

**การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง:
การวางแผนจำหน่าย**



ดร. วรณัน ประสารอริคม RN.

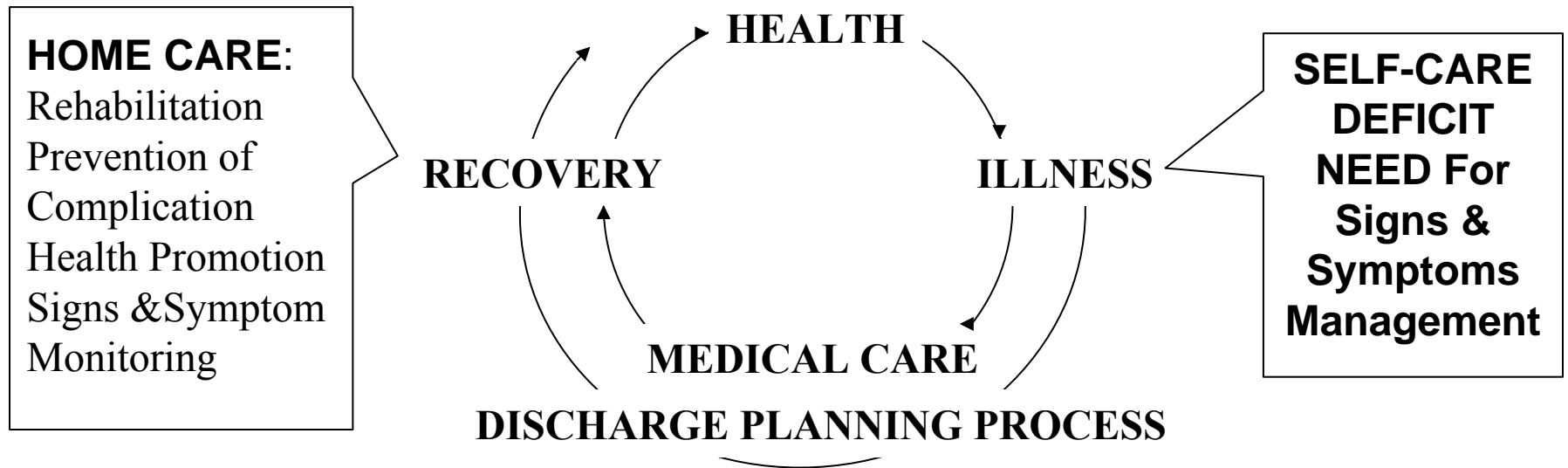
Ph.D. (Home Health Care Nursing)

MSN. (Adult Home Care Nurse Practitioner)

MS. (Public Health Nursing)

E-mail: worranan01@yahoo.com

Discharge planning & the continuum of care



Transition: Level of care
Type of caregivers

การปฏิรูประบบสุขภาพ

การปฏิรูประบบสุขภาพ เป็นการปรับในระดับ
กระบวนทัศน์ (Paradigm) ที่มีการเชื่อมโยง
หลายมิติมากกว่า ไม่แยกส่วนเรื่องระบบสุขภาพ
ออกจากบริการทางการแพทย์ ทั้งคู่ต้องปรับตัว
ไปพร้อมกัน ไม่ตั้งรับเน้นบริการเชิงรุก

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2547). 3 ปีบนเส้นทางปฏิรูประบบสุขภาพ
แห่งชาติ. กรุงเทพฯ: บริษัท สร้างสื่อ จำกัด. (หน้า 4)



สมัชชาสุขภาพ : สมัชชาสุขภาพ

สุขภาพ : สุขภาวะ ไม่ได้มีความหมายแค่เรื่องโรค การรักษาโรคเพียงเท่านั้น แต่สุขภาพหมายถึง “สุขภาวะที่เป็นองค์รวม ทั้งมิติทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ปัญญา)” ซึ่งหมายถึงการอยู่ร่วมกันของคน ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อมอย่าง . “อยู่เย็นเป็นสุข”

สมัชชาสุขภาพ : สมัชชาสุขภาพ คือ กระบวนการ หรือเวที ที่ทุกฝ่ายจะ
ได้เข้ามาร่วมกันสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพหรือสุขภาวะของเราทุกคน

สร้างนำซ่อม

การสร้างเสริมสุขภาพ คือการสร้างเสริมปัจจัย
ทั้งปวงที่ทำให้มีสุขภาพดี ทั้งทางปัจเจกบุคคล
ทางสังคม ทางสิ่งแวดล้อม และทางนโยบาย

**“Health is integral in total
human and social development”**

**“สุขภาพนั้นบูรณาการอยู่ใน
การพัฒนามนุษย์และสังคม”**

ส่วนที่ 3 การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ

มาตรา 72

ให้ส่งเสริมสนับสนุนการบริการสาธารณสุขที่เน้นการดูแล
สุขภาพประชาชนอย่าง**ต่อเนื่อง**ร่วมกับประชาชน

ให้ความสำคัญในมิติเชิงมนุษย์และสังคมด้วยแนวคิดที่เป็น
องค์รวม

มีการ**เชื่อมโยง**การจัดบริการสาธารณสุขต่างๆ เข้าด้วยกัน
เพื่อให้เกิดการทำงานอย่างรับผิดชอบร่วมกัน

เน้นการส่งเสริมสนับสนุนการ**พึ่งตนเอง**ด้านสุขภาพของ
ประชาชนควบคู่ไปด้วย

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการพัฒนาระบบการพยาบาล

1. คุณภาพและต้นทุน(Quality and Cost Management)
2. ผู้ใช้บริการต้องสามารถเข้าถึงบริการได้ตลอดเวลา
(Accessible at all time)
3. ต้องเป็นการรักษาพยาบาลที่มีต่อเนื่อง (Continuity)
4. เป็นการใช้ทรัพยากรที่เป็นลักษณะของการผสมผสานองค์
ความรู้ระหว่างองค์ความรู้พื้นฐานและความรู้ทางตะวันตก (The
use of integration tradition and Western knowledge)

(ศิริอร สินธุ 2545)

พยาบาลต้องให้บริการอะไรบ้าง

สุขภาพ (Health) หมายถึงสุขภาพะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางศีลธรรม ซึ่งมี 4 มิติ คือ

การส่งเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรคและทุพพลภาพ

การรักษา

การฟื้นฟูสภาพเมื่อเป็นโรคแล้ว

(เกษม วัฒนชัย 2545)

ทำไมต้องพัฒนาระบบการบริการสุขภาพที่ต่อเนื่อง

Managed Care หมายถึงการให้บริการสุขภาพที่มีระบบประกันสุขภาพครอบคลุม แต่มีเงื่อนไขการควบคุมการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลหรือการดูแลสุขภาพ เช่น โครงการประกันสังคม โครงการ 30 บาท ประกันเอกชน และ สวัสดิการข้าราชการ

Managed Care: Costs containment
with high quality of care



Health Service System



Health Behaviors of Health Providers



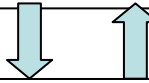
Increased Health Promotion



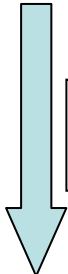
Decreased IPD



Increased Ambulatory Care



Increased Home Care



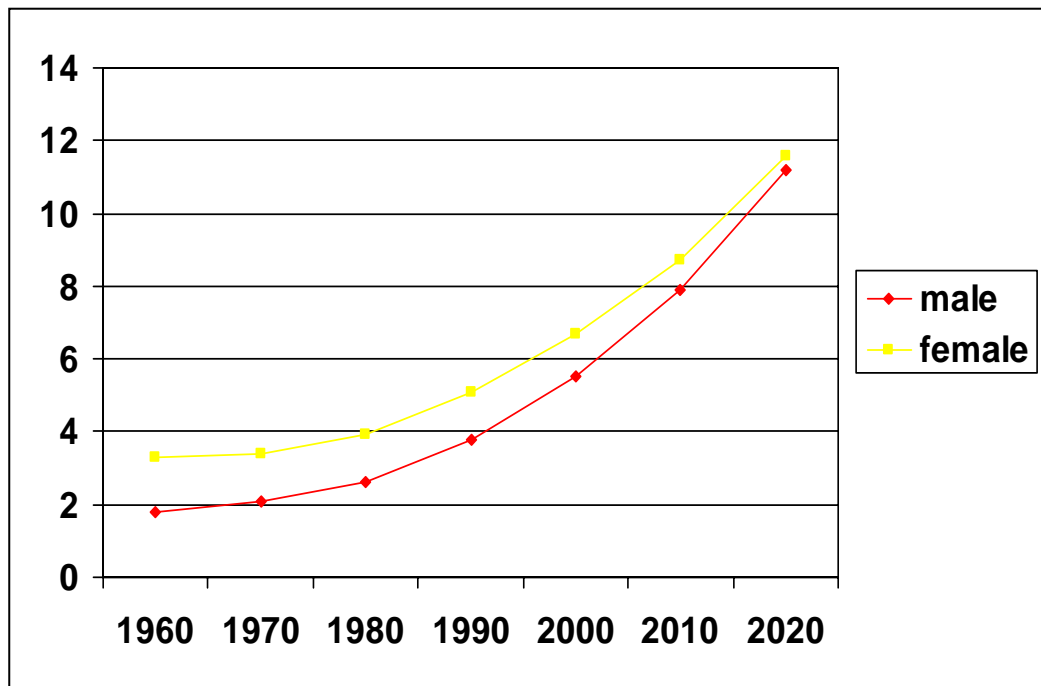
Decreased Length of Hospital Stay



Half-way House

ความสำคัญของการดูแลต่อเนื่อง

โครงสร้างประชากรที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น



ปี 1960/พ.ศ. 2503

มีร้อยละ 4.6

ปี 1990/พ.ศ. 2533

มีร้อยละ 7.36

ปี 2020/พ.ศ. 2563

มีร้อยละ 15.28

Jitapunkul, S. (2000). *Elderly Women in Thailand: A Current Status*.
Bankok: Chulalongkorn University Printing House. (p. 14)

Life Expectancy (years) at Birth

| year | Male | Female |
|-----------|-------|--------|
| 1959-1961 | 53.64 | 58.74 |
| 1969-1971 | 57.70 | 61.35 |
| 1975-1980 | 59.25 | 63.19 |
| 1985-1990 | 62.24 | 66.19 |
| 1995-2000 | 67.36 | 71.74 |
| 2005-2010 | 68.86 | 73.00 |
| 2015-2020 | 70.07 | 74.11 |

(Jittapunkul, 2000)

Life expectancy of Thai at different ages by sex in 1995-1996

| Age group | Male | Female |
|------------------|--------------|---------------|
| 60-64 | 20.29 | 23.89 |
| 65-69 | 17.14 | 20.20 |
| 70-74 | 14.18 | 16.89 |
| 75-79 | 11.87 | 14.60 |
| 80 | 10.90 | 13.60 |

Jitapunkul, S. (2000). Elderly Women in Thailand: A Current Status. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (p. 14)

การสำรวจจำนวนประชากรที่มีอายุมากกว่า 100 ปี
เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2548

| เขต | จำนวน | เขต | จำนวน |
|---------------|-------|----------------------|-------|
| 1. บางซื่อ | 298 | 6. ราชเทวี | 190 |
| 2. ดุสิต | 212 | 7. บางคอแหลม | 183 |
| 3. บางกอกน้อย | 200 | 8. จอมทอง | 117 |
| 4. วัฒนา | 193 | 9. ป้อมปราบศัตรูพ่าย | 100 |
| 5. จตุจักร | 192 | 10. บางแค | 95 |

ข่าวเดลินิวส์ วันที่ : 14 เมษายน 2549

2. จำนวนผู้ป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นและต้องการการดูแลรักษาเป็นเวลานานในโรงพยาบาล

| Problem \ Age | Male | | | Female | | |
|----------------------|-------|-------|------|--------|-------|------|
| | 60-64 | 65-69 | 70+ | 60-64 | 65-69 | 70+ |
| DM | 4.1 | 4.3 | 4.2 | 4.4 | 6.8 | 5.5 |
| HT | 8.1 | 8.2 | 15.7 | 12.6 | 10.8 | 16.5 |
| COPD | 4.3 | 5.3 | 7.9 | 3.4 | 4.6 | 5.0 |
| CHD | 1.8 | 4.3 | 2.6 | 1.3 | 2.5 | 2.5 |
| Hypercholesterolemia | 15.1 | 13.9 | 11.8 | 25.5 | 25.1 | 21.4 |
| Arthralgia | 51.9 | 52.5 | 55.7 | 64.5 | 69.4 | 64.9 |
| Back pain | 49.5 | 53.7 | 50.2 | 52.6 | 52.6 | 54.7 |

(Jittapunkul, 2000)

Chronically Ill Patients

ความหมาย

ผู้ที่มีความพิการหรือภาวะเบี่ยงเบนไปจากปกติซึ่งมี
คุณลักษณะดังต่อไปนี้ตั้งแต่ ๑ หรือ ๒ อย่างขึ้นไป คือ
มีการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร มีความพิการหลงเหลืออยู่
พยาธิสภาพที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่ปกติต้องการการ
ฟื้นฟูสภาพ หรือการติดตามเพื่อประเมินสังเกต และ
ดูแลเป็นระยะเวลานาน (Chronic Illness Committee,
1955)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ดูแลหรือครอบครัวจะเผชิญอนาคตที่มี
ข้อจำกัดและไม่แน่นอน (Restricted & uncertain future)
ความไม่สุขสบาย รวมทั้งมี ภาวะ Burden ซึ่งสัมพันธ์กับ
ความพยายามที่จะควบคุมการดำเนินโรคและ ต่อสู้กับ
ภาวะเจ็บป่วย ความพยายามที่จะดำเนินชีวิตอย่างปกติ
และอยู่อย่างมีความหวัง (Wagner, Austin & Von Korff,
1996)


Self-Management Task of Chronically Ills

To achieve optimal outcomes in the management of chronic illness

 มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพ และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพของร่างกาย ได้แก่ การออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่เหมาะสม การพักผ่อนนอนหลับ

 มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด

 ติดตามดูแลภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจของ
ตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถตัดสินใจที่จะจัดการกับ
อาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

 จัดการกับผลกระทบของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับการ
ทำหน้าที่ในบทบาทที่สำคัญ กับอารมณ์และความรู้สึกมี
คุณค่า และกับสัมพันธภาพกับคนอื่นๆ

(Clark & Colleagues, 1991)

Causes of Ineffective Self-Management

สาเหตุของการจัดการตนเองอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ความล้มเหลวของผู้ให้บริการในการประเมิน

ความสามารถของผู้ป่วยในการทำหน้าที่

(Functional status) ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และ

การจัดการตนเอง (Self-management)

Causes of Ineffective Self-Management

สาเหตุของการจัดการตนเองอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ดูแลรู้สึกว่าจะไม่ได้ถูกเตรียมสำหรับการดูแลผู้ป่วย
ต้องมารับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอย่างเร่งด่วนเมื่อ
จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถ
ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย
และจิตใจ

Causes of Ineffective Self-Management

สาเหตุของการจัดการตนเองอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

ผู้ให้บริการไม่ได้ให้โอกาสผู้ป่วยที่จะได้รับความรู้
และระบบการสนับสนุน หรือแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์กับผู้ป่วยคนอื่นๆ

(Wasson, Keller, et al., 1992; Rubenstein et al., 1989;
Cameron & Gregor, 1987; Connelly, 1987; Smith & Hoppe,
1991; Cohen et al., 1994; Cassell, 1991; Orleans et al., 1985;
Sobel, 1995; Ruberman, 1992; Spiegel, 1995)

Reasons of Suboptimal Outcomes

■ การตรวจพบความผิดปกติ หรือภาวะสุขภาพที่ทรุดลงล่าช้า เพราะการประเมินภาวะสุขภาพไม่สม่ำเสมอหรือไม่สมบูรณ์ หรือการติดตามที่ไม่เพียงพอ เช่น การนัดมาตรวจนานๆ ครั้ง

■ ความล้มเหลวในการจัดการความเจ็บป่วย และ
ปัจจัยเสี่ยง อาจเป็นผลจากผู้ป่วยละเลยที่จะทำ และ
ไม่แสดงออกถึงความต้องการความรู้ในการจัดการ
ตนเอง และ ผู้ให้บริการไม่ได้ประเมินปัญหานี้
ไม่ได้สอน ให้แรงกระตุ้นและสะท้อนกลับอย่าง
สม่ำเสมอและเพียงพอ

■ การบริการที่ไม่มี

ประสิทธิภาพทำให้คุณภาพการ

ดูแลลดลง

■ ความกดดันทางจิตสังคม

ไม่ได้รับการประเมินและการ

ดูแลที่เพียงพอ



Home Medication

ผู้ป่วยได้รับยาโดยเฉลี่ย 6 ชนิด (SD = 3.52) พิสัย 0 – 19

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามจำนวนยา

| จำนวนยา | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------|-------|--------|
| ไม่มียา | 9 | 3.9 |
| 1 – 2 ชนิด | 28 | 12.0 |
| 3 – 4 ชนิด | 49 | 20.9 |
| ≥ 5 ชนิด | 148 | 63.2 |

Home Medication

ผู้ป่วยได้รับยาโดยเฉลี่ย 6 ชนิด (SD = 3.52) พิสัย 0 – 19 (n = 225)
จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามจำนวนยา และอายุ

| จำนวนยา | อายุผู้ป่วย (จำนวน-%) | | | | รวม |
|------------|-----------------------|---------|----------|-----------------|------------|
| | 0-14.9 | 15-39.9 | 40-59.9 | 60 [↑] | |
| 1 – 2 ชนิด | 12(42.9) | 3(10.7) | 8(28.6) | 5(17.8) | 28(12.4) |
| 3 – 4 ชนิด | 7(14.3) | 4(8.2) | 12(24.5) | 26(52.0) | 49(21.8) |
| ≥ 5 ชนิด | 8(5.4) | 7(4.8) | 35(23.6) | 98(66.2) | 148(65.8) |
| รวม | 27(12.0) | 14(6.2) | 55(24.4) | 129(57.3) | 225(100.0) |

**จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยและยาที่มีการบริหารยาตลาดเคลื่อน
จำแนกตามครั้งที่ของการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว**

| ครั้งที่ของการเยี่ยมผู้ป่วย | การบริหารยา ตลาดเคลื่อน | |
|-----------------------------|-------------------------|------------|
| | จำนวนผู้ป่วย(%) | จำนวนยา(%) |
| 1 | 52(22.2) | 92(58.2) |
| 2 | 14(6.0) | 30(19.0) |
| 3 | 5(2.1) | 18(11.4) |
| 4 | 1(0.4) | 3(1.9) |
| 5 | 1(0.4) | 11(7.0) |
| 6 | 1(0.4) | 1(0.6) |
| 8 | 1(0.4) | 1(0.6) |
| 9 | 1(0.4) | 2(1.3) |

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย จำแนกตามกลุ่มยาที่พบว่ามีการ
บริหารยาคลาดเคลื่อนที่บ้าน

| กลุ่มยา | จำนวน(ราย) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|------------|-------------|
| Beta Blocker | 11 | 19.0 |
| Analgesic & Anticoagulants | 10 | 17.2 |
| ACE Inhibitor | 7 | 12.1 |
| Oral Antidiabetic Agents | 6 | 10.3 |
| Antihypertensives | 6 | 10.3 |
| Antacids | 6 | 10.3 |
| Antihyperlipidemic Agents | 5 | 8.6 |
| Insulins | 5 | 8.6 |
| Antituberculosis | 3 | 5.1 |
| Corticosteroid | 3 | 5.1 |

จำนวนผู้ป่วยและจำนวนยาที่มีการบริหารยาตลาดเคลื่อนที่บ้าน จำแนกตามชนิดของปัญหา

| ปัญหา | จำนวนผู้ป่วย | จำนวนยา |
|--|--------------|---------|
| ผิดขนาดยา | 21 | 26 |
| ผิดขนาดยาและเวลา | 14 | 75 |
| ไม่รับประทานยา | 14 | 39 |
| ผิดเวลา | 4 | 5 |
| ผิดเทคนิค | 3 | 3 |
| ปัญหาอื่นๆ-รับประทานยาซ้ำ (ต่างชื่อยา) | 2 | 4 |
| -ยาไม่พอถึงวันนัด | 1 | 2 |
| -ชื่อยามากินเพิ่มเอง | 4 | 4 |

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจำแนกตามสาเหตุของปัญหา 6 อันดับแรก

| สาเหตุของปัญหา | จำนวน | ร้อยละ |
|--|-------|--------|
| ไม่อ่านฉลากยา ใช้ความเคยชิน | 17 | 29.3 |
| ไม่ทราบข้อบ่งใช้และไม่แน่ใจผลจากการใช้ยา | 11 | 19.0 |
| ตามัว อ่านฉลากยาไม่ได้ | 5 | 8.6 |
| รับการรักษาหลายแห่ง ได้ยาชนิดเดียวกัน | 5 | 8.6 |
| ฉลากยาหลุดหาย | 3 | 5.2 |
| อ่านหนังสือไม่ออก | 2 | 3.4 |

สาเหตุอื่นๆ เช่น ปัญหาเศรษฐกิจทำให้ไม่มีเงินซื้อยา มีผู้ดูแล 2 คนให้ยาซ้ำ เปลี่ยนยาตามคำแนะนำของญาติ ลืม ยาหล่นหาย

Chronic Illness and Home Care

☺ Home care services ease the transition from the hospital to home (Berkman et al., 1991)

☺ Home care services enhance the quality of care at home following hospitalization (Williams, Blue, & Langlois, 1994)

☺ Home care patients are readmitted to hospital less frequently than non-home care patients (Leiby & Shupe, 1992)

Hospital Readmission among chronically ill patients (Madigan et al., 2001)


 **Hospital readmission rate: 24%**

 **Reasons of hospital readmission:**

48.4% new problems

35.5% worsening of a primary diagnosis

29.0% worsening of a secondary diagnosis

 **Hospital readmission is a multidimensional concern:** patients, caregiver/family, health care provider and health care system

 **Predictors:** Increased age, increased severity of illness, history of prior rehospitalization

ผลกระทบต่อระบบบริการ

**ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะโรงพยาบาล
ขนาดใหญ่ที่ใช้ Advance Technology**

การพัฒนาและรับรองคุณภาพ Hospital Accreditation



อะไรคือความแตกต่างที่ HA ต้องการให้เกิดขึ้น?

ผลลัพธ์สุดท้ายที่ต้องการ คือ การดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ

ดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ ดูแลด้วยความเคารพในสิทธิผู้ป่วย

ประเด็นสำคัญในการรับรอง: กระบวนการดูแลผู้ป่วย

- มีการทำงานเป็นทีม
- มีการเตรียมความพร้อมและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ
- มีการประเมินแรกรับที่สมบูรณ์และวางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
- กระบวนการดูแลรักษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ
- มีการบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนสมบูรณ์เพียงพอสำหรับการดูแลต่อเนื่อง
- มีการเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่าย

Continuing Care

กระบวนการของกิจกรรมหลายๆ อย่าง ที่มีทั้ง ผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพร่วมมือกันทำงานในการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย จากโรงพยาบาลสู่บ้าน

กิจกรรมได้แก่ การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพ ตั้งเป้าหมาย วางแผน กระทำ และประเมินผล

พันธกิจของบริการพยาบาลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1. เน้นคุณภาพสูงสุด (High Quality)
2. ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Center Care)
3. บุคลากรมีความพึงพอใจ (Staff Satisfaction)
4. สร้างทีมคุณภาพ ผสมผสานการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ
(Quality of health care team)
5. การประสานงานระหว่างหน่วยงานเพื่อเอื้ออำนวยให้
ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากที่สุดตามปัญหาของ
ผู้ป่วย (Institutionally integrated)

6. จักระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมกับลักษณะ จำนวน และความรุนแรงของผู้ป่วย (Compatible with case mix, volume, and intensity)
7. บนพื้นฐานการวิเคราะห์งาน (Based on work analysis)
บนพื้นฐานของความต้องการการดูแลเฉพาะทาง (Based on the uniqueness of each patient care area)
8. บนพื้นฐานของการวิจัยประเมินผล (Based on evaluation research)
9. สนับสนุนเป้าหมายขององค์กร (Supportive of institutional objectives)

Discharge Planning

Planning for Continuing Care

Patient Planning

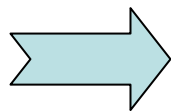
“Vehicle which moves the patient to the proper level of care”



Discharge Planning

กระบวนการสำหรับเตรียมผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลซึ่งประกอบไปด้วยระยะต่างๆ ตั้งแต่ admit จน
Discharge ซึ่งในแต่ละระยะจะคาดหมาย การเปลี่ยนแปลง
ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เพื่อที่จะกำหนดเป้าหมาย
ระยะยาวสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

Key Aspects



- Dynamic process
- Interactive communication
- Patient centered

Discharge Planning

วัตถุประสงค์

- ☺ ลดจำนวนวันที่อยู่รักษาในโรงพยาบาลและ ลดการกลับมาอยู่รักษาในโรงพยาบาลอีก (Decrease hospital length of stay and unplanned rehospitalization)
- ☺ เพิ่มคุณภาพการประสานงานบริการที่ให้กับผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายโดยการส่งต่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ลดช่องว่างระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน (Improve Coordination & Transitional Care)

ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย

- 1) ลดต้นทุนการรักษาพยาบาล
- 2) ลดจำนวนวันอยู่โรงพยาบาล โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง
- 3) ใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน
- 4) เพิ่มการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันที่บ้าน ("hospital at home") และช่วยให้มีการเผชิญปัญหาและปรับตัวอย่างเหมาะสมในการเปลี่ยนผ่านไปสู่บ้าน
- 5) เพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และครอบครัว

(Schwartz 1991).

Discharge Planning

Discharge Planning is an interdisciplinary responsibility that focuses on coordination across the continuum of care

Steps in Discharge Planning Process

- ✦ **Assessing admission**
- ✦ **Making decisions regarding post-hospitalization care**
- ✦ **Engaging in comprehensive communication**
- ✦ **Involving a multidisciplinary team**
- ✦ **Completing discharge procedures (e.g. checking discharge medications)**

Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research*, 20, 72-77.

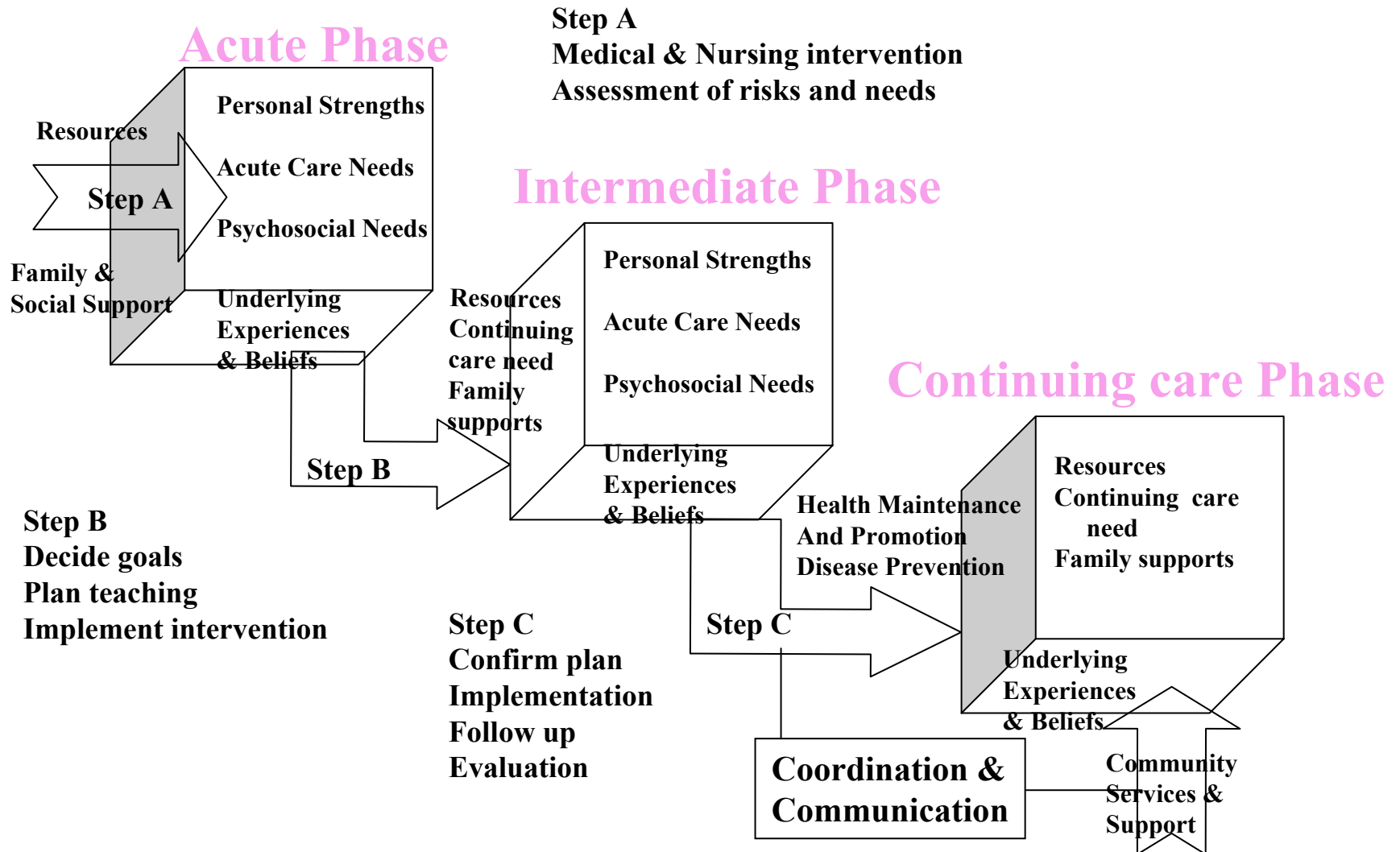
Discharge Planning

Four stages of discharge planning

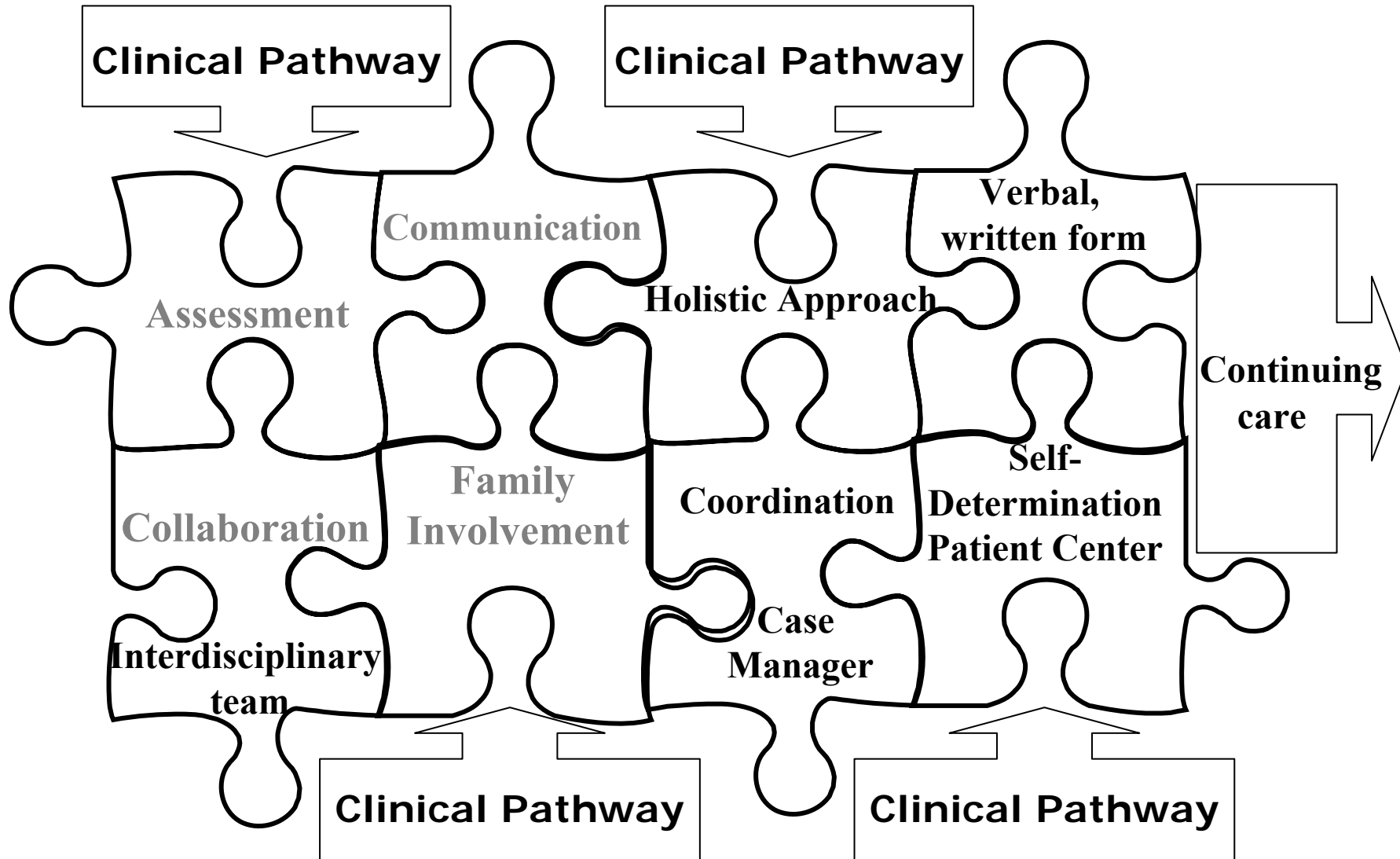
- ① Getting to know the patient
- ② Identifying initial discharge plans
- ③ Getting the patient ready to go home
- ④ Assessing older adults' transition back to the community

Foust, J. B. (2007). Discharge planning as part of daily nursing practice. *Applied Nursing Research, 20*, 72-77.

Phase of Care & D/C Planning Process



Essential Component of Discharge Planning



Assessment

Holistic Approach

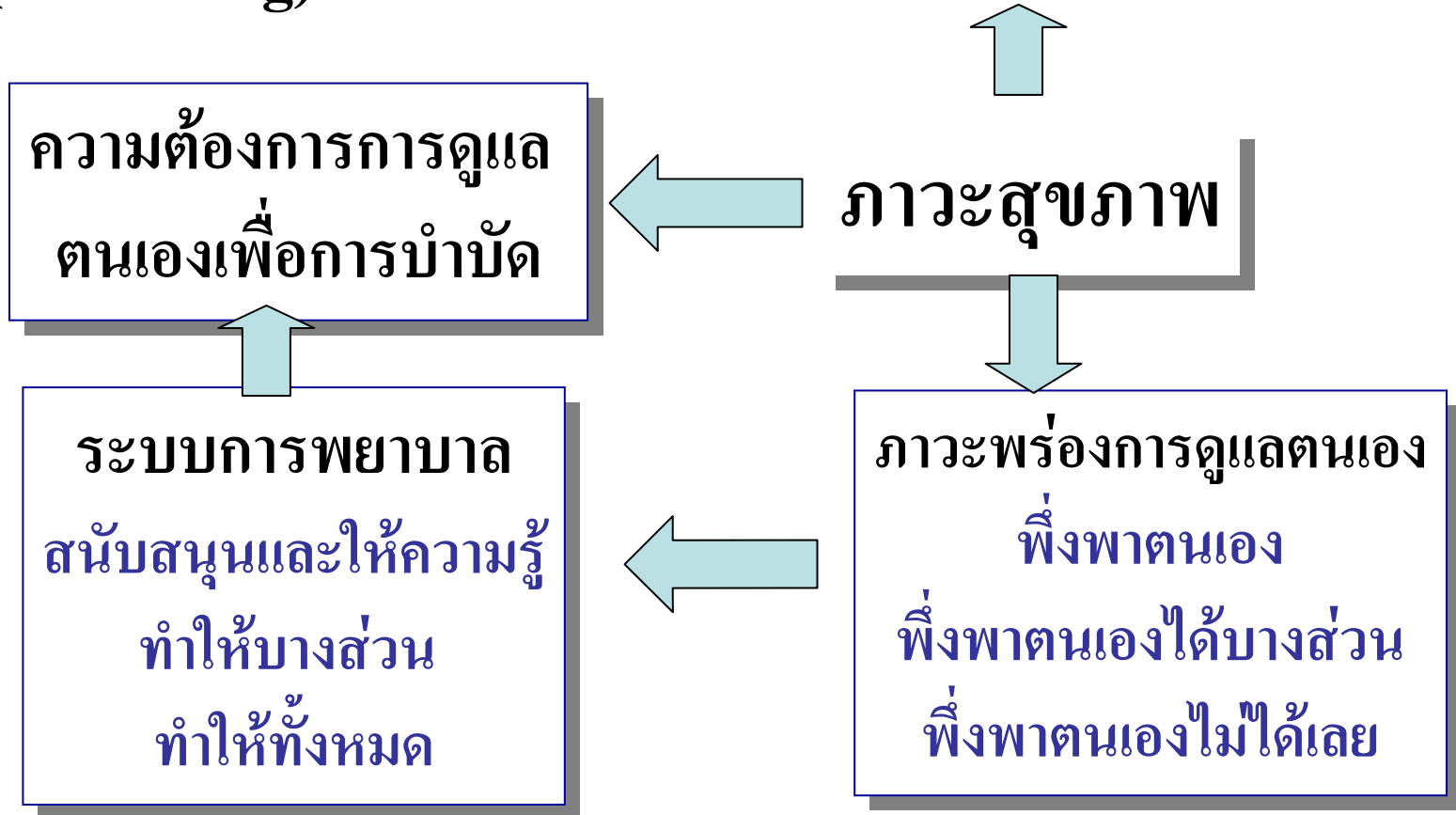
การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ต้องประเมิน
ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ
เพราะทั้ง 4 มิตินี้ไม่สามารถแยกออกจากกันได้

*Health is not solely determined by
physiological measurements but also includes
mental, psychosocial and spiritual aspects.*

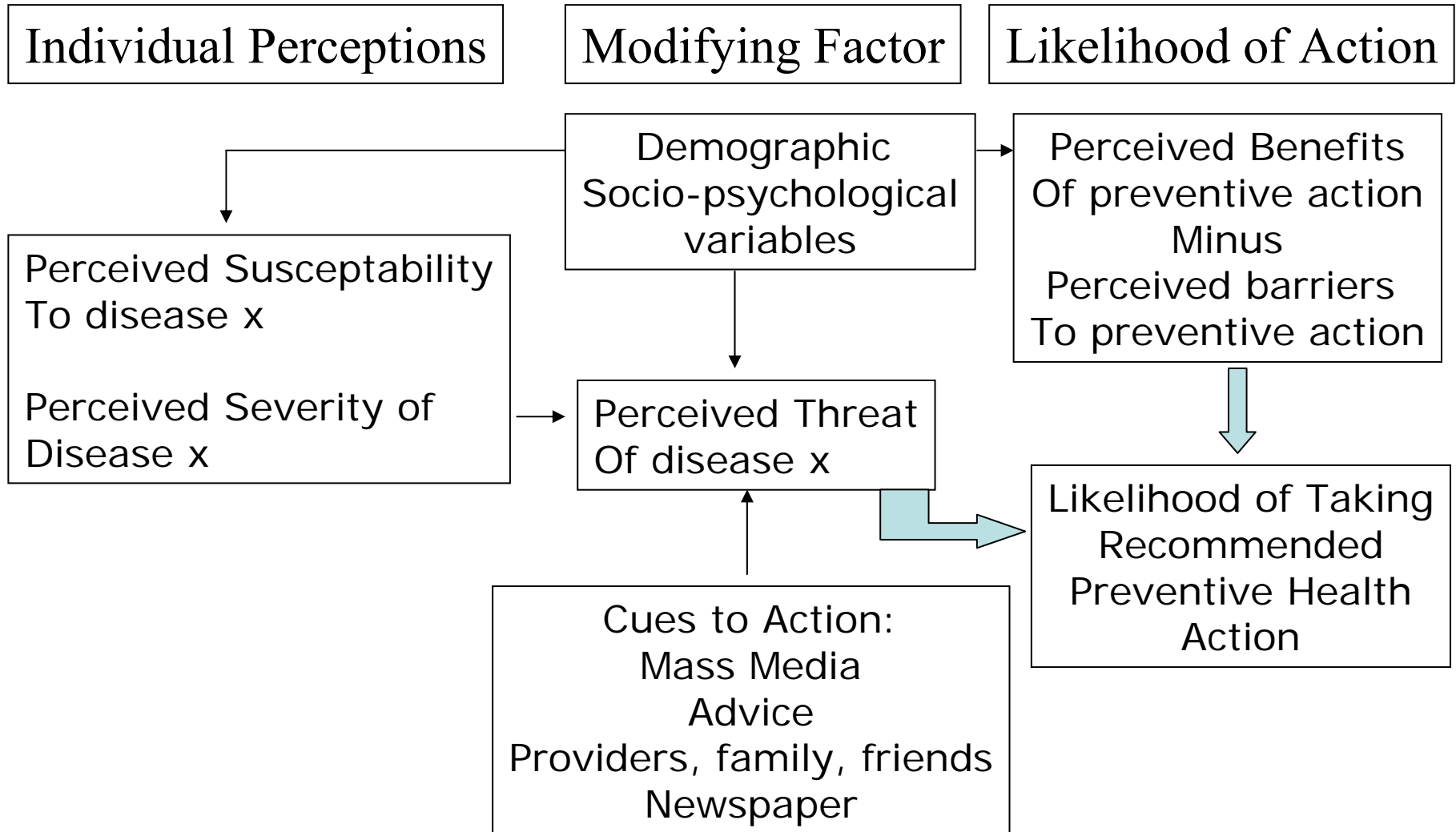
(Rice, 2001)

Self-Care

การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งริเริ่มและกระทำ โดยบุคคลเพื่อการดำรงชีวิต การมีสุขภาพและ สวัสดิภาวะ (well-being) ที่ดี



Health Belief Model



(Original work: Hochbaum, Rosenstock, leventhal, Kegeles, 1950)

Assessment

Functional status: IADL, ADL

Cognitive status:

ability to participate in discharge
planning process

ability to learn new information)

Psychological status: depression screening

Patient's perception of self-care ability

Knowledge deficits regarding health care
needs

Environmental factors of postdischarge setting

Caregiver formal and informal support needs

Physical and psychological capabilities of family/caregiver

Review of medications and simplification of regimen

Prior link to community services

(1998-2004 National Guideline Clearinghouse)

Self-Determination

การส่งเสริมให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ให้บริการ และกำหนดวิธีการปฏิบัติตนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยคำนึงความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว เป็นศูนย์กลาง

แรงจูงใจ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม

Interdisciplinary Collaboration

The Study of Hospice Care

การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับผู้ป่วย แต่ละวิชาชีพได้ทำหน้าที่ของตนได้มากขึ้น ลดการให้บริการทางการแพทย์ที่ไม่จำเป็น ลดจำนวนครั้งการมาพบแพทย์ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

Wittenberg-Lyles, E.M., Oliver, D.P., Demiris, G., & Courtney, K.L. (2007). Assessing the nature and process of hospice interdisciplinary team meeting. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9, 17-21.

Team Work-Interdisciplinary Team

ความหมาย

ทีมสุขภาพหมายถึง การทำงานร่วมกันของวิชาชีพ
สุขภาพตั้งแต่ 2 วิชาชีพขึ้นไป โดยมีเป้าหมายร่วมกัน
ใช้ความรู้และทักษะของแต่ละวิชาชีพ ในกระบวนการ
ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
บนพื้นฐานการทำงานที่มีความไว้วางใจกันและช่วยเหลือ
กัน

Meridean, M. (1998). Nursing' s role in interdisciplinary
accountability for patient outcomes. *Outcomes Management
for Nursing Practice*, 2, 92-94.

ทีมสหสาขาประกอบด้วยใครบ้าง?

Interdisciplinary Team Meeting

ทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย

แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด

เภสัชกร โภชนากร นักจิตวิทยา

รวมทั้งผู้บริหาร นักบวช พนักงานผู้ช่วย และเจ้าหน้าที่
อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

Wittenberg-Lyles, E.M., Oliver, D.P., Demiris, G., & Courtney, K.L. (2007). Assessing the nature and process of hospice interdisciplinary team meeting. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 9*, 17-21.

Continuing Care

TeamWork-InterdisciplinaryTeam



Teamwork-Collaborative working is complex and dealing with role ambiguity, authority and power (Nagi, 1975); different ideologies and philosophies of care and different languages and terminology (Caldock, 1995, Wilson and While, 1998)

Interdisciplinary Team Meeting

เป้าหมายการประชุม

☛ วางแผนการดูแลผู้ป่วย หรือการทบทวนแผนการ

ดูแลผู้ป่วย

☛ กำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคน

Wittenberg-Lyles, E.M., Oliver, D.P., Demiris, G., & Courtney, K.L. (2007). Assessing the nature and process of hospice interdisciplinary team meeting. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 9*, 17-21.

กำหนดการประชุม

- ☛ วัตถุประสงค์ของการประชุมแต่ละครั้ง
- ☛ ระบุสมาชิกทีมหรือผู้ที่ต้องเข้าประชุม
- ☛ วัน เวลา ความถี่ของการประชุม

รายงานการประชุม

- ☛ ระบุผู้รับผิดชอบฉบับที่กการประชุม

Wittenberg-Lyles, E.M., Oliver, D.P., Demiris, G., & Courtney, K.L. (2007). Assessing the nature and process of hospice interdisciplinary team meeting. *Journal of Hospice and Palliative Nursing, 9*, 17-21.

Nursing's Role in Interdisciplinary Accountability

- เป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- จัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลสุขภาพ
- ประสานงานในการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ
- จัดการภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรังในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโอกาสเสี่ยง

Case Management

แนวคิด ต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแล หรือการรักษาพยาบาล

กระบวนการร่วมกันของทีมสุขภาพในการประเมินสภาพผู้ป่วย วางแผน ประสานงานติดตาม และประเมินแนวทางการจัดการ การดูแลรวมทั้งบริการต่างๆ ให้สอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วย โดยอาศัยการสื่อสารและแหล่งประโยชน์ที่มี เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทั้งในด้านคุณภาพการดูแลและความคุ้มค่า ของสถานบริการ (Certification of Insurance Rehabilitation Specialists Commission, CIRSC, cited in Mullahy, 1995, p 9)

Skills for Discharge Planning

Communication skills

Assessment Skills

Teaching skills

Counseling Skill

Assessment Skills

Interview skill

Interpretation skill

Non-verbal communication skill

Relationship skill

Observational skill

Evaluation skill

Goal-setting skill

Communication skills

ทำอย่างไรจึงจะทำให้เกิดความไว้วางใจ

เริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพด้วย **warmth, respect, empathy, genuineness**

Behavior Messages (nonverbal)

C-A-R-E: C-entered attention

A-ppropriate response

R-elaxed posture

E-ye contact

Communication skills

Verbal Communication: open/close

Content Introduction

Open Question

Narrower Focus

Exploration of detail

Teaching skills

“You can lead a horse to water but you cannot make it drink”

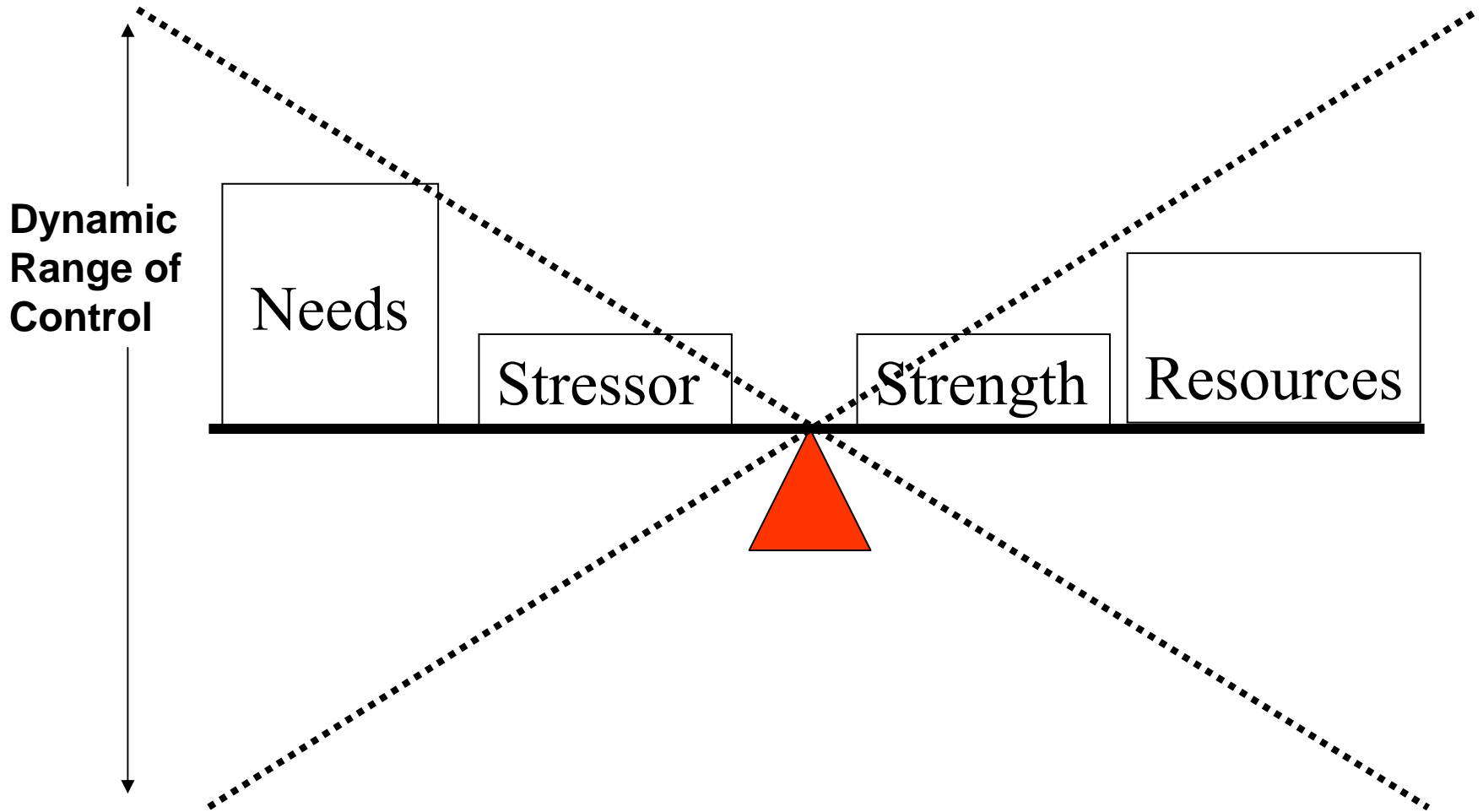
Within the limited teaching time, how you make sure that the horse is “thirsty”

The most concern & the immediate goal of the patient

Patient Teaching

การสอนเป็นส่วนสำคัญในการวางแผนจำหน่าย
กระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่จำเป็น
สำหรับการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ยืน
ยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดี หรือมีภาวะสุขภาพที่
อำนวยการประโยชน์สูงสุด (Optimal Health)

The Health Balance



M-T-H-O-D Model

M: Home medication

E: Environment, Equipment (suction machine, ventilator, dressing set)

T: Oxygen therapy, CAPD, Insulin injection

H: Disease process, Self-care, Psychosocial and spiritual status

O: Outcomes—short term & long term
Follow up visit

D: Diet & Hydration

แผนการสอน (Lesson Plan)

| วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม | เนื้อหา | วิธีการสอน | อุปกรณ์การ สอน | การประเมินผล |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------|---|
| บอก ระบุ อธิบาย แสดง | บทนำ | บรรยาย | รูปภาพ | |
| | โรคเบาหวาน หมายถึง..... | บรรยาย ประกอบ รูปภาพ | รูปกายวิภาค ของตับอ่อน | ผู้ป่วยสามารถ บอกความหมาย ของเบาหวานได้ อย่างถูกต้อง |

ตัวอย่าง Discharge Planning & Teaching Record

ชื่อผู้ป่วย

อายุ.....HN.....Ward.....Bed#.....

Hospital Admission Date.....

การวินิจฉัยโรค การผ่าตัด

ผู้รับฟังการสอน ผู้ป่วย ผู้ดูแล ญาติ จำนวน.....คน

ประเมินอุปสรรคในการเรียนรู้ ไม่มี มีใน ผู้ป่วย ผู้ดูแล: ได้แก่ หลงลืม ตามองไม่ชัด

อ่านหนังสือไม่ออก หูตึง อื่นๆระบุ.....

วันที่คาดว่าจะจำหน่ายผู้ป่วย.....

ผู้รับผิดชอบการสอน พยาบาลประจำตึก พยาบาลเยี่ยมบ้าน เภสัชกร แพทย์ นักกายภาพ

อื่นๆ.....

Discharge Teaching Record

| เนื้อหาที่สอน | ผู้รับการสอน | วันที่/เวลา | ผู้สอน |
|--------------------------|--------------|-------------|--------|
| M:Medication | | | |
| E:Environment, equipment | | | |
| T:Treatment | | | |
| H:Health | | | |
| O:Out patient referral | | | |
| D:Diet &Fluid | | | |

Discharge Teaching Record

| ผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึง | Met | Unmet | Variance |
|------------------------|-----|-------|----------|
| Medication | | | |
| Environment, equipment | | | |
| Treatment | | | |
| Health | | | |
| Out patient referral | | | |
| Diet & Fluid | | | |

Clinical Pathway: CVA

| Plan of care | Pre-admit Phase | Inpatient Care Day 1 | Day2 |
|--------------------|---|--|--|
| Patient Teaching | อธิบายวัตถุประสงค์ของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลและการรักษา | <p>แนะนำ</p> <p>ระเบียบการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล และสิ่งแวดล้อม</p> <p>การเตรียมตรวจต่างๆ</p> <p>การดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้งให้ครอบครัวเข้ารับฟังด้วย</p> | <p>Reorient สิ่งแวดล้อมในตึกผู้ป่วย</p> <p>ให้ความรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค</p> <p>เริ่มสอนและฝึก เรื่องการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน และประเมินผลการสอน</p> <p>สอนสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆที่ช่วยในการสื่อสาร การกินอาหาร และการเดิน การเคลื่อนย้ายตนเองจากเตียงไปที่เก้าอี้ หรือจากเก้าอี้กลับมาที่เตียง</p> |
| Discharge Planning | ปรึกษาสังคมสงเคราะห์ ประเมิน การมองเห็น, สภาพจิตใจ | ประเมินความต้องการ home care หรือส่งต่อ Support group | Identify ว่าหลังจำหน่ายผู้ป่วยจะอยู่ที่ไหน |

Clinical Pathway: CVA

| Care Plan | Day 3 | Day 4 | Day 5 |
|--------------------|--|---|---|
| Patient Teaching | <p>ทบทวนการสอนครั้งก่อน</p> <p>สอนการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่</p> <p>ความสำคัญของการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง โดยการวัดความดันเป็นประจำ</p> | <p>ทบทวนการสอนครั้งก่อน</p> <p>สอนการบริหารยาและความปลอดภัยของการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยาที่ลดการแข็งตัวของเลือด</p> <p>สอนสาธิต การให้อาหารทางสาย ได้แก่ PEG/ NG tube/ Gastrostomy tube</p> | <p>ทบทวนการสอนครั้งก่อน</p> <p>ให้คู่มือการสอน</p> <p>เน้นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด</p> |
| Discharge Planning | <p>ส่งต่อผู้ป่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่องหรือ การฟื้นฟูสภาพ</p> <p>สอนสาธิตการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่บ้าน แก่ผู้ป่วยและครอบครัว</p> <p>ประเมินความรู้ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยเหลือสนับสนุน ภายหลังจำหน่าย</p> | <p>เหมือนวันที่ 3</p> <p>เตรียมนัดตรวจกับแพทย์กายกลาง</p> <p>จำหน่าย</p> | <p>สรุปแผนสำหรับ Home care</p> |

ผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่าย

- จำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล
- อัตราการกลับมาอยู่โรงพยาบาล
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- อัตราตาย
- ภาวะสุขภาพ และภาวะจิตใจของผู้ป่วย
- ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และ ผู้ให้บริการ
- ภาวะจิตใจของผู้ดูแล
- ค่าใช้จ่าย ของผู้ป่วย และ โรงพยาบาล
- การใช้ยารักษา

Hospital to Home: Planning the Transition

- **Assess and Document:**
 - Patient's physical and psychological needs**
 - Patient's self-care, cognitive and functional abilities, and decision making skills**
 - Family's and caregivers' cognitive and functional levels**
 - Availability of social support (family and informal)**
 - Patient's and family's perception of post-hospitalization needs, coping mechanism**

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วย

- ◆ ผู้ป่วยที่มีความต้องการการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง
- ◆ ผู้ป่วยที่ได้รับยาหลายอย่าง ซับซ้อน
- ◆ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหลายอย่างหรือมีหลายโรค
- ◆ ผู้ป่วยที่มีการทำงานของร่างกาย และสมองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจวัตรประจำวัน
- ◆ ผู้ที่มีอายุมากกว่า 80 ปี

(Castro, Anderson, Hanson, & Helms, 1998; Dansky, Dellasega, Shellenbarger, & Russo, 1996; Naylor et al., 1999; Proctor, Morrow-Howell, & Kaplan, 1996; Rich, Beckham, Wittenberg, Levin, Freedland, & Carney, 1995)

Hospital to Home: Planning the Transition

- **Transmission of Information to Home Care Agency**
 - Communicate assessment findings (from above)**
 - Use structured written form**
 - Identify the name of the person making the referral**

Hospital to Home: Planning the Transition

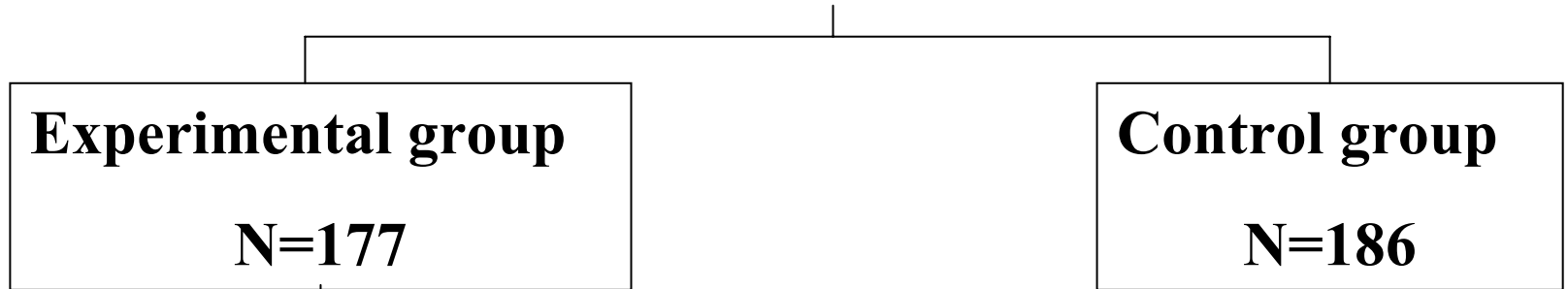
- **Improve Post-Discharge Outcomes:**
 - Use advance practice nurse to coordinate care across setting**
 - Monitor recovery through home visits and telephone contacts**
 - Provide patient and family/caregiver education to prepare for patient's arrival home, patient's condition and care needs**

Evidence-Base Practice

Naylor, M. D., Brooten, D., Jones, R., Lavizzo-Mourey, R., Mezey, M., & Pauly, M. (1994). Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: A randomized clinical trial. *Annals of Internal Medicine*, 120(12), 999-1006.

Naylor, M. D., Brooten, D., Campbell, R., Jacobson, B. S., Mezey, M., & Pauly, M. (1999). Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*, 28(7), 613-620.

Sample of 363 patients
Mean=75, M:F=1:1



Follow up @ 2,6,12,24 wk

Outcomes

Hospital readmission

Acute care visit after discharge

Functional status

Patient satisfaction

Time to first readmission

Costs

Depression

Neff, F. D., Madigan, E., & Narsavage, G. (2003). APN-Directed Transitional Home Care Model: Achieving positive outcomes for patients with COPD. *Home Healthcare Nurse*, 21(8), 543-550.