

AMBULANCE

ผลงานวิชาการ ระบบรับส่งต่อผู้ป่วย

ปี พ.ศ. 2564



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ผลงานวิชาการ ระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2564



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข



ผลงานวิชาการระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ปี พ.ศ. 2564

ที่ปรึกษา

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข (นายแพทย์ธงชัย กีรติหัตถยากร)

ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข (นายแพทย์กรฤกษ์ ลิ้มสมมุติ)

ผู้เขียน

คณะกรรมการด้านการพัฒนาและจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์รัชพงษ์ เวียงเจริญ

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

นางเกวลิณ ชื่นเจริญสุข

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

นายแพทย์ชาติชาย คล้ายสุบรรณ

รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายแพทย์จรัส สิงห์แก้ว

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จังหวัดเชียงใหม่

นายแพทย์ศันยวิทย์ พิงประเสริฐ

โรงพยาบาลชัยภูมิ

แพทย์หญิงจินตนา คำภักดิ์

โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ประภาพร สุวรัตน์ชัย

โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.มณฑนา ศิลป์พันธุ์

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

นายสุรัตน์ สุขสว่าง

โรงพยาบาลวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นางทิวา ศรีม่วงอ่อน

โรงพยาบาลสระบุรี

ดร.กัญญ์ณพัชร์ ศรีทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

ร.ต.อ.หญิง ยุรีพรรณ วนิชโยบล

กองการพยาบาล

นางสาวโคกิชฐ์ สุวรรณเกษาวงษ์

กองการพยาบาล

ดร.อรรธยา อมรพรหมภักดิ์

กองการพยาบาล

นางณัฐฉิมา รังสินธุ์

กองบริหารการสาธารณสุข

นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม

กองบริหารการสาธารณสุข

ผู้ประสานงาน

นางณัฐฉิมา รังสินธุ์

กองบริหารการสาธารณสุข

นางสาวธนวรรณ น้อยเกษม

กองบริหารการสาธารณสุข

จัดพิมพ์และเผยแพร่ :

กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

พิมพ์ที่

บริษัท บอห์น ทู บี พับลิชซิง จำกัด

53/1 หมู่ 7 ถนนสวนหลวงร่วมใจ ตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทรสาคร 74110

โทรศัพท์ 0 2813 7378 โทรสาร 0 2813 7378

ปีที่พิมพ์ : 2564

จำนวน : 1,300 เล่ม

ISBN : 978-616-11-4786-0

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายพัฒนาระบบบริการ โดยมีกรอบแนวคิดเครือข่ายไร้รอยต่อ ตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ ระดับตติยภูมิ รวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูง มีการเชื่อมโยงระบบบริการด้วยระบบส่งต่อผู้ป่วย และการจัดให้มีโรงพยาบาลรับส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถใช้ทรัพยากรร่วมกันภายในเครือข่ายที่มีอย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพสูงสุด มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการและคุณภาพบริการการรับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างการรับส่งต่อไปรับการรักษาที่เหมาะสมตามศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับอย่างมีคุณภาพ และปลอดภัย ลดการปฏิเสธการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงสามารถเชื่อมประสานการดูแลผู้ป่วยกันเป็นเครือข่ายตามบริบทของแต่ละพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ กองบริหารการสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบบริการและการพัฒนาบุคลากรในการรับส่งต่อผู้ป่วย จึงได้รวบรวมผลงานวิชาการและนวัตกรรม รวมถึงภาพถ่ายประทับใจในการดำเนินงานการรับส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 12 เขตสุขภาพ และจัดทำเป็นหนังสือผลงานวิชาการระบบรับส่งต่อผู้ป่วย (Referral System) ปี พ.ศ. 2564 โดยมีผลงานวิชาการและนวัตกรรมจำนวนทั้งสิ้น 48 เรื่อง แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การรับการส่งต่อ (Refer in) 24 เรื่อง การส่งต่อ (Refer out) 9 เรื่อง การส่งกลับ (Refer back) 9 เรื่อง การรับกลับ (Refer receive) 2 เรื่อง การขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation) 3 เรื่อง การควบคุมกำกับปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกลในระบบส่งต่อ (Online Medical Oversight) 1 เรื่อง และผลงานภาพถ่ายประทับใจ 8 ภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วยของสถานพยาบาล รวมถึงสร้างความภาคภูมิใจของบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านการรับส่งต่อผู้ป่วย และเผยแพร่ผลงานเป็นที่ประจักษ์

คณะผู้จัดทำ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิชาการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยเล่มนี้ จะมีประโยชน์และเป็นแนวทางพัฒนาระบบบริการและการบริหารจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยตามบริบทของแต่ละพื้นที่ นำไปสู่การพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพตามบริบทของพื้นที่ อันจะเกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างสูงสุดต่อไป

คณะผู้จัดทำ
กรกฎาคม 2564

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
ประเภทผลงานวิชาการ	
ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการรับส่งต่อ (Refer in)	1
▶ การจัดระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยไทยจากประเทศมาเลเซีย แบบ New normal ในช่วงสถานการณ์ Covid-19 โรงพยาบาลสุโขทัย-โก-ลก จังหวัดนครราชสีมา	1
▶ SMART REFER : STROKE FAST TRACK	5
▶ การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer in จากโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 3	7
▶ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ Remote area	9
▶ Sky doctor All Areas ผู้รับบริการปลอดภัย ใส่ใจทุกพื้นที่	11
▶ แนวทางการรับผู้ป่วย แบบ FENS ของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย	13
▶ Stroke Fast Track แตกตีบตัน ไม่หวั่นไหว มั่นใจใน Refer	15
▶ ปักหมุด หยุดโควิด	17
▶ Safety For All	20
▶ การพัฒนาระบบรับส่งต่อ (Refer in) ผู้ป่วยโรคลมร้อน (Heat Stroke) ในกลุ่มผู้ป่วยทหารใหม่ในพื้นที่กองพลทหารราบที่ 9 จังหวัดกาญจนบุรี	22
▶ การพัฒนาระบบการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ จังหวัดฉะเชิงเทรา	24
▶ การพัฒนาแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า	27
▶ พัฒนาลดความแออัดในโรงพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยสลายนิ่ว โดยเลียนแบบ One Day Surgery	30
▶ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อลดการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด	32
▶ ระบบรับส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพไร้รอยต่อ	34
▶ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อการตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	37
▶ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย	39
▶ การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Refer in Stroke แบบบูรณาการเครือข่าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน	41
▶ ผลของการใช้ระบบนัดล่วงหน้าผู้ป่วยนอกรายใหม่ของจังหวัดบุรีรัมย์ต่อการมาพบแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลบุรีรัมย์	43
▶ ช่วยคนละมือ ส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุพันวิฤต รอดชีวิต ทุกทีม (ต้นทาง - ปลายทาง) ภูมิใจ	45
▶ การพัฒนารูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ของจังหวัดภูเก็ต	48
▶ โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยนอกและระบบนัดหมายล่วงหน้าของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี	50

สารบัญ

	หน้า
▶ Refer in and EMS system : we are stronger together	52
▶ นวัตกรรมระบบการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อของ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และเครือข่ายในจังหวัดสงขลา	53
ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการส่งต่อ (Refer out)	55
▶ การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย	55
▶ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI เพื่อส่งต่อเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ของหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา	58
▶ การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลหาดใหญ่	61
▶ Refer 3 บาง Model	65
▶ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินขณะส่งต่อ ในบริบทโรงพยาบาลมหาสารคาม	67
▶ Super model referral system warfarin clinic	68
▶ การพัฒนาระบบบริการการรับ - ส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนบุรีและเครือข่ายบริการ	70
▶ การพัฒนาคุณภาพระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน	72
▶ การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track โรงพยาบาลสะบ้าย้อย อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา	75
ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการส่งกลับ (Refer back)	77
▶ การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (Refer back) ในบริบทโรงพยาบาลมหาสารคามและเครือข่าย	77
▶ การพัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยส่งกลับผ่านใบส่งต่อด้านการพยาบาล (ใบ Refer's Nurse)	80
▶ พัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย	82
▶ การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer back จากโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ 3	85
▶ การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนือง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างปลอดภัย โรงพยาบาลขอนแก่น	88
▶ การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจกลับโรงพยาบาลชุมชน	90
▶ การพัฒนาปรับปรุงระบบส่งกลับผู้ป่วย (Refer back) อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์	92
▶ ผลของการใช้พันธมิตรรถพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อระยะเวลาการกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านของโรงพยาบาลบุรีรัมย์	94
▶ เพิ่มยอด Refer back โดยการขยายเวลา Refer back	96

สารบัญ

	หน้า
ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการรับกลับ (Refer receive)	98
▶ การพัฒนารูปแบบการรับกลับผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านกรวด	98
▶ เชื่อมประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงบ้านคนไข้ด้วยระบบ Tele-medical Referral system	100
ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation)	103
▶ ผลการพัฒนากระบวนการขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI เครือข่าย จังหวัดนครศรีธรรมราช	103
▶ การใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพ ติดตามอาการผู้ป่วยและให้คำปรึกษาแก่พยาบาล ระหว่างส่งต่อเพื่อเสริมศักยภาพ สร้างความมั่นใจ และเกิดความปลอดภัยในการส่งต่อ	105
▶ ใส่ใจไปส่งต่อ ถักทอเป็นเครือข่าย	107
ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกล ในระบบส่งต่อ (Online Medical Oversight)	109
▶ การส่งต่อกับระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical control) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา	109
ประเภทผลงานภาพถ่ายประทับใจ	111
▶ ส่งต่อด้วยหัวใจ ผู้รับบริการปลอดภัย ใส่ใจทุกพื้นที่	111
▶ I Survived : ฉันคือผู้รอด	111
▶ รวมพลังเรา ส่งต่อเขาด้วยหัวใจ	112
▶ ใจสู้ใจ ไร้รอยต่อ	112
▶ เครือข่ายจังหวัดสุรินทร์ รับส่งต่ออย่างไร ให้ห่างไกล Covid - 19	113
▶ ถึงไหน - ถึงกัน	113
▶ ทีมค้นหาและประสานส่งต่อคุณยาย 69 ปี ที่พลัดหลงป่าดงใหญ่	114
▶ งานไม่หยุด ส่งต่อไม่พลาด แม้ช่วง Covid คนไข้จะปลอดภัยเสมอ	114

ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการรับบริการส่งต่อ (Refer in)



การจัดระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยไทยจากประเทศมาเลเซีย แบบ New normal ในช่วงสถานการณ์ Covid - 19 โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส

นายแพทย์จรัสวิทย์ ปลื้มเปรมจิตร และนางสาวสุตานันท์ แสงกาศนีย์
โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดนราธิวาส มีแนวเขตแดนที่ติดกับรัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย มีด่านที่สำคัญ 3 ด่าน คือ สุโขทัย-ลก ตากใบและบูเกเตตา ดังนั้นการเดินทาง การทำงานระหว่างประชาชน 2 ประเทศ จึงมีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะด้านอำเภอสุโขทัย-ลก ในการทำงานด้านสาธารณสุขนั้น ภายใต้ความร่วมมือสาธารณสุขชายแดนไทย (Border health) เพื่อส่งเสริมให้เกิดการประสานความร่วมมือในการดำเนินการด้านสาธารณสุขชายแดน และเกิดประโยชน์แก่ประชาชนทั้งสองประเทศ รอยต่อของชายแดนไทย มาเลเซียที่ต้องการให้การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของประชาชนที่ข้ามแดนนั้น พบปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขและการแพทย์ ภายใต้การหารือและกำหนดแนวทางร่วมกันระหว่างส่วนหนึ่งของชายแดนสามจังหวัดชายแดนใต้ จึงกำหนดให้สองโรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนราธิวาส ประเทศไทย และโรงพยาบาล RAJA Perempuan Zainab II เมืองโกตาบารู รัฐกลันตัน ประเทศมาเลเซีย มีการร่วมกำหนดแนวทางและดำเนินการตั้งแต่ปี 2561 ที่เข้าตามระบบที่กำหนดในข้อตกลงและแนวทางที่กำหนดตั้งข้อมูลตามตาราง

ปี พ.ศ.	รับจากประเทศมาเลเซีย	ส่งกลับประเทศมาเลเซีย
2561	15	9
2562	7	6

ที่มาของข้อมูล : ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก

ในสถานการณ์ Covid - 19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 แม้สถานการณ์ทำให้มีการปิดชายแดนระหว่างไทยมาเลเซีย และมีการควบคุมในการผ่านแดนมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการส่งผู้ป่วยข้ามแดน มีการปรับระบบคัดแยกผู้ป่วยในการรับเข้าโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ทั้งโรงพยาบาลสุโขทัย-ลก และโรงพยาบาล RAJA Perempuan Zainab II ยังคงมีการรับส่งผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีการปิดพรมแดนจากสถานการณ์ Covid - 19 ดังนั้นทั้งคนไทยและต่างชาติจึงใช้ช่องทางเดินทางธรรมชาติในการข้ามแดน การดำเนินงานทั้งตรวจคนเข้าเมือง ด้านศุลกากร ตำรวจ ปกครองและสาธารณสุข จึงต้องปรับระบบการทำงาน

ดังนั้นภายใต้สถานการณ์ที่มีการระบาด 2 ระลอกในปี 2563 งานสาธารณสุขที่ต้องมีการปรับแนวทาง ทำให้มีการปรับระบบการรับผู้ป่วยจากการส่งต่อระหว่างประเทศ และการส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวไปยังส่วนต่างๆ ของประเทศ เพื่อให้เกิดการประสานงานที่ดี และเกิดประโยชน์สูงสุดเมื่อต้องรับผู้ป่วยจากด่านชายแดนและการส่งต่อจากประเทศมาเลเซีย

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาการวางรูปแบบการรับส่งต่อในสถานการณ์ Covid - 19 ของคนที่มาจากประเทศมาเลเซีย
2. เพื่อประสานการรักษาต่อเนื่องของผู้ป่วยที่ข้ามแดนประเทศมาเลเซียไปยังภูมิภาคอื่น

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. การนำแนวทางการส่งต่อเดิม (แผนภูมิแนวทางการส่งต่อ ภาพที่ 1) ปรับเปลี่ยน แนวทางพร้อมสื่อสารไปยังประเทศมาเลเซียและภายในจังหวัด (แผนภูมิแนวทางการส่งต่อ ภาพที่ 2) ตั้งแต่ มีนาคม 2563 มีการส่งต่อยัง Cohort Hospital ภายในจังหวัดนราธิวาส ตามที่กำหนด
2. แนวทางการสื่อสารมีการใช้ Social Media ที่แพร่หลาย โดยกำหนด
 - 2.1 การใช้ What App application ในการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ระหว่างประเทศ
 - 2.2 การใช้ Line Application ในการสื่อสารภายในประเทศไทย
3. กำหนดการเก็บข้อมูลทั่วไปและการติดตามผลการรักษาใน 24 ชั่วโมง ในผู้ป่วยทุกรายที่เป็นกลุ่ม PUI ข้ามแดนจากประเทศมาเลเซีย ติดตามหลังรับเข้ารับรักษาในแต่ละแห่งของผู้รับบริการ โดยใช้ความถี่และร้อยละ
4. ปลายปี พ.ศ. 2563 ในช่วงสถานการณ์ Covid - 19 ระลอก 2 เดือนธันวาคม 2563 มีการปรับระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ภายใต้ New Normal ของการส่งต่อ มีการปรับการดำเนินการเป็น CQI รอบที่ 2 ของการพัฒนาจนนำมาใช้ตามมาตรฐานของการส่งต่อระหว่างประเทศ (แผนภูมิแนวทางการส่งต่อ ภาพที่ 3) และไม่มี Cohort Hospital ในจังหวัด
 - 4.1 การให้ข้อมูลการติดเชื้อระหว่างผู้รับและผู้ส่งต่อทั้งต้นทางและปลายทางเกิดความต่อเนื่องของการควบคุมและดูแลผู้ป่วย โดยใช้ Quarantine ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การกำหนดจุดรับส่ง การใช้ PPE
 - 4.2 การควบคุมการทำงาน ภายใต้หลักการแนวทางที่ปฏิบัติ การเก็บข้อมูลใช้ระบบเดิม

+ ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปในการรับผู้ป่วยจากประเทศมาเลเซีย (เมษายน 2563 ถึง 21 มีนาคม 2564)

เส้นทาง	จำนวนคนข้ามแดน	คนนราธิวาส	คนจังหวัดอื่นๆ	ผลการคัดกรองรวมก่อนส่งต่อ		
				แดง	เหลือง	เขียว
ถูกกฎหมาย	5,886	2,118	3,768	99	5,454	333
ผิดกฎหมาย	3,984	1,697	2,287	58	3,197	729

ที่มาของข้อมูล : ด่านตรวจคนเข้าเมือง อำเภอสุไหงโก-ลก จังหวัดนราธิวาส

ตารางที่ 2 ข้อมูลการรับผู้ป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลสุไหงโก-ลก (เมษายน 2563 ถึง 21 มีนาคม 2564)

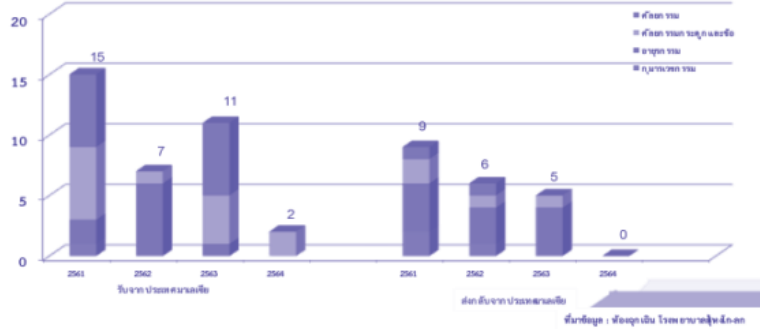
ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย PUI ทั้งหมดที่รับรักษาจากการข้ามแดน		ผู้ป่วย Covid-19 ที่พบจากการข้ามแดน		จำนวนที่รับรักษาจากการข้ามแดน		ผู้ป่วยที่ส่ง Cohort Hospital		จำนวนที่ส่งต่อต่างจังหวัดใน 4 จังหวัดชายแดน กลับภูมิลำเนา/ประเทศ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2563	326	5.54	2	0.61	2	100	2	100	0	0
2564	114	2.86	18	15.79	18	100	0	0	18	100

ที่มาของข้อมูล : โรงพยาบาลสุไหงโก-ลก

ศูนย์ส่งต่อระหว่างประเทศ โรงพยาบาลสุโขทัย



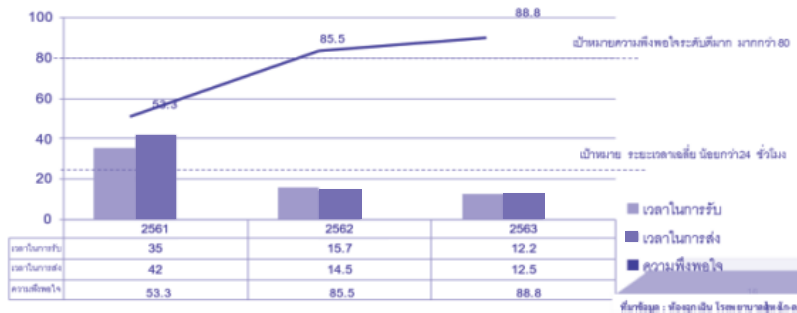
แผนภูมิ จำนวนผู้ป่วยรับส่งต่อระหว่างประเทศ แยกรายสาขา ปี 2561- 2564 (2 ไตรมาส)



ศูนย์ส่งต่อระหว่างประเทศ โรงพยาบาลสุโขทัย



แผนภูมิ ระยะเวลาเฉลี่ย การรับและส่งผู้ป่วยระหว่างประเทศไทยและมาเลเซีย ชายแดนสุโขทัย-อินโดนีเซีย และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการในระดับดีมาก ปี 2561 - 2563



+ อภิปรายผล

การกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ควบคุมการติดตามกำกับที่ชัดเจน จะทำให้สามารถควบคุมการทำงานได้ และสามารถควบคุมคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงตามระดับกำหนดการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยกลับภูมิลำเนาตามความเหมาะสมของเวลาในการรักษาและกักตัวในกลุ่มที่มีภาวะโรคแล้วต้องรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการทุเลาหรือพ้นเวลากักตัว โรงพยาบาลสุโขทัย-ลกจัดส่งได้ตามแนวทางที่กำหนด

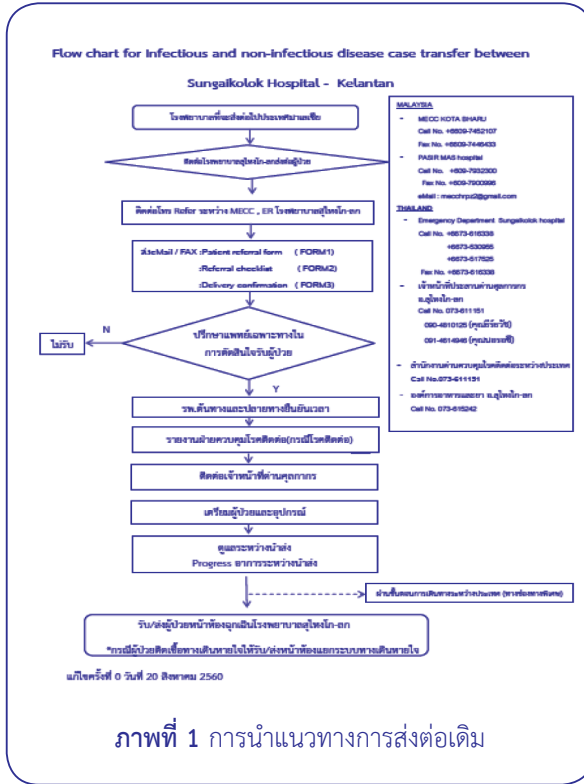
หากเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข มีความจำเป็นในการสื่อสารจนเป็นที่เข้าใจและหาทางออก ร่วมกันในการทำงาน เพื่อลดอุปสรรคในการส่งต่อและลดภาระการครบช่วงเวลาในการรักษา

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

1. การทำความเข้าใจ การสื่อสาร การประสานงานในการปรับเปลี่ยนแนวทางที่ทำงานร่วมกันทั้งในและนอกโรงพยาบาล
2. ระบบ EMS และระบบส่งต่อ สามารถควบคุมและดำเนินการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในสถานการณ์ Covid-19 ดำเนินการต่อให้เกิดความสำเร็จ โดยเฉพาะการจัดการด้านควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ทั้งนี้ต้องอาศัยการควบคุมกำกับภายใต้การปรับเปลี่ยนแนวทางตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ต้องติดตาม

3. การสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชาในการทำงาน ตลอดจนสัมพันธ์ภาพที่ดี ระหว่างหน่วยงานองค์กรและระหว่างประเทศ เพื่อลดอุปสรรคในการทำงาน
4. ติดตามผลการรักษากลุ่มผู้ป่วยที่ส่งต่อ โดยเฉพาะกลุ่มคนไทยที่ทำงานต่างแดน เพื่อติดตามสภาวะหลังเจ็บป่วย

⊕ ภาพประกอบแนวทางต่างๆ





SMART REFER : STROKE FAST TRACK

นายแพทย์วัชร วรริตยาภรณ์ และนางสาวจุก สุวรรณโณ
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

เป็นที่ทราบกันดีว่าทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลาที่จำกัด คือ ภายใน 4.5 ชั่วโมง หรือเพียงแค่ 270 นาที ซึ่งระยะเวลาดังกล่าว เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติทางระบบประสาทแบบเฉียบพลัน ร่วมกับระยะเวลาเดินทางจากบ้านมาที่โรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาเดินทางระหว่างโรงพยาบาล รวมถึงเวลาที่โรงพยาบาลปลายทางดูแลผู้ป่วยจนถึงได้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ (Door to needle time) ซึ่งทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรอดพ้นเฉียบพลันเข้าถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้เพียงร้อยละ 30

โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นโรงพยาบาลศูนย์ที่รับผิดชอบดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจาก 9 อำเภอ ในจังหวัดสงขลา การส่งต่อผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองแบบเดิม จะเริ่มจากโรงพยาบาลชุมชน โทรมาปรึกษาแพทย์ประจำบ้าน/อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา โรงพยาบาลหาดใหญ่ จากนั้นผู้ป่วยจะถูกส่งทางรถฉุกเฉิน เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลหาดใหญ่ จะถูกส่งตัวไปที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อประเมินอาการ ชักประวัติ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จากนั้นจะส่งไปยังศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง

ตามข้อมูลระยะเวลาให้ยาเฉลี่ยที่โรงพยาบาลหาดใหญ่ ในปี 2561 อยู่ที่ 47.35 นาที และเวลาประมาณ 20-30 นาที จะอยู่ที่ห้องฉุกเฉิน ดังที่กล่าวมาแล้วเป็นเหตุให้จำนวนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลชุมชนเข้าถึงการรักษาได้จำกัด

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพิ่มอัตราการเข้าถึงทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันที่โรงพยาบาลหาดใหญ่

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตันเฉียบพลัน มีอาการของโรคหลอดเลือดสมองภายใน 4.5 ชั่วโมง และไม่มีข้อห้ามสำหรับการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2562 - ตุลาคม 2563 จำนวน 149 ราย

⊕ การดำเนินการ

1) สำรวจปัญหา : จัดประชุมทีมโรคหลอดเลือดสมอง ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่วางแผนมาตรการรับส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจากโรงพยาบาลชุมชน 2) ออกแบบการดูแลผู้ป่วยระบบ Stroke Fast Track: จัดทำ Line : Hatyai Stroke Fast Track 3) นำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระบบ Stroke Fast Track ไปใช้ : จัดประชุมโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย เพื่อพูดคุยปัญหา และให้แนวทางการดูแลส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากโรงพยาบาลชุมชน เริ่มใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง ผ่านทาง Line : Hatyai Stroke Fast Track 4) ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยระบบ Stroke Fast Track เพื่อพัฒนาระบบ 5) สรุปผลการดูแลผู้ป่วยระบบ Stroke Fast Track

⊕ วิธีการ

1. เมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย ที่สามารถเข้าถึงทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้ แพทย์/พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนจะส่งข้อมูลผู้ป่วย อาการ บัตรประชาชน ผ่านทาง Line : Hatyai Stroke Fast Track

2. โรงพยาบาลชุมชนสามารถนำผู้ป่วยขึ้นรถฉุกเฉินและนำส่งได้ทันที ระหว่างที่ผู้ป่วยเดินทางมาโรงพยาบาล ใหญ่ ให้แพทย์โรงพยาบาลชุมชน โทรประสานงานกับแพทย์เวรประจำบ้านอายุรกรรม โรงพยาบาลใหญ่

3. ระหว่างเดินทางพยาบาลบนรถฉุกเฉินจะดูอาการ รวมถึงตรวจวัดสัญญาณชีพเป็นระยะ และเมื่อผู้ป่วยเดินทางถึงจุดที่กำหนด (Check point) (เป็นจุดที่ใช้เวลาเดินทางถึงโรงพยาบาลอีก 10-15 นาที) ถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงที่แย่ง จะติดต่อประสานงานมาที่ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลใหญ่ เพื่อประสานผู้ป่วยเข้าห้องฉุกเฉิน เมื่อมาถึงโรงพยาบาลใหญ่

4. ในกรณีผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) จากโรงพยาบาลชุมชน มีระดับการรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) มากกว่า 8 ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 90-220 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) อยู่ระหว่าง 60-120 มิลลิเมตรปรอท จะไม่ผ่านห้องฉุกเฉิน เมื่อรถฉุกเฉินจากโรงพยาบาลชุมชนมาถึงโรงพยาบาลใหญ่ ผู้ป่วยจะไม่เข้าห้องฉุกเฉิน จะถูกส่งตรงมาที่ห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT Scan) และจะมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองไปรอรับ

5. ในกรณีผู้ป่วยทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) จากโรงพยาบาลชุมชน ใส่ท่อช่วยหายใจ มีระดับการรู้สึกตัว (Glasgow Coma Score) น้อยกว่า 8 หรือเปลี่ยนแปลงขี้มลระหว่างเดินทาง ระดับความดันโลหิตตัวบน (Systolic Blood Pressure) น้อยกว่า 90 หรือมากกว่า 220 มิลลิเมตรปรอท และระดับความดันโลหิตตัวล่าง (Diastolic Blood Pressure) น้อยกว่า 60 หรือมากกว่า 120 มิลลิเมตรปรอท จะถูกส่งผ่านห้องฉุกเฉินตามระบบเดิม

6. ระหว่างเดินทางโรงพยาบาลต้นทางจะส่งข้อมูลผู้ป่วย เพื่อทำบัตรผู้ป่วยที่โรงพยาบาลใหญ่ และส่งข้อมูล ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็นตามมาใน Line เพื่อลดเวลารอผลเลือดที่โรงพยาบาลใหญ่

ผลการศึกษา

จากการดำเนินการ Line SFT พบว่า สามารถลดระยะเวลาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลใหญ่ ได้อย่างชัดเจนเฉลี่ยลดลงจาก 47.35 นาที ในปี 2561 และ 42 นาที ในปี 2562 ลดลงเหลือ 36.69 โดยในระหว่าง เดือนกันยายน 2562-กันยายน 2563 มีผู้ป่วยเข้าทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง มาที่โรงพยาบาลใหญ่จำนวน 84 ราย และส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย จำนวน 64 ราย พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (DNT) คือ 45.58 และ 26.59 นาทีตามลำดับ ซึ่งเวลาที่เร็วที่สุดที่เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาล คือ 8 นาที

อภิปรายผล

การพัฒนา “SMART REFER : STROKE FAST TRACK” โดยใช้ Line เป็นช่องทางด่วนในการติดต่อเพื่อส่งข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีประสิทธิภาพ ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลา และลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นลงอย่างชัดเจน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การที่ทีมดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลใหญ่และทางโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย ใช้ระบบ Line Refer สามารถลดระยะเวลาการให้ยาละลายลิ่มเลือด (DNT) ลดลงได้ ทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน จากโรงพยาบาลชุมชนสามารถเข้าถึงบริการทางด่วนโรคหลอดเลือดสมองได้มากขึ้น



การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer in จากโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตสุขภาพที่ 3

นางปาริณท์ คงสมบุญ และนางสมศรี เขียวอ่อน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ระบบส่งต่อเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) โดยมุ่งเน้นพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ รวมถึงการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง การสร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงในระดับจังหวัดและภายในเขตสุขภาพ

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อน และเป็นศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วยของเขตสุขภาพที่ 3 จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาจะมีการส่งต่อประสานผ่านศูนย์ Refer เฉพาะผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินเท่านั้น ซึ่งในกรณีผู้ป่วยที่ไม่วิกฤตฉุกเฉินยังขาดระบบการส่งต่อประสานผ่านศูนย์ Refer ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่วิกฤตฉุกเฉินที่มารับบริการไม่ได้รับการตรวจตรงกับวันที่แพทย์เฉพาะทางออกตรวจ ใช้ระยะเวลารอรับบริการตรวจเป็นเวลานาน มีผู้ป่วยที่ไม่วิกฤตฉุกเฉินถูกส่งต่อมารับบริการจำนวนมากในแต่ละวัน ทำให้เกิดความแออัดและผู้ป่วยต้องเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาระบบ Refer in อย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ มีการดำเนินงานที่ประสานกันเป็นทีม และการนำเทคโนโลยีที่เหมาะสมมาใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและจำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีจำนวนมาก ให้ได้รับการบริการที่ตรงกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยที่รวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสม



วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาระบบ Refer in ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 3 มารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาระบบ Refer in ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 3 ในกลุ่มผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน ได้แก่ ระยะเวลาการเข้าตรวจถึงระยะเวลาที่รับยา จำนวนผู้ใช้ระบบการนัด ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจ และความพึงพอใจต่อระบบการนัดออนไลน์



วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรเป็นผู้รับบริการผ่านระบบนัดออนไลน์ในช่วงเดือนตุลาคม 2562- พฤษภาคม 2563 จำนวน 5,913 คน เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 31 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือระบบการส่งต่อ โปรแกรมระบบ 3 Refer และคู่มือการใช้โปรแกรม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และระบบแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ร้อยละ



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทำการวิเคราะห์และออกแบบระบบการส่งต่อจากกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ดูแลระบบ ฝ่ายไอที แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ ประจำหน่วยประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วย
2. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 1) กระบวนการรับแจ้ง

และประสานงานผ่านระบบออนไลน์ 2) กระบวนการตรวจสอบข้อมูล 3) กระบวนการประเมินผู้ป่วย 4) กระบวนการประสานการรับผู้ป่วยและแจ้งกลับ

3. พัฒนาโปรแกรมระบบ 3 Refer เพื่อใช้จัดการระบบข้อมูลสารสนเทศในการส่งต่อและจัดทำคู่มือในการใช้งาน
4. ดำเนินการจัดประชุมชี้แจงการใช้ระบบ Refer in และขั้นตอนการดำเนินงานให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
5. ทดลองการใช้ระบบ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและดำเนินการแก้ไข
6. ดำเนินการกำกับติดตามการใช้ระบบและให้คำปรึกษาในการใช้ระบบ
7. ติดตามประเมินผลการใช้ระบบ Refer in และวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ระบบ Refer in

+ ผลการศึกษา

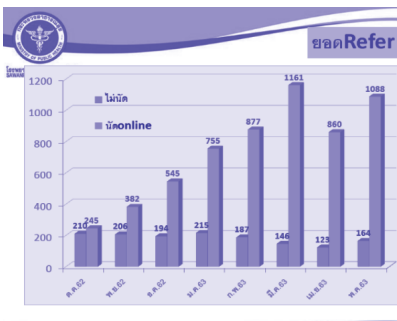
1. รูปแบบการพัฒนาระบบ

- 1.1 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
- 1.2 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ไม่วิกฤตฉุกเฉินแต่ส่งมาเป็นผู้ป่วยใน
- 1.3 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ไม่วิกฤตฉุกเฉินแต่ส่งมาเป็นผู้ป่วยนอก
- 1.4 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ไม่วิกฤตฉุกเฉินผ่านระบบนัด Online
- 1.5 ระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in สงสัยติดเชื้อ Covid - 19

2. ผลของการพัฒนาระบบ Refer in ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลทั่วไปในเขตสุขภาพที่ 3 โดยระบบนัด Online

ระยะเวลาการรับบริการ (เฉลี่ย)	4 ชั่วโมง 52 นาที
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจ (เฉลี่ย)	418.06 บาท

จำนวนผู้ป่วยที่นัดผ่านระบบออนไลน์



+ อภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ของโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่ใช้ระบบการส่งต่อช่วยลดระยะเวลาของการมาตรวจพบแพทย์เฉพาะทางลดลงเนื่องจากมีระบบการนัดล่วงหน้าและการเตรียมตัวตรวจก่อนนัด ลดระยะเวลาจำนวนครั้งที่มาโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับมาก และระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer in มีช่องทางการเข้ารับการรักษาที่หลายช่องทาง เพื่อให้ผู้รับบริการสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย และเจ้าหน้าที่ปลอดภัย ลดการแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอก

การประเมินความพึงพอใจ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ		แปลผล
	ข.	S.D.	
1. ได้รับความสะดวก รวดเร็วในการให้บริการ	3.63	1.22	มาก
2. ได้รับเอกสารและข้อมูลตรงตามเวลาที่นัดหมาย	4.06	0.62	มาก
3. ได้รับคำแนะนำ ซึ่งแจ้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการรับบริการ	3.84	0.81	มาก
4. เมื่อเกิดปัญหาสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลศูนย์นัดออนไลน์ (On line) ได้	3.50	1.15	มาก
5. ช่วยลดระยะเวลาในการเข้าตรวจรักษาที่แพทย์เฉพาะทาง	3.47	1.29	ปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย	3.70	0.88	มาก

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ของโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ช่วยพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ควรพัฒนาระบบให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลที่สามารถใช้ร่วมกันได้ในเขตบริการสุขภาพอื่นหรือระดับประเทศ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลใช้ประโยชน์ข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



การพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ Remote area

แพทย์หญิงสุพรรณษา ศรีชุ่มจิตร
โรงพยาบาลแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

อำเภอแม่สะเรียง ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของจังหวัดแม่ฮ่องสอน พื้นที่กว่าร้อยละ 90 เป็นภูเขาสลับซับซ้อน ประชากรร้อยละ 60 เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ มีความหนาแน่นของประชากรต่ำ การคมนาคมยากลำบาก หลายหมู่บ้านที่ต้องอาศัยการเดินทางเข้าหมู่บ้านในทุกฤดูกาล มีความขาดแคลนปัจจัยการดำรงชีพพื้นฐาน ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่ Remote area เข้าถึงบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินล่าช้าไม่ทันท่วงที

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาและพัฒนาาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ Remote area

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ พื้นที่ตำบลเสาหิน และตำบลแม่คง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563

+ ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ Remote area มีลักษณะดังนี้

1. กลุ่มโรคของผู้ป่วยที่เสียชีวิตระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ได้แก่ Sepsis Pneumonia ทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดที่บ้าน
2. ช่องทางการลำเลียงผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน ได้แก่ การแบกหาม การโดยสารรถจักรยานยนต์ การโดยสารรถยนต์ชาวบ้านหรือรถยนต์ของ รพ.สต. การโดยสารเรือยนต์ชาวบ้าน
3. ผู้ดูแลขณะนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ ญาติ อสม. พนักงานสาธารณสุขชุมชน เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ครู
4. ช่องทางการติดต่อสื่อสารเพื่อร้องขอความช่วยเหลือจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ ได้แก่ ไม่มีช่องทางการติดต่อสื่อสาร วิทยุสื่อสารของหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานราชการอื่นในพื้นที่ สัญญาณอินเทอร์เน็ตผ่านดาวเทียม
5. ระยะทางและระยะเวลาในการนำส่งผู้ป่วย ได้แก่ ตำบลเสาหินมีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 94 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง 5 ชั่วโมง ยกเว้นในช่วงฤดูฝนที่ไม่สามารถนำส่งทางภาคพื้นดินได้ ตำบลแม่คงมีระยะห่างจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 112 กิโลเมตร ใช้ระยะเวลาในการเดินทาง 10 ชั่วโมง

Phase 1 ของการศึกษา ผู้วิจัยเลือกพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินด้านสูติกรรม โดยกำหนดนโยบายการสร้างแผนเผชิญเหตุทางด้านสูติกรรมของหมู่บ้านในพื้นที่ที่เลือกศึกษา จำนวน 8 หมู่บ้าน และสุมซ้อมแผนสถานการณ์ฉุกเฉินเสมือนจริงในหมู่บ้านร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ รวมทั้งการประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งทำให้พบแนวทางพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น ช่องทางการลำเลียงผู้ป่วยที่รวดเร็วและปลอดภัยในพื้นที่ Remote area คือการลำเลียงทางอากาศยาน ต้นทุนทรัพยากรบุคคลทั้งทางด้านสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ที่สามารถให้การสนับสนุนการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมในแต่ละพื้นที่

Phase 2 ได้นำแผนเผชิญเหตุฉุกเฉินทางด้านสุติกรรมของหมู่บ้านมาปรับใช้สำหรับรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรณี และมีการใช้งานแผนดังกล่าวจริง จนเกิดการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศยาน ณ จุดเกิดเหตุ (Primary mission) ใน 5 หมู่บ้าน จำนวนผู้ป่วย 16 ราย ผู้ป่วยรอดชีวิต 15 ราย นับเป็น Primary mission ครั้งแรกของจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 1 และยังเป็นเพียงพื้นที่เดียวที่มีบริการการแพทย์ฉุกเฉินดังกล่าว นอกจากนี้ชุมชนได้เห็นถึงโอกาส ในการรอดชีวิตจากการลำเลียงผู้ป่วยฉุกเฉินทางอากาศยาน จึงได้ร่วมกันสร้างสถานจอดเฮลิคอปเตอร์มาตรฐาน ประจำหมู่บ้านในหลายหมู่บ้าน และมีการถอดบทเรียนจากทุกปฏิบัติการ Primary mission จนเกิดองค์ความรู้ คือ ความสำเร็จของปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วย Primary mission ในพื้นที่ Remote area ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ปัจจัย ได้แก่ ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ ระบบการสื่อสาร และช่องทางการลำเลียงผู้ป่วยออกจากพื้นที่

+ **อภิปรายผล**

การพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ Remote area ต้องเริ่มจากการทำแผนเผชิญเหตุและการซ้อมแผนสถานการณ์ฉุกเฉินเสมือนจริงเพื่อให้มีการปรับแผนให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ การประชาคมหมู่บ้าน และการทำงานสอดคล้องประสานกับภาคีเครือข่ายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้มากขึ้น ทั้งนี้ องค์ประกอบความสำเร็จของปฏิบัติการลำเลียงผู้ป่วย Primary mission ในพื้นที่ Remote area มีสัดส่วนของทั้งสาม ปัจจัยแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ จึงต้องมีการเฝ้าสังเกต เรียนรู้ และส่งเสริมปัจจัยเด่นเพื่อทดแทนปัจจัย ที่ขาดแคลน เช่น การอบรมพัฒนาศักยภาพของครู ตชด. ให้ประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยแทนเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการสนับสนุนวิทยุสื่อสารสำหรับ อสม. ในหมู่บ้านที่ไม่มีสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น

+ **สรุปและข้อเสนอแนะ**

การพัฒนาบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ Remote area ต้องประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ปัจจัย ได้แก่ ทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ ระบบการสื่อสาร และช่องทางการลำเลียงผู้ป่วยออกจากพื้นที่ โดยต้องนำองค์ประกอบ ทั้ง 3 ปัจจัยของแต่ละพื้นที่มาวิเคราะห์และเลือกพัฒนาแต่ละองค์ประกอบให้เหมาะสม เพื่อเติมเต็มให้ระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินมีประสิทธิภาพ



บทคัดย่อ

ตาก เป็นจังหวัดในภาคเหนือตอนล่างของประเทศไทย มีพื้นที่มากเป็นอันดับ 4 ของประเทศแต่มีประชากรเบาบางที่สุดเป็นอันดับที่ 2 ของประเทศ แม้ว่าจังหวัดตากจะมีอัตราประชากรเบาบางที่สุดเป็น อันดับที่ 2 ของประเทศ แต่เนื่องจากสภาพการกระจายตัวของประชากรและกลุ่มชาติพันธุ์ที่กระจุกกระจายไปตามสภาพภูมิประเทศที่เป็นป่า และภูเขาสลับซับซ้อน มีคนต่างสัญชาติ ต่างเชื้อชาติ ต่างชนเผ่า ที่อาศัยอยู่ในเขตจังหวัดตาก พวกเขาเหล่านั้นยังคงต้องการการช่วยเหลือจากทีมแพทย์ฉุกเฉิน ทำให้การเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของประชาชนเป็นไปด้วยความลำบาก ดังนั้นการรับและส่งต่อผู้ป่วย (Refer) เพื่อไปรักษาในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมทั้งทางด้านการแพทย์ เครื่องมือ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการทางสุขภาพได้มากขึ้น

ในส่วนระบบบริการการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากจังหวัดตากมีลักษณะเป็นเทือกเขายาวกันตรงกลาง ทำให้แบ่งออกเป็น 2 ฝั่ง ได้แก่ ฝั่งตะวันออกมีโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเป็นโรงพยาบาลหลัก ส่วนฝั่งตะวันตกมีโรงพยาบาลแม่สอดเป็นโรงพยาบาลหลัก โดยระบบการส่งและการรับส่งต่อผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ฝั่งตะวันออกมีโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเป็นโรงพยาบาลรับผิดชอบผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลสามเงา โรงพยาบาลวังเจ้า และโรงพยาบาลบ้านตาก ส่วนฝั่งตะวันตกโรงพยาบาลแม่สอด รับผิดชอบผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลอุ้มผาง โรงพยาบาลพบพระ โรงพยาบาลแม่ระมาด และโรงพยาบาลท่าสองยาง สำหรับฝั่งตะวันออกมีพื้นที่เหนือเขื่อนภูมิพล อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ซึ่งไม่มีถนนทางหลักในการสัญจรเดินทาง ประชาชนในพื้นที่จะใช้ “เรือหางยาว” เป็นพาหนะหลักในการโดยสารเดินทางและลำเลียงผู้ป่วย ทำให้เกิดอุปสรรคอย่างมากในด้านระยะเวลาและความยากลำบาก การเดินทางเข้ามารับการรักษายังโรงพยาบาลสามเงาจะต้องใช้เวลานานมาก ทำให้ผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยวิกฤตมีความเสี่ยงต่อชีวิตสูงได้รับความลำบากในการเดินทาง เกิดอาการทรุดลงจนถึงแก่ชีวิตได้ ในส่วนของพื้นที่จังหวัดตากด้านตะวันตก มีอำเภออุ้มผางเป็นพื้นที่ห่างไกล เนื่องจากเป็นพื้นที่ป่า ฝั่งตะวันตกของประเทศไทยที่จัดเป็นเขตอนุรักษ์พันธุ์สัตว์ป่า การเดินทางด้วยทางบกจะต้องใช้รถยนต์หรือรถโดยสารเดินทางบนถนนลัดเลาะช่องเขา หากอยู่ในช่วงฤดูฝนที่ถนนถูกตัดขาด มีโคลนปิดถนน ต้นไม้ใหญ่ล้มขวางถนนหรือมีน้ำป่าพัดถนน สะพานขาด ทำให้การเดินทางเพื่อเข้ามารับการรักษายังโรงพยาบาลอำเภอจะใช้เวลาเพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกัน ในปี พ.ศ. 2552 สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้เล็งเห็นความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินในถิ่นทุรกันดาร จึงได้มีนโยบายในการพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยอากาศยาน (SKY DOCTOR) ซึ่งเริ่มจากการอบรมหลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้นแก่แพทย์และพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในส่วนพื้นที่จังหวัดตากนั้น ยังไม่มีการวางแผนระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ชัดเจนและขาดแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินในพื้นที่ จึงทำให้การพัฒนาระบบยังคงดำเนินไปได้ไม่เต็มที่เท่าที่ควร กระทั่งในปี พ.ศ. 2555 ภายหลังจากที่พยาบาลกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชจำนวน 3 ท่าน ได้ไปฝึกอบรมหลักสูตรการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทางอากาศเบื้องต้น ปัจจุบันโครงการ SKY DOCTOR ของจังหวัดตาก ภายใต้งานขับเคลื่อนของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ยังคงดำเนินการให้บริการอย่างต่อเนื่อง โดยมีการกำหนดแพทย์หัวหน้าศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ให้มีหน้าที่ดูแลระบบของโรงพยาบาลทั้งสองฝั่ง มีหน้าที่ดูแลความเรียบร้อยพัฒนาระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในพื้นที่ทุรกันดาร ของจังหวัดตาก (TAK SKY DOCTOR) ให้มีระเบียบแบบแผนได้ประสิทธิภาพมากขึ้น และให้จัดทำแผนปฏิบัติการระบบการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศในกรณีเคลื่อนย้ายจากจุดเกิดเหตุ (EMS) กับกรณีเคลื่อนย้ายจากโรงพยาบาลไปยังสถานพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (Refer) เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันของจังหวัดตากทั้งสองฝั่ง และมีการควบคุมคุณภาพการลำเลียงโดยแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประจำพื้นที่ แทนการปรึกษาแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉินกลาง จากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อความสะดวกรวดเร็ว ประสานงานทุกภาคส่วนได้ไม่ติดขัด เข้าถึงตัวผู้ป่วยได้ในระยะเวลาลดลงโดยได้ประสิทธิภาพสูงสุด

การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ มีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตหรือฉุกเฉินเร่งด่วน หากปล่อยทิ้งไว้อาจเป็นอันตรายแก่ชีวิตหรือมีอาการรุนแรงมากขึ้นและเกินศักยภาพของหน่วยพยาบาลต้นทางในการรักษา เช่น สุขศาลาพระราชทาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกลในพื้นที่ทุรกันดาร ซึ่งพื้นที่ประสบภัยหรือพื้นที่เสี่ยงภัยอันตรายของจังหวัดตาก ผู้ป่วยเหล่านั้นขาดโอกาสในการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ทำให้เสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง ดังนั้นการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ จึงสามารถลดเวลาในการเข้าถึงการรักษาได้มาก นับเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอด และกลับไปใช้ชีวิตตามอัตภาพในพื้นที่ห่างไกลได้เมื่อรักษาหายเป็นปกติ นอกจากนี้ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ทีมสหวิชาชีพแพทย์ยังได้มีการดูแลเพิ่มเติมในเรื่องของความเป็นอยู่ ซึ่งเกือบทุกรายที่เป็นบุคคลพื้นที่สูง ชาวต่างดาวหรือคนไร้สัญชาติ บางรายไม่มีบัตรประชาชน ได้รับการดูแลแบบองค์รวมอย่างดีที่สุดเท่าที่เทียบกัน ได้รับการดูแลในด้านสภาพจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจของญาติก็เป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากอยู่ไกลภูมิลำเนา การได้รับความช่วยเหลือเป็นอย่างดี มีการติดต่อสังคมสงเคราะห์จังหวัด หน่วยงานกาชาดเพื่อช่วยเหลือและได้ขอรับบริจาคเงินของบุคคลากรภายใน และประชาชนภายนอกโรงพยาบาลที่ทราบข่าวเพื่อช่วยเหลือด้านมนุษยธรรม ซึ่งผลตอบรับเป็นไปในแนวทางที่ดีมาก จึงอาจกล่าวได้ว่าโครงการ SKY DOCTOR ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ได้มีการเตรียมความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินอยู่ตลอดเวลา แม้ว่ากลุ่มผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จะเป็นกลุ่มบุคคลพื้นที่สูง กลุ่มชาติพันธุ์ที่ได้รับความเท่าเทียมกันของชีวิตน้อย แต่โรงพยาบาลคำนึงว่าบุคคลเหล่านั้นเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน และช่วยเหลือด้านมนุษยธรรมอย่างสุดความสามารถ เนื่องจากโรงพยาบาลมีแนวคิดผู้ป่วยบนผืนแผ่นดินไทย ควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางหากเกิดวิกฤตชีวิตอย่างเท่าเทียมกัน

สำหรับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน Sustainable Development Goals (SDGs) ขององค์การสหประชาชาติ ที่ถูกนำมาเป็นบรรทัดฐานในการพัฒนาประเทศนั้น อาจกล่าวได้ว่าโครงการ SKY DOCTOR ที่ขับเคลื่อนโดยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีความสอดคล้องในหลายประเด็น ได้แก่ 1) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับคนในทุกวัย สำหรับการลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศนั้น จะมีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหลักเป็นผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่จากพื้นที่ทุรกันดาร โดยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย ไม่จำกัดว่าจะเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ หรือกลุ่มชนชายขอบ หรือชาวต่างชาติ จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่ากลุ่ม ผู้ป่วยเด็กวิกฤต และกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอุบัติเหตุเสี่ยงขณะคลอด หรือตกเลือดหลังคลอด ได้รับบริการจากโครงการ SKY DOCTOR มากที่สุด ดังนั้นความต้องการของทีมสหวิชาชีพแพทย์ในการลดอัตราการตายของมารดาทั่วโลก การยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิด รวมทั้งการยุติการแพร่กระจายของโรคระบาดชายแดน และการสร้างหลักประกันว่าประชาชนชายขอบสามารถเข้าถึงบริการทางสาธารณสุข ล้วนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้โครงการ SKY DOCTOR บรรลุวัตถุประสงค์ในเป้าหมายข้อนี้ 2) เป้าหมายที่ 10 ลดความไม่เสมอภาคภายในและระหว่างประเทศ การลำเลียงผู้ป่วยทางอากาศ ที่ขับเคลื่อนโดยโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชที่ผ่านมา ไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้ใด ไม่ว่าผู้ป่วยจะเป็นคนไทย คนไร้สัญชาติ ผู้ลี้ภัย หรือกลุ่มชาติพันธุ์ หากได้รับการติดต่อร้องขอให้มีการรับตัวผู้ป่วยมารักษายังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เช่น โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ระดับเขต ทีมสหวิชาชีพจะดำเนินการประสานงานเพื่อไปรับตัวผู้ป่วยทันที โดยไม่เลือกปฏิบัติเพื่อประโยชน์สูงสุดในการรักษาผู้ป่วย และทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่ดีจากแพทย์เฉพาะทาง อีกทั้งยังมีกระดมทุนช่วยเหลือผู้ป่วยกับญาติ เพื่อให้ได้รับประโยชน์องค์รวมอย่างสูงสุด 3) เป้าหมายที่ 16 ส่งเสริมสังคมที่สงบสุขและครอบคลุมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ให้ทุกคนเข้าถึงความยุติธรรมและสร้างสถาบันที่มีประสิทธิภาพ รับผิดชอบและครอบคลุมในทุกระดับ เนื่องจากพื้นที่จังหวัดตากมีกลุ่มคนต่างชาติและผู้อพยพจากศูนย์พักพิงที่อาศัยกระจัดกระจายตามแนวเขตชายแดน กอปรกับเงื่อนไขของความร่วมมือนี้อาระหว่างภาครัฐในการทำโครงการ SKY DOCTOR ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการให้บริการ ฉะนั้นหากกลุ่มบุคคลดังกล่าวมีอาการเจ็บป่วยหรือต้องการรักษาอย่างฉุกเฉิน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับบริการและเข้าถึงการรักษาได้มากขึ้น การที่จะได้รับความไว้วางใจของคนไข้ ขอท่านถือสุภาสิตว่า ใจเขาใจเรา ท่านคงจะคิดได้ว่า ท่านอยากได้ความสบายแก่ท่านอย่างไร ก็ควรพยายามให้ความสบายแก่คนไข้อย่างนั้น ความตั้งใจจริงเป็นยาประเสริฐ ได้ผลคือความเชื่อ และเมื่อคนไข้เชื่อท่านแล้ว เขาจะทำตามทุกอย่าง “การช่วยชีวิตคนคือความภาคภูมิใจของเราชาว SKY DOCTOR TSM”



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพ มุ่งจัดบริการให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน หากการมารับบริการนั้นเกินศักยภาพของโรงพยาบาลหรือสถานบริการนั้น ต้องจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่รวดเร็ว ถูกต้อง และเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยในชีวิต

โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด M1 จำนวนเตียง 307 เตียง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านอายุรกรรมทั่วไป ศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ กุมารเวชกรรม จักษุ หูคอจมูก จิตเวช และเวชศาสตร์ฟื้นฟู รับผู้ป่วยรักษาต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ในเขตรับผิดชอบ 4 โรงพยาบาล และรับผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 8 โรงพยาบาล

ปัญหาที่พบในการรับผู้ป่วยของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย พบไม่มีผู้รับผิดชอบศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไม่ชัดเจน จึงมีปัญหาในด้านการประสานงานและการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ จึงดำเนินการตั้งศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย ผู้ศึกษาได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบศูนย์รับ-ส่งต่อผู้ป่วย จึงได้ศึกษาแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลปี 2561 และประกาศกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 นำมาพัฒนาแนวทางการรับผู้ป่วย โดยใช้การจัดกลุ่มผู้ป่วยแบบ F = Fast track, E = Emergency, N = Non-emergency และ S = Specific ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวดเร็ว ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

⊕ วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อมารับรักษาต่อในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องรวดเร็ว ปลอดภัย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

⊕ วิธีการดำเนินการ

เป็นการพัฒนาระบบรับผู้ป่วยใช้วิธี (System Approach) ประกอบด้วย Input Process Output Feedback และทุกขั้นตอนจะควบคุมคุณภาพ PDCA

➡ ระยะเวลาที่ 1 ระยะเวลาแผนและเตรียมการ

- 1.1 ศึกษาข้อมูล สถิติ การประสานงาน การรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน
- 1.2 ยกร่างแนวทางการรับผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดแบ่งกลุ่มผู้ป่วยแบบ FENS
 - Fast track ได้แก่ ผู้ป่วย STEMI, Stroke เป็นกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อ ที่ต้องการรักษาอาการผิดปกติอย่างรวดเร็ว ทันทีทันใด โดยมีระยะเวลากำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาเป็นปกติ
 - Emergency ได้แก่ ผู้ป่วยประเภท Resuscitate และ Emergency จัดลำดับแบบ ESI เป็นกลุ่มที่มีภาวะคุกคามชีวิต ส่งต่อเพื่อแก้ไขภาวะคุกคามของชีวิต ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เนื่องจากเกินศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแล เช่น ต้องการเครื่องช่วยหายใจ ต้องการการผ่าตัดเร่งด่วน
 - Non - emergency ได้แก่ ผู้ป่วยประเภท Urgency, Semi - Urgency และ Non - Urgency จัดลำดับแบบ ESI เป็นกลุ่มผู้ป่วยไม่เร่งด่วน แต่ส่งต่อเพื่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม
 - Specific ได้แก่ ผู้ป่วยสูติกรรม (คลอดปกติและผิดปกติ) และผู้ป่วยทารกแรกเกิด (Newborn) และผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นกลุ่มผู้ป่วยส่งต่อที่ต้องการการรักษาดูแลเฉพาะด้านสูติกรรม และด้านกุมารเวชกรรมโดยตรง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ละเอียดอ่อน

- 1.3 ประชุม ปรีกษา แพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขา และพยาบาลผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย
- 1.4 ปรับแนวทางให้จ่ายและสะดวกต่อการปฏิบัติงาน
- 1.5 ประชุม ชี้แจง แนวทางการรับผู้ป่วยกับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย

➤ **ระยะที่ 2 ระยะปฏิบัติ**

- 2.1 ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วยที่กำหนด
- 2.2 เก็บข้อมูลแต่ละกลุ่มผู้ป่วย แบบ FENS
- 2.3 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยรับส่งต่อทั้งหมด ปี 2563

➤ **ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล**

- 3.1 แนวทางการรับผู้ป่วย จัดทำเป็นคู่มือ มีขั้นตอนและรายละเอียดชัดเจน ผู้ปฏิบัติเข้าใจง่าย
- 3.2 ผู้ป่วยกลุ่ม Fast Track
 - ผู้ป่วย STEMI ปี 2563 รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชน 25 ราย ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วย 25 ราย เท่ากับ 100 %
 - ผู้ป่วย Stroke ปี 2563 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 244 ราย ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วย Stroke Fast Track 235 ราย เท่ากับ 97.17 %
- 3.3 กลุ่มผู้ป่วย Emergency ปี 2563 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วย 775 ราย เสียชีวิตที่ ER 3 ราย เท่ากับ 0.4 % เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างนำส่ง 5 ราย เท่ากับ 0.6 %
- 3.4 กลุ่มผู้ป่วย Non-Emergency ปี 2563 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 38,586 ราย
- 3.5 กลุ่มผู้ป่วย Specific
 - ผู้ป่วยสูติกรรม (คลอดปกติและผิดปกติ) ปี 2563 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 192 ราย ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วย โดยการส่งผู้ป่วยเข้าตึกสูติกรรมทันทีที่มีมาถึง 192 ราย เท่ากับ 100 %
 - ผู้ป่วยทารกแรกเกิด (Newborn) และผู้ป่วยเด็กวิกฤต ปี 2563 รับส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 17 ราย ปฏิบัติตามแนวทางการรับผู้ป่วย โดยการส่งผู้ป่วยเข้าตึกทารกแรกเกิด ทันทีที่มีมาถึง 17 ราย เท่ากับ 100 %

⊕ **อภิปรายผล**

จากผลการศึกษา โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัยมีแนวทางการรับผู้ป่วยที่ชัดเจน ทำให้ง่ายและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ลดข้อขัดแย้งในการประสานงาน มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อชัดเจน

กลุ่มผู้ป่วย Fast Track และกลุ่มผู้ป่วย Specific ได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว แต่ผู้ป่วย Stroke ส่งต่อมาไม่ทันเวลาที่กำหนด 2.83 % จำนวน 9 ราย

กลุ่มผู้ป่วย Emergency ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและปลอดภัย แต่พบว่ามาเสียชีวิตที่ ER 3 ราย เป็นผู้ป่วยที่อาการรุนแรงไม่สามารถแก้ไขภาวะคุกคามชีวิตได้ และพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อน 5 ราย

นำข้อมูลทั้งหมดแจ้งกลับโรงพยาบาลชุมชน นัดทำ Case Conference โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายเพื่อหาสาเหตุ วางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

⊕ **สรุปและข้อเสนอแนะ**

1. นำผลการศึกษามาปรับปรุงแนวทางการรับผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
2. นำข้อมูลที่ได้รับแจ้งกลับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน และระหว่างส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่รวดเร็วปลอดภัย



Stroke Fast Track แยกตัวต้น ไม่หวั่นไหว มั่นใจใน Refer

นางทิวา สีม่วงอ่อน

โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะความพิการ แต่สามารถป้องกันได้ หากได้รับการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงของโรคนี้หากอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลที่ไม่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีความจำเป็นต้องเร่งดำเนินการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดดำภายใน 45 นาที เพื่อลดภาวะความสูญเสียจากภาวะความพิการ ลดภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย สร้างความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย รวมทั้งบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลสระบุรีและโรงพยาบาลลูกข่ายได้

จากสถิติปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วย Stroke Fast Track มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลสระบุรีรวม 287 ราย ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลในเครือข่ายจำนวน 157 ราย ได้รับการตรวจ CT Scan รวม 287 ราย และแพทย์พิจารณาให้ยา rt-PA จำนวน 46 ราย โดยให้ยาทันเวลาภายใน 45 นาที จำนวน 29 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.04 ทั้งนี้มีผู้ป่วยจำนวน 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.41 ให้ยาไม่ทันเวลาเนื่องจากญาติตัดสินใจนาน และระยะเวลาเฉลี่ย (Door to Needle Time) 49.92 นาที

จากการขยายพื้นที่ให้บริการ มีการย้ายแผนกเอกซเรย์ไปยังอาคาร 100 ปี สาธารณสุข ซึ่งอยู่ห่างจากห้องฉุกเฉินมาก การรับผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย จากเดิมที่ต้องผ่านการคัดกรองจากแพทย์ที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสระบุรีก่อนส่ง CT Scan Brain ทำให้เกิดปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัยโรค ซึ่งแพทย์ต้องรอดูฟิล์ม X-ray ก่อน ทำให้เกิดความล่าช้าในการให้ยา rt-PA มีความเสี่ยงต่อภาวะความพิการของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากการให้ยาไม่ทันเวลา โอกาสพื้นหายของผู้ป่วยลดลงเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ความพึงพอใจของผู้ป่วย ญาติ และทีมสุขภาพลดลง



วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา
2. เพื่อลดอัตราการตายและภาวะความพิการในผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย
3. ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและร่วมตัดสินใจในการให้ยา rt-PA ได้รวดเร็วขึ้น
4. LEAN แนวทางการ Refer ผู้ป่วย Stroke Fast Track ให้กระชับขึ้น ลดขั้นตอนและเวลาลง



ตัวชี้วัด

1. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดดำ ภายใน 45 นาที (เป้าหมาย \geq ร้อยละ 60)
2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการตรวจ CT Scan/MRI สมอง (เป้าหมาย ร้อยละ 100)



วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. จัดตั้งทีมดำเนินการร่วม ระหว่าง PCT Stroke, Refer, Stroke Unit, ER, X-rays, เวชระเบียน, คณะกรรมการ Refer จังหวัดสระบุรี

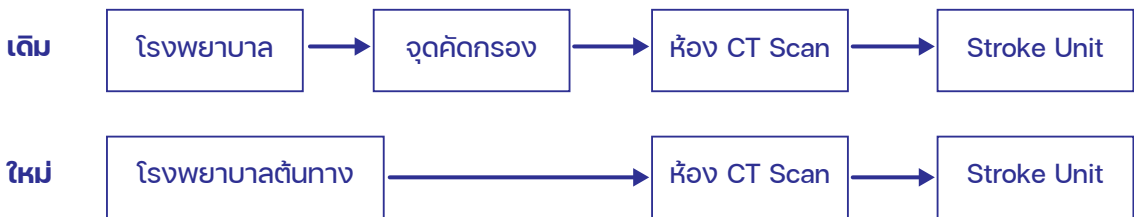
2. สมาชิกร่วมกันหาวิธีการพัฒนาด้วยวิธีการร่วมประชุมและระดมสมองทางแก้ไข ประสานผู้เกี่ยวข้อง กำหนดแนวทางและระยะเวลาเริ่มดำเนินการ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

+ แนวทางปฏิบัติเดิม

โรงพยาบาลต้นทางประสาน Refer **Stroke Fast Track** → ศูนย์ Refer ประสานแพทย์และพยาบาล ER, Stroke Unit, X-rays, ทำบัตรที่เวชระเบียน → นำส่งผู้ป่วยพบแพทย์ ER ตรวจประเมินอาการ, เขียนใบ CT Brain, เจาะ Lab ตาม CPG ที่จุดคัดกรอง, ติดต่ออายุรแพทย์และพยาบาล Stroke Unit รับผู้ป่วยที่ห้อง CT Scan → นำส่งผู้ป่วยที่ห้อง CT Scan → อายุรแพทย์ดูแลตรวจวินิจฉัย ปรึกษาญาติและตัดสินใจให้ยา rt-PA → Activated ที่ห้อง CT Scan แล้ว Admit ไป Stroke Unit

+ แนวทางปฏิบัติใหม่

โรงพยาบาลต้นทางประสาน Refer **Stroke Fast Track** → ศูนย์ Refer ประสานแพทย์และพยาบาล ER, Stroke Unit, X-rays, ทำบัตรที่เวชระเบียน, ให้แพทย์โรงพยาบาลต้นทาง, เขียนใบ CT Brain, เจาะ Lab ตาม CPG มาด้วยทีมนำส่งผู้ป่วยเปิด Clip การให้ยา rt-PA ให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติระหว่างการเดินทาง → นำส่งผู้ป่วยที่ห้อง CT Scan โดยตรง พยาบาล ER, อายุรแพทย์และพยาบาล Stroke Unit รับผู้ป่วยที่ห้อง CT Scan → อายุรแพทย์ดูแลตรวจวินิจฉัย ปรึกษาญาติและตัดสินใจให้ยา rt-PA → Activated ที่ห้อง CT Scan แล้ว Admit ไป Stroke Unit



วิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล

ตัวชี้วัด	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตันระยะเฉียบพลัน (I63) ที่มีอาการไม่เกิน 4.5 ชม. ได้รับการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดดำภายใน 45 นาที	60	63.04	94.11
ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการตรวจ CT Scan / MRI สมอง	100.00	100.00	100.00
ระยะเวลาเฉลี่ย (Door to Needle Time)	62.75	49.92	30.50

+ ผลที่ได้รับ

จากการที่ศูนย์ Refer ประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลในเครือข่ายและทีมสหสาขาในโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ มีแบบแผนที่ชัดเจน

- ☉ บุคลากรในทีม Refer ทั้งภายในและภายนอกมีความเข้าใจ ให้ความร่วมมือ และพึงพอใจ
- ☉ ผู้ป่วยได้รับการอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
- ☉ ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและพึงพอใจในผลการดูแลรักษาและบริการ

สรุปและข้อเสนอแนะ : ไกลแค่ไหน ก็มาทันเวลาได้ เมื่อใช้ LEAN REFER



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉินทุกสาขา ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการให้บริการในระบบส่งต่อ (Referral System) รับผู้ป่วย Refer จากโรงพยาบาลชุมชน (Refer in) โดยมีการจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วยทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโรค Coronavirus disease 2019 หรือ COVID - 19 แม้จะมีความพยายามในการควบคุมการระบาด แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จ (ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 ; ศบค.) การเพิ่มของผู้ป่วย COVID - 19 มีการระบาดเป็นวงกว้างเป็นประเด็นสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ซึ่งต้องการองค์ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อส่งผลให้เกิดปัญหาในการดูแลรักษา รวมถึงจำนวนเตียงผู้ป่วยวิกฤต เป็นที่มาของการส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลอ่างทอง ซึ่งมีศักยภาพสูงกว่า ซึ่งทางสถานพยาบาลมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับ แบบ New Normal จากการใช้ปฏิบัติพบว่า แนวทางปฏิบัติเรื่องการ Refer in ผู้ป่วย COVID - 19 ไม่ชัดเจน มีปัญหาด้านระบบสื่อสาร การประสานงานข้ามโรงพยาบาลควบคุมการติดเชื้อกับพยาบาลศูนย์ส่งต่อสื่อสารไม่ตรงกัน ผู้ป่วยบางรายถูกส่งมาก่อนเวลานัดหมาย การเตรียมความพร้อมของตึกที่รับผู้ป่วยมีความล่าช้า ทำให้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ดังนั้นทางหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงคิดพัฒนาแนวทางการรับ-ส่งต่อแบบปกหมุดเพื่อย้ำเตือนเวลานัดหมาย ก่อนมาถึงโรงพยาบาลอ่างทอง เพิ่มประสิทธิภาพการประสานงานทั้งที่เป็นเครือข่ายและไม่เป็นเครือข่าย การประสานงานมีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19

⊕ วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ในสถานการณ์โควิดโดยใช้การปกหมุด
2. เพื่อให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตนได้ถูกต้องในการเตรียมรับผู้ป่วย COVID - 19 และ Patient Under Investigation (PUI)
3. เพื่อเกิดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งหน่วยภายในและภายนอกหน่วยงาน
4. เพื่อพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบส่งต่อที่เข้มแข็งมีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายผู้ป่วยโควิด

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน รูปแบบศึกษา เป็นการศึกษาระยะพัฒนา (Research Development)

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1. ผู้ใช้บริการระบบ Refer in 2. ผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ได้รับบริการแบบ Refer in ตั้งแต่ เดือนมกราคม 2563 ถึงมีนาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบเก็บข้อมูลการรับ Refer in ที่ได้รับการพัฒนาแล้ว
 2. แบบสำรวจความพึงพอใจ ในแนวทางปฏิบัติของระบบส่งต่อโดยสุ่มตัวอย่างผู้ปฏิบัติงานทั้งภายในและภายนอก
- ### วิธีการดำเนินการ

➤ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์

กำหนดทีมรับผิดชอบ จัดการประชุมทีม แฉ่งหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ ในที่ประชุมหน่วยงานให้ทราบ

➤ **ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา** ตั้ง Line กลุ่ม ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยโควิด - 19 จังหวัดอ่างทอง จัดทำข้อมูลแนวทางปฏิบัติ พร้อมเบอร์โทรศัพท์ ใส่ไว้ใน Line กำหนดขั้นตอน เมื่อโรงพยาบาลชุมชนขอ Refer ผู้ป่วย Covid - 19 หรือ PUI จะส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ศูนย์ประสานการรับ-ส่งต่อ (ทางไลน์แอปพลิเคชัน) ขั้นตอนขณะนำส่ง เมื่อรถ Ambulance

มาถึงจุดปักหมุด (หรือจุดย้ายเดือนตามที่ตกลงกันไว้) ให้วิทยุแจ้งเจ้าหน้าที่ศูนย์แจ้งเหตุและสั่งการว่า “มาถึงจุดปักหมุด...?...แล้ว” เมื่อโรงพยาบาลอ้างทองรับแจ้งแล้วให้ประสานงานภายในอีกครั้ง ขั้นตอนหลังการส่งต่อ เจ้าหน้าที่พยาบาลจะถอดชุด PPE ไว้ที่ตึก ส่วนเปลผู้ป่วยพนักงานเปลจะเป็นผู้ทำความสะอาด ส่วนรถ Ambulance จะมีจุดไว้จอด เพื่อทำความสะอาดก่อนโรงพยาบาลชุมชนจะกลับ มาทดลองใช้ตามแนวทางที่กำหนดติดตามประเมินผล ปรับปรุงและพัฒนารอบที่ 1, 2 และ 3

➔ **ระยะที่ 3 กำหนดเป็นมาตรฐาน** ติดตามและประเมินผลการดำเนินการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูลจากใบบันทึกการ Refer in และ แบบสำรวจความพึงพอใจเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของระบบส่งต่อผู้ป่วยโควิด

⊕ **ผลการศึกษา ได้แนวทางปฏิบัติการ Refer in แบบปักหมุด (เอกสารแนบท้าย)**

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยที่รับ Refer in

ประเภทผู้ป่วยที่ Refer in	รอบที่ 1 (ก่อน)		รอบที่ 2 (ขณะ)		รอบที่ 3 (หลัง)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยทั่วไป (n=778)	283	36.37	225	28.92	270	34.70
2. ผู้ป่วย PUI (n=226)	84	37.16	63	27.87	79	34.95
3. ผู้ป่วย COVID - 19 (n=92)	0	0.00	88	95.65	4	4.35
4. การติดต่อ Nurse to Nurse (N2N) (n=149)	4	2.68	69	46.31	76	51.01
5. การติดต่อ Doctor to Doctor (D2D) (n=163)	0	0.00	80	49.10	83	50.90
6. การติดต่อทาง Line (n=164)	0	0.00	75	45.73	89	54.27
7. การแจ้งโรงพยาบาลต้นทางที่จุดปักหมุด (n=143)	0	0.00	69	48.25	74	51.75

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละการแจ้งโรงพยาบาลต้นทางที่จุดปักหมุด (n=143)

การแจ้งโรงพยาบาลต้นทางที่จุดปักหมุด (n=143)	รอบที่ 1		รอบที่ 2 (n=69)		รอบที่ 3 (n=74)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปฏิบัติ (แจ้ง)	0	0.00	35	50.72	70	94.59
2. ไม่ปฏิบัติ (ไม่แจ้ง)	0	0.00	34	49.28	4	5.41

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการแจ้งโรงพยาบาลต้นทางที่จุดปักหมุดในผู้ป่วย COVID - 19 (n=92)

การแจ้งโรงพยาบาลต้นทางที่จุดปักหมุด (n=143)	รอบที่ 1		รอบที่ 2 (n=88)		รอบที่ 3 (n=4)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ปฏิบัติ (แจ้ง)	0	0.00	88	100.00	4	100.00
2. ไม่ปฏิบัติ (ไม่แจ้ง)	0	0.00	0	0.00	0	0.00

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการระบบปักหมุด หยุดโควิด ก่อนใช้แนวปฏิบัติ 49.00 (ระดับต่ำ) หลังใช้แนวปฏิบัติ 80.00 (ระดับดี)

อภิปรายผลการพัฒนาแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ในสถานการณ์โควิด 19 โดยใช้การปกหนุด มีการนำ Digital Technology มาใช้ คือ Group Line ระหว่างแพทย์กับแพทย์ พยาบาลกับพยาบาล ทำให้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการสื่อสาร ซึ่งในระยะที่ 1 ต้องมีการปรับตัวร่วมกับการมีภาระงานมากขึ้น แต่เมื่อมีการติดตามและประเมินผลเป็นระยะๆ และนำข้อมูลที่ได้มาแก้ไขปรับปรุงในแต่ละวงรอบการพัฒนา ทำให้มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนต่อการปฏิบัติ ลดระยะเวลาในการสื่อสารและการทำงาน เกิดความพึงพอใจ มีความปลอดภัยต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ลดการแพร่กระจายเชื้อโควิด - 19 ได้

สรุปและข้อเสนอแนะ

การใช้แนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วย Refer in ในสถานการณ์โควิด - 19 โดยใช้การปกหนุด ผู้เกี่ยวข้องต้องมีการประเมิน และทบทวนเพื่อปรับปรุงพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่ตลอดเวลา จึงจะสามารถเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่ายระบบส่งต่อที่เข้มแข็งและยั่งยืน มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่กระจายผู้ป่วยโควิด - 19 และเกิดความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ในปัจจุบันการจัดการบริการสุขภาพแก่ประชาชนมีความจำเป็นที่ต้องให้บริการที่ครอบคลุมเหมาะสม และมีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องตั้งแต่โรงพยาบาลต้นทางจนกระทั่งได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลอื่น ผู้ป่วยไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ดังนั้นการจากระบบส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า หรือการส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลเดิมเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีการวางระบบเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลเพื่อให้เกิด 2P Safety Hospital ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นเสริมสร้างการปฏิบัติงานทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ และมีความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยที่ใช้บริการ และบุคลากรสาธารณสุข แต่ยังคงพบปัญหากระบวนการบริการสุขภาพในด้านขาดบุคลากรไม่มีแพทย์ประจำรพยบาลส่งต่อ และไม่มีแนวทาง offline protocol ที่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม

จากการทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในปีงบประมาณ 2562 - 2563 พบว่ามีผู้ป่วยอาการทรุดลงจำนวน 64 ราย แต่มีผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างนำส่ง 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.34 จากปัญหาดังกล่าว ศูนย์ประสานการส่งต่อโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี ได้เล็งเห็นความสำคัญในการที่จะแก้ไขเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น จึงจัดทำโครงการ Safety For All เพื่อพัฒนาระบบการรักษาทางไกล โดยมีระบบแพทย์ที่ให้คำปรึกษาผ่านระบบ Line มีบุคลากรทางการแพทย์ประจำรพยบาลที่สามารถปรึกษาอาการกับแพทย์ของโรงพยาบาลปลายทางผ่านระบบการสื่อสารด้วยภาพและเสียงแบบต่อเนื่อง (Real time) และทีมแพทย์ของโรงพยาบาลปลายทางสามารถเตรียมอุปกรณ์เพื่อช่วยในการรักษาครบถ้วน เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตระหว่างนำส่งผู้ป่วย และพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

⊕ เป้าหมายโครงการ

ผู้ป่วยปลอดภัยตามหลัก 2P safety

⊕ วัตถุประสงค์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระหว่างส่งต่อร้อยละ 1

⊕ กลุ่มเป้าหมายดำเนินงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพระดับจังหวัดและระดับอำเภอ 10 เครือข่าย

⊕ ขั้นตอน/กลวิธีการดำเนินงาน/กิจกรรม

1. ศึกษาและทบทวนข้อมูลเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงและเสียชีวิตระหว่างส่งต่อ ปีงบประมาณ 2562 - 2563
2. จัดทำโครงการนำเสนอผู้บริหาร
3. ดำเนินการจัดตั้ง LINE กลุ่ม Consult Transfer มีสมาชิกเป็นแพทย์ประจำศูนย์ประสานส่งต่อโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช พยาบาลศูนย์ประสานส่งต่อ พยาบาลส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งในจังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดกลุ่มผู้ป่วยระดับ Unstable และ Stable with High risk of deterioration ให้โรงพยาบาลต้นทางส่งไปส่งต่อ

การรักษาใน Line กลุ่ม Consult Transfer กรณีผู้ป่วยมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง หัวใจหยุดเต้นหรือพยาบาลส่งต่อวิตกกังวล ใช้ LINE กลุ่ม Consult Transfer ปรึกษากับแพทย์ประจำศูนย์ ประสานส่งต่อได้ ให้การดูแลรักษาเบื้องต้น ลดอัตราการเสียชีวิตระหว่างนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ทันที

4. ประเมินผลการดำเนินงาน ระยะที่ 1
5. ประเมินผลการดำเนินงาน ระยะที่ 2

ระยะเวลาดำเนินโครงการ

- ➡ ระยะที่ 1 วันที่ 1 – 31 มีนาคม พ.ศ. 2564
- ➡ ระยะที่ 2 วันที่ 1 เมษายน - 30 กันยายน พ.ศ. 2564

สถานที่ดำเนินการ จังหวัดสุพรรณบุรี

➕ แผนกิจกรรมการดำเนินงาน

ผลลัพธ์/กิจกรรมหลัก

กิจกรรมย่อย	ปีงบประมาณ 2564											
	ต.ค. 63	พ.ย. 63	ธ.ค. 63	ม.ค. 64	ก.พ. 64	มี.ค. 64	เม.ย. 64	พ.ค. 64	มิ.ย. 64	ก.ค. 64	ส.ค. 64	ก.ย. 64
ผลลัพธ์ ระบบส่งต่อผู้ป่วยในเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสุพรรณบุรี มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยและบุคลากรปลอดภัยตามหลัก 2P safety กิจกรรมที่ 1 พัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดสุพรรณบุรี งานที่ 1 ประชุมคณะทำงานระบบส่งต่อและเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/จังหวัดและชี้แจงวิธีการดำเนินงานโครงการ Safety For All												

➕ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยส่งต่อระหว่างนำส่งร้อยละ 0
2. อัตราความพึงพอใจของพยาบาลส่งต่อผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 80

➕ การติดตาม

นิเทศติดตามผลการดำเนินงานโครงการ Safety For All ทุกรายไตรมาส ปีงบประมาณ 2564

➕ การประเมินผล

1. รายงานผลการดำเนินงานตามโครงการ
2. สรุปผลการดำเนินงานตามเป้าหมาย



การพัฒนากระบวนการรับส่งต่อ (Refer in) ผู้ป่วยโรคลมร้อน (Heat Stroke) ในกลุ่มผู้ป่วยทหารใหม่ ในพื้นที่กองพลทหารราบที่ 9 จังหวัดกาญจนบุรี

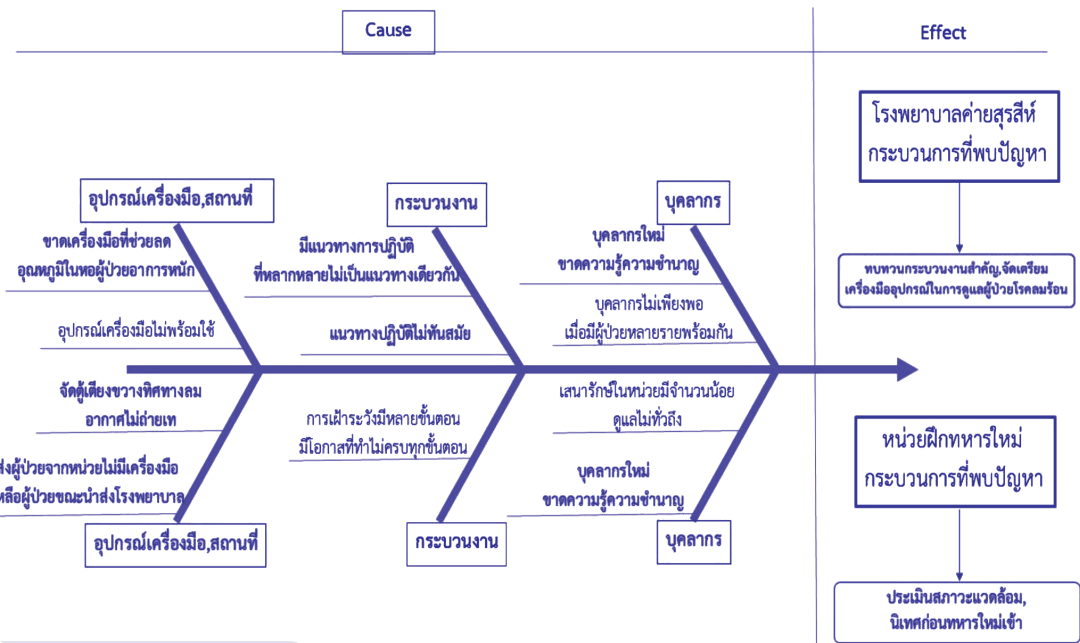
พันเอกศุภณัฐ พรหมรุ่งเรือง

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ จังหวัดกาญจนบุรี

บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นพื้นที่ที่มีอากาศร้อนมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์มีภารกิจที่ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลกำลังพลทหารใหม่จำนวน 18 หน่วย และนักศึกษาวิชาทหารที่มาทำการฝึกประมาณ 70,000 คน ต่อปีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นพื้นที่กองพลทหารราบที่ 9 จึงมีอุบัติการณ์ที่เกิดจากความร้อน (Heat injury) ทุกๆ ปี ในอดีตโรงพยาบาลค่ายสุรสีห์เคยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคลมร้อนและการบาดเจ็บจากโรคลมร้อนอย่างต่อเนื่อง ทางโรงพยาบาลจึงได้ให้ความสำคัญกับการบาดเจ็บจากโรคลมร้อนเป็นพิเศษ จึงนำปัญหาในกระบวนการดูแลพลทหารตั้งแต่การเตรียมการฝึก การฝึก ณ ที่ตั้ง การดูแลรักษาที่โรงพยาบาลมาวิเคราะห์ปัญหา พบว่ามีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นจากนายสิบเสนารักษ์ที่อยู่แต่ละหน่วยมีการส่งต่อผู้ป่วยที่ล่าช้า มีการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม ตั้งแต่การคัดกรองการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ ที่เกิดเหตุทำให้เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลมีอาการที่ทรุดลงเป็นอย่างมาก

การวิเคราะห์ปัญหา (Root Cause Analysis) การเกิดผู้ป่วยโรคลมร้อน



วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อออกแบบการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยฝึกทหารใหม่มาที่โรงพยาบาลโดยมีการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ และลดอัตราการบาดเจ็บจากโรคลมร้อน

วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บจากโรคลมร้อน โดยมีการพัฒนาตั้งแต่การคัดกรองทหารใหม่ การตรวจสีปัสสาวะ เมื่อทหารใหม่มีปัสสาวะสีเข้มให้มีการส่งต่อทันที การหาอุปกรณ์เพื่อช่วยลดอุณหภูมิ

เบื้องต้น การจัดโรงนอนพลทหารใหม่ การออกแนวปฏิบัติเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยโรคลมร้อนมายังโรงพยาบาลให้เป็นไป
 ในแนวทางเดียวกัน มีการสอนนายสิบเสนารักษ์ในเรื่องการปฐมพยาบาล ณ สถานที่เกิดเหตุ การซ้อมแผนการส่งต่อ
 มาที่โรงพยาบาล โดยใช้เจ้าหน้าที่เสนารักษ์ของหน่วยฝึกทหารใหม่ในพื้นที่กองพลทหารราบที่ 9 จำนวน 18 กองพัน
 มีแบบประเมินความถูกต้องของการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และความถูกต้องของการประสานงานจากหน่วยฝึกจนถึง
 โรงพยาบาลค่ายสุรสีห์ โดยพัฒนา 3 ด้าน ใช้หลัก 3P คือ People Place และ Process โดยเก็บข้อมูลความถูกต้อง
 ในการประสานการส่งต่อ อัตราการตายจากโรคลมร้อน และการสร้างนวัตกรรมในการดูแลโรคลมร้อน ในปี 2562 - 2563



⊕ ผลการศึกษา

สาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา/วิจัย/การคิดค้น ปัจจุบันอัตราการติดต่อประสานงานของนายสิบเสนารักษ์
 ในการส่งต่อ (Refer in) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 66.6 เป็นร้อยละ 100 อัตราการตายจากโรคลมร้อนเป็นร้อยละ 0 อัตรา
 การเกิดทุพพลภาพจากโรคลมร้อนเป็นร้อยละ 0 มีการสร้างนวัตกรรมในแต่ละหน่วยเพื่อป้องกันโรคลมร้อนถึงร้อยละ 96

⊕ อภิปรายผล

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ผู้บังคับบัญชาให้ความสำคัญอย่างสูงเกี่ยวกับโรคลมร้อนและกำหนดเป็นสมรรถนะหลัก
 ของโรงพยาบาล, สร้างความตระหนักรู้แก่บุคลากร ทั้งในและนอกโรงพยาบาล ให้การสนับสนุนการเรียนรู้ทุกรูปแบบ
 และสร้างความตระหนักรู้ร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน หน่วยฝึก ให้ความสำคัญกับระบบการส่งต่อ โรงพยาบาล
 มีการทบทวนความรู้โรคลมร้อน (Heat Stroke) ปีละ 2 ครั้ง ทั้งในภาพรวมของทั้งโรงพยาบาลและแยกรายหน่วยรวมถึง
 มีการทบทวนการปฏิบัติทุกครั้งที่มีผู้ป่วย Heat Stroke เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่อไป
 มีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยฝึก ระหว่างหน่วยฝึกกับหน่วยฝึก เกิดชุมชนนักปฏิบัติโรคลมร้อน
 หน่วยฝึกสามารถสร้างองค์ความรู้เกิดนวัตกรรมที่หลากหลาย หน่วยฝึกที่ปฏิบัติได้ดีเป็นพี่เลี้ยงให้หน่วยฝึกอื่นได้เป็นอย่างดี
 และมีการใช้เทคโนโลยีด้านต่างๆ มาช่วยในการป้องกันและการรักษา เช่น Application เพื่อช่วยในการ Monitor
 อุณหภูมิร่างกายและสีปัสสาวะ เป็นต้น

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

ปัจจัยสำคัญในการดูแลโรคลมร้อนคือ การป้องกันการเกิดและเมื่อเกิดการบาดเจ็บจากโรคลมร้อนแล้วการวางแผน
 การส่งต่อเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งในการลดการตายและทุพพลภาพ



การพัฒนากระบวนการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ ด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา

กานต์นรินทร์ จรรยา, ดารณี นุชพงษ์, สราพร มัทยาท, ดิเรก ภาคกุล และลาวัญย์ อมรรัตน์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, โรงพยาบาลพุทธโสธร และโรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ปัญหาความไม่พร้อมในระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน ทำให้การส่งต่อผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาภาระงานและความขัดแย้งในการประสานงาน โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพและเกิดการใช้ทรัพยากร ที่มีอยู่จำกัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ มีการเชื่อมโยงด้วยระบบส่งต่อ สร้างระบบที่เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย มีการจัดสรรทรัพยากรสนับสนุนตามบทบาทหน้าที่ของสถานบริการแต่ละระดับ จัดระบบบริการสุขภาพในรูปแบบเครือข่ายแทนการขยายโรงพยาบาล โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” อีกทั้งในปัจจุบันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นที่ได้รับความนิยม การนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้เพื่อจัดเก็บและแลกเปลี่ยนข้อมูล จะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาเรื่องระเบียบข้อบังคับ สามารถลดขั้นตอนต่างๆ ของผู้ป่วย ผู้มารับบริการ โดยที่ข้อมูลจะมีความถูกต้องแม่นยำและมีความปลอดภัยของข้อมูลส่วนบุคคล จึงเหมาะสมต่อการนำมาประยุกต์ใช้ในการเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย

ดังนั้น การพัฒนาระบบการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศและประเมินประสิทธิภาพระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลจะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาเรื่องระเบียบข้อบังคับ ลดขั้นตอนที่ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อนในการทำงาน ลดปัญหาจากการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาล เพื่อสามารถให้บริการผู้ป่วยและผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัยและได้มาตรฐาน รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดบริการที่ดีที่สุดสำหรับประชาชน



วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา



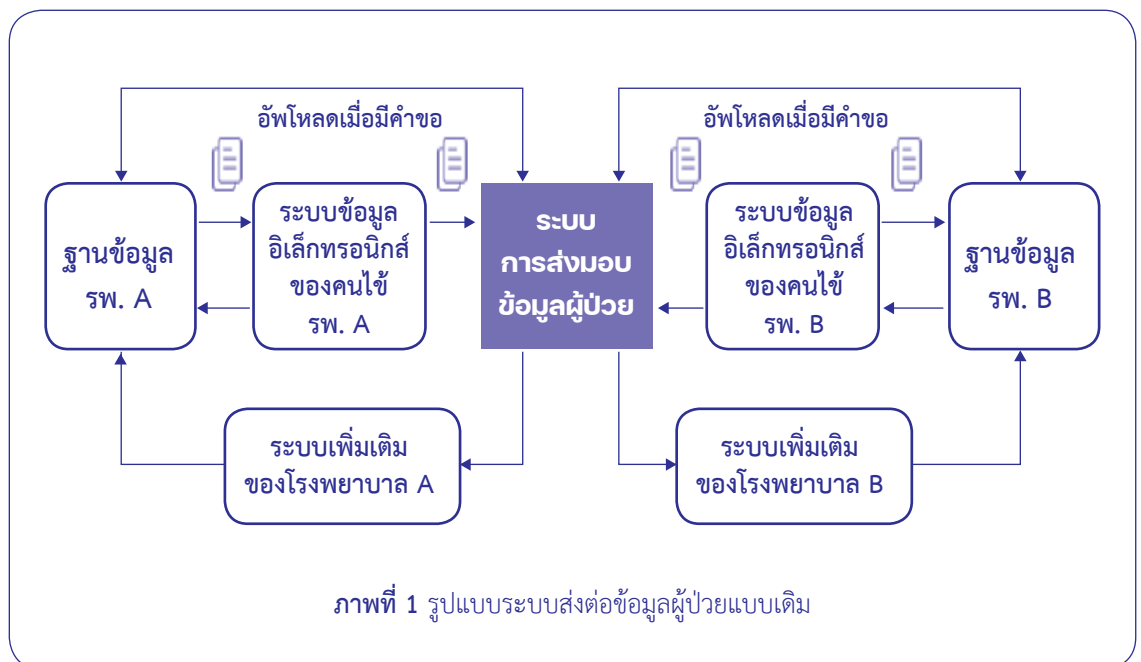
วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

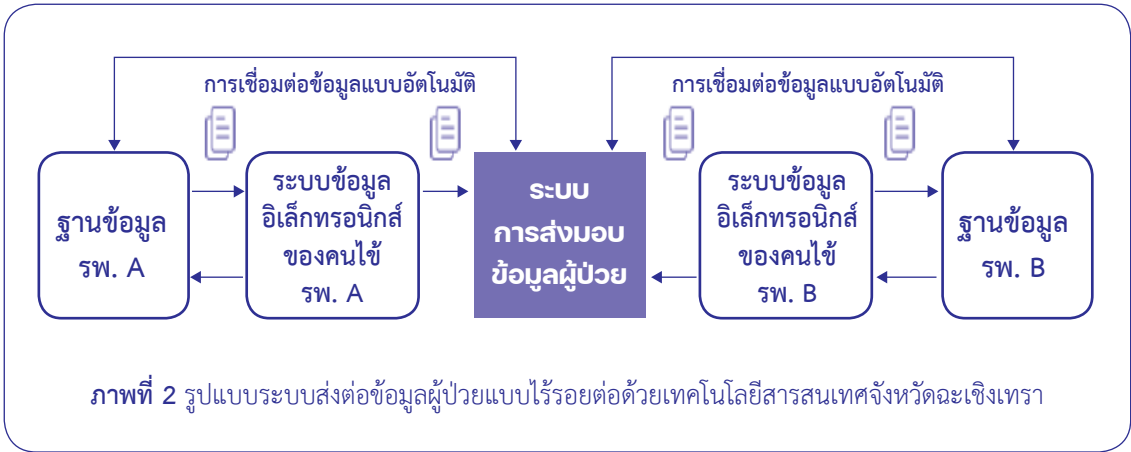
รูปแบบการศึกษาเป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าศูนย์ประสานการส่งต่อ ผู้รับผิดชอบงานส่งต่อ ผู้รับผิดชอบงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบงานเรียกเก็บฯ ในระดับโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสมครใจ จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โครงสร้างเครือข่ายบล็อกเชน (Block Chain) และแบบประเมินประสิทธิภาพระบบสารสนเทศฯ (การุณ รอบครอบ, 2556) โดยคณะผู้วิจัยดำเนินการศึกษาระบบส่งต่อจังหวัดฉะเชิงเทราและปัญหาที่เกิดขึ้นส่งต่อ รวมทั้งปัญหาจากการใช้สารสนเทศการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาล/ วิเคราะห์ความต้องการระบบสารสนเทศการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย/ออกแบบระบบการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อผ่านโครงสร้างเครือข่ายบล็อกเชน/พัฒนาระบบรับส่งต่อข้อมูล/ทดสอบประสิทธิภาพและประเมินผลระบบการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย และสรุปผลการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการประชุม

ระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเบื้องต้นได้แก่ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

➕ ผลการศึกษา

1. ผลการพัฒนาระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยใช้ระบบ Private Block Chain เชื่อมข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดฉะเชิงเทรา รูปแบบระบบการรับส่งข้อมูลแบบไร้รอยต่อฯ คือ มีระบบการแจ้งเตือนและแสดงความเคลื่อนไหว การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง ทั้งที่เป็นโรงพยาบาลระดับเดียวกันหรือโรงพยาบาลต่างระดับ มีการแสดงผลแบบอัตโนมัติจากการบันทึกในระบบฐานข้อมูลปกติ ทำให้ลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน และครอบคลุมตามความต้องการของผู้ใช้งานในทุกระดับ เช่น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูล Visit ข้อมูล Referral ข้อมูลตรวจร่างกายเบื้องต้น ข้อมูลการวินิจฉัยโรค ข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วย ข้อมูล Lab report การสรุปรายงานสถิติของข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยรายเดือน การค้นหาผู้ป่วย การรับหรือปฏิเสธ การแสดงสถานะของแต่ละกรณีการส่งต่อ ข้อมูล Lab, X-ray รายการ Physical Exam (จาก HIS) ข้อมูล Drug Items ฯลฯ มีระบบรายงานที่ตอบสนองความต้องการทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ และระบบความปลอดภัยขั้นสูง ส่งผลให้การรับส่งต่อมีความสะดวกเพิ่มขึ้นในทุกด้าน ลดภาระด้านการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลทั้งในส่วนของการรับส่งต่อ (Refer in) การส่งออก (Refer out) และการส่งกลับ (Refer back) ลดความผิดพลาดของข้อมูลในระบบ เพิ่มความรวดเร็วในการส่งข้อมูลและเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้รับบริการ โดยรูปแบบระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบเดิม ดังภาพที่ 1 และรูปแบบระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา ดังภาพที่ 2





2. ผลการประเมินประสิทธิภาพระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศจังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อฯ โดยประเมิน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถของระบบ ด้านความถูกต้องในการทำงานของระบบ ด้านความสะดวกในการใช้งาน ด้านความปลอดภัยของระบบ และด้านการรายงานผล อยู่ในระดับดีในทุกด้าน นอกจากนี้จากการประชุมระดมความคิดเห็น พบว่า ผู้ใช้ระบบส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการใช้งานเนื่องจากเมื่อบันทึกข้อมูลส่งต่อในฐานข้อมูลของโรงพยาบาลแล้ว สามารถส่งออกได้โดยไม่ต้องพิมพ์เอกสารซ้ำซ้อน ลดการใช้ใบส่งต่อที่มีจำนวนหลายใบ เปลี่ยนเป็นการใช้ใบนำทาง (ใบส่งตัวฉบับย่อ) เพื่อให้ผู้ป่วยใช้สื่อสารกับโรงพยาบาลปลายทางได้สะดวกขึ้น ลดความซ้ำซ้อนการทำงานโดยไม่ต้องบันทึกข้อมูลในโปรแกรมอื่นเพิ่มเติม

⊕ อภิปรายผล

การใช้ระบบ Private Block Chain เป็นเทคโนโลยีสารสนเทศที่ใช้ในการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดฉะเชิงเทรา โดยสามารถลดการทำงานที่ซ้ำซ้อน เนื่องจากเป็นการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยในฐานข้อมูลปกติของโรงพยาบาล และแสดงข้อมูลต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมตามความต้องการของผู้ใช้งานทุกระดับ ลดปัญหาที่เกิดจากการสื่อสาร โดยมีระบบแจ้งเตือนและแสดงความเคลื่อนไหวตลอดเวลา ทำให้การดูแลรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของชาญวิทย์ ใจทิต (2562) ที่ศึกษาการพัฒนาต้นแบบระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยด้วยบล็อกเชน พบว่า เทคโนโลยีบล็อกเชนสามารถทำให้แพทย์พยาบาล เภสัชกรและผู้ป่วยเข้าถึงการจัดเก็บ การควบคุมและการจัดการข้อมูลได้โดยใช้ทรัพยากรที่น้อยลง

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อฯ สามารถแก้ไขปัญหาภาระงานและความขัดแย้งในการประสานงาน ทำให้สามารถจัดบริการที่มีคุณภาพและเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ยังคงต้องมีการยกระดับการพัฒนา ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการเรียกเก็บค่าบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยส่งต่อในลำดับต่อไป



การพัฒนาแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วย ศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า

นางละอองดาว บุตรฉัยยา

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน พัฒนาศักยภาพ ส่งเสริมระบบส่งต่อ เพื่อลดความแออัดและจัดสรรทรัพยากรได้อย่างเหมาะสม โดยได้จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่มุ่งเน้นการพัฒนาระบบบริการทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง โดยมีกรอบแนวคิด คือ เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) มีการเชื่อมโยงระบบบริการด้วยระบบส่งต่อผู้ป่วย มีการประสานงานเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เพื่อเป็นหลักประกันว่าประชาชนจะเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน ทั้งถึงและเป็นธรรม

โรงพยาบาลพระปกเกล้า เป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิ ที่ต้องดูแลโรงพยาบาลในเครือข่าย ประกอบไปด้วยโรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัดจันทบุรี ตราด และสระแก้ว ซึ่งหมายความว่าถ้าโรงพยาบาลเหล่านี้ไม่สามารถให้การรักษาประชาชนได้ด้วยเหตุผลต่างๆ จะต้องส่งผู้ป่วยมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลพระปกเกล้า ซึ่งในปีงบประมาณ 2561-2563 โรงพยาบาลพระปกเกล้ารับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเครือข่ายทั้งหมดจำนวน 45,467 ราย, 53,039 ราย และ 50,747 ราย ตามลำดับ ซึ่งแต่เดิมนั้นในระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้มีแนวทางการรับประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้ดำเนินการอยู่แล้ว แต่จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังพบปัญหาในการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วย เช่น การประสานงานล่าช้าเนื่องจากช่องทางในการประสานงานมีขั้นตอนมากไป มีความขัดแย้งในการประสานงานการส่งต่อ เป็นต้น นอกจากนี้ เมื่อโรงพยาบาลพระปกเกล้าได้รับการประสานงานและมีการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลชุมชนแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงต้องมารอรับการตรวจรักษาจากแพทย์ในห้องฉุกเฉิน ซึ่งส่วนใหญ่ห้องฉุกเฉินมักมีผู้ป่วยหลายรายกำลังรอหรือได้รับการตรวจรักษาพยาบาลอยู่เป็นจำนวนมาก สาเหตุเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมา ได้รับการรักษาที่ล่าช้า ซึ่งกว่าจะได้รับการส่งต่อเข้าไปในหอผู้ป่วยเพื่อพบกับทีมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง อาจทำให้ผู้ป่วยเหล่านั้นเกิดภาวะแทรกซ้อน มีอาการทรุดลง หรือ เสียชีวิตอย่างไม่คาดฝันได้

ดังนั้นศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับ โรงพยาบาลพระปกเกล้า ได้ตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลต่างๆ ให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ลดขั้นตอนกระบวนการทำงานที่ซ้ำซ้อน ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นในห้องฉุกเฉิน ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้รวดเร็ว ปลอดภัยได้มาตรฐาน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดระยะเวลาวันนอนโรงพยาบาล และเกิดความพึงพอใจในการให้และรับบริการ



วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลต่างๆ ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากทีมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ได้รวดเร็ว ปลอดภัย และได้มาตรฐาน
2. เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย และลดขั้นตอนกระบวนการทำงานที่ซ้ำซ้อน
3. เพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน
4. ผู้ให้บริการและผู้รับบริการพึงพอใจต่อระบบบริการ

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. การรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์สภาพปัญหาและสถานการณ์ปัจจุบันของระบบส่งต่อและรับกลับของจังหวัดจันทบุรี จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า แนวปฏิบัติที่มีอยู่ยังไม่ชัดเจนและไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน
2. นำเสนอปัญหาในที่ประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อจังหวัดจันทบุรี เพื่อกำหนดข้อตกลงร่วมกัน
3. ศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับปรับปรุงแก้ไขแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วยและมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยแต่ละแผนก โดยให้บุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องช่วยตรวจสอบและแสดงความคิดเห็น
4. นำแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วยและมาตรฐานการดูแลรักษาพยาบาลในการส่งต่อผู้ป่วยไปทดลองปฏิบัติจริง ระยะเวลา 3 เดือน
5. ออกเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและเครือข่ายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนิเทศติดตามและรับฟังปัญหา
6. นำปัญหาและข้อเสนอแนะของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดและเครือข่ายมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง
7. ประเมินผลและนิเทศติดตามกำกับโดยหัวหน้าศูนย์ประสานงานการส่งต่อของแต่ละโรงพยาบาล
8. ศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับ สรุปผล รวบรวม และจัดทำแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วย ที่พัฒนาขึ้นใหม่ พร้อมนำไปใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

⊕ ผลการศึกษา

1. มีระบบ Fast Track เกิดขึ้นในระบบส่งต่อ ได้แก่ Fast Track Stroke, Fast Track STEMI, Fast Track Sepsis, Fast Track Trauma, Fast Track UGIB with shock, Fast Track Ectopic Pregnancy with shock, Fast Track prolapsed cord ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รวดเร็วและปลอดภัย ได้มาตรฐาน เพราะได้รับการดูแลจากบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง
2. ระบบการรับประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางให้คำปรึกษาทุกแผนก โดยใช้ระบบการรับปรึกษาสามสาย ซึ่งช่วยลดขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ซ้ำซ้อนจากการต้องโทรศัพท์หลายครั้ง
3. มีการกำหนดจุด Check Point เพื่อให้โรงพยาบาลต้นทางโทรศัพท์ประสานโรงพยาบาลปลายทาง เพื่อเตรียมรับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางได้รวดเร็วขึ้น
4. มีระบบการ Admitted ตรงไปที่หอผู้ป่วยโดยไม่ต้องผ่านห้องฉุกเฉิน ดังนี้
 - 4.1 ผู้ป่วย STEMI ติดต่อประสานงานตรงที่หอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) และนำผู้ป่วยส่งที่ CCU หรือห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ (Cardiac Catheterization Lab: Cath Lab) ได้เลย
 - 4.2 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 22 สัปดาห์ขึ้นไป ติดต่อประสานงานตรงและนำส่งที่ห้องคลอด
 - 4.3 ผู้ป่วยฉุกเฉิน/วิกฤตของแผนกกุมารเวชกรรม ติดต่อประสานงานตรงและนำส่งหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม
 - 4.4 ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน/วิกฤตทางจิตเวช ติดต่อประสานงานตรงและนำส่งที่หอผู้ป่วยจิตเวช
 - 4.5 ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (Non Trauma) ที่ศัลยแพทย์รับประสานมาเพื่อ admitted สามารถนำส่งไปที่หอผู้ป่วยนั้นๆ ได้ โดยไม่ต้องรอรับการตรวจที่ห้องฉุกเฉิน

⊕ อภิปรายผล

จากการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วย พบว่า

1. ผู้ป่วย Fast Track Stroke ที่มาโดยระบบส่งต่อ สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายใน 1 ชั่วโมง พบว่าบรรลุเป้าหมาย (ร้อยละ 70) ในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 34 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด

43 ราย คิดเป็นร้อยละ 79.07 ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 42 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 73.68 ส่วนปีงบประมาณ 2562 จำนวน 45 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่สมควรได้รับยาละลายลิ่มเลือด 73 ราย คิดเป็นร้อยละ 61.64 สาเหตุส่วนใหญ่ที่ไม่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดทันภายใน 1 ชั่วโมง มาจากการรอการตัดสินใจของญาติ มีส่วนน้อยขึ้นอยู่กับพยาธิสภาพของผู้ป่วย เช่น รอให้ความดันโลหิตลดลงก่อน แต่สุดท้ายผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ภายในไม่เกิน 2 ชั่วโมง

2. ผู้ป่วย Fast Track STEMI ที่มาโดยระบบส่งต่อทุกราย ได้รับคำแนะนำการดูแลจากแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตั้งแต่เริ่มประสานงานส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทางจนถึงหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ (CCU) หรือห้องปฏิบัติการตรวจสวนหัวใจ (Cath Lab) คิดเป็นร้อยละ 100

3. ผู้ป่วย Fast Track Sepsis ที่มาโดยระบบส่งต่อทุกราย ได้รับคำแนะนำการดูแลจากแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตั้งแต่เริ่มประสานงานส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทาง และสามารถให้ยา Antibiotic ทันเวลา นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 100

4. ผู้ป่วย Trauma Fast Track ที่มาโดยระบบส่งต่อทุกราย ได้รับคำแนะนำการดูแลจากแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ตั้งแต่เริ่มประสานงานส่งต่อจากโรงพยาบาลต้นทาง จนกระทั่งส่งเข้าห้องผ่าตัดภายในเวลา 60 นาที คิดเป็นร้อยละ 100

5. ผู้ป่วยกลุ่มโรคทางศัลยกรรม (Non Trauma) ที่ศัลยแพทย์รับประสานมาเพื่อ Admitted สามารถนำส่งไปที่หอผู้ป่วยนั้นๆ ได้เลย โดยไม่ต้องมารอตรวจที่ห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้ลดระยะเวลาการรอคอยการตรวจจากแพทย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือส่งเข้าหอผู้ป่วย จากระยะเวลา 2 ชั่วโมง เหลือเพียง 5 - 10 นาที ส่งผลให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้เร็วขึ้น นอกจากนี้ ยังช่วยลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินรายอื่นในห้องฉุกเฉินได้รับการดูแลจากบุคลากรห้องฉุกเฉินได้อย่างเต็มภาระงาน รวมทั้งลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นในห้องฉุกเฉิน

6. ใบรายงานปัญหาในระบบส่งต่อลดลง (ปีงบประมาณ 2559 จำนวน 22 ใบ ปีงบประมาณ 2560 จำนวน 15 ใบ ปีงบประมาณ 2561 จำนวน 10 ใบ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 9 ใบ และปีงบประมาณ 2563 จำนวน 7 ใบ)

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์ประสานงานการส่งต่อและรับกลับโรงพยาบาลพระปกเกล้า โดยมีการปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานตั้งแต่การรับประสานงาน การให้คำแนะนำดูแลก่อนนำส่ง ระหว่างนำส่ง ลดขั้นตอนการประสานงานในผู้ป่วย Fast Track โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาเพื่อ Admitted สามารถนำส่งที่หอผู้ป่วยได้เลย ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเฉพาะทางได้รวดเร็วและปลอดภัยได้มาตรฐาน เนื่องจากได้รับคำแนะนำและการดูแลจากทีมบุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง นอกจากนี้ยังช่วยลดขั้นตอนหรือกระบวนการการทำงานที่ซ้ำซ้อน ลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ลดการใช้ทรัพยากรที่ไม่จำเป็นในห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในการให้บริการทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ จากการศึกษาและการทำงานครั้งนี้พบว่า การทำงานที่เกิดจากความร่วมมือร่วมใจของผู้ปฏิบัติงานที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลอย่างยิ่งต่อการดำเนินงานนี้ให้สำเร็จได้ด้วยดีและยั่งยืนตลอดไป

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการนำแนวทางการประสานงานในการรับส่งต่อผู้ป่วยไปพัฒนาใช้กับกลุ่มผู้ป่วยในระบบส่งต่อแผนกอื่นๆ เช่น ศัลยกรรมกระดูก จักษุ โสต คอ นาสิก เป็นต้น เพื่อประสิทธิภาพประสิทธิผลที่จะก่อเกิดต่อผู้รับและผู้ให้บริการเอกชนเดียวกัน



พัฒนาลดความแออัดในโรงพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยสลายนิ้ว โดยเลียนแบบ One Day Surgery

นางสาวอัจฉรา ศรีรักษา และนางสาวบัวสอน สีสองเมือง
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

นิ้วในระบบทางเดินปัสสาวะเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก มีอุบัติการณ์แตกต่างกันไปทุกภูมิภาค นิ้วจัดเป็นโรคอันดับ 1 ใน 5 ของกลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลร้อยเอ็ด การรักษาในอดีตเป็น Open Surgery ปัจจุบันพบว่ามี การเปลี่ยนแปลงเทคนิคการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่สะดวกสบายมากขึ้น พบว่าจากการพัฒนาทางการแพทย์ Minimal Invasive Surgery โดยการนำเครื่องสลายนิ้วมาใช้ที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลการรักษาโดยวิธีสลายนิ้วได้ผลดี จากผลการศึกษาในในระบบทางเดินปัสสาวะในจังหวัดร้อยเอ็ด (รวี วานิชสาร, 2541: 2 - 3) อัตราส่วน เพศชาย : เพศหญิง เท่ากับ 1.8 : 1 นิ้วทางเดินปัสสาวะส่วนบนมีแนวโน้มสูงขึ้น พบมากในช่วงอายุ 31 - 60 ปี มีการนำเครื่องสลายนิ้วมาใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ในปี 2545 - ปัจจุบัน ความสำคัญ การรักษาของวิธีสลายนิ้วสามารถช่วยรักษาและจัดการนิ้วในโตและท่อไตที่มีขนาดไม่เกิน 1.5 - 2.0 cm. ผลลัพธ์ ในด้านการให้บริการคือ ลดจำนวนวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการผ่าตัด ลดอัตราการครองเตียง ลดค่าใช้จ่าย ในการผ่าตัด และลดการส่งต่อ ทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ ในปีงบประมาณ 2560 เริ่มเชิงรุกโดยศัลยแพทย์ ระบบปัสสาวะได้ออกตรวจที่โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นการลดการส่งต่อและการวินิจฉัย เบื้องต้นโดยศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ และได้พัฒนาปรับเครื่องสลายนิ้ว จากเดิมปี 2545 - 2560 เครื่องสลายนิ้ว เป็นชนิดไม่มี Ultrasound ทำให้ต้องรวบรวมคนไข้ที่มีนิ้วขนาด < 0.5 min มาสลายนิ้วใหม่ ทำให้เสียเวลาในการมา โรงพยาบาลหลายครั้ง ปัจจุบันผู้บริหารให้ความสำคัญ โดยใช้เครื่องสลายนิ้วที่มีระบบ Two in One ในเครื่องสลายนิ้ว โดยมี X-ray และ Ultrasound ในเครื่องเดียวกัน ทำให้สามารถลดเวลาในการวินิจฉัย วินิจฉัยได้แม่นยำและเร็วขึ้น อีกทั้งการพัฒนาต่อเนื่อง One Day Surgery แบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 พักในโรงพยาบาล และกลุ่มที่ 2 เข้าไป - เย็นกลับ

+ วัตถุประสงค์ในการพัฒนา

เพื่อลดการส่งต่อ ลดการผ่าตัด ลดอัตราการครองเตียง

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

ในปี 2561 - 2563 เริ่มมีนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาล ทีมงานจึงมีการวางแผน ลดความแออัดโดยใช้ กระบวนการและนโยบายภายในโรงพยาบาล โดยนำกระบวนการ PDCA มาประยุกต์ใช้ ดังนี้ **Plan** : ใช้แนวคิดเลียนแบบ One Day Surgery เป็นการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ มาปรับใช้ในโรคนี้ โดยวิธีสลายนิ้ว เป็นการรับผู้ป่วยเข้ามา เพื่อรับการรักษาด้วยการเตรียมการไว้ก่อนแล้ว และให้ผู้ป่วยกลับบ้านในวันเดียวกันกับวันที่เข้ารับการรักษาหรืออยู่ใน โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ซึ่งการเลียนแบบ One Day Surgery (ODS) เป็นที่ยอมรับกันในระดับนานาชาติว่ามีความ สำคัญ และมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย จึงนำมาวางแผนใช้ในในกลุ่มโรคนี้ที่มีขนาดเล็ก **Doing** : วางแผนปฏิบัติ เริ่มจากเสนอ เครื่องสลายนิ้ว อนุมัติใช้เครื่องที่มี Ultra Sound และ X-ray ในเครื่องเดียวกัน เพื่อหาวิธีที่ไม่เรื่องแสงขนาด < 0.5 min โดยไม่ต้องนัดผู้ป่วยมาใหม่ทำให้ไม่เสียเวลา ปรับการทำงานพยาบาลในการดูแลโดยใช้หลักการ Case manager โดยใช้พยาบาลสลายนิ้ว 1 คน ดำเนินการดังนี้ 1) ดูแลเตรียมก่อน ขณะ และหลังสลายนิ้ว 2) ลงข้อมูลใน Program HOSxP ระบบ OPD และ IPD แบ่ง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 สิทธิประกันสุขภาพ เป็นกลุ่มเข้าไป - เย็นกลับ กลุ่มที่ 2 สิทธิประกันสังคม และส่งเบิกให้ Admit เพื่อเพิ่มค่า RW **Check** : โดยมีการตรวจสอบการปฏิบัติ คือ 1) ด้านค่าใช้จ่ายจากการ Admit

ค่า RW ได้เพิ่มขึ้น - ลดลงและไม่มีผลกระทบต่องานบริการ 2) ตรวจสอบการเบิกยาเตรียมสลายนิ่ว ใช้ระบบคอมพิวเตอร์เพื่อการสื่อสารระหว่างสาขาชีพ 3) ตรวจสอบความร่วมมือจาก OPD เกสซิกอร์ ศูนย์ประกันสุขภาพ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะ โปรแกรมเมอร์ ในการเปิดรหัส การใช้ห้องตรวจเพื่อ Key ข้อมูล 4) เพิ่มสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในระยะแรกจะพบปัญหา แต่มีการแก้ปัญหาเชิงวิชาชีพมีส่วนร่วมการประชุมหารือและให้คำปรึกษาเป็นระยะๆ อย่างเป็นระบบ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีสถานการณ์โรคระบาด COVID - 19 จึงทำให้มีนโยบายเว้นระยะห่าง การจำกัดคนไข้ เพื่อเป็นการแก้ปัญหาโรคระบาด COVID - 19 อย่างต่อเนื่อง **Action** : ผลลัพธ์การพัฒนาคือ ลดอัตราการผ่าตัดได้ > 20 % และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ 86 %

⊕ ผลการศึกษา/ผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

บึงบประมาณ	หน่วย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
คนใช้สลายนิ่วทั้งหมด	ครั้ง	1,003	912	929	607
คนใช้ผ่าตัดทั้งหมด	ราย/ปี	3,420	3,208	3,027	3,015
ลดอัตราการผ่าตัด	%	22.67	22.13	23.48	16.75
ความพึงพอใจ	%	78	82	84	86

⊕ อภิปรายผล

จากการพัฒนาต่ออย่างเป็นระบบในแต่ละปีที่ผ่านมา และการนำนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาปรับใช้ ทำให้ช่วยลดปัญหาเรื่องความแออัด ลดอัตราการผ่าตัดในหอผู้ป่วย ลดอัตราการครองเตียงในกลุ่มโรคนิ่ว โดยใช้วิธีสลายนิ่ว รวมทั้งการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยและเกิดความพึงพอใจ

บทเรียนที่ได้รับ ทำให้ทราบผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงพัฒนากระบวนการทำงานให้มีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น มีการทำงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และมีการทบทวนหาโอกาสพัฒนาเป็นการเรียนรู้ก่อนที่จะเกิดข้อผิดพลาดระหว่างดำเนินการในครั้งต่อไป จากการพัฒนาลดความแออัดในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ป่วยสลายนิ่ว โดยเลียนแบบ One Day Surgery เป็นแนวคิดที่สามารถช่วยลดความแออัดในหอผู้ป่วยได้จริง

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลการดำเนินงาน พบว่า การพัฒนาอย่างต่อเนื่องจากปี 2545 จนถึงปัจจุบัน สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สามารถลดอัตราการผ่าตัดได้ > 20 % และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ 86 %

⊕ ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินการครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ในงานอื่นๆ ได้ โดยการค้นหาปัญหาก่อนและนำมาออกแบบแก้ไขต่อเนื่อง โดยการพัฒนาเชิงระบบและเผยแพร่ในงานอื่นๆ ที่จะนำไปประยุกต์ใช้ให้เกิดได้ และตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อผลลัพธ์ในด้านการให้บริการที่ดี คือ ลดจำนวนวันนอนพักรักษาในโรงพยาบาล ลดการผ่าตัด ลดอัตราการครองเตียง ลดค่าใช้จ่ายในการผ่าตัด ลดการส่งต่อ และทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ



การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อลดการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

นางสาวศศิธร ศรีโยธี และคณะเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เป็นหน่วยงานที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยในที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงบำบัดผู้ป่วยสุราและยาเสพติด จากข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการ พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั้งผู้ป่วยรายเก่าและรายใหม่ โดยปีงบประมาณ 2557 - 2559 มีอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนร้อยละ 10.48, 8.86 และ 8.87 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้น ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค/การรักษา/การดูแลตนเองทางจิตเวช การปฏิเสธ/ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย การใช้สารเสพติด ญาติขาดทักษะในการดูแล รวมถึงไม่มีผู้ดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ

โรคทางจิตเวชเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการปฏิบัติตัวต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน จึงมีความสำคัญและมีผลต่อการดำเนินโรค ถ้าผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ไม่มีความรู้และขาดความเข้าใจเรื่องโรค ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นการพัฒนาทักษะผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล เพื่อรับมือกับปัญหาและการช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ทราบถึงอาการที่แสดง/อาการเตือนถึงความเจ็บป่วยของโรค จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และการส่งต่อข้อมูลย้อนกลับให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกัน ในผู้ป่วยรายที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยแม่ปลั่งถือเป็นการป้องกันเชิงรุก ซึ่งมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการวางแผนทางการดูแลรักษาขณะเป็นผู้ป่วยในทางหน่วยงานเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงนำมาเป็นประเด็นในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อลดการเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

+ วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อนที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนหอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โรงพยาบาลร้อยเอ็ด
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ
3. ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจ

+ การดำเนินงาน

ทบทวนแนวทางการดูแลตามขั้นตอนดังนี้

1) ประเมินความต้องการการดูแลต่อเนื่องของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนแต่ละราย โดยใช้แนวคิดเชิงระบบ (System Approach) และแนวคิดทางการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์, พยาบาล, เภสัชกร, นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล) ควบคู่กับการมีส่วนร่วมของญาติ/ผู้ดูแล เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชและการปฏิบัติตัวต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

2) วางเป้าหมายการดูแลร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล

3) วางแผนจัดกิจกรรมที่ส่งผลให้การดูแลรักษาเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

- มอบหมายผู้ดูแล โดยใช้รูปแบบการดูแลรายกรณี (Case Management) โดยเน้นสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดการสนทนาบำบัดกับผู้ป่วย ร่วมกับบำบัดรักษาด้วยยา จัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดต่างๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เพื่อปรับพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย โดยเฉพาะพฤติกรรมที่มีผลต่อการอยู่ร่วมกันกับญาติ/ผู้ดูแล และการจัดกิจกรรมทดลองให้ผู้ป่วยเยี่ยมบ้านก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กรณีญาติ/ผู้ดูแล มีทัศนคติต้านลบ

ต่อผู้ป่วยมาก หรือผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้านแล้วไม่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ จัดกิจกรรมกลุ่มประคับประคองจิตใจญาติ/ผู้ดูแล ให้คำปรึกษาครอบครัวอีกครั้ง อาจให้ผู้ป่วยอยู่รักษาแบบผู้ป่วยในต่อ และ/หรือกลับไปเยี่ยมบ้านอีกครั้ง

- เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชันส่งต่อข้อมูลย้อนกลับให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ เพื่อวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านร่วมกัน ในผู้ป่วยรายที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยแม่ปลั่ง โดยเริ่มใช้ในอำเภอเมือง โรงพยาบาลเสลภูมิ โรงพยาบาลโพหนอง และ โรงพยาบาลหนองพอก

4) ประเมินผลการดำเนินงานและปรับแผนดูแลต่อเนื่อง

⊕ ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล ได้รับการดูแลตามแนวทางที่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบ และตามมาตรฐานวิชาชีพ
2. อัตราผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน < 5 %
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล > 80%

จากการดำเนินงาน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพและสามารถดำรงชีวิตในสังคมร่วมกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม อยู่ในสังคมได้นานขึ้น ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 80 อัตราผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน หอผู้ป่วยแม่ปลั่ง ในปีงบประมาณ 2560 - 2563 ลดลงร้อยละ 5.51, 5.57, 4.97 และ 3.54 ตามลำดับ ดังตาราง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
- อัตราผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำ ภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน	< 5 %	5.51 (55 ราย)	5.57 (51 ราย)	4.97 (39 ราย)	3.54 (31 ราย)
- ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล	> 80 %	89.6	90.0	93.5	92.0

⊕ อภิปรายผล

1. จากผลการพัฒนา พบว่า อัตราผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน มีแนวโน้มลดลง แต่ยังคงมากกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งอาจจะมีสาเหตุมาจากปัจจัยกระตุ้นที่มีความหลากหลาย เช่น ผู้ป่วยเข้าถึงยาเสพติดง่ายขึ้น ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม ญาติ/ผู้ดูแลเริ่มเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุ ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง ทำให้ต้องเพิ่มกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

2. กระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การติดตามอาการหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ถือเป็น การป้องกันเชิงรุกมีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการวางแผนทางการดูแลรักษาขณะเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นการป้องกันเชิงรับ การมีช่องทางในการสื่อสารกับทีมสุขภาพจิตในชุมชน การส่งต่อข้อมูลย้อนกลับให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ย่อมทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างทันท่วงทีและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทั้งนี้มีเป้าหมายสำคัญสูงสุด คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องลดการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน

3. ผู้ป่วยที่เข้ามารับการบริการในหอผู้ป่วยแม่ปลั่ง มีความหลากหลายและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความซับซ้อนในการดูแล การลดความแออัดในโรงพยาบาล ทบทวนปัญหา/ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องถือเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อผู้ป่วย/ญาติ/ ผู้ดูแล

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทุกราย ตามเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยแบบสหวิชาชีพและส่งเสริมประสิทธิภาพการทำงานร่วมกับเครือข่ายสุขภาพจิตโดยส่งเสริมให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เขตสุขภาพที่ 7 ได้มีเป้าหมายพัฒนาระบบการส่งต่อ ให้มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน โดยจังหวัดขอนแก่นได้กำหนดยุทธศาสตร์ Service Excellence ด้านพัฒนาระบบบริการ Service Plan ลดความแออัดที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและพัฒนาระบบส่งต่อให้มีประสิทธิภาพไร้รอยต่อตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการ โรงพยาบาลชุมแพเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กระดับ M1 ตั้งอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ปัจจุบันมีการพัฒนาศักยภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นระดับ Super Node ของจังหวัดขอนแก่น มีศักยภาพมากกว่าทุกโซนของจังหวัด ด้านโครงสร้างขนาดเตียง 200 เตียง (ตามกรอบ) มีการให้บริการผู้ป่วยใน จำนวน 354 เตียง (ตามจริง) ด้านบุคลากรมีแพทย์เฉพาะทาง 44 คน ทุกสาขา จากสถิติจำนวนผู้มารับบริการในโรงพยาบาลชุมแพ ปี 2559-2563 โดยผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 301,405, 312,263, 332,455, 348,889 และ 321,196 คนตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในจำนวน 22,206, 25,164, 24,605, 22,995 และ 21,491 ตามลำดับ โรงพยาบาลชุมแพได้มีการบริหารจัดการระบบส่งต่อ โดยแบ่งประเภทการส่งต่อเป็น การส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า (Refer out) การรับส่งต่อจากโรงพยาบาลเครือข่าย (Refer in) และการรับกลับมาดูแลต่อ (Refer back) มีการใช้โปรแกรมการส่งต่อในการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อ โดยบทบาทของศูนย์ประสานการส่งต่อ มีหน้าที่ประสานงานให้และรับข้อมูล ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต่างๆ ติดตาม ประเมินผล และรายงานผลการส่งต่อ มีการให้คำปรึกษาทาง Telemedicine โดยโรงพยาบาลเครือข่ายสามารถขอรับการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดยผ่านศูนย์รับส่งต่อได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงเปิดช่องทางการปรึกษาทาง Line

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระบบส่งต่อเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบาย ทางศูนย์ส่งต่อได้วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนดำเนินการดังนี้ อำเภอชุมแพ ใช้เวลาในการเดินทางไปจังหวัดขอนแก่น 1 ชั่วโมง 30 นาที ดังนั้นเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ จึงต้องพัฒนาศักยภาพเพื่อรับส่งต่อจากผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในโซนตะวันตก จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย โรงพยาบาลสีชมพู ภูผาม่าน หนองเรือ ภูเวียง เวียงเก่า และหนองนาคำ และยังรับส่งต่อจากโรงพยาบาลในเขตรอยต่อซึ่งมาจากเขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลภูเขียว โรงพยาบาลคอนสาร และเขตสุขภาพที่ 2 จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำหนาว ก่อนการดำเนินการพบปัญหาว่า อำเภอที่ใกล้เคียงจังหวัดขอนแก่นทางทิศตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ ภูเวียง หนองเรือ หนองนาคำ เวียงเก่า ส่วนใหญ่โรงพยาบาลดังกล่าวจะส่งไปที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นเนื่องจากอยู่ไกลและไม่สะดวกต่อการย้อนการส่งต่อมาที่โรงพยาบาลชุมแพ อีกทั้งบางครั้งมีข้อจำกัดทั้งทางด้านบุคลากร และทรัพยากรต่างๆ ทำให้ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างเต็มที่ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาระบบส่งต่อของโรงพยาบาลเครือข่ายและการดำเนินการตามนโยบายลดความแออัดในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ทางศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพจึงได้ทำแผนดำเนินการโครงการระบบรับส่งต่อโรงพยาบาลชุมแพไร้รอยต่อ (Referral system LEAN&SEAMLESS Chumphae hospital) ขึ้น

⊕ วัตถุประสงค์การดำเนินงาน

1. เพื่อลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น/โรงพยาบาลศรีนครินทร์/โรงพยาบาลนอกเขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อเพิ่มอัตราการรับผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมแพมากขึ้น
3. การติดตาม กำกับดูแลให้การส่งต่อเป็นไปอย่างเหมาะสมและได้มาตรฐาน

4. เพื่อเชื่อมโยงระบบส่งต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan ในทุกสาขา
ระยะเวลาดำเนินการ ปีงบประมาณ 2562 - 2563

⊕ การดำเนินงาน

1. ทำการประชุมภายในโรงพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางในการรับส่งต่อ พร้อมทั้งจัดทำคู่มือการรับส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง โดยให้แพทย์แต่ละสาขาร่วมพิจารณาแนวทางการส่งต่อ
2. ประชุมคณะกรรมการส่งต่อระดับโซน (ระดับผู้บริหาร) ในปี 2562 เพื่อทำข้อตกลงในการส่งต่อของโรงพยาบาล เขตใกล้เคียงต่อจังหวัดให้ส่งผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลชุมแพเพิ่มมากขึ้น คือ โรงพยาบาลภูเวียง โรงพยาบาลหนองเรือ โรงพยาบาลหนองนาคำและโรงพยาบาลเวียงเก่า โดยเริ่มนำร่องที่สาขาศัลยกรรม (Appendicitis) และออร์โธปิดิกส์
3. จัดทำโครงการนิเทศระบบส่งต่อในโรงพยาบาลโซนตะวันตก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือแนะนำการดูแลผู้ป่วยในระบบส่งต่อสาขาต่างๆ ให้กับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย, ชี้แจงเกณฑ์การส่งต่อมายังโรงพยาบาลชุมแพ โดยให้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่างๆ ไปนำเสนอให้กับทีมแพทย์ พยาบาลโรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งได้ดำเนินการนิเทศในเดือนกรกฎาคม 2562 และเดือนมิถุนายน 2563 โดยนิเทศครั้งละ 5 โรงพยาบาล ทีมที่ออกนิเทศ ได้แก่ รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ แพทย์หัวหน้าศูนย์ส่งต่อ แพทย์สาขาศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก จิตแพทย์ อายุรแพทย์ กุมารแพทย์ และผู้รับผิดชอบ PCT แต่ละสาขา

⊕ ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 1 แสดงสถิติจำนวนผู้ป่วย Orthopedic และ Appendicitis ของโรงพยาบาลเครือข่ายที่ Refer in มาที่โรงพยาบาลชุมแพ

sw./โรค	โรงพยาบาล สีชมพู				โรงพยาบาล ภูผาม่าน				โรงพยาบาล ภูเวียง				โรงพยาบาล หนองเรือ				โรงพยาบาล เวียงเก่า				โรงพยาบาล หนองนาคำ			
	60	61	62	63	60	61	62	63	60	61	62	63	60	61	62	63	60	61	62	63	60	61	62	63
Orthopedic	273	268	320	188	79	123	117	75	5	19	9	34	1	1	9	12	0	0	6	10	0	4	7	8
Appendicitis	92	81	80	57	34	21	52	12	1	7	4	11	0	0	6	8	0	0	1	4	0	1	2	1

จากตารางที่ 1 ผู้ป่วยสาขาศัลยกรรมกระดูกและข้อ แต่เดิมรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสีชมพูและภูผาม่านเท่านั้น หลังจากได้ออกทำการนิเทศโรงพยาบาลเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลภูเวียง หนองเรือ เวียงเก่าและหนองนาคำ พบว่าผู้ป่วยเข้ารับบริการเพิ่มมากขึ้น คิดเป็น 5 - 6 เท่าของผู้ป่วย ก่อนทำการนิเทศ และสาขาศัลยกรรมโดยโรคที่รับส่งต่อมากที่สุดคือ โรคไส้ติ่งอักเสบ (Appendicitis) ของโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายมีแนวโน้มส่งต่อ (Refer in) มารับบริการเพิ่มมากขึ้น

ตารางที่ 2 แสดงสถิติจำนวนผู้ป่วย Refer out ไปยังโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น

โรงพยาบาลในจังหวัด/ปี	2559	2560	2561	2562	2563
โรงพยาบาลขอนแก่น	3,791	4,463	3,966	3,754	3,415
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	299	373	465	462	496
โรงพยาบาลศูนย์หัวใจสิริกิติ์	67	80	86	71	53
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	115	177	135	44	68

จากตารางที่ 2 เริ่มตั้งแต่ปี 2560 - 2562 โรงพยาบาลชุมแพมีการพัฒนาศักยภาพและขยายสาขาบริการต่างๆ มากขึ้น อาทิเช่น การเปิดบริการสาขาศัลยกรรมผ่าตัดโดยใช้กล้อง โครงการทำ One Day Surgery การทำ Minimal Invasive Surgery เปิดหน่วยเคมีบำบัด รวมถึงพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็ง ได้แก่ มะเร็งลำไส้และมะเร็งเต้านม เป็นต้น จากการดำเนินการดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลชุมแพมีแนวโน้มที่จะส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อ (Refer out) ที่โรงพยาบาลขอนแก่น ลดลง คิดเป็นร้อยละ 10

ตารางที่ 3 แสดงสถิติจำนวนผู้ป่วย Refer back มาที่โรงพยาบาลชุมแพ

จำนวน (คน) / ปี พ.ศ.	2559	2560	2561	2562	2563
จำนวนผู้ป่วย Refer back	173	163	541	501	317

จากตารางที่ 3 พบว่า โรงพยาบาลชุมแพสามารถรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นในช่วงปี 2561-2562 มากกว่าปีก่อนๆ อย่างเห็นได้ชัด ส่วนในปี 2563 จำนวนผู้ป่วยที่ลดลงอาจเกิดจากยอดผู้ป่วยที่ส่งต่อน้อยลงทั้งจากที่พัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นและอาจเกิดสถานการณ์ Covid - 19

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลชุมแพมีการพัฒนาศักยภาพในการให้บริการหลายสาขาอย่างต่อเนื่อง สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายมากขึ้นทุกปี และการส่งต่อออกไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพมากกว่าจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เกินศักยภาพเป็นส่วนมาก ในส่วนการรับกลับมารักษาต่อจากโรงพยาบาลศูนย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกสาขาสมาารถลดการแออัดที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นตามสถิติที่ได้กล่าวมา นอกจากนี้มีการพัฒนาเทคโนโลยีในระบบส่งต่อให้ทันสมัย สะดวกในการสื่อสารการให้บริการผู้ป่วย เช่น การใช้ Telemedicine กับผู้ป่วยบนรถพยาบาล การติดตั้งกล้อง CCTV บนรถพยาบาล เพื่อสามารถส่งผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ในรณภูมิความปลอดภัย และในช่วงมีการระบาดโรค COVID - 19 โรงพยาบาลชุมแพได้มีการพัฒนาห้องแยกความดันลบ Negative Pressure รวมถึงบุคลากรและเครื่องมือต่างๆ เป็นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยในโซนตะวันตก ที่มีผลตรวจ swab ผล Positive มีอาการไม่รุนแรง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการมีโอกาสเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพไร้รอยต่อ เป็นประชาชนที่มีคุณภาพของประเทศต่อไป



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นมะเร็งระบบทางเดินอาหารที่พบมากที่สุด (ทะเบียน Thai Cancer Based ปี 2560) ในระดับประเทศพบมากเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และเพศหญิง มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมักเกิดจากตั้งเนื้อขนาดเล็กที่เรียกว่าโพลิป ซึ่งอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงจนกลายเป็นมะเร็งในที่สุด โดยทั่วไปใช้เวลา 5 - 10 ปี ขนาดที่เล็กของตั้งเนื้อจึงทำให้ผู้ป่วยมักไม่มีการผิดปกติ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะสุดท้ายของโรค ซึ่งการรักษาทำได้ผลดีเหมือนระยะแรกสถานการณ์ของจังหวัดเลย พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักพบผู้ป่วยมะเร็งระยะที่ 1 และ 2 (Early stage) เพียง 30% ในปี 2560, 25% ในปี 2561 และ 16% ในปี 2562 (ต.ค. 2561 - ม.ค. 2562) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึง 95% มีอาการแสดง ดังนั้นการตรวจคัดกรองและส่งต่อเพื่อวินิจฉัยถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการป้องกันโรค เพราะหากตรวจพบตั้งเนื้อและผ่าตัดรักษาได้ทั้งหมด ย่อมเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ได้

⊕ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาเครือข่ายการคัดกรองและส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จังหวัดเลย

⊕ วิธีการดำเนินงาน

ใช้กระบวนการ Research & development ปี 2562 - 2563 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ข้อมูล ปัญหา การดำเนินงาน แต่งตั้งคณะทำงาน หาแนวทางการดำเนินงาน 2) ออกแบบพัฒนาระบบคัดกรองโดยจัดทำโครงการ คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเครือข่ายจังหวัดเลย พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ทุกแห่ง และเจ้าหน้าที่ Lab ของโรงพยาบาลชุมชนในการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วย 3) พัฒนาระบบส่งต่อเพื่อวินิจฉัยและรักษา โดยโรงพยาบาลชุมชนออกไปส่งตัวเฉพาะ Fast Tract CRC Screening จัดผู้ป่วยที่มีภูมิลาเนาใกล้เคียงกันให้การตรวจในวันเดียวกัน ใช้ระบบ FAX Refer; กรณีส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า 4) พัฒนาระบบ บันทึกข้อมูล รายงานผลเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ Health Data Center ให้ IT รับผิดชอบ Update ข้อมูลส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 5) พัฒนาการเข้าถึงบริการ โดย Fast Tract for Cancer Surgery กำหนดคิวผ่าตัดเฉพาะผู้ป่วยมะเร็ง 6) พัฒนาช่องทางการสื่อสาร โดยตั้งกลุ่ม Line “กลุ่มคนไข้เคมีบำบัด โรงพยาบาลเลย” โดยก่อนให้ยา 1 วัน ให้ผู้ป่วยไปตรวจเลือดที่โรงพยาบาลชุมชน จากนั้นส่งผลทาง Line เพื่อรายงานแพทย์ พยาบาลเคมีบำบัด จะปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ และนัดผู้ป่วยตามแผนการรักษา 7) พัฒนาการดูแลต่อเนื่อง การส่งตัวผู้ป่วยกลับสู่สังคมชุมชน โดยใช้โปรแกรมส่งต่อ ร่วมกับหน่วยงาน COC และร่วมกับงาน Palliative Treatment **ผู้ร่วมวิจัยได้แก่** : PCT ศัลยกรรม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. เครือข่าย 14 อำเภอ และผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจังหวัดเลย **เครื่องมือ** : แนวทางการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก เวชระเบียนผู้ป่วย **การวิเคราะห์ข้อมูล** : ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ

+ ผลการศึกษา

1. ผู้รับบริการ ได้รับการตรวจ FIT Test จำนวน 11,059 ราย (เป้าหมาย 14,347 ราย) คิดเป็น 77.08 %
2. มี Fast Tract CRC Screening ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่เร็วขึ้น มีระบบนัดที่เอื้อต่อการเดินทาง และตรวจพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ถึง 9 ราย และเกินกว่าครึ่ง (5 รายจาก 9 ราย) พบเป็น Early stage cancer และผู้ป่วย 3 ใน 5 รายวินิจฉัยเป็น Carcinoma in situ ได้ Overall survival ที่ดีที่สุด สัดส่วนของ Early stage colorectal cancer ช่วงปีที่มีการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสูงขึ้นกว่าเดิม ในปี 2561 คิดเป็น 19 % ในปี 2562 เพิ่มขึ้นเป็น 26 % และลดค่าใช้จ่ายให้ผู้มารับบริการในการเดินทางมาโรงพยาบาลเลย เพราะถ้าไม่มีการประสานโดยเจ้าหน้าที่ก่อนผู้รับบริการต้องเดินทางมาติดต่อโรงพยาบาล 3 ครั้ง (ค่าใช้จ่ายประมาณ 4,500 บาทต่อคน) เพื่อรับการส่องกล้องตรวจมะเร็งลำไส้
3. การจัดกลุ่ม Line ส่งผลให้ผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเลยโดยไม่ได้รับยาเคมีบำบัด ปี 2562 คิดเป็น 3.4 % และ ปี 2563 คิดเป็น 4.0 % (เกณฑ์ < 5 %)
4. ระบบ FAX Refer Application Line คิดเป็น 100 % เป็นการลดความยุ่งยากในการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายได้ประมาณ 3,000 บาทต่อคน (ยกเว้นผู้ป่วยเดินทางไปเองโดยไม่ผ่านทางโรงพยาบาลเลย)

+ อภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบการส่งต่อการตรวจรักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่เร็วขึ้นตามเกณฑ์ที่เขตสุขภาพกำหนด ลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ลดการเดินทางที่ไม่จำเป็นของผู้ป่วยและเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น เป็นการขยายเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อและเป็นช่องทางให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยกรณีที่มีปัญหาจากการรักษา เนื่องจากการพัฒนาระบบ FAX Refer หรือ Application Line ได้ทำมาอย่างยาวนานแล้วจนกลายเป็นวัฒนธรรมของการส่งตัวผู้ป่วยจากแผนกศัลยกรรมโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี สามารถลดการเดินทางและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงเป็นการรับประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการรักษาตามกำหนดเวลาที่เหมาะสมและการสื่อสารยังทำให้ได้ข้อมูลเป็นปัจจุบันของผู้ป่วยให้แก่แพทย์ทั้ง 2 สถานบริการเกิดเครือข่ายบริการแบบไร้รอยต่อ โดยไม่ใช้เทคโนโลยีที่ยุ่งยากหรือมีราคาแพงเพียงใช้ระบบ FAX Refer หรือ Application Line ที่มีอยู่แล้ว

+ ข้อเสนอแนะ

ควรนำไปขยายผลในสถานบริการแห่งอื่นที่เป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลเลย เช่น โรงพยาบาลอุดรธานี โรงพยาบาลศรีนครินทร์ขอนแก่น



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยเริ่มมีการระบาดของโรค Covid - 19 ในเดือนธันวาคม 2562 ในขณะนั้น จังหวัดเลยยังไม่มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 ที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ การระบาดของโรคที่คาดการณ์ไม่ได้ ยังไม่มีวัคซีนในการป้องกันโรค เจ้าหน้าที่ในระบบส่งต่อวิตกกังวล กลัว เกิดความไม่มั่นใจในการดูแลส่งต่อผู้ป่วย จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว เพื่อการส่งต่อที่เหมาะสม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เกิดความปลอดภัยทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ส่งต่อหน่วยงานเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงอาศัยความร่วมมือของสหวิชาชีพในการดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

ใช้กระบวนการ CQI ผู้ร่วมพัฒนา ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน อายุรแพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบระบบส่งต่อของโรงพยาบาล และพยาบาลห้องฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดเลย ดำเนินการตามขั้นตอน การวิเคราะห์สภาพปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์ วางแผนและออกแบบ นำไปปฏิบัติ สรุปผลการปฏิบัติและปัญหา นำไปปรับเปลี่ยนเตรียมแผนสำหรับการพัฒนารอบต่อไป

ผลการศึกษา : สาระสำคัญที่ได้จากการศึกษา/วิจัย/การคิดค้น

➡ **วงรอบที่ 1** การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย (มกราคม – กันยายน 2563)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรค จังหวัดเลยขาดแนวทางทางการส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 เดิมมีเฉพาะการส่งต่อในระบบปกติ

2. พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 นำเสนอปัญหาที่พบเสนอต่อประธานเครือข่ายส่งต่อจังหวัดเลยหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชโรงพยาบาลเลย หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง ผู้รับผิดชอบระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง ประชุมระดมสมอง ระดมความคิด ความรู้ และประสบการณ์ของแต่ละคนรวมทั้งทบทวนหลักการที่ดีที่สุดจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อสร้างแนวทางการส่งต่อประกอบด้วย 1) การดูแลก่อนการส่งต่อโดยให้ความรู้เกี่ยวกับ Covid - 19 แก่เจ้าหน้าที่ หลักการ Infection Control การสวมใส่ PPE ของบุคลากร การประสานการส่งต่อ การเตรียมเอกสาร การประเมินผู้ป่วย การเตรียมผู้ป่วย กำหนดเส้นทางในการนำส่งผู้ป่วย (Patient journey) โดยระบบ PASS ไปหอบุคลากรห้อง Negative Pressure ยกเว้นผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติให้ส่งห้องฉุกเฉินเพื่อ Resuscitate ก่อนกำหนดหน้าที่พนักงานเปลรองรับที่จุดจอดรถ รปภ.เคลียร์เส้นทาง การเคลื่อนย้ายตลอดเส้นทาง 2) การดูแลขณะส่งต่อบนรถพยาบาล การใช้อุปกรณ์ในการส่งต่อ กล่องครอบผู้ป่วยหรือเปล Negative การเคลื่อนย้ายเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง การส่งต่อข้อมูลหอบุคลากร 3) การดูแลหลังการส่งต่อ การทำความสะอาดอุปกรณ์ รถพยาบาล การปฏิบัติโดยเริ่มจากการชี้แจง สร้างความเข้าใจ ซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table top exercise)

3. การประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วย PUI จากโรงพยาบาลชุมชนมีน้อย เนื่องจากพื้นที่ระบอบอยู่ในอำเภอเมืองเลย จังหวัดเลย มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 5 ราย เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองทั้งหมด มาโรงพยาบาลโดยระบบ EMS พบปัญหา

จุดจอตตรวจหน้าห้องฉุกเฉิน มีรถพยาบาล ผู้ป่วยและญาติจำนวนมาก การกั้นโซนออกจากผู้ป่วยอื่น ต้องใช้เวลาจัดการนาน เส้นทางที่กำหนดไว้ ขึ้นทางลาดชั้น 3 พนักงานเปล 1 คนเข็นเปลลำบาก พนักงานเปลไม่มั่นใจในการสวม PPE

➊ **วงรอบที่ 2** การพัฒนาการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย (ตุลาคม 2563 – กุมภาพันธ์ 2564)

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการประชุมระดมสมอง สะท้อนแนวคิดการพัฒนาในวงรอบที่ 1 กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติร่วมกันพบปัญหาทางรอบที่ 1 จุดจอตตรวจเป็นจุดเดียวกับผู้ป่วยปกติ เส้นทางลาดชันพนักงานเปลเข็นเปลลำบาก เหนื่อย พนักงานเปลไม่มั่นใจใน PPE วิตกกังวลกลัวติดเชื้อจากผู้ป่วย

2. พัฒนาการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 นำเสนอปัญหาที่พบเสนอต่อประธานเครือข่ายส่งต่อจังหวัดเลย หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลเลย หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง ผู้รับผิดชอบระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง คณะกรรมการ EOC ประชุมระดมสมอง ระดมความคิด ความรู้ และประสบการณ์ของแต่ละคน ผ่านระบบ VDO conference 1) ทบทวนกำหนดเส้นทางการส่งต่อพิเศษ กำหนดจุดจอตตรวจพยาบาลใหม่ แยกจากผู้ป่วยปกติ 2) ทบทวนการเคลื่อนย้าย โดยลิฟต์ กำหนดการทำความสะอาดลิฟต์หลังใช้ทุกครั้ง 3) ทบทวนการสวม PPE ของพนักงานเปล สอนและฝึกการสวม PPE 4) กำหนด Refer manager เป็นผู้ประสานงานในแต่ละจุด ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนจนถึงหอผู้ป่วย Cohort โรงพยาบาลชุมชนส่งประวัติให้ศูนย์ส่งต่อทำ OPD card และ Admit แจ้งเวลาออกเดินทาง และระยะอีก 10 กิโลเมตร ถึงโรงพยาบาลเลยแจ้งอีกครั้งเพื่อเจ้าหน้าที่ รพภ. เตรียมจุดจอตตรวจพยาบาล พนักงานเปลใส่ PPE พร้อมรอรับผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ รพภ. เคลียร์เส้นทางการเคลื่อนย้าย 4) สื่อสารแนวทางปฏิบัติภายในองค์กรและเครือข่ายส่งต่อ

3. การประเมินผลจังหวัดเลย พบการระบาดรอบที่ 2 จากตลาดกลางกุ้ง มีผู้ป่วยยืนยันจำนวน 7 ราย ส่งต่อจากโรงพยาบาลภูกระดึง 1 ราย จากโรงพยาบาลวังสะพุง 2 ราย (รักษาที่โรงพยาบาลชุมชน 4 ราย) จุดจอตตรวจพยาบาลใหม่ สามารถเคลียร์ได้รวดเร็ว มีผู้ป่วยอื่นและจำนวนญาติน้อย พนักงานเปลมีความมั่นใจในการสวม PPE ไม่มีเจ้าหน้าที่ติดเชื้อหลังปฏิบัติงาน ผู้ป่วยไม่มีอาการทรุดลงขณะส่งต่อ พบผู้ป่วย PUI / ผู้ป่วย Active case finding ส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน 30 ราย การคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มผู้ป่วย Active case finding ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงตามการระบาด 14 วัน แต่ไม่มีอาการ พื้นที่ระบาดเพิ่มขึ้นขยายตัวอย่างรวดเร็ว การประสานการส่งต่อในผู้ป่วย Active case finding ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์แต่ละคน โรงพยาบาลชุมชนไม่ได้แจ้ง Refer manager 1 ราย เพราะเข้าใจว่าประสานเฉพาะผู้ป่วยยืนยัน Covid - 19 หอผู้ป่วยไม่ได้เตรียมห้อง Negative pressure ส่งผลให้รอนาน ได้ทบทวนระบบ Consult แนวทางการคัดกรองผู้ป่วย Covid - 19 ผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงตามการระบาด 14 วัน ชี้แจงโรงพยาบาลในเครือข่าย Conference case หลังการส่งต่อเพื่อปรับปรุงระบบการส่งต่อ

➕ **อภิปรายผล**

การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย เป็นการวางแผนการปฏิบัติผ่านการวิเคราะห์สภาพปัญหา เพื่อให้เห็นปัญหาและความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ตลอดจนร่วมกันแก้ปัญหา ปฏิบัติตามวิธีนั้น ติดตามประเมินผล และสะท้อนผลการปฏิบัติแก่ผู้เกี่ยวข้อง ผลการพัฒนาทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยปลอดภัย เจ้าหน้าที่ไม่มีการติดเชื้อหลังปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพพร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ในการดูแลส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 จังหวัดเลย

➕ **สรุปและข้อเสนอแนะ**

ควรส่งเสริมการใช้แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย PUI/Covid - 19 ที่พัฒนาขึ้นให้ครอบคลุมโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในจังหวัดเลยอย่างเป็นรูปธรรม เมื่อโรงพยาบาลมีผู้ป่วย PUI/Covid - 19 เข้ารับการรักษา สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เช่น โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลค่ายศรีสองรัก เป็นต้น



การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Refer in Stroke แบบบูรณาการเครือข่าย โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

นางจินตนา เทพบุรี และนางจิตรา เพื่อกำ
โรงพยาบาลยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก M1 ขนาด 320 เตียง ไม่มีอายุรแพทย์และศัลยแพทย์ระบบประสาท แต่มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ในปีงบประมาณ 2555 เนื่องจากมีอัตราการส่งต่อไปโรงพยาบาลสกลนครเป็นอันดับ 3 ของโรคส่งต่อทั้งหมด โอกาสในการได้รับยา rt-PA ของผู้ป่วยยังน้อยเนื่องจากระยะทางที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย จึงมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเริ่มดำเนินการจัดหาเครื่อง CT Scan และพัฒนาระบบเป็น โรงพยาบาล Node ที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด rt-PA ได้ในปี 2556 เปิดให้บริการ STROKE Unit จำนวน 6 เตียง ในปี 2558 และขยายขอบเขตการดูแลแบบ IMC เป็น โรงพยาบาลนำร่องของเขตสุขภาพที่ 8 ในปี 2561 จากข้อมูล จำนวน รับ Refer จากโรงพยาบาลลูกข่ายหลักมี 2 โรงพยาบาล (ส่องดาว เจริญศิลป์) ในปี 2561 จำนวน 100 ราย ปี 2562 จำนวน 77 ราย และ ปี 2563 จำนวน 90 ราย นับเป็นโรคที่มีจำนวนการ Refer in 1 ใน 5 ลำดับโรครับส่งต่อ ซึ่ง Stroke Fast Track เป็นโรคที่ต้องการความรวดเร็วในการให้การดูแล ผู้ป่วยจึงจะมีโอกาสได้รับยา rt-PA สามารถลดความพิการ, ลดอัตราการเสียชีวิตและผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

⊕ หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและความสำคัญที่จำเป็นในการจัดระบบบริการในกลุ่มผู้ป่วย Stroke ที่ Refer in พบว่าการคัดกรองผู้ป่วยได้ถูกต้อง การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนได้รับการรักษาที่สำคัญจำเป็นเฉพาะโรคและการส่งต่อที่รวดเร็ว จะเพิ่มโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือดของผู้ป่วย

⊕ วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Stroke Fast Track ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยา rt-PA สามารถได้รับยา rt-PA > 3%
2. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลระหว่างนำส่งตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย 100 %
3. เพื่อให้เกิดความรวดเร็วและต่อเนื่องของข้อมูลในการให้บริการผู้ป่วย

⊕ วิธีการดำเนินงาน

1. สร้างเครือข่ายการดูแลเชื่อมโยงกับมาตรฐาน PNC Stroke
2. เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วยให้กับบุคลากรในเครือข่าย โดยการอบรมให้ความรู้และทักษะการตรวจร่างกาย และมีระบบ Consult อายุรแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง
3. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย CPG และแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ใช้หลัก “Accept” เป็นกระบวนการเตรียมพร้อมผู้ป่วยก่อนส่ง Pre refer out ของ โรงพยาบาลลูกข่าย แนวทางการดูแลระหว่างนำส่ง และการส่งมอบโรงพยาบาล Node ใช้หลัก “CLEAR”
4. นิเทศงานระบบส่งต่อโรงพยาบาลลูกข่าย ปีละ 1 ครั้ง
5. การจัดการสารสนเทศ คืบข้อมูลการดูแลรักษา โดยโรงพยาบาลลูกข่ายสามารถสอบถามทางโทรศัพท์สายตรง ศูนย์ส่งต่อ และประสานงานกับผู้จัดการรายโรค Case manager

6. ทบทวนอุบัติการณ์ Morbidity & Mortality Conference (M&M Conference) ในเครือข่าย เพื่อปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละกระบวนการ

7. มีการประเมินและตรวจสอบคุณภาพ Referral Audit ทุกรายโดยพยาบาลประจำศูนย์ส่งต่อ

+ ผลการดำเนินงาน

บึงบประมาณ	โรงพยาบาลเจริญศิลป์					โรงพยาบาลส่องดาว					รวม
	บึงบ 60	บึงบ 61	บึงบ 62	บึงบ 63	บึงบ 64	บึงบ 60	บึงบ 61	บึงบ 62	บึงบ 63	บึงบ 64	
จำนวนผู้ป่วย Stroke Refer in	35	49	32	46	41	43	51	45	44	37	423
Stroke Fast Track	19	23	12	17	13	8	17	9	18	14	150
Stroke Non Fast Track	16	26	20	29	39	35	34	36	26	23	284
ผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้รับยา rt-PA	3	2	3	2	0	1	1	4	1	0	17
จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วย Stroke	1	1	1	0	0	2	1	0	1	0	7
ร้อยละของผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะส่งต่อผู้ป่วย Stroke	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Stroke	2	1	0	1	0	1	1	0	0	0	6

+ อภิปรายผล

จากผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Refer in Stroke เครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Stroke จากโรงพยาบาลลูกข่ายทั้งสองโรงพยาบาล มีการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย Stroke ได้ตามเป้าหมาย ผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่เข้าเกณฑ์ได้รับยา rt-PA สามารถได้รับยา rt-PA 11.33 % ได้รับการดูแลระหว่างนำส่งตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย พบอุบัติการณ์ในการส่งต่อ 1.65 % (เอกสารข้อมูลไม่ครบถ้วน) และพบอุบัติการณ์ในการไม่ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Stroke 1.42 % (การเตรียมตรวจ Lab พื้นฐาน ไม่ครบถ้วนตามแนวทางที่วางไว้)

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

การแก้ไขปัญหาสุขภาพผู้รับบริการโดยรวมให้ประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์และแก้ปัญหาพร้อมกัน การวางระบบการดูแลทั้งเครือข่ายจึงเป็นกลไกสำคัญในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและการดูแลระหว่างนำส่งที่มีมาตรฐาน ทำให้ผู้รับบริการและบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่มีความปลอดภัย รวมถึงการรับการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาล Node หรือแม่ข่ายที่มีแนวทางเดียวกันจะเกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วย เพิ่มโอกาสในการได้รับการดูแลตามมาตรฐานของผู้รับบริการ สามารถนำรูปแบบไปพัฒนารายโรคอื่น ๆ ได้และจากการพัฒนาระบบการส่งต่อของเครือข่ายโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดินแบบบูรณาการ ยังพบว่า มีข้อควรแก้ไข ปรับปรุงระบบการคืนข้อมูลการวินิจฉัยและดูแลรักษาแบบ Real-time ที่ห้องฉุกเฉินทันทีที่สิ้นสุดการรักษา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ให้บุคลากรในเครือข่ายให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยสูงขึ้น



ผลของการใช้ระบบนัดล่วงหน้าผู้ป่วยนอกรายใหม่ของจังหวัดบุรีรัมย์ ต่อการมาพบแพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลบุรีรัมย์

นางสาวบุษรา กลอนโพธิ์, นางสาวรัตนภรณ์ กาญจนฤทธาภรณ์ และนางนวลทิพย์ อีระเดชากุล
โรงพยาบาลบุรีรัมย์ จังหวัดบุรีรัมย์

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดระดับโรงพยาบาลออกเป็นระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและไร้รอยต่อ จึงได้มีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดและมีโรงพยาบาลสำหรับรับส่งต่อผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น การรับการส่งต่อ การส่งต่อ การส่งกลับ และการรับกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ได้รับความสะดวกปลอดภัย และรวดเร็ว จังหวัดบุรีรัมย์จึงมีนโยบายลดความแออัดและลดเวลารอคอยในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลบุรีรัมย์จึงได้มีการจัดทำระบบนัดผู้ป่วยนอกรายใหม่ขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมาพบแพทย์เฉพาะทางได้ตามวันนัด ผู้ป่วยสามารถประหยัดเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยต้องการศึกษาการใช้ระบบนัดผู้ป่วยนอกรายใหม่กับการมาพบแพทย์เฉพาะทางตามนัดของผู้ป่วยนอกรายใหม่ในจังหวัดบุรีรัมย์

⊕ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้ระบบนัดผู้ป่วยนอกรายใหม่กับการมาพบแพทย์เฉพาะทางตามนัดของผู้ป่วยนอกรายใหม่ในจังหวัดบุรีรัมย์

⊕ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยประชากรคือ ผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่ไปขอใบส่งตัวที่โรงพยาบาลชุมชนเพื่อมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่โรงพยาบาลชุมชนได้ขอวันนัดกับศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลบุรีรัมย์ การสุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง สถิติที่ใช้คือ ร้อยละ โดยใช้โปรแกรม SPSS ในการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้ 1) แพทย์โรงพยาบาลชุมชนส่งผู้ป่วยมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์แบบผู้ป่วยนอก (รายใหม่) 2) พยาบาลหลังพบแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนส่งข้อมูลผู้ป่วย เช่น ชื่อ-สกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน วัน เดือน ปีเกิด ที่อยู่ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ชื่อบิดา - มารดา เบอร์โทรศัพท์ ญาติที่สามารถติดต่อได้ เพื่อเปิดประวัติที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ และพยาบาลหลังพบแพทย์ส่งใบส่งตัวมาที่ศูนย์ส่งต่อทางไลน์ระบบนัดของศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลบุรีรัมย์ 3) เจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งต่อเปิดประวัติเพื่อนัดเข้าระบบและส่งใบนัดกลับไปโรงพยาบาลชุมชน 4) พยาบาลหลังพบแพทย์ของโรงพยาบาลชุมชนพิมพ์ใบนัดให้คนไข้ถือมาตามวันนัดที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ได้นัดไว้ให้ โดยผู้ป่วยรอไม่เกิน 30 นาที 5) เจ้าหน้าที่ศูนย์ส่งต่อลงข้อมูลผู้ป่วยระบบนัดในแบบสอบถาม 6) ลงข้อมูลในโปรแกรม SPSS และ 7) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ

⊕ จากการวิจัยพบว่า

ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยเข้าระบบนัดจำนวน 2,762 ราย เป็นชาย 1,276 ราย เป็นหญิง 1,486 ราย คิดเป็นร้อยละ 46.2 และ 53.8 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 52.03 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.55 โรงพยาบาลที่รับระบบนัดมากที่สุดคือ ลำปลายมาศ รองลงมาคือ บ้านใหม่ไชยพจน์ และละหานทราย คิดเป็นร้อยละ 42.50, 17.1 และ 12.8 ตามลำดับ เมื่อคิดร้อยละของการมาพบแพทย์เฉพาะทางหลังจากได้ใบนัดพบว่า เพศชายมาพบแพทย์เฉพาะทางน้อยกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 83.2 ตามลำดับ

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่องผลของการใช้ระบบนัดล่วงหน้าผู้ป่วยนอกรายใหม่ของจังหวัดบุรีรัมย์ต่อการมาพบแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่า เพศชายมาพบแพทย์เฉพาะทางน้อยกว่าเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 83.2 ตามลำดับ สอดคล้องกับ ชนิตา สุริอาจ และคณะ (2556 : 283) กล่าวว่าเพศหญิงมีความต้องการบริการทางสุขภาพมากกว่าเพศชาย

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปจากการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่เข้าระบบนัดกับโรงพยาบาลบุรีรัมย์ จำนวน 2,762 ราย ในปี 2563 มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 82.6 และไม่มาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 17.4 นั้นทำให้แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ สามารถลดความแออัดได้และผู้ป่วยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์เฉพาะทางได้เนื่องจากผู้ป่วยที่มาตามนัดจะได้พบแพทย์เฉพาะทางในวันทีนัดมา

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลชุมชนควรเห็นความสำคัญของการนัดผู้ป่วยล่วงหน้า เพื่อให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์เฉพาะทางโดยไม่ต้องเสียเวลามาหลายครั้งและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง
2. ผู้รับผิดชอบงานส่งต่อระดับจังหวัดควรเห็นความสำคัญของระบบนัดผู้ป่วยล่วงหน้า เนื่องจากช่วยลดความแออัดในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทำให้แพทย์มีเวลาในการตรวจรักษา ผู้ป่วยได้มากขึ้น



ช่วยคนละมือ ส่งต่อผู้ป่วยอุบัติเหตุพ่นวิกฤต รอดชีวิต ทุกทีม (ต้นทาง - ปลายทาง) ภูมิใจ

แพทย์หญิงกฤตยา ณ เพ็ชรวิจารณ์, นายแพทย์พงศ์ธร จันทเดมิย์, นางสาวสุมาลี พลจรัส และคณะ
โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ความเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุยังคงเป็นภัยคุกคามทางสุขภาพที่สำคัญอันดับต้นๆ ของประชากรไทย โดยเฉพาะวัยเด็กจนถึงวัยกลางคนซึ่งเป็นการพัฒนาประเทศ จากสถิติปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนท้องถนนชั่วโมงละ 2-3 ราย และมีอีกมากมายที่รอดชีวิตแต่ต้องทุพพลภาพเป็นภาระของคนในครอบครัวและงบประมาณทางสาธารณสุขที่ต้องดูแลตลอดอายุขัย การแก้ไขที่ดีที่สุดน่าจะเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดอุบัติเหตุโดยการไม่ประมาท ป้องกันตนเอง และปฏิบัติตามกฎหมายจราจร แต่หากอุบัติเหตุได้เกิดขึ้นแล้ว การดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุอย่างเป็นระบบในเวลาที่ยรวดเร็วตั้งแต่เริ่มต้นจนได้รับการรักษาที่จำเพาะโดยเฉพาะการผ่าตัด เป็นวิธีที่อาจช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยและลดภาวะทุพพลภาพได้

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช เป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดตติยภูมิ มีสถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินประมาณ 20,000 คนต่อปี (33 %) และพบว่าเป็นผู้ป่วยอุบัติเหตุระดับรุนแรงต้องช่วยชีวิตทันที (Level 1) ประมาณ 800 คนต่อปี (4 %) พบประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ ที่สำคัญคือ ใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นนานเกินไป ไม่ว่าจะเป็นที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเอง และอีกส่วนที่สำคัญคือ คนไข้ที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน เมื่อทำการวิเคราะห์ พบว่า แต่ละทีมมีการรักษาไม่ได้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน ขาดประสิทธิภาพการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนหลายระบบ ใช้ทรัพยากรมากเกินไปโดยเฉพาะการตรวจทางรังสีจนทำให้การส่งต่อล่าช้า ผู้วิจัยและทีมห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จึงริเริ่มจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงช่องทางด่วน (Trauma Fast Track) ขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 โดยทดลองใช้ครั้งแรกที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชก่อน พบว่าผู้ปฏิบัติทำงานได้อย่างเป็นระบบมากขึ้นและสามารถนำข้อมูลมาศึกษาย้อนหลังได้ จึงจัดทำแนวทาง Trauma Fast Track สำหรับโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัด เพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เชื่อมโยงกันได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ จนปรากฏผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรม คือ โอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น และทีมผู้รักษามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นอีกด้วย



วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต (Trauma triage level 1) ระยะเวลาเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้เข้าห้องผ่าตัด โดยจะเน้นเฉพาะการผ่าตัดเปิดช่องท้องฉุกเฉิน (Exploratory laparotomy) ภายหลังจากการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องทางด่วน (Trauma Fast Track) เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช



วิธีการศึกษา

➤ **รูปแบบการศึกษา** : การศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา Retrospective descriptive study โดยเป็นการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง

➤ **แหล่งข้อมูล** : เวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและข้อมูลการพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชน

➔ **ประชากรที่จะศึกษา** : ผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤตที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและได้ส่งตัวไปทำ Exploratory laparotomy จากห้องฉุกเฉิน และมีการตามเวชระเบียนได้ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2563 (ปีงบประมาณ 2562 – 2563)

➔ **วิธีการเก็บข้อมูล** : เก็บข้อมูลผู้ป่วยย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วย โดยเก็บข้อมูลการมาโรงพยาบาลของผู้ป่วย ผลลัพธ์การรักษา และระยะเวลาการส่งเข้าห้องผ่าตัดของผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต

➔ **การวิเคราะห์ข้อมูล** : นำผลที่ได้มาคำนวณค่าเฉลี่ยของระยะเวลาการส่งเข้าห้องผ่าตัดของผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต และผลลัพธ์การรักษาในช่วงปีก่อนและหลังที่จะเริ่มใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องทางด่วน (Trauma fast track) เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช

⊕ ผลการศึกษา

จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต (Trauma triage level 1) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและได้ส่งตัวไปทำ Exploratory laparotomy จากห้องฉุกเฉิน ในช่วงเวลา 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2563 ทั้งสิ้น 61 ราย เป็นผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 46 ราย (75.4 %) ผู้ป่วยมูลนิธินำส่ง 7 ราย (11.5 %) ผู้ป่วยโรงพยาบาลอกรับเหตุ 6 ราย (9.8 %) และผู้ป่วยมาเอง 2 ราย (3.3 %) เมื่อพิจารณาผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายตำแหน่ง ได้แก่ มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ มีการบาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหัก และมีการหักหลายตำแหน่ง ถ้าผู้ป่วยที่ส่งตัวไปทำ Exploratory laparotomy มีการบาดเจ็บเหล่านี้ร่วมด้วยข้อใดข้อหนึ่ง ระยะเวลาส่งตัวไปห้องผ่าตัดจะเกินกว่า 60 นาทีทุกราย เมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บช่องท้องอย่างเดียว หรือบาดเจ็บช่องท้องร่วมกับช่องอก พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 มีผู้ป่วยทั้งหมด 19 ราย มีระยะเวลาเฉลี่ยของการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจากห้องฉุกเฉินอยู่ที่ 96 นาที โดยสามารถส่งไปห้องผ่าตัดภายใน 60 นาทีได้ 7 ราย (36.8 %) ผลการรักษาดี 15 ราย (78.9 %) เสียชีวิต 4 ราย (21.1 %) ปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย มีระยะเวลาเฉลี่ยของการส่งผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดจากห้องฉุกเฉินลดลงอยู่ที่ 48 นาที โดยสามารถส่งไปห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที 11 ราย (91.7 %) ผลการรักษาดี 11 ราย (91.7 %) เสียชีวิต 1 ราย (8.3 %)

⊕ อภิปรายผล

จากผลการศึกษาผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤต (Trauma triage level 1) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและได้ส่งตัวไปทำ Exploratory laparotomy จากห้องฉุกเฉิน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชน (75.4 %) ทำให้การวางแผนดูแลผู้ป่วยควรตั้งต้นตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชน เพราะถ้าต้นทางดูแลอย่างไม่มียระบบ ไม่มีแนวทางชัดเจน ผลการรักษาผู้ป่วยก็คงไม่ดี และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2563 ที่เริ่มมีการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องทางด่วน (Trauma Fast Track) เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราชกับปีงบประมาณ 2562 พบว่า อัตราการส่งตัวเข้าห้องผ่าตัดภายใน 60 นาที เพิ่มขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยในการส่งตัวเข้าห้องผ่าตัดลดลง และผลการรักษาดีขึ้น จึงคิดว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องทางด่วนมีส่วนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยรวดเร็วขึ้น ดูแลผู้ป่วยเป็นระบบมากขึ้น ส่งผลให้ผลการรักษาดีขึ้น เมื่อพิจารณาในส่วนของการบาดเจ็บหลายตำแหน่งที่มีการบาดเจ็บที่ศีรษะ การบาดเจ็บกระดูกเชิงกรานหัก หรือมีการหักหลายตำแหน่งร่วมด้วยอย่างใดอย่างหนึ่ง พบว่า จะมีระยะเวลาการส่งตัวผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดที่นานขึ้น เมื่อพิจารณาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องมีการปรึกษาแพทย์มากกว่า 1 แผนก เช่น แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป กับ แพทย์ศัลยกรรมประสาท หรือ แพทย์ศัลยกรรมทั่วไป กับ แพทย์ศัลยกรรมกระดูก เป็นต้น จึงเห็นว่าควรจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงหลายระบบ เพื่อช่วยกันจัดตั้งแนวทางการดูแลผู้ป่วย การปรึกษาระหว่างแผนก การประสานงานกับฝ่ายสนับสนุนอื่นๆ เช่น

ธนาการเลือด หน่วยงานรังสีวินิจฉัย เป็นต้น เพื่อช่วยกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งทางโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราชได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการชุดนี้ขึ้นมาแล้วในปี 2563 ผลการดำเนินการกำลังอยู่ระหว่างการเก็บข้อมูล

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยอุบัติเหตุวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่ต้องการความเร่งด่วนในการรักษาเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดี และเป็นการดูแลร่วมกันของสหวิชาชีพหลายสาขา การกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยร่วมกันจึงเป็นสิ่งจำเป็น การมีแนวทางที่ชัดเจน จะช่วยให้แพทย์ พยาบาล และทีมรักษามีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ส่งตัวผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลศูนย์ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และผลลัพธ์การรักษากลับผู้ป่วยออกมาดี ซึ่งจากการเก็บข้อมูลการใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บช่องทางด่วน (Trauma Fast Track) เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราชได้ผลการรักษาที่ดีขึ้น ลดระยะเวลาการเข้าห้องผ่าตัดได้ จึงเห็นว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเป็นสิ่งจำเป็น โดยแต่ละพื้นที่ควรพัฒนาแนวทางนี้ตามบริบทของแต่ละพื้นที่



การพัฒนารูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยช่องทางด่วน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast track) ของจังหวัดภูเก็ต

นางวันดี ศิริโชติ

โรงพยาบาลศูนย์ชิริระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันที่มีอาการภายใน 270 นาที (4.5 ชั่วโมง) สามารถให้การรักษาด่วนด้วยยาละลายลิ่มเลือดโดยผลการรักษาขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับยา ดังวลีที่ว่า “ยิ่งให้ยาเร็วยิ่งดี” โดยพบว่าทุก 1 นาทีที่เสียไปเซลล์สมองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดเฉียบพลันจะตาย 1.9 ล้านเซลล์ ดังนั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนากระบวนการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้รวดเร็วที่สุด ตั้งแต่ก่อนผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล และหลังจากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล

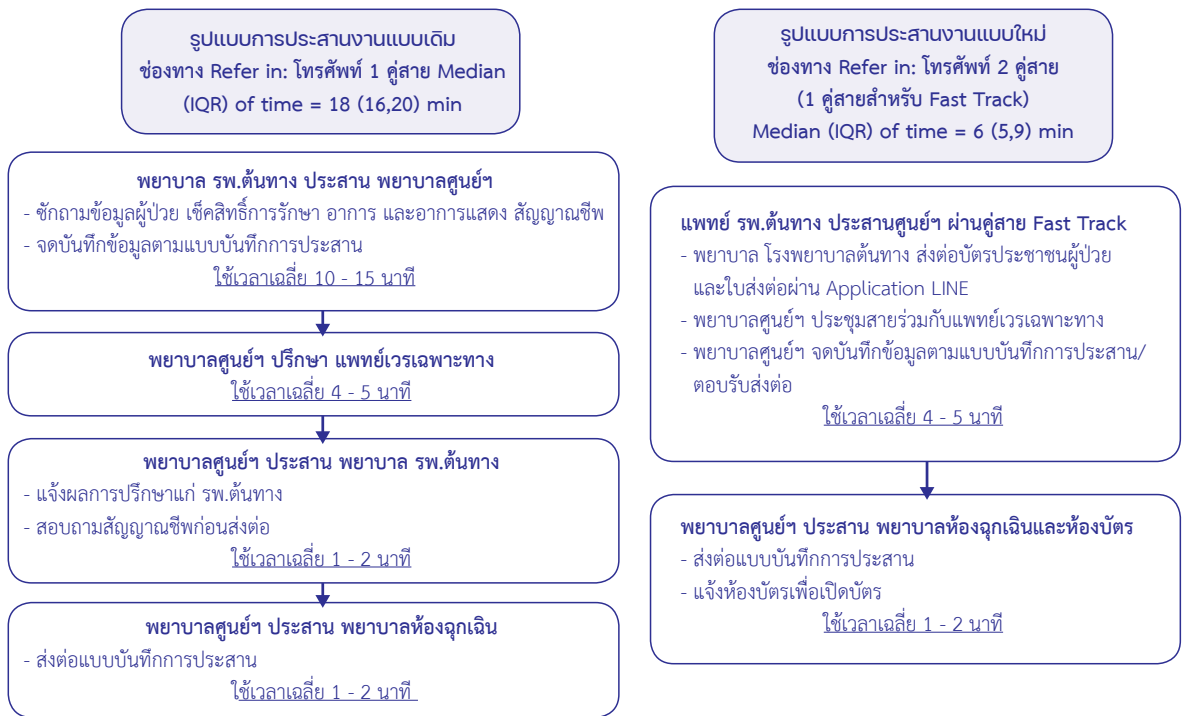
บริบทของจังหวัดภูเก็ตนั้น โรงพยาบาลศูนย์ชิริระภูเก็ตเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่รับส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ทั้งจากภาครัฐและเอกชน โดยสถิติผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเมื่อมาถึงโรงพยาบาลใน 60 นาที (Door to drug time) ปีงบประมาณ 2560 – 2562 คิดเป็น 50 %, 54.2 % และ 59.61 % ตามลำดับต่ำกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ และต่ำกว่าบัญชีตัวชี้วัดเปรียบเทียบ (THIP) เมื่อทบทวนผลการดำเนินงาน พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงยาได้น้อยเนื่องจากขั้นตอนการส่งต่อ และการให้คำปรึกษาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ผ่านศูนย์ประสานรับส่งต่อ มีความซับซ้อน จากสถิติการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยที่ Activated Stroke Fast Track ผ่านศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดภูเก็ตในปี 2561 และ 2562 พบว่า มีจำนวน 90 และ 102 ราย มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น แต่ประสบปัญหาในการติดต่อกับศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วย เนื่องจากมีช่องทางการประสานงาน เบอร์โทรศัพท์เพียง 1 คู่สาย ทำให้ติดต่อได้ยากเนื่องจากใช้สายรับประสานผู้ป่วยอื่นๆ สายไม่ว่าง ร่วมกับขั้นตอนการประสานงานหลายขั้นตอน ใช้เวลาในการประสานงานนาน ทำให้ผู้ป่วย Stroke Fast Track ถูกส่งต่อมาช้าและได้รับยาละลายลิ่มเลือดไม่ทันภายในระยะเวลา 270 นาที ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องมาจากภาวะทุพพลภาพหรือจากการสูญเสียชีวิต ศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดภูเก็ตจึงนำแนวคิดของ LEAN : Just-in-TIME มาใช้ในการบริหารจัดการ ลดระยะเวลาและความสูญเสีย เพื่อพัฒนากระบวนการประสานรับส่งต่อผู้ป่วย สร้างโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าถึงการได้รับยาอย่างรวดเร็วที่สุด และสามารถเชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินที่รับผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนากระบวนการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยช่องทางด่วนโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Fast Track) ของจังหวัดภูเก็ต

⊕ วิธีการดำเนินงานและผลการดำเนินงาน : แบ่งการดำเนินงานเป็น 4 ระยะ คือ

1. ศึกษาสถานการณ์ปัญหาพร้อมกันภายในจังหวัด ผ่านเวทีการประชุมคณะทำงานพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระดับโรงพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมกันทำ RCA พบว่าเกิดปัญหา เนื่องจากศูนย์ประสานรับส่งต่อผู้ป่วยจังหวัดภูเก็ตมีช่องทางการประสานเพียงช่องทางเดียว ติดต่อยาก สายไม่ว่าง ขั้นตอนการประสานหลายขั้นตอนต้องใช้ระยะเวลานาน
2. พัฒนารูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ภายใต้แนวคิด LEAN: Just-in-TIME และมีการเพิ่มช่องทางการประสานงานกรณีรับการส่งต่อ (Refer in) เป็นโทรศัพท์ 2 คู่สาย โดยแบ่งเป็นสาย Fast Track 1 คู่สาย ร่วมกับการปรับให้สามารถประชุมสายร่วมกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญได้แบบ real-time และสร้างข้อตกลงภายในจังหวัดภูเก็ตว่าผู้ป่วยจะต้องส่งมาถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ชิริระภูเก็ตภายในระยะเวลา 210 นาที (3.5 ชั่วโมง) นับจากมีอาการ



3. นำรูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยสู่การปฏิบัติ

4. ประเมินผลการใช้รูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วยแบบใหม่ พบว่า ระยะเวลาการประสานลดลงเหลือค่า median (IQR) = 6 (5 , 9) นาที สสำรวจความพึงพอใจของบุคลากรจากโรงพยาบาลต้นทาง คิดเป็น 97 % และความพึงพอใจของบุคลากรโรงพยาบาลปลายทาง คิดเป็น 92 %

⊕ อภิปรายผล

ผลของการพัฒนารูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ภายใต้แนวคิด LEAN: Just-in-TIME เพื่อลดขั้นตอนต่างๆ ของการประสานรับส่งต่อ สามารถลดระยะเวลาในการประสานจากค่า median (IQR) = 18 (16 , 20) นาที เหลือค่า median (IQR) = 6 (5 , 9) นาที ทำให้ลด Median of door to drug time ได้มากถึง 12 นาที (66.7 %) ซึ่งส่งผลโดยตรงให้ในปีงบประมาณ 2563 ความรวดเร็วในส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตได้ทันเวลาและมีโอกาสได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มมากขึ้น

ปีงบประมาณ	Activate Stroke Fast Track		
	ศูนย์ประสานฯ (ราย)	ER กั้นเวลา	ER ไม่กั้นเวลา / Non Fast track
ปี 2561	90	23 (25.5 %)	67 (74.5 %)
ปี 2562	102	41 (40.2 %)	61 (59.8 %)
ปี 2563	114	66 (57.9 %)	48 (42.1 %)

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

จากผลของการพัฒนารูปแบบการประสานรับส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track ภายใต้แนวคิด LEAN: Just-in-TIME สามารถลดระยะเวลาการประสานได้จริง ทั้งนี้เนื่องมาจากความร่วมมือกันเป็นอย่างดีภายในภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน โดยมีการประชุมระดับจังหวัดร่วมกันทุกเดือน เพื่อค้นหาแนวทางแก้ไขและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วย Stroke Fast Track ซึ่งมีปัจจัยด้านเวลาที่ส่งผลต่อการรักษา ทั้งนี้ระบบส่งต่อก็ยังคงเป็นเพียงฟันเฟืองตัวหนึ่งเท่านั้น การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ยังต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากประชาชนและสหสาขาวิชาชีพในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดให้ทันเวลา เพื่อลดภาวะทุพพลภาพ ลดอัตราการเสียชีวิต และเกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมาตราฐานสากล



โครงการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยนอกและระบบนัดหมายล่วงหน้า ของงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

นางสาวพวงเพชร วุฒิพงศ์, นางนัยนา นิตดาเสนา, นางอรวรรณ ทรัพย์วรฤทธิ และนายทศพร รมัด
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ดูแลสุขภาพประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบน ซึ่งมีกระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการสาธารณสุข และมีข้อจำกัดด้านศักยภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการวินิจฉัยและการรักษาในระดับที่สูงขึ้น

เดิมระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยของงานผู้ป่วยนอก จะส่งมาในแบบไม่มีการติดต่อประสานงาน มีทั้งผู้ป่วยนำใบส่งต่อมาเอง มาแบบ Walk in และแบบมีรถพยาบาลนำส่ง ทำให้เกิดความไม่พร้อมจากการที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก ไม่ได้ติดต่อประสานงาน ทำให้เสียเวลา ไม่ได้พบแพทย์เฉพาะทางตรงกับโรคที่เจ็บป่วย เสียเวลาในการดูแลรักษา ขาดความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกปี 2561 มีจำนวน 502, 623 ราย ปี 2562 จำนวน 507,343 ราย และปี 2563 มีจำนวน 479,646 ราย ปัญหาผู้ป่วยมากขึ้น ขาดการประสานงาน เพื่อการจัดการระบบรับส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จึงมีนโยบายลดความแออัด และลดผู้ป่วยแบบมาเอง หรือ Walk in จึงจัดให้มีระบบนัดหมายโดยผ่านทางระบบ Thai Refer ของโรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการสาธารณสุขในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

โดยในระยะแรก จัดนัดหมายโดยผ่านการประสานงานโดยใช้ ระบบ Line เข้ามาช่วย แต่เนื่องจากประสบปัญหา ความรวดเร็วในการตอบกลับวันนัดของผู้ป่วย และด้านข้อมูลของผู้ป่วยรั่วไหล ในระยะต่อมา จึงได้พัฒนาระบบโดยนำ เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วย โดยการพัฒนาระบบนัดหมายออนไลน์ ผ่านเว็บไซต์ เพื่อให้หน่วยบริการเข้ามาเลือก วันนัดหมายได้เอง โดยทางโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จะกำหนดช่วงเวลาในแต่ละคลินิกเพื่อให้นัดเข้ามาตรวจได้ ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเกิดความสะดวกรวดเร็วมากขึ้น เนื่องจากรู้เวลานัดหมายของตนเอง เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ก็จะได้พบแพทย์เฉพาะทางที่ต้องการรักษาได้อย่างรวดเร็ว



วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยจากสถานบริการระดับล่างให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. เพื่อการเข้าถึงสถานพยาบาลระดับตติยภูมิได้รวดเร็วและสะดวกขึ้น
3. เพื่อการเข้ารับบริการได้ตรงกับแพทย์แต่ละสาขาและเฉพาะทางที่ต้องการ



วิธีการศึกษา

1. เลือกกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา โดยการเลือกห้องตรวจตาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเป็นกลุ่มเป้าหมาย ในการทดสอบโดยให้ห้องตรวจตา ใช้ระบบนัดหมายออนไลน์ทั้งสองระยะเต็มรูปแบบ
2. ทำการเก็บข้อมูลโดยนำข้อมูลผู้ป่วยเข้ามาเอง Walk in และผู้ป่วยนัดหมายเปรียบเทียบกับระยะเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา



ผลการศึกษา

เมื่อนำข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS) ออกมาเปรียบเทียบข้อมูลกันในช่วงระยะเวลา 2 ปี ของห้องตรวจตาโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมระยะเวลา 2 เดือน ผลการทดลองปรากฏว่า

1. เดือนมิถุนายน 2563 จำนวนรับส่งต่อ 238 ราย , เดือนกรกฎาคม 2563 จำนวนรับส่งต่อ 181 ราย รวม 2 เดือน มีจำนวนผู้ป่วยนัดหมายล่วงหน้า 419 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.74 ของผู้ป่วยโรคตาที่มารับบริการทั้งหมด ของเดือนนั้น

2. ผลจากการใช้ระบบนัดหมายล่วงหน้าทั้งสองระยะ ในปี 2563 ทำให้ยอดผู้ป่วยที่เข้าระบบนัดตรวจตา เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 74.48 ต่อเดือน และผู้ป่วยโรคตาแบบ Walk In ในแต่ละวัน ในปี 2563 ลดลงเป็นร้อยละ 8.43

	ผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยนัด	ผู้ป่วยมาเอง
ม.ค.-62	3,324	2,241	1,083
ก.พ.-62	2,846	1,921	925
มี.ค.-62	2,963	1,969	994
เม.ย.-62	2,845	1,832	1,013
พ.ค.-62	3,003	2,074	929
มิ.ย.-62	2,831	1,432	1,399
ก.ค.-62	3,261	2,157	1,104
ส.ค.-62	3,219	2,118	1,101
ก.ย.-62	2,967	1,968	999
ด.ค.-62	3,077	2,210	867
พ.ย.-62	3,164	2,300	864
ธ.ค.-62	2,955	2,122	833
	36,455	24,344	12,111

	ผู้ป่วยทั้งหมด	ผู้ป่วยนัด	ผู้ป่วยมาเอง
ม.ค.-63	3,498	2,522	976
ก.พ.-63	3,083	2,221	862
มี.ค.-63	2,664	1,944	720
เม.ย.-63	1,809	1,181	628
พ.ค.-63	2,049	1,324	725
มิ.ย.-63	2,693	1,548	1,145
ก.ค.-63	2,719	1,796	923
ส.ค.-63	2,857	2,182	675
ก.ย.-63	2,924	2,461	463
ด.ค.-63	2,889	2,507	382
พ.ย.-63	2,549	2,143	406
ธ.ค.-63	2,865	2,450	415
	32,599	24,279	8,320

⊕ สรุปผลการศึกษา

จากขั้นตอนการพัฒนากระบวนการรับ-ส่งผู้ป่วยและระบบนัดหมายออนไลน์โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก ห้องตรวจตา ได้นำมาใช้จะเห็นได้ว่ามีประโยชน์แก่ทั้งผู้ป่วย ผู้รับบริการและโรงพยาบาล คือ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยรับทราบกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนในการมาตรวจ
2. ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยในการมาขอออกนัดตรวจตา
3. ช่วยลดการแออัดของผู้ป่วยที่ต้องมาใช้บริการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
4. เพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ป่วยในการคัดกรองโรค โดยพยาบาลเฉพาะทางด้านเวชปฏิบัติทางตา
5. เพิ่มความสะดวกในการทำงาน เจ้าหน้าที่สามารถกำหนดจำนวนผู้ป่วยที่จะรับตรวจในแต่ละวันได้ง่ายขึ้น
6. มีรูปแบบการประสานงานที่ดี ถูกต้องชัดเจน รวดเร็ว ระหว่างสถานบริการระดับล่าง และระดับตติยภูมิ

⊕ บทเรียนที่ได้รับ

ระบบการนัดหมายออนไลน์ทั้งสองระยะ สามารถแก้ปัญหาการเดินทางเป็นระยะไกลหลายครั้งและลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ ใช้ระยะเวลาลดลง เพิ่มโอกาสและความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ในโรงพยาบาลที่ห่างไกล



Refer in and EMS system : we are stronger together

แพทย์หญิงสศิริ ดิลกธราดล
โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

สืบเนื่องจากข้อมูล ตามตัวชี้วัดในปีงบประมาณ 2563 พบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนไม่ผ่านเกณฑ์ เนื่องจากโรงพยาบาลพัทลุงได้ 26.3 ต่อแสนประชากร (เกณฑ์ไม่เกิน 16 ต่อแสนประชากร) จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลพัทลุง ส่วนมากเป็น Case ที่ Refer มาจาก โรงพยาบาลชุมชน ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญมาก ในระบบการ Refer in โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุทางถนน รวมถึง Case ที่ผู้ป่วยมี Condition ทางด้านศัลยกรรม

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. ได้มีการจัดประชุมระหว่างโรงพยาบาลพัทลุง กับโรงพยาบาลชุมชน ทั้ง 10 โรงพยาบาล เพื่อร่วมกันในการลดอัตราผู้เสียชีวิตบนท้องถนน

2. ในผู้ป่วย trauma โดยเฉพาะอย่างยิ่ง case multiple injury มีการกำหนดเวลาในการส่งต่อในแต่ละขั้นตอนอย่างเป็นระบบ โดยโรงพยาบาลพัทลุง มีการออกร่วมประเมินอย่างเป็นทางการในแต่ละโรงพยาบาล อย่างสม่ำเสมอ โดยจะมีการออกเยี่ยมโรงพยาบาลชุมชน แห่งละอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี

3. การกำหนดระยะเวลาร่วมกัน โดย แบ่งเป็น

- ช่วงที่แจ้งเหตุจน EMS มาถึงโรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า 30 นาที
- ช่วงที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน น้อยกว่า 60 นาที

ส่วนระยะเวลาจากโรงพยาบาลชุมชนถึงโรงพยาบาลพัทลุงน้อยกว่า ระยะเวลาที่กำหนด

+ ผลการศึกษา

แนวโน้มระยะเวลาตั้งแต่ EMS ออกรับจนถึง โรงพยาบาลพัทลุงลดลง

+ อภิปรายผล

แนวโน้มระยะเวลาตั้งแต่ EMS ออกรับจนถึง โรงพยาบาลพัทลุงลดลง

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

เนื่องจากหน่วยบริการทางการแพทย์ที่พบผู้ป่วยมีความสำคัญมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนาระบบ Refer in ต้องอาศัยความร่วมมือกันทุกฝ่าย เพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย



นวัตกรรมระบบการรับส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อของ โรงพยาบาลหาดใหญ่ และเครือข่ายในจังหวัดสงขลา

นายแพทย์ประวิทย์ วรรณโร, นางสัทธยา แก้วพิบูลย์, นางสุดา บัวพันธ์,
นายโสภณ เพชรคง และนางเจนจิรา อุดมวงศ์ศักดิ์
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ที่มาของปัญหา จำนวนผู้ป่วยส่งตัวมายัง โรงพยาบาลหาดใหญ่ ที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ประมาณ 200 – 300 คน/วัน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยนอก วิธีการเดิมในการส่งตัวผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาลต้นทาง จะบันทึกประวัติเป็นเอกสารให้ผู้ป่วยถือติดตัวมาส่งให้โรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลศูนย์ปลายทาง ผู้ป่วยมักจะมาแออัดแน่นในเวลาเช้าของวันจันทร์ หรือวันอังคาร ที่เป็นวันทำการช่วงต้นสัปดาห์ เมื่อมาถึงแล้วผู้ป่วยจะมาโดยไม่ได้นัดล่วงหน้า ทำให้เสียเวลามากที่หน่วยเวชระเบียน ได้แก่ การทำประวัติผู้ป่วยรายใหม่ กำหนดเลข HN (Hospital Number) กระบวนการสำเนาและสแกนเอกสาร ผู้ป่วยประเภทอื่นที่มาใช้บริการโรงพยาบาลก็รอนานไปด้วย และอาจไม่ได้ตรวจตรงกับแพทย์เฉพาะทางตามตารางนัดวันที่แพทย์ออกตรวจ นอกจากนี้ต้องมารอคอยคิวพบแพทย์ที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้เพิ่มความแออัดของจำนวนผู้ป่วยหน้าห้องตรวจ โดยเฉพาะห้องตรวจอายุรกรรม ห้องตรวจศัลยกรรมและเพิ่มระยะเวลา รอคอยที่ OPD โดยภาพรวมสถิติ พบว่า ที่หน่วยเวชระเบียน อัตราการใช้เวลาบริการเฉลี่ยผู้ป่วยที่ Refer in ประมาณ 7 นาที/ราย ตลอดกระบวนการบริการผู้ป่วยนอก พบว่า อัตราการใช้เวลาให้บริการผู้ป่วยนอกทุกประเภท ค่ามัธยฐาน 140 นาที (Hospital Goal กำหนดตัวชี้วัด OPD waiting time ไว้ไม่เกิน 120 นาที) จากการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า ถ้าสามารถออกแบบ จัดการเรื่องข้อมูลของกลุ่มผู้ป่วย Refer in ตั้งแต่ โรงพยาบาลต้นทางจนถึงโรงพยาบาลปลายทาง แบบไร้รอยต่อ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกในการ รับประทานเวลา ได้รับความมั่นใจพบแพทย์เฉพาะทางที่จะได้ตรวจตามเวลานัดแน่นอน ลดกระบวนการทำเอกสารและเวลารอคอยที่ห้องเวชระเบียน ลดเวลารอคอยหน้าห้องตรวจแพทย์ และลดอัตราการใช้เวลารอคอยให้บริการผู้ป่วยนอก โดยภาพรวม

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. คิดค้นนวัตกรรมเชื่อมข้อมูล จากเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนสู่โรงพยาบาลศูนย์เป็นแบบไร้รอยต่อ การดำเนินการล่วงหน้าจากต้นทาง ได้แก่ ทำประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยใหม่/เก่า กำหนด HN ตรวจสอบสิทธิ จองคิวพบแพทย์ และส่งข้อมูลเวชระเบียนการดูแลรักษา ส่งมาล่วงหน้า ก่อนวันที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลศูนย์เป็น EMR (Electronic Medical Record) และตอบกลับผู้ป่วย ยืนยันรับประทาน วันเวลามาพบแพทย์ ณ ห้องตรวจต่างๆ ผ่าน Smart phone
2. ลดกระบวนการทำเอกสารและเวลารอคอยที่ห้องเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วย Refer in ที่เป็น OPD case

⊕ วิธีการดำเนินการ เริ่มปฏิบัติการ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2563 - ปัจจุบัน

1. สร้างกระบวนการรับส่งตัวผู้ป่วยแบบไร้รอยต่อ เชื่อมต่อระบบการรับส่งต่อข้อมูล แบบดั้งเดิมเปลี่ยนเป็นวิธีใหม่ เชื่อมระบบ HIS (Hospital Information System) จากโปรแกรม HosXP ของทุกโรงพยาบาลชุมชนส่งเข้าระบบโปรแกรมส่งต่อ Thai refer และเชื่อมต่อกับนำเข้าข้อมูล สูโปรแกรม Refer online โดยเป็นการพัฒนา Software เพิ่มเติม มาเชื่อมกับ HIS ของโรงพยาบาลศูนย์ (PMK) สามารถแสดงเป็น hospital network dashboard หน้าจอเดียวกันของทุกโรงพยาบาลที่ Refer in และส่งข้อมูลตอบรับยืนยันอีกครั้งไปยัง Line official ใน Smart phone ของผู้ป่วย
2. สร้างกลุ่มบุคลากรปฏิบัติงานระบบ Referral System ของทุกโรงพยาบาล ในจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 12 อบรมการใช้งานโปรแกรมและสร้างข้อตกลงทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายเดียวกัน

3. Refer in information ที่จำเป็นทั้งหมด จะถูกส่งมาก่อนล่วงหน้าจากโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้นำรายชื่อนำเข้าระบบการนัดพบแพทย์โรงพยาบาลศูนย์เรียบร้อยแล้ว และเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลศูนย์สามารถไปรอพบแพทย์หน้าห้องตรวจได้เลย โดยที่ไม่ต้องนำเอกสารมายื่นที่หน่วยเวชระเบียนแล้ว พยาบาลจะประสานกับห้องเวชระเบียนภายหลัง เพื่อยืนยันในระบบ HIS ของ โรงพยาบาลศูนย์ว่าผู้ป่วยรายนี้มาถึงแล้วจริง หลังจากนั้นพยาบาลห้องตรวจจะเรียกพบแพทย์ตามเวลาที่รับประกันไว้แล้ว

+ ผลการศึกษา

1. โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายทั้งหมด 9 แห่ง สามารถยกเลิกการส่งตัวผู้ป่วย OPD แบบดั้งเดิมที่ใช้กระดาษ เปลี่ยนเป็นส่งตัวแบบ EMR สามารถเชื่อมข้อมูลจาก HIS สองฝั่งของ โรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทาง ระบบสามารถแสดงเป็น hospital network dashboard ล่วงหน้า และสามารถจองคิวการตรวจพบแพทย์ที่ โรงพยาบาลศูนย์ ได้ร้อยละ 100 ของทุกโรงพยาบาลชุมชน

2. ยกเลิกกระบวนการทำเอกสารที่ห้องเวชระเบียนในกลุ่มผู้ป่วย Refer in และ ลดเวลารอคอยหน้าห้องเวชระเบียนของผู้ป่วยกลุ่มนี้ จาก 7 นาที/ราย เป็น 0 นาที/ราย

+ อภิปรายผล

นวัตกรรมที่คิดค้นพัฒนา การเชื่อมต่อระบบรับส่งข้อมูลโดย Refer online แบบไร้รอยต่อ ทำให้สามารถลดอุปสรรค ลดเวลารอคอย ลดขั้นตอนของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ลดแออัด และลดภาระงานของบุคลากรเวชระเบียนอย่างชัดเจน สามารถเพิ่มประสิทธิผลการสื่อสารข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยที่ ครบถ้วน ทันสมัย รวดเร็ว แก่ระบบเวชระเบียนและแก่แพทย์เฉพาะทาง

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

กระบวนการพัฒนาคุณภาพคิดค้นนวัตกรรม การแก้ปัญหาหรือต่อบริการโดยใช้เทคโนโลยีและการสร้างระบบทำงานกันเป็นเครือข่ายของจังหวัด/เขตบริการ ในผู้ป่วย Refer in ทำให้เพิ่มประสิทธิผลการทำงาน ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ข้อเสนอแนะ คือ ขยายผลนำไปใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ/nodes ในเขตสุขภาพทั้งหมด และการเพิ่มกรอบจำนวนของผู้ป่วยพบแพทย์ต่อวัน เพื่อลดคิวการรอตรวจและการรอคอยที่ไม่รื่อยยาวนานเกินไปจากตารางนัดของแพทย์แต่ละแผนก

ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการส่งต่อ (Refer out)



การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

นายเกตุกมล ทิพย์ทิมพ่วงค์
โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นเหตุการณ์วิกฤตที่ผู้ป่วยกำลังประสบภาวะคุกคามต่อชีวิต ต้องได้รับการช่วยเหลือและส่งต่ออย่างทันท่วงที ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานที่เสี่ยงทั้งอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและอุบัติเหตุที่อาจพบในระหว่างการเดินทาง จากการประเมินเกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย Refer out โดยนำแนวทางจากกองบริหารการสาธารณสุข ข้อมูลของโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ต้องส่งต่อ 535 ราย คุณภาพการดูแลส่งต่อผ่านเกณฑ์ร้อยละ 77.1 (เกณฑ์กำหนด > 80) อุบัติการณ์บรรเทาพยาบาลไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งานร้อยละ 35.4 บันทึกการดูแลระหว่างส่งต่อไม่ครบเกณฑ์ร้อยละ 23.43 (เกณฑ์ < 5%) ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย มีเสียชีวิตขณะส่งต่อ 1 ราย จึงวิเคราะห์ปัญหา พบว่า เกิดจากไม่มีแนวทางปฏิบัติการส่งต่อที่ชัดเจน บุคลากรขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยมจึงพัฒนาระบบการส่งต่อในลักษณะวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยดำเนินการตาม 4P Refer and Transfer Safety

+ วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาสถานการณ์และพัฒนาพร้อมประเมินผลแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การวิจัยเชิงปฏิบัติการตามหลัก PAOR ของ (Kemmis & Mc Taggart, 1988) วัดซ้ำก่อนหลังและติดตามผลประชากร/กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบมีเกณฑ์ประกอบด้วย 1) แพทย์ 6 คน พยาบาลวิชาชีพ 14 คน เวชกิจฉุกเฉิน 1 คน รวม 21 คน ตามเกณฑ์คัดเข้า 2) ผู้รับบริการที่ส่งต่อประเภทวิกฤตและฉุกเฉิน ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตร n4study จำนวน 210 คน เครื่องมือที่ใช้นำมาจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ประกอบด้วย เชิงปริมาณ 1) แบบประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย 2) แบบประเมินตามเกณฑ์คุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย 3) แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ซึ่งตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่า IOC > 0.86 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเชิงอนุมานสำหรับเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้และทักษะระหว่างก่อนและหลัง โดยใช้สถิติทดสอบที (Paired t-test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เชิงคุณภาพ ใช้ Focus group การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ Thematic Analysis

+ ขั้นตอนการดำเนินงาน

มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การเตรียมการ ประกอบด้วยทีมแพทย์และพยาบาลศึกษาสถานการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต การวิเคราะห์สถานการณ์ ได้รวบรวมปัญหาในประเด็นต่างๆ จากเวชระเบียน, อุบัติการณ์ เลือกประเด็นปัญหา แล้วมากำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ เลือกหลักฐานการทบทวนโดยสืบค้นเอกสาร งานวิจัย

ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ PubMed, CINAHL, Science Direct, Thai List ในช่วงปี ค.ศ. 2010 - 2019 เพื่อนำสู่แนวปฏิบัติ จัดทำแผนในระยะที่ 2 การดำเนินงาน ประกอบด้วย (P : Planning) กำหนดให้มีแผนพัฒนา 3 แผน คือ บุคลากร อุปกรณ์/ยานพาหนะ และระบบกำหนดผู้รับผิดชอบและการนิเทศ การปฏิบัติการ (A : Action) โดยสังเคราะห์ งานสร้างรูปแบบ จัดทำแนวทางนำมาปฏิบัติกับผู้ป่วยฉุกเฉินที่ส่งต่อในเดือนพฤษภาคม - เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยทีมผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนามูลฐานบุคลากรโดยการอบรม การประเมินดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินบนรถแนวทางการประสานโรงพยาบาลระหว่างทาง จัดทำระบบการ Consult โดยใช้ เครือข่าย Refer ปลอดภัย สุขุขทัยโซนเหนือ จัดทำ Smart Ambulance มีอุปกรณ์และระบบตรวจเช็คขั้นตอน จัดทำ รหัสก่อนส่งต่อใช้ ACCEPT ขณะส่งต่อใช้ ABCD หลังส่งต่อใช้ CLEAR (O : Observe) สังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบ การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้วางเอาไว้ เพื่อนำเข้าสู่การสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขต่อไป โดยมีจุดเน้น ในการติดตามเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอน (R : Reflex) การสะท้อนข้อมูลการดำเนินงานในเวทีทบทวน Dead Case ประชุมระบบส่งต่อและวิชาการเขตสุขภาพ เป็นจำนวน 3 ครั้ง ได้ประเด็นมาพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติ ที่ใช้ทั่วกันในระดับโรงพยาบาลชุมชนก่อนส่งต่อผู้ป่วยทุกครั้งต้องประเมินตามแนวทาง ขณะและหลังการดูแล ซึ่งมี ส่วนร่วมในทุกวิชาชีพ โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินเป็นประธาน

ผลการศึกษา

ในระยะที่ 3 การประเมินผลพบว่า มีการพัฒนาผ่านกระบวนการ 3 ระยะ ดังนี้ 1) ระยะก่อนส่งต่อใช้หลัก “ACCEPT” A = Assess คือ การประเมินอาการแผนการรักษา และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น C = Control คือ การระบุ หัวหน้าทีม และสมาชิกทีมที่จะไปส่งต่อ C = Communication คือ ช่องทางการสื่อสารกับสถานพยาบาลต้นทาง และสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ แพทย์ที่รับผิดชอบในการส่งต่อผู้ป่วยและญาติ แพทย์ที่รับผู้ป่วย E = Evaluation คือ เป็นการประเมินผลความปลอดภัยประยุกต์ Guide for Interfacility Patient Transfer ของ NHTSA4 เพื่อเตรียม ทรัพยากรให้เหมาะสมกับระดับความฉุกเฉินและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย 2) ระหว่างส่งต่อ T = Transportation คือ มีการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วย ตามแนวทางและขั้นตอนให้การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินตามมาตรฐานวิชาชีพและรายโรค ตามหลัก ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, External/Environment) มีการติดตาม (Monitoring) สัญญาณชีพที่สำคัญ Blood Pressure, Respiratory Rate, Pulse, EKG Monitoring, Pulse Oximetry บันทึกข้อมูล การดูแลและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 3) ระยะหลังส่งต่อ (Post - Refer) โดยใช้หลัก “CLEAR”

C = Case Note ข้อมูลและเอกสารการส่งต่อตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลปลายทาง

L = Laboratory / X-ray ผล Lab / X-ray

E = Evaluation คืนข้อมูลและการประเมินระหว่างนำส่งผู้ป่วย

A = Audit คือ การประเมินคุณภาพการส่งต่อโดยสถานพยาบาลปลายทาง

R = Return Equipment คือ การตรวจเช็คอุปกรณ์เพื่อนำกลับ

ผลลัพธ์การพัฒนาของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และเวชกิจฉุกเฉินรวม 21 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.95 ส่วนมากมีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี ร้อยละ 73.33 การศึกษาสูงสุดระดับ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.23 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 6 - 8 ปี ร้อยละ 40.00 ระยะเวลา ในการปฏิบัติงานต่ำสุด 3 ปี สูงสุด 14 ปี เฉลี่ย 7.20 ปี ได้แนวปฏิบัติในการส่งต่อที่ผ่านการทบทวนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้ได้ทั้งก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อและหลังส่งต่อ นำไปใช้กับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินจำนวน 210 ราย คุณภาพการดูแล ส่งต่อผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85.3 (เกณฑ์กำหนด > 80%) อุปกรณ์บนรถพยาบาลไม่เพียงพอและไม่พร้อมใช้งานร้อยละ 3.5 บันทึกการดูแลระหว่างส่งต่อไม่ครบเกณฑ์ร้อยละ 2.3 (เกณฑ์ < 5%) ผลการทดสอบความรู้/ทักษะทีมบุคลากร 21 คน หลังพัฒนา พบว่า โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการส่งต่อมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะส่งต่อ ความพึงพอใจผู้ใช้แนวปฏิบัติโดยรวมหลังพัฒนามากกว่าก่อนการพัฒนา ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.37) ผลการประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน หลังพัฒนามีความพึงพอใจในระดับ มากที่สุด (ค่าเฉลี่ย 4.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

+ อภิปรายผล

การใช้แนวปฏิบัติที่ผ่านการทบทวน รวมทั้งการเข้าถึงด้วยความรวดเร็วของการประสานงาน และการประเมินดูแลที่ถูกต้องส่งผลให้การประเมินคุณภาพการดูแลส่งต่อผ่านเกณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของกรองไต่ อุณหสูติ การประสานงานที่เป็นระบบช่วยลดขั้นตอนส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือด้วยความรวดเร็ว ปลอดภัย ประเมินจากไม่พบการเสียชีวิตขณะส่งต่อสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ซึ่งเป็นการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

+ นวัตกรรม

รหัส่ายในการจำใช้สื่อสาร ACCEPT, ABCD, CLEAR และการทำงานเป็นทีมเครือข่ายสุขุขทัยโซนเหนือ

+ ความภาคภูมิใจ

1. การได้ช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจและหรือหัวใจหยุดเต้นให้กลับมามีชีวิตสร้างความหวังกับญาติ และครอบครัวอันสะท้อนสู่ประสิทธิภาพของทีมงาน จากการไม่พบผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะส่งต่อ
2. ได้กัลยาณมิตรในทีมสุขภาพตั้งแต่กู้ชีพพื้นฐาน ชั้นสูงและโรงพยาบาลทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง
3. ประเทืองปัญญาโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 19 ฉบับ และขยายผลการดำเนินการในเขตสุขภาพที่ 2

+ ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้ต้องปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ การศึกษาครั้งต่อไปเห็นควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยในการปฏิบัติงานตามแนวทางที่วางไว้



การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI เพื่อส่งต่อเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ (PCI) ของหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา

นางปาริชาติ ตันติลานนท์

โรงพยาบาลเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีภาวะวิกฤตต่อชีวิต และมีแนวโน้มสูงขึ้น การดูแลเพื่อส่งต่อที่รวดเร็วสามารถลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้ หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลาเป็นโรงพยาบาลด่านหน้าโรงพยาบาลสงขลา ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง ไม่มีแพทย์เฉพาะทางให้การดูแลเบื้องต้น ส่งต่อให้หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงขลา ประเมิน รักษา และดูแลส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงในการทำผ่าตัดเพื่อเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลทำ MOU ไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ส่งผลให้ผู้ป่วย STEMI ที่มาโรงพยาบาลได้รับการดูแลรักษาล่าช้า/สูญเสียชีวิตเพิ่มขึ้น



วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา เพื่อส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ
2. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา เพื่อส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา

3.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการใช้แนวปฏิบัติในการส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา ระหว่าง ก่อน และหลังการใช้แนวปฏิบัติ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของผู้ป่วยที่เข้ารับการดูแลในหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา ตามเกณฑ์มาตรฐาน ACS



วิธีการดำเนินการ

การวิจัยและพัฒนา มี 3 ระยะ ได้แก่ 1) ศึกษาสถานการณ์ 2) พัฒนาแนวปฏิบัติ และ 3) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 14 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 14 คน และกลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติ ได้ค่าความเที่ยงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67 - 1.00 และแบบบันทึกระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test และ 2) แบบบันทึกระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ One sample t-test (Shapiro-wilk P-Value = .092)

ผลการวิจัย พบว่า

1. สถานการณ์ พบความเสี่ยงที่สำคัญในการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมิน/คัดกรองไม่ตรงตามมาตรฐาน 2) การวินิจฉัยโรค ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง 3) การสื่อสาร ไม่ประสานงานโดยตรงกับแพทย์ที่ทำการผ่าตัด/โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ และ 4) การส่งต่อผ่านการประเมินซ้ำ จากแพทย์โรงพยาบาลสงขลา ส่งผลให้เกิดความล่าช้า/สูญเสียชีวิต

2. มีแนวปฏิบัติผ่านการพิจารณาอย่างกว้าง จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคที่เกี่ยวข้องทุกจุดบริการ โดยมีเนื้อหาประกอบด้วย การประเมิน/คัดกรอง การวินิจฉัย การสื่อสาร และการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการผ่าตัดโดยตรง

3. ผลการใช้แนวปฏิบัติลงสู่การดูแลผู้ป่วย พบว่า

3.1 หลังนำแนวปฏิบัติมาใช้ดูแลผู้ป่วย พบว่า หลังใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{x} = 87.20$, $SD = 3.48$) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{x} = 37.17$, $SD = 3.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย ตามเกณฑ์มาตรฐาน ACS พบว่า เวลาถึงหน่วยงาน จนได้รับการตรวจ EKG ($\bar{x} = 4.78$, $SD = 1.12$) เวลาตรวจ EKG จนถึงการ Notify แพทย์ ($\bar{x} = 1.33$, $SD = 0.48$) เวลาออกจากหน่วยงานถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ($\bar{x} = 32.22$, $SD = 6.56$) และเวลารวมมาถึงหน่วยงานจนถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ($\bar{x} = 68.07$, $SD = 12.80$) น้อยกว่าเกณฑ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001, .001, .001 และ .004 ตามลำดับ เวลาถึงจนออกจากหน่วยงาน ($\bar{x} = 4.78$, $SD = 1.12$) มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด



การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI เพื่อส่งต่อเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา สามารถอธิบายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พบประเด็นปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญด้านการตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน (Emergency Response) ในขั้นตอน Patient care process 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการประเมิน/คัดกรองของพยาบาล อาการมารับผู้ป่วย/การสอบถามประวัติผู้ป่วย ไม่สอดคล้องกับมาตรฐาน คลาดเคลื่อน รายงานล่าช้า 2) ด้านการวินิจฉัยโรค ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง บางครั้งไม่มั่นใจในการแปลผล EKG 3) ด้านการสื่อสาร ไม่มีโอกาสสื่อสารกับทีมแพทย์เฉพาะทางที่ทำการผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจโดยตรง และ 4) ด้านการส่งต่อต้องส่งต่อผู้ป่วยไปที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลสงขลา เพื่อให้แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินประเมินซ้ำ ตัดสินใจส่งต่อไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ ที่โรงพยาบาลสงขลาทำ MOU ไว้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองประเมิน การแปลผล EKG การตัดสินใจส่งการดูแลรักษาล่าช้า เกิดอาการทรุดหนักขณะดูแลรักษา Revisit และหรือสูญเสียชีวิต

2. จุดเด่นของแนวปฏิบัตินี้ มีความจำเพาะสำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ช่วยในการตัดสินใจส่งการรักษาและส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ทีมในหน่วยงานตัดสินใจในด้านการประเมิน/การคัดกรอง การตัดสินใจในการวินิจฉัยโรค การสื่อสารประสานงานกับแพทย์เฉพาะทางโดยตรง และการส่งต่อโรงพยาบาลที่ทำการผ่าตัดโดยตรงอย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ สามารถลดระยะเวลาในการบริหารจัดการเพื่อการส่งต่อได้รวดเร็ว สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้

3. ศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI ที่ส่งต่อด้วยการรักษาเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจของพยาบาลวิชาชีพ ในหน่วยงานอุบัติเหตุ - ฉุกเฉิน โรงพยาบาลเมืองสงขลา

3.1 พบว่า หลังการใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลตามแบบประเมิน ($\bar{x} = 87.20$, $SD = 3.48$) สูงกว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ ($\bar{x} = 37.17$, $SD = 3.87$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 5) อาจเนื่องจากผู้วิจัย

ได้ดำเนินการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงก่อนนำแนวปฏิบัติไปใช้เป็นแนวทางเดียวกัน วัตถุประสงค์ ประโยชน์ จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์สิทธิ์ การสร้างสัมพันธภาพ อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัย หากกลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลวิชาชีพมีข้อคำถาม

3.2 พบว่า เวลามาถึงหน่วยงานจนได้รับการตรวจ EKG เวลาตรวจ EKG จนถึงการ Notify แพทย์และเวลา ออกจากหน่วยงานถึงโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P < .005$) อาจเนื่องจาก แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น เป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจให้ผู้ปฏิบัติทุกจุดบริการ ลดความหลากหลาย ลดกิจกรรมหรือ ขั้นตอนการ ปฏิบัติที่ไม่จำเป็นหรือซ้ำซ้อน

สรุป

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความจำเพาะสำหรับให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ไม่มีแพทย์เฉพาะทางช่วยในการตัดสินใจ สิ่งการรักษาและส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม สามารถลดระยะเวลาในการบริหารจัดการเพื่อการส่งต่อได้รวดเร็ว สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ ควรมีการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. เน้นการมีส่วนร่วมและความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ทบทวนความรู้ และปรับปรุงให้มีความทันสมัย
2. การวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาภาวะความรุนแรงของโรคร่วม เพื่อลดปัญหาอุปสรรคขณะทำการผ่าตัด

คำสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI การพัฒนาแนวปฏิบัติ การเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ



การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลหาดใหญ่

นางสาวจรรยา เนตรวชิรกุล
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลหาดใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 12 ทั้งในผู้ป่วยที่ตรวจกลับสู่ชุมชนได้ และผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากโรงพยาบาลหาดใหญ่ไม่มีหอผู้ป่วยที่รองรับผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจำเป็นต้องส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ซึ่งพบปัญหาในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก กล่าวคือ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคทางกายทั้งหมดก่อนว่าปกติ และต้องมีผลเลือด ผล CXR ซึ่งอ่านผลโดยรังสีแพทย์ใช้เวลาเฉลี่ย 2 ชั่วโมง และผล CT brain ที่อ่านผลพร้อมใบรายงานผลจากแพทย์เฉพาะทางเท่านั้น จากนั้นจิตแพทย์จึงจะรับ Case ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องรออยู่ในห้องฉุกเฉินเฉลี่ยนานถึง 6 - 8 ชั่วโมง ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยต้องถูกมัดตรึงบนเตียงตลอดเวลา บางครั้งมีอาการอะละวาดทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ใกล้เคียงเกิดความหวาดกลัว และอาการทรุดห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลหาดใหญ่มีผู้ป่วยจิตเวชมาใช้บริการเฉลี่ย 170 ราย/ปี และต้องส่งตัวต่อเฉลี่ย 52 ราย/ปี และพบว่าทุกโรงพยาบาลในเครือข่ายมีปัญหาลักษณะคล้ายกัน ดังนั้น เครือข่ายจังหวัดสงขลาที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระบบ Refer จึงร่วมมือกันพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นภายใต้ความร่วมมือของทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีมากขึ้นและมีแนวทางการส่งต่อเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

⊕ วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวช

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การพัฒนา	ปัญหา	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์
ครั้งที่ 1 2561 - 2562	<ol style="list-style-type: none"> จำนวนผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 170 ราย/ปี ต้องส่งต่อเฉลี่ย 52 ราย/ปี ระยะเวลาารอคอยเฉลี่ย 6 - 8 ชั่วโมง ตามจิตแพทย์ที่อยู่เวรไม่ได้ จิตแพทย์ไม่ลงมาดูผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉินโดยเฉพาะ เวรป่วย - ดึก เมื่อผู้ป่วยวิกฤตติดยาแล้วอาการทุเลา จะมีแผนการรักษาให้นัด F/U เข้าวันต่อมา ซึ่งญาติไม่สะดวกในการพาผู้ป่วยไป - กลับ ผู้ป่วยจึงต้องนอนอยู่ห้องฉุกเฉินจนเช้า ซึ่งสภาพห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ ไม่สามารถหามมาให้ผู้ป่วยนอนพักได้ อาการผู้ป่วยก็จะกลับมาเป็นซ้ำ ทำให้ไม่สามารถส่งผู้ป่วยไปพบแพทย์เฉพาะทางที่ OPD ได้ ต้อง consult ใหม่และสั่งฉีดยาเพื่อให้อาการสงบ จึงจะมีแผนการรักษาให้ Admit หรือ Refer ต่อไป (ซึ่งในผู้ป่วยแบบนี้เคยมีสถิติอยู่ ER นาน 2 วัน 	<ol style="list-style-type: none"> ประชุมภายในหน่วยงาน อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน ประชุมระหว่างหน่วยงาน อุบัติเหตุ และฉุกเฉิน และหน่วยงานจิตเวช 	<ol style="list-style-type: none"> ทีมแพทย์ พยาบาลจิตเวชและทีมแพทย์พยาบาลห้องฉุกเฉิน มาประชุมครบตามที่นัดหมาย มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 2.1 มีแนวทางการส่งตรวจพิเศษที่แพทย์ห้องฉุกเฉินสามารถส่งตรวจได้ทันที ได้แก่ CBC, BUN, Cr, E lyle, LFT, Urine substance, UA, DTX, CT brain (UPT ในผู้ป่วยผู้หญิง)

การพัฒนา	ปัญหา	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์
	<p>6. เวิร์บ - ดิก ไม่มีแพทย์อ่าน Film CXR และในเวลาราชการรอแพทย์อ่าน Film นาน 2 ชั่วโมง</p> <p>7. การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของแพทย์ ER จะเป็น Routine Lab ได้แก่ CBC, BUN, Cr, E lyle เมื่อผล Lab ออกรายงานจิตแพทย์จะขอ Urine substance UA, DTX และถ้าผล Lab ปกติจะขอ CT brain เพิ่มเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์</p> <p>8. การส่งต่อผู้ป่วยไป โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ในเวรดึกอาจไม่ปลอดภัยกับพยาบาลที่นำส่ง</p>		<p>2.2 ประสานแผนก X - ray เพื่อขอให้รังสีแพทย์อ่านผล CXR และ CT brain ให้ในช่วง เวิร์บ - ดิก</p> <p>2.3 กรณีตามแพทย์เวรไม่ได้ อนุญาตให้ตามหัวหน้าแผนกได้ 24 ชั่วโมง</p>
ครั้งที่ 2 2562 - 2563	<p>1. จิตแพทย์ไม่ลงมาดูผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน</p> <p>2. เวิร์บ - ดิก ไม่สามารถติดต่อรังสีแพทย์ได้</p> <p>3. เวิร์บ รังสีแพทย์มีการกิจเยอะ พบว่ายังต้องใช้เวลานานในการรออ่านผล ซึ่งเมื่อประสานงานไปพบว่าบางส่วนเกิดจากการสื่อสารผิดพลาด รังสีแพทย์ไม่ทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชขอ Refer</p>	<p>นัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผ่านเวที PCT ER มีรองผู้อำนวยการเป็นประธาน</p>	<p>1. มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างแผนก</p> <p>1.1 ให้แผนกจิตเวชเขียนแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ชัดเจน เบื้องต้นที่ต้องการคือผล CBC, BUN, Cr, E lyle, LFT, Urine substance, UA, DTX, CT brain</p> <p>1.2 ปัญหาการปรึกษาแพทย์ เวิร์บหลายๆ ครั้ง โดยที่จิตแพทย์ไม่ลงมาดู Case ที่ ER เป็นปัญหา Individual แต่ละแผนกจะรับไปทำเป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน</p> <p>1.3 การขอผลอ่าน Chest X-ray - ในเวลาราชการ รังสีแพทย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นผู้อ่านให้ ให้ ER ทำตาราง ป้มในใบ Request Fast Track และเขียนเพิ่มว่า รอ Refer ซึ่งทาง X-ray การันตีผลอ่านที่ 45 นาทีและแจ้ง X-ray ส่ง File ไปที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา (ไม่ต้อง Write CD) - นอกเวลาราชการ 9.30 - 21.30 น. รังสีแพทย์ที่อยู่โรงพยาบาลหาดใหญ่ จะอ่านผลให้โดยให้ทาง ER แจ้ง X-ray ส่ง File ไปที่ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา</p>

การพัฒนา	ปัญหา	กิจกรรมพัฒนา	ผลลัพธ์
			<ul style="list-style-type: none"> - หลัง 21.30 น. ทางโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ยินยอมให้ EP อ่านผล Chest X - Ray (โดยไม่ต้องอ่าน official) โดยก่อน 24.00 น. หาก EP ไม่แน่ใจผล Chest X - Ray สามารถโทรปรึกษา รังสีแพทย์ของ โรงพยาบาล หาดใหญ่ ที่อยู่เวรได้ - แพทย์จะหลีกเลี่ยงการ Refer ผู้ป่วยในเวรตึก โดยจะมีแผนการรักษาให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสงบเพื่อรอ Refer ในเวรเช้า
ครั้งที่ 3 2563 - 2564	<ol style="list-style-type: none"> 1. ปัญหาการอ่านผล CT brain และการส่งผลอ่านไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา ในเวรป่วย – ตึก ยังปฏิบัติ ไม่เหมือนกัน รังสีแพทย์บางท่าน ยังไม่ทราบ Flow 2. ผู้ป่วยจิตเวชจากโรงพยาบาลชุมชน มีความยุ่งยากในการส่งต่อไม่สามารถ Refer ตรงกับ โรงพยาบาลจิตเวชสงขลา โดยตรงต้อง Refer มา โรงพยาบาลแม่ข่ายก่อน คือ โรงพยาบาลหาดใหญ่ หรือ โรงพยาบาลสงขลา 3. เมื่อสอบถามโรงพยาบาลสงขลา ซึ่งเป็นแม่ข่ายระดับเดียวกับโรงพยาบาลหาดใหญ่ พบว่ามีปัญหาในการ Refer ผู้ป่วยจิตเวชที่คล้ายคลึงกันและยังแก้ปัญหาไม่ได้ 	<p>นัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการ Refer ผู้ป่วยจิตเวช ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลสงขลา, โรงพยาบาลหาดใหญ่ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลา</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดสงขลา (ตามที่แนบท้าย)

ผลการศึกษา/พัฒนา

1. มีแนวปฏิบัติร่วมกันในการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจัดทำโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเครือข่ายจังหวัดสงขลา
2. ระยะเวลารอคอยการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชเฉลี่ย 3 ชั่วโมง

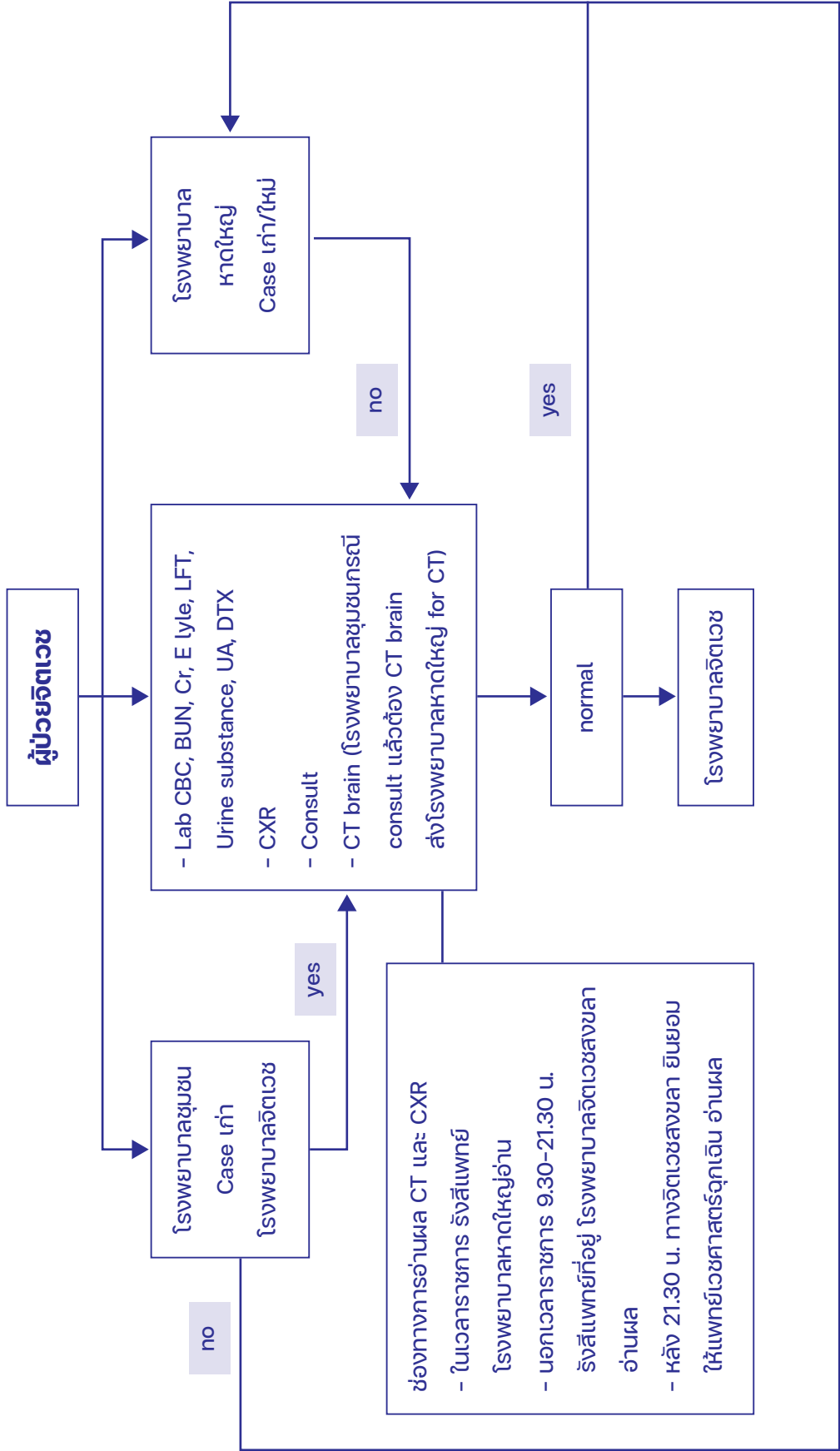
อภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลหาดใหญ่ สามารถลดระยะเวลารอคอยและขั้นตอนที่ยุ่งยากได้ เนื่องจากสหสาขาวิชาชีพร่วมกันแก้ปัญหาจนมีแนวปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถใช้ร่วมกันทั้งโรงพยาบาลหาดใหญ่และจังหวัดสงขลา

สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีหลายสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง บางครั้งการทำงานก็จะมีปัญหาได้ ดังนั้นการแก้ปัญหาเชิงระบบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดสงขลา





⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

จังหวัดสมุทรปราการ มีการดำเนินงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันพบว่ามีปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดต่างๆ ในการดำเนินงานระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในจังหวัด เช่น ปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลใหญ่ การสื่อสารในการประสานงานเพื่อการส่งต่อ ขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยมีความซับซ้อน มีความล่าช้า ความไม่สะดวกในการไปรับบริการ ความไม่เชื่อมั่นต่อคุณภาพบริการ ความรุนแรงของความเจ็บป่วย นอกจากการใช้บริการตามขั้นตอนแล้ว ยังพบว่าผู้ป่วยบางคนปฏิเสธการส่งต่อไม่ไปรักษาตามระบบส่งต่อจากเหตุผลเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางของญาติ การไม่มีรายได้ ความยุ่งยากในการใช้บริการ ความไม่คุ้นเคยกับผู้ให้บริการ การมีทัศนคติที่ไม่ดีกับสถานพยาบาลนั้นๆ อีกทั้งยังมีปัญหาความพึงพอใจของประชาชน การฟ้องร้องจากการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ได้ส่งต่อหรือขณะส่ง เป็นต้น ประกอบกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย และญาติต่อการใช้บริการสุขภาพมีสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ศักยภาพของโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีไม่เท่าเทียมกัน ความพร้อมของสถานพยาบาลที่รับและส่งต่อผู้ป่วยทั้งด้านบุคลากรและอุปกรณ์ที่แตกต่างกันในแต่ละระดับบริการต่อผู้ป่วย ความปลอดภัยของผู้ป่วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้การบริหารจัดการการรับและการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลมีความสำคัญที่ผู้บริหารของสถานพยาบาลต้องพิจารณา พัฒนาระบบบริการให้มีศักยภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์รวมทั้งบริบทของสถานพยาบาลอยู่เสมอ จังหวัดสมุทรปราการจึงมีนโยบายจัดการบริการสุขภาพภายในจังหวัดโดยแยกเป็นโซน แบ่งเป็น 2 โซน คือ โซนที่ 1 โรงพยาบาลบางจาก และ โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ ให้โรงพยาบาลบางจากเป็นแม่ข่าย โซนที่ 2 โรงพยาบาลบางพลี โรงพยาบาลบางบ่อ โรงพยาบาลบางเสาธง ให้โรงพยาบาลบางพลีรับผิดชอบเป็นแม่ข่าย โดยมีเป้าหมาย คือ “ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ปลอดภัย ใกล้เคียง บ้าน ได้ใจ” โรงพยาบาลบางพลีจึงพัฒนาระบบส่งต่อโดยออกแบบ “Refer 3 บาง Model” ร่วมมือกับโรงพยาบาลบางบ่อใช้ทรัพยากร และบุคลากรร่วมกัน โดยผู้บริหารทั้ง 3 โรงพยาบาลลงนามเห็นชอบเมื่อวันที่ 8 พฤศจิกายน 2562

⊕ วัตถุประสงค์

1. พัฒนาระบบส่งต่อภายในจังหวัด
2. เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการระบบส่งต่อผู้ป่วย

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

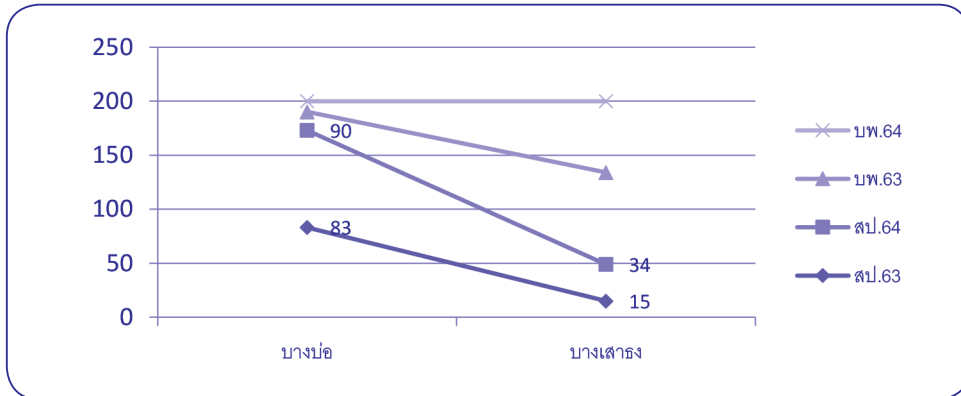
1. ประชุมหารือจัดตั้งทีม Referral manager center ของแต่ละโรงพยาบาล
2. ระบบการติดต่อประสานงาน ทำ line Group Refer 3 บาง เริ่มใช้งาน 9 พฤศจิกายน 2562
3. แบ่งช่องทางติดต่อไว้ 3 ทาง
 - 3.1 ติดต่อประสาน Refer ตามปกติ ผ่านระบบ Block chain แพทย์เวร Consult เป็นผู้แจ้งรับย้าย
 - 3.2 Case Refer ที่มีปัญหาการประสานให้ post ใน line กลุ่ม Refer 3 บาง Refer manager ของแต่ละโรงพยาบาล จะเป็นผู้ Response ลำดับแรก ประสานงานต่อให้แล้วแจ้งรับย้าย
 - 3.3 กรณีที่ Refer manager ไม่สามารถจัดการได้รายงานรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์/ ผู้อำนวยการรับทราบแจ้งรับย้าย
4. เก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยรับ Refer จากโรงพยาบาลบางเสาธง และโรงพยาบาลบางบ่อ เฉพาะผู้ป่วยวิกฤตประสานผ่านศูนย์ Refer
5. วิเคราะห์ประเมินผลความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการระบบส่งต่อผู้ป่วย

+ ข้อมูล/สถิติที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลรับ Refer โรงพยาบาลบางบ่อ และโรงพยาบาลบางเสาธง
2. แบบวัดความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยรับ Refer

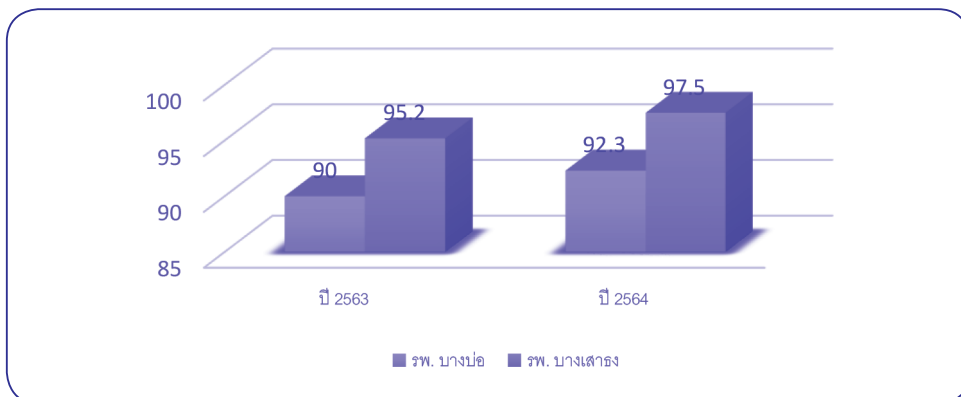
+ ผลการศึกษา

แผนภูมิที่ 1 แสดงเปอร์เซ็นต์ Refer in ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ประสานผ่านศูนย์รับ - ส่งต่อ ปี 2563 และปี 2564 (ต.ค. 63 - ม.ค. 64)



จากผลการศึกษา โรงพยาบาลบางพลีจะรับย้ายจากโรงพยาบาลบางเสาธงมากกว่าโรงพยาบาลสมุทรปราการ แต่เนื่องจากข้อจำกัดของโรงพยาบาลบางพลี คือ ไม่มีแพทย์ระบบศัลยกรรมประสาท ระบบทางเดินปัสสาวะ และมีศัลยแพทย์ 1 ท่าน จึงไม่สามารถรับย้ายผู้ป่วยได้ทุกราย ในส่วนของโรงพยาบาลบางบ่อยังคงส่งต่อโรงพยาบาลสมุทรปราการจำนวนมาก จากการวิเคราะห์ พบว่า เป็นผู้ป่วยระบบศัลยกรรมประสาทที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลสมุทรปราการ

แผนภูมิที่ 2 แสดงเปอร์เซ็นต์ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่รับย้ายมารักษาต่อที่โรงพยาบาลบางพลี



+ สรุปและข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลในโซน 3 บาง ได้สร้าง network สำหรับโรคระบบศัลยกรรมประสาทเพิ่ม โดยประสานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลรามารวมถึงรัตนกสินธร
2. โรงพยาบาลบางพลีมีการพัฒนาศักยภาพส่งแพทย์เรียนเฉพาะทางระบบศัลยกรรมประสาท 3 ท่าน จะจบการศึกษา ปี 2565 จำนวน 1 ท่าน ปี 2566 จำนวน 2 ท่าน



การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินขณะส่งต่อ ในบริบทโรงพยาบาลมหาสารคาม

นางวิไลพร แก้วอรุณ, นางจุลินทร ศรีโพนทัน, นางกนกวรรณ เจริญศิริ และนางปรมาภรณ์ คลังพระศรี
โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

⊕ บทคัดย่อ

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ในการรับผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน จึงต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทุกรายและระยะทางไกล ทีมจึงได้ร่วมกันพัฒนาการส่งต่อขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินและ 2) ประเมินประสิทธิผลของการพัฒนาคุณภาพการส่งต่อกระบวนการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการของเคมมิสและแมคแทคคาร์ทในการขับเคลื่อนประกอบด้วย การวางแผน ปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง คือ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลมหาสารคามทุกคน จำนวน 13 คน 2) เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินที่ทำหน้าที่ส่งต่อทุกคนจำนวน 5 คน และ 3) ผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทุกราย ซึ่งกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครซี่และมอร์แกน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 43 คน ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนกันยายน 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวทางสนทนากลุ่ม แบบสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น และแบบบันทึกการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ซึ่งมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1.00 การวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสนทนากลุ่ม พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินใช้เครื่องมือคือ แนวทางการสนทนากลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งต่อ โดยใช้การวางแผน ปฏิบัติการ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติการจำนวน 3 วงจรการพัฒนา ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล โดยใช้การสังเกตและการบันทึกเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

⊕ ผลการวิจัย

พบว่า 1) รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลมหาสารคามประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ และหลังส่งต่อ ซึ่งมีแนวทางปฏิบัติในทุกๆ ขั้นตอน ได้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน และได้แนวปฏิบัติช่องทางการขอคำปรึกษาแพทย์ระหว่างส่งต่อ และ 2) จากการประเมินประสิทธิผลพบว่า ได้รูปแบบการส่งต่อตามบริบทของโรงพยาบาลมหาสารคาม พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งต่อ และการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาลร้อยละ 100 ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการส่งต่อได้ถูกต้อง ร้อยละ 100 ระยะการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ร้อยละ 91.7 ระยะการส่งมอบผู้ป่วยโรงพยาบาลปลายทางร้อยละ 100 และไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

⊕ ข้อเสนอแนะ

ในระยะการส่งต่อผู้ป่วยควรเพิ่มการบันทึกให้ได้ตามมาตรฐาน

⊕ คำสำคัญ

แนวปฏิบัติการพยาบาลขณะส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน



นางสาวชนานุช มานะดี, นายฉัตรชัย แก้วสมศรี และนายเอกสิทธิ์ มามะณี
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ต้องได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant) เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่อัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ ไม่สามารถเพิ่มขึ้นตามได้อย่างเพียงพอ ผู้ป่วยมีจำนวนแออัดและกระจุกตัวในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ สำหรับโรงพยาบาลร้อยเอ็ด จัดตั้งคลินิกวาร์ฟารินในปี 2549 ปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยสะสม 2,002 คน มีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลระดับตติยภูมิได้เป็นบางแห่ง เนื่องจากจังหวัดร้อยเอ็ดยังไม่สามารถจัดตั้งคลินิกวาร์ฟาริน ได้ครบร้อยละ 100 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการให้ยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด (warfarin clinic) ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนจนถึงโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลที่เป็นมาตรฐาน ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรคและยา

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้โรงพยาบาลขนาด A - F3 ในจังหวัดร้อยเอ็ด สามารถจัดตั้ง warfarin clinic ได้ ร้อยละ 100
2. เกิดระบบส่งต่อผู้ป่วย warfarin clinic ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชน

+ วิธีการศึกษา

1. ประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ warfarin clinic โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อค้นหาปัญหา กำหนดบทบาทหน้าที่ และร่วมหาแนวทางในการดำเนินงาน โดยแบ่งเป็น

- ระบบภายในโรงพยาบาล : แผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน
- ระบบภายนอกโรงพยาบาล : เชื่อมโยง ประสานงาน เครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยเชิญทีมสหสาขาวิชาชีพผู้รับผิดชอบงาน warfarin clinic ระดับอำเภอทุกแห่ง เพื่อสำรวจปัญหา โอกาสในการพัฒนา และความต้องการในการจัดตั้ง warfarin clinic รวมถึงให้ความรู้ข้อมูลทางวิชาการโรคหัวใจ ความรู้เรื่องยา และแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน (warfarin network) เพื่อสร้างความมั่นใจในการทำคลินิก

3. ถอดบทเรียนกลุ่มย่อย โดยเชิญเภสัชกรผู้รับผิดชอบ warfarin clinic แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงแนวทาง รูปแบบคลินิก ข้อดี โอกาสพัฒนา ประสพการณ์ในการทำ warfarin clinic พบว่าโอกาสพัฒนาในการจัดตั้งคลินิก ประกอบด้วย ยา warfarin การตรวจวัดระดับ INR และอายุรแพทย์ จนได้ Model ตัวอย่าง ดังนี้

- Model A โรงพยาบาลขนาดใหญ่ - เล็ก : โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยตรง โรงพยาบาลแม่ข่ายดูแลผู้ป่วยจนกระทั่ง clinical stable จึงส่งต่อยังโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กกว่าตามภูมิลำเนาผู้ป่วย

- Model B โรงพยาบาลขนาดเล็ก - ใหญ่ : โรงพยาบาลขนาด F3 นัดผู้ป่วยเพื่อเจาะเลือด รวบรวมให้รถโรงพยาบาลนำส่งตรวจ INR ที่โรงพยาบาลแม่ข่าย นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการในวัดถัดไป พร้อมผลเลือดจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

4. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการสำรวจ รวบรวม และถอดบทเรียนต่อที่ประชุมระดับผู้บริหาร กำหนดเป็นนโยบายจังหวัด เพื่อหาแนวทางในการจัดตั้ง warfarin clinic ให้ครอบคลุมครบทุกอำเภอ

5. จัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติงานและแบบบันทึกติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน เก็บบันทึกข้อมูลการปฏิบัติตัว และจัดทำคู่มือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวาร์ฟาริน แนวทางส่งต่อไปยังแม่ข่ายและแนวทางที่รับกลับมาดูแลต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายในจังหวัดร้อยเอ็ดและศูนย์หัวใจให้เป็นแนวทางส่งต่อเดียวกัน

6. พัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟาริน ข้อมูลการส่งต่อไป - กลับ โดยจัดประชุม

การลงบันทึกข้อมูลโปรแกรม Warfarin Registry แก่ผู้รับผิดชอบงานเครือข่ายวารฟารินในจังหวัดร้อยเอ็ดและติดตามตัวชี้วัดโดยให้ส่งข้อมูลในฐานข้อมูล google drive ทุกเดือน

7. ออกนิเทศติดตามในแต่ละพื้นที่ เพื่อรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะ พร้อมติดตามความก้าวหน้าทุก 6 เดือน

⊕ ผลการศึกษา

1. สามารถจัดตั้งคลินิกบริการในโรงพยาบาลเครือข่ายระดับ A - F3 ในจังหวัดร้อยเอ็ด ได้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 90 เป็นร้อยละ 95 ในปี 2562 และ ปี2563 ตามลำดับ ผู้รับบริการเข้าถึงบริการที่สะดวก ปลอดภัยและรวดเร็ว ได้รับการดูแลช่วยเหลือโดยทีมสหวิชาชีพที่รวดเร็วขึ้น

2. เกิดระบบส่งต่อผู้ป่วย โดยมีทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร เป็นทีมผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Multidisciplinary Teams Case manager) ประสานการดูแลร่วมกันตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายหรือส่งต่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนใกล้บ้าน รวมถึงการประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเครือข่ายระดับจังหวัด (warfarin network) โดยมีเอกสารแบบฟอร์มในการส่งต่อผู้ป่วยที่ทำงานร่วมกันเพื่อสื่อสารให้ได้ข้อมูลครบถ้วนและตรงประเด็นในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

3. เกิดระบบบริหารจัดการใน warfarin clinic ในลักษณะ Model A โรงพยาบาลขนาดใหญ่สู่โรงพยาบาลขนาดเล็ก หรือ Model B โรงพยาบาลขนาดเล็กสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระบบในการส่งตรวจวัดระดับ INR การเข้าถึงยารวฟาริน และช่องทางในการติดต่อประสานงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งระบบเอกสาร และช่องทางโซเชียลมีเดียต่างๆ

4. การเข้าถึงยารวฟาริน จัดให้ยารวฟารินเข้าสู่รายการบัญชียาโรงพยาบาลชุมชน โดยให้อย่างน้อยมียารวฟารินขนาด 2 mg และ 3 mg และในขนาดผลิตภัณฑ์ให้เกิดการจัดซื้อยารวฟารินบริษัทเดียวกัน ร่วมกันในทั้งจังหวัดหรือในระดับเขตสุขภาพ

5. การมีอายุรแพทย์จัดให้มีระดับการให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง ผ่านทางโทรศัพท์หรือโซเชียลมีเดีย โดยอายุรแพทย์หัวใจ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นผู้รับให้คำปรึกษาแก่โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีอายุรแพทย์

ตาราง ผลการดำเนินการจัดตั้ง warfarin clinic และระบบส่งต่อผู้ป่วยในจังหวัดร้อยเอ็ด

ผลการดำเนินการจัดตั้ง warfarin clinic	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563
ร้อยละโรงพยาบาลขนาด A - F3	45	85	90	95

⊕ อภิปรายผล

Model ตัวอย่างของการจัดตั้งคลินิกใน 2 รูปแบบหลัก คือ Model A โรงพยาบาลขนาดใหญ่สู่โรงพยาบาลขนาดเล็ก และ Model B โรงพยาบาลขนาดเล็กสู่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้โรงพยาบาลสามารถจัดตั้งคลินิกให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่สะดวกและเป็นมาตรฐาน แต่อย่างไรก็ตามโรงพยาบาลบางแห่งยังมีข้อจำกัดเรื่องอัตรากำลังบุคลากรงบประมาณในการบริหารจัดการเรื่องยาหรืออุปกรณ์ในการตรวจวัดระดับ INR รวมถึงความมั่นใจในการทำงานทางโรงพยาบาลแม่ข่ายจึงจัดทำเอกสารแนวทางปฏิบัติงาน จัดทำคู่มือทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยในคลินิกวารฟาริน จัดการประชุมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล รวมถึงพัฒนาระบบการจัดการฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยารวฟารินผ่านโปรแกรม Warfarin Registry และออกนิเทศติดตามในแต่ละพื้นที่เพื่อรับทราบปัญหา ข้อเสนอแนะ พร้อมติดตามความก้าวหน้าทุก 6 เดือน

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนา warfarin clinic พบ 3 ปัจจัยหลัก คือ การเข้าถึงยา การตรวจวัดระดับ INR และการมีอายุรแพทย์ การพัฒนารูปแบบโดยใช้ระบบส่งต่อเชื่อมโยงโรงพยาบาลศูนย์ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือรูปแบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลขนาดเล็กมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้สามารถจัดตั้ง warfarin clinic และเกิดแนวทางส่งต่อและรับกลับมาดูแลต่อเนื่องร่วมกับเครือข่ายในจังหวัดร้อยเอ็ดและศูนย์หัวใจให้เป็นแนวทางเดียวกัน ทำให้งานมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน



การพัฒนาระบบบริการการรับ - ส่งต่อ และการดูแลผู้ป่วย

โรคเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลัน โรงพยาบาลรัตนบุรีและเครือข่ายบริการ

นายนราศักดิ์ ลักขร และคณะ
โรงพยาบาลรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ในปีงบประมาณ 2561 และ 2562 โรงพยาบาลรัตนบุรีมีความชุกของผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมอง ร้อยละ 0.30 และ 0.29 ตามลำดับ อัตราเสียชีวิตโดยตรงจากโรคหลอดเลือดสมองในปี 2562 ร้อยละ 0.86 และมีแนวโน้มความพิการมากขึ้นและเป็นโรคที่มีการส่งต่อ (Refer out) จากห้องฉุกเฉินมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งในปี 2561 และ 2562 ในอัตรา ร้อยละ 100, 100 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลได้ทบทวนปัญหาที่สำคัญ พบว่าขาดระบบรับส่งต่อที่เชื่อมโยง ชัดเจน ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย และได้นำเสนอผู้บริหารจึงได้จัดประชุมเพื่อแก้ปัญหาที่ขึ้น รวมทั้งในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลมีความพร้อมในด้านบุคลากรและเทคโนโลยี และยังมีระบบปรึกษาแพทย์อายุรกรรมประสาทได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงได้ทำการศึกษาค้นคว้าพัฒนาระบบบริการการรับ - ส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบในโรงพยาบาลรัตนบุรีและเครือข่ายบริการ นี้ขึ้นมา

⊕ วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบบริการการรับ - ส่งต่อและดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลันในโรงพยาบาลรัตนบุรี
2. เพื่อลดการส่งต่อผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองในเขตสุขภาพ ไปยังโรงพยาบาลศูนย์

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การศึกษาเชิงการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะพัฒนาระบบ และ 3) ระยะการประเมินผล ขับเคลื่อนโดยวงจรคุณภาพ คือ plan, action, observe and reflection โดยมี Key success factor คือ Excellence S.T.R.O.K.E (Excellence Service, Team, Responsiveness, Operation, Knowledge and reflection) ดำเนินการในช่วงวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึง 30 กันยายน 2563 โดยมีกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งหมดที่มารับบริการในช่วงเวลาดังกล่าว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ (Google sheet) นำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

⊕ ผลการวิจัย

ในระยะเวลาการวิเคราะห์ปัญหา พบว่า กระบวนการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยมีปัญหาทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ กล่าวคือ ไม่มีแนวทางปฏิบัติในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน ขาดผู้รับผิดชอบหลัก ขาดการสื่อสารระหว่างทีม ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ช้า ในระยะการพัฒนาระบบบริการ จึงได้พัฒนา 1) แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมองที่โรงพยาบาลต้นทาง 2) กระบวนการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมประสาท 3) แนวทางการการดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน/ตึกผู้ป่วยใน และ 4) แนวทางการส่งกลับผู้ป่วยและในระยะประเมินผล พบว่าในช่วงเวลาการวิจัยมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาทั้งหมด 202 คน เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบทั้งหมด 157 คน ร้อยละ 77.72 เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.60 ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา คือโรคเบาหวานคิดเป็นร้อยละ 41.40 และ 17.20 ตามลำดับ การมาโรงพยาบาลมากกว่าครึ่งเป็นญาตินำส่งเอง คือ 81 คน คิดเป็นร้อยละ 51.59 มาโดย EMS/FR จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 14.01 และ Refer in จำนวน 54 คน

คิดเป็นร้อยละ 34.40 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบมาทันเวลาในช่วง 4 ชั่วโมง 30 นาที 70 คน คิดเป็นร้อยละ 44.59 ได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด 30 คน คิดเป็นร้อยละ 19.74 ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นจากปี 2561 และ 2562 คือ ร้อยละ 10.81 และ 11.82 ตามลำดับ และระยะเวลาเฉลี่ยตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนได้ยาละลายลิ่มเลือด คือ 50 นาที และสามารถลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบไปโรงพยาบาลศูนย์จากร้อยละ 100 ในปี 2561 และ 2562 เหลือแค่ร้อยละ 18.47 และมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการให้ยาละลายลิ่มเลือดมากที่สุด คือ 1,519,000 บาท เมื่อเทียบกับโรงพยาบาล M2 ในเขตสุขภาพที่ 9

สรุป

จากผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า ระบบบริการการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย และการดูแลผู้ป่วยโรคเส้นเลือดสมองตีบเฉียบพลัน ที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้เร็ว ได้มาตรฐาน และสามารถลดจำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพได้มากขึ้นอย่างชัดเจน



+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ในอดีตการส่งต่อผู้ป่วย (Refer out) มีปัญหา คือ ไม่มีเกณฑ์ในการกำหนดว่า ผู้ป่วยรายใดถือเป็นกรณีฉุกเฉิน ซึ่งสามารถส่งต่อนอกเวลาราชการได้ และรายใดถือเป็นกรณีไม่ฉุกเฉิน ซึ่งควรส่งต่อผู้ป่วยในเวลาราชการ อีกทั้งยังมีปัญหาเรื่องการกำหนดมาตรฐานในการเตรียมผู้ป่วยก่อน/ระหว่างส่งต่ออีกด้วย เช่น การเตรียมบุคลากร ยานพาหนะ เครื่องมืออุปกรณ์ ยา สารน้ำ และเวชภัณฑ์ที่ต้องนำขึ้นไปบนรถพยาบาลอีกด้วย การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลศูนย์เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแทบทุกวัน มีบ่อยครั้งที่การส่งต่อมีปัญหาอุปสรรค โดยข้อจำกัดของโรงพยาบาลชุมชนมีหลายประการที่เป็นเหตุให้ต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีความซับซ้อนหรือความไม่พร้อมของเครื่องมือแพทย์ จากผลการสำรวจการดำเนินงานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2558) พบว่า ร้อยละ 84.96 ของสถานพยาบาลทั่วประเทศ มีการจัดตั้งศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่มีการแยกศูนย์ส่งต่อเป็นสัดส่วนเพียงร้อยละ 11.32 และมีผู้ปฏิบัติงานจริงตลอด 24 ชั่วโมงเพียงร้อยละ 59.04 โรงพยาบาลสนม เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ระยะทางห่างจาก โรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ 50 กิโลเมตร กรณีเกินขีดความสามารถในการรักษา แพทย์จะส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์สุรินทร์ ในปี 2559 - 2563 มีผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการส่งต่อ จำนวน 515 ราย 417 ราย 390 ราย 510 ราย และ 622 ราย ตามลำดับ 5 อันดับโรคการส่งต่อ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคภาวะหายใจล้มเหลว โรคภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดและอุบัติเหตุฉุกเฉิน และพบปัญหาความไม่เหมาะสมในการดูแลก่อนส่งต่อการไม่ประสานงานกับโรงพยาบาลปลายทาง ข้อมูลการส่งต่อไม่ครบถ้วน ความไม่พร้อมของบุคลากรส่งต่อ ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะส่งต่อ และเสียชีวิตเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค พบปัญหาการดูแลแก้ไขภาวะฉุกเฉินก่อนส่งต่อไม่เหมาะสม ซึ่งการประสานงานและขอรับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายยังไม่ชัดเจนในแต่ละสาขา ดังนั้นจึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้เกิดระบบที่ได้มาตรฐาน กระบวนการส่งต่อมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการประสานงานการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

+ วิธีการศึกษา

จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เวนระเบียนผู้ป่วย ไปประเมินขณะนำส่งและใบรายงานอุบัติการณ์

+ การดำเนินงาน

➡ ระดับนโยบาย

1. จัดตั้งศูนย์ประสานการส่งต่อ มีคณะกรรมการ Service Plan สาขาส่งต่อระดับจังหวัด
2. มีช่องทางในการติดต่อกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่สะดวกรวดเร็วทั้งในและนอกเวลาราชการ
3. ใช้อุปกรณ์เครื่องมือสื่อสารที่ทันสมัย เช่น ระบบไลน์ Consult แต่ละสาขา ใช้โปรแกรม R9 Refer ส่งข้อมูล

4. จัดเวรพยาบาล On call Refer เวิร์ช 1 คน กรณีต้องใช้พยาบาล 2 คน หรือมี Refer ซ้อน ให้ตามพยาบาลหรือ EMT เสริม กรณีตามไม่ได้ให้พยาบาลในเวรนำส่งผู้ป่วย

5. พนักงานขับรถผ่านการอบรม 100 % ความเร็วของรถไม่เกิน 90 กิโลเมตร/ชั่วโมง

➤ ระดับปฏิบัติการก่อนส่งต่อ

1. ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ให้การรักษาแก้ไขภาวะวิกฤติ

2. มีการประเมินเพื่อจัดระดับความรุนแรงของผู้ป่วยตามเกณฑ์ Levels of Patient Acuity เพื่อเตรียมทรัพยากรให้เหมาะสมกับระดับความเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องในการ Refer ครบถ้วน ถูกต้อง

4. เตรียมความพร้อมของบุคลากร/อุปกรณ์ที่จำเป็น/รถพยาบาล กรณีเป็นผู้ป่วยรุนแรงระดับ 1 และผู้ป่วย STEMI กำหนดให้มีพยาบาลนำส่ง 2 คน

5. ประสานงานกับศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลปลายทาง โดยการโทรศัพท์ส่งต่อข้อมูล ส่งข้อมูลทางระบบ R9 Refer และส่งช่องทางไลน์แยกตามแต่ละสาขา

➤ การดูแลขณะส่งต่อ

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพตาม CPG เฉพาะโรค

2. ดูแลเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยในแต่ละระดับความเจ็บป่วยที่เหมาะสม

3. บันทึกข้อมูลการดูแลและเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยขณะส่งต่อ

4. หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงขณะส่งต่อ ให้ประสานงานกับโรงพยาบาลใกล้เคียง เพื่อเข้ารับการรักษาแก้ไขภาวะวิกฤติ

5. ประเมินความพร้อมและความปลอดภัยของผู้ป่วยก่อนเคลื่อนย้ายลงจากรถ

➤ การดูแลหลังส่งต่อ

1. เมื่อนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินถึงสถานพยาบาลปลายทางให้ส่งมอบผู้ป่วยฉุกเฉิน พร้อมเอกสารแก่สถานพยาบาลปลายทาง ตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลปลายทางและตรวจเช็คอุปกรณ์เพื่อนำกลับ

2. สถานพยาบาลปลายทางรับมอบผู้ป่วยฉุกเฉินและเอกสารตามแนวปฏิบัติการรับและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ สถานพยาบาลปลายทาง

3. สถานพยาบาลปลายทางประเมินคุณภาพการส่งต่อ

⊕ วิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการปี 2559 - 2563 จากสถิติการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน เวชระเบียนผู้ป่วย ใบประเมินขณะนำส่งและใบรายงานอุบัติการณ์

+ ผลการศึกษา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน				
		ปี 2559	2560	2561	2562	2563
ร้อยละความสำเร็จของการจัดตั้งศูนย์ประสานการรับ - ส่งต่อ	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ร้อยละความพร้อมของบุคลากร/รพพยาบาลส่งต่อภายใน 10 นาที	100%	94%	93.75%	96.25%	98.38%	98.78%
ร้อยละการดูแลผู้ป่วยไม่เหมาะสม	<5%	3.55 %	3.33%	3.25%	2.27%	3.12%
ร้อยละของผู้ป่วยอาการทรุดลง/เสียชีวิต ขณะส่งต่อ	0%	1%	0%	0%	1%	0%

+ อภิปรายผล

จากการพัฒนาคุณภาพงานส่งต่อ พบว่า โรงพยาบาลสามารถจัดตั้งศูนย์ส่งต่อ และมีระบบการจัดสรรทรัพยากรให้มีความพร้อม ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลรักษาตามมาตรฐานแต่ละรายโรค พบอุบัติการณ์การดูแลรักษาไม่เหมาะสม มีแนวโน้มลดลง ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงต้องเข้ารับการรักษาโรงพยาบาลใกล้เคียงปี 2559 และปี 2562 จำนวน 1 ราย

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

การมีศูนย์ประสานงานส่งต่อมีแนวปฏิบัติในการส่งต่อที่ชัดเจนและตรงตามมาตรฐานเป็นสิ่งที่ช่วยพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ข้อเสนอแนะในการพัฒนางาน ใช้ระบบวิเคราะห์ผลการดูแลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม R9 Refer



การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast Track

โรงพยาบาลสะบ้าย้อย อำเภอสบ้าย้อย จังหวัดสงขลา

นางสาวกัญญาชลา สาหมุน และนางสาวอัสสม๊ะ อนนตรี

โรงพยาบาลสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มุ่งเน้นให้เกิดการทำงานอย่างเป็นระบบ ด้วยเครือข่ายบริการไร้รอยต่อ ที่เชื่อมโยงระบบบริการด้วยระบบส่งต่อผู้ป่วยเป็นเครือข่าย ตามบริบทของแต่ละพื้นที่ โรงพยาบาลสะบ้าย้อยเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระดับ F2 ตั้งอยู่ในพื้นที่เสี่ยงภัย 4 อำเภอชายแดนของจังหวัดสงขลา ด้วยศักยภาพของโรงพยาบาลจำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายใหญ่ (ระดับA) ซึ่งมีระยะทาง 112 กม. และมีโรงพยาบาลแม่ข่ายรับส่งต่อโนโซน (ระดับ M1) ที่มีระยะทาง 50 กม. ในปี 2561 – 2564 มีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ส่งต่อด้วย ambulance เท่ากับ 1,447, 1,312, 1,379 และ 573 รายตามลำดับ เป็นผู้ป่วย Stroke เท่ากับ 158, 162, 167 และ 79 รายตามลำดับ ซึ่งพบว่าเป็นโรคฉุกเฉินอันดับ 1 ของการส่งต่อของทุกปี จึงมีการดำเนินการพัฒนาระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ในปี 2562 กำหนด “Smart Refer” เป็นสมรรถนะหลักขององค์กร เพื่อพัฒนาระบบงานตามแนวทางการส่งต่อ และพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ มีการจัดลำดับการวินิจฉัยและการดูแลรักษาตามแนวทางปฏิบัติอย่างรวดเร็วที่เรียกว่า Fast tract guide ซึ่งจัดทำขึ้นเพื่อย่นระยะเวลาในการดูแลรักษาที่เหมาะสม รวมถึงการคัดแยกผู้ป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา (กวีศักดิ์ จิตวัฒนรัตน์, 2553) จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการหลังมีอาการภายใน 2 ชั่วโมงและส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่าภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง ร้อยละ 30 – 40 (ระบบรายงาน end user report โรงพยาบาลสะบ้าย้อย, 2564) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการสูญเสียโอกาสในการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) เนื่องจากต้องได้รับการทำ CT Scan เบื้องต้น ก่อนการวินิจฉัยและการรักษาที่เหมาะสม

ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล การดูแลรักษาแรกรับที่ห้องฉุกเฉินถือเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดที่เป็น Golden period (กรองไต่ อุณหสุด, 2559) เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่การพยากรณ์ของโรค ขึ้นกับเวลา การประเมิน การดูแลรักษาเบื้องต้น และการส่งต่อที่รวดเร็ว ส่งผลต่อประสิทธิภาพการรักษา ลดความพิการ และเสียชีวิตลงได้



วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke Fast Track เข้าถึงและเข้ารับบริการที่รวดเร็ว
2. เพื่อให้ผู้ป่วย Stroke Fast Track ได้รับการรักษาเบื้องต้น ที่รวดเร็ว และส่งต่อทันเวลา
3. เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke Fast Track



วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. คณะกรรมการทีมนำโรงพยาบาลร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนการพัฒนา โดยกำหนดให้ Stroke เป็นโรคจุดเน้นขององค์กร และ Smart Refer เป็นสมรรถนะหลักขององค์กรในการพัฒนาบุคลากรทุกระดับ
2. พัฒนาศักยภาพเครือข่ายในพื้นที่ รพ.สต. อสม. กู้ชีพ ให้สร้างความรู้ความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ และให้เครือข่ายสามารถประเมินอาการและประสานนำส่งโรงพยาบาลได้รวดเร็ว มีการซักซ้อมแผนการประเมิน เข้าถึงและส่งมายังโรงพยาบาลโดยเครือข่ายในพื้นที่ มีระบบการถ่ายโอนการประสานการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินระหว่างทีมโรงพยาบาลและทีมกู้ชีพ

3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ตั้งแต่แรกเริ่ม ณ จุดรับผู้ป่วย โดยการเพิ่มสมรรถนะพนักงานเปล ให้สามารถชักถามอาการเบื้องต้น FAST ได้ทุกคน การปรับระบบการคัดกรอง ณ ห้องฉุกเฉิน โดยให้มีพยาบาลวิชาชีพ คัดแยก คัดกรองผู้ป่วยระหว่างเวลา 08.00 – 24.00 น. ของทุกวัน การปรับปรุงแนวทางการคัดแยกคัดกรองตามระดับ ความฉุกเฉิน 5 ระดับในทีมนำทางคลินิก ให้สามารถใช้ร่วมกันได้ทั้ง OPD-ER ลดอุบัติเหตุการคัดแยกผิดพลาด ใช้ “FAST Stroke Alert” ในการชักประวัติคัดแยก และแจ้งเตือนพยาบาลในห้องฉุกเฉิน กำหนด Stroke Fast Track เป็น Specific competency ของหน่วยงานในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลให้สามารถประเมินและรายงานแพทย์ ให้รวดเร็ว ไม่เกิน 10 นาที ให้มีการบันทึกทางการพยาบาล (APIE) อย่างต่อเนื่องในการดูแล พร้อมทั้งจัดทำแบบบันทึก ที่ง่ายและสะดวกต่อการดูแล และสามารถบันทึกเป็น real-time มอบหมายพยาบาลผู้รับผิดชอบเฉพาะโรครายบุคคล การกำหนดระยะเวลาในการตามพยาบาล และพนักงานขับรถส่งต่อโดยการจัดตารางการปฏิบัติงานส่งต่อนอกเวลา และ กำหนดระยะเวลาการขึ้นปฏิบัติงานไม่เกิน 10 นาที มีระบบการการมอบหมายพยาบาลประจำวันในการตรวจสอบ ความพร้อมใช้ของรถพยาบาลฉุกเฉิน

4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายใหญ่ (ระดับ A) และ โรงพยาบาลแม่ข่ายโซน (ระดับ M1) ด้วยระบบการประสานงานผู้ป่วยส่งต่อที่ลดระยะเวลาการส่งต่อ ทั้งด้านข้อมูล ด้านการดูแลเบื้องต้น การกำหนดจุด Check point การรายงานแจ้งเตือนระหว่างนำส่ง การประเมินและรับผู้ป่วยเข้า Stroke Unit โดยไม่ผ่านห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่ข่าย (A) ทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาได้มากขึ้น หากไม่ใช่กลุ่ม Hemorrhagic Stroke มีการพัฒนาปรับปรุงระบบการรับผู้ป่วย Stroke Fast Track เพื่อลดระยะเวลาในการทำ CT Scan โดยให้โรงพยาบาลแม่ข่ายโซน (ระดับ M1) สามารถรับและดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke Fast Track มีการ lean เอกสาร ส่งต่อเพื่อลดเวลารอคอย จัดระบบการประสานแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลแม่ข่าย (A) ในการอ่านผล CT Scan มีการกำหนดเวลารอคอยอ่านผลผู้ป่วยที่ผล Hemorrhagic Stroke จะถูกนำส่งไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (A) ทันทีโดยพยาบาลส่งต่อดันทาง มีการประเมินการดูแลก่อนและขณะนำส่ง จากโรงพยาบาลแม่ข่ายทุกครั้ง เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง และนำไปปรับปรุงระบบต่อไป

ผลการศึกษา

ตัวชี้วัดสำคัญ	2562	2563	2564 (ต.ค. - ก.พ.)
1. ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่มา โรงพยาบาล ภายใน 2 ชั่วโมง	95.45	88.24	91.10
2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่ส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง	97.73	92.16	97.77
3. ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่มี onset time to refer ใน 3 ชั่วโมง	95.45	96.07	88.22
4. อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Stroke Fast Track ที่ห้องฉุกเฉินและขณะส่งต่อ	0	0	0

อภิปรายผล

การประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย Stroke Fast Track ร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพสูงกว่า ทำให้มีการพัฒนาระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องของการส่งต่อ ส่งผลให้ระบบการส่งต่อผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยน เรียนรู้ระหว่างแม่ข่าย ทำให้มีระบบประสานงานที่ดีและไร้รอยต่อ ผู้รับบริการเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

สรุปและข้อเสนอแนะ

การเชื่อมโยงข้อมูลการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านระบบ Thai Refer (Paperless)

ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการส่งกลับ (Refer back)



การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน ใกล้บ้าน (Refer Back) ในบริบทโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและเครือข่าย

วิไลพร แก้วอรุณ, จุลินทร ศรีโพชนัน, และกนกวรรณ เจริญศิริ
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ จังหวัดมหาสารคาม

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) เน้นพัฒนาการบริการทุกระดับแบบไร้รอยต่อ รวมถึงการพัฒนาศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง สร้างระบบเครือข่ายบริการที่เชื่อมโยงกันในระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ เน้น Seamless health service Network และเขตสุขภาพที่ 7 ได้กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาระบบส่งต่อให้สมบูรณ์รองรับการจัดบริการแบบเครือข่าย (Referral Cascade System) บูรณาการระบบส่งต่อทุกระดับแบบเบ็ดเสร็จ

โรงพยาบาลมหาสารคามเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่รับนโยบายเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม จากการดำเนินงาน พบว่า สถิติการส่งผู้ป่วยกลับโรงพยาบาลชุมชน ปี 2559 จำนวน 1,896 ราย ปี 2560 จำนวน 2,801 ราย และปี 2561 จำนวน 4,114 ราย ซึ่งการส่งกลับแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ จำหน่ายกลับบ้าน และจำหน่ายกลับไปนอนรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า ปี 2561 มีผู้ป่วยส่งต่อไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนโดยต้องใช้รถพยาบาล 505 ราย แต่กลับโดยรถพยาบาลเพียง 134 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.53 และกลุ่มญาติพากลับบ้าน พบว่าผู้ป่วย จำนวน 2 ราย ที่มีอาการทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและส่งกลับมาที่โรงพยาบาลมหาสารคาม ซึ่งจากการทบทวนปัญหา พบว่าแนวทางการปฏิบัติไม่เหมือนกัน มีปัญหาด้านการประสานงานทุกระดับ การประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนกลับไม่ครบถ้วน จากปัญหาที่พบ ทีมจึงสนใจพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านที่ต้องกลับโดยรถพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีประสิทธิภาพ ได้รับการรักษาต่อเนื่องที่ถูกต้องในโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายและได้รับการส่งต่อข้อมูลที่ครบถ้วนเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยและโรงพยาบาลชุมชน นำสู่การพัฒนาบริการที่ดี

⊕ วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน (Refer back)
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชน (Refer back)

⊕ กลุ่มเป้าหมาย

- 1) พยาบาลวิชาชีพในระบบส่งต่อ
- 2) ผู้ป่วยที่ส่งกลับโดยรถพยาบาล

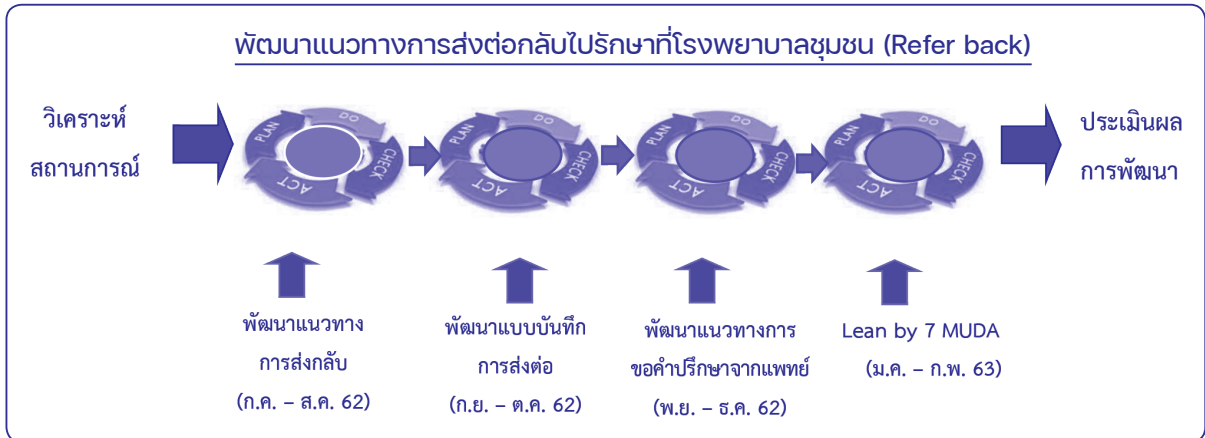
⊕ ระยะเวลาดำเนินการพัฒนา

เดือนมิถุนายน 2562 – เดือนกุมภาพันธ์ 2563

+ วิธีดำเนินงาน

พัฒนาโดยใช้กระบวนการ PDCA (Deming, 1993) โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์และทบทวนปัญหา ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (Refer back) 4 วจจรคุณภาพ และระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา

+ การดำเนินการ



➡ **ระยะที่ 1** ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ จากรายงานการประชุม รายงานความเสี่ยง การทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อหาปัญหาและความต้องการในการพัฒนา

➡ **ระยะที่ 2** ระยะพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (Refer back) โดยพัฒนาตามกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการ PDCA ของเดมมิง

วจจรที่ 1 : พัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน (Refer back) มีกิจกรรมการพัฒนาดังนี้

- กำหนดทีมงาน เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านโดยสหวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง
- การตรวจสอบคุณภาพแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งต่อ และด้านเนื้อหาของความถูกต้องของแนวทางการส่งต่อ
- ประชุมชี้แจง ทำความเข้าใจการใช้แนวทางการส่งต่อให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจ
- นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ 1 เดือน ประเมินผลเป็นระยะ ปรับแก้ตามบริบทและกระบวนการปฏิบัติงาน จนกว่าแนวทางจะสมบูรณ์

วจจรที่ 2 : พัฒนาแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน มีกิจกรรมดังนี้

- พัฒนาแบบบันทึกตามกระบวนการการส่งต่อผู้ป่วย โดยทีมงาน
- ปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมโดยสหวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์ส่งต่อ และตึกผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม
- ทดลองใช้แบบบันทึก 1 เดือน

วจจรที่ 3 : พัฒนาแนวทางการประสานงานและการขอคำปรึกษากรณีผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างทาง

วงจรที่ 4 : นำระบบ LEAN By MUDA 7 ชนิด มาใช้ในการลด West ในการปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มคุณค่าและลดภาระงานทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการย่อย โดยการประชุมร่วมทีม จัดลำดับกิจกรรมและพัฒนากระบวนการร่วมกัน

➤ **ระยะที่ 3** ระยะประเมินผล

- ประเมินผลโดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน
- แบบประเมินความพึงพอใจการใช้แนวทางการส่งต่อ
- แบบบันทึกอุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อในโรงพยาบาลชุมชน
- ระยะเวลารอคอย < 30 นาที

⊕ **ผลการดำเนินงาน**

➤ **ระยะวิเคราะห์สถานการณ์** พบว่ามีปัญหาทั้งด้านกระบวนการและผลลัพธ์ 1) มีแนวทางการส่งต่อแต่ไม่ชัดเจน 2) เจ้าหน้าที่เข้าใจและปฏิบัติไม่เหมือนกัน ทั้งตึกผู้ป่วยใน ศูนย์ส่งต่อ และโรงพยาบาลชุมชน 3) การประสานงานหลายขั้นตอน ไม่มีรูปแบบที่แน่นอน แล้วแต่ประสบการณ์เจ้าหน้าที่ที่อยู่เวรในการบริหารจัดการ มีการพูดถึงวิธีปฏิบัติ แต่ไม่ได้เป็นแนวทางที่ชัดเจน 4) บุคลากรมีหลายระดับ สมรรถนะ Knowledge แตกต่างกัน ทำงานหลายอย่างในเวลาเดียวกันไม่เบ็ดเสร็จ 5) ขั้นตอน การปฏิบัติงานหลายขั้นตอน ซ้ำซ้อน 6) ระบบสารสนเทศไม่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้ เช่น การตอบกลับข้อมูล

➤ **ระยะพัฒนาแนวทาง** ได้จากการนำกระบวนการพัฒนา PDCA มาใช้พัฒนา 4 วงจรคุณภาพ วงจรที่ 1 ได้แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน โดยพัฒนาตามกระบวนการปฏิบัติงาน นำแนวทางที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้ พบว่า การโทรประสานส่งกลับระหว่างตึกผู้ป่วยและศูนย์ส่งต่อไม่มีหลักฐานการประสานข้อมูล การประเมินผู้ป่วยก่อนกลับไม่ครบถ้วน การประสานงานหลายขั้นตอน ควรจะมีแบบฟอร์มการประสานงาน วงจรที่ 2 ได้แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลชุมชน และทดลองใช้ พัฒนาแบบบันทึกตามข้อเสนอแนะของผู้ใช้ ได้แก่ ตึกผู้ป่วยใน ศูนย์ส่งต่อ และโรงพยาบาลชุมชน และลงทะเบียนที่ศูนย์ประกัน ลำดับที่ MSKH-FR-ER-085 วงจรที่ 3 ได้แนวทางการปรึกษาแพทย์ กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และพบว่าขั้นตอนการปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ระยะเวลารอคอยตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนมาถึงจนรับผู้ป่วยกลับ > 1 ชั่วโมง เนื่องจากรอรับยา รอแปล และโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ประสานล่วงหน้าว่าจะมีรถพยาบาลเข้ามา วงจรที่ 4 นำ Lean by MUDA 7 ชนิด เข้ามาใช้ในการลดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ลดความยุ่งยากซ้ำซ้อนทั้งกระบวนการหลักและกระบวนการย่อย

➤ **ระยะประเมินผล** ผลลัพธ์ด้านกระบวนการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพและสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อโรงพยาบาลชุมชนจนเป็นแนวทางที่ชัดเจน กระบวนการ Lean ช่วยลดความยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติงาน ด้านผลลัพธ์ พบว่า มีการปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษาโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 92 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงระหว่างส่งต่อกลับไปรักษาโรงพยาบาลชุมชน ระยะเวลาการรอคอยเกิน 30 นาที ร้อยละ 8.17 ความพึงพอใจของพยาบาลร้อยละ 96.0

⊕ **ข้อเสนอแนะ**

1. การพัฒนางานเพื่อให้เกิดระบบที่ดีจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพพร้อมกันระดมสมอง จนเกิดแนวทางการปฏิบัติที่มาจากทุกคน
2. พบผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่รอดพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชน สูงสุด 5 วัน เพื่อให้เกิดการพัฒนา ควรศึกษาเพิ่มเติมเรื่องความคุ้มค่าคุ้มทุน Unit cost หากผู้ป่วยไม่ได้กลับภายในเวร เพื่อพัฒนาการส่งผู้ป่วยกลับไปโรงพยาบาลชุมชน โดยรถพยาบาลของโรงพยาบาลมหาสารคาม



การพัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยส่งกลับ ผ่านใบส่งต่อด้านการพยาบาล (ใบ Refer's Nurse)

ดร.มณฑนา ศิลปพันธ์ุ์

โรงพยาบาลมหาสารนครราชสีมา



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นทาง แพทย์เจ้าของไข้จะส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย เช่น ข้อมูลส่วนตัว การเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ การวินิจฉัยโรคขั้นต้น การรักษาที่ให้แล้ว และแผนการรักษาต่อเนื่องไปให้โรงพยาบาลปลายทางรับทราบล่วงหน้า เพื่อประเมินศักยภาพและความพร้อมในการรับกลับไปรักษาต่อเนื่อง แต่ไม่รวมถึงอาการผู้ป่วยก่อนส่งกลับ ภาวะที่ต้องเฝ้าระวัง ทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ รวมถึงความต้องการทางด้านการพยาบาลของผู้ป่วยขณะส่งและรับกลับไปแล้ว ข้อมูลเหล่านั้นจึงไม่พอเพียงต่อการประเมินความสามารถในการดูแลต่อเนื่อง การประเมินความเสี่ยงหรือการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในการรับไปรักษาต่อได้ นอกจากนี้ยังไม่มีช่องทางการสื่อสารเพื่อสะท้อนปัญหาที่พบจากการส่งผู้ป่วยได้ ปัญหาที่ตามมา คือ ใช้เวลาในการประสานงานส่งกลับเป็นระยะเวลานาน โรงพยาบาลปลายทางปฏิเสธการรับกลับหรือไม่สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่องต้องส่งผู้ป่วยกลับมาก่อนวันนัดหรือผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตในระหว่างส่งต่อ เป็นต้น ดังนั้นศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาสารฯ จึงพัฒนาแนวทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับไปรักษาต่อ ผ่านใบส่งต่อทางด้านการพยาบาล (ใบ Refer's Nurse)



วัตถุประสงค์

เพื่อบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งกลับได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน เพียงพอต่อการประเมินความเสี่ยง และภาวะเฝ้าระวังของผู้ป่วย การเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ ความต้องการทางด้านการพยาบาลของผู้ป่วยขณะและหลังรับกลับ และโรงพยาบาลที่รับกลับสามารถประเมินการให้การดูแลต่อเนื่องได้ ลดอัตราการปฏิเสธการรับกลับ ผู้ป่วยได้ส่งกลับอย่างปลอดภัยและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อสะท้อนปัญหาที่พบจากการส่งกลับ รวมถึงเพิ่มความพึงพอใจให้กับโรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยกลับ



วิธีการดำเนินงาน

โดยการรวบรวมข้อมูลที่สำคัญใช้ในการส่งกลับร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสอบถามความต้องการข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งกลับจากโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตพื้นที่สุขภาพมาจัดทำใบส่งต่อทางด้านการพยาบาล (ใบ Refer's Nurse) ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวผู้ป่วย สถานพยาบาลที่ส่งกลับ สิทธิการรักษา การวินิจฉัยโรค การรักษา/การผ่าตัด อาการก่อนส่งกลับ Vital sing ระดับการจำแนกประเภทผู้ป่วย วัตถุประสงค์การส่งกลับ การให้ยา Antibiotic หรือ High Alert Drug ล่าสุด การติดเชื้อมาและตำแหน่งที่พบเชื้อ ความต้องการการดูแลและภาวะที่ควรเฝ้าระวัง และทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ขณะส่งกลับ ความต้องการด้านการพยาบาลและการดูแลรักษาต่อเนื่อง วันนัดพบแพทย์ การแจ้งผู้ป่วย/ญาติรับทราบการส่งกลับ ผู้ประสานงานและวันเวลาที่ประสานงาน นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินคุณภาพการส่งกลับ เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางสื่อสารกลับมาให้รับทราบปัญหาและปรับปรุงคุณภาพส่งกลับ ประกอบไปด้วย ความถูกต้อง ครบถ้วน ความเข้าใจข้อมูลตามที่แจ้ง ความสามารถในการให้การดูแลต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะในการส่งผู้ป่วยกลับ

ผลการดำเนินงาน

ในปี 2563 พบว่า นำแบบบันทึกฯ ไปใช้กับผู้ป่วยส่งกลับร้อยละ 100 มีอัตราความสมบูรณ์ของแบบบันทึกมากกว่าร้อยละ 90 อัตราการปฏิเสธรับกลับลดลงร้อยละ 10 โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยกลับสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่อเนื่อง ร้อยละ 90 มีการเตรียมทรัพยากรที่ใช้กับผู้ป่วยพร้อม ร้อยละ 100 สามารถเตรียมการรองรับและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาก ร้อยละ 100 ลดระยะเวลาในการประสานงานเพื่อการรับ - ส่งต่อ ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกลับ เฉลี่ย 20 นาที เหลือเฉลี่ย 5 นาที บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลปลายทางที่รับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อมีความพึงพอใจในข้อมูลตามแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาต่อเนื่อง (ใบ Refer's Nurse) ในระดับดีมาก ร้อยละ 100 และจากข้อเสนอแนะที่พบจากการประเมินความพึงพอใจ พบว่า แพทย์ในสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่อง ต้องการให้ส่งแบบบันทึกฯ ไปกับผู้ป่วยทุกรายที่ส่งกลับ ทั้งนี้เนื่องจากทำให้มีความเข้าใจในสถานะผู้ป่วยล่าสุด สามารถประเมินและให้การรักษาผู้ป่วยต่อเนื่องได้จากโรงพยาบาลมาราชนครราชสีมาได้เป็นอย่างดี



พัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย

นางสายฝน สระทองพูน
โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง



⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

จากนโยบายการลดความแออัด ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ยุทธศาสตร์หลัก คือ 1) ลดการเจ็บป่วยของประชาชน 2) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ 3) พัฒนาศักยภาพสถานบริการ โดยยุทธศาสตร์ที่ 3 เน้นเรื่องการพัฒนารูปแบบเครือข่าย การรักษาเฉพาะด้านตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ระบบให้คำปรึกษา และส่งผู้ป่วยที่พ้นภาวะวิกฤตกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลต้นทาง พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลชุมชน (Intermediate Care) และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2561) จึงทำให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ต้องมีแผนพัฒนาคุณภาพด้านการส่งกลับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายมากยิ่งขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

โรงพยาบาลลำปางมีนโยบายร่วมกับสาธารณสุขจังหวัดคือ One Province One Hospital จึงมีแผนพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย ทั้งก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ หลังส่งต่อ จนกระทั่งรับผู้ป่วยรับกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาใกล้บ้านใกล้ใจ มีการพัฒนาการส่งกลับผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลทั้งใน และนอกจังหวัด เครือข่ายเขตสุขภาพล้านนา 2 เพื่อให้มีการบริหารจัดการเตียงในโรงพยาบาลลำปางมีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยซับซ้อน จากความร่วมมือของทีมแพทย์ผู้รักษาของแต่ละ Service Plan ร่วมกับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย โดยเฉพาะแผนกที่มีภาวะผู้ป่วยล้นในลำดับต้น ได้แก่ แผนกอายุรกรรม ศัลยกรรม และออโรโธปิดิกส์ จากข้อมูลการส่งกลับผู้ป่วย 3 ปีย้อนหลัง คือ ปี 2561 ถึง 2563 พบว่ามี 2,092 2,313 และ 1,961 ราย ตามลำดับ โดยเฉลี่ย 7-10 ราย ต่อวัน จากการดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาการส่งกลับผู้ป่วยแบ่งเป็น 5 ประเด็นที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่ปฏิบัติ ได้แก่ 1) การรักษา 2) การพยาบาล 3) ส่งต่อข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ 4) วิธีการนำส่ง และ 5) การปฏิบัติตามแนวทาง ทั้งนี้ศูนย์ส่งต่อมีบทบาทสำคัญในการประสานงานและติดตามการทำงาน เพื่อให้เป็นไปตามที่คาดหวังของการพัฒนา ตั้งแต่การจัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง การจัดทำแนวทางการประสานงาน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยส่งกลับ และติดตามผลการส่งกลับผู้ป่วยให้มีคุณภาพและปลอดภัย

การส่งกลับผู้ป่วยที่มีคุณภาพ จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งแพทย์และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง พยาบาลศูนย์ส่งต่อ แพทย์ และพยาบาลโรงพยาบาลเครือข่ายที่ต้องรับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง ศูนย์ส่งต่อจึงได้มีการพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยให้มีคุณภาพ ผู้ป่วยมีความปลอดภัย โดยครอบคลุมกระบวนการส่งกลับ ตั้งแต่ก่อนส่งกลับ ระหว่างส่งกลับ และหลังส่งกลับ

⊕ วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน การพัฒนางานคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI)

- วิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังเรื่องการส่งกลับของผู้ป่วย (Refer back) จากข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ได้จากการเก็บข้อมูลของพยาบาลประจำศูนย์ส่งต่อปี 2561 พบผู้ป่วยส่งกลับ Readmit ภายใน 72 ชั่วโมง 55 ราย และปัญหาคุณภาพในการดูแลมีดังนี้ 1) การรักษา 5 ครั้ง 2) การพยาบาล 46 ครั้ง 3) การส่งต่อข้อมูล ยา และเวชภัณฑ์ 86 ครั้ง 4) วิธีการนำส่ง 10 ครั้ง และ 5) การปฏิบัติตามแนวทาง 19 ครั้ง
- นำเสนอข้อมูลในที่ประชุมคณะกรรมการพัฒนาส่งต่อระดับจังหวัด และที่ประชุมพยาบาลบริหาร

3. นัดประชุมทีมผู้เกี่ยวข้องเพื่อวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการพัฒนา รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัด พบสาเหตุหลักเกิดจาก 1) การรับรู้และความเข้าใจในการส่งกลับผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ 2) แนวทางการส่งกลับไม่ชัดเจน 3) ความพร้อมของรพพยาบาลและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ ข้อเสนอเพื่อพัฒนามีดังนี้ 1) เสนอรูปแบบการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อให้ครอบคลุมประเด็นสำคัญของการส่งต่อข้อมูล โดยทีมพัฒนาประกอบด้วย แพทย์ผู้รักษาพยาบาลประจำหอผู้ป่วย นักวิชาการคอมพิวเตอร์ และพยาบาลศูนย์ส่งต่อได้มีการพัฒนาโปรแกรมการส่งกลับ Thai Refer ตามหลัก DMETHOD เพื่อให้โรงพยาบาลปลายทางสามารถรับข้อมูลได้อย่างครบถ้วน 2) จัดทำแนวปฏิบัติการส่งกลับผู้ป่วย 3) เผยแพร่แนวปฏิบัติการส่งกลับผ่านที่ประชุมองค์กรแพทย์ และที่ประชุมพยาบาลบริหาร

4. จัดอบรม ทำความเข้าใจในแนวปฏิบัติการส่งกลับผู้ป่วยให้กับพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์ส่งต่อ และสอบสมรรถนะพยาบาล

5. ศูนย์ส่งต่อติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ คือ พยาบาลศูนย์ส่งต่อในแต่ละเวรติดตามการปฏิบัติตามแนวทางของผู้เกี่ยวข้อง จากการติดตามยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงตั้งแต่ก่อนส่งกลับ ระหว่างการส่งกลับและหลังส่งกลับ ส่งกลับผิดโรงพยาบาล การเตรียมยา อุปกรณ์ในการส่งกลับไม่เหมาะสม การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ในปี 2562 ระหว่างการดำเนินการ พบมีผู้ป่วย Readmit ภายใน 72 ชั่วโมง 65 ราย และปัญหาคุณภาพในการดูแล มีดังนี้ 1) การรักษา 7 ครั้ง 2) การพยาบาล 23 ครั้ง 3) การส่งต่อข้อมูล ยา และเวชภัณฑ์ 41 ครั้ง 4) วิธีการนำส่ง 11 ครั้ง และ 5) การปฏิบัติตามแนวทาง 9 ครั้ง

6. จัดประชุมผู้เกี่ยวข้อง เพื่อทบทวนสาเหตุและหาแนวทางแก้ไขปัญหานี้ โดยการจัดประชุมระหว่างศูนย์ส่งต่อและหอผู้ป่วยที่ส่งผู้ป่วยกลับ ได้พัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งกลับออกมาในรูปแบบของ แบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งกลับ ครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมก่อนส่งกลับ โดยแบบประเมินนี้จะใช้การประเมินร่วมกันทั้ง 3 ส่วน คือ 1) พยาบาลประจำหอผู้ป่วยก่อนการเคลื่อนย้ายก่อนส่งกลับ 2) พยาบาลศูนย์ส่งต่อ รับผู้ป่วยจากพยาบาลหอผู้ป่วย และ 3) พยาบาลโรงพยาบาลเครือข่ายประเมินร่วมกับพยาบาลศูนย์ส่งต่อก่อนขึ้นรถ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยมีความปลอดภัย ยา เวชภัณฑ์ รวมทั้งข้อมูลและการประสานงานครบถ้วน โดยใช้ MEWs score เป็นเครื่องมือในการประเมิน และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามหลัก DMETHOD

7. ศูนย์ส่งต่อติดตามผลการดำเนินงาน โดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ คือ พยาบาลศูนย์ส่งต่อในแต่ละเวรติดตามการปฏิบัติตามแนวทางของผู้เกี่ยวข้อง จากการติดตามยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทรุดลงตั้งแต่ก่อนส่งกลับ ระหว่างการส่งกลับและหลังส่งกลับ ส่งกลับผิดโรงพยาบาล การเตรียมยา อุปกรณ์ในการส่งกลับไม่เหมาะสม การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ ในปี 2563 ระหว่างการดำเนินการพบมีผู้ป่วย Readmit ภายใน 72 ชั่วโมง 47 ราย และปัญหาคุณภาพในการดูแลมีดังนี้ 1) การรักษา 3 ครั้ง 2) การพยาบาล 7 ครั้ง 3) การส่งต่อข้อมูล ยาและเวชภัณฑ์ 14 ครั้ง 4) วิธีการนำส่ง 3 ครั้ง และ 5) การปฏิบัติตามแนวทาง 1 ครั้ง

ผลการศึกษา

จากการพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยพบอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์มีแนวโน้มอุบัติการณ์ความเสี่ยงลดลงในทุกด้าน เมื่อเทียบระหว่างปี 2563 กับปี 2561 พบมีผู้ป่วย Readmit ภายใน 72 ชั่วโมง ลดลงร้อยละ 14.55 และปัญหาคุณภาพในการดูแลลดลง ดังนี้ 1) การรักษาลดลงร้อยละ 40 2) การพยาบาลลดลงร้อยละ 84.79 3) การส่งต่อข้อมูล ยา และเวชภัณฑ์ ลดลงร้อยละ 83.73 4) วิธีการนำส่งลดลงร้อยละ 85 และ 5) การปฏิบัติตามแนวทางลดลงร้อยละ 94.74 จากการสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายการส่งกลับของแพทย์และพยาบาลในระดับดี และดีมากร้อยละ 94.59 และความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในระดับดีและดีมาก ร้อยละ 89.79

+ อภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยและบุคลากร เกิดจากการมีส่วนร่วมของทีมผู้เกี่ยวข้อง ทำให้มีข้อเสนอแนะทางในการพัฒนาการส่งกลับผู้ป่วยให้มีคุณภาพและปลอดภัย มีการพัฒนาต่อยอดโปรแกรม Thai Refer การส่งกลับผู้ป่วยให้ครบถ้วน ครอบคลุมโดยใช้หลัก DMETHOD ทำให้โรงพยาบาลปลายทางสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ ลดข้อผิดพลาดในการดูแล และจากการพัฒนาแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งกลับ 3 ระยะ มีการกำหนดเงื่อนไข และ criteria ที่ชัดเจนโดยใช้ MEWs score มาช่วยทำให้ลดอุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลง ระหว่างส่งกลับ และลดอุบัติการณ์การ Readmit ภายใน 72 ชั่วโมง ได้ จากการที่ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา และผลลัพธ์ที่ดีที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรมีความพึงพอใจต่อการพัฒนาแนวปฏิบัติ

+ สรุปข้อมูลและข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินงานตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง เดือน 30 กันยายน 2563 ใช้ระยะเวลาการดำเนินงานประมาณ 2 ปี จากการพัฒนาแนวทางการส่งกลับผู้ป่วยให้มีคุณภาพและปลอดภัย มีผลลัพธ์ทั้งด้านผู้ป่วยและบุคลากรเป็นที่น่าพึงพอใจ การพัฒนางานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและไม่หยุดนิ่ง โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดเป้าหมาย และหาแนวทางร่วมกันพัฒนางาน ทำให้ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพที่ยั่งยืน ถึงแม้จะมีผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านผู้ป่วยและบุคลากร ก็ยังพบปัญหาในการดำเนินการด้านการทำงานของทีมผู้เกี่ยวข้อง ที่มีการรับรู้ไม่ทั่วถึง และไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ดังนั้นพยาบาลศูนย์ส่งต่อจึงต้องมีความรู้และเข้าใจในแนวทางที่ถูกต้องชัดเจน มีความอดทน และมีทักษะการสื่อสารที่ดีในการทำหน้าที่สื่อสารประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทุกหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความท้าทายในการบริหารจัดการการส่งกลับในด้านระยะเวลาที่ยังล่าช้า เนื่องจากไม่มีรถพยาบาลจากโรงพยาบาลเครือข่ายส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลลำปาง แผนพัฒนาในอนาคต ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลลำปางจะยังคงดำเนินการติดตามผลและพัฒนาคุณภาพร่วมกับทีมเพื่อเสนอแนวคิดการจัดศูนย์บริการ Referral logistic ของจังหวัด เพื่อให้สามารถส่งผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลเครือข่ายหลังจากได้รับการรักษาจนพ้นภาวะวิกฤต เพื่อลดความแออัด เพิ่มศักยภาพในการรองรับผู้ป่วยวิกฤตรายใหม่ของโรงพยาบาลลำปาง ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์อุบัติการณ์ความเสี่ยง และพัฒนาตัวชี้วัดเชิงคุณภาพให้เป็นอัตราหรือร้อยละของอุบัติการณ์ความเสี่ยงแต่ละด้าน



การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer back จากโรงพยาบาลศูนย์ ในเขตสุขภาพที่ 3

นางสมศรี เขียวอ่อน และนางสาวยุพดี ทองสวน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ระบบส่งต่อเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จากแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้คำนิยามระบบการรับส่งต่อ (Referral System) ประกอบด้วย การรับการส่งต่อ (Refer in) การส่งต่อ (Refer out) การส่งกลับ (Refer back) การรับกลับ (Refer receive) และการขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation) เป็นระบบการรับส่งต่อเพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพ

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เป็นศูนย์รับและส่งต่อผู้ป่วยของเขตสุขภาพที่ 3 จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาศูนย์รับส่งต่อรับผู้ป่วยมารับการรักษาที่เป็นผู้ป่วยใน (IPD) ที่มาโดยการรับส่งตัว (Refer In) มาจากโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ปี 2563 เฉลี่ยเดือนละ 3,700 ราย และมีการส่งกลับ (Refer back) เฉลี่ยเดือนละ 294 ราย หลังจากที่แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยและรักษาแล้ว มีความเห็นที่ต้องการจะส่งผู้ป่วยกลับไปรับการรักษาต่อยังโรงพยาบาลต้นสัทธิหรือโรงพยาบาลที่ส่งต่อมารับการรักษา จะบันทึกข้อมูลการรักษาที่ให้ไปและข้อมูลที่ต้องการส่งกลับไปให้ที่โรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไปรักษาต่อไปโปรแกรม 3 Refer ที่โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ใช้ทุกโรงพยาบาล หลังจากนั้นพยาบาลจะประสานมาที่ศูนย์รับส่งต่อ ศูนย์รับส่งต่อจะประสานไปยังโรงพยาบาลที่ต้องการส่งกลับ แล้วโรงพยาบาลที่ส่งกลับมาติดต่อรับผู้ป่วยกลับ ซึ่งพบปัญหาการบันทึกข้อมูลไม่ครบ โรงพยาบาลที่มารับกลับ รักลับล่าช้าเกินเวลาที่กำหนดตามข้อตกลง เกิดการแออัดในหอผู้ป่วย มีเตียงไม่เพียงพอจะรองรับผู้ป่วยรายใหม่ที่จะส่งตัวมา พยาบาลหรือพนักงานขับรถที่มารับไม่ทราบตึกที่จะไปรับผู้ป่วย และอีกปัญหา คือ หอผู้ป่วยจะเร่งโรงพยาบาลที่จะมารับกลับให้มารับผู้ป่วยกลับ เพื่อใช้เตียงให้กับผู้ป่วยรายใหม่ จากปัญหาดังกล่าว ศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์จึงพัฒนาระบบการส่งกลับ (Refer back) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลส่งกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลตามสิทธิหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน ลดความแออัดในโรงพยาบาล



วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อพัฒนาระบบ Refer back จากโรงพยาบาลศูนย์ ของเขตสุขภาพที่ 3
2. เพื่อศึกษาระยะเวลาการมารับกลับผู้ป่วย Refer back จากโรงพยาบาลศูนย์ โดยจำแนกตามโรงพยาบาลที่ส่งกลับและหอผู้ป่วยที่ส่งกลับ



วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย Refer back ของศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ประชากรเป็นผู้รับบริการที่ได้รับการประสานการส่งกลับ (Refer back) โดยการขอรถพยาบาลที่ส่งตัวมารับตัวกลับไปรักษาต่อหรือโรงพยาบาลตามสิทธิ ในช่วงเดือนตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 จำนวน 3,528 คน เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างทุกราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย โปรแกรมระบบ 3 Refer เก็บข้อมูลโดยใช้ระบบแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ



ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. ทำการวิเคราะห์และรวบรวมปัญหาระบบการส่งต่อจากกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ดูแลระบบ ฝ่ายไอที แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำหน่วยประสานงานรับส่งต่อผู้ป่วย พยาบาลหรือพนักงานขับรถที่มาติดต่อรับผู้ป่วยกลับ

2. พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ประกอบด้วย 1) กระบวนการบันทึกข้อมูลการส่งกลับผ่านโปรแกรม 3 Refer 2) กระบวนการประสานข้อมูลการส่งกลับและตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล 3) กระบวนการประสานงานผ่านระบบออนไลน์กับโรงพยาบาลที่รับกลับ 4) กระบวนการประสานการรับผู้ป่วยกลับ

3. พัฒนาโปรแกรมระบบ 3 Refer เพื่อใช้จัดการระบบข้อมูลสารสนเทศในการส่งต่อและจัดทำคู่มือในการใช้งานพัฒนาให้มีการเชื่อมโยงไปถึงหอผู้ป่วยได้รับทราบสถานการณ์ประสานการส่งกลับ และการพัฒนาโปรแกรมให้สามารถดูจำนวนเตียงที่ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆ ได้ เพื่อใช้ในการประเมินการประสานการส่งกลับ

4. ดำเนินการจัดประชุมชี้แจงการใช้ระบบ Refer back และขั้นตอนการดำเนินงานให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องรับทราบในภาพเขตสุขภาพ

5. ทดลองการใช้ระบบ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค และดำเนินการแก้ไข

6. ดำเนินการกำกับติดตามการใช้ระบบ และให้คำปรึกษาในการใช้ระบบ

7. ติดตามประเมินผลการใช้ระบบ Refer back และวิเคราะห์ข้อมูลการใช้ระบบ Refer back



ผลการศึกษา

1. รูปแบบที่ใช้ในการประสานการส่งกลับ

1.1 การส่งต่อผู้ป่วย Refer back ผ่านโปรแกรม 3 Refer ทั้งการส่งข้อมูลกลับ และการมารับผู้ป่วยกลับ

1.2 การแสดงจำนวนการ Admit ของแต่ละหอผู้ป่วย แต่ละโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3

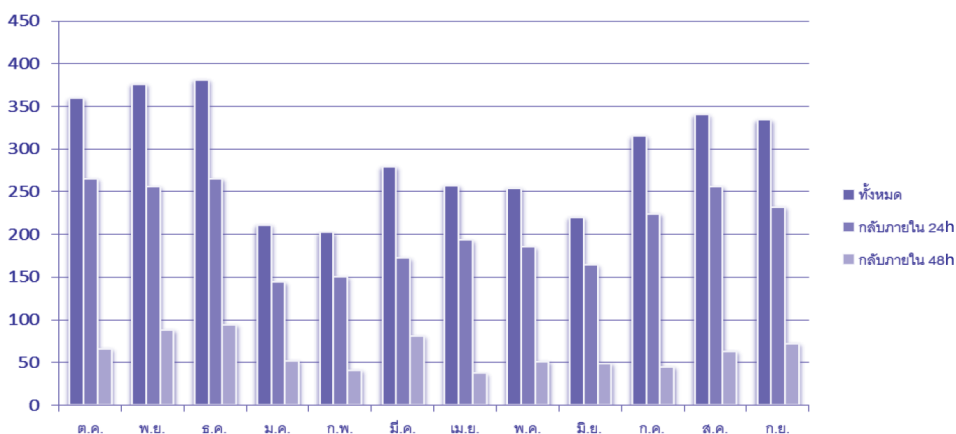
1.3 การแสดงสถานการณ์ส่งกลับ ผ่านจอทีวีในหอผู้ป่วยอายุรกรรม

1.4 การมอบใบนำทางรับตัวผู้ป่วยกลับศูนย์รับส่งต่อ

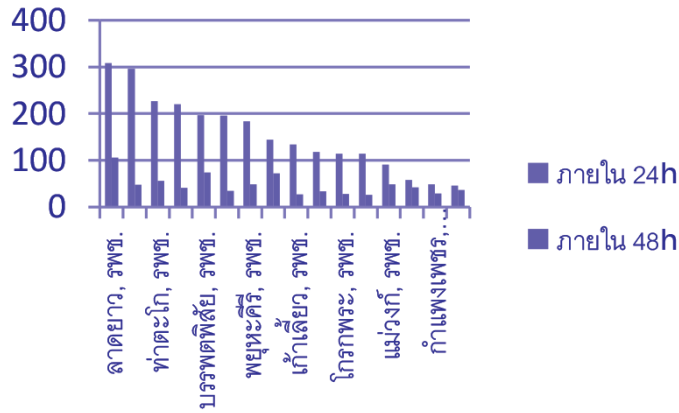
1.5 การส่งข้อมูลการรักษากลับ (Auto Refer back)

2. ผลของการส่งผู้ป่วยกลับ (Refer back) ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลต่างๆ ในเขตสุขภาพที่ 3

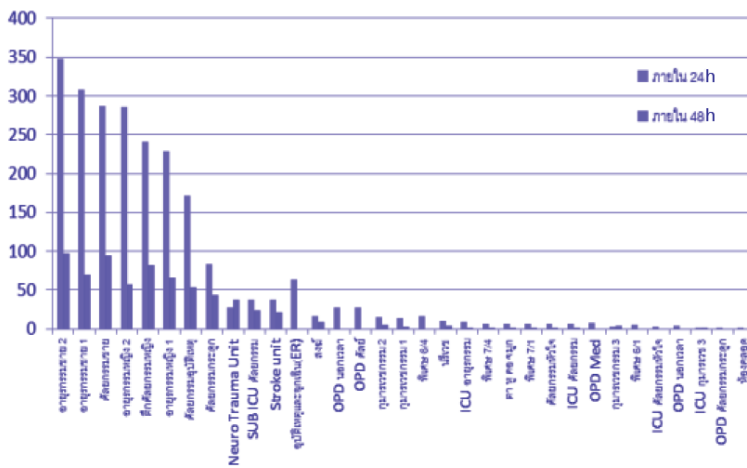
จำนวนการประสานกลับ (Refer back) ปี 2563



จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับแยกตามโรงพยาบาล



จำนวนผู้ป่วยที่ส่งกลับแยกตามหอผู้ป่วย



⊕ **อภิปรายผล**

การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer back ของศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ที่ใช้ระบบการส่งต่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยใน ผู้ป่วยได้รับการรับกลับภายใน 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 74.98 ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากพยาบาลที่มารับ มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากพยาบาลที่หอผู้ป่วยกับพยาบาลโรงพยาบาลที่จะไปดูแลต่อ หอผู้ป่วยมีเตียงไว้รับผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้น พยาบาลที่มารับเกิดความประทับใจ ได้รับใบนำทางไปรับผู้ป่วยไม่ผิดพลาด ถูกตีก หอผู้ป่วยทราบสถานการณ์ส่งผู้ป่วยกลับ เกิดความพึงพอใจทุกฝ่าย เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่ปลอดภัยและต่อเนื่อง

⊕ **สรุปและข้อเสนอแนะ**

การพัฒนาแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Refer back ของศูนย์รับส่งต่อโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ช่วยพัฒนาระบบเครือข่ายการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล โรงพยาบาลที่รับผู้ป่วยไปดูแลต่อทราบข้อมูลผู้ป่วย แต่ยังมีโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 ยังไม่ได้ใช้ระบบนี้ ควรมีการนำเสนอให้โรงพยาบาลภายในเขตสุขภาพได้ใช้ เพื่อให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยให้มากที่สุด



การพัฒนาารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างปลอดภัย โรงพยาบาลขอนแก่น

นางสาววัชรรา ศรีหาราช, นางวิลาวรรณ ตาลทรัพย์, นางสาวอรอนงค์ สรรพสมบัติ และนางธัญรัศม์ ปิยวัชรเวลา โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การบริหารจัดการในระบบการส่งต่อผู้ป่วยนั้น กระบวนการดูแลผู้ป่วยต้องมีความสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย มีระบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงและเข้ารับบริการสุขภาพตามความจำเป็น และเร่งด่วนของปัญหา มีการบริหารจัดการระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลในเครือข่ายอย่างเหมาะสม ปลอดภัย และไร้รอยต่อ มีการสื่อสารข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ มีการดูแลก่อนการส่งต่อ การดูแลระหว่างส่งต่อ และการเตรียมรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม จากสถิติผู้มารับบริการโรงพยาบาลขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2560 - 2562 มีผู้มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก จำนวน 826,001, 870,369 และ 799,325 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยที่รับไว้รักษา มีจำนวน 82,961, 83,820 และ 79,144 ตามลำดับ โดยเป็นผู้ป่วยรับและส่งต่อ จำนวน 79,432, 74,287 และ 72,128 ตามลำดับ อัตราการครองเตียง คิดเป็นร้อยละ 108.85, 110.81 และ 116.08 ตามลำดับ และจำนวนผู้ป่วยส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง มีจำนวน 10,628, 10,625 และ 8,878 ตามลำดับ (ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น, 2561) พบว่าผู้ป่วยมีความแออัด เตียงล้น เสริมเตียง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการด้านสุขภาพ ได้พัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลในเครือข่ายจังหวัดขอนแก่น เพื่อให้มีศักยภาพสามารถดูแลผู้ป่วยที่ส่งกลับไปดูแลต่อเนื่อง กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น มีแนวทางปฏิบัติในการประเมิน และการจำแนกประเภทผู้ป่วย เพื่อส่งกลับไปดูแลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัด จากการดำเนินงานพบว่า ผู้ป่วยเดินทางกลับโดยใช้รถพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 16 ใช้รถพยาบาลโรงพยาบาลต้นสังกัด คิดเป็นร้อยละ 31 และใช้รถส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 53 มีผู้ป่วยตกค้างในโรงพยาบาลขอนแก่นหลังแพทย์จำหน่ายให้ส่งกลับต้นสังกัด วันละประมาณ 15 - 20 ราย และพบว่าผู้ป่วยที่ส่งกลับไปรักษาพยาบาลต่อเนื่องนั้น มีอาการทรุดลงและถูกส่งกลับมาโรงพยาบาลขอนแก่น ภายใน 24 ชั่วโมง จำนวน 26 ราย (ศูนย์ส่งต่อ โรงพยาบาลขอนแก่น, 2562) ดังนั้นเพื่อการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตั้งแต่เข้ามารับบริการ จนถึงการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องอย่างปลอดภัย ได้มาตรฐาน และมีเครือข่ายการใช้ทรัพยากรร่วมกันให้เกิดความคุ้มค่า ศูนย์ส่งต่อจึงได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยส่งกลับไปดูแลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลใกล้เคียงอย่างปลอดภัย โดยใช้กระบวนการวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act)



วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคการบริหารจัดการผู้ป่วยส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัด
2. จัดรูปแบบการบริหารจัดการผู้ป่วยส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัด



วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

การศึกษาคั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้รูปแบบ PDCA แนวคิด Deming cycle ซึ่งได้ทำการสนทนากลุ่มและทบทวนเวชระเบียนใบส่งตัวผู้ป่วย ประชากรเจาะจงศึกษา ดังนี้ 1) แพทย์หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูก และกุมารเวชกรรม จำนวน 5 คน 2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอายุรกรรม ศัลยกรรม สูติกรรม ศัลยกรรมกระดูก และกุมารเวชกรรม จำนวน 5 คน และ 3) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบในการวางแผนจำหน่าย จำนวน 48 คน และเวชระเบียนผู้ป่วยที่ส่งกลับไปรักษาต่อเนื่อง จำนวน 48 เวชระเบียน ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563



ข้อมูล/สถิติที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) แนวทางการสนทนากลุ่ม 2) แบบประเมินการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่อง

⊕ การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างข้อสรุป และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ

⊕ ผลการศึกษา

จากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและอุปสรรคของกระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วย กระบวนการหลักที่สำคัญในการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลโดยการสนทนากลุ่ม พบว่าด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านคน ด้านการบริหารจัดการ ด้านเงิน ด้านวัสดุ อุปกรณ์ และด้านการประสานงาน โดยมีการวัดผลจากกระบวนการส่งต่อ 4 ด้าน ด้านกระบวนการ การรับแจ้งและการประสานงานนั้น แพทย์/พยาบาล/ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับการสื่อสารข้อมูลทางการแพทย์ในการส่งต่อผู้ป่วย ผลการประสานติดต่อโรงพยาบาลที่เหมาะสม พบว่าในหอผู้ป่วยมีผู้รับผิดชอบตลอด 24 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 100

การตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วย และเอกสารที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อ พบว่าความถูกต้อง ครบถ้วนของเอกสารที่ใช้ในการส่งต่อผู้ป่วยคิดเป็นร้อยละ 85 และความพร้อมของอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้กับผู้ป่วย และสถานพยาบาลที่รับผู้ป่วย ต้องมีความพร้อม และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยนั้นๆ คิดเป็นร้อยละ 92

กระบวนการประเมินผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องได้รับการประเมินอาการในการวางแผนการดูแลระหว่างส่งต่ออย่างเหมาะสมกับอาการ มาตรฐานเฉพาะโรค มีการใช้แบบประเมินก่อนการส่งต่อ พบว่าเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในระดับ E - I จากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางในการประเมินผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ คิดเป็นร้อยละ 5

กระบวนการรับส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสม ได้รับการดูแลเคลื่อนย้ายตามมาตรฐานปลอดภัย พบว่าอุบัติการณ์การเกิดเหตุไม่พึงประสงค์ระดับ E - I ขณะนำส่งผู้ป่วยร้อยละ 1.6

ด้านการบริหารจัดการ พบว่าคณะกรรมการพัฒนาระบบส่งต่อระดับจังหวัด มีนโยบาย 2 days plan ในการรับผู้ป่วยไปดูแลต่อเนื่อง กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อในโรงพยาบาลทุกแห่ง ร้อยละ 100 และมีแนวทางการประเมินผู้ป่วยร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลต้นทางและโรงพยาบาลปลายทางในสังกัด

⊕ อภิปรายผล

ผลลัพธ์ที่ได้จากการบริหารจัดการผู้ป่วยส่งกลับไปดูแลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัด ทำให้เกิดการปรับปรุงระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีปัญหาหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นระหว่างการประสานการส่งต่อโรงพยาบาลต้นสังกัด การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ และหลังส่งต่อ ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติในการส่งผู้ป่วยกลับไปเพื่อดูแลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัด ซึ่งมีการบริหารจัดการแก้ไขอย่างเป็นระบบมากขึ้น และป้องกันการเกิดซ้ำ มีระบบการให้คำปรึกษาแบบเรียลไทม์ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรานอม สงวนพันธุ์ (2562)

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

ผลลัพธ์ที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีการบริหารจัดการระบบการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเนื่อง ณ สถานพยาบาลต้นสังกัดอย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้มีแนวปฏิบัติในการส่งกลับไปผู้ป่วย 2 days plan ในระดับจังหวัด และมีแนวปฏิบัติการแลกเปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ระดับจังหวัด มีการจัดการระบบเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย เกิดความคุ้มค่า คุ้มค่า ลดค่าใช้จ่าย และลดความแออัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งการบริหารจัดการระบบส่งต่อผู้ป่วยจะไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับโรงพยาบาล ดังนั้นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คือ การสนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกแห่งมีศูนย์ส่งต่อและผู้รับผิดชอบในแต่ละภารกิจชัดเจน และสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ให้เพียงพอและพร้อมใช้ตามมาตรฐาน



การพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจกลับโรงพยาบาลชุมชน

นางฐิตารีย์ ธนสิริกาญจน์, นางพรรณมด หิรัญพรหม, นายพิชัย บุญมาศรี, นางสาวระพีพรรณ นัทะนา และนางสาวนิตา เคนทองดี โรงพยาบาลเลย จังหวัดเลย

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

ผู้ป่วยกลุ่มอาการ spinal injury และ respiratory failure ที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจระยะยาวมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้บางส่วนมีอาการคงที่สามารถดูแลที่โรงพยาบาลชุมชน หรือดูแลที่บ้านได้ แต่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อพองชีพ (Bird's ventilator, BiPAP) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวมีเฉพาะที่โรงพยาบาลเลยเท่านั้น ส่งผลให้มีเตียงไม่เพียงพอสำหรับผู้ป่วย ปัจจุบันผู้ป่วยและครอบครัวมีความต้องการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้านมากขึ้น แต่ระบบออกซิเจนของโรงพยาบาลชุมชนเป็นระบบถังเก็บออกซิเจน ไม่มีเครื่องช่วยหายใจ และเจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญในการดูแล จึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลใกล้บ้าน ได้รับโอกาสใกล้ชิดกับญาติพี่น้อง และลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง เพิ่มเตียงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็น และเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อพัฒนาารูปแบบการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชุมชน

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ในปี 2563

- ขั้นตอน
- 1) พัฒนาแนวทางการส่งต่อ
 - 2) พัฒนาทักษะเจ้าหน้าที่เครือข่าย
 - 3) พัฒนาช่องทางการสื่อสาร/ให้คำปรึกษา

ผู้ร่วมวิจัย ประกอบด้วย พยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลชุมชน 7 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการใช้เครื่องช่วยหายใจ 3 คน อายุรแพทย์ 1 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน COC โรงพยาบาลชุมชน 13 คน

เครื่องมือ 1) แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก สทนากลุ่ม และระดมสมอง สะท้อนคิดแบบกึ่งโครงสร้าง 2) แบบเก็บข้อมูลการส่งต่อ การวิเคราะห์ข้อมูล 1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) 2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ 3) การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบแบบสามเส้า

⊕ ผลการศึกษา

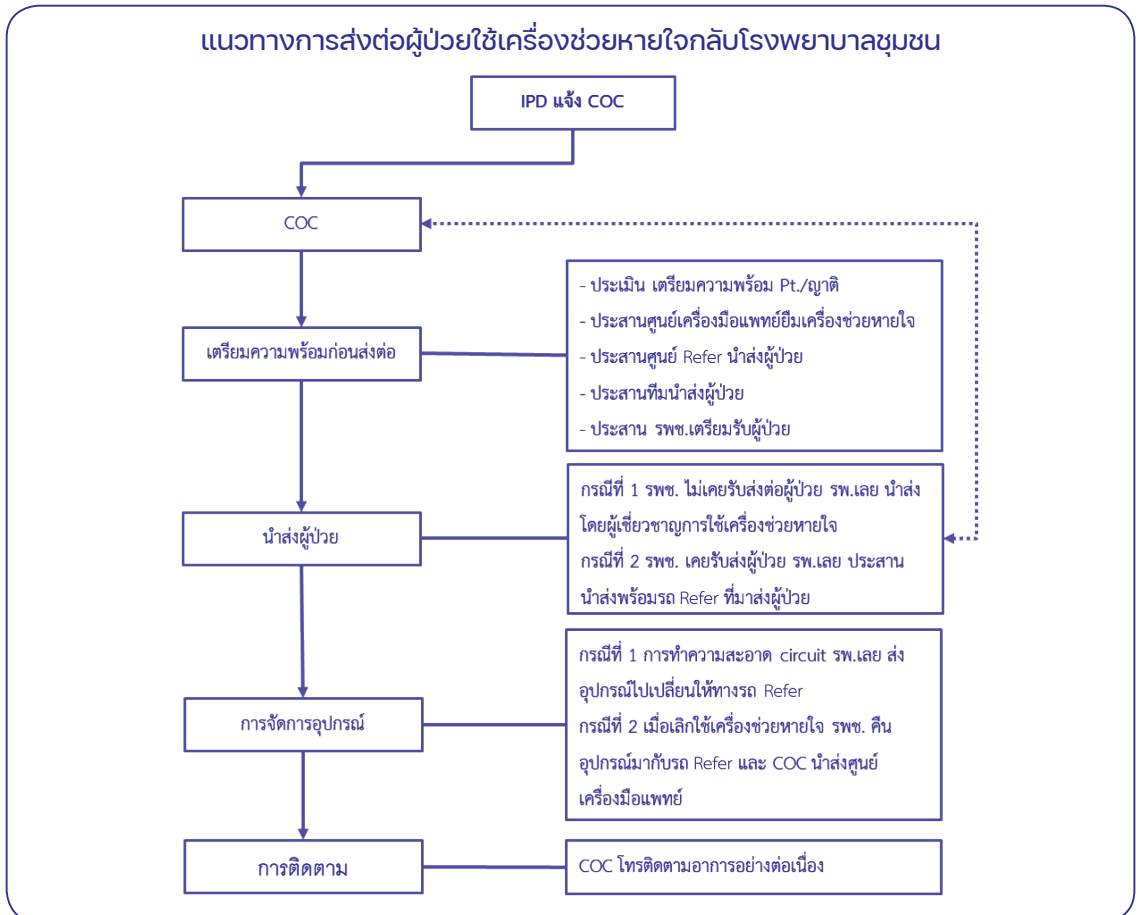
1. จังหวัดเลยมีรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจกลับโรงพยาบาลชุมชน ประกอบด้วย แนวทางการส่งต่อ Refer back with ventilator การสอนทีมงานทีมแพทย์และพยาบาล และแนวทางการบริหารเครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อ 13 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายและมีอาการทางเดินหายใจล้มเหลว มีการใช้เครื่องช่วยหายใจที่ โรงพยาบาลชุมชน 12 คน (ร้อยละ 92) อาการดีขึ้นถอดท่อช่วยหายใจ 1 คน (ร้อยละ 8)
3. เสียชีวิตอย่างสงบ 11 คน (ร้อยละ 93.7) (วันนอน 3 - 10 วัน) และผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านใช้ BiPAP 1 คน (ร้อยละ 8) เป็นผู้ป่วยกล้ำเนื้อที่เกี่ยวข้องกับกลไกการหายใจอ่อนแรง ไม่มีพยาธิสภาพที่ปอด
4. โรงพยาบาลชุมชนยินดีเข้าร่วมโครงการทั้ง 13 แห่ง มี 8 แห่ง (ร้อยละ 62) สามารถรับผู้ป่วยและดูแลต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายได้ (โรงพยาบาลที่เหลือยังไม่มีผู้ป่วยส่งกลับ)
5. ญาติมีความพึงพอใจระดับมาก “ไม่คิดว่าโรงพยาบาลจะมีบริการแบบนี้” “ญาติพี่น้องบางคนเป็นผู้สูงอายุ ยากมีโอกาสดูคุยกับผู้ป่วยก่อนตาย”

⊕ อภิปรายผล

ชนิดเครื่องช่วยหายใจที่ใช้เป็นเครื่องขนาดเล็ก ได้แก่ Bird's ventilator เนื่องจากเหมาะกับการเคลื่อนย้าย ไม่ใช้ไฟฟ้า รองรับระบบออกซิเจนแบบถังของโรงพยาบาลชุมชน และ BiPAP สำหรับใช้ที่บ้าน รูปแบบการส่งต่อ ประกอบด้วย 1) **ปัจจัยนำเข้า** : ความแออัดของผู้ป่วย ความต้องการของญาติเครือข่ายสุขภาพจังหวัดเลย ศูนย์เครื่องมือแพทย์ นโยบายดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน และ งบประมาณวางแผนจัดซื้อเครื่อง BiPAP 2) **กระบวนการ** : การวางแผนจำหน่าย โดยสหวิชาชีพ พัฒนาแนวทางการส่งต่อโดยการมีส่วนร่วม การสอนพนักงาน (on the job training) เปิดช่องทางให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (VDO Call โทร line) และการบริหารเครื่องช่วยหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณ ชัยกุล และคณะ ความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน คือ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและสหวิชาชีพ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย การประสานงานและการทำงานร่วมกับเครือข่าย และ 3) **ผลลัพธ์** : ไม่เกิดอุบัติการณ์เสียชีวิตขณะนำส่ง ทุกคนได้รับการดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องช่วยหายใจที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจในระดับสูงมาก ร้อยละ 100 สอดคล้องกับการศึกษาของมานี ชัยวีระเดช และคณะ การใช้เครื่องช่วยหายใจทำให้ผู้ป่วยถูกจำกัดคือสภาพ อยู่ท่ามกลางคนแปลกหน้า ญาติมีข้อจำกัดในการดูแลอย่างใกล้ชิด การส่งผู้ไปดูแลใกล้บ้านตามความปรารถนาของผู้ป่วยและญาติช่วยให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูง

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายให้สามารถดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจได้ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติ และเพิ่มเติมเตียงสำหรับผู้ป่วยที่จำเป็นในโรงพยาบาลจังหวัด ควรมีการพัฒนาต่อไป และพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน เพิ่มการพัฒนาความพร้อมด้านกายภาพ/วัสดุอุปกรณ์





การพัฒนาปรับปรุงระบบส่งกลับผู้ป่วย (Refer back)

อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

นางน้ำฝน ศรีขาวรส และนางสาวศิริกัญญา ชมทิพย์
โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การแก้ไขปัญหาความแออัดซึ่งเป็นปัญหาที่เรื้อรังมานาน กระทรวงสาธารณสุข ได้เร่งพัฒนานวัตกรรมมาใช้ โดยพัฒนาเขตสุขภาพ ทำหน้าที่บริหารจัดการ และมีการจัดบริการเป็นเครือข่าย กำหนดบทบาทของโรงพยาบาลแต่ละระดับ โดยการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เน้นการรักษาโรคที่ซับซ้อน พัฒนาโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย เป็นด่านหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วย พัฒนาระบบการส่งกลับและการดูแลผู้ป่วยพื้นภาวะวิกฤต (Intermediate Care) ของโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดเล็ก และพัฒนาการรักษาเฉพาะทางตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) และบริบทพื้นที่ และช่วยกันพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โดยเฉพาะรอบเมือง ส่วนโรงพยาบาลชุมชนขนาดกลางและขนาดใหญ่ ใช้นวัตกรรมลดความแออัด สำหรับทิศทางใหม่ของการพัฒนาระบบสุขภาพ จะเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอย่างถูกต้อง การพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิที่เชื่อมโยงบริการจากครัวเรือนจนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญ นำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ อินเทอร์เน็ตมาใช้ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการใกล้บ้าน มีหมอประจำตัว มีประวัติการรักษาต่อเนื่อง หากมีปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงขึ้นแบบไร้รอยต่อ และส่งกลับมาดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน เมื่อพ้นภาวะวิกฤต จัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สามารถลดความแออัดการรับบริการในโรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งโรคที่พบบ่อยในการส่งกลับคือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยโรงพยาบาลโนนดินแดง พบว่าในปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อจำนวน 34 ราย รับกลับจำนวน 10 ราย ในปี 2563 ส่งต่อจำนวน 39 ราย รับกลับจำนวน 15 ราย และในปี 2564 ส่งต่อจำนวน 30 ราย รับกลับจำนวน 20 ราย ซึ่งมีแนวโน้มในการรับกลับเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้โรงพยาบาลโนนดินแดง จึงได้มีการพัฒนาปรับปรุงระบบส่งกลับผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความพึงพอใจและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนส่งกลับและการดูแลขณะส่งกลับอย่างปลอดภัยมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อพัฒนาปรับปรุงระบบการส่งกลับผู้ป่วย และศึกษาระดับความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ในกระบวนการส่งต่อและรับกลับผู้ป่วย
3. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติ

⊕ วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา (Action Research) โดยมุ่งเน้นการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการส่งกลับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลศูนย์มารับรักษาต่อโรงพยาบาลโนนดินแดง
2. ประชากรและประชากรกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับกลับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลแม่ข่ายมายังโรงพยาบาลโนนดินแดง อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์
 - 2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวนคนไข้โรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดที่รับกลับจากโรงพยาบาลนางรองและโรงพยาบาลบุรีรัมย์ โดยใช้โปรแกรม R9 Refer ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและสมัครใจในการเข้าร่วมการศึกษา มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 20 คน

3. ขอบเขตของเนื้อหาเป็นการพัฒนารูปแบบการรับกลับผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลโนนดินแดง โดยจัดกระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ ของผู้ป่วยที่รับกลับจากโรงพยาบาลนางรองและบุรีรัมย์ กรณีศึกษาโดยใช้เครื่องมือ จำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 1 ชุด 2) แบบบันทึกการสังเกตพฤติกรรมกรณีศึกษาที่มีส่วนร่วมของผู้ป่วย 3) แบบบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในการร่วมกิจกรรมต่างๆ 4) แบบรายงาน R9 Refer โรงพยาบาลโนนดินแดง
4. ระยะเวลาในการศึกษา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 – มีนาคม 2564

⊕ ผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 60 ปี โรคประจำตัว ความดัน เบาหวาน โรคหัวใจ การมาตามนัดรับยาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ขาดยา ร้อยละ 60 มีความรู้มีส่วนร่วม และความพึงพอใจในการรับกลับผู้ป่วยร้อยละ 98 โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ 7 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) กระตุ้นการเรียนรู้ 3) เสริมความรู้ทางวิชาการ 4) วางแผนงานที่จะทำ 5) ศึกษาความรู้งานที่จะทำ 6) ลงมือปฏิบัติร่วมกัน และ 7) สรุป สะท้อนผลงาน โดยได้จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน การประเมินที่เปิดเผย คณะกรรมการฯ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนร่วมกันรับประเมิน ฟังสรุปผลการประเมิน และอภิปรายผล ถอดบทเรียนร่วมกัน

เดือน/ผู้ป่วย	ต.ค. 63	พ.ย. 63	ธ.ค. 63	ม.ค. 64	ก.พ. 64	มี.ค. 64
ยอดผู้ป่วย Stroke ที่ส่งต่อ	9	4	5	8	8	1
ยอดผู้ป่วย Stroke ที่รับกลับ โรงพยาบาลโนนดินแดง	5	2	3	5	4	1
มีความพึงพอใจ	90	96	96	97	98	100

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนารูปแบบการส่งกลับผู้ป่วย อำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แนวคิดการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบร่วมมือร่วมใจ (Cooperative Learning) สามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้ผู้ป่วยอื่น และนำไปพัฒนาการดำเนินงานระบบส่งกลับผู้ป่วย ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาลดความแออัดจากโรงพยาบาลศูนย์

⊕ ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการประสานงานระหว่าง case manager IMC ที่โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างสม่ำเสมอเพื่อ รวบรวมข้อมูลทั้งจังหวัด วางแผนพัฒนาในทุกโรงพยาบาล อย่างเป็นรูปธรรมและมีกรอบเวลาชัดเจน เพื่อความต่อเนื่องในการเก็บข้อมูลรายโรคการตอบกลับเมื่อเกิดการ Refer back และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
2. ควรขยายการให้บริการ และมีการกำกับกำกับการดำเนินงาน กำหนดเป้าหมายระยะสั้น และระยะยาวอย่างชัดเจน IMC bed/IMC ward ในโรงพยาบาลระดับ M, F ตามแผนและตามความพร้อมเพื่อรองรับผู้ป่วยและลดแออัดในโรงพยาบาล และเป็นการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในแกโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่โรงพยาบาลระดับ M, F ที่มีแผนเปิด IMC bed/IMC ward ควรมีการจัดทำ protocol discharge plan/standing order, ระบบ specialist consultation ที่มีความพร้อม (teleconsult) เกณฑ์และช่องทางพิเศษในการรับกลับ กรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลง



ผลของการใช้พันธมิตรรถพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อระยะเวลา รอกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

นางสาวรัตนภรณ์ กาญจนฤทธาภรณ์
โรงพยาบาลบุรีรัมย์

บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขมีการจัดระดับโรงพยาบาลออกเป็นระดับปฐมภูมิ ทศตวรรษ และตติยภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและไร้รอยต่อ จึงได้มีการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยเพื่อใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดและมีโรงพยาบาลสำหรับรับส่งต่อผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็น การรับส่งต่อ การส่งต่อ การส่งกลับ และการรับกลับ

เพื่อลดความแออัดผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิ เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤติแล้วโรงพยาบาลบุรีรัมย์มีนโยบายส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยของญาติและลดความแออัดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทำให้แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยที่มีอาการอยู่ในระยะวิกฤติ และสอดคล้องกับตัวชี้วัดในการลดความแออัดของผู้ป่วยใน คือ ร้อยละของการส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยรถพยาบาลเพิ่มขึ้น ศูนย์ส่งต่อจึงได้ใช้พันธมิตรรถพยาบาลในการรับผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการใช้พันธมิตรรถพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อระยะเวลาการกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้พันธมิตรรถพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อระยะเวลาการกลับไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านของโรงพยาบาลบุรีรัมย์

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยประชากร คือ ผู้ป่วยในที่ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในที่ส่งกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยรถพยาบาล สุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจง โดยใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้ ANOVA ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลดังนี้ 1) หอผู้ป่วยประสานส่งข้อมูลผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยรถพยาบาล 2) ประสานข้อมูลกลับไปยังโรงพยาบาลใกล้บ้านและโรงพยาบาลที่เป็นพันธมิตรกับโรงพยาบาลของผู้ป่วย 3) ลงข้อมูลผู้ป่วยในแบบสอบถาม 4) ลงข้อมูลในโปรแกรม SPSS และ 5) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า

ในปี 2564 (ตุลาคม 2563 – 30 มีนาคม 2564) มีผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านโดยรถพยาบาลจำนวน 1,949 ราย ใช้พันธมิตรรถพยาบาล 162 ราย โรงพยาบาลต้นทางรับกลับ 1,475 ราย และผู้ป่วยกลับเอง 312 ราย โดยมีค่าเฉลี่ย 0.81, 0.46 และ 0.65 ตามลำดับ และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.94, 0.73 และ 0.86 ตามลำดับ การทดสอบความแปรปรวน พบว่าความแปรปรวนของคะแนนระหว่างกลุ่มไม่เท่ากัน จากการทดสอบ ANOVA พบว่าค่า sig.เท่ากับ 0.00 ยอมรับ H1 คือค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกันหนึ่งคู่ และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่า การใช้พันธมิตรรถพยาบาลมีระยะเวลาการกลับเฉลี่ยมากกว่ารถพยาบาลต้นทางรับกลับ และการใช้พันธมิตรรถพยาบาลมีระยะเวลาการกลับเฉลี่ยมากกว่าผู้ป่วยกลับเอง

+ อภิปรายผล

จากผลการวิจัยเรื่อง ผลของการใช้พันธมิตรรพยาบาลในจังหวัดบุรีรัมย์ต่อระยะเวลาออกไปรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านของโรงพยาบาลบุรีรัมย์ พบว่าการใช้พันธมิตรรพยาบาลมีระยะเวลาออกไปรักษารพยาบาลต้นทางรับกลับ และการใช้พันธมิตรรพยาบาลมีระยะเวลาออกไปรักษามากกว่าผู้ป่วยกลับเอง เนื่องจากโรงพยาบาลต้นทางต้องรับผู้ป่วยของตนเองกลับก่อนถึงจะได้รับผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นพันธมิตรได้

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุปจากการวิจัยพบว่า พบว่าการใช้พันธมิตรรพยาบาลมีระยะเวลาออกไปรักษามากกว่าโรงพยาบาลต้นทางรับกลับ และการใช้พันธมิตรรพยาบาลมีระยะเวลาออกไปรักษามากกว่าผู้ป่วยกลับเอง เนื่องจากโรงพยาบาลต้นทางต้องรับผู้ป่วยของตนเองกลับก่อนถึงจะได้รับผู้ป่วยของโรงพยาบาลที่เป็นพันธมิตรได้ แต่การใช้พันธมิตรรพยาบาลสามารถลดความแออัดของผู้ป่วยในได้ ทำให้โรงพยาบาลบุรีรัมย์ผ่านตัวชี้วัดที่ทางจังหวัดกำหนด คือ ร้อยละการส่งกลับโดยรพยาบาลเพิ่มขึ้น

+ ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลใกล้บ้านควรเห็นความสำคัญของการรับผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤติกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและญาติ และช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาลบุรีรัมย์ทำให้แพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยวิกฤติเพิ่มขึ้น

2. โรงพยาบาลใกล้บ้านควรเห็นความสำคัญของการรับผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อใกล้บ้าน เนื่องจากมีเงินค่าตอบแทน Top up รายละ 1,200 บาท



เพิ่มยอด Refer back โดยการขยายเวลา Refer back

แพทย์หญิงสศิริ ดิลกธราดล
โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง



+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

เนื่องจากในปีงบประมาณ 2563 ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการ Refer back คือ เกณฑ์การผ่านร้อยละ 50 ของจำนวน case ที่ Refer in แต่จากการดำเนินการ พบว่าโรงพยาบาลพัทลุงซึ่งเป็นแม่ข่ายหลักและเป็นแม่ข่ายเดียวในพัทลุงทำได้เพียงร้อยละ 15 และจากผลดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาล คือ เกินร้อยละ 120 ในทุกหอผู้ป่วยใน และร้อยละ 100 ในทุกหอผู้ป่วยหนัก

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสาเหตุที่สัมพันธ์กับการไม่ผ่านเกณฑ์ Refer back (Refer back ได้น้อยกว่าร้อยละ 50 ของ case Refer in)
2. เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลพัทลุง

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. รูปแบบของการศึกษาเป็นแบบการวิเคราะห์ระบบตั้งแต่หอผู้ป่วยที่จะ Refer back ศูนย์รับส่งต่อของโรงพยาบาลพัทลุง และโรงพยาบาลชุมชน ทั้งหมดในจังหวัดพัทลุง
2. จากการวิเคราะห์สาเหตุ พบว่ามีหลายสาเหตุแต่สาเหตุหลัก คือการที่แนวทางปฏิบัติในการ Refer back มีความหลากหลาย มีโรงพยาบาลเพียง 3 โรงพยาบาลชุมชน จาก 10 โรงพยาบาลชุมชน ที่ยอมรับ Refer back นอกเวลาราชการในวันทำการ ประมาณ 16.30 - 18.00 น. นอกจากนี้ไม่มีระบบที่ชัดเจนในการ Refer back ในวันหยุดราชการ และเสาร์อาทิตย์
3. โรงพยาบาลพัทลุงส่งตัวแทน แพทย์หญิงสศิริ ดิลกธราดล แพทย์ประจำศูนย์รับส่งต่อของโรงพยาบาล เข้าร่วมประชุมกับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ในการประชุมประจำเดือนของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพัทลุง เพื่อหาทางออกของปัญหา รวมถึงสื่อสารแนวทางปฏิบัติ

+ ผลการศึกษา

- สรุปเรื่องการส่งกลับผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลต้นทาง หลังได้รับการวินิจฉัยแล้ว 25/2/64 เพื่อให้ผู้อำนวยการทุกโรงพยาบาลชุมชนรับทราบ
1. กรณีมีผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนไปโรงพยาบาลพัทลุง แล้วมีผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลพัทลุง โรงพยาบาลชุมชนยินดีรับกลับโดยไม่มีการจำกัดช่วงเวลา ทางศูนย์ส่งต่อ/หอผู้ป่วย โรงพยาบาลพัทลุงเตรียมผู้ป่วยลงมาให้พร้อมที่พื้นที่สำหรับผู้ป่วยส่งกลับ (ในเวลาราชการพื้นที่หลังศูนย์เปล/นอกเวลาราชการ พื้นที่หน้าคลินิกนอกเวลา)
 2. กรณีในเวลาราชการมีผู้ป่วยส่งกลับ ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพัทลุงประสานโรงพยาบาลชุมชน ก่อนเวลา 12.00 น. ให้รถพยาบาลจากโรงพยาบาลชุมชนมารับก่อน 15.00 น. ของวันนั้น หากไม่มีผู้ป่วยส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชน
 3. กรณีในเวลาราชการมีผู้ป่วยส่งกลับ ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพัทลุงประสานโรงพยาบาลชุมชนทราบหลังเวลา 12.00 น. หากมีการส่งต่อนอกเวลาราชการให้รับกลับพร้อมกับรถพยาบาลที่มาส่งผู้ป่วย (โดยทางศูนย์ส่งต่อ/หอผู้ป่วย โรงพยาบาลพัทลุงเตรียมผู้ป่วยลงมารอที่จุดนัดหมาย) แต่ถ้าไม่มีการส่งต่อนอกเวลาจะให้รถจากโรงพยาบาลชุมชนมารับก่อนเวลา 15.00 น. ของวันราชการถัดไป

4. กรณีวันหยุดราชการโรงพยาบาลชุมชนจะมารับผู้ป่วยกลับเมื่อมีผู้ป่วยส่งต่อมาที่โรงพยาบาลพัทลุงเท่านั้น

⊕ ประเด็นที่โรงพยาบาลพัทลุง

1. ศูนย์ส่งต่อประสานและจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยรับส่งกลับที่จุดนัดหมาย ก่อนรถโรงพยาบาลชุมชนมาถึงเพื่อไม่ต้องรอคอย เนื่องจากรถและเจ้าหน้าที่มีจำกัด
2. มีการรายงานเรื่องการส่งกลับผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลต้นทางเป็นประจำทุกเดือน โดยแยกเป็นรายโรงพยาบาลชุมชน รวมถึงรายงานปัญหาในกรณีที่โรงพยาบาลชุมชนไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงของการส่งต่อ/ส่งกลับ

⊕ อภิปรายผล

พบว่า แนวโน้มของจำนวนร้อยละของการ Refer back มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

⊕ สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาระบบ Refer back ในจังหวัดพัทลุง ต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างหอผู้ป่วยที่จะ Refer back ศูนย์รับส่งต่อ และโรงพยาบาลชุมชนทั้งจังหวัดพัทลุง

ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการรับกลับ (Refer receive)



การพัฒนารูปแบบการรับกลับผู้ป่วย โรงพยาบาลบ้านกรวด

นายสุวัฒน์ แผลประโคน

โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เพื่อขอรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างสถานบริการ มีความสำคัญมาก เนื่องจากช่วยให้สถานบริการที่มีขีดจำกัดด้านศักยภาพขอความร่วมมือจากสถานบริการที่มีอุปกรณ์ที่พร้อมกว่าหรือมีบุคลากรเฉพาะทางที่สามารถให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ไปจนถึงช่วยรับดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โรงพยาบาลบ้านกรวดเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง อีกทั้งระยะทางห่างไกลจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ถึง 65 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 60 นาทีเป็นอย่างน้อย อีกทั้งผู้ป่วยที่จำเป็นต้องส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี 2561 - 2564 ในเรื่องปัญหาการรับผู้ป่วยกลับมาอนรักษาคือในโรงพยาบาลบ้านกรวดนั้น ยังพบปัญหาในการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน HosXP และการดูแลไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าทางโรงพยาบาลจะมีแนวทางพัฒนาการรับผู้ป่วยกลับมาแอดมิด แต่ยังมีปัญหากระบวนการจัดการที่ชัดเจน ขาดผู้รับผิดชอบงาน จึงได้มีการพัฒนากระบวนการรับผู้ป่วยกลับเพื่อให้เกิดการติดตามงาน และดำเนินงานตามเป้าหมายที่ชัดเจนมากขึ้น



วัตถุประสงค์

1. สามารถบันทึกข้อมูลการรับผู้ป่วย Refer back และ IMC ได้ถูกต้องครบถ้วนเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ 80
2. มีการรายงานผลการรักษาผู้ป่วยหลังส่งต่อ และบันทึกข้อมูลใน HosXP
3. สามารถนำข้อมูลผล จากการส่งต่อมาสะท้อนแก่ทีมเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป



การดำเนินงาน/กิจกรรมการพัฒนา

โรงพยาบาลบ้านกรวดจึงได้พัฒนาแนวทางในการรับผู้ป่วย BKMModel ควบคู่กับการนำระบบการจัดการ MySQL มาประยุกต์ใช้ ซึ่งเชื่อว่าจะสามารถเพิ่มศักยภาพ ความรวดเร็วและช่วยให้เวชระเบียนสมบูรณ์มากขึ้น

โดยมีกรอบแนวคิดดังนี้

รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
<ol style="list-style-type: none">1. การรับกลับผู้ป่วย จะสามารถทราบข้อมูลจากการประสานทางโทรศัพท์ผ่านศูนย์ประสาน Refer เท่านั้น2. เจ้าหน้าที่บันทึกรับผู้ป่วยส่งต่อบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ทำให้รายชื่อตกหล่นไม่สามารถเบิก E-claim ได้3. ผู้รับผิดชอบจะทราบรายชื่อภายหลัง D/C และแพทย์เวรสรุปแล้วเท่านั้นทำให้ดำเนินงานล่าช้า	<ol style="list-style-type: none">1. ดูรายชื่อผู้ป่วยที่ plan รับกลับจาก recive Refer2. มีการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ถึงรายละเอียดการบันทึกข้อมูล3. ใช้ MySQL ช่วยในการตรวจสอบความครบถ้วนเวชระเบียน และสามารถทราบรายชื่อ และจำนวนผู้ป่วยที่รับกลับที่ชัดเจนก่อน และสามารถ key ข้อมูลได้หลัง D/C ทันที

กระบวนการพัฒนาระบบงานส่งต่อ โรงพยาบาลบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

B : back office Referral system	จัดการระบบการส่งต่อ ที่เป็นระบบชัดเจนขึ้น มีทีมที่จะมาพัฒนาการเตรียมอุปกรณ์การช่วยเหลือ ทั้งเวชภัณฑ์และเวชภัณฑ์มีโซยาเพื่อเตรียมความพร้อม และความปลอดภัยระหว่างส่งต่อผู้ป่วย
K : knowledge & Practice	พัฒนาความรู้ของเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายให้เล็งเห็นถึงความสำคัญของงาน รับ-ส่งต่อผู้ป่วย
M : MySQL monitor	พัฒนาการใช้ระบบการจัดการในการติดตาม monitor ผู้ป่วยรับและส่งต่อ
O : objective focus	มีการตั้งเป้าวัตถุประสงค์ร่วมกัน
D : data	มีการเก็บรวบรวมและรายงานเป็นระบบที่ชัดเจน และง่ายต่อการติดตามงาน
E : Education	นำข้อมูลผลการรักษาหลังส่งต่อมาทบทวนกระบวนการในการดูแล
L : line report	ใช้ line ในการแจ้งเตือนเพื่อเฝ้าระวังหาก gate way ล่มหรือการส่งต่อข้อมูลมีปัญหา

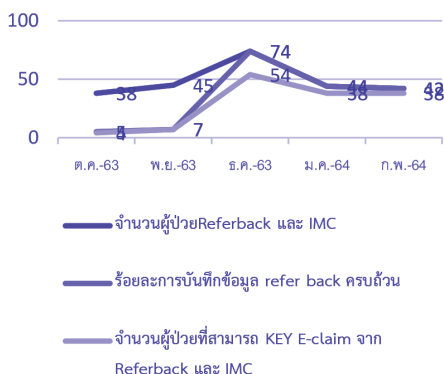
+ การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

ได้มีประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ BKmodel ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2563 - ปัจจุบัน สามารถรับกลับได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น เปรียบเทียบผลการพัฒนา

	ต.ค.63	พ.ย.63	ธ.ค.63	ม.ค.64	ก.พ.64
ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดข้อผิดพลาดระหว่างรับกลับ	(3/112) 2.68	(4/120) 3.33	(1/104) 0.96	(2/106) 1.88	(1/102) 0.98
ร้อยละการบันทึกข้อมูล Refer back ครบถ้วน	(5/38) 13.6	(7/45) 15.56	(74/74) 100	(44/44) 100	(42/42) 100

เป้าหมาย	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา
มีการรายงานผลการรักษาผู้ป่วยหลังส่งต่อ และบันทึกข้อมูลใน HosXP	ต้องรอใบตอบกลับจากโรงพยาบาลบุรีรัมย์ ที่ฝากมากับญาติผู้ป่วย ทำให้เกิดการสูญหาย-ล่าช้า	มีการรายงานผลการรักษาผู้ป่วยหลังส่งต่อทาง Recive Refer และบันทึกข้อมูลใน HosXP ซึ่งสะดวกในการสืบค้นข้อมูล
สามารถนำข้อมูลผลจากการส่งต่อมาสะท้อนแก่ทีมเพื่อประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป	มักจะทำการรวบรวมข้อมูล ก็ต่อเมื่อมีการร้องขอรายงานประจำปี หรือทำการประเมินต่างๆ เช่น HA QC และอื่นๆ	มีการรายงานผลในทีมนำงานคุณภาพทันทีเมื่อมีปัญหาในประเด็นต่างๆ เช่น การวินิจฉัยผิดพลาดล่าช้าในผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด, การไม่ปฏิบัติตาม guideline sepsis, ปัญหาการ Onset to hospital ของผู้ป่วย STROKE และอื่นๆ

จำนวนผู้ป่วยที่สามารถ KEY E-claim จาก Refer back และ IMC ผลการพัฒนาหลังใช้ BKModel



จากกราฟแสดงผลว่ามีร้อยละผลการดำเนินงานที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2563 -ปัจจุบัน สามารถบันทึกข้อมูลได้เป็นร้อยละ 100 จนถึงปัจจุบัน

+ ข้อเสนอแนะ

ในการประเมินผล ผู้ป่วยที่เกิดข้อผิดพลาดระหว่างนำส่ง - รับกลับ ควรมีการแยกระดับความรุนแรง จะทำให้เห็นถึงข้อปัญหาที่ชัดเจน และแก้ไขได้ตรงประเด็นมากกว่า ในส่วนของการบันทึกเวชระเบียนจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการตรวจสอบข้อมูลกับโรงพยาบาลต้นทางที่ส่งกลับเพื่อให้การดำเนินงานถูกต้องและครบถ้วนมากขึ้น



เชื่อมประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงบ้านคนไข้ ด้วยระบบ Tele-medical Referral system

นายณรงค์ชัย สังชา
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

+ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease: CKD) จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เมื่อโรคดำเนินเข้าสู่ระยะท้ายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต เพื่อชะลอการเสื่อมของไตและลดภาวะแทรกซ้อน ปี 2560 - 2563 จังหวัดร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต จำนวน 660, 670, 745 และ 840 ราย ตามลำดับ โดยมีจำนวนเพิ่มขึ้นประมาณ 80 รายต่อปี (หน่วยไตเทียม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด, 2563) การรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังนั้น จำเป็นต้องให้การรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อช่วยชะลอเวลาที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการบำบัดทดแทนไต

โรงพยาบาลหนองฮี เป็นโรงพยาบาลระดับ F3 ขนาด 10 เตียง มีผู้รับบริการ 103 คน/วัน จำนวนประชากร 26,906 คน มีระยะทางห่างจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด 75 กิโลเมตร ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดอย่างลำบาก เนื่องจากมีระยะทางไกล ทั้งสภาพเศรษฐกิจ อาชีพ และเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยเดินทางมารักษา ต้องออกเดินทางแต่เช้ามืด ด้วยรถโดยสารหรือการเหมารถยนต์ ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเหมารถประมาณ 1,000 บาท/ครั้ง ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่สิ่งที่จะช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายคือการเตรียมกับข้าวมาทานด้วยกันเป็นกลุ่ม ผู้ป่วยบางรายที่ดูแลตนเองไม่ได้ต้องให้ญาติพามา ทำให้ขาดรายได้ในวันนั้น อีกทั้งโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีจำนวนผู้รับบริการจำนวนมาก มีระยะเวลารอคอยนาน ทำให้เสียเวลาทั้งวันตั้งแต่เช้าถึงเย็น ผู้ป่วยบางรายไม่มีรถกลับบ้าน และโรงพยาบาลร้อยเอ็ดยังไม่มีพื้นที่รองรับผู้ป่วยตกค้าง ทำให้การเข้าถึงบริการเป็นไปด้วยความลำบากสำหรับผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล ด้วยเหตุดังกล่าว จึงได้เล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 - 5 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลหนองฮี เพิ่มความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วย ลดระยะเวลาการให้บริการในทุกขั้นตอน เปลี่ยนความสูญเสียเปล่าในมุมมองผู้มารับบริการสู่คุณค่าในมุมมองผู้ป่วย

+ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 4 - 5 เข้าถึงบริการที่เพิ่มขึ้น โดยไร้ข้อจำกัด
2. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการผ่านระบบ Tele-medical Referral system
3. เพื่อลดขั้นตอนบริการเปลี่ยนจาก ความสูญเสียเปล่า (waste) ไปสู่ คุณค่า (value) ทุกกระบวนการ

+ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

อธิบายรูปแบบการศึกษา การกำหนดตัวอย่าง และวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้ เครื่องมือที่ใช้ การเก็บรวบรวมข้อมูล

+ กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะ 4 - 5 ในเขตพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 187 คน

⊕ การดำเนินงาน

1. ประชุมทีมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่คลินิกไตโรงพยาบาลหนองฮี แพทย์ผู้ตรวจ และ ทีมศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ดร่วมทบทวนระบบงานปัจจุบันและหาโอกาสพัฒนา วิเคราะห์ห้องคัดกรองการหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภัยคุกคาม
2. เตรียมความพร้อมสำรวจพื้นที่และประเมินสัญญาณอินเทอร์เน็ต โดยมีเป้าหมายการดำเนินงาน คือ เพิ่มความพึงพอใจในกลุ่มผู้ป่วย ลดระยะเวลาการให้บริการในทุกขั้นตอน เปลี่ยนความสูญเสียในมุมมองผู้มารับบริการ สู่คุณค่าในมุมมองผู้ป่วย
3. กำหนดตารางการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาให้บริการ
4. เริ่มดำเนินการเชื่อมประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงบ้านคนไข้ด้วยระบบ Tele-medical Referral system Online Medical Oversight แบบ New Normal โดยนัดผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 - 5 มาที่คลินิกรักษไต เพื่อเข้าพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญผ่านระบบ Tele-medical 3 เดือน/ครั้ง แต่สำหรับผู้ป่วยที่คุมน้ำตาลไม่ได้จะนัด 1 เดือน/ครั้ง
5. ประเมินและติดตามผลการดำเนินงาน

⊕ ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า ระยะเวลาการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2563 ถึงกุมภาพันธ์ 2564 มีผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 ที่เข้าร่วมจำนวน 187 ราย แบ่งเป็นเพศชาย 98 ราย (52.41%) เพศหญิง 89 ราย (47.59%) ผู้ป่วยมีความดันโลหิตน้อยกว่า 130/80 mmHg จำนวน 147 ราย (78.61%), ค่า Hb มากกว่า 10 gm/dl จำนวน 47 ราย (25.13%), อัตราการลดลงของ eGFR น้อยกว่า 4 ml/min/1.73 m²/year จำนวน 187 ราย (100%), ผู้ป่วยมีค่า eGFR ดีขึ้น 126 ราย (68.48%), ลดลง 61 ราย (32.62%), และผู้ป่วยได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไตจำนวน 71 ราย (26.79%) แบ่งเป็นการฟอกเลือด (Hemodialysis) จำนวน 44 ราย (16.60%), การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis) จำนวน 25 ราย (9.43%) และการปลูกถ่ายไต (Kidney transplantation) จำนวน 2 ราย (0.75%)

จากการดำเนินงาน พบว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะ 4 และ 5 เข้าถึงบริการร้อยละ 100 และ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการให้บริการผ่านระบบ Tele-medical Referral system ร้อยละ 97 ซึ่งจากเดิมใช้การตรวจผ่านแอปพลิเคชัน Line ต่อมาจึงพัฒนาใช้ระบบ Conference ที่มีความเสถียรของเครือข่ายมากขึ้น จากความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่ายจนเกิดรูปแบบการดำเนินงานที่เรียกว่า “เชื่อมประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงบ้านคนไข้” ด้วยระบบการทำงานแบบไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลชุมชนเพื่อประโยชน์สูงสุดของประชาชน โดยไม่ใช้งบประมาณในการดำเนินงาน แต่ประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ให้คุ้มค่า และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

⊕ อภิปรายผล

การนำปัจจัยภายในที่เป็นจุดแข็ง คือการมีทีมเครือข่ายบริการที่เข้มแข็ง และปัจจัยภายนอกคือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดรูปแบบการพัฒนากระบวนการบริการที่ทันต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การเชื่อมประสานระบบบริการจากผู้เชี่ยวชาญถึงบ้านคนไข้ เป็นบทเรียนที่เราได้เรียนรู้อย่างชัดเจนในเรื่องการเข้าถึงบริการที่จำเป็นของประชาชนในพื้นที่ห่างไกล ลดความเหลื่อมล้ำ กรณี CKD clinic ที่ผู้ป่วยไตวายระยะ 4 และ 5 ได้พบอายุรแพทย์โรคไตครอบคลุม โดยไม่ต้องเดินทางไกลไปถึงตัวจังหวัด ผ่านระบบการแพทย์ทางไกลที่ลดค่าใช้จ่ายทั้งของประชาชนและหน่วยบริการเป็น Model การปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกลในระบบส่งต่อด้วยวิถี New Normal อย่างยั่งยืน ทำให้ปัจจุบันขยายผลไปสู่โรงพยาบาลปทุมรัตน์ ด้วยความประสงค์ของแพทย์เวชปฏิบัติ และผู้บริหารในพื้นที่ให้การสนับสนุน เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น ลดระยะเวลารอคอย และพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

สรุปและข้อเสนอแนะ

ตามบริบทผู้มารับบริการภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพราะการเดินทางของผู้ป่วยมีทั้งเดินทางมาเองโดยรถยนต์ส่วนตัว รถยนต์เหมาเช่าซึ่งราคาแพง รถโดยสารประจำทางซึ่งมีข้อจำกัดเรื่องเวลา ดังนั้นการให้ความสำคัญกับระยะเวลา รอคอย ขั้นตอนบริการที่ไม่ซับซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่สุด ดังนั้นด้วยการเชื่อมประสานของเครือข่ายที่เข้มแข็ง และเพื่อปรับเปลี่ยนระบบบริการตามสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 แบบ New normal จึงเกิดการพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย สนับสนุนแพทย์เฉพาะทางในการตรวจรักษาทางไกลผ่านระบบ Tele medicine ด้วยแนวคิด “เชื่อมประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญถึงบ้านคนไข้” เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ 4 - 5 เข้าถึงบริการโดยไร้ข้อจำกัดทุกด้าน ลดค่าใช้จ่าย เพิ่มความสุข แบ่งปันรอยยิ้มแก่ผู้ป่วยเรื้อรังที่มีความหวังอยู่ในทุกลมหายใจด้วยความเชื่อมั่นและศรัทธา

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
2. การกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และคืนข้อมูล เพื่อนำปัญหามาแก้ไขอย่างต่อเนื่อง
3. พัฒนาเป็น Model ในการปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกลในระบบส่งต่อด้วยวิถี New Normal ขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ห่างไกล
4. การพัฒนาปรับปรุงเครือข่ายสัญญาณอินเทอร์เน็ตให้มีความเสถียรใช้งานได้อย่างต่อเนื่อง

ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการขอรับคำปรึกษา ในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation)



ผลการพัฒนาระบบการขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช

นางสาวจรรวมล แพ่งโยธา และนางอัจฉราวดี อัยสิทธิ์
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (ST Elevation Myocardial Infarction : STEMI) เป็นภาวะที่เกิดมีการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจอย่างกะทันหัน จำเป็นต้องได้รับการเปิดหลอดเลือดอย่างรวดเร็วด้วยการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือขยายหลอดเลือดหัวใจ จังหวัดนครศรีธรรมราช มีประชากร 1,600,000 คน มีโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 23 แห่ง และนอกสังกัด จำนวน 5 แห่ง แต่มีโรงพยาบาลที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดได้มีเพียงร้อยละ 22.2 ปี 2556 - 2558 พบว่าผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียง ร้อยละ 54.06, 56.1 และ 69.36 (KPI>80%) เสียชีวิตสูงร้อยละ 19.79, 16.66 และ 14.17 (KPI<10%) ซึ่งผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดล่าช้า ต้องส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายทำให้มีความรุนแรงและมีภาวะแทรกซ้อน จากการศึกษาพบว่าบุคลากรในเครือข่ายขาดความรู้/ความมั่นใจ/การวินิจฉัย/การดูแล ขาดแนวทางการขอรับคำปรึกษา และช่องทางการส่งต่อล่าช้า ต้องผ่านงานอุบัติเหตุฉุกเฉินทีมเครือข่ายหัวใจจึงพัฒนาระบบการขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 1) จัดทำ CPG STEMI เครือข่ายนครศรีธรรมราช, การ Consult Cardiologist Line ตลอด 24 ชั่วโมง 2) จัดทำ Standing Order STEMI เครือข่ายนครศรีธรรมราชเป็นแนวทางเดียวกัน 3) จัดช่องทาง Refer in Fast Track for CCU ที่ให้ยาละลายลิ่มเลือดที่โรงพยาบาลชุมชนแล้วส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่าย และช่องทาง Fast Cathlab กรณีที่พิจารณา ทำ PPCI โดยไม่ต้องผ่านหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน และ 4) Update ความรู้ประจำปีแก่บุคลากรครอบคลุมเครือข่าย การ Feed back ข้อมูลและส่งกลับดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งพัฒนาศักยภาพให้ทุกโรงพยาบาลชุมชนสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

⊕ วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบการขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว ลดอัตราเสียชีวิต เพิ่มอัตราการเปิดหลอดเลือดหัวใจ

⊕ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาเพื่อเปรียบเทียบผลการพัฒนาระบบการขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช

⊕ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิดคลื่นไฟฟ้าเอสทียกสูง (STEMI) ทุกรายในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยเก็บข้อมูล

ก่อนการพัฒนา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 - 30 กันยายน 2561 ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายต้องประสานส่งต่อแบบเดิม ที่ผ่านงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ส่วนหลังการพัฒนาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 - 30 กันยายน 2563 ได้รับการดูแลตามระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบบันทึก Thai ACS Registry (กรมการแพทย์, 2561) เน้นตัวชี้วัดสอดคล้อง Service Plan ได้แก่ อัตราเสียชีวิต อัตราได้รับการเปิดหลอดเลือดหัวใจ

การเก็บข้อมูล กลุ่มก่อนการพัฒนา จากเวชระเบียนผู้ป่วย STEMI และข้อมูลหลังการพัฒนามีผู้รับผิดชอบบันทึกข้อมูลในแต่ละโรงพยาบาล และส่งต่อผู้รับผิดชอบโรงพยาบาลแม่ข่ายรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ ค่าความถี่ จำนวนและร้อยละ

+ ผลการศึกษา

ก่อนการพัฒนา ปี 2560 - 2561 อัตราได้รับการเปิดหลอดเลือด ร้อยละ 73.72, 81.67 ส่วนอัตราเสียชีวิต ร้อยละ 17.3, 15.00

หลังการพัฒนา ระบบปี 2562 และทบทวนพัฒนาต่อเนื่อง ปี 2563 พบว่า 1) อัตราได้รับการเปิดหลอดเลือดเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 88.72 และ 90.22 2) อัตราเสียชีวิตลดลงเหลือร้อยละ 14.52 และ 12.96 และ 3) โรงพยาบาลชุมชน เครือข่ายทุกแห่งสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้

+ อภิปรายผล

หลังจากการพัฒนา ระบบการขอรับคำปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วย STEMI เครือข่ายนครศรีธรรมราช พบว่า อัตรา ได้รับการเปิดหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และอัตราการเสียชีวิตลดลง เนื่องจากผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดคลื่นไฟฟ้าหัวใจยกสูง (ST Elevation Myocardial Infarction : STEMI) เป็นภาวะที่เกิดมีการอุดตันของหลอดเลือด ที่ไปเลี้ยงหัวใจอย่างกะทันหัน ซึ่งการประเมินและวินิจฉัยที่ถูกต้องและได้รับการรักษาที่รวดเร็วจะลดอัตราการเสียชีวิต (สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย, 2562) ในเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครศรีธรรมราชส่วนใหญ่จะมี แพทย์ทั่วไป ดังนั้นการขอรับคำปรึกษาจากแพทย์โรคหัวใจผู้เชี่ยวชาญและการปฏิบัติตาม CPG และ Standing order STEMI เสมือนได้รับการดูแลรักษาจากแม่ข่าย ส่งผลให้ทีมในโรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายมีความมั่นใจ สามารถดูแลผู้ป่วยให้ยาละลายลิ่มเลือดและส่งต่อผ่านช่องทางด่วนได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

การดูแลรักษาผู้ป่วย STEMI ที่สำคัญคือการเปิดหลอดเลือดหัวใจให้เร็วที่สุดดังนั้นการรับคำปรึกษาจาก ผู้เชี่ยวชาญที่ถูกต้อง จะส่งผลต่อการรักษาที่รวดเร็ว รวมทั้งการส่งต่อเพื่อเปิดหลอดเลือดปฐมภูมิ (Primary PCI) หรือหลังได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Recue PCI) และการดูแลต่อเนื่องในหออภิบาลโรคหัวใจ จะช่วยลดอัตราเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้การเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่มีอาการของผู้รับบริการจำเป็นต้องรู้อาการ สัญญาณ อันตรายของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

+ ข้อเสนอแนะ

ควรรณรงค์ให้ประชาชนมีช่องทางรับรู้อาการ เป็นนาที่ชีวิตที่ต้องโทรไปโรงพยาบาลให้เร็ว รวมทั้งการประสาน ขอความช่วยเหลือจากทีมกู้ชีพฉุกเฉิน EMS เพื่อให้ประชาชนรับรู้อาการและเข้าถึงบริการรักษาที่รวดเร็วเพิ่มขึ้น



การใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพ ติดตามอาการผู้ป่วยและให้คำปรึกษา แก่พยาบาลระหว่างส่งต่อเพื่อเสริมศักยภาพ สร้างความมั่นใจ และเกิดความปลอดภัยในการส่งต่อ

นางสาววัชรวิศา ศรีหาราช, นายแพทย์เศรษฐพงษ์ ธนรัตน์, นางวิลาวรรณ ตาลทรัพย์,

นางสมพร หงส์เวียง และนางสาวอรอนงค์ สรรพสมบัติ

โรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น



บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลเกิดขึ้นเนื่องจากข้อจำกัดของทรัพยากรหรือความเชี่ยวชาญ ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคที่มีความซับซ้อนหรือมีความรุนแรงสูง ศูนย์ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วยเป็นหัวใจสำคัญของการพัฒนาระบบบริการ พยาบาลศูนย์ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วยมีบทบาทในการบริหารจัดการเชิงระบบและประสานงานให้เกิดความเชื่อมโยง รวดเร็ว ราบรื่น ไร้รอยต่อ พยาบาลส่งต่อผู้ป่วย ดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพ บนรถพยาบาลระหว่างการนำส่ง แต่มีปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ได้แก่ ความรุนแรงของสภาพการเจ็บป่วย การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งตัว อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ไม่พร้อม ประสบการณ์ ความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล พยาบาลศูนย์ประสานการรับและส่งต่อผู้ป่วย และพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยขณะนำส่ง จึงต้องมีความรู้ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤติและฉุกเฉินทุกระบบ แต่เนื่องจากความไม่เพียงพอของบุคลากร การเปลี่ยนบทบาทและย้ายสถานที่ปฏิบัติงานของพยาบาลทำให้มีผลต่อการบริหารจัดการและระบบบริการ โรงพยาบาลขอนแก่นได้นำระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (Online medical direction) และระบบเครื่องติดตามสัญญาณชีพ (tele-monitoring) มาใช้ในปี 2557 เป็นการเชื่อมต่อระหว่างแพทย์ในศูนย์สั่งการกับบุคลากรขณะกำลังปฏิบัติงาน ณ จุดเกิดเหตุ (Pre-hospital Care) ทำให้การส่งการปรึกษาและปฏิบัติการทางการแพทย์ได้ผลเป็นอย่างดี และขยายการใช้ให้ครบ 25 โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น ในปี 2562 เริ่มให้คำปรึกษาการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (On-line medical direction) และนำมาใช้ในกระบวนการรับผู้ป่วย (Refer in) เพื่อช่วยให้มีการประเมินผู้ป่วยและแก้ไขภาวะฉุกเฉิน ระหว่างการส่งต่อแก่พยาบาลได้อย่างทันทั่วที่ เพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและพิการได้



วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น มาห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น
2. ศึกษาสถานการณ์การใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพ และการให้คำปรึกษาการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (Online medical direction) ในการส่งต่อผู้ป่วย
3. เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลศูนย์ประสานการส่งต่อ และพยาบาลส่งต่อโดยการใช้เครื่องติดตามสัญญาณชีพ (tele-monitoring)



วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ประชากรเจาะจงศึกษา ดังนี้

1. พยาบาลศูนย์ประสานการรับผู้ป่วย (ER Call Center Khon Kaen Hospital)
2. พยาบาลส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง ที่มาส่งผู้ป่วย ณ ห้องฉุกเฉิน

3. ผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวจากโรงพยาบาลชุมชน 25 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง กันยายน 2563 พยาบาลได้รับการสอนใช้เครื่อง tele-monitoring และปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด เมื่อนำส่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Post-cardiac arrest, STEMI, Sepsis with hypotension, Unstable Arrhythmias และกลุ่มวิกฤติ (KESI level 1) ที่ต้องการ Life-saving Intervention และใช้ KESI ในการจัดระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้/เครื่องมือที่ใช้/การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยส่งต่อจังหวัดขอนแก่น และแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาล การวิเคราะห์และนำเสนอผลสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไป ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย การเกิดภาวะฉุกเฉินระหว่างนำส่ง ความพึงพอใจของพยาบาล ด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยหรือค่ามัธยฐาน

+ ผลการศึกษา

มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การใช้เครื่อง tele-monitoring จำนวน 3,750 คน ใช้ 2,867 คน (75.5%) ระหว่างการนำส่ง อายุเฉลี่ยชาย 61.4 ปี และหญิง 62.8 ปี ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลชุมชนระดับกลาง (F2) 51.2 % ข้อบ่งชี้ในการใช้มากที่สุดในกลุ่มฉุกเฉินวิกฤติ (ESI level 1) คุณภาพการดูแลระหว่างส่งต่อ ได้แก่ 1) Airway ไม่เหมาะสม 0.3 % 2) Breathing support ไม่เหมาะสม 0.2 % 3) Fluid resuscitation & Bleeding control ไม่เหมาะสม 0.2 % และ Spine Immobilization ไม่เหมาะสม 0.1 % ผู้ป่วยได้รับการรักษาผ่านระบบ On-line medical direction ขณะส่งต่อ 48 คน (1.3 %) และเป็นผู้ป่วยหยุดหายใจและได้รับการแก้ไขไม่เสียชีวิต 1 คน มีพยาบาล ER มาปฏิบัติงานที่ ER Call Center 37 คน เป็นพยาบาลที่ผ่านการปฏิบัติงาน 5 - 20 ปี และมีคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์ คือปฏิบัติงานที่ห้องฉุกเฉินอย่างน้อย 5 ปี ผ่านการเป็น In-charge, Leader team และฝึกอบรมการเป็น พยาบาล ER Call Center 1 สัปดาห์ ก่อนปฏิบัติงานจริง พยาบาลส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชน 72 คน มีชาย 11 คน หญิง 61 คน ส่วนใหญ่อยู่อายุ 20 - 29 ปี (86.9 %) และส่วนใหญ่ผ่านการปฏิบัติงาน 5 - 7 ปี มีความพึงพอใจและมั่นใจในการส่งผู้ป่วยระดับมากที่สุด 90 % เมื่อใช้เครื่อง tele-monitoring

+ อภิปรายผล

พยาบาลส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นพยาบาลห้องฉุกเฉิน และพยาบาลจากหอผู้ป่วยผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลส่งต่อ แต่ประสบการณ์ในการทำงานและการดูแลผู้ป่วยวิกฤติขี้น้อย ผู้ป่วยได้รับการดูแลและให้คำแนะนำระหว่างนำส่ง โดยผ่านเครื่อง tele-monitoring ไม่มีเสียชีวิตระหว่างนำส่ง แต่ยังมีผู้ป่วยที่ไม่ได้ใช้เครื่อง tele-monitoring 16.9 % เนื่องจากเครื่องมือไม่เพียงพอ เครื่องชำรุด

+ สรุปและข้อเสนอแนะ

การจัดบริการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมีหลายปัจจัย แต่สถานการณ์ปัจจุบันพยาบาลที่ดูแลขณะส่งต่อยังมีประสบการณ์น้อย ทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤติยังต้องการคำแนะนำใกล้ชิด การเพิ่มศักยภาพโดยระบบ tele-monitoring ร่วมกับการเฝ้าติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจากพยาบาลจาก ER Call Center และพยาบาลส่งต่อ จะทำให้มีการประเมินผู้ป่วย ให้คำแนะนำและสั่งการรักษาด้วยการอำนวยการตรงทางการแพทย์อย่างทันท่วงที ทำให้พยาบาลวิชาชีพสามารถช่วยเหลือภาวะคุกคามต่อชีวิต ช่วยลดอัตราการเสียชีวิตและพิการได้ ควรสนับสนุนการใช้เครื่อง tele-monitoring ร่วมกับระบบคำปรึกษาการอำนวยการตรงทางการแพทย์ (Online medical direction) และอบรมให้ความรู้ การดูแลผู้ป่วยวิกฤติแก่พยาบาลส่งต่ออย่างต่อเนื่อง



ใส่ใจไปส่งต่อ ถักทอเป็นเครือข่าย

นางรัชณี คงหอม

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองจิ่ง จังหวัดนครศรีธรรมราช

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผล/ที่มาและความสำคัญ

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการของโรค ผู้ป่วยมักถูกทอดทิ้ง ปฏิเสธ การเจ็บป่วยและการรักษา นำมาสู่อาการกำเริบซ้ำ ทำให้เกิดภาระจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา ที่สูงขึ้น และเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบมักมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ยิ่งทำให้ญาติและชุมชนรู้สึกหวาดกลัว รังเกียจ เบื่อหน่าย นำมาสู่การทอดทิ้งผู้ป่วยเป็นปัญหาของสังคมเป็นวงจรถต่อไปเรื่อยๆ ข้อมูลจากผู้ป่วยรายเดิมมักเกิดจากผู้ดูแล เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีญาติ ขาดผู้ดูแลต่อเนื่อง ไม่สะดวกในการเดินทางไปรับยา ไม่มีค่ารถ มีผู้ป่วยซ้ำซ้อนในบ้าน ผู้ป่วย รายเดิมเหล่านี้หากได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องก็จะสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ต่อไป

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังได้รับยาและการดูแลต่อเนื่องโดยการปรึกษากันระหว่างทีม
2. มีการส่งต่อและเชื่อมประสานข้อมูลด้านการรักษาระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย รพ.สต. อสม. ชุมชน และ ครอบครัวโดยใช้ Application
3. มีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ลดอัตราการกำเริบซ้ำ

⊕ วิธีการศึกษา/การดำเนินงาน

1. สร้างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย พัฒนาบุคลากรให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ตามบริบททุกระดับ มีระบบ การปรึกษา (consult) ระหว่างทีม
2. มีระบบ Drug delivery จัดส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน โดยใช้สัญลักษณ์ จัดยาใส่ในกล่องรูปหัวใจสีแดง สื่อถึง ความห่วงใย เอาใจใส่ และนำไปมอบให้ผู้ป่วยที่บ้าน
3. มีระบบส่งต่อและเชื่อมประสานข้อมูลด้านการดูแลและรักษาผู้ป่วยโดยใช้ Application

⊕ วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล/สถิติที่ใช้/เครื่องมือที่ใช้/การเก็บรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากสถิติการรักษาในโรงพยาบาลและ รพ.สต. และแบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ โดยใช้ข้อมูลระหว่างปีที่เริ่มดำเนินการจนถึงปัจจุบันมาหาค่าเฉลี่ยและแปลผล

⊕ ผลการศึกษา

อัตราการขาดยาและกำเริบซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มเดิมลดลง มีผู้ป่วยเข้าระบบ Drug delivery เพิ่มขึ้น สามารถ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยาของผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจสูงสุดร้อยละ 100 การเชื่อมต่อส่งต่อ ข้อมูลและมีการปรึกษาด้านการรักษาและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ

อภิปรายผล

มีการทำงานเป็นทีม พัฒนาเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง มีระบบส่งต่อและปรึกษา (Consult) กันระหว่างทีมทำให้มีรูปแบบการรักษาที่ชัดเจน การส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้านรวมถึงในรายที่มียาฉีดยาจะได้รับการติดตามฉีดยาตามแผนการรักษา การใช้สื่อสัญลักษณ์ง่ายๆ ในรูปกล่องใส่ยารูปหัวใจสีแดง ทำให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกอบอุ่นใจที่มีทีมรักษาใส่ใจดูแล บทบาทของพยาบาลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ผู้ป่วยและญาติมีระดับความพึงพอใจสูงสุด การส่งต่อและเชื่อมประสาน โดยการปรึกษาด้านการรักษาและอาการของผู้ป่วยต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยขาดยาอาการกำเริบช้าลง การเข้าถึงข้อมูลของเครือข่ายทีมสุขภาพได้ทั่วถึงและต่อเนื่อง ชุมชนยอมรับ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม บุคลากรมีความภาคภูมิใจทำงานด้วยความผูกพันเป็นทีม

สรุปและข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้านใกล้ใจดูแลใส่ใจมีการพัฒนารูปแบบการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ และกระบวนการ สามารถเชื่อมต่อประสานส่งต่อปรึกษาข้อมูลกับทีมเครือข่ายสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้รับยาถึงบ้านรวมถึงการติดตามผลการรักษาและส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยไม่ขาดยา ไม่มีการกำเริบซ้ำ ลดค่าใช้จ่ายในด้านต่างๆ ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ พัฒนาคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ระบบการรับส่งต่อผู้ป่วย ด้านการควบคุมกำกับ การปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกล ในระบบส่งต่อ (Online Medical Oversight)



การส่งต่อกับระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical control) จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

นางสาวกนกนิจ เชื้อบางแก้ว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

⊕ บทนำ/หลักการและเหตุผลที่มาและความสำคัญ

การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินก่อนการส่งต่อ (Pre Transfer) เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินควรได้รับการดูแลรักษาในด้านต่างๆ คือ Airway & C-spine Protection Breathing & Ventilation, Circulation & bleeding control และ Disability, Deformity, Drain, Drug จนผู้ป่วยฉุกเฉินมีเสถียรภาพและปลอดภัยก่อนการส่งต่อ ตามด้วยกระบวนการในการประสานงานก่อนการส่งต่อ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อด้วย จากสถิติระบบส่งต่อปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยเสียชีวิตระหว่างการส่งต่อจำนวน 2 รายและข้อผิดพลาดในการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างการส่งต่อ ดังนี้ Airway & C-spine Protection ร้อยละ 5.5, Breathing & Ventilation ร้อยละ 6.2, Circulation & bleeding control ร้อยละ 4.6 และ Disability, Deformity, Drain, Drug ร้อยละ 7 ศูนย์ส่งต่อโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาและแพทย์กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จึงได้จัดทำมีระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical control) ขึ้น เพื่อให้คำแนะนำกับโรงพยาบาลต้นทางในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนการส่งต่อ และงานอุบัติเหตุฉุกเฉินได้จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างการส่งต่อผ่านระบบติดตามผู้ป่วยแบบศูนย์กลางตลอดระยะเวลาในการส่งต่อด้วย

⊕ วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาคุณภาพการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อโดยผ่านระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ (medical control) ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

⊕ วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 15 แห่ง ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – กันยายน 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกการรับส่งต่อ คัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ Unstable และ Stable with high risk of deterioration วิเคราะห์ข้อมูล สรุปประเด็นปัญหา เพื่อพัฒนาระบบการอำนวยความสะดวกทางการแพทย์ในระบบส่งต่อ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ

⊕ ผลการศึกษา

สถานการณ์จำหน่าย จาก ER	Unstable				Stable with high risk of deterioration			
	Consult		ไม่ Consult		Consult		ไม่ Consult	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Admit Ward	223	52.47	173	40.71	241	20.86	911	78.87
Dead ER	9	2.12	2	0.47	0	0	2	0.17
Dead โรงพยาบาลชุมชน	8	1.88	10	2.35	0	0	1	0.09
Dead ระหว่างนำส่ง	0	0	0	0	0	0	0	0
รวม	240	56.47	185	43.53	241	20.87	914	79.13

จากการศึกษา พบว่า ในปีงบประมาณ 2563 โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาได้รับส่งต่อผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตจากโรงพยาบาลในเครือข่ายจำนวนทั้งหมด 1,580 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ Unstable จำนวน 425 คน และ Stable with high risk of deterioration จำนวน 1,155 คน โดยผู้ป่วยระดับ Unstable จำนวน 425 คนนั้น ได้ผ่านการให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อจากแพทย์เวรอำนาจการ จำนวน 240 คน คิดเป็นร้อยละ 56.47 ในขณะที่ผู้ป่วยระดับ Stable with high risk of deterioration ผ่านการให้คำแนะนำการเตรียมผู้ป่วยก่อนการส่งต่อจากแพทย์เวรอำนาจการ จำนวน 241 คน คิดเป็นร้อยละ 20.87 ในส่วนของสถานการณ์จำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน พบว่าผู้ป่วยระดับ Unstable และผ่านการให้คำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการได้รับการ Admit ร้อยละ 52.47 เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 2.12 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 1.88 และไม่พบการเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ส่วนผู้ป่วยระดับ Unstable แต่ไม่ผ่านการให้คำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการได้รับการ Admit ร้อยละ 40.71 เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 0.47 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 2.35 และไม่พบการเสียชีวิตระหว่างนำส่ง สำหรับผู้ป่วย Stable with high risk of deterioration ที่ผ่านการให้คำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการได้รับการ Admit ร้อยละ 20.86 ไม่พบการเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ไม่พบการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนและการเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ส่วนผู้ป่วยที่ไม่ผ่านการให้คำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการได้รับการ Admit ร้อยละ 78.87 เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน ร้อยละ 0.17 เสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 0.09 และไม่พบการเสียชีวิตระหว่างนำส่ง ส่วนการให้คำแนะนำของแพทย์เวรอำนาจการในการดูแลผู้ป่วยให้มีเสถียรภาพก่อนการส่งต่อพบว่า ให้คำแนะนำด้าน Circulation & bleeding control ร้อยละ 43.35 Disability, Deformity, Drain, Drug ร้อยละ 40.74 Breathing & Ventilation ร้อยละ 2.40 Airway & C-spine Protection ร้อยละ 0.44 และปรึกษา CXR EKG ร้อยละ 13.07

อภิปรายผล

ในผู้ป่วยระดับ Unstable ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการแล้วก็ยังมียอดอัตราการเสียชีวิตห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาสูงกว่าการไม่ปรึกษาแพทย์เวรอำนาจการ จากการศึกษาเชิงลึกพบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต คือผู้ป่วยอาการหนักมาก ได้รับการแก้ไขภาวะฉุกเฉินล่าช้าหรือตรวจไม่พบความผิดปกติ ไม่มียา ไม่มีเลือด เป็นต้น ส่วนการเสียชีวิตที่โรงพยาบาลชุมชนพบในกลุ่มไม่ขอรับคำปรึกษามากกว่าเล็กน้อย แต่หากรวมอัตราการเสียชีวิตทั้งสองส่วนแล้ว พบว่าสูงกว่าอัตราการเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาถึง 2 เท่า ส่วนในผู้ป่วยระดับ Stable with high risk of deterioration ยังพบอัตราการการเสียชีวิตเล็กน้อยในกลุ่มที่ไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการ ซึ่งหากผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มนี้ได้รับคำแนะนำจากแพทย์เวรอำนาจการมากขึ้น น่าจะทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตลงได้อีก แต่สิ่งที่น่าสังเกต คือ ในผู้ป่วยทั้ง 2 ระดับนี้ไม่พบการเสียชีวิตระหว่างการนำส่ง ซึ่งน่าจะมาจากการเตรียมคนไข้ให้มีเสถียรภาพก่อนการส่งต่อ อีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการที่จะทำให้เกิดการปรึกษาแพทย์อำนาจการ คือ แพทย์ผู้ส่งและพยาบาลศูนย์ส่งต่อซึ่งต้องประเมินอาการผู้ป่วยร่วมกัน ด้านการให้คำแนะนำของแพทย์เวรอำนาจการในการดูแลผู้ป่วยนั้น พบว่าเป็นการให้คำแนะนำในเรื่องที่คล้ายคลึงกันหากมีการจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติตามกลุ่มอาการจะทำให้โรงพยาบาลต้นทางให้การดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. จัดทำแนวทางปฏิบัติในการปรึกษาแพทย์เวรอำนาจการและแนวทางการคัดกรองระดับความรุนแรงของผู้ป่วย Refer เพื่อให้พยาบาลศูนย์ส่งต่อ แพทย์โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปมีแนวทางปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
2. นำเสนอข้อมูลระบบอำนาจการทางการแพทย์ แนวทางปฏิบัติต่างๆ กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำลงสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ประเภทผลงานภาพถ่ายประทับใจ

“ส่งต่อด้วยหัวใจ
ผู้รับบริการ
ปลอดภัย
ใส่ใจทุกพื้นที่”



“การเจ็บป่วยไม่เลือกพื้นที่ ฐานะ หรือช่วงเวลา เราทุกคนในฐานะผู้ให้บริการสาธารณสุขมีหน้าที่ดูแล การเจ็บป่วยของประชาชนชาวไทยทุกคนให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ปลอดภัย ภาพนี้สื่อให้เห็นถึงความร่วมแรง ร่วมใจกัน จากเจ้าน้องเจ้าหน้าที่ สว.สต.ในพื้นที่ทุรกันดาร ยากต่อการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขและ ชาวบ้านในชุมชน เพื่อส่งผู้ป่วยผ่านระบบการส่งต่อมาดูแลในโรงพยาบาลที่เหมาะสม ดังตัว P ใน MOPH ที่หมายถึง การใส่ใจประชาชน เพราะชีวิตมีคุณค่าเราจึงรักษามันด้วยความตั้งใจ”

นางพรวิภา บัวหลวง

โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

“I Survived :
ฉันคือผู้รอด”



“จากการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน การส่งต่อที่เป็นไปด้วยความยากลำบาก แต่สัญญาณแห่งความหวัง กำลังส่งเสียง และเริ่มเดินทางสู่เป้าหมายของการมีชีวิตอยู่การส่งต่อที่ล่าช้า สู่อการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินทางน้ำในพื้นที่เหนือเขื่อนภูมิพล”

นางสิรินิจ เจริญวงศ์

โรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก

“รวมพลังเรา
ส่งต่อเขา
ด้วยหัวใจ”



“เมื่อน้ำมาเยอะและมานาน จนออกซิเจนสำรองเหลือน้อย งานประสานส่งต่อก็ต้องทำงาน เคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่จำเป็น สู้พื้นที่ปลอดภัย การรวมพลังไม่ได้เกิดแค่ในโรงพยาบาลแต่เป็นการช่วยเหลือกัน ทั้งประเทศ เหตุเกิดจากน้ำท่วมใหญ่ปี 2558”

นางสุวรรณี สอนประภา
โรงพยาบาลอินทร์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

“ใจสู้ใจ
ไร้รอยต่อ”



“เป็นภาพที่ประทับใจและตื่นเต้นเพราะเป็น case ที่มีการประสานงานร่วมกับเครือข่ายที่เชื่อมโยงกัน แบบไร้รอยต่ออย่างแท้จริง เป็นการประสานการส่งต่อผู้ป่วย case STEMI จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายังโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลทั่วไปประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์เพื่อส่งผู้ป่วย ไปทำ PCI โดยมีการประสานเปลี่ยนถ่ายระหว่างทางระหว่างรถ EMS กับรถ Refer ทำให้ส่งผู้ป่วยทำ PCI ได้ทันผู้ป่วยปลอดภัย”

นางวาทีณี ดาเวช
โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

“เครือข่าย
จังหวัดสุรินทร์
รับส่งต่ออย่างไร..
ให้ห่างไกล..
Covid-19”



“ไว้รอยต่อ ด้วย Capsule Covid : 24 กันยายน พ.ศ. 2563 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เป็นประธานมอบ Capsule Covid ให้กับโรงพยาบาลเครือข่ายรับส่งต่อผู้ป่วยทุกแห่งในจังหวัดสุรินทร์ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาคีเครือข่าย พ่อค้า-คหบดี ประชาชนทั่วไป องค์กรภาครัฐ และเอกชนในจังหวัดสุรินทร์ ร่วมกันบูรณาการ จัดสร้างอุปกรณ์ป้องกันเชื้อ Covid-19 และทำการส่งมอบให้กับโรงพยาบาลทุกแห่ง เพื่อใช้ในการรับส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง PUI โดยถือปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันทั้งเครือข่ายจังหวัดสุรินทร์”

นางเรืองศรี ปัญญาธานี
โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์



“ถึงไหน-ถึงกัน”

“ได้รับแจ้งจากศูนย์เฝ้าระวัง มีผู้ป่วยชายไทย ไข้พญาฆ่าหญ้าแล้วไม่รู้สึกรู้สึกลูกอยู่กึ่งกลางทุ่งนา ห่างจากถนนลูกรัง 800 เมตร แจ้งลูกข่าย ออกประเมินเบื้องต้นและได้นำทีม ACLS ออกปฏิบัติงานให้การดูแลรักษา ณ จุดเกิดเหตุ และทำการนำส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาล เขวาสินรินทร์ ให้การดูแลอย่างเหมาะสม และส่งต่อโรงพยาบาลสุรินทร์ได้อย่างปลอดภัย”

นางสาวกล สัจจารักษ์
โรงพยาบาลเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์



“ทีมค้นหาและประสานส่งต่อ คุณยาย 69 ปี ที่พลัดหลง ป่าดงใหญ่”

“คุณยายวัย 69 ปี หายตัวไปในป่านาน 5 วัน ทีมค้นหาเจอคุณยายอยู่ใกล้กับหน้าผา ยังมีชีวิต แต่ค่อนข้างอึดโรย ประสานส่งต่อเคลื่อนย้ายโดยใช้เปลผ้า ปฐมพยาบาลให้ยาและสารน้ำ Consult แพทย์สั่งการ รักษาทางโทรศัพท์ และส่งต่อโรงพยาบาลโดยรถกระบะยกสูงมีพยาบาลดูแลตลอด พร้อม Consult การรักษาโรงพยาบาลแม่ข่าย”

นางน้ำฝน ศรีขาวรส
โรงพยาบาลโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์

“งานไม่หยุด
ส่งต่อไม่พลาด
แม้ช่วง Covid
คนไข้
จะปลอดภัยเสมอ”



“ในการทำงานที่ต้องรับคนไทยจากต่างแดนกลับประเทศ เราทำจนเป็นเรื่องปกติ ครั้งคราว Covid-19 ระบาดในประเทศเพื่อนบ้านก็ไม่ใช่อุปสรรคในการทำงาน ในการดำเนินงานรับส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างประเทศ ที่เขตแดนบ้านเรา ยังคงทำอย่างต่อเนื่อง”

นางสาวสุตานันท์ แสงภาคนี้ย์
โรงพยาบาลสุโขทัย-ลก จังหวัดนครราชสีมา



กองบริหารการสาธารณสุข
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

