

ใบสมัครนำเสนอผลงานวิชาการ/งานวิจัยหรือผลงานพัฒนา/นวัตกรรม
เพื่อนำเสนอในการจัดประชุมวิชาการโรงพยาบาลระยองประจำปี ๒๕๖๑

วันที่ ๖ - ๗ กันยายน ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุมใหญ่ ชั้น H อาคารบริการ ๑๒ ชั้น โรงพยาบาลระยอง

.....

๑. ชื่อเรื่อง การดูแลต่อเนืองที่บ้าน ประชาชนปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตดี ชีวีมีสุข
๒. ชื่อเจ้าของผลงาน นางสาวณีย์ อู่ยตระกูล
๓. ชื่อผู้นำเสนอ นางเพ็ญศิริ พรหมฮวด
๔. สถานที่ทำงาน กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน เบอร์โทรศัพท์ 2132
๕. E mail Address soawanee_num@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0815431432
๖. ลักษณะผลงาน ผลงานพัฒนา
๗. มีความประสงค์นำเสนอผลงานในรูปแบบ Poster Presentation

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา: การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประชาชนปลอดภัย มีคุณภาพชีวิตดี ชีวีมีสุข
2. คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน /Smart COC
3. สรุปผลงานโดยย่อ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านมีความสำคัญกับผู้ป่วยและผู้ดูแล ก่อให้เกิดความปลอดภัยมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่กับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

4. ชื่อผู้ประสานและสมาชิกทีม หมายเลขโทรศัพท์

นางเสาวณีย์ อู่ตระกูล กลุ่มงานการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลระยอง และคณะ โทรศัพท์ 081-3514259

5. เครื่องชี้วัด

1. อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพ.ระยอง ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน ร้อยละ 100
2. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่บ้านไม่เกินร้อยละ 5
3. อัตราผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตัวเองได้มากกว่าร้อยละ 80
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

6. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่ผ่านมา มีการส่งข้อมูลเป็นเอกสาร โดยส่งทางไปรษณีย์ เกิดปัญหาผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ทันเวลา เนื่องจากการส่งข้อมูลจากล่าช้า ข้อมูลไม่ชัดเจน ที่อยู่ไม่เป็นปัจจุบัน เกิดปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างเจ้าหน้าที่ไม่ตีส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านล่าช้าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีโอกาส re-admit ซึ่งได้รับการตอบกลับเยี่ยมบ้าน เพียงร้อยละ ๑๔ และยังพบว่าอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ที่บ้านไม่เพียงพอ ไม่มีระบบการสำรวจอุปกรณ์การแพทย์ รวมทั้งขาดการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพ

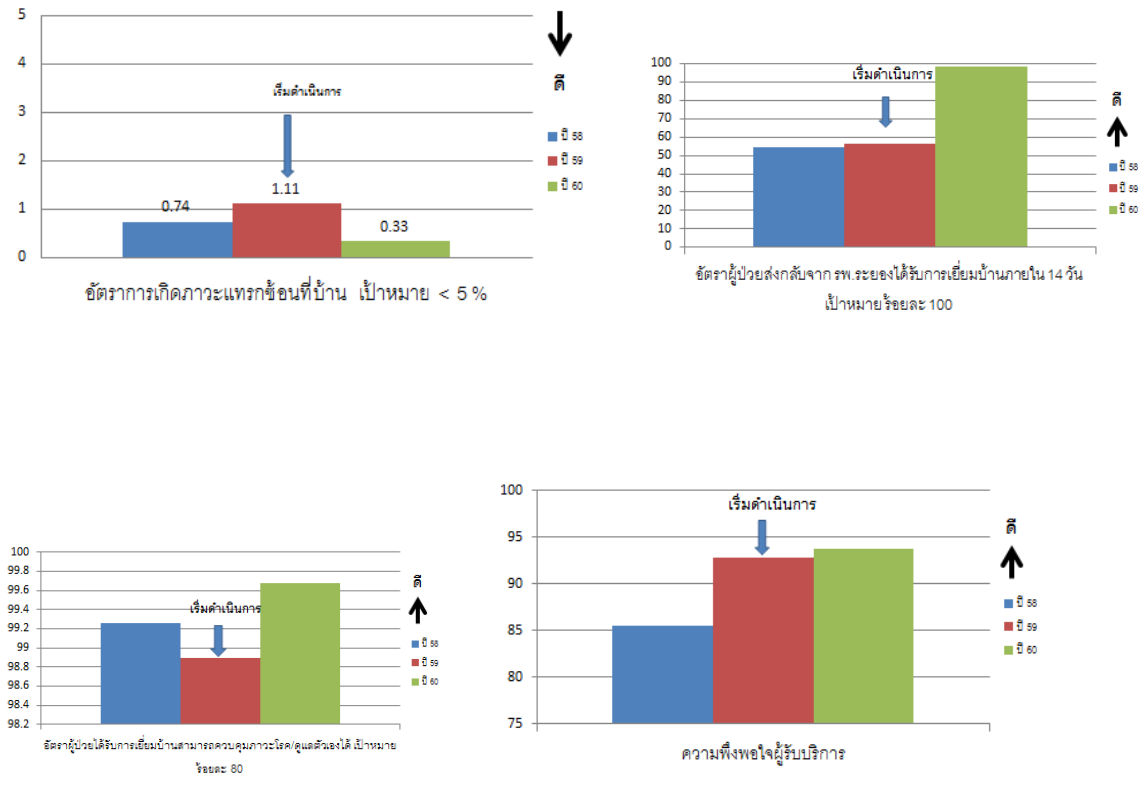
จากปัญหาดังกล่าวจึงได้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลแม่ข่ายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ทติยภูมิถึงปฐมภูมิ ทั้งเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์คุณภาพการเยี่ยมบ้านของกองการพยาบาล

7. กิจกรรมการพัฒนา

1. แต่งตั้งคณะกรรมการการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านทั้งระดับโรงพยาบาล / ระดับCUP / ระดับจังหวัดและระดับเขต
2. วางแผนประชุมคณะกรรมการระดับจังหวัด วิเคราะห์ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยประชุมร่วมกันทุก 6 เดือน เพื่อแก้ปัญหาและวางแนวทางในการทำงานร่วมกัน
3. พัฒนาการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้โปรแกรม Smart COC ระดับจังหวัดและระดับเขต
4. ประสานทีมสหวิชาชีพ (เภสัชกร / นักกายภาพบำบัด / แพทย์แผนไทย / นักโภชนาการ / สังคมสงเคราะห์ / ทีมจิตเวช / CM) ในรายที่มีปัญหาซับซ้อน เพื่อวางแผนในการดูแลต่อเนื่องร่วมกัน
5. จัดทำแนวทางปฏิบัติ (Work Instruction) ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตามกลุ่มโรคต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการพยาบาลชุมชน (เช่น กลุ่มโรค Stroke / DM / HT)

6. เพิ่มช่องทางสื่อสาร เพื่อปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น Line Group ระดับโรงพยาบาล / ระดับCUP / ระดับจังหวัดและระดับเขต
7. จัดทำ QR Code ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล เข้าถึงช่องทางความรู้ได้ง่ายขึ้น สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง เช่น การเช็ดตาและสะอาดอาหาร / การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เมื่อต้องไปทำงาน / cataract/colostomy / การฉีดอินซูลินด้วยปากกา / การฉีดอินซูลินด้วย Syringe / การเก็บเสมหะที่ถูกต้อง
8. จัดตั้งธนาคารครุภัณฑ์ระดับ CUP เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน เช่น เตียง / ถังออกซิเจน / เครื่องดูดเสมหะ และเครื่องพ่นออกซิเจน เป็นต้น
9. ประสานภาคีเครือข่าย มูลนิธิทั้งภาครัฐบาลและเอกชน เพื่อช่วยเหลือกลุ่มผู้ป่วยยากไร้ ไม่มีญาติ ไม่มีอาชีพ เช่น มูลนิธิบ้านสิราภรณ์ / คามิเลียน / กองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค และฝ่ายสังคมสงเคราะห์เทศบาลนครระยอง
10. นิเทศติดตามเครือข่ายเยี่ยมบ้านในระดับ รพ.สต. / รพช. และ รพท. ทั้งจังหวัด เพื่อทบทวนปัญหาอุปสรรคในการทำงานและหาแนวทางร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

8. การวัดผลและการเปลี่ยนแปลง



9.บทเรียนที่ได้รับ

1. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพในรายที่มีปัญหาซับซ้อน / ความเสี่ยงสูง / ทบทวนวรรณกรรมใหม่ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้านในกลุ่มโรคต่างๆ
2. ทบทวนแบบตบกลับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น แบบตบกลับ Long Term Care มีเนื้อหามากเกินไป ทำให้ใช้เวลามาก แต่ประโยชน์ที่ได้รับน้อย
3. ผู้ป่วยรายใหม่ที่พบในชุมชน หรือผู้ป่วยย้ายเข้ามาอยู่ในชุมชนทุกราย ต้องได้รับการเยี่ยมบ้านและมีการบันทึกข้อมูลเข้าโปรแกรม Smart COC