

CUP ตาคลี กับกระบวนการจัดการความรู้ Home health care

Paper 2: ถอดบทเรียน การดำเนินงานจัดการความรู้ เรื่อง การบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care)

วันที่ 26 มิถุนายน 2552 เจ้าหน้าที่ CUP ตาคลีได้มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานจัดการความรู้ เรื่อง การบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย (ที่เป็น CVA, DM, HT, จิตเวช, ไตวายเรื้อรัง, มะเร็งปากมดลูก, COPD, พิการ, มะเร็งเต้านม, มารดาอายุต่ำกว่า 20 ปี, ลมชัก, วัณโรค) ที่บ้านของแต่ละสถานบริการสาธารณสุข และการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาลตาคลี เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 16 แห่ง และเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองตาคลี โดยได้ข้อสรุปบทเรียนดังต่อไปนี้

สิ่งที่ทำได้ดีจากการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

- การศึกษาปัญหาของผู้ป่วย

1. มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยก่อนไปเยี่ยมบ้าน และมีการเตรียมการก่อนการเยี่ยม เช่น การเตรียมวัสดุ / อุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต ปรอทวัดไข้ เครื่องตรวจน้ำตาล อุปกรณ์การทำแผล ฯลฯ
2. มีการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย โดยการตรวจร่างกาย และหาแนวทางในการช่วยเหลือ / ปรีกษาที่มงานที่เกี่ยวข้อง
3. มีการศึกษาครอบครัว / ผู้ดูแลผู้ป่วย การประเมินภาวะเครียดของผู้ดูแลในรายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ต้องดูแลตลอดเวลา
4. มีการประเมินความเครียด / ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย และให้การช่วยเหลือ กรณี case ที่มีปัญหาค่อนข้างรุนแรง มีการประสานขอความช่วยเหลือจากงานสุขภาพจิตของ รพ. และเข้าไปเยี่ยมบ่อยๆรวมทั้งสื่อสารข้อมูลให้ญาติ / ผู้ดูแลได้รับทราบเพื่อหาแนวทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยร่วมกัน
5. มีการประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่มีความเสี่ยงเช่น แสงสว่าง ห้องน้ำ รววจับในห้องน้ำ สภาพพื้น เป็นต้น
6. มีการใช้แผนภูมิครอบครัวในการประกอบการดูแลเรื่องของโรคทางพันธุกรรม และทราบลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น อยู่คนเดียว หรืออาศัยอยู่กับบุตรหลาน

- **การดูแลสุขภาพผู้ป่วย**

1. มีการประสานทีมงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าไปช่วยดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพ / หรือ ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย เช่น โภชนาการไปให้คำแนะนำในเรื่องการเตรียมอาหารทางสายยาง / อาหารเสริม นักกายภาพบำบัดช่วยประเมินผู้ป่วยและการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมต่อการฟื้นฟู เช่น ที่นอน เตียงนอน และเภสัชกรเพื่อดูแลเรื่องการให้ยา
2. มีการแนะนำผู้ป่วย / ญาติในการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดูแล / ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เช่น แนะนำเรื่องห้องส้วม และการปรับที่นอนให้เหมาะสม เป็นต้น
3. มีการให้คำแนะนำ ในการจัดทำอุปกรณ์สำหรับช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจากภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่นราวไม้ไผ่สำหรับฝึกเดิน เตียงนอนสำหรับผู้ป่วย CVA ที่ญาติทำขึ้นเองจากวัสดุที่หาง่าย ซึ่งสามารถปรับหัวเตียงได้ เป็นต้น มีการประสานช่วยเหลือผู้ป่วย / ญาติที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจหรือไม่มีความพร้อมเพื่อขออุปกรณ์ทำแผล ยืมเครื่องช่วยเดิน เช่น WALKER T-POINT และจัดหาเต้านมเทียม รวมทั้งสอนโภกศิระะในผู้ป่วยที่กำลังให้ยาเคมีบำบัด

- **การมีส่วนร่วมของชุมชน**

1. ชุมชนมีความกระตือรือร้นในการค้นหาปัญหาของประชาชนในชุมชนของตนเอง มีการส่งต่อผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาลเพื่อให้เข้าไปช่วยดูแล
2. มีการประสานความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน เช่น อสม. ชมรมคนพิการอาสาสมัครดูแลคนพิการ พระภิกษุในชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีนโยบายที่ชัดเจนในการดำเนินงาน (Home Health Care) ของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาคลี (กรณีศึกษา 1case / 1 สถานบริการ)
2. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. มีการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ทำให้สามารถรับทราบปัญหาทางด้านจิตใจ/สังคม และช่วยแก้ไขให้ตรงประเด็น
4. เจ้าหน้าที่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย / ญาติ “ชื่นใจเมื่อเห็นผู้ป่วยดีขึ้น”
5. สามารถสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วย/ญาติ สามารถทำได้ โดยให้ทดลองทำให้อ่อน ประเมิน และสอนซ้ำ
6. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับชุมชนทำให้ได้รับความร่วมมือ (มีผู้ป่วยที่ชุมชนต้องการให้เยี่ยม)

7. ได้รับการสนับสนุนความรู้ทางวิชาการ จากเครือข่ายบริการชุมชน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่อง
8. ครอบครัว / ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ต้องเสริมพลังอำนาจให้ครอบครัว / ผู้ดูแลสามารถทำตัวเอง
9. บุคลากรสาธารณสุข สนับสนุนอุปกรณ์ / ข้อมูล ให้ผู้ดูแล
10. ความเชื่อมั่นต่อสถานบริการสาธารณสุขในเรื่องศักยภาพของสถานบริการ การสร้างความคุ้นเคยกับชุมชน
11. การเสริมแรงจิตใจทางบวกให้กับผู้ป่วย เช่น พุดให้กำลังใจ ใช้บุคคลที่ผู้ป่วยรักใคร่ ห่วงใย เช่นบุตร เป็นแรงเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการมีชีวิตอยู่
12. มีการประสานความร่วมมือจากหลายส่วน เช่น อสม. พระภิกษุ ชมรมคนพิการ gxHo9ho

ข้อเสนอแนะวิธีปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

1. ควรมีการกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยที่จะให้บริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน และกำหนดเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยให้ชัดเจน ทำไม่ต้องเลือกผู้ป่วยรายนี้ คาดหวังหรืออยากเห็นอะไรในผู้ป่วยรายนี้
2. การเยี่ยมผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนใหญ่ทำได้แค่การให้กำลังใจ ควรเพิ่มการให้คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย และการเตรียมการเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้กับญาติ / ครอบครัว
3. การไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแล้วแก้ปัญหาผู้ป่วยได้ไม่หมด ผู้ป่วยไม่ดีขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่รู้สึกท้อ ควรมีการประเมินความจำเป็น และความคาดหวังของผู้ป่วยและญาติ เพื่อวางแผนในการดูแลร่วมกัน
4. การประสานงานเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยที่ให้การเยี่ยมบ้านแล้วอาการไม่ดีขึ้น เช่น มีการติดเชื้อลามไปถึงกระดูก ควรส่งพบแพทย์ที่โรงพยาบาลต่อไป
5. หากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ยังไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่มี ซับซ้อน ควรขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ รพ. ในการร่วมทีมเยี่ยม หรือให้ เพิ่มเติมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต.
6. ควรมีการสนับสนุนอุปกรณ์การทำแผล เช่น ผ้าก๊อซ สำลี แอลกอฮอล์ ในผู้ป่วยที่ยากจนให้มีใช้อย่างเพียงพอโดยใช้้อย่างประหยัด
7. ควรจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพดีเริ่มที่บ้าน (Home Health Care) โดยเฉพาะเพื่อการติดตามอย่างต่อเนื่อง และสามารถวัดผลสัมฤทธิ์ของงานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

อุปสรรคในการปฏิบัติงาน

1. ความเชื่อของผู้ป่วย / ญาติ เช่น กรณีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวทำให้เด็กได้รับสารอาหารครบถ้วน
2. การสนับสนุนเรื่องงบประมาณที่ต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น นมเด็ก (ญาติขอสนับสนุนทุกเดือน เนื่องจากมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เจ้าหน้าที่ไม่สามารถตอบสนองได้)
3. ภาระงานของบุคลากรสถานีนานามัยมีมาก ขณะที่บุคลากรมีน้อย หากสถานีนานามัยไม่มีพยาบาลวิชาชีพ การให้บริการด้วยทักษะการพยาบาลแบบวิชาชีพโดยตรงจะขาดหายไป
4. ความรู้ของเจ้าหน้าที่ในเรื่องการให้คำปรึกษา / แนะนำ เช่น การทำ Dialysis ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังซึ่งขณะนี้เริ่มมีผู้ป่วยที่ ส่งต่อมาให้เยี่ยมเพิ่มขึ้น

สาเหตุของการเกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

1. บุคลากรน้อย/ภาระงานมาก
2. ขาดความต่อเนื่องของการเยี่ยมบ้าน

ข้อเสนอแนะวิธีป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

1. นโยบายเรื่องการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะมีการสนับสนุนจำนวนบุคลากรให้เพิ่มมากขึ้น ทั้งพยาบาลวิชาชีพ ทันตภิบาล
2. การกำหนดหัวข้อความรู้ในตารางวิชาการของสถานีนานามัยให้สอดคล้องกับส่วนขาด/ประเด็นยังเป็นปัญหาในการติดตามเยี่ยมบ้าน เช่น ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยล้างไต

ข้อเสนอแนะ / สิ่งที่ต้องทำเพิ่มเติม

1. การแนะนำเรื่องการมารับบริการทำขาเทียม ที่ศูนย์ขาเทียมใน รพ.ตาดคลี สำหรับผู้ป่วยที่ ถูกตัดขา หรือพิการทางขาขาด
2. การให้คำแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก / การวางแผนครอบครัวในกลุ่มคนพิการ
3. การวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. กรณีที่ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ถูกต้อง ควรมีการจัดทำภาชนะสำหรับใส่ยาให้ผู้ป่วย และทำสัญลักษณ์ว่ารับประทานอย่างไร (ตัวอย่างกระป๋องใส่ยาสำหรับคนพิการ)
5. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่เป็นโรคระบาดในพื้นที่ (เช่นกรณีผู้ป่วยที่ ต.หนองโพ) เจ้าหน้าที่ไม่ควรเข้าไปเป็นจำนวนมากเพราะจะทำให้ชาวบ้านแตกตื่น ตกใจ อาจใช้วิธีเข้าไปเยี่ยมในระยะแรกและโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะๆ
6. การสนับสนุนเรื่องกายอุปกรณ์ สำหรับช่วยฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย จาก Simple Technology โดย

การให้คำแนะนำในการทำ การสาธิตกายอุปกรณ์จากรูปภาพ ของจริงให้ผู้ป่วย/ญาติดู หรือช่วยทำให้กรณีญาติไม่พร้อม

7. การเพิ่มเติมความรู้เรื่องการเขียนแผนภูมิครอบครัวให้กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยโดยพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว เมื่อนำไปใช้ใน Family Folder

หมายเหตุ ในปี 2553 ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โรคไตวายเรื้อรังแต่ยังอยู่ระหว่างการสรุปผลการดำเนินงาน

ข้อมูลโดย: ทีมงาน CUP ตาคลี จ.นครสวรรค์

เรียบเรียงโดย: ทีมวิชาการ สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน
สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล