

การพัฒนาาระบบบริการเครือข่ายปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี

อุดมลักษณ์ จำสัตย์

รพ.พระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี



เครือข่ายบริการสุขภาพ อ.เมือง จันทบุรี





“เราว่าเรามาเข้าแล้วนะ.... ตี 4 ตี 5 นี้ได้คิว 80
กว่าเลย ถ้าสายหน่อยนี่.... ไม่ต้องอะไร.....
มาที่นี่ 10 โมง ก็ได้คิว 1,000 กว่าแล้ว”

(ผู้ป่วยที่รพ.พปก.)



ความทุกข์ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ





**ระบบบริการสุขภาพ
เครือข่ายปทุมภูมิ อ.เมือง
จันทบุรี ปัจจุบันเป็นอย่างไร
และมีแนวทางในการพัฒนา
อย่างไร ?**

วิธีการศึกษา

วิจัยเชิงคุณภาพ (แบบ RAP)

- สัมภาษณ์เชิงลึก
- สันทนาการกลุ่ม
- สังเกต



แหล่งข้อมูล

❖ ในรพ.พระปกเกล้า

ผู้ป่วยและญาติ	60	คน
เจ้าหน้าที่	17	คน

❖ ในสถานีนอนามัย/ ศบสท. และ ชุมชน

ผู้ป่วยและญาติ อสม. ผู้นำชุมชน	420	คน
เจ้าหน้าที่ สอ. สสอ. และ อปท.	43	คน
รวมทั้งสิ้น	540	คน



ทีมผู้วิจัย



ผลการศึกษา พบข้อค้นพบ 6 ประเด็น

1. ปัจจัยที่มีผลให้ประชาชนต้องมารับบริการที่ รพ. พระปกเกล้า
2. ความพร้อมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิในการพัฒนาระบบบริการ
3. ลักษณะการให้บริการด้านการรักษาของหน่วยบริการปฐมภูมิ
4. การบริหารจัดการภายในเครือข่ายบริการสุขภาพ
5. การสนับสนุนของ อปท.ด้านสุขภาพ
6. ระบบบริการของ รพ.พระปกเกล้า

**1. ปัจจัยที่มีผลให้ประชาชนต้องมารับบริการ
ที่ รพ.พระปกเกล้า**



สอ.ไม่มียา

“อย่าง่ายๆ อนามัยกลับไม่มี
ร้านขายยาของหมอตั๋ยงมีเลย”


(ผู้ป่วยที่ รพ.พระปกเกล้า)



“เป็นโรคผิวหนังธรรมดา ใช้ยาทา 1 ตัว
ยากิน 1 ตัว ไม่อยากมาโรงพยาบาล
แต่อนามัยก็ไม่มียา”

(ผู้ป่วยที่ รพ.พระปกเกล้า)





การคมนาคม

*“เส้นทางไปอนามัยอ้อมไปไกล มา รพ.ใกล้กว่า
ถ้าไปอนามัย ต้องอ้อมไปโน้นเลย”*

(ผู้ป่วยเรื้อรังที่ รพ.พปก.)

*“เบิกจ่ายตรง ถ้าไปอนามัย
ต้องจ่ายเงินก่อน”
(ผู้ป่วย)*



**ความไม่สะดวกเรื่อง
สิทธิการรักษา**

*“ประกันเอกชน ต้องให้แพทย์เขียนใบเคลม
ถ้ามีประกัน เขาจะใช้ประกัน แต่ใช้ไม่ได้ถ้ามาใช้
ที่อนามัย”
(เจ้าหน้าที่สอ.)*

ทัศนคติต่อ
สถานบริการ



“ ความเชื่อมั่นของอนามัยถ้าเปรียบเทียบกับรพ.
ก็ต้องเลือกรพ.มีหมอ ถึงหมอจะเอาหูฟัง
มาจิ้มหูหน่อยก็อุ่นใจ ”

(ผู้ป่วยเรื้อรังที่ รพ.พปก.)

2. ความพร้อมของเจ้าหน้าที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิในการพัฒนาระบบบริการ

มีศักยภาพใน
การให้บริการ



ภาระงานมาก
อัตรากำลังไม่
เพียงพอ



*“เราประชุมเป็นอาชีพหลัก งานรักษาเป็นอาชีพรอง งานก็มี
เยอะ ลำบาก” (พยาบาลสอ.)*



ทัศนคติที่ไม่
ถูกต้อง

**“หน่วยที่ส่งคนไข้กลับมาให้เราคือ รพ. แต่ไม่ได้เป็น
หัวหน้าเรา ผู้บริหารของเรา คือ สสอ.และ สสจ. ยังไม่คิดว่า
การนำคนไข้กลับ สอ. เป็นเป้าหมายที่สำคัญ” (พยาบาล สอ.)**

3. ลักษณะการให้บริการด้านการรักษาของ หน่วยบริการปฐมภูมิ

☐ ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ทั่วไปได้



“ส่วนใหญ่คนไข้ที่มาที่นี่ (สอ.)จะเป็นโรคพื้ันตฺ เช่นทางเดิน
หายใจพื้ันตฺ ในระบบช่องท้อง ก็ พวก *Dyspepsia* ”

(จนท.สอ.)

“ไม่มีหมอ ไม่มียา ที่อนามัยหรอกค๊ะ รักษาได้แค้โรคง่ายตฺ” (อสม.)

☐ การรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

แบบที่ 1 ให้บริการไม่ได้ ไม่มียา ไม่มีแพทย์



*“ ยากความดัน...มีแค่ HCTZ
ตัวเดียว ถ้าจำเป็นต้องใช้
ตัวอื่น ต้องไปโรงพยาบาล”*

(พยาบาลสอ.)

แบบที่ 2 รพ.สนับสนุนทีมสหสาขาวิชาชีพ ยา และเวชภัณฑ์



แบบที่ 3 รพ.สนับสนุนเฉพาะแพทย์ลงไปตรวจ





**“แม่มาที่อนามัย หมอนัดมาเจาะเลือดส่องหน้า
1 อาทิตย์ ไม่ต้องงดน้ำงดอาหารวันที่ตรวจ
เขาจะกินข้าวมาได้เลย จะมาสายหน่อยก็ได้”
(ญาติผู้ป่วย)**

**“มารักษาที่อนามัยรอนานราวชั่วโมงกว่าๆ หมอมาประมาณ
8 โมงกว่า 10 โมงกว่าๆ ก็เสร็จแล้ว เร็วดี ” (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง)**



“พอมอไปซักครั้งสองครั้งจน
คนไข้เริ่มติด... พอมไม่ไปบ๊วย
เจ้าหน้าที่ร้องไห้เลย... เพราะ
ถูกคนไข้ด่า” (แพทย์)

“ถ้าหมอใหญ่จะไม่มาแล้วให้ไปรักษาที่โรงพยาบาลเหมือนเดิม
.... โอ๊ย! ทั้ง อสม. ผู้ใหญ่ประชุมกันหมด เราจะไปร้องเรียน
เขาไม่ยอมรับ คนแก่เค้าคงไปไม่ไหวแล้ว” (อสม.)



**“งานของหมอที่ PCU ทำไม่ได้
ทั้ง 5 วันเนื่องจากมีภาระงาน
หลายด้าน ก็มีงานการเรียนการ
สอนนิสิตแพทย์ด้วย” (แพทย์)**



**“คนไข้ 30-40 คน กับคนขนาดนี้ถึงจะกำลังดี เราไปไหน
ไม่ได้ หลายที่เงินเยอะ งานก็ทำนิดเดียว มีเวลาทำ Folder
ละเอียด ประเมินตัวชีวิตก็ได้คะแนนดี เหนื่อยจริงๆ”**

(พยาบาลสอ.)



4. การบริหารจัดการภายในเครือข่าย



- นโยบายบัตร UC และระบบการส่งต่อภายในเครือข่ายเอื้อให้ผู้ป่วยมารพ.พระปกเกล้า

■ การสนับสนุนงบประมาณ และเวชภัณฑ์ อย่างเพียงพอ

*“เรื่องยา พระปกเกล้าจัดการให้ ไปคิย์เบิกยา แล้วเรามี
รถมาส่งให้ ไม่ต้องตนเอง ดีกว่าเก่า ที่ต้องคิย์เองตนเอง”*

(จนท.สอ.)



- ไม่มีช่องทางการประสานงานที่ชัดเจน

*“ไป รพ. มีแต่ทีมหมอแเป็นเท่านั้นที่รู้จัก แต่หน่วยที่
เหลือใน รพ. เห็นเราเป็นคนแปลกหน้า ถ้าไม่รู้จักกัน
เป็นการส่วนตัว รอไปเหอะ ไม่มีใครยอมพูดด้วย”*

(จนท.สอ.)

5. การสนับสนุนของ อปท. ด้านสุขภาพ





EMS

การควบคุมโรค
ใช้เลือดออก





“เราต้องการให้กลุ่มองค์กรต่างๆเข้ามามีส่วนร่วม เพราะจะได้ตรงจุดตรงประเด็น ตรงกับความต้องการของเขา เพราะให้เราคิด คิดได้แค่ป้องกัน แต่ลึกกว่านั้น ควรแก้ ปัญหาสุขภาพด้านใด เรามองไม่ออก” (อปท.)

“ถ้าเรามีเงินเยอะ เราจะไม่เกี่ยงเลยด้านสุขภาพ แต่ปัจจุบันเงินน้อย เราจะเน้นด้านการศึกษา ... ถ้ารัฐบาลให้เยอะเราก็จะสนับสนุน ” (อปท.)

6. ระบบบริการผู้ป่วยนอกของ รพ.พระปกเกล้า



- ระบบงานไม่ชัดเจน
- ภาระงานมาก
- ไม่มีระบบส่งผู้ป่วยกลับ สอ.

*“ คนไข้ที่มาจากคลินิกอายุรกรรม มาผิदनัด อ้าว... ก็ส่งมา GP เป็นว่า
ตอนนี้ GP ก็ไม่ได้รับคนไข้ GP แล้ว อย่างคนไข้ผิวหนังไม่มีหมอ
ตรวจ ก็ส่งมา GP หรืออย่างคนไข้ที่มาตรวจตามนัด แต่หมอคคนที่
นัดไม่อยู่ ก็ลงไป มันเป็นที่รวมทั้งหมด” (แพทย์ GP)*

คืนข้อมูลให้กับผู้ที่เกี่ยวข้อง



จัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม





ทำอย่างไรต่อดี ?





Empowerment



พัฒนาระบบบริการ



สอ.ขนาดเล็ก
- เพิ่มรายการยา
HT, DM 8 รายการ

สอ.ขนาดใหญ่

- จัดทีมสหสาขาวิชาชีพ
ให้บริการที่ สอ.



CPG

โรคเบาหวาน

แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครื่องมือประเมินผู้ป่วย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
ระหว่างศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ระยอง อำเภอเมือง จันทบุรี กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

โรคเบาหวาน

1. เกณฑ์การส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาคือที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยผู้ป่วยมีอาการในการรับการรักษาใกล้ขึ้นและอาการโรคแต่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อยู่ในเกณฑ์ดี และ

- แพทย์พิจารณาให้รับยาลดน้ำตาลในเลือดได้
- ระดับ FBS อยู่ระหว่าง 80 - 160 mg/dl (Good to fair control D3G)
- และระดับ BP ไม่เกิน 130/80 mmHg
- ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคเบาหวาน (Complication)*

2. เกณฑ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรปรึกษาแพทย์

- FBS < 80 mg/dl (มีอาการ Hypoglycemia) ปรึกษาแพทย์ทันที
- FBS > 160 mg/dl (FBU 2 ครั้ง / เดือน) ถ้าระดับ FBS อยู่สูงเกินไปปรึกษาแพทย์
- FBS > 180 mg/dl ปรึกษาแพทย์ทันที
- ระดับ BP \geq 160/90 mmHg (ในผู้ป่วย DM ที่กินยารักษาความดันอยู่)
- ระดับ BP > 130/80 mmHg (ในผู้ป่วย DM ที่ไม่มีประวัติ HT มาก่อน)
- ผู้ป่วยมีปัญหาดวงตา มองเห็นไม่ชัด
- มี Urine strip test protein \geq trace (มี Proteinuria)
- DM foot มีปัญหาปวดขา
- คำว่า Dorsalis pedis ไม่ชัดเจน
- Pregnancy

3. การส่งตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยเบาหวาน

- BUN, Cr, FBS, Chol, TG, HDL, HbA1C, UA
- ตรวจตา ทุก 1 ปี และตรวจความดันของอวัยวะภายใน
- ตรวจเท้า ทุก 1 ปี
- ตรวจไต ทุก 6 เดือน

โรคความดันสูง

แนวทางการดูแลผู้ป่วย ความดันโลหิตสูง เครื่องมือประเมินผู้ป่วย อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี
ระหว่างศูนย์เวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ระยอง อำเภอเมือง จันทบุรี กับหน่วยบริการปฐมภูมิ

โรคความดันโลหิตสูง

1. เกณฑ์การส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาคือที่หน่วยบริการปฐมภูมิ

โดยผู้ป่วยมีอาการในการรับการรักษาใกล้ขึ้น อาการโรคแต่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้อยู่ในเกณฑ์ดี และ

- แพทย์พิจารณาให้รับยาลดความดันโลหิตได้
- ระดับ BP สูงไม่เกิน 140/90 mmHg (Good Controlled HT)
- ผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจาก HT* (No Complications) ยกเว้น กล้ามเนื้อหัวใจโต, TG สูง และได้รับการรักษาแล้ว ทุก 6 เดือน นิตินาจะ 120 กรัม

2. เกณฑ์ที่หน่วยบริการปฐมภูมิควรปรึกษาแพทย์

- ถ้าระดับ BP \geq 160/100 mmHg เมื่อวัดติดกันห่างกันอีก 2 สัปดาห์ต่อมา
- ถ้าระดับความดันโลหิตคือสูง (BP \geq 160/100) mmHg อยู่ให้ปรึกษาแพทย์
- ถ้าระดับ BP \geq 180/110 mmHg ควรปรึกษาแพทย์ทันที
- ถ้าตรวจพบว่ามีโรคอื่นร่วมด้วย เช่น เบาหวาน หัวใจ ไขมันสูง และภาวะไตในในเส้นเลือดตีบตัน
- กรณี Pregnancy ในทุกช่วงอายุครรภ์

3. การส่งตรวจสุขภาพประจำปีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

- BUN, Cr, FBS, Chol, TG, HDL, UA

หมายเหตุ * ภาวะแทรกซ้อนจาก HT ได้แก่

- CVA (โรคหลอดเลือดสมอง) ทั้งที่มีและไม่มีสาเหตุการ (stroke)
- CAD (โรคหลอดเลือดหัวใจ)
- Renal Insufficiency (ภาวะการทำงานของไตที่ลดลง) ทุกกรณี

จัดตั้งศูนย์ประสานงาน



ผลการดำเนินงาน





ขอขอบคุณ

- ชมรมพยาบาลชุมชนแห่งประเทศไทย
- พันเอกนายแพทย์ทวีศักดิ์ นพเกสร
- ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิวัตติ อุณหพันธ์ุ
- ทีมอาจารย์พี่เลี้ยง
- คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยบูรพา
- คณาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี
- นักเรียนวิจัยเชิงคุณภาพรุ่น 7
- ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน