

ระบบบริการคุณภาพสู่การเรียนรู้เพื่อต่อยอดการพัฒนาDHS: วารินชำราบ อุบลราชธานี

อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการเครือข่ายโรคเรื้อรัง มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน ขณะเดียวกันก็ยกระดับและต่อยอดคุณภาพงานด้วยนโยบายและกลไกที่เกื้อหนุน เนื่องจากทีมในพื้นที่มีผู้จำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้าค่อนข้างสูง ทำให้เกิดจุดมุ่งเน้นในงานเพื่อจัดการปัญหาจากโรคเรื้อรัง ประกอบกับวิสัยทัศน์ของเครือข่าย DHS ว่า “ประชาชนได้รับบริการจากระบบสุขภาพที่ละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์ มีการดูแลการเจ็บป่วยอย่างต่อเนื่อง ทุกระดับบริการ (Continuity Seamless) สามารถพึ่งตนเองได้ และมีภูมิคุ้มกันต่อภัยสุขภาพ” โดยมุ่งเน้นเรื่อง i) การพัฒนาระบบบริการ ii) การพัฒนามาตรฐานบริการ iii) การสนับสนุนภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม และiv) การพัฒนาบุคลากรให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อไปสู่เป้าหมายการทำงานวางไว้คือ “ผู้ถูกทอดทิ้ง ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้รับการดูแล โรคเรื้อรังในชุมชนได้รับการควบคุม และชุมชนมีความเข้มแข็ง มีภูมิคุ้มกันต่อภัยสุขภาพ”

ต่อมาได้มีการจัดตั้ง ศูนย์ประสานงานระบบสุขภาพอำเภอวารินชำราบ และแต่งตั้งคณะทำงาน DHS เพื่อวางแผนและขับเคลื่อนงาน ภายใต้สโลแกน “สร้างทีม สร้างงาน สร้างคุณค่า สู่ DHS” รวมทั้งทำบันทึกข้อตกลงการทำงานร่วมกัน (MOU) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานตามนโยบายอย่างมีส่วนร่วม โดยในเบื้องต้น คณะทำงานฯ และภาคีเครือข่ายในชุมชน ไม่ว่าจะเป็น อปท. รพ.สต. คณะกรรมการพัฒนา รพ.สต. อสม./อสม.จิตอาสา วัด โรงเรียน และผู้นำชุมชน ได้ร่วมกันค้นหาข้อมูลรวมทั้งวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดประเด็นสุขภาพร่วมกัน จนกระทั่งได้หัวข้อ “การพัฒนาและจัดระบบบริการเครือข่ายโรคเรื้อรัง สุขภาพหัวใจ และหลอดเลือด” เป็นประเด็นหลักที่จะขับเคลื่อน โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการสูญเสีย ลดความแออัด ลดค่าใช้จ่าย และเวลา และให้ประชาชนมีชีวิตปกติสุข

การพัฒนาและจัดระบบบริการเครือข่ายโรคเรื้อรังฯ เริ่มต้นในปี 2545 โดย 9 ปีแรกได้เน้นการพัฒนา **มาตรฐานระบบบริการ** เพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยการ**สร้างทีมระบบสุขภาพ** ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เภสัชกร ทีมสุขภาพชุมชน และนักกายภาพ จากนั้นจึง**พัฒนาศักยภาพบุคลากร**ให้เกิดความเชื่อมั่น และ**จัดการทรัพยากรความรู้** บุคคล การชั้นสูตร เทคโนโลยี ทั้งในและนอกอำเภอ พร้อมทั้ง**เชื่อมโยงระบบบริการ** การให้คำปรึกษาและการส่งต่อ

ปี 2554 เป็นต้นมา ได้มีการต่อยอดการพัฒนาระบบบริการด้วยการ**จัดขอบเขตบริการ** โดยแบ่งเป็น 4 โซน มีผู้รับผิดชอบแต่ละโซนที่เรียกว่า “หมอครอบครัว” ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพซึ่งเป็นที่ปรึกษา พร้อมทั้ง**จัดระบบ Case manager nurse** ในทีมผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำงานร่วมกัน Case manager nurse ที่ รพ.สต. มีการ**ขยายฐานการดูแลสุขภาพสู่ชุมชน** โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการบริการผู้ป่วยเชิงรุกดูญาติมิตร เช่น อสม.ทำหน้าที่วัดความดัน เจาะเลือด และนำกระเป๋ายาไปให้ผู้ป่วยโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องไปพบ

แพทย์ โดย อสม. จะได้รับการอบรมความรู้จากหมอครอบครัวและทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่วนชาวบ้านจะมีส่วนร่วมในการผลิตนวัตกรรมสุขภาพ “กะลานวดเท้า” นอกจากนี้ยัง**พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร** ด้วยการสร้าง “ฐานข้อมูลในพื้นที่” พร้อมทั้งจัดทำระบบ Data center เพื่อรวบรวมข้อมูลหลัก

นอกจากการวางระบบบริการและสนับสนุนจากเครือข่ายหน่วยบริการแล้ว จากนโยบายของ DHS อำเภอวารินชำราบเน้นการหนุนเสริมบทบาทของท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคประชาชนให้ได้มีส่วนร่วมจัดบริการและดูแลตนเองภายใต้บทบาทและทรัพยากรที่มีอยู่โดย i) เพิ่มความเข้มข้นคุณภาพของบริการเช่น คัดกรองภาวะแทรกซ้อน, เยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้องและผู้ป่วยที่ต้องมีภาวะพึ่งพิงอื่นๆในชุมชน โดยความร่วมมือกันระหว่าง รพ. สสอ. รพ.สต. อสม. และ อปท. เป็นต้น ii) พัฒนาศักยภาพทีมบริการและเครือข่าย เช่น เพิ่มทักษะให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยการฝึกปฏิบัติจริง, จัดการอบรม อสม.จิตอาสาเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, สอนผู้ป่วยเบาหวานให้รู้จักวิธีการนวดเท้าตนเอง เป็นต้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.เขต 10, สสจ., งบประมาณสุขภาพป้องกันโรคจากเครือข่าย โดยเฉพาะจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ อปท. รวมทั้งภาคประชาชน iii) จัดระบบประเมินผลบริการอย่างต่อเนื่องด้วยการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งเครือข่ายสุขภาพเพื่อปรับปรุงระบบบริการให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับความต้องการของประชาชนมากยิ่งขึ้น โดยทำให้ทุกภาคส่วนได้ทำงานและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่องภายใต้เรื่องการทำงานเพื่อพัฒนาระบบบริการเครือข่ายโรคเรื้อรังดังกล่าว

จากการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ และเปรียบเทียบ ในช่วงปี 2545 – ปัจจุบัน พบว่าอัตราส่วน **ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน – ความดัน รวมทั้งความแออัดของผู้มารับบริการ ค่าใช้จ่ายและเวลาในการรอรับบริการ มีแนวโน้มที่ลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านได้ตามปกติ**

บทเรียน คือ ต้นทุนที่ดีของการพัฒนาระบบบริการที่มีคุณภาพของพื้นที่ สามารถนำไปสู่การขยายการเรียนรู้ และพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่ลงสู่เครือข่ายชุมชน ท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยความเข้าใจของผู้นำการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ นโยบายที่ชัดเจนต่อเรื่องDHS การมีส่วนร่วมของหุ้นส่วนสุขภาพ รวมทั้งการให้คุณค่าร่วมกันของภาคีเครือข่ายพัฒนาวารินชำราบ.