

การส่งปรึกษาต่อ - ตอบกลับที่ศูนย์ปฐมภูมิ คุณคต: กรณีศึกษาเพื่อการพัฒนา

นิตยา ทนวงษ์*, นรภัทร ปานเนียม**, สุมาลี บุญเลิศ**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์	เพื่อวิเคราะห์ระบบการส่งปรึกษาต่อระหว่างศูนย์แพทย์ปฐมภูมิคุณคต และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
วิธีการ	ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เก็บรวบรวมและวิเคราะห์ใบส่งตัวผู้ป่วยจากศูนย์แพทย์ปฐมภูมิคุณคต ที่ส่งปรึกษาโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และใบตอบกลับจากโรงพยาบาลสองรอบในช่วงเวลาต่างกัน ๙ เดือน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าร้อยละ และแสดงเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพรวมทั้งความเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
อภิปรายผล	ในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ได้ส่งใบส่งตัวจำนวน ๑๐๕ ราย (ประมาณร้อยละ ๑๐ ของทั้งหมด) ค้นได้ใบตอบกลับ ๔๙ รายโดยมีการตอบ ๓๙ ราย (ร้อยละ ๔๓.๓) รอบที่สองเดือนพฤศจิกายน ๒๕๕๒ เลือกเฉพาะผู้ป่วยที่ส่งปรึกษาเป็นครั้งแรกได้ใบส่งตัว ๖๕ ราย (ร้อยละ ๖.๕ ของทั้งหมด) ค้นได้ใบตอบกลับ ๔๕ รายโดยมีการตอบ ๒๘ ราย (ร้อยละ ๔๓.๑) ระยะเวลาที่ได้รับใบตอบกลับคือ ๑ สัปดาห์ถึง ≥ 3 เดือน อัตราตอบกลับจากสาขาหลักเฉลี่ยร้อยละ ๕๐-๖๐ ยกเว้นสาขาสูติหรือเวชเนื้อหาในใบส่งตัวมีความสมบูรณ์เกือบทุกหัวข้อ โดยเฉลี่ยร้อยละ ๙๐ ในขณะที่ใบตอบกลับมีความสมบูรณ์ในประเด็นการวินิจฉัยขั้นสุดท้ายร้อยละ ๓๖.๙-๔๐ กำหนดนัดติดตามร้อยละ ๓๒-๓๔ หัวข้ออื่น ๆ มีการระบุน้อยกว่าร้อยละ ๓๐ โดยเฉพาะการวางแผนติดตามดูแลร่วมกันมีน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ผู้ป่วยร้อยละ ๖๘ รับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการส่งปรึกษาและร้อยละ ๙๑ รับรู้และเข้าใจผลการวินิจฉัยและการรักษา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แสดงว่ามีปัญหาเรื่องทักษะในการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย และการสื่อสารระหว่างกันทั้งโดยวาจาและการเขียน
สรุป	ได้วิเคราะห์ใบส่งต่อ - ใบตอบกลับระหว่างศูนย์แพทย์ปฐมภูมิคุณคต และโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - พฤศจิกายน ๒๕๕๒ แสดงผลในประเด็นอัตราการตอบกลับ ระยะเวลาที่ศูนย์ปฐมภูมิได้รับใบตอบกลับ ความครบถ้วนชัดเจนของเนื้อหาในใบส่งตัวและใบตอบกลับ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการถูกส่งตัวไปปรึกษาและเรื่องโรค รวมทั้งความเห็นของผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลทั้งสองแห่ง ผู้วิจัยเสนอแนะให้พัฒนาการส่งตัว - ตอบกลับเป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อ - ตอบกลับ และให้มีการประชุมร่วมกันเป็นระยะ

คำสำคัญ: การส่งปรึกษาต่อ-ตอบกลับ, ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ, การพัฒนา

* โครงการจัดตั้งสถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทนำ

McWhinney IR, ๑๙๕๑^๑ ให้คำอธิบายว่า การส่งปรึกษา (consultation) คือ การขอความเห็นจากเพื่อนร่วมงานหรือจากแพทย์สาขาอื่น และการส่งต่อ (referral) คือ การมอบโอนความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยไปให้ในบางประเด็นที่จำเป็น ทั้งสองประการนี้เป็นหน้าที่และความรับผิดชอบสำคัญอย่างหนึ่งของแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวหรือแพทย์ปฐมภูมิ การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพทั้งกับเพื่อนร่วมวิชาชีพและต่างวิชาชีพจึงเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมงานเดียวกันอย่างต่อเนื่อง โดยแบ่งการส่งต่อเป็น ๔ ประเภท คือ การส่งต่อเฉพาะช่วง (interval referral) แพทย์เวชปฏิบัติส่งผู้ป่วยต่อไปยังแพทย์เฉพาะทางโดยตนเองขาดความรับผิดชอบในระยะนั้นชั่วคราว เช่น การส่งต่อเพื่อรับการผ่าตัด หรือรักษาโรคเฉพาะทางด้านอายุรกรรม การส่งต่อโดยดูแลร่วมกัน (collateral referral) แพทย์เวชปฏิบัติส่งผู้ป่วยต่อไปเพื่อรับการดูแลปัญหาเฉพาะ เช่น โรคต่อหิน โรคทางจิตเวช แต่ตนเองยังรับผิดชอบผู้ป่วยรายนั้นเต็มที่ การส่งต่อข้ามแพทย์ (cross-referral) แพทย์ที่รับปรึกษาส่งต่อไปพบแพทย์อีกคนหนึ่ง หรือผู้ป่วยไปพบเอง โดยที่แพทย์ผู้ส่งต่อคนแรกขาดการพบกับผู้ป่วยไปเลย และประเภทสุดท้าย การส่งต่อแยกส่วน (split referral) ผู้ป่วยพบแพทย์หลายสาขาสำหรับแต่ละโรค เช่น พบแพทย์หัวใจ แพทย์เบาหวาน ฯลฯ ปัญหาที่จะเกิดขึ้นคือ ไม่มีแพทย์คนใดรับผิดชอบผู้ป่วยชัดเจน^๑ ฤกษ์แจสำคัญของการส่งต่อคือการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างแพทย์หลายคนร่วมกันดูแลผู้ป่วยรายเดียวกัน ควรมีการสื่อสารโดยตรง เช่น การโทรศัพท์ถึงกัน มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ discharge and follow up plans บ้างก็ต่าง ๆ เหล่านี้จะช่วยให้แพทย์เวชปฏิบัติปฐมภูมิเกิดความมั่นใจในตนเองว่าแพทย์ผู้เชี่ยวชาญให้การสนับสนุน เชื่อมั่นว่าตนเองมีความรู้เพียงพอ และพอใจว่าแพทย์เฉพาะทางได้มอบหมายให้ติดตามผู้ป่วยในบางเรื่องที่แพทย์ปฐมภูมิรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยมากกว่า ผลที่ตามมาคือ การบูรณาการทั้งในแนวราบและแนวตั้งของระบบบริการสุขภาพซึ่งจัดเป็นวิวัฒนาการปัจจุบันของบริการสาธารณสุข (Wood, ๑๙๕๓, ๑๙๕๖)^{๒,๓} นอกจากนั้น จากการศึกษาที่มหาวิทยาลัยจอห์น ฮอปกินส์ สหรัฐอเมริกา Forrest et al., ๒๐๐๐^๔ ยังพบอีกว่า ความร่วมมือระหว่างแพทย์ผู้ส่งต่อกับแพทย์เฉพาะทางจะเพิ่มความปลอดภัยในการปรึกษา และเพิ่มความสำเร็จของการส่งต่อซึ่งวัดจากอัตราการได้รับจดหมายตอบกลับ ความพึงพอใจของ

แพทย์ผู้ส่งต่อจะสูงที่สุดเมื่อได้รับการตอบกลับทั้งทางจดหมายและทางโทรศัพท์ กระบวนการส่งต่อซึ่งรวมถึงคุณภาพของจดหมายตอบกลับ ได้แก่ องค์ประกอบของเนื้อหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งแผนการดูแลร่วมกัน (co-managing plan) จะดีขึ้นอย่างมากเมื่อมีการสื่อสารที่ดีระหว่างแพทย์ปฐมภูมิกับแพทย์เฉพาะทาง การศึกษานี้ต้องการจะวิเคราะห์ระบบการส่งปรึกษาต่อระหว่างศูนย์แพทย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ที่ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา (ศูนย์คูคตฯ) และคลินิกเฉพาะทาง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (รพช.) เพื่อการพัฒนาแบบให้เกิดการบูรณาการของระบบบริการสุขภาพของธรรมศาสตร์อย่างยั่งยืนต่อไป

วิธีการ

ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยและทีมงานการพยาบาลของศูนย์คูคตฯ เก็บรวบรวมใบส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ และใบตอบกลับจากโรงพยาบาล รอบที่หนึ่งในระหว่างวันที่ ๑-๒๕ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๕๒ โดยการสุ่มแบบธรรมดา จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรความน่าจะเป็นที่ความเชื่อมั่นร้อยละ ๙๕ ความคลาดเคลื่อนร้อยละ ๑๐ ความแตกต่างของความสมบูรณ์ของใบส่งตัวและใบตอบกลับเท่ากับร้อยละ ๕๐ แล้วบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เนื้อหาในใบส่งตัว ระยะเวลาที่ได้รับใบตอบกลับ เนื้อหาในใบตอบกลับ ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคของตนเอง และประเด็นข้อสังเกตจากใบส่งตัวหรือใบตอบกลับ คุณภาพของเนื้อหาและความเข้าใจ ให้คะแนนแบบลิเคิร์ต ๓ ระดับ การค้นหาใบตอบกลับใช้วิธีติดตามค้นในเล่มเวชระเบียนเดือนละครั้งรวม ๓ ครั้งนับจากวันที่ให้ใบส่งตัว ทีมงานประชุมเพื่อรับรู้ข้อมูลภายหลังจากได้ผลการวิเคราะห์ของรอบแรก แล้วปรับเปลี่ยนวิธีการให้ใบส่งตัว การตามใบตอบกลับ และการเก็บข้อมูลในรอบที่สองระหว่างวันที่ ๑-๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความเห็นของทีมงานรวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์นำไปสู่การสังเคราะห์ระบบเพื่อนำเสนอผู้บริหารของสองหน่วยงาน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็นค่าร้อยละ และแสดงเนื้อหาข้อมูลเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล

ในรอบที่หนึ่งเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ได้สุ่มใบส่งตัวไว้ ๑๐๕ รายจากจำนวนใบส่งตัวที่ศูนย์คูคตฯ ส่งผู้ป่วยไปปรึกษาต่อเพื่อการตรวจวินิจฉัยและการรักษาใน

ช่วงเวลานั้นทั้งสิ้น ๑,๐๖๕ ราย รวมทั้งที่ส่งปรึกษาทันตกรรม
 ภายภาพบำบัด คิดเป็นร้อยละ ๕.๘ ของใบส่งตัวทั้งหมด
 ใบส่งตัว (n1) และใบตอบกลับที่มีความสมบูรณ์ให้วิเคราะห์
 ได้มีจำนวน ๕๐ ราย (ร้อยละ ๘๕.๖) และ ๓๕ ราย (ร้อยละ
 ๔๓.๓) ตามลำดับ ส่วนรอบที่สองในเดือนพฤศจิกายน
 ๒๕๕๒ มีการปรับเปลี่ยนโดยมติของทีมงานคือเก็บใบ
 ส่งตัวเฉพาะรายที่ส่งปรึกษาครั้งแรกทุกราย ไม่รวมรายที่ส่ง
 ปรึกษาทันตกรรมภายภาพ เนื่องจากกลุ่มนี้จะไม่มีการตอบกลับ
 และมีมาตรการเพิ่มจำนวนใบตอบกลับโดยการกำชับผู้ป่วย
 และทีมพยาบาล จำนวนกลุ่มตัวอย่างรอบสองมี ๖๕ ราย
 คิดเป็นร้อยละ ๖.๕ ของใบส่งตัวที่ส่งออกไปในช่วงนั้นทั้งสิ้น
 ใบส่งตัว (n2) และใบตอบกลับที่มีความสมบูรณ์ให้
 วิเคราะห์ได้มีจำนวน ๖๕ ราย (ร้อยละ ๑๐๐) และ ๒๖ ราย
 (ร้อยละ ๔๐) ตามลำดับ ตารางที่ ๑ แสดงจำนวนใบตอบกลับ
 ของใบส่งตัวที่ส่งไปในแต่ละรอบที่ศูนย์คุณตาฯ ใช้แบบฟอร์ม
 ใบส่งตัวตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมี
 ๓ แผ่นสำเนา ๓ สี ใบสีชมพูซึ่งเป็นใบต้นแบบคลินิกผู้รับ
 ปรึกษาจะเก็บไว้ในเวชระเบียนของรพช. ใบสีเหลืองเป็นใบ
 ตอบกลับซึ่งเจ้าหน้าที่จะมอบให้ผู้ป่วยนำกลับมาให้แพทย์
 ผู้ส่งปรึกษาเพื่อเก็บไว้ในบันทึกเวชระเบียนของศูนย์คุณตาฯ
 ส่วนใบสีขาวเจ้าหน้าที่ศูนย์คุณตาฯ จะเก็บไว้เป็นหลักฐาน
 การส่งตัวผู้ป่วย จำนวนใบส่งตัวที่ไม่ได้รับการตอบกลับใน
 รอบแรกร้อยละ ๕๖.๖ ในรอบสองร้อยละ ๕๖.๕ ในรอบ

แรกไม่มีใบตอบกลับมาเลยสูงถึงร้อยละ ๔๕.๖ ในจำนวนนี้
 ทีมงานพบว่าส่วนหนึ่งผู้ป่วยนำใบเหลืองที่ได้รับกลับมาไป
 เก็บรวบรวมไว้ที่บ้าน ซึ่งบางรายจะนำกลับมาเมื่อมาขอใบ
 ส่งตัวอีกครั้งเพื่อไปตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล นั่นคืออีก ๖
 เดือนหรืออาจ ๑ ปีในกรณีตรวจติดตาม อีกส่วนหนึ่งผู้ป่วย
 ยืนยันว่าไม่ได้รับกลับมาจากโรงพยาบาล เมื่อทีมงานได้สรุป
 ประเด็นเพื่อปฏิบัติการแก้ไข จำนวนที่ไม่มีใบตอบกลับมา
 เลยลดลงเหลือร้อยละ ๓๐.๗ ในรอบสองโดยที่จำนวนที่นำ
 ใบเหลืองกลับมาให้ทันทีตามแผ่นสลิปที่เข็บติดไปกับใบ
 เหลืองโดยยังไม่มีผลตอบจากแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๑
 เป็นร้อยละ ๒๖.๒ จำนวนที่ได้รับการตอบกลับยังคงเดิมที่
 ร้อยละ ๔๓ ระยะเวลาที่ได้รับใบตอบกลับเท่ากับ ๑-๒ สัปดาห์
 จนถึง ๓ เดือนตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยนำมาให้หรือนำไปเก็บ
 ไว้ก่อน

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษาต่อ

แสดงในตารางที่ ๒ ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งปรึกษามี
 ผู้ป่วยเด็ก (อายุ ๐-๑๕ ปี) เพียงร้อยละ ๑๓.๓ และ ๗.๗
 ในรอบที่ ๑ และรอบที่ ๒ ตามลำดับ อาจเพราะผู้ป่วยรับรู้
 กันว่าไม่มีกุมารแพทย์ประจำ ผู้ปกครองจึงพาเด็กป่วยตรง
 ไปปรึกษา ณ สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่สามารถพบ
 กุมารแพทย์ได้โดยตรง ไม่พาผู้ป่วยเด็กมาแวะเวียนตรวจที่
 ศูนย์ปฐมภูมิ

ตารางที่ ๑ จำนวนและอัตราการได้รับใบตอบกลับผู้ป่วยที่ส่งต่อ

	รอบแรก n๑=๕๐	รอบ ๒ n๒= ๖๕
ไม่มีใบตอบกลับมา	๔๑ (ร้อยละ ๘๕.๖)	๒๐ (ร้อยละ ๓๐.๗)
มีใบเหลืองกลับมาแต่ไม่มีตอบ	๑๐ (ร้อยละ ๑๑.๐)	๑๗ (ร้อยละ ๒๖.๒)
มีใบเหลืองกลับมาพร้อมการตอบ	๓๕ (ร้อยละ ๔๓.๓)	๒๘ (ร้อยละ ๔๓.๑)

ตารางที่ ๒ ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลการส่งตัวของผู้ป่วยที่ส่งต่อ

ข้อมูล	รอบแรก n๑ = ๕๐	รอบ ๒ n๒ = ๖๕
อายุเฉลี่ย (ปี)	๔๘.๘ (๓ เดือน-๘๖ ปี)	๕๓.๒๕ (๒-๘๒ ปี)
มัธยมศึกษา (ปี)	๕๓.๕	๖๐.๐๐
กลุ่มอายุ (ร้อยละ)		
เด็ก ๐-๕ ปี	๘ (๘.๕)	๒ (๓.๑)
๖-๑๕	๔ (๔.๔)	๓ (๔.๖)
๑๖-๒๕	๑ (๑.๑)	๓ (๔.๖)
๒๖-๓๕	๘ (๘.๕)	๒ (๓.๑)
๓๖-๔๕	๑๑ (๑๒.๒)	๕ (๗.๗)
๔๖-๖๐	๓๒ (๓๕.๖)	๑๕ (๒๓.๑)
>๖๐	๒๖ (๒๘.๕)	๓๑ (๔๗.๗)
ชาย (ร้อยละ)	๒๕ (๓๒.๒)	๔๗ (๗๒.๓)
วัตถุประสงค์ของการส่งตัว (ร้อยละ)		
วินิจฉัยและรักษา	๔๕ (๕๐.๐)	๓๖ (๕๕.๔)
ตรวจติดตาม	๕ (๕.๐)	๒๙ (๔๔.๖)
ส่งตัวไปที่แผนก (ร้อยละ)		
อายุรกรรม	๒๒ (๒๘.๔)	๑๗ (๒๖.๒)
ศัลยกรรมทั่วไปและทางเดินปัสสาวะ	๑๐ (๑๑.๑)	๑๒ (๑๘.๕)
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๕ (๕.๖)	๘ (๑๒.๓)
จักษุวิทยา	๑๗ (๑๘.๕)	๑๕ (๒๓.๒)
สูตินรีเวชกรรม	๑๐ (๑๑.๑)	๔ (๖.๒)
กุมารเวชกรรม	๗ (๗.๘)	๓ (๔.๖)

ในรอบแรกมีจำนวนการส่งตรวจวินิจฉัยและรักษา เท่ากับการตรวจติดตาม (follow up) แต่ในรอบที่ ๒ เป็นการส่งตรวจวินิจฉัยและรักษามากกว่า ซึ่งเป็นผลจากการเพิ่มข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลรอบที่สองดังได้กล่าวไว้ในวิธีการศึกษา คลินิกเฉพาะทางสาขาหลักที่ส่งปรึกษาได้แก่ อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไปและทางเดินปัสสาวะ ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ สูตินรีเวช และกุมารเวชกรรม การส่งปรึกษา สาขาจักษุวิทยา ส่วนใหญ่เป็นกรณีตรวจติดตามภาวะแทรกซ้อนทางตาของผู้ป่วยเบาหวาน (diabetic retinopathy) นอกจากนี้ในรอบแรก ยังมีจิตเวช กายภาพบำบัด หูคอจมูก นิเดีย

ERIG และไม่ระบุแผนกอีกอย่างละ ๑-๓ ราย ส่งทันตกรรม ๕ ราย (ร้อยละ ๑๐) ในรอบที่สองมีหูคอจมูก ๒ ราย นอกนั้นไม่มีเลยดังเหตุผลที่กล่าวข้างต้น

ผลการวิเคราะห์ใบตอบกลับ

ด้านปริมาณการได้รับใบตอบกลับแสดงโดยจำนวนการตอบกลับจากสาขาเฉพาะทางต่างๆ ในตารางที่ ๓ และด้านคุณภาพของใบตอบกลับแสดงโดยการวิเคราะห์เนื้อหาการตอบกลับรวม ๗ ประเด็นในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๓ จำนวนและอัตราการตอบกลับที่ได้รับจากสาขาเฉพาะทาง

สาขาที่ตอบกลับ	รอบแรก จำนวน = ๕๐ (ร้อยละ)ส่งไป/ตอบกลับ	รอบ ๒ จำนวน = ๖๕ (ร้อยละ) ส่งไป/ตอบกลับ
อายุรกรรม	๒๒ / ๑๑ (๕๐)	๑๗ / ๕ (๒๕.๔)
ศัลยกรรมทั่วไปและทางเดินปัสสาวะ	๑๐ / ๕ (๕๐)	๑๒ / ๖ (๕๐)
ศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์	๕ / ๓ (๖๐)	๘ / ๔ (๕๐)
จักษุวิทยา	๑๗ / ๑๑ (๖๔.๗)	๑๕ / ๕ (๔๗.๔)
สูตินรีเวชกรรม	๑๐ / ๒ (๐.๒)	๔ / ๐ (๐)
กุมารเวชกรรม	๗ / ๔ (๕๗.๑)	๓ / ๑ (๓๓.๓)
จิตเวช, หู คอ จมูก, กายภาพ	๒ / ๑, ๑ / ๑, ๑ / ๑	๐ / ๐, ๒ / ๑
รวมใบตอบกลับ	๓๕ (๔๓.๓)	๒๖ (๔๐.๐)

ตารางที่ ๔ เนื้อหาในใบตอบกลับ จำนวน ๓๘ ราย (n๑=๕๐) ในช่วงเก็บข้อมูลรอบที่ ๑ และ จำนวน ๒๖ ราย (n๒=๖๕) ในช่วงเก็บข้อมูลรอบที่ ๒

ประเด็นเนื้อหา	ครบถ้วน/ชัดเจน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ครบถ้วน/ไม่ชัดเจน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี/ไม่ระบุ จำนวน (ร้อยละ)
๑. ประวัติและผลตรวจร่างกาย (รอบ ๑)	๑๑ (๑๒.๑)	๑๑ (๑๒.๑)	๑๖ (๑๗.๖)
(รอบ ๒)	๑๓ (๒๐.๐)	๓ (๔.๖)	๑๐ (๑๕.๔)
๒. ผลการตรวจชิ้นเนื้อที่สำคัญ (รอบ ๑)	๑๑ (๑๒.๑)	๖ (๖.๖)	๒๑ (๒๓.๓)
(รอบ ๒)	๑๗ (๒๖.๒)	๓ (๔.๖)	๖ (๕.๒)
๓. การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (final diagnosis) (รอบ ๑)	๓๖ (๔๐.๐)	๐	๒ (๒.๒)
(รอบ ๒)	๒๔ (๓๖.๕)	๐	๒ (๓.๑)
๔. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้วและยาที่ให้กลับมา (รอบ ๑)	๒๕ (๒๗.๕)	๒ (๒.๒)	๑๑ (๑๒.๑)
(รอบ ๒)	๑๑ (๑๖.๕)	๕ (๗.๗)	๑๐ (๑๕.๔)
๕. วันนัดติดตาม (รอบ ๑)	๓๑ (๓๔.๑)	๐	๗ (๗.๘)
(รอบ ๒)	๒๑ (๓๒.๓)	๐	๕ (๗.๗)
๖. การวางแผนติดตามดูแลร่วมกัน (รอบ ๑)	๕ (๕.๕)	๐	๒๕ (๓๒.๒)
(รอบ ๒)	๕ (๗.๗)	๐	๒๑ (๓๒.๓)
๗. ลายมือและลายเซ็นผู้ตอบกลับ (รอบ ๑)	๒๖ (๒๘.๖)	๐	๑๒ (๑๓.๓)
(รอบ ๒)	๑๐ (๑๕.๔)	๐	๑๖ (๒๔.๖)

ในรอบที่ ๒ ภายหลังจากที่ได้คิดใบสลิปเดือนบนใบเหลืองให้ผู้ป่วยนำใบเหลืองกลับมาจำนวนใบตอบกลับจากสาขาอายุรศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ รวมถึงสาขาอื่นๆ ตลอดจนอย่างมาก อาจเป็นจากการสื่อสารที่ขาดความเข้าใจกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้มอบใบส่งตัวให้ รวมทั้งการที่มีได้มีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยขอใบเหลืองกลับตามที่ได้รับคำขอและกระดาษเตือนเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจึงดึงออกให้ทันที แม้จะได้แก้ไขว่า “ให้นำใบตอบกลับนี้มาคืน” เพื่อให้มีการเขียนตอบกลับเสียก่อน ก็ยังไม่เห็นผลที่ชัดเจน สำหรับการตอบกลับจากสาขาสุนทรียะเวชศาสตร์มีน้อยกว่าสาขาอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัดในทั้งสองรอบของการเก็บข้อมูล แม้ว่าจะได้ทั้งช่วงระยะเวลาที่รอสำรวจใบตอบกลับจนห่างถึง ๓ เดือนนับจากวันที่ส่งตัวไปแล้วก็ตาม ทั้งนี้ได้ตรวจสอบเวชระเบียนถึง ๓ รอบคือทุก ๑ เดือนภายหลังการส่งตัว ผลการวิเคราะห์เนื้อหาใบตอบกลับในตารางที่ ๕ พบว่า ประเด็นสำคัญที่มีการตอบมากที่สุดและครบถ้วนชัดเจนที่สุดคือ การวินิจฉัยโรคขั้นสุดท้าย (final diagnosis) มีตอบร้อยละ ๔๐ ในรอบแรก ร้อยละ ๓๖.๕ ในรอบที่สอง และประเด็นการกำหนดวันนัดติดตามร้อยละ ๓๔.๑ ในรอบแรกและ ๓๒.๓ ในรอบที่สอง ในขณะที่มีการตอบอย่างครบถ้วนชัดเจนเรื่อง การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้วและยาที่ให้กลับมาในทั้งสองรอบเพียงร้อยละ

๑๗-๒๘ ประเด็นการแจ้งผลการชันสูตรและผลการตรวจร่างกายที่สำคัญ รวมทั้งความชัดเจนของชื่อผู้ตอบกลับในทั้งสองรอบมีความครบถ้วนเพียงร้อยละ ๑๒-๒๘ เท่านั้น ส่วนการระบุประเด็นการวางแผนติดตามดูแลร่วมกันระหว่างแพทย์เฉพาะทางกับแพทย์ปฐมภูมิ มีน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ทั้งสองรอบ การพิจารณาในเชิงคุณภาพพบว่า ผู้ตอบกลับบางรายระบุชัดเจนว่าเป็นแพทย์ประจำบ้านปีที่เท่าใด เนื้อหาส่วนใหญ่สั้นและใช้ศัพท์เทคนิคทางการแพทย์เพื่อตอบกลับผู้แพทย์ผู้ส่งผู้ป่วยมา

เมื่อพิจารณาคุณภาพของใบส่งตัวที่ส่งไปปรึกษา (ตารางที่ ๕) จะเห็นได้ว่าคะแนนความครบถ้วนชัดเจนของเนื้อหาใบส่งตัวในรอบที่สองสูงกว่ารอบที่หนึ่งมาก บางประเด็นคือ การวินิจฉัยโรคขั้นต้น และสาเหตุที่ส่ง มีการระบุอย่างชัดเจนสูงถึงร้อยละ ๕๖.๕ ทั้งนี้เป็นเพราะในรอบสองเลือกเก็บตัวอย่างเฉพาะกรณีที่ส่งปรึกษาครั้งแรกไม่มีการส่งตรวจติดตาม แพทย์ผู้ส่งจึงมีการระบุรายละเอียดในใบส่งตัวอย่างชัดเจน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในรอบแรกได้สุ่มจากใบส่งตัวทั้งหมดที่ส่งออกไป บางกรณีเป็นการส่งตรวจตามใบนัดจากแพทย์ธรรมศาสตร์ บางกรณีเป็นการส่งทันตกรรม ส่งกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งกรณีเหล่านี้จะระบุเพียง “ตรวจตามนัด” “ปรึกษาทันตกรรม” เท่านั้น และพยาบาลสามารถเขียนใบส่งตัวได้

ตารางที่ ๕ เนื้อหาในใบส่งตัวรอบแรก n๑ = ๕๐ รอบ ๒ n๒ = ๖๕

ประเด็นเนื้อหา		ครบถ้วน/ชัดเจน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่ครบถ้วน/ไม่ชัดเจน จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี/ไม่ระบุ จำนวน (ร้อยละ)
๑. ประวัติและผลตรวจร่างกาย	(รอบ ๑)	๒๗ (๓๐.๐)	๔ (๔.๔)	๕๕ (๖๕.๖)
	(รอบ ๒)	๖๐ (๕๒.๓)	๔ (๖.๒)	๑ (๑.๕)
๒. ผลการตรวจชันสูตรที่สำคัญ	(รอบ ๑)	๗๑ (๗๘.๕)	๑ (๑.๑)	๑๘ (๒๐.๐)
	(รอบ ๒)	๕๖ (๘๖.๒)	๓ (๔.๖)	๖ (๕.๒)
๓. การวินิจฉัยโรคขั้นต้น	(รอบ ๑)	๗๓ (๘๑)	๐	๑๗ (๑๘.๕)
	(รอบ ๒)	๖๓ (๕๖.๕)	๐	๒ (๓.๑)
๔. การรักษาที่ได้ให้ไว้แล้ว	(รอบ ๑)	๑๓ (๑๔.๔)	๐	๗๗ (๘๕.๖)
	(รอบ ๒)	๕๕ (๕๐.๘)	๐	๖ (๕.๒)
๕. สาเหตุที่ส่ง	(รอบ ๑)	๖๗ (๗๔.๔)	๐	๒๓ (๒๕.๖)
	(รอบ ๒)	๖๓ (๕๖.๕)	๐	๒ (๓.๑)
๖. ลายมือและลายเซ็นผู้ส่งปรึกษา	(รอบ ๑)			
	แพทย์	๔๒ (๔๖.๗)	๔ (๔.๔)	๐
	เจ้าหน้าที่	๓๗ (๔๑.๑)	๗ (๗.๘)	๐
(รอบ ๒) แพทย์	๖๐ (๕๒.๓)	๕ (๗.๗)	๐	

การสื่อสารระหว่างแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปผู้ส่งปรึกษา และแพทย์เฉพาะทาง

ผู้วิจัยมีความสนใจเรื่องการส่งต่อโดยดูแลร่วมกัน (collateral referral)^๑ ระหว่างแพทย์ปฐมภูมิและแพทย์เฉพาะทางกับประเด็นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง จึงได้สำรวจในเล่มเวชระเบียนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มรวม ๑๕๕ ราย พบว่ามีการสื่อสารระหว่างแพทย์ปฐมภูมิผู้ส่งปรึกษากับแพทย์เฉพาะทางผู้รับปรึกษาโดยใช้ช่องทางอื่น เช่น ทางโทรศัพท์ บันทึกไว้ร้อยละ ๗.๑ โดยที่ทั้งหมดนั้นแพทย์ปฐมภูมิเป็นผู้โทรศัพท์ปรึกษาก่อนส่งตัวผู้ป่วยไป ในความเป็นจริงอาจมีการสื่อสารกันมากกว่านี้แต่ไม่ได้มีการบันทึกไว้

ประเด็นความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับใบส่งตัวและใบตอบกลับนั้น มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ ๓๘.๕ ที่เข้าใจดีว่า ตนเองจะนำใบส่งตัวไป ๒ ใบ ๒ สี และจะต้องนำไปตอบกลับสีเหลืองมาให้ที่ศูนย์แพทย์เมื่อมาตรวจครั้งต่อไป ร้อยละ ๒๕.๕ พอเข้าใจบ้าง ตอบคำถามได้ แต่ร้อยละ ๔.๔ ไม่รู้เรื่อง ไม่เข้าใจ เช่น

“มีใบให้กลับมาแต่ไม่รู้เอาไปไว้ไหนแล้ว”

“เก็บไว้เป็นแฟ้มที่บ้านนึกว่าหมอให้”

“คิดว่าเป็นของโรงพยาบาลต้องเอากลับไปคืนเขา”

เป็นต้น

ด้านความเข้าใจของผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย/โรค ที่ถูกส่งตัวไปตรวจรักษา พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย ๖๔ ราย (คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๓ ของกลุ่มตัวอย่าง) ที่ได้พบกับผู้วิจัย มี ๓๐ ราย (ร้อยละ ๔๖.๕) เข้าใจดีว่าตนเองเป็นโรคอะไร ได้รับการรักษาอย่างไรมาบ้าง และจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรต่อไป โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการมาแล้ว กับผู้ป่วยโรคระบบโลหิต ระบบทางเดินอาหารบางราย และผู้ป่วยบางรายที่ได้รับการผ่าตัดมา เช่น ตัดไส้ติ่ง ตัดถุงน้ำดี อีก ๒๕ ราย (ร้อยละ ๔๕.๓) พอเข้าใจบ้าง ถามตอบได้ ในขณะที่อีก ๕ ราย (ร้อยละ ๗.๘) ไม่รู้เรื่องเลยว่า ส่งตัวไปปรึกษาเรื่องอะไร แล้วตกลงเป็นอะไร แต่รู้ว่ามันต้องไปอีกหรือไม่

ความเห็นของทีมงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ทีมพยาบาลของศูนย์ฉุกเฉิน มีพยาบาลประจำเพียง ๑ คน ที่เหลือกว่า ๑๐ คนเป็นพยาบาลห้วงเวลา (part time) จากสถานพยาบาลในละแวกซึ่งสับเปลี่ยนกันมาขึ้นเวรทั้งหมดได้พยายามวางหลักเกณฑ์ในการปฏิบัติร่วมกันเป็น

ทีมเพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ของงาน จากการสัมภาษณ์ทีมงานบางคนพบความเห็นบางประการดังนี้

“ได้พยายามเน้นย้ำให้ห้องๆ ทุกคนอธิบายคนไข้เรื่องใบส่งตัว และการนำใบตอบกลับมาส่งคืนให้ที่ศูนย์ฯ แต่ก็อาจมีหลุดบ้าง”

“น้องบางคนอาจไม่ได้อธิบายให้ผู้ป่วยทราบ”

“หนูยืนยันว่าบอกคนไข้แล้วทุกราย แต่ก็ยังมีคนเอาใบเหลืองไปเก็บไว้จนถึงวันมาขอใบส่งตัวไปตรวจตามนัดอีกครั้ง ซึ่งบางทีหมอนัดตั้ง ๑ ปี”

“ที่โรงพยาบาลฯ เย็บใบตอบกลับมากับใบนัด คนไข้เลยไม่เอากลับมาคืนคิดว่าเป็นของโรงพยาบาลฯ”

พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม อายุรกรรม และจักษุของรพธ. ที่ได้สัมภาษณ์ ให้ความเห็นว่า

“การเขียนใบตอบกลับขึ้นอยู่กับหมอ พยาบาลไปบอกไม่ได้หรอก”

“อาจารย์บางท่านเขียนตอบให้เลย บางท่านบอกเลยว่า ผมไม่เขียน”

“บอกคนไข้ทุกทีว่าให้เอาใบนี้กลับไปให้หมอที่ส่งตัวมา”

จะเห็นว่ามียาระยะיעידปลิกยอยหลายประเด็นในเชิงปฏิบัติที่ทำให้เกิดปัญหาของระบบการส่งต่อ - ตอบกลับระหว่างแพทย์ปฐมภูมิและแพทย์เฉพาะทาง ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องทักษะการสื่อสารระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย ผู้ป่วยกับบุคลากร และบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเอง ทั้งทางวาจา (verbal) และการเขียน (writing)

สรุปผลและวิจารณ์

อัตราการได้รับใบตอบกลับที่ศูนย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ในการส่งตัวผู้ป่วยไปปรึกษาแพทย์เฉพาะทางที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ เท่ากับร้อยละ ๔๓ (ตารางที่ ๑) จากการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการตอบกลับใบส่งตัวปรึกษาของสถานพยาบาลในประเทศไทยพบเพียงรายงานของ นิพัทธ์ กิตติมานนท์^๕ และดนัย สังขทรัพย์^๖ ทั้งสองรายงานเป็นรายงานการส่งผู้ป่วยในกลับจากโรงพยาบาลพุทธชินราช และการตอบกลับจากศูนย์สุขภาพชุมชนซึ่งรับผู้ป่วยไปดูแลต่อโดยการไปเยี่ยมที่บ้าน อัตราการตอบกลับเท่ากับร้อยละ ๓๔.๒ (ปี ๒๕๔๗)^๕ และ ๓๘.๘ (ปี ๒๕๔๘) / ๓๑.๘ (ปี ๒๕๔๕)^๖ เนื่องจากการส่งต่อ - ตอบกลับที่ต่างระดับกัน จึงไม่สามารถเปรียบเทียบได้โดยตรงกับผลการศึกษานี้ อย่างไรก็ตามพอจะอนุมานได้ว่า อัตราการเขียนจดหมายตอบกลับใบ

ส่งตัวน่าจะอยู่ที่ร้อยละ ๓๐-๔๐ คนัย สังขทรัพย์^๖ ได้พัฒนาระบบการส่งต่อ - ตอบกลับให้เป็นทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ โดยจัดตั้งศูนย์ประสานงานเครือข่าย เชื่อมโยงเครือข่ายหอผู้ป่วยในภายในโรงพยาบาลกับเครือข่ายศูนย์สุขภาพชุมชนภายนอกโรงพยาบาลจำนวนประมาณ ๓๐ แห่ง ได้รับผลตอบกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๖๐ ในปี ๒๕๔๘ และร้อยละ ๖๕ ในปี ๒๕๔๙ นอกจากนี้ยังสามารถลดระยะเวลาที่ได้รับการตอบกลับจาก ๒๕-๓๐ วันทางจดหมายเป็น ๑๒-๑๕ วันทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์

ผลการวิเคราะห์ใบตอบกลับทั้งสองรอบของการเก็บข้อมูล (ตารางที่ ๓ และ ๔) พบว่า สาขาจักษุตอบกลับมากที่สุดถึงร้อยละ ๖๔.๗ ศัลยกรรม อายุรกรรมและกุมารฯ มีอัตราตอบกลับเฉลี่ยร้อยละ ๕๐ สูตินรีเวชตอบกลับน้อยที่สุดคือร้อยละ ๐-๐.๒ ผู้วิจัยคาดหวังกว่สาขาเฉพาะทางที่มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจะมีอัตราตอบกลับสูงกว่านี้ น่าจะถึงร้อยละ ๕๐ โดยมีความครบถ้วนชัดเจนของเนื้อหาในใบตอบกลับสูงถึงร้อยละ ๕๐ เช่นกัน แต่ความครบถ้วนชัดเจนของเนื้อหาที่พบกลับมีเพียงประมาณร้อยละ ๔๐ (ตารางที่ ๔) ในขณะที่ความครบถ้วนชัดเจนของเนื้อหาในใบส่งตัวที่ศูนย์ปฐมภูมิส่งไปนั้นสูงถึงร้อยละ ๘๐-๕๐ (ตารางที่ ๕) ความแตกต่างกันนี้ควรต้องพิจารณาถึงแพทย์ผู้เขียนใบส่งตัวปรึกษาซึ่งมักจะเป็นแพทย์คู่สัญญาคือแพทย์ใช้ทุนที่หมุนเวียนมาปฏิบัติงานที่ศูนย์ปฐมภูมิ หรืออาจารย์แพทย์ปฐมภูมิจากสาขาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว หรือฟริคลินิก เมื่อเขียนใบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางซึ่งเป็นอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ จึงพยายามให้ข้อมูลอย่างละเอียดเพื่อสนับสนุนว่า มีเหตุผลสมควรที่ต้องส่งปรึกษา ในขณะที่แพทย์ผู้รับปรึกษาคืออาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาต่างๆ นั้น เมื่อรับปรึกษาอาจต้องทำการตรวจ ส่งตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้องแม่นยำซึ่งอาจกินเวลานาน นัดผู้ป่วยหลายครั้ง จนลืมที่จะตอบหรือลืมให้รายละเอียดเมื่อส่งกลับ และทั้งมิได้มอบหมายความรับผิดชอบในการตอบกลับจดหมายส่งปรึกษาให้แก่แพทย์ประจำบ้านคนใดคนหนึ่ง ของสาขา ประเด็นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Wood (๑๕๕๓ และ ๑๕๕๖)^{๒,๓} เกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างแพทย์ปฐมภูมิกับแพทย์เฉพาะทางซึ่งทำให้เกิดปัญหาการบูรณาการในระบบบริการสาธารณสุขทั้งแนวราบและแนวตั้ง เนื่องจากระบบการส่งต่อ - ตอบกลับของธรรมศาสตร์ระหว่างศูนย์ปฐมภูมิและโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ ดูเสมือนหนึ่งว่าจะไม่มีผลต่อการบูรณาการของระบบบริการ แพทย์

ปฐมภูมิผู้ส่งปรึกษาและแพทย์เฉพาะทางผู้รับปรึกษาไม่จำเป็นต้องแสวงหาความมั่นใจหรือความพอใจในการได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันเพื่อผลประโยชน์ร่วมกันอย่างในต่างประเทศดังที่ Wood^{๒,๓} ได้ศึกษาไว้ และ Forest et al^๔ ได้ระบุไว้ในการศึกษาที่โรงพยาบาลจอห์น ฮอปกินส์ การคำนึงถึงมาตรฐานในการเขียนใบส่งตัวของแพทย์ปฐมภูมิและการเขียนใบตอบกลับของแพทย์เฉพาะทางของธรรมศาสตร์ จึงเป็นลักษณะเฉพาะตัวและคุณธรรม จริยธรรมของแพทย์ผู้เขียนโดยตรงในการดูแลเพื่อผลประโยชน์ของผู้ป่วย

ประเด็นการสื่อสารระหว่างแพทย์ปฐมภูมิกับแพทย์เฉพาะทางที่นอกเหนือจากข้อมูลในใบส่งตัว/ใบตอบกลับ และการสื่อสารระหว่างแพทย์กับผู้ป่วยและ/หรือญาติ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า ลักษณะการส่งต่อ - ตอบกลับของธรรมศาสตร์เป็นการส่งต่อเฉพาะช่วง (interval referral)^๑ โดยที่แพทย์ปฐมภูมิโอนความรับผิดชอบต่อผู้ป่วยไปให้แพทย์เฉพาะทางเป็นการชั่วคราว การส่งกลับในลักษณะการดูแลร่วมกัน (collateral referral หรือ co management) ระหว่างแพทย์ปฐมภูมิ แพทย์เฉพาะทางยังปรากฏให้เห็นน้อยมาก มีน้อยรายที่ใบตอบกลับระบุว่า ขอให้ติดตามกับแพทย์ปฐมภูมิโดยขอให้ส่งกลับมาพบแพทย์ เฉพาะทางเป็นระยะๆ หรือขอให้ติดตามกับแพทย์ปฐมภูมิในเรื่องใดบ้าง โดยส่งกลับไปติดตามเฉพาะทางเรื่องใดเมื่อใด บ่อยครั้งที่แพทย์เฉพาะทางนัดผู้ป่วยกลับไปติดตามดูแลเองโดยไม่ส่งกลับแพทย์ปฐมภูมิซึ่งตรงกับการศึกษาของ Wood^{๒,๓} เช่นกัน

ผู้ป่วยและญาติมีส่วนรับรู้และเข้าใจเรื่องการส่งปรึกษาและเรื่องปัญหาของตนเองร้อยละ ๖๘ และ ๕๑ ตามลำดับ ข้อมูลเชิงคุณภาพได้แสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดในประเด็นปัญหาเรื่องทักษะการสื่อสารระหว่างกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกันระหว่างแพทย์ บุคลากร และผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิโดยแพทย์ปฐมภูมิที่ใช้หลักการเวชศาสตร์ครอบครัวในการดูแล “แต่แรกทุกเรื่อง ต่อเนื่อง เบ็ดเสร็จ ผสมผสาน และประสานส่งต่อ” และ “แพทย์กับผู้ป่วยเป็นหุ้นส่วน (partners) ในการดูแลรักษาความเจ็บป่วย” ยังไม่เกิดให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจนที่ศูนย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ ศูนย์คุณดฯ ได้นำระบบและโปรแกรมคอมพิวเตอร์เข้ามาใช้ในการให้บริการผู้ป่วย รวมทั้งได้จัดตั้งระบบให้เชื่อมโยงข้อมูลต่างๆ กับศูนย์สุขภาพชุมชนในเครือข่าย ๓ แห่งคือ สถานีอนามัยวัดลาดสนุ่น ศูนย์สาธารณสุขของเทศบาลเมืองคูคต และของเทศบาล

เมืองลำสามแก้ว การทำงานของระบบกำลังได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. พัฒนาการส่งต่อ - ตอบกลับให้เป็นระบบอิเล็กทรอนิกส์ ทั้งการส่งจากเครือข่ายเข้ามาที่ศูนย์ และจากศูนย์ไปโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ฯ

๒. จัดตั้งศูนย์ประสานงานการส่งต่อ - ตอบกลับ เพื่อจัดการข้อมูล ดูแลระบบ และเป็นตัวกลางการสื่อสารระหว่างแพทย์ปฐมภูมิ แพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยและญาติ

๓. จัดให้มีการประชุม Referral audit เป็นระยะ เช่น ปีละ ๒ ครั้ง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาพร้อมกัน

การพัฒนาการส่งต่อ - ตอบกลับยังจะช่วยยกระดับการบูรณาการระบบบริการปฐมภูมิกับศูนย์แพทย์เฉพาะทาง และเอื้อต่อการปฏิบัติงานของแพทย์ปฐมภูมิตามหลักการเวชศาสตร์ครอบครัวอีกด้วย

สรุป

จำนวนใบส่งตัวจากศูนย์ปฐมภูมิ คณะแพทยศาสตร์ไปโรงพยาบาลธรรมศาสตร์มีประมาณเดือนละกว่า ๑,๐๐๐ ราย อัตราการตอบกลับในกรณีส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางเท่ากับร้อยละ ๔๓ ระยะเวลาที่ศูนย์ได้รับใบตอบกลับเท่ากับ ๑-๒ สัปดาห์ หรือมากกว่า ๓ เดือน ขึ้นกับเวลาที่ผู้ป่วยนำกลับมาให้ สาขาจักษุมีอัตราตอบกลับมากที่สุดคือร้อยละ ๖๔.๗ สาขาสูดินรีเวชตอบกลับน้อยที่สุดคือร้อยละ ๐-๐.๒ ความครบถ้วนชัดเจนของเนื้อหาในใบส่งตัวและใบตอบกลับเท่ากับร้อยละ ๕๐ และร้อยละ ๔๐ ตามลำดับ การสื่อสารระหว่างแพทย์ปฐมภูมิและแพทย์เฉพาะทางที่นอกเหนือจากใบส่งตัวมีร้อยละ ๗.๑ โดยทางโทรศัพท์ ความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติในเรื่องการส่งตัวไปปรึกษาและโรคมียร้อยละ ๖๘ และ ๕๑ ตามลำดับ ผลการสัมภาษณ์แสดงให้เห็นปัญหาด้านทักษะการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ผู้วิจัยเสนอแนะให้ใช้ระบบอิเล็กทรอนิกส์ในการสร้างระบบส่งต่อ - ตอบกลับระหว่างศูนย์ปฐมภูมิและเครือข่ายกับโรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เพื่อพัฒนาการบูรณาการในระบบบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิกับศูนย์แพทย์เฉพาะทาง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ร่วมวิจัยและทีมงานพยาบาลของศูนย์ปฐมภูมิตำบลคูคตของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้พยายามให้ความร่วมมืออย่างดี ขอขอบคุณ

นางสาวดวงดา เย็นใจ และ นายเฉลิมรัตน์ วังส์รัง ผู้ช่วยพยาบาลประจำศูนย์ฯ ที่ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมใบส่งตัว ค้นหาเวชระเบียน และบันทึกข้อมูล การศึกษานี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากงานประจำ (Routine To Research, R2R) ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

- McWhinney IR. A Textbook of Family Medicine. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 1997. 383-385.
- Wood ML. Communication between cancer specialists and family doctors. Can Fam Physician 1997;39:49-57.
- Wood ML, McWilliam CL. Cancer in remission: Challenge in collaboration for family physician and oncologists. Can Fam Physician 1996;42:899-904.
- Forrest CB, Glade GB, Baker AE, Bocian A, von Schrader S, Starfield B. Coordination of specialty referrals and physician satisfaction with referral care. Arch Pediatr Adolesc Med. 2000; 154:499-906.
- นิพัทธ์ กิตติมานนท์, ยุคลธร หวังเรืองสถิตย์, ปิณฑนา จันทร์, ทวีป แจ่มสว่าง. ระบบเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก กับศูนย์สุขภาพชุมชนเขตอำเภอเมืองพิษณุโลก. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ ๗ พ.ศ. ๒๕๕๗ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก; ๒๖ พฤศจิกายน ๒๕๕๗; ณ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์ ๗; ๒๕๕๗. หน้า ๕๐-๑.
- दनัย สังขทรัพย์. ประสิทธิภาพของระบบการส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์กับทางจดหมาย. พุทธชินราชเวชสาร ๒๕๕๐;๒๔:๓๕๒-๗.

Abstract

Referral and responses at Kukot Primary Care Center: A case study for development

Nitaya Tanuwong*, Narapat Panneam**, Sumalee Boonlert**

*Department of Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University

**Primary Care Unit (Kukot), Faculty of Medicine, Thammasat University

Objective To analyze referral letters from Kukot primary care center and response-letters from Thammasat University Hospital.

Method An action research, referral letters and their responses were collected with team actions at an interval of 9 months. Descriptive statistics and a qualitative analysis of the letters' contents were used. Qualitative data collected from related personnel interview were presented.

Results In February 2009, 105 referral letters (10% of monthly total) were randomly selected and their 49 back-referral letters with 39 responses were analyzed. After a team action, in November 2009, 65 consecutive first-time referral letters (6.5% of total) and their 45 back-referral letters with 28 responses were analyzed. Response rate was at 43%. Time of receiving response was 1 week to \geq 3 months. The average response from major specialties was 50-60% except from the Ob-Gyn. The referral letters had 90% completion of almost all content topics while the response letters had 36.9-40% completion in the final diagnosis heading and 32-34% in the follow-up date. Other headings in the response letters were mentioned <30% especially the co management plan was at <10%. Sixty percent of referred patients understood about the process and the forms while 86% perceived the diagnosis and the treatment they received from the specialists. Interview results showed drawbacks in essential communication skills especially the verbal and the writing among health personnel and patients.

Conclusion The study showed analytic results of referral letters from Kukot primary care center and response-letters from Thammasat University Hospital during February–November 2009. The referral response rate, the completion of referral letter contents and understanding of the referred patients regarding the reasons of referral, the referral process and the final results of the consultation were shown. The expressed concerns of related health personnel were also quoted. We recommended that the referral system should be computerized via electronic mails or other intranet systems.

Key words: referral and response, primary care, development