

CQI โรคเบาหวาน ความดัน

1. ชื่อผลงาน สัญญาณจราจร ใกล้เคียงบ้าน

2. ความสำคัญ สัญญาณจราจร ใกล้เคียงบ้าน

3. ปัญหาและสาเหตุ

- ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เกิดความแออัดในรพ.
- ขาดการได้รับการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่อง
- มีรูปแบบการดูแลเดียวกัน
- ผู้ป่วยยังมีแนวคิด มุมมองและทัศนคติในการให้บริการที่แตกต่างกันระหว่าง รพ. ชุมชน และรพ.สต.
- ผู้ดูแลในชุมชนยังขาดความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย

4. เป้าหมาย

- 1.ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 2.ระบบการทำงานเป็นทีมเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระดับ ปฐมภูมิลงสู่ชุมชนเต็มรูปแบบ
- 3.การเข้าถึงระบบบริการได้ครอบคลุม ลดอัตราการขาดนัด
- 4.ปรับเปลี่ยนทัศนคติแนวคิด มุมมองในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีระหว่างรพ.ชุมชนและรพ.สต

5. สรุปผลงานโดยย่อ

ปัญหาสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังคือผู้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆและเป็นปัญหาสำคัญ ของการสาธารณสุข ต้องใช้งบประมาณจำนวนมาก ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เนื่องจากเป็นโรคที่รักษาไม่หาย ผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบ เกิด ภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น เบาหวานอาจเกิดภาวะระดับ น้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเฉียบพลัน เกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ ตาบอด ไตวาย เท้าเป็นแผลอักเสบจนต้องตัดขา ความดันโลหิตสูง ทำให้ หลอดเลือดสมองแตกเกิดเป็น อัมพาต หัวใจและ ไตวาย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT เน้นการรักษาอย่างต่อเนื่องป้องกันการขาดนัด ติดตามเยี่ยมบ้านค้นหาปัญหาที่ ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่ดูแลตนเองได้ดีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการได้รับการรักษาและ

ดูแลจากแพทย์และผู้ดูแลให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ที่ดูแลต่อในระดับปฐมภูมิสามารถ ดูแลต่อได้โดยใช้แนวทางการดูแลรักษาเดียวกันกับ ระดับ ทติยภูมิและมีการติดตามผลการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการเข้าถึงการดูแลรักษา ลดการขาดนัดและการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา ดังนั้นคปสอ.ชุมชนและผู้รับผิดชอบงาน NCD จึงมองเห็นปัญหาดังกล่าว จึงได้นำ ปัญหา มาวิเคราะห์และ หาแนวทางการดูแลแก้ไข โดย เน้นการกระจายผู้ป่วยลงสู่เครือข่าย 27รพ.สตตั้งแต่ปี2558 โดยเลือกผู้ป่วยในกลุ่มที่คุม น้ำตาลและ BP ได้เมื่อเทียบกับ สัญญาณไฟจราจรก็คือกลุ่มไฟสีเขียวและเหลือง มีแพทย์ออกตรวจให้บริการใน Case ที่มี ปัญหาช่วงป่วยทุกรพ.สต 1ครั้ง/เดือน/รพ.สต และมีการกระจายลงมากขึ้นทุกปี จนปี2559ผู้บริหารเริ่มมองเห็นปัญหาสำคัญโดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นปี58 DM 2583ราย HT ราย ปี 2559 DM 2583 ราย HT 6739 รายและมีแนวคิดในการกระจายการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความแออัดของรพ.และมีการดูแลในรูปแบบใกล้บ้าน มากขึ้น จึงมีนโยบายการสร้างเครือข่ายหลัก ให้เป็นเหมือนรพ.ในชุมชนขนาดเล็กเพื่อรองรับผู้ป่วย โรคเรื้อรังเหมือนยก NCD มาไว้ที่รพ.สต โดยเริ่ม ในรูปแบบ Node NCD ได้แก่รพ.สต.จะกง กฤษณา โคกโพธิ์ ปรีอใหญ่ อาวอย คลองกลาง หนองลุง หัวเสือ โดยดูจาก ความพร้อมของทีมรพ.สต เป็นรพ.สต ขนาดใหญ่และมีจำนวนผู้ป่วยมากการเดินทางลำบาก แนวคิดแรกคือการกระจาย ผู้ป่วยลงไปทั้งหมด ยกเว้นผู้ป่วยเบิกได้เนื่องจากมีปัญหาเรื่องการจ่ายเงินค่ารักษา จะเกิดความไม่สะดวกกับผู้ป่วยและ ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกลุ่มสีดำ โดยเฉพาะไตวาย state 4-5 GFR \leq 30 โดยเปิดตรวจให้บริการโดยทีมผู้ดูแลของรพ.ชุมชน และรพ.สต เวลา13.00-16.30น ของทุกวันอังคาร มีการจัดการ ให้บริการตามสีไฟจราจรกลุ่มสีเขียวและสีเหลืองมีการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวก่อนตรวจกับ พยาบาลเวชปฏิบัติ ส่วนกลุ่มสีส้ม สีแดง มีการทำกลุ่มเข้มข้น โดยทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนก่อนพบแพทย์ รวมถึงมีการอบรมตาม ส่วนชาติให้กับ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิดชอบโรคเรื้อรังในรพ.สต อย่างต่อเนื่อง ทุกปี มีการ Consult Case ที่มีปัญหาโดยตรงกับแพทย์และพยาบาลเวชปฏิบัติทางโทรศัพท์และทาง Line และผลลัพธ์ อื่นๆที่มีแนวโน้ม ที่ดีขึ้น สิ่งที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจนอกจากผลลัพธ์ดังกล่าวคือการเกิดกระบวนการดูแลที่เป็นระบบ และการร่วมแรงร่วมใจของทุกรพ.สต ใน CUP ชุมชน เพื่อจุดมุ่งหมายที่สำคัญที่สุด คือการ ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน ใกล้บ้าน ใกล้ใจ

6.กิจกรรมการพัฒนา

- 1.วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุ
- 2.หาแนวทางร่วมกัน ในทีม NCD และ ทีมสหวิชาชีพ
3. จัดทำ Clinical Tracer เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย DM และ CPG HT ในรพ.

4. จัดทำแบบฟอร์มการส่งต่อให้ เป็นไปในแนวทางเดียวกันโดยเก็บข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยไว้ทั้งรพ.และรพ.สต.
- 5.กระจายแนวทางการรักษาและการส่งต่อผู้ป่วยลงสู่รพ.สต.เพื่อดูแล Case ที่มีปัญหาซับซ้อน
- 6.มีการอบรมพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลรับผิชอบโรคเรื้อรังในรพ.สต และรพ.ชุมชน อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- 7.มีแนวทางการ Consult ผู้ป่วยใน Case ที่มีปัญหาทางโทรศัพท์และทาง Line
8. ติดตามการดูแลเยี่ยมบ้านติดตามผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนร่วมกันระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาล
9. ติดตามการขาดนัดผู้ป่วยที่รับยาที่รพ.สตโดยเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่รับผิดชอบพร้อมกับ ทีมสหวิชาชีพ และทีมรพ. สต
10. ประเมินผลการตรวจติดตามการรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาโดยเจ้าหน้าที่ของรพ.สต.ทุก3เดือนโดยแพทย์ ผู้รับผิดชอบงาน NCD ของรพ.

แนวทางการส่งต่อกลับ รพ.สต ใกล้บ้าน

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังสิทธิ์UC ประกัน สังคมที่สมัครใจและผู้ป่วยที่อยู่กลุ่มไพจรรจรทุกสี่เสี้ยว สีเหลือง
ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่อยู่ในพื้นที่
- ผู้ป่วยสมัครใจในการไปรักษาที่รพ.สต. ใกล้บ้าน
- แพทย์พิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยสามารถกลับไปรับยาที่รพ.สต.ได้
- ผู้ป่วยที่ไม่สะดวกในการเดินทางมารับยาที่รพ และทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง(ขาดนัด) หรือผู้สูงอายุ พิการที่ ขาดผู้ดูแล (Caregiver)

7.การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง ผู้ป่วย DM HT ตัวชี้วัด ปี 2558 ปี 2559 ปี 2560

ตัวชี้วัด	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ปี 2561
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด	2583	2743	3010	3260
จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาที่รพสต	1699	1876	2040	2255
จำนวนผู้ป่วยความดันทั้งหมด	6739	7855	8466	8754
จำนวนผู้ป่วยความดันที่รับยาที่ รพสต	3562	4923	5415	6689
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุม	42.93	38.46	48.46	50.62

ระดับน้ำตาลได้ดี				
ร้อยละผู้ป่วยความดันที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	42.74	50.80	53.71	62.91

สรุปและวิจารณ์ผล: จากการปรับปรุงระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT โดยจัดให้มีทีมรับผิดชอบ โดยเฉพาะมี การทำงานโดยทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน สามารถประสานงานเชื่อมโยงกัน ระหว่าง โรงพยาบาลที่เป็นระดับ ทติยภูมิกับ หน่วยบริการระดับ ปฐมภูมิและการเน้นการเสริมสร้างความรู้และความ ตระหนักใน การดูแลตัวเองให้กับผู้ป่วยเบาหวาน ทา ให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และสามารถควบคุมระดับ น้ำ ตาลใน เลือดและ ความดันโลหิตสูงได้เพิ่มขึ้น และการขาดนัดลดลงทั้งในโรงพยาบาลระดับอำเภอและโรงพยาบาลระดับตำบล

8.บทเรียนที่ได้รับ : ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องลดอัตราการขาดนัด ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือการสร้างความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเกี่ยวกับการดูแลรักษา ผู้ป่วย และการพัฒนาความรู้เจ้าหน้าที่ให้สามารถให้คำ แนะนำ ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

แผนการพัฒนาต่อไป

- 1.ดูแลพัฒนาปรับปรุงระบบงานอย่างต่อเนื่อง
- 2.ดูแลระบบการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง
- 3.ขยายระบบการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบเครือข่าย ไร้รอยต่อ
- 4.พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ดีขึ้น