

รายงานส่วนบุคคล
(Individual Study)

เรื่อง การปรับปรุงแบบการเยี่ยมบ้าน
โดยใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล
ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

จัดทำโดย นางสาวอรสา ไชยพงษ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สังกัด กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร สำนักการแพทย์

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรนักบริหารมหานครระดับต้น รุ่นที่ ๔๓
สถาบันพัฒนาทรัพยากรบุคคลกรุงเทพมหานคร
สำนักงาน ก.ก.

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖

๑. หัวข้อ การปรับปรุงแบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุ
กลุ่มติดเตียง กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๒. ความสำคัญของการศึกษา / ที่มาของการนำเสนอ

ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ (United Nations หรือ UN) ได้กำหนดว่าสังคมใดมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๑๐ หรืออายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าสังคมนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society หรือ Complete – aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๑๔ ของประชากรทั้งประเทศ หรือจะกลายเป็น สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super – aged Society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๘ หรือประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ ข้อมูลสถิติผู้สูงอายุ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง เมื่อวันที่ ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๕ พบว่า ประเทศไทยมี ประชากรรวม ๖๖.๑ ล้านคน มีผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๒.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๒ ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นอันดับ ๑ ของประเทศ คือ กรุงเทพมหานคร โดยมีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น ๑.๒ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๒.๐๔ ของจำนวน ประชากรทั้งหมด และรายงานสถิติประชากรและบ้าน สำนักทะเบียนเขตลาดกระบัง เดือนธันวาคม ๒๕๖๕ พบว่าเขตลาดกระบังมีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน ๒๕,๐๘๓ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๔.๐๑ ของจำนวนประชากรทั้งหมด และจากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าประเทศไทย และเขตลาดกระบัง ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) แล้ว แต่กรุงเทพมหานครได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society หรือ Complete – aged Society) แล้ว ซึ่งในอนาคตประเทศไทย กรุงเทพมหานคร และเขตลาดกระบัง มีโอกาสที่จะก้าวเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super – aged Society) ได้เช่นกัน

การคาดการณ์ว่าจำนวนประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วนี้จะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการทางการแพทย์ โดยการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีความต้องการ การดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มีความเสื่อมของอวัยวะ ต่าง ๆ ความเปราะบางของสุขภาพร่างกายตามระยะเวลา และตามสภาวะโรคต่าง ๆ ที่เป็นอยู่ ผู้สูงอายุ บางคนมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวันลดลง มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลางถึงภาวะพึ่งพิง ระดับมากหรือกลุ่มติดเตียง (Bed ridden) หรือผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือ ตนเองไม่ได้ พิกัด หรือทุพพลภาพ ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เป็นปัญหา สำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข เนื่องจากความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้อัตราตายลดน้อยลง ใช้ระยะเวลาในการรักษาพยาบาลที่ยาวนานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาพยาบาลแต่ไม่ สามารถรักษาให้หายขาดได้ และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและ คุณภาพชีวิตที่ลดลง มีภาวะทุพพลภาพ ทำให้ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงต้องการการดูแล ต่อเนื่องที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล ยังต้องการการพยาบาล การฟื้นฟูปัญหาทางสุขภาพ หรือ บริการบางอย่างจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพ และผู้ดูแลยังขาดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน ต้องการคำสอน คำแนะนำ และคำปรึกษาเป็นระยะ ตลอดจนการสนับสนุนอุปกรณ์และเครื่องมือ ทางทางการแพทย์ ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุในแต่ละราย แต่ผู้สูงอายุบางคนขาดผู้ดูแลหลักที่มี

ประสิทธิภาพในการดูแลที่บ้าน อันเนื่องมาจากการเป็นครอบครัวเดี่ยว ผู้สูงอายุมีโอกาสอยู่กันเองตามลำพังในบางช่วงเวลา ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๔ สำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ร้อยละ ๑.๓ ของผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือ Activities of Daily Living (ADL) อยู่ในระดับคะแนน ๐ - ๔ คะแนน (กลุ่มติดเตียง) และในกรุงเทพมหานครพบ ผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ร้อยละ ๑.๓ เช่นกัน กรุงเทพมหานครจึงเตรียมพร้อมตั้งรับสังคมผู้สูงอายุ โดยสำนักงานแพทย์ได้จัดทำโครงการ กทม.ใส่ใจ ผู้สูงวัย หัวใจแกร่งขึ้น ซึ่งเป็นโครงการที่พัฒนาระบบเครือข่าย และการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุแบบบูรณาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โดยเริ่มจากผู้สูงอายุมารับบริการในโรงพยาบาลและให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนถึงบ้านแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุมทุกมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และปรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย สำหรับผู้สูงอายุ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพและประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานมัย สำนักงานเขต และหน่วยงานภายนอก เพื่อสร้างเครือข่ายและความร่วมมือในการดูแล ผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและยั่งยืน เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร เป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ระดับตติยภูมิ ขนาด ๖๐ เตียง ตั้งอยู่ในเขตลาดกระบัง มีวิสัยทัศน์ในการมุ่งสู่ โรงพยาบาลตติยภูมิละดับสูง บริการได้มาตรฐาน ปลอดภัย เป็นมิตร และสร้างคุณค่าอย่างยั่งยืน ภายในปี ๒๕๖๗ และมีพันธกิจที่จะจัดการบริหารจัดการองค์การให้จัดบริการด้วยความปลอดภัยที่ได้มาตรฐาน ภายใต้หลักธรรมมาภิบาล ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนากรุงเทพมหานครระยะ ๒๐ ปี ระยะที่ ๓ (พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างเมืองปลอดภัยและหุ่นตัวต่อวิกฤตการณ์ ยุทธศาสตร์ย่อยที่ ๑.๕ เมืองสุขภาพดี (Health city) กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กลุ่มภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ มีหน้าที่ความรับผิดชอบในการให้บริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและ ให้บริการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีภารกิจในการประเมินคัดกรอง (Geriatric Syndrome) ค้นหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ทั้งทางกายและทางใจ ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะแรก ให้การรักษาแบบองค์รวมได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา และฟื้นฟูสภาพได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุให้แข็งแรงเพื่อเป็นการลดการเจ็บป่วยและพิการในอนาคต โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมดำเนินการ และมีระบบการติดตามเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสร้างและพัฒนาเครือข่ายส่งต่อ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะติดบ้านติดเตียง การประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างเข้มแข็ง ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสมในแต่ละราย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม เพื่อสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพ ลดภาระครอบครัว ชุมชน สังคม และนำผู้สูงอายุกลับคืนสู่สังคม ได้อีกครั้ง

รายงานสถิติผู้มารับบริการ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ในปี ๒๕๖๕ พบว่ามีผู้สูงอายุที่มารับบริการผู้ป่วยนอก จำนวน ๔๐,๘๔๔ ราย มารับบริการผู้ป่วยใน จำนวน ๑,๐๓๓ ราย และมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ จำนวน ๑๘๕ ราย และรายงานสถิติผู้สูงอายุ ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแยกตามรายโรค กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๘ ราย เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed ridden) หรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีคะแนนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (ADL) = ๐ - ๔ คะแนน

หรือผู้ป่วยสูงอายุต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจากผู้ดูแลเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนืองที่บ้าน จำนวน ๑๕ ราย มีการส่งเอกสารแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านเกิน ๑๔ วัน จำนวน ๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๔๖.๖๗ และจากการลงเยี่ยมติดตามการดูแลต่อเนืองที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลที่บ้าน จำนวน ๕ ราย คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๓๓ และพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน (Re – admit) จำนวน ๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๓๓ และเสียชีวิตจำนวน ๑ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖.๖๗ จึงนำมาซึ่งการปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง กลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

๓. วัตถุประสงค์

- ๓.๑ เพื่อปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้เทคโนโลยี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง
- ๓.๒ เพื่อให้ได้รับข้อมูลการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ครบถ้วน ทันตามกำหนดเวลาในการลงเยี่ยมติดตามการดูแลต่อเนืองที่บ้าน
- ๓.๓ เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตทางด้านร่างกายดีขึ้น

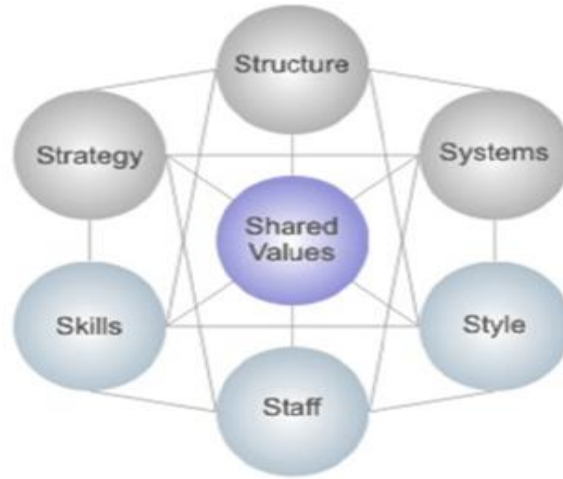
๔. เป้าหมาย

- ๔.๑ จัดทำแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ภายในเดือนธันวาคม ๒๕๖๖
- ๔.๒ จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ภายในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
- ๔.๓ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน (Re-admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ภายในเดือนกันยายน ๒๕๖๗

๕. แนวคิด / หลักการที่ใช้ในการศึกษา

๕.๑ การวิเคราะห์ด้วย McKinsey ๗ – S Framework

McKinsey ๗ – S Framework หรือ ๗S Model เป็นกรอบแนวคิดที่ได้รับการยอมรับและนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการประเมินความพร้อมขององค์กร เพื่อใช้ประเมินสมรรถนะขององค์กรด้วยปัจจัย ๗ ประการ ประกอบด้วย โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ขององค์กร ระบบการปฏิบัติงาน ทักษะ ความรู้ ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ บุคลากร และคุณค่าที่มีร่วมกันหรือค่านิยม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่สร้างความเป็นไปได้ให้ประสบความสำเร็จ ทำให้เราได้รู้สภาพความเป็นจริงเป็นตัวแบบในการวิเคราะห์จุดแข็งและจุดอ่อนขององค์กรด้วยการให้ความสำคัญต่อความสมดุลและสอดคล้องกันขององค์ประกอบทั้ง ๗ ที่แสดงถึงความเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยต่าง ๆ



องค์ประกอบภายในทั้ง ๗ ของ ๗S Model แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๑. กลุ่มนโยบาย (Hard elements) สามารถจับต้องมองเห็นเป็นรูปธรรมได้ค่อนข้างชัดเจน สามารถปรับเปลี่ยนให้เป็นอย่างที่ต้องการในฐานะที่เป็นเครื่องมือทางการบริหารประกอบด้วย

๑.๑ โครงสร้างองค์กร (Structure) คือ โครงสร้างที่ได้ตั้งขึ้นเป็นกระบวนการหรือหน้าที่งานโดยมีการรับบุคลากรให้เข้ามาทำงานร่วมกันในฝ่ายต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ หรือหมายถึงการจัดระบบระเบียบให้กับบุคลากรตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไป เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ เนื่องจากองค์กรในปัจจุบันมีขนาดใหญ่ การจัดโครงสร้างองค์กรที่ดีมีส่วนช่วยให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ลดความซ้ำซ้อน ลดความขัดแย้งในหน้าที่งาน ช่วยให้บุคลากรทราบถึงขอบเขตงานในความรับผิดชอบ มีความสะดวกในการติดต่อประสานงาน

๑.๒ กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy) การบริหารเชิงกลยุทธ์ เป็นกระบวนการอย่างหนึ่งซึ่งช่วยตอบคำถามที่สำคัญขององค์กรว่า ในปัจจุบันองค์กรอยู่ที่ไหน องค์กรมีเป้าหมายอย่างไร พันธกิจขององค์กรคืออะไร พันธกิจขององค์กรควรเป็นอย่างไร และใครเป็นลูกค้าของเรา การบริหารเชิงกลยุทธ์มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะจะช่วยให้องค์กรกำหนดและพัฒนาข้อได้เปรียบทางการแข่งขัน และเป็นแนวทางที่บุคคลในองค์กรรู้ว่าจะใช้ความพยายามในทิศทางใด องค์กรจึงจะประสบความสำเร็จ

๑.๓ ระบบการปฏิบัติงาน (System) ในการปฏิบัติงานตามกลยุทธ์เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ การจัดระบบการทำงาน (Working System) การวิเคราะห์ระบบงานขององค์กรในทุก ๆ เรื่องทั้งเรื่องการบริหารจัดการ ระบบการปฏิบัติงาน เช่น ระบบสารสนเทศ ระบบการวางแผน ระบบงบประมาณ ระบบการควบคุม ระบบการจัดซื้อ ระบบในการสรรหาและคัดเลือกพนักงาน ระบบในการฝึกอบรม ระบบในการจ่ายผลตอบแทน หากองค์กรมีระบบงานที่ดีจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้อย่างชัดเจนและถูกต้อง

๒. กลุ่มปฏิบัติ (Soft elements) เป็นกลุ่มขององค์ประกอบที่มองเห็นจับต้องเป็นรูปธรรมได้ยากกว่าองค์ประกอบในกลุ่มนโยบาย เนื่องจากคุณสมบัติที่มีอยู่ในองค์ประกอบกลุ่มนี้เคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ประกอบด้วย

๒.๑ ทักษะ ความรู้ ความสามารถ (Skill) ทักษะในการปฏิบัติงานของทรัพยากรบุคคลในองค์กร สามารถแยกทักษะออกเป็น ๒ ด้านหลักคือ ทักษะด้านงานอาชีพ (Occupational

Skills) เป็นทักษะที่จะทำให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานในตำแหน่งหน้าที่ และลักษณะงานที่รับผิดชอบ เช่น ด้านการเงิน ด้านบุคลากร ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานการศึกษาหรือได้รับการอบรมเพิ่มเติม ส่วนทักษะความถนัดหรือความชำนาญเฉพาะ (Aptitudes and special talents) อาจเป็นความสามารถในการทำให้พนักงานนั้น ๆ โดดเด่นกว่าคนอื่น ส่งผลให้มีผลงานที่ดีกว่าและเจริญก้าวหน้าในหน้าที่การงานได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งองค์กรต้องมุ่งเน้นทั้ง ๒ ความสามารถควบคู่กัน

๒.๒ รูปแบบการบริหารจัดการ (Style) แบบแผนพฤติกรรมในการปฏิบัติงานของผู้บริหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของสภาพแวดล้อมภายในองค์กร พบว่าความเป็นผู้นำขององค์กรมีบทบาทสำคัญต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กร ผู้นำที่ประสบความสำเร็จจะต้องวางโครงสร้างวัฒนธรรมองค์กรด้วยการเชื่อมโยงระหว่างความเป็นเลิศและพฤติกรรมทางจรรยาบรรณให้เกิดขึ้น โดยเฉพาะผู้บริหารระดับสูง จะมีอิทธิพลต่อความรู้สึกรักดีของพนักงานภายในองค์กรมากกว่าคำพูดของผู้บริหาร ซึ่งถ้าหากผู้บริหารมีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีความสามารถในการจูงใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานจะมีผลในการสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานของผู้ใต้บังคับบัญชา

๒.๓ บุคลากร (Staff) ทรัพยากรมนุษย์ถือเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการดำเนินงานขององค์กร องค์กรจะประสบความสำเร็จได้นั้นก็ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ (Human Resource Management) การวางแผนทรัพยากรมนุษย์เป็นกระบวนการวิเคราะห์ถึงความต้องการทรัพยากรมนุษย์ในอนาคต การตัดสินใจเกี่ยวกับบุคลากรต้องมีการวิเคราะห์ที่อยู่บนพื้นฐานของกลยุทธ์องค์กรที่เป็นการกำหนดทิศทางในการดำเนินการกำหนดคุณลักษณะและการคัดเลือกรวมถึงการจัดวางบุคลากรได้อย่างเหมาะสมกับงานหรือกิจกรรมขององค์กร งานที่เกิดจากแผนกลยุทธ์ขององค์กรมีความสำคัญที่ต้องมีการบริหารจัดการให้มีผู้ปฏิบัติงานให้ตรงตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น องค์กรจึงจำเป็นต้องทำการสรรหาบุคลากรเพื่อเข้ามาทำหน้าที่ที่ต้องมีความรู้ ความสามารถ มีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสม และมีแรงจูงใจในการทำงานที่จะทำให้เกิดผลสำเร็จ การจัดคนภายในองค์กรให้เหมาะสมกันจะทำให้เกิดเป็นจุดแข็งขององค์กร ทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพตรงตามเป้าหมายขององค์กร

๒.๔ คุณค่าที่มีร่วมกัน หรือค่านิยม (Shared Value) ค่าความนิยมและบรรทัดฐานที่ยึดถือร่วมกันของสมาชิกขององค์กรและกลายเป็นรากฐานของระบบการบริหารและวิธีการปฏิบัติของบุคลากรและผู้บริหารภายในองค์กรหรือเรียกว่าวัฒนธรรมองค์กร โดยรากฐานของวัฒนธรรมองค์กรเกิดจากความเชื่อ ค่านิยมก่อให้เกิดรากฐานทางปรัชญาเพื่อกำหนดทิศทางขององค์กร โดยทั่วไปความเชื่อจะสะท้อนให้เห็นถึงบุคลิกภาพและเป้าหมายของผู้ก่อตั้งหรือผู้บริหารระดับสูง ต่อมาความเชื่อเหล่านั้นจะกำหนดบรรทัดฐานเป็นพฤติกรรมประจำวันขึ้นมาในองค์กร เมื่อค่านิยมและความเชื่อได้ถูกยอมรับทั่วทั้งองค์กรและบุคลากรได้กระทำตามค่านิยมเหล่านั้นแล้ว องค์กรก็จะมีวัฒนธรรมที่เข้มแข็งถึงแม้ไม่ได้กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างเป็นทางการและเป็นเพียงแนวคิดพื้นฐานขององค์กร รวมถึงสิ่งที่ต้องการให้องค์กรเป็นในอนาคต จึงหมายถึงเป้าหมายสูงสุดขององค์กร (Super ordinate) องค์กรที่มีความเป็นเลิศในการบริหาร ทุกคนในองค์กรมักมีค่านิยมร่วมกันจึงทำให้เป็นผลสำเร็จขององค์กร

การนำแนวคิด ๓S Model ไปปฏิบัติ มีขั้นตอนดังนี้
 ขั้นที่ ๑ ค้นหาเรื่องที่ยังไม่ประสานสอดคล้อง

๓S Model	จุดแข็ง	จุดอ่อน
โครงสร้างองค์กร (Structure)	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลมีโครงสร้างสายการบังคับบัญชาที่ชัดเจน - โครงสร้างองค์กรมีขนาดเล็ก 	<ul style="list-style-type: none"> - การทำงานมีการเชื่อมโยงกันหลายหน่วยงาน - การเชื่อมโยงของข้อมูลระหว่างหน่วยงานไม่ครบถ้วน ล่าช้า
กลยุทธ์ขององค์กร (Strategy)	<ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลมีแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่ชัดเจน - หัวหน้ากลุ่มงานเห็นความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การเก็บตัวชี้วัดบางตัวมีความเชื่อมโยงกับหลายหน่วยงาน
ระบบการปฏิบัติงาน (System)	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประสานงานที่ดี ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดำเนินงาน - เริ่มมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการติดต่อหรือติดตามผู้ป่วย (Telemedicine) และการรับคำปรึกษา (Teleconsult) - มีระบบคอมพิวเตอร์ ที่สามารถใช้งานระบบ e-phis ได้ทุกหน่วยงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานในบางงานยังเป็นระบบกระดาษ (manual) - การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานมีความล่าช้าและไม่ครบถ้วน - ระบบ e-phis ไม่สามารถใช้งานได้ทุกหัวข้อ
ทักษะ ความรู้ความสามารถ (Skill)	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้และทักษะหลากหลายสาขาวิชาชีพ 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรใหม่ขาดทักษะในการทำงาน
รูปแบบการบริหารจัดการ (Style)	<ul style="list-style-type: none"> - หัวหน้ากลุ่มงานมีภาวะผู้นำเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและแก้ปัญหาร่วมกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายของผู้บริหารมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย
บุคลากร (Staff)	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีการหาความรู้ในการพัฒนาตัวเองอย่างต่อเนื่อง - บุคลากรมีความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกันในการแก้ไขปัญหา - บุคลากรมีใจในการให้บริการและมีความรับผิดชอบในงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรรับผิดชอบงานหลายด้าน - อัตรากำลังไม่สมดุลกับภาระงาน - การเปลี่ยนแปลงของบุคลากรในหน่วยงาน ทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสาร
คุณค่าที่มีร่วมกันหรือค่านิยม (Shared Value)	<ul style="list-style-type: none"> - มีการยึด ทักทาย เป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ชัดเจน - มีการส่งเสริมวัฒนธรรมองค์กรด้านความซื่อสัตย์ 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรบางส่วนมีความเข้าใจไม่ตรงกันในการปฏิบัติ

นำข้อมูลที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์ โดย

๑. คุณค่าที่มีร่วมกัน หรือค่านิยม (Shared Value) มีการประสานสอดคล้องกับโครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ขององค์กร และระบบการปฏิบัติงานหรือไม่

๒. โครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ขององค์กร และระบบการปฏิบัติงาน มีการเสริมแรงซึ่งกันและกันหรือไม่

๓. ทักษะ ความรู้ ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ บุคลากร มีการเสริมแรงซึ่งกันและกันหรือไม่

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าโครงสร้างองค์กร กลยุทธ์ขององค์กร ระบบการปฏิบัติงาน ทักษะ ความรู้ ความสามารถ รูปแบบการบริหารจัดการ บุคลากร ขาดการเสริมแรงซึ่งกันและกันในการทำงาน คือนโยบายของผู้บริหารที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อยทำให้การทำงาน การเก็บตัวชีวิต บางตัวมีการเชื่อมโยงกันหลายหน่วยงาน และยังใช้เป็นระบบกระดาษ (manual) อยู่ เนื่องจากระบบ e-phils ไม่สามารถใช้งานได้ทุกหัวข้อ บางหน่วยงานมีบุคลากรใหม่ บุคลากรต้องรับผิดชอบงานหลายด้านทำให้เกิดความผิดพลาดในการสื่อสาร ส่งผลให้การส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานมีความล่าช้าและไม่ครบถ้วน ซึ่งในที่นี่หมายถึง การส่งเอกสารแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมาให้ทางกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีความล่าช้าเกิน ๑๔ วัน ส่งผลให้เกิดการลงเยี่ยมติดตามการดูแลต่อเนื่องจากที่บ้านล่าช้าตามมา

ขั้นที่ ๒ กำหนดรูปแบบที่เหมาะสมขององค์กร

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ ๑ มาพิจารณาว่า ทางกลุ่มงานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุควรต้องมีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการเยี่ยมบ้านด้วยความรวดเร็ว ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและเพิ่มความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ขั้นที่ ๓ กำหนดเรื่องที่ต้องปรับปรุงแก้ไข

นำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่หนึ่งและที่สองมาจัดทำแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ขั้นที่ ๔ ทำการเปลี่ยนแปลง

นำแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เสนอแก่หัวหน้ากลุ่มงานฯเพื่อจัดการประชุมชี้แจงการใช้แนวทางปฏิบัติแก่หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ขั้นที่ ๕ หมั่นทบทวนความประสานสอดคล้องขององค์ประกอบทั้งเจ็ด

ทบทวนปัญหาและข้อเสนอแนะการใช้แนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมต่อไป

๕.๒ การดูแลที่บ้านหรือการดูแลต่อที่บ้าน (Home Health Care : HHC)

การดูแลที่บ้านหรือการดูแลต่อที่บ้าน หมายถึง การจัดบริการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง (Continuing care) โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือบุคลากรที่มีสุขภาพ

(สหสาขาวิชาชีพ) ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เป็นระบบบริการสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จและองค์รวม (Holistic care) ได้แก่ กาย จิต สังคมและสิ่งแวดล้อม ให้บริการตามความเหมาะสม ความจำเป็นของผู้ป่วยในแต่ละคน แต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วย การรักษาเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการ การฟื้นฟูสภาพ การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพ (Patient-family participation) ตามความต้องการ และการประสานส่งต่อให้ได้รับบริการตามความจำเป็นจนสามารถดูแลตนเอง (Self-care) ได้ตามศักยภาพ

กลุ่มเป้าหมายสำหรับการพยาบาลต่อเนืองที่บ้าน จำแนกเป็น ๖ ประเภท ดังนี้

๑. กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Curable) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่รุนแรงมาก ใช้เวลาในการดูแลเพียงระยะสั้น รักษาให้หายขาดได้เช่น ไข้ดั่งอักเสบหลังผ่าตัดมีภาวะแทรกซ้อน แผลผ่าตัดแยก มีการติดเชื้อ ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นวัณโรคปอด ผู้ป่วยหลังประสพอุบัติเหตุอาจจะต้องได้รับการผ่าตัด และมีภาวะแทรกซ้อน ต้องการการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อนและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (High risk) เช่น ตกเลือดหลังคลอด ครรภ์เป็นพิษ ความดันโลหิตสูงที่ยังคุมไม่ได้ มีภาวะอารมณ์เศร้าหลังคลอด (Postpartum blue) ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ภายใน ๗ วันหลังออกจากโรงพยาบาล

๒. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Long-term chronic) ได้แก่ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ไม่ใช่โรคคุกคามชีวิต (Not life threatening) และไม่รบกวนต่อการดำเนินชีวิตมากนัก ผู้ป่วยยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ตามปกติแต่มีปัญหาในการปฏิบัติตน ขาดความรู้ในการดูแลตนเอง การรับประทานอาหารหรือยา ต้องการคำแนะนำและติดตามการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เบาหวานในเด็ก ทารกที่มีภาวะพร่องไทรอยด์ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง โรคเลือดบางชนิด เช่น ธาลัสซีเมีย ฮีโมฟีเลีย ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ไม่ควรเกิน ๑๕ วันหลังออกจากโรงพยาบาล

๓. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย (Long-term with mild disabilities) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และมีการดำเนินของโรคหรือพยาธิสภาพของโรคมีผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ (Life style) และอาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือในระยะยาวในเรื่องของการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity daily living) บางส่วน ได้แก่ การอาบน้ำ แต่งตัว การเตรียมอาหาร การรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายด้วยตนเอง เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) มีความพิการ เล็กน้อยแขนขาอ่อนแรงเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตข้างใดข้างหนึ่ง (Paresis) เมื่อได้รับการฟื้นฟูสภาพร่างกายอาการดีขึ้นหรือสุขภาพใกล้เคียงปกติได้มากที่สุด โรคข้อเข่าเสื่อม โรคข้อสะโพกเคลื่อนหลุด บางรายอาจจะต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์บางชนิด เพื่อช่วยให้อาการทุเลาหรือบรรเทา ได้แก่ การใส่สายให้อาหาร (NG tube feeding หรือ Gastrostomy tube feeding) ให้ออกซิเจน ล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ผู้ป่วยที่ต้องให้

ยาพ่นโดยเครื่องพ่นยา ต้องใช้อุปกรณ์การช่วยเหลือบางชนิด ได้แก่ Walker Wheelchair รวมถึงผู้ที่ต้องทำกายภาพบำบัด ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ไม่ควรเกิน ๑๕ วันหลังออกจากโรงพยาบาล

๔. กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังและมีความพิการอย่างรุนแรง (Long-term extreme with disabilities) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งมีการดำเนินโรคที่มากขึ้นตามพยาธิสภาพของโรค มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ยุกยักซับซ้อนและบางครั้งไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเจ็บป่วย อาจจะทำให้เกิดความพิการที่รุนแรง หรือพร่องความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่าง ๆ เช่น แผลกดทับ ข้อยึดติด เสี่ยงต่อการพร่องออกซิเจน หรือการอุดกั้นทางเดินหายใจไม่สามารถจัดเสมหะได้ด้วยตนเอง การหายใจไม่มีประสิทธิภาพ เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ มีโอกาสเกิดภาวะทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า พร่องการรับรู้ การสื่อสาร นอนติดเตียง (Bed ridden) และอื่น ๆ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยต้องได้รับการพยาบาลในรูปแบบต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด (Total care) การพยาบาลที่ซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ เทคโนโลยีเพื่อการอยู่รอด และเพิ่มคุณภาพชีวิต เช่น ผู้ป่วยโรคที่มีปัญหาทางเดินหายใจ ถุงลมปอดโป่งพอง (COPD) ที่มีการดำเนินโรคในระยะโรครุนแรง (Advance) ต้องพึ่งพาออกซิเจน ผู้ป่วย Cerebral palsy ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ตีบ แตก ตัน) ผู้ป่วยสูงอายุที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายชนิด ผู้ป่วยไตวายหรือผู้ป่วยที่โรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีการดำเนินโรคเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด การพยาบาลหรือการดูแลที่จำเป็น ได้แก่ การดูแลในเรื่องกิจวัตรประจำวันทั้งหมด การดูแลท่อเจาะคอ (Tracheostomy care) การดูดเสมหะทางท่อเจาะคอ (Suctioning) การพ่นยา (Aerosol therapy) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาพร่องการหายใจ ผู้ป่วยที่หอบเหนื่อย การให้ออกซิเจน (Oxygen therapy) ในผู้ป่วยบางรายที่ต้องพึ่งพาเครื่องช่วยหายใจ การเตรียมอาหารเหลว (Blenderized diet) การให้อาหารทางสายยาง (NG tube หรือ Gastrostomy feeding) การทำแผลกดทับ การฉีดยาอินซูลิน การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำกายภาพบำบัด การบริหารยา การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต ตลอดจนการดูแลผู้ดูแลเพื่อเตรียมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การปรับตัวต่อการดูแลในระยะยาว เพื่อป้องกันผู้ดูแลอ่อนล้า (Burden of caregiver) ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ไม่ควรเกิน ๑๕ วันหลังออกจากโรงพยาบาล

๕. กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย (Terminally ill with independent/partial dependent) ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคก้าวไกลจนกระทั่งไม่สามารถรักษาได้และเข้าสู่ระยะท้าย หรือโรคที่มีภาวะคุกคามชีวิต (Life threatening) การรักษาที่เฉพาะเจาะจงได้สิ้นสุดลง มีเพียงการดูแลรักษาตามอาการของโรค เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ความไม่สุขสบายต่าง ๆ การดูแลแบบประคับประคองจนกระทั่งระยะท้ายของชีวิต ผู้ป่วยอาจจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน ๖ เดือน หรือมากกว่า กลุ่มผู้ป่วยระยะท้ายจะเป็นกลุ่มที่สามารถพึ่งพาตนเองได้ทั้งหมด ผู้ป่วยที่พึ่งพาผู้อื่นเป็นบางส่วนหรือผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ผู้ป่วยระยะท้ายเหล่านี้ อาจมีภาวะแทรกซ้อนตามการดำเนินของโรคที่ต้องการการดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและการดูแลในระยะท้ายที่ต้องการดูแลภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการต่าง ๆ ดังกล่าว และการเตรียมตัวเพื่อเผชิญกับการสูญเสียการพรากจากการจากไป

อย่างสงบ (Good death) เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ ที่การดำเนินโรคเข้าสู่ระยะท้าย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองระยะท้าย ผู้ป่วยไตวาย ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย การดูแลต่อเนื่องอาจจำเป็นต้องให้ยาแก้ปวดชนิดรุนแรง ให้ออกซิเจนบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ การดูแลภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในระยะท้ายของชีวิต เป็นต้น เตรียมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การปรับตัวต่อการดูแลในระยะยาวเพื่อป้องกันผู้ดูแลอ่อนล้า (Burden of caregiver) ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ภายใน ๗ วันหลังออกจากโรงพยาบาล

๖. กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ (Special group) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเป็นกรณีพิเศษ เนื่องจากมีปัญหาทางจิต สังคม เศรษฐกิจ ต้องการการดูแลใกล้ชิด เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสภาพที่เป็นอยู่ ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) เด็กที่เป็นออทิสติก ดาวน์ซินโดรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยวัณโรคที่มีปัญหาการดื้อยา ผู้ติดยาที่ได้รับการเยี่ยมบำบัด ผู้ป่วยจิตเวชต่าง ๆ และผู้ที่ถูกล่วงละเมิด ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมครั้งแรกเร็วที่สุดเท่าที่ทำได้ภายใน ๑ เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล

๖. แนวทางการดำเนินการ / ระยะเวลา และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

๖.๑ ชั้นเตรียมการ ศึกษารวบรวมข้อมูล ทบทวนวรรณกรรม ทบทวนสถิติ ๒ ปีย้อนหลัง วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และจัดทำแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ดำเนินการสร้าง google sheet และ Application line เพื่อการสื่อสารแบบสองทางระหว่างเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของข้อมูลเบื้องต้นของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ต้องการส่งต่อในการดูแลติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้าน และจัดทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อขออนุญาตจัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติฯ

๖.๒ ชั้นปฏิบัติการ จัดประชุมชี้แจงแนวทางปฏิบัติฯ สร้าง Application line เพื่อการสื่อสารแบบสองทางระหว่างผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ ในกรณีผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีอาการเปลี่ยนแปลง และผู้ดูแลไม่มั่นใจหรือเกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่บ้าน เครื่องมือที่ใช้ในการ เก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบบันทึกปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน แบบตอบกลับข้อมูลการให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน และแบบประเมิน ความพึงพอใจในการให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน รวมถึงการนำแนวทางปฏิบัติฯไปทดลองใช้ และประเมินผล

๖.๓ ชั้นติดตามประเมินผล เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน แบบตอบกลับข้อมูลการให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน และแบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน นำมาวิเคราะห์ ทบทวน ปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตรงกับความต้องการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๗. ประโยชน์จากการศึกษา

๗.๑ หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

๗.๒ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการเยี่ยมดูแลสุขภาพที่บ้านทันตามกำหนดเวลา

๗.๓ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน (Re-admit) และลดการเสียชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

๘. งบประมาณ

ไม่มีค่าใช้จ่าย

๙. แนวทางการติดตามและประเมินผล

๙.๑ ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จระดับผลผลิต (Output) และหรือระดับผลลัพธ์ (Outcome)

ระดับผลผลิต (Output)

- หน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติการส่งแบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ๑ แนวทาง

ระดับผลลัพธ์ (Outcome)

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการส่งต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อที่บ้านภายใน ๗ วันหลังออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๐

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลต่อที่บ้านภายใน ๑๕ วันหลังออกจากโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๐

- ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงที่ได้รับการดูแลต่อที่บ้าน เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน ๒๘ วัน (Re-admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๐

- ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการให้บริการการดูแลต่อที่บ้าน ร้อยละ ๘๐

๙.๒ วิธีการ / เครื่องมือที่ใช้ในการติดตามและการประเมินผล (สำเร็จ)

- แบบบันทึกการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยหรือส่งข้อมูลเยี่ยมบ้าน

- แบบตอบกลับข้อมูลการให้บริการเยี่ยมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน

- แบบประเมินความพึงพอใจในการให้บริการการดูแลต่อที่บ้าน

๑๐. ข้อเสนอแนะ

- ขยายผลใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการนำไปใช้กับผู้ป่วยที่ต้องได้รับการบริการดูแลต่อที่บ้านทุกราย