล้วก็ตาม ในกลุ่มผู้ป่วยในก็มีสภาพเช่นเดียวกันด้วย อัตราการครองเตียงสูงถึงร้อยละ 106 ของจำนวนเตียง 445 เตียงที่มีอยู่ นั่นหมายถึงการมีคนไข้นอนเตียงเสริมทุกวัน เนื่องจากร้อยละ 40 – 60 ของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่ควรได้รับการรักษาจากสถานบริการใกล้บ้าน ซึ่งหากมองจากจุดนี้ทำให้เห็นสภาพวิกฤติที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ

จากปัญหาดังกล่าวบวกกับนโยบายอย่างชัดเจนจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร่วมกับโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจึงเริ่มดำเนินการภายใต้โครงการ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา จวบจนปัจจุบัน ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป้าหมายเชิงรูปธรรมของโครงการฯ คือ **การปิดบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลศูนย์ และในขณะเดียวกันจะพัฒนาศักยภาพบริการปฐมภูมิให้เป็นที่พึ่งของชาวบ้าน ให้สมกับคำว่า “บริการใกล้บ้านใกล้ใจ”** โดยมีเป้าหมายระยะยาว คือ การที่ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยยามใดชาวบ้านจะนึกถึงเป็นอันดับแรกในสถานบริการใกล้บ้าน

แนวคิดการพัฒนางานซึ่งผู้บริหารเน้นย้ำตลอดเวลา คือ **“สร้างเสริม PCU ให้เข้มแข็ง และสร้างความเชื่อมั่นกับประชาชน โดยคงบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัวซึ่งดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น”** ถือเป็น **กำลังสำคัญของ PCU ต่อไป** หากวางรากฐานนี้ได้ย่อมก่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืนสืบไป จากการดำเนินการดังกล่าวมีกระบวนการและผลการดำเนินงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะดังนี้

กระบวนการพัฒนา

1. โรงพยาบาลศูนย์ลดบทบาทด้านปฐมภูมิ เพิ่มการพัฒนาเฉพาะทาง โดยให้งานผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจัดระบบคัดกรองผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/โรคทั่วไป จัดรถรับส่งผู้ป่วย และจัดตั้งคลินิกเฉพาะทาง ซึ่งประกอบด้วย คลินิกเฉพาะทางแต่ละสาขา คลินิกสวัสดิการและประกันสังคม คลินิกประกันสังคมนอกเวลาราชการ คลินิกเฉพาะทางเพื่อข้าราชการนอกเวลาราชการ
2. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ PCU โดยปรับโครงสร้างการบริหารงานภายในกลุ่มภารกิจหลักปฐมภูมิ และปรับปรุงโครงสร้างทางกายภาพ ภูมิทัศน์ และจัดสรรครุภัณฑ์ มีทีมที่ปรึกษา ได้แก่ การจัดพยาบาลจากโรงพยาบาลศูนย์ ทำหน้าที่เป็น PCU Manager เป็นเสมือนพี่เลี้ยงในแต่ละ PCU ในช่วงแรกเริ่ม ต่อมา จัดแพทย์พี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาโดยแบ่งตามโซนครอบคลุมทุกพื้นที่ พัฒนาหน่วยบริการ ได้แก่ คลินิกสุขภาพเด็กดี เปิดคลินิกโรคเรื้อรัง คลินิกเล็กสุรา/บุหรี่ ฯ ขยายเวลาการบริการนอกเวลา เพิ่มบริการช่วงเช้ามีแพทย์ตรวจหมุนเวียน-ช่วงบ่ายลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน พัฒนาบัญชีรอบยาให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน รวมถึงการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ การพัฒนาด้านกำลังคน โดยจัดจำนวนบุคลากรในการให้บริการโดยคิดตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพก่อน กรณีบุคลากรไม่พอจัดตามภาระงานแต่ละพื้นที่ และจ้างบุคลากร ตามลำดับ สร้างเสริมศักยภาพบุคลากร จัดหลักสูตรอบรม ได้แก่
 - หลักสูตรพยาบาลปฏิบัติรอบครัวในระดับปฐมภูมิกอบคลุมทั้ง CUP
 - พื้นฟูพยาบาลเวชปฏิบัติรอบครัว
 - พัฒนาทักษะด้านสารสนเทศให้แก่บุคลากร
 - เวชศาสตร์ครอบครัว 5 สัปดาห์ เพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่างสหสาขา (The 5 Weekend)
 - พัฒนา Clinical Skills โดยให้บุคลากรของหน่วยบริการปฐมภูมิในแต่ละพื้นที่มาเรียนรู้กับแพทย์ และระบบการให้บริการผู้ป่วยที่โรงพยาบาลศูนย์ โดยผ่านโครงการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน (Context based learning) และมีเวที KM ระดับจังหวัด ระดับพื้นที่ ผ่านเรื่องเล่า Case conference ฯล
3. พัฒนาระบบส่งต่อให้เชื่อมโยงทั้งเครือข่าย โดยจัดตั้ง Refer Center มีระบบให้คำปรึกษาของแพทย์ในโรงพยาบาลศูนย์กับหน่วยบริการในเครือข่าย ระบบนัดหมายและส่งตัวผู้ป่วยผ่าน Refer Center พัฒนาคู่มือ และแนวทางการรักษาโรคให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ และมีการ Step down ผู้ป่วยกลับ PCU ตามโครงการส่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับไปรักษาต่อที่ PCU ใกล้บ้าน โดยมีการคัดกรองเพิ่มประวัติผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

4. สร้างความเชื่อมโยงด้วยระบบสารสนเทศ การพัฒนาและเชื่อมต่อฐานข้อมูลสาธารณสุข ติดตั้งระบบ Internet ADSL ปัจจุบันความเร็ว 2 GB โปรแกรมรายงานผลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LIS) โปรแกรมระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่าย (Referral System) โปรแกรมการค้นหาประวัติผู้ป่วย (HN รพศ.) และทำบัตรใหม่ โปรแกรมเบิกจ่ายตรงที่ใช้ใน PCU ครอบคลุมศูนย์แพทย์ในเขตเมือง
5. สร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน และความร่วมมือทุกภาคส่วน โดยมีกระบวนการสำหรับภาคประชาชนได้มีการสร้างความเข้าใจโดยทำเวทีประชาคมอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลศูนย์ PCU บ้านใหม่ ผลិតสี่ เพื่อสื่อสารกับประชาชนทุกช่องทาง (แผ่นพับ เคมبل์ท้องถิ่น หนังสือพิมพ์ สื่อวิทยุ และเสียงตามสาย ฯลฯ) มีทีมจิตอาสาบริการประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองอาศัยอยู่ พัฒนาศักยภาพกลุ่มแกนนำผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็นต้น ภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อบต. สนับสนุนงบประมาณ ยาผู้ป่วยเบาหวาน PCU บ้านใหม่ ร่วมไปถึงจัดจ้างบุคลากร อบจ. และเทศบาลในพื้นที่สนับสนุนงบประมาณปรับปรุงอาคารของ PCU และศูนย์แพทย์

ผลลัพธ์การดำเนินงาน ภาพรวมแสดงรายละเอียดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละมิติ ดังแสดงในตาราง 1 จากผลการดำเนินการทำให้เห็นได้ว่า อัตราการรับบริการของประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไปเข้ารับการรักษาที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเพิ่มขึ้นชัดเจน ในขณะที่เดียวกันอัตราการใช้บริการของผู้ป่วยโรคทั่วไปในโรงพยาบาลลดลง ส่วนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบอัตราการรับการรักษาของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลศูนย์มีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ซึ่งประมาณร้อยละ 80 ของประชาชนโดยรวมมีความพึงพอใจในการรับบริการซึ่งหมายถึง การบริการที่ประทับใจ ในเรื่องเวลาจะพบว่าผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกช่วงระยะ 2 ปีแรก ระยะเวลารอคอยใกล้เคียงกันประมาณ 1 – 2 ชั่วโมง แต่เมื่อเข้าปีที่ 3 นั้น พบว่าระยะเวลาบริการลดลงซึ่งใช้เวลาเพียงไม่ถึงชั่วโมงซึ่งเป็นผลเนื่องมาจากต้นทุนการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายหน่วยบริการที่ดำเนินการอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาด้านสารสนเทศซึ่งเข้ามามีบทบาทตั้งแต่แรกเริ่มซึ่งหากมองในช่วง 1 – 2 ปีแรกถือเป็นช่วงแห่งการพัฒนา ทดลอง เกิดการปรับเปลี่ยนตลอดเวลาจนกระทั่งปีที่ 3 ถึงเสร็จสมบูรณ์พร้อมใช้จริง การพัฒนาและใช้ประโยชน์ระบบสารสนเทศสามารถเข้ามาช่วยสร้างความเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ กับ โรงพยาบาลชุมชน และ สถานีอนามัย/ศูนย์แพทย์ ช่วยลดระยะเวลาการเดินทางเข้ามาติดต่อ เครือข่ายสามารถตรวจสอบข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการรักษาได้สะดวก ถูกต้อง และรวดเร็ว หากผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมาจากพื้นที่ที่สามารถรับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ได้ทันทีโดยผ่านระบบส่งต่อไม่ต้องทำบัตรใหม่เพราะทำผ่านโปรแกรมทำบัตรใหม่ผ่านเครือข่าย Internet เมื่อมาถึงโรงพยาบาลศูนย์สามารถเข้าพบแพทย์ตามเวลานัด โดยผ่านระบบนัดหมายได้เลยไม่ต้องเสียเวลานั่งคอยตรวจที่โรงพยาบาล (ระบบช่องทางด่วน) มีผลทำให้ระยะเวลารอคอยลดลงเหลือประมาณ 30 – 40 นาที แสดงให้เห็นถึง บรรยากาศที่ไร้ความแออัด ซึ่งจากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานภายใต้บริบทพื้นที่จังหวัด

พระนครศรีอยุธยาตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ทำให้เห็นว่าการดำเนินงานดังกล่าวได้สอดคล้องและเหมาะสมดังชื่อ “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” ได้อย่างแท้จริง ดังแสดงผลลัพธ์จากข้อมูลเชิงประจักษ์จากผลการศึกษาช่วงระหว่างปี 2550 – 2552 ดังนี้

ตาราง 1 แสดงผลลัพธ์การดำเนินงานโครงการฯ

ตัวชี้วัดตามการพัฒนาโครงการ	2550		2551		2552	
	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์	เป้าหมาย	ผลลัพธ์
อัตราการลดลงของผู้ป่วยทั่วไป รพช. (ปี 2549 : 68,293 ครั้ง)	25%	15.74% 57,542 ครั้ง	25%	0.93% 67,659 ครั้ง	25%	7.76% 62,995 ครั้ง
อัตราเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการใน PCU ที่ เข้าร่วมโครงการ (ปี 2549 : 139,035 ครั้ง)	25%	31.02% 182,168 ครั้ง	50%	42.88% 198,651 ครั้ง	50%	32.35% 184,016 ครั้ง
ความพึงพอใจของผู้รับบริการแผนก <i>OPD</i>	> 70%	68.96 %	> 70%	81.00 %	> 70%	78.47
ความพึงพอใจของผู้รับบริการศูนย์ <i>แพทย์/สอ.</i>	> 70%	81.79%	> 70%	82.65%	> 70%	86.00%
ระยะเวลาบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก - ผู้ป่วยนัด (Lab & X-ray) - ผู้ป่วยนัด (No Lab & X-ray)	< 4 ชม. < 2 ชม.	2.25 ชม. 1.31 ชม.	< 2 ชม. < 1 ชม.	1.58 ชม. 48.28 นาที	< 2 ชม. < 1 ชม.	1.22 ชม. 1.11 ชม.
จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการโดยระบบ ส่งต่อจาก รพช. และสถานพยาบาล ระดับปฐมภูมิ	> 25%	6,754 ราย	> 25%	>100% (18,798 ราย)	> 25%	>100% (19,038 ราย)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับมารับ การรักษาที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน โดย ศูนย์ Refer	> 25%	5,876 ราย	> 25%	48.91% (3,002 ราย) เมื่อเทียบกับ ปี 2550	> 25%	79.39% (1,211 ราย) เมื่อเทียบกับปี 2550
อัตราของประชากรในพื้นที่เป้าหมาย เป็นเบาหวานและมารักษา	ผู้ป่วย DM ที่ มา ใ ช้ บริการที่ ร.พ. (ครั้ง)	อัตราป่วย	ผู้ป่วยDMที่มา ใช้บริการที่ ร.พ. (ครั้ง)	อัตราป่วย	ผู้ป่วยDMที่มา ใช้บริการที่ ร.พ. (ครั้ง)	อัตราป่วย
- โรงพยาบาล	9,662	6.34	8,924	5.85	6,457	4.23
- นอกเขตเทศบาล	5,015	6.38	5,052	6.43	4,786	5.90
- ในเขตเทศบาล	2,825	6.21	2,795	6.14	2,494	5.62

ข้อเสนอแนะสำคัญ

1. การเตรียมความพร้อม ความเข้าใจ ประเด็นในโครงการมีความสำคัญยิ่งต่อทั้งคณะทำงานกลาง ผู้ให้บริการในหน่วยปฐมภูมิ ผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป ซึ่งต้องสร้างความเข้าใจในการดำเนินการก่อนเริ่มโครงการและควรจะมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคเป็นระยะ
2. การติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานควรมีการประเมินเป็นระยะและตัวชี้วัดในแต่ละพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันการเปรียบเทียบผลสำเร็จจะต้องประกอบด้วยบริบทของในแต่ละพื้นที่

สรุปบทเรียนการพัฒนากระบวนการบริการปฐมภูมิในเขตเมืองผ่านโครงการพัฒนาบริการประทับใจ พัฒนาเครือข่าย ไร้ความแออัด

ด้านการบริหารและการจัดการ

- บทเรียนที่ 1** การมีทรัพยากรสนับสนุนอย่างเพียงพอในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยที่ให้ชุมชนและภาคท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในรูปคณะกรรมการ
- บทเรียนที่ 2** ผู้ทำงานมีใจร่วมกันและมีศักยภาพเข้าใจแนวคิด (คนทำงานมีใจยอมรับเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน) “มีการดูแลเฉพาะทาง/คลินิกเฉพาะทางมีระบบการส่งต่อและปรึกษาเฉพาะทางมีแพทย์ออกตรวจ พยาบาลได้พัฒนาตนเองเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติ HHCที่มีการดูแลครอบคลุม เป็นทีม สาขาจัดการดูแลสมบูรณ์มากขึ้น”
- บทเรียนที่ 3** การออกแบบโครงการที่มีความชัดเจนในแต่ละระยะทำให้เกิดแนวทางการพัฒนาที่มีรูปธรรมชัดเจนทำให้เป็นขั้นตอน
1. ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการแต่ละระดับได้ออกแบบกิจกรรมโครงการร่วมกัน ออกแบบติดตามประเมินผลและร่วมกิจกรรม
 2. ระดมสมองทำประชาคมจากท้องถิ่นและทำกิจกรรมร่วมกันโดยของงบประมาณสนับสนุนจากท้องถิ่น
- บทเรียนที่ 4** มีระบบเทคโนโลยีสารสนเทศช่วยสนับสนุนการสร้างเครือข่ายการดูแลรักษาที่เป็นรูปธรรม มีโปรแกรมเมอร์ในการพัฒนาฐานข้อมูลให้สมบูรณ์เป็นปัจจุบัน จัดระบบพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศแม่ข่าย (รพศ.) ผู้ปฏิบัติ จัดระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลศูนย์ให้เป็นระบบเดียวกันที่สามารถเชื่อมโยงกันได้
- บทเรียนที่ 5** การจัดระบบการสื่อสารทั้ง Formal และ Informal ให้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและลดความซับซ้อนเน้นการสื่อสารในลักษณะ Two way การประสานเชื่อมโยงข้อมูลข่าวสารต่าง กำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน มีการฟังเสียงสะท้อนของเจ้าหน้าที่ก่อนที่จะกำหนดนโยบาย และในเวทีของการจัดประชุมที่ต้องตัดสินใจ ผู้ที่เข้าประชุม (ที่เป็นตัวแทน) ต้องเป็นผู้

แทนที่สามารถตัดสินใจได้เข้าประชุมเพื่อให้ที่ประชุมสามารถตัดสินใจสนับสนุนได้ในการพัฒนาต่อไปได้

- บทเรียนที่ 6** การพัฒนา PCU อย่างเน้นรูปแบบเดียวกันให้เน้น ความชอบ ถูกใจ ถนัด การมีส่วนร่วมคิด และองค์ความรู้ในการดูแลรักษาต้องมีการฟื้นฟูความรู้และทักษะเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง และ/หรือ ปฐมนิเทศฝึกปฏิบัติก่อนการปฏิบัติในแต่ละมาตรฐานการดูแลรักษา (ระบบยา การทำหัตถการ การใช้อุปกรณ์เครื่องมือแพทย์)

ด้านการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

- บทเรียนที่ 1** นโยบาย การดูแลรักษาระดับปฐมภูมิเป็นทางออกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องมาโรงพยาบาล ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงลดการรักษาโรค “การพัฒนาบริการ ถ้าปฐมภูมิเป็นทางออกของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ จะช่วยป้องกันให้เรามีสุขภาพแข็งแรง ไม่เกิดโรค ลดการรักษา แพทย์พยาบาลมีสัมพันธ์ภาพกันมากขึ้น รู้จักกันกว้างขวางขึ้นจากโครงการต่าง ๆ เช่น งานพัฒนาการเด็กที่สถานีอนามัย ตำบลลุมพินี”
- บทเรียนที่ 2** ระบบบริหารจัดการ ระบบบริหารจัดการแบบ Autonomous เพราะระบบการทำงานต่างกับ Secondary care การจัดสรรงบประมาณในแต่ละระดับต้องชัดเจน ควรแยก Primary Secondary และ Tertiary เพราะจะช่วยตอบโจทย์การพัฒนาได้รวมทั้งการสนับสนุนบุคลากรอย่างเพียงพอ
- บทเรียนที่ 3** งานปฐมภูมิเป็นคำตอบของการดูแลประชาชนที่เหมาะสม ดำเนินการบริการรักษาที่เหมือนกับรักษาที่โรงพยาบาล จะช่วยให้การดูแลประชาชนได้อย่างสมบูรณ์ ลงช่องว่างการเข้าถึงบริการที่ได้รับได้อย่างสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ
- บทเรียนที่ 4** อยากให้ผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วม จะได้เกิดการพัฒนาและดูแลกันอย่างถูกต้องและสมบูรณ์

สรุปประสบการณ์การดำเนินงานโครงการพัฒนาโรงพยาบาล บริการประทับใจ

ไว้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย

กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

วัตถุประสงค์ของการสรุป

เพื่อทบทวน สรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ประสบการณ์ ตลอดจนบทเรียนการดำเนินงานในโครงการ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปปรับปรุงการดำเนินงานทั้งที่เกี่ยวข้องกับโครงการและการทำงานในระบบปกติ อีกทั้งเพื่อเผยแพร่สื่อสารและถ่ายทอดแก่ผู้ดำเนินการในพื้นที่อื่น ผู้เกี่ยวข้อง ผู้สนใจทั่วไป

1. แนวคิด หลักการ กลไกการจัดการและพัฒนารองรับโครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไว้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”

แนวคิด หลักการ การพัฒนา

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ได้เริ่มเปิดดำเนินการให้บริการวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2484 บนพื้นที่ 164 ไร่ 1 งาน 25 ตารางวา จำนวนบุคลากรที่ให้บริการรวมทั้งหมด 2,315 คน อัตราการเพิ่มขึ้นของบุคลากรเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆเช่นเดียวกับจำนวนผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวันที่ไอพีดีก็เพิ่มมากขึ้นทุกปีจนแพทย์พยาบาลไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพจึงเกิดแนวคิดพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิเป็นจุดเชื่อมโยงการดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนโดยมีหลักการดำเนินการ 3 ข้อ คือ (1) สร้างทีมร่วมดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ หมายความว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและอนามัยเป็นทีมเดียวกัน (2) สร้างระบบเชื่อมโยงกับโรงพยาบาล (3) สร้างพลังชุมชน เพื่อไปสู่จุดหมายสูงสุดคือ Self Care โดยมีหลักการพัฒนาดังนี้

1. สร้างทีมร่วมในการดูแลสุขภาพเชื่อมการดูแลรักษาส่งเสริมสุขภาพระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชน
2. สร้างระบบเชื่อมโยงเครือข่าย (Network) การดูแลผู้ป่วยและข้อมูลทั้งไปและกลับและระบบสนับสนุนเครือข่าย
3. สร้างพลังอำนาจให้กับชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
4. สร้างความร่วมมือในการสนับสนุนการให้บริการดูแลสุขภาพทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน
5. สร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน
6. พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพมาตรฐาน

จากแนวคิด นำไปสู่การออกแบบการดำเนินงานหลัก อย่างไร

จากแนวคิดดังกล่าวในปี 2545 ได้หารูปแบบและเครือข่ายการทำงานในระดับปฐมภูมิในบทบาทของโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ในเขตเมืองและเขตชนบทโดยจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้น 2 แห่งคือศูนย์แพทย์วัดพันปีและคลินิกเวชปฏิบัติครอบครัวในโรงพยาบาล และได้นำรูปแบบทั้งสองแห่งพัฒนาขยายเครือข่ายงานบริการปฐมภูมิให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบจนถึงปี 2549 ถึงแม้จะมีการพัฒนาและสร้างเครือข่ายบริการ ปฐมภูมิเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง แต่จากข้อมูลการใช้บริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพุทธชินราชยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้พบปัญหาความแออัดของผู้ป่วยที่มาใช้บริการผู้ป่วยนอก ระยะเวลาในการใช้บริการนาน เกิดข้อร้องเรียนสูง จึงได้เข้าร่วมโครงการพัฒนาโรงพยาบาลบริการประทับใจ ใ้รู้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย ในปี 2550-2551 โดยจัดทำแผนงานโครงการพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมทั้ง 3 ส่วนคือ OPD จุดประสานเชื่อมโยง และPCU ดังนี้

ปีที่หนึ่ง

1. โครงการพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราชฯ
2. โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลสุขภาพประชาชนระหว่างเครือข่าย
3. โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน
4. โครงการพัฒนาศักยภาพศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่ายโรงพยาบาลพุทธฯ
5. โครงการจัดตั้งศูนย์แพทย์ชุมชนตำบลสมอแข อำเภอเมืองพิษณุโลก
6. โครงการพัฒนาความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อส่งเสริมป้องกัน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ปีที่สอง

1. โครงการประทับใจในบริการหลังตรวจ
2. โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยมารับการรักษาจากโรงพยาบาลต่างจังหวัด
3. โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลสุขภาพประชาชนระหว่างเครือข่าย
4. โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังดูแลต่อเนื่องที่ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน
5. โครงการรัฐร่วมเอกชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก
6. โครงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน
7. โครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการ ในศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่ายโรงพยาบาลพุทธชินราชฯ
8. โครงการพัฒนาศักยภาพการฝากครรภ์ในศูนย์สุขภาพชุมชน
9. โครงการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ
10. โครงการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลสมอแข อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

11. โครงการพัฒนาความเข้มแข็งในชุมชนเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ
12. โครงการสื่อสารประชาสัมพันธ์สร้างการยอมรับในคุณค่า เอกลักษ์งานบริการปฐมภูมิ โดยใช้กระบวนการ Advocacy
13. โครงการพี่สอนน้องร่วมคัดกรองมะเร็ง

กลไกหลักในการจัดการเพื่อดำเนินการ และปัจจัยหนุนเสริม

- ผู้บริหารและหัวหน้ากลุ่มงานในโรงพยาบาลเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- หน่วยบริการทุกระดับคือ สสจ. รพ., สสอ. สอ. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนมีความเข้าใจและมีส่วนร่วม
- มีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักในการจัดการเชื่อมประสานระหว่างรพ. PCU ชุมชน และองค์กรอื่นๆ
- มี Core Team รับผิดชอบดำเนินการต่อเนื่อง มีคณะทำงานทั้งหมด 4 ชุด
- มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

บทเรียนที่เป็นความสำเร็จ ข้อผิดพลาด ข้อจำกัด และอุปสรรค

บทเรียนที่เป็นความสำเร็จ

- การสร้างเครือข่ายการทำงานในระดับปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและมีทัศนคติการทำงานไปในทิศทางเดียวกันโดยใช้รูปแบบการประเมินตนเองตามระบบงานบริการปฐมภูมิ
- มีหน่วยงานที่เป็นแกนหลักในการบริหารจัดการเครือข่ายเชื่อมประสานระหว่าง รพ. PCU ชุมชน และภาคส่วนอื่นๆ
- จัดตั้งศูนย์สุขภาพเมืองเป็นจุดประสานงานและเชื่อมโยงเครือข่ายทั้งไปและกลับทั้งระบบข้อมูลและผู้ป่วย
- แนวทางจัดการข้อมูลที่อยู่กระจัดกระจายทั้งในรพ. และศูนย์ข้อมูลอำเภอมารวบรวมจัดเก็บเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อเอื้อต่อการพัฒนาโครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย”
- การกระจายการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 3 หลักลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งในและนอกเขตเทศบาลฯ
- การนำคลินิกแพทย์เข้าร่วมให้บริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามโครงการรัฐร่วมเอกชน
- การจัดแพทย์ Consult ประจำโซน PCU

- พัฒนาโปรแกรมส่งต่อข้อมูลการรักษาผู้ป่วยที่ส่งรักษาต่อเนื่องที่ PCU ใกล้เคียงบ้าน
- พัฒนารูปแบบบันทึกการส่งต่อการดูแลที่บ้าน (บส 01) ทางกระดาษเป็น File อิเล็กทรอนิกส์ เชื่อมต่อทาง Internet กับ PCU โดยทาง Web Mail
- รูปแบบการดูแลภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานทั้ง ตา ไต เท้า ได้อย่างครอบคลุม
- สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูกขยายสู่การเป็น “ ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อนมะเร็ง ” และ “ โครงการพี่สอนน้องร่วมคัดกรองมะเร็ง ”
- พัฒนาความเข้มแข็งในชุมชนเกิดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนและชุมชน เกิดชมรมการสร้างสุขภาพและคนต้นแบบที่สามารถดำเนินกิจกรรมในชมรมได้อย่างต่อเนื่อง สามารถพึ่งพาตนเองได้
 - ชมรมเบาหวาน (ชมรมรักษาสภาพ ชมรมสุขภาพจิตใจ ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)
 - ชมรมรวมใจด้านภัยมะเร็ง
 - ชมรมคนรักชีวิต
 - ชมรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ที่บ้าน
 - ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวในชุมชน

ข้อจำกัด

- ต้องใช้ระยะเวลาในการประสานทำความเข้าใจการทำงานแบบบูรณาการในทุกภาคส่วน
- การสนับสนุนการพัฒนาในระดับปฐมภูมิในมุมมองของผู้บริหารระดับจังหวัดเป็นไปตามนโยบายแต่ยังขาดการสนับสนุนด้วยใจที่อยากพัฒนาหรือยังมองไม่เห็นคุณค่าหรือแก่นการทำงานในระดับปฐมภูมิเนื่องจากการพัฒนาในระดับปฐมภูมิเห็นผลช้าในความคิดของผู้บริหารในระดับ สสจ ทำให้การสนับสนุนเป็นไปไม่ต่อเนื่อง
- การเบิกจ่ายงบประมาณเป็นไปตามระเบียบของงานพัสดุทำให้ล่าช้า

2. การออกแบบและการปรับปรุงบริการในโรงพยาบาลให้คล่องตัว สะดวก

ธรรมชาติ/ปัญหาของบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลพุทธฯเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ให้บริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิไปจนถึงระดับตติยภูมิรับส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือตอนล่าง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานการใช้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราชย้อนหลังสามปีพบว่าอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นทุกปีเฉลี่ย 1,748 -2,432 รายต่อวันเป็นผู้ป่วยที่มาจากในเขตรับผิดชอบอำเภอเมืองร้อยละ 41.5 และต่างพื้นที่ร้อยละ 58.5 เป็นงานรักษาพยาบาลร้อยละ 87.5 ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพร้อยละ 2.5 การใช้บริการของประชาชน ในเขตอำเภอเมืองทั้งในและนอกเขตเทศบาลที่เข้ามาใช้บริการที่รพ.พุทธฯส่วนใหญ่เป็น

ผู้ป่วยโรคทั่วไปที่ไม่จำเป็นต้องพบแพทย์เฉพาะทางเช่น โรคระบบทางเดินหายใจ เช่น URI Pharyngitis ภูมิแพ้ โรคระบบย่อยอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ สามารถดูแลได้โดยหน่วยปฐมภูมิและกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ที่รักษาต่อเนื่องไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ถึงร้อยละ 70 เนื่องจากมีความกังวลในเรื่องการรักษาความเชื่อมั่นในบริการของหน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน

การออกแบบกิจกรรมเพื่อพัฒนา ปรับเปลี่ยนบริการผู้ป่วยนอกให้คล่องตัว บริการดีขึ้น

- **พัฒนาระบบนัด** โดยให้บริการนัดเป็นช่วงเวลาคือ นัดเป็นช่วงชั่วโมง 09.00-10.00 น.และนัดเป็นช่วงครึ่งวันเช่น 09.30-12.00 น. และ 13.00-15.00 น. และใช้ระบบคิวอัตโนมัติในการจัดลำดับเข้าห้องตรวจทำให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาทราบจำนวนผู้ป่วยที่เหลือในการวางแผนตรวจรักษาได้เร็วขึ้น ผู้ป่วยที่รอรับการรักษาก็สามารถทราบลำดับการรักษาผ่านหน้าจอ computer
- **เพิ่มจุดบริการจ่ายยา** อีก 1 แห่งที่บริเวณชั้น 3 อาคารผู้ป่วยนอกในการให้บริการผู้ป่วยห้องตรวจกระดูกและข้อ ห้องตรวจสูติ นรีเวช ห้องตรวจตา หู คอ จมูก เฉลี่ยวันละ 250 คนทำให้เกิดความสะดวกและรวดเร็วขึ้นลดระยะเวลารอคอยผู้ป่วยมีความพึงพอใจ
- **เปิดคลินิกนอกเวลา** ที่ห้องตรวจอายุรกรรมวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 07.30-08.30 น.จัดแพทย์ออกตรวจวันละ 2 คนตรวจผู้ป่วยรายใหม่และผู้ป่วยที่ไม่ได้นัดเฉลี่ยวันละ 40 คน ช่วยลดความแออัดในช่วงเช้าทำให้ระยะเวลารอคอยลดลง ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้น
- **ปรับปรุงพื้นที่หน้าห้องตรวจอายุรกรรม** เป็นจุดตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของใบสั่งยา พิมพ์ฉลากยา ลงทะเบียนคำรักษาพยาบาล ข้าราชการสิทธิจ่ายตรงช่วงเวลา 08.30-15.30 น.
- **จัดระบบการรับ Refer** ทางโทรศัพท์จากโรงพยาบาลต่างจังหวัด เพื่อจำกัดปริมาณผู้ป่วยนัดต่อวันในห้องตรวจอายุรกรรม
- **พัฒนาศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย** โดยขยายบริการแบบครบวงจร เพิ่มศักยภาพสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาให้กับประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ให้ไปใช้บริการเบื้องต้นกรณีโรคทั่วไปโรคเรื้อรัง และพัฒนาการดูแลแบบผสมผสานที่มีประสิทธิภาพ

3. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ที่สอดคล้องกับสถานการณ์จริง

สถานการณ์ภาระโรคเรื้อรังที่โรงพยาบาลและเครือข่ายบริการ รับผิดชอบ

จากสถิติผู้ป่วยนอก 10 อันดับโรคแรกปี 2548 ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง จำนวน 40,153 25,808 19,105 รายตามลำดับ และผู้ป่วยร้อยละ 70 เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก ร้อยละ 30 เป็นผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องไม่มีภาวะแทรกซ้อนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้ ซึ่งกลุ่มนี้สามารถส่งกลับไปดูแลที่PCUใกล้บ้านได้ ซึ่งมีจำนวน 3,615 ราย

แนวคิดในการจัดการเพื่อลดปัญหาโรคเรื้อรังและพัฒนาคุณภาพการดูแล

- a. สถานบริการตั้งแต่ในระดับโรงพยาบาล และศูนย์สุขภาพชุมชนเครือข่าย ต้องมีความพร้อม ทั้งด้านบุคลากร ด้านความรู้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานการดูแลรักษาของสถานบริการแต่ละระดับ มีความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในการวางแผนและพัฒนาระบบการส่งต่อ
- b. มีการพัฒนาจัดระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
- c. จัดพัฒนาและปรับปรุงรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอก กลุ่มโรคผู้ป่วยนอก เขตอำเภอเมือง เพื่อวางแผนกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ในการพิจารณาตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน
- d. ปรับปรุงและพัฒนาเร่งเกณฑ์มาตรฐานการดูแลโรค เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเส้นเลือดสูง
- e. จัดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้แพทย์ประจำโซน
- f. จัดคลินิกเครือข่ายรัฐร่วมเอกชนในการให้บริการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในเขตเทศบาลฯ

จากข้อมูลจึงนำมาวิเคราะห์และปรับปรุงพัฒนาเพื่อจัดรูปแบบบริการดังนี้

1. พัฒนาระบบข้อมูล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 25 PCU ให้จัดเก็บข้อมูลในรูปแบบเดียวกัน ง่ายต่อการสืบค้น และมีข้อมูลครอบคลุมตามมาตรฐานการดูแล เช่น ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มผู้ป่วย ผลการตรวจเลือด การตรวจภาวะแทรกซ้อนระบบต่างๆ เป็นต้น
2. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อ เพื่อการติดตามประเมินผล ต่อเนื่อง (กำลังดำเนินการ)
3. พัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อการสืบค้นข้อมูล และพัฒนาช่องทางในการส่งต่อข้อมูลระหว่างเครือข่าย ให้สะดวก รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ
4. พัฒนาบุคลากร และการเตรียมองค์ความรู้ มีการประชุมหารูปแบบและหัวข้อการให้ความรู้ โดยมีการกำหนดร่วมกันของทีมแพทย์ พยาบาลและ เจ้าหน้าที่ PCU ในการกำหนด หัวข้อการสอน เพื่อให้ ทุก PCU ได้รับการสอนตามมาตรฐานเดียวกัน
5. อบรมพัฒนาความรู้ ทักษะ แก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่าย ปีละ 1 ครั้ง
6. จัดทำ Guideline ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ศูนย์สุขภาพชุมชน ในเครือข่าย
7. แต่งตั้งทีมแพทย์ที่ปรึกษาประจำโซน
8. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนโครงการรัฐร่วมเอกชน
9. พัฒนาศักยภาพการบริการศูนย์สุขภาพชุมชน โดยปรับเปลี่ยนรายการยาให้สามารถครอบคลุมดูแลผู้ป่วยที่ส่งต่อ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต โรคไขมันในเลือดสูง ตามบัญชียา PCU 223 รายการ

กลไกการจัดการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในเขตเมือง

ขั้นเตรียมการ

1. รวบรวมข้อมูล, วางแผน กำหนดเป้าหมายในการดำเนินการตามโครงการ
2. ทบทวนมาตรฐานในการส่งต่อผู้ป่วยและเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค
3. จัดทำคู่มือ เอกสาร แนวทางการรักษาผู้ป่วย 3 โรคและเป้าหมายของการรักษา
4. จัดทำแผนการสอนของแพทย์ตามโซน ที่แบ่งแพทย์ที่รับปรึกษา

ขั้นดำเนินการ

1. ประชุมชี้แจง แนวทางวิธีในการดำเนินการพัฒนาส่งต่อระบบผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. ปรับบัญชียาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนให้มีความสามารถดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อได้
3. ผู้รับผิดชอบของแต่ละศูนย์สุขภาพชุมชนจัดทำทะเบียนเพื่อติดตาม การดูแลผู้ป่วยแบบต่อเนื่อง
4. แพทย์ประจำโซน สอน, ประชุมตามโซน เพื่อเสริมความรู้ ติดตามแก้ไขปัญหา

บทเรียนที่ทำได้ดี และส่วนที่ยังเป็นข้อจำกัด / อุปสรรค

1. การดูแลกำกับคุณภาพของการจัดบริการใน PCU โดยใช้แพทย์ประจำโซน ทำหน้าที่ดูแลเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้ และเพิ่มทักษะความมั่นใจให้กับเจ้าหน้าที่ PCU
2. PCU สามารถพัฒนาศักยภาพตนเองในการให้บริการผู้ป่วย 3 โรคเรื้อรังได้ดีมากขึ้น และในกรณีผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ ก็สามารถส่งกลับมารักษาต่อได้อย่างรวดเร็ว
3. จากการพัฒนาระบบทำให้เกิดการตื่นตัวของการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
4. การมีผู้รับผิดชอบโครงการเป็นสิ่งสำคัญ ที่ทำให้สามารถดำเนินงานได้ต่อเนื่อง เนื่องจากการทำงานระหว่าง รพ. และ PCU ต้องมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนเพื่อทำงานร่วมกับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อุปสรรคข้อจำกัด

1. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่PCUในระยะแรกของการพัฒนาเป็นการเพิ่มภาระงานที่หนักทุกด้าน เช่น การอบรม การควบคุม ติดตาม โดยแพทย์ประจำโซน การจัดทำทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การมีและใช้โปรแกรมส่งต่อทางinternet การให้บริการผู้ป่วยที่ส่งกลับ การทำความเข้าใจ และปฏิบัติงานตามมาตรฐานต่างๆ รวมถึงการประชุมติดตามงาน ปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามโครงการอย่างต่อเนื่อง ต่างๆเป็นเรื่องสำคัญมาก ที่ผู้ดูแลโครงการทุกระดับต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้เกิดความร่วมมือทุกฝ่าย และทุกระดับ
2. การทำงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ ซึ่งมี 3 CUP และแพทย์ท่านต้องมีการพูดคุย ประชุมสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติเหมือนกัน แต่ในการปฏิบัติงานจริง แพทย์แต่ละท่านมีเวลาจำกัด ทำให้การประชุมแบบทีมใหญ่ทำได้ยาก

3. จากโครงการเบิกตรง ทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เบิกได้ ไม่ยินดีกลับไปใช้บริการที่ PCU เนื่องจากต้องเสียค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเจาะเลือด ค่ายา และต้องนำมาเบิกเอง ซึ่งเป็นเรื่องไม่สะดวก จากการสุ่มสำรวจผู้ป่วยที่ใช้สิทธิเบิกตรงพบว่าร้อยละ 85 ไม่ยินดีกลับไปรักษาที่ PCU เนื่องจากปัญหาเรื่องการสำรองจ่าย
4. แพทย์ประจำโซนต้องการเพิ่มรายการยาบางตัว เช่น Modulatic โดยให้ใช้ยาภายใต้การควบคุมของแพทย์ แต่ในทางปฏิบัติต้องนำมาพิจารณาร่วมกันเนื่องจากอาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้กับ PCU มากเกินไป ทั้งด้านการเบิกจ่าย การเก็บรักษา และเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของ PCU เกินงานในระดับปฐมภูมิ
5. จากการวางระบบการดูแลทำให้พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกรายในพื้นที่ ได้รับการดูแลเจาะเลือดตามมาตรฐาน รวมถึงการคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง ทำให้พบกลุ่มเสี่ยงสูง และส่งกลุ่มเสี่ยงสูงกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล(ผลดีคือ คาดว่าสามารถอัตราการป่วยตายของกลุ่มโรคเรื้อรังในพื้นที่ได้) จากเหตุนี้ทำให้อัตราการส่งกลับ PCU และอัตราการส่งกลับ ร.พ อยู่ในปริมาณใกล้เคียงกัน ทำให้ปริมาณผู้ป่วยที่มารับบริการในภาพรวมไม่ลดลงแบบชัดเจน แต่เกิดระบบการดูแลที่สมดุลคือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบเหมาะสมตามภาวะของโรค การลดแออัดที่ชัดเจนต้องใช้เวลา ประมาณ 3 ปี

4. การพัฒนาระบบข้อมูล สารสนเทศที่ตอบสนองต่อการพัฒนาบริการ การลดความแออัด และการสนับสนุนพัฒนาเครือข่าย

ข้อมูลที่ต้องจัดการลำดับแรกเพื่อใช้เป็นตัวช่วยในการพัฒนาบริการ ลดความแออัด และพัฒนาเครือข่าย

1. ข้อมูลผู้ให้บริการในหน่วยบริการ แยกตามเขตรับผิดชอบและภูมิสำเนา
2. ข้อมูลประชากรที่เป็นฐานข้อมูลมาจากแหล่งเดียวกัน
3. ข้อมูลบุคลากร
4. ข้อมูลพื้นฐานหน่วยบริการ
5. ข้อมูลผลการปฏิบัติงานก่อนเริ่มโครงการ หลังดำเนินการ ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

การลงทุนที่คุ้มค่าเพื่อให้เกิดการพัฒนาและใช้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง (องค์ประกอบสำคัญและกลไกการจัดการ)

1. การพัฒนาระบบเครือข่ายเชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการในเครือข่าย
2. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งต่อข้อมูล

หลักในการใช้ข้อมูลเพื่อกำกับติดตาม (องค์ประกอบสำคัญและกลไกการจัดการ)

ใช้ข้อมูลที่มีการเก็บรวบรวม ครบถ้วนถูกต้อง และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ ประเมินผล

บทเรียนที่ทำได้ดี และข้อจำกัด ข้อผิดพลาด

- พัฒนาโปรแกรมการส่งต่อข้อมูลที่สามารถดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการให้บริการได้
- มีการทดสอบและปรับปรุงโปรแกรมต่อเนื่องเพื่อให้เหมาะสมกับการใช้งานและสามารถสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังรักษา PCU ใกล้เคียงบ้าน

ข้อจำกัด

- พื้นที่ที่ตั้งของPCUบางแห่งไม่มีเครือข่าย Internet ที่สะดวก ความเร็วสูง ทำให้ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลช้าไม่สะดวก
- คุณสมบัติของเครื่องที่ไม่เข้ากันกับการใช้โปรแกรม
- โปรแกรมเมอร์ของโรงพยาบาล มีน้อยในขณะที่ยังภาระงานมาก

5. ข้อเสนอในการพัฒนางาน ตามโครงการฯ

1. ความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อระบบงานบริการปฐมภูมิ

ด้านประชาชนผู้ให้บริการ แม้จะได้มีการพัฒนาระบบงานบริการปฐมภูมิให้เกิดการยอมรับและศรัทธาต่อการให้บริการที่ใกล้บ้านได้ในระดับหนึ่งแต่ยังพบว่าประชาชนอีกส่วนหนึ่งยังขาดความเชื่อมั่นและยอมรับในการให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) จะเห็นจาก 60% ของผู้ป่วยที่สามารถรักษาได้ในระดับบริการปฐมภูมิไม่ยอมไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้าน ซึ่งประหยัดกว่าอีกทั้งมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยและมีการติดตามการรักษาที่ดี กลับเดินทางเข้ามาพบแพทย์ในโรงพยาบาลใหญ่ ซึ่งต้องใช้เวลารอคอยนานกว่า 3-4 ชั่วโมง ท่ามกลางผู้ป่วยมากมาย เนื่องจากไม่มั่นใจว่าหน่วยบริการปฐมภูมิเจ้าหน้าที่จะมีศักยภาพจะรักษาให้หายได้ อีกทั้งไม่รู้ไม่เข้าใจในระบบงานบริการปฐมภูมิว่ามีศักยภาพและขอบเขตการให้บริการมีอะไรบ้าง ประชาชนยังคิดว่าระบบบริการสุขภาพเป็นของรัฐไม่ใช่ของประชาชนจึงทำให้ไม่รู้สึกเป็นเจ้าของของบริการ PCU ซึ่งต้องใช้เวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ด้านบุคลากร

- ผู้ปฏิบัติในหน่วยบริการปฐมภูมิบางส่วนยังมองไม่เห็นคุณค่าของตนเองและเอกลักษณ์ของงานบริการปฐมภูมิทำให้การทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นไปตามนโยบายมากกว่าที่จะพัฒนาให้เกิดบริการที่มีคุณภาพอย่างจริงจัง อีกทั้งรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในวิชาชีพ จึงไม่เกิดการสื่อสารประชาสัมพันธ์งานของ PCU ให้กับผู้เกี่ยวข้องทั้งในระดับผู้บริหารบุคลากรสาธารณสุขในระดับ 2-3 และผู้รับบริการ ให้เข้าใจและยอมรับได้

- เจ้าหน้าที่ไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ระบบงานปฐมภูมิได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีงานเร่งด่วนตามนโยบายเป็นภารกิจที่ต้องดำเนินการขาดการบูรณาการ
- บุคลากรสาธารณสุขบางส่วนในระดับ 2-3 ยังไม่เข้าใจถึงระบบงานบริการปฐมภูมิและไม่เชื่อมั่นในศักยภาพของเจ้าหน้าที่ระดับปฐมภูมิ

ด้านนโยบาย

- วิสัยทัศน์ / ความเข้าใจของผู้บริหารในการสนับสนุนเรื่องการพัฒนา PCU ทั้งในเรื่องการบริหารจัดการและนโยบายการพัฒนาบุคลากรในระดับปฐมภูมิยังไม่แน่นอนเป็นรูปธรรมชัดเจน

แนวทางแก้ไข

1. ในระดับนโยบายให้การสนับสนุนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างจริงจัง ต่อเนื่อง ทั้งงบประมาณและกำลังคนใน PCU และทรัพยากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการที่ทันสมัย
2. ผลักดันให้เกิดนโยบายพัฒนาบุคลากรใน PCU อย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของประชาชน และสร้างการยอมรับและความภาคภูมิใจให้กับเจ้าหน้าที่ PCU
3. ผลักดันให้เกิดการสื่อสารประชาสัมพันธ์เรื่องคุณภาพบริการศักยภาพและบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ แก่ประชาชน และบุคลากรในระดับต่างๆได้รับทราบ
4. ผลักดันให้ประชาชนรับรู้สิทธิ และสร้างความรู้สึกรับรู้เป็นเจ้าของ และมีส่วนร่วมในงานบริการ

2. การติดตามสนับสนุนพื้นที่ของทีมวิชาการ

- ทีมสนับสนุน นักวิชาการประจำภาคขาดการติดตามสนับสนุนในการให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาในพื้นที่
- ขั้นตอนแนวทางการจัดทำแผนและการติดตามประเมินผลของส่วนกลางไม่ชัดเจนว่าต้องดำเนินการตามขั้นตอนอย่างไรทำให้เกิดความล่าช้า

แนวทางแก้ไข

1. ให้ทีมสนับสนุนและติดตาม ลงพื้นที่เพื่อติดตามให้คำปรึกษาการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ
2. มีนักวิชาการร่วมวิเคราะห์ประเมินผลโครงการ
3. กำหนดแนวทางขั้นตอนการจัดทำแผน รูปแบบการติดตามประเมินผลในปีต่อไป

ในปีงบประมาณ 2551 โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้จัดทำโครงการพัฒนาโรงพยาบาล “บริการประทับใจ ไร้ความแออัด พัฒนาเครือข่าย” เป็นปีที่สองโดยมีแผนงานในโครงการต่อเนื่องจากปี 2550 เน้นเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ หญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งการสนับสนุนการพัฒนาระบบส่งต่อ การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย พื้นที่ร่วมกับท้องถิ่น ชุมชน และ การสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการยอมรับคุณค่าเอกลักษณ์งานบริการปฐมภูมิ

ภาพรวมเป็นการดำเนินงานที่พยายามผลักดันให้ระบบสุขภาพสามองค์ประกอบหลัก คือระบบงานในโรงพยาบาลระบบบริการปฐมภูมิ และระบบการดูแลสุขภาพตนเองของคนในชุมชน ให้ทำงานเข้ากันได้ อย่างผสมผสานสอดคล้องและเชื่อมโยง ทั้งในเรื่องของทัศนคติการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล หน่วยบริการปฐมภูมิ และประชาชนในชุมชน) การสนับสนุนด้านวัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ต่าง ๆ แผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดระบบข้อมูลในการส่งต่อ-ส่งกลับผู้ป่วย เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ฯลฯ ทางด้านวิชาการมีการถ่ายทอดความรู้สองทาง คือความรู้ทางการแพทย์เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลสุขภาพที่ปลอดภัยมีคุณภาพและความรู้เรื่องการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เข้าถึง เข้าใจชุมชนเพื่อเหนี่ยวนำโน้มน้าวให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

เครือข่ายพุทธชินราชได้นำแนวคิดการจัดระบบสุขภาพสามองค์ประกอบหลัก ที่ผสมผสานกัน เชื่อมโยงมาใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนในทุกช่วงของวงจรชีวิต (Life cycle) ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา จนกระทั่งวาระสุดท้ายกิจกรรมจะประสานองค์ประกอบต่างๆทั้งในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลจนเป็นเนื้อเดียวกันดังนี้

ในวงจรชีวิตตั้งแต่ก่อนเกิด หญิงตั้งครรภ์ในตำบลจะมีอาสาสมัครชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวคอยดูแลเอาใจใส่ให้มีการฝากครรภ์อย่างครบถ้วน มีศูนย์การเรียนรู้สายใยรักแห่งครอบครัวในตำบลเป็นศูนย์กลางถ่ายทอดความรู้ให้คุณพ่อ คุณแม่รู้จักการดูแลตนเองระหว่างตั้งครรภ์ สนับสนุนให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังคลอดบุตร และแนะนำวิธีการเลี้ยงดูเด็กให้มีการเจริญเติบโตสมวัยและได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้ตามเกณฑ์กำหนด เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นที่ปรึกษาของชมรมสายใยรักแห่งครอบครัวในชุมชน และยังดูแลหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับการตรวจครรภ์อย่างต่อเนื่อง เมื่อพบภาวะตั้งครรภ์เสี่ยง ผู้ป่วยจะถูกส่งต่อพบแพทย์โรงพยาบาลพุทธชินราชเพื่อการตรวจยืนยันและให้การรักษาตามความเหมาะสม

เมื่อเติบโตเข้าสู่วัยรุ่น เด็กในวัยนี้เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ยาเสพติด รวมถึงการฉีดยาเสพติดเข้าอวัยวะเพศในเด็กผู้ชาย เครือข่ายพุทธชินราช รับมือกับปัญหานี้ผ่านโครงการป้องกันโรคติดเชื้อทางเพศและสิ่งเสพติดในเด็กวัยรุ่น โครงการนี้ประกอบด้วยบุคลากรจากหลายส่วน เช่น แพทย์ พยาบาล จากโรงพยาบาลพุทธชินราช เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และกลุ่มเพื่อนใจวัยรุ่น

ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชนจากสถานศึกษาต่าง ๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก อาสาสมัครด้วยกันเพื่อสื่อสารกับเพื่อนวัยรุ่นให้เข้าใจ และรู้จักระวังป้องกันปัญหาเหล่านี้ แนะนำและประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการเฝ้าระวังรักษาอย่างถูกต้อง เมื่อรู้ว่าผู้ใดต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว

ช่วงชีวิตในวัยทำงาน ช่วงนี้เป็นช่วงชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ มากขึ้น ทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด คัดเผล้า บุหรี่ ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่โรคเหล่านี้เป็นผลพวงของการดำเนินพฤติกรรมชีวิตที่ไม่เหมาะสมมาเป็นเวลานาน อาสาสมัครในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำการค้นหาคัดกรองโรคต่าง ๆ เหล่านี้ในชุมชนของตน เมื่อพบผู้ป่วยแล้วจัดระบบส่งต่อเข้าโรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมโรคเรื้อรังเหล่านี้ไม่สามารถรักษาได้ด้วยการใช้ยาแต่เพียงลำพัง ปัจจัยสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจ คือ การเริ่มพฤติกรรมชีวิตใหม่ให้สอดคล้องกับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ โดยมีกิจกรรมหลายอย่างที่เกิดจากความร่วมมือของ ชุมชน สถานีอนามัย และโรงพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น การค้นหาผู้ป่วยที่เป็นคนต้นแบบหรือ good model ในตำบลโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำหน้าที่เป็นแมวมองค้นหาผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีพฤติกรรมสุขภาพดีเป็นแบบอย่างได้ แล้วเชิญคนต้นแบบเหล่านั้นเข้าร่วมกิจกรรม ในค่าย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพุทธชินราชจากหลายสาขาวิชาชีพร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้บริหารจัดการค่าย วัตถุประสงค์ของค่ายคนต้นแบบเพื่อเสริมพลังความรู้ความเข้าใจในโรค รวมถึงวิธีการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนเองผนวกกับความรู้ทางวิชาการที่ได้รับจากค่ายให้กับกลุ่มผู้ป่วยคนอื่น ๆ และกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ลักษณะเช่นนี้เป็นรูปแบบหนึ่งที่ผลักดันให้เกิดการสร้างพฤติกรรมชีวิตใหม่ได้อย่างแท้จริง พบว่าในผู้ป่วยเบาหวานการควบคุมน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือด (HbA1c) ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราการเกิดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง คนต้นแบบโน้มน้าวให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนลดหรือเลิกเหล้า บุหรี่ เห็นผลได้อย่างชัดเจน

องค์ประกอบระบบสุขภาพอันกลมกลืน อีกระบบหนึ่งที่น่าสนใจ คือ ระบบบูรณาการดูแลรักษา มะเร็งเต้านม เป็นการประสานงานในชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลเข้ามาเป็นระบบเดียวกัน ตั้งแต่การคัดกรอง ส่งเข้าตรวจวินิจฉัยรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยได้รับอนุญาตให้กลับบ้านได้ ชมรมรวมใจด้านภัยมะเร็ง เป็นตัวแทนของคนในชุมชนที่อาสาทำหน้าที่กระตุ้นให้สตรีในชุมชนรู้จักการตรวจเต้านมตัวเองอย่างสม่ำเสมอ สมาชิกในชมรมได้รับการเสริมความรู้และทักษะในเรื่องการตรวจเต้านมอย่างถูกต้อง โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและโรงพยาบาล การตรวจคัดกรองโดยชุมชน เป็นผู้นำทำให้เราค้นพบผู้ป่วยที่มีก้อนผิดปกติที่เต้านมเป็นจำนวนไม่น้อย เมื่อได้รับการตรวจยืนยันโดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแล้ว ผู้ป่วยเหล่านั้นจะถูกนัดเข้าระบบโรงพยาบาล เพื่อตรวจวินิจฉัยโดย mammography และพบแพทย์ศัลยกรรมได้ในคราวเดียวกัน เมื่อพบแพทย์ได้รับการวินิจฉัยแล้วผู้ป่วยจะถูกปรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป ระบบนี้นอกจากจะดูแลด้านร่างกาย และโรคที่เป็นอย่างปลอดภัย และมีคุณภาพแล้ว ยังมีการดูแลด้านจิตใจควบคู่กันไปด้วย โดยการดูแลของสมาชิกชมรมมิตรภาพบำบัดเพื่อนช่วยเพื่อนโรงพยาบาลพุทธชินราช สมาชิกชมรมนี้ทั้งหมดเป็นผู้ป่วยมะเร็งรุ่นพี่ ๆ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วคือคนที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมา

ก่อน มีประสบการณ์ได้รับการรักษาทั้งผ่าตัด เคมีบำบัด หรือฉายแสงมาแล้ว อาสาเข้าร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทางด้านความรู้สึกรู้สึกและจิตใจ โดยเข้าไปพูดคุยประทับใจประทับใจ สร้างความมั่นใจ ให้กำลังใจผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ซึ่งกำลังเศร้าโศก ว่าวัน สิ้น สิ้น พร้อมทั้งแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวทั้งก่อนและหลังผ่าตัด และการเตรียมตัวรับเคมีบำบัดหรือฉายแสง ให้เกิดความเชื่อมั่นว่าสิ่งเหล่านั้น ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด และสามารถผ่านไปได้ด้วยกำลังใจของตนเอง และมิตรภาพของเพื่อน ๆ พี่ ๆ ที่อยู่รอบข้าง ทุกวันนี้มะเร็งเต้านมที่คัดกรองพบมักเป็นระยะแรก ๆ แพทย์ดูแลรักษาได้โดยง่าย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนได้โดยเร็วทั้งร่างกายและจิตใจ

ผู้สูงวัยและผู้พิการทุพพลภาพในชุมชนเป็นกลุ่มบุคคลที่ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสังคม ชุมชนจิตอาสาในชุมชนรวมตัวกันขึ้นจากคนหลากหลายสถานะและอาชีพ แต่ตรงกันในความรู้สึกเอื้ออาทรต่อผู้สูงวัยและผู้พิการในชุมชนโรงพยาบาลพุทธชินราช และสถานีนามัยเครือข่ายสนับสนุนชมรมจิตอาสาในชุมชนโดยจัดโครงการฝึกอบรมสมาชิกจิตอาสาให้เข้าใจโรคและภาวะต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ และผู้พิการทุพพลภาพฝึกทักษะในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโดยเฉพาะเรื่องการทรงตัวและการเคลื่อนไหว เรียนรู้และเข้าถึงจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล ฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยจริงในชุมชน โดยมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่สถานีนามัยเป็นที่เลี้ยง สมาชิกจิตอาสาในแต่ละตำบลมีกิจกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการที่หลากหลายแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่เน้นเรื่องการเยี่ยมเยียนให้กำลังใจที่บ้าน ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยเท่าที่จะเป็นไปได้ ปรับปรุงสภาพบ้านเรือนสิ่งแวดล้อม แม้กระทั่งสนับสนุนเรื่องอาชีพเพื่อมีรายได้จุนเจือผู้ป่วยและผู้สูงวัย หลังจากมีสมาชิกจิตอาสาเยี่ยมเยียนดูแลเอาใจใส่ พบว่าคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงขึ้นและสูงขึ้นมากอย่างชัดเจนในคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ อัตราการกลับมาอนชื้อในโรงพยาบาลก็ลดลงอย่างเห็นได้ชัด กล่าวได้ว่าชมรมจิตอาสาสร้างกระแสน้ำใจให้เกิดขึ้นและไหลเวียนในชุมชนเพื่อดูแลคนในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีนามัยและโรงพยาบาลเป็นฝ่ายสนับสนุน ทั้งสามฝ่ายทำงานร่วมมือกันได้อย่างกลมกลืน ผลลัพธ์คือความสุขทั้งกายและใจของผู้สูงอายุและผู้พิการทุพพลภาพในชุมชน

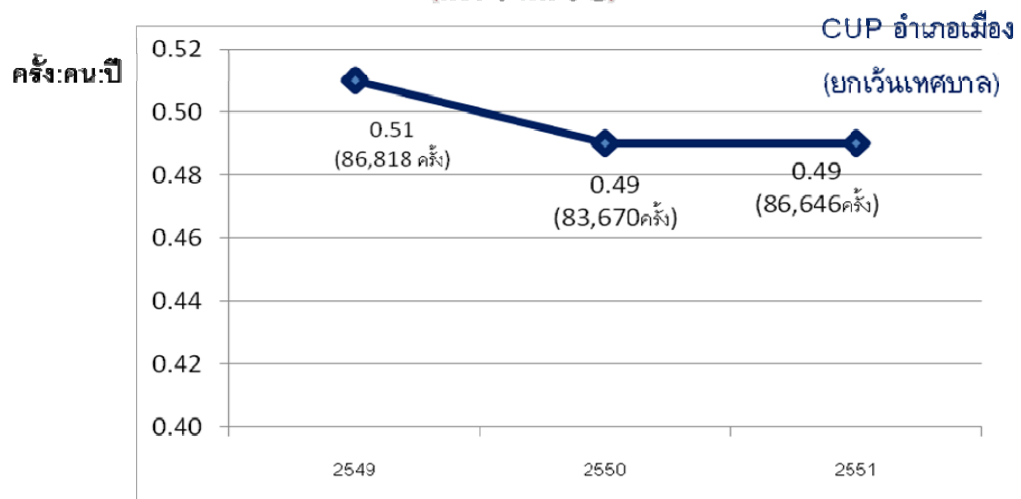
เมื่อใดก็ตามที่องค์กรประกอบระบบสุขภาพทั้งสาม มารวมตัวกันอย่างได้สัดส่วนเหมาะสม กระบวนการดูแลสุขภาพของประชาชนก็จะก้าวไปข้างหน้าได้อย่างสอดคล้องกลมกลืน ไม่ขัดแย้ง ชะงัก ติดตันเนื่องจากระบบไม่เอื้ออำนวย วันนี้เครือข่ายสุขภาพพุทธชินราช เริ่มก้าวเดินไปพร้อม ๆ กัน ทั้งประชาชน หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ถึงแม้จะเป็นแต่เพียงก้าวแรก ๆ แต่ก็เชื่อมั่นว่าจะก้าวเดินต่อไปอย่างไม่หยุดยั้งมุ่งสู่จุดหมาย คือ สุขภาพดีของประชาชนทั้งกายและใจ ทำให้เกิดผลลัพธ์

ผลการดำเนินงานในการผลักดันระบบ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2549	ปี 2550	ปี 2551
1. ศูนย์สุขภาพชุมชน/ สอ. ได้รับการพัฒนา	25 แห่ง 100%	25 แห่ง 100%	25 แห่ง 100%	25 แห่ง 100%
2. ศูนย์สุขภาพชุมชนผ่านเกณฑ์มาตรฐาน HCA	70%	20 แห่ง 80%	25 แห่ง 100%	25 แห่ง 100%
3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจให้บริการที่ PCU	$\geq 90\%$	80%	85%	85%
4. บุคลากรใน PCU/ สอ. ได้รับการอบรมพัฒนาในการให้บริการ	$\geq 80\%$	85%	90%	95%

หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่าย สามารถพัฒนาศักยภาพได้ตามเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์การขึ้นทะเบียนของ สปสช. ประชาชนที่มาใช้บริการหน่วยปฐมภูมิมีความพึงพอใจในบริการเกิดความเชื่อมั่นไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น จากอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลของประชาชนในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิลดลงจาก 0.51 ในปี 2549 เป็น 0.49 ในปี 2551 และไปใช้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้นจาก 1.24 ในปี 2549 เป็น 1.34 ในปี 2551

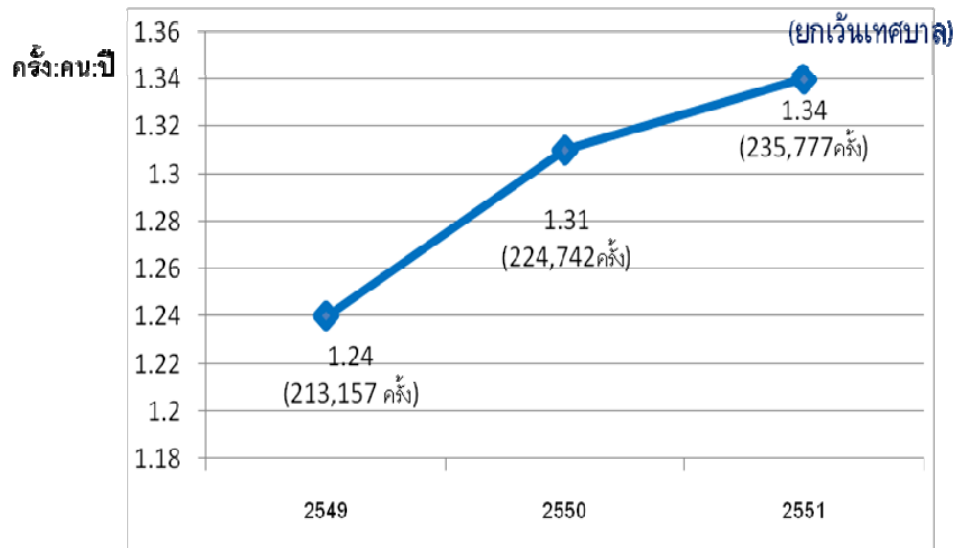
อัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพุทธชินราช สลธิ UC (ครั้ง : คน : ปี)



อัตราการใช้บริการในPCUของประชากร ในเขตอำเภอเมือง

(ครั้ง : คน : ปี)

CUP อำเภอเมือง



ที่มา ประชากร : CUP อำเภอเมือง จากการสำรวจ

สร้างระบบเชื่อมโยง



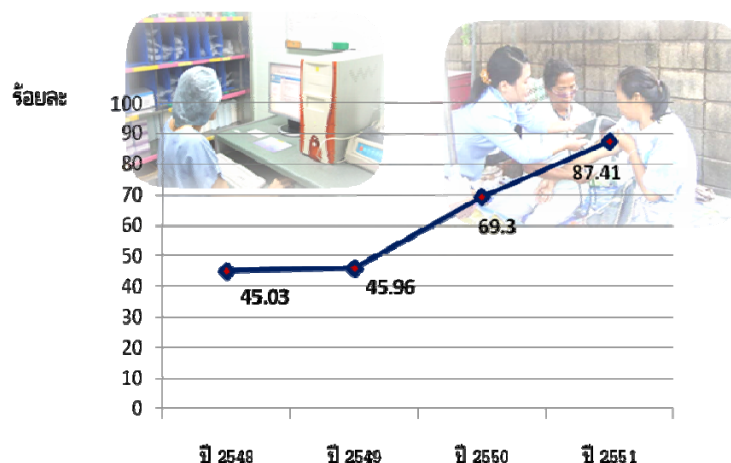
เน้นความเชื่อมโยง
ในทุกระดับการดูแลสุขภาพ



พัฒนาระบบเชื่อมโยงเครือข่าย เพื่อนเน้นการดูแลสุขภาพในทุกระดับ โดยจัด **ตั้งศูนย์ประสานงาน** **เชื่อมโยงเครือข่ายที่ศูนย์สุขภาพเมืองโรงพยาบาลพุทธชินราช** ในการเชื่อมระบบบริหารจัดการและระบบบริการระหว่างโรงพยาบาลฯ ศูนย์สุขภาพชุมชนและชุมชน เพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย ผลการดำเนินงาน

จำนวนผู้ป่วยที่ PCU เครือข่าย ส่งต่อรักษาโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

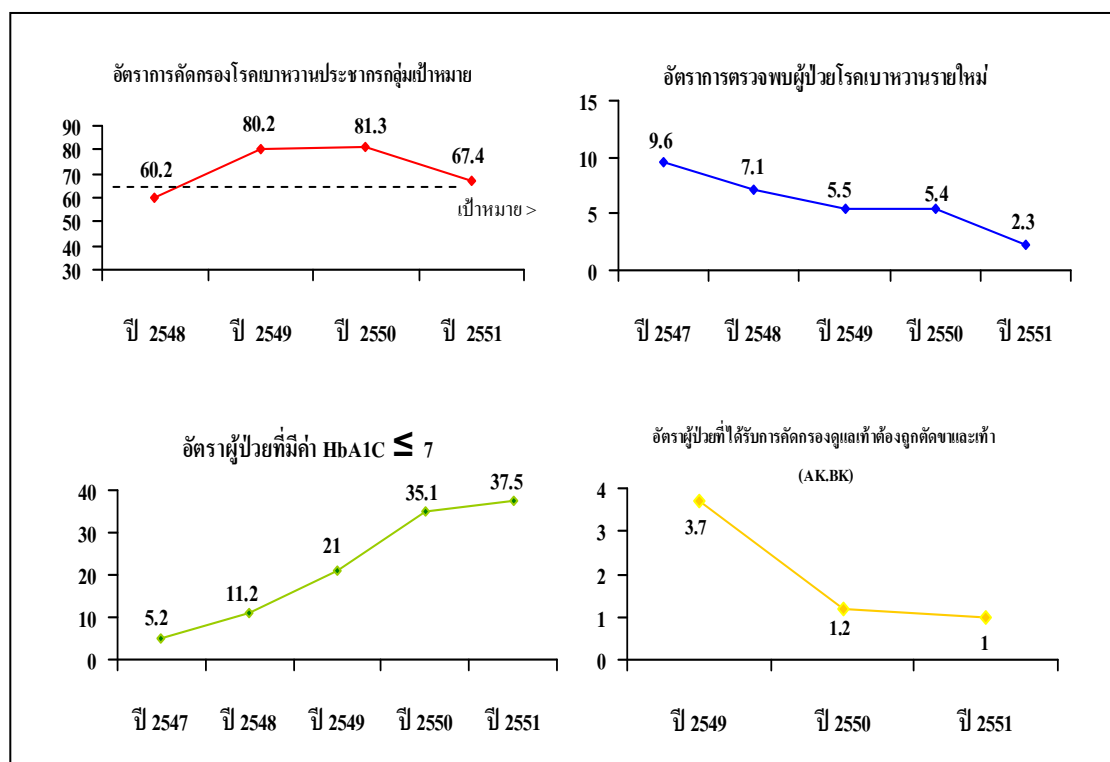
หน่วยที่รับการส่งต่อ	2548 (มิ.ย. - ก.ย. 48)	2549	2550	2551
ศูนย์สุขภาพเมือง	934	1,675	729	705
OPD เฉพาะทาง	110	191	82	81
รวม	1,044	1,866	781	738
ตอบกลับ	998	1,785	781	738
ร้อยละ	95.6	95.6	96.3	93.9



ผลการดำเนินงานการส่งต่อ เพื่อดูแลต่อเนื่อง พบว่า ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านได้รับการดูแลตามมาตรฐานจาก ทีม PCU เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลการส่งต่อปี 2548 – 2551 พบอัตราการตอบกลับร้อยละ 45.03 45.96 69.3 และ 87.41 ตามลำดับ

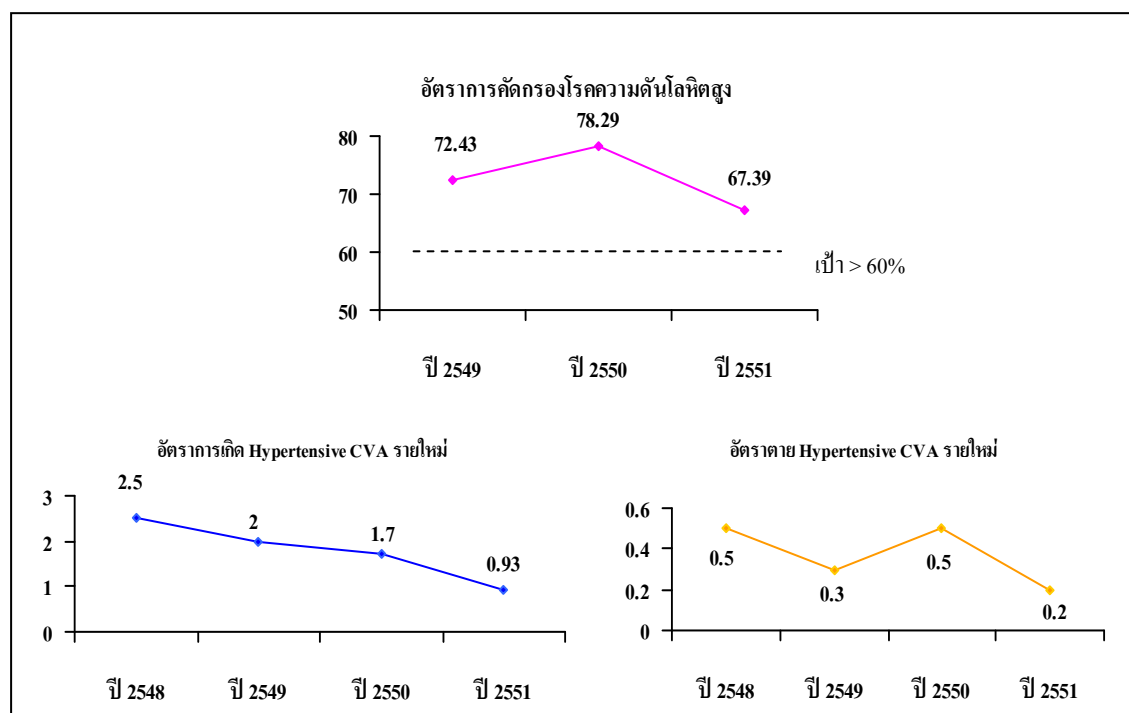
การสร้างพลังชุมชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนใช้บริการด้านสุขภาพในระดับที่เหมาะสม เกิดการพึ่งพาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง โรงพยาบาลพุทธชินราชได้สร้างพลังชุมชนผ่านชมรมสร้างสุขภาพตาม Life cycle โดยกระบวนการสร้างคนต้นแบบ เพื่อเป็นแกนนำทางด้านสุขภาพทุกช่วงอายุ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ หลังคลอด วัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุผู้พิการ ทุพพลภาพ ผลการดำเนินงานทำให้

อัตราการคัดกรองโรคเบาหวาน



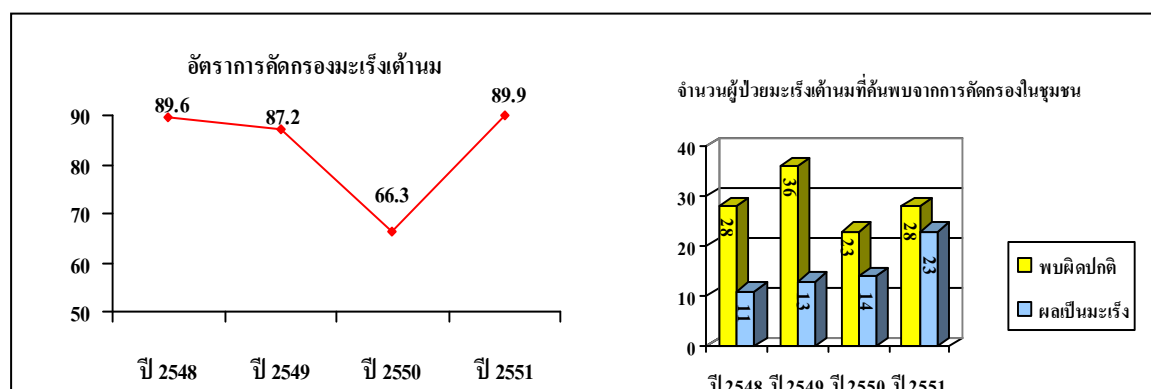
1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายในเขตอำเภอเมืองได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด (ร้อยละ 65) ในปี 2551 อัตราการคัดกรองลดลงเนื่องจากการปรับวิธีการคัดกรองโรคเบาหวานจากการคัดกรองแบบ Verbal screening เป็นการคัดกรองโดยการเจาะ DTX เท่านั้น และมีการลดอายุกลุ่มเป้าหมายจากอายุ 40 ปีขึ้นไป เป็น 35 ปีขึ้นไป ผลการคัดกรองพบอัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ลดลงเนื่องจากการจัดกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเข้าร่วมแลกเปลี่ยนในชมรมเบาหวาน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลทั้งที่หน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าชมรมผู้ป่วยเบาหวานของแต่ละตำบล และส่งต่อมายังโรงพยาบาลพุทธชินราช ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ด้วยโปรแกรมส่งต่อข้อมูลทางระบบ Internet ผลลัพธ์การดูแลพิจารณาจากระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) และนำข้อมูลมาพัฒนากระบวนการดูแลรักษาและส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับ HbA1C ที่ต่ำกว่า 7 สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และขยายการคัดกรองเข้าไปยังศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ PCU และค่ายเบาหวาน ทำให้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองเท้าและอัตราการถูกตัดขาดเท้าลดลง

อัตราการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง



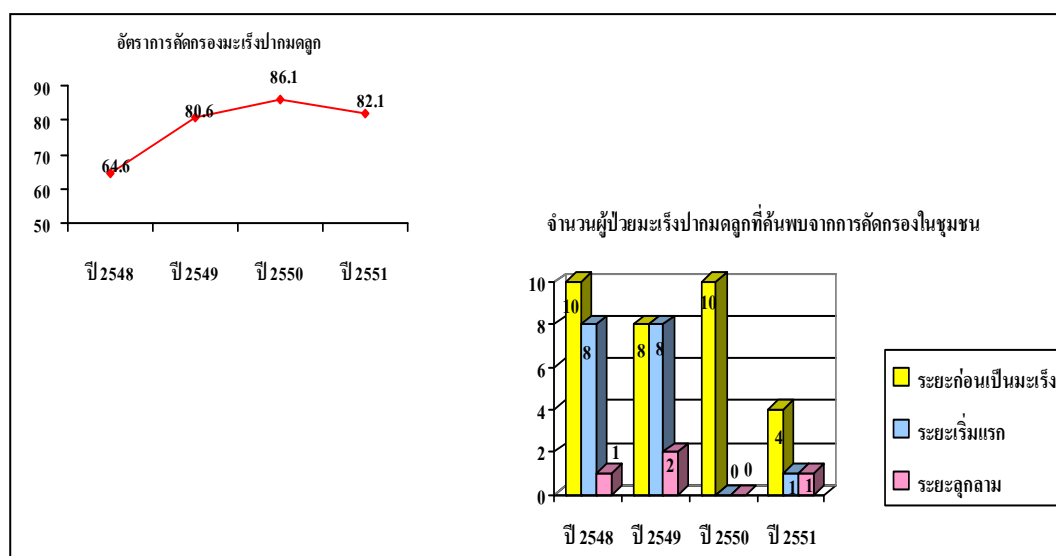
2. ประชากรในเขตอำเภอเมือง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงตามเป้าหมาย ในปี 2551 อัตราการคัดกรองลดลง เนื่องจากการปรับกลุ่มเป้าหมายใหม่ จากอายุมากกว่า 40 ปีเป็นอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป โรงพยาบาลพุทธชินราช ได้เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจากชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ เข้าสู่โรงพยาบาล โดยกำหนดแนวทางการรักษาร่วมกัน เพื่อลดภาวะ Hypertensive CVA กิจกรรมที่ทำในชุมชน เน้นการสร้างความเข้าใจในชุมชน ทำให้เกิดกลุ่มแกนนำในชุมชนออกคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ช่วยเจ้าหน้าที่ติดตาม ควบคุม กำกับให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับยา และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมารับบริการอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจาก 82.5% ในปี 2548 เป็น 96.1 ในปี 2550 ทำให้พบผู้ป่วย Hypertensive CVA รายใหม่ลดลง และอัตราตายลดลง

อัตราการคัดกรองมะเร็งเต้านม



3. มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบในสตรีอันดับต้น ๆ โรงพยาบาลพุทธชินราชทำการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้ตามเป้าหมายทุกปี ปี 2550 ตัวเลขลดลง เนื่องจากความเข้าใจผิดในวิธีการเก็บข้อมูล โดยเข้าใจว่าสตรีกลุ่มเป้าหมายต้องได้รับการประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยเจ้าหน้าที่เท่านั้น ซึ่งในปี 2551 โรงพยาบาลได้อบรมอาสาสมัครแกนนำชมรมรวมใจด้านภัยมะเร็ง จนสามารถประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเป้าหมายได้ ทำให้ผลการคัดกรองสูงขึ้น ในการคัดกรองพบผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นทุกปี แต่พบในระยะเริ่มแรกเพิ่มมากขึ้น

อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก



4. อัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้ตามเป้าหมาย จากผลของสมาชิกชมรมรวมใจด้านภัยมะเร็งของแต่ละตำบล ออกช่วยรณรงค์ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจ pap – smear และกลยุทธ์การสลับเจ้าหน้าที่ผู้ตรวจจาก PCU ที่เคยทำงานประจำไปตรวจให้กับสตรีใน PCU อื่น ๆ จากผลการคัดกรองในชุมชนทำให้พบผู้ป่วยระยะก่อนเป็นมะเร็ง มะเร็งระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น ระยะลุกลามพบเพียงเล็กน้อย

5. จำนวนชมรมเข้มแข็ง ตามกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพ

ช่วงอายุ	ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	ชื่อชมรม	จำนวนชมรมเข้มแข็ง 2551	จำนวนสมาชิก (คน)	จำนวนคนต้นแบบ (คน)
ตั้งครรภ์ หลังคลอด	มารดา, ทารก	ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว	4	180	-

ช่วงอายุ	ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย	ชื่อชมรม	จำนวน ชมรม เข้มแข็ง 2551	จำนวน สมาชิก (คน)	จำนวน คน ต้นแบบ (คน)
พัฒนาการเด็ก					
กลุ่มวัยรุ่น	ความรู้เรื่องเพศ, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสิ่งเสพติด	กลุ่มเพื่อนใจวัยรุ่น	6	150	60
วัยทำงาน	การบริโภคสุรา ยาเสพติด	ชมรมคนรักชีวิต	2	136	2
ผู้ป่วย	โรคเรื้อรัง (เบาหวาน, ความดันโลหิตสูง)	ชมรมผู้ป่วยเรื้อรัง	16	1,080	266
	โรคมะเร็ง	ชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง	11	844	-
		ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดจิตอาสาโรงพยาบาลพุทธชินราช	1	322	80
ผู้ป่วยสูงอายุและผู้พิการ	CVA	ชมรมจิตอาสาเพื่อดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการทุพพลภาพในชุมชน	8	315	-

ชมรมสายใยรักแห่งครอบครัว เริ่มก่อตั้งปี 2551 มี 4 ตำบล ที่มีชมรมที่เข้มแข็งปฏิบัติตัวเป็นแบบอย่างตั้งแต่การดูแลครรภ์ ดูแลหลังคลอดและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีบุคคลต้นแบบที่เป็นแกนนำสมาชิกชมรม ทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในชมรม

กลุ่มเพื่อนใจวัยรุ่น เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และสิ่งเสพติด สร้างเครือข่ายด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศ การป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ โดยมีกลุ่มวัยรุ่นเป็นสมาชิกจำนวน 150 คน มาจากโรงเรียนมัธยมศึกษา 6 โรงเรียน โดยมีแกนนำกลุ่มเพื่อนใจวัยรุ่นจำนวน 60 คน ร่วมกับโรงพยาบาลพุทธชินราชจัดกิจกรรมให้กับเพื่อนวัยรุ่นในโรงเรียนต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวร่วม สร้างความเข้าใจในโรคติดต่อทางเพศและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

ชมรมคนรักชีวิต เป็นชมรมเข้มแข็งที่เกิดจากการรวมตัวของสมาชิกผู้ขายวัยทำงานในตำบลสมอแข ที่ดื่มสุราจนส่งผลต่อสุขภาพ เสริมธุรกิจ และครอบครัว จึงรวมตัวเพื่อทำกิจกรรมลด ละ เลิกสุรา และขยายกิจกรรมทางด้านอื่น ๆ เพิ่ม เช่น ตรวจสุขภาพสมาชิก จัดทำบัญชีครัวเรือน ร่วมทำกิจกรรมสาธารณประโยชน์ ผลจากกิจกรรมทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวดีขึ้น จากร้อยละ 54.20 เป็นร้อยละ 77.74 ค่าใช้จ่ายจากการซื้อสุราลดลงร้อยละ 45.97 มีคนต้นแบบงดเหล้าเป็นผู้นำหมู่บ้าน ซึ่งกลายเป็นผู้นำของหมู่บ้านปลอดสุรา ทำให้ชุมชนเข้มแข็ง และเป็นแบบอย่างให้ชุมชนอื่นต่อไป

ชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เริ่มจากการตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเบาหวานของแต่ละตำบล เพื่อให้สมาชิกร่วมทำกิจกรรมในการดูแลตนเอง พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ตรง โดยจัดอย่างสม่ำเสมอ

เกิดชุมชนคนต้นแบบขึ้นหลายตำบล ซึ่งเป็นที่ศึกษาดูงานของชมรมเบาหวาน ผู้สูงอายุ และสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ในชุมชนมีคนต้นแบบถึง 266 คน ที่สามารถพูดคุย ถ่ายทอดการปฏิบัติตัวที่เป็นแบบอย่างให้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยงจากการตรวจคัดกรองเบาหวาน มีองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนให้การสนับสนุนปัจจัยในการทำกิจกรรม ขยายการทำชุมชนเข้มแข็งจากการดูแลเบาหวานกลายเป็นดูแลโรคเรื้อรัง จากเดิม 5 ชมรม จำนวนสมาชิก 212 คน ในปี 2548 เป็น 16 ชมรม จำนวนสมาชิก 1,080 คน ในปี 2551

ชมรมรวมใจต้านภัยมะเร็ง เริ่มจากการรวมตัวของกลุ่มสตรีในชุมชนจัดกิจกรรมฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และไปรณรงค์ให้สตรีในพื้นที่ฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ต่อมาขยายกิจกรรมช่วยรณรงค์ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ทำให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกได้ตามเป้าหมาย อีกทั้งสามารถพบผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกของโรคได้เพิ่มขึ้น จำนวนสมาชิกจากเดิม ปี 2548 มีเพียง 3 ชมรม 190 คน เพิ่มขึ้นเป็น 11 ชมรม 844 คน

ศูนย์ส่งเสริมมิตรภาพบำบัดจิตอาสาพุทธชินราช เกิดจากการรวมตัวของผู้ป่วยมะเร็งในชมรมต่าง ๆ ได้แก่ ชมรมมะเร็งเต้านมเพื่อนช่วยเพื่อน ผู้ป่วยมะเร็งและญาติที่คลินิกสร้างเสริมความสุข (รับยาเคมีบำบัด) มาเป็นเครือข่ายเดียวกันกลายเป็นสมาชิกจิตอาสา มาพบปะพูดคุย เป็นเพื่อน ถ่ายทอดประสบการณ์วิธีดูแลทั้งร่างกายและจิตใจแก่กลุ่มสมาชิกและผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ รวมทั้งลงเยี่ยมเยียนให้กำลังใจผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ขณะนอนรักษาอยู่ในโรงพยาบาลและติดตามดูแลให้กำลังใจต่อถึงบ้าน ร่วมกันสอน ฝึกอาชีพเสริมแก่ผู้ป่วยและญาติ ปัจจุบันมีสมาชิกจิตอาสาที่ผ่านการฝึกอบรมจำนวน 80 คน ทำหน้าที่เป็น Mental group support แก่สมาชิกและผู้ป่วยรายใหม่ ทำให้สมาชิกมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นจาก 73.44 เป็น 83.83

ชมรมจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการทุพพลภาพในชุมชน เริ่มจากปี 2549 เกิดชมรมจิตอาสาทำกิจกรรมลงเยี่ยมเยียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อเป็นกำลังใจและฟื้นฟูสภาพร่วมกับเจ้าหน้าที่และญาติ ในปี 2551 มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองได้รับการเยี่ยมโดยสมาชิก 206 คน ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้มากขึ้น ร้อยละ 53.8 ช่วยเหลือตัวเองได้เท่าเดิม ร้อยละ 43.9 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ร้อยละ 2.1 สมาชิกจิตอาสาเพิ่มขึ้นเรื่อย จากเดิมปี 2549 มีสมาชิก 80 คน เพิ่มขึ้นเป็น 315 คน 8 ชมรม ในปี 2551 มีการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทุพพลภาพขึ้นในชุมชน โดยความร่วมมือของกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู อบรรมสมาชิกจิตอาสาในการฟื้นฟูบำบัดผู้ป่วยในตำบลตนเอง ปัจจุบันมีศูนย์ฟื้นฟู 2 แห่ง และกำลังขยายเพิ่มอีก 3 แห่ง ในปี 2552