

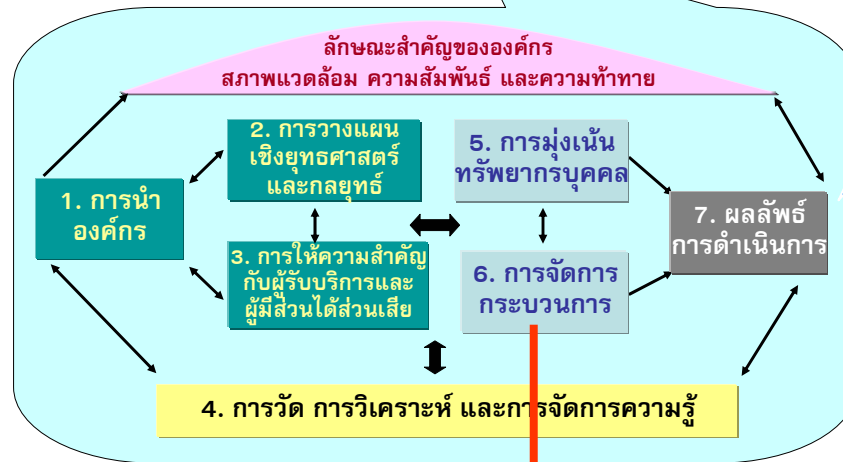
การเรียนรู้
การพัฒนาคุณภาพ
หน่วยบริการปฐมภูมิ

อ.ศรีบุญเรือง จ.หนองบัวลำภู

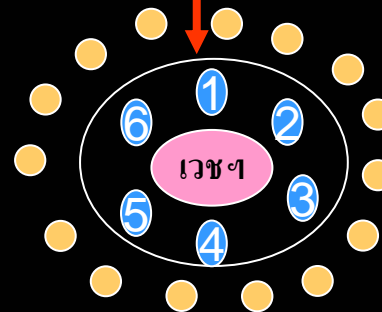
กรอบการดำเนินงาน

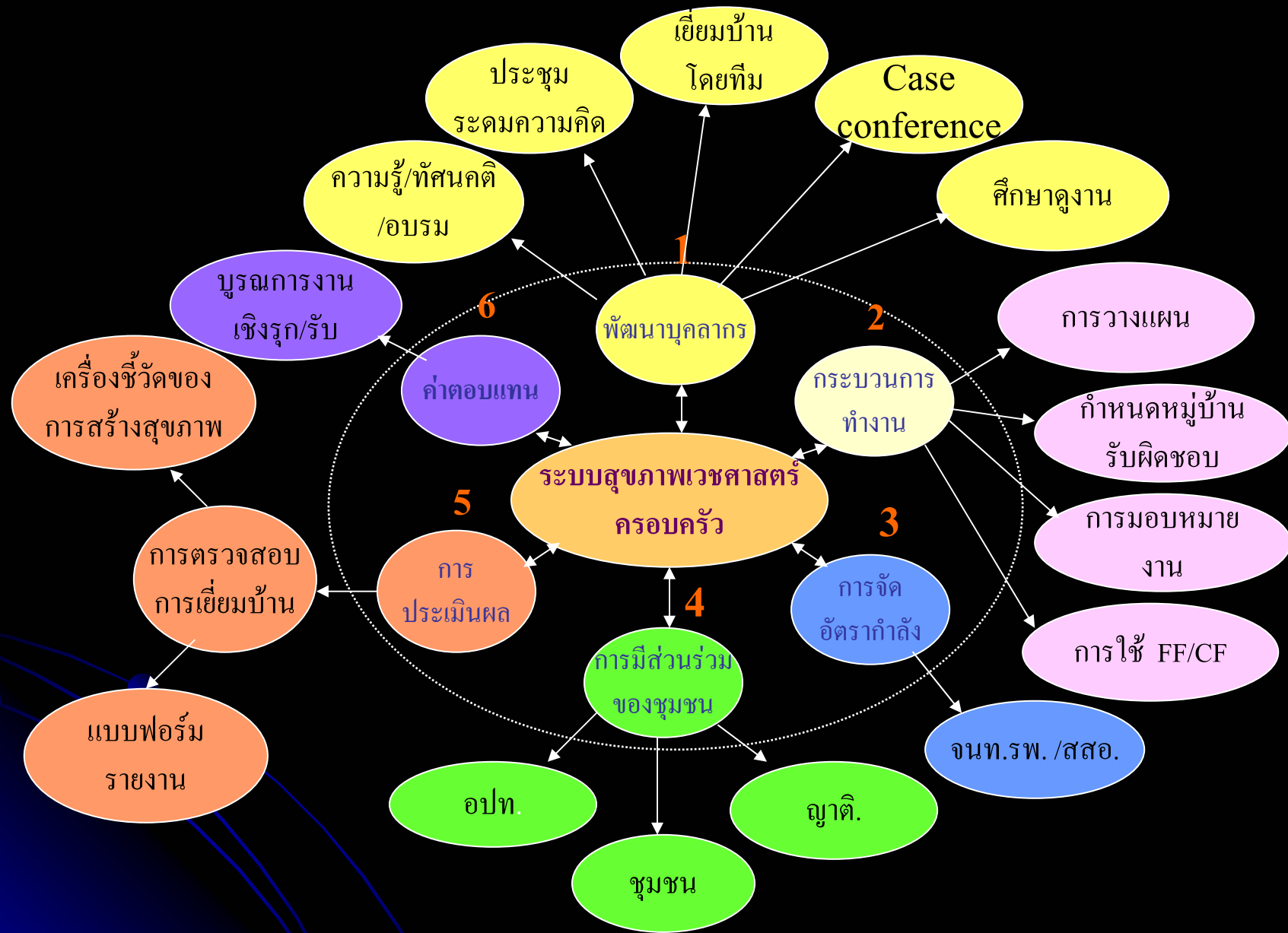
โครงสร้างพื้นฐาน

- อาคารสถานที่
- บุคลากร
- อุปกรณ์/เครื่องมือ
- การสนับสนุนด้านต่างๆ



- หน่วยบริการ
- ผู้ให้บริการ
- ผู้รับบริการ
- ชุมชน





กระบวนการพัฒนาระบบ

ผลลัพธ์ที่ต้องการ

หน่วยบริการ

- มี **Availability** (ความพร้อม)
 - สถานบริการ / การพิจารณาด้านการเดินทาง
 - อุปกรณ์เพียงพอ ได้มาตรฐาน
 - บุคลากร มีความพร้อม (เพียงพอ/มีความรู้/ มีทัศนคติที่ดีต่อระบบบริการ)
 - มีระบบสนับสนุนที่ดี
- ดี **Good care/Standard care**
 - มาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- ชุมชนมีส่วนร่วม **Community Involvement**
- เป็นองค์รวม **Holistic Care**
- ต่อเนื่อง **Continuity of Care**

ประชาชน

- เข้าถึง **Accessibility of Care**
- ฟังพอใจ **Acceptability**
- จ่ายคุ้มค่า **Efficiency**

ผลการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม

ปัจจัยนำเข้า

หน่วยบริการ

- **มีความพร้อม (Availability)**

- สถานบริการใกล้ชุมชน (เดินทางไม่เกิน 30 นาที)
- รับผิดชอบประชากรระหว่าง 6,500-15,800 คน
- อุปกรณ์มีครบ สนับสนุนโดยงบลงทุน สปสช. และ CUP
- จนท. 3 – 10 คน (ประจำ Full Time)
 - พยาบาล PCU สัดส่วน 1 : 4,780
 - จนท.อื่น PCU สัดส่วน 1 : 1,620

- แพทย์ / ทันตแพทย์ / เภสัช / นักกายภาพบำบัด / นักโภชนาการ มี
ข้อจำกัดมาก

เริ่มเป็น PCU 11 แห่ง ระหว่างปี 2547 - 2549



มีศูนย์แพทย์ชุมชน ปี 2550



การพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม(ต่อ)

หน่วยบริการ

- ดี (Good Care / Standard Care)

- คุณภาพระบบบริการและการดูแล (Standard of care)

- มาตรฐานเครื่องมือ, อุปกรณ์ (Standard of Equipment)

- ทักษะ (Attitude)

- บุคลากรต้องปรับทัศนคติและมีทัศนคติที่ดีและเข้าใจแนวคิดการให้บริการ
เวชปฏิบัติครบถ้วนอย่างถูกต้อง



การเตรียมการด้านบุคลากร

เตรียมบุคลากร



จัดทีม (Full Time) และทีมเสริม



แบ่งพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน



สร้างความเข้าใจให้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ



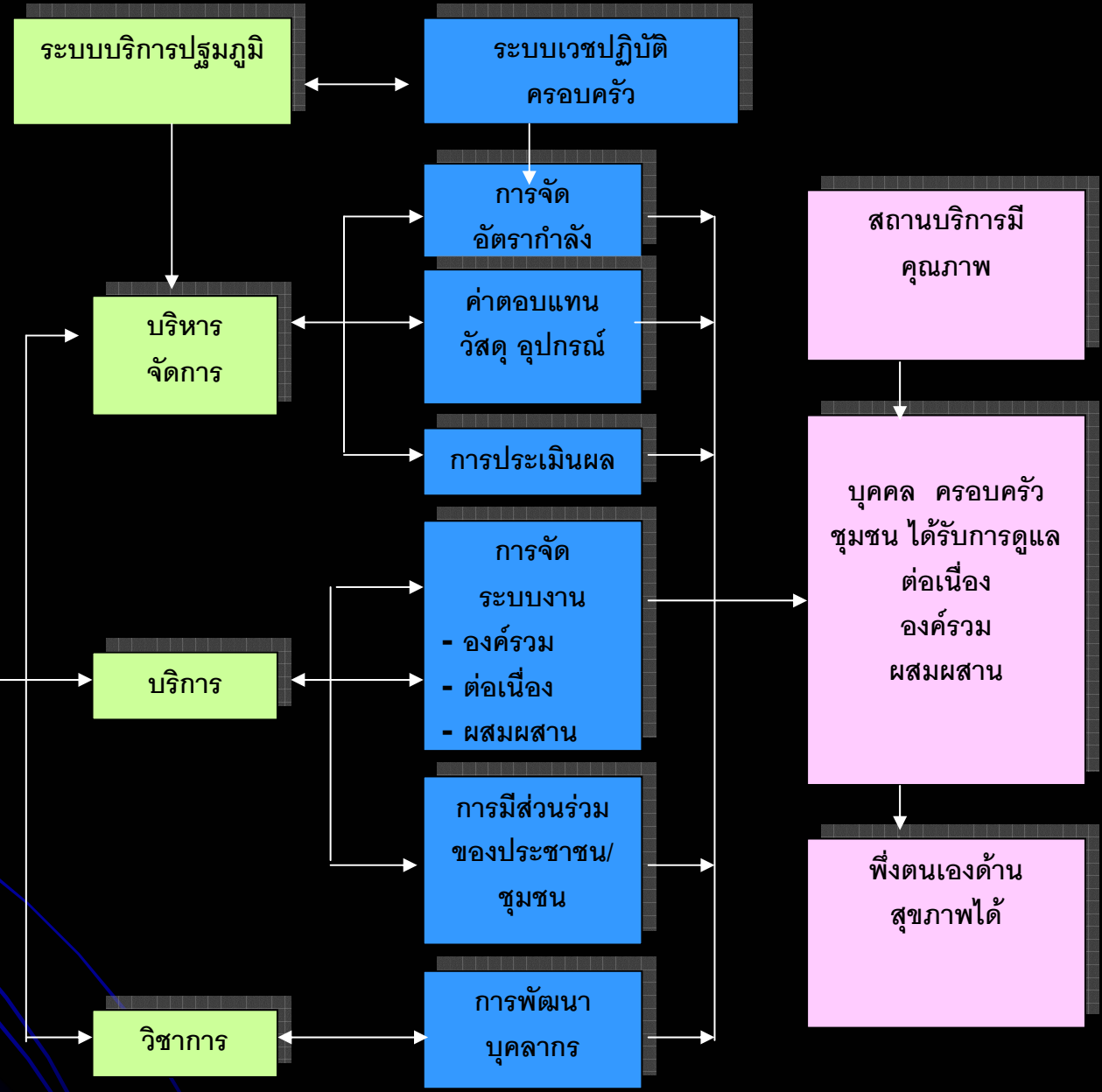
การวางแผนดำเนินการ

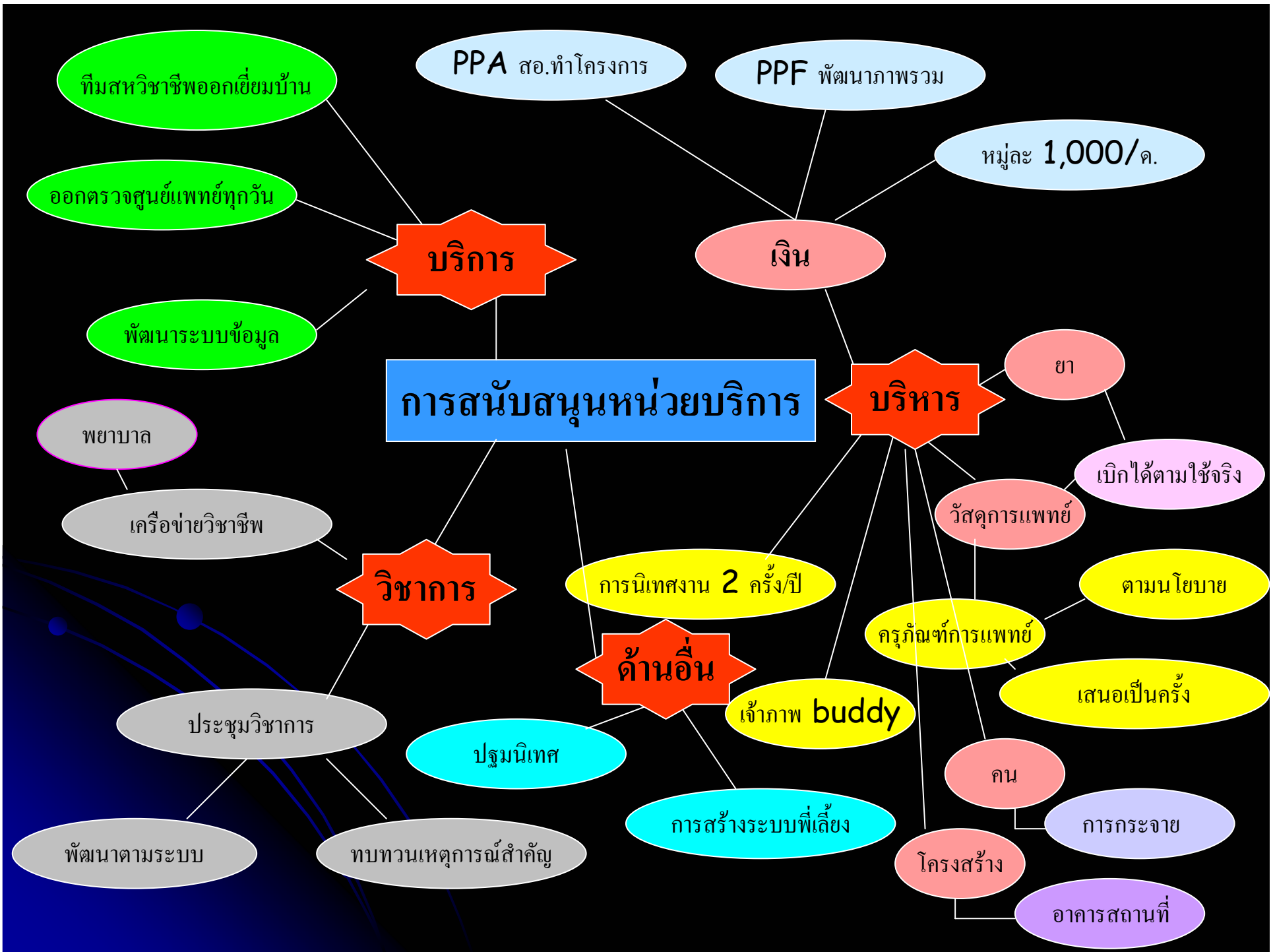
- แต่ละคนมีหมู่บ้านรับผิดชอบไม่เกิน 2 หมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่ประจำPCU)
- การมอบหมายงานให้รับผิดชอบ
- กำหนดการเยี่ยมรายสัปดาห์
- การจัดทีมสหวิชาชีพ และสอดคล้องกับสถานะผู้ป่วย
- การประเมินผล
- สรุป

เป้าหมายในการดำเนินงาน

- > ร้อยละ 50 ของครอบครัวได้รับการเยี่ยมประเมินสถานะสุขภาพ
- ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุได้รับการเยี่ยมดูแลที่บ้าน
- 90% ของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 90% ของมารดาและทารกหลังคลอดได้รับการเยี่ยมบ้าน
- 100 % ของผู้พิการและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการเยี่ยม และดูแลที่บ้าน
- 100 % ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการเยี่ยมและดูแลที่บ้าน
- 100% ของผู้ป่วยหลังจำหน่ายได้รับการดูแลที่บ้าน

การ
สนับสนุน
ของ
CUP





กระบวนการดำเนินการ

บริการปฐมภูมิใกล้บ้านใกล้ใจ



กระบวนการพัฒนาระบบ

กำหนดการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ รพ.ศรีบุญเรือง ทุกบ่ายวันอังคาร ทุกสัปดาห์

ทีมประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด โภชนากร เภสัช หรือบุคคล
อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามความเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 1 Case Asthma กำหนด Case โดยคลินิก Asthma
โดยการคัดเลือก Case ที่มีปัญหาซับซ้อน ยุ่งยาก มา รพ. บ่อยๆ
หรือใช้ยาหลายขนาน

สัปดาห์ที่ 2 Case จิตเวช กำหนด Case โดยคลินิกจิตเวชคัดเลือก case

สัปดาห์ที่ 3 Case DM HT กำหนด Case โดยคลินิก DM HT คัดเลือก case

สัปดาห์ที่ 4 Case ทั่วๆไป ที่ส่งมาจาก PCU หรือ WARD D/C Plan
กรุณาส่ง Case ตามแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน HHC มาที่กลุ่มงานเวชฯ
เพื่อประสานพื้นที่ในการดำเนินการต่อไป

เยี่ยมชมบ้านครูรังแอก





คุณภาพแวดล้อมด้วย



หลังเยี่ยมเชิงรุก

- วิเคราะห์
- สรุปผล
- สรุปบทเรียน
- วางแผนติดตามเยี่ยม
- สร้างเครือข่ายเยี่ยมบ้าน
 - อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน **
 - ทีมเยี่ยมแบบบูรณาการ ***

Community participation



การอบรม อาสาสมัครเยี่ยมบ้าน

เกิดทีมเยี่ยมแบบบูรณาการที่เกิดด้วยความสมัครใจ



การพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม

- **ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Involvement)**

- บุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้คอยเอื้ออำนวยความสะดวกในการเรียนรู้ (Facilitator)

- ประชาชนมีส่วนร่วมให้ข้อเสนอในด้านการบริหารและร่วมบริหารจัดการด้านสุขภาพในชุมชน เช่นกลุ่มตัวแทนเครือข่ายผู้ป่วย,กลุ่มเสี่ยง ,การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ

- มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในชุมชนของตนเอง ด้วยการเยี่ยม และการให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่

- ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกัน



การพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม(ต่อ)

หน่วยบริการ

- เป็นองค์รวม (Holistic Care)

- ให้การดูแลครบถ้วนทั้ง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเป็นแบบ Empatic Relation Ship
- มีระบบข้อมูลเอื้อให้เกิดบริการแบบองค์รวม รู้ถึงบุคคล ครอบครัว ชุมชน และจิตวิญญาณ โดยการทำ Family Folder
- มีการเชื่อมโยงบูรณาการ (Integration) ของระบบบริการ คือ ส่งเสริม-ป้องกัน-รักษา-ฟื้นฟู และให้บริการต่อเนื่องทั้งป่วย และไม่ป่วย

ดูแลทางด้านร่างกาย



ผู้ป่วยชาย อายุ 78 ปี

- เบาหวานและเส้นเลือดในสมองตีบ
- นั่งไม่ได้





วัดสายตาให้กับผู้สูงอายุ









A photograph showing two men in an office environment. The man on the left is younger, with dark hair, wearing a white button-down shirt. The man on the right is older, wearing a dark polo shirt over a checkered shirt. They are both looking at a document held by the younger man. The background features light-colored curtains and a wooden cabinet with a chart or poster on it.

**ผู้นำชุมชนร่วมรับทราบข้อมูล,สภาพปัญหาของผู้ป่วย
นำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา**



เวทีประชาคมหมู่บ้าน

ช่วยเหลืองบประมาณ

ค่าวัสดุต่อเติมบ้านชั้นล่าง 2000 บาท

สนับสนุนแรงงานก่อสร้าง





ก่อน



หลัง



ผลการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม(ต่อ)

หน่วยบริการ

- ต่อเนื่อง **Continuity of Care**

- การดูแลต่อเนื่องในการเจ็บป่วย ตั้งแต่ก่อนป่วยจนกระทั่งการเจ็บป่วยครั้งนั้นๆ (Episode Care)
- การดูแลต่อเนื่องเมื่อส่งไปรักษาในแต่ละระดับ
- การจัดบริการรักษาพยาบาลที่มีความต่อเนื่องและหลากหลายรูปแบบ เช่น การรักษาแผนปัจจุบันควบคู่กับแพทย์แผนไทย พื้นบ้าน การรักษาด้วยสมุนไพร เป็นต้น

ผลการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม

มุมมองด้านประชาชน

- **เข้าถึง (Accessibility of Care)**
 - สภาพทางภูมิศาสตร์ Geographical Accessibility เดินทางไม่ถึง 30 นาที
 - หลักประกันด้านสุขภาพ Financial Accessibility
 - บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน Service Accessibility

เข้าถึง



ผลการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม(ต่อ)

มุมมองด้านประชาชน

● ฟังพอใจ (Acceptability)

- ผู้รับบริการมารับบริการด้วยความพึงพอใจ ไม่มารับบริการแบบทุกจ้อใจ เกรงใจ มีความรู้สึกว่าเป็นสถานบริการด่านแรกที่เป็นที่พึงได้ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ
- ผู้รับบริการ ได้รับบริการด้วยความเข้าอกเข้าใจ-ประทับใจ (Excellence Service Behavior)
- ประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อน หรือให้ข้อเสนอแนะแก่สถานบริการ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไข

ฟังใจ



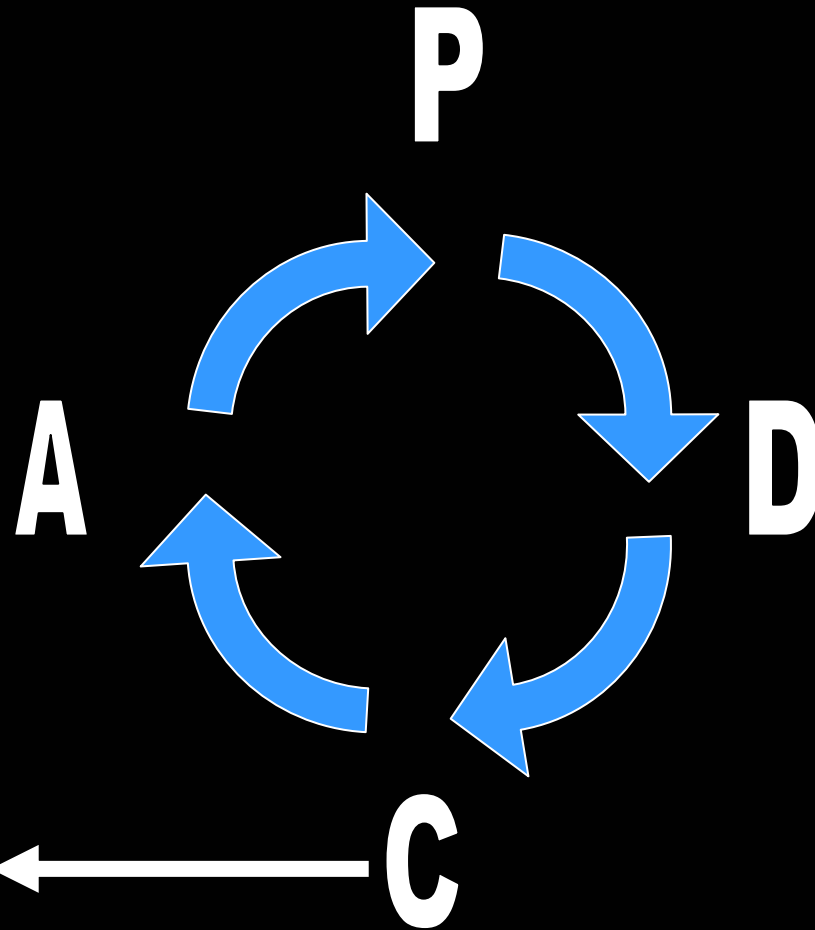
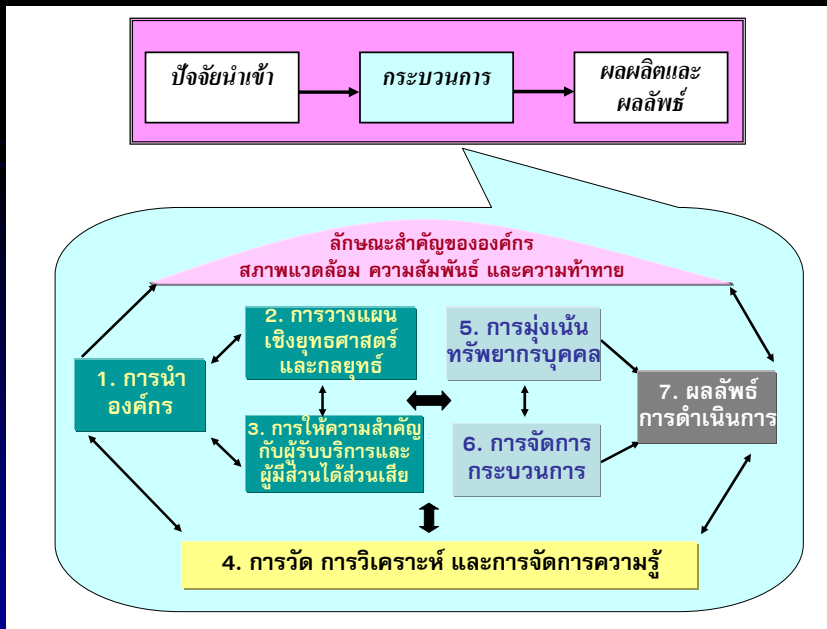
ผลการพัฒนาคุณภาพที่เป็นรูปธรรม(ต่อ)

มุมมองด้านประชาชน

- **จ่ายคุ้ม (Efficiency)**

- ใช้ต้นทุนต่ำ แต่ได้ผลลัพธ์สูง
- คุ้มค่าง่าย
- ประสิทธิภาพในการจัดสรรทรัพยากร (Allocation Efficiency) ทัวถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม

การกำกับคุณภาพบริการ



ความก้าวหน้าและความสำเร็จของงานที่เป็นที่เป็นรูปธรรม

ระบบเวชปฏิบัติครอบครัว/ระบบเยี่ยมบ้านเชิงรุก

(ความหวังและความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพของชุมชน)

ปี 2549

เข้าสู่ระบบเวชปฏิบัติครอบครัวเต็มพื้นที่

ปลายปี 2550

เกิดทีมเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ (สอ.โนนสมบูรณ์)

ต้นปี 2551

เกิดเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน (สอ.โนนสงวน)

กลางปี 2551

เกิดทีมอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน(อสบ.)(อบต.นาถอก+PCU)

ปลายปี 2551

เกิดเครือข่ายดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน (โซนฟ้าใหม่)

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน



ผู้ป่วยและญาติ

มีความตระหนักรู้ต่อการดูแล
สุขภาพตนเองมากขึ้น



ผู้ป่วยและญาติมีกำลังใจ
สุขภาพจิตดีขึ้น

ผู้ป่วยมีโอกาสสามารถเข้าถึง
บริการได้ง่ายขึ้นและได้รับการ
ดูแลที่ถูกต้อง



คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและ
ญาติดีขึ้น



การดูแลและเยี่ยมผู้ป่วย



บุคลากร

➔ มีทักษะในการเยี่ยมบ้านและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติ)

➔ มีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

➔ สร้างความศรัทธาต่อผู้ป่วยและชุมชน

➔ ได้รับความร่วมมือจากชุมชนและองค์กรอื่นๆ



ชุมชน/ท้องถิ่น



ชุมชนและเพื่อนบ้านมีความตื่นตัว
ต่อการออกเยี่ยมบ้านและการดูแล
ผู้ป่วยที่บ้าน



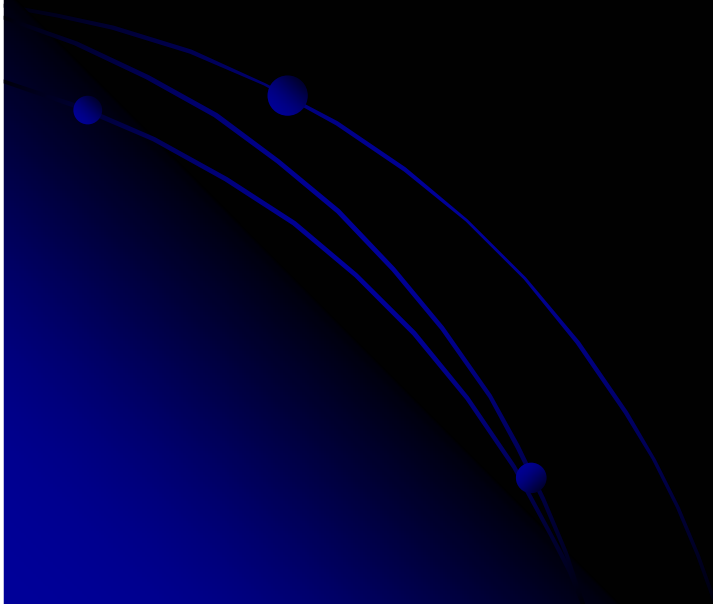
ชุมชนได้มีโอกาสรับทราบข้อมูล
ปัญหาการเจ็บป่วย



ชุมชนเป็นเจ้าของของผู้ป่วย มีโอกาส
ได้เรียนรู้และพัฒนาสุขภาพชุมชน
โดยชุมชน

บทสรุปการพัฒนาคุณภาพ

- ทุกคนยอมรับ
- ทุกคนอยากได้
- ทุกฝ่ายชื่นชม





ขอขอบคุณ