

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ ดูแลตนเองได้ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม

| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | เป้าหมาย (ร้อยละ) | 2555 | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 |
|--|----------------------|-------|-------|------------------|------------------|------------------|
| ความครอบคลุมการ เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน | 90 | 71.80 | 68.90 | 95.28 141/148 | 92.25 274/297 | 94.81 183/193 |
| ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการ เยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน | 80 | 71.8 | 68.9 | 67.5 100/148 | 86.31 227/263 | 52.84 102/193 |
| การ readmit ภายใน 28 วันหลังได้รับการ เยี่ยมบ้าน ไม่เกิน | 2 | 3.79 | 2.5 | 4.25 6/141 | 0.73 2/263 | 1.63 3/183 |
| อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยที่เยี่ยมบ้าน | 5 | 1.87 | 4.2 | 3.75 5/141 | 2.28 6/263 | 3.27 6/183 |
| จำนวนผู้ป่วยติดเตียง จากโรค stroke | 10 | NA | NA | 60 67/112 | 6.42 7/109 | 5.97 12/201 |

บริบท

ศูนย์ดูแลต่อเนื่องเครือข่ายอำเภอกันตังมีการสร้างความร่วมมือ/ประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพทั้งภายในและภายนอกเครือข่ายบริการ เชื่อมโยงประสานการส่งต่อผู้ป่วยตลอดจนมีทีมการดูแลผู้ป่วยจากสหสาขาอาชีพ
ระดับการให้บริการ

มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยภายในเครือข่ายบริการโดยใช้แบบบันทึกการส่งต่อและตอบกลับกรณีภายนอกเครือข่ายบริการ มีการใช้โปรแกรมHOS XP (HHC=Home Health care) เพื่อติดตามการเยี่ยมต่อเนื่อง ส่งต่อปัญหาและแนวทางการดูแลแก้ไขให้ รพสต/PCU เพื่อดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตังมีเครือข่ายรพ.สต. 20แห่ง PCUเขตรับผิดชอบรพ.1แห่ง (ไม่มีการบริการด้านการรักษา) และ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 1แห่ง
ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของ
ผู้ป่วย

STEMI, Stroke, CAPD, ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ DM,HT,COPDที่มีภาวะแทรกซ้อน ,TB,สุขภาพจิต,หญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดที่มีภาวะHigh Risk Pregnancy 5โรค(DM,HT,Thyroid,Heart,PPH),LBW

กระบวนการ

บทเรียนเกี่ยวกับระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

กรณีที่มีการนัดหมายเพื่อการติดตามการรักษา การดูแลต่อเนื่อง จะมีระบบการนัดในHosXPมีการvisit บัตรล่วงหน้าใน HosXP ผู้รับบริการสามารถไปยังจุดที่มีการนัดหมายได้เลย โดยไม่ต้องยื่นที่จุดคัดกรองในการค้นหาบัตร ลดขั้นตอนเพื่อให้ได้รับการตรวจรักษา การดูแลที่เร็วขึ้น และถ้ามีการขาดนัดจะสานพื้นที่รพ.สต.ในการติดตามมารับการรักษา

บทเรียนเกี่ยวกับระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย

ทีมผู้ให้การดูแลใน รพ.มีการวางแผนจำหน่ายโรคเรื้อรังตามหลัก D-METHOD เน้นเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเองให้เหมาะกับสภาวะโรค การมาตรวจตามแพทย์นัดและภาวะฉุกเฉินที่มา ก่อนนัดหมายสามารถโทรศัพท์ขอคำปรึกษาได้มีการส่งต่อข้อมูลในลงโปรแกรม HHC และแบบบันทึกการส่งต่อ

ศูนย์การดูแลต่อเนื่องมีการประสานข้อมูลผู้ป่วยทางLineให้แก่รพ.สต. ทราบเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านมีระบบการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงโดยแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพประจำกลุ่มโซนมีบริการการเยี่ยมอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพที่บ้านเช่น ถังออกซิเจน เตียงนอนลม เครื่องSuction เครื่องกายอุปกรณ์ต่างๆ ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน รถเข็น

บทเรียนเกี่ยวกับความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่น ๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย

มี อสม.ท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ช่วยและร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษาและสนับสนุนด้านความรู้และทักษะที่จำเป็น มีระบบการส่งต่อแผนก PCU เพื่อติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยการเยี่ยมในเขตพื้นที่รับผิดชอบกรณีนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบมีระบบการส่งต่อไปยัง รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่จริงเพื่อความต่อเนื่องในการดูแลตนเองที่บ้านมีการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระดับจังหวัด/อำเภอได้แก่สสจ. / สสอ.เพื่อรับทราบข้อมูลและเป็นที่ยอมรับในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันที่ผ่านมาพบว่าข้อมูลตอบกลับยังมีน้อยและไม่ครบถ้วนการเยี่ยมบ้านภายในเวลาที่กำหนดยังล่าช้าต้องมีการทบทวนแนวทางร่วมกันและดำเนินการให้ต่อเนื่อง

บทเรียนเกี่ยวกับการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

หญิงตั้งครรภ์เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่จะได้รับแจกแผ่นพับส่งเสริมสุขภาพร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำไปใช้ขณะอยู่บ้านเช่นท่าทางการออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสม มีการส่งเสริมการรับการรักษาต่อเนื่องและติดตามตรวจตามนัดทางโทรศัพท์ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังมีคลินิกเฉพาะโรคและให้ข้อมูลการดูแลทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มตามวันที่มีคลินิกเฉพาะโรค

บทเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

มีแบบฟอร์มการส่งต่อผลการดูแลของทีมแต่ยังขาดการสะท้อนกลับข้อมูลทำให้ทีมมีการปรับปรุงการวางแผนการจำหน่ายที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นขาดแนวทางการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรคการจัดทำข้อมูลผู้ป่วยในระบบสารสนเทศยังไม่มีประสิทธิภาพทำให้การเชื่อมโยงข้อมูลล่าช้าและไม่เป็นปัจจุบัน

บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

มีการลงบันทึกใน progress note และแบบบันทึกสหสาขาวิชาชีพการบันทึกเวชระเบียนในเรื่องการรักษาอย่างละเอียดโดยแพทย์และมีการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนโดยคณะกรรมการเวชระเบียนและคณะกรรมการประกันคุณภาพทางการพยาบาล

บทเรียนในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผนปรับปรุงบริการ

ภายในองค์กรมีการสื่อสารกันระหว่างทีมสหสาขาโดยใช้ระบบเวชระเบียนภายนอกองค์กรโดยใช้ระบบ data center และไลน์ในกลุ่มโซเชียลมีการสื่อสารเพื่อรักษาความลับของผู้ป่วยทั้งภายในและภายนอกองค์กรโดยมีการใช้รหัสเช่นการติดเชื้อ HIV จะบันทึกว่า B24 เป็นคำเฉพาะที่รู้จักกันในหน่วยงาน

บทเรียนในการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้น

มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยผ่านศูนย์ส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มีการติดตามการรักษาจาก รพ.แม่ข่าย ดูข้อมูลการรักษาจาก Data center กรณี case รุ่งด่วนที่ไม่สามารถดูจาก data ได้ จะโทรศัพท์ถาม และในโรคที่สำคัญที่ data center เช่น stroke ACS จะมีประสานศูนย์การดูแลต่อเนื่องก่อนเพื่อประสานพื้นที่ในเรื่องการเยี่ยมติดตามที่รวดเร็ว ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

บทเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง

จากการทบทวนการดูแลต่อเนื่องกับเครือข่ายมีการเพิ่มทักษะการดูแลผู้ป่วยเช่นการทำแผลชนิดต่างๆ การดูแลผู้ป่วยที่คอสายสวนและการใส่สายยางให้อาหารทางจมูกและการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นให้กับเจ้าหน้าที่เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น การทบทวนและจัดระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีสหสาขาวิชาชีพมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและญาติและส่งต่อข้อมูลให้กับ จนท.รพ.สต. ดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมทั้งการดูแลในการให้ออกซิเจนและให้ยาระงับปวดการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสภาพด้านการเคลื่อนไหวแก่ จนท. รพ.สต.และอสมเพื่อร่วมในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น stroke / ผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น ทีมผู้ให้บริการสามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องและให้ผลตามเป้าประสงค์เช่นการติดตามเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอดทางโทรศัพท์

ผลการพัฒนาที่สำคัญ

การดูแลผู้ป่วย acute stroke ให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนและกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ โดยการร่วมมือของสหวิชาชีพและเครือข่ายบริการลดจำนวนผู้ป่วยติดเตียงจาก stroke

| มาตรฐาน | Score | ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า |
|----------------------|-------|--|
| 89. การดูแลต่อเนื่อง | 3 | -การพัฒนากระบวนการสารสนเทศของงานเยี่ยมบ้าน |