

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนาระบบรายงานตัวชีวิตอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลภายใน 28 วันโดยไม่ได้วางแผน

ปิยนุช บุญกอง พย.ม. (การพยาบาลชุมชน)

อุไรวรรณ ศรีตามา ส.ม. (ชีวสถิติ)

อภิญา คำพะโคตร ศษ.ม. (เทคโนโลยีทางการศึกษา)

อัศวพล ยงดี ส.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)

โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร

วันรับ:	22 ก.พ. 2561
วันแก้ไข:	1 ต.ค. 2562
วันตอบรับ:	11 ต.ค. 2562

บทคัดย่อ ตัวชีวิตอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผนเป็นตัวชีวิตที่สะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล จากการวิเคราะห์ระบบรายงานตัวชีวิตพบปัญหาได้แก่ การรายงานข้อมูลซ้ำ ร้อยละ 16.67 ไม่รายงานความเสี่ยงในระบบร้อยละ 53.33 ดังนั้นเพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องการรายงานตัวชีวิต อันจะนำไปสู่การพัฒนาข้อมูลที่น่าเชื่อถือและตรวจสอบได้มีระบบการรายงานที่ครบถ้วน สามารถรับรู้ถึงสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของหน่วยงาน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบรายงานและศึกษาผลของการพัฒนาระบบรายงานตัวชีวิต ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 มกราคม 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 ผู้ให้ข้อมูลหลักตามคุณสมบัติที่กำหนด คือผู้มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 40 คน และพยาบาลสารสนเทศ 2 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง ดำเนินการวิจัย 3 ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นวางแผน ขั้นการปฏิบัติ และ ขั้นการประเมินผลและสะท้อนการปฏิบัติ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาคือ ความถี่และร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ระบบรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มแรกรับ โปรแกรมสารสนเทศ กลุ่มการพยาบาล menu หน่วยงาน หัวข้อ คงพยาบาล+Risk กระบวนการ ได้แก่ (1)พยาบาลรับใหม่พบผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ (2) ลงบันทึกในแบบฟอร์มแรกรับ (3) ลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ (4) เลือกรหัสความเสี่ยง Q06 (unplanned re-admission rate) (5) ผู้รับผิดชอบตัวชีวิตและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงตรวจสอบ ทบทวน รวบรวมและสรุปรายงานทุกเดือน และ (6) หัวหน้างานนิเทศกำกับตามมาตรฐานการรับใหม่ ผลลัพธ์ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการรายงานตัวชีวิต ส่วนผลการพัฒนาระบบพบว่าประสิทธิภาพของโปรแกรมได้แก่ มีการเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลตัวชีวิตครบถ้วนร้อยละ 100.0 จากการประเมินของผู้ใช้งานโปรแกรมพบว่าโปรแกรมช่วยให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้นร้อยละ 90.0 โปรแกรมใช้งานง่ายร้อยละ 87.5 โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate ร้อยละ 87.5 ความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 87.5 และเมนูการใช้งานมีความเหมาะสมร้อยละ 82.5 ตามลำดับ ผลจากการติดตามตัวชีวิตทำให้หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานทราบถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการทบทวนและแก้ไขปัญหาทันทีโดยมีการกำหนดมาตรการการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และมีการรายงานและติดตามตัวชีวิตในการประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาลทุกเดือน

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบ; ตัวชีวิตในโรงพยาบาล; อัตราการกลับมารักษาซ้ำ

บทนำ

สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข มีการกำหนดข้อมูลสำคัญทางการพยาบาล ด้านข้อมูลคุณภาพการพยาบาล มาตั้งแต่ปี 2543 จนถึงปัจจุบันหน่วยบริการต้องรายงานตัวชี้วัดระดับโรงพยาบาลจำนวน 22 ตัวชี้วัดต่อสำนักการพยาบาลปีละหนึ่งครั้ง⁽¹⁾ ซึ่งการรายงานตัวชี้วัดจากข้อมูล 43 แฟ้มของระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพจังหวัดพบข้อจำกัดคือไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลได้ครบถ้วนและไม่สามารถดูข้อมูลได้ทันทีซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบคือการจัดการปัญหาที่ล่าช้าไม่บรรลุตามเกณฑ์โดยเฉพาะตัวชี้วัดอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission rate) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือมากกว่าร้อยละ 5.0⁽¹⁾ จากการวิเคราะห์ระบบรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate พบว่า ได้ข้อมูลนำเข้าจากรายงานข้อมูลผู้ป่วยใน HMS Report ในแฟ้มผู้ป่วยในนับจำนวนผู้ป่วยเฉพาะในโรงพยาบาลเดียวกัน ด้วย HN เดียวกันกลับมารักษาซ้ำในช่วงเวลาที่กำหนดด้วยโรคหลักเดิมตั้งข้อมูลที่พบในระหว่างปี 2556 ถึง 2558 พบร้อยละ 12.0, 11.9 และ 13.5 ตามลำดับ โรคที่พบมากที่สุดได้แก่ มะเร็งลำไส้ มะเร็งเม็ดเลือดขาว และโรคไต⁽²⁾ จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 30 เวชระเบียนพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และมารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์และพบปัญหาได้แก่ การรายงานข้อมูลซ้ำ ร้อยละ 16.7 ไม่รายงานความเสี่ยงในระบบร้อยละ 53.3 สอดคล้องกับการศึกษาของพงศธร คำบ่อเศร้า ซึ่งวิเคราะห์ว่าการรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate นั้นอาจเป็นสถิติที่สูงกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากการรวมผู้ป่วยที่นัดมารับการรักษา และผู้ป่วยเก่าอาจกลับมาด้วยปัญหาใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเดิมที่เคยมารับการรักษา และสถิติอาจต่ำกว่าความเป็นจริงเนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่เคยอยู่โรงพยาบาลอาจไม่กลับ

มารับการรักษาในโรงพยาบาลเดิม⁽³⁾ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จากการรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate ในระบบรายงานแบบเดิมส่วนหนึ่งอาจเป็นข้อมูลที่นำเข้ามาในลักษณะข้างต้น เนื่องจากขาดขั้นตอนการทบทวนเวชระเบียนซ้ำเพื่อหาสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำก่อนรายงาน

ดังนั้นเพื่อให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานสามารถเข้าถึงข้อมูลที่นำเชื่อถือ ตรวจสอบได้ มีระบบการรายงานที่ครบถ้วน สามารถรับรู้ถึงสถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันของหน่วยงาน จึงได้มีการพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate ผ่านโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบรายงานและศึกษาผลของการพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate

วิธีการศึกษา

ใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน⁽⁴⁾ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์เพื่อศึกษาจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสพัฒนา และภาวะคุกคามของระบบตามการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และวางแผนแก้ไขปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหามาตามแผนและพัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

การวิจัยนี้ได้คำนึงถึงจริยธรรมในการเปิดเผยข้อมูลของผู้ที่เกี่ยวข้อง สิทธิผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รวมทั้งผลกระทบต่อโรงพยาบาลสกลนคร ผ่านการรับรองพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ EC 3/2558 มีรายละเอียดวิธีการศึกษาดังนี้

การวิจัยขั้นตอนที่ 1 ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

1.1 สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกโรงพยาบาลสกลนคร อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร เป็นสถานที่ศึกษา เนื่องจากเป็นโรง-

พยาบาลที่มีผู้มารับบริการมากที่สุด ในจังหวัดสกลนคร เป็นพื้นที่ที่มีความพร้อมที่จะพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนการ ซึ่งมีความต้องการพัฒนาให้มีความเข้มแข็งเป็นรูปธรรม

1.2 ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง จากนั้นเลือกเชิงทฤษฎีไปยังกลุ่มต่างๆ โดยเริ่มแบบเปิดกว้าง เมื่อมีข้อมูลชี้ไปในทิศทางใดก็หาผู้ให้ข้อมูลเฉพาะในประเด็นนั้นๆ ต่อไปโดยใช้วิธีบอกต่อ (snow ball) ⁽⁵⁾ จากกระบวนการทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้จึงมีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอ้อมตัวทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย

1) กลุ่มพยาบาล ได้แก่ พยาบาลผู้ที่มีคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมา รักษาซ้ำประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวนทั้งสิ้น 11 คน

2) กลุ่มผู้พัฒนาโปรแกรม ได้แก่ ทีมพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย พยาบาลสารสนเทศ 2 คน นักวิชาการคอมพิวเตอร์ 1 คน และเจ้าพนักงานเวชสถิติ 1 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 4 คน

1.3 วิธีการเก็บข้อมูล

ในระหว่างวันที่ 1-31 มกราคม 2558 ผู้วิจัยใช้วิธีการเก็บข้อมูล โดยการสังเกต และบันทึกภาคสนาม ดังนี้

1) ผู้วิจัยได้สังเกตบริบทของสถานที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูล และทำบันทึกภาคสนามทุกครั้งที่ใช้พื้นที่สถานที่ศึกษา ตลอดระยะเวลาของการเก็บข้อมูล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจถึงวิถีชีวิตของผู้ให้ข้อมูลได้ชัดเจนขึ้น

2) ผู้วิจัยใช้วิธีการสังเกตและบันทึกการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งสิ้น 15 คน ครั้งที่ 1 ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลโรงพยาบาลสกลนคร 11 คน และครั้งที่ 2 มีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ กลุ่มผู้พัฒนาโปรแกรม 4 คน เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาจุดเด่น จุดด้อย โอกาส และอุปสรรค (SWOT Analysis) ⁽⁶⁾ ของระบบการรายงาน

ตัวชีวิตทั้งนี้ผู้วิจัยได้บันทึกเทปในระหว่างการสนทนากลุ่ม ทุกครั้ง และถอดเทปในทุกคำของผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มี การเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขข้อมูล และมีการตรวจสอบอ่านทวนซ้ำหลังการถอดเทปทุกครั้ง

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ⁽⁵⁾ แบบมีกรอบ โดยวิเคราะห์ตามกรอบของ SWOT พร้อมกับการเก็บข้อมูล ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังนี้

1) การทำความเข้าใจข้อมูล โดยผู้วิจัยอ่านข้อความ บันทึกภาคสนาม ข้อความจากการถอดเทป จากการถอด ความคำต่อคำของการประชุมกลุ่ม และข้อความใน เอกสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด

2) การจัดระบบข้อมูล และแยกหมวดหมู่ของข้อมูล โดยผู้วิจัยเริ่มจากการให้ดัชนีข้อมูลเชิงคุณภาพในชั้นที่ 1 แล้วจัดกลุ่มดัชนีสร้างเป็นประเด็นย่อย จากนั้นรวมกลุ่ม ประเด็นย่อยขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก และเอาดัชนีมาลง ตาราง Matrix เพื่อดูการกระจาย และความหนาแน่นของ ดัชนี เพื่อสร้างสมมติฐานชั่วคราว และหาหลักฐานมา อธิบายเพิ่มเติม

3) ให้รหัสการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานถึงดัชนีต่าง ๆ

4) การสรุปความ ผู้วิจัยสรุปความข้อมูลตามกรอบ ของ SWOT และนำประเด็นที่ได้จากการสรุปความไป ตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าผู้วิจัยไม่ได้สรุป ความผิดไปจากความเป็นจริงที่ปรากฏจากข้อมูล

1.5 ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย ได้จากการใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ⁽⁷⁾ คณะผู้วิจัยทุกคนมีความ รู้ ความเข้าใจและมีประสบการณ์การทำงานวิจัยเชิง-คุณภาพ นอกจากนั้นในระหว่างการดำเนินการวิจัยผู้วิจัย ทุกคนมีการประชุมปรึกษากันเป็นระยะ เพื่อตรวจสอบซึ่ง กันและกัน ทั้งในด้านของความคิด วิธีการและการตีความ

การวิจัยขั้นตอนที่ 2

ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2558 ถึง 30 กันยายน 2559 ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในการ

พัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง โดยการประชุมกลุ่มเพื่อร่างระบบการรายงานตัวซ้ำวัด นำยกร่างที่ได้มาดำเนินการพัฒนาโดยการทดลองปฏิบัติ สะท้อนการปฏิบัติ และประชุมกลุ่ม เพื่อปรับปรุงแก้ไข จนได้ระบบที่เหมาะสม กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 40 คน และทีมพัฒนาโปรแกรมจำนวน 4 คนรวมผู้ที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยระยะนี้จำนวน 44 คน

วิธีการเก็บข้อมูล รวบรวมจากการสังเกตและบันทึกการประชุมกลุ่ม 1 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาในการจัดทำข้อสรุป

การวิจัยขั้นตอนที่ 3

ในระหว่างวันที่ 1 - 30 กันยายน 2559 เป็นการประเมินผลระบบโดยมีรายละเอียด ดังนี้

การประเมินผลเชิงปริมาณ

3.1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างจากประชากรเป้าหมายทั้งหมด 542 คน โดยการเลือกอย่างเจาะจงกลุ่มพยาบาล มีเกณฑ์ในการคัดเลือกคือเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการรับใหม่ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึง สิงหาคม 2559 ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน

3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประกอบด้วย

1) แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบสอบถามชนิดให้ตอบเอง แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อความคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ (1) โปรแกรมช่วยทำให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้น (2) โปรแกรมใช้งานง่าย (3) โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวซ้ำวัด unplanned re-admission rate (4) เมนูการใช้งานมีความเหมาะสม และ (5) ความพึงพอใจโดยรวม เป็นแบบ Likert scale แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับ

น้อยที่สุด นำข้อมูลที่ได้มาจำแนกตามระดับความพึงพอใจ จำแนกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความพึงพอใจสูง (มากกว่าร้อยละ 80.0) ระดับความพึงพอใจปานกลาง (ร้อยละ 60.0 ถึง 79.9) และระดับความพึงพอใจต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 59.9)

2) แบบรายงานตัวซ้ำวัดเป็นแบบบันทึกรายงานตัวซ้ำวัด บันทึกรายงานเดือนละ 1 ครั้งมีรายละเอียดประกอบสถิติ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ จำนวนวันที่กลับมารักษาซ้ำ โรค สาเหตุ เป็นต้น ซึ่งแบบรายงานนี้ทำการบันทึกโดยพยาบาลผู้รับผิดชอบตัวซ้ำวัดเดือนละ 1 ครั้ง และส่งแบบรายงานผลให้กับผู้วิจัยในโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาลทุกเดือน

3) แบบบันทึกการสังเกต เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนขั้นตอนการรวบรวมและบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานตัวซ้ำวัดทำการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมเช่น การซักประวัติ แกรับหัวข้อการกลับมารักษาซ้ำ บันทึกข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำในแบบประเมินสมรรถนะการรับ บันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ในโปรแกรมความเสี่ยง เป็นต้น

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรง ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญประเมินพิจารณาถึงความเห็นและให้คะแนนในรายข้อคำถาม นำคะแนนที่ได้มาคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale) เท่ากับ 1.0 และได้้นำแบบประเมินความพึงพอใจและแบบบันทึกการสังเกตไปทดสอบใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสกลนคร จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจข้อความ และความถูกต้องเห็นพ้องในการสังเกต แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบประเมินความพึงพอใจโดยคำนวณสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบบันทึกการสังเกตก่อนทดลองใช้จริงร่วมกันของพยาบาลสารสนเทศ 2 คน นำข้อมูลทั้ง 30 ชุดมา

หาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (inter-rater reliability) ค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตได้เท่ากับ 0.92

3.2 การประเมินผลเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นต่อระบบรายงานตัวชีวิตแบบใหม่ของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการรายงานข้อมูลตัวชีวิตในระบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม การสังเกต และบันทึกการสะท้อนการปฏิบัติ

3.3 การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพ

นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัย โดยสังเขปดังนี้

1.1 สภาพปัญหาของระบบการรายงานตัวชีวิต จากการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนากระบวนการรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate โดยทำ SWOT ได้แก่

ก. จุดแข็ง บุคลากรมีความรู้และทักษะด้านการพัฒนาสารสนเทศมีผู้รับผิดชอบตัวชีวิตมีฐานข้อมูลผู้ป่วยในระบบHMS มีโปรแกรม RM NSO

ข. จุดอ่อน ไม่มีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ไม่มีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ค. โอกาส การรายงานข้อมูลสำคัญสำนักการพยาบาล 80 รายการ 1 ครั้ง/ปี การรายงานข้อมูลเพิ่มมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ 43 เพิ่ม รายการ 1 ครั้ง/เดือน

ง. ภาวะคุกคาม การรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate จากหลายแหล่งข้อมูล

สำหรับปัจจัยที่เป็นผลกระทบที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบการรายงานตัวชีวิต unplanned re-admission rate มีดังนี้

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ไม่สามารถเข้าถึงรายละเอียด

ของข้อมูลในฐานข้อมูล 43 แฟ้มได้ครบถ้วนและไม่สามารถดูข้อมูลฐานข้อมูลสำคัญของสำนักการพยาบาล และโปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิกโรงพยาบาลสกลนคร ได้ทันที ซึ่งอาจทำให้เกิดผลกระทบคือการจัดการปัญหาซ้ำ

ด้านกระบวนการ พบว่า วางแผนดำเนินการออกแบบระบบสารสนเทศให้มีความไวในการรายงานจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และมีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้านผลลัพธ์ พบว่า ตัวชีวิตอัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน (unplanned re-admission rate) ซึ่งเป็นตัวชีวิตที่สะท้อนระบบการดูแลผู้ป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ในระหว่างปี 2556 ถึง 2558 พบร้อยละ 12.0, 11.9 และ 13.5 ตามลำดับ เป็นอัตราสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนด คือมากกว่า ร้อยละ 5.0

ผลจากการวิเคราะห์นำไปสู่การวางแผนดำเนินการออกแบบระบบสารสนเทศให้มีความไวในการรายงานจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือมีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ มีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.2 การออกแบบระบบสารสนเทศ เพื่อการรายงานตัวชีวิตโดยการพัฒนาโปรแกรมที่สามารถทำการเชื่อมต่อข้อมูลจากฐานข้อมูล HMS โรงพยาบาลสกลนครกับฐานข้อมูลระบบบริหารความเสี่ยง โปรแกรมความเสี่ยงทางคลินิก จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลผ่านทาง Web Application กลุ่มการพยาบาล ชื่อโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล <http://webintranet/itc/SKH/RM> จัดทำคู่มือการรายงานความเสี่ยง unplanned re-admission rate (รหัสความเสี่ยง Q06) จัดประชุมชี้แจงการบันทึกและรายงานความเสี่ยง Q06 ทดลองใช้โปรแกรม ตรวจสอบผลการใช้งานปรับโปรแกรมหลังทดลองใช้ ปรับปรุงคู่มือปฐมนิเทศพยาบาลและเอกสารการบันทึกการพยาบาลที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับระบบ

การรายงาน และปรับแบบฟอร์มการนิเทศการบันทึกและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในสำหรับหัวหน้าตึก/งาน

1.3 ระบบการรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate ที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลสกลนคร ประกอบด้วย

ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้แบบฟอร์มแรกรับ ซึ่งเป็นเครื่องมือเตือนให้รายงานความเสี่ยงเข้าระบบ และโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล menu หน่วยงาน หัวข้อ คงพยาบาล+Risk

กระบวนการ (Process) ได้แก่ (1) พยาบาลรับใหม่พบอุบัติการณ์ Q06 (2) ลงบันทึกในแบบฟอร์มแรกรับ (3) ลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ (4) เลือกรหัสความเสี่ยง Q06 (unplanned re-admission rate) (5) ผู้รับผิดชอบตัวซ้ำและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงตรวจสอบ ทบทวน รวบรวมและสรุปรายงานทุกเดือน และ (6) หัวหน้างานนิเทศ กำกับตามมาตรฐานการรับใหม่

ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ ประสิทธิภาพการเข้าถึงข้อมูลในโปรแกรมการรายงานตัวซ้ำ

1.4 ข้อคิดเห็นต่อระบบการรายงานตัวซ้ำแบบใหม่ จากข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปได้ว่า

1.4.1 ระบบการรายงานตัวซ้ำแบบใหม่เอื้อต่อการบริหารจัดการบริการพยาบาล ทำให้หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหน่วยงานทราบถึงคุณภาพการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดการทบทวนและแก้ไขปัญหาทันทีโดยมีการกำหนดมาตรการการวางแผนจำหน่ายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

1.4.2 ผลจากการติดตามตัวซ้ำมีการนำเสนอรายงานตัวซ้ำในโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล รายงานและติดตามตัวซ้ำในการประชุมประจำเดือน กลุ่มการพยาบาลมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการบริหารและการบริการพยาบาลทุกเดือน

2. ผลการวิจัยจากข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า

2.1 ประสิทธิภาพของโปรแกรมมีการเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลตัวซ้ำครบถ้วนร้อยละ 100.0

2.2 ผลการประเมินของผู้ใช้งานโปรแกรม จำแนก

ตามระดับความพึงพอใจพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับสูง (มากกว่าร้อยละ 80.0) ในทุกด้าน ได้แก่ โปรแกรมช่วยให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้น ร้อยละ 90.0 รองลงมา โปรแกรมใช้งานง่าย ร้อยละ 87.5 โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate ร้อยละ 87.5 ความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 87.5 และเมนูการใช้งานมีความเหมาะสมร้อยละ 82.5 ตามลำดับ

วิจารณ์

จากข้อค้นพบในการวิจัยพบว่ามีประเด็นที่สำคัญต่อการพัฒนาระบบรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate มี 3 ด้านดังนี้

1) ด้านปัจจัยนำเข้า

จากการสุ่มตรวจเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาซ้ำจำนวน 30 เวชระเบียน พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค และมารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของพงศธร คำบ่อศรี⁽³⁾ ที่พบว่า วิเคราะห์การรายงานตัวซ้ำ unplanned re-admission rate นั้นอาจเป็นสถิติที่สูงกว่าความเป็นจริงได้ เนื่องจากการรวมผู้ป่วยที่นัดมารับการรักษา และผู้ป่วยเก่าอาจกลับมาด้วยปัญหาใหม่ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรคเดิมที่เคยมารับการรักษา และสถิติอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากมีผู้ป่วยบางส่วนที่เคยอยู่โรงพยาบาลอาจไม่กลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลเดิม⁽³⁾ และ Benbassat J และ Taragin M พบว่าตัวซ้ำอัตราตาย อัตราการกลับมารับรักษาซ้ำ และอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์กันและเป็นตัวซ้ำที่สะท้อนคุณภาพบริการ แต่จากการวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองมอนติคาโลพบว่า อัตราการกลับมารับรักษาซ้ำเป็นเครื่องชี้วัดคุณภาพที่มีความไวต่ำสุดเนื่องจากขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน⁽⁸⁾ แสดงว่า การเก็บรวบรวมข้อมูลตัวซ้ำอัตราการกลับมารับรักษาซ้ำควรมีการระบุแหล่งที่มาของข้อมูลคือเวชระเบียน และควรระบุขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลให้

เหมือนกันทุกแห่ง ได้แก่ เก็บรวบรวมข้อมูลจากขั้นตอนการรับใหม่ผู้ป่วยโดยการซักประวัติเป็นขั้นตอนที่สามารถประเมินการกลับมารักษาซ้ำที่ไวที่สุด มีระบบการบันทึกในแบบฟอร์มรับใหม่ที่ระบุได้ว่าผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำตามคำจัดความของตัวชี้วัด แต่ในกรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอื่นนั้น ควรใช้ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคเรื้อรังหรือใช้ระบบการสื่อสารผ่านเครือข่าย LTC เซต 8 จะทำให้ได้ข้อมูลตัวชี้วัดที่ถูกต้องและน่าเชื่อถือ

สำหรับกรณีวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการพัฒนากระบวนการโดยทำ SWOT พบ จุดอ่อนคือ ไม่มีระบบการทบทวนสาเหตุการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ไม่มีการสะท้อนข้อมูลและรายงานข้อมูลกลับไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาวะคุกคามการรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate จากหลายแหล่งข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ตันทวาริยะ และทินกร จุลแก้วพัฒนา⁽⁹⁾ ที่พัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา ทำการวิเคราะห์ปัญหาก่อนพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศที่ผ่านไปตามแนวคิด POSDCORB Model พบปัญหาและอุปสรรคหลายประการดังนี้ ด้านโปรแกรม (software) ขาดการบริหารจัดการในภาพรวมจึงทำให้มีโปรแกรมฐานข้อมูลหลายโปรแกรม และแต่ละโปรแกรมไม่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทำให้ฐานข้อมูลไม่สามารถนำมารวมเป็นคลังข้อมูลให้มีความเป็นเอกภาพ ข้อมูลจากฐานไม่สามารถนำมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ได้ ข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือและที่มีอยู่ในปัจจุบันนั้นเพื่อการเบิกจ่ายเงินเป็นหลักไม่สามารถนำมารวมเป็นคลังข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อใช้ในการพัฒนางานสาธารณสุขด้านการบริหารจัดการ (management) ขาดการบูรณาการในการทำงานมีความซ้ำซ้อนไม่สามารถแลกเปลี่ยนเชื่อมโยงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ แสดงว่าการพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่มีหลายโปรแกรมนั้นต้องมีการจัดการเชื่อมโยงโปรแกรม ทำให้ฐานข้อมูลแต่ละโปรแกรมนำมารวมเป็นคลังข้อมูลให้มีความเป็นเอกภาพ สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อใช้ประโยชน์ได้

2) ด้านกระบวนการดำเนินงาน

จากขั้นตอนการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate จนเกิดระบบใหม่ที่ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ได้แก่ พยาบาลเจ้าของไข้ แบบฟอร์มแรกรับ ซึ่งเป็นเครื่องมือเตือนให้รายงานความเสี่ยงเข้าระบบ โปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล ใน menu หน่วยงาน หัวข้อ คงพยาบาล+Risk กระบวนการ ได้แก่ พยาบาลรับใหม่พบอุบัติการณ์ Q06 ลงบันทึกในแบบฟอร์มแรกรับ ลงข้อมูลรายงานอุบัติการณ์ เลือกรหัสความเสี่ยง Q06 (unplanned re-admission rate) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยง ตรวจสอบ ทบทวน รวบรวมและสรุปรายงานทุกเดือน หัวหน้างาน นิเทศ กำกับตามมาตรฐานการรับใหม่ ผลลัพธ์ได้แก่ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการรายงานตัวชี้วัด และผลกระทบ ได้แก่ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำได้รับการทบทวนการดูแลเพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำด้วยสาเหตุที่ป้องกันได้ สอดคล้องกับ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี มาตรฐานที่ I-4.1, I-4.2, II-1.2, II-2.1 การปฏิบัติการพัฒนาระบบบริการที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน⁽¹⁰⁾ จากกระบวนการในขั้นตอนการพัฒนากระบวนการพบว่ากระบวนการสำคัญคือจัดระบบฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อมูลเชิงพลวัต มีระบบการตรวจสอบข้อมูลก่อนรายงานผลและนำไปใช้ประโยชน์ แสดงว่าการพัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัดผ่านโปรแกรมที่สามารถทำการเชื่อมต่อข้อมูลจากฐานข้อมูลโรงพยาบาลสกลนครที่เกี่ยวข้องผ่าน web application กลุ่มการพยาบาลช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการรายงานตัวชี้วัดได้ สอดคล้องกับณปรีชญ์ วงษ์เกษม และคณะ ซึ่งศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินงานตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยใช้หลักการของ Application Program Interface ในการเชื่อมต่อและจัดการกับฐานข้อมูลของโปรแกรม JHCIS ซึ่งเป็นโปรแกรมสนับสนุนการทำงานของ รพ.สต. ให้ทำงานร่วมกับภาษา PHP HTML และ JavaScript ส่งผลให้ระยะเวลาในการรวบรวม

เอกสาร สืบค้นข้อมูล และจัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานลดลงเหลือประมาณ 2.29 วันทำการ⁽¹¹⁾ และการศึกษาของอุไรวรรณ ต้นทอริยะ และทินกร จุลแก้ว พัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงาได้มีการพัฒนาเว็บไซต์ www.iphdc.net เพื่อให้หน่วยบริการบันทึกข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดที่ไม่สามารถประมวลผลจากหลักฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โดยเป็นความคิดเห็นร่วมกันระหว่างหน่วยปฏิบัติการ หลังจากบันทึกข้อมูลเสร็จสิ้นโปรแกรมจะทำการประมวลผลให้ตามที่ต้องการผ่านเว็บไซต์สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่าง data center ระดับจังหวัดสำนักงานสาธารณสุขเขตและกระทรวงด้วยข้อมูลที่มีความสอดคล้องกัน⁽⁹⁾ แสดงว่าการสร้างระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อระบบรายงานตัวชี้วัดนี้สามารถเปลี่ยนรูปแบบการรวบรวมข้อมูลจากระบบรวบรวมด้วยตนเอง (manual) เป็นประเภทกึ่งอัตโนมัติ (semi-automatic) ซึ่งผู้ใช้สามารถบันทึกและประมวลผลรายงานผ่านช่องเดียวคือ ผ่านโปรแกรมกลุ่มการพยาบาล จึงช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการทำงานได้

3) ด้านการประเมินผล

พบว่าด้านประสิทธิภาพของโปรแกรมมีการเข้าถึงรายละเอียดของข้อมูลตัวชี้วัดครบถ้วนร้อยละ 100.0 ด้านผลการประเมินของผู้ใช้งานโปรแกรมพบว่าโปรแกรมช่วยให้รายงานความเสี่ยง Q06 รวดเร็วขึ้น ร้อยละ 90.0 โปรแกรมใช้งานง่าย ร้อยละ 87.5 โปรแกรมช่วยอำนวยความสะดวกในการรวบรวมรายงานตัวชี้วัด unplanned re-admission rate ร้อยละ 87.5 ความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 87.5 และเมนูการใช้งานมีความเหมาะสมร้อยละ 82.5 ตามลำดับ ผลจากการติดตามตัวชี้วัดมีการนำเสนอรายงานตัวชี้วัดในโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาล รายงานและติดตามตัวชี้วัดในการประชุมประจำเดือนกลุ่มการพยาบาลมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ทั้งในด้านการบริหารและการบริการพยาบาลทุกเดือนสอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ต้นทอริยะ และทินกร จุลแก้ว ซึ่งพบว่าผลการพัฒนาโปรแกรมทำให้

มีการใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลกลางในระดับจังหวัดและลดความซ้ำซ้อนในการรายงานของสถานบริการลดภาระงานให้เจ้าหน้าที่ ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น⁽⁹⁾ แสดงว่าการพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานตัวชี้วัดร่วมกับกระบวนการในด้านการบริหารจัดการที่ดีเพื่อให้การดำเนินงานมีความสะดวกและรวดเร็วส่งผลให้ระบบการรายงานตัวชี้วัดมีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น

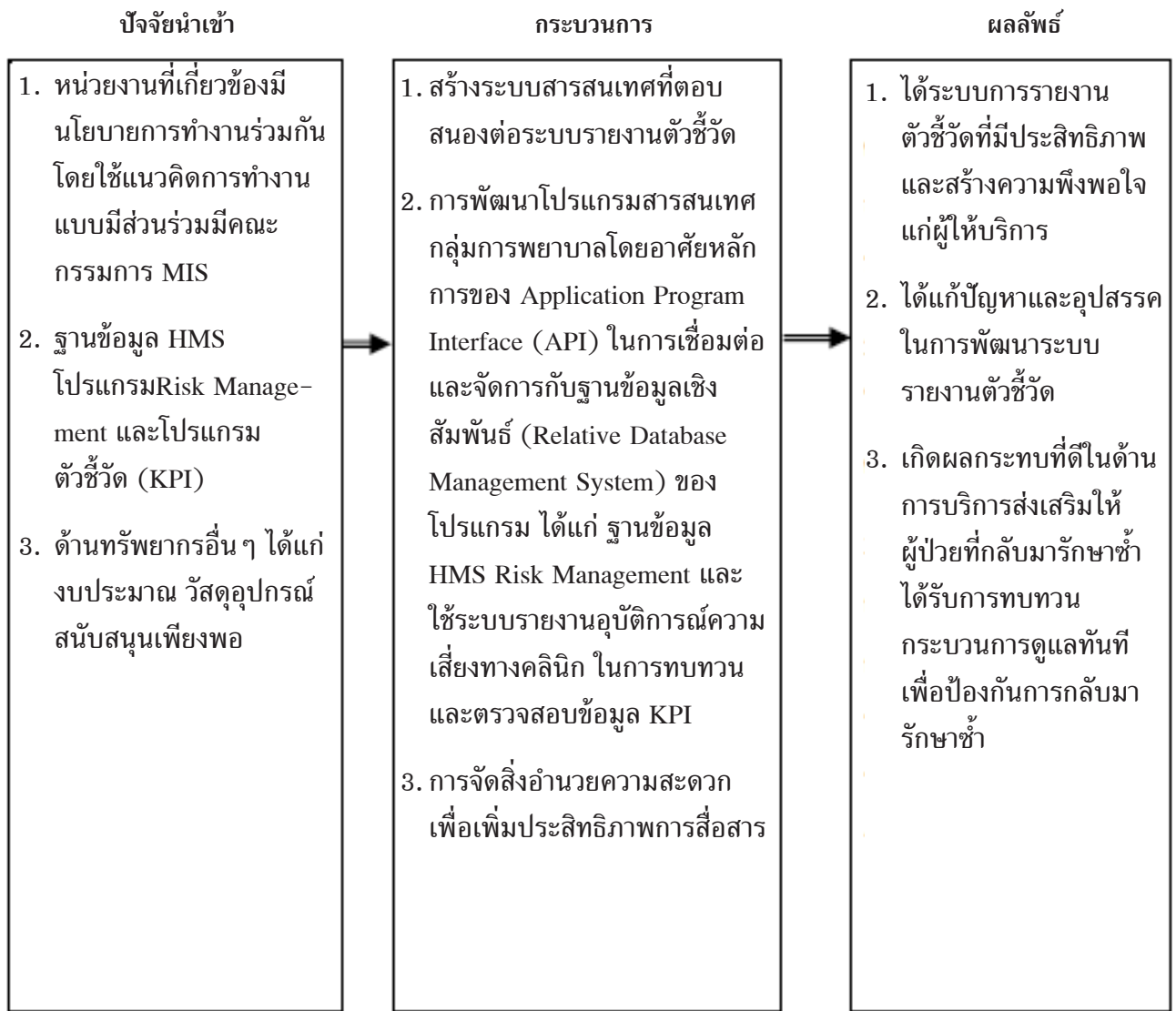
สรุป

ระบบการรายงานตัวชี้วัดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ของโรงพยาบาลสกลนครได้พัฒนาจากแนวคิดเชิงระบบ และการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยใช้ผลการวิจัยในระยที่ 1 ซึ่งได้มาจากวิธีการวิเคราะห์ SWOT ที่เน้นการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค ที่มีผลต่อการแก้ปัญหาใช้กลยุทธ์นำจุดแข็งปิดจุดอ่อน เพื่อนำไปสู่การวางแผนพัฒนาระบบการรายงานตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสกลนครดังแสดงในภาพที่ 1

การถอดบทเรียนจากการวิจัยและพัฒนา

1. บทเรียนที่ได้รับ การนำเทคโนโลยีและระบบสารสนเทศมาใช้ทำให้ผู้บริหารสามารถใช้ประโยชน์จากระบบฐานข้อมูลในการกำกับการดำเนินงานด้านการบริการได้อย่างสะดวกน่าเชื่อถือ สามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจในเชิงนโยบายด้านการจัดบริการได้ ผู้ปฏิบัติงาน มีช่องทางการรายงานความเสี่ยงและตัวชี้วัดที่สะดวก เป็นการสื่อสาร 2 ทางระหว่างผู้ส่งและรับความเสี่ยงสามารถบริหารจัดการความเสี่ยงได้ทันที และมีการส่งรายงานตัวชี้วัดจากแหล่งข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้ มีการทบทวนข้อมูลทั้งจากเวชระเบียนและขณะผู้ป่วยรับการรักษาทำให้ข้อมูลที่ได้ตรงกับความเป็นจริง ผู้รับบริการได้รับการดูแลตามมาตรฐานการวางแผนจำหน่ายเมื่อต้องเข้ารับการรักษาซ้ำได้รับการทบทวนเพื่อป้องกัน

ภาพที่ 1 ระบบการรายงานตัวชีวิตต่อตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน โดยไม่ได้วางแผน ของโรงพยาบาล สกลนคร



การเกิดซ้ำทันที

2. ปัจจัยแห่งความสำเร็จความมุ่งมั่นของทีมงานในการใช้ความรู้ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศในการปรับปรุงโปรแกรมสารสนเทศกลุ่มการพยาบาลร่วมกับโปรแกรมความเสี่ยงเพื่อจัดการระบบรายงานตัวชีวิต จึงทำให้โปรแกรมสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้งานและความร่วมมือของทีมนักวิชาชีพในการจัดบริการให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมภายใต้แนวทางการบริหารจัดการ

ความเสี่ยงทางคลินิก

3. การสนับสนุนที่ได้รับจากผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร ผู้บริหารองค์กรพยาบาลสนับสนุนและผลักดันให้มีการพัฒนาระบบสารสนเทศและการจัดการความเสี่ยงในการติดตามตัวชีวิตในงานการพยาบาล หัวหน้างานนิเทศกำกับกับการบันทึกรายงานความเสี่ยงตามมาตรฐานการรับใหม่ และพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงทบทวนและวิเคราะห์ความเสี่ยงก่อนรายงานตัวชีวิต

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ได้แก่

1) ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล ควรนำระบบการรายงานไปใช้ติดตามตัวชี้วัดที่สำคัญของสำนักการพยาบาลและตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล และขยายผลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ งานเวชระเบียน งานเวชกรรมสังคม เป็นต้น ทำให้ทุกหน่วยบริการสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทันเวลา น่าเชื่อถือ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลนำรูปแบบที่ได้ไปปรับปรุงคู่มือปฐมนิเทศกลุ่มการพยาบาล ประเด็นมาตรฐานการรับใหม่ การบันทึกและวางแผนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และปรับแบบฟอร์มการบันทึกการประเมินสมรรถนะแรกรับ (research to routine)

3) ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดและพยาบาลผู้จัดการความเสี่ยงนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานไปตรวจสอบความถูกต้องและทบทวนซ้ำในโปรแกรมความเสี่ยงก่อนวิเคราะห์และรายงานต่อคณะกรรมการบริหารการพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาพัฒนาต่อยอดจากงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่

1) วิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสารสนเทศ “โปรแกรมระบบรายงานตัวชี้วัดประเภทอัตโนมัติ (automatic)”

2) วิจัยและพัฒนาคุณภาพระบบการจัดการความเสี่ยงด้านคลินิกตามมาตรฐานงานบริการผู้ป่วยใน

3) วิจัยกึ่งทดลองศึกษาประสิทธิผลการวางแผนจำหน่ายในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.สมจิต แดนสีแก้ว และ อ.ดร.รุ่งรังษี วิบูลชัย ผู้ทรงคุณวุฒิและที่ปรึกษางานวิจัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและพยาบาล

โรงพยาบาลสกลนคร ที่ได้ร่วมกันพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัดในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักการพยาบาล. มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: องค์การ-สงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2551.
2. งานสารสนเทศการพยาบาล. รายงานสถิติ HMS Report โรงพยาบาลสกลนคร. สกลนคร: โรงพยาบาลสกลนคร; 2559.
3. พงศธร คำบ่อเศร้า. การพัฒนาการจัดระบบเทคโนโลยีสารสนเทศโรงพยาบาลหนองหาน[อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: โรงพยาบาลหนองหาน; 2554 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2558]. แหล่งข้อมูล: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:uVpx5F_5vBMJ:pai-pongsathorn.blogspot.com/2012/08/blog-post_10.html+&cd=24&hl=th&ct=clnk&gl=th#.WW8I0NSLQrg
4. Kemmis SB, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
5. ศิริพร จิรวัดน์กุล. การวิจัยเชิงคุณภาพในวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: ศิริภักดิ์ทอพอเซ็ท; 2548.
6. สุพงศ์ นิมกุลรัตน์. การใช้ SWOT วางแผนกลยุทธ์ในองค์กร. วารสารศูนย์เครื่องมือวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2550;15(1):81-6.
7. Dey I. Qualitative data analysis: a user- friendly guide for social scientists. London: Routledge; 1993.
8. Benbassat J, Taragin M. Hospital readmissions as a measure of quality of health care advantages and limitations. Arch Intern Med 2000;160(8):1074-81.
9. อุไรวรรณ ตันทวาริยะ, ทินกร จุลแก้ว. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานระบบฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดพังงา. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559;25(2):315-23
10. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระ-เกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย). นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล; 2558.
11. ณปรัชญ์ วงษ์เกษม, วิภาวี ธรรมภรณ์พิลาศ, หลุทัย โลหะ-ศิริวัฒน์, ธีระ วรธนาร์ตัน. การพัฒนาระบบรายงานตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. วารสารวิจัย-ระบบสาธารณสุข 2557;8(3):281-91.

Abstract: Development of Hospital Performance Indicator Report System for 28-day Unplanned Re-admission

Piyanuch Boonkong, M.N.S. (Community Nursing); Uraiwan Sridama, M.P.H. (Biostatistics); Apinya Kumphakote, M.Ed. (Educational Technology); Ukaphol Yongdee, B.P.H. (Public Health)

Sakon Nakhon Hospital, Sakon Nakhon Province, Thailand

Journal of Health Science 2019;28:131-41.

A hospital performance indicator for 28-day unplanned re-admission rates is a measure that reflects the patient care system while being treated in a hospital. The analysis of system metrics on unplanned re-admission indicated duplication of reports up to 16.67% of the cases and no report on the risk in the system in 53.33%. Therefore, there is a need to address the problem of hospital reporting performance indicator in order to obtain reliability of data for monitoring the situation, particularly the readmission of patients within 28 days. This action research aimed to develop the reporting system and to study the outcomes of such improvement with regard to unplanned re-admission rate. The study was conducted from January 2015 to September 2016. The key informants include 40 registered nurses and two information nurses. The research had three stages included: planning, acting and evaluation & reflecting. Data were analyzed using content analysis and descriptive statistics with frequency and percentage. The study findings were as follows: (A) the system metrics report unplanned re-admission rate included inputs with the nursing admission form as a warning to report of risks, nurse information database program, health agency menu, still nursing topics & risk. The Process stage including (1) nurses receiving patient readmission, (2) recording in the first form, (3) incident reporting, (4) selecting Q06 (risk code for unplanned re-admission), (5) monthly review and compilation, and (6) supervisors getting the new results. Eventually, the outcomes including application performance reporting metrics were obtained. (B) The development of the effectiveness of the program included the complete access (100.0%) to detailed information indicators. From the evaluation of the program, it was found that the program helped defining the risk report Q06 faster (90.0%), feasible (87.5%), facilitated the collection of metrics reports on unplanned re-admission rate (87.5%), gaining high satisfaction (87.5%), and suitable (82.5%). These indicators helped the head nurses appraise the quality of patient care leading to the review and correct the problem promptly. The discharge planning measures were appropriate to each patient and leading to the reporting and monitoring of the indicators regularly in the monthly meetings of the hospital.

Keywords: development of system; hospital performance indicator; unplanned re-admission