

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

พัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรม จากโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี

กรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ พย.ม. (การพยาบาลผู้ใหญ่)*

กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

ติดต่อผู้เขียน: กรรณิการ์ ศุภกิจอนันต์คุณ Email: jum11092515@gmail.com

วันรับ: 6 ธ.ค. 2566

วันแก้ไข: 19 มี.ค. 2567

วันตอบรับ: 29 มี.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ระหว่างธันวาคม 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใช้แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด และเป็นผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด เพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ในช่วงเวลาที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา มีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 ดำเนินการให้ความรู้ พัฒนา clinical practice guideline (CPG) และระบบการส่งต่อ ระยะที่ 3 ประเมินผลและปรับระบบการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่า มีการโทรประสานระหว่างแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์เฉพาะทางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 85 มีการเตรียม lab และ investigation พื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชนได้ครบถ้วน ร้อยละ 100 มีการประสานจากศูนย์ประสาน refer ของโรงพยาบาลชุมชนก่อนการส่งมา โรงพยาบาลอุดรธานี ร้อยละ 100 อัตราตายจาก surgical sepsis ลดลงจากร้อยละ 11.5 เหลือ 5.0 อัตราการเกิด rupture appendicitis ลดลงจากร้อยละ 9.3 เหลือ 5.7 ร้อยละการผ่าตัด acute abdomen ภายใน 12 ชม. จากร้อยละ 76.0 เป็นร้อยละ 80.0 ร้อยละการผ่าตัด acute appendicitis ภายใน 8 ชม. จากร้อยละ 46.0 เป็น 87.0 สะท้อนให้เห็นถึงการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายนำไปใช้ประโยชน์ให้กับจังหวัดอื่นได้

คำสำคัญ: ระบบบริการการส่งต่อ; ภาวะติดเชื้อในเลือดทางศัลยกรรม; แนวปฏิบัติ

บทนำ

ในปัจจุบันวิทยาการการรักษาผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด มีความเจริญก้าวหน้าและแตกแขนงไปเป็นสาขาย่อย ที่จำเพาะและลงลึกไปในรายละเอียดมากขึ้น ไม่จำเพาะแต่งานศัลยกรรมทั่วไป แต่ยังรวมถึงงานศัลยกรรมกระดูกและข้อ สูติกรรม และตา หู คอ จมูก รวมทั้งสาขาอื่นๆ ที่ต้องใช้วิธีการผ่าตัดเพื่อรักษาผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม ผลการรักษาผู้ป่วย จะประสบผล

สำเร็จได้ตรงตามเป้าหมาย จะต้องมีการกระบวนการในการดูแลรักษา ตั้งแต่ระยะการเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด การดูแลในระยะระหว่างและหลังผ่าตัด ไปจนถึงการส่งกลับไปยังชุมชน ปัจจุบัน ผู้ป่วยที่จะต้องรับการผ่าตัดส่วนหนึ่งมีโรคประจำตัวที่ซับซ้อนหรือยังไม่สามารถควบคุมได้ หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะติดเชื้อ (surgical sepsis) ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดเพื่อกำจัดที่สาเหตุการติดเชื้อ การเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดที่ดีจะ

นำไปสู่ความสำเร็จในการรักษาโดยมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นน้อยที่สุด หรือเกิดขึ้นโดยมีแผนรักษาการรักษารองรับ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวศัลยแพทย์หนึ่งคน ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน แต่จะต้องประกอบไปด้วยสหวิชาชีพนับตั้งแต่ระดับชุมชน ให้การรักษาเบื้องต้นอย่างเหมาะสม ส่งผู้ป่วยมารับการรักษาอย่างทันทั่วที่มี การเตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดอย่างเหมาะสม และมีการดูแลหลังผ่าตัด ซึ่งสามารถส่งต่อเพื่อดูแลแบบองค์รวม ในระยะพักฟื้นหรือระยะยาวในระดับชุมชนได้อย่างถูกต้อง

ปัจจุบัน ความเจริญทางด้าน การรักษาผู้ป่วยในโรคต่าง ๆ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีวิตในโรคบางอย่างสูงขึ้น มีอัตราเกิดความพิการลดลง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือดฉับพลัน โรคหลอดเลือดสมองอุดตันฉับพลัน เป็นต้น ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่ง นอกจากเทคโนโลยีการรักษาแล้ว นั่นคือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม⁽¹⁾ ที่มีประสิทธิภาพ อันได้แก่ การวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว และการส่งต่อมาสถานที่ที่มี ศักยภาพในการรักษา เพื่อเข้ารับการรักษาที่เหมาะสม^(2,3) ได้ทันเวลา

ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินทางศัลยกรรมจะพบว่ามีอาการที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษา ด้วยการผ่าตัด เช่น ใส่ติ่งอักเสบ หรืออาการปวดท้องเฉียบพลัน จะถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาลอุดรธานี เพื่อตรวจรับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง แต่เนื่องจากปี 2562 จังหวัดยังไม่มีช่องทางการประสานงาน เพื่อการส่งต่อในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีภาวะทางศัลยกรรมบางกลุ่มได้รับความล่าช้าในการรักษา เนื่องจากต้องผ่านกระบวนการและขั้นตอนประเมิน อาการผู้ป่วยจาก ER และรอปรึกษาแพทย์เฉพาะศัลยกรรม รวมไปถึงกลุ่มที่พบว่า มีอาการที่เป็นภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด จะต้องมีการเตรียมผ่าตัด ได้แก่ การงดน้ำและอาหาร การตรวจดูผลเลือดพื้นฐาน ผลเลือดเฉพาะ และการตรวจเพื่อ investigate หาข้อวินิจฉัยเพิ่มเติม เช่น X-ray, CT เป็นต้น

ซึ่งต้องใช้เวลาน้อย 8 ชั่วโมง จึงจะสามารถเข้ารับการผ่าตัดได้ รวมไปถึงบางกลุ่มที่มักจะมีอาการนำด้วยอาการปวดท้อง แต่อาการแสดงร่วมยังไม่ชัดเจน จะไม่ได้รับการประเมินได้ทันทั่วจากผู้เชี่ยวชาญ แต่จะได้รับคำแนะนำให้มารอตรวจกับศัลยแพทย์เฉพาะทางที่ OPD ซึ่งมีความแออัดของผู้ป่วยในการรอตรวจอยู่แล้ว จึงอาจทำให้ผู้ป่วยรอคอยการพบแพทย์นานและได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ส่งผลให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้าไปด้วย และที่สำคัญความล่าช้าในการรักษาอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่รุนแรงได้ เช่น เพิ่มโอกาสในการเกิดไส้ติ่งแตก เพิ่มโอกาสเกิดภาวะ Surgical sepsis ที่อาจทำให้มีอาการรุนแรงถึงขั้นผู้ป่วยเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ทันทั่ว⁽³⁾

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข โรคและภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนของการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของประชาชนไทยโดยมีข้อมูลร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เท่ากับ 24.67 และร้อยละการตายของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ เท่ากับ 5.23⁽³⁾ คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาศัลยกรรมจึงกำหนดให้การรักษายาบาลโรคและภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม ได้แก่ ภาวะ ไส้ติ่งอักเสบ ภาวะปวดท้องฉุกเฉิน 5 ภาวะ (ถุงน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน ลำไส้อุดตันเฉียบพลันและแผลกระเพาะอาหารทะลุ) เป็นกิจกรรมบริการ (service delivery) สำหรับการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรมเพื่อให้ประชาชนที่เจ็บป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพในปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นไป⁽³⁾

สถานการณ์ภาวะทางศัลยกรรมของจังหวัดอุดรธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 พบอัตราการตายจากภาวะ Surgical sepsis สูงถึงร้อยละ 11.5 ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบ เท่ากับ 10.92 ร้อยละการตายของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ เท่ากับ 4.92 และร้อยละการถูกตัดขาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา เท่ากับ

21.54⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่า ตัวชี้วัดดังกล่าวสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ประกอบกับโรงพยาบาลระดับ M, F ในจังหวัดอุดรธานี ยังพบปัญหาการขาดแคลนศัลยแพทย์และวิสัญญีแพทย์ รวมทั้งยังมีความเข้าใจไม่ตรงกันในการประเมินอาการผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม เช่น การใช้แบบประเมิน Alvarado score การใช้ surgical bundle sepsis โดยเฉพาะภาวะ surgical sepsis เป็นสาเหตุการเสียชีวิตหนึ่งในห้าอันดับแรกของกลุ่มโรคศัลยกรรมทั้งหมด ซึ่งโรคนี้ สามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้ ถ้าสามารถป้องกัน หรือเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันเวลาที่ เช่นเดียวกับการประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินอื่นๆ ดังกล่าวข้างต้น และจากการทบทวน preventable (dead 100%) ของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี พบสาเหตุจาก septic shock ร้อยละ 78.57 (22/28 ราย) อีกทั้งพบว่า surgical sepsis ที่มี organ failure มีการเข้าถึงบริการ ICU น้อยกว่าร้อยละ 50 ของการจอง การจัดการล่าช้าจากโรงพยาบาลชุมชน และดำเนินการที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มที่มีโรคร่วมในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจล้มเหลว หรือไตวาย ทำให้อัตราตายจาก acute abdominal surgical sepsis มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2560

กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เป็นหนึ่งในกระบวนการหลักของการให้บริการด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีขนาดเล็ก มักขาดศักยภาพและความพร้อมในการรักษา จำเป็นต้องส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพและความพร้อมมากกว่า การส่งต่อผู้ป่วยที่รวดเร็วมีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุด ลดการสูญเสีย มีคุณภาพชีวิตที่ดี⁽⁵⁾ เพื่อให้ประชาชนในจังหวัดอุดรธานีได้รับการช่วยเหลือและเข้าถึงบริการตรวจรักษาที่มีคุณภาพ รวดเร็ว เหมาะสมตามนโยบายด้าน Service Delivery ของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ดีและคุ้มค่าที่สุด จึงมีแนวคิดจัดทำแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจากเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี เพื่อให้จังหวัดมีการปฏิบัติงานตามกระบวนการรับ-ส่ง

ต่อผู้ป่วยที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน (standard operation procedure: SOP) มีคุณภาพไม่เกิดความสับสน ลดความซ้ำซ้อน และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน^(1,6)

ปัญหาและอุปสรรคในการบริหารจัดการเรื่องการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย ได้แก่ ศักยภาพในการตรวจรักษาที่แตกต่างกันตามระดับบริการของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรธานี รวมทั้งจำนวนเตียงและอัตรากำลังของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีจำกัดตามนโยบายระบบสิทธิการรักษา⁽⁷⁻⁹⁾ เพื่อแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคดังกล่าวข้างต้น โรงพยาบาลในจังหวัดอุดรธานี ทั้ง 20 อำเภอ โดยใช้เครือข่ายของทีม Service Plan สาขาศัลยกรรม ประสานความร่วมมือกันในการวางแผนบริหารจัดการเกี่ยวกับระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยจัดให้มีระบบเครือข่ายในการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย และระบบโรงพยาบาลพี่เลี้ยงเพื่อให้ความช่วยเหลือ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและพิจารณาถึงประสิทธิภาพ ความคุ้มค่าของกระบวนการ ความต้องการของผู้เกี่ยวข้องกับกระบวนการซึ่งประกอบด้วย ผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

โรงพยาบาลอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ ขนาด 1,100 เตียง กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งเป็นแม่ข่ายในระบบการบริการสุขภาพสาธารณสุข เขต 8 และพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาศัลยกรรมของจังหวัดอุดรธานี ที่จะต้องรับผิดชอบโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายทั้งหมด 20 อำเภอ ผู้ศึกษาในฐานะเลขานุการของ Service Plan สาขาศัลยกรรมของ PCT ศัลยกรรม เลขานุการทีมพัฒนาคุณภาพบริการสาขาศัลยกรรมระดับจังหวัดอุดรธานี และระดับเขตสุขภาพที่ 8 จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่าย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนไปสู่โรงพยาบาลที่มีศัลยแพทย์ เพื่อมุ่งสู่การลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคนี้ และกำหนดแนวทางมาตรฐานการดูแล (Systemic practice guideline) ในระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพที่ชัดเจนต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดยมุ่งหวังเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญของโรคทางศัลยกรรม และลดขั้นตอนการรอตรวจผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาศักยภาพของการรักษากลุ่มโรคศัลยกรรมของเครือข่ายบริการสุขภาพ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยศัลยกรรม และนำมาทำ root cause analysis หาแนวทางการแก้ปัญหาให้ตรงประเด็น และพัฒนารูปแบบและกำหนดแนวทางการปรึกษาและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมที่มีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน นำไปทดลองใช้กับเครือข่ายศัลยกรรมในจังหวัดอุดรธานี ตามช่องทางของ Service Plan สาขาศัลยกรรม จังหวัดอุดรธานี โดยดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการการดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม นำมาวิเคราะห์สถานการณ์ในการส่งต่อผู้ป่วยโดยการศึกษาเอกสาร สถิติข้อมูลการให้บริการ ในประเด็นที่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วยศัลยกรรม และนำมาทำ root cause analysis หาแนวทางการแก้ปัญหาให้ตรงประเด็น

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมมีภาวะฉุกเฉิน/เร่งด่วน และกำหนดเป้าหมายลดอัตราการตายให้ได้ตามนโยบายที่กำหนด โดยเริ่มต้นจัดประชุมภายในกับคณะกรรมการที่นำทางคลินิกศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี (patient care team) ออกแบบระบบการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ พัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งต่อ และออกแบบบันทึกในการทำ standing order เพื่อเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร เมื่อเสร็จสิ้นจึงนำไปแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันกับผู้รับผิดชอบโรงพยาบาลเครือข่าย ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ในบทบาทของทีมนำ

พัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาศัลยกรรม จังหวัดอุดรธานี ทดสอบระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร นำปัญหาและข้อเสนอแนะจากการทดลองใช้มาปรับปรุง และออกประกาศเป็นนโยบายจังหวัดโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

ระยะที่ 3 ประเมินผลและปรับระบบการดำเนินงาน โดยจะประเมินผลเป็นระยะตามปัญหาที่พบ และปรับปรุงให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ด้วยวงล้อคุณภาพ (PDCA: plan-do-check-act) จนได้รูปแบบที่เหมาะสม

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรจากโรงพยาบาลเครือข่ายในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และกลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน ในจังหวัดเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563 เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้ บุคลากรผู้ใช้แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดโรงพยาบาลชุมชนละ 2 คน รวม 40 คน กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม ที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย 20 อำเภอ ในจังหวัด รวม 30 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในระบบส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลเครือข่าย ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี และได้รับทราบแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจังหวัดอุดรธานี อ้างอิงประกาศของทีมพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาศัลยกรรม จังหวัดอุดรธานี

2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563

เกณฑ์คัดออก

1) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเครือข่ายโรงพยาบาลอุดรธานีระหว่างเดือนธันวาคม 2562 ถึง กุมภาพันธ์ 2563 ที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม

2) เป็นบุคลากรที่ไม่ได้รับทราบแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจังหวัดอุดรธานี อ้างอิงประกาศของทีมนิพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขาศัลยกรรมจังหวัดอุดรธานีและไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาลเครือข่าย ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบบันทึกการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี (Udonthani emergency & urgency surgical consultant's checklist) ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นมาเพื่อนำมาส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและใช้แทนคำสั่งการรักษา (standing's order) ประกอบด้วย ข้อมูล ดังนี้ diagnosis, หัตถการที่ได้รับ, underlying disease, drug used, basic lab, specific lab (รายโรค), investigation, IV fluid, other fluid/blood component, medication (≥ 15 yrs.), medication (< 15 yrs.), plan ของแพทย์ผู้รับปรึกษา และเจ้าหน้าที่ผู้ประสาน ชุดที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานทางคลินิกของผู้ป่วยศัลยกรรม และชุดที่ 3 แบบบันทึกความคิดเห็นต่อการปรับแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเที่ยงตรง (validity) ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 1 ท่าน ทำการตรวจสอบแบบบันทึกการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี

ความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบบันทึกไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบบันทึก โดยวิธีหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70

การรวบรวมข้อมูล ผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ตั้งแต่ธันวาคม 2562 ถึงกุมภาพันธ์ 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น จะไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มผู้ร่วมวิจัยหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

การพัฒนาแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี ได้ผล ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการการดำเนินงานระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม สรุปผลได้ ดังนี้

1. ระบบบริการภายในโรงพยาบาล พบประเด็นปัญหาที่จะต้องพัฒนา คือ

1) จากการทบทวน preventable (Dead 100%) ของกลุ่มงานศัลยกรรม พบสาเหตุจาก septic shock ร้อยละ 78.57 (22/28 ราย)

2) กลุ่มผู้ป่วย surgical sepsis ที่มี organ failure มีการเข้าถึงบริการ ICU น้อยกว่าร้อยละ 50 ของการจ้อง

3) การจัดบริการของห้องผ่าตัดที่ไม่ได้กำหนดให้กลุ่ม surgical sepsis ได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็ว ทำให้อัตราตายจาก acute abdominal surgical sepsis มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2560

2. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม พบประเด็นปัญหาที่จะต้องพัฒนา คือ (1) ขาดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด (2) ขาดการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม และ (3) ขาดการประสานงานก่อนการส่งต่อผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด หรือ delay management/improper management จากโรงพยาบาลเครือข่าย

3. ระบบบริการจากโรงพยาบาลเครือข่าย พบประเด็นปัญหาที่จะต้องพัฒนา คือ (1) ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม ก่อนการส่งต่อไม่เพียงพอ (2) ขั้นตอนในการบริการมีมาก ใช้เวลานาน และ (3) ทักษะในการเฝ้าระวังอาการแสดงโรคสำคัญยังไม่เพียงพอ เป็นต้น

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการรับส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี ได้นำผลการวิเคราะห์ที่ระยะที่ 1 นำมาพัฒนาระบบโดยร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติกับทีมสหสาขาวิชาชีพ กำหนดมาตรฐานการดูแลให้เป็นแนวทางเดียวกัน สรุปผล ได้ดังนี้

1. ระบบบริการภายในโรงพยาบาล ได้พัฒนาระบบบริการภายในกลุ่มงานศัลยกรรม โดย (1) จัดให้มี critical care team ที่บริหารจัดการและกำหนดเกณฑ์การเข้าถึง ICU เป้าหมายให้ได้มากกว่าร้อยละ 70 (2) พัฒนาศักยภาพบุคลากรเพิ่มการใช้ 6 bundle sepsis และใช้ SOS score ในการประเมินผู้ป่วย โดยประกาศเป็นนโยบายของกลุ่มงานและกำหนดให้ทุกหัวหน้าหอผู้ป่วยศัลยกรรม นิเทศ กำกับ ติดตามการปฏิบัติ (3) ร่วมกับวิสัญญีแพทย์ในการกำหนด criteria sepsis case ให้ได้รับการผ่าตัดภายใน 12 ชั่วโมง และ (4) ประสานทีมอายุรแพทย์ในการ management ผู้ป่วย surgical sepsis ที่มีโรคร่วมภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ (uncontrolled DM), coronary artery disease (CAD), chronic renal failure (CRF) และ congestive heart failure (CHF)

2. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม ได้พัฒนาระบบบริการ ดังนี้ (1) กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนเครือข่ายปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการถูกประเมินอาการและการจัดการอาการด้วยความรวดเร็วและทันทั่วทั้งที่โดยประสานผ่านทีมศูนย์ส่งต่อผ่านโปรแกรม Refer Link จังหวัด (2) พัฒนาเครื่องมือในการสื่อสาร ด้วยการสร้าง “แบบบันทึกการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน” (Udonthani emergency & urgency surgical

consultant's checklist) และ (3) ประกาศใช้แนวปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

3. ระบบบริการจากโรงพยาบาลเครือข่าย ได้พัฒนาระบบบริการ ดังนี้ (1) ประสานเครือข่ายจัดประชุมทีม Service Plan สาขาศัลยกรรมร่วมกับสาขา Sepsis จัด academic conference เรื่อง sepsis management และ (2) กำหนดช่องทางด่วน (fast track) ในการรับผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรมเข้ามารับการรักษาภายในตึกผู้ป่วยในศัลยกรรมได้ โดยไม่ต้องรอคอยรับการตรวจที่ OPD/ER 3) Re-design หรือออกแบบบันทึกการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน ได้ถูกนำมาใช้แทน Standing Doctor's Order เดิมกันตั้งแต่ต้นทางโรงพยาบาลชุมชนเครือข่าย

ระยะที่ 3 ประเมินผลและปรับระบบการดำเนินงานด้วยวงล้อคุณภาพ (PDCA) จนได้รูปแบบที่เหมาะสมและปรับปรุงให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ซึ่งแบบบันทึกการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน (Udonthani emergency & urgency surgical consultant's checklist) ของกลุ่มงานศัลยกรรมโรงพยาบาลอุดรธานี ได้ถูกนำมาใช้แทน standing doctor's order ถูกปรับปรุงแก้ไขตามประเด็นปัญหาที่พบจนปัจจุบันได้ใช้ใน Version 4 โดยได้ผลลัพธ์การพัฒนา ดังนี้

1. ผลลัพธ์การดำเนินงานทางคลินิกของผู้ป่วยศัลยกรรม

กระบวนการดำเนินการงานการปรึกษาจากโรงพยาบาลชุมชน ทั้งการโทรประสานระหว่างแพทย์หลังการพัฒนา มีอัตราเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดที่รวดเร็วขึ้น เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อมของ lab และ investigation พื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชน ส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เช่น อัตราการตาย เป็นต้น (ตารางที่ 1)

2. ความคิดเห็นต่อการปรับแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 1 การดำเนินงานทางคลินิกของผู้ป่วยศัลยกรรมของกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ก่อนและหลังการพัฒนา

ประเด็น	ร้อยละ		ผลลัพธ์	ร้อยละ
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา		
1. การโทรประสานระหว่างแพทย์โรงพยาบาลชุมชนกับแพทย์เฉพาะทาง	45.0	85.0	เพิ่มขึ้น	40.0
2. มีการเตรียม LAB และ investigation พื้นฐานของโรงพยาบาลชุมชนได้ครบถ้วน	55.0	100.0	เพิ่มขึ้น	45.0
3. มีการประสานจากศูนย์ประสาน refer ของโรงพยาบาลชุมชนก่อนการส่งมา โรงพยาบาลอุดรธานี	55.0	100.0	เพิ่มขึ้น	45.0
4. อัตราตายจาก surgical sepsis	11.5	5.0	ลดลง	6.5
5. อัตราการเกิด rupture appendicitis	9.3	5.7	ลดลง	3.5
6. ร้อยละการผ่าตัด acute abdomen ภายใน 12 ชม.	76.0	80.0	เพิ่มขึ้น	4.0
7. ร้อยละการผ่าตัด acute appendicitis ภายใน 8 ชม	46.0	87.0	เพิ่มขึ้น	41.0

การปรับแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้ เพื่อนำมาใช้กับเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานีทุกอำเภอ โดยใช้ทีมพัฒนาระบบบริการศัลยกรรม (Service Plan) สาขาศัลยกรรม ระดับจังหวัดเป็นการขับเคลื่อน หลังจากนั้นจะนำมาขอความคิดเห็น จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ความคิดเห็นต่อการปรับแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้ ความคิดเห็นส่วนใหญ่ เห็นด้วยในระดับมาก กับการปรับแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี โดยเรื่องที่เห็นด้วยมากที่สุด ได้แก่ การปรับแบบบันทึก มีความ

เหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ และมีความเหมาะสมในการใช้เป็นคำสั่งการรักษา (standing doctor's order) ส่วนเรื่องที่เห็นด้วยปานกลาง เป็นเรื่องแบบบันทึกทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม อาจเป็นเพราะการดำเนินการด้วยการปรึกษาทางโทรศัพท์ จะได้รับเพียงคำสั่งการรักษาแต่จะไม่ได้พบแพทย์เฉพาะทางโดยตรง จนกว่าผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อมาถึงโรงพยาบาลอุดรธานีก่อน

วิจารณ์

การพัฒนาแนวทางการรับส่งต่อผู้ป่วยศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นต่อการปรับแบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายในจังหวัดอุดรธานี

ประเด็น	ค่าเฉลี่ย	ระดับความคิดเห็น
1. การปรับแบบบันทึกทำให้เห็นภาพรวมการทำงานที่เชื่อมโยงกันมากขึ้น	3.31	มาก
2. การปรับแบบบันทึกเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วน/ฉุกเฉิน	3.27	มาก
3. การปรับแบบบันทึก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษารวดเร็ว	3.08	มาก
4. การปรับแบบบันทึก ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญทางศัลยกรรม	2.70	ปานกลาง
5. การปรับแบบบันทึก มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ	3.66	มาก
6. แบบบันทึก มีความเหมาะสมในการใช้เป็นคำสั่งการรักษา (Standing Doctor's order)	3.66	มาก

1. ระบบบริการภายในโรงพยาบาล ควรมีการนำสถิติข้อมูลที่สำคัญหรืออุบัติการณ์ที่ส่งผลกระทบในระดับ E up ขึ้นมาทำ root cause analysis (RCA) และจัดทำแผนการพัฒนาในการลดความเสี่ยงและเพิ่มความปลอดภัยให้ผู้ป่วยในรูปแบบ 3Ps (Purpose, Process & Performance) ซึ่งกระบวนการทำ RCA การวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เหมาะสมควรมีสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ เพราะการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพจะเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเห็นโอกาสพัฒนาในมุมมองที่หลากหลาย หากทำโดยวิชาชีพเดียวก็จะได้รับบริการที่ไม่ครอบคลุม รวมถึงการเสริมรู้แก่บุคลากรในการวิเคราะห์สาเหตุ ซึ่งจะทำให้บุคลากรได้เรียนรู้การแก้ไขปัญหาความเสี่ยงเชิงระบบ^(10,11) ซึ่งยืนยันด้วยผลสะท้อนประเด็นพัฒนาการรับส่งต่อผู้ป่วยในศัลยกรรมจากโรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดอุดรธานี ที่ต้องเตรียมการจากทีมนำทางคลินิกทางศัลยกรรมที่ประกอบด้วยสหสาขามาช่วยกันค้นหาปัญหาถึงรากและแก้ปัญหาในแต่ละประเด็น จนเกิดแนวปฏิบัติที่เหมาะสม และมีการประกาศเป็นนโยบายจังหวัด จะสามารถนำส่งสู่ผู้ปฏิบัติได้ครอบคลุมทั้งจังหวัดมากยิ่งขึ้น^(1,12)

2. ระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทางศัลยกรรม ควรมีนโยบายให้มีศูนย์ประสานงานการส่งต่อระดับจังหวัดมีโครงสร้างที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จของการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย คือ โครงสร้างและการจัดตั้งหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ประสานงาน^(1,5,13) และมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคที่สำคัญ เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้เฉพาะทางด้านศัลยกรรม การมีระบบช่องทางด่วนฉุกเฉินและให้คำปรึกษากรณีฉุกเฉินศักยภาพ รวมไปถึงการให้บริการช่องทางด่วนพิเศษในการเข้ารับบริการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาด้วยระบบส่งต่อ เป็นการเพิ่มศักยภาพและประสิทธิภาพในการดูแลรักษา รวมทั้งบริหารจัดการทรัพยากรในระบบบริการทางการแพทย์^(8,14) สามารถประสานงานและปรึกษาแพทย์-

เฉพาะทางได้อย่างรวดเร็ว หากเกิดกรณีจำเป็นเร่งด่วนกับผู้ป่วย มีแบบฟอร์มการสื่อสารอย่างปลอดภัย ให้เป็นไปตามมาตรฐานเดียวกัน⁽¹⁵⁾ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีมีคุณภาพ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ เช่น อัตราการตาย และสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้รวดเร็ว

3. ระบบบริการจากโรงพยาบาลเครือข่าย ควรมีแนวทางรักษาผู้ป่วย และระบบช่องทางด่วน มีการออกแบบระบบบริการ และเครื่องมือในการสื่อสารด้วยการลดขั้นตอนต่างๆ ลง⁽⁸⁾ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยได้รับการล่าช้า สร้างระบบส่งต่อที่ไร้รอยต่อทั้งในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่ ข้อมูล ยาและเวชภัณฑ์ แบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อ อีกทั้งต้องมีการใช้เวทีเครือข่ายในระดับจังหวัด ทบทวนประเด็นและปัญหาที่พบมาแก้ไขและพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนด้วยการใช้วงล้อคุณภาพ^(1,7,12) เพื่อความปลอดภัยต่อผู้รับบริการและต่อผู้ปฏิบัติงานได้ทันทีที่ ซึ่งยืนยันด้วยผลสะท้อนประเด็นการพัฒนาแบบบันทึกการปรึกษาและส่งต่อผู้ป่วยทางศัลยกรรมกรณีฉุกเฉิน/เร่งด่วน โดยกำหนดประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการรักษาและถูกนำมาใช้แทน standing doctor's order นำมาใช้เป็นคำสั่งการรักษาเดียวกันทั้งจังหวัด ที่มีการปรับตามประเด็นปัญหาที่พบและใช้ใน Version 4 จนถึงปัจจุบัน ทำให้ได้รับการจัดการที่เหมาะสม ก่อนถูกส่งต่อมาที่ รพศ. สามารถเพิ่มโอกาสการเข้ารับบริการโดยผู้เชี่ยวชาญ และลดความเสี่ยงสำคัญได้ เช่น อัตราการตายจาก Sepsis

ข้อเสนอแนะ

1. ในการทบทวนและประกาศใช้นโยบายจังหวัด ต้องติดตามและ direct เป็นรายโรงพยาบาล และส่งคืนข้อมูลให้เห็นผลการดำเนินงาน

2. ควรมีการสร้างเครือข่ายการพัฒนาและพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารไปพร้อมกัน เช่น Telemed

3. ควรมีระบบติดตามและประเมินผลงานของหน่วยบริการโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการต่อยอดพัฒนาการปรึกษาและการประสานงานผ่าน application รวมไปถึงการประเมินคะแนนอาการผ่าน application เช่น acute appendicitis, acute limb ischemia, bundle sepsis เป็นต้น และควรศึกษาเพิ่มเติมให้เห็นผลลัพธ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น multiple injury, traumatic brain injury

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จังหวัดมีแนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ ศัลยกรรมร่วมกันและเป็นแนวทางเดียวกัน การพัฒนา CPG ที่เป็นมาตรฐานทั้งความรู้ในการประเมินภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรม เช่น acute appendicitis acute limb ischemia ระดับความรุนแรงของโรค สิ่งสำคัญที่ต้องเฝ้าระวังอาการและหัตถการที่ควรได้รับล้วนเป็นประโยชน์แก่แพทย์และพยาบาลในระดับปฏิบัติ สามารถให้การรักษาและดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน ลดผลกระทบด้านสุขภาพและลดต้นทุนการรักษาพยาบาล อีกทั้งลดภาระงานของแพทย์และพยาบาลในการรักษาและดูแลได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี ที่สนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) สาขา ศัลยกรรม และทีมคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจังหวัดอุดรธานี สาขา ศัลยกรรมที่มีความตั้งใจในการพัฒนาร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1. เกตริรินทร์ ไทยศรีวงศ์, ยุพเยาว์ วิศพรณ์, บัญชา พร้อมดิษฐ์. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่องรูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ เขตสุขภาพที่ 6. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
2. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (service

plan) สาขา ศัลยกรรม: แนวทางการดูแลผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน. สมุทรสาคร: บอรัญนที พับลิชชิ่ง; 2561.

3. กองบริหารสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการพัฒนาระบบรับส่งต่อผู้ป่วย. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
4. กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี. สรุปการดำเนินงานกลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลอุดรธานี ปีงบประมาณ 2560. อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี; 2560.
5. วรณา กรีทอง. การพัฒนาระบบการบริหารการรับ และการส่งต่อผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพ แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2558. 103 หน้า.
6. นันทดี บุญเลิศ. การศึกษาคุณภาพระบบการส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลดำเนินสะดวกจังหวัดราชบุรี. วารสารวิชาการและการพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช 2564;1(2):27-40.
7. จักรพงศ์ ปิติโชคโกคินท์, มยุณา ศรีสุภนันท์, สุรีย์ จันทรมารี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีภาวะวิกฤต โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2562;37(1):88-97.
8. ทิพย์วิภา สังข์อินทร์, ภาณุ อุดกลั่น, นุชนารถ ศรีนาค. การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินแบบครบวงจร โรงพยาบาลนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564;8(2):94-104.
9. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. คู่มือการปฏิบัติด้านระบบส่งต่อผู้ป่วย: โรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 14 มี.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล:<http://www.msdbangkok.go.th/download%20file/manual/3.pdf>
10. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2543.

11. สำริ ชมบริสุทธิ์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล, อภิรดี นันทศุภวัฒน์. การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. วารสารพยาบาลสาร 2563;47(2):453-62.
12. ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ระบบส่งต่อผู้ป่วย:กระบวนการ สำคัญในการจัดการบริการสุขภาพ. J Med Health Sci 2561;25(3):109-21.
13. ผุสดี ปิติพรณรงค์, ศุภรัตน์ เอื้ออุนวงศ์. การพัฒนาระบบ รับส่งต่อผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตถ์ 2556;5(2):13-26.
14. ปราณอม สงวนพันธุ์. กระบวนการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง โรงพยาบาล. หัวหินสุขใจไกลกังวล 2562;4(1):51-61.
15. ยุพเภาว วิศวพรณ์, บัญชา พร้อมดิษฐ์, พรทิพย์ สุขอดิษฐ์. รูปแบบการบริหารจัดการศูนย์ประสานการส่งต่อ จังหวัด จันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2560;34(3):194-205.

The Development OF Referrals System for Surgical Inpatients from Network in Udon Thani Province

Kannika Supakitanankun, M.N.S. (Adult)

Department of Surgery, Udonthani Hospital, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2025;34(Suppl 1):S116-S125.

Corresponding author: Kannika Supakitanankun, Email: jum11092515@gmail.com

Abstract: This action research aimed to develop a system for surgical inpatients from network hospitals in Udon Thani province between December 2019 and February 2020. The samples were users of patient referral guidelines at every community hospital in the province. and were patients with surgical indications who were referred from community hospitals in the province to obtain treatment at Udon Thani Hospital during the specified time. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. The operation was divided into 3 phases. Phase 1 analyzes the situation, conditions of problems and needs. Phase 2: providing knowledge, developing clinical practice guideline (CPG) and referral systems. Phase 3: evaluating and adjusting the operating system. The research results found that there was an increase in coordination calls between referring doctors and specialist doctors from 45% to 85%. Lab and basic investigation preparations for community hospitals were 100% completed. There was regular coordination from the referral coordination center before sending patient to Udon Thani Hospital. As a result, the mortality rate from surgical sepsis decreased from 11.5% to 5.0%. Rupture appendicitis rate decreased from 9.3% to 5.7%. Percentage of acute abdomen surgery within 12 hours from 76% to 80%. Acute appendicitis surgery within 8 hours increased from 46% to 87%, reflecting effective management. This approach should be used as a guideline for transferring patients requiring surgery in the hospital network; and the guideline could be beneficial for other provinces.

Keywords: referral system; surgical sepsis; guideline