

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2553	2554	2555	2556	2557
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB	< 5%	0	0	0	0	0
ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (Re-admit) ภายใน 28 วัน ด้วยภาวะHypo/Hyperglycemia	<3 %	0.02	0	0.08	0.10	0.13
ผู้พิการ ได้รับการเยี่ยมบ้าน	100%	N/A	100	100	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องได้รับการส่งต่อ (HHC)	100%	N/A	N/A	N/A	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการตอบกลับ	100%	N/A	N/A	N/A	N/A	41.46

บริบท

ระบบการให้บริการ :

1. การดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาล เช่นผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ที่มาติดตามรักษาที่โรงพยาบาล
2. การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึง รพ.สต. มีการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปรับการรักษาต่อเนื่อง ที่รพ.สต. ใกล้บ้าน และในผู้ป่วยบางรายที่มีความจำเป็น ก็มีการส่งต่อจาก รพ.สต. มารับบริการที่ โรงพยาบาล
3. การดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้าน มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องดูแล ต่อเนื่อง และมีปัญหาซับซ้อน ที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาลและ รพ.สต. เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย และเภสัชกร ไปเยี่ยมบ้าน

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:

โรงพยาบาลประสานการดูแลต่อเนื่องกับ รพ.สต. 15 แห่ง คลินิกชุมชนอบอุ่นเทศบาล 1 แห่ง

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย :

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ (เช่น โรคเบาหวาน , โรคความดันโลหิตสูง) เกือบทั้งหมดจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่สามารถให้การดูแลเมื่อมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนในการควบคุมรักษา เช่น ผู้ป่วยเบาหวานรายหนึ่ง มักมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงอยู่บ่อยๆ ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้เลย มีปัญหาในการใช้ยา คือกินยาไม่ถูกต้อง สูงอายุแล้วทำให้จำการกินยาไม่ได้ ส่งผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก ผู้ป่วยรายนี้ เภสัชกรลงไปดูแล empower ให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแล เภสัชกรจัดยาในรูปแบบPre pack พร้อมกับทำสัญลักษณ์ให้สามารถจำได้ตามความเข้าใจ จากการติดตามพบว่าผู้ป่วยรับประทานยาได้ถูกต้องสามารถคุมระดับน้ำตาลได้

- ผู้พิการ ราย ที่มีผลกดทับพบว่าครอบครัวยังปรับตัวไม่ได้ ยังไม่คุ้นชินในการดูแล และยังหาผู้ที่จะมาดูแลเป็นหลัก (main caregiver) ไม่ได้ ทำให้เสี่ยงที่จะเกิดผลกดทับในระดับเพิ่มขึ้น การติดตามเยี่ยมบ้านจะช่วยลดปัญหาในจุดนี้ได้ ทีมได้ให้การดูแลและเสริมพลังจนช่วยเหลือตนเองได้ดี
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มที่ขาดการรักษาบ่อย มีการประสานให้ทางรพ.สต. / อสม. ช่วยไปดูแลและทำความเข้าใจในปัญหาของผู้ป่วยพร้อมส่งกลับข้อมูลให้โรงพยาบาลเพื่อวางแผนการดูแลต่อไป

กระบวนการ:

บทเรียนเกี่ยวกับระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง :

มีระบบการนัดหมายในกรณีผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลให้กลับมารักษา และในผู้ป่วยนอกที่ต้องรับการรักษาต่อเนื่องทุกราย

- มีการใช้สมุดนัดในผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อให้สามารถสื่อสารเรื่องยา lab เพื่อใช้เป็นข้อมูลประจำตัวผู้ป่วย และช่วยทวนสอบเรื่อง Drug reconciliation เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยในกรณีที่นัดหมายมารับบริการแล้วไม่มา มีการติดตามโดยการโทรศัพท์ หรือประสาน รพ.สต.ในพื้นที่ให้ติดตามดูแล อัตราการผิดนัดผู้ป่วยเบาหวานปี 2557 ร้อยละ 8.01 โดยพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีญาติพามา ยาของผู้ป่วยที่ผิดนัดส่วนใหญ่จะมาในสัปดาห์ต่อไป
- ในผู้ป่วย TB มีการจัดระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยอธิบายถึงความสำคัญของการกินยาให้ตรงตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะติดตามทางโทรศัพท์หรือทางระบบเครือข่าย รพ.สต.ในพื้นที่ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อดูแลเรื่องการกินยา และผลข้างเคียงของยา ตลอดระยะเวลาของการรักษา และมีพี่เลี้ยงกำกับการกินยาของผู้ป่วยโดยเป็นญาติ หรือ เจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถมารับบริการได้ จะอำนวยความสะดวกให้ญาติมารับยาแทนหรือให้เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. นำไปให้ผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยที่มีกิจวัตรตรงกับวันนัดให้มาติดต่อรับยา ก่อนหรือหลังวันนัดได้ทุกวัน โดยไม่ต้องรอให้ยาหมด จากการดำเนินงานพบว่าผู้รับบริการที่ไม่มาตามนัดปี 2556 และ ปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 10.40 และ 2.34 ตามลำดับ:ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่ที่ไม่มาตามนัดคือติดธุระ และจะมาภายในระยะเวลาที่ยายังอยู่ (ปกติจะนัดก่อนยาหมด 3 วัน) ไม่มีผู้ป่วย TB ที่ขาดยา

บทเรียนเกี่ยวกับความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย

- การเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลชุมชนแสง มีทีมเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการปฐมภูมิเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ และได้มีการประสานงานกับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบแต่ละพื้นที่

ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในการนี้โรงพยาบาลมีการจัดอบรมเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังให้แก่เจ้าหน้าที่ รพสต. เพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นให้แก่เจ้าหน้าที่ รพสต. อสม.

- การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลมีการส่งผู้ป่วยเพื่อรับบริการที่รพสต.ในพื้นที่โดยที่มีการจัดอบรมแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานอสม.มีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วยที่ไม่มารับบริการตามนัดให้มารับบริการต่อเนื่อง
- การดูแลผู้ป่วยวัณโรค ในกรณีไม่มาตามนัดจะติดต่อรพสต.ในเขตที่รับผิดชอบเพื่อช่วยติดตามผู้ป่วย ถ้าไม่พบผู้ป่วยหรือติดต่อไม่ได้จะลงติดตามเยี่ยมบ้าน หาข้อมูลจากญาติหรือผู้รู้จักให้ติดตามผู้ป่วยมารับการรักษา ถ้าผู้ป่วยยังไม่มาเจ้าหน้าที่จะไปติดตามเยี่ยมให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่องกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางมารับการรักษา จะมีการประสานเครือข่ายในชุมชน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเหมาะสม

บทเรียนเกี่ยวกับระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย :

- มีการให้เบอร์โทรศัพท์ของหน่วยงานและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและญาติทราบเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถติดต่อสอบถามได้ตลอดเวลาที่มีปัญหา
- มีระบบประสานงานเครือข่ายในพื้นที่ ได้แก่ รพสต.ทุกแห่งคลินิกอบอุ่นเทศบาลชุมแสงในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการติดต่อประสานงานขอคำปรึกษาได้เมื่อมีปัญหา ในกรณีที่เกินขีดความสามารถ หน่วยบริการเครือข่ายจะประสานโดยตรงกับโรงพยาบาลอีกครั้ง

บทเรียนเกี่ยวกับความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย :

- ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีการประสานงานอสม.ในพื้นที่ให้ติดตามดูแลตรวจเลือดเพื่อหาค่าน้ำตาลในกระแสเลือดก่อนและหลังอาหารอย่างต่อเนื่องทุกวัน เพื่อใช้ข้อมูลในการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยผลการดำเนินงานในผู้ป่วย 4 รายพบว่าสามารถปรับพฤติกรรมทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมจำนวน 2 ราย
- การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีบางรายที่ญาติไม่สะดวกในการพามาบริการที่โรงพยาบาล เช่นมีปัญหาในการเดินทางทำให้ขาดยา มีการประสาน อสม.ในพื้นที่ช่วยติดตามวัดความดันโลหิตและญาตินำผลที่วัดได้มารับยาแทนที่โรงพยาบาลจำนวน 3 ราย
- การดูแลผู้ป่วย /ผู้ด้อยโอกาสในพื้นที่อย่างต่อเนื่องพบว่ามิผู้พิการ/ผู้สูงอายุบางส่วนมีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสมอาจมีผลให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหรือมีผลเสียต่อสุขภาพได้มีการประสานงานองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนความช่วยเหลือในการปรับสภาพแวดล้อมบ้านผู้ป่วย

เช่นทำราวเดิน เปลี่ยนส้วมจากนั่งของเป็นแบบชักโครกจำนวน 5 ราย

บทเรียนเกี่ยวกับการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย :

- มีการเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วย โดยวิธีการสอน สาธิต ฝึกให้ผู้ป่วย และญาติทำเอง โดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด(กายภาพบำบัด,กายอุปกรณ์) โภชนากร (อาหาร) เกษัชกร (เรื่องฉีดยาDM,การกินยา)
- ส่งเสริมการเรียนรู้ด้านโภชนาการโดย โภชนากรเข้าร่วมในการวางแผนการจำหน่าย มีการให้คำแนะนำด้านอาหารเฉพาะโรค และฝึกการประกอบอาหารเหลวสำหรับผู้ป่วยก่อนการจำหน่าย
- มีการเยี่ยมบ้าน โดยนักกายภาพประเมินการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม พยาบาลเยี่ยมประเมินการปฏิบัติตัวพบว่าสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยได้ประสานท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณจัดทำราวเดินบริเวณบ้านให้ผู้ป่วย จำนวน 2 ราย

บทเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- มีระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการเครือข่ายเช่น รพสต. คลินิกอบอุ่น และรพอื่นๆ โดยใช้ใบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา หรือสมุดประจำผู้ป่วยเรื้อรัง มอบให้ผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาลเพื่อนำไปเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
- การใช้แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านที่ทีมดูแลสามารถส่งรายละเอียดสำคัญที่ควรดูแลต่อเนื่องได้ละเอียดแก่ทีมเยี่ยมบ้านให้ติดตามผล

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง :

- มีบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องของทีม HHC ใน แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้านและOPD card ของผู้ป่วยเพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถรับรู้ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องได้เมื่อผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์
- มีแนวทางปฏิบัติในการปรับเพิ่ม-ลดยาบางรายการที่จำเป็นในการรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้บันทึกสาเหตุในประวัติการตรวจรักษาในครั้งนั้น

บทเรียนในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน / ปรับปรุงบริการ

- ในการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง ปี 2557 พบว่ามีการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องจำนวน 122 ราย จากการเยี่ยมติดตามพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคที่เป็น เข้าใจเรื่องการปฏิบัติตัว แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อ่านหนังสือไม่ได้ ขาดผู้ดูแล
- การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง มีผู้ป่วยเบาหวานที่อ่านหนังสือไม่ได้พบว่ามีความเสี่ยงเรื่องรับประทานยาไม่ถูก ส่งผลให้มีเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติการปรับปรุงที่เกิดขึ้นคือ มีการทำสัญลักษณ์ต่างๆที่ช่อง ,การจัดยาเป็นมือ ,การทำแผนยาด้อย่าง การเยี่ยมบ้านด้านยา เป็นต้น
- การตอบกลับ ใบเยี่ยมบ้านของสถานบริการเครือข่ายระดับตำบลยังล่าช้า ไม่ครบถ้วน/ ขาดการ

Feed back ข้อมูลการเยี่ยมแก่หน่วยงานที่จัดส่ง ซึ่งกำลังหาแนวทางแก้ไขต่อไป
บทเรียนในการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการระดับที่สูงขึ้น :

- จากการเก็บข้อมูลพบว่ามีข้อติดขัดบางประการในการส่งต่อผู้ป่วยเช่นด้านความพร้อมของอุปกรณ์หรือการเตรียมผู้ป่วย ซึ่งได้มีการประชุมร่วมกันระหว่างศูนย์รับส่งต่อของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์และ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งและได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติในการส่งต่อแต่ละแผนกเช่น สูติกรรม อายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวช เป็นต้น จึงเป็นโอกาสพัฒนาของโรงพยาบาลในการวางระบบการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างส่งต่อให้ได้ตามข้อตกลง
- มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ระดับสูงกว่าโดยการโทรถามผลการวินิจฉัยและการตรวจรักษา รวมทั้งติดตามจากใบส่งตัวที่ตอบกลับ

การพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง

- มีการพัฒนาศักยภาพของร.พ.สต. โดยจัดประชุมวิชาการ/ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพิ่มพูนทักษะในเรื่องต่างๆที่เป็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ เช่นทักษะการสอนการพ่นยาในผู้ป่วย COPD , Asthma , การตรวจภาวะแทรกซ้อนที่เท้าผู้ป่วยเบาหวานด้วยMonofilamentปัจจุบันรพสต. ในเครือข่ายสามารถตรวจได้เองทุกแห่ง
- สนับสนุนทรัพยากรต่างๆเพื่อให้หน่วยบริการสามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเนื่อง

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- ผู้ป่วยกลุ่มสำคัญได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่องในชุมชน
- มีเครือข่ายการดูแลแม่และเด็กต่อเนื่องในชุมชน(ชมรมสายใยรัก เครือข่ายนมแม่)

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
89การดูแลต่อเนื่อง	3.5	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสู่สถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ● พัฒนาระบบข้อมูลเครือข่ายเพื่อใช้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง