

การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

THE DEVELOPMENT OF A REFERRAL SYSTEM FOR CHRONIC DISEASE PATIENTS FROM PRAMONGKUTKLAO HOSPITAL TO HEALTH CENTERS OF BANGKOK METROPOLITAN ADMINISTRATION

สรเสรีชัย ไชลิอานาม* ประสิทธิ์ ลิระพันธ์**
อราดล เก่งการพานิช** ลักขณา เดิมศิริชัยกุล***

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร โดยใช้แนวคิดและกระบวนการพัฒนา ที่สำคัญ 4 ขั้นตอน คือ (1) การวิเคราะห์ระบบการส่งต่อที่มีอยู่ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับระบบการส่งต่อ และตัวอย่างระบบการส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาขึ้นในสถานบริการสุขภาพต่างๆ เป็นกรอบความคิดในการวิเคราะห์และประเมิน (2) การประเมินความเป็นไปได้และเงื่อนไข ในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อ ซึ่งเป็นความร่วมมือด้านนโยบาย โครงสร้างและระบบ การบริหารจัดการ และความพร้อมด้านทรัพยากรโดยเฉพาะบุคลากร (3) การยกย่องรูปแบบการส่งต่อ ผลการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1 และ 2 ใช้เป็นบทเรียนและกรอบความคิดในการยกย่องรูปแบบการส่งต่อ (4) การประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อ โดยบุคคล 3 กลุ่ม คือ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติและนักวิชาการ เพื่อได้ข้อคิดและข้อเสนอแนะนำมาพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่สามารถนำไปปฏิบัติได้สอดคล้องกับความจริงได้ดียิ่งขึ้น

ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร มีความจำเป็นที่ต้องทำ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและทิศทางการพัฒนาและการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง และหน่วยบริการสุขภาพทั้งสองแห่งก็มีความพร้อมที่จะปฏิบัติร่วมกัน ทั้งในเชิงนโยบาย บุคลากรและการบริหารจัดการ รูปแบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ ด้านโครงสร้างและระบบการส่งต่อ ที่ต้องจัดตั้งหน่วยงานในสถานบริการขึ้นใหม่ เพื่อหน้าที่ประสานงาน และดำเนินการ ด้านการเตรียมของบุคลากร ที่ต้องเสริมแนวคิดและเทคนิค วิธีปฏิบัติ และสุดท้าย คือ ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรและโครงการปฏิบัติการทั้งหมด ซึ่งระบบการส่งต่อที่ได้รับการพัฒนาขึ้นนี้ ได้รับความเห็นชอบจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะจากผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติ

ผลการศึกษาเรื่องนี้เน้นว่าเป็นประโยชน์โดยตรงต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในการจัดตั้งระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังตามรูปแบบที่ได้รับการพัฒนาขึ้น เพื่อปฏิบัติการให้เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและเพิ่มประสิทธิภาพของโรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุขได้มากยิ่งขึ้น และเป็นแบบอย่างความร่วมมือ ร่วมพลังและการสร้างเครือข่ายช่วยเหลือกัน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอยู่ในครอบครัว และสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิต นอกจากนี้รูปแบบการส่งต่อนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับสถานบริการสุขภาพประเภทอื่นๆได้

คำสำคัญ: การพัฒนา/ ระบบการส่งต่อ/ ผู้ป่วยเรื้อรัง

*พยาบาลหออภิบาลผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
***ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

This study developed a referral system for chronic disease patient from Pramongkutklao Hospital to Health Centers of Bangkok Metropolitan Administration. The study applied the following concepts and developmental processes. 1) Analyzing the present referral systems of Pramongkutklao Hospital and health centers of Bangkok Metropolitan Administration by applying the concepts and theories in regards to a referral system and the examples of referral systems developed in various health centers. This was in order to develop a conceptual framework for carrying the analysis and evaluation. 2) Evaluating the feasibility and conditions of developing the referral system by bolting at the readiness of the policy, structure, management system, and resources especially human resources. 3) Drafting a new model of the referral system by utilizing the outcomes of steps 1 and 2 as the lessons and conceptual framework. 4) Evaluating the referral model by using 3 groups of personnel: administrators, practitioners, and academics in order to get opinions and suggestions for developing the referral models that it can be put into practice effectively.

The result of the study showed that there was a need to develop a referral system in order to improve patients quality of life. Both health organizations are ready to work cooperatively in regards to policy, personnel, and management system. The referral model developed composed of 3 important components: referral structure and system, whereby a new unit must be established in the health service unit in order to collaborate and implement the activities; human resource preparation, whereby the personnel need to be enhanced in regards to concepts, techniques, and methods; and lastly, resource management and all action plans. This newly developed referral system was agreed upon by all related personnel, especially by the administrators and the practitioners.

The result of this study is directly useful for Pramongkutklao Hospital in establishing a referral system for chronic disease patients, that provides benefits for the patients, as well as increasing the service efficiency of Pramongkutklao Hospital and associated health centers. This new referral system will also be a good example of mutual cooperation and assistance between two organizations that can health, improve quality of life of patients, and their families. This type of developed referral system should be applied in various types of health service organizations.

KEY WORDS: DEVELOPMENT / REFERRAL SYSTEM / CHRONIC DISEASE PATIENT

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนารวมถึงประเทศไทยด้วย ได้มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า คือในปี พ.ศ. 2565 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อสูงถึง ร้อยละ 73.0 และมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ 60.0 โรคไม่ติดต่อที่คาดว่าจะมีปัญหาในอนาคต ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคซึมเศร้า การบาดเจ็บจากการจราจร โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สำหรับประเทศไทยพบว่ามีอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และหัวใจขาดเลือดของประชากรไทย ระหว่าง พ.ศ. 2541 - 2545 สูงขึ้นตามเวลาที่เพิ่มขึ้น จากการรวบรวมข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2547 พบอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเท่ากับ 7.9-11.8 ต่อประชากรแสนคน อัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูง เท่ากับ 3.3 - 5.1 ต่อประชากรแสนคน และอัตราการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือด เท่ากับ 3.6 - 14.4 ต่อประชากร

แสนคน เนื่องจากธรรมชาติของการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีผลกระทบต่องานชีวิตผู้ป่วยและครอบครัวทุกด้าน ผู้ป่วยเรื้อรังจึงต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งที่อยู่วิทยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพเป็นระบบที่ใช้โรงพยาบาลเป็นหลัก ไม่มีการจัดสถานบริการสำหรับความเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นการเฉพาะ รวมทั้งไม่มีนโยบายการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ชัดเจน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2550) ทำให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปสู่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้แก่ การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และระบบบริการสุขภาพที่เอื้อหรือไม่เอื้อต่อการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Kathleen, Sparbel และ Mary Ann Anderson, 2000 อ้างใน วันเพ็ญ พิศิธรชัย, 2546) ดังนั้นการพัฒนากระบวนการเพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวได้รับการส่งต่อข้อมูลและสนับสนุนให้มีความสามารถในการดูแลความเจ็บป่วย

เรื่องของตัวเองได้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นในการควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ ในขณะนี้และในอนาคต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดความต่อเนื่องและเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบผสมผสาน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย จึงนับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการด้านสุขภาพ (กิตติยา สาริสุต, 2540: 2) ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบของการส่งต่อ และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานได้มากขึ้น ระบบการส่งต่อทั้งส่งไปรับการรักษาและส่งกลับไปสู่ชุมชนจึงสอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่ชุมชน ตามรูปแบบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 3) บางโรงพยาบาลได้จัดตั้งทีมงานเฉพาะเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เตรียมส่งกลับเหล่านี้ วันเพ็ญ พิฆิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 8) แต่ในความเป็นจริงยังพบว่า มีผู้ป่วยเรื้อรังบางรายได้รับการดูแลที่บ้านล่าช้าเนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสาร ข้อมูลในการส่งต่อ การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณของรัฐในการสนับสนุน ทำให้เป็นการละเลยของผู้ป่วยและญาติในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมีสุขภาพ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคเฉียบพลันและโรคที่มีความซับซ้อน จากการศึกษามหาวิทยาลัยในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของกองอายุรกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก พบว่า สถิติโรคใน 3 ระดับแรก ในท้วงเวลา พ.ศ. 2547 - 2550 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติและการดูแลที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติที่มีความต้องการในการดูแลต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน พยาบาลจะติดต่อประสานงานกับญาติและชุมชน ญาติจะเป็นผู้ดำเนินการติดต่อขอรับบริการสาธารณสุข และจากการสัมภาษณ์และสังเกตกิจกรรมการดำเนินงานของโรงพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้ง 5 หอผู้ป่วย พบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังต้องมีการดูแลต่อเนื่องที่

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในทีมีสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นระบบบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

กรุงเทพมหานคร โดยมีกระบวนการและผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
2. การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเงื่อนไขการพัฒนาระบบการส่งต่อ
3. การพัฒนารูปแบบใหม่ของการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร
4. การประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. รวบรวมข้อมูลและการศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การศึกษาเอกสารการสังเกตและการสัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย
2. นำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่มีหน่วยประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้
3. ยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่โดยมีศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นหน่วยงานในการประสานงาน และประเมินรูปแบบการส่งต่อรูปแบบใหม่
4. จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับผู้ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั้งสองหน่วยงาน ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมและปรับรูปแบบการส่งต่อตามที่ผู้ปฏิบัติงานเสนอแนะ

5. นำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับ จัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับผู้บริหารและนักวิชาการ ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมและปรับรูปแบบการส่งต่อตามที่ผู้บริหารและนักวิชาการ

6. นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อรับข้อเสนอแนะ ประเมินความเป็นไปได้ของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพกองอายุรกรรม จำนวน 5 หอผู้ป่วย

เรื่องของตนเองได้ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นในการควบคุมและแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและในอนาคต เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเกิดความต่อเนื่องและเป็นการพัฒนาระบบสาธารณสุขแบบผสมผสาน ระบบการส่งต่อผู้ป่วย จึงนับได้ว่าเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการสาธารณสุขอนามัย (กิตติยา สาริสุต, 2540: 2) ปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบของการส่งต่อ และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานได้ขึ้น ระบบการส่งต่อทั้งส่งไปรับการรักษาและส่งกลับไปสู่ชุมชนมีสอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่การดูแลที่ชุมชน ตามรูปแบบของการดูแลอย่างต่อเนื่อง (วันเพ็ญ พิธิตรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 3) บางโรงพยาบาลได้จัดตั้งทีมงานเฉพาะเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่เตรียมส่งกลับเหล่านี้วันเพ็ญ พิธิตรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ, 2546: 8) แต่ในสภาพความเป็นจริงยังพบว่า มีผู้ป่วยเรื้อรังบางรายได้รับการติดตามเยี่ยมที่บ้านล่าช้าเนื่องจากปัญหาด้านการสื่อสาร ข้อมูลในการส่งต่อ การขาดแคลนบุคลากรและงบประมาณของรัฐในการสนับสนุน ทำให้เป็นการละเลยของผู้ป่วยและญาติในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ทางสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมสุขภาพ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยทั้งที่เป็นโรคเฉาะและโรคที่มีความซับซ้อน จากการศึกษานโยบายการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของกองอายุรกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นจำนวนมาก พบว่า สถิติโรคใน 3 ระดับแรก ในห้วงเวลา พ.ศ. 2547 - 2549 ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาญาติและการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติที่มีความต้องการในการดูแลต่อเนื่องสืบจากศูนย์บริการสาธารณสุขใกล้บ้าน พยาบาลจะติดต่อแพทย์เพื่อสรุปแผนการรักษา ญาติจะเป็นผู้ดำเนินการติดต่อขอรับบริการด้วยตนเอง และจากการสัมภาษณ์และสังเกตกิจกรรมของพยาบาลของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรม ทั้ง 5 หอผู้ป่วยพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จึงตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร เพื่อให้เป็นระบบบริการโรคที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการช่วยเหลือและสนับสนุนจากสถานบริการของรัฐที่จะเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร โดยมีกระบวนการและผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนี้

1. การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

2. การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเงื่อนไขการพัฒนาระบบการส่งต่อ

3. การพัฒนารูปแบบใหม่ของการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

4. การประเมินรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. รวบรวมข้อมูลและการศึกษาดูงานในหน่วยงานที่มีประสบการณ์ในการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง การศึกษาเอกสารการสังเกตและการสัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย

2. นำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่มีหน่วยงานประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เพื่อประเมินความเป็นไปได้

3. ยกร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่โดยมีศูนย์เตรียมความพร้อมเพื่อการดูแลต่อเนื่องเป็นหน่วยงานในการประสานงาน และประเมินรูปแบบการส่งต่อรูปแบบใหม่

4. จัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับผู้ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทั้งสองหน่วยงาน ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมและปรับรูปแบบการส่งต่อตามที่ผู้ปฏิบัติงานเสนอแนะ

5. นำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับ จัดการประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในระดับผู้บริหารและนักวิชาการ ผู้วิจัยสรุปข้อมูลที่ได้จากการประชุมและปรับรูปแบบการส่งต่อตามที่ผู้บริหารและนักวิชาการ

6. นำเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อรับข้อเสนอแนะ ประเมินความเป็นไปได้ของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าไปสู่อำเภอศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพกองอายุรกรรม จำนวน 5 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ อบ.4 ชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ อบ. 6 ชาย หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ 8/7 หญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/5 หอผู้ป่วยอายุรกรรมพิเศษ 8/6

2. ผู้ป่วยเรื้อรังและญาติ ที่เข้ารับการรักษาในช่วงเวลาที่เข้า

ทำการเก็บข้อมูล

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ซึ่งเป็นหน่วยงานที่รับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ญาติและผู้ป่วย มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง ขาดทักษะการดูแลตนเองทำให้ภาวะ ของโรครุนแรงขึ้นและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น ต้องกลับเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะเดิม วิตกกังวลเมื่อกลับไปบ้าน ไม่มั่นใจในการดูแล ต้องการให้เจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

คุณลักษณะของหอผู้ป่วยที่จะเข้าร่วมการวิจัย ได้แก่

1. หอผู้ป่วยจำหน่ายผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. ผู้ป่วยเรื้อรังอยู่ในเขตของพื้นที่ของระบบประกันสุขภาพ ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

3. เจ้าหน้าที่สมัครใจเข้าร่วมในการวิจัย

กรุงเทพมหานคร ได้แก่

1. พยาบาลวิชาชีพ หน่วยเยี่ยมบ้าน จากศูนย์บริการ สาธารณสุขในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 3 ศูนย์ ได้แก่ ศูนย์บริการสาธารณสุข 2 (ราชปรารภ) ศูนย์บริการสาธารณสุข 11 (ประดิพัทธ์) ศูนย์บริการสาธารณสุข 51 (วัดไผ่ตัน)

2. ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย ที่พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 3 ศูนย์ ติดตามเยี่ยมบ้านในช่วงเวลาที่ เข้าทำการเก็บข้อมูล

การเลือกกลุ่มตัวอย่างมีเกณฑ์ดังนี้

เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จากศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักงานมี กรุงเทพมหานคร โดยคัดเลือกศูนย์บริการสาธารณสุข ที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น ผู้วิจัยได้สร้าง เครื่องดังนี้

1. การสัมภาษณ์ ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย
2. การสังเกต การปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง
3. การประชุมกลุ่มย่อย
4. เครื่องบันทึกเสียง

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาการพัฒนาแบบการส่งต่อผู้ป่วยจาก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนัก กอนามัย กรุงเทพมหานคร เป็นการแสดงกระบวนการในการพัฒนา ระบบการส่งต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของ สถานบริการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการ ส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 3 ผลการยกย่องรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินร่างรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 1 ผลวิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของ สถานบริการสุขภาพ

1.1 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วย โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่เป็น โรงพยาบาลขนาดใหญ่ รับผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาใน โรงพยาบาลของตนเองและผู้ป่วยที่รับปรึกษาและส่งตัวมาจาก โรงพยาบาลอื่นทั้งในและสังกัดของกระทรวงกลาโหม

เนื่องจากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีผู้ป่วยที่ต้องการการ ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ป่วยที่นอนรักษาใน โรงพยาบาลระยะเวลานาน มีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงดังนั้น ในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จึงควรได้รับการประสานงานและความ ร่วมมือระหว่างสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่มีการวาง ระบบการบริการสุขภาพตั้งแต่หน่วยงานของโรงพยาบาล ไปจนถึง ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ สำหรับด้านนโยบายของโรงพยาบาล พระมงกุฎเกล้า จากการนำเสนอแนวทางในการส่งต่อเพื่อการดูแล ต่อเนื่อง พบว่าเป็นการดำเนินงานส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ที่บ้าน เป็นนโยบายหนึ่งของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

1.2 สรุปการวิเคราะห์สถานการณ์การส่งต่อผู้ป่วยของศูนย์ บริการสาธารณสุข พบว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อ เนื่องมาจากโรงพยาบาลมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่การทำงานมา เป็นระยะเวลานาน และมีขั้นตอนในการส่งต่อที่เป็นรูปธรรม แต่ เนื่องจากโรงพยาบาลที่ส่งต่อผู้ป่วยมาที่ศูนย์บริการสาธารณสุขไม่มี รูปแบบที่เหมือนกัน จึงทำให้ข้อมูลที่ได้รับการส่งต่อไม่ครบถ้วน ทำให้ต้องมีการสอบถามเพิ่มเติม ทำให้สูญเสียเวลามากขึ้น

ในด้านนโยบายของการรับผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้น เป็นนโยบายในการทำงานด้านหนึ่ง ทำให้การดำเนินงานสามารถ ส่งต่อได้ตามขั้นตอน ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องได้รับการส่ง ต่อที่ครอบคลุมกับปัญหาที่มีอยู่

ขั้นตอนที่ 2 ผลการประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานต้องการ การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องระหว่างหน่วยงานให้เกิด ในด้านความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ พบว่าทั้งสองหน่วยงานมีความ พึงพอใจ เนื่องจากการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งต่อที่นำเสนอ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการประสานงานและส่งต่อผู้ป่วยได้ถูกต้อง และ ตรงตามหลักการในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อีกทั้งการดำเนินงาน ในลักษณะไม่เกิดความซ้ำซ้อนกันในการให้การพยาบาล หรือเพิ่ม ภาระงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่อยู่เดิม จึงทำให้เกิดความพึง



พอใจทั้งสองฝ่าย ในด้านของผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจมาก ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าว

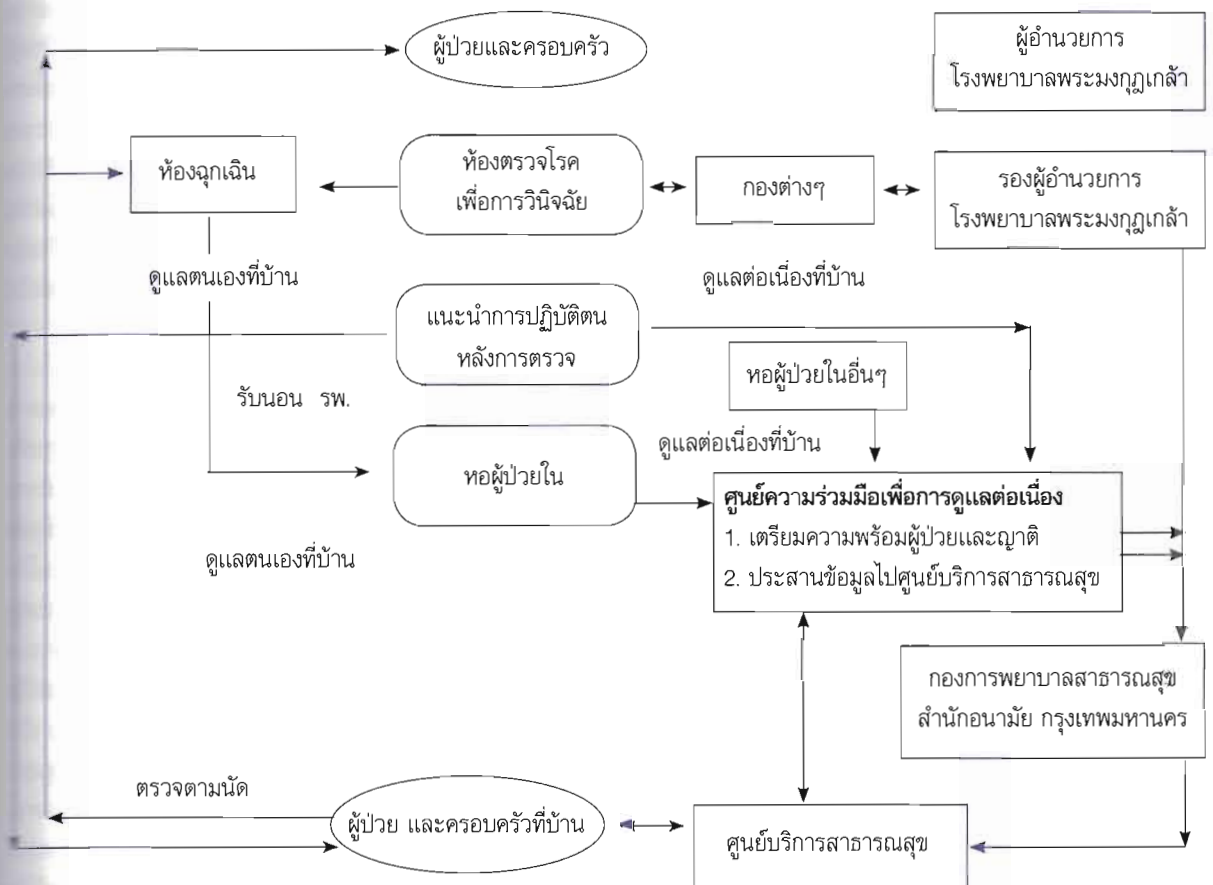
จากการนำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ พบว่า บุคลากรของทั้งสองหน่วยงานมีความพึงพอใจในการที่จะดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ได้นำเสนอ ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญต่อการประเมินความพึงพอใจได้ก่อนที่จะดำเนินงานใดๆ ทั้งนี้เพื่อให้ได้รับการยอมรับและการปฏิบัติตามแนวทางที่ได้นำเสนอ หากการเริ่มต้นทำงานใดๆ ไม่เป็นที่ยอมรับของบุคลากรหรือผู้ป่วย ตลอดจนหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การดำเนินงานต่อไปอาจไม่ได้รับความร่วมมือและไม่สามารถปฏิบัติงานต่อไปได้

ขั้นตอนที่ 3 ผลการยกย่องรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย
เรื่อง ผลการยกย่องรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่าข้อมูลเชิงแนวคิดและทฤษฎีของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบกับสถานการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มที่มากขึ้น และส่งผลกระทบทั้งในด้านการรักษา ค่าใช้จ่าย การนอนรักษาที่ใช้เวลานานทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยอื่นได้ ดังนั้นในการนำเสนอรูปแบบของการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับความ

คิดของผู้บริหารทั้งสองหน่วยงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดูแลอยู่

จากการที่ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องรูปแบบใหม่นี้ นอกจากความพึงพอใจในการที่จะดำเนินงานตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่ที่ได้นำเสนอของบุคลากรทั้งสองฝ่าย ผู้ป่วยและญาติ ผู้วิจัยเห็นความสำคัญของการยกย่องรูปแบบของงานให้เกิดขึ้น เนื่องจากในหน่วยงานที่ไม่ได้มีการดำเนินงานในลักษณะนี้มาก่อน ผู้ปฏิบัติงานอาจไม่มีความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง หรืออาจไม่ทราบแบบบันทึกในการส่งต่อของผู้ป่วยมาก่อน ดังนั้นหากมีแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและแบบบันทึกเป็นตัวอย่างก็จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย ผลการประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยของผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร พบว่ารูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นระหว่างสองหน่วยงานนั้น มีความเหมาะสมทั้งในตัวรูปแบบและแบบบันทึกที่ได้สร้างขึ้น ดังนั้นจึงควรมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานงานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องเกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง



การอภิปรายผล

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ระบบการส่งต่อในปัจจุบันของสถานบริการสุขภาพ

(1) เงื่อนไขการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย

จากเงื่อนไขการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย ในด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน โดยผู้ป่วยหรือญาติเป็นผู้ดำเนินการส่งเอกสารการส่งต่อข้อมูล ศูนย์บริการสาธารณสุขมีงานส่งต่อผู้ป่วยทั้งเพื่อการรักษาต่อเนื่อง และรับการประสานงานจากโรงพยาบาลที่ต้องการการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน แต่เนื่องจากยังไม่มี การส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลักษณะงานดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นว่า เงื่อนไขในการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องที่สำคัญที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้รับการดูแลที่ตามแนวทางของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

(2) ขั้นตอนการรับ - ส่งต่อผู้ป่วย

ขั้นตอนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยในด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เป็นลักษณะของการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา ในขณะที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมีลักษณะของการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยทั้งเพื่อการรักษาและรับกลับเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ลักษณะงานที่ส่งต่อผู้ป่วยและรับกลับเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องนั้น จะเป็นการส่งเสริมให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลต่อเนื่องและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ขั้นตอนในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยดังกล่าวสอดคล้องกับแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยของกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รูปแบบของการส่งต่อทางการแพทย์และสาธารณสุข แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การส่งต่อจากประชาชน หรือสาธารณสุขมูลฐานมายังระบบบริการ ระยะที่ 2 การส่งต่อระหว่างสถานบริการ ระยะที่ 3. การส่งต่อภายในสถานบริการ ระยะที่ 4 การส่งกลับชุมชน

(3) ศักยภาพของโรงพยาบาลในการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ในด้านศักยภาพของทั้งสองหน่วยงานในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านนั้น ด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีความพร้อมทั้งในด้านบุคลากร เครื่องมือสำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขนั้น เป็นหน่วยงานระดับปฐมภูมิที่มีหน้าที่โดยตรงในการรับ - ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในด้านศักยภาพและหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้น ทั้งสองหน่วยงานมีความเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาระบบการบริการพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ทัศนา บุญทอง, 2545: 29)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินความเป็นไปได้ของการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วย

(1) ด้านนโยบายและบุคลากร

การประเมินความเป็นไปได้ในการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วยด้านนโยบายของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่ามีการส่งต่อเพื่อการรักษาต่อเนื่องสำหรับการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่พบแนวทางในการปฏิบัติ สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุข มีนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องและการปฏิบัติอย่างชัดเจนจะเห็นได้ว่าหากหน่วยงานมีนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน จะทำให้การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ชชาติวุฒิ จำจด (2551: 284) ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัย เพื่อคุณภาพชีวิตของบุคลากรโรงพยาบาล พบว่า การจัดบริการที่ดีนั้น จะต้องเตรียมความพร้อมทุกด้านอย่างเป็นระบบ มีนโยบายที่ชัดเจนทำให้บุคลากรทุกคนเห็นเป้าหมายเดียวกัน มีเครือข่ายในการดำเนินงานที่มีทักษะการทำงานเป็นทีม

(2) ด้านระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่

ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันด้านโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ในหน่วยงานต่างๆ ของโรงพยาบาลเริ่มมีความสนใจและพัฒนาการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ก่อนกลับบ้าน และพัฒนาการประสานงานกับสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้านของผู้ป่วย สำหรับศูนย์บริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานตามระดับงานคือระดับปฐมภูมิ และปฏิบัติได้ถูกต้องตามระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551: 109) พบว่า ปัจจัยภายนอกที่มีผลต่อการดำรงอยู่ของต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังในระยะยาว คือระบบสุขภาพ และระบบการเบิกจ่ายหรือการตอบแทนการบริการสุขภาพ ดังนั้นการจะสนับสนุนให้ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังดำรงอยู่ในระยะยาว ระบบสุขภาพต้องคำนึงผลประโยชน์ด้านธุรกิจของหน่วยบริการ โดยการจัดระบบที่มีค่าตอบแทน และการส่งกลับไปหน่วยงานที่เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

(3) ด้านหลักการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

เนื่องจากโรคเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายและต้องการการดูแลต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระหว่างหน่วยงานทั้งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและศูนย์บริการสาธารณสุข มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สอดคล้องกับต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) แต่ยังขาดความเชื่อมโยงการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานและการใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลทางคลินิก ผลการศึกษาดังกล่าวยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551: 86) และการศึกษาของ นันทวัน สุวรรณรูป (2546: 50) ได้แก่ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกลวิธีที่สำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชนหรือที่บ้าน การวางแผนการจำหน่ายเป็นขบวนการในการดูแลตามความต้องการของผู้รับบริการที่ได้รับการประเมินปัญหาและความต้องการ การวางแผน การดำเนินการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้เกิดการรักษาขาดตอน ซึ่งจะมีเงื่อนไขในเรื่องลำดับเวลา

พื้นที่ในการดูแล และการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีเกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 การยกย่องรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

(1) ขบวนการในการยกย่องรูปแบบ

ในการยกย่องรูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ขบวนการยกย่องรูปแบบโดยการศึกษาความรู้ และการแลกเปลี่ยนความรู้ของผู้วิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งต่อผู้ป่วยจะทำให้ได้รับข้อมูลที่ต้องการของผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งจะนำมาแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง ในการดำเนินงานลักษณะดังกล่าวต้องใช้เวลาและความอดทนในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลและผู้ที่ดำเนินการเก็บข้อมูลในลักษณะนี้จะต้องมีความคล่องตัว มีเวลา และมีใจรักในการค้นคว้าข้อมูลในลักษณะดังกล่าว ซึ่งการจัดการความรู้ในลักษณะที่ได้กล่าวมานั้น สอดคล้องกับ ประพนธ์ ผาสุขยิต (2550: 30) การจัดการความรู้เป็นกระบวนการดึงเอาความรู้ที่มีอยู่ภายในองค์กรออกมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดเก็บเพื่อให้อุคลากรสามารถเข้าถึง และสามารถนำมาใช้ในการพัฒนางานได้

(2) รูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังที่มีศูนย์ความร่วมมือเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เป็นหน่วยงานในการประสานการส่งต่อข้อมูลของแพทย์ที่หน่วยงานทั้งสองยอมรับทั้งหลักการและเหตุผลที่เหมาะสมในการจัดตั้ง การวางแผนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยที่ดี จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการลดอัตราการป่วย ตาย พิการ และการกลับเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำอีก Water (1987) อ้างใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย 2546: 55) ระบุว่า การจัดบริการการดูแลที่ต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน จะต้องมีการจัดการประสานงานที่ชัดเจน รวมทั้งการสื่อสาร และการให้ข้อมูลทั้งในระหว่างบุคคล ทีมสุขภาพ และองค์กร การส่งต่อข้อมูลที่ไม่ชัดเจนหรือไม่เพียงพอมีผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ผลการศึกษาสอดคล้องกับข้อสรุปด้านปัญหาและอุปสรรคในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข ในเรื่องการขาดระบบติดต่อสื่อสารและหน่วยงานในการประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่อง โดย วรพร ชาวสวนเจริญ (เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2551: 9)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินร่างรูปแบบใหม่ของการส่งต่อผู้ป่วย

ในการประชุมเพื่อพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำเสนอ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นและการนำเสนอแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วย ในการประชุมผู้เข้าร่วมประชุม ให้ข้อเสนอแนะและพิจารณารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำเสนอ ซึ่งข้อมูลที่ได้รับเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบที่สร้างขึ้น และเป็นประโยชน์ต่อไปในอนาคตในการส่งต่อผู้ป่วย

ระหว่างสองหน่วยงาน การประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกรียงไกร พันธุ์ไทย (2550: บทคัดย่อ) พบว่า เครือข่ายการจัดการความรู้ เป็นกระบวนการสร้างกิจกรรมการจัดการความรู้และการจัดการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือระหว่างองค์กร ผ่านทางกิจกรรมการจัดการความรู้ ซึ่งก็คือการสร้างความรู้ การแลกเปลี่ยน เผยแพร่ความรู้ และการนำความรู้ไปใช้ พร้อมทั้งประเมินผลที่ได้จากการนำความรู้ไปปฏิบัติ การสร้างกิจกรรมการจัดการความรู้นี้จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อสมาชิกของเครือข่ายนั้นมีจุดมุ่งหมาย วัตถุประสงค์อย่างเดียวกัน และสิ่งสำคัญ คือ การสร้างบรรยากาศ และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยน และการถ่ายทอดความรู้ระหว่างสมาชิกที่มาจากแต่ละหน่วยงาน แต่ละองค์กร ที่มีความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป ทำให้ภายในเครือข่ายมีความรู้ และประสบการณ์ที่หลากหลาย การสร้างเครือข่ายการจัดการความรู้ ควรดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกับพันธกิจหลักขององค์กร เพื่อเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมให้องค์กรสามารถสร้างความรู้เพื่อต่อยอดเป็นนวัตกรรมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรังระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ไปสู่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงนำเสนอผลการศึกษา ดังนี้

2.1 ข้อเสนอแนะต่อโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ควรนำรูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้พัฒนาขึ้น ไปใช้ในการปฏิบัติจริง โดยมีหลักสำคัญ 3 ประการที่ควรเร่งรัดการดำเนินงาน คือ

(1) การจัดตั้งหน่วยงานเพื่อการประสานงาน การส่งต่อผู้ป่วยเรื้อรัง และเป็นหน่วยกลางในการประสานงานการส่งต่อรูปแบบใหม่

(2) การเตรียมความพร้อมให้กับเจ้าหน้าที่ ในการเข้าสู่ระบบการส่งต่อรูปแบบใหม่

(3) ประสานความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ตลอดจนหน่วยตรวจโรค ซึ่งเป็นหน่วยงานของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

รูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยรูปแบบใหม่นี้ ผู้รับประโยชน์โดยตรง คือ ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษซ้ำ ลดค่าพาหนะในการเดินทาง เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ผลทางอ้อมคือ ช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศ และข้อมูลในการส่งต่อผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะช่วยให้เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สามารถเตรียมอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้อง และเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ติดตามเยี่ยมอาการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.2.1 ผู้วิจัยเสนอให้มีการวิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามระบบการส่งต่อที่พัฒนาขึ้น และนำไปใช้ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.2.2 การวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ที่สอดคล้องกับรูปแบบการส่งต่อที่หลากหลาย แตกต่างกันตามเงื่อนไข และบริบทของแต่ละโรงพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. (2545). การประชุมวิชาการ การศึกษาวิชาการผดุงครรภ์และการพยาบาล. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนพิมพ์อักษร.
- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. (2551). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง พยาบาลกับการประสานความร่วมมือในทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.
- ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. (2536). การพัฒนาการดำเนินงานระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ของกรุงเทพมหานคร โดยใช้หลักการบริหารแบบมีส่วนร่วม. สารานุกรมสุขภาพสตรีฉบับที่ 1. สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันัญญา บุตะโลม. (2544). การพัฒนาแบบบันทึกการวางแผนการจำหน่ายและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรพร ชาวสวนเจริญ. (2551). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง.
- วิโรจน์ เจียมจรัสศรี. (2551). รูปแบบจำลองการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 ม.ค. – มี.ค. หน้า 82 - 90.
- วันเพ็ญ พิธิตพรชัย และอุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2546). การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศูนย์วิจัยทางการแพทย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง การพัฒนา Themes การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและการจัดการอาการ.
- ศูนย์การศึกษาต่อเนื่องทางการแพทย์พยาบาลรามธิบดี. (2550). เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การส่งเสริมความเป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง.
- สุรีย์ ลิ้มมงคล. (2549). เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน: สู่การดูแลที่ยั่งยืน. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขากรุงเทพมหานคร. (2547). เอกสารเครือข่ายงานสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค กรุงเทพมหานคร.
- Alexy, B; Benjamin-Coleman, R; and Brow, S. "Home healthcare and client outcome" Home Healthcare Nurse. Vol. 19 No. 4 April 2001, 233-239.
- Plotkin, K. and Roche, J. "The future of home and hospice" Home Healthcare Nurse. Vol. 18 No. 7 Jult / August. 2000, p. 442-448.
- Salter, M. (2002). Discharge planning: patient and carer satisfaction. Primary Health Care, 12, 43-46.
- Sparbel K. J. H. & Anderson M. A. (2000). Integrated literature review of continuity of care: Part 1, conceptual issue. Journal of Nursing Scholars