

“ปลูก...พื้น...คีน...ชีพ คลินิกไร้พุง”

นางสาวเพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
ศูนย์อนามัยที่ 6 ชลบุรี

ทำไมต้องมีคลินิกไร้พุง มีแล้วดีอย่างไร มีแล้วจะให้ประโยชน์ต่อประชาชนอย่างไร 3 อ ในคลินิกไร้พุงเหมือนหรือต่างจาก 3 อ ในชุมชนต้นแบบไร้พุงอย่างไร คลินิกไร้พุงในรพ.สต. รพ.ช. รพ.ท/รพ.ศ. ทำงานเหมือนหรือต่างกันไหม เมื่อกาลเวลาผ่านไปทำไมคลินิกดีแพคจึงกลายเป็นดีแพก คือ ตายก่อนตายจริง หรือ มีก็เหมือนไม่มี การที่จะทำให้ฝังงาดขึ้นมาเหมือนปี พ.ศ.2554 จะทำอย่างไร และสามารถขยายได้หรือติดตลาดตลอดไปได้ได้อย่างไร

คลินิกไร้พุง (Diet & Physical Activity clinic : DPAC) เริ่มมีในปี พ.ศ.2549 โดยให้ศูนย์อนามัยทุกแห่งจัดตั้งและให้บริการ ซึ่งจะเน้นกลุ่มอ้วนลงพุงก่อนด้วยกิจกรรม 3 อ คือ การจัดการในเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ โดยมีเครื่องอิมบอดีเป็นพระเอกของงานนี้ในการประเมินเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เมื่อถึงระยะเวลานานถึง 5 ปี (พ.ศ.2554) ถึงนึกขึ้นมาได้ว่าจะต้องมีการขยายลงพื้นที่(รพ.ต่างๆ) คำถามที่ตามมา คือ ใครจะเป็นคนขยาย กระบวนการทำงานมีความชัดเจนหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นกรอบแนวคิดและวิธีการทำงานจากส่วนกลางลงสู่ศูนย์อนามัยต่างๆ คลินิกไร้พุงใน รพ.ระดับต่างๆทั้ง รพ.สต. รพ.ช. รพ.ท/รพ.ศ. เหมือนหรือต่างกันอย่างไร สิ่งที่ได้ในขณะนั้น คือ ไม่มีคำตอบ แต่ละศูนย์อนามัยไปดำเนินการเอาเอง และกองออกกำลังกายซึ่งเป็นเจ้าภาพเริ่มมีแนวคิดว่าจะต้องทำแนวทางและเกณฑ์การประเมินจึงเริ่มเชิญศูนย์อนามัยต่างๆและจังหวัดบางแห่งมาร่วมกันทำเกณฑ์ที่จังหวัดเชียงรายเป็นครั้งแรก ได้มา 1 เกณฑ์การประเมินคลินิกไร้พุง

ความเปลี่ยนแปลงเริ่มเกิดขึ้น คือ ใครคือผู้รับผิดชอบ ใครจะเป็นผู้ไปขยายลงพื้นที่ (เดิมอยู่กับ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ) และจะขยายกันอย่างไร 3 อ ในองค์กร/ชุมชนต้นแบบไร้พุง และ 3 อ ในคลินิกไร้พุงเหมือนหรือต่างกันอย่างไรรวมทั้งกลุ่มเป้าหมายและวิธีการ จากคำถามเหล่านี้งานนี้จึงตกมาอยู่กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการทำงานจึงเริ่มขึ้น เริ่มจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและแนวทางการดำเนินงานจากเอกสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ (เนื่องจากไม่เคยไปรับความรู้และนโยบายในเรื่องนี้จากส่วนกลางเลย) แต่ก็ไม่มีพบแนวทางที่ชัดเจนเลย จากการทบทวนในหลายๆเรื่องจึงสามารถสรุปออกมาเป็นแนวคิดว่ คลินิกไร้พุง เป็นคลินิกที่ต้องให้บริการรายบุคคล โดยให้ความสำคัญใน 2 ประเด็นหลักๆ คือ การบริโภคอาหาร (Diet) และการใช้ร่างกาย (Physical activity) ของคน โดยมีเป้าหมายว่าเพื่อลดการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หลอดเลือดหัวใจและสมองในอนาคต ซึ่งจะให้ความสำคัญกับความพร้อมและความแตกต่างของบุคคล จึงนำมาซึ่งกรอบแนวคิดของการทำงานและขยายต่อไปปี พ.ศ.2554 คือ การเดินสายประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลโดยใช้แนวคิดทฤษฎีของขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงมาใช้ ซึ่งเป็นการชี้แจงรายจังหวัดให้กับผู้รับผิดชอบจังหวัดละ 36 คน จำนวน 9 จังหวัด รวมเป็น 324 คน (ตอนนั้นรวมนครนายกด้วย) แต่มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งหมด 535 คน หลังจากนั้น 3 เดือน ก็ได้มีการลงเยี่ยมพัฒนา ติดตาม และประเมินการดำเนินงานจังหวัดละ 3 วัน โดยดูทั้ง 3 เรื่อง คือ คลินิกไร้พุง องค์กร/ชุมชนต้นแบบไร้พุง และ หมู่บ้านลดหวานมันเค็มลดพุงลดโรค สำหรับคลินิกไร้พุงเยี่ยมทั้งหมด 54 แห่ง (รพ.ท/รพ.ศ. 1 แห่ง) รพ.ช. 20 แห่ง และ รพ.สต. 33 แห่ง) ปรากฏว่ามีการดำเนินตามแนวทางการประเมิน 19 แห่ง (รพ.ช. 10 แห่ง และ รพ.สต. 9 แห่ง) สาเหตุหลักที่ไม่ผ่าน คือ การคัดคนเข้าคลินิกไม่ใช่คนที่ควรเข้า และวิธีการให้คำปรึกษาหรือการแนะนำยังเป็นแบบเดิมๆ คือ ทำเป็นกลุ่มๆละ 5-10 คน โดยใช้ชุดความรู้ต่างๆ ไม่มีการจำแนกคน ไม่มีการประเมินความพร้อม และไม่ได้ให้บริการตามสภาพปัญหาของแต่ละคน

จากปัญหาที่พบนำมาสู่แนวทางการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2555 คือ 1) ควรจะมีแนวทางหรือคู่มือการดำเนินงานง่ายๆ และใช้เวลาในการอ่านไม่มากนักซัก 1 เล่ม เพื่อใช้ในคลินิกไร้พุง 2) จัดทำหลักสูตร การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในคลินิกไร้พุง และ 3) การลงเยี่ยมเสริมพลัง ติดตาม และประเมินการดำเนินงาน แต่ที่ทำได้จริง คือ การลงเยี่ยมพัฒนาและประเมินผลการดำเนินงาน (งบประมาณที่ขอกถูกตัดออกและที่เหลือก็ได้น้อยด้วย) แต่มี 3 จังหวัด (ฉะเชิงเทรา ระยอง และจันทบุรี) ที่เชิญให้ศูนย์อนามัยไปอบรมเต็มพื้นที่ (รพ.ทุกแห่งในจังหวัด) แต่ปัญหาที่พบก็คล้ายๆกับปี พ.ศ.2554 และที่เพิ่มขึ้นมากคือ มีการเปลี่ยนตัวผู้รับผิดชอบและผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดก็ไม่ได้มีการลงเยี่ยม พัฒนา ติดตาม และประเมินผลงานต่อจากศูนย์อนามัย ทำให้ผลการดำเนินงานในปี พ.ศ.2555 ได้น้อยมาก (เยี่ยม 60 แห่ง มีการดำเนินผ่านเกณฑ์ 20 แห่ง) จากผลงานดังกล่าวนำมาซึ่งการทบทวนการทำงานที่สำคัญ คือ จะต้องมีการพัฒนาศักยภาพผู้พัฒนา ติดตาม และประเมินผลงานให้กับจังหวัด และก็ได้มีการจัดประชุมในวันที่ 7 มิถุนายน 2556 ที่ศูนย์อนามัยที่ 6 ผู้เข้าร่วมประชุมเป็นผู้รับผิดชอบระดับสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง รวมเป็น 100 คน ในการเพิ่มความรู้และทักษะการประเมินคลินิกไร้พุง และนี่คืองานสุดท้ายที่รับผิดชอบเนื่องจากเปลี่ยนหัวหน้าใหม่และหัวหน้าก็มอบหมายงานนี้ให้ผู้อื่น

คลินิกไร้พุง ติดตลาดมากในปี พ.ศ.2554 เนื่องจากเป็น 1 ในตัวชี้วัดโครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวงทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน ซึ่งเป็นการตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีคลินิกนี้เพื่อช่วยลดปัญหาโรคNCDs แต่พอปี พ.ศ.2555 อยู่ในโครงการสุขภาพดีวิถีชีวิตไทย และบูรณาการเข้ากับกรมควบคุมโรค แต่ความที่ไม่ใช่ตัวชี้วัดในการตรวจราชการและนิเทศงาน ประกอบกับกลางปี พ.ศ.2556 ถึงปลายปี พ.ศ. 2558 ไม่ได้รับผิดชอบงานนี้ จึงทำให้คลินิกไร้พุงเฉลลงเรื่อยๆและไม่ติดตลาดต่อไป

ถึงแม้ว่าจะไม่ได้รับผิดชอบงานนี้ พื้นที่ก็ยังเชิญไปเป็นวิทยากรอยู่เรื่อยๆ จึงเกิดคำถามต่างๆเกิดขึ้นเสมอว่า ทำอย่างไรที่จะแยกกลุ่มเสี่ยงสูงหรือคนที่มีโอกาสเกิดโรครุนแรงจริงๆ ปัจจัยเดียว/ตัวแปรเดียว เช่น อ้วนลงพุง อ้วน เสี่ยงสูงเบาหวาน เสี่ยงสูงความดันโลหิตสูงเพียงพอหรือไม่ในการคัดคนเข้าคลินิกไร้พุง และในแต่ละพื้นที่ที่รพ.สต. รับผิดชอบจะมีกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มากเป็นพันๆคน การรักษาที่ต้องทำเป็นประจำมากมายอยู่แล้ว จะทำอย่างไรดี จะมีวิธีการใดหรือตัวแปรใดร่วมในการทำนายโอกาสเกิดโรคได้ดีที่สุด กรมอนามัยคิดแต่กระบวนการทำงานไม่ค่อยดี (วิธีการไม่ชัดเจน ไม่พัฒนาคนให้มาทำงานในคลินิกนี้) ความไม่ชัดเจนของกลุ่มเป้าหมายและการดูแลผู้มารับบริการของคลินิกไร้พุงในรพ.สต. รพ.ช รพ.ท/รพ.ศ. ก็ทำให้เกิดปัญหาไม่ใช่น้อย

ขณะเดียวกันกองออกกำลังกายก็ได้พัฒนาคู่มือ กระบวนการจัดการคลินิกไร้พุง สำหรับ รพ.สต. 1 เล่ม และสำหรับรพ.ช รพ.ท/รพ.ศ 1 เล่ม และ คู่มือการประเมินคลินิกคุณภาพ (DPAC Quality) 1 เล่ม ในปี พ.ศ. 2557 แต่ปัญหา คือ คู่มือมีเนื้อหาวิชาการมากโดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกาย และไม่สามารถทำได้จริงในกระบวนการทำงาน มองไม่ออกว่าจะช่วยการเกิดโรครายใหม่ในพื้นที่ได้อย่างไร หรือช่วยเพิ่มการคุมได้ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันที่คุมไม่ได้ได้อย่างไร ที่ซ้ำร้ายคือมีนโยบาย “คลินิกไร้พุงในชุมชน” ทำให้พื้นที่สับสนกันไปใหญ่เลยว่าทำไมจึงซ้ำซ้อนกับชุมชนต้นแบบไร้พุง จึงไม่ต้องมีคลินิกไร้พุงในโรงพยาบาล ประกอบกับแนวทางการประเมินคลินิกคุณภาพ (DPAC Quality) พัฒนามาจาก PMQA ที่ใช้กับองค์กร/ชุมชนมากกว่า(ถ้าเป็นคลินิกต้องประเมินมาตรฐานบริการมากกว่าเหมือนคลินิกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง) จึงทำให้คลินิกไร้พุงจากเฉาอยู่เริ่มค่อยๆตายไปที่ละน้อย บวกกับทางคลินิกเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้มีการพัฒนา Case Manager ด้วยโดยการส่งไปอบรม 2 เดือนเพื่อมาดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาและควบคุมไม่ได้

จากวิกฤตก็พอจะเห็นโอกาส เมื่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ได้เชิญเป็นวิทยากรในการบรรยาย เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบบูรณาการคลินิก NCD คุณภาพและคลินิกไร้พุง (วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2558) และได้ฟังการบรรยาย เรื่อง แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD

Risks) แล้วเกิดแสงสว่างขึ้นมาทันทีว่า คลินิกไร้พุงจะไม่ตายแล้ว แนวทางนี้แหละดีที่สุดที่จะแยกคนเข้าคลินิกไร้พุงได้ดี และมีจำนวนไม่มากด้วย ประกอบกับยุทธศาสตร์ของวัยทำงานจะต้องมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยด้วย CVD Risks ด้วย ก็ถือว่าเป็นการต่อยอดด้วย

แนวคิดใหม่ที่เกิดขึ้น จากประสบการณ์ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2554-2558) การจัดอบรมเพื่อทำหลักสูตร/แนวทางการดำเนินงาน การพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการในคลินิกไร้พุงต้องใช้งบประมาณมากพอสมควร ก็เปลี่ยนมาเป็น การทบทวนด้วยตนเอง จากประสบการณ์ ผังผู้รู้ที่มาบรรยายต่างๆ การตรวจราชการและนิเทศงานตัวชี้วัดต่างๆของกระทรวง ทำให้มาคิดวิเคราะห์แล้วนำมาเขียนมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกไร้พุง และเตรียมทดลองใช้ในพื้นที่ พอประมาณปลายปี พ.ศ.2558 ก็มีการเปลี่ยนหัวหน้างานใหม่ คลินิกไร้พุงจึงกลับมารับผิดชอบเหมือนเดิม กระบวนการทำงานจึงเริ่มได้เลย แต่เปลี่ยนแนวคิดจากพื้นที่พร้อมและศูนย์อนามัยลงไปประเมิน เป็นชี้แจงแนวทางการดำเนินงานและลงเยี่ยมติดตามเป็นรายจังหวัดๆละ 1 อำเภอ ในอำเภอคู รพ.ช. 1 แห่ง และรพ.สต.ร้อยละ 50 ของอำเภอ โดยดูทั้ง 8 จังหวัด 9 อำเภอ 60 รพ.สต. และ 8 รพ.ช

มาตรฐานการให้บริการในคลินิกไร้พุง ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมายมาจากไหนถ้าเป็น รพ.สต.มาจากการคัดกรองทุกๆปีเพื่อป้องกันการเกิดโรครายใหม่ สำหรับ รพ.ช รพ.ท/รพ.ศ ต่อยอดจากคลินิกเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เกณฑ์การคัดเลือกคนเข้าในคลินิกไร้พุง จะใช้ CVD risks ก่อน โดยใช้กลุ่มเสี่ยงสูงหรือผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงร้อยละ 30 ขึ้นไปเข้าคลินิกไร้พุง ซึ่งเมื่อใช้เกณฑ์จะคัดกรองคนที่จะเข้าคลินิกจริงๆ รพ.สต.ละประมาณ 100-200 คน/ปี และเจ้าหน้าที่เห็นด้วยว่าเป็นใครบ้าง และการให้บริการ การติดตาม ประเมินของผู้รับบริการแต่ละรายขึ้นอยู่ปัญหาของผู้รับบริการแต่ละคน ซึ่งเมื่อไปติดตามการดำเนินงานพื้นที่พอใจ เห็นกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งได้แนวทางในการส่งต่อดูแล ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงหรือเกิดเครือข่ายที่ดีในการทำงาน บวกกับตอบตัวชี้วัดได้และเห็นประโยชน์จริงๆ จึงทำให้สถานบริการต่างๆยอมรับมากขึ้น ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการทำเล่มฉบับสมบูรณ์ (ปรับปรุงหลังการทดลองใช้)

5 ปีที่ผ่านมา คลินิกไร้พุง แม้ว่าจะขึ้นๆลงๆตามกระแส แต่ก็ได้มีการทบทวน พัฒนา ทดลองใช้ “มาตรฐานการให้บริการในคลินิกไร้พุง” อย่างต่อเนื่อง ใน รพ. ต่างๆ จำนวน 68 แห่ง โดยผลที่ได้นั้นเกิดประโยชน์กับการทำงานและผู้รับบริการอย่างแท้จริง ไม่ว่าจะเป็นการเกิดโรครายใหม่ การคุมได้ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากขึ้น มีระบบส่งต่อที่ชัดเจน แน่ใจว่า คลินิกไร้พุงจะคงอยู่ตลอดไปตราบนานเท่านานที่กลุ่มโรค NCDs ยังคงอยู่ในโลกนี้