

การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ

The development of continuing care system for patients with chronic diseases
in Chumphae District Health System.

(Received: September 18,2023 ; Revised: September 25,2023 ; Accepted: September 26,2023)

ปิยนัฐ คำมีผล¹Piyanut Kameephol¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือนกันยายน 2565 ผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จำนวน 20 คน ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลชุมแพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร จำนวน 8 คน โดยใช้แนวคิดวงล้อเดมมิง ใน 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน(Plan) โดยวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา จัดประชุมทีมผู้เกี่ยวข้องและทบทวนการปฏิบัติ 2) การดำเนินการ(Do) โดยนำแผนงานและกระบวนการที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ 3) การประเมินผล(Check) โดยการติดตามประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ นโยบาย และปัญหาอุปสรรค และ 4) การปรับปรุง(Act)โดยพัฒนาโปรแกรมขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พัฒนาแนวทางปฏิบัติ Hospital to Home Care Pathway แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายอำเภอชุมแพ เกณฑ์การเยี่ยมบ้าน ทีมสหวิชาชีพและแบบรายงานเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับเพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 68.2 โดยภายในเครือข่ายอำเภอชุมแพคิดเป็นร้อยละ 87.4 กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือ stroke ร้อยละ 35.7 รองลงมาคือ Palliative Care ร้อยละ 21.1 และโรคทางอายุรกรรม ร้อยละ 9.5 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 141 ราย พบภาวะแทรกซ้อน กรณี Bed sore, ข้อติด, ปอดบวม, UTI คิดเป็นร้อยละ 9.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ 85 ไม่พบการกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ในผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน เกิดการดูแลต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ ไร้รอยต่อ มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการจัดการข้อมูล เกิดแนวทางปฏิบัติในทีมสหวิชาชีพ ในหน่วยงานโรงพยาบาลและภายในเครือข่ายสุขภาพอำเภอ

คำสำคัญ: การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

Abstract

This action research was aim to develop the framework of continuing care for patients with chronic diseases at Chumphae's network. The target population was the patients with chronic diseases who registered at Continuing Care Center, Chumphae Hospital during October 2017-September 2019. This continuing care system was responsible by 20 personnel from Primary Care Unit, urban health center, Chumphae's District Public Health Office as well as the Chumphae multidisciplinary care team composing of 8 personnel with physicians, nurses, pharmacists, physiotherapists and dietician. The care system was based on the Deming cycle with 4 steps including step 1 Plan; this step was to investigate the problem, set up the meeting with related parties and review the procedures, step 2 Do; it was the execution step to follow the plan and procedures, step 3 Check; this step was to evaluate the result and check the possibility of policy implementation and the limitation and step 4 Act; this step was to develop the registration program of continuing care for patients with chronic diseases as well as the following guideline, guideline of hospital to home care pathway, the practical guideline of continuing care for network of Chumphae Hospital, the criteria for home

¹ พยม.(วพย.เวชปฏิบัติชุมชน) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

visit by multidisciplinary team and home visit report. The descriptive statistics was employed this dataset a long the content analysis.

The result showed that 68.2% of patients with chronic diseases had been followed up at home visit. Of those 87.4% was performed by network of Chumphae Hospital. Regarding the chronic diseases, stroke was the most found as 35.7% following by palliative care of 21.1% and general medicine of 9.5%. In addition, 141 patients with chronic diseases were visited by multidisciplinary team. It was found that the disease complications e.g. bed sore, joint addition, pneumonia and urinary tract infection was 9.5% whereas the patient's and care-giver's satisfactory was 85%. Moreover there was no re-admission among those patients who was discharged home. Mostly the seamless continuing care was organized using the information technology for data processing and building the guidelines for multidisciplinary team, inside the hospital and their networks.

Keywords: Continuing care, patients with chronic diseases

บทนำ

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรไทย มีจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นโดยในปี พ.ศ.2558 ประเทศไทยมีประชากรรวมเท่ากับ 64.17 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเท่ากับ 10.48 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16.08 ของประชากรรวม ซึ่งถือว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และหากประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ถือว่าเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์⁵ ผลจากความสูงอายุทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง อัมพาต อัมพฤกษ์ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ในระหว่างการรักษาต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำและเร็วกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น มีแนวโน้มการเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลให้มีข้อจำกัดหรือ สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดภาวะพึ่งพาสูงขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นรวมถึงการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว (Long Term Care) นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านอื่นๆเช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง การสูญเสียทรัพยากรด้านการแพทย์และงบประมาณในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยและครอบครัว สูญเสียเวลาและโอกาสในการ

ประกอบอาชีพ ขาดรายได้ เกิดผลกระทบโดยรวมจนต้องเปลี่ยนวิถีชีวิต เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตลดลง

การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of Care) หมายถึงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมและบูรณาการที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาของผู้ป่วยที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน¹⁰ เป็นการดูแลเพื่อจัดเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมดูแลตนเองภายใต้บริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ การดูแลมีความต่อเนื่อง ครอบคลุมในทุกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถช่วยตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน ช่วยเหลือเรียนรู้ปัญหาและแก้ไขปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถทำได้เอง และปัญหาสุขภาพที่ต้องอาศัยบุคลากรทางสาธารณสุขร่วมแก้ไข การดูแลต่อเนื่อง จึงเป็นกระบวนการดูแลทั้งในระยะที่มีปัญหาวิกฤติในโรงพยาบาล เชื่อมโยงมาถึงระยะฟื้นฟูสภาพหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับมาอยู่ที่บ้าน มีการติดตามดูแลจากทีมสุขภาพในโรงพยาบาลเป็นระยะเพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม มีการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในสถานบริการแต่ละระดับอย่างชัดเจน เพื่อประสานแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ รวมถึงการจัดระบบสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมร่วมกันภายในเครือข่าย เช่น การบันทึกและใช้ข้อมูลร่วมกัน การจัดทีมเยี่ยมบ้าน เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลที่

เหมาะสม ตามสภาพปัญหาในแต่ละระยะ มุ่งสู่เป้าหมายสูงสุดของการดูแลคือผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้⁶ ดังนั้นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นอย่างยิ่งในการที่จะได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลและต่อเนื่องถึงที่บ้านและชุมชน มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง และลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี จากทะเบียนเยี่ยมบ้าน ของโรงพยาบาลชุมแพ อำเภอลำทะเมนชัยขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2560-2564 พบมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องจำนวน 831, 825, 602, 601 และ 605 ราย ตามลำดับ ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ คิดเป็นร้อยละ 63.42, 54.30, 68.94, 70.38 และ 63.47 ตามลำดับ พบภาวะแทรกซ้อนกรณีติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ผลกดทับและข้อติด คิดเป็นร้อยละ 5.88, 4.06, 8.08, 8.12 และ 8.11 ตามลำดับ นอกจากนี้พบผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางส่วนกลับมารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนและมีการกลับเป็นซ้ำของโรค(Recurrent) เป็นต้น ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลชุมแพจะมีการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home Health Care: HHC) มีการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก(PCT) โดยมีกิจกรรมการวางแผนจำหน่าย การรับส่งต่อข้อมูลไปยังเครือข่าย มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้านประกอบด้วย 1)การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง 2) การวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยการประชุมปรึกษา วางแผนการดูแลก่อนและหลังการเยี่ยมบ้าน 3) การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 4) สรุปผลการดูแลต่อเนื่อง

จากการทบทวนและวิเคราะห์การดำเนินงานพบว่า การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังยังไม่ครอบคลุม การดูแลยังไม่เชื่อมโยงทั้งระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่องและไม่ครอบคลุม พบปัญหาการบันทึกและรายงานเยี่ยมบ้านไม่มีคุณภาพ เครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลที่

บ้านไม่เพียงพอ เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่ครอบคลุมปัญหาและความต้องการที่แท้จริง จากประเด็นดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอชุมแพ และผลการพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่เหมาะสมภายใต้บริบทของอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบการศึกษาในกลุ่มประชากรเดียว ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องโรงพยาบาลชุมแพ โดยประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ใน 4 ขั้นตอนคือ 1)การวางแผน(Plan) 2) การดำเนินการ(Do) 3)การประเมินผล(Check) และ4)การปรับปรุง(Act) ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างเดือนตุลาคม 2564 ถึง เดือนกันยายน 2565
2. ผู้รับผิดชอบงานดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ จำนวน 20 คน

3. ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลชุมแพได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพบำบัด โภชนาการ จำนวน 8 คน

ผลการวิจัย

1. ผลการประยุกต์ใช้วงจรพัฒนาคุณภาพ Edward Deming มาเป็นแนวทางในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มี 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โรงพยาบาลชุมแพมีศูนย์ประสานงานเยี่ยมบ้านเป็นผู้รับผิดชอบในการประสานส่งต่อและรับข้อมูลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) ทั้งในและนอกเครือข่ายอำเภอชุมแพ จากการดำเนินงานพบมีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยไม่ครอบคลุม การรายงานเยี่ยมตอบกลับไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย การส่งต่อข้อมูลล่าช้า การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่ต่อเนื่อง ทีมเยี่ยมบ้าน รพ.สต./ศสม. ไม่สามารถออกเยี่ยมร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้ การสรุปผลงานเพื่อสะท้อนข้อมูลล่าช้า ส่งผลให้ทีมเยี่ยมบ้านใน รพ.สต./ศสม. ขาดการติดตามดูแลต่อเนื่องรวมถึงภาระงานที่มากและอัตรากำลังไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบปัญหาการประเมินผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มที่มีความซับซ้อน ตัดบ้านติดเตียง รวมถึงปัญหาในด้านของผู้ป่วยเองเช่น ปัญหาความสามารถในการดูแลตนเอง ขาดผู้ดูแล ปัญหาเศรษฐกิจ สภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ในการร่วมกันกำหนดเป้าหมายการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนที่ศูนย์การดูแลต่อเนื่องให้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จัดทำแผนพัฒนาทักษะการดูแลที่บ้านและการใช้อุปกรณ์ ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น stroke, palliative care, DM/HT ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง เป็นต้น มีการวางแผนการทำงานและติดตามผลการ

ดำเนินงาน การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและเครือข่ายอำเภอ เพื่อติดตามประเมินปัญหาและแก้ไขปรับปรุง จากการทบทวนการปฏิบัติของศูนย์การดูแลต่อเนื่องมีการดำเนินงานตามบริบท ดังนี้

1)การจัดการข้อมูลสารสนเทศ ได้แก่ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การส่งออกข้อมูลและรับตอบกลับทางเมลและไลน์ การจัดทำแผนเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพประจำเดือนการประสานข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต.และศสม. การรายงานผลการเยี่ยมบ้านไปยังหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วย และสรุปรายงานประจำเดือนประจำไตรมาสและประจำปี

2)การประสานและปรึกษากับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ หน่วยงานภายในโรงพยาบาลเช่น OPD IPD ER เฉพาะโรค งานกายภาพบำบัด เภสัชกรรม เป็นต้น และในทีมนำทางคลินิก(PCT)ได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู จิตเวชและยาเสพติด เพื่อวางแผนดูแลต่อเนื่องและสรุปผลการดูแล ในส่วนหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองในเขตอำเภอชุมแพ โรงพยาบาลแม่ข่ายในระดับจังหวัดเช่น โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น และโรงพยาบาลชุมชนในอำเภอข้างเคียงเช่น รพ. สีชมพู รพ.ภูผาม่าน จังหวัดขอนแก่น รพ. คอนสาร รพ. ภูเขียวฯ จังหวัดชัยภูมิ รพ.น้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ รพ.ภูกระดึง จังหวัดเลย เพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง นอกจากนั้นมีการประสานและปรึกษาทีมผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ เพื่อการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศและประเมินผล

3)การสนับสนุนอุปกรณ์โดยทางหน่วยงานที่วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยให้การสนับสนุนในการยืมและคืนอุปกรณ์ได้แก่ เตียงผู้ป่วย ที่นอนลม เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน ถังออกซิเจน Syring driver เป็นต้น ในกรณีไม่เพียงพอศูนย์การดูแลต่อเนื่องประสาน ศูนย์เครื่องมือแพทย์ของ

โรงพยาบาลชุมแพ รพ.สต./ศสม. ในพื้นที่เพื่อ
จัดหาอุปกรณ์ต่อไป

4) การพัฒนาเครือข่ายได้แก่ การจัดประชุม
อบรมวิชาการ พัฒนาส่วนขาด การประชุม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยบูรณาการร่วมกับทีมงาน
คลินิก(PCT)และผู้รับผิดชอบในกลุ่มโรคต่างๆ การ
จัดทำแบบรายงานและแนวทางปฏิบัติ การประชุม
ติดตามการดำเนินงานและสะท้อนข้อมูลในการ
ประชุมCUP BOARD การสรุปผลงานประจำปี การ
ติดตามนิเทศและประเมินผล

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน ทีมสห
วิชาชีพร่วมกันกำหนดแนวทางพัฒนา ดังนี้

1.1 พัฒนาระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรค
เรื้อรังเพื่อดูแลต่อเนื่อง จากการทบทวนการปฏิบัติ
โดยระบบเดิมหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยจะ
ประเมินปัญหาและความต้องการในแบบประเมิน
ส่งต่อเยี่ยมบ้าน มายังศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อขึ้น
ทะเบียนผู้ป่วยในโปรแกรมExcel จากนั้นสแกน
ข้อมูล ส่งต่อ-รับตอบกลับทางเมล พร้อมรายงาน
ผลการเยี่ยมบ้านไปยังหน่วยงานทางเมล พบปัญหา
ในการดำเนินงานเช่น การคีย์ข้อมูลจำนวนมาก
ซ้ำซ้อน เกิดข้อผิดพลาดของข้อมูล มีการสรุปผล
การดำเนินงานโดยการเจงนั๊บ ส่งผลให้เกิดความ
ล่าช้าในการสะท้อนข้อมูลให้เครือข่าย

1.2 พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนื่อง
ในโรงพยาบาลและระดับเครือข่ายอำเภอชุมแพ
จากการทบทวนพบว่าใน การส่งผู้ป่วยเพื่อขึ้น
ทะเบียนดูแลต่อเนื่องยังไม่ครอบคลุม ข้อมูล
บางส่วนไม่สมบูรณ์ ขาดการสรุปประเมินปัญหา
และความต้องการที่ชัดเจน นอกจากนั้นในระดับ
เครือข่ายการดำเนินงานของ รพ.สต./ศสม. แต่ละ
แห่งมีความแตกต่างกันไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ส่งผล
ให้ผลการดำเนินงานในภาพรวมไม่บรรลุตามเกณฑ์
เป้าหมาย

1.3 พัฒนาการดำเนินงานระหว่างทีมสห
วิชาชีพ จากการประชุมปรึกษาในทีมสหวิชาชีพ
พบว่า เกณฑ์เป้าหมายการดูแลของผู้ป่วยแต่ละ
รายของแต่ละวิชาชีพยังไม่ตรงกัน ทำให้เกิดปัญหา

ในการจัดการแผนการเยี่ยมบ้าน แผนการดูแลต่อเนื่อง
และการจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบการดูแล

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการ(Do) เป็นการ
นำแผนงานและกระบวนการที่กำหนดไว้มาปฏิบัติ
โดย

2.1 การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรค
เรื้อรังเพื่อดูแลต่อเนื่อง โดยการพัฒนาโปรแกรม
ระบบHHC เป็นIntranet เชื่อมต่อกับระบบHOSxP
ที่ดำเนินการอยู่แล้ว มีการเชื่อมข้อมูลจากระบบ
เดิมได้แก่ ชื่อ-นามสกุล เลขบัตรประชาชน วัน
เดือนปีเกิด อายุ ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ วินิจฉัยโรค
ประวัติการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย เป็นต้น
นอกจากนั้นระบบยังสามารถออกรายงานเพื่อ
ประโยชน์ในการสะท้อนข้อมูลได้อย่างรวดเร็วเช่น
สรุปผลการเยี่ยมบ้านทั้งในและนอกเขตอำเภอ
รายชื่อผู้ป่วยที่ยังไม่ตอบกลับ ทะเบียนผู้ป่วยระยะ
ท้าย ผลการประเมินความพึงพอใจ สรุปเยี่ยมบ้าน
ผู้ป่วยเฉพาะราย เป็นต้น โดยหน่วยงานที่จำหน่าย
ผู้ป่วยสามารถเปิดดูข้อมูลการตอบกลับ จาก
เครือข่ายได้จาก ระบบ HHC Intranet ของ
โรงพยาบาล

2.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแล
ต่อเนื่องในโรงพยาบาลและเครือข่ายอำเภอชุมแพ
ในกรณีการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล เริ่มตั้งแต่
ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดย
หน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยมีการวางแผนจำหน่าย
และลงข้อมูลในแบบบันทึกการส่งต่อเพื่อดูแล
ต่อเนื่อง ส่งมายังศูนย์การดูแลต่อเนื่องเพื่อขึ้น
ทะเบียน จากนั้นศูนย์การดูแลต่อเนื่อง สแกน
ข้อมูลส่งไปยัง รพ.สต./ศสม. และรับตอบกลับทาง
เมล และศูนย์การดูแลต่อเนื่องส่งข้อมูลตอบกลับไป
ยังหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วย ในกรณีการดูแล
ต่อเนื่องจากภายนอกโรงพยาบาล ทางศูนย์การ
ดูแลต่อเนื่องรับข้อมูลจากโรงพยาบาลภายนอกเช่น
โรงพยาบาลศรีนครินทร์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น สถาบันสุขภาพจิต
เด็กและวัยรุ่นฯ และโรงพยาบาลชุมชนอื่นๆ

จากนั้นทำการตรวจสอบข้อมูล ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และส่งต่อให้ รพ.สต. และ ศสม. ที่รับผิดชอบต่อไป ในกรณีการดูแลต่อเนื่องภายในเครือข่ายอำเภอ เป็นความต่อเนื่องจากในโรงพยาบาล โดยเมื่อผู้รับผิดชอบการดูแลต่อเนื่องใน รพ.สต./ศสม. รับข้อมูลแล้วจะทำการประเมินแยกผู้ป่วยออกเป็น 3 ประเภทได้แก่ 1)ประเภท Home Ward (ติดบ้าน ติดเตียง)มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล วิชาชีพพร้อมกับทีมเยี่ยมสหวิชาชีพและทีมเยี่ยม ชุมชน 2)ประเภท Home Care (การดูแลที่บ้าน) ติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ รับผิดชอบหมู่บ้านร่วมกับทีมเยี่ยมชุมชน 3) ประเภท Home visit (การเยี่ยมบ้าน)ติดตามเยี่ยม บ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบหมู่บ้าน ร่วมกับทีมเยี่ยมชุมชน หรือมอบทีมเยี่ยมชุมชน กรณีผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี มีการบันทึก การเยี่ยมบ้านและตอบกลับข้อมูลมายังศูนย์การ ดูแลต่อเนื่องกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนศูนย์การ ดูแลต่อเนื่องส่งปรึกษาทีมPCT ที่เชี่ยวชาญ และจัด แผนออกเยี่ยมบ้านในเดือนถัดไปกรณีผู้ป่วย เข้าเกณฑ์เยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ

2.3 พัฒนาคำเนินงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดย 1)มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่มีความ จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องได้แก่ Stroke STIME Sepsis DM/HT/CKD ที่มีภาวะแทรกซ้อน TBI Palliative Care จิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยผ่าตัด เปลี่ยนข้อสะโพก คนพิการและผู้สูงอายุติดบ้านติด เตียง เป็นต้น 2) กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมก่อน จำหน่ายกลับบ้าน ในกลุ่มโรคสำคัญเช่น Stroke STIME DM/HT TBI Palliative Care Bedridden และผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เป็นต้น 3) กำหนดเกณฑ์การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ โดย แบ่งการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Home ward ตามความ รุนแรง เป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับ 1 มี ADL 75-100 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้มีปัญหาคาดดูแลตนเอง เล็กน้อย ระดับ 2 มี ADLมากกว่า20-น้อยกว่า75 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีปัญหาคาดดูแล ตนเองในระดับกลางและมีปัญหาด้านอื่นๆร่วมด้วย

ระดับ 3 มี ADL 0-20 คะแนน ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมากหรือไม่ได้มีปัญหาคาดดูแลตนเองหรือเกิด ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และมีปัญหาด้านอื่นๆในระดับส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง 4)วางแผนการเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ประจำเดือน 5)ประชุมปรึกษา ทั้งก่อนและหลัง การเยี่ยมบ้าน(pre-post Conference) ทั้งเป็น ทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน 6)ติดตามเยี่ยม บ้านร่วมกับทีมเยี่ยมชุมชน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ ศสม., อสม.,จิตอาสา, Care giver 7) ประเมินภาวะสุขภาพ วางแผนการดูแลและสรุปผล การดูแลเป็นรายกรณี 8)การจำหน่ายผู้ป่วย โดย กรณี ความสามารถในการดูแลตนเองดีส่งต่อให้ รพ.สต.และ ศสม. ติดตามดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน และจำหน่ายออกจากระบบ กรณีไม่พบหรือย้ายที่ อยู่และเสียชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล (Check)

ผลการติดตามพบว่า : อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องในปี 2565 (1 ตุลาคม 2564-30 เมษายน2565) ในเขตอำเภอชุมแพ จำนวน 228 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบ กลับ จำนวน 169 ราย คิดเป็นร้อยละ74.12 มี ภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ข้อติด การติดเชื้องทางเดิน ปัสสาวะ และแผลกดทับ คิดเป็นร้อยละ10 ความ พึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ คิดเป็นร้อยละ84.47 พบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่นำไปสู่การ ปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้

1. โปรแกรมระบบ HHC ยังไม่สมบูรณ์ โดย สามารถขึ้นทะเบียนผู้ป่วยได้แต่ยังไม่สามารถออก รายงาน ทำให้เกิดความล่าช้าในการสรุปการ ติดตามเยี่ยมบ้าน ขาดการสะท้อนข้อมูลใน ระยะเวลาเนื่องจากขั้นตอนการเขียนโปรแกรมยังไม่ เสร็จสมบูรณ์ และมีการปรับแก้ในส่วนของรายงาน ผลการดำเนินงานที่เข้าใจไม่ตรงกันระหว่างผู้ใช้ ระบบกับผู้เขียนโปรแกรม

2. ในขั้นตอนการสะท้อนข้อมูล แจ้งไปยัง รพ.สต. และ ศสม. ไม่ได้รายงานผู้บริหารและทีม

ผู้รับผิดชอบในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทำให้ขาดการกำกับดูแล

3. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานใน รพ.สต. และ ศสม. ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง

4. เกณฑ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) ในกรณีความถี่ ในการติดตามเยี่ยมบ้าน ไม่สามารถออกเยี่ยมได้ เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยใน รพ.สต. และ ศสม. มีจำนวนมาก จึงปรับความถี่ในการเยี่ยมบ้านตามความเหมาะสม รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่างๆ พิจารณาใช้ตามประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

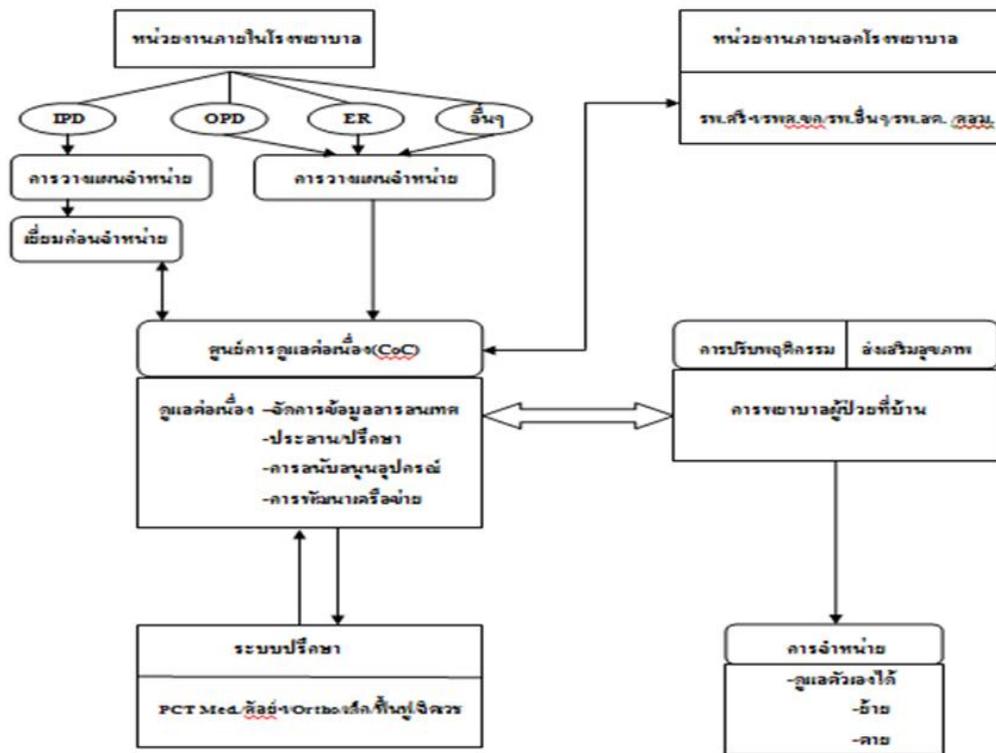
ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุง (Act) จากการประเมินดังกล่าวข้างต้นได้มีการดำเนินการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาตามบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ ดังนี้

4.1 การพัฒนาโปรแกรมระบบHHC ขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่อง หลังจากมีการสะท้อนปัญหาและพูดคุยกับผู้รับผิดชอบระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล ได้มีการปรับรายการออกรายงาน ได้แก่ สรุปเยี่ยมบ้านในเขตแยกสาย รพ.สต. และ

ศสม. สรุปเยี่ยมบ้านนอกเขตแยกสายอำเภอ รายชื่อผู้ป่วยที่ยังไม่ตอบกลับเยี่ยมบ้าน ทะเบียนผู้ป่วย Palliative Care สรุปผลความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ สรุปผลการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย และรายงานเยี่ยมบ้านส่งคืนหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน นอกจากนั้น มีการจัดทำคู่มือเพื่อเข้าใช้งานในระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 การพัฒนาแนวทางปฏิบัติในโรงพยาบาล ได้แก่ Hospital to Home Care Pathway โดยมีการประชุมในคณะกรรมการปฐมภูมิ มีการปรับแนวทางการเข้าถึงระบบการดูแลให้ชัดเจนยิ่งขึ้น การกำหนดขอบเขตความรับผิดชอบหลักของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง คือ การจัดการข้อมูลสารสนเทศ การประสานและปรึกษา การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ และการพัฒนาเครือข่าย นอกจากนั้นมีระบบปรึกษาการดูแลผู้ป่วยโดยทีมนำทางคลินิก(PCT)ต่างๆ มีทีมการพยาบาลที่บ้านรับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการจำหน่ายผู้ป่วยจากระบบการดูแล ดังภาพที่ 1

Hospital to Home Care Pathway



ภาพที่ 1 Hospital to Home Care Pathway ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมแพ

นอกจากนั้นในระดับเครือข่ายอำเภอ มีการพัฒนาแนวทางให้สอดคล้องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน โดย รพ.สต. และ ศสม.รับข้อมูลจากศูนย์การดูแลต่อเนื่อง มีการประเมินผู้ป่วยเป็น 3 ระดับโดยระดับที่1 Home Ward(ติดบ้านติดเตียง) ถ้า Self Careไม่ดี พบภาวะแทรกซ้อน ส่งปรึกษาหรือส่งต่อโรงพยาบาล ถ้า Self Careไม่ดี เสี่ยงเกิดภาวะแทรกซ้อน ดูแลต่อเนื่องโดยทีมพยาบาล และถ้า Self Careดี จำหน่ายผู้ป่วยเป็น ระดับที่2

Home Care(การดูแลที่บ้าน)โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบประจำหมู่บ้านร่วมดูแล และเมื่อผู้ป่วยควบคุมภาวะโรคได้ดี จำหน่ายเป็นระดับที่3 Home Visit (การเยี่ยมบ้าน) ติดตามเยี่ยมกลุ่มโรคเรื้อรังในชุมชนต่อไป โดยทีมเยี่ยมชุมชนได้แก่ อสม., จิตอาสา, Care giver เป็นต้น มีการสรุปผลงาน นำเสนอผลงาน และนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง ดังภาพที่ 2

แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายอำเภอชุมแพ



ภาพที่ 2 แนวทางปฏิบัติการดูแลต่อเนืองที่บ้าน เครือข่ายอำเภอชุมแพ

4.3 เกณฑ์การเยี่ยมบ้านทีมสหวิชาชีพ ในกลุ่มผู้ป่วย Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) แบ่งความรุนแรง เป็น 3 ระดับ⁶ ได้แก่

ความรุนแรงระดับที่ 1 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรกจากการเป็นโรคเรื้อรัง มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือการเกิดภาวะโรคร่วม ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือตนเอง

ได้/ได้ดี 2) ADL 75-100 คะแนน 3) มีปัญหาการดูแลตนเอง(self care)เล็กน้อย 4) มีปัญหาด้านอื่นๆในระดับเล็กน้อยหรือไม่มี (ปัญหาด้านอื่นๆได้แก่ จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ ครอบครัว/ผู้ดูแล สังคม/ชุมชน/สิ่งแวดล้อม รายได้/เศรษฐกิจ) ความถี่การติดตามเยี่ยม: ทุก 2-4 เดือน การประเมินภาวะเสี่ยง: Fall, 2Q, การรับรู้/การปฏิบัติตัว, ครอบครัว, ชุมชน, สิ่งแวดล้อม

ความรุนแรงระดับที่ 2 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัดหรือไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ศักยภาพในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ ต้องการผู้ดูแลหรือควรช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วน เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย 2) ADL>20 - <75 คะแนน 3) มีปัญหาการดูแลตนเอง(self care)ในระดับปานกลาง 4) มีปัญหาด้านอื่นร่วมด้วยในระดับส่งผลกระทบในการดูแลตนเอง

ความถี่ของการติดตามเยี่ยม : ทุก 1-2 เดือน การประเมินภาวะเสี่ยงจากการทรงตัว/การเคลื่อนไหวได้น้อย:ADL,Fall,2Q,9Q,การรับรู้/การปฏิบัติตัว,ครอบครัว/ชุมชน,สิ่งแวดล้อม

ความรุนแรงระดับที่ 3 หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยากรณ์สภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเองหรือใส่เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำรงชีวิต จำเป็นต้องมีผู้ดูแลหรือช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน เกณฑ์การประเมินประกอบด้วย 1) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้/ได้น้อยมาก 2) ADL 0-20 คะแนน 3) มีปัญหาการดูแลตนเอง(self care)และเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลตนเองไม่เหมาะสม 4) มีปัญหาด้านอื่นร่วมด้วยในระดับส่งผลกระทบในการดูแลตนเอง ความถี่ของการติดตามเยี่ยม : ทุก 1 เดือนหรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การประเมินภาวะเสี่ยงจากการนอนนานๆ: ADL, Barden's score, CA-UTI, 2Q, 9Q, การรับรู้/การปฏิบัติตัว, ครอบครัว/ชุมชน,สิ่งแวดล้อม

จากแนวคิดการประเมินระดับความรุนแรง ได้มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ความถี่ในการติดตามเยี่ยม และแบบประเมินภาวะเสี่ยงที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามประเด็นปัญหาและความต้องการนอกจากนั้นมีการจัดทำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยและครอบครัวตามแนวทางเวชปฏิบัติครอบครัวINHOMESSS⁷ คือ Immobility: การเคลื่อนไหวและการประเมิน Barthel ADL index Nutrition: การจัดการเรื่อง

อาหาร Home environment: สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม Other people: ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว Medication: การเข้าและสมุนไพรรักษา Examination: การตรวจรักษา Spiritual health: สภาพทางด้านจิตวิญญาณ Service: แหล่งบริการใกล้บ้านและสวัสดิการสังคม Safety: ความปลอดภัย โดยมีการปรับปรุงแบบประเมินและพัฒนาแบบฟอร์ม ให้เหมาะสม ใช้งานได้สะดวก และสามารถปฏิบัติได้จริง

2. ผลลัพธ์การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เครือข่ายอำเภอชุมแพ ปี 2565 สามารถสรุปได้ดังนี้

2.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องจำนวน 468 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ จำนวน 319 ราย คิดเป็นร้อยละ68.16 โดยเป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอชุมแพจำนวน 365 ราย ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับจำนวน319 ราย คิดเป็นร้อยละ87.40 และผู้ป่วยนอกเขตอำเภอชุมแพจำนวน 103 ราย ไม่ได้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านตอบกลับ

2) กลุ่มโรคเรื้อรัง 5 อันดับที่พบมากที่สุดคือ strokeคิดเป็นร้อยละ35.7 รองลงมาคือPalliative care คิดเป็นร้อยละ 21.1, โรคทางอายุรกรรม คิดเป็นร้อยละ9.53, จิตเวช คิดเป็นร้อยละ8.11 และ ศัลยกรรมกระดูก คิดเป็นร้อยละ7.51

3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ จำนวน 141 ราย ติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 159 ครั้ง สรุปภาวะสุขภาพ ดังนี้ 1)Home Ward(ติดบ้านติดเตียง)โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการติดตามเยี่ยมต่อจำนวน 11ราย 2) Home Care ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองติดตามเยี่ยมโรคเรื้อรังในชุมชน จำนวน 49 ราย 3) ดูแลระยะยาว(LTC) จำนวน 29 ราย 4)ไม่พบหรือย้ายที่อยู่ จำนวน 1 ราย และ 5) เสียชีวิต จำนวน 9 ราย

4) พบภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 26 ราย คิดเป็นร้อยละ9.52 จากผู้ป่วย Home Ward (ติดบ้านติดเตียง) ทั้งหมด 273 ราย



โดยมีภาวะแทรกซ้อนกรณีแผลกดทับ (Bed Sore) มากที่สุด จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 80.77 รองลงมาคือ ข้อติด จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 19.23 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ(UTI) จำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.38 และปอดบวม จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.85

5) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย และครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 85.30(N=104 ราย)

6) ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ได้รับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน (Re-admittedเท่ากับ 0)

2.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) เกิดการดำเนินงานดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การขึ้นทะเบียนเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่อง การรายงานผลการดูแลไปยังศูนย์การดูแลต่อเนื่องและหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วย

2) เกิดระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ และเกณฑ์การดูแลในกลุ่มผู้ป่วย Home Ward (ติดบ้านติดเตียง)ที่สามารถปฏิบัติได้ มีการปรับใช้อย่างเหมาะสมตามบริบทและประเด็นปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จิตแพทย์ พยาบาล เกสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร ร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และทีมเยี่ยมชุมชน ได้แก่ อสม., จิตอาสา, Care giver, มูลนิธิ และกิ่งกาชาดอำเภอ

3) มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการพัฒนางานด้านข้อมูล ส่งผลให้การดำเนินงานมีความรวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำขึ้น มีการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลเดิมของโรงพยาบาล ลดความซ้ำซ้อนในการลงข้อมูล โปรแกรมสามารถสรุป รายงาน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และนำเสนอผลงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนั้นหน่วยงานที่จำหน่ายผู้ป่วยกลับ บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลการดูแลที่บ้าน เพื่อนำไปปรับปรุงแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องต่อไป

4) เกิดแนวทางการติดตามประเมินผลการปฏิบัติและการเสริมพลัง ในระดับเครือข่าย โดยมีการมอบใบ ประกาศเกียรติคุณ ปีละ 1 ครั้ง ให้ รพ.สต. และศสม. แห่งที่มีการติดตามดูแลต่อเนื่องและตอบกลับข้อมูลผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ในการประชุม CUP BOARD มีการสรุปผลการดำเนินงานให้ผู้รับผิดชอบทุก 1 เดือนและเสนอผู้บริหารรับทราบทุก 3 เดือน และประเมินแนวทางปฏิบัติ ในการติดตามนิเทศเครือข่าย ปีละ 1-2 ครั้ง

สรุปและอภิปรายผล

การพัฒนาศูนย์การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังเครือข่ายอำเภอชุมแพ เพื่อพัฒนาระบบการทำงานในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจนถึงบ้าน โดยใช้กระบวนการทำงานตามแนวคิดวงล้อเดมมิง PDCA สามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา นำเสนอต่อคณะทำงานและทีมสหวิชาชีพ เพื่อร่วมวางแผนกำหนดกระบวนการและแนวทางปฏิบัติ การติดตามผลลัพธ์ การแก้ไขปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงการปฏิบัติร่วมกัน เกิดการพัฒนาในหลายระบบ เช่น การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาแนวทางปฏิบัติทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายระดับอำเภอแบบไร้รอยต่อ มีระบบส่งต่อข้อมูลที่เพิ่มการเข้าถึงและใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยการสรุปผลงานและสะท้อนการปฏิบัติเป็นระยะ สอดคล้องกับ พิศสมัย บุญเลิศและคณะ (2559)² มีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยการพัฒนาแนวทางการดูแลอย่างเป็นระบบ มีระบบติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จากทีมเจ้าหน้าที่และทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการพัฒนาแนวทางสนับสนุนการดูแลสุขภาพ พัฒนาช่องทางส่งต่อและเชื่อมโยงกับเครือข่าย โดยการพัฒนาระบบดูแลต่อเนื่อง ผู้บริหารในแต่ละระดับได้ให้ความสำคัญ มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบและกำหนดการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการติดตามนิเทศตามเกณฑ์ชี้วัด ตามผลการดำเนินงานและ

ประเมินผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างขวัญกำลังใจ โดยการมอบใบประกาศเกียรติคุณแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ที่มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์เป้าหมายสอดคล้องกับ เพ็ญจันทร์ แสนประสานและคณะ (2560)³ ได้ศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายโรงพยาบาลโรคหัวใจประกอบด้วย4ปัจจัย ได้แก่ 1) กำหนดนโยบายและกลยุทธ์การจัดการดูแลแบบไร้รอยต่อที่เป็นรูปธรรม 2) การมีส่วนร่วมของทีมดูแลในการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง 3) การสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายโรคหัวใจทุกระดับ 4) ผู้จัดการทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ

นอกจากนั้นมีการพัฒนาแนวทางดำเนินงานระหว่างทีมสหวิชาชีพโดยการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ครอบคลุม กำหนดเกณฑ์การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีความชัดเจน มีการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน และติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง การประชุมปรึกษาระหว่างทีมสหวิชาชีพทั้งก่อนและหลังการติดตามเยี่ยมบ้าน และการสรุปผลการดูแล สอดคล้องกับ อาคม รัฐวงษา (2561)^๑ พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านต้องการทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษา มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี มีการวางแผนจำหน่ายจัดให้เข้าถึงบริการจากสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย และการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม การทำงานเป็นทีมเพื่อให้เกิดความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพในทุกระดับตั้งแต่ในโรงพยาบาล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง และทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน เป็นอีกปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงานสอดคล้องกับ รุ่งฤดี อ่อนทาและคณะ(2559)⁴ ได้ศึกษารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและ อสม. ประกอบด้วย การอบรมให้ความรู้ การสาธิตการเยี่ยมบ้าน การกำหนดแผนการเยี่ยมบ้านและบทบาท การใช้แบบบันทึก และการประสานการ

ดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และความพึงพอใจของผู้ป่วยและ อสม. เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ.05 ในส่วนผลลัพธ์การพัฒนาพบว่าอัตราการเยี่ยมบ้านตอบกลับระหว่างเครือข่ายภายนอกอำเภออยู่ในระดับน้อย ส่งผลให้เป้าหมายการดูแลต่อเนื่องไม่ผ่านเกณฑ์ในภาพรวม โดยพบว่าการดำเนินงานระหว่างเครือข่ายภายนอกอำเภอยังมีรอยต่อ ไม่มีการกำหนดทิศทางการดำเนินงานร่วมกัน และพบว่าในอำเภอรอยต่อระหว่างจังหวัด มีการใช้โปรแกรม Thai COC ในการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ มาใช้ในการปฏิบัติงานแบบครบวงจร เชื่อมโยงเครือข่ายได้ในทุกระดับ และในปัจจุบันมีการใช้โปรแกรมแพร่หลายมากขึ้น ทางศูนย์ดูแลต่อเนื่องจึงได้มีแผนพัฒนาการใช้โปรแกรม Thai COC ในลำดับต่อไป การสร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อพัฒนาการดูแลต่อเนื่องระหว่างอำเภอในกลุ่มโรคสำคัญ จึงมีความสำคัญ เป็นเป้าหมายและแผนพัฒนาการดูแลต่อเนื่องเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการในชุมชนผู้ป่วยมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ซึ่งมีความซับซ้อน ต้องการการดูแลระยะยาว
2. การพัฒนาโปรแกรมระบบ HHC เป็นระบบที่ไม่ใช้กระดาษ (paperless) แบบครบวงจร
3. ควรนำผลดำเนินงานดูแลต่อเนื่องไปกำหนดเกณฑ์ชี้วัดในกลุ่มโรคสำคัญ และควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถดูแลตนเองได้
4. พัฒนาเครือข่ายศูนย์การดูแลต่อเนื่องระหว่างอำเภอ เพื่อเชื่อมโยงการบริการแบบไร้รอยต่อ ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- 1.เกษรวัลณ์ นิลวางกูร. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- 2.พิสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, ศุภาวดี แฉวเพี้ย. (2559). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมันตำบลสิงห์โคก อำเภอกะชังร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 23(2), 79-87.
- 3.เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงมล วัตราคุลย์, ลัดดาวัลย์ เตชะงูร, นวลใย พิศชาติ. (2560). ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแล แบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 28(2), 154-167.
- 4.รุ่งฤดี อ่อนทา, สุทธิพร มูลศาสตร์. ปาหนัน พิชยภิญโญ. (2559). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลวิชาชีพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 34(4), 19-27.
- 5.สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. นครปฐม: บริษัทพรินเทอริ.
- 6.สำนักงานพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- 7.สำนักงานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. (2557). เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน. กรุงเทพฯ: ชุมชุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. .
- 8.อาคม รัฐวงษา. (2561). การพัฒนาแนวทางจัดการรายกรณีเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ต่อเนื่องที่บ้าน
- 9.โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhon-ratchasima, 24(1), 22-39.
- 10.Bull, M.J., Hansen, H.E., & Gross, C.R. (2000). A professional – patient partnership model of discharge planning with elders hospitalized with heart failure. *Applier Nursing Research*. 13, 19-128.
- 11.Stockien M. (2005).Quality improvement systems, theory and tools. Chicago. Health administration Press.