

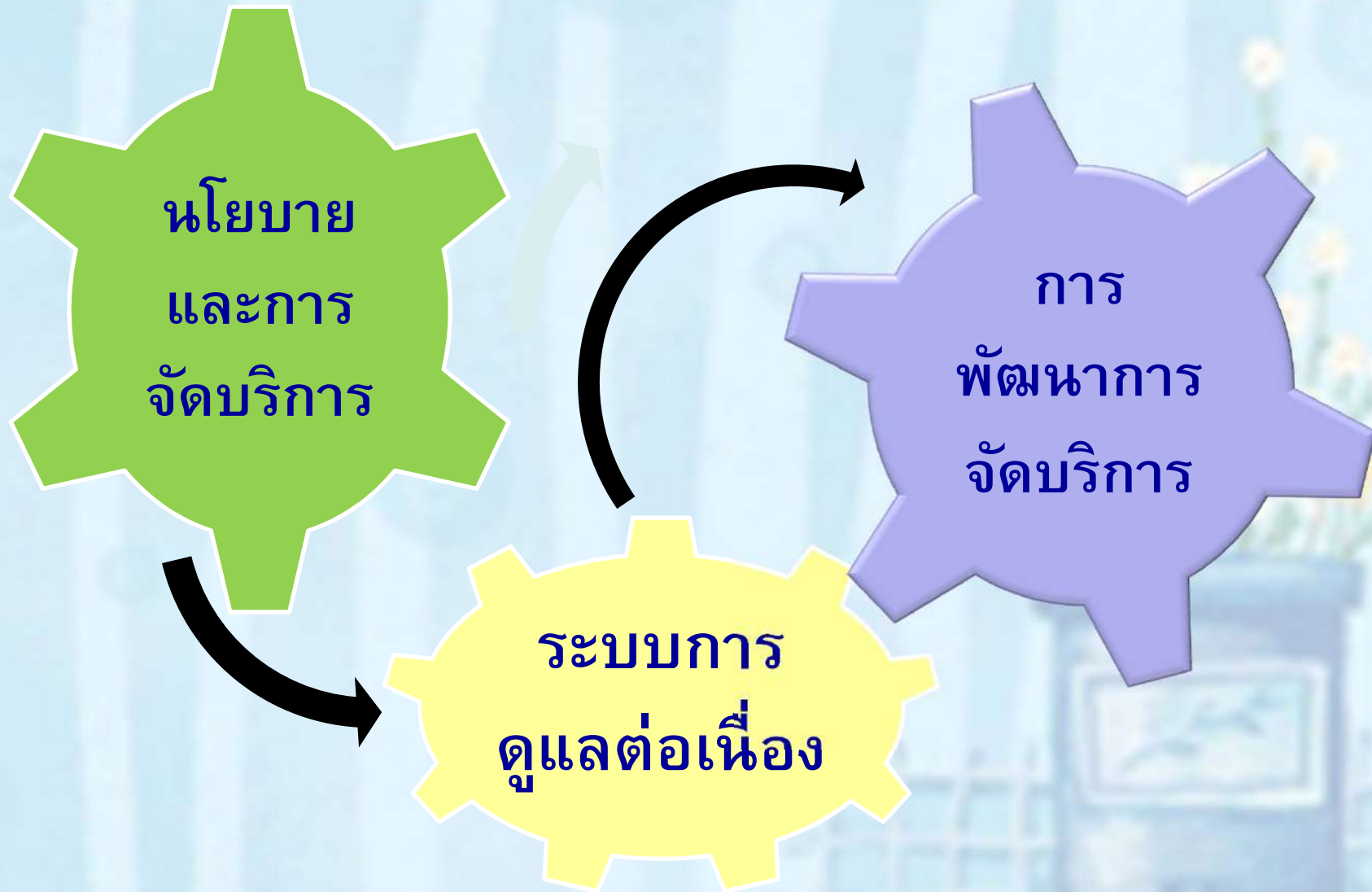
การประเมินผลการพัฒนาระบบการดำเนินงาน
การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care: COC)
จากโรงพยาบาลถึงบ้าน จังหวัดอุดรธานี

คณะผู้วิจัย:

รต.ญ.อมรพรรณ พิมพ์ใจพงศ์, นพ.ประพนธ์ เครือเจริญ,

สุทธิพันธ์ สระทองหน, ประภัสสร งานรุ่งเรือง และคณะ

ความเป็นมาและปัญหา



วัตถุประสงค์

ประเมินผลการ
ดำเนินงานตามแนว
ทางการพัฒนาการ
จัดบริการการดูแล
ต่อเนื่อง

วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค
และโอกาสพัฒนาของ
การจัดบริการการดูแล
ต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมาย

ศูนย์ดูแล
ต่อเนื่อง 18 แห่ง

- โรงพยาบาลอุดรธานี
- โรงพยาบาลชุมชน

รพ.สต.
51 แห่ง

- ขนาดใหญ่
- ต้นแบบ

วิธีการศึกษา/วิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study)

ใช้แนวคำถามและแบบเก็บรวบรวมข้อมูลที่คณะผู้ศึกษา
จัดทำขึ้น

การเก็บข้อมูล

พัฒนาแนวคำถามในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการ
สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม รวมทั้งแบบเก็บ
ข้อมูลตามตัวชี้วัดที่ได้ตกลงร่วมกันระดับจังหวัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิง ปริมาณ

- ความถี่ ร้อยละ
- ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

ข้อมูลเชิง คุณภาพ

- ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Data triangulation)
- วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

ศูนย์ดูแลต่อเนืองของโรงพยาบาลทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

1. กำหนดเขตหมู่บ้านให้เป็นขอบเขตของ ward และมีครัวเรือนเป็น
เพียง
2. มีการกำหนดแบ่งประเภทเตียงของผู้ป่วยทั้งในรพ. และรพ.สต.
3. มีการจัดลำดับความสำคัญในการติดตามเยี่ยม และกำหนด
ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยตามประเภทเตียง
4. มีการวางระบบการวางแผนจำหน่าย ประสานความร่วมมือ ประสาน
การเยี่ยม และการส่งต่อข้อมูล

ผลการศึกษา(ต่อ)

ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของโรงพยาบาลทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

- มีการจำแนกประเภทผู้ป่วย/กลุ่มผู้ป่วย เพื่อจัดทีมให้บริการการดูแลต่อเนื่อง ตามข้อบ่งชี้ที่ PCT กำหนดร่วมกัน
- มีการออกแบบระบบติดตามเยี่ยมบ้าน
- มีการสะท้อนข้อมูลผลการติดตาม/ดูแลผู้ป่วยในชุมชน
 - เติ่งประเภท 3 รวมทั้งผู้ป่วยส่งต่อ

ข้อจำกัด

- ความครอบคลุมของการตอบกลับ (ร้อยละ 60)

ผลการศึกษา (ต่อ)

ศูนย์ดูแลต่อเนืองของโรงพยาบาลทุกแห่ง (ร้อยละ 100)

- มีการสรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และปัญหา ตัวชี้วัด พร้อมสรุปผลการดำเนินงาน รวมถึงการคืนข้อมูล (ร้อยละ 72.9)

- มีการจัดทำฐานข้อมูลเกี่ยวกับระบบ/กระบวนการดูแลผู้ป่วยต่อเนือง ในกลุ่มโรคที่สำคัญ 5 อันดับแรก

1) เบาหวาน 2) ความดันโลหิตสูง 3) วัณโรค 4) COPD และ 5) โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง

ผลการศึกษา (ต่อ)

ประเด็นการดำเนินการบรรลุตามตัวชี้วัดของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง พบว่า

1. ผู้ป่วยเตียงประเภท 3 ทุกสาย (ร้อยละ 100) ได้รับการวางแผนจำหน่ายและส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้าน (ภายใน 1-2 สัปดาห์)

ข้อจำกัด ความทันเวลา เฉลี่ย 80% (63% ถึง 95%)

2. ผู้ป่วยเตียงประเภท 3 ทุกสาย (ร้อยละ 100) ได้รับการวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการตอบกลับผลการเยี่ยมบ้าน ภายใน 1 เดือน (ร้อยละ 70)

3. กลุ่มผู้ป่วย Palliative care ทุกสาย (ร้อยละ 100) ได้รับการส่งต่อตามมาตรฐานการให้บริการ (ร้อยละ 80)

ข้อจำกัด แนวทางและรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้

ผลการศึกษา (ต่อ)

ประเด็นการดำเนินการบรรลุตามตัวชี้วัดของศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

1. การเกิดปัญหาสุขภาพที่รุนแรงเพิ่มขึ้น ร้อยละ 16.7 (ไม่เกินร้อยละ 10) ปัญหาส่วนใหญ่ เกี่ยวกับ ข้อติด Aspirate Pneumonia และ แผลกดทับ
2. **Un-plan Re-admission** ภายใน 28 วัน ด้วยโรคและอาการเดิม ร้อยละ 10 (ไม่เกิน ร้อยละ 5)
3. ผู้ใช้บริการในชุมชนของระบบการดูแลต่อเนื่องมีความพึงพอใจ ร้อยละ 85.7 (มากกว่าร้อยละ 90)

สิ่งที่ได้จากการศึกษา

1. กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
2. การส่งต่อเพื่อรับการดูแลรักษาต่อเนื่องจาก รพศ. ไปที่ รพช.
3. การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเองที่บ้าน
4. ระบบการให้คำปรึกษา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

นโยบาย



การทำงานในรูปแบบ “เครือข่าย”

โอกาสพัฒนา

- การประสานความพร้อมของ รพช.
- การประเมินทักษะของผู้ป่วย/ผู้ดูแล
- แบบบันทึกในการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
- ระบบข้อมูลสารสนเทศของการดูแลต่อเนือง
- การติดตาม ประเมินผลอย่างเป็นระบบและต่อเนือง

สำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. ประเมินประสิทธิผลของระบบย่อยในการดูแลต่อเนื่อง
2. ปัจจัยสำเร็จของการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่