

แบบฟอร์มการประกวด Poster Presentation

๑. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา

โครงการ พัฒนาระบบการบริการดูแลต่อเนืองที่บ้านโรงพยาบาลสิรินธร (Home Health care ๔.๐)

๒. คำสำคัญ

ระบบ / การดูแลต่อเนืองที่บ้าน / ๔.๐

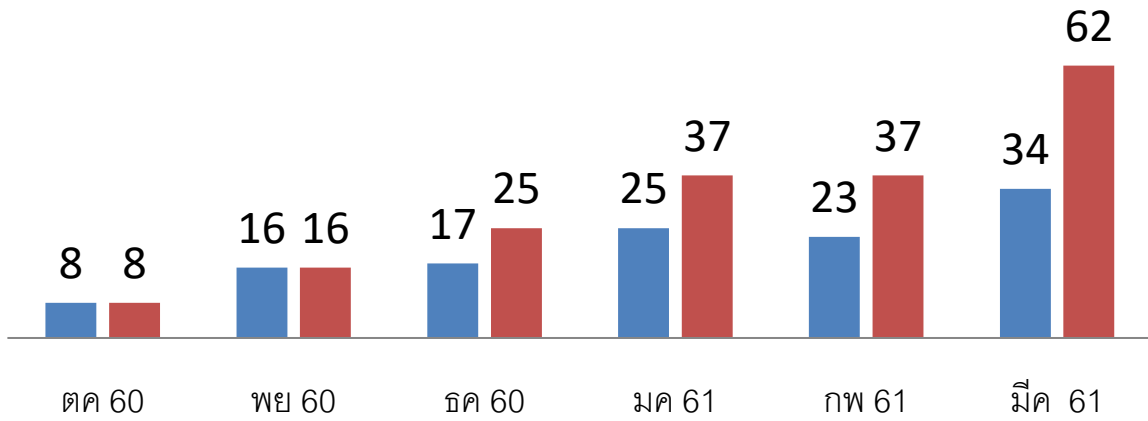
๓. ภาพรวม :

ปัญหา กลุ่มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases: NCD) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง มะเร็ง และอื่นๆ ที่ต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต โรคและอาการเหล่านี้ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง พยาธิสภาพ โรคก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายถึงชีวิต บางครั้งภาวะแทรกซ้อนก่อให้เกิดความพิการ ต้องเป็นภาระให้ครอบครัวดูแล และเกิดปัญหาสังคม และรายได้ เศรษฐกิจตามมา ประเทศต้องสูญเสียบุคลากร ยา/เวชภัณฑ์ และงบประมาณมหาศาลในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ บ่อยครั้งต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลนานและถี่ขึ้น ใช้จ่ายตลอดชีวิต เกิดภาวะผู้ป่วยล้นโรงพยาบาลและการ Re-admit เพิ่มขึ้น เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน (Home health care) เมื่อวิเคราะห์และค้นหาปัญหาหรืออุปสรรคของการส่งต่อเคสเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้าน พบว่า แบบฟอร์มการส่งต่อมีเนื้อหามากไป (๓ หน้า) ซ้ำซ้อน (วาดแผนที่/ ลักษณะบ้าน) ไม่เข้าใจเนื้อหาที่ต้องใส่ข้อมูล ไม่มีเวลา เนื่องจากมีภาระงานอื่นๆ ไม่ทราบว่าจะส่งไปแล้วได้เยี่ยมหรือเปล่า ไม่ทราบผลการเยี่ยม ทีมเยี่ยมบ้านไม่มา ประเมินผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

ปีงบประมาณ	เดือน	จำนวนผู้ป่วย		
		ส่งมาเยี่ยมบ้าน (คน)	ได้รับการเยี่ยมบ้าน (คน)	ได้รับการเยี่ยมบ้าน (ครั้ง)
พ.ศ. ๒๕๕๘	๑๒	๑๕๘	๑๑๙	๑๑๙
พ.ศ. ๒๕๕๙	๑๒	๑๑๓		
พ.ศ. ๒๕๖๐	๑๒	๑๑๖		
พ.ศ.๒๕๖๑ (ต.ค.-ธ.ค.)	๓	๔๑	๓๗	๔๙
พ.ศ.๒๕๖๑ (ม.ค.- มี.ค.)	๓	๘๒	๗๖ (เพิ่มขึ้น ๑๐๐%)	
เม.ย-มิ.ย	๕๐%	๘๒+๔๑ = ๑๒๓	๗๖+๗๖=๑๕๒	
กค- ต.ค	๕๐%	๑๒๓+๖๒ = ๑๘๕	๑๕๒+๑๕๒=๓๐๔	
ก.ย-ธ.ค		๑๘๕+๙๒ = ๒๗๗	๒๗๗	
		๔๑+๘๒+๑๒๓+๑๘๕=๔๓๑	๓๗+๗๖+๑๕๒+๓๐๔=๕๖๙	๑๑๙๔

## สถิติเยี่ยมบ้าน ปีงบประมาณ 2561

■ จำนวนผู้ป่วย ■ จำนวนครั้งการเยี่ยม



ลำดับ	กลุ่มเป้าหมาย	ปัญหา/อุปสรรคการดำเนินงานดูแลต่อเนื่งที่บ้าน
๑.	ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ	<p>๑. กลุ่มผู้ป่วยเพิ่มขึ้น</p> <p>๒. ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases: NCD) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ โรคไตวายเรื้อรัง มะเร็งและอื่นๆ บางครั้งภาวะแทรกซ้อนอันตรายถึงชีวิตหรือก่อให้เกิดความพิการ ต้องรักษาต่อเนื่องตลอดชีวิต นอนโรงพยาบาลถี่ขึ้น ระยะเวลาอนนอนขึ้น อัตราการ Re admit เพิ่มขึ้น</p> <p>๓. ความต้องการการดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ตามพยาธิสภาพและภาวะแทรกซ้อน</p> <p>๔. ความรู้และทักษะการดูแลตนเองของผู้ป่วย/ ผู้ดูแลไม่เพียงพอ</p>
๒.	ด้านเอกสาร/ แบบฟอร์มการส่งต่อ เยี่ยมบ้าน	<p>๑. แบบฟอร์มมีรายละเอียดเยอะเกินไป (๓ หน้า)</p> <p>๒. ข้อมูลที่ต้องการซับซ้อนเกินไป (วาดแผนที่)</p> <p>๓. ไม่เข้าใจ/ไม่ทราบวิธีการใช้แบบฟอร์ม (การจำแนกประเภทผู้ป่วย)</p> <p>๔. ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถลงข้อมูลได้ (ยา Home med/ยาเดิม)</p> <p>๕. ไม่มีแบบฟอร์มให้ลงข้อมูล</p>
๓.	บุคลากร/ผู้ให้บริการ (หออผู้ป่วย/ OPD/ คลินิก/ กลุ่มงาน สนับสนุน)	<p>๑. หออผู้ป่วย/ OPD ไม่ทราบขั้นตอนการส่งต่อเพื่อเยี่ยมบ้าน</p> <p>๒. ไม่มีเวลา เนื่องจากมีภาระงานอื่น</p> <p>๓. ไม่ทราบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องส่งเยี่ยมบ้าน</p> <p>๔. พยาบาลเยี่ยมบ้าน ไม่มาประเมินผู้ป่วยบนหออผู้ป่วย</p> <p>๕. ทีมสุขภาพอื่นๆ (กายภาพบำบัด โภชนากร นักจิตวิทยา สำนักงานเขต และ อสส. /ประธานหรือตัวแทนชุมชน) ไม่มีส่วนร่วมหรือมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยน้อยมาก</p>
๔.	ทรัพยากร/อุปกรณ์	<p>๑. ไม่มีรถเยี่ยมบ้านตามวันและเวลาที่ขอ</p> <p>๒. ไม่มีเครื่องมือสื่อสารและระบบสื่อสาร/สื่อในการติดต่อประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่ และระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>๓. คอมพิวเตอร์ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน</p>
๕.	บุคลากร/ผู้ให้บริการ (เวชศาสตร์ชุมชน)	<p>๑. เยี่ยมผู้ป่วยล่าช้า/ ไม่ได้เยี่ยม/เยี่ยมเฉพาะเคสที่ได้รับมอบหมาย</p> <p>๒. ไม่มีรูปแบบ/แบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมที่ชัดเจน</p> <p>๓. ไม่มีคู่มือการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเฉพาะรายโรค/รายกรณี</p> <p>๔. ไม่ส่ง/ส่งการรายงานผลตอบกลับหออผู้ป่วยน้อย</p> <p>๕. เยี่ยมผู้ป่วยปริมาณน้อย (๑๖ ราย: เดือน)</p> <p>๖. บุคลากรใหม่ ไม่เข้าใจ ขั้นตอน/กระบวนการปฏิบัติงานที่ตรงกัน</p>
๖.	ขั้นตอน/กระบวนการ ดูแลต่อเนื่งที่บ้าน	<p>๑. ประชุมคณะกรรมการปีละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒. คณะกรรมการและผู้ปฏิบัติงาน คนละคน</p> <p>๓. ระบบการประสานงาน การสื่อสารระหว่างทีมและขาดการเชื่อมโยง</p>

- เป้าหมาย :
๑. บุคลากร/ผู้ให้บริการ มีทัศนคติที่ดีต่อการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้าน
  ๒. กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนมีคู่มือ/ แนวปฏิบัติการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน แบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุม ชณะนอนโรงพยาบาล ตลอดจนดูแลต่อเนื่งที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
  ๓. ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่งที่บ้าน
  ๔. หอผู้ป่วย/ OPD ส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่งที่บ้านเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๒๐
  ๕. เพิ่มช่องทาง/ ระบบติดต่อสื่อสารระหว่างทีมเยี่ยมบ้าน และระหว่างผู้ป่วย กับทีมเยี่ยมบ้านที่สามารถเข้าถึงได้ตลอดเวลา ด้วย line application
  ๖. ลดขั้นตอน/ กระบวนการส่งต่อข้อมูลเพื่อดูแลต่อเนื่งที่บ้านของ หอผู้ป่วย/ OPD/ ศูนย์บริการสาธารณสุข/ สำนักงานเขต/ อสส./ ตัวแทนชุมชน ด้วยระบบออนไลน์ Google form
  ๗. เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องเยี่ยมบ้านด้วยการส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ Google form (แบบส่งต่อ และ แบบติดตามการดูแลต่อเนื่งที่บ้าน)
  ๘. ลดการใช้กระดาษ และการใช้กำลังคนเดินส่งเอกสาร ด้วยส่งข้อมูลผ่านระบบออนไลน์

แนวทางการพัฒนา :

Lean เพื่อลดขั้นตอน/ กระบวนการส่งต่อข้อมูลเยี่ยมบ้าน

เขียนกรอกแบบฟอร์มเยี่ยมบ้าน (กระดาษ)

คนงาน เดิน ส่งเอกสาร ที่ วชช.

## ขั้นตอน

## ระบบเดิม

## ระบบใหม่

๑.

พยาบาล IPD/OPD กรอกข้อมูลในแบบฟอร์มเยี่ยมบ้านเดิม (กระดาษ ๓ แผ่น)

Scan QR code  
พิมพ์ใน Google form  
(โทรศัพท์มือถือ/ คอมพิวเตอร์ PC)

๒.

คนงานเดินส่งเอกสาร ที่ วชช.  
-เสียเวลา ๑๐-๑๕ นาที  
-กดลิฟท์ ๗ บาท

ส่งผ่านระบบอินเทอร์เน็ต มาที่ วชช.

๓.

คนงานเดินกลับหอผู้ป่วย  
-เสียเวลา ๑๐-๑๕ นาที  
-กดลิฟท์ ๗ บาท

๔.

กรณีลงข้อมูลไม่สมบูรณ์ คนงานต้องนำเอกสารไปแก้ไขและนำกลับมาส่งอีกครั้ง

หากพิมพ์ข้อมูลที่จำเป็นไม่ครบ ระบบจะไม่ยอมให้ส่งข้อมูล

#### ๔. สาระสำคัญของการพัฒนา

พัฒนาขั้นตอน/ กระบวนการการดูแลต่อเนืองที่บ้าน

พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาวิชาชีพ

พัฒนาคุณภาพงานพยาบาลเยี่ยมบ้านโดยการใช้ ทฤษฎี/แนวปฏิบัติเวชปฏิบัติทั่วไป

แบบติดตาม โดยใช้ Inhome- sss เป็นแนวทางในการประเมินผู้ป่วย

วินิจฉัยปัญหาและให้การดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย กาย จิต สังคม จิตวิญญาณ

(Holistic care)

ใช้เทคโนโลยี ระบบออนไลน์ (Google form) ในการสร้างแบบฟอร์ม ส่งข้อมูล และบันทึกข้อมูล รวมถึง การวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณ เพื่อเพิ่มความถูกต้อง รวดเร็ว และลดการใช้กระดาษ

ใช้การมีส่วนร่วมของทีม ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานพื้นที่ เป็นหัวใจสำคัญ ในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน

ใช้ กระบวนการพยาบาล ๔ ด้าน ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ประกอบด้วย

- ประเมินปัญหา/ ความต้องการ
- วินิจฉัยและวางแผนแก้ปัญหาหรือความต้องการ
- ให้การพยาบาล
- สรุปผลการพยาบาล

โดยขั้นตอนดังกล่าว บันทึกด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Excel เก็บไว้เป็นข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์

#### ๕. ผลลัพธ์

สรุปว่า การดำเนินงาน แบบใหม่

๑.ลดขั้นตอนการดำเนินงานไป ๒ ขั้นตอน

๒.ลดการใช้กระดาษ

๓.ลดค่าใช้จ่ายจากการใช้ลิฟท์ไป ครั้งละ ๑๔ บาท

๔.ลดเวลาประมาณ ๓๐ นาที

๕.เพิ่มเวลาการปฏิบัติงานอื่นๆ ของคนงาน ๓๐ นาที

๖.เพิ่มความพึงพอใจสำหรับผู้ใช้ระบบ

๗.เพิ่มความถูกต้องของข้อมูลผู้ป่วย (การพิมพ์ชัดเจนมากกว่าการเขียน)

๘.มีคู่มือ/แนวปฏิบัติดูแลต่อเนืองที่บ้านเป็นลาตักซ์อักษร

๙.มีคณะกรรมการดูแลต่อเนืองที่บ้านปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ครอบคลุมทีมสหสาขาวิชาชีพ

๑๐.มี Line group ชื่อ เยี่ยมบ้าน รพส. เพื่อสื่อสารและรายงานความคืบหน้าการดำเนินงาน

ดูแลต่อเนืองที่บ้าน

๑๑.กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชน มีไลน์ ไอที สำหรับสื่อสาร หรือให้คำปรึกษากับญาติผู้ป่วย

๑๒.จำนวนส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนืองที่บ้านเพิ่มขึ้น **๖๗.๖๔%** เมื่อเทียบกับเดือนที่ผ่านมา

๖. บทเรียนที่ได้รับ

๑.การปรับเปลี่ยนระบบ/ ขั้นตอน/กระบวนการ ต้องอาศัยความรู้ที่มีมาตรฐาน และจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับผู้เกี่ยวข้องทุกคน ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน

๒.ความร่วมมือของทีม เป็นแรงผลักดันสำคัญให้งานสำเร็จ

๓.การใช้เทคโนโลยีสามารถช่วยให้การดำเนินงานรวดเร็วและถูกต้อง ลดขั้นตอนและสะดวกมากขึ้น แต่ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับงาน