

ถอดบทเรียน

การดำเนินงาน NCD CLINIC PLUS
โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง



กลุ่มโรคไม่ติดต่อ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

ถอดบทเรียน

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง
รางวัล รองชนะเลิศอันดับหนึ่ง ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก
ระดับประเทศ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ที่ปรึกษา

- | | | |
|-----------------|-----------------|---|
| ๑. นายธีร์ธวัช | ศรีเพ็ชรสัย | รองผู้อำนวยการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา |
| ๒. นางตระการกุล | ฉัตรวงศ์วิวัฒน์ | หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ |

คณะกรรมการ

- | | | |
|-------------------------|------------------|-------------------------------|
| ๑. นางสาวเบญจมาศ | นาคราช | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๒. นางสาวปิยนุช | จันทร์อักษร | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๓. นายจिरายุ | วิมลทรง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ๔. นางสาวนันทิมา | สุขสนาน | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ๕. นางสาวกานต์ชนก | สิทธิชัย | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ๖. นางสาวธีรมาพร | อนุสาร | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ๗. นางสาวเกตุสินี | มณีกรอง | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ |
| ๘. ว่าที่ร.ต.หญิงทิพากร | เหรัมย์ควนเคี่ยม | นักวิชาการสาธารณสุข |
| ๙. นางฐิตาภรณ์ | ท่มนุ้ม | เจ้าพนักงานสาธารณสุข |

รวบรวมและเผยแพร่โดย

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non-communicable diseases) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก ปัจจุบันประเทศไทยมีความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ของเขตสุขภาพที่ ๑๒ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕- ๒๕๖๗ จากระบบ Health Data Center (HDC) พบว่า ความชุกของโรคเบาหวาน คือ ๕.๑๕%, ๕.๔๒% และ ๕.๗% อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้ (เป้าหมาย ๔๐%) คือ ๒๖.๖๑%, ๒๙.๙๒% และ ๓๑.๐๕% ความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คือ ๑๒.๔๑%, ๑๒.๘๙% และ ๑๓.๓๓% อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้เช่นกัน (เป้าหมาย ๖๐%) คือ ๔๗.๒๐%, ๔๙.๕๒% และ ๕๑.๑๑% หากผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน อันนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าวและได้ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ ๑๒ ตามกรอบแนวคิด Chronic Care Model ทั้ง ๖ องค์ประกอบ รวมทั้งพิจารณาผลลัพธ์การดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุข เครือข่าย และชุมชน ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ โดยในปีงบประมาณ ๒๕๖๘ มีโรงพยาบาล จำนวน ๗๘ แห่ง เข้าร่วมการดำเนินงาน พบว่า ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus (ระดับดีขึ้นไป > ๗๕ คะแนน) รอบที่ ๑ จำนวน ๒๘ แห่ง (๓๕.๙๐%) รอบที่ ๒ จำนวน ๔๘ แห่ง (๖๑.๕๔%) ทั้งนี้โรงพยาบาลกษตรา จังหวัดพัทลุง เป็นตัวแทนเขตสุขภาพที่ ๑๒ เข้าร่วมการประกวด NCD Clinic Plus Awards ระดับประเทศและได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับหนึ่ง ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็กระดับประเทศ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

การถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus Awards ของโรงพยาบาลกษตรา จังหวัดพัทลุง เพื่อแลกเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินงาน ความท้าทาย รวมถึงปัจจัยความสำเร็จ โดยการถอดบทเรียนในครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด SIPOC Model (S: Suppliers/Stakeholder, I: Inputs, P: Process, O: Outputs และ C: Customers) เพื่อช่วยให้เข้าใจภาพรวมของกระบวนการอย่างเป็นระบบและได้ข้อมูลที่เป็นต้นแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการของสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๒ และผู้ที่สนใจ สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลตามความเหมาะสมของบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

รายงานถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาจากผู้บริหาร นายแพทย์เฉลิมพล โอสถพรมมา ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา นายธีร์ธวัช ศรีเพชรสัย รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการพิเศษ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา และนางตระการกุล ฉัตรวงศ์วิวัฒน์ หัวหน้ากลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่ผลักดันและสนับสนุนการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่อง

ขอขอบคุณผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานของโรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง สำหรับการขับเคลื่อนการดำเนิน NCD Clinic Plus ในระดับเขตและได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับหนึ่ง ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก ระดับประเทศ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ตลอดจนสนับสนุนให้เกิดการถอดบทเรียนเพื่อทบทวนและแลกเปลี่ยนการดำเนินงาน ขอขอบคุณภาคีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการถอดบทเรียนจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ณ โอกาสนี้ คณะบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาในรายงานฉบับนี้จะเป็นประโยชน์กับสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ ๑๒ และพื้นที่อื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เพื่อพัฒนาการรูปแบบบริการให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง
วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๘

ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

การประยุกต์ใช้ SIPOC model

การประเมินโครงการ (Project Evaluation) เป็นกระบวนการสำคัญที่ใช้ในการติดตาม ตรวจสอบ และสะท้อนผลการดำเนินงานของโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลในการปรับปรุงหรือกำหนดทิศทางในอนาคต แนวคิดที่ใช้ในการประเมินโครงการมีความหลากหลาย โดยการถอดบทเรียนในครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้แนวคิด SIPOC Model โดยมีรายละเอียดดังนี้

- S – Suppliers/Stakeholder (ผู้ส่งมอบ) หมายถึง บุคคลหรือหน่วยงานที่จัดหาปัจจัยนำเข้า (Inputs) ที่จำเป็นให้กับกระบวนการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน
- I - Inputs (ปัจจัยนำเข้า) คือ สิ่งของ ข้อมูล หรือทรัพยากรทุกอย่างที่จำเป็นต้องใช้เพื่อให้กระบวนการดำเนินไปได้
- P - Process (กระบวนการ) อธิบายถึงขั้นตอนต่างๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการ เพื่อเปลี่ยนปัจจัยนำเข้า ให้กลายเป็นผลลัพธ์
- O - Outputs (ผลลัพธ์) คือ ผลลัพธ์ บริการ หรือข้อมูลที่ได้ออกมาจากกระบวนการนั้นๆ
- C - Customers (ลูกค้า) หมายถึง บุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับผลลัพธ์จากกระบวนการ และเป็นผู้กำหนดความต้องการของผลลัพธ์นั้นๆ

โดยมีรายละเอียดการถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง ดังนี้

๑. S: Stakeholder (ผู้ส่งมอบ)

- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ โรงพยาบาลกงหรา
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่
- เจ้าหน้าที่อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่
- คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ. กงหรา)
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

๒. I: Inputs (ปัจจัยนำเข้า)

๒.๑ สถานการณ์ปัญหา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในปี ๒๕๖๖ พบว่า ผู้ป่วยที่เสพยาเสพติดไม่เคยตรวจคัดกรอง ๒๗.๗๗% (๓๐ ราย จาก ๑๐๘ รายในระบบ) จึงต้องคัดกรองให้ครอบคลุมในกลุ่มนี้ เนื่องจากกลุ่มนี้มักจะเป็นผู้ป่วย Stroke โดยผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานมากกว่าครึ่ง (๕๓.๘๔%) มาจากกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ส่วนใหญ่ (๗๕.๖๐%) มาจากกลุ่มสงสัยป่วย ความชุกของโรคเบาหวานคิดเป็น ๘.๐% ในปี ๒๕๖๖ และ ๙.๐% ในปี ๒๕๖๗ ต่ำกว่าภาพประเทศ (๙.๘%) และความชุกของโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็น ๑๕.๖% ในปี ๒๕๖๖ และ ๑๗.๐% ในปี ๒๕๖๗ ต่ำกว่าภาพประเทศ (๒๕.๔%)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเบาหวานปี ๒๕๖๗ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ ๔๗.๔๕% (พื้นที่กำหนดเป้าหมาย ๕๐%) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ๗๕.๓๐% (พื้นที่กำหนดเป้าหมาย ๘๐%) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลการดูแลสุขภาพระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้มีภาวะพึ่งพิง พบว่าเป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อประมาณ ๗๐% และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ เช่น มีร้านสะดวกซื้อจำนวน ๒ สาขา มีบริการเดลิเวอรี่ มีตลาดนัดเปิดท้ายทุกหมู่บ้าน และมีร้านเครื่องดื่มเปิดกระจายอยู่ในชุมชน

๒.๒ งบประมาณ

- งบประมาณโครงการพระราชดำริหมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท
- งบประมาณจากกองทุนหมู่บ้าน
- งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล

๓. P: Process (กระบวนการ)

๓.๑ จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาจึงได้กำหนดวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ดังนี้

- เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี
- เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมได้ตามเป้าหมาย

๓.๒ กระบวนการดำเนินงานปี ๒๕๖๗ โรงพยาบาลกษรร่วมกับสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ วางแผนงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเตรียมความพร้อมการดำเนินงานอย่างน้อย ๒ เดือนก่อนเริ่มปีงบประมาณ เพื่อเคลียร์ข้อมูล เตรียมความพร้อมด้านทรัพยากร และแบ่งกลุ่มการดำเนินงานเป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป/กลุ่มปกติ ๒) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วย และ ๓) กลุ่มป่วย เพื่อออกแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

- **กลุ่มประชาชนทั่วไป/กลุ่มปกติ** เน้นการสร้าง Health Literacy, Healthy Environment และเข้าถึงการคัดกรองที่ครอบคลุม มีรายละเอียดดังนี้ ๑) **เสนอข้อมูลสุขภาพ**ของประชาชนผ่านเวทีต่างๆ เช่น การประชุมผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน, การประชุมกองทุนตำบล, การประชุม พชอ. เป็นต้น ๒) **จัดกิจกรรมให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองที่ครอบคลุม** โดยใช้ กลไกหมอคนที่ ๑ (อสม.) ร่วมกับหมอที่ ๒ (เจ้าหน้าที่) เช่น การเพิ่มการคัดกรองที่สถานีสุขภาพ, อสม. หิ้วตะกร้าคัดกรองเยี่ยมบ้านรายครัวเรือนและเจ้าหน้าที่ยืนยันผลการคัดกรองกับอสม. ก่อนบันทึกในระบบ จัดทำทะเบียนกลุ่มที่ไม่ได้รับคัดกรอง ๓) **ขับเคลื่อนชุมชนรอบรู้สุขภาพครอบคลุมทุกหมู่บ้านและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย** อปท. สภ.กษร เช่น ชมรมออกกำลังกาย, ตัวอย่างครัวเรือนรอบรู้ด้านสุขภาพ, รมสยิดส่งเสริมสุขภาพ, วัดส่งเสริมสุขภาพ, อ.ย.น้อย NCD เป็นต้น

- **กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วย** เน้นการสร้าง Health Literacy, Healthy Environment, ติดตามความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง, จัดกิจกรรมรณรงค์ และส่งเสริมให้เข้าถึงการวินิจฉัยที่ครอบคลุม มีรายละเอียดดังนี้ ๑) **ติดตามระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต** โดย อสม., ๒) **ควบคุมปริมาณคาร์โบไฮเดรตด้วยงานสุขภาพ** ๒:๑:๑, ๓) **โครงการ Pre DM Remission**, ๔) **สร้างต้นแบบ ผู้นำองค์กรต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ**, ๕) **ติดตามข้อมูล HBPM** ผ่านไลน์กลุ่ม และ ๖) **คัดกรองภาวะไขมันในเลือด** สำหรับกลุ่มเสี่ยงขับเคลื่อนผ่านงบโครงการ

พระราชดำริ หมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท ๗) การสอบสวนผู้ป่วยรายใหม่ โดยส่งข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่ ให้ รพ.สต. ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง ๓ ปี จากระบบ HDC เพื่อทวนสอบว่า ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเป็นกลุ่มปกติ เสี่ยง หรือสงสัยป่วย ประกอบการวางแผนการดำเนินงาน

- กลุ่มป่วย เน้นการสร้าง Health Literacy, Healthy Environment, NCD Clinic คุณภาพ, NCD Remission, Home Ward และการจัดบริการดูแลผู้ป่วย long term care โดยมีรายละเอียดดังนี้ ๑) จัดกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานดังนี้ ๑.๑ HbA1c \geq ๑๐% เยี่ยมบ้าน เน้นการดำเนินงาน family focus และติดตามระดับน้ำตาลรายกรณี ๑.๒ HbA1c $>$ ๗% - $<$ ๑๐% จัดบริการผ่านคลินิก NCD คุณภาพ และ ๑.๓ HbA1c \leq ๗% ดำเนินการ DM Remission ๒) กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เน้นการจัดการข้อมูลโดยทีม IT และ SM ดึงและวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่พบค่า BP ในปีงบประมาณ, มีการปรับ CPG การดำเนินงานให้เป็นปัจจุบัน อีกทั้งใช้กลไก อสม. ขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ ๓) กลุ่มผู้ป่วย Stroke มีการสอบสวนโรคผู้ป่วย Stroke รายใหม่ เยี่ยมบ้าน และติดสติ๊กเกอร์แสดงสัญลักษณ์เตือน stroke ในกลุ่มเสี่ยงทุกครัวเรือน

๓.๓ กระบวนการดำเนินงานปี ๒๕๖๘ โรงพยาบาลกงหราเน้นการดำเนินงาน DM Remission Clinic สู่ รพ.สต. /PCU พร้อมทั้งสนับสนุนให้เกิดกระบวนการบริหารจัดการให้มี สื่อ ผลิตภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นในระดับพื้นที่ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิตจำนวน ๔๑๗ เครื่อง เครื่องชั่งน้ำหนักจำนวน ๔๘ เครื่อง ยาสามัญ ๑๕ ชนิด ประจำสถานียุทธศาสตร์ เป็นต้น อีกทั้งยังคงมุ่งเน้นการดำเนินงานที่สำคัญ ดังนี้ ๑) สอบสวนกลุ่มโรคสำคัญเพื่อเชื่อมโยงและส่งต่อข้อมูล ๒) พัฒนาระบบ Home ward ในผู้ป่วยเบาหวาน uncontrol เน้นการดำเนินงานเยี่ยมบ้าน family focus และจัดการรายกรณี ๓) พัฒนาระบบ Discharge planning ๔) ส่งต่อผู้ป่วยแผนกจิตเวช ยาเสพติด ภาวะเครียด บุหรี่ อย่างต่อเนื่อง และ ๕) อยู่ระหว่างดำเนินโครงการ Pre DM Remission จำนวน ๓๐๐ คน ๖) สร้างผู้ป่วยต้นแบบผ่าน VDO TikTok ๗) สร้างความรอบรู้โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยญาติ และ อสม. ๘) ใช้กลไก อสม. สร้างความรอบรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในครัวเรือน ๙) พัฒนารูปแบบบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองภายใต้บริบททงทรา ๑๐) โครงการสร้างความรอบรู้ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ๓๕ ปีขึ้นไป และพบค่าการประเมิน CVD Risk ๑๐% จำนวน ๓๐๐ คน

อีกทั้งยังดำเนินงานพัฒนาระบบเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย ๑) พัฒนาระบบ POP UP แจ้งเตือนตัวเลขกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย ๒) Predictive Risk Stratification Tool พยากรณ์โรคจากข้อมูลสุขภาพ ๓) Web application กงหราวัดใจ ๔) พัฒนา Dashboard ๕) พัฒนาโปรแกรมนับคาร์บ และ ๖) พัฒนาระบบสื่อดิจิทัล



รูปแสดง ระบบเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

๔. O: Outputs (ผลลัพธ์การดำเนินงาน) หมายถึง ผลลัพธ์ บริการ หรือข้อมูลที่ได้ออกมาจากกระบวนการนั้นๆ

๔.๑ ผลการดำเนินงานโรคเบาหวาน ปี ๒๕๖๗

- ผลการดำเนินงาน PRE DM REMISSION ๒๕๖๗ มีกลุ่มเสี่ยง จำนวน ๑,๑๙๙ คน เข้าร่วมโครงการ จำนวน ๙๓๗ ราย และกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนเป็นกลุ่มปกติ จำนวน ๖๕๙ คน

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ มากกว่าครึ่ง (๕๙.๐๑%) มาจากกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตรายใหม่ มากกว่าครึ่ง (๕๑.๐๓%) มาจากกลุ่มสงสัยป่วย สะท้อนคุณภาพการคัดกรองและการตรวจสอบข้อมูลก่อนการบันทึก

- ความชุกของโรคเบาหวาน ๙.๐% (ภาคใต้ ๘.๗% ประเทศ ๙.๘%) และความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ๑๗.๐% (ภาคใต้ ๒๑% ประเทศ ๒๕.๔%)

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๓๙๘ ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ๑๙๘ ราย พบผู้ป่วยมี HbA1c ลดลง $\geq 10\%$ จำนวน ๑๒๗ ราย คิดเป็น ๓๒.๗๓% โดยลดลงอยู่ในช่วง HbA1c $\geq 5-6.9\%$ จำนวน ๑๒ ราย HbA1c $\geq 5-6.9\%$ จำนวน ๑๒ ราย, HbA1c $\geq 7-7.9\%$ จำนวน ๑๗ ราย HbA1c $\geq 7-7.9\%$ จำนวน ๑๗ ราย, HbA1c $\geq 8-8.9\%$ จำนวน ๑๙ ราย, HbA1c $\geq 8-8.9\%$ จำนวน ๑๙ ราย และลดลงจากเดิม แต่ยังมีมากกว่า ๑๐% จำนวน ๕๓ ราย คิดเป็น ๑๓.๖% และพบผู้ป่วยมี HbA1c เพิ่มขึ้นจากเดิม ๕๒ ราย คิดเป็น ๑๓.๔%

- ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ DM REMISSION จำนวน ๙๘ ราย มูลค่ายาผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถลดยาและหยุดยาเบาหวานได้ในเครือข่ายอำเภอเกษตร ๓.๘๔ บาท/วัน มูลค่ายาที่ประหยัดได้ ๑,๔๐๑.๖๐ บาท/๑ ปี ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์ DM REMISSION จำนวน ๑๖๓ ราย ลดยาได้ ๗๓ ราย หยุดยา ๙๐ ราย มูลค่ายาที่ประหยัดได้ ๓๓.๑๑ บาท/วัน มูลค่ายาที่ประหยัดได้ ๑๒,๐๘๕.๑๕ บาท/๑ ปี

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ ๔๗.๔๕% ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ๗๒.๒๒%

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่วินิจฉัยในสถานบริการ จำนวน ๑๘ ราย จาก ๑๔๕ ราย (๑๒.๔%)

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Stroke รายใหม่ จำนวน ๑๓๔ ราย พบ ๙๑ ราย (๖๗.๙๑%) มีโรคประจำตัว ๔๓ รายไม่เคยมีโรคประจำตัว (๓๒.๐๙%)

๔.๒ ผลการดำเนินงานโรคเบาหวานปี ๒๕๖๘

- ด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ออกกำลังกาย และกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง เพิ่มขึ้น ๘๐.๒๕% จากปี ๒๕๖๗ คิดเป็น ๕๐.๗๔%

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ทั้งหมด จำนวน ๑๗๕ ราย ได้รับการวินิจฉัยจากการมารับบริการที่แผนกต่างๆ ในโรงพยาบาล จำนวน ๖๕ ราย คิดเป็น ๓๗.๑๔% เพิ่มขึ้นจาก ๒๔.๗๔%

- ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission จำนวน ๓๘๒ ราย น้ำหนักและ BMI ลดลง ๓๙.๑๖% น้ำหนักโดยรวมลดลง ๓๒๕.๖ กิโลกรัม HbA1C ลดลงจากเดิม ๔๓.๐๘% HbA1C ลดลงน้อยกว่า ๖.๕% เท่ากับ ๑๕.๙๒% ผู้ป่วยเบาหวานที่ Remission แล้วไม่กลับมารับยาใหม่ ๑๐๐%

- ด้านค่าใช้จ่าย Remission ๒๘ ราย คิดเป็น ๗.๓๒% ประหยัดค่ายาและค่าใช้จ่าย ๒๘ x ๑๖,๓๑๐ เท่ากับ ๔๕๖,๖๘๐ บาท, ลดยาได้จำนวน ๓๘ ราย คิดเป็น ๙.๙๕% หยุดยา ๑ ตัว ประหยัดค่าใช้จ่าย ๓๕ x ๑,๐๐๐ เท่ากับ ๓๕,๐๐๐ บาท, หยุดยา ๒ ตัว ประหยัดค่าใช้จ่าย ๓ x ๒,๐๐๐ เท่ากับ ๖,๐๐๐ บาท เข้าสู่ Remission ๓๒ ราย คิดเป็น ๘.๓๗%, ประหยัดค่าใช้จ่าย ๓๒ x ๑,๖๓๐ เท่ากับ ๕๒๑,๙๒๐ บาท

- ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถคุมระดับน้ำตาลได้ ๔๗.๙๖% ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ๗๖.๒๕%

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย Stroke รายใหม่จำนวน ๑๑๐ ราย พบ ๔๒ ราย (๓๘.๑๘%) มีโรคประจำตัว และ ๖๘ ราย ไม่เคยมีโรคประจำตัว (๖๑.๘๒%)

๔.๓ ปัญหาอุปสรรค

- การเปลี่ยนระบบฐานข้อมูลจาก JHCIS มาเป็น My PCU ใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ส่งผลให้ไม่สามารถแก้ไขข้อมูลได้กรณีบันทึกข้อมูลผิด เช่น ข้อมูลระดับความดันโลหิตสูง

- การเปลี่ยนแปลงบุคลากรผู้รับผิดชอบงาน สร้างให้เกิดความท้าทายในการขับเคลื่อนงานให้เกิดความต่อเนื่อง

- ควรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCD ใน รพ.สต. ให้มีความเข้มข้นเพิ่มมากขึ้น เพื่อกระตุ้นให้เกิดคุณภาพในการดำเนิน

๔.๔ ปัจจัยความสำเร็จ

- มีการจัดประชุมคณะทำงานก่อนปีงบประมาณ เพื่อวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน

- คำนึงข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อในระดับพื้นที่ผ่านการประชุมต่างๆ เช่น พขอ. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กองทุนตำบล LTC

- ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ ส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์

- มีการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อเพิ่มความครอบคลุมการดำเนินงานในกลุ่มที่ไม่ได้รับการตรวจคัดกรอง โดยใช้กลไก อสม.ร่วมกับหมอนที่ ๒ ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในกลุ่มเปราะบาง

- ส่งเสริมให้มีการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ เช่น การตั้งสถานีสุนัขในชุมชน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ตลอดเวลา รู้สถานะสุขภาพของตนเอง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

- การพัฒนาระบบเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย NCD เช่น การสร้าง Application กงหราวัดใจ, App Stroke, การใช้ Line OA ในการติดตามผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ DM Remission เป็นต้น พร้อมทั้งการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ สื่อสารความรู้สุขภาพให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแล

๔.๕ โอกาสพัฒนา

- สร้างความรู้ให้กับประชาชนในระดับองค์กร ชุมชน ครัวเรือน และบุคคล
- หมั่นสร้างบุคคลต้นแบบให้กระจายครอบคลุมทั้งในระดับองค์กรและชุมชน
- นำเทคโนโลยีที่ง่ายและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่มาปรับใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชน
- ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพประชาชน

๕. C: Customers หมายถึง บุคคลหรือหน่วยงานที่ได้รับผลลัพธ์จากกระบวนการและเป็นผู้กำหนดความต้องการของผลลัพธ์นั้นๆ จากการทำเนิงานดังกล่าวข้างต้น จึงหมายถึงประชาชนในพื้นที่อำเภอองหรา ครอบคลุมทั้ง ๓ กลุ่ม คือ ๑) กลุ่มประชาชนทั่วไป/กลุ่มปกติ ๒) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มสงสัยป่วย และ ๓) กลุ่มป่วย

ข้อค้นพบจากทีมสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา

P - Plan

๑. โรงพยาบาลกษรามีการรวบรวม วิเคราะห์ และคืนข้อมูล เพื่อใช้ข้อมูลเป็นฐานในการดำเนินงาน โดยทีม IT สนับสนุนการจัดการข้อมูลอย่างต่อเนื่อง
๒. มีการทบทวนผลการดำเนินงานในปัจจุบันและตั้งเป้าหมายใหม่ เช่น ตัวชี้วัดผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงคุมได้ ที่ตั้งเป้าหมายสูงกว่าเป้าหมายระดับประเทศ เพื่อสร้างมาตรฐานการดำเนินงานในระดับพื้นที่
๓. มีการตั้งเป้าหมายการเข้าร่วมประกวด NCD Clinic Plus Award ระดับประเทศ และเตรียมการล่วงหน้า ๑ ปี โดยใช้กระบวนการ PDCA
๔. มีการทบทวน CPG และพัฒนาการจัดบริการให้เป็นปัจจุบัน

D - Do

๑. มีการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เน้นการทำงานแบบองค์รวม ภายใต้บริบทของพหุวัฒนธรรม
๒. มี Case Manager จากโรงพยาบาลที่มีความทุ่มเท ติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และวางแผนส่งต่องานให้ System manager ระดับอำเภอ
๓. มีการกำหนดแนวทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานด้วยวิธี Oral Glucose Tolerance Test: OGTT ในชุมชนที่ชัดเจนและยืนยันวินิจฉัยด้วยวิธี Fasting Plasma Glucose test: FPG ทำให้เกิด Early diagnosis อีกทั้งยังลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูล โดยบันทึกข้อมูลดังกล่าว ในรูปแบบไม่อดอาหาร
๔. โครงการที่ประชาชนให้ความสนใจ คือ การคัดกรองไขมัน ซึ่งเป็นโครงการที่สามารถกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดการบริโภค หวาน มัน เค็ม

C - Check

๑. มีการตรวจสอบข้อมูลการคัดกรองก่อนการบันทึกข้อมูล ส่งผลให้การคัดกรองมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
๒. มีการประสานส่งต่อข้อมูลยาระหว่าง อสม. ประจำสถานีสุขภาพและเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุข เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำข้อมูลยาให้เป็นปัจจุบัน
๓. มีการติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ อย่างไรก็ตามสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง ควรส่งเสริมให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อขยายการดำเนินงานในภาพจังหวัด

A - Act

๑. มีการนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการต่างๆ เป็นอีกหนึ่งกำลังใจและความภาคภูมิใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
๒. ควรใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนและสร้างให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป เช่น
 - จากข้อมูลผู้ป่วย Stroke รายใหม่ จำนวน ๑๑๐ ราย พบ ๖๘ ราย ไม่มีประวัติโรคประจำตัว (๖๑.๘๒%) ดังนั้นการสอบสวนโรคเป็นรายกรณีจึงมีความสำคัญ สำหรับทวนสอบข้อมูลย้อนหลัง และใช้ข้อมูลออกแบบการจัดบริการที่มีความเหมาะสม
 - การวิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์การดำเนิน ในหมวดของตัวชี้วัด NCD Clinic Plus ที่ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนด เพื่อวางแผนการดำเนินงานในปีงบประมาณต่อไป

รูปภาพกิจกรรมการถอดบทเรียน โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง
วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๘
ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลกงหรา อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง



