

กระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD CLINIC PLUS ปี 2564



วันที่ 22 มีนาคม 2564

คำขวัญอำเภอควนเนียง

แดนศิลปนิลศิลปะ สะพานสู่ท่าเรือใหญ่
พักผ่อนมัยบางเหริยง
มีชื่อเสียงชายหาด



วิสัยทัศน์
(Vision)



“เป็นเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพ
ชั้นนำของจังหวัดสงขลา ภายใต้การ
มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้
ประชาชนมีสุขภาพะ”

ค่านิยมองค์กร

“พฤติกรรมบริการเด่น
เน้นแก้ปัญหาพัฒนาทั้งระบบ
เคารพสิทธิผู้รับบริการ”



สถานบริการสาธารณสุขในอำเภอควนเนียง



รพ.สต.บางเหริยง



ศูนย์สุขภาพชุมชน



รพ.สต.เกาะใหญ่



รพ.สต.บ้านกลาง



รพ.สต.ควนโส



รพ.สต.หัวป่าบ



รพ.สต.ปากบางภูมิ

ประชากรในเขตรับผิดชอบ

ปิรามิดประชากร ปี 2564



ประชากรทั้งหมด 34,477 คน

ชาย 16,768 คน

หญิง 17,709 คน

ที่มา : ทะเบียนข้อมูลพื้นฐาน คปสอ.ควนเนียง



รับผิดชอบพื้นที่ 4 ตำบล

46 หมู่บ้าน

เทศบาลตำบล 2 แห่ง

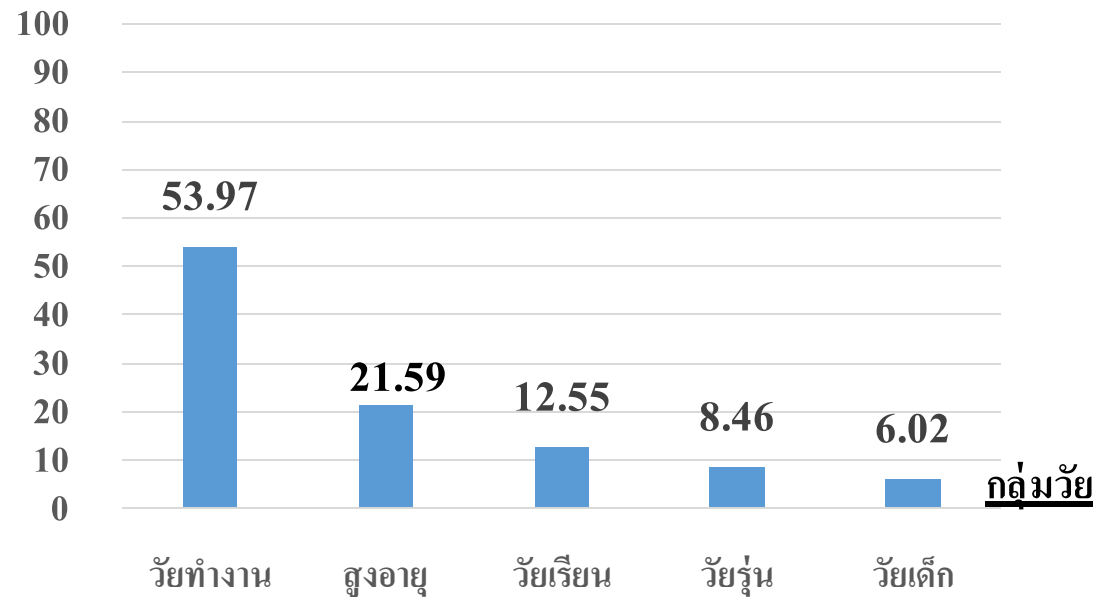
อปท. 3 แห่ง

ข้อมูลทั่วไป

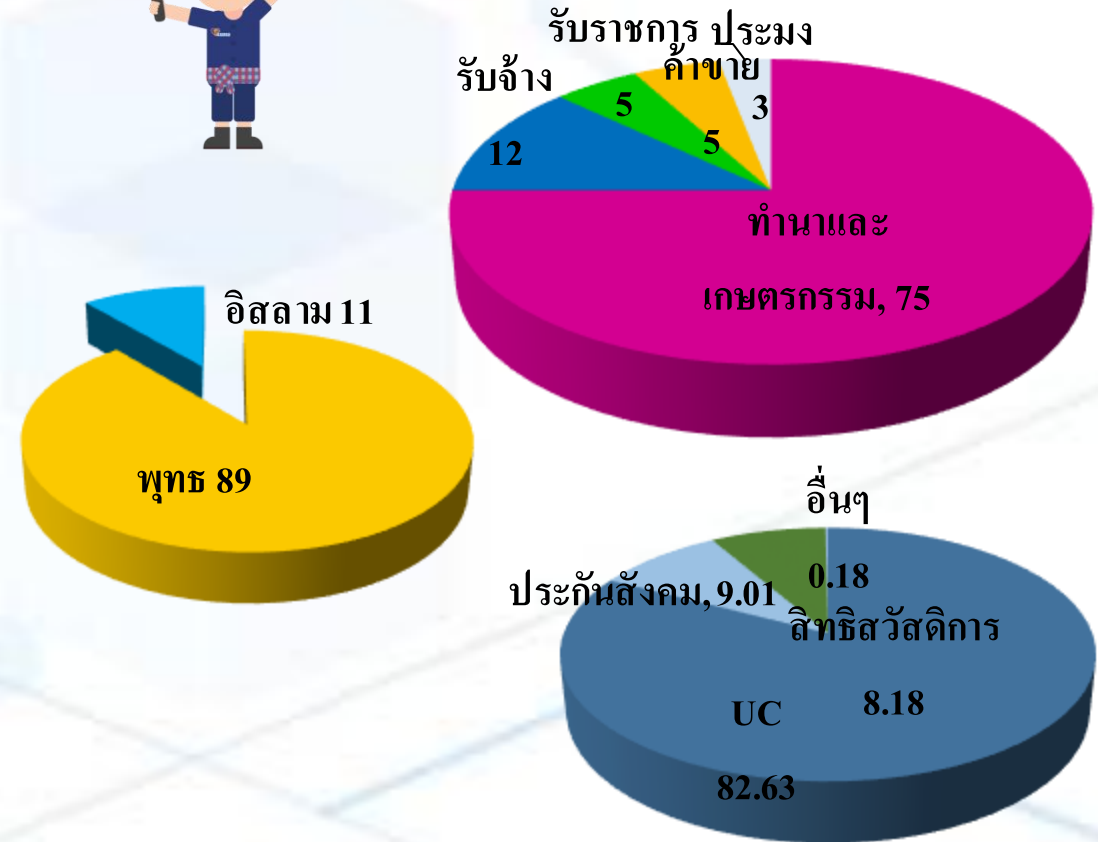


แผนภูมิแสดงร้อยละของประชากรตามกลุ่มวัย

ร้อยละ



แผนภูมิแสดงร้อยละของอาชีพ ศาสนา และสิทธิการรักษา

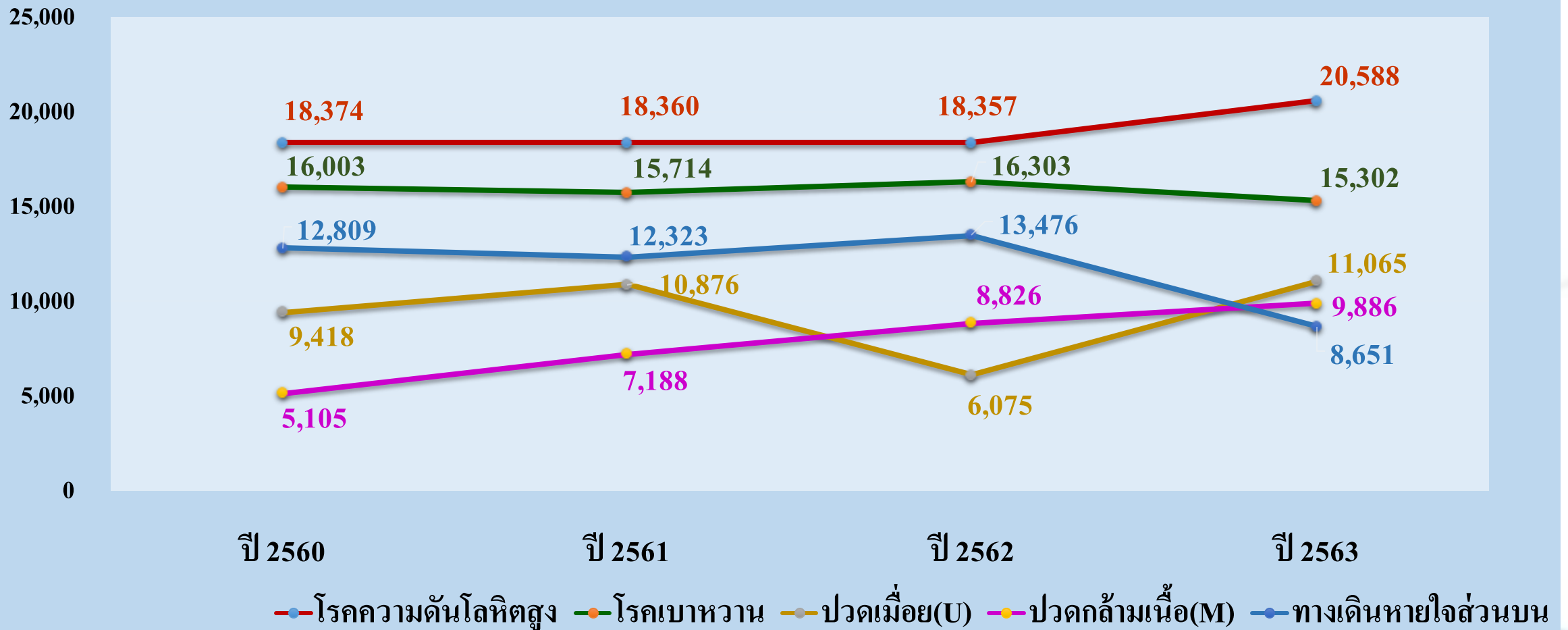


ที่มา : ทะเบียนข้อมูลพื้นฐาน คปสอ.ควนเนียง

สาเหตุการป่วยต่อแสนประชากร 5 อันดับแรก ประเภทผู้ป่วยนอก ปี 2560-2563



อัตราป่วยต่อแสนประชากร



วิสัยทัศน์
(Vision)



“ โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นโรงพยาบาลชุมชนชั้นนำของจังหวัดสงขลา
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ”

เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

ยุทธศาสตร์

1. พัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ
2. การบริหารจัดการทรัพยากรเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม
3. สนับสนุนความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพ
4. การพัฒนาบุคลากรให้มีประสิทธิภาพ และมีคุณธรรม

เป้าประสงค์ที่ 1

ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
ปลอดภัย ดูแลตนเองได้

เป้าประสงค์ที่ 2

องค์กรมีการบริหารจัดการทรัพยากร
อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าประสงค์ที่ 3

ชุมชน เครือข่าย เข้มแข็ง
ดูแลตนเองได้

เป้าประสงค์ที่ 4

บุคลากร เก่ง ดี มีความสุข

1. ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพ

2. Health literacy

3. มาตรฐาน

4. พัฒนาระบบการดูแลติดตามประเมินประสิทธิภาพ

5. การประสานแนวราบ

6. ลดข้อร้องเรียน

7. มาตรฐานคุณภาพและระบบข้อมูล

8. Smart Office

9. Smart Hospital

10. พอเพียงและมีประสิทธิภาพ

11. Health city

12. พื้นที่ต้นแบบ

13. Mindset

14. Competency

15. Role Model

16. Core Value

โครงการ

CUP = 28

รพ. = 31

รพ.สต. = 35

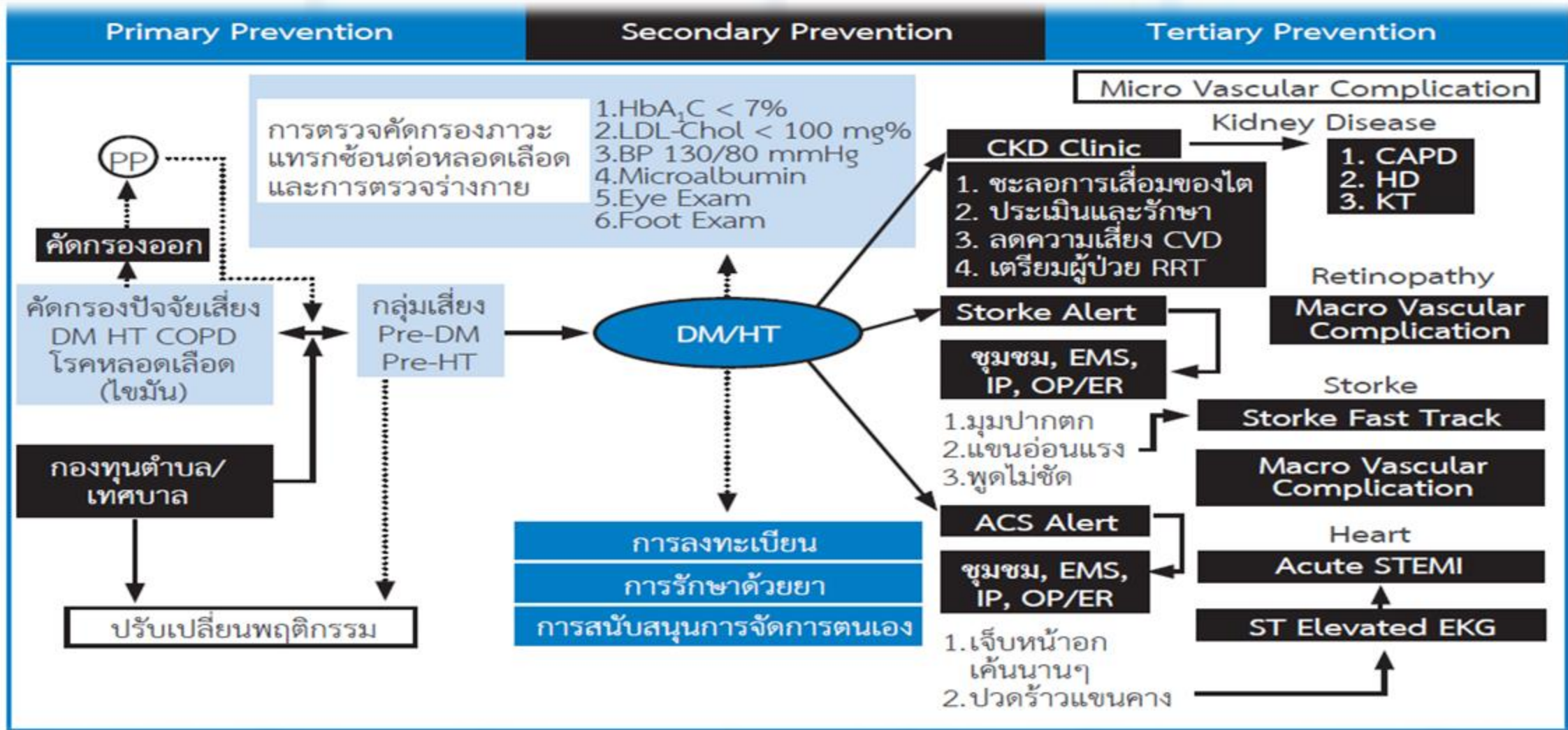
รวม = 94



เข็มมุ่ง ปีงบประมาณ 2564



กระบวนการดูแลงาน NCD เครือข่ายสุขภาพอำเภอควนเนียง



การดำเนินงานในชุมชน



คัดกรอง



1 กลุ่มปกติ



ติดตามทุก 1 ปี

2 กลุ่มเสี่ยง



นำเข้าสู่วินิจฉัย DPAC

3 กลุ่มสงสัยป่วย



HT

ทำ Home BP

DM

ทำ FPG ยืนยันกลุ่มป่วย



ส่งต่อ รพ.

เข้ากระบวนการวินิจฉัย



ชุมชนต้นแบบ Healthy City
เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2562-2564

ปี 2562

Healthy City ตำบลรัตนภูมิ ซึ่งผลการดำเนินการ
Pre DM จำนวน 50 คน

ก่อนเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มเสี่ยง จำนวน 45 คน คิดเป็น 90%

กลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 5 คน คิดเป็น 10%

หลังเข้าร่วมโครงการ

กลุ่มเสี่ยง เปลี่ยนเป็นกลุ่มปกติ จำนวน 16 คน
คิดเป็น 32%



กลุ่มเสี่ยงไม่เปลี่ยนเป็นกลุ่มป่วย

ปี 2563

ขยายเพิ่มในกลุ่มผู้นำชุมชน ตำบลบางเหริยง
จำนวน 27 คน ทุกคนมีประวัติครอบครัว
ป่วย NCD ซึ่งผลการดำเนินการพบว่า
ไม่เกิดผู้ป่วยรายใหม่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านอาหาร
และบุหรี่ยลดลง



ปี 2564

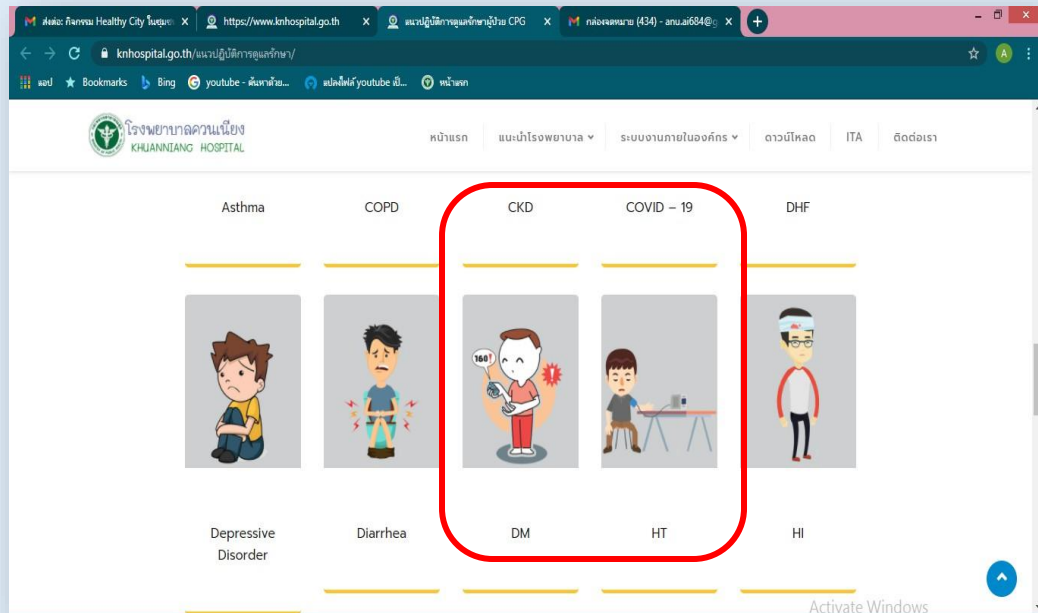
ขยาย Healthy City ใน PCC เกาะใหญ่
ในกลุ่มเสี่ยง
(กำลังดำเนินการ)



ปี 2562 รพ.ควนเนียง เป็น รพ. Smart Hospital เพื่อลดระยะเวลารอคอยและลดความแออัด
NCD Clinic เปิดให้บริการทุกวัน โดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกสามารถให้บริการได้ทุกคน



ใช้ CPG ร่วมกันทั้งเครือข่าย โดยเข้าถึงง่าย
หน้าเว็บไซต์ รพ.



ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูล HDC, Data exchange ขึ้นทะเบียน
ผู้ป่วยเรื้อรัง real time

Goodcontrol

Uncontrol

No complication

complication

ดูแล Holistic care โดยทีมสหวิชาชีพ
รายบุคคล/รายกลุ่ม
ส่งเสริมการจัดการตนเอง



- Holistic care ตาม
เวชศาสตร์ครอบครัว
- จัดการรายกรณี
- ประสาน รพ.สต.ติดตาม
ต่อเนื่องผ่านไลน์
NCD ควนเนียง



เพิ่มสมรรถนะเจ้าหน้าที่ ฟื้นฟูให้ความรู้, job training

กลุ่ม Admit



Grand round โดยทีมสหวิชาชีพ

ร่วมทำ D/C Plan

ส่ง HHC

ติดตามต่อเนื่อง รพ.สต.



การเยี่ยมบ้านหลังทำ Grand Round โดยทีมสหวิชาชีพ



ตามแนวทาง INHOMESSS

ติดตามประเมิน BP



การติดตามการทำ SMBG



การดูแลการทานยา



การดูแลผู้ป่วย NCD ที่มีภาวะแทรกซ้อน

CKD Clinic

เชิงรุก ร่วมกับคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคตรวจสอบ

สารเสถียรยดในอาหารเสริมและยา

เชิงรับ ให้การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพชะลอไตเสื่อม ตาม CPG

พัฒนาระบบ ดูแลผู้ป่วย CKD เพื่อชะลอไตเสื่อม

ชนะเลิศอันดับ 1 ระดับจังหวัด ประเภท CQI Oral Presentation
CQI พัฒนาการดูแลผู้ป่วย CKD



MI / Stroke

กลุ่มเสี่ยง

จัดอบรมให้ความรู้
แก่กลุ่ม Pre DM, Pre HT



กลุ่มป่วย

ผู้ป่วย DM, HT ได้รับการ
ประเมิน CVD Risk ทุกราย



Refer เข้า SNAP ทุกราย

ให้ความรู้กับ Care giver, อสม.



เภสัชกร



โภชนาการ



คลินิกอดบุหรี่



NCD Board ร่วมทบทวนปัญหาและ แนวทางแก้ไข ทุก 3 เดือน



นิเทศกำกับ ติดตามงาน ระดับ คปสอ.

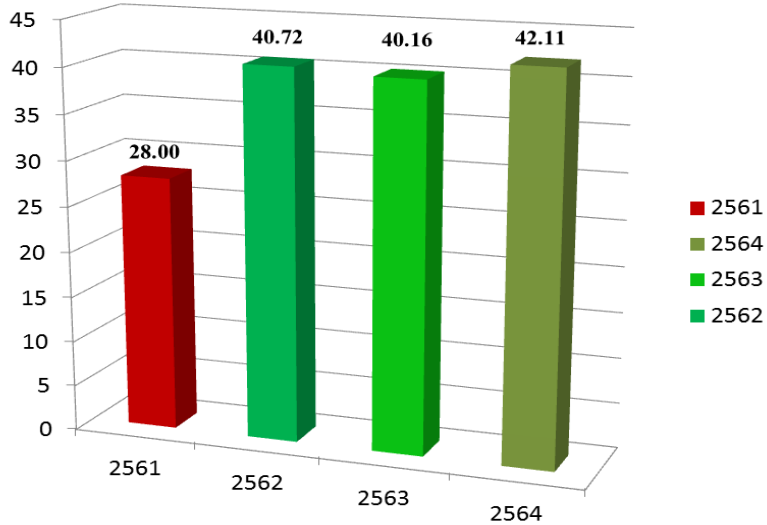


Uncontrol DM / HT

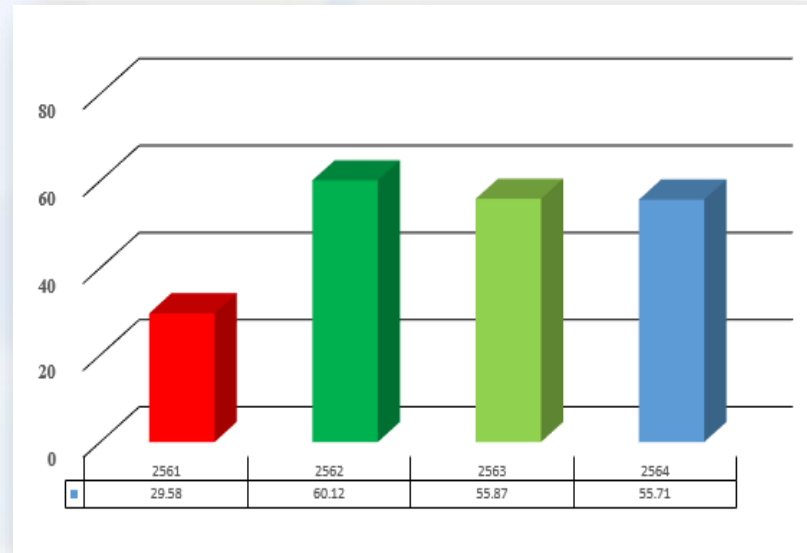


Uncontrol DM / HT

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ดี



ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

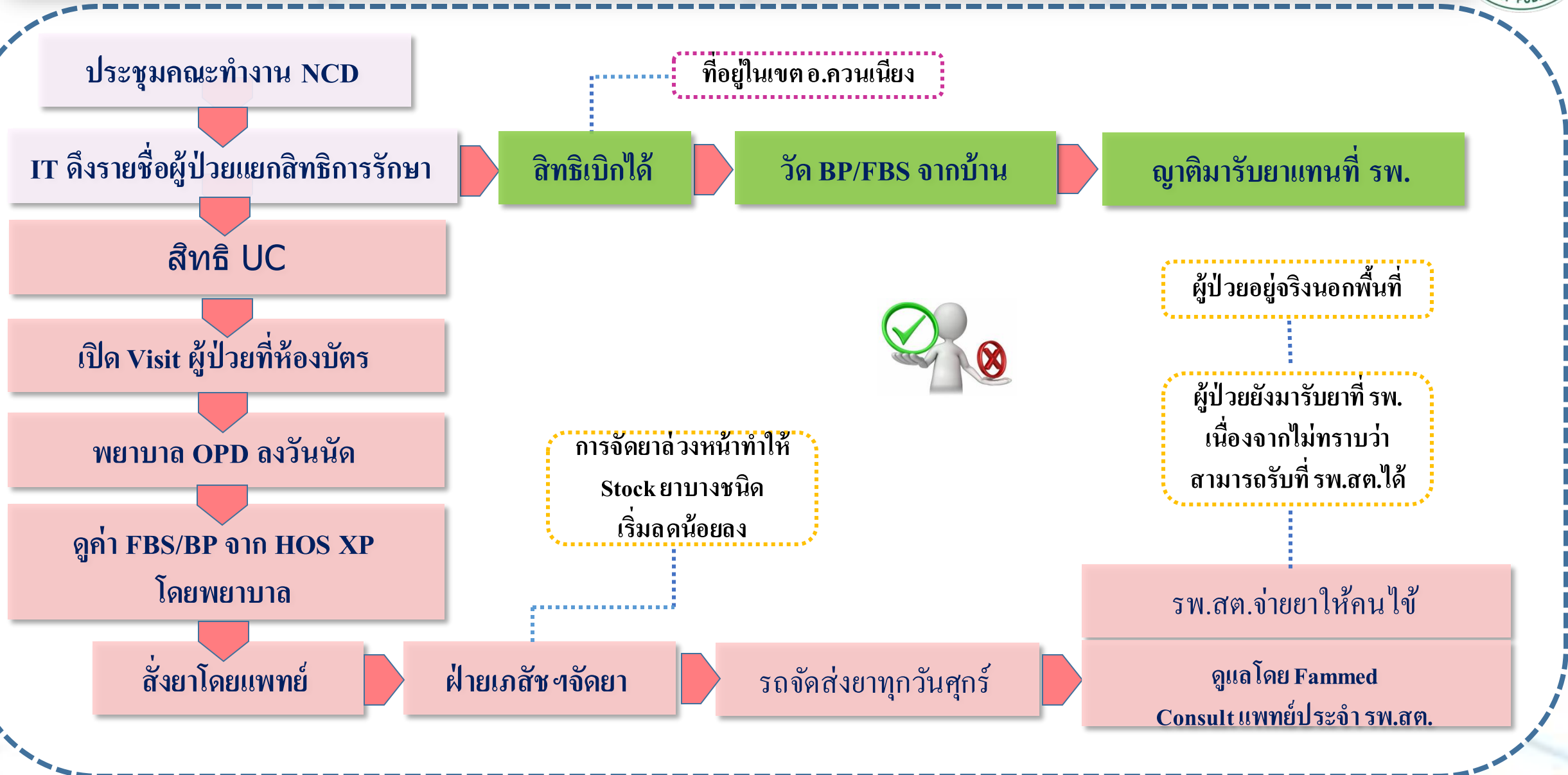


**Holistic care ตามแนวทาง
เวชศาสตร์ครอบครัว
+ Self management**

- จัดการรายกรณี
- สนับสนุนการจัดการตนเอง
- Self management
- ทำ SMBG, HBP
- ดูแลโดย Holistic care ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว
- ประสานการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ
- HHC ติดตามเยี่ยมบ้าน
- การทำ Grand round



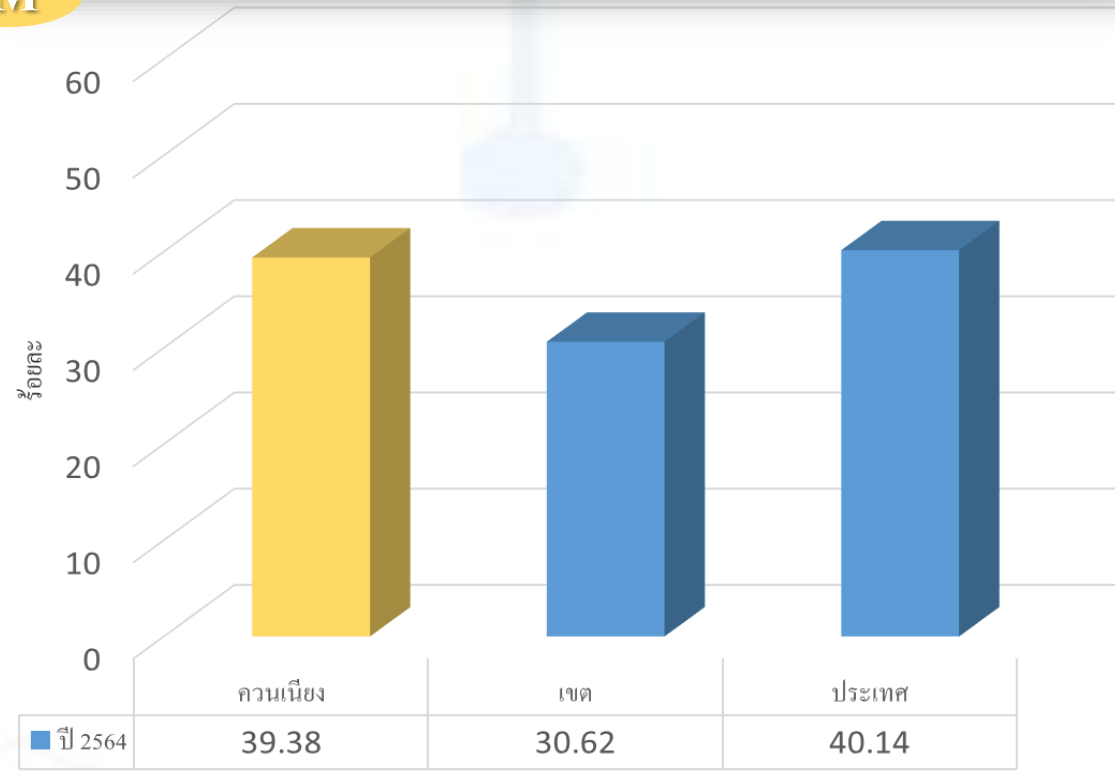
การจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังในช่วงการระบาดของ COVID-19



ผลลัพธ์การดำเนินงาน

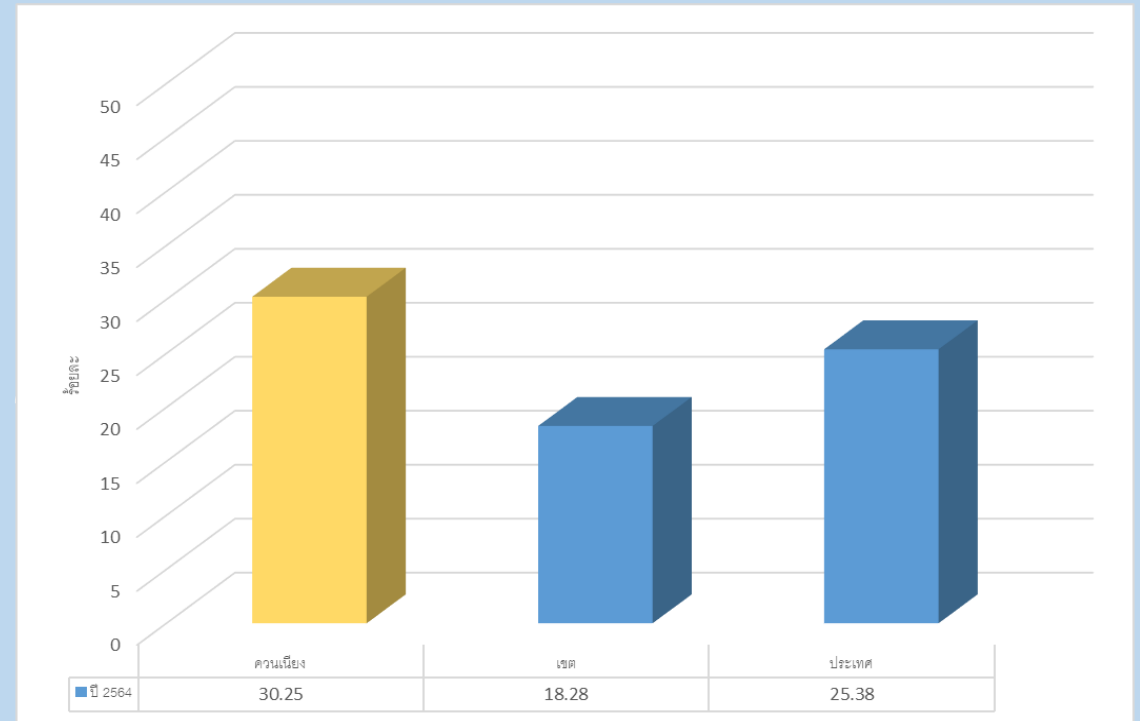
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

DM



1. มีการติดตามกลุ่มสงสัยป่วย ให้ได้รับการตรวจ FPG โดยใช้ทะเบียน Data Exchange เป็นเครื่องมือในการติดตาม
2. มีการวางแผนร่วมกัน ภายในเครือข่าย ในระบบการส่งต่อระหว่าง รพ.สต กับ รพ.
3. กลุ่มป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยและนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่เร็ว

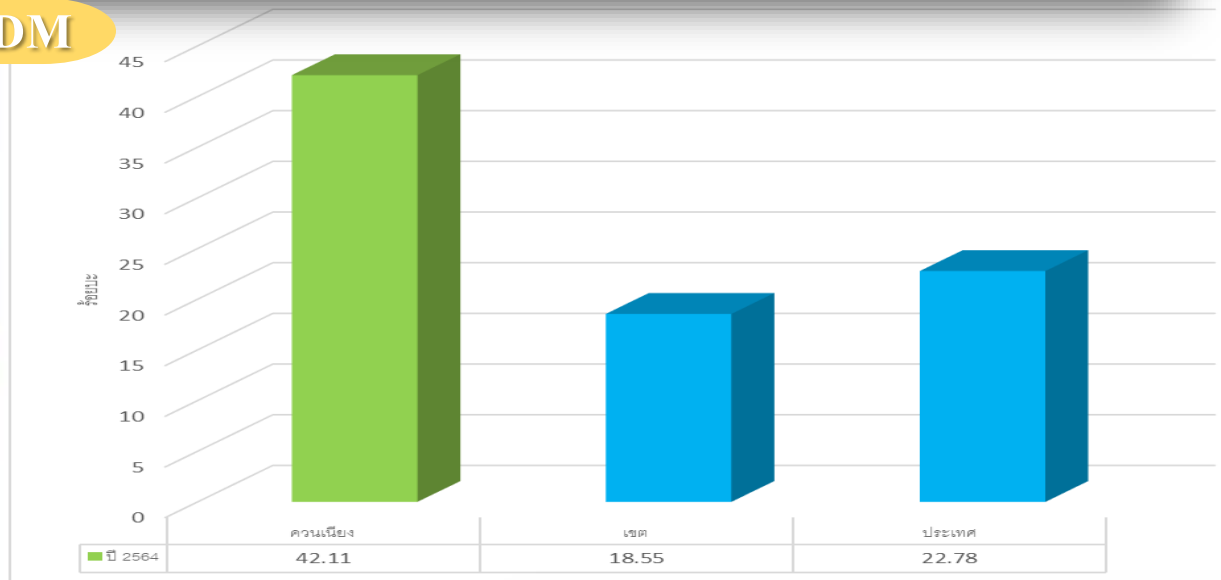
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < 100 mg/dl



1. การตรวจไขมันในเลือดประจำปี ควรรู้กับการประเมิน CVD Risk ในผู้ป่วย
2. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

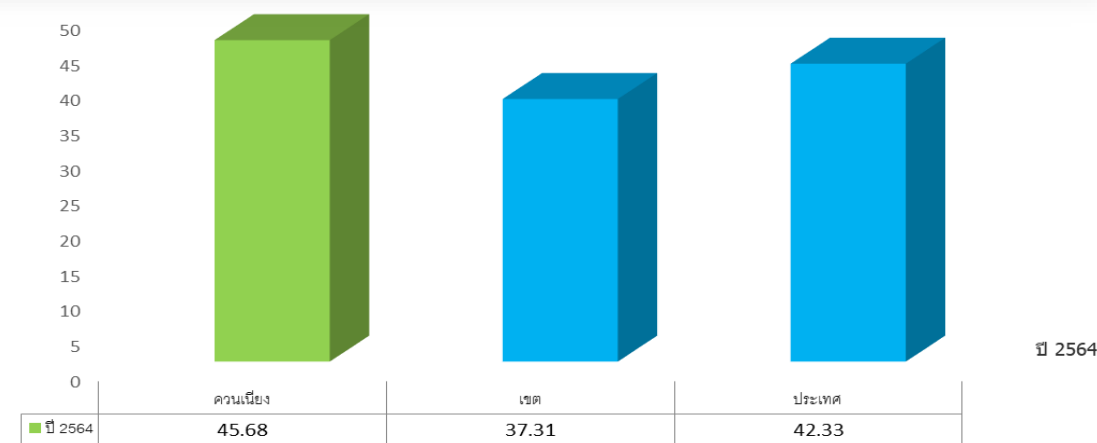
DM



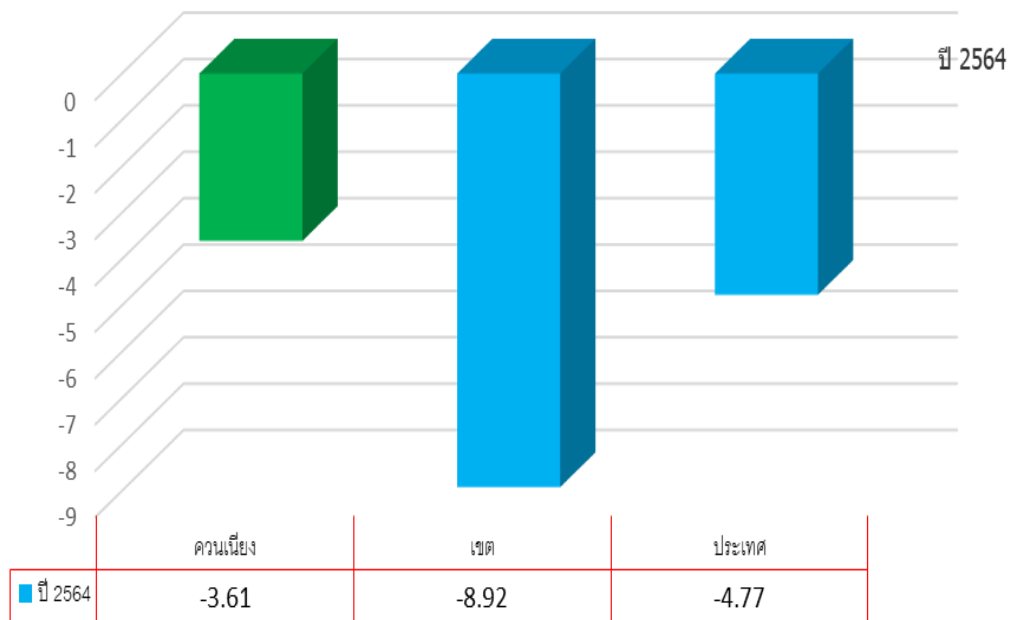
1. สนับสนุนการจัดการตนเองทำโครงการSMBG กลุ่ม DM
Uncontrol HbA1C $\geq 7.1 - 8 \%$
2. การดูแล Holistic Care ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว
3. การจัดการดูแลรายกรณี Case management เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตควบคุมได้ตามเกณฑ์

ดูแลผู้ป่วย ในระบบการดูแลควบคู่
ทั้งสองโรค โดยทีมสหวิชาชีพ

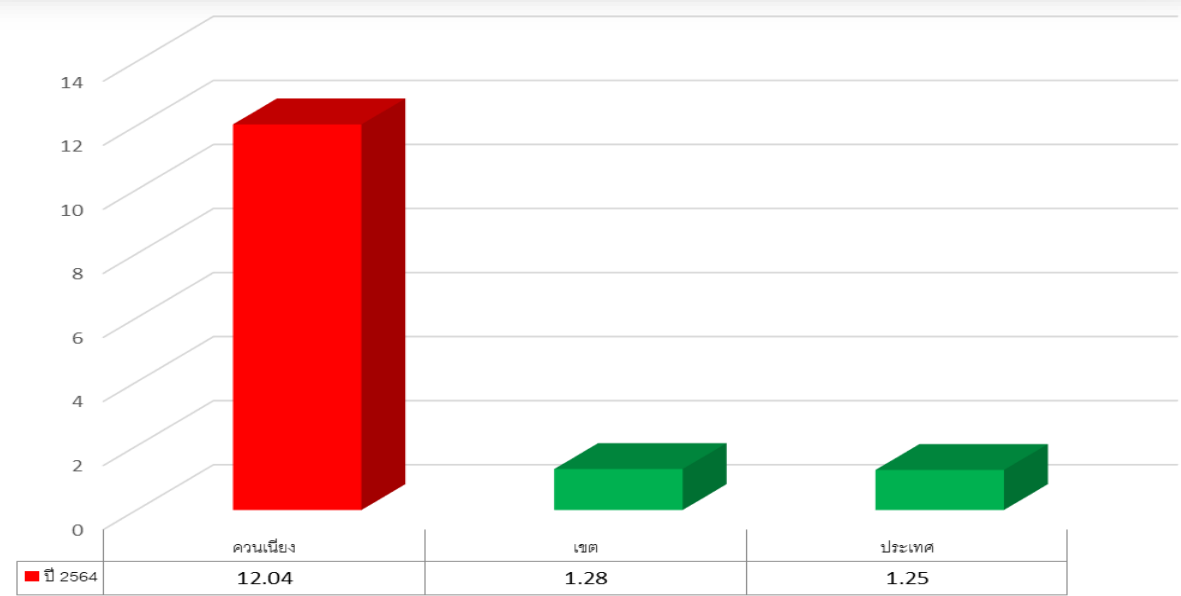


ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI $\geq$ 25 กก./ตร.ม.)] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา



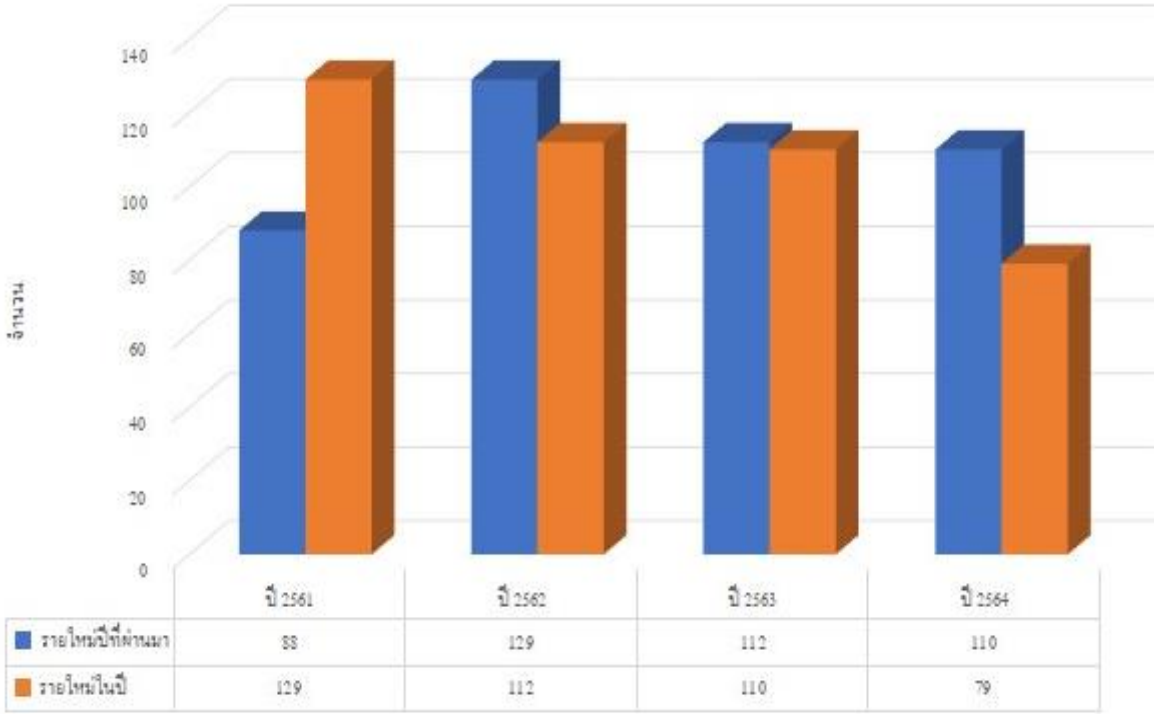
1. ประเมินผู้ป่วยด้านโภชนาการทุกครั้งที่ได้รับบริการ และส่งพบ ทีมสหวิชาชีพของเครือข่ายกรณีที่มีปัญหา ด้าน BMI
2. ส่งเสริมการจัดการตนเอง โดยการเข้าคลินิก DPAC

อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน



ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น simple hyperglycemia Admit เพื่อเข้าสู่กระบวนการ Grand Round เพื่อให้เกิด Good Control

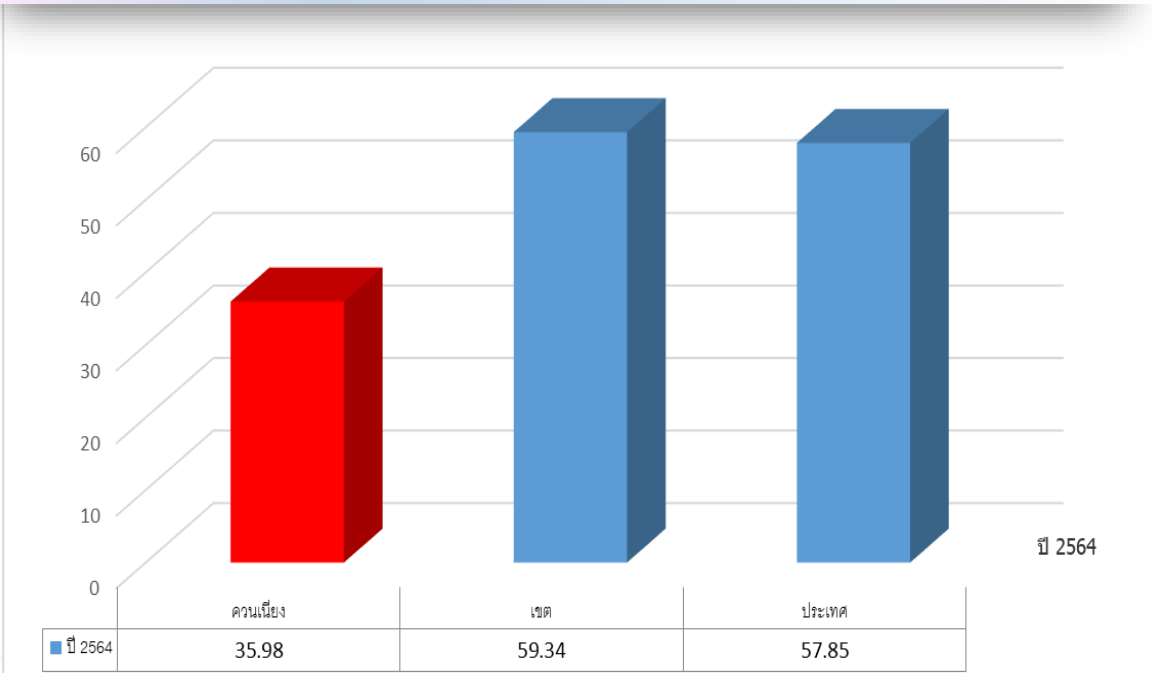
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง



- 1. การดูแลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยใช้โครงการ Healthy City เริ่มดำเนินการปี 2562 - 2564
- 2. มีการทำ SMBG ในกลุ่มเสี่ยงสูง(DTX = 110 – 125 mg%). ใช้งบกองทุนตำบลครอบคลุม ทุกรพสต.



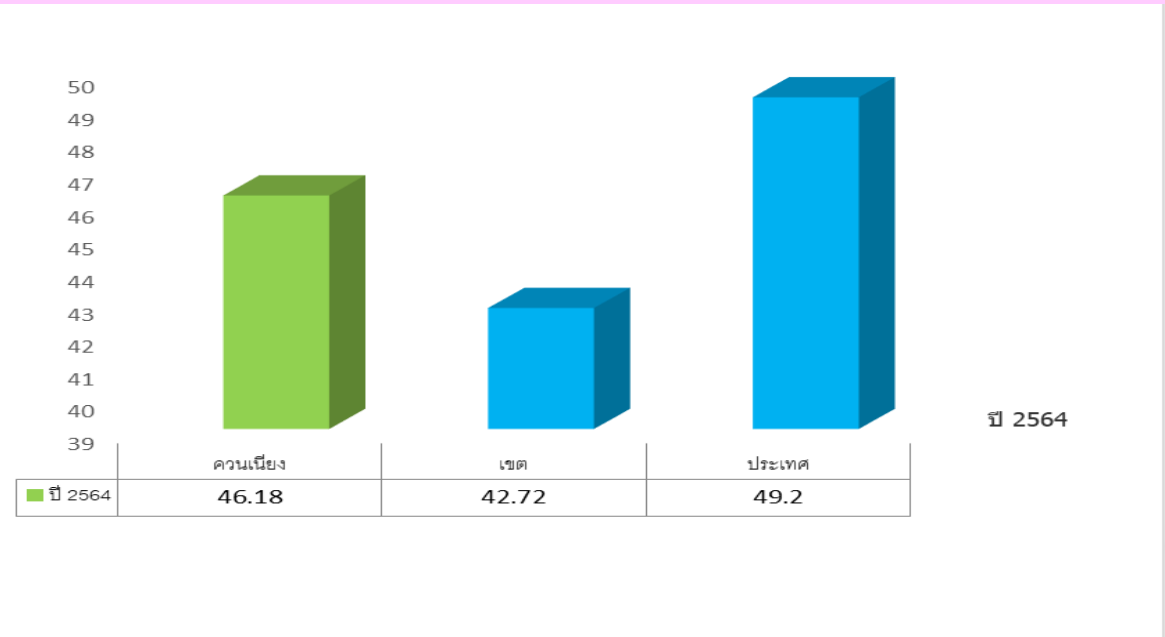
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง



- 1. การดูแลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ โดยใช้โครงการ Healthy City เริ่มดำเนินการ ปี 2562 - 2564
- 2. มีการทำ Home BP ในกลุ่มเสี่ยงสูง BP>=140 / 90 mm.Hg

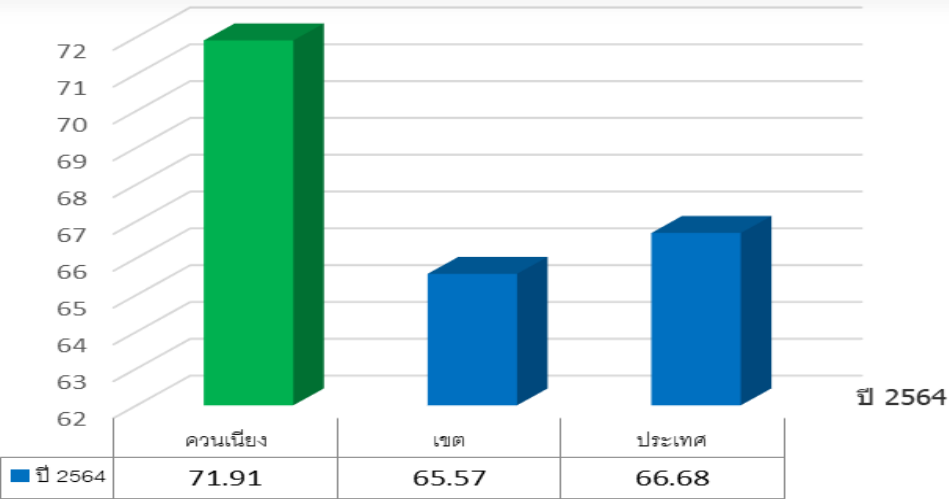


ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี



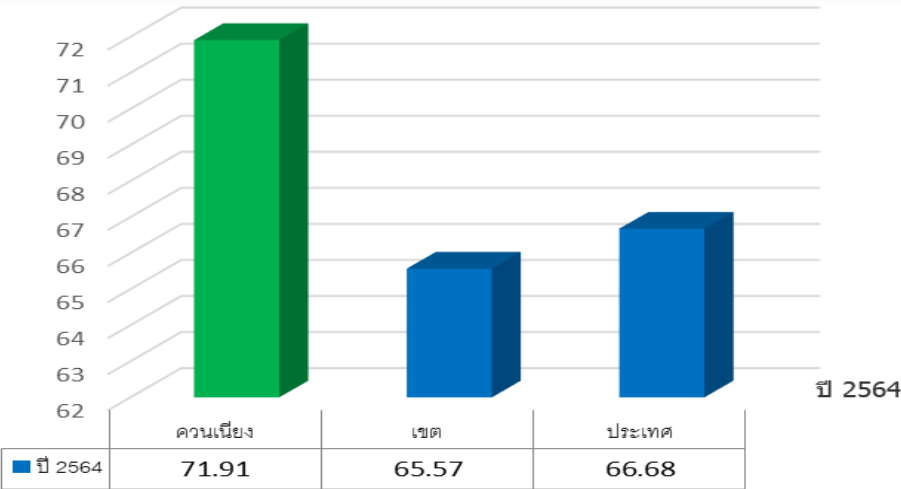
- 1. สนับสนุนการจัดการตนเองทำโครงการ Home BP กลุ่ม HT Uncontrol BP >= 160/100 mm.Hg
- 2. การดูแล Holistic Care ตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัว
- 3. การจัดการดูแลรายกรณี Case management เข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง



1. มีการติดตามกลุ่มผู้ป่วยให้ได้รับการตรวจ คัดกรองไต โดยใช้ทะเบียน Data Exchange เป็นเครื่องมือในการติดตาม
2. มีการวางแผนร่วมกัน ภายในเครือข่าย ในระบบการส่งต่อระหว่าง รพ.สต กับ รพ.
3. กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยและนำเข้าสู่ระบบการรักษาที่เร็ว

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 ะลอกการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย



1. CKD clinic ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน
2. การนำผู้ป่วยเข้าสู่การวินิจฉัยได้เร็ว
3. ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ



ปัจจัยความสำเร็จ



1. ทิศทางองค์กรชัดเจน
2. ผู้บริหารสนับสนุน
3. ทีมเครือข่ายเข้มแข็งให้ความร่วมมือ
4. ใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนงาน NCD





**SUCCESS
IS NOT
AN ACCIDENT**