**III-6 การดูแลต่อเนื่อง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ | | | | | | | | |
| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | | เป้าหมาย | | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพ | | 80 | | 98.63 | 99.26 | 96.77 | 100 | 100 |
| อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยวัณโรค | | 0% | | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| อัตราการรักษาวัณโรคหายขาด | | 100% | | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| อัตราการกินยาต่อเนื่องสม่ำเสมอในผู้ป่วย HIV | | 100% | | 100% | 100% | 97.91% | 96.67% | 98.91% |
| อัตราการเกิด complication of warfarin | | 0% | | N/A | 2.67% | 1.94% | 2.74% | 1.11% |
| **บริบท:** ทีมผู้ให้บริการมีการสร้างความร่วมมือ/ประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ โดยมีการดูแลผู้ป่วยโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมด้วย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วย Stroke ผู้ป่วยติดเตียง และกลุ่มมารดาหลังคลอด  **ระดับการให้บริการ:** เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ระดับทุติยภูมิ  **ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:** มี รพ.สต. จำนวน 11 แห่ง  **ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:**  โรค Stroke ผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลุ่มโรคเรื้อรัง DM HT COPD Warfarin ไตเรื้อรัง STEMI Alcohol withdrawal TB HIV  **กระบวนการ:**  **บทเรียนเกี่ยวกับระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง**   * ระบบการนัดหมายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยใน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย Stroke ผู้ป่วยระยะสุดท้าย Alcohol withdrawal เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากตึกผู้ป่วยในต้องมีการนัดหมายต่อเนื่อง เพื่อมารับการรักษาและเข้าคลินิกดูแลสุขภาพต่อเนื่องหน่วยงานไม่มีระบบติดตามการดูแลต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยขาดนัดหน่วยงาน จึงได้มีการปรับระบบการติดตามผู้ป่วยโดยจัดทำทะเบียนผู้ป่วยนัดและการติดตามมาตรวจตามนัด ถ้าพบผู้ป่วยไม่มาตามนัดให้กำหนดทีมโทรติดตามหรือประสาน รพ.สต. เพื่อติดตามคนไข้มาตรวจตามนัด * ระบบการนัดหมายเพื่อการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยนอก ได้แก่ กลุ่มโรคเรื้อรัง DM HT COPD Warfarin ไตเรื้อรัง STEMI TB HIV มีการจัดระบบการนัดหมายเป็นรายปีในทุกคลินิก เพื่อบริหารจัดการเรื่องของเวลา สถานที่ และบุคลากร กรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัดจะมีการโทรติดตามหลังการขาดนัดไม่เกิน 1 สัปดาห์ ถ้าผู้ป่วยที่โทรติดตามไม่ได้จะมีการประสานถึง รพ.สต. เพื่อติดตามผู้ป่วยมาตรวจตามนัด   **บทเรียนเกี่ยวกับระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย**   * การมีช่องทางให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยให้เบอร์ติดต่อเป็นโรงพยาบาลและต่อถึงคลินิกนั้นๆ * สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉิน โทรติดต่อ 1669 เพื่อให้บริการด้วยความรวดเร็ว * ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษาแล้ว กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับคำปรึกษาหลังจำหน่ายจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร ตามความจำเป็นในการดูแลตนเองในแต่ละโรค * มีระบบการโทรศัพท์ปรึกษาการรักษาระหว่างรพ.สต.กับแพทย์   **บทเรียนเกี่ยวกับความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย**   * มีระบบการส่งต่อข้อมูลจากแผนกผู้ป่วยในให้ Home healthcare ส่งต่อข้อมูลถึง รพ.สต. ที่รับผิดชอบ เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องข้อมูลที่ส่งไม่ได้รับการตอบกลับ * การประสานองค์กรภายนอก (อปท, อบต) มีระบบการประสานเพื่อการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยติดเตียงที่ขาดผู้ดูแลหลักหรือขาดอุปกรณ์ในการดูแล ผลการประสาน อบต. อสม. รพ.สต. ผู้นำชุมชน ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีทั้งเรื่องอุปกรณ์ทางการแพทย์ ของใช้ต่างๆ อสม. ร่วมเรียนรู้ปัญหาผู้ป่วยที่ยังมีอยู่ เช่น การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว   **บทเรียนเกี่ยวกับการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย**   * การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดเตียง ให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วย ผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านถูกต้อง ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ในปี 2558 พบภาวะแทรกซ้อน =46.15% และในปี 2559 =24.24%   **บทเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง**   * ศูนย์เยี่ยมบ้านส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ให้กับ รพ.สต. การส่งต่อข้อมูลให้ รพ.สต. ที่ครบถ้วน สมบูรณ์ รวดเร็ว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมต่อเนื่องที่ถูกต้องเหมาะสม และรวดเร็วขึ้น เช่น Case Stroke การเยี่ยมเร็วและต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการประกอบกิจกรรมประจำวัน (ADL) ดีขึ้น และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในปี 2559 พบค่า ADL ในผู้ป่วย Stroke เพิ่มขึ้น 95.52% * การส่งต่อข้อมูลให้ภาคีเครือข่าย เช่น อสม. อปท. ทำให้เกิดเครือข่ายในการร่วมดูแลโดยคนในชุมชนสามารถดูแลกันได้ มากขึ้น * การนำเสนอข้อมูลที่เน้นปัญหาของผู้ป่วยให้แก่ อปท. ผลทำให้มีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุ เช่น โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และเครือข่ายอำเภอหนองบุญมาก โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ผู้พิการ ทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง   **บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง**   * การมีระบบการทบทวนเวชระเบียน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ และมีการติดตามส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่ต้องดูแลต่อเนื่อง จากการทบทวนเวชระเบียนยังไม่มีข้อมูลสะท้อนถึงการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจนยังไม่มีรูปแบบในการบันทึกข้อมูลระหว่างทีมการดูแลจึงมีการจัดทำแบบบันทึกวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องส่งผลให้การบันทึกมีการสื่อสารให้ทีมรับทราบและมีความสมบูรณ์มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมทุกปัญหา   **บทเรียนในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ**   * การมีทีมเยี่ยมบ้านที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและครอบคลุมปัญหา เช่น มีการจัดตั้งทีมเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในปี 2556 จำนวน 44 ราย ปี 2557 ทีมกายภาพบำบัดมีการดูแลผู้ป่วยที่พิการด้านการเคลื่อนไหว CVA อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน ปี 2555 – 2557 ร้อยละ 95.68, 98.63 และ 99.26 ตามลำดับ * การสร้างเครือข่ายประสานงานกับ รพ.สต. ในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ต้องมีการประเมินการดูแลเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านรวดเร็วขึ้นเช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ขอกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ * จากปัญหาการส่งข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านมีความล่าช้า จึงได้มีการปรับเพิ่มช่องทางการส่งข้อมูล โดยทาง Line ทำให้การส่งข้อมูลรวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านเร็วขึ้น   **บทเรียนในการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้น**   * การติดตามการส่งต่อในแผนกผู้ป่วยในมีการติดตามในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ไข้เลือดออก Stroke ติดตามหลังจากส่งต่อ 24 ชม. พบปัญหาการส่งต่อล่าช้าในผู้ป่วย Stroke ปรับระบบการตามทีมส่งต่อ กำหนดเวลาในการมาของรถ Refer * ในผู้ป่วยแผนกสูติกรรมมีการติดตามหลังการส่งต่อทุกราย พบปัญหาอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ขณะเคลื่อนย้ายขึ้นตึกผู้ป่วย จึงมีการขออนุมัติซื้อเครื่องมือ(เครื่องวัดออกซิเจนเด็ก) ผลการตรวจ Microbilirubin ผิดพลาด (ผลจากโรงพยาบาลมีค่าที่สูงไปถึงโรงพยาบาลมหาราชแล้ว ได้ค่าปกติ) ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมาโดยไม่ต้องรักษา ทำให้เสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงได้มีการทบทวนระบบการตรวจค่า Microbilirubin และการ Calibrate เครื่องมือ * ในผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ติดตามผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วย Fast track, Trauma, Sepsis ผลการติดตามพบว่าผู้ป่วย Fast track, Stroke, STEMI มีการวินิจฉัยผิดพลาด (over Diagnosis) สะท้อนผลการติดตามกับแพทย์เจ้าของไข้ได้รับทราบเพื่อเป็นบทเรียนในการวินิจฉัยครั้งต่อไป   **บทเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง**   * มีการพัฒนาศักยภาพกลุ่มเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Stroke ผู้ป่วยระยะสุดท้าย การดูแลและติดตามผู้ป่วยยาเสพติดทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถเข้าไปดูแลและส่งเสริมให้ผู้ดูแลและ อสม. สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง * การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการตรวจครรภ์และการใช้ยาในหญิงตั้งครรภ์ ของงานอนามัยแม่และเด็ก ให้แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทำให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. สามารถตรวจครรภ์และให้ยาได้ถูกต้องในหญิงตั้งครรภ์   **ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**   * มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลลัพธ์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง100 % * มีระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครอบคลุม * มีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แบบครบวงจร ทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า** | | | | | |
| 1. การดูแลต่อเนื่อง | 3 | | * การประเมินประสิทธิภาพการดูแลต่อเนื่อง * การนำข้อมูลจากการติดตามมาใช้ในการพัฒนาระบบการให้บริการ * การพัฒนาระบบสะท้อนข้อมูลแก่หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง | | | | | |