



ถอดบทเรียนการดำเนินงาน

NCD Clinic Plus[®] ของโรงพยาบาล Best Practice

ที่ปรึกษา

1. แพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
2. แพทย์หญิงจรัสพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

คณะกรรมการ

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1. นางสาวณัฐจิรพรรณ พันธมุง หัวหน้ากลุ่มพัฒนาคุณภาพบริการ
2. นางสาวหทัยชนก ไชยวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
3. นางสาวธำปณี ชูเชิด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
4. นางสาวสุภาพร พรมจีน นักวิชาการสาธารณสุข
5. นางสาวพนิดา เจริญกรุง นักวิชาการสาธารณสุข

รวบรวมและเผยแพร่โดย

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 0 2590 3867 โทรสาร 0 2590 3893

www.thaincd.com, <https://ddc.moph.go.th/dncd>, www.facebook.com/thaincd

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กุมภาพันธ์ 2563

จำนวนพิมพ์ : 2,000 เล่ม

จำนวนหน้า : 84 หน้า

ISBN : 978-616-11-4207-0

พิมพ์ที่ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

คำนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและประเทศไทย ทั้งในมิติของการเสียชีวิตและภาระโรค โดยเฉพาะสถานการณ์โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นปัญหาเร่งด่วน ที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความร่วมมือในการแก้ไข

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคได้ให้ความสำคัญในการจัดการกับปัญหาดังกล่าวเป็นอย่างยิ่ง โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ของสถานบริการสาธารณสุข 2 ด้าน คือ ด้านกระบวนการ 6 องค์ประกอบ และด้านผลลัพธ์ ตัวชี้วัดบริการรวมทั้งได้มีการคัดเลือกตัวแทน สถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นระดับเขต เพื่อเข้ารับการคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2560 ซึ่งเป็นรางวัลที่เชิดชูเกียรติให้แก่โรงพยาบาลที่มีรูปแบบการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ที่เป็นเลิศ และเป็นแบบอย่างที่น่ายกย่องให้กับหน่วยงาน พร้อมทั้งสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้ยังเป็นโอกาส ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเผยแพร่รูปแบบการดำเนินงานที่เป็นเลิศให้แก่สถานบริการสาธารณสุขอื่นๆ ที่จะนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ การบริการ รวมถึงการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานบริการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค จึงได้จัดทำหนังสือถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาล Best Practice ปีงบประมาณ 2560-2562 และเทคนิคการดำเนินงานของทีมพี่เลี้ยง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 เล่มนี้ขึ้น เพื่อรวบรวมผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในด้านต่างๆ ของโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ และทีมพี่เลี้ยง จาก สคร. ที่ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ซึ่งหวังว่าเนื้อหาที่ได้นำมาเรียบเรียงนั้น จะมีประโยชน์ต่อผู้มีความสนใจ และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปรับใช้กับการดำเนินงานในพื้นที่ตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

หนังสือถอดบทเรียนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของโรงพยาบาล Best Practice เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากแพทย์หญิงศศิธร ตั้งสวัสดิ์ ผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อและแพทย์หญิงจิรพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการกองโรคไม่ติดต่อ ที่จุดประกายความคิดริเริ่มในการจัดทำหนังสือเล่มนี้

ขอขอบคุณโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ตั้งแต่ปี 2560-2562 ที่สรุปการดำเนินงาน Best practice ในด้านต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับหนังสือเล่มนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์, โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ, โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง, โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ, โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี, โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา, โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์, โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ, โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ, โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์, โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก, โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท, โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร และโรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร

รวมถึงสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ที่ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์
ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในฐานะพี่เลี้ยง และผู้มีส่วนร่วมให้คำแนะนำ
อันเป็นประโยชน์ในการทำหนังสือถอดบทเรียนเล่มนี้ให้มีเนื้อหาที่สมบูรณ์
ชัดเจน ครบถ้วน และเหมาะสมในการนำไปประยุกต์ใช้กับสถานบริการสาธารณสุข
ท้ายนี้คณะบรรณาธิการ ขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการ
จัดทำหนังสือถอดบทเรียนเล่มนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีไว้ ณ โอกาสนี้ หวังว่าหนังสือ
เล่มนี้จะ เป็นประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุข
เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ต่อไป ●●●●●●●●●●



สารบัญ

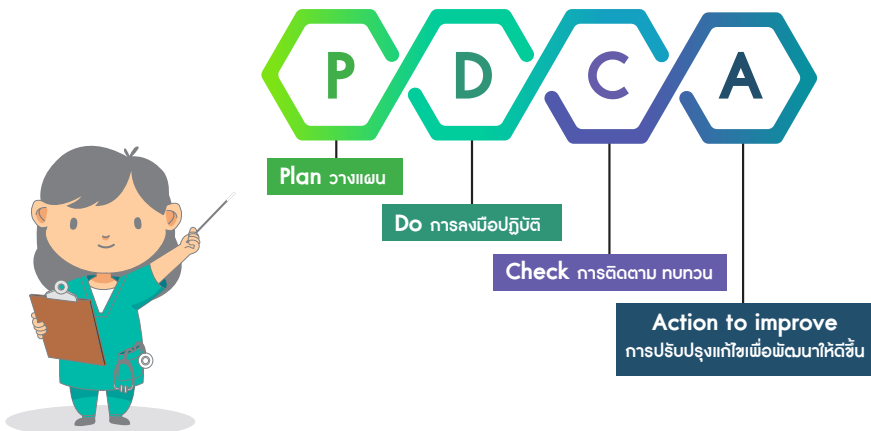
คำนำ	1
กิตติกรรมประกาศ	2
สารบัญ	3
1. ความเป็นมาของการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	4
2. ผลงาน Best Practice	7
2.1 ระบบสารสนเทศ (Information System)	7
2.2 การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)	12
2.3 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self Management Support)	35
2.4 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)	42
2.5 นวัตกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน (Innovation)	49
3. ประสพการณ์การดำเนินงานที่สนับสนุน NCD Clinic Plus ในฐานะพี่เลี้ยง (สกร.)	58
4. ภาคผนวก	80
4.1 ทะเบียนรายชื่อโรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี 2560-2562	80



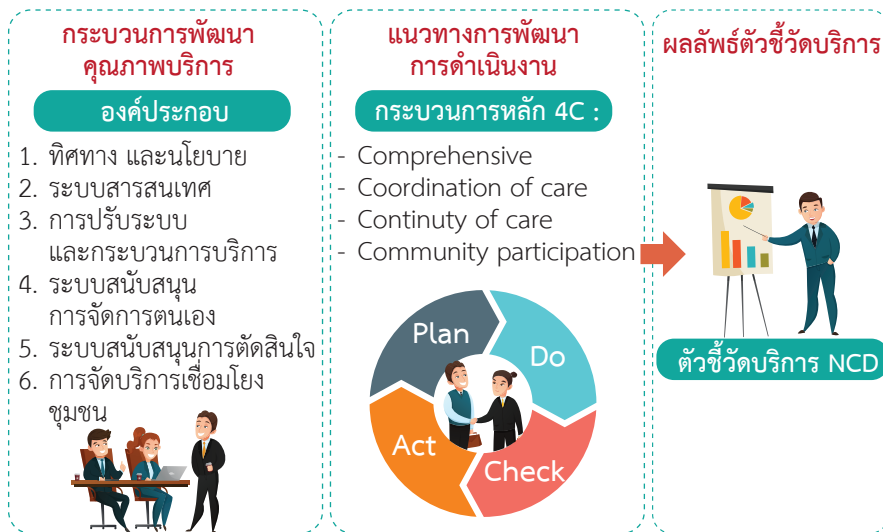
1

ความเป็นมา

กรมควบคุมโรค โดยกองโรคไม่ติดต่อ มีภารกิจสำคัญในการพัฒนาระบบ กลไก และเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ ได้ร่วมมือกับเครือข่าย ในกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข) พัฒนาการบริหารจัดการ ระบบบริการสุขภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อ โดยปี 2557-2559 ได้ขับเคลื่อน การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ซึ่งการพัฒนาได้ปรับจากกรอบแนวคิดรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Wagner (Wagner's Chronic Care Model) เป็นการ ขยายแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลระดับบุคคลไปสู่การดูแลแบบบูรณาการครบวงจร รวมถึงการป้องกันควบคุมโรค เพื่อประเมินตามองค์ประกอบของการพัฒนาการ บริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award, PMQA) และได้นำวงจร PDCA (P = Plan = วางแผน, D = Do = การลงมือปฏิบัติ, C = Check = การติดตาม ทบทวน หรือตรวจสอบการดำเนินงาน, A = Action to improve = การปรับปรุงแก้ไขเพื่อพัฒนาให้ดีขึ้น)



มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงานเพื่อเพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากการพัฒนาคลินิก NCD คุณภาพมีกลุ่มเป้าหมายในการประเมินเป็นโรงพยาบาล ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน โดยทำการประเมินเชิงกระบวนการ 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทิศทางและนโยบาย 2) ระบบสารสนเทศ 3) การปรับระบบ และกระบวนการบริการ 4) ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง 5) ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ 6) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ซึ่งประเมินโรงพยาบาลครบทุกแห่งในปี 2559 และทุกแห่งผ่านเกณฑ์ที่กำหนด



การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2560-2562

ถึงแม้ว่าจะดำเนินงานพัฒนาและประเมินคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลทุกแห่ง 100% แต่ยังคงพบโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงยังคงเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยส่วนใหญ่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี ดังนั้นในปี 2560 จึงมีการปรับปรุงและเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดำเนินงานร่วมด้วย และได้เปลี่ยนชื่อจากคลินิก NCD คุณภาพ เป็น “NCD Clinic Plus” ดังนั้นการประเมิน



NCD Clinic Plus (100 คะแนน)

ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่
1

การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ
6 องค์ประกอบ (50 คะแนน)

ส่วนที่
2

การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ
NCD Clinic Plus (50 คะแนน)

โดยมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการบริการของสถานบริการสาธารณสุขในการจัดการโรคไม่ติดต่อให้มีคุณภาพ มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมเข้าถึงผู้รับบริการ เครือข่ายสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคไม่ติดต่อ

นอกจากนี้มีการจัดกิจกรรมคัดเลือก NCD Clinic Plus Awards ตั้งแต่ปี 2560 เพื่อค้นหาโรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นระดับประเทศ และเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทีมสหวิชาชีพในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อทั้งนี้ยังเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เผยแพร่รูปแบบการดำเนินงานในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อเพื่อเป็นแบบอย่างให้กับโรงพยาบาลที่กำลังพัฒนา NCD Clinic Plus ได้อีกด้วย



2

ผลงาน Best Practice

2.1 หมวดระบบสารสนเทศ (Information System)



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (ระดับ F1)

โดย คุณราตรี มนัสติลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : ระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอบ้านดุง มีความแตกต่างกัน คือ โรงพยาบาลใช้โปรแกรม HOSxP ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใช้โปรแกรม JHCIS ทำให้ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของอำเภอได้ทันเวลา และเกิดความซ้ำซ้อนในการคีย์ข้อมูล จึงได้ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอบ้านดุง

วัตถุประสงค์ : เพื่อคืนข้อมูลแบบ Real time

วิธีการและกระบวนการดำเนินงาน :

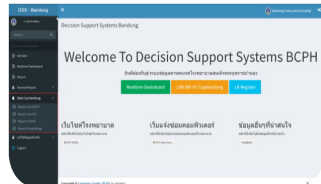
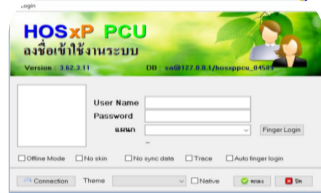
1) พัฒนาโปรแกรม Electronic Family Folder มาใช้ร่วมกับโปรแกรม JHCIS

2) ขยายหน่วยบริการโปรแกรม HOSxP ให้โอกาสโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้โปรแกรม JHCIS ปรับมาเป็นโปรแกรม HOSxP ซึ่งจะทำให้ระบบการตรวจเช็คได้ทันเวลา รวดเร็ว

3) สร้าง Web Application การคืนข้อมูล Lab ออนไลน์ แบบ Real time แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเช็ค Lab ให้ทันเวลา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : มีศูนย์การนำระบบสารสนเทศเข้ามาปรับใช้งานในระบบโรงพยาบาล

การพัฒนาต่อยอด : ปี 2563 พัฒนาเรื่องการสร้างโปรแกรมออนไลน์เชื่อมโยงโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อลดการคีย์ข้อมูลที่ผิดพลาด และซ้ำซ้อน





โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ (ระดับ F1)

โดย นายแพทย์พิเชษฐ พิตขุนทด นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
แพทย์หญิงผการัตน์ รัตประโคน นายแพทย์ชำนาญการ
คุณราตรี ลำเกาพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : ปี 2557 โรงพยาบาลละหานทราย พบว่าการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยรายใหม่ยังไม่ถูกต้อง ทะเบียนแพ้ Chronic ยังไม่ถูกบันทึก ผู้ป่วยขึ้นทะเบียนในแพ้ Chronic ไม่เป็นปัจจุบันในทุกสถานบริการ การลงบันทึกข้อมูลผล Lab ไม่ถูกต้อง ผู้ที่ไม่ป่วยจริงถูกนำไปขึ้นทะเบียนแพ้สะสม PERSON, DEATH, CHRONIC และ Type Area ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพไม่เป็นปัจจุบันและขาดการติดตามผลวิเคราะห์ข้อมูล แลกเปลี่ยนคืนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อพัฒนาระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์หรือเอกสาร มีการเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนเพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย และเชื่อมโยงกับ Data Center อำเภอ และ Data Center จังหวัดผ่านระบบ Data Exchange ของ HDC
- 2) เพื่อให้มีข้อมูลที่ใช้ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย วางแผนการดำเนินงานต่อผู้บริหาร และการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) มีผู้ประสานงาน NCD Case Manager และ Mini Case Manager ขับเคลื่อนงาน ติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัด HDC ระบบรายงานทุกวัน รวมทั้งประสานการทำงาน เชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพทั้งในและนอกเครือข่าย โดยการใช้ข้อมูลเพื่อแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ คืนข้อมูลกับเครือข่ายและนอกเครือข่าย



2) พัฒนาระบบสารสนเทศขับเคลื่อนงาน NCD เชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อร่วมกันในระดับจังหวัดและเขต ใช้การประเมินคุณภาพบริการด้วยเกณฑ์ NCD Clinic Plus นำข้อมูลจาก Data Exchange ในระบบ HDC มาวิเคราะห์ ออกแบบ วางแผนการจัดบริการให้เหมาะสม ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล

3) มีการใช้ข้อมูลในการตัดสินใจเชิงนโยบาย วางแผนการดำเนินงานต่อผู้บริหาร และการคืนข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างต่อเนื่อง

4) มีการจัดระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่องร่วมกันในระดับอำเภอผ่าน พขอ. เพื่อแลกเปลี่ยนวิเคราะห์และคืนข้อมูล โดยเฉพาะเมื่อมีแนวโน้มการเกิดผู้ป่วยรายใหม่และกลุ่มพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงจากการตรวจคัดกรองประจำปี เพื่อค้นหาพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และลงแก้ปัญหาเชิงรุกอย่างทันทั่วถึง มีแผนการติดตามผลงานทุก 3 เดือน

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

- 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนงาน
- 2) System Manager/Case Manager มีความเข้าใจในระบบการทำงาน
- 3) มีคณะทำงาน IT ทั้งโรงพยาบาลและ รพ.สต. ที่รับผิดชอบงาน NCD และ Monitor ติดตามงานโดย System Manager อย่างต่อเนื่อง
- 4) การทำงานเป็นทีม ร่วมกันในเครือข่าย ร่วมกับการประเมินผลคืนข้อมูล กลับพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาต่อยอด : พัฒนานวัตกรรมสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ทันสมัย สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เร็วขึ้นโดยใช้ CRQ Mapping ในกลุ่มเสี่ยง CVD Risk สูงถึงสูงอันตราย และต่อยอดแผนที่เดินดินยุค 4.0



“ให้บริการผู้ป่วย NCD อย่างมีมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มุ่งสู่ภาคีเข้มแข็งอย่างยั่งยืน”



โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (ระดับ F2)

โดย คุณสมเกตน์ เนตรแสงศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : 1) ผลงานตัวชี้วัด พบว่ามีผลการดำเนินงานไม่ผ่านซึ่งไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริงในพื้นที่ 2) กลุ่มประชากรมีความซ้ำซ้อน 3) เมื่อมีการออกตรวจผู้ป่วยที่ รพ.สต. ไม่ทราบประวัติการรับยาของผู้ป่วยที่โรงพยาบาล 4) การลงข้อมูลการรับบริการไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน สามารถเชื่อมโยงแลกเปลี่ยนข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ พัฒนาคุณภาพการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) สร้างระบบรายงานให้เอื้อต่อการดำเนินงานและง่ายต่อการนำข้อมูลจากโปรแกรม HOSxP มาวิเคราะห์
- 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการฟื้นฟูการบันทึกข้อมูลบริการ 43 แพ้ม/HOSxP
- 3) ประมวลและจัดส่งข้อมูล 43 แพ้ม ขึ้นเว็บไซต์ <https://hdcservice.moph.go.th>
- 43 แพ้ม
- 4) คืบข้อมูลและสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการแก้ไข

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

- 1) ออกตรวจสอบฐานข้อมูลทุก รพ.สต. 2 ครั้ง/ปี
- 2) พัฒนาระบบ vEMR เพื่อสืบค้นข้อมูล ประวัติการรักษาของผู้ป่วย ระหว่าง รพ.สต. ทั้ง 6 แห่ง และโรงพยาบาลภักดีชุมพล ซึ่งเป็นระบบที่เพิ่มฐานข้อมูล HOSxP ให้สามารถเข้าดูประวัติการรับบริการ และการนัดหมายได้แบบ Real time
- 3) จัดทำทะเบียนข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่เชื่อมโยงแลกเปลี่ยน เพื่อการบริการต่อเนื่องในเครือข่าย ระดับอำเภอ และจังหวัด รวมทั้งมีการคืบข้อมูลและสะท้อนปัญหาที่พบให้หน่วยบริการปรับปรุงระบบข้อมูล สารสนเทศให้เป็นปัจจุบัน และถูกต้อง
- 4) มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อพัฒนาคุณภาพการป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ และออกแบบบริการสุขภาพให้กับกลุ่มเป้าหมาย มีการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลคัดกรอง DM และ HT ในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ BMI รอบเอว เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ข้อมูลคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า หัวใจและหลอดเลือด



วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : จัดประชุมทบทวนติดตามผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus และวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง และเคลียร์ข้อมูลประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงทุกเดือน

การพัฒนาต่อยอด : การเปลี่ยน Visit บัตร โดยเจ้าหน้าที่มาบริการทำบัตร ผู้ป่วย เชื้อสิทธิการรักษา เลือกห้องตรวจ รับบัตรคิว จบในขั้นตอนเดียวผ่านตู้คีย์ออส (Kiosk Information) และใช้ระบบคิวอัตโนมัติ

2.2 หมวดการปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery)



โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ (ระดับ A)

โดย คุณสุมาลี บุญมี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : จากการทบทวนผลการดำเนินงาน ร่วมกับวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา/อุปสรรค ในพื้นที่บริการ ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางการดำเนินงานจัดบริการให้ครอบคลุมทุกมิติ พัฒนาระบบบริการเพื่อลดความแออัด เพิ่มศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยใน รพ.สต./ตสม. เชื่อมโยงระบบบริการระหว่างภาคีเครือข่าย ปรับการทำงาน เชิงรุก ปรับกลวิธีการดำเนินงานเพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ส่งเสริม/สนับสนุนให้ประชาชนมีการจัดการตนเองที่ดีในครอบครัวและชุมชนที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ : เพื่อจัดระบบบริการและ เชื่อมโยง การดูแลสุขภาพประชาชนเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ลดอัตราผู้ป่วยรายใหม่ ลดความแออัด ของผู้ป่วยใน โรงพยาบาล เพิ่มความครอบคลุมในการจัดระบบบริการ ตามมาตรฐาน ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และ ลดอัตราการตาย โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและ ชุมชนตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน : รับมอบนโยบาย จากทีมผู้บริหาร จัดตั้งคณะกรรมการประสานงาน ควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อระดับอำเภอ (NCD Board) โดยการทำงาน ร่วมกับทีมสภาผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ภาคีเครือข่าย มีการ วิเคราะห์ปัญหาในชุมชนผ่านการประชุมเรียกว่า ต้นไม้ปัญหา วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ สื่อสารนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติและภาคีเครือข่ายผู้นำชุมชนสร้างความตระหนัก ในเรื่อง การดูแลสุขภาพของประชาชน จัดตั้งกติกาสมาชิกชุมชนขึ้นมาเพื่อให้ทุกคนปฏิบัติตาม ให้ทุกครัวเรือน ปลุกผักรับประทานเอง จัดงานบุญปลอดเหล้า เป็นต้น มีบทโทษทางสังคมในกรณีที่ ทำผิดกติกาสมาชิก มีการสร้างบุคคลต้นแบบในการดูแลสุขภาพ และมีกลุ่มออกกำลังกายใน กลุ่มวัยรุ่นและวัยสูงอายุ



การปรับระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery) :



มีระบบบริการที่มีความพร้อม ทั้งบุคลากร เครื่องมือ สถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ร่วมกับทีม อสม. ในพื้นที่ค้นหากลุ่มที่อยู่นอกพื้นที่/สูญหายนำมาคัดกรองโรคให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น กลุ่มเสี่ยง เข้าคลินิก DPAC ใน รพ.สต. ทุกราย เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ติดตามกลุ่มเสี่ยง ทุก 3-6 เดือน ในปี 2559 เริ่มสร้างทีมแพทย์อายุรกรรมประจำโซน แบ่งเป็น 5 โซน แบ่งตามพื้นที่หมู่บ้านใกล้เคียงกัน โดยแพทย์ให้

คำปรึกษาผ่านช่องทาง Line group DM/HT, Line Consult, มีอีเมลกลางของอำเภอเมือง รับส่งข่าวสาร ส่งข้อมูลผู้ป่วยระหว่างกัน มีการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว คือ การทำ SMBG, SMBP มีทีม อสม. จัดอาสาเบาหวาน/ความดัน ติดตามเจาะน้ำตาลและวัดความดันโลหิตให้ผู้ป่วยก่อนวันนัดทุกเดือน ใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยสื่อสารระหว่าง จนท.ในโรงพยาบาลกับทีม รพ.สต./ศสม. กลุ่มภาวะแทรกซ้อน มีระบบการส่งต่อดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน (Home Health Care) ผ่านโปรแกรม Thai COC ซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งต่อ เพื่อดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและเครือข่ายบริการในพื้นที่ มีนวัตกรรมการปันจักรยานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย DM/HT ที่ติดบ้านติดเตียง โดยทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ใช้ระบบข้อมูลสารสนเทศ HDC ในการกำกับติดตามงานเพิ่มขึ้นเชื่อมโยง Data Center อำเภอ จังหวัด มีการคืนข้อมูลให้ชุมชนมาใช้วิเคราะห์สถานการณ์ ความรุนแรง ปักจ้ยเสี่ยงของโรค และนำมาออกแบบระบบบริการให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : ผู้บริหารทุกระดับ ขับเคลื่อนงาน เสร้มพลังใจ บุคลากร มีความมุ่งมั่น และภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง (จัดการสุขภาพด้วยตนเอง ครอบครัว และชุมชน)



“ผู้บริหารมีนโยบายชัดเจน และชี้แจงลงสู่ผู้ปฏิบัติทุกระดับเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานทั้งโรงพยาบาลและในพื้นที่ที่มีความเข้าใจตรงกัน มุ่งพัฒนางานเรื่องเดียวกันและสามารถเชื่อมโยงระบบบริการให้เป็นเนื้อเดียวกันทั้งอำเภอ”



โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา (ระดับ A)

โดย แพทย์หญิงพรณทิพย์ ตันติวงศ์ อายุรแพทย์หน่วยต่อมไร้ท่อและเมตาบอลิซึม
คุณปริยา สงวนวงศ์จิตร พยาบาลประจำศูนย์เบาหวาน

ที่มาและความสำคัญ: โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (รพม.) เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่ม NCDs โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีจำนวนมารับบริการมากที่สุดในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยมีปริมาณเพิ่มขึ้นทุกปี โดยผลการรักษากลุ่มนี้ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย จำนวนผู้ป่วยที่มานอนรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น ดังนั้นทีมสหวิชาชีพผู้ดูแลเบาหวาน รพม.จึงให้ความสำคัญในการดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ให้ได้คุณภาพตามเป้าหมาย และการลดความแออัดในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อดูแลรักษากลุ่มผู้ป่วยให้ได้ประสิทธิภาพบรรลุเป้าหมาย
2) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ ตระหนักถึงความสำคัญของตนเองในการมีส่วนร่วมควบคุมโรคเบาหวาน และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต
3) เพื่อพัฒนาทีมดูแลเบาหวานในโรงพยาบาล และในเขตสุขภาพให้มีความรู้ความสามารถในการทำงาน

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

1) ระบบบริการเบาหวานที่แผนกอายุรกรรมผู้ป่วยนอก ได้แก่ คลินิกอายุรกรรมต่อมไร้ท่อ ให้การดูแลรักษาเบาหวานที่มีความซับซ้อน เบาหวานชนิดที่หนึ่ง และเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยขณะรอตรวจจะมีทีมพยาบาลดูแลโรคเบาหวาน เกสซักร โภชนากร นักวิชาการสาธารณสุข ร่วมกันประเมินผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมโรค ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนประจำปี ส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงมีระบบส่งต่อเยี่ยมบ้าน เพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง คลินิกนักรับ แนะนำเรื่องอาหาร ยา สนับสนุนการตรวจ SMBG ในรายที่ใช้อินซูลิน คลินิกสุขภาพเท้าเบาหวาน ตรวจประเมินและแก้ไขปัญหาระบบเท้าเบาหวาน และคลินิกหุ่นสวยสุขภาพดี (DPAC) ตรวจภาวะโภชนาการเกิน ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

2) ระบบการให้ Diabetes Self-Management Education and Support (DSME/S)

2.1) ระบบการให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองแบบรายบุคคลและแบบรายกลุ่ม ได้แก่ DM Class, คลินิกนักรับ และ Class for DM with pregnancy โดยทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันประเมินแนะนำผู้ป่วยและญาติให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง

2.2) กิจกรรมสนับสนุนการดูแลตนเองจัดประจำปี ได้แก่ ค่ายเบาหวานชนิดที่สอง ค่ายเบาหวานชนิดที่หนึ่ง และกิจกรรมวันเบาหวานโลก รวมถึง “ชมรมเบาหวาน รพ. มหาราชนครราชสีมา” ก่อตั้งเมื่อ พ.ศ. 2538 มีกิจกรรมเพื่อสุขภาพ “เพื่อนช่วยเพื่อน” สันทนการบำเพ็ญประโยชน์ พบปะทุกวันศุกร์แรกของเดือน ทำให้สมาชิกชมรมควบคุมเบาหวานได้ดีขึ้น

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน : 1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพ การดูแลเบาหวาน ให้บุคลากรในจังหวัด และเขตสุขภาพที่ 9 รวมถึงกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านเวที Best practice sharing ในระดับเขตสุขภาพที่ 9 2) พัฒนาศักยภาพการดูแลรักษา NCDs ในเขตเมืองนครราชสีมา โดยมีทีมทำงาน มีแนวทางส่งต่อ และช่องทางการติดต่อปรึกษา ทีมสหวิชาชีพ รพม. มีกิจกรรมค่ายเบาหวานสัญจร ไปให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยในพื้นที่ มีการจัดทาระบบปรึกษา และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเบาหวาน ที่ซับซ้อน ส่งต่อข้อมูลให้ทีมพื้นที่ โดยผ่านทีมพยาบาลชุมชน และ โปรแกรม Thai COC



วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : “พลังของทีมสหวิชาชีพ” ความร่วมแรง ร่วมใจ ในทุกจุดของการดำเนินงานดูแลรักษา NCD รวมถึงการได้รับ “คำแนะนำ กำลังใจการสนับสนุน” จากทีมผู้บริหาร ทีมที่ปรึกษา ทีมสนับสนุนทุกภาคส่วนภายในจังหวัด นครราชสีมา และในเขตสุขภาพที่ 9

การพัฒนาต่อยอด : “การพัฒนากระบวนการดูแลรักษาเบาหวานชนิดที่หนึ่ง และเบาหวานอายุน้อย” ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องฉีดยาอินซูลิน และมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันได้บ่อย ได้แก่ จัดระบบบริการดูแลรักษา DM Type 1 ตามมาตรฐาน ระบบการให้ความรู้ การสนับสนุนผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น คลินิกนัดรับ, ค่ายเบาหวาน และช่องทางการติดต่อแก่ผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพ รวมถึงขยายเครือข่ายเผยแพร่ความรู้ให้ทีมเขตสุขภาพที่ 9



“เชื่อมโยงบริการสู่คลินิกต่างๆ ใน รพ. DM, DPAC, CKD, Stroke STEMI ระบบบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชนแบบไร้รอยต่อ พัฒนาระบบบริการ ตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สร้างความตระหนักรู้และการมีส่วนร่วม ภายใต้ศูนย์เรียนรู้ที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรมสุขภาพ”



โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (ระดับ M1)

โดย คุณศุภรี ศิริบุญณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล อยู่ในลำดับที่ 1 และ 2 มาตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนในคลินิก ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เกิดความแออัดในสถานบริการ ดังนั้น เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของโรคดังกล่าว เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันทรลักษณ์ จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำระบบสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูลสุขภาพ มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ ให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวกขึ้น

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ

2) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามมาตรฐาน

3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

4) เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

1) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.กันทรลักษณ์) ได้ประชุมร่วมกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง มีการทำ SWOT Analysis และร่วมวางแผนการดำเนินงาน ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้ครอบคลุมบริการด้านปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ โดยดำเนินงานแบบบูรณาการ ทั้งเชิงรุกมีการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย เชิงรับ มีจัดบริการในคลินิก รวมทั้งมีการส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน



2) มีการบันทึกข้อมูลผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ใช้ระบบ Him-pro รพ.สต. ใช้ระบบ JHCIS มีการเชื่อมโยงข้อมูลภายในเครือข่าย และส่งต่อข้อมูลเข้าระบบ HDC ของจังหวัด ทำให้สามารถนำข้อมูลต่างๆ มาใช้ในการจัดทำแผนงาน โครงการต่างๆ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดีขึ้น

3) จัดระบบบริการให้ครอบคลุม โดยกลุ่มปกติ ให้คำแนะนำการดูแลตนเอง สนับสนุนให้ปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ.2ส. ติดตามคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทุก 1 ปี กลุ่มเสี่ยง ให้คำแนะนำรายบุคคล รายกลุ่ม จัดกิจกรรมลดเสี่ยง ลดโรค และมีการติดตามทุก 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี กลุ่มป่วย ส่งเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์และรับไว้ดูแลรักษาในคลินิก NCD จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย คลินิก NCD โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จัดบริการแบบ One Stop Service มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อโดยมีแพทย์แผนไทยเป็นผู้นำออกกำลังกาย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงผ่านสื่อต่างๆ การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ตามมาตรฐานอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี และมีทีมสหวิชาชีพร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะแทรกซ้อนหรือกลุ่ม Uncontrolled ได้รับการจัดการรายกรณีโดยพยาบาลประจำคลินิกมีการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยกลับมาที่โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ และทางโรงพยาบาลแม่ข่ายจัดคลินิก NCD สัญจร ออกคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา เท้า ให้ 1 ครั้ง/ปี ห้อง Lab จัดตารางให้ รพ.สต. เจาะเลือดผู้ป่วยส่งเข้ามาตรวจคัดกรองตามมาตรฐาน 1 ครั้ง/ปี (เดือน ต.ค.-มี.ค.ปีถัดไป) ในกรณี ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงหรือมีภาวะพึ่งพิง มีการประสานข้อมูลกับทีม LTC/PCC เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน

4) จัดกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง สามารถดูแลตนเองได้ โดยการจัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วย มีการทำสัญลักษณ์ สีในสมุดประจำตัวเพื่อแสดงความรุนแรงของโรค (สีแดง = คุมไม่ได้ สีเหลือง = คุมได้ปานกลาง สีแดง = คุมได้)

5) จัดบริการเชื่อมโยงกับชุมชน โดยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่างๆ มีการส่งคืนข้อมูลสุขภาพให้ชุมชนได้เกิดความตระหนักในเรื่องการป้องกัน ลดเสี่ยง ลดโรค สนับสนุนจัดหาสถานที่ และสนับสนุนเครื่องออกกำลังกาย โดยอปท. มีการจัดตั้งชมรมออกกำลังกาย จัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัคร เพื่อให้มีทักษะในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตนเพื่อลดเสี่ยง ลดโรค และเป็นแกนนำในการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ :

- 1) ความชัดเจนของนโยบาย ความเข้าใจและเห็นความสำคัญของผู้บริหาร รวมทั้งการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
- 2) การทำงานเป็นทีมภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ
- 3) การนำเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน



การพัฒนาต่อยอด :

- 1) สนับสนุนให้ประชากรและภาคีเครือข่ายจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค
- 2) จัดบริการเชิงรุกใน รพ.สต.เพื่อลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย ลดอัตราการขาดนัด และด้านการป้องกัน Stroke/ STEMI Alert
- 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง
- 4) พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูล และมีการส่งต่อข้อมูลให้ทีม PCC/LTC เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง



“ลดอัตราป่วย ลดอัตราตาย ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอย พัฒนาศักยภาพบุคลากร เน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข”



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท (ระดับ S)

โดย คุณนิภาพร อรุณวรการณ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
คุณตรีทิพย์ มาโต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ถ้าได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในปัจจุบันคือ ขาดการเคลื่อนไหว พฤติกรรมการบริโภค การใช้ชีวิตที่พึ่งพาเทคโนโลยี ไม่ออกกำลังกาย

จากข้อมูลโรคเรื้อรัง อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นลำดับที่ 1 จำนวน 18,319 ราย (ปี 2561) ผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นอันดับที่ 2 จำนวน 9,886 ราย (ปี 2561) ผลการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ในปี 2559-2562 ดังนี้ 45.12, 13.30, 23.30 และ 31.90 ตามลำดับ เป้าหมาย $\geq 40\%$ การควบคุมระดับความดันโลหิตสูง ปี 2559-2562 ดังนี้ 58.58, 16.51, 15.85 และ 28.95 เป้าหมาย $\geq 50\%$ พบว่าการคัดกรองโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน และการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานยังทำไม่ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน ตา ไต เท้า มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้ปฏิบัติงานมีจำนวนน้อย

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ $\geq 40\%$
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ $\geq 50\%$
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานคลินิก NCD แก่เครือข่ายเพื่อวางระบบการทำงานในชุมชนร่วมถึงการส่งต่อและประสานงานในการคัดกรอง ค้นหาความเสี่ยงร่วมกับทีม สสอ.เมืองชัยนาท ทีมเวชกรรมสังคมและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- 2) วางระบบการพัฒนางานในคลินิกบริการ เพื่อให้การทำงานสะดวก รวดเร็ว ครบถ้วน โดยประสานความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพดังนี้ การลงน้ำหนัก วัดความดันโลหิต โดยจิตอาสา การซักประวัติโดยพยาบาลในคลินิก การประเมินด้านจิตเวช (2Q/9Q)

โดยพยาบาลจิตเวชการประเมิน เรื่องยาโดยเภสัชกร การตรวจเท้าโดยกายภาพ การตรวจฟัน โดยทันตแพทย์ การให้ความรู้ในเรื่องอาหารโดยโภชนากร การให้ความรู้ในเรื่อง SMBG/ SMBP โดยพยาบาล NCM การสอนสุขศึกษาตามตารางการให้ความรู้โดยทีมสุศึกษา และเจ้าหน้าที่ ทีมสหสาขาวิชาชีพในคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้ผ่านการอบรมความรู้ ด้านโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทุกคน



วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : มีความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจในการพัฒนางาน มีประธานงาน NCD ผู้บริหารให้การสนับสนุน อำนวยความสะดวกในการบริหารจัดการ

การพัฒนาต่อยอด :

- 1) ประสานความร่วมมือที่ครอบคลุมทุกเครือข่ายในจังหวัดชัยนาท จัดระบบการคัดกรอง (CKD, CVD Risk) การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา (2Q/ 9Q) ระบบการส่งต่อการรักษาเมื่อพบภาวะแทรกซ้อนร่วมกับ SP ไต PCT อายุรกรรม ดังนี้ CKD Stage 4-5 โดยคลินิก CKD ในวันพุธ CKD Stage 3 ในคลินิกเบาหวานดูแลต่อเนื่อง คลินิกชะลอไตเสื่อมดูแล CKD Stage 3 ในวันจันทร์สำหรับ รพ.สต. จัดให้มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวออกตรวจหมุนเวียนทุก รพ.สต. ทุกสัปดาห์ตามตารางการออกตรวจ โดยใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง
- 2) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการวางแผน การเก็บรวบรวมข้อมูล การส่งต่อข้อมูลในการทำงานของแต่ละสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานในปีต่อไป



“ลดอัตราตาย อัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีความสุข”



โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (ระดับ M2)

โดย คุณธันยมัย โปรงจิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย ปี พ.ศ. 2547 พบว่า มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 1,050 ราย โรคเบาหวาน 735 ราย ซึ่งมีแนวโน้ม เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี รวมทั้งมีจำนวนมากและค่าใช้จ่ายสูงอยู่ในอันดับ 1-5 ของผู้มารับบริการที่งานผู้ป่วยนอก สภาพการณ์ให้บริการค่อนข้างแออัด ระยะเวลารอรับบริการนาน ส่วนมากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป จำนวนมากกว่าร้อยละ 50 และมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 25 มาโรงพยาบาลคนเดียว มีปัญหาการได้ยิน และการสื่อสาร รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายสำหรับค่าจ้างเหมารถเพราะไม่มีรถโดยสารประจำทาง ระยะทางไกลสุดประมาณ 25 กิโลเมตร

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพและมีความครอบคลุม
- 2) เพื่อลดความแออัด และระยะเวลารอรับบริการในคลินิก
- 3) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน : พัฒนาระบบและกระบวนการบริการ (Service Delivery) ทั้งในโรงพยาบาล รพ.สต. และ PCC ทุกแห่ง

- 1) จัดระบบ One Stop Service โดยทีมสหวิชาชีพ เริ่มให้บริการตั้งแต่เวลา 06.00 น.
- 2) พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง เช่น ระบบคิว ระบบนัดการขึ้นทะเบียนรับบริการและส่งตรวจ Lab ไร้ล่วงหน้า
- 3) ระบบส่งผู้ป่วยออกสู่ รพ.สต. ด้วยความสมัครใจในทุกสิทธิการรักษา โดยเพิ่มศักยภาพ รพ.สต. และ PCC ทุกแห่ง สามารถให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ทุกโรค ภายใต้ CPG ร่วมกัน ออกให้บริการอย่างน้อย 1 ครั้ง/เดือน/รพ.สต. และจัดรูปแบบการให้บริการในคลินิก NCD เป็นมาตรฐานเดียวกันเทียบเท่าคลินิกในโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย
- 4) จัดการรายการโดยพยาบาลผู้จัดการรายการและทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อน
- 5) จัดระบบเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาและการส่งต่อในชุมชน โดยบูรณาการ HHC LTC และ PCC
- 6) จัดระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสภาพ โดยทีมสหวิชาชีพ เช่น สุขภาพจิตและจิตเวช บำบัดรักษาสารเสพติด-บุหรี่-สุรา เวชกรรมฟื้นฟู และคลินิก DPAC เป็นต้น

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

- 1) พัฒนาระบบ IT และประสานงานร่วมกันภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด

2) การมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนโดยแกนนำของนายอำเภออุทุมพรพิสัย แกนนำชุมชน ภาควิชาเครือข่าย สนับสนุนให้ประชาชนมีบทบาทในการขับเคลื่อนจัดการภาวะสุขภาพ ของตนเองและชุมชน โดยแต่ละหมู่บ้านจะจัดเวทีประชาคมร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนตนเอง (SWOT) ครอบคลุม 3 มิติ คือ สังคม เศรษฐกิจ และการเมือง เกิดนโยบายชุมชน และโครงการที่สำคัญ มีเครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง เช่น เครือข่ายอาหารปลอดภัย หมู่บ้านลดเสี่ยง ลดโรค หมู่บ้านสร้างสุขภาพใจ ชมรมออกกำลังกาย เครือข่ายดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ทุพพลภาพไร้ญาติ ชมรมผู้สูงอายุเพื่อนช่วยเพื่อน เครือข่าย อพปร. และเครือข่าย Fast tract MI Fast tract Stroke ในชุมชน เป็นต้น

3) การจัดการความรู้ (Knowledge Management) ให้แก่ บุคลากร เครือข่าย ผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไป

4) ระบบการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์การรณรงค์ในวันสำคัญของโรคเรื้อรังผ่านช่องทาง เช่น โทรศัพท์ สื่อ Online ต่างๆ

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

1) น้อมนำพระบรมราโชวาทในหลวงรัชกาลที่ 9 “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” มา RCA ให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ทำให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาร่วมกันของผู้นำ ผู้รับผิดชอบงาน ภาควิชาเครือข่ายและประชาชน

2) รูปแบบ “อุทุมพรพิสัยโมเดล (Uthumphonphisai Model : UTP Model)” โดยยึดหลักสำคัญ 3 ประการ ประกอบด้วย U : Utilization Management T : Technology (Information technology และ Innovation technology) และ P : Participation

การพัฒนาต่อยอด : 1) การวิจัยในพื้นที่ที่มีอัตราความชุกของโรคสูง

2) นวัตกรรมส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชน ครอบครัว และชุมชน สามารถจัดการกับโรคเรื้อรังได้ด้วยตนเองอย่างเข้มแข็ง ยั่งยืน



น้อมนำพระบรมราโชวาทในหลวงรัชกาลที่ 9 “เข้าใจ เข้าถึง พัฒนา” มาปฏิบัติให้เหมาะสมกับบริบทอุทุมพรพิสัยภายใต้ UTP Model โดยทำงานเป็นทีม และมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ตลอดจนนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนางานและส่งเสริมประชาชน ภาควิชาเครือข่ายให้สามารถจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (ระดับ F1)
โดย คุณราตรี มั่นสศิลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : การใช้ระบบ H4U เพื่อการลดระยะเวลารอคอยตั้งแต่แรก
รับจนถึงกระบวนการสุดท้าย

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อพัฒนาการใช้ระบบ Lean Concept
- 2) ลดความผิดพลาดในระบบตรวจสอบสิทธิ์
- 3) ลดเวลารอคอยการทำบัตร และการคีย์ Lab
- 4) ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) นำระบบ KIOSK ที่ คลินิก NCD
- 2) การเพิ่มความสะดวกใน คลินิก NCD โดยการรับยาที่ตู้รับฝากจ่ายยา โดยสแกน QR code ข้อมูลด้านยา



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : การนำเทคโนโลยีใหม่มาใช้ใน คลินิก NCD ได้แก่ H4U,
ตู้รับฝากจ่ายยา



โรงพยาบาลละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ (ระดับ F1)

โดย นายแพทย์พิเศษฐ พิตรขุนทด นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
แพทย์หญิงผการัตน์ รัตประโคน นายแพทย์ชำนาญการ
คุณราตรี ลำเกาพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : ปี 2557 สถานที่รวมกับงานผู้ป่วยนอกทำให้กระบวนการบริการจะเป็นแค่รักษาจ่ายยาเท่านั้น ส่วนปี 2558-2560 ไม่ได้เปิดให้บริการ NCD ทุก รพ.สต. และสื่อ เครื่องมือ นวัตกรรม ปริมาณการทำ SMBG/HMBP น้อยเนื่องจากเครื่องมือมีจำกัดมีการหมุนเวียนตรวจรักษา และใน รพ.สต. มีการเปลี่ยนแปลง โยกย้าย ผู้รับผิดชอบงาน NCD ทำให้ต้องมาเรียนรู้งานใหม่ ภาระงาน Case Manager มีปริมาณมาก ช่วงระยะเวลา ในการเสนอและจัดทำโครงการ ไม่สอดคล้องกับการทำงาน

วัตถุประสงค์ : เพื่อให้บริการผู้ป่วย NCD อย่างมีมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มุ่งสู่ภาคีเข้มแข็งอย่างยั่งยืนและ มุ่งเน้นใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดความแออัด สู่ NCD มีสุขทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

1) มีการดำเนินงานตามคณะกรรมการ NCD คณะกรรมการ พชอ. ที่ปรึกษา ทีมทำงาน ตามทิศทาง นโยบาย และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันรวมทั้งมีการสื่อสารทิศทาง นโยบาย เป้าหมาย

2) มีสถานที่แยกคลินิก NCD ออกจากคลินิก OPD เน้นการบริการแบบส่งเสริม มากกว่าการจ่ายยา สนับสนุนเครื่องมือในการบริการให้เครือข่าย พัฒนาระบบ Lean อย่างต่อเนื่อง และดูแลแบบ One Stop Service ร่วมกับทีมสหสาขา ทั้งนี้ได้ขยาย NCD Clinic ไปยัง รพ.สต. โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นกลุ่มมีและไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

3) พัฒนาโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Manager) ในผู้ป่วยที่มีปัญหา ซับซ้อน ประกอบด้วย การวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล การให้ความรู้ คำแนะนำ การเยี่ยมบ้าน การติดตามกระตุ้นทางโทรศัพท์ และกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน

4) พัฒนากิจกรรมเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participate Learning, PL) ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยและการเรียนรู้จากกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วย เข้าใจบทบาทในการดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งอำเภอละหานทราย

5) พัฒนารูปแบบการใช้ SMBG และ HMBP เข้ามามีบทบาทมากขึ้น จัดให้มีระบบ การตรวจ SMBG เป็นเครื่องมือที่ช่วยสะท้อนระดับน้ำตาลที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละ ช่วงเวลาของแต่ละวัน ร่วมกับเครือข่าย Lab ในการสอนการเจาะเลือดและการให้ยืมเครื่อง การมีส่วนร่วมของเครือข่าย รพ.สต. อสม. กรณีผู้ป่วยไม่มี Care giver และจัดให้มีระบบ การตรวจวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (HMBP)

6) ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน ควบคุม และค้นหาปัจจัยเสี่ยง ร่วมกันทั้งเครือข่าย เช่น การส่งผู้ป่วยโรค NCD ที่ติดเหล้าและสูบบุหรี่ไปยังคลินิกอดบุหรี่สุรา โรงพยาบาล และรพ.สต. มีการประเมินสุขภาพจิตก่อนและระหว่างการรักษา สอนออกกำลังกายโดย คลินิก DPAC กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ระยะ 3b ให้การดูแล ร่วมกับ CKD Clinic ภาวะแทรกซ้อนทางตาส่งพบจักษุแพทย์ที่รพ.แม่ข่าย ระหว่างปฏิบัติงาน เมื่อพบ ปัญหาผู้ป่วยกล้ำเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและผู้ป่วยหลอดเลือดสมองรายใหม่จะมีการ feed back ข้อมูลมาที่ CM ทันที และทำการประชุมวิเคราะห์วางแผนหาสาเหตุของ ปัญหาเพื่อส่งข้อมูลไปยังงานชุมชนเชิงรุกในพื้นที่ ในกลุ่มผู้ป่วย ที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านใช้การรับ-ส่งต่อผ่านศูนย์ Home Health Care ในระบบ Thai COC เพื่อติดตาม เยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพในพื้นที่ และมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ร่วม ขับเคลื่อนในการดำเนินงาน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ :

- 1) ผู้บริหารให้ความสำคัญและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 2) System Manager/Case Manager มีความเข้าใจในระบบการทำงาน
- 3) มีการสร้างให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตัวเอง เกิดการเรียนรู้ ตระหนัก แล้วพร้อมสู่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- 4) มีการทำงานเป็นทีมร่วมกันในเครือข่ายบริการสุขภาพเน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้ป่วยและชุมชนดำเนินการจัดกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มีคณะทำงานที่ ชัดเจน ร่วมกับการประเมินผล

การพัฒนาต่อยอด :

- 1) พัฒนา NCD มีสุขทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เน้นนโยบายใกล้บ้าน ใกล้ใจ ลดความแออัด
- 2) พัฒนาการทำงานเครือข่ายบริการสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและ ชุมชนดำเนินการจัดกระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีคณะทำงานที่ชัดเจน ร่วมกับการประเมินผล
- 3) พัฒนาระบบข้อมูลอย่างต่อเนื่องร่วมกันในระดับอำเภอผ่านเครือข่ายพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) เพื่อแลกเปลี่ยนวิเคราะห์และคืนข้อมูล แก่ปัญหา เชิงรุกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน



Tips & Tricks

“ให้บริการผู้ป่วย NCD อย่างมีมาตรฐาน ครอบคลุมทั้งส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟันฟู เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มุ่งสู่ภาคีเข้มแข็ง อย่างยั่งยืน”



โรงพยาบาลกงหรา จังหวัดพัทลุง (ระดับ F2)

โดย คุณสุตา ขำนุรักษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : จากการวิเคราะห์ข้อมูลปี 2547 พบว่า อัตราผู้ป่วยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดอัตราการเสียชีวิตและพิการตามมา

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมโรคได้ตามเกณฑ์
- 2) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงลดลง
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงลดลง

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

1) ปรับระบบการเข้าถึงการคัดกรองที่ครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่เคยผ่านการคัดกรองมาก่อนและกลุ่มเสี่ยงที่อายุน้อยกว่า 35 ปี

2) ปรับระบบการเข้าถึง การส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการคัดกรองโรคเบาหวานด้วย 75 g OGTT ในชุมชน และมีการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยระบบ HBPM ในกลุ่มสงสัยป่วยทุกราย ทั้งจากการคัดกรองในชุมชน และสถานบริการ จากการมารับบริการที่แผนกต่างๆ พร้อมสร้างระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่องระหว่างชุมชน รพ.สต. และโรงพยาบาลแบบไร้รอยต่อ มีการวางระบบการประเมินติดตามแบบ real time จากฐานข้อมูล HDC โดย System Manager หลังจากนั้นสื่อสารให้ทราบทั่วกันเพื่อ การปรับปรุงและพัฒนาด้วยระบบ Line และเวทีประชุมต่างๆ โดยเฉพาะ NCD Board อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

4) ปรับระบบการเข้าถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ครอบคลุม โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง กลุ่มรักษาที่คลินิกเอกชน และกลุ่มติดบ้านติดเตียง พร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนและรักษา/ส่งต่อเฉพาะทางที่ครอบคลุม นอกจากนี้ยังพัฒนาระบบการติดตามและประเมินแบบไร้รอยต่อทั้งในระดับบน (โรงพยาบาลพัทลุง) และระดับล่าง (รพ.สต., อปท., ชุมชน เป็นต้น)

5) พัฒนาระบบการเข้าถึงการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ติดบ้านติดเตียง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนโดยเฉพาะ อปท. เป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการ เช่น สร้างและปรับปรุงที่อยู่อาศัย ห้องน้ำ เป็นต้น ซึ่งเป็นจุดค้ำจุนของความจำเป็น

6) พัฒนาระบบการจัดการสุขภาพของชุมชนโดยชุมชน ทั้งนี้ผ่านกลไก อสม. SRRT โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านการอบรมและฝึกทักษะมาเป็นอย่างดี

7) พัฒนาแนวทางการดูแลโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงที่ทันสมัย โดยยึดตามแนวทางมาตรฐานสากลระดับประเทศ นำมาปรับให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ควบคู่กับการพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยมาใช้ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยทุกขั้นตอนสำคัญ จากการปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตามประเด็นหลักๆ ดังกล่าว พบว่า ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน คือสามารถควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้น ชะลอภาวะแทรกซ้อนที่ไม่ควรเกิดได้เพิ่มขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพได้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นตามไปด้วย

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน : สูงสุดสู่สามัญกับการพัฒนาทักษะอาสาสมัครสาธารณสุข “อสม. คือตัวแทนของชุมชน บทบาทของเขาอาจต้องกลายเป็น “คนริเริ่ม” และเดินได้ด้วยตัวเองอย่างมีทิศทาง ส่วนเราต้องเป็นฝ่ายสนับสนุน เติมทักษะองค์ความรู้ให้เขาคิดเป็นทำได้ และดูแลคนอื่นได้” ใช้บทบาทของ อสม. นั้นเป็นกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญในชุมชน และคำว่า ประชาชนเป็นฐาน เป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาคนกลุ่มนี้ขึ้นมา เพื่อเป็นความหวังและกำลังสำคัญในการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างยั่งยืน

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : รั้งงานที่ทำ และลงมือทำด้วยความรัก มุ่งมั่น เกะติดปัญหาที่เข้ามา คิดว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาและเรียนรู้ ทีมงานทุกคนตลอดถึงประชาชนคือเพื่อนร่วมเดินทางที่ดีที่สุด และจะไม่วันทอดทิ้งกัน

การพัฒนาต่อยอด : โดยการเสริมทักษะและพัฒนาศักยภาพ อสม. ในระยะเวลา 5 ปี สำหรับการผลิต อสม. คุณภาพมารองรับระบบสุขภาพอำเภอ โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็นอสม.SRRT โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เดิมทีเป็นกระบวนการทางระบาดวิทยาของการควบคุมโรคติดต่อ แต่angkhanนำมาประยุกต์ใช้ในการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยท้าววิจัยแบบ R2R นำร่องในพื้นที่ชุมชนเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาล 5 หมู่บ้าน ก่อนนำไปใช้ในชุมชนทั้งอำเภอซึ่งเริ่มดำเนินการในปี 2562 และแนวโน้มผลการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางที่น่าพอใจ

หัวใจสำคัญของการทำงาน NCDs โรงพยาบาลงครา :

1) ด้านการจัดการโรค : โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมผู้คนและสิ่งแวดล้อม สิ่งสำคัญที่ทำให้โรคนี้นลดลงได้คือ การสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตัวบุคคล ร่วมกับ การสร้างมาตรการสุขภาพระดับครัวเรือน

2) ด้านการขับเคลื่อนงาน : การทำงานจำเป็นจะต้องสร้างคนโดยเฉพาะคนทำงานเชิงระบบที่เข้มแข็งร่วมไปกับการสร้างทีมและเครือข่ายระดับอำเภอ



“การทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่าไปคิดเรื่องต้นทุน ขอให้ผู้ป่วยและประชาชนได้รับการดูแลที่ครอบคลุมตามมาตรฐานและความจำเป็น หมอก็พร้อมที่จะพัฒนาไปกับทีม”



โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ระดับ F2)

โดย คุณสุวรรณหทัย ชูทัพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : จากการวิเคราะห์การดำเนินงานในปี 2558-2560 พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 22.86, 21.09 และ 27.52 ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์ร้อยละ 34.17, 39.72 และ 35.73 ตามลำดับ ซึ่งยังควบคุมได้ไม่ดี ทั้งนี้เนื่องจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เกินสัดส่วนความต้องการพลังงานของร่างกาย มากที่สุด รองลงมาคือการขาดนัด การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่สม่ำเสมอ และการขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงปัญหาการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่ไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์
- 3) เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด ตา เท้า และไต

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) ปรับระบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งเดิมการให้บริการในคลินิกมีเฉพาะแพทย์ พยาบาลคลินิกโรคเรื้อรัง และ NCM ได้มีการปรับระบบการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ พยาบาลจิตเวช มีการจัดบริการโดยทีมสหวิชาชีพแบบ One Stop Service ที่คลินิก NCD โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการให้บริการ
- 2) จัดบริการคลินิก NCD ในทุก รพ.สต. โดยทีมสหวิชาชีพ และบูรณาการร่วมกับการดำเนินงาน PCC
- 3) จัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชัยบุรี โดยการจัดทำแนวปฏิบัติในการส่งต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ รพ.สต. ระบบการประสานการดูแล/Consult กับแพทย์ ทีมสหวิชาชีพ และการติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Uncontrolled ในชุมชน

4) ติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยการประสานความร่วมมือกับ ทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่าย

5) ติดตามการบริโภคอาหารของผู้ป่วยในชุมชน และการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการปรุงอาหารและรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

6) การติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัดแบบ One Day (ติดตามวันต่อวัน) โดยการโทรติดตามผู้ป่วย และการประสาน รพ.สต. และอสม. เพื่อติดตามให้ผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่อง

7) สรุปผลการดำเนินงานให้ทีมผู้บริหาร และคณะกรรมการ NCD ทราบทุก 3 เดือน เพื่อร่วมกันทบทวนและวางแผนในการปรับระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน : การประเมินภาวะสุขภาพ และการสื่อสาร เพื่อคืนข้อมูลให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ได้แก่ ระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และ ความเสี่ยงอื่นๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับโรคของผู้ป่วย รวมถึงการประเมิน Stage of change เพื่อวางแผนการดูแล



วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : Management by fact ร่วมกับการคิดวิเคราะห์ การวางแผนในการดำเนินงานให้เหมาะสมตามบริบทของเครือข่าย และการประสานความร่วมมือในการดำเนินงานภายในเครือข่าย

การพัฒนาต่อยอด : การจัดการบริการแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ไม่สะดวกในการมารับบริการในสถานบริการ โดยการจัดการให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชน และการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ในชุมชน



“พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างชุมชนและภาคีเครือข่ายในการ จัดการระบบสุขภาพโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน”



โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (ระดับ F2)

โดย คุณสมเกตุ เนตรแสงศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : จากเดิมการดำเนินงาน NCD ของโรงพยาบาล ยังไม่ค่อยเชื่อมโยงกัน เช่น เรื่องการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงจะเป็นดำเนินงานของ รพ.สต. และในส่วนของ PCU ยังไม่ได้เชื่อมโยงข้อมูลกันระหว่างกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง ระหว่างคลินิก NCD กับหน่วยงานต่างๆ เจ้าหน้าที่มีการโยกย้ายบ่อย ผู้รับผิดชอบงาน NCD เปลี่ยนบ่อย ไม่มีพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ไม่มี Fundus camera ต้องขอความร่วมมือจากพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาจากโรงพยาบาลใกล้เคียงมาตรวจตาให้ 3 วัน/ปี ทำให้ดำเนินงานคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตาไม่บรรลุเป้าหมาย ต่อมาปี 2558 ทางโรงพยาบาลได้ส่งพยาบาลเรียนต่อพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา ทำให้สามารถคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้บริการคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยง โอกาสเสี่ยง และปัจจัยกำหนดของผู้รับบริการ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่ม (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง)
- 2) เพื่อวินิจฉัยลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่ แจ้งผลการวินิจฉัยแก่สถานบริการเครือข่ายที่ส่งมาการวินิจฉัย พร้อมทั้งแจ้งข้อมูลการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงแก่ผู้รับบริการรายบุคคล โดยใช้สื่อหรือเอกสาร

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน โดยมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า หัวใจ และหลอดเลือด ปีละ 1 ครั้ง และโรคความดันโลหิตสูง มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต หัวใจและหลอดเลือด ปีละ 1 ครั้ง
- 2) มีการแต่งตั้งผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อ (NCD Case Manager หรือ Coordinator) และทีมสหวิชาชีพ ในการบริหารจัดการ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน และมีการประสานการบริการดูแลเชื่อมโยงในภาพรวม

3) มีเครือข่ายการดูแลโรคไม่ติดต่อที่ครอบคลุมผู้รับบริการตามระยะของโรคที่เชื่อมโยงกับสถานบริการทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มโรงพยาบาลเอกชนรวมถึงมีแนวทางปฏิบัติการติดตามประเมินผล การแจ้งผลการติดตาม การดูแลรักษา และส่งต่อระหว่างเครือข่ายในการดูแลโรคไม่ติดต่อ (อสม. นักจัดการเบหवान, Care Giver และทีมหมอครอบครัว)

4) มีระบบการส่งต่อ ระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเข้าถึงบริการได้ง่าย



วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

- 1) กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 2) ตั้งเป็นเป้าหมายการดำเนินงานของทีมสหวิชาชีพแต่ละคน และใช้เป็นเกณฑ์ในการพิจารณาเลื่อนขั้นเงินเดือน

การพัฒนาต่อยอด : ปีงบประมาณ 2563 มีแผนการต่อเติมพื้นที่ด้านหลังของห้องประชุมให้คลินิกโรคเรื้อรัง ที่ชัดเจน คือขยายห้องจ่ายยาให้กว้างขึ้น ต่อเติมห้องตรวจของแพทย์ ห้องสอน CAPD ห้องตรวจ EKG/ฉีด RI ห้องตรวจตา มีพื้นที่สำหรับผู้ป่วยรอตรวจขอตรวจเพิ่มมากขึ้น และมีพื้นที่สำหรับคนไข้รถเข็น/รถนอน ได้มารอตรวจ



โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จังหวัดชุมพร (ระดับ F3)

โดย คุณณกานต์ชญาณ์ นววัชรินทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
(Case Manager DM & HT) “DM Clinic One STOP Service
ภายใต้แนวคิดระบบ LEAN & Seamless”

ที่มาและความสำคัญ : คลินิกเบาหวานเริ่มแยกออกจากแผนกผู้ป่วยนอก ปี 2550 เนื่องจากความแออัด โดยใช้สถานที่บริเวณระหว่างตึกอาคาร 1 และอาคาร 2 มีการซักประวัติ ตรวจภาวะแทรกซ้อน แยก และส่งไปพบแพทย์ที่ห้องตรวจ รับยา และย้ายมาจัดบริการที่โรงจอดรถในปีพ.ศ. 2555-2558 สถานที่เพิ่มขึ้น แต่ระบบบริการเหมือนเดิม และในปี 2559 ได้ย้ายคลินิกเบาหวาน มาให้บริการที่อาคาร 3 ซึ่งเป็นพื้นที่ให้บริการคลินิกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี ในวันพุธ

วัตถุประสงค์ : เพื่อลดความแออัด เพิ่มคุณภาพการให้บริการและการเข้าถึง บริการตรวจคัดกรองโรค รักษาโรคเบาหวาน ตามมาตรฐาน มีประสิทธิภาพ



ห้องตรวจแพทย์ 2 ห้อง

จุดซักประวัติ และลง
คอมพิวเตอร์ 2 จุด

จัดคิว เรียกพบแพทย์



ห้องตรวจ 2 ห้อง



คัดกรองซักประวัติ 2 จุด



เก็บข้อมูล เรียกเข้าห้องตรวจ



ทำกิจกรรมกลุ่ม



จุดนัด

เพิ่มจุด
บริการ
นัดหมาย



คัดกรองจอตา



ตรวจสุขภาพฟัน

ตรวจเท้า

กิจกรรมสวดมนต์ ไหว้พระ ออกกำลังกาย ให้ความรู้ ฝึกทักษะรายกลุ่ม
ตรวจภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ฟัน ให้คำปรึกษา

วิธี/กระบวนการดำเนินงาน : มีการประชุมทีมและหน่วยงานที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่และความเหมาะสม มาตรฐานการให้บริการผู้ป่วยนอก มีการจัดสรรพื้นที่และทรัพยากรดังนี้

1. เพิ่มห้องตรวจแพทย์ 2 ห้อง และมีแพทย์ตรวจประจำคลินิก 2 คน
2. เพิ่มเครื่องคอมพิวเตอร์ 3 เครื่อง (จุดซักประวัติ ห้องตรวจและจุดนัดหมาย)
3. เพิ่มจุดนัดบริการ ย้ายเจ้าหน้าที่นัดมาที่คลินิก จัดทดแทนจุดนัดที่ OPD

**กิจกรรมสนับสนุน วิธีคิด วิธีการ กลยุทธ์ นำเครื่องมือคุณภาพ
LEAN & SEAMLESS มาใช้ในการปรับระบบ**

ความสูญเสีย ปี 2559-2560	ปัญหา	การแก้ไขปี 2560-2562
Over Production กระบวนการซักประวัติซ้ำ 2 ครั้ง พยาบาลคัดลอกการซักประวัติด้วยมือ และอีกจุดต้องมาพิมพ์ Waiting รอซักประวัติและรอลงข้อมูลพบแพทย์ นัด	(1) ผู้ป่วยซักประวัติลงที่ OPD card แล้วต้องไปลงข้อมูลที่ตึกผู้ป่วยนอกอีกครั้ง (2) รอคอย 2 ครั้งในกระบวนการซักประวัติ (3) รอคอย 1 ครั้งรอเรียกเข้าพบแพทย์	Resource Management (1) เพิ่มคอมพิวเตอร์ในจุดบริการซักประวัติ ห้องตรวจแพทย์ และลงข้อมูลในจุดเดียวจำนวน 2 เครื่อง (2) จัดห้องตรวจแพทย์ 2 ห้อง Pull system จัดระบบนัดให้มารวมกันที่คลินิก ได้แก่ จุดซักประวัติ พบแพทย์ และจุดนัดหมาย
Defect Work ผู้ป่วยต้องรอเรียก 2 ครั้งในการซักประวัติ Motion เจ้าหน้าที่เรียกผู้ป่วย 3 ครั้ง เรียกซักประวัติ 2 ครั้ง เรียกเข้าห้องตรวจ 1 ครั้ง	เกิดข้อผิดพลาด การเรียกชื่อระบบการจัดคิว ผู้รับบริการไม่พึงพอใจ	Visual Management จัดสถานที่ จุดนั่งรอ จุดซักประวัติ ที่นั่งรอพบแพทย์ จุดนัด เรียกซักประวัติ และเรียกพบแพทย์ครั้งเดียว
Excessive Process ผู้ป่วยเบาหวานต้องไปรอลงซักประวัติตามคิวร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป	ผู้ป่วยไปแออัดที่ OPD	Get rid of Excessive Process ปรับ flow ขั้นตอนการให้บริการใหม่ที่จุดเดียว
Not Using Staff talent พยาบาลที่ OPD เป็นผู้เรียกคิวจัดอันดับ	การมอบหมายงาน	จัดพนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้มาเดิน บัตรและเรียกคิวพบแพทย์

ผลการดำเนินงาน

- 1) ลดขั้นตอนบริการได้ 5 ขั้นตอน
- 2) ลดเวลารวมการเข้ารับบริการเกือบ 1 ชั่วโมง
- 3) ลดการเคลื่อนที่ของเจ้าหน้าที่และผู้รับบริการ 4 จุด และมีผลการประเมินความพึงพอใจผู้มารับบริการคลินิกเบาหวาน 2561-2562 เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.13 เป็นร้อยละ 89.1

ผลการดำเนินการระยะเวลาก่อนและหลังการจัดระบบบริการ

Before	04:06:09	01:14:45	00:24:57	00:42:00
จุดบริการ	ห้องบัตร-รับยา	รอกอยพยาบาล	รอกอยแพทย์	รอกอยรับยา
After	03:14:42 	00:07:43 	00:05:02 	00:41:09 

การพัฒนาต่อยอด : คือ เพิ่มผลลัพธ์การให้บริการคลินิกเบาหวานให้ได้มาตรฐาน ได้แก่

- 1) การจัดกลุ่มผู้ป่วยตามการจัดการทรัพยากรเครือข่ายคือ กลุ่มนอกเขตบริการ กลุ่มผู้ป่วยฉีดยา กลุ่มผู้ป่วยกินยา
- 2) จัดระบบการดูแล/เตือนในผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน เช่น HT Crisis, Hyper/Hypoglycemia
- 3) การจัดการด้านยา ให้คำปรึกษารายกลุ่ม/กรณีโดยเภสัชกร
- 4) การดำเนินงานคลินิกกอดบุหรี่ปั๊ตที่คลินิกเบาหวาน



“NCD ได้ถูกกำหนดให้เป็นวาระและยุทธศาสตร์ในระดับจังหวัด นำโดย นพ.สสจ. ผ่านคณะกรรมการ NCD Board โดยน่านโยบาย NCD Clinic Plus มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการภาคีเครือข่าย พชต. และ พชอ. มีเข้มมุ่งในการควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง”

2.3 หมวดระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support)



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (ระดับ F1)

โดย คุณราตรี มั่นสศิลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : โรค NCD เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยต้องอาศัยการสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแล ร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้ความเข้าใจ ในโรค มีทักษะในการแก้ปัญหาสุขภาพ ซึ่งบุคคลากรในทีมสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญ ในการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเอง เพื่อควบคุมโรค ลดความรุนแรง และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่าย และส่งเสริมคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อกระตุ้นการสร้างแรงจูงใจในการจัดการตนเอง
2) เพื่อให้ผู้ป่วยมี Health literacy

วิธีการและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) การสร้างแรงจูงใจโดยใช้เทคนิค Motivation Interview (MI) มาใช้ในกลุ่มที่มี ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยการสนับสนุนจากทีมสาธารณสุขจังหวัด ลงสู่ระดับอำเภอ, ตำบล
- 2) พัฒนาทีมสุขภาพ ครู ก, ครู ข ระดับอำเภอ, ตำบล โดยทีมสาธารณสุขจังหวัด ในรูปแบบ Self Care
- 3) การเลือกพื้นที่นำร่องระดับตำบล จำนวน 2 แห่ง เพื่อลดโรคเบาหวานรายใหม่ แบบ Self Care

ตัวอย่างกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่

ประเมินภาวะสุขภาพการเรียนรู้ 4 ด้าน



Body scan



วัด BP/ประเมิน CDV Risk



ตรวจระดับน้ำตาล



เช็กกวีเศษ

4) จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่องทุกปี



5) การทำ Home BP, SMBG



Home BP



SMBG

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : บุคลากร และผู้ป่วย เล็งเห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การพัฒนาต่อยอด :

- 1) เพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการทำ Self Care ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
- 2) เปิดเวทีแลกเปลี่ยนในการทำ Self Care
- 3) ปรับปรุงกระบวนการที่ได้จากการถอดบทเรียนให้สอดคล้องกับบริบทอำเภอบ้านดุง



โรงพยาบาลชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์ (ระดับ F1)

โดย คุณพรรณทิพย์ คล้ายแจ้ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : จากสถานการณ์โรค และสภาพปัญหาสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาหลักของโลกและประเทศไทย รวมถึงในพื้นที่ในอำเภอชุมแสง ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อลดอัตราการผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง
2) เพื่อลดอัตราการเกิด Acute/Chronic complication ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมพลังการดูแลสุขภาพตนเอง ยุทธศาสตร์ที่ 2 การดูแลรายกลุ่มสำคัญ ยุทธศาสตร์ที่ 3 การจัดการระบบสารสนเทศ และยุทธศาสตร์ที่ 4 HR management

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) มีคณะกรรมการ NCD Board โดยร่วมกำหนดทิศทางนโยบาย
- 2) สื่อสาร แนวทางการดำเนินงานตาม Service Plan ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ถ่ายทอดลงสู่ผู้ปฏิบัติและผู้มีส่วนร่วมทุกระดับ
- 3) มีการวางแผนการปฏิบัติงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเทศ กำกับติดตามความก้าวหน้า
- 4) พัฒนาระบบการดำเนินงานให้บรรลุเป้าประสงค์ทั้งส่วนบุคคล สถานะที่สิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพียงพอ เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ
- 5) สนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์สำหรับการให้บริการอย่างเพียงพอและมีประสิทธิภาพพร้อมใช้งาน โดยมีการบูรณาการทีมร่วมกับทีม พชอ. และคปสอ.

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

- 1) ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีกิจกรรม Self-health Group
- 2) สร้าง role model ช่วยในการ empowerment และทักษะเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 3) พัฒนาการดูแลผู้ป่วยทั้งระบบในนครสวรรค์ (PNC-DM) จัดกิจกรรมกลุ่ม DM-hard core ผู้ที่มี HbA1c >10 ดูแลอายุรแพทย์ และสร้างระบบการส่งต่อที่ไร้รอยต่อไปยัง รพศ.

4) จัดการรายกรณี โดย Nurse Case Manager จะค้นหาปัญหาในแต่ละด้านของผู้ป่วยและจัดการให้ตรงประเด็นปัญหา เช่น ปัญหาด้านอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลเท้า/ตา ด้านยา การประสานส่งต่อสหวิชาชีพ

5) นำ SMBG มาใช้ในการประเมินผู้ที่มีปัญหา ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน hypo/hyperglycemia, DM-hard core

6) จัดตั้งชมรมผู้ป่วยเบาหวานโดยกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีการดำเนินงานงบประมาณในรูปกองทุน

7) เครือข่ายสุขภาพอำเภอชุมแสงจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน โดยมีกิจกรรม ดังนี้

7.1) กลุ่มผู้ที่มีสุขภาพดี : มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 3อ.2ส. เช่น รำวงสุขภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ โรงเรียนชาวนา (ผลิตพันธุ์ข้าว กข43 ข้าวดกขึ้นน้ำตาลต่ำ) กลุ่มผู้ประกอบการเกษตรอินทรีย์ จัดตลาดนัดสุขภาพ เทศน์เพื่อสุขภาพ เป็นต้น

7.2) กลุ่มเสี่ยง : มีกิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หมูบ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ครอบครัวต้นแบบสุขภาพ 3อ.2ส. ในส่วนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ มีการทำ CPG ที่ใช้ร่วมกันทั้งภาพเครือข่ายและมีแนวทางการประสานงานและส่งต่อชัดเจน

สนับสนุนการจัดการตนเอง



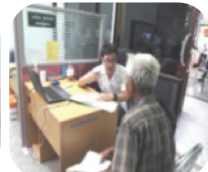
SMBG/Hypo-Hyperglycemia



ให้ความรู้ด้านยา



Self Health group



DM-hard core by MED



Foot care Foot wear



ออกกำลังกาย



สมุดคิด/เอกสาร



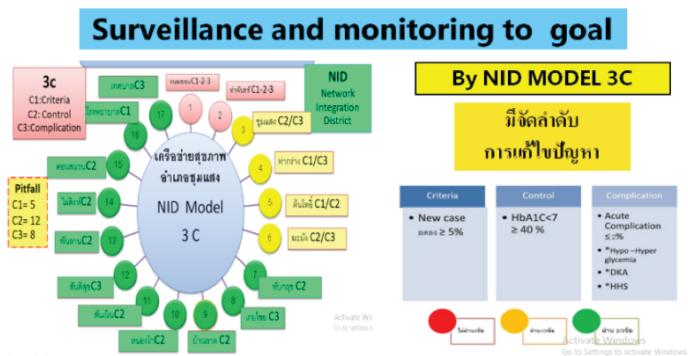
HHC/ผู้นำชุมชน

7.3) กลุ่มป่วย : มีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน, อสม./อศค.เยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน, Nurse Case Manager ค้นหาปัญหาจัดการรายการกรณีตามประเด็นปัญหาประสานส่งต่อ, นำ SMBG มาประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน Hypo/Hyperglycemia, DKA, HHS, DM-hard core, SHG และติดตามประเมินผล วิเคราะห์สถานการณ์ต่อเนื่อง

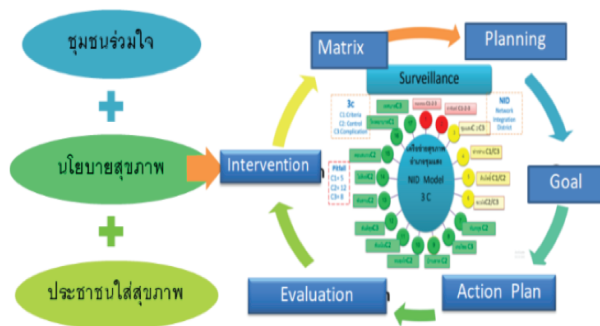
วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

- 1) กำหนดทิศทาง/แผนงาน/นโยบายชัดเจนตั้งแต่ระดับเขต->จังหวัด->อำเภอ->ภาคีเครือข่าย และผู้นำทุกระดับมีความมุ่งมั่นและให้ความสำคัญในการดำเนินการ
- 2) สร้างเจตคติที่ดีต่อการทำงานของบุคลากร

การพัฒนาต่อยอด :



Transformation for NCD Clinic Chumsaeng





โรงพยาบาลรักดิชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (ระดับ F2)

โดย คุณสมเกตน์ เนตรแสงศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : บริบทพื้นที่เป็นแหล่งปลูกผลไม้ที่มีรสหวาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องใช้ระยะเวลานาน ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดความตระหนัก เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในโรคที่เป็นอยู่

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อส่งเสริมความรู้ทักษะที่จำเป็นในการวางแผนดูแลตนเอง รวมถึงมีกระบวนการสื่อสาร ส่งเสริมการตัดสินใจ และจัดการตนเอง
- 2) เพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการดูแลตนเองร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้อย่างต่อเนื่อง

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

1) การจัดกิจกรรม/โครงการที่สนับสนุนการจัดการตนเองให้ครอบคลุมทุกหน่วยบริการในประเด็นปัญหาตามบริบทของพื้นที่ เช่น ด้านอาหารและโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการใช้ยา ด้านการดูแลเท้า ที่บุคลากรจะให้ทักษะที่จำเป็น ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม

2) มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการดำเนินกิจกรรมด้วยกลุ่มเอง ที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยง และสามารถจัดการตนเองได้ แล้วมีการติดตามประเมินผล และวางแผนพัฒนาการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3) มีการติดตามประเมินผลและวางแผนพัฒนาการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น Home BP เป็นต้น



กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

1) มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ และการจัดการตนเอง การจัดบริการเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเองจะต้องกำหนดเนื้อหาสำคัญในการให้ความรู้ และทักษะแก่ผู้รับบริการทั้งรายกลุ่ม และรายบุคคล

2) มีกระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษา และการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้าน และโรงพยาบาล โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการบันทึกติดตามผลการดูแลตนเอง นำผลมาวางแผนการดูแลร่วมกัน การทำ SMBG ก่อนทำ HbA1c = 9.93 หลังทำ HbA1c = 8.27

3) มีการสนับสนุนการจัดการตนเองโดยมีการจัดกลุ่ม ชมรม มีแผนการดำเนินกิจกรรม มีการดำเนินการตามแผน การประเมินผลการดำเนินงาน และนำผลมาพัฒนาแผนการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

4) มีสื่อและเครื่องมือเป็นนวัตกรรมที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการสถานบริการสาธารณสุข มีเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองที่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

- 1) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายผ่านคณะกรรมการ พชอ.
- 2) ผู้บริหารเป็นผู้นำในการจัดกระบวนการ NCD Clinic Plus
- 3) นวัตกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง สามารถดูแลตนเองได้

การพัฒนาต่อยอด : สนับสนุนต่อยอดพัฒนางานวิจัย นวัตกรรม แก่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ เน้นสนับสนุนการดูแลจัดการตนเองแก่กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

2.4 การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (Community Linkage)



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี (ระดับ F1)

โดย คุณราตรี นนัสศิลา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : อัตราความชุกและอัตราการเกิดโรครายใหม่ของโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอบ้านดุง คัดกรองประชาชนทั่วไป แยกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย โดยกลุ่มปกติ และกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ละแห่งจัดกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มป่วยมีการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพบริการเชิงรุกและเชิงรับ โดยใช้ระบบสารสนเทศในการเชื่อมโยงระบบงาน หากผู้ป่วยสามารถควบคุม FBS และ BP ได้ดี จะส่งต่อไปรับบริการที่ รพ.สต. นำภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ปี 2557 ในระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System) ต่อเนื่องจนถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองแบบเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มจิตอาสาเยี่ยมบ้าน ฯลฯ

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ประชาชนมี Health Literacy
- 2) เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังควบคุมโรคได้ตามสภาวะโรค

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ : การขับเคลื่อนโดยทีมสุขภาพระดับอำเภอ

การพัฒนาต่อยอด : โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เข้าสู่ภาวะสุขภาพเร่งด่วน โดย พชอ.



“เพื่อประชาชนมีศักยภาพในการจัดการปัจจัยเสี่ยง และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโรคเรื้อรัง โดยความร่วมมือของคณะกรรมการพัฒนาชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)”



โรงพยาบาลหลังสวน จังหวัดชุมพร (ระดับ M2)

โดย แพทย์หญิงอังคณา นาคอุบล นายแพทย์ชำนาญการ
คุณจิราวรรณ มุขสุข พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : สถานการณ์โรคในเครือข่ายโรงพยาบาลหลังสวน พบว่า ปี 2558-2562 อัตราป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อนทางไต หัวใจ หลอดเลือดสมองมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี เป็นอันดับต้นของโรคสำคัญในพื้นที่ จึงได้พัฒนาด้วยบทเรียนที่เกิดจาก “งานพื้นฐาน” เพิ่มเติม ความคิดสร้างสรรค์ แบ่งปันให้โอกาสทุกคนร่วมกันหลายภาคส่วน (Cross-Sectional) ตามหลักไตรภาคี คือ พลังชุมชน พลังสังคม และพลังองค์กรมุ่งสู่รูปแบบการพัฒนาเป็น “หลังสวนเมืองสุขภาวะ NCDs” ที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยง ลดพฤติกรรมเสี่ยง และโอกาสเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้ตามค่าเป้าหมาย ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง (ตา ไต เท้า หลอดเลือดสมอง และหลอดเลือดหัวใจ)
- 3) เพื่อบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลักดันให้เกิด Role Model ทั้ง ระดับบุคคล ชุมชนในการจัดการปัญหา NCDs

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน เน้นการเชื่อมโยงในทุกระยะของโรค ทั้งใน รพ. ชุมชน และสังคม

1.1) เริ่มที่ชุมชนต้นแบบแห่งสุขภาวะ NCDs ที่ยั่งยืนการมีสุขภาพดี **“ไม่ใช่หน้าที่ของหมอ เราต้องช่วยกันผลักดัน ชุมชนของเรา”** กลุ่ม 35 ปีขึ้นไปหรือข้อมูลผู้ป่วยมี อสม.ปฏิบัติกร/เชี่ยวชาญ NCD ให้ดำเนินการจัดการข้อมูลตนเอง ในชุมชน เชื่อมโยงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล แบบ **“เขารู้ เรารู้ - เรารู้ เขารู้”** นำมาคัดกรองด้วย **“บัตรสามสี ดี เสี่ยง สงสัยป่วย ปิละหน คนหลังสวน”** สามารถแบ่งกลุ่มการจัดการดูแลครอบคลุมทุกระยะโรคโดยใช้การร่วมคิดร่วมทำกับชุมชนจนเกิดเป็นแผนยุทธศาสตร์ชุมชนกำหนดทิศทางและเป้าหมายเดียวกันในการจัดการแล้วขยายผลสู่ชุมชนอื่นๆ ให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย

1.2) ร่วมกันคิดแผนงาน โครงการ ภายใต้แนวคิด “การจัดการสุขภาพดีด้วยต้นทุนต่ำ คนยุคใหม่ สร้างกิจกรรมนำความคิดให้เป็นหนึ่ง ไม่พึ่งหมอ” **กลุ่มดี (สีเขียว)** จัดเข้าโครงการ “ชุมชนร่วมใจ ต้านภัย DM-HT” เป็นการสื่อสารการเตือนตน **กลุ่มเสี่ยง (สีเหลือง)** เข้า “โครงการความดัน รู้ทันป้องกันได้” เพื่อปรับก่อนป่วย โดยให้เข้าโรงเรียนสุขภาพดีวิถี 3 อ. จัดแบ่งกลุ่มคลาสเรียน ตามภาวะเสี่ยง **กลุ่มสงสัยป่วย (สีส้ม)** ไม่อยากมาโรงพยาบาลเพราะไม่มีอาการ ส่งเข้าคลินิก NCD ผ่านระบบ “ทางด่วน ได้ใจ” **กลุ่มป่วยที่รักษาในโรงพยาบาล** ปรับรูปแบบให้มีคลินิก “บ่าย บาย บาย” (นัดตรวจช่วงบ่ายให้สบายๆ) จัดให้มีโครงการปรับพฤติกรรม ให้ความรู้ผู้ดูแลในชุมชนโดยใช้บริบทที่บ้านและมี “อสม. ดูแลไต” ในชุมชนต้นแบบ **กลุ่มที่ป่วย และซับซ้อนทางจิต สังคม** มีการเยี่ยมบ้านประสานสหวิชาชีพร่วมกันดูแล

ทุกคนต้องเลิกคิดว่าสุขภาพเป็นเรื่องของหมอ ทำในสิ่งที่ตัวเองทำได้



1.3) ในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย HT ที่ต้องการวัด Home BP มีกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ถ้าใครมีเครื่องที่บ้าน ส่งอสม.เชี่ยวชาญไป Training เรื่องการวัดความดันและลงบันทึกให้ถูกต้อง เพิ่มการเข้าถึงบริการโดยนำเครื่องวัดความดันโลหิตที่ชุมชน จัดมาไปวางที่ร้านค้าชุมชน มีตารางการแปลผลต่างๆ ติดไว้ร้านโชห่วย/ร้าน/สถานที่ জনท.อธิบายให้ความรู้ แนะนำและติดป้ายวิธีวัดความดันที่ถูกต้อง Home BP ที่ถูกต้อง ให้เจ้าของร้านและคอยติดตามผล



2) นโยบายสาธารณะ City Healthy NCDs

2.1) ภายใต้ชื่อวาระ“หลังสวนเมืองอาหารปลอดภัย” เป็นวาระของพขอ. หลังสวน ปลุกฝังตั้งแต่เยาวชนให้กินอาหารปลอดภัย ลดหวาน มัน เค็ม โดยมีหลักคิด เริ่มที่โรงเรียน ปรับเปลี่ยนถึงบ้าน สานต่อพ่อแม่แล้วทำงาน สานต่อผู้นำ ส่งตรงชุมชน หวังผล City Healthy NCDs โดยเน้นการจัดการมิติด้านอาหารแบบบูรณาการในทุกด้าน สอดแทรกมิติอาหารสุขภาพ เบื้องต้นบุกเบิกใน setting ของโรงอาหารจากโรงเรียนนาร่อง ของอำเภอสู่การขยายผลในโรงเรียนต่างๆ ในเขตอำเภอ

2.2) กิจกรรมสร้าง**สังคมสุขภาพะ NCD** นวัตกรรมทางความคิด ที่เกิดจาก ผู้นำท้องถิ่น หากดึงเอา เรื่องสุขภาพสอดแทรกกับงานประเพณี การขับเคลื่อนวาระสุขภาพ **แบบเนียนๆ NCD วิถีชุมชน** ที่สอดแทรกแฝงกิจกรรมเพื่อสุขภาพ เข้าไปในวิถีชุมชน ตามจังหวะ วาระและโอกาส โดยไม่จำกัดรูปแบบของวิธีสังคมนั้นๆ

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : เส้นทางการพัฒนาใช้วิธีทำงานโดยใช้ “พื้นที่เป็นที่ตั้ง ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ชาวบ้านเป็นเจ้าของ รัฐหนุนเสริม เพิ่มเครือข่าย” โดยการทำงานกับวิถีชุมชน จะมุ่งหาและเข้าถึงต้นทุนที่ชุมชนมี ทำงานโดยการไปเรียนรู้ ร่วมกันมากกว่าจะเข้าไปสอนชุมชนที่เข้าใจการจัดการเรื่องของชุมชนเองดีที่สุด

การพัฒนาต่อยอด : การร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชน ทั้งราชการ และประชาชน ขับเคลื่อนวางรากฐานพฤติกรรม วิถีบริโภคและการปลูกฝังการตระหนักใน NCDs ของเยาวชน ในกลุ่มประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (กลุ่ม Gen Z) ให้เป็นแผนระยะยาวในการป้องกัน ก่อนเกิดโรค และการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่ม NCD กลุ่มใหญ่ในปัจจุบัน กับระบบงาน NCDs ที่มีอยู่ให้สอดคล้อง ต่อยอดให้เกิดประสิทธิผล และประสิทธิภาพมากขึ้น



“กำหนดงานให้โรงพยาบาลและเครือข่ายสุขภาพอำเภอหลังสวน ดำเนินงานตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus เพื่อพัฒนาระบบ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนแบบยั่งยืน”



โรงพยาบาลกักตุนชุมพล จังหวัดชัยภูมิ (ระดับ F2)

โดย คุณสมเกตุ เนตรแสงศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : อำเภอกักตุนชุมพลเป็นอำเภอขนาดเล็ก มีประชากรส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน มีแนวโน้มผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ดี ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีวิถีชีวิตผูกพันกับการปลูกผลไม้ที่มีรสหวานเพื่อบริโภคและจำหน่าย เช่น มะขามหวาน เงาะ ลำไย ส้มเขียวหวาน และกล้วยหอมทอง กลุ่มวัยรุ่น วัยทำงานและผู้สูงอายุบางส่วน มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นประจำ และประชาชนมีปัญหาอ้วนลงพุง

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อสนับสนุนทิศทางการนโยบายและแผนลดเสี่ยง ลดโรคให้แก่ชุมชน โดยมีการติดตามการดำเนินงานโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่
- 2) เพื่อสนับสนุนแผนงาน โครงการการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) นำข้อมูลจาก HDC เสนอ พขอ.
- 2) ตั้งทีมลงพื้นที่ประชาสัมพันธ์ข้อมูลเชิงลึกของปัญหา
- 3) พขอ. นำข้อมูลที่รวบรวมเพิ่มเติมวางแผนการดำเนินงาน
- 4) ดำเนินกิจกรรมที่ได้วางแผน
- 5) สรุปผลความก้าวหน้าของการดำเนินงานทุก 3 เดือน

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

1) การจัดบริการในการเสริมทักษะลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน มีการประสานความร่วมมือการส่งคืนข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนงานโครงการร่วมกับ อปท. และชุมชน เพื่อให้สามารถจัดการลดเสี่ยงในชุมชนได้ เช่น 3อ.2ส. การสร้างผู้นำการออกกำลังกายในชุมชน ลด หวานมัน เค็ม เป็นต้น

2) สนับสนุน นโยบาย และแผนการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน และสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงชุมชนมีการดำเนินงานขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)

3) มีนโยบายสาธารณะที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพของคนในชุมชน มีการดำเนินนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพ ซึ่งผู้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพมาจากหลายฝ่าย ได้แก่ รัฐบาล ราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และตัวบุคคล ได้แก่ โครงการหน้าบ้านนำมอง หมู่บ้านสีล 5 งานศพ ปลอดภัยล้า ปลอดภัยบามุข หมู่บ้าน 3อ.2ส. หมู่บ้านปลูกกินเองอย่างน้อย 5 ชนิด

4) สนับสนุนการจัดกิจกรรม จัดตั้งกลุ่มชมรมเพื่อสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพที่มีการดำเนินงานเป็นรูปธรรมมีแผนงาน มีการดำเนินการตามแผน

5) ส่งเสริมสนับสนุนการดูแลติดตาม ระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิต และปัจจัยเสี่ยงหลัก ปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วยตนเอง ในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วย โดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด การวัดความดันโลหิตด้วยตนเอง และจัดทำแผนงานดูแลกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยงสูง และกลุ่มป่วยในพื้นที่รับผิดชอบร่วมกับ Care Manager

6) สนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองของกลุ่ม ชมรม ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อ

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : มีการดำเนินงาน จากการค้นหาปัญหาของพื้นที่ นำเข้าสู่ที่ประชุมนำเสนอผู้บริหารเชื่อมโยงสู่ พขอ.

การพัฒนาต่อยอด : ดำเนินการอำเภอไผ่สูงฟรีมีयरลิกต่อเนื่อง และขยายการดำเนินงาน ไประยะที่ 3 ในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยการนำของบุคคลต้นแบบสุขภาพอำเภอ ในทีมต่างๆ ทั้ง 20 ทีม



“การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพ รพ.สต. ดำเนินการเชื่อมโยง พขอ.”

2.5 หมวดนวัตกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน (Innovation)



โรงพยาบาลชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ (ระดับ 5)

โดย นายแพทย์ธนิศศักดิ์ ทวีโคตร นายแพทย์ชำนาญการ
คุณตรุณี ภาระพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : โรงพยาบาลชัยภูมิ เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 600 เตียง CUP มีประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ อ.เมืองชัยภูมิ จำนวน 137,541 คน ประกอบไปด้วย พื้นที่การปกครอง 19 ตำบล 224 หมู่บ้าน 25 ชุมชน (ข้อมูลสถิติประชากร, กรมการปกครอง ณ ธ.ค.61) และมีสถานบริการสุขภาพในเครือข่าย ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง, ศูนย์บริการเทศบาล 3 แห่ง และศูนย์แพทย์ชุมชน 1 แห่ง ซึ่งสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ/โรคไม่ติดต่อ จากข้อมูล 5 อันดับโรค ของกลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าโรคเบาหวานและ โรคความดันโลหิตสูง พบมากเป็นอันดับ 1 และ 4 จำนวน 22,424 ครั้ง และ 17,189 ครั้ง ตามลำดับ และสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ปี 2560-2562 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 10,321 ราย, 10,396 ราย และ 10,935 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 17,530 ราย, 18,384 ราย และ 19,166 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยรวมเฉลี่ย 180 คน ต่อวัน มีจำนวนเจ้าหน้าที่ให้บริการ NCD Clinic จำนวน 3 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อการให้บริการคนไข้การให้คำแนะนำรายบุคคล รายกลุ่ม จึงทำไม่ได้ครอบคลุม ในการนี้ การนำเทคโนโลยี เข้ามาช่วยในการให้บริการและให้คำแนะนำ จึงมีส่วนช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูล คำแนะนำต่างๆ ได้รวดเร็ว และครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการที่ NCD Clinic สามารถเข้าถึงข้อมูล คำแนะนำต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว และครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น
- 2) เพื่อเป็นการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) ประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยรับทราบ และยินยอมในการรับข้อมูลทาง Line@
- 2) เลือกกลุ่มผู้ป่วยที่มีความพร้อม มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ตโฟนที่รองรับการเล่น Line Application

- 3) ทดสอบความรู้เรื่องเบาหวาน ก่อน-หลัง ได้รับความรู้ผ่าน Line Application
- 4) ส่งข้อมูล ความรู้ ผ่าน Line Application
- 5) ประเมินผลระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (โดยการเจาะ HbA1c) ทุก 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน :

- 1) มีการทบทวน เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้งานระบบ Line@
- 2) มีการประชุมกลุ่มเพื่อชี้แจงแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วย
- 3) มีการทบทวนหลังการดำเนินกิจกรรมทุก 1 เดือน เพื่อทบทวนข้อผิดพลาด และแนวทางทางการแก้ไข

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

- 1) ติดตามการได้รับข้อมูลข่าวสารที่ผู้ป่วยได้รับ ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมารับบริการตามนัด
- 2) ผู้ป่วยที่เข้าร่วม Line@ จะได้พบแพทย์เจ้าของไข้ทุกครั้ง ทำให้แพทย์สามารถติดตามอาการของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
- 3) ผู้ป่วยสามารถสอบถามอาการผิดปกติและข้อสงสัย ได้โดยตรงผ่าน Line@ โดยมีแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ดูแลระบบและตอบคำถาม ด้วยตัวเอง
- 4) Line@ เป็น Official Account ที่มีความเป็นส่วนตัวสูง ไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้อื่นทราบ ยกเว้นผู้ดูแลระบบ

การพัฒนาต่อยอด : หลังจากการทดลองใช้มาเป็นเวลา 1 ปี พบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ที่เข้าร่วมกลุ่ม Line@ มีผลการควบคุมดีขึ้น จึงได้ขยายกลุ่มให้ผู้ป่วยเบาหวานที่สนใจสามารถเข้าร่วมได้ทุกคน และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเบาหวานสะสมความดี (สะสมแต้ม) โดยผู้ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ดี 2 ครั้ง ขึ้นไป สามารถเลือกเวลาเข้าพบแพทย์ได้



Tips & Tricks

“บริการได้มาตรฐาน ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยใจแบบครบวงจร เชื่อมโยงสู่ชุมชน”



โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร จังหวัดชัยนาท (ระดับ S)

โดย คุณนิภาพร อรุณวรการณ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
คุณตรีทิพย์ มาโต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : เพื่อให้การดำเนินงานและการทำงานของ NCD Clinic เป็นไปแบบเรียบง่ายและมีความสุข ผู้ให้บริการสามารถเข้าใจ ยึดหลักการดำเนินงานได้ง่าย ผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถรับความรู้ เฝ้าระวังโรคของตนเองได้ จึงร่วมกันคิด นวัตกรรมที่สื่อให้เห็นความสุขทั้งที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จึงให้หลักของการทวาระแบบ มีความสุขในการดำเนินงาน จึงได้นวัตกรรม **555 DM HT CHAINAT MODEL** ที่ครอบคลุม การดูแลรักษา Acute–Chronic complication เพื่อให้ความเข้าใจได้ง่ายในเรื่องหลอดเลือดหัวใจ จึงนำหลักพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการให้คำแนะนำ เกิดนวัตกรรม ทำนายดวงห่วงใย โอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

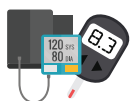
วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 2) เพื่อให้ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เรียนรู้เรื่องโรคหัวใจ และ หลอดเลือด สามารถจัดการตนเองเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้ถูกต้องเหมาะสมส่งผลให้ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมัน อยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนได้รับยาในรายที่มีข้อบ่งชี้

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) ประชุม เพื่อวางแผนการดำเนินงาน
- 2) นำเค้าโครงนวัตกรรมที่เขียนร่างไว้ มานำเสนอคณะทำงาน
- 3) บันทึกข้อมูลดำเนินการตามนวัตกรรม และแก้ไขตัวแบบนวัตกรรม
- 4) เก็บรวบรวมข้อมูล
- 5) นำปัญหามานำเสนอในทีมและพัฒนาต่อยอด

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน : ความคิดสร้างสรรค์ในเรื่องภาษา คำพูด คำอธิบาย



การดูแลรักษาเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 555 DM-HT Chaninat Model

5 ปังปองสิ่วดผลการดูแล ระดับน้ำตาล ความดันโลหิต

ระดับน้ำตาล	ความดันโลหิต
ก่อนอาหาร < 100 สะสมเฉลี่ย < 6.5	ปกติ < 130/80
ก่อนอาหาร 100-125 สะสมเฉลี่ย < 7	เสี่ยง 130-139/ 80-89
ก่อนอาหาร 126-154 สะสมเฉลี่ย 7-7.9	1 140-159/ 90-99
ก่อนอาหาร 155-179 สะสมเฉลี่ย ≥ 8	2 160-179/ 100-109
ก่อนอาหาร ≥ 180 สะสมเฉลี่ย ≥ 8	3 >180/110
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	มีภาวะแทรกซ้อน

3๑2๑1ย

5 สัญญาณเตือนภัย อันตรายเฉียบพลัน

Severe Hypo Glycemia	น้ำตาลต่ำ
Severe Hyper Glycemia	น้ำตาลสูง
Severe HT	ความดันต่ำ สูงวิกฤต
STEMI	หลอดเลือด หัวใจตีบตัน
Stroke	หลอดเลือด สมองตีบตัน

5 กัดกรองการดูแล รักษาป้องกัน

ตาบอด	
จิตซึมเศร้า	
ใจหลอดเลือด	
ไตวาย	
เท้ามีแผล	

การดูแลตนเองอยู่ได้อย่างมีความสุข

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : ความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจในการพัฒนานวัตกรรม
การแบ่งเวลามาวางแผน การพัฒนานวัตกรรมร่วมกัน

การพัฒนาต่อยอด : จากการใช้ 555 DM HT CHAINAT MODEL และใบทำนายดวง
มีการเฝ้าระวังสัญญาณอันตรายของโรคและมีการเปลี่ยนแปลงโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ
และหลอดเลือดรายบุคคลไปในทางที่ดี จึงได้ขยายผลนำไปใช้ในเครือข่าย อ.เมืองชัยนาท
จ.ชัยนาท ทั้ง 12 รพ.สต. ศสม.เมืองชัยนาท 1 แห่ง และขยายการใช้งานครอบคลุม
เครือข่ายจังหวัดชัยนาทและโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3

Tips & Tricks



“ลดอัตราตาย อัตราป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี
เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยมีความสุข”



โรงพยาบาลบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก (ระดับ F2)

“โรงเรียนเบาหวานบางระกำ PUWADOL Model”

โดย คุณนวรรตน์ ชูติปัญญากรณ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ: จากการดำเนินงานในคลินิกโรคเบาหวานของอำเภอบางระกำ ในปี 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานที่รับผิดชอบ จำนวน 4,946 คน เป็นกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ร้อยละ 43.11 มีกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 2,814 คน ร้อยละ 56.89 สาเหตุส่วนใหญ่ มาจากการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 86.25 รับประทานยาไม่ถูกต้อง ร้อยละ 56.40 ทีมงาน NCD อำเภอบางระกำ ตระหนักถึงความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย จึงได้จัดกิจกรรมในรูปแบบการเรียนรู้และการจัดการตนเอง “โรงเรียนเบาหวานอำเภอบางระกำ” ต่อยอดจากผลงานวิจัย

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ยก่อนและหลัง
- 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสม ในเลือด (HbA1c) ก่อน และหลังเข้าโครงการ 3 เดือน และ 6 เดือน

วิธีการดำเนินงานและกิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน : รูปแบบการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest one group design) วัดผลการทดลองสองครั้ง คือวัดหลังการทดลอง 3 เดือน และ 6 เดือน โดยประชากรเป็นผู้ป่วยที่มีระดับค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสม ในเลือด $HbA1c > 7-7.9\%$ จำนวน 2,814 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 210 คน แบ่งเป็น รพ.สต.ละ 10 คน วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยสมัครเข้าร่วมโครงการอ่านออกเขียนได้ พูดและฟังภาษาไทยเข้าใจได้ดี ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มีที่อยู่อาศัยแน่นอน ใช้สถิติ Paired Samples T-test, Repeated measure ANOVA

กิจกรรมครั้งที่ 1 พูดคุยกับผู้ป่วยทำความเข้าใจเรื่องการควบคุมอาหาร เรียนรู้จัดจานอาหารแบบ Plate model สอนให้ผู้ป่วยเจาะเลือดตนเอง ตามวันและเวลาที่กำหนด 7 จุด โดยเจาะเลือดก่อนอาหาร และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง มื้อเช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอน จำนวน 3 วัน โดยวันแรกให้ผู้ป่วยกินตามปกติที่กิน อีก 2 วันให้กินแบบ Plate model นัดผู้ป่วย 7 วัน จ่าย Strip ให้ผู้ป่วย 21 ชิ้น พร้อมแบบฟอร์มการเจาะเลือด

กิจกรรมครั้งที่ 2-5 ผู้ป่วยเรียนรู้กราฟค่าน้ำตาลที่ เจาะตามกำหนด

เพื่อดูความสัมพันธ์ของยากับระดับน้ำตาลในเลือด พร้อมพูดคุยซักถามการกินอาหาร แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม เกสซ์กรประเมิน การกินยาผู้ป่วย consult แพทย์กรณีต้องปรับยาเพื่อให้สมดุลกับระดับน้ำตาลในเลือด เปลี่ยนการเจาะเลือดเป็นแบบ Pair testing วันจันทร์ เจาะมือเช้า ก่อนอาหาร และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง วันพุธ เจาะมือกลางวัน ก่อนอาหาร และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง วันศุกร์ เจาะมือเย็น ก่อนอาหาร และหลังอาหาร 2 ชั่วโมง นัดครั้งต่อไปทุก 1 เดือน 3 ครั้ง แจก strip ให้ผู้ป่วยครั้งละ 24 ชิ้น กิจกรรมครั้งที่ 5 เจาะ HbA1c ช้ำ นำผลเลือดส่งตรวจที่โรงพยาบาล เก็บเครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดคืน ยังคงการควบคุมอาหาร นัดตรวจผลเลือด HbA1c ช้ำอีก 3 เดือน ถัดไป



วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ :

- 1) ความร่วมมือของทีมงานสำคัญ ทีมแพทย์ พยาบาล เกสซ์กร เครือข่ายรพ.สต.
- 2) สร้างขวัญและกำลังใจ โดยมีการมอบเกียรติบัตรและรางวัลสำหรับคนที่สามารถลดระดับ HbA1c <7%

ผลการศึกษาและอภิปรายผล : พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเท่ากับ 162.28 (S.D. เท่ากับ 47.33) และหลังเข้าร่วมโครงการ เท่ากับ 146.68 (S.D. เท่ากับ 96.69) เมื่อ นำมาทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ มีคะแนนเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ค่าเฉลี่ย HbA1c ก่อนเข้าร่วมโครงการ เปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยลดลง 0.72 (S.D. เท่ากับ 1.00) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโครงการ และหลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน ก็พบว่าค่าเฉลี่ยลดลง 0.76 (S.D. เท่ากับ 1.17) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c ระหว่างหลังเข้าร่วม

โครงการ 3 เดือนและหลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือนพบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโครงการ 6 เดือนลดลงต่ำกว่าหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ $p=.636$ สรุป แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด HbA1c มีแนวโน้มลดลง



การพัฒนาต่อยอด :

- 1) ใช้รูปแบบโรงเรียนเบาหวาน ลดต้นทุนในการเจาะเลือดให้เจาะน้อยลง โดยทำกับผู้ป่วยรายใหม่ที่น่าสนใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) ใช้รูปแบบโรงเรียนเบาหวาน โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ผ่านโรงเรียนเบาหวานจับคู่บัดดี้ กับผู้ป่วยเบาหวานบ้านใกล้เคียง เป็นพี่เลี้ยงดูแลสอนเจาะเลือด และให้คำแนะนำกับอีกกลุ่มไม่ต้องเจาะเลือด เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลสะสมหลังเสร็จสิ้นโครงการ



“ใช้กลไก พขอ. ในการดูแลสุขภาพประชาชน เสริมสร้างภาคีเครือข่าย ให้เข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพดูแลทุกช่วงวัยเป็น Long Term Prevention”



โรงพยาบาลชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี (ระดับ F2)

“ครัวสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง”

โดย คุณสุวรรณหทัย ชูทัพ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ที่มาและความสำคัญ : จากการวิเคราะห์ผลการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยที่มารับบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอชัยบุรี ในปี 2558-2560 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ร้อยละ 22.86, 21.09 และ 27.52 ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ร้อยละ 34.17, 39.92 และ 35.75 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลและการควบคุมความดันโลหิต ยังไม่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด ซึ่งพบทวนปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิตได้ไม่ดีขึ้น มีสาเหตุปัจจัยที่สำคัญมากที่สุด คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เกินสัดส่วนและความต้องการพลังงานของร่างกาย การบริโภคอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลมากเกินไปจนความจำเป็นและการบริโภคเกลือโซเดียมมากเกินไป ความต้องการในแต่ละวัน รองลงมา คือ การขาดนัด การรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง และขาดการออกกำลังกายตามลำดับ ซึ่งจากปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนานวัตกรรม ครัวสุขภาพ และการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงขึ้น เพื่อส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการเสียชีวิต

วัตถุประสงค์ :

- 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค
- 2) เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถเลือกวัตถุดิบในการปรุงอาหารได้อย่างถูกต้อง
- 3) เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมได้ตามเกณฑ์

วิธีและกระบวนการดำเนินงาน :

- 1) ประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน
- 2) ประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมโครงการแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 3) จัดเตรียมเอกสารแผ่นพับ สื่อการสอน
- 4) จัดเตรียมเมนูอาหารที่ประยุกต์การนำวัตถุดิบจากท้องถิ่นมาใช้จัดทำเมนูอาหาร

5) จัดกิจกรรมการให้ความรู้ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ความรู้เกี่ยวกับเกลือโซเดียม การเลือกซื้อวัตถุดิบที่เหมาะสม และวิธีการปรุงอาหาร

6) สอนสาธิตการปรุงอาหารให้แก่ผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการร่วมกันฝึกทักษะในการปรุงอาหาร

7) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

8) ติดตามเยี่ยมบ้านและสำรวจครัวผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ทดสอบความเค็ม ความหวานของอาหาร

9) ติดตามประเมินผลและสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

กิจกรรมสนับสนุนการดำเนินงาน : ได้แก่ การทดสอบความเค็ม ความหวานในอาหารที่ผู้ป่วยปรุงรับประทานที่บ้าน โดยการให้ผู้ป่วยนำมาตรวจในวันที่มารับบริการที่คลินิก NCD และตรวจติดตามจากการเยี่ยมบ้านในชุมชน

วิธีการ กลยุทธ์ที่ทำให้งานสำเร็จ : การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเกิดการเรียนรู้เทคนิคในการเลือกใช้อัตถุดิบในการปรุงอาหาร ร่วมกับการฝึกทักษะในการปรุงอาหารด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ได้จริง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการปรุงและรับประทานอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น

การพัฒนาต่อยอด : การพัฒนาเมนูอาหารเฉพาะโรค และการเผยแพร่แก่ประชาชน



3

ประสบการณ์การดำเนินงานที่สนับสนุน NCD Clinic Plus ในฐานะพี่เลี้ยง (สคร.)



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 จังหวัดเชียงใหม่

โดย คุณนพพร ศรีผัด นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สคร.1 ได้ดำเนินการประเมินในปี 2557-2558 โดยผู้ดำเนินการประเมินรับรองเป็นผู้รับผิดชอบงาน NCD ของ สคร.1 ในปี 2559 ได้ปรับเป็นคณะกรรมการประเมินระดับเขตที่มีศูนย์วิชาการ ได้แก่ ศูนย์อนามัยและศูนย์สุขภาพจิต มาร่วมเป็นคณะกรรมการประเมิน แต่ด้วยภารกิจของแต่ละศูนย์วิชาการทำให้เมื่อลงพื้นที่ประเมินคณะกรรมการประเมินจะไม่ครบทุกศูนย์วิชาการ ลงประเมินต่อเนื่องมาจนครบทุกอำเภอ ต่อมาในปี 2560 ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ ได้มีการเพิ่มการประเมินผลลัพธ์ด้วย จึงปรับชื่อการประเมินเป็น NCD Clinic Plus ซึ่งทางกองโรคไม่ติดต่อได้ถ่ายทอดเกณฑ์การประเมินให้กับผู้รับผิดชอบงานจาก สคร. และ สสจ.มาตลอดทุกๆ ปี

ในปี 2561-2562 ได้ปรับรูปแบบการประเมินเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งประเมินตนเองตามเกณฑ์ โดยคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ จำนวน 2 ครั้ง ไตรมาส 1 และ 4 **ขั้นตอนที่ 2** สสจ.รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลจากสถานบริการในข้อ 1 ส่งให้ สคร. และคืนข้อมูลให้สถานบริการสาธารณสุข **ขั้นตอนที่ 3** จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานจาก สคร., สสจ., IT, Case Manager และ สปสช. **ขั้นตอนที่ 4** ประชุมคณะกรรมการประเมินรับรองและลงพื้นที่สถานบริการสาธารณสุขที่ สสจ. คัดเลือกให้ลงประเมินรับรอง โดยคณะกรรมการประเมินรับรองจะไขว้กันประเมินระหว่างลำนานา **ขั้นตอนที่ 5** สคร.รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูลการประเมินรับรอง นำเสนอการประชุมเขตสุขภาพที่ 1 Cluster NCDs และส่งกองโรคไม่ติดต่อและคืนข้อมูลให้ สสจ. จากการดำเนินงานยังพบว่ามีปัญหาในการลงประเมินรับรองเนื่องจากสถานบริการสาธารณสุขมีจำนวนมาก ไม่สามารถประเมินรับรองให้ครบทุกแห่ง

ภายในปีงบประมาณได้ ดังนั้นในปี 2563 จึงได้ปรับรูปแบบการประเมิน NCD Clinic Plus ในขั้นตอนที่ 4 เป็นการจัดประชุมสัญจร Coaching & Empowerment รายจังหวัด เพื่อให้สถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ได้รับการพัฒนาอย่างครอบคลุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การประเมินรับรองสถานบริการสาธารณสุขตามเกณฑ์การประเมิน ส่วนคณะกรรมการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ของแต่ละลำนานจะไขว้กันเหมือนเดิม

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ :

1) การแสวงหาความร่วมมือของหน่วยงานภายนอก คือ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บูรณาการติดตามงาน สนับสนุนงบประมาณสำหรับคณะกรรมการประเมินรับรอง และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด และ Case Manager รวมทั้งงาน IT ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานและเกิดเครือข่ายสนับสนุนช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน

กลไกการดำเนินงาน : ถ่ายทอด เรียนรู้ แลกเปลี่ยนประเมินเพื่อทบทวนและพัฒนา ปรับแนวทาง



อุปสรรคและการแก้ไข :

1) นโยบายลดความแออัดโรงพยาบาลถ่ายโอนผู้ป่วย DM/HT ลง รพ.สต. ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันโรค DM/HT ในระดับชุมชนและการเชื่อมโยงเครือข่ายในพื้นที่

2) นโยบายผู้บริหารไม่เห็นด้วยในการตรวจ HbA1c ผู้ป่วย DM ทุกรายปีละ 1 ครั้ง

3) การลงบันทึกรายงานในระบบเพื่อส่งออก HDC ผู้ทำหน้าที่บันทึกและผู้รับผิดชอบงานขาดความเข้าใจ ได้จัดประชุมการรายงานในระบบเพื่อส่งออก HDC ให้ผู้รับผิดชอบงานและ IT ของอำเภอ

4) ภาระงานของ Case Manager ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย DM/HT

ชื่นชมเครือข่าย : ขอชื่นชมเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในระดับพื้นที่แม้จะมีภาระงานมากก็ยังมีคามมุ่งมั่นตั้งใจพัฒนางาน NCDs ส่งผลให้มีผลการดำเนินงานพัฒนาดีขึ้นตามลำดับ



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก

โดย คุณสุประวีณ์ ปภาตกุล วิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 2 ระหว่างปี 2557-2559 ที่ผ่านมานั้นดำเนินงานตามมาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ และการจัดบริการดูแลกลุ่มผู้ป่วยใช้มาตรฐานคลินิก NCD คุณภาพเป็นแนวทางการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานพบว่าโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ ร้อยละ 100 แต่ผู้ป่วยยังคุมโรคได้น้อย ดังนั้นปี 2560 สคร.2 ได้ทบทวนระบบการจัดการโรค NCD วิเคราะห์หา Gap และออกแบบหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ System Manager ระดับ CUP ให้สามารถวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ปัญหานำไปสู่การจัดการความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทของพื้นที่และยกระดับคุณภาพ NCD Clinic Plus โดยได้ปรึกษาหลักสูตร System Manager ระดับ CUP ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค และวิทยาการ ประกอบด้วย ระบาดวิทยาโรคไม่ติดต่อ ผักปฏิบัติวิเคราะห์สถานการณ์โรค และปัจจัยเสี่ยง แลกเปลี่ยนข้อมูล และใช้ข้อมูลในการสะท้อนคุณภาพบริการ การทบทวน Case DM, HT Uncontrolled การพัฒนาและปรับกระบวนการจัดการบริการคลินิก NCD ด้วยรูปแบบใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด self-management และการประเมินผล ซึ่งจัดต่อเนื่องมา 2 ปี (ปี 2561-2562) จนสามารถสรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม DM, HT Uncontrolled เขตสุขภาพที่ 2 เพื่อให้เครือข่ายใช้เป็นแนวทางเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ สรุปดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน : เพื่อลดผู้ป่วยกลุ่ม Uncontrolled

1) เริ่มจากการ verify ข้อมูล เพื่อพิจารณาสาเหตุของผู้ป่วยที่เป็น Uncontrolled เป็นกลุ่มที่ไม่ได้มาเลยหรือมาเพียงครั้งเดียว กลุ่มผู้ป่วยที่มาต่อเนื่อง แต่มีปัญหา Uncontrolled จริง

2) ผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยบริการ แล้ว Uncontrolled ควรมีการจัดระบบบริการดูแลและวิเคราะห์เป็นรายกรณีให้ชัดเจนมากขึ้น คือ

- (1) แบบแผนการคุมไม่ได้โดยดูข้อมูลย้อนหลัง แล้ววิเคราะห์ปัจจัยสาเหตุให้ชัดเจน
- (2) วิเคราะห์ ประเด็น disease, illness และความสามารถในการจัดการตนเองให้ชัดเจน

(3) ฟังผู้ป่วยและร่วมวางแผนการแก้ปัญหา กับผู้ป่วยและญาติ พร้อมบันทึกประเด็นสรุปที่จะแก้ไขเพื่อติดตามต่อเนื่องในครั้งต่อไป

3) พัฒนาเพิ่มคุณภาพระบบการให้บริการในคลินิกของหน่วยบริการทั้งที่โรงพยาบาลและหน่วยปฐมภูมิ ให้มีระบบดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวมต่อเนื่องมากขึ้น ได้แก่ การจัดให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์หรือพยาบาลคนเดิม หน่วยบริการมีระบบในการตรวจเช็คกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด กำหนดแนวทางการบันทึก Problem lists และเป้าหมายการจัดการราย Case เพื่อใช้ติดตามดูแลต่อเนื่อง มีจุดสรุปภาพรวมก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน เพื่อสรุปและสื่อสารให้ผู้ป่วยเข้าใจ

4) การติดตามประเมินผล มีทั้งการติดตามราย Case ต่อเนื่องและการติดตามประเมินภาพรวมผลลัพธ์ของคุณภาพบริการผู้ป่วยกลุ่ม Uncontrolled ทั้งส่วนที่ผู้ป่วยมาไม่ต่อเนื่อง และกลุ่มที่มาต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังได้ปฏิบัติการร่วมกับพื้นที่ทำ Pilot Project NCD แนวใหม่ร่วมกับศูนย์วิชาการเขต 2 พัฒนาเครื่องมือจัดการความเสี่ยงด้วยตนเอง นคร.2 ส (น้ำหนัก ความดัน รอบเอว บุหรี่ สุรา) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยเพิ่ม Health Literacy ให้กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : โดยตั้งต้นจากการวิเคราะห์หา Gap ของพื้นที่ และออกแบบบริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาบริบทของพื้นที่ ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ Service Plan NCD เขต 2 ในฐานะที่ สคร.2 ทำหน้าที่เป็นเลขามีศูนย์วิชาการเขต 2 PM NCD จังหวัดร่วมเป็นคณะกรรมการ วางแผนการทำงานที่ร้อยเรียงเชื่อมต่อกันระหว่างเขต จังหวัด และพื้นที่

ท้ายนี้ ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสุพัตรา ศรีวณิชชากร ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค, ดร.อรรณพ ขวัญศรี สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน ที่เป็นวิทยากร และเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำตลอด 3 ปีที่ผ่านมา และที่สำคัญที่สุด ขอขอบคุณเครือข่ายจังหวัด อำเภอรวม ทั้ง ศูนย์วิชาการ และทุกหน่วยบริการในพื้นที่เขต 2 ที่ร่วมมือกันพัฒนางานจนเห็นผลงานที่เป็นรูปธรรมในวันนี้



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

โดย คุณภัค ศัลยานูบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

มาตรการที่กรมควบคุมโรคใช้เพื่อแก้ไขปัญหากลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิตในประชากร การพัฒนาคลินิกบริการและการจัดการโรค และมาตรการสนับสนุน แต่มาตรการที่เชื่อมโยงถึงวิธีการทำงานที่ชัดเจนที่สุด ได้แก่ คลินิก NCD Clinic คุณภาพ เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงมาตรการทั้ง 3 อย่างเข้าด้วยกัน ที่ผ่านมาสถานบริการในเขตสุขภาพที่ 3 ดำเนินการได้ดี มีนวัตกรรมเกิดขึ้นอย่างหลากหลาย มีรูปแบบการปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best practice) และเป็นแบบอย่างในการขยายผลการพัฒนาการดำเนินการกลุ่มวัยทำงานดีเด่น/ดีเยี่ยม โดยตั้งแต่ปี 2556 กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ได้เริ่มพัฒนาแนวทางในการติดตามประเมินการพัฒนาคุณภาพของคลินิก NCD ในสถานบริการสุขภาพ ด้วยการประยุกต์หลักการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมนโยบายเพื่อสุขภาพชุมชน ปรับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งไม่ใช่การพัฒนาคุณภาพบริการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในสถานบริการเท่านั้น แต่เป็นการดำเนินงานของเครือข่ายที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) สคร.3 มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนและติดตามประเมินมาตรฐานงานการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ทั้งนี้เพื่อนำผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคมาใช้ในการแผนพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เขตสุขภาพที่ 3 มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ดังนี้

- 1) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดบริการ ในองค์ประกอบของ NCD Clinic Plus ภาพรวมเขตสุขภาพที่ 3 มีผลงานดีขึ้น และผ่านตามเกณฑ์
- 2) การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในทุกสถานบริการของเขตสุขภาพที่ 3 มีการพัฒนาระบบการจัดการที่ดี และสามารถดำเนินการได้ครบถ้วนทุกองค์ประกอบ โดยประเมินจากผลการประเมินตนเองและผลการประเมินของทีมประเมินระดับเขต
- 3) มีการพัฒนานวัตกรรมการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในสถานบริการที่มีความพร้อมหลายแห่ง

4) มีการจัดประกวดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ภายในเขตสุขภาพที่ 3 เพื่อสนับสนุนและกระตุ้นให้ทุกสถานบริการมีการพัฒนาการดำเนินงานให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ :

1) ด้านการบริหาร คณะกรรมการ NCD Board ของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ควรร่วมกันกำหนดเป้าหมายการให้บริการ แนวทางการปฏิบัติงาน และแนวทางการเพิ่มคุณภาพการให้บริการคลินิก NCD ที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางสนับสนุนการตัดสินใจในการให้บริการ

2) ด้านการบริการ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ทีมสหวิชาชีพ/ทีม PCT มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง กลุ่มป่วย อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการความรู้ (KM) ภายในหน่วยงาน เช่น การจัด Chronic Case Conference เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ของบุคลากรในระดับต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำไปสู่การดูแลและจัดการโรคไม่ติดต่อได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) ด้านผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ มีการนำข้อมูลโรคไม่ติดต่อที่มีอยู่มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการ และออกแบบบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับบริการ





สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

โดย คุณกมลวรรณ คุ่มวงษ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

คุณศุทธิยา พลอยวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คุณกาญจนา คงศักดิ์ตระกูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สคร.4 เริ่มดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในปีงบประมาณ 2560 โดยก่อนหน้านี้มีการดำเนินงาน คลินิก NCD คุณภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 และพบว่ามีผลการพัฒนากระบวนการคุณภาพดี แต่เมื่อมีการพัฒนาเป็น NCD Clinic Plus โดยนำผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการเข้าร่วมการประเมินด้วยเห็นได้ชัดเจนว่า ด้านกระบวนการไม่สอดคล้องกับด้านผลลัพธ์บริการ ทั้งนี้เนื่องจากผู้บันทึกข้อมูลยังขาดความเข้าใจการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้องและผู้วิเคราะห์ข้อมูลหรือตรวจสอบข้อมูลมีจำนวนน้อย ด้วยเหตุผลดังกล่าวทำให้ข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือ และวัดผลการปฏิบัติงานของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้น้อย ในปี 2563 สคร.4 และเครือข่ายจึงร่วมมือกันแก้ไขฐานข้อมูลในโรงพยาบาล

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : คือได้รับความร่วมมือในการดำเนินงาน NCD จากเครือข่ายทุกภาคส่วนนอกเหนือจากหน่วยงานสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับอำเภอ

กลไกการดำเนินงาน : สคร.4 ร่วมมือกับเครือข่าย หน่วยงานวิชาการพัฒนาทุกระดับบริการ โดยจัดบริการคัดกรองกลุ่มวัยทำงานในโรงงาน ประสานการดำเนินงานเครือข่ายร่วมกับคณะกรรมการสุขภาพอำเภอ พัฒนาการจัดรูปแบบบริการโรคความดันโลหิตสูง ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus และพัฒนาระบบฐานข้อมูล

ชื่นชมเครือข่าย : สคร.4 ขอขอบคุณหน่วยงานวิชาการ ผู้บริหารโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการร่วมมือ ร่วมใจพัฒนางานและตั้งใจลดการเกิดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แม้ในบางครั้งจะมีความรู้สึกเหนื่อย ท้อแท้ใจ ก็มีความเมตตา กรุณา ต่อผู้ป่วยและปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักคุณธรรมจริยธรรม



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

โดย คุณอิสระพงศ์ เพลิตเพลิน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus ตั้งแต่ปี 2560-2562 ที่ผ่านมา สคร.5 มีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดีขึ้นตามลำดับ ซึ่งในฐานะหน่วยงานระดับเขต มองเห็นภาพความเข้มแข็งเด่นชัดในด้าน **“การจัดการข้อมูลสารสนเทศ”** และ **“การให้บริการเชื่อมโยงสู่ชุมชน”** เป็นจุดเด่นที่มีการพัฒนาการดำเนินงานมากขึ้น โดยสถานบริการสาธารณสุขให้ความสำคัญกับผลลัพธ์การให้บริการที่ปรากฏในระบบรายงานผลการดำเนินงานของ Health Data Center มีการเชื่อมประสานระหว่างหน่วยให้บริการทางคลินิก งานเวชระเบียน และงานสารสนเทศของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ระบบข้อมูลมีการพัฒนามากขึ้นตามไปด้วย และการดำเนินงานเชื่อมโยงกับชุมชน พบว่ามีการสอดประสานกับงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาใช้ในการขับเคลื่อนการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายนอกกระทรวงสาธารณสุข จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้น

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : การประเมิน NCD Clinic Plus ในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 5 ตลอดระยะเวลาสามปีที่ผ่านมา ได้ใช้กลวิธีในการ “เสริมเสริมพลัง (Empowerment)” ให้กับพื้นที่ โดยเน้นให้ความรู้สึกรู้สึกและสร้างบรรยากาศเป็นกัลยาณมิตรแก่กัน โดยสถานบริการสาธารณสุขที่ สคร.5 เลือกลงพื้นที่ในแต่ละปีมาจากผลการประเมินตนเองที่ส่งเข้ามา ซึ่งสถานบริการสาธารณสุขในเขต จะถูกจำแนกเป็น 3 กลุ่ม คือกลุ่มแรก เป็นกลุ่มคะแนนสูงในเขต ซึ่งจะลงประเมินเพื่อตรวจสอบข้อมูลและคัดเลือกเป็นตัวแทนการประกวด NCD Clinic Plus Award ในปีนั้นๆ กลุ่มที่สอง กลุ่มคะแนนระดับกลาง เราจะคอยติดตามผลการดำเนินงานผ่านการตรวจราชการและ Monitor ผลลัพธ์การให้บริการผ่านระบบ Health Data Center ต่อไป และกลุ่มที่สาม กลุ่มคะแนนน้อยในเขต ลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบ ความถูกต้องของการประเมินตนเองว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่ หรือมีปัญหาตรงจุดไหนที่ทางศูนย์วิชาการของเขตจะสามารถให้คำแนะนำและเสนอแนะแนวทางแก้ปัญหาได้บ้าง

กลไกการดำเนินงาน : การวางระบบการสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในเขตสุขภาพที่ 5 ได้มีการกำหนดระดับของการกำกับติดตามผ่าน สสจ. ลงสู่ระดับสถานบริการสาธารณสุข และเน้นการดำเนินงานให้คำปรึกษาอย่างถูกต้อง และทันเวลาผ่าน สสจ. ทั้งนี้ในปี 2562 ทางทีมผู้ประเมิน NCD Clinic Plus ของสคร.5 ได้เริ่มวางแผนการทำวิจัยเชิงประเมินผลในพื้นที่เพื่อพัฒนาการดำเนินงานในพื้นที่ และมีการประเมินความพึงพอใจการลงพื้นที่ ซึ่งผลการประเมินความพึงพอใจที่พบอยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การให้คำแนะนำของทีมผู้ประเมินมีความชัดเจน (การเชื่อมโยงเนื้อหาสู่การปฏิบัติ และการใช้เวลาตามที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ สคร.5 ได้ดำเนินการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ในด้านการจัดการระบบข้อมูล เพื่อเพิ่มขีดความสามารถตามองค์ประกอบที่ 2 ด้าน ข้อมูลสารสนเทศและข้อมูลผลลัพธ์การให้บริการ การเสริมสร้างทักษะการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ให้แก่บุคลากรสาธารณสุข เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ในองค์ประกอบที่ 4 ด้านระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นช่องว่าง (Gap) ที่ต้องเร่งดำเนินการพัฒนาในระดับเขตสุขภาพที่ 5



ชื่นชมเครือข่าย : สคร.5 ขอขอบพระคุณเครือข่ายจาก สสจ.พื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ทุกท่าน ที่มีส่วนสนับสนุนการดำเนินงานด้วยดีตลอดมา ขอบคุณเครือข่ายโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในคลินิกโรงพยาบาลที่ได้ลงประเมิน ที่ให้การต้อนรับด้วยความอบอุ่น เตรียมความพร้อมเครือข่ายในการรับการประเมินและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลสนับสนุนการดำเนินงานเป็นอย่างดี และขอขอบคุณกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนข้อมูลทั้งก่อนการประเมินและการสะท้อนผลลัพธ์การดำเนินงานกลับคืนมาสู่ระดับเขตทำให้สามารถนำข้อมูลมาปรับใช้ในการวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ต่อไปได้ ซึ่งทาง สคร. 5 จะมุ่งมั่นในการพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ต่อไปเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการทำงานและลดโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ต่อไป



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี

โดย คุณจรรยา ภูักลั่น พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

การประเมิน NCD Clinic Plus เริ่มมีการดำเนินงานตั้งแต่ปี 2560 ที่มีการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดเพิ่มขึ้นมา 15 ตัวชี้วัด โดย สคร.6 ได้ดำเนินการโดยฟอร์มทีมของกลุ่มตนเอง ซึ่งขณะนั้นสังกัดกลุ่มพัฒนาวิชาการ และแบ่งทีมงานในการประเมินกระบวนการทั้ง 6 องค์ประกอบ โดยมีการนำคู่มือการประเมิน NCD Clinic Plus ประชุมปรึกษาหารือ ทำความเข้าใจในแต่ละองค์ประกอบให้ผู้รับผิดชอบที่ร่วมทีมก่อนลงประเมิน ในปี 2561 เริ่มเห็นถึงจุดอึดตัวถึงการประเมินรูปแบบเดิมที่ใช้การลงประเมินในพื้นที่จริง เนื่องจากเห็น Gap ว่ากระบวนการทั้ง 6 องค์ประกอบ ค่อนข้างไม่ได้แตกต่างกันมากในแต่ละที่ แต่ที่แตกต่างคือผลลัพธ์ตัวชี้วัดมากกว่าที่จะบ่งบอกถึงความจริงว่าการทำงานได้ผลจริง จึงใช้ผลการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ และนำผลมาวิเคราะห์ Gap และลงดำเนินการช่วยสนับสนุนจังหวัดเพื่อปิด GAP ในพื้นที่ที่มีผลงานต่ำๆ และลงเยี่ยมเสริมพลังให้กับพื้นที่จังหวัดละ 2 แห่ง

การประเมิน NCD Clinic Plus ปี 2561-2562 สำนักงานจึงได้จัดโครงการเยี่ยมเสริมพลัง ให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่พร้อมช่วยแก้ปัญหาพร้อมมือกับพื้นที่



จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : การได้รับความร่วมมือที่ดีจากเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อทั้ง 8 จังหวัด การประเมินจะให้จังหวัดคัดเลือกตัวแทนที่มีผลงานดีเด่น และให้ สคร.6 ลงประเมินยืนยันเพื่อรับรองอีกครั้ง หลังจากนั้น สคร.6 ทีมที่ลงประเมิน จะนำมาสรุปโดยผ่านคณะกรรมการของ สคร.6 คัดเลือกตัวแทนระดับเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้คะแนนจากการประเมินบวกกับดีผลงานผลลัพธ์ ตัวชี้วัดจาก HDC แบ่งตามขนาดโรงพยาบาล เป็น 3 ระดับเหมือนส่วนกลาง

กลไกในการดำเนินงาน : แบ่งออกเป็น 2 ช่วง ได้แก่

- 1) ช่วงประเมินหาตัวแทนในทุกจังหวัดโดยทีม สคร.6
- 2) ช่วงใช้การสนับสนุนตามความต้องการของพื้นที่ ใช้การเยี่ยมเสริมพลัง

อุปสรรคและการแก้ไข :

1) ด้วยมีภาระงานที่มากและงาน NCD เป็นทั้งงานประจำที่ต้องทำและมีการตรวจราชการและงานตัวชี้วัด ทำให้ต้องมีการแบ่งงานกันทำเพิ่มขึ้น เวลาลงพื้นที่ต้องของานอื่นช่วยลงพื้นที่เสริม

2) ด้านพื้นที่จังหวัดเองก็เริ่มเห็น Gap จากผู้ปฏิบัติงาน มีการโยกย้าย เปลี่ยนงาน CM ขาดแคลน ทางจังหวัดเรียกร้องให้มีการจัดอบรม CM เพิ่ม ซึ่งมีแนวทางแก้ไขโดยผู้บริหารเล็งเห็นถึงจุดนี้ ได้ช่วยแนะนำและใช้เวทีผู้บริหารในการของบประมาณสนับสนุนจัดทำ อบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานโรคไม่ติดต่อ โดยได้รับงบประมาณ ปี 2563 จัดอบรม CNN อีกครั้ง (เคยจัดอบรมเมื่อปี 2559)

ชื่นชมเครือข่าย : ได้รับความร่วมมือจากเครือข่าย โดยเฉพาะผู้บริหารของแต่ละจังหวัดให้ความสำคัญกับงานโรคไม่ติดต่อ มีบางจังหวัดได้เพิ่มคนรับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ บางจังหวัดที่งานโรคไม่ติดต่อได้แยกจากกลุ่มงานควบคุมโรค ก็มีการแย่งงานชัดเจนขึ้นเป็นกลุ่มโดยเฉพาะ ทั้งนี้ผู้รับผิดชอบงานในแต่ละจังหวัดมีความมุ่งมั่นในการทำงาน ช่วยพัฒนางานให้ก้าวหน้าเป็นลำดับขึ้นกว่าเมื่อก่อนมาก และลงพื้นที่ร่วมทีมกับ สคร.6 ด้วยดีตลอดมา



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

โดย คุณปริญญงค์ ดงหงส์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

จากการวิเคราะห์ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ย้อนหลัง 3 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 – 2562 พบว่าจุดเด่นที่ทำให้การดำเนินงาน NCD ประสบผลสำเร็จ คือ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่าน NCD Board เขตสุขภาพที่ 7 Service plan สาขา NCD เขต 7 มีการกำกับติดตามการดำเนินงานผ่านตัวชี้วัดกระทรวงในเวทีการประชุมเขตไตรมาสละ 1 ครั้ง และกลุ่มไลน์ มีการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพการดำเนินงาน CVD CKD (เค็ม) การบำบัดบุหรี่ สุรา แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในอำเภอเสี่ยงสูง และพัฒนาระบบบริการผ่าน NCD Clinic Plus คลินิกชะลอไตเสื่อม และ รพ.สต.

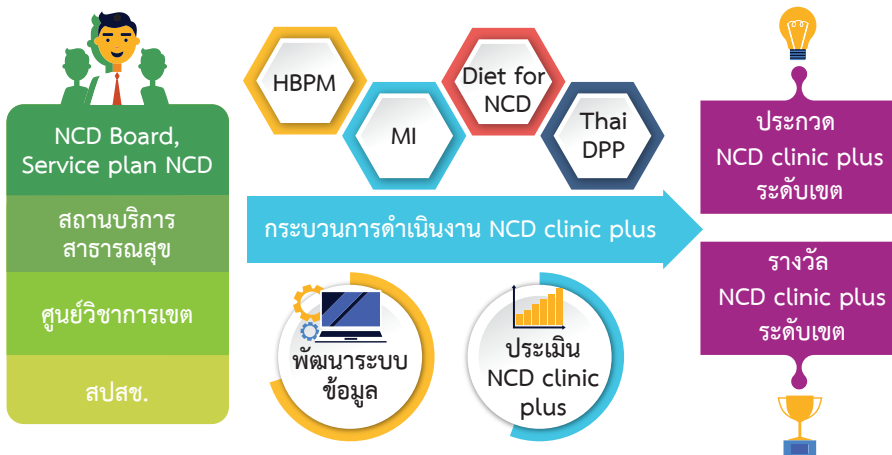
กลไกการดำเนินงาน :

- 1) วิเคราะห์สถานการณ์ในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ในพื้นที่รับผิดชอบ และจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus โดยอยู่ในโครงการพัฒนาระบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- 2) ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ให้ System Manager ระดับจังหวัด Case Manager ในโรงพยาบาล ร่วมขับเคลื่อนและถ่ายทอดลงสู่อำเภอ ตำบล ผ่านคณะกรรมการ NCD Board และ CKD Board เขตสุขภาพที่ 7
- 3) การประชุมคณะกรรมการประเมินระดับเขต เกณฑ์การประเมิน Time Frame ในการประเมินในสถานบริการระดับใหญ่ กลาง เล็ก
- 4) ชี้แจงคณะกรรมการประเมิน NCD Clinic Plus และคลินิกชะลอไตเสื่อม NCD และจัดทำร่างคำสั่งแต่งตั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการประเมินรับรอง NCD Clinic Plus เพื่อลดโรค CVD, CKD, DM และ HT
- 5) การประเมินรับรอง NCD Clinic Plus ระดับเขต และแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานภายในเขต โดยจะมีการจัดทำใบประกาศเกียรติคุณให้แก่สถานพยาบาลระดับใหญ่ กลาง เล็ก ระดับละ 1 แห่ง ที่มีการดำเนินงานดีในแต่ละจังหวัด พร้อมทั้งได้มีการนำเสนอจุดเด่นการดำเนินงาน NCD ของแต่ละจังหวัดต่อผู้บริหาร

ซึ่งจากการวิเคราะห์ผลการประเมิน NCD Clinic Plus ย้อนหลัง 3 ปี พบว่าการดำเนินงานในองค์ประกอบที่ 4 ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง และองค์ประกอบที่ 6

การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน ยังมีคะแนนการดำเนินงาน ที่ค่อนข้างต่ำ จึงควรมีการพัฒนา ระบบบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นองค์ประกอบที่ 4 ในการจัดการเพื่อส่งเสริมการให้ ความรู้ ทักษะที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ การสื่อสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสนับสนุน และการจัดการตนเองทั้งกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย และองค์ประกอบที่ 6 โดยการทำงาน อย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ หรือ NCD Board อำเภอ ตำบล ทั้งนี้ ยังพบว่าความครอบคลุมของการตรวจ HbA1c ค่อนข้างน้อย อาจเนื่องจากงบประมาณไม่เพียงพอ จึงได้สะท้อนปัญหา ผ่านเวทีการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ เพื่อให้ผู้บริหารรับทราบ รวมถึงการหาแนวทางในการ ลดค่าใช้จ่ายในการตรวจ HbA1c นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในพื้นที่ขาดความตระหนัก ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้รับผิดชอบงานได้สะท้อนปัญหา และประสาน ศูนย์อนามัยที่ 7 เพื่อให้มีการติดตามการดำเนินงานคลินิก DPAC ในสถานบริการ และ รพ.สต. พร้อมกันนี้ได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการตามรูปแบบ การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4 Intervention สำหรับปัญหาระบบข้อมูล พบว่าเจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ความเข้าใจ ในการบันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่าน HDC และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ (Data Exchange Management) จึงได้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจในการบันทึก ข้อมูล 43 แฟ้ม โดยได้รับความอนุเคราะห์วิทยากรจากทาง HDC อย่างต่อเนื่อง

กระบวนการดำเนินงาน NCD ภายในเขตสุขภาพที่ 7





สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี

โดย คุณเนือทิพย์ หมุ่มมาก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สคร.8 ได้ดำเนินการขับเคลื่อนพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผ่านกระบวนการงาน NCD Clinic Plus ร่วมกับสำนักงานเขตสุขภาพที่ 8 และศูนย์วิชาการ ได้แก่ ศูนย์อนามัยที่ 8 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 8 โรงพยาบาลธัญญารักษ์อุดรธานี และ สสจ.ในพื้นที่มาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เครือข่ายบริหารจัดการคลินิกในสถานบริการที่เชื่อมโยงสู่ชุมชนเกิดกระบวนการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ คาดหวังให้หน่วยบริการนำผลการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการประเมินตัวเองและหาโอกาสพัฒนาระบบงานให้เกิดประสิทธิภาพ รวมทั้งเสริมพลังในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในพื้นที่ โดยจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 8

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : การบูรณาการแผนงานของศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง ตามนโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 8 ได้รับความร่วมมือดำเนินงานตามแผนงานเป็นอย่างดีจากหน่วยงานและภาคีเครือข่าย โดยมีวิธีการเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้การดำเนินงาน NCD ประสบผลสำเร็จดังนี้

- 1) แต่งตั้งและพัฒนาคณะกรรมการผู้ประเมินระดับเขต จัดอบรมพัฒนาศักยภาพชี้แจงแนวทางการประเมินคุณภาพให้มีความเข้าใจตรงกันตามคู่มือในการประเมิน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- 2) ทบทวนการดำเนินงานของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบ
- 3) กำกับ ติดตาม และรวบรวมผลการประเมินจากสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ตามกรอบเวลา
- 4) ลงพื้นที่ประเมินรับรองสถานบริการสาธารณสุข ติดตามผลการดำเนินงานผ่านการนิเทศตรวจราชการฯ และมอบเกียรติบัตรให้กับสถานบริการสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินรับรองฯ
- 5) คัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลงาน NCD Clinic Plus ดีเด่นระดับเขต เพื่อเข้าร่วมคัดเลือก NCD Clinic Plus Award ผลงานดีเด่นระดับประเทศ คัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลการดำเนินงานเด่น CKD/CVD ระดับเขต และมอบโล่รางวัลให้กับสถานบริการสาธารณสุขที่มีผลงานดีเด่น
- 6) สรุปรายงานผลการดำเนินงานเสนอผู้บริหารรับทราบ และรายงานกองโรคไม่ติดต่อ

เพื่อสุขภาพประเทศ โดยมีกลไกในการดำเนินงานเพื่อลด NCDs เน้นลดผู้ป่วยโรคเบาหวาน รายใหม่ ขับเคลื่อนโดย DHS, System and Case Manager ระดับจังหวัด/อำเภอ ผ่านกระบวนการเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) และบรรลุผลตามตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ดังนี้

6.1) คัดกรอง DM&HT มาตรการลดพฤติกรรม/ปัจจัยเสี่ยงในประชากร เช่น ตำบลจัดการสุขภาพ/Self-Care องค์กรไร้พุง การบังคับใช้กฎหมาย (สุรา บุหรี่)

6.2) Basic Service พัฒนาการจัดการโรคและลดเสี่ยงรายบุคคล เช่น คลินิก NCD Clinic Plus คุณภาพ การจัดการบริการคลินิก CKD Clinic คุณภาพ คลินิกอดบุหรี่ คุณภาพ และการประเมินและจัดการโอกาสเสี่ยงต่อ CVD

อุปสรรคและการแก้ไข :

1) ผู้รับผิดชอบงานระดับจังหวัด ไม่ผ่านการอบรม หลักสูตร SM 6 จังหวัด



2) โรงพยาบาลหลายแห่งขาดบุคลากรหลัก (CM นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด) ขาดองค์ความรู้เรื่องระบบเฝ้าระวัง



3) การจัดการข้อมูล มี Gap การดำเนินงาน ได้แก่ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

4) ข้อจำกัดการตรวจ HbA1c



5) บางจังหวัดยังบูรณาการงานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง (ยาสูบ/แอลกอฮอล์) ซึ่งมีการแก้ไขการดำเนินงานโดย พัฒนาการดำเนินงานสนับสนุนส่งเสริมความรู้และทักษะในการการจัดการตนเองพัฒนาศักยภาพ ผู้รับผิดชอบงานให้มียุทธศาสตร์ความรู้ในเรื่องระบบเฝ้าระวังและการจัดการข้อมูล และ ร่วมกำหนดแนวทางการตรวจ HbA1c กำกับ ติดตามการจัดการข้อมูลสารสนเทศของ สถานบริการอย่างต่อเนื่อง และประเมินผลร่วมกับคณะกรรมการระดับเขต การตรวจราชการฯ

ชื่นชมเครือข่าย การบูรณาการแผนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค NCDs แบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายศูนย์วิชาการทำให้เกิดรูปแบบกระบวนการลดเสี่ยง ลดโรค ตำบลจัดการสุขภาพ หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ องค์กร/หน่วยงานราชการ/ สถานบริการสาธารณสุข/บุคคลต้นแบบ ประชาชนจัดการตนเองได้มากขึ้น ผลลัพธ์ การดำเนินงานจึงมีแนวโน้มดีขึ้นเป็นลำดับ



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

โดย คุณรัฐธนีย์ ธนเศรษฐ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สคร.9 มีการขับเคลื่อนการจัดการโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ Service Plan NCD ระดับเขตและจังหวัดแบบไร้รอยต่อ เน้นการพัฒนาระบบข้อมูล 43 แพ้มผ่านระบบ HDC และส่งเสริมการใช้ Data Exchange ในการพัฒนาระบบข้อมูล ให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพบริการ NCD Clinic Plus ผ่านกลไก พชอ. เพื่อให้ “ทุกภาคส่วน” เห็นเป็นปัญหา เข้ามามีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ของตน ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดและนายอำเภอทุกอำเภอกำหนดนโยบาย “ลดอ้วน ลดพุง ขจัดภัยโรคไม่ติดต่อ” มีการประเมินบูรณาการร่วมกัน มีการจัดอบรม System Manager ระดับอำเภอ พัฒนาทีมสหวิชาชีพเป็น Change Agent เพื่อเปลี่ยนวิถีคิดวิถีทำงาน เน้นการจัดตั้งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนการจัดการตนเอง การจัดตั้งคลินิกนักรับ เพื่อแนะนำเรื่องอาหาร ยา และส่งต่อคลินิกอื่นๆ เพื่อลด การปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ คลินิกอดบุหรี่ สุรา คลินิกไร้พุงคุณภาพ คลินิกโรคไต โรคหัวใจ และ ส่งต่อดูแลต่อเนื่องในชุมชน ผ่าน Thai COC มีการตั้งไลน์กลุ่ม เพื่อให้คำปรึกษา เชื่อมประสาน ส่งต่อ สนับสนุนความรู้ มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโดย อสม. มีการเฝ้าระวัง ติดตามกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย สนับสนุนการสร้างนวัตกรรม R2R

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ :

1) การดำเนินงาน NCD ของ สคร.9 มีกระบวนการขับเคลื่อนงาน ถ่ายทอดนโยบาย มาตรการ และจัดทำแผน ภายใต้การมีส่วนร่วม คิด ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมประเมินผล ร่วมรับ ผลประโยชน์ของคณะกรรมการ Service Plan NCD เขตสุขภาพที่ 9 โดยประเมินแบบบูรณาการ NCD Clinic Plus และคลินิกชะลอไตเสื่อม ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิด การเรียนรู้ และจัดการความรู้ที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น

2) การพัฒนาผลงานคุณภาพ NCD Clinic Plus มีการประเมินคัดเลือกระดับจังหวัด โดย สสจ. และมีการประเมินรับรองระดับเขตร่วมกับคณะกรรมการ Service Plan NCD เขตสุขภาพที่ 9 โดยเกณฑ์ NCD Clinic Plus Award ของกรมควบคุมโรค และเกณฑ์ คุณภาพใช้เกณฑ์นวัตกรรม/วิจัย/R2R เขตสุขภาพที่ 9 ซึ่งมีการวิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน



ชี้เป้าให้ข้อเสนอแนะ ลงพื้นที่สนับสนุนการพัฒนาผลงาน และจัดเวทีนำเสนอให้คณะกรรมการฯ ฟังเพื่อให้ข้อเสนอแนะ ปิด Gap เตรียมตัวเข้าสู่การประกวดระดับประเทศ NCD Clinic Plus Award

อุปสรรคและการแก้ไข :

- 1) ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ทำงานหนัก แต่ผลงานไม่สอดคล้อง เนื่องจากบันทึกจัดเก็บข้อมูลด้วยความไม่รู้และไม่เข้าใจ ทำให้ข้อมูลไม่ถูกต้อง ซึ่งพื้นที่ต้องการสนับสนุนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เทคนิควิธีการบันทึก จัดเก็บ ส่งออกรายงาน 43 แฟ้ม ผ่านระบบ HDC แล้ว Clean & Clear ข้อมูล 43 แฟ้ม พร้อมกันทั้งเขต
- 2) ยังไม่สามารถผลักดันให้เกิดนโยบาย SMART HEALTH CITY ทุกจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9 ควรเพิ่มการมีส่วนร่วม โดยทุกภาคส่วนร่วมกันพัฒนาระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการลดเสี่ยง ลดโรคใน setting โรงเรียน โรงงาน ร่วมกับ อปท. พัฒนาชุมชนลดเสี่ยง ลดโรค จัดสิ่งแวดล้อมร้านค้า ร้านอาหารที่เป็นมิตรต่อสุขภาพเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3) คลินิก NCD/CVD/CKD/STROKE/STEMI ยังคิดแยกส่วน ยังไม่สามารถบูรณาการงานให้เป็นเนื้อเดียวกันได้ ซึ่งต้องผลักดันให้เกิดการบูรณาการ Service Plan NCD/CVD/CKD/STROKE/ STEMI อย่างจริงจัง
- 4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยังไม่จริงจัง ไม่ครอบคลุม โดยจะต้องผลักดันนโยบาย 240 วันปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต พัฒนา “Health Model” ในการลดเสี่ยง ลดโรค เกิดบุคคลต้นแบบด้านสุขภาพประจำหมู่บ้าน/องค์กร

ชื่นชมเครือข่าย : การดำเนินงาน NCD ของเขตสุขภาพที่ 9 สามารถดำเนินการได้สำเร็จ เกิดจากความร่วมมือ ร่วมใจของคณะกรรมการ Service Plan NCD เขตสุขภาพที่ 9 เครือข่ายของจังหวัดและอำเภอ รวมทั้งศูนย์วิชาการ และหน่วยบริการในเขตพื้นที่เขต 9 ที่เข้มแข็ง เข้ามามีส่วนร่วมขับเคลื่อนงานเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐานอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ปกป้องตนเอง ครอบครัว ชุมชนจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้อย่างยั่งยืน





สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

โดย คุณมนศรณีย์ สมหมาย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เขตสุขภาพที่ 10 ได้ดำเนินการพัฒนาคลินิกให้ผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพครอบคลุมทุกแห่งภายในปี 2559 จนมีการพัฒนาการดำเนินงานเป็น NCD Clinic Plus ในปี 2560 ที่มีการเพิ่มตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์เข้ามาประเมินผล สคร.10 ได้มีการสนับสนุนให้เครือข่ายบริการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ มีการชี้แจงและพิจารณาแนวทางการดำเนินงานตาม Template ร่วมกับเครือข่ายระดับจังหวัดทุกปี สนับสนุนให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์เฉพาะพื้นที่ ส่งเสริมทักษะผู้ปฏิบัติงานตามความต้องการ ค้นหาจุดแข็งของเครือข่ายแต่ละแห่งเพื่อสนับสนุนให้มีการขยายผล ติดตามการดำเนินงานโดยการเยี่ยมเสริมพลังจากการตรวจราชการ และการสะท้อนข้อมูลจากผลการประเมินตนเองด้วยระบบการประเมินตนเอง NCD Clinic Plus Online ก่อนคัดเลือกพื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานดีเด่นโดยคณะกรรมการระดับเขต เพื่อส่งประกวดในระดับประเทศต่อไป ในปีงบประมาณ 2563 มีแผนการพัฒนาทักษะผู้ปฏิบัติงานให้สามารถจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย และกลุ่มผู้ป่วย โดยการจัดกลุ่มพื้นที่ผลการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี เป็น 3 สี คือ เขียว ($\geq 40\%$) เหลือง ($20-39\%$) แดง ($\leq 19\%$) ตามเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของ สคร.10 เพื่อมุ่งหวังให้พื้นที่ที่มีผลการควบคุมระดับน้ำตาลต่ำให้สามารถมีผลการดำเนินงานเพิ่มขึ้นตามลำดับ

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ :

- 1) สคร.มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานด้านวิชาการ จัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามรูปแบบ 4 Intervention เพื่อเป็นครู ก.
- 2) การบูรณาการร่วมกับศูนย์วิชาการในเขตสุขภาพ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การจัดบริการกลุ่มวัยทำงาน การบริการด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม
- 3) ในพื้นที่มีครู ก ที่มีทักษะการจัดบริการตามรูปแบบ 4 Intervention ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

กลไกในการดำเนินงาน : การให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ผู้บริหาร บูรณาการร่วมกับศูนย์วิชาการทุกกลุ่มวัยบูรณาการร่วมกับ Service Plan สนับสนุนให้มีการขยายผลรูปแบบที่ประสบผลสำเร็จ และการติดตามผ่านการตรวจราชการร่วมกับผู้บริหาร

การดำเนินงานโรคไม่ติดต่อในเขตสุขภาพที่ 10 ที่ผ่านมา ถือว่าประสบความสำเร็จมากขึ้นตามลำดับ ซึ่งปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ คือ การให้ความสำคัญของผู้บริหารให้ความใส่ใจต่อผู้ปฏิบัติงานเป็นอย่างดี ความร่วมมือที่เข้มแข็ง ความมุ่งมั่น และการมีจิตบริการ ของเครือข่าย NCD ในทุกระดับ ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ทำให้การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลสูงสุดแก่ผู้ป่วยและผู้รับบริการ ในโอกาสนี้ สคร.10 ขอขอบคุณเครือข่ายการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อทุกภาคส่วนในพื้นที่ทั้ง 5 จังหวัดในความเสียสละ พุ่มเทร่างกาย แรงใจในการดำเนินงานมาโดยตลอด และในฐานะศูนย์วิชาการจะคอยสนับสนุนทุกความต้องการด้านวิชาการ และสนับสนุนทุกความสำเร็จของเครือข่ายอย่างเต็มความสามารถ ตามนโยบายการดำเนินงานของผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (นพ.ดนัย เจียรกุล) ที่ว่า **“Strong Together, No One Left Behind : เราจะเดินไปด้วยกัน และไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง”**





สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา โดย คุณวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

การดำเนินงาน NCD Clinic คุณภาพ เริ่มในปี 2556 มีการดำเนินงานตามพื้นฐาน NCD Clinic คุณภาพ เพื่อให้พื้นที่รับทราบการดำเนินงานตาม Chronic Care Model และในปี 2557-2559 มีการดำเนินงานถ่ายทอดให้พื้นที่เข้าใจแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic คุณภาพ ซึ่งเขตสุขภาพที่ 11 มี สสจ. 7 จังหวัด และโรงพยาบาลทั้งหมด 80 แห่ง โดยให้โรงพยาบาลมีการประเมินตนเองมี 2 ครั้ง ซึ่ง สคร.11 ได้จัดตั้งคณะกรรมการ เขตสุขภาพที่ 11 ลงนามโดยผู้ตรวจราชการ ประกอบด้วย สคร.11, สสจ., โรงพยาบาล และศูนย์วิชาการ ร่วมลงประเมินรับรองโดยไขว้กันภายในเขตสุขภาพที่ 11 หลังการประเมิน รับรองได้มอบประกาศนียบัตรให้กับโรงพยาบาลทุกแห่งที่ได้ระดับดี ดีมาก และดีเยี่ยม โดยสคร.11 ได้ให้ สสจ.คัดเลือกรายชื่อโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กมา เพื่อให้คณะกรรมการประเมินคลินิก NCD คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 11 ได้ประเมินเอกสาร และลงพื้นที่คัดเลือกโรงพยาบาลมาประกวดผลงานระดับประเทศ

จุดเด่น วิธีการดำเนินงานให้สำเร็จ : เกิดจากผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงาน ด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน NCD Clinic Plus และมีการประสานงานการประเมินแก่ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อได้อย่างครอบคลุม

กลไกในการดำเนินงาน :

1) ขั้นตอนก่อนการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ มีการประสาน สสจ. เพื่อกำหนดโรงพยาบาลที่เข้ารับการประเมิน ประสานคณะกรรมการเพื่อประชุมราชการ ปรึกษาทำความเข้าใจและวางแผนก่อนลงพื้นที่ประเมินรับรอง และกำหนดตาราง การประเมินโดยลงพื้นที่ประเมินรับรอง

2) ขั้นตอนระหว่างการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ซึ่งลงพื้นที่ประเมิน โดยมีคณะกรรมการประเมินรับรองในทีม มีหน้าที่ประเมินในแต่ละองค์ประกอบ และผลลัพธ์ ให้โรงพยาบาลนำเสนอ 30 นาที หลังนำเสนอคณะกรรมการซักถามเครือข่าย เช่น อสม. ผู้นำชุมชน เทศบาล และให้กำลังใจเสริมพลังเครือข่ายงานโรคไม่ติดต่อ

3) หลังการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ให้ข้อเสนอแนะและแก้ไขปัญหามุ่งสู่การดำเนินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ของพื้นที่



อุปสรรคและการแก้ไข :

1) ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ มีความเข้าใจไม่ตรงกัน ในแต่ละองค์ประกอบ จึงมีการแก้ไขการดำเนินงานโดยถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงาน ให้มีทิศทางเดียวกัน

2) การบันทึกข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานยังไม่สมบูรณ์ครบถ้วนจึงแก้ไขการดำเนินงาน โดยจัดประชุมพัฒนาศักยภาพการบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศ (HDC) ให้ผู้รับผิดชอบงาน NCD และ IT ในโรงพยาบาล เข้ารับการอบรมในการบันทึกตัวชี้วัดและดำเนินงาน ตามรายละเอียดตัวชี้วัด NCD Clinic Plus

ท้ายนี้ขอขอบคุณเครือข่ายที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการดำเนินงานตามแนวทาง NCD Clinic Plus มีความมุ่งมั่นในการดำเนินงาน และมีการบูรณาการดำเนินงานทุกระดับ ซึ่งโดยรวมแล้วเครือข่ายยอดเยี่ยมมาก



สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

โดย คุณอังสุมาลิน ประดิษฐ์สุวรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
คุณพิชญ์พัชรา เทพมณี พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

การดำเนินงาน NDC Clinic Plus ในปี 2560-2561 ที่ผ่านมา สคร. มีการถอดบทเรียนการดำเนินงาน NDC Clinic Plus ให้กับเครือข่ายในพื้นที่เขต 12 โดยมีการลงประเมิน NDC Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนของแต่ละจังหวัด พร้อมทั้งมอบโล่ให้แก่โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินจากคณะกรรมการ NDC Clinic Plus โดยในปี 2562 ได้จัดประกวดเพื่อค้นหาแบบอย่างที่เป็นเลิศด้านการดำเนินงาน NDC Clinic Plus ระดับเขต และลงพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนภาคเขตเพื่อไปประกวดระดับประเทศ โดยมีจุดเด่นในการดำเนินงาน คือ มีการประเมิน NDC Clinic Plus ระดับเขต ในปี 2560-2561 ซึ่งกรรมการระดับเขตประกอบด้วย SM, CM และ สคร.



อุปสรรคและการแก้ไข : เมื่อมีการลงประเมินในเขตพื้นที่เสี่ยงภัย เช่น ยะลา ปัตตานี นราธิวาส ทำให้ สคร. คำนึงถึงความปลอดภัยในการลงประเมิน จึงมีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยการให้โรงพยาบาลเดินทางไปรับการประเมิน NCD ที่ สสจ.ในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งคณะกรรมการที่ประเมิน NCD Clinic Plus ต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ มีความรู้ความสามารถ และให้ข้อเสนอแนะแก่โรงพยาบาลที่เข้ารับการประกวดได้ แต่เนื่องจากคณะกรรมการ มีการโยกย้ายงาน ลาออก หรือเกษียณ จึงทำให้ไม่สามารถจัดทีมคณะกรรมการได้เพียงพอ ดังนั้นจากปัญหาที่พบในการทำงานจึงทำให้ สคร. ปรับเปลี่ยนการดำเนินงาน NDC Clinic Plus มาเป็นรูปแบบการประกวด เพื่อค้นหาแบบอย่างที่เป็นเลิศด้านการดำเนินงาน NDC Clinic Plus ระดับเขต

การดำเนินงาน NDC Clinic Plus นี้จะไม่สามารถสำเร็จได้เลย หากไม่ได้รับ ความร่วมจากเครือข่าย การประสานงาน การถ่ายทอดนโยบาย ลงพื้นที่ของ สสจ. และการเล็งเห็นความสำคัญของผู้บริหารทุกระดับทุกภาคส่วน ถึงแม้ภาระงานของพื้นที่ จะมีมาก แต่ก็ยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน NDC Clinic Plus



4

ภาคผนวก

4.1 โรงพยาบาลที่ได้รับรางวัล NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ตั้งแต่ปี 2560 – 2562

รายชื่อโรงพยาบาล	รายละเอียด
NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี 2560	
โรงพยาบาลสุรินทร์ จ.สุรินทร์	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ● เป็นโรงพยาบาลระดับ ตติยภูมิ ขนาด 914 เตียง ● เลขที่ 68 ถ.หลักเมือง ต.ในเมือง อ.เมืองสุรินทร์ จ.สุรินทร์ 32000 ● โทรศัพท์ 044-511757 Website : www.Surinhospital.org
โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ● เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 ขนาดกลาง จำนวน 90 เตียง ● เลขที่ 83 ถ.เพ็ญพจนกิจ ต.กำแพง อ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ 33120 ● โทรศัพท์ 045-691516-8 โทรสาร 045-691516-8 - Website : WWW.UTP.go.th
โรงพยาบาลกงหรา จ.พัทลุง	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ● เลขที่ 164 ต.คลองทรายขาว อ.กงหรา จ.พัทลุง 93180 ● โทรศัพท์ 074-687076 โทรสาร 074-687238 - Website : kongrha-hospital.com
NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี 2561	
โรงพยาบาลชัยภูมิ จ.ชัยภูมิ	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ● เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ระดับ S ขนาด 600 เตียง ● เลขที่ 12 ถ.บรรณการ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ชัยภูมิ 36000 ● โทรศัพท์ 044-811005-8 ต่อ 1303 โทรสาร 044-8253286 - Website : https://cph.moph.go.th

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จ.อุดรธานี	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 120 เตียง ● เลขที่ 145 ม.7 ถ.บริบาลตำริ ต.ศรีสุทโธ อ.บ้านดุง จ.อุดรธานี 41190 ● โทรศัพท์ 042-273700-3 โทรสาร 042-273704 - Website : www.bcph.moph.go.th/bcphweb/
โรงพยาบาลชัยบุรี จ.สุราษฎร์ธานี	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ● เลขที่ 114 ม. 3 ต.สองแพรก อ.ชัยบุรี จ.สุราษฎร์ธานี 84350 ● โทรศัพท์ (077) 367335, 367075-6 โทรสาร (077) 367336 - Website : www.chaiburihospital.com
NCD Clinic Plus Awards ผลงานดีเด่นระดับประเทศ ปี 2562	
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จ.นครราชสีมา	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ● เป็นโรงพยาบาลศูนย์ ขนาด 1300 เตียง ● เลขที่ 49 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง จ.นครราชสีมา 30000 ● โทรศัพท์ 044-235000 โทรสาร 044-246389 - Website : www.mhrh.go.th
โรงพยาบาลชุมแสง จ.นครสวรรค์	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ● เลขที่ 15 หมู่ 3 ต.เกยไชย อ.ชุมแสง จ.นครสวรรค์ 60120 ● โทรศัพท์ 056-282268 โทรสาร 056-353071
โรงพยาบาลภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ	● ได้รับรางวัลชนะเลิศ ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ● เลขที่ 160 ม.3 ต.เจ้าทอง อ.ภักดีชุมพล จ.ชัยภูมิ 36260 ● โทรศัพท์ 044-133100 โทรสาร 044-133100 ต่อ 200 - Website : www.phak.deehos.org
โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ	● ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ● เป็นโรงพยาบาลระดับ M1 ขนาด 200 เตียง ● เลขที่ 446 ถ.ดำรงสถิต ต.น้ำอ้อม อ.กันทรลักษณ์ จ.ศรีสะเกษ 33110 ● โทรศัพท์ 045-662121 โทรสาร 045-661664
โรงพยาบาลละหานทราย จ.บุรีรัมย์	● ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 120 เตียง ● เลขที่ 55 หมู่ 8 ถ.นิคมเขต ต.ละหานทราย อ.ละหานทราย จ.บุรีรัมย์ 31170 ● โทรศัพท์ 044-649029 โทรสาร 044649029 ต่อ 302 - Website : http://lahansai.net

โรงพยาบาลบางระกำ จ.พิษณุโลก	● ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 1 ประเภทโรงพยาบาลเล็ก ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F2 ขนาด 50 เตียง ● เลขที่ 1/3 หมู่ที่ 7 ต.บางระกำ อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก 65140 ● โทรศัพท์ 055-371168 โทรสาร 055-371176 Website : http://www.bkhospital.go.th/bkh2
โรงพยาบาล ชัยนาทเรนทร จ.ชัยนาท	● ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ประเภทโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ● เป็นโรงพยาบาลระดับ S ขนาด 348 เตียง ● เลขที่ 199 ถ.พหลโยธิน ต.บ้านกล้วย อ.เมืองชัยนาท จ.ชัยนาท 17000 ● โทรศัพท์ 056411055 โทรสาร 056411071 Website : www.chainathospital.org
โรงพยาบาลหลังสวน จ.ชุมพร	● ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ประเภทโรงพยาบาลขนาดกลาง ● เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ขนาด 120 เตียง ● เลขที่ 82 หมู่ 5 ต.วังตะกอก อ.หลังสวน จ.ชุมพร 86110 ● โทรศัพท์ (077) 529999 โทรสาร (077)653210 Website : www.Langsuanshospital.go.th
โรงพยาบาลปากน้ำชุมพร จ.ชุมพร	● ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ประเภทโรงพยาบาลขนาดเล็ก ● เป็นโรงพยาบาลระดับ F3 ขนาด 10 เตียง ● เลขที่ 99/5 ถ.ปากน้ำ ต.ปากน้ำ อ.เมือง จ.ชุมพร 86120 ● โทรศัพท์ 077-521048 โทรสาร 077-521048 ต่อ100