

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก (ชั่วโมง)	< 120 นาที	143.88	271.30	282.22	296.69	141
อัตราการการทำ EKG ภายใน 10 นาที ของผู้ป่วย STEMI	> 80%	96.15%	96.77%	97.61%	95.45%	91.66%
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้ Thrombolytic Agent ภายใน 30 นาที	> 80%	33.33%	25%	41.66%	62.5%	42.85%
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke เข้าระบบ Fast Track	≥ 80%	25.74	25.14	46.53	37.50	36.14%
ร้อยละของประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน	>90%	77.51%	83.48%	80.32%	90.51%	92.89
อัตราที่ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง HT	>90%	88.84	91.97	94.40	93.52	92.80
อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	≥90%	NA	73.38%	79.03%	81.47%	86.33
ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา Antibiotic ภายใน 2 ชั่วโมงนับตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาล (Door to Antibiotic)	≥ 90	NA	NA	NA	75.60	85.53
อัตราผู้ป่วย Trauma ได้รับการช่วยเหลือจากระบบบริการ 1669	≥ 50%	9.86	10.07	NA	NA	9.52
อัตราที่มารดาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	65%	52.30%	43.94%	53.43%	50%	63.04
หญิงมีครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์	65%	52.30%	43.94%	53.43%	50.5%	64.13
อัตราการคลอดก่อนมาถึงโรงพยาบาล	0%	0%	0.89	0%	1.0%	1.08
ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยผู้ป่วยนอก (ชั่วโมง)	< 120 นาที	143.88	271.30	282.22	296.69	141
ระยะเวลารอคอยผ่าตัดตาต่อกระจก						
• Low vision	<90 วัน	51.13	36.58	38.04	44.49	34.93
• Blinding	<30 วัน	23.2	17.46	17.10	17.74	19.35
อัตราการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า	<43 %	71.60%	56.87%	64.03%	78.25%	78.25
การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท	80%	96.70%	78.95%	78.15%	89.53%	85.12
ร้อยละของการคัดแยก undertriage ที่ ER*	0	NA	NA	NA	NA	0
ร้อยละของการคัดแยก overtriage ที่ ER*	0	NA	NA	NA	NA	0
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	0

ii. บริบท โรงพยาบาลชุมแสงเป็นโรงพยาบาลชุมชน ระดับทุติยภูมิ (F 1) เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง เนื่องจากการเพิ่มของประชากรอย่างรวดเร็ว รวมทั้งแรงงานต่างด้าว ลักษณะประชากรในพื้นที่ เป็นกลุ่มเกษตรกร ผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (OPD visit) ในปี 2559-2563 จำนวน 125,691 , 239,984 , 144,087 และ 144,325 ตามลำดับ ER visit ในปี 2559-2563 จำนวน 36,339 , 38,248 , 38,759 และ 34,260 ตามลำดับ ผู้รับบริการผู้ป่วยใน ในปี 2558-2562 จำนวน 6,510 , 5,963 , 5,615 , 5,721 และ 6,114 ตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน มีการประสาน ระบบเครือข่าย กับหน่วยให้บริการฉุกเฉิน ผ่านระบบ EMS สามารถนำผู้ป่วยมาได้ทันเวลา ผู้ป่วยนอกสามารถเข้าถึงการรับบริการได้อย่างสะดวกรวดเร็วเนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ตั้งอยู่ในอาคาร ด้านหน้าของโรงพยาบาลมีทางลาดสำหรับรถยนต์รับ-ส่งผู้ป่วย จัดระบบ One Stop Service ที่แผนกทันตกรรม คลินิกศูนย์รวมใจ (ผู้ติดเชื้อ HIV) คลินิกวัณโรค คลินิก Asthma คลินิก COPD แผนกฝากครรภ์ คลินิกสุขภาพเด็กดี แผนกผู้ป่วยใน ประกอบด้วย ตึกผู้ป่วยใน และตึกสงฆ์ มีแพทย์เฉพาะทางสาขาอายุรกรรม 1ท่าน แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว 1ท่าน สาขาจักษุ 1ท่าน(Part time)

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:

- กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรับบริการเร่งด่วน ได้แก่ STEMI , Stroke ,Sepsis , Head injury ,
 - กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน , ความดันโลหิตสูง, CKD stage3-5 , Asthma ,COPD
 - กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อ ได้แก่ DHF, ไข้หวัดใหญ่ ,วัณโรค , ติดเชื้อเอชไอวี, โรคอุบัติใหม่ COVID 19
- การเฝ้าระวังโรคระบาด และโรคติดต่อ เฝ้าระวังโรคติดต่ออันตราย โรคระบาด มีระบบการคัดกรอง แนวทางการดูแลผู้ป่วย มีพื้นที่ห้องแยก พื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยโรค COVID-19 ในหอผู้ป่วย 10 ห้องพิเศษเดี่ยว (ตึกสงฆ์) ได้ทำข้อตกลงการใช้พื้นที่ โรคระบาด และโรคติดต่อ โดยกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน การฝึกซ้อมแผนโรคติดต่อ เป็นประจำทุก
- กลุ่มผู้ป่วยด้อยโอกาส ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ซึมเศร้า จิตเภท ผู้พิการ เด็กและสตรีที่ได้รับการกระทำรุนแรง (OSCC) ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 - ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิการรักษาหรือสิทธิการรักษาไม่ชัดเจน ได้แก่ สิทธิประกันสังคมหมดอายุอันเนื่องมาจากลาออก/เปลี่ยนงานบ่อย ๆ พรบ. หมดอายุ ไม่มีบัตรประชาชน ชาวต่างชาติมีข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่ายและการสื่อสาร
 - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ไม่ทราบว่ตนเองกำลังตั้งครรภ์ทำให้ไม่ได้มา ANC ก่อน 12 สัปดาห์ และพบว่าเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
 - กลุ่มผู้ป่วย Palliative care ได้แก่ CA

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
STEMI	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด มีปัญหาในการคัดกรองที่จุดบริการผู้ป่วยนอกมากที่สุดเนื่องจากอาการสำคัญไม่ชัดเจนหรืออาการดีขึ้นแล้วจึงไม่ได้รับการคัดกรองเข้าห้องฉุกเฉินตั้งแต่แรกรับ ผลจากการทบทวน จึงได้มีการพัฒนาดังนี้ - ปรับปรุง CPG โรคหัวใจขาดเลือด เน้นการทำ EKG ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทุกราย แม้ไม่ได้มาด้วย Typical chest pain - จัดทำแนวทางคัดกรองคิว OPD เร่งด่วน (โรคหัวใจ) เพื่อให้ได้ทำ EKG ใน 10 นาทีและส่ง เข้าตรวจอย่างรวดเร็ว - มีป้ายเตือนอาการที่ผิดปกติติดไว้ตามจุดบริการต่าง ๆ คือ เจ็บหน้าอกแขนขาอ่อนแรงขณะนั่งรอตรวจโปรดแจ้งเจ้าหน้าที่ทันที

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
Acute Stroke	<ul style="list-style-type: none"> - ประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นรายกลุ่มแก่ผู้นำชุมชน อสม.และ ประชาชนทั่วไป เกี่ยวกับ Stroke FAST Signs เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบ Fast Track - พัฒนาระบบ EMS ประชาสัมพันธ์ 1669 - ประสานงานคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - ทบทวน Case Stroke fast track ทุกราย - ปรับปรุง CPG Stroke เน้นการซักประวัติอาการสำคัญที่ทำให้มา รพ แม้ไม่ได้มาด้วย อาการแขนขาอ่อนแรงชัดเจน
DM/HT	<ul style="list-style-type: none"> - ประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นผู้นำชุมชนเพื่อดำเนินการคัดกรองสุขภาพของประชาชน ทั้งในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มโรค DM/HT รายใหม่และรายเก่า - จัดทำแนวทางการตรวจคัดกรองผู้ป่วย DM/HT เชื่อมโยงหน่วยงานปฐมภูมิ
PIH	<p>สื่อสาร ส่งเสริมการใช้บริการฉุกเฉิน สายด่วนหมายเลข 1669</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประสานภาคีเครือข่ายจากงาน MCH Board ระดับจังหวัด เพื่อวางแผนทางการดูแลมารดาในกลุ่ม PIH - มีแนวทางการดำเนินงานด้านสูติกรรม (CPG) เขตสุขภาพที่ 3 มาสื่อสารกับผู้ปฏิบัติและปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลชุมชน - สื่อสารต่อผู้ปฏิบัติ เรื่องระบบคัดกรอง การวินิจฉัย แนวทางการรักษาพยาบาลการบริหารยา MgSO4 การนัดตรวจติดตามอาการ - อธิบายชี้แจง Criteria ในการ Refer มารดาในกลุ่ม PIH - มีการใช้สัญลักษณ์เป็น Stricker ดาวสะท้อนแสงเป็นสัญลักษณ์ในสมุด ANC เพื่อเป็นการสื่อสารสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงภาวะ PIH - มี Early warning signs สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ PIH
Gestational Diabetic Mellitus	<ul style="list-style-type: none"> - การวางระบบในการดูแลมารดาที่เกิด โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่การดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ในเรื่อง การตรวจคัดกรอง การแปลผลระดับน้ำตาลในเลือด แนวทางการดูแลขณะรับไว้ในโรงพยาบาล แนวทางการคำนวณอินซูลินเมื่อเริ่มการรักษา แนวทางการดูแลขณะฝากครรภ์ การดูแลในระยะเจ็บครรภ์ การดูแลในระยะหลังคลอด การนัดติดตามอาการ 6 สัปดาห์หลังคลอด มีการส่งคืนข้อมูลให้กับ รพ สต เพื่อติดตามต่อเนื่อง
Pneumonia	<ul style="list-style-type: none"> - OPD , ER มีเกณฑ์ที่ชัดเจนในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม
DF/DHF	<p>จัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ สามารถคัดกรองและดูแลเบื้องต้นก่อนการส่งต่อผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการให้ความรู้ถึงชุมชนโดยหน่วยปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีการคัดกรองและส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในกรณีผู้ป่วยฉุกเฉินที่ไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้ จะมีหน่วย EMS ออกรับผู้ป่วย - มีการประสานงานกับสถานพยาบาลเอกชนในพื้นที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
	<p>แนวทางการรักษาและส่งต่อมารักษา รพ และการห้ามใช้ยาที่ไม่เหมาะสมใน ผู้ป่วยที่มีไข้ในกลุ่มเสี่ยงเช่นยา Brufen, ASA</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการปรับปรุง CPG DF/DHF เพื่อประเมินและคัดกรองระยะแรกเช่นต้องนึกถึงโรคไข้เลือดออกในผู้ป่วยทุกรายที่มีไข้สูงลอยและมีอาการอื่นไม่ชัดเจนทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่
โรคอุบัติใหม่ COVID 19	<ul style="list-style-type: none"> - มีระบบการคัดกรอง โดยจัดตั้งคลินิก ARI ฝ้าระวัง แสกนผู้รับบริการ - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผู้ต้องสงสัย - จัดเตรียมพื้นที่ห้องแยก พื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่สงสัยโรค COVID-19 ในหอผู้ป่วย 10 ห้องพิเศษเดี่ยว (ตึกสงฆ์) ทำข้อตกลงการใช้พื้นที่ โรคระบาดและโรคติดต่อโดยกำหนดแนวทางในการปฏิบัติเป็นแนวทาง เดียวกัน - มีการฝึกซ้อมแผนโรคติดต่อ เป็นประจำทุกปี - มีระบบการส่งต่อของทีม SRRT เพื่อส่งผู้ป่วยมารับบริการโรงพยาบาล

(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน:

- กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน

- เพื่อความทันเวลาของการเข้าถึงของผู้ป่วยฉุกเฉิน จึงได้พัฒนาการตอบสนองระบบการเรียกใช้ EMS ในผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการประชาสัมพันธ์การใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนเพื่อให้ประชาชน สามารถเข้าถึงการรับบริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็วและทันเวลา

- พัฒนาการตอบสนองระบบการเรียกใช้ EMS ในปี 2561และ 2562 ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 24.30 และ 21.36 % ของผู้ใช้บริการทั้งหมดตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

- พัฒนาการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่มผู้ป่วย Fast track ในปี 2560-2562 พบว่าผู้ป่วย STEMI ที่มาด้วยระบบ EMS ร้อยละ 8.69 17.64 และ 27.27 ผู้ป่วย Stroke มาโรงพยาบาลด้วย EMS ร้อยละ จากการทบทวนพบว่า การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในกลุ่ม Fast track มีแนวโน้มดีขึ้น

- สูติกรรม วางแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มีโรคร่วม เช่นกลุ่มมารดาที่เป็นเบาหวาน และความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

- วางระบบการดูแลด้วยการจัดทำ CPG การดูแลมารดาที่มีภาวะ Preterm GDM PIH BBA สร้างภาคีเครือข่ายการดูแลสู่ชุมชน ประสานงานร่วมกับ Cup ชุมแสง ทั้ง 17 ทีม ประสานผู้เกี่ยวข้อง ส่งต่อข้อมูลในระบบตามเยี่ยมบ้านจาก Line application NCA Board/ MCH ชุมแสง

- เป็นแม่ข่ายการดูแลสาขาสูติกรรมให้กับโรงพยาบาลหนองบัว

ผลลัพธ์ การคัดกรอง GCT ปี 2558 – 2562 จำนวน 81,46,79,82 และ 71 คน ตามลำดับ พบ GDM 10,5,12,11 และ 21 คน ตามลำดับ

ผู้ป่วยที่ต้องใช้บริการตรวจพิเศษ/เฉพาะทาง : สูติกรรมตรวจทุกวันโดยมีการแบ่งตามไตรมาสและหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง แผนกตาให้บริการตรวจตาผู้ป่วยนอกทุกวัน

ตรวจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาวันจันทร์ อังคาร และวันศุกร์ เวลา 08.00 น- 12.00 น

ตรวจโดยจักษุแพทย์ วันพุธและวันพฤหัสบดี เวลา 08.00 น – 12.00 น

(2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา:

- กรณีออกรับผู้ป่วย EMS มีการประสานผ่าน 1669 และญาติผู้ป่วยโดยตรงผ่านโทรศัพท์มือถือ

- โรงพยาบาลชุมชนแสงรับผู้ป่วยจาก รพ.สต ในเครือข่าย มีแนวทางการประสานงานส่งข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น
- กรณีรับผู้ป่วยกลับจาก รพ สวรรค์ประชารักษ์กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องฟื้นฟูสภาพหรือ Palliative Care มีแนวทางโดย รพ.สวรรค์ประชารักษ์จะโทรประสานงานส่งข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น ถ้ากรณีมีการส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาล สวรรค์ประชารักษ์วันนั้นให้รับกลับทันที หากไม่มีในวันนั้นจะมีการวางแผนรับในครั้งต่อไปที่มีการส่งตัวผู้ป่วยไปโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์โดยยึดที่ 48 ชั่วโมงเป็นเกณฑ์ในการรับกลับ

(3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม*:

- จัดให้มีจุดคัดกรองผู้ป่วย 2 จุด คือ OPD และ ER ซึ่งพบว่าจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า OPD ใช้รูปแบบในการ Triage ตามมาตรฐานการพยาบาล โดยเป็นการแบ่งเป็น 2 ระดับ สำหรับ ER ใช้ระบบ สพด. โดยคัดแยกผู้ป่วยเป็น 5 ประเภทตามสี ซึ่งมีความละเอียดน้อย ยากในการคัดแยกผู้ป่วย จากการ Triage ดังกล่าวทำให้ OPD และ ER มีระบบที่ต่างกัน ทำให้การประสานงานไม่เป็นไปในรูปแบบเดียวกันจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย ผู้รับบริการมีอาการสำคัญไม่สอดคล้องกับกลุ่มโรคเช่นบวมเฉพาะอาการที่เวียนศีรษะโดยไม่ได้บวมอย่างอื่นที่สำคัญทำให้เกิดการล่าช้าในการคัดกรอง จึงได้ทบทวนและพัฒนาระบบการTriage เพื่อให้ OPD และER มีรูปแบบคัดกรองเหมือนกันคือระบบ MOPH หลักการคือง่ายเร็วถูกต้อง เป็นมาตรฐานเดียวกัน และมีการเพิ่มให้มีพยาบาลคัดกรองของ OPD เวลา07.00น ในส่วนของ ER มีการจัดเจ้าหน้าที่ในจุด Screen ตลอด 24 ชั่วโมง

การคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัย STEMI / NSTEMI โดย ถ้าผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่มหน้ามืดใจสั่น U/D Heart disease จะส่งไปทำ EKG ที่ ER และให้แพทย์ที่ ER อ่านผล EKG หากปกติส่งกลับ OPD จัดเป็นผู้ป่วยควเร่งด่วน OPD หากผลผิดปกติผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาที่ ER ต่อไป

สำหรับผู้ป่วย Atypical Chest Pain ที่มีอายุ40 ปีขึ้นไปและมีโรคประจำตัวเช่นเบาหวานไตวายเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นสูบบุหรี่ โดยให้ทำEKG ทुरายพร้อมกับการให้การรักษายาบาลเบื้องต้น

การคัดแยกผู้ป่วยที่สงสัย Stroke Fast ที่มีอาการภายใน 4.5 ชั่วโมงและ Stroke ที่มีอาการภายใน 24ชั่วโมง ส่งเข้า ER เพื่อให้ได้รับสารน้ำ ทางหลอดเลือดดำตามแนวทางการรักษา

กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่งานผู้ป่วยนอกได้แก่

ผู้ป่วยที่มีภาวะ Hypo-Hyperglycemia ที่ OPD ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการหายใจหอบลึก และมีความเสี่ยงหรือมีอาการของโรคเบาหวาน มีการเจาะ DTX เบื้องต้นทุกราย เพื่อประเมินและค้นหาภาวะ DKA กำหนดค่า LAB < 70 mg/dl ร่วมกับมีอาการและ > 400 mg/dl

ผู้ป่วยสงสัยภาวะ Sepsis มีการคัดกรองด้วย SIRS หรือ qSOFA ก่อนพบแพทย์

ผู้ป่วย Hypertension Emergency (BP > 180/100 mmHg) Severe Pain (pain score > 7 จัดเป็น fast-track OPD pain score = 10 คะแนนส่งตรวจER) ,ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดต่ำ (< 95 % RA ในผู้ป่วยทั่วไป 90 % RA ในผู้ป่วยCOPD),หายใจเหนื่อยหอบที่ได้รับการส่งต่อรักษาที่ห้องฉุกเฉิน

กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนที่หอผู้ป่วยมีการนำ Early Warning ในกลุ่มโรควิกฤติได้แก่ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ มีการนำเกณฑ์ Alert Lab วิกฤติ และเน้นการใช้ SOS Scoreในการประเมินอาการผู้ป่วย ในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง

กลุ่มผู้ป่วยเด็กอายุ < 5 ปี อุณหภูมิร่างกาย >38.5 องศาเซลเซียส ส่งเซ็ดตัวที่ER ก่อนทุกราย จัดเป็น คิวเร่งด่วน OPD ผู้ป่วยเด็กมีเสียงหายใจผิดปกติ หายใจเหนื่อย ส่งตรวจ ER ทุกราย

งานสูติกรรม : กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้แก่ Active Bleeding per vagina GA > 28 wks PPH PIH

ใช้ CPG การดูแลมารดาที่มีภาวะ Preterm PPH BBA และมี Standing order PPH , PIH

พัฒนาแนวปฏิบัติในการให้ยาป้องกันการชัก MgSO4

จากการทบทวนพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ของภาวะ PPH เกิดจาก Uterine atony จากการประเมินล่าช้า เจ้าหน้าที่

ใหม่ขาดประสพการณ์ และพบว่าปี 2562 เกิดจากมีภาวะซีดระหว่างตั้งครรภ์ ประวัติตกเลือดในครรภ์ก่อน และพบภาวะร่วมคือมี Placenta Accreta จึงได้จัดทำแนวทางการนิเทศทางการพยาบาลในเรื่องตกเลือดหลังคลอด (PPH) จากการพัฒนาพบอัตราการตกเลือดหลังคลอดใน ปี 2558-2562 คือ 1.13,0.74,1.34,5.03 และ 3.03 ตามลำดับ พบหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ (PIH) ในปี 2558 -2562 คือ 0.44,0.67,0.89,0.91 และ 4.5ตามลำดับ จากการทบทวนพบในหญิงตั้งครรภ์ Elderly , Chronic HT GDM และในหญิงที่ผ่านการคลอดมาหลายครั้ง สาเหตุเกิดจากไม่ได้ติดตามเฝ้าระวัง BP ที่ผิดปกติในช่วงไตรมาส 3 ให้ต่อเนื่อง (ส่งต่อ รพ.สต เพื่อ monitor BP)จึงได้มีแนวทางการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง PIH ให้มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูแล ภาวะบวม ระดับโปรตีนในปัสสาวะและความดันโลหิตของหญิงมีครรภ์

- 1) มารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อภาวะ GDM ได้รับการคัดกรองทุกราย
- 2) หญิงตั้งครรภ์ที่มา ANC ครั้งแรกอายุครรภ์ต่ำกว่า 18 สัปดาห์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะ Down syndrome ทุกราย
- 3) ใช้ CPG การดูแลทารก Preterm และทารกที่คลอด BBA
- 4) การคัดกรองภาวะหัวใจพิการในทารกแรกเกิดชนิดรุนแรง ด้วยการตรวจวัดระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดในทารกทุกรายก่อนจำหน่ายสามารถคัดกรองทารกที่มีภาวะหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดรุนแรงการตรวจวัดระดับ MB Hct และ TSH ในทารกแรกเกิด เพื่อค้นหาภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิดทุกรายก่อนจำหน่าย 48 ชั่วโมง มีการนัดตรวจซ้ำในกรณีเสี่ยงต่อภาวะตัวเหลือง

(4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โรงพยาบาลมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

เฉียบพลันโดยการทำให้ EKG ภายใน 10 นาที หากเข้าข่าย STEMI จะมีการใช้ระบบ STEMI Fast Track โดยติดต่อ Refer โรงพยาบาลแม่ข่าย ซึ่งสามารถทำ Primary PCI ได้ภายใน 90 นาที โดยมีโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ เป็นแม่ข่ายหลัก รับผิดชอบ EKG ผ่าน แอปพลิเคชัน Line ตลอด 24 ชม.(Cath lab) หากมีข้อจำกัดไม่สามารถทำ Primary PCI ได้หรือนอกเหนือเวลาดังกล่าว มีระบบ Consult Med รพ สวรรค์ประชารักษ์ เพื่อพิจารณาให้ SK หรือ Refer โรงพยาบาลศรีสวรรค์ ปี 2562 พบว่ามีผู้วินิจฉัยเป็น STEMI ทั้งหมด 22 ราย ได้ส่งตัวไปทำ Primary PCI ทั้งหมด 14 ราย จากการติดตามผู้ป่วยที่ได้ส่งตัวไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า บางรายมีอาการแยลง หลังใส่ขดลวดหัวใจแล้วเสียชีวิต 2 ราย และมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase ที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 8 ราย จากการผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลได้ทันภายใน Golden Period 12 ชั่วโมง เนื่องด้วยบุคลากรได้ให้ความรู้ ความเข้าใจในอาการ ผู้ป่วยทราบ Warning Sign ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยเองและเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังได้ไม่ดี พบปัญหาผู้ป่วยเสียชีวิตส่วนใหญ่จากการให้ประวัติของญาติคือผู้ป่วยไม่มีอาการนำแสดงของโรค แต่จะมีอาการเจ็บหน้าอก หายใจเหนื่อยแบบเฉียบพลัน ญาตินำส่งเอง ไม่รู้สึกตัวขณะนำส่ง มีผู้ป่วย ACS เสียชีวิตในโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.63 และในปี 2563 ราย ได้ส่งตัวไปทำ Primary PCI จำนวน 3 ราย ได้ทันเวลา 30 นาที 1 ราย

กลุ่มผู้ป่วยสูติกรรม ประสานโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์เพื่อส่งต่อ Case ที่ต้องใช้การดูแลที่เกินศักยภาพ ซึ่งจะปฏิบัติตาม Criteria ร่วมตามระบบการส่งต่อ จากมติ MCH broad เขตสุขภาพที่ 3 ได้แก่ Case Preterm (ซึ่งทารก Very Low Birth Weight) or Eclampsia Sepsis Shock (Septic Abortion)และการตรวจพิเศษที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญ ทีมจะคัดกรองหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยง Thalassemia Down Syndrome ที่เกินขีดความสามารถของทางโรงพยาบาลเช่น การตรวจ CT Echocardiogram และ Amniocentesis

จากแนวทางดังกล่าวไม่พบปัญหาเกี่ยวกับการส่งต่อกรณี OPD Case แต่ คนไข้ Nonetheless พบปัญหาเรื่องระยะเวลาขณะติดต่อประสานงาน นานเกิน 30 นาที จากการรอคอยแพทย์เฉพาะทางของโรงพยาบาลแม่ข่ายรับ case ได้มีการแก้ไข โดยสามารถประสานงานกับหน่วยงานสูติกรรมของโรงพยาบาลแม่ข่ายได้โดยไม่ต้องผ่านศูนย์ Refer ทำให้ทั้งมารดาและทารกสามารถได้รับการดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา

(5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

- โรงพยาบาลชุมชนแสง ยังไม่มีแผนกผู้ป่วยหนัก (ICU) แต่ยังมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจได้ โดยรับไว้ในหอผู้ป่วยใน ซึ่งมีอายุรแพทย์ Consult

(6,7) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

- 1) แนวทางการให้ข้อมูล และการขอความยินยอม มีรายละเอียดการให้ข้อมูลดังนี้
 - 1) พยาบาลผู้ตรวจและคัดกรองผู้ป่วย ตรวจสัญญาณชีพ ชักประวัติ อาการสำคัญ จัดลำดับตามประเภทผู้ป่วยจะแจ้งข้อมูลผู้ป่วยเบื้องต้น ถึงขั้นตอนการรักษาพยาบาล กรณีตรวจพบความผิดปกติ จะส่งข้อมูลต่อให้แพทย์ผู้ทำการรักษา
 - 2) แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในเรื่อง ผลการตรวจร่างกาย ข้อวินิจฉัย และแนวทางในการดูแลรักษา
 - 3) ผู้ป่วยเด็กทุกรายที่เข้ารับการรักษา ผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลแผนการดูแลรักษา และให้ลงชื่อในใบยินยอมทำการรักษา ก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือติดตามให้ลงชื่อหลังการรักษาในกรณีฉุกเฉิน ผู้ปกครองรับทราบข้อมูลและลงชื่อยินยอมทำการรักษา ก่อน Admit ร้อยละ 100
 - 4) กลุ่ม OSCC การให้ข้อมูลจะให้ข้อมูลทั้งตัวผู้ป่วยเอง สามี ผู้ปกครอง หรือ ผู้นำส่งที่ผู้ป่วยยินยอมให้ข้อมูล
 - 5) การให้ข้อมูล เพื่อการตรวจหา Anti -HIV การ Pre – Post Counseling จะกระทำโดยแพทย์ และพยาบาลเฉพาะที่ผ่านการอบรม Counseling แล้วเท่านั้น

- 2) การให้ข้อมูลสำคัญที่ผู้ป่วย หรือ ผู้ดูแลต้องได้รับทราบก่อนตัดสินใจลงนาม ซึ่งแพทย์ พยาบาลที่ดูแลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล ได้แก่

2.1) การลงนามเพื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดย Informed Consent เหมือนกัน

2.2) การทำหัตถการ การผ่าตัดทุกชนิด ทั้งผ่าตัดเล็กและใหญ่ แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยละเอียด แจ้งเหตุผล ข้อดี ข้อเสีย และภาวะแทรกซ้อนอันเกิดจากผ่าตัดหรือทำหัตถการและมีการลงนามในใบยินยอมโดยเฉพาะพยาบาลจะทบทวนข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติอีกครั้งก่อนลงนาม เน้นพัฒนาการให้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความต้องการและความสนใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อลดข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง

- 3) แนวทางการแจ้งข่าวร้าย ทีมแพทย์และพยาบาล จะให้ข้อมูลตามข้อเท็จจริง อธิบายรายละเอียดถึงอาการ การให้การักษาที่ให้กับผู้ป่วย ผลการตอบสนองต่อการรักษา เป็นระยะๆ และเปิดโอกาส ให้ซักถาม เพื่อให้ญาติมีโอกาสยอมรับและเข้าใจ
- 4) การให้ข้อมูลในกรณีผู้ป่วยสิ้นหวังหรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ผู้รักษาจะเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่ญาติเป็นผู้ตัดสินใจในการรักษาที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลและการเคารพสิทธิ์และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ญาติร่วมตัดสินใจถึงการพิจารณาหยุดการรักษาและ/หรืองดการฟื้นคืนชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น ซึ่งจะมีการบันทึกข้อมูลเป็นที่หลักฐานในเวชระเบียน
- 5) กรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

5.1) ทีมจะมีการประชุม ค้นหา RCA สืบค้นทั้งการสอบถามผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง และเอกสารแฟ้มเวชระเบียน

5.2) การให้ข้อมูลจะกระทำโดยทีมแก้ไขข้อร้องเรียนซึ่งจะประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งแพทย์และพยาบาล รวมทั้งเภสัชกร

5.3) การให้ข้อมูล จัดทำแบบให้คำแนะนำแบบเปิด เพื่อบันทึกคำแนะนำในกรณีต่างๆ เพื่อความเข้าใจในการรักษาทั้งสองฝ่าย ทีมจะทำการนัดวันที่ เวลา ให้ข้อมูล จะให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยหลายท่าน โดยเฉพาะบุคคลที่สำคัญของผู้ป่วยพร้อมๆกัน พร้อมตอบคำถามและข้อสงสัย

5.4) การให้ข้อมูล ที่เป็นช่องทางสื่อออนไลน์ทีมจะทำ RCA จนได้สาเหตุรากของเหตุการณ์ การ

แจ้งข่าวจะดำเนินการโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาล

5.5 ภายหลังการให้ข้อมูลกรณีเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ทีมจะดำเนินการค้นหาแนวทางในการช่วยเหลือแก่ญาติผู้ป่วยตามสิทธิ อย่างเต็มกำลังความสามารถ โดยทีมเจรจาไกล่เกลี่ย และคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล เพื่อหาแนวทางในการชดเชยค่าเสียหายให้แก่ญาติผู้ป่วย

- 6) การพัฒนาทักษะทีมผู้ให้บริการ ได้ส่งบุคลากรอบรม การแก้ไขข้อขัดแย้ง และเจรจาไกล่เกลี่ยให้แก่กลุ่มหัวหน้างาน และทีมคณะกรรมการบริหาร กลุ่มการพยาบาล
- 7) มีการวางแผนการพัฒนาปรับปรุงแบบฟอร์มในการให้ข้อมูล ปัจจุบันเริ่มใช้แบบฟอร์มที่มีความเฉพาะสาขา สาขาจักษุ โดยการปรับแบบฟอร์มใบยินยอมผ่าตัด จากแนวปฏิบัติเรื่องการให้ข้อมูลและการขอ Informed Consent ดังกล่าว จึงไม่พบอุบัติเหตุการที่ปฏิเสธการรักษา

(8) การบ่งชี้ตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้อง:

เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ของการบ่งชี้ตัวผู้ป่วยอย่างถูกต้องตลอดทุกขั้นตอนการรักษา โรงพยาบาลได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ ตามระบบงานที่มีมาตรการต่อไปนี้

โดย มีแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทุกจุดบริการจนกระทั่งจำหน่าย แนวทางการส่งผู้ป่วยมารับการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ผลลัพธ์ 1.ความคลาดเคลื่อนในการบ่งชี้ตัวผู้ป่วย พบจำนวนปี 2563 จำนวน 2 ครั้ง (ส่วนมากเป็นการค้นบัตรผิด ผิด OPD Card ผู้ป่วยผิดรายและ ในการส่งตรวจ x-Ray ผิดราย ผิดตำแหน่ง ความเสี่ยงดังกล่าวได้ถูกดักจับหน้าห้องตรวจและดำเนินการแก้ไขส่งตรวจซ้ำ โดยแต่ละกระบวนการ มี Double Check ทวนซ้ำเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ โดยทุกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายในโรงพยาบาล ได้มีการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการทำงานดังกล่าว

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบ Fast track ในกลุ่มโรค STEMI Stroke และ Sepsis
- การพัฒนาแนวทางการคัดกรองและการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง
- มีการพัฒนาแนวทางการดูแลมารดาที่มาคลอดบุตร
- มีการพัฒนาการคัดกรองมารดาตั้งครรภ์ที่มีภาวะ GDM ส่งต่อ รพ สวรรค์ประชารักษ์เพื่อประเมินการคลอดที่เหมาะสม
- ระบบการดูแลผู้ป่วย NCD Clinic มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาโดยการตรวจจอประสาทตาในผู้ป่วยเบาหวานทั้งเครือข่าย ตรวจเท้า ตรวจสุขภาพในช่องปากและฟัน เจาะเลือด
- ปรับปรุงระบบการคัดกรองผู้ป่วยที่ OPD มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดกรองและมีเกณฑ์ในการคัดกรองที่ชัดเจนใช้ระบบ MOPH ทำให้ไม่พบอุบัติเหตุ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3	L	<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาการรู้ในชุมชนโดยประสานภาคีเครือข่าย ● พัฒนาระบบบริการ EMS ของโรงพยาบาล ชุมแสง ● พัฒนาศักยภาพจุดคัดกรอง ● พัฒนาระบบการส่งต่อ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

			<ul style="list-style-type: none"> • พัฒนาการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิการรักษา แก่ชุมชน ประชากรพลัดถิ่น • การสื่อสารเพื่อขยายระบบบริการการดูแลกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน 1669 ให้ทั่วถึง
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent	3	D	-พัฒนาระบบการให้ข้อมูลและ inform Consent ในกลุ่มโรคสำคัญ และเป็นปัญหา/มีความเสี่ยงในการดูแล

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
อุบัติการณ์ Misdiagnosis or delay diagnosis จนเกิดความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	0
ร้อยละการทำ H/C ก่อนได้รับ ATB	>90	13.04	40.74	54.84	83.42	95.56
ร้อยละการ Delay diagnosis Sepsis	≤20	43.48	18.52	12.90	20.21	10
จำนวนทารกที่เกิดภาวะ Hypoglycemia (ราย)	<12	0	0	0	0	0
อัตราที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	100%	100%	100%	100%	100%	100%
อัตราการเกิด PPH	0.00%	0.74%	1.34%	5.03%	3.03%	0%
จำนวนมารดาเกิด Hypovolemic Shock (ราย)	0	0	0	1 ราย	0	0
อัตราการเกิด PIH	0%	0.67%	0.89%	0.91%	4.5%	1.08
จำนวนมารดาเกิด Eclampsia (ราย)	0	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0 ราย	0
ii. บริบท						
<p>การประเมินผู้ป่วยแรกรับที่งานผู้ป่วยนอก และงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน แพทย์และพยาบาลร่วมกันประเมินผู้ป่วยโดยการสอบถามข้อมูล ชักประวัติ แพทย์ ตรวจร่างกาย มีบันทึกลงในแบบซึ่งจะครอบคลุมประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งมีการบันทึกในใบ Progress Note ในบันทึกสหสาขาวิชาชีพ เพื่อใช้ในการสื่อสารข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้เกิดความเชื่อมโยงทางด้านการรักษาพยาบาล ของสหสาขาวิชาชีพ และมีการประเมินเพื่อวางแผน สำหรับผู้ป่วยในมีแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับ</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนของโรค/กลุ่มผู้ป่วยวิกฤติที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิต/ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการแสดงไม่ชัดเจน ได้แก่ STEMI , Ischemic Stroke , Sepsis , DHF , Pneumonia 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินทั้งทางด้านร่างกาย ควบคู่กับจิตใจ ครอบครัว และสังคม ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่ม Palliative care และกลุ่มผู้ป่วย Pain 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูลอาการตัวเองได้ เช่นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง Multiple trauma และผู้ป่วยสูงอายุที่ขาดการดูแล 4) ผู้ป่วยเด็ก Pneumonia 5) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 6) หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต 7) หญิงตั้งครรภ์ติดยาเสพติด 8) หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นแรงงานต่างด้าวและสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ <p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ผู้ป่วยสูงอายุที่ให้ข้อมูลอาการตัวเองไม่ได้ ขาดผู้ดูแล ● กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติ ที่สื่อสารภาษาไทยไม่ได้ ● กลุ่มผู้ป่วยที่เกิดอุบัติเหตุและถูกภัยนำส่งไม่มีญาติ 						

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค
STEMI	-ผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย Typical Chest pain เข้าERทุกรายและได้รับการทำEKG - Atypical chest pain มีการทำ EKG ทุกราย -ผู้ป่วยวูบหมดสติทุกราย ได้รับการทำ EKG และรายงานแพทย์ทันที -จัดระดับความรุนแรงให้อยู่ในระดับผู้ป่วยวิกฤติ -มีระบบปรึกษาอายุรแพทย์ โรคหัวใจ -มี CPG STEMI
เบาหวาน -ภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 1) Hypoglycemia 2)Hyperglycemia 3)DKA	-จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย FBS < 70 mg/dl โดยมีการประเมินระดับความรุนแรง ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ -มีแนวทางการประเมินผู้ป่วย Hyperglycemia FBS > 300 mg/dl -มีแนวทางการประเมิน DKA HHS
-ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง 1).Macrovascular หัวใจและหลอดเลือด 2).Microvascular ตา ไต เท้า	-มีแนวทางการประเมินภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดหัวใจ และความเสี่ยง -มีแนวทางการประเมินตรวจตา ไต เท้า ในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่
Stroke	-มีแนวทางการประเมินผู้ป่วย Stroke Fast Track -ผู้ป่วยที่มีอาการ Stroke ภายใน 24 ชม ต้องได้รับการดูแลที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน
HT	-พัฒนาการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดตาม CPG เพื่อแบ่งความรุนแรงของผู้ป่วย ใช้เป็นแนวทางสำหรับการรักษาตาม CPG
PIH	-คัดกรองปัจจัยเสี่ยงการชักประวัติ เช่นหญิงตั้งครรภ์ อายุมากกว่า 35 ปีประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติโรคความดันโลหิตสูงของบุคคลในครอบครัว การตั้งครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ไขปลาคอก ทารกบวม น้ำ ประวัติโรคทางอายุรกรรม -ตรวจร่างกาย Systolic BP \geq 140 mmHg หรือ Diastolic \geq 90 mmHg บวมที่หน้าและมือ Hyperreflexia -ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวปฏิบัติใน CPG ผลลัพธ์ พบอัตราการมีภาวะ PIH ในปี 2558-2562 ร้อยละ 0.44,0.67,0.89,0.91 และ 4.5 ตามลำดับ
GDM	ค้นหาภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ <ul style="list-style-type: none"> • ชักประวัติครอบครัวมีบิดามารดาหรือพี่น้องเป็นเบาหวาน ประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ตรวจร่างกาย ภาวะอ้วน มี Body Mass Index มากกว่า 27 kg/m^2 มีอาการหรือสัญญาณบ่งชี้ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่นหิวบ่อย หรือมีน้ำหนักลดลงโดยไม่ทราบสาเหตุตรวจปัสสาวะพบ Glycosuria (Urine Sugar \geq +1) • เมื่อพบภาวะเสี่ยงมีการตรวจ คัดกรองโดยการทำ 50 Grams Glucose Challenge Test ค่าน้ำตาลมากกว่าหรือเท่ากับ 140 mg/dl ถือว่าผิดปกตินัดตรวจซ้ำอีก 1 สัปดาห์ โดยการทดสอบ 100 Grams Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) ถ้าพบค่าน้ำตาลผิดปกติ 1 ค่านัด 1 เดือนเพื่อตรวจ OGTT ซ้ำ ถ้าพบผิดปกติมากกว่า 2 ค่า จะวินิจฉัยว่าเป็น GDM ผลลัพธ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานได้รับการคัดกรองทุกราย

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย**(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:**

- ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการประเมินแรกรับโดยแพทย์และพยาบาล โดยมีการสอบถามข้อมูล ชักประวัติตรวจร่างกาย และการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ มีการสื่อสาร ข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการบันทึกข้อมูล/ส่งต่อข้อมูลค้นหาปัญหาเร่งด่วนและหาปัญหาที่เหมาะสม ทำให้เห็น ถึงความเชื่อมโยงในการรักษา

กลุ่มผู้ป่วย STEMI มีการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก Typical Chest pain ทุกรายได้รับการทำ EKG ทันทีภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที ผู้ป่วยหมดสติทุกราย ได้รับการทำ EKG และรายงานแพทย์ทันที และจัดระดับ ความรุนแรง ให้อยู่ในระดับผู้ป่วยวิกฤติ มีระบบปรึกษาอายุรแพทย์ โดยใช้ CPG STEMI เป็นแนวทาง กรณีผล EKG เข้า ข่าย STEMI มีระบบ Consult ศูนย์โรคหัวใจโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ โดยการส่งข้อมูลทาง แอปพลิเคชัน LINE และถ้าต้องมีการรักษาโดยการสวนหัวใจสามารถส่งได้ที่โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์

ผู้ป่วย Simple Fracture และผู้ป่วย Multiple Fracture เข้ารับการรักษาที่งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีแพทย์เวรอยู่ ประจำ ประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และ Consult Staff แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ได้ตลอด 24 ชม มีระบบการให้คำปรึกษา ทางโทรศัพท์และส่งภาพเอกซเรย์ให้แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ดูผ่านทาง แอปพลิเคชัน LINE ตลอด 24 ชม

สูตรการออกแบบ การประเมิน จาก Admit Record ในการบันทึกเวชระเบียน เพื่อเชื่อมโยงข้อมูล ให้สอดคล้อง ตามแนวทางข้อตกลงร่วมกันของ MCH broad จังหวัดนครสวรรค์ ที่ประกาศให้ทุกโรงพยาบาลในภาคเครือข่าย ใช้ แบบฟอร์มที่กำหนดร่วมกัน เพื่อใช้สื่อสารร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งเครือข่าย ตั้งแต่แบบประเมิน History Physical Examination แบบบันทึกแรกรับใหม่ แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์

(2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ):

แพทย์ประเมินการชักประวัติตรวจร่างกายให้ครบถ้วนเหมาะสมและบันทึกในเวชระเบียน Hospital OS

พยาบาลมีการชักประวัติเบื้องต้นและประเมินสัญญาณชีพ และบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนระบบ Hospital OS

และมีการประเมินซ้ำและส่งต่อระหว่างหน่วยงาน

ผู้ป่วยโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง เน้นการชักประวัติที่ถูกต้อง ครอบคลุม โดยมีการทบทวนวิธีการชักประวัติ โดย พยาบาลคัดกรองให้ได้มาตรฐานเดียวกัน เพื่อได้คัดแยกผู้ป่วยเข้าคิว OPD ด่วนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ในห้องฉุกเฉินมีการแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็นระบบ MOPH เพื่อจัดลำดับความสำคัญและความรวดเร็วในการให้บริการ รวมทั้งเพิ่มมาตรการเฝ้าระวังและมีการประเมินซ้ำในเวลาที่เหมาะสม

กลุ่มผู้ป่วยที่ให้ความสำคัญในการประเมินปัญหาที่ครอบคลุมมากขึ้นได้แก่ กลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีแนวโน้ม

ที่จะทิ้งลูก กลุ่มผู้ป่วย OSCC กลุ่มผู้ป่วยติดยา มีแนวทางการประเมินและแนวทางเฝ้าระวังผู้ป่วย

กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดตามีการประเมินการตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย การรับรู้การดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วย

และญาติ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำผ่าตัดในเรื่องร่างกาย จิตใจ สิทธิการรักษา/ค่าใช้จ่าย ยาที่รับประทานในโรค

ประจำตัวที่เป็นอยู่ ร่วมกับผลการตรวจสุขภาพก่อนผ่าตัด

(3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

ทีม PCT มีการทบทวนข้อมูลวิชาการในการประเมินผู้ป่วยโรคสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Sepsis มีการใช้ qSOFA ซึ่งประกอบด้วย ซึม (GCS \leq 13) , (SBP \leq 100 mmHg และ RR

\geq 22 /min มาช่วยในการประเมินหาก qSOFA \geq 2 ให้ส่งเวรให้แพทย์ ER เป็นผู้พิจารณาเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินได้ อย่างรวดเร็วตาม Sepsis Bundle โดยได้จัดทำและปรับปรุง Standing order เพิ่มการตรวจ Blood Lactate และสามารถ ให้ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง ในปี 2561-2562 มีแนวโน้มสูงขึ้นร้อยละ 83.87 และ 89.12 ตามลำดับ

มีการใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย STEMI เพื่อความรวดเร็วมีระบบปรึกษาอายุรแพทย์โรคหัวใจจากโรงพยาบาลศูนย์ สวรรค์ประชารักษ์ ทางระบบ แอปพลิเคชัน LINE

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รักษาต่อเนื่องจะได้รับการประเมินและการดูแลโดยมีการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน คัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมส่งพบอายุรแพทย์กรณีประเมินแล้วพบภาวะผิดปกติ

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาต่อเนื่องที่คลินิกเบาหวาน(ผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า) โดยผู้ป่วยจะได้รับการประเมินอย่างครบวงจรตั้งแต่การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนทั้ง Microvascular และ Macrovascular Complication โดยปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน การวางแผน รวมทั้งยังมีแนวทางการดูแลและประเมินภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ได้แก่ ภาวะ Hypoglycemia , DKA , HHS โดยการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ

จัดทำแบบฟอร์มคำสั่งการรักษา Standing Order ในกลุ่มผู้ป่วยโรค Sepsis , ผ่าตัดตาต่อกระจก , ผ่าตัดตาต้อเนื้อ

(4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

แพทย์บันทึก Progress Note ในเวชระเบียนอย่างต่อเนื่อง

มีการใช้แบบประเมิน SOS score เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของทุกกลุ่มโรค ทั้งในส่วน ER และ IPD

เพื่อเฝ้าระวังที่เหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว ลดภาวะความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรค ตัวอย่าง

อุบัติการณ์:การประเมินซ้ำ ในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงขณะนำส่ง

- กำหนด ให้มีการ Early Warning Sign และให้มีการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR เพื่อให้การดูแลได้ทันเวลา และใช้ GCS ในการประเมินผู้ป่วย HI
- กำหนดให้มีการรายงานแพทย์โดยใช้หลัก SBAR เพื่อให้การดูแลได้ทันเวลา แต่ยังพบผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ได้เน้นย้ำการประเมินเฉพาะโรคที่ชัดเจนขึ้นได้แก่ Sepsis ใช้ SOS Score , AMI ประเมิน EKG ซ้ำใน 15 นาที ตรวจ Cardiac Enzyme ซ้ำ 0,3,6 ชั่วโมง

เมื่อเกิดอุบัติการณ์ ผู้ป่วยทรุดลงโดยไม่คาดหมาย จะมีการนำเคสมาทบทวน การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นบทเรียนและสื่อสารกับผู้ปฏิบัติป้องกันการเกิดซ้ำ เช่นผู้ป่วยจิตเวชกินยา Amitriptyline เกินขนาดเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยใน ในปี 2561 พบว่าผู้ป่วยไม่ได้มีการประเมิน EKG ตั้งแต่แรกรับที่ ER จึงได้มีการจัดทำแนวทาง เรื่องการใช้ยาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช มีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับญาติ มีการนำ Early warning sign มาใช้อย่างเคร่งครัด มีการนำ SBAR มาใช้ในการสื่อสารระหว่างแพทย์และพยาบาล มีการจัดทำแผนการนิเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ภายหลังจากมีการทบทวนยังไม่พบอุบัติการณ์ที่ไม่คาดคิดจากการใช้ยา Amitriptyline อีกเลย

มีการกำหนดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยที่งานผู้ป่วยนอกโดยการติดป้ายฉุกเฉิน OPD

มีการนำ CPG cataract มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดตาที่มีการประเมินการตรวจร่างกาย ประวัติการเจ็บป่วย การรับรู้ การดูแลตนเองหลังผ่าตัดของผู้ป่วยและญาติ ยาที่รับประทานโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ ร่วมกับผลการตรวจสุขภาพก่อนผ่าตัดตา โดยจัดทำแบบใบแสดงความเห็นแพทย์ตรวจสุขภาพก่อนผ่าตัดตาต่อกระจกกรณีผู้ป่วยตรวจสุขภาพก่อนผ่าตัดตาจากโรงพยาบาลอื่นมาใช้ประกอบในการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตา ปี 2559 พบผู้ป่วย Respiratory failure 1 รายขณะผ่าตัดเนื่องจากผู้ป่วยปกปิดโรคประจำตัวและประวัติการรักษาของตนเองจึงได้มีการพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดตา ภายหลังจากทบทวน ปี 2560-2562 พบอัตราการเลื่อนผ่าตัดจากความไม่พร้อม 3.07 % , 2.15% และ 4.07 % ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดอันเนื่องมาจากการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัดอีกเลย

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แพทย์จะต้องอธิบายขั้นตอนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมมีการกำหนดการแจ้งผลการประเมินความก้าวหน้า ทางการรักษา รวมถึงแผนการรักษาให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยและญาติ
- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง

- ผู้ป่วย Multiple Trauma / HI ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว
- ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการระบุตัวบุคคลที่สื่อสารได้ชัดเจนแพทย์เจ้าของคนไข้เป็นผู้ให้ข้อมูล ผลการรักษาโดยจะอธิบาย ญาติหรือผู้ดูแลทราบ
- ผู้ป่วยต่างดาว มีปัญหาความไม่เข้าใจภาษา ต้องหาล่ามจากญาติหรือผู้รับบริการอื่น ๆ มาช่วยแปลภาษา ยกเว้นผู้ป่วย ตั้งครรภ์เนื่องจากมีสมุดบันทึกอนามัยแม่และเด็กเฉพาะ (AEC)

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

- 1). PCT มีการปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยเมื่อมีข้อมูลสนับสนุนเพิ่มขึ้น
- 2). งานชั้นสูตประจุมร่วมกับคณะกรรมการ PCT เรื่องการกำหนดค่าวิกฤติและจัดทำวิธีปฏิบัติเรื่องการรายงานค่าวิกฤติ ดังนี้

2.1) กรณีผลการตรวจวิเคราะห์อยู่ในช่วงค่าวิกฤติ (ผ่านการตรวจสอบแล้ว) จะโทรศัพท์รายงานให้ผู้รับบริการทราบโดยเร่งด่วนและบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อให้แพทย์ได้รับผลการตรวจวิเคราะห์ที่รวดเร็ว ทันต่อการวินิจฉัยโรค ปี 2561 มีการพัฒนาระบบการรายงานโดยตั้งค่าให้เป็นระบบ LIS แจ้งเตือนทุกครั้งที่พบค่าวิกฤติ ในกรณีที่ผลการตรวจมีค่าใกล้เคียงกับผลวิกฤติ (Lab Alert) จะมีการโทรแจ้งเพื่อให้ผู้รับผลตระหนักในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น

2.2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคและมีระบบ รายงานค่า LAB วิกฤติโดยมีการกำหนดเวลา

2.3) พัฒนาระบบการรายงานค่าวิกฤติในระบบ LIS โดยระบบจะแจ้งให้ใส่ชื่อผู้แจ้งผล ชื่อผู้รับข้อมูล-แผนก และเวลาที่แจ้งผลทุกครั้ง หากไม่ใส่/ใส่ไม่ครบ จะไม่สามารถรายงานผลได้

2.4) กรณีที่งานเทคนิคทางการแพทย์ ไม่สามารถทำการตรวจวิเคราะห์เองได้ มีนโยบายในการส่งตรวจห้องปฏิบัติการภายนอก ในเครือโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน (ศูนย์แล็บ ธนบุรี) ที่ผ่านการรับรองคุณภาพห้องปฏิบัติการตามมาตรฐานวิชาชีพหรือมาตรฐานสากล LAB Specialist ได้แก่ Culture & Sensitivity , TFT, ADA , AFP,ANA,CD 4 count , Ca 19-9 , ASO titer , CEA ,Cortisol , CPK , Cryptococcus Ag , Gamma GT, Hb typing ,LDH , Meliod Titer , Dilantin Level , Serum Osmolarity , Urine Osmolarityผลการดำเนินงาน สามารถรายงานค่าวิกฤติได้ทันเวลา ร้อยละ 100 แต่การตอบสนอง/การแก้ไข ยังไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ในปี 2562 จึงได้มีแผนในการพัฒนาระบบการตรวจสอบการดำเนินการแก้ไขค่าวิกฤติของแพทย์ ว่าได้ดำเนินการแก้ไขหรือไม่ ภายในเวลาที่กำหนดระบบการประกันเวลาของการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ได้ผลการตรวจวิเคราะห์ถูกต้องแม่นยำ รวดเร็วและทันต่อความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค พยากรณ์โรค เช่นกรณีผู้ป่วยที่สงสัย Acute MI สามารถส่งเลือดตรวจ Trop I และจะได้รับผลด่วนภายใน 30 นาที

3) งานรังสีวิทยา ให้บริการถ่ายภาพเอกซเรย์ทั่วไป เพื่อประกอบการวินิจฉัยโรคของแพทย์ บริการเอกซเรย์เคลื่อนที่ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีที่งานรังสีวิทยาไม่สามารถทำได้ มีนักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอกจากโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญให้บริการในวันที่กำหนดได้แก่การตรวจ Ultrasound Echocardiogram เป็นต้น ทำให้การวินิจฉัยได้ถูกต้อง และรวดเร็ว

4) ทารกที่เกิดจากมารดา GDM ได้รับการเจาะ DTX หลังคลอด 3 ครั้ง ได้แก่ Pre-meal 2 ครั้ง และ Post meal 1 ครั้ง

5) ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกรายได้รับการเจาะเลือดตรวจ CBC Hct ตาม CPG และมีการส่งตรวจ Dengue NS1 , IgG,IgM กรณีผลเลือด CBC ไม่ชัดเจน

6) ทารกคลอดก่อนกำหนด ได้รับการเจาะเลือด DTX , Hct ทันทีหลังคลอด หากมีอาการผิดปกติต้อง admit จะได้รับการตรวจ CBC , H/C ตาม CPG

7) ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบทุกรายได้รับการเอกซเรย์ปอดเพื่อการวินิจฉัยโรคโดยแพทย์ก่อนการ Admit

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

- มีการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์ (Hospital OS) โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเปิดดูข้อมูลผลการตรวจและสืบค้นประวัติเดิมได้ ส่วนผลตรวจเลือดที่เป็นความลับ เช่นมีการจำกัดผู้ใช้ที่สามารถเข้าดูผลตรวจ HIV
- การวินิจฉัยเป็นระบบ PACC เพื่อความรวดเร็วในการรายงานผล
- ระบบ LAB Alert รายงานค่าวิกฤติในหอผู้ป่วยสำหรับรายงานแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

- แพทย์อธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย เหตุผลของการตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติม CT Brain ,MRI ,
 - Ultrasound แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจเพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการรักษาทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถามเพิ่มเติมและแจ้งผลการประเมินความก้าวหน้า ทางการรักษา รวมถึงแผนการรักษา เข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยและญาติ
- พยาบาลอธิบายเหตุผลในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการรักษาเคารพถึงสิทธิผู้ป่วยในการบอกความจริงหรือการแจ้งข่าวร้าย โดยประเมินความพร้อมสภาวะทางจิตใจก่อน รวมถึงการบอกข้อมูลถึงบุคคลที่สาม
 - ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วย Multiple trauma/HI ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุจะมีภาระระบุตัวบุคคล ซึ่งแพทย์เจ้าของคนไข้เป็นผู้ให้ข้อมูลผลการรักษาโดยจะอธิบาย ญาติหรือผู้ดูแลทราบ ผู้ป่วยต่างตัว มีปัญหาความไม่เข้าใจภาษา ต้องหาล่ามจากญาติ ผู้รับบริการอื่น ๆ มาช่วยแปลภาษา

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

- มีการทบทวนความเหมาะสมของการตรวจพิเศษ การวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพใน PCT อย่างสม่ำเสมอ การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ได้แก่แพทย์เฉพาะทางและแพทย์เพิ่มพูนทักษะ การทบทวนการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง การทบทวนวิชาการ
- ใช้ CPG เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค มีระบบการ Consult แพทย์เฉพาะทางเพื่อการวินิจฉัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง มีอายุรแพทย์จำนวน 1 ท่านทำให้สามารถ Consult ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
- มีการบันทึกข้อมูลใน Progress note และเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
- แผนกสูติกรรมใช้แบบบันทึกซึ่งออกแบบการบันทึกเวชระเบียนที่สอดคล้องตามแนวทาง ข้อตกลงร่วมกันของ MCH broad จังหวัดนครสวรรค์ ที่ประกาศให้ทุกโรงพยาบาลในภาคีเครือข่ายใช้แบบฟอร์มที่กำหนดร่วมกันทั้งเครือข่าย ผลจากการทบทวน ปีงบประมาณ 2560 พบการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน 1 ครั้ง

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- มีการทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรคโดยกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ข้อมูลสนับสนุน มีการทบทวนความถูกต้องโดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รวมถึงการทบทวนด้วย Case Conference การปรึกษาร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพทำให้การวินิจฉัยครอบคลุมตรงประเด็นมากขึ้นและนำเสนอการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในที่ประชุม PCT ทุกเดือน
- แผนกสูติกรรม จากการทบทวน ปี 2560 พบข้อวินิจฉัยผิดพลาดในหญิงตั้งครรภ์ที่มาด้วยปวดท้อง ท้องแข็ง แพทย์วินิจฉัย Premature Contraction มีแผนการรักษาให้ยาที่ยังขาดการคลอด แต่พบว่ามารดายังมีอาการ Severe Pain มีการประเมินซ้ำ ด้วย NST ผลผิดปกติทำ IUR และให้สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่อในช่วงเวลาดีกต่อมาเราเข้าแพทย์ประจำแผนกสูติกรรมมาตรวจเยี่ยมได้ดูประวัติเก่าพบเป็น PIH ที่มีผลเลือดเปลี่ยนแปลงจากเดิมอย่างชัดเจน จึงวินิจฉัย PIH และ Refer โรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์วินิจฉัย Placental abruption ทารกเสียชีวิต มารดาปลอดภัย ได้มีการพัฒนา CPG

PIH โดยติดตามความดันโลหิตร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย*:

- แผนกสูติกรรมมีการทบทวนผู้ป่วยที่ส่งต่อไปโรงพยาบาลศูนย์ทุกราย มีระบบการ consult โดยผู้เชี่ยวชาญที่สูงกว่า ออกแบบการใช้ให้เป็น standing order
- การทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ข้อมูลสนับสนุน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทาง และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รวมถึงการทบทวนด้วย Case Conference การปรึกษาร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การวินิจฉัยครอบคลุมตรงประเด็นมากขึ้น สุ่มตรวจเวชระเบียนใน ER เพื่อตรวจสอบการวินิจฉัยของแพทย์เพิ่มพูนทักษะและพยาบาลห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินที่ตรวจนอกเวลาราชการแทนแพทย์เวร
- การตรวจนอกเวลาราชการห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินโดยพยาบาลมีการตรวจสอบโดยแพทย์เพิ่มพูนทักษะ และสามารถให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- อัตราการตาย sepsis ลดลงไม่เกินค่าเป้าหมายและมีแนวโน้มลดลง รวมทั้งตัวชี้วัดย่อยในกระบวนการยังมีแนวโน้มที่ดีขึ้นถึงแม้ยังไม่ถึงค่าเป้าหมาย เนื่องจากการพัฒนาแนวทางการดูแลทั้งการคัดกรอง septic workup และ septic management
- อัตราการ Refer ภายใน 24 ชั่วโมง ลดลง
- อัตราการ Refer หลึงคลอດที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดลดลง
- อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ลดลง จากการตรวจภาวะสุขภาพทารกในครรภ์ในมารดาที่ Admit ทุกราย
- ไม่เกิดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดตัดต่อกระจกอันเนื่องมาจากการประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	4	L	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนา CPG กลุ่มโรคสำคัญและกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น DHF Sepsis - มีการประสานการประเมินเพื่อลดความซ้ำซ้อน - ประเมินผล/ประสิทธิภาพการใช้ CPG - พัฒนาด้านความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร - เพิ่มศักยภาพ รายการตรวจเพื่อตอบสนองการวินิจฉัยโรคเช่น Blood lactate - พัฒนา SOS score - เพิ่มความรู้ทักษะการประเมินของทีมดูแลผู้ป่วย
66. การวินิจฉัยโรค	4	L	<ul style="list-style-type: none"> -มีการติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ Missed / Delayed Diagnosis ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนนำมาวิเคราะห์ ทบทวนระหว่างสหสาขาวิชาชีพ

III-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
ร้อยละการได้รับยา Antibiotic ในผู้ป่วย Sepsis ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	≥ 90	66.67	83.87	89.12	≥ 90	100
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	>60	63.22	76.42	78.92	78.50	80.04
จำนวนมารดาเกิดภาวะ Ecampsia(ราย)	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH)	≤	0.74	1.34	5.03	3.03	0
ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia	<25:1000 LB	11.15	4.4	27.40	10.10	0

ii. บริบท

- ทีม PCT ร่วมกันกำหนดกลุ่มโรคที่มีความสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพกำหนดแนวทาง ตั้งแต่แรกเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค สาเหตุ แนวทางการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อจำหน่าย โดยประสานผู้เกี่ยวข้อง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ป้องกันการเกิดมารักษาซ้ำ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติสามารถให้การดูแลตนเองได้

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ:

- DM , Sepsis , Stroke NSTEMI , DHF , Pneumonia , CHF , PIH , PPH , Shoulder Dystosia ,
- กลุ่มผู้ป่วย Palliative care

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ:

Stroke ,HT, COPD, ผู้ป่วย Post HI, /Spinal injury ที่นอนติดเตียง, GDM, ผู้ป่วยติดเตียง

iii. กระบวนการ

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
DM	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ CPG DMและแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ - มีระบบ Consult แพทย์เฉพาะทาง - กำหนดจำนวนผู้ป่วยในคลินิกแต่ละสัปดาห์ให้เหมาะสมกับปริมาณแพทย์ที่ลงตรวจ - ส่งเสริมความรู้และทักษะการจัดการการตอบสนองตามปัญหา สาเหตุรายบุคคลโดยสหสาขาวิชาชีพ โดยญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมมุ่งเน้นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ - ส่งทีมเยี่ยมบ้านติดตามอาการและตรวจสอบการจัดการกับปัญหา - จัดทำแนวทางการส่งตรวจผู้ป่วยเบาหวานในระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
HT	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเฉพาะโรค HT เรื่องการบริโภคและการออกกำลังกาย - พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย HT ให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Stroke Fast track ในระยะยาว และควบคุม BP ได้ในระยะสั้น - จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วย HT/Hypertensive Emergency /Urgency ให้กับแพทย์และเจ้าหน้าที่ ER / ward / OPD
Sepsis	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง q SOFA และ SIRS ≥ 2 คะแนนได้รับการตรวจที่ ER ทันที - ใช้ Sepsis Protocol ที่มีการใช้ Sepsis Bundle - เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยโดยคำนวณ SOS (Search Out Severity) Score - ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เกินศักยภาพ มีการส่งต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ สวรรค์ประชารักษ์ได้รวดเร็ว - มีการทบทวนและปรับแผนการรักษาโดยการทบทวน Dead Case/Refer Case
HT/Spinal cord injury	<ul style="list-style-type: none"> - ระบบ Consult ศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ตลอด 24 ชม. - มีระบบการส่งผู้ป่วยทำ CT scan ในการ investigation กับโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ - พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย HI / Spinal cord injury ให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล - จัดทำ Warning Sign / Standing Order และนำ CPG HT/Multiple Trauma / Spinal cord injury มาใช้ที่ ER/Ward - ทบทวนเวชระเบียนในผู้ป่วยที่ Admit ด้วย HI / Spinal cord injury และส่งเยี่ยมบ้านในราย Spinal cord injury - มีเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ
Pregnancy Induce Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ CPG PIH และใช้ Standing Order - ปรับการบริหารยา Mgso4
Diabetes Mellitis in pregnancy	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ CPG GDM - มีแนวทางในการดูแลมารดาที่เกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ระยะเจ็บครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด
STROKE	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ CPG Stroke และแผนการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่ายโดยสหสาขาวิชาชีพ - มีระบบ Consult แพทย์เฉพาะทาง - ส่งเสริมความรู้และทักษะของทีมปฎิบัติเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองต่อการเกิดโรค - การจัดการการตอบสนองตามปัญหา สาเหตุรายบุคคลโดยสหสาขาวิชาชีพ

	<p>โดยญาติ/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมมุ่งเน้นกลุ่มผู้ป่วยและญาติ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งทีมเยี่ยมบ้านติดตามอาการและตรวจสอบการจัดการกับปัญหา - จัดทำแนวทางการส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์เพื่อได้รับการรักษาได้อย่างเหมาะสม
--	--

(1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:

- มีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีการเขียนบันทึกผลการประเมินความก้าวหน้าและแผนการรักษาอย่างชัดเจน ไว้ในเวชระเบียน ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยสาขาอื่น ๆ สามารถนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนให้การดูแลในบทบาทของแต่ละวิชาชีพได้อย่างสอดคล้องครบถ้วน
- มีระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วย การปรึกษา แบบสหสาขาวิชาชีพระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด มีแบบบันทึกปัญหาผู้ป่วยสำหรับสาขาวิชาชีพ
- มีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา โดยใช้แบบฟอร์ม Consultation Request
- ระบุความเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องการปรึกษาเพื่อความรวดเร็วในการตอบสนองปัญหา
- พยาบาลบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกทางการพยาบาลโดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยมีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยง และประสานงานกันระหว่างวิชาชีพ

(2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:

- มีการประเมินความต้องการอย่างรอบด้านในผู้ป่วยทุกราย สรุปรูปปัญหาให้ครอบคลุม และวางแผนตามปัญหาที่ประเมินได้ ใช้ CPG / Care Map มาใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค กรณีผู้ป่วยเด็กให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง

(3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- มีการปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพของแต่ละวิชาชีพ นำข้อมูลมาจัดทำ CPG เพื่อเป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญร่วมกัน ทบทวน CPG ACS, Stroke, Sepsis ในกลุ่ม Sepsis ทบทวนและปรับการใช้ Standing Orderอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วย Sepsis มีแนวทางปฏิบัติกำหนดเป้าหมายการรักษาที่ชัดเจน เช่น ต้องได้รับ Antibiotic ที่เหมาะสมภายใน 1 ชั่วโมงในปี 2558- 2562 ผลลัพธ์เท่ากับร้อยละ 44, 76.20, 67.7 และร้อยละ 58.18 ตามลำดับ ได้รับการ Resuscitation สารน้ำ 1,500 ml ใน 1 ชั่วโมงช่วยลดอัตราการเสียชีวิต ในปี 2558-2562 เท่ากับร้อยละ 60, 73.17, 31 และ ร้อยละ 52.72 ตามลำดับอัตราการส่งต่อลดลง ในปี 2558- 2562 เท่ากับร้อยละ 50, 35.36, 63.81 และ 18.78 ตามลำดับ
- กรณีทารกมีคะแนน STT Tongue Tie Score Grade 0 - 1 การส่งทำผ่าตัดแก้ไขภาวะลิ้นติดโดยไม่ต้องรอการฝึกการดูดกลืนของทารก
- มารดามี LATCH Score < 8 มีการติดตามประเมินเพื่อวางแผนการดูแลต่อการเฝ้าระวัง ภาวะแทรกซ้อนจากการให้นมแม่ผิดวิธี เช่น อาการเต้านมคัดตึง หัวนมแตก และติดตามประเมินทักษะการให้นมแม่

มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย PIH โดยการให้ยา MgSO₄ จาก 1 กรัม/ชม. มีระบบขอคำปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมจากโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์เพื่อช่วยลดความดันโลหิตและป้องกันการชักซ้ำ

(4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:

- ให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษา เช่น ผู้ป่วยภาวะสุดท้ายจะให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล โดยบางรายจะแจ้งญาติ ในการวางแผน เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ และหากปฏิเสธการรักษาแพทย์จะดูแลแบบประคับประคอง และลดอาการรบกวนที่ทำให้

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ไม่สุขสบาย โดยจากไปอย่างสงบและเป็นสุข บนพื้นฐานการดูแลตามสิทธิพื้นฐานของความเป็นมนุษย์

-กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไม่ชัดเจน แพทย์จะให้ข้อมูลและแนวทางการรักษาเป็นขั้นตอน และแจ้งผลการรักษาให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ โดยทีมพยาบาลจะติดตามประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นระยะ โดยเมื่อมีข้อสงสัยจะประสานให้ได้รับข้อมูลจากแพทย์โดยตรง

-กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง แพทย์จะให้ข้อมูลเหตุผลของการรักษาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ป่วยและญาติลงนามรับทราบข้อมูล โดยพยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมสภาพของผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญ

-กลุ่มผู้ป่วยเด็กมีการแจ้งแผนการดูแลแก่ผู้ปกครองแจ้งให้ทราบถึงความจำเป็นในการให้การดูแลรักษา โดยผู้ปกครองสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผน งานฝากครรภ์จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวทำ Couple Counselling ในการเจาะเลือด เมื่อมาฝากครรภ์ จัดทำโรงเรียนพ่อแม่ ในการเตรียมตัวของหญิงตั้งครรภ์ และสามีก่อนการคลอดบุตร หลังคลอดจะเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอด ญาติและครอบครัว เข้าร่วมเมื่อทำ การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สอนให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังคลอด และฝึกทักษะการอาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือทารก แก่ทั้งมารดา และครอบครัว ทุกรายก่อนจำหน่าย

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:

-แผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานมีเป้าหมายระยะสั้นคือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Hypo/Hyperglycemiaและระยะยาว คือ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้าผู้ป่วยที่เข้า ClinicDM ได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม มีการคัดแยกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงและให้การดูแลรักษาแบบเฉพาะเจาะจงโดยมีการพัฒนาระบบ ติดตามผู้ป่วย , พัฒนาระบบMedication Reconcile / Compliance Checking,พัฒนา ระบบตรวจคัดกรองโรคแทรกซ้อนต่อตา ไต เท้า , พัฒนาแนวทางการความรู้ในการป้องกันน้ำตาลสูง/ต่ำเกิน ,พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลการเสริมพลังผู้ป่วย ผลลัพธ์ อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันปี 2561 - 2562 เท่ากับ ร้อยละ 2.77 และ3.71 ตามลำดับ

-แผนการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายระยะสั้นคือควบคุมความดันโลหิตได้ดีและระยะยาว คือไม่เกิด Stroke จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย HT ที่มีภาวะแทรกซ้อน พบสาเหตุจากการขาดยา , รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง , ปรึบยาเอง, ซึ่สมุนไพรมาทาน มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ อ้วน ไม่ออกกำลังกาย มีโรคร่วม,ESRD ,โรคหัวใจได้แก่มีภาวะเครียดจากสังคมเศรษฐกิจตลอดจนการดำเนินชีวิต พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนเป็น Stroke ปี 2562 เท่ากับร้อยละ 0.22 มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อน คัดกรองผู้ป่วย ของไตเสื่อม เพื่อปรับเปลี่ยนยา GFRโดยเมื่อมี <60 ส่งพบอายุรแพทย์ ในกรณีนี้ Admitด้วยSevere HTวางแผนการจำหน่ายและส่งเยี่ยมบ้านทุกราย

-แผนการดูแลผู้ป่วย Post HI ,Spinal cord injury มีเป้าหมายระยะสั้นคือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อ แผลเจาะคอ และสามารถป้องกันการเกิดแผลกดทับในระยะเริ่มต้นได้และระยะยาวคือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงและความพิการหลงเหลือ

-มารดา และทารก เป้าหมายสำคัญ ในการวางแผนการดูแล มีความปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มารดาไม่เกิดภาวะ Eclampsia เกิดภาวะ Hypovolemic Shock ภาวะ Septic Shock ภาวะแทรกซ้อนจากการให้นมแม่ระหว่างดูแล ภาวะ Kernicterus

(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:

-การประชุมร่วมกันในคณะกรรมการ PCTโดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการให้แผนการรักษาสู่ผู้ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ

-มีการจัดทำ CPG ,CNPG ที่สอดคล้องกันให้แต่ละหน่วยงานไว้เพื่อให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยจากข้อมูลจะรายงานผ่านระบบ Hospital OS จากระบบ LIS ของงาน Labกรณีเป็น lab alertโทรประสานกลับหน่วยงานทราบผลทันทีกับทีมผู้ดูแลในหน่วยงานจากระบบส่งต่อจาก Program Three Refer สื่อสารการดูแลหญิง ตั้งครรภ์

และหญิงหลังคลอดทางโทรศัพท์กับแผนกสูติกรรมโดยตรง

(7) การทบทวนและปรับแผนตามสถานะหรืออาการของผู้ป่วย:

- มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย STEMI ทุกรายและพบว่าผู้ป่วย NSTEMI ที่รับไว้ในหอผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ปี 2562 จำนวน 2 ราย เนื่องจากขาดการประเมิน Grace Risk Score อย่างต่อเนื่อง มีการประเมิน Grace risk score มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลศูนย์สวรรคร์ประชารักษ์อย่างชัดเจน

- ผู้ป่วยปอดอักเสบที่ยังคงมีการเสียชีวิต ได้มีการทบทวนและปรับแผนการประเมินผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการประเมิน Severity ของโรคและได้ Antibiotic ที่เหมาะสมและมีการปรับเปลี่ยน Antibiotic เมื่อไม่ Response ต่อยาใน 72 ชม. ตามผล Sputum Culture และ Hemoculture วางระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภา Respiratory Failure และ Sepsis โดยใช้ SOS Score เพื่อให้สามารถ Early Detection ได้ทันเวลา และจะมีการทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายร่วมด้วยเพื่อทบทวนการรักษาแบบประคับประคอง

- ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มาโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hypoglycemia สาเหตุเกิดจากการฉีดยาแล้วไม่รับประทานอาหาร/ รับประทานอาหารได้น้อยมีปัญหา ไตเสื่อม ไม่ได้ดูลยาเดิมทำให้จ่ายยาซ้ำเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาซ้ำ กินสมุนไพรร่วม ได้มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยโดยมีระบบการดักจับในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วยที่เริ่มมีภาวะไตเสื่อม เพิ่มสมรรถนะพยาบาลและวางแผนระบบการเฝ้าระวังการเกิด Hypoglycemia ขณะ Admit ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลแบบ Early Warning Sign มี Care Map Hypoglycemia เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลให้ครอบคลุมผู้ป่วยจะได้รับทราบแผนการดูแลเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยมีการวางแผนการดูแลร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยจะได้พบกับนักโภชนาการเพื่อเรียนรู้การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับตนเอง เกสซ์กรจะประเมินการใช้ยา/สอนการฉีดอินซูลินพยาบาลจะติดตามประเมินความเข้าใจต่อการรับประทานอาหาร ระดับน้ำตาล การฉีดยาของผู้ป่วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและสอนการสังเกตอาการผิดปกติ ทำให้อัตราการ Re-Admit ลดลงและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

- ผู้ป่วย Multiple Trauma เพื่อให้ผู้ป่วยแต่ละรายได้รับการดูแล รักษาอย่างเหมาะสม ในกรณีที่เกิดศัลยกรรม สามารถส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายได้อย่างปลอดภัย

จากการทบทวนยังพบปัญหาการทบทวนและปรับแผนตามสถานะหรืออาการของผู้ป่วยการตรวจคัดกรองภาวะ ขณะตั้งครรภ์ ที่ยังไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน ทีมจึงประสานเครือข่าย ปรับปรุงแนวทางการวางแผนมารดาที่เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยนำมาจากโรงพยาบาลศูนย์สวรรคร์ประชารักษ์โดยเริ่มนำมาใช้เป็นรูปแบบที่ชัดเจนในต้นปี 2562

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
Stroke	แผนการดูแล (Care MAP) - ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเช่นการเตรียมอาหารเหลวการดูแลให้อาหารทางสาย ทางการดูแลไม่ให้มีการอุดตันของเสมหะ, การป้องกันการสำลัก, การดูแลท่อ หลอดลมคอการดูแลสายสวนปัสสาวะ, การป้องกันการเกิดแผลกดทับการจัดทำ นอนพลิกตะแคงตัว, การป้องกันข้อติด / กล้ามเนื้อลีบและการใช้อุปกรณ์ช่วย พยุงตัว

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
Stroke	แผนการดูแล (Care MAP) - ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเช่นการเตรียมอาหารเพื่อการดูแลให้อาหารทางสาย ทางการดูแลไม่ให้เกิดการอุดตันของเสมหะ, การป้องกันการสำลัก, การดูแลท่อ หลอดลมคอการดูแลสายสวนปัสสาวะ, การป้องกันการเกิดแผลกดทับการจัดทำ นอนพลิกตะแคงตัว, การป้องกันข้อติด / กล้ามเนื้อลีบและการใช้อุปกรณ์ช่วย พยุงตัว
HT	- พัฒนาการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเฉพาะโรค HT เรื่องการบริโภคและการออกกำลังกาย - ให้ความรู้แก่แกนนำหมู่บ้านอสม. เพื่อเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในการให้ ความรู้และติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งมีสุขภาพที่ดี ห่างไกลโรค HT และภาวะแทรกซ้อนเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มี ประสิทธิภาพ
COPD	- ฝึกทักษะการพ่นยาโดยเภสัชกร - ฝึกทักษะการบริหารปอดโดยกายภาพบำบัด
ผู้ป่วยติดเตียง	- เตรียมความพร้อมของญาติ / ผู้ดูแลสถานที่อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ - สอนทักษะที่จำเป็นให้ญาติ / ผู้ดูแล - สอนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงควรรีบกลับมา พบแพทย์ - ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยประเมินความเครียด
ผู้ป่วย Post HI /Spinal injury ที่ นอนติดเตียง GDM	- เตรียมความพร้อมของญาติสถานที่อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ ให้พร้อมรองรับการ กลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยสอนทักษะที่จำเป็นให้ญาติมั่นใจในการให้การดูแลผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย - ให้คำแนะนำ - ตรวจประเมิน FBS ก่อนจำหน่ายทุกราย - นัดประเมินซ้ำพร้อมตรวจหลังคลอด - ส่งต่อ Smart COC
ผู้ป่วยติดเตียง	- เตรียมความพร้อมของญาติ / ผู้ดูแลสถานที่อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ - สอนทักษะที่จำเป็นให้ญาติ / ผู้ดูแล - สอนการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นหากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงควรรีบกลับมา พบแพทย์ - ติดตามเยี่ยมบ้านประเมินความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยประเมินความเครียด

(1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผน
จำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย):

- กลุ่มผู้ป่วย Stroke, DM, HT และ Pallative Care
- มารดาหลังคลอดทุกราย, หญิงตั้งครรภ์แท้งบุตร และทารกแรกเกิด

(2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:

- Stroke มีกระบวนการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละรายผู้ป่วย Stroke มักมีภาวะพึ่งพิง

จึงต้อง

มีผู้ดูแลช่วยการเตรียมสอนญาติผู้ป่วยในการฝึกทักษะจึงมีความจำเป็น ได้แก่ การป้อนอาหาร / การจัดให้ผู้ป่วยรับประทาน อาหารการให้อาหารทางสายยางการดูแลขณะการฝึกช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้าน การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เนื่องจาก Stroke เป็นโรคเรื้อรังที่มีระยะเวลาการรักษาค่อนข้างนานและค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงดังนั้นการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายลงได้

- DM มีกระบวนการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัวเช่นผู้ป่วยเบาหวานที่ Admit ด้วยภาวะ Hypo /Hyperglucyemia พบว่ามีปัญหารับประทานอาหารได้น้อยแต่ยังรับประทานยาเบาหวานและฉีดอินซูลินต่อเนื่อง ฉีดยาอินซูลินไม่ถูกขนาดอ่านหนังสือไม่ออก / ตามองไม่เห็นทานยามิดขนาดไม่รับประทานยาชื่อยาสมุนไพรมาทานอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแลไม่มาโรงพยาบาลตามนัดไม่มีรถญาติไม่ว่างทำให้ขาดยาเอายาคนอื่นมาทานควบคุมอาหารไม่ได้จากการประเมินสาเหตุในผู้ป่วย Admit / Re-Admit จากภาวะ Hypo / Hyperglycemia จึงมีระบบการให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีแพทย์พยาบาลเภสัชกรนักโภชนาการโดยแต่ละสาขาจะทำหน้าที่สอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยญาติรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับประทานยาการฉีดยาการควบคุมอาหารการ
- ออกกําลังกายการลดปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมแหล่งให้การช่วยเหลือฉุกเฉินเมื่อมีภาวะ Hypo / Hyperglycemia เมื่อกลับไปอยู่บ้านมีการวางแผนว่าหน่วยร่วมกันในรายที่มีปัญหาซับซ้อนขณะนอนโรงพยาบาลจัดทำระบบ Discharge Plan ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะ Hypoglycemia / DKA / Hyper Osmolar มีการส่งต่อข้อมูลด้วยระบบ Smart COC และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยหน่วยปฐมภูมิ
- ผู้ป่วยอุบัติเหตุมีภาวะบาดเจ็บที่ญาติหรือผู้ประสบเหตุพาผู้ป่วยมาที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเองบางส่วน อาการทรุดลงระหว่างนางส่งจากพบว่ามีปัญหาเรื่องยังไม่เข้าใจในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในการเรียกใช้บริการ 1669 เนื่องจากคิดว่ามีค่าใช้จ่ายรอนานไม่มีความเข้าใจในระบบการส่งการเนื่องจากเมื่อโทรศัพท์เข้ามาที่โรงพยาบาลแต่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกเหตุได้จึงมีการทำการประสานพันธ์เชิงรุกเพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยมีการไปให้ความรู้แก่ประชาชนแจกแผ่นพับผู้มารับบริการ OPD มีการกระจายข่าวสารผ่านอสม. และเจ้าหน้าที่เวชปฏิบัติชุมชนทุกครั้งที่จะออกไปให้ผู้ป่วยในชุมชน
- ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง หลังได้รับการผ่าตัดและมีความพิการหลงเหลืออยู่จะมารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วย ภาวะแผลกดทับข้อยึดติดติดเชื้อแผลเจาะคอพบว่ามีปัญหาในเรื่องผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแลไม่มาโรงพยาบาลตามนัดเนื่องจากไม่มีรถญาติไม่กล้าทำแผลเนื่องจากกลัวทำไม่สะอาดญาติยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากต้องมีภาระงานอย่างอื่นและไปทำงานทำให้ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับติดเชื้อแผลเจาะคอและข้อยึดติดมากขึ้นจึงมีระบบการให้คำปรึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีแพทย์พยาบาลเภสัชกรนักโภชนาการนักกายภาพบำบัดโดยแต่ละสาขาจะทำหน้าที่สอนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยญาติรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วยในเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย การพลิกตะแคงตัว การทำความสะอาดแผลเจาะคอ และแผลกดทับระยะเริ่มต้นการรับประทานอาหาร การออกกําลังกายร่วมกับการทำกายภาพบำบัด แหล่งให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน เมื่อกลับไปบ้าน และมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน ในรายที่มีปัญหาซับซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลด้วยระบบ Smart COC และมีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยหน่วยปฐมภูมิ
- กลุ่มมารดาที่ให้ความสำคัญแก่กลุ่มโรค GDM, PH, PPH, Preterm, มารดาโรคทางพันธุกรรม,มารดาที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมารดาที่ตรวจพบว่าใช้สารเสพติดและมารดาติดเชื้อ HIV

(3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):

- ผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายโดยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละรายความเชื่อการให้กำลังใจต่อการรักษาพยาบาล

- แพทย์เป็นผู้วางแผนให้การรักษาปรับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสมและติดตามผลการรักษาที่ต่อเนื่องพยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกทักษะประสานทีมสุขภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมก่อนจำหน่าย

(4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:

- ผู้ป่วยเด็กใช้แบบฟอร์มการประเมินแรกรับซึ่งมีความครอบคลุมประวัติและข้อมูลวิถีชีวิตรอบด้านเพื่อประกอบการวางแผนจำหน่ายสรุปปัญหาของผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ประเมินปัญหาผู้ป่วย Stroke รายใหม่ก่อนจำหน่ายพบมีอุปสรรคในการทำกิจวัตรประจำวันและการเกิดความปลอดภัยการถ่วงที่ป้องกัน จึงปรับปรุงโดย

- 1) นักกายภาพประเมินและฝึกทักษะของผู้ป่วยและญาติในโรงพยาบาลทุกรายติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
- 2) พยาบาลฝึกทักษะแก่ญาติในการดูแล และให้ความรู้ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเช่นการประเมินการกลืนก่อนเริ่มให้รับประทานอาหาร การป้องกันการเกิดแผลกดทับ
- 3) สอบถามความต้องการและสนับสนุนเครื่องมือไปใช้ที่บ้าน
- 4) เยี่ยมบ้านต่อเนื่อง
- 5) ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้รพ. สต. เพื่อดูแลต่อเนื่อง

•มีระบบการติดตามเยี่ยมภายหลังการคลอดบุตรโดยส่งข้อมูลผ่านโปรแกรม Smart cocโดยส่งผ่านให้ CUP โรงพยาบาลชุมแสง การติดตามเยี่ยมจะประกอบด้วย

การเยี่ยมครั้งที่ 1 จะเยี่ยมขณะดูแลรักษาในโรงพยาบาลพร้อมลงบันทึกการเยี่ยมภายใน 48 ชั่วโมงลงโปรแกรม Smart COC และส่งต่อให้ CUP เพื่อให้ CUP กระจายข้อมูลต่อไปยัง PCU หรือหน่วยบริการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องอย่างทั่วถึงและครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ:

การเยี่ยมครั้งที่ 2 จะติดตามเยี่ยมโดยทีมของ PCU เจ้าของพื้นที่หรือหน่วยบริการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องซึ่งจะติดตามเยี่ยมภายใน 8-14 วันภายหลังการจำหน่ายผู้ป่วย

การเยี่ยมครั้งที่ 3 ทีมบุคลากร PCU เจ้าของพื้นที่หรือหน่วยบริการเครือข่ายที่เกี่ยวข้องโดยจะติดตามเยี่ยมอีกครั้งภายใน 45 วันภายหลังการจำหน่าย

กรณีเป็นมารดากลุ่มเสี่ยงเช่นมารดามีประวัติเป็น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงหรือโรค NCD อื่น ๆ ทีมของ PCU จะติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนพร้อมตรวจประเมินระดับ DTX ระดับความดันโลหิตหากตรวจพบว่ามีผิดปกติจะประสานและทำบันทึกส่งต่อให้กลับมาได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลทันทีจากการติดตามเยี่ยมโดยใช้ข้อมูลจากโปรแกรม Smart COC ยังพบปัญหาจากโปรแกรมนี้นี้

- การ Error ที่มาจากโปรแกรม Smart COC เช่นเลขที่ ID ซ้ำกัน ที่อยู่ซ้ำกัน ชื่อซ้ำกัน
 - ยังพบปัญหาติดตามเยี่ยมไม่พบเนื่องจากผู้ป่วยย้ายที่อยู่ย้ายกลับถิ่นกำเนิด
- จึงมีการประชุมร่วมกันกับทีมดูแลผู้ป่วยและ ทีมเยี่ยมบ้านจึงได้ปรับแนวทางการเยี่ยมบ้านโดยผู้เยี่ยมบ้านจะทวนซ้ำกับทีมดูแลผู้ป่วยเรื่องชื่อ ที่อยู่ เลขที่ ID ก่อนลงเยี่ยม

(5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:

- การวางแผนจำหน่าย โดยวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายมีการประเมินความพร้อมและความมั่นใจความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละรายประสานงานกับทีม HHC ในการเตรียมสถานที่อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ เพื่อรองรับการกลับบ้านของผู้ป่วย
- ทารกคลอดก่อนกำหนดมีการเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลที่บ้านตามปัญหาเช่นมีการให้คำแนะนำในการดูแลทารกและให้มารดาได้ฝึกเลี้ยงจนเกิดความมั่นใจว่าสามารถดูแลทารกเองได้ก่อนจำหน่าย

- มารดาหลังคลอดพยาบาล Miss Milk (มีสนมแม่) ทำหน้าที่เป็นผู้เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองและบุตรก่อนจำหน่ายเช่นการสอนทักษะการดูแลทารกแรกเกิดการดูแลตนเองหลังการคลอดบุตรการให้นมแม่ผลลัพธ์มารดาที่มีระดับความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการดูแลตนเองและบุตรก่อนจำหน่าย ปี 2558 - 2562 พบมารดาที่มีปัญหาขอคำปรึกษา จำนวน 3 ,9,8,10 และ 3 รายตามลำดับ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบการดูแลส่งต่อในรูปแบบเครือข่ายมีระบบให้คำปรึกษาเฉพาะทางโดยผ่านแอปพลิเคชัน LINE ตลอด 24 ชม.
- -มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและส่งเครือข่ายผ่านโปรแกรม Smart COC และมีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง
- ผ่านการประเมินอนามัยแม่และเด็ก
- ผ่านการประเมินสายใยรักระดับทอง
- ผ่านการประเมินมาตรฐานงานฝากครรภ์ ห้องคลอด มาตรฐานหลังคลอดมาตรฐาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	4	L	-ขยายผลการวางแผนเชื่อมโยง วางแผนร่วมกับครอบครัว ญาติชุมชน และทีม PCU - พัฒนาการดูแลผู้ป่วยในมิติอื่นๆ เช่นการส่งเสริมป้องกันโรค - สามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโปรแกรม Smart COC ในเครือข่าย PCU ที่เกี่ยวข้อง - จัดองค์ความรู้และถอดบทเรียน
68. การวางแผนจำหน่าย	4	L	ขยายเครือข่าย โดยประสานงานกับ อปท ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง
ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
ผู้ป่วย Fast Track Stroke ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	100%	61.54	47.72	65.68	58.33	80%
จำนวนผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตระหว่างนำส่ง	≤20	0	0	0	0	0
ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้ Thrombolytic Agent ภายใน 30 นาที	≥ 80%	33.33	25	41.66	62.5	42.85%
อัตราการตายจากโรค STEMI	<15	31.25	15.38	11.12	27.27	16.66%
ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัย	≥90	69.57	66.67	83.87	89.12	100
ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ได้รับสารน้ำอย่างน้อย 30 cc/kg หรือ 1500 ml (if hypotension และไม่มีข้อห้าม)	≥90	NA	68.18	70.97	81.25	83.33
ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 mL/min/1.72m ² /yr	≥ 66	69.3	60.7	68.8	63.8	57.3
ผู้ป่วย CKD Stage change คงที่และดีขึ้น		NA	80.2	83.3	87	93.4
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C <7	>40	29.40	32.23	32.18	38.22	38.46
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	≤ 2	NA	NA	2.77	3.71	2.23
ร้อยละของผู้ป่วย HT ที่ควบคุม BP ได้ต่ำกว่า 140/90 mm.Hg	≥_50	49.26	36.43	56.09	58.98	58.72
อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดต่อกระดูก	0%	0.19%	0%	0%	0.48%	0%
อัตราการเกิด PPH	≤ 2	0.74	1.34	5.03	3.03	0
อัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia	<25:1,000LB	11.15(3)	4.48(1)	27.40(6)	10.10(2)	0
จำนวนมารดาเกิดภาวะ Eclampsia (ราย)	0	0	0	0	0	0
อัตราการ Re-Admit ด้วย COPD	<10%	13.93	10.09	16.48	12.24	21.43
อัตราการเกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วย DHF	0	NA	NA	1.12	0	0
อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวันโรค	<5	NA	15.21	14.87	10.71	15.38

ii. บริบท

: กลุ่มผู้ป่วย (ตามบริบทโรงพยาบาล/หน่วยงาน)

: การดูแลผู้ป่วยมีแพทย์ทั่วไป ดูแล และมีระบบปรึกษาโดยแพทย์ เฉพาะทาง สาขา อายุรกรรม มีการแบ่งประเภทผู้ป่วย เพื่อจัดพื้นที่ในการดูแล จะมีแพทย์เวรเช้าของผู้ป่วยดูแล ในเวลาราชการ นอกเวลาราชการ จะมีแพทย์เวร ประจำวันดูแลต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วย จะได้รับการดูแล ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีมีผู้ป่วย วิกฤติ แพทย์เวรสามารถ consult แพทย์ เฉพาะทาง สาขา อายุรกรรม

รวม ได้ตลอด 24 ชั่วโมงเช่นกัน สำหรับ วิชาชีพพยาบาล จะมีพยาบาล ปฏิบัติการตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้การดูแล ผู้ป่วยมี ศักยภาพ เพียงพอ กรณีที่เป็นกรณีการดูแลที่ต้องตัดสินใจ ในภาวะสำคัญ สามารถปรึกษา กับหัวหน้างาน ได้ตลอดเวลา ดูแล เหมาะสม ตามมาตรฐาน วิชาชีพ ภายใต้การปฏิบัติตาม CPG โดยทีมทางคลินิก มีแนวทางการป้องกันความเสี่ยงโดยการ ทบทวนเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การทบทวนเวชระเบียน และนำมาปรับปรุงแก้ไข มีการตรวจเยี่ยมร่วมกันในทีมพยาบาล เพื่อค้นหา clinical risk และนำมาวางแผนร่วมกัน ในทีมการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง เหมาะสมและปลอดภัย กลุ่มผู้ป่วยวิกฤติ/หนัก ห้องฉุกเฉิน/ผู้ป่วยใน มีการจัดโซนการดูแลตามประเภทผู้ป่วย และจัดระบบการช่วยฟื้นคืนชีพ : กลุ่มผู้ป่วยสูติกรรม/ฉุกเฉินทางสูติกรรม มีการจัดพื้นที่ และทีมพยาบาลในการดูแลทั้งในส่วนของการฝากครรภ์ การ คลอด และหลังคลอด มีระบบการดูแลกรณีเกิดเหตุ ฉุกเฉินทางสูติกรรม : กลุ่มคลินิกพิเศษ มีเปิดบริการทางคลินิกพิเศษโรคเรื้อรัง เช่นDM/ ASTHMA/ COPD CKD/ ARV เป็นต้น : กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ จัดโซนแยกในส่วนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน มีห้อง Negative Pressure จำนวน 2 ห้อง

iii. กระบวนการ

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป
Pneumonia	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย pneumonia -มีนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วย pneumonia -ให้การดูแลเชื่อมโยงกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง -Early detect โดยใช้ Early Warning Sign ทั้งผู้ป่วยเด็ก/ผู้ใหญ่ -มีการติดตามcase กรณีRefer ไปรพ.สวรรค์ประชารักษ์ จากภาวะrespiratory failure -มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหาAE/ case Dead /case Refer -มีแผนพัฒนาแนวทางบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะโรค -มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบ จากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (WHAPO bundle)
DM	-มีCPG โรค DM ถ้า FBS<70 หรือ≥400 หรือ≥300 ร่วมกับมีEmergency Complication ส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน -มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ -มีแบบบันทึกทางการพยาบาลเฉพาะโรค -มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งHHC ทุกราย(กรณีadmit ด้วย hyperglycemia/ hypoglycemia) -มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหา AE -มีสมุดโรคประจำตัวผู้ป่วยทุกราย
CHF	-มีแผนพัฒนาระบบนิเทศทางการพยาบาลผู้ป่วยCHF -Early detect โดยใช้ Early Warning Sign -มีการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ -มีการทบทวนเวชระเบียนเพื่อหา AE -พัฒนาระบบวางแผนการจำหน่ายโดยใช้ ระบบ Thai COC

(1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:

- จัดให้มีแพทย์ทั่วไปอยู่เวรห้องฉุกเฉิน และผู้ป่วยในตลอด 24 ชั่วโมง
- มีแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมรับ consult ในและนอกเวลาราชการ ได้ทางโทรศัพท์และทาง Line
- แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับโรค เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง มีการใช้ CPG ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน เช่น Stroke /STEMI
- Early detect โดยใช้ Early Warning Sign ทั้งผู้ป่วยเด็ก/ผู้ใหญ่
- มีพยาบาลวิชาชีพดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ และมีการฟื้นฟูความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยเช่น อบรม ACLS ทุกปีในโรงพยาบาล
- มีทีม สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมดูแลผู้ป่วย เช่น นักโภชนาการให้คำแนะนำเรื่องอาหารในผู้ป่วยรายโรค ประเมิน NAF ในผู้ป่วยติดเตียง/นิกายภาพบำบัด ฟื้นฟูสภาพร่างกายในผู้ป่วย Stroke ,SCI เป็นต้น
- มีเภสัชกรรับผิดชอบประจำตึกผู้ป่วยใน ร่วมดูแลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
- จัดให้มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นเพียงพอในการดูแลผู้ป่วย และพร้อมใช้งาน เช่นจัดให้มีผู้รับผิดชอบดูแลและตรวจสอบการใช้งานของเครื่องมือ จัดเตรียมรถ Emergency ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งโรงพยาบาลเป็นต้น
- ทีม PCT มีการทบทวนเวชระเบียน วางแนวทางการดูแลผู้ป่วย ให้เป็นแนวทางและมาตรฐานเดียวกัน จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น DM,Pneumonia,CHF เป็นต้น

(2) การจัดสิ่งแวดลอมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:

- จัดคลินิกพิเศษโรค DM/TB/Aathma/COPD/CKD/ARV โดยให้บริการกึ่ง one stop service เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย เป็นการอำนวยความสะดวก ดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ และเป็นการพิทักษ์สิทธิ์แก่ผู้ป่วยในบางโรค
- มีห้องให้คำปรึกษาแยกกับห้องตรวจโรค
- จัดอุปกรณ์ ของใช้ เครื่องมือทางการแพทย์ สะอาดปราศจากเชื้อ ปลอดภัยและเพียงพอต่อการให้บริการ
- ติดตั้งกล้องวงจรปิดตามจุดต่างๆ มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยอยู่เวรยามตลอด24 ชั่วโมง
- มีกิจกรรม5 ส.ของโรงพยาบาล ในทุกวันที่20 ของทุกเดือน
- จัดห้องน้ำผู้พิการในหน่วยบริการ และจัดให้มีกริ่งขอความช่วยเหลือในห้องน้ำ
- หอผู้ป่วยในจัดให้มีระยะห่างของเตียงตามหลัก IC และมีผ้า màn กันระหว่างเตียง ระบุระยะเวลาเยี่ยมผู้ป่วย ปิดลิ้นคประตูเมื่อหมดเวลาเยี่ยม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ คำนึงถึงศักดิ์ศรี และความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย
- หอผู้ป่วยมีห้องแยกโรค Negative Pressure สำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อจำนวน2 ห้อง

(3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:

- มีการอบรมฟื้นฟูการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพACLSประจำปีให้กับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และเครือข่าย
- จัดรถ Emergency มีรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล และมีอุปกรณ์ช่วยชีวิต Defibrillator ในห้องฉุกเฉิน/หอผู้ป่วย และมีแผนขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น กรณีเกิดเหตุผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษา มีการกำหนด Early Warning Sign รายงานแพทย์เวรโดยใช้ SBAR เพื่อตอบสนองปัญหา และแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้ทันท่วงที
- มีการซ้อมแผนเพื่อรองรับอุบัติเหตุในทศวรรษ
- มีการจัดอบรมและซ้อมแผนอัคคีภัย ครั้งล่าสุดในเดือนพฤษภาคม2562

(4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

- เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วย ชักถามถึงอาการ แนวทางการรักษาทางเลือกเป็นต้น
- ผู้ป่วยPalliative care /ผู้ป่วยIMC/bed ridden ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลยส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล เช่นสอนให้ญาติช่วยพลิกตะแคงตัว สอนการให้อาหารทางสายยาง ป้องกันการสำลัก สอนทำแผล ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น
- หอผู้ป่วยญาติสามารถเฝ้าดูแลผู้ป่วยได้ตลอด24 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพสิทธิ และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สอดคล้องกับความเชื่อ วัฒนธรรม กฎหมาย เช่นเปิดโอกาสให้พระมาสวดข้างเตียง เพื่อให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบตามที่ญาติต้องการ

(5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

- มีการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
- มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างหน่วยงาน เช่นOPD กับWARD/ ER กับWARD /LABกับ WARD เป็นต้น
- ในทีมพยาบาลห้องฉุกเฉิน/ผู้ป่วยใน มีการส่งเวร ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในทีมเมื่อเปลี่ยนเวร
- ผู้ป่วยในมีการตรวจเยี่ยมร่วมกันในทีมพยาบาลเพื่อค้นหาclinical risk นำมาวางแผนร่วมกันในทีม
- รายงานแพทย์เวรโดยใช้ SBAR เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ทันเวลาที่
- ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องไปยังรพสต.กรณีcaseโรคเรื้อรัง เบาหวานที่มีภาวะ hypoglycemia/hyperglycemia ผู้ป่วย Palliative care ผู้ป่วย IMC ผู้ป่วย bed ridden ผู้ป่วยre-admit ภายใน 28 วัน เป็นต้น

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
Stroke	-มีระบบคัดกรอง ,มี CPG ,Fast tack
STEMI	-มีระบบคัดกรอง,มี CPG ,Fast tack
กลุ่มผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ	-มีแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ -สมรรถนะของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ -Consult แพทย์อายุรกรรมทุกราย -WHAPO Bundle
Sepsis	-มี Sepsis Bundle
DM	-มีระบบคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน -มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน -มีพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง
DHF	-มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย -มีเครื่องมือในการเฝ้าระวัง ความผิดปกติของสัญญาณชีพ -มีระบบประสานงานเพื่อส่งต่อผู้ป่วย เมื่อเกิดภาวะวิกฤติ -มีระบบรายงานSRRT ภายใน 24 ชั่วโมง
การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือด	-มีแนวทางการดูแลการให้เลือด ,มีระบบ Identify -มีเครื่องมือการติดตาม ขณะได้เลือด -มีระบบนิเทศทางการพยาบาล

(1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

- มีการทบทวนเวชระเบียน ร่วมกันโดยทีม PCT เช่น Stroke STEMI Sepsis DHF เป็นต้น เพื่อ เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ สูญเสียชีวิต ได้แก่ Sepsis ,STEMI ,Stroke จะใช้ early warning sign ,SOS score,GCS เพื่อเป็นเครื่องมือ เฝ้าระวัง ที่มีความไว สามารถตรวจจับ ความผิดปกติได้ทันเวลา
- จัดทำแนวทางการบริหารยา ที่มีความเสี่ยงสูง ยา HAD ในโรงพยาบาล โดยเภสัชกร
- จากการเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยให้เลือด และส่วนประกอบของเลือด ได้มีการจัดทำเครื่องมือ ในการติดตามอาการผิดปกติ ขณะได้เลือด เพื่อตรวจจับความผิดปกติ ได้ทันเวลา
- กลุ่มผู้ป่วยใช้เลือดออก ได้มีแนวทางการดูแลและมีเครื่องมือ ในการติดตามความผิดปกติ ของสัญญาณชีพ เพื่อเฝ้าระวังผู้ป่วยไม่ให้เข้าสู่ภาวะวิกฤติ

(2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:

- เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมความรู้ เกี่ยวกับโรคที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล
- จัดอบรม BLS,ACLS, NCPD ให้กับบุคลากร ในโรงพยาบาลทุกปี
- มีการทบทวนการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในวาระการประชุมของหน่วยงาน
- มีการให้ความรู้ การใช้ยา HAD ในโรงพยาบาล โดยเภสัชกร แก่เจ้าหน้าที่ จบใหม่

(3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:

- การทำหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ทำโดยแพทย์ และมีพยาบาลเป็นผู้ช่วย เช่น การเจาะปอด การเจาะหลัง การเจาะท้อง ทำได้ที่ห้องฉุกเฉิน และหอผู้ป่วย เป็นต้น

(4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

- มีการเฝ้าระวังการใช้ยา HAD โดยมีเครื่องมือ การติดตาม การใช้ยา สำหรับพยาบาลในโรงพยาบาล
- ใช้เครื่องมือเฝ้าระวังที่มีความไว สามารถตรวจจับ ความผิดปกติได้ทันเวลา เช่น SOS score ,Early warning sign, GCS
- มีระบบรายงานแพทย์ แบบ SBAR
- มีแนวทางการเฝ้าระวังผู้ป่วย ขณะได้เลือด และส่วนประกอบของเลือด
- มีแนวทางการเฝ้าระวัง ติดตามอาการผิดปกติ ในผู้ป่วยDHF

(5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):

- มีระบบขอความช่วยเหลือ จากบุคลากร หน่วยงานอื่น เมื่อพบผู้ป่วย อยู่ในภาวะวิกฤติ
- เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ที่ทรุดลง รายงานแพทย์ เพื่อให้การรักษา ที่ทันท่วงที และหากเกินศักยภาพ จะส่งต่อ เข้ารับการรักษาไปยัง โรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า
- มีการจัดเตรียมความพร้อมเครื่องมือแพทย์ และชุดยาฉุกเฉินในรถEmergency เป็นแนวทาง เดียวกัน ทั้งโรงพยาบาล

(6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- มีการทบทวน เวชระเบียน ในกรณี case Death ,Unplan refer ,Unplan death, หา AE โดยที่ PCT เพื่อหาแนวทางการแก้ไข ทบทวน และปรับปรุง ระบบ ตัวอย่าง Case refer กลับจาก รพ สปรด้วย Incomplete cord Injury C4-6 แพทย์ไม่ได้ ขอผลผล CXR ก่อนเข้า ward ทำให้หลุดไม่ได้ส่ง CXR ก่อน Admit ไม่ได้ประเมินแผลที่ขา

ซึ่งต่อมาพบว่าเป็นเนื้อตายต้องส่งไป Debridement ATB ไม่ Proper ไม่ครอบคลุมเชื้อ HAP BP เริ่มต่ำแต่ไม่ได้ off ยา HT UGIH ไม่ได้ off enoxa ผู้ป่วยมีไข้ตั้งแต่แรกเริ่มไม่ได้ IV มีการสั่ง CXR ซ้ำ ผล มี Infiltration ก็ยังไม่เปลี่ยนแปลง ATB ไม่มีการประเมิน CBC ซ้ำ ในขณะที่คนไข้มีไข้สูงมากขึ้น

- ผู้ป่วยไม่มีญาติเฝ้ามี Cord injury โดยเฉพาะ C4 มีโอกาสเกิดการกดการหายใจได้สูง ภายหลังการทบทวนจึงได้มีการพัฒนาปรับปรุงโดยเน้น ให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางการประเมินผู้ป่วย และมีการนำ CPG Sepsis มาใช้อย่างเคร่งครัด จัดทำ มี CPG Pneumonia ร่วมกับทีมกายภาพจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Spinalcord injury พยาบาลมีการทวนซ้ำคำสั่งการรักษาของแพทย์เพื่อป้องกันการผิดพลาดของแผนการรักษา ในปี 2562 ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดคิดหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ซ้ำ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออก
- ไม่พบอุบัติการณ์มารดาเสียชีวิต
- ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตจากการได้รับยา amitrip over dose ซ้ำ
- ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตไม่คาดคิดหลังได้รับบาดเจ็บไขสันหลัง ซ้ำ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69. การดูแลทั่วไป	3.5	D	- การพัฒนาระบบการดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมวีมี ส่วนร่วมการดูแลและแก้ไขปัญหา - การทำ Buddy ขอความช่วยเหลือ
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	4.0	A	- Rapid Response System - พัฒนาระบบ Early Warning Signs - เพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยหนัก ของกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อที่มีโรคร่วมที่ซับซ้อน - การสร้างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เรื่องการ Re-Suture Perineal Wound แก่แพทย์ใช้ทุน

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
อัตราการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนและหลังการผ่าตัด	>80%	100%	100%	97%	100%	100%
อัตราการให้บริการระงับความรู้สึกผิดคน	0%	0%	0%	0%	0%	0%
อัตราการเฝ้าระวังผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลในห้องพักฟื้น	100%	100%	100%	100%	100%	100%
อัตราเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องพักฟื้นตามเกณฑ์ (Discharge criteria)	100%	100%	100%	100%	100%	100%
อัตราความครบถ้วนสมบูรณ์แบบบันทึกทางวิสัญญี	100%	100%	100%	97%	100%	100%
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญี	0%	0%	0%	0%	0%	0%
- Awareness						
- Bradycardia	<1%	0%	0%	0%	0%	0%
- Nausea/Vomiting	<1%	0%	0%	0.37%	0%	0%
- Aspiration	<1%	0%	0%	0%	0%	0%
- Hypotention	<1%	0%	0.19%	0%	0%	0%

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง:

รพ.ชุมชนขนาด 60เตียง ไม่มีศัลยแพทย์,สูติแพทย์ และวิสัญญีแพทย์ มีวิสัญญีพยาบาล 2 คนปฏิบัติงาน full time ประจำงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน 1คน ห้องคลอด 1คน ให้บริการผู้ป่วยรับการขูดมดลูกทุกราย (Dilatation and curettage และ Fractional curettage) เป้าหมาย คือ ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยสูงสุด

จากการรับบริการทางวิสัญญี โดยให้บริการระงับความรู้สึกตามมาตรฐานราชวิทยาลัยวิสัญญี แพทย์แห่งประเทศไทย มีทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยก่อน /ขณะ/หลังการให้บริการระงับความรู้สึก เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยอดผู้รับบริการเฉลี่ย 3 ราย/เดือน

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก
ASAระดับ3 - ผู้ป่วยสูงอายุ ร่วมกับมีโรคประจำตัว เช่น DM , HT , IHD , Anemia (Hct<20% Hb.<6) ASA ระดับ2 - ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว เช่น DM,HT,AF c RVR, Hyperthyroid, Anemia ปี2560 มีผู้รับบริการ 19ราย ASA ระดับ 3=0ราย	1. ประเมินผู้ป่วยก่อนการระงับความรู้สึก ร่วมกับทีมแพทย์ พยาบาลและประสานงานปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่เกี่ยวข้องดังนี้ 2. เยี่ยมประเมินผู้ป่วย ก่อนระงับความรู้สึกทุกราย 3. รายงานปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อพบปัญหาที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึก 4. วางแผนเตรียมวิธีการให้ระงับความรู้สึกและเลือกวิธีที่ปลอดภัยที่สุด 5. แจ้ง และอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบ 6. เตรียมความพร้อมเครื่องมือยาสลับ เครื่องช่วยฟื้นคืนชีพ Monitoring

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

ASA ระดับ 2=5 ราย ปี2561 มีผู้รับบริการ 37ราย	ทีมงานและยาที่ใช้ระงับความรู้สึกอย่างเหมาะสม
ASA ระดับ 3=3ราย	7. บันทึกติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนขณะ/หลัง
ASA ระดับ 2=6ราย	ให้การระงับความรู้สึกจนกระทั่งสามารถส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
ปี2562 มีผู้รับบริการ 27 ราย	ผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยตามเกณฑ์มาตรฐาน
ASA ระดับ 3=1ราย	8. ประสานงานส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่หอย่างต่อเนื่อง
ASA ระดับ 2=6ราย	

(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย

:ให้ยาระงับความรู้สึกตามมาตรฐานCI(Joint Commission International) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสงบ(Conscious Sedation) ผู้ให้บริการต้องเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะ Unconscious หรือ Deep sedationโดยมีการวางแผนและแนวทางดังนี้

1.มีคณะกรรมการ Sedation committee ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลและบุคลากรสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

โดยมีแพทย์เจ้าของไข้เป็นประธานกรรมการ

2.มีการวางแผน และนโยบายที่ชัดเจนเกี่ยวกับการให้ moderateและdeep sedation

3.ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา sedation เพื่อวางแผนการให้ยาระงับความรู้สึก

4.ทีมบุคลากรที่รับผิดชอบในการให้ยาระงับความรู้สึกมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคและระดับต่างๆของ sedation

การเฝ้าระวังผู้ป่วยอย่างเหมาะสม การแก้ไขภาวะแทรกซ้อน การให้ยาเพื่อแก้ฤทธิ์ยา sedation

และควรมีการฝึกฝนพัฒนาความรู้ความสามารถในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (BLS)หรือขั้นสูง (ACLS)

5.บุคลากรที่รับผิดชอบในการให้ยาผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยในระหว่างให้ยา

หลังให้ยาในระยะพักฟื้นโดยมีการบันทึกการติดตามเฝ้าระวังสัญญาณชีพตามมาตรฐานที่กำหนด

6.การบริหารยาในระดับ moderate และ deep sedation

เป็นไปตามข้อกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล(โดยแพทย์เจ้าของไข้)

(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:ประเมินผู้ป่วยก่อนให้ยา

ระงับความรู้สึก (preoperative evaluation)

1. การซักประวัติผู้ป่วยและ ญาติผู้ให้การดูแลผู้ป่วย

2. การตรวจร่างกาย ควรตรวจร่างกายทุกระบบโดยให้ความสำคัญกับสัญญาณชีพ ระบบไหลเวียนเลือด ระบบหายใจ

3. การส่งตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม ขึ้นกับอายุ โรคประจำตัว ความแข็งแรงสมบูรณ์ของผู้ป่วย ชนิดของหัตถการ ที่ผู้ป่วยจะได้รับและระดับของการระงับความรู้สึกที่วางแผนว่าจะใช้ในการทำให้ผู้ป่วยสงบ

4. เตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทางด้านจิตใจโดยอธิบายรายละเอียดของการระงับความรู้สึกที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้ง ความเสี่ยง ผลดี ผลเสีย และแนวทางเลือกอื่นของการระงับความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ คลายความวิตกกังวล ลดปริมาณยาที่ต้องใช้และมีความพึงพอใจมากขึ้น

(3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม /ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก

:ให้บริการระงับความรู้สึกตามมาตรฐาน JCI (Joint Commission International) (มาตรฐานสากลที่ราชวิทยาลัย วิทยาลัยพยาบาลพึงปฏิบัติตาม) สอดคล้องกับบริบทและมาตรฐานของโรงพยาบาลตามเงื่อนไข ของคณะกรรมการ sedation committee โดยมีการประชุมวางแผนและกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับการ ให้บริการ mild to moderate sedation โดยวิสัญญีพยาบาลหรือบุคลากรที่มีใบคุณวุฒิวิสัญญี (กรณีฉุกเฉินนอกเวลาราชการ)

(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น

: ทีมผู้ให้การดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ผู้รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัยหรือทำหัตถการ และพยาบาลผู้ผ่านการฝึกอบรมและได้รับเอกสิทธิ์การให้ยาให้เกิดความสงบ

(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา)

: ตรวจสอบและบันทึกเครื่องให้ยาดมสลบ (Anesthetic Machine) เครื่อง Monitoring ให้อยู่ในสภาพดีพร้อมใช้ โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยวิสัญญีพยาบาลช่างเทคนิคจากศูนย์เครื่องมือแพทย์และช่างเทคนิคจากบริษัทตัวแทนจำหน่าย

- ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ จัดการซ่อมแซมอุปกรณ์ที่ชำรุดหรือหมดอายุการใช้งาน
- มีสมุดบันทึกการเบิกจ่ายยาเสพติด
- นำหลักกิจกรรม 5ส.มาพัฒนาสถานที่ให้มีความสะอาด เรียบร้อย มีระเบียบเพื่อลดมลภาวะในห้องผ่าตัดและสะดวกต่อการปฏิบัติงาน

การดูแลการใช้ deep sedation

ไม่มีการให้ยานำสลบขณะชูดมดลูกและไม่มีการให้ยาแก้ปวดหลังการชูดมดลูก ผู้ป่วยตื่นรู้สึกตัวดี ขณะอยู่ในห้องพักฟื้นและระหว่างนำส่งกลับหอผู้ป่วย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การเยี่ยมประเมินผู้ป่วยก่อน/หลังชูดมดลูกทุกราย
- การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนด้วยดีจากทีมสหวิชาชีพ
- ผู้ป่วยปลอดภัย,ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71. การระงับความรู้สึก	3.5	L	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการเยี่ยมประเมินผู้ป่วยทุกรายให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ - พัฒนาระบบการประสานงานรูปแบบทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย - พัฒนาระบบการตรวจสอบเครื่องดมยาสลบ Monitoring อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ , ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆเพื่อพร้อมใช้ตลอดเวลา - พัฒนาระบบสื่อสารส่งต่อข้อมูลระหว่างทีมงานระบบเคลื่อนย้าย-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยงานให้มี ประสิทธิภาพ - ปรับปรุงระบบบันทึกทางวิสัญญีให้ครบถ้วนตาม เกณฑ์มาตรฐาน - ส่งเสริมให้มีการเก็บข้อมูล/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพื่อนำมาวิเคราะห์เข้าระบบ RM PCT เพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป - พัฒนาทีมดูแลผู้ป่วยให้มีทักษะความรู้ความสามารถในการเฝ้าระวังผู้ป่วยขณะ/หลังการระงับความรู้สึกอย่างมีประสิทธิภาพ

III-4.3 ข. การผ่าตัด

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/งตผ่าตัดเนื่องจากทีมงานและอุปกรณ์ไม่พร้อม	0	0	0	1	0	0
อัตราการเลื่อน/งตผ่าตัดจากการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด	< 5 %	NA	3.07%	2.15%	3.60%	3.52%
จำนวนครั้งของผู้ป่วยบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดต่อกระจก Drop nucleous/Respiratory failue	0	1	0	0	1	0
การติดเชื้อหลังการผ่าตัดต่อกระจก Endophthalmitis	0	0	0	0	1	0
อัตราการผ่าตัด ผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ใส่เลนส์ผิดเบอร์	0	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด	<1:1000	ไม่เปิดบริการผ่าตัดทั่วไป				
ii. บริบท						
<p>งานผ่าตัดโรงพยาบาลชุมแสงไม่มีศัลยแพทย์ ไม่มีการผ่าตัดใหญ่ ทำได้เฉพาะ Debridement ,Exission Mass มีจักษุแพทย์ Part time ให้บริการได้เฉพาะการผ่าตัดต่อกระจกเท่านั้นโดยสามารถผ่าตัดต่อกระจกได้ทั้ง 3 วิธี คือ Phacoemulsification ,Extra capsular Cataract extractionและ Intra capsular Cataract extraction จำนวนบุคลากรห้องผ่าตัดตามีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน รวมหัวหน้างาน 1 คน (พยาบาลห้องผ่าตัด 2 คน วิชาชีพพยาบาล 2 คน) พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน จัดทีมผ่าตัดตาเฉพาะในเวลาราชการ ห้องผ่าตัดมีจำนวน 1 ห้อง พร้อมอุปกรณ์พื้นฐานได้แก่ เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด กล้องผ่าตัด เครื่องสลายต่อกระจก และด้ามสลายต่อกระจก โดยจัดให้มีการผ่าตัดตาต่อกระจกในวันพุธเวลา 13.00 น-16.00 น ให้บริการผ่าตัดต่อเนื้อ หนังตาตก คิ้วตก และการผ่าตัดทางตาอื่น ๆที่ไม่ซับซ้อน วันพฤหัสบดี หรือก่อนวันหยุดนักขัตฤกษ์ เวลา 13.00-16.30 น.</p>						
iii. กระบวนการ						
(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:						
งานจักษุ						
<p>กรณีไม่ฉุกเฉิน เมื่อจักษุแพทย์กำหนดวันผ่าตัด มีระบบการปรึกษาแพทย์ก่อนผ่าตัดประเมินสภาพร่างกาย/อธิบาย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นให้ผู้ป่วยและญาติทราบ เพื่อให้ยินยอมรับความเสี่ยง ตรวจสอบสิทธิการรักษา ค่าใช้จ่าย ทีมห้องผ่าตัดวางแผนการผ่าตัด การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ปี 2559 พบ 1 ราย ปี 2560 2561 2562 ไม่พบข้อผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วย ทีมห้องผ่าตัดวางแผนการผ่าตัด การจัดเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ต่าง ๆ การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม ปี 2559 พบ 1 ราย ปี 2560 – 2563 ไม่พบข้อผิดพลาดในการประเมินผู้ป่วย</p>						

งานทันตกรรม

มีการประเมินผู้ป่วย ประเมินความเสี่ยง ก่อนการรักษาได้มีการตรวจสอบสัญญาณชีพ ร่วมกับการถ่ายภาพ x-ray ในกรณีที่เป็น

(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

- เมื่อแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัดตาต่อกระจกโดยกำหนดล่วงหน้า จะอธิบายเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อการตัดสินใจแพทย์เขียน Set ผ่าตัด ใน OPD card พยาบาลให้คำแนะนำตามคู่มือการปฏิบัติตัวในการผ่าตัดหลังจากรับทราบทางเลือกในการผ่าตัดจะให้มีการลงนามยินยอมในการผ่าตัดในวันนัดผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดมีการวางแผนการพยาบาล การเตรียมห้องผ่าตัด เตรียมทีมผ่าตัด เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ทำผ่าตัดผลการปฏิบัติในปี 2561 2562 ไม่พบอุบัติการณ์การให้ข้อมูลผิดพลาดหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการผ่าตัด

งานทันตกรรม เมื่อผู้ป่วยได้รับการตรวจและวางแผนการรักษาแล้วจะมีการให้ข้อมูลและทางเลือกในการรักษารวมทั้งบอก ความเสี่ยงในแต่ละหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ

(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:

- เป็นการผ่าตัดที่กำหนดล่วงหน้า แพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นผู้อธิบายวิธีการผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำตามแนวทางคู่มือการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัดหรือหอผู้ป่วยหากพบปัญหาจะปรึกษาจักษุแพทย์ พยาบาลห้องผ่าตัดมีการวางแผนการพยาบาล การเตรียมห้องผ่าตัด เตรียมทีมผ่าตัด เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องมือให้พร้อมใช้ผ่าตัดได้

- ผลการปฏิบัติในปี 2559 พบผู้ป่วยหายใจเหนื่อยหอบขณะผ่าตัด 1 คน และในปี 2561 ตรวจพบได้ก่อนผ่าตัด 2 คน เป็นผู้ป่วยที่หายใจเหนื่อยหอบขณะรอเข้าห้องผ่าตัด 1 คน และ ผู้ป่วยจิตเวชขาดยา 1 คน และ 2562 พบ 1 รายเป็นคนไข้ท้องเสีย ถ่ายเหลว ในปี 2562 พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในขณะผ่าตัด 1 รายสาเหตุพบว่าเกิดจากพยาธิสภาพของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของเลนส์ตาผู้ป่วยเองจึงทำให้มี Drop nucleous ทำให้ต้องส่งตัวไปรักษาต่อ รพ สวรรค์ประชารักษ์เพื่อพบแพทย์เฉพาะทางจอตตาต่อไป

งานทันตกรรมได้มีการเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด ได้มีการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร และยาโรคประจำตัวให้เรียบร้อยในกรณีที่ต้องมีการหยุดยาบางตัว ให้หยุดยาได้คำสั่งแพทย์เท่านั้นและให้ผู้ป่วยเซ็นรับทราบหลังจากที่มีการอธิบายข้อมูลต่าง ๆ เรียบร้อย

(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ*:

ห้องผ่าตัดตา

- มีมาตรการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง เลนส์ผิดเบอร์ โดยการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตรวจสอบจากป้ายชื่อมือ ถามชื่อ-นามสกุล และเวชระเบียน ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดและก่อนทำผ่าตัดมีการทำ Surgical Safety Checklist โดยมีการทำ Sign in /Time Out /Sign Out /Mark site

- ผลการปฏิบัติในปี 2557 พบอุบัติการณ์ เตรียมเลนส์ผิดเบอร์ 1 ครั้ง แต่มีการตรวจพบก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย จึงได้มีการทบทวนตามแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัด จึงทำให้ ปี 2558-2563 ไม่พบอุบัติการณ์

งานทันตกรรม

มีการจัดทำแนวทางป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งคือเมื่อผู้ป่วยมารับบริการจะมีการตรวจสอบชื่อ -นามสกุล และที่อยู่ใบสั่งยากับเวชระเบียนให้ตรงกัน รวมถึงมีการสอบถามผู้ป่วยซ้ำ นอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วยยืนยันตำแหน่งซี่ฟันที่มีปัญหาพร้อมกับทันตแพทย์โดยการส่องกระจกก่อนการรักษา

(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):

- มีการจัดแบ่งพื้นที่เป็น 5 เขต ในห้องผ่าตัดที่ชัดเจนโดยการตีเส้นคือ 1.เขตปลอดเชื้อ 2.เขตกึ่งปลอดเชื้อ 3.เขตสะอาด 4.เขตกึ่งสะอาด 5.เขตปนเปื้อน เนื่องจากพื้นที่ห้องผ่าตัดโครงสร้างไม่ได้ตามมาตรฐาน การจัดท่าระบบ One Way ป้องกันการย้อนกลับของเครื่องมือได้ไม่สมบูรณ์ตามมาตรฐาน จึงได้มีการปรับผังการไหลของเครื่องมือโดยใช้ช่วงเวลาในการส่งเครื่องมือเป็นช่วงเช้า สำหรับเครื่องมือหลังผ่าตัดใส่กล่องที่มีฝาปิดมิดชิดนำไปล้างทำความสะอาด ห่อ และทำให้สะอาดปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลาง ในช่วงเย็นเพื่อป้องกันการปนเปื้อน

- การทำความสะอาดห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด โดยมีแนวทางปฏิบัติในการทำความสะอาดห้องผ่าตัด การตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ และการเตรียมห้องก่อนผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ก่อนผ่าตัด หลังการผ่าตัดส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดไปทำปราศจากเชื้อยังหน่วยจ่ายกลางได้ 100 % สามารถบ่งชี้การปราศจากเชื้อได้มาตรฐานทุกชิ้น การเก็บเครื่องมืออุปกรณ์ของห้องผ่าตัดเก็บในห้องปราศจากเชื้อ ใช้ระบบ First-In,First-Out ในการหมุนเวียนเครื่องมือโดยมีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแล

- การดูแลระหว่างรอผ่าตัด จะมีการรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประมาณ 15-30 นาที ครั้งละไม่เกิน 5 คน มีการโทรประสานงานทางหอผู้ป่วยให้เตรียมส่งผู้ป่วยในรายต่อไป

- การตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์ ห้องผ่าตัดได้จัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการสูญหายของเครื่องมืออุปกรณ์และความพร้อมในการผ่าตัด โดย Scrub Nurse เป็นผู้นับ การผ่าตัดทางตาเป็นการผ่าตัดที่อวัยวะภายนอก จึงไม่พบอุบัติการณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดตกค้างในผู้ป่วย

- การจัดเก็บชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย จัดใส่ภาชนะที่เหมาะสมปลอดภัยและติดป้ายไว้ชัดเจนทุกครั้ง ระบุชื่อ-สกุล HN AN หน่วยงาน ชนิดของชิ้นเนื้อและการผ่าตัด พร้อมใบส่งชิ้นเนื้อที่แพทย์เขียน โดยบันทึกในสมุด รับ - ส่ง ทุก ครั้ง การรายงานผลจะทราบได้ภายใน 1 เดือน ไม่พบอุบัติการณ์ชิ้นเนื้อหรือสิ่งส่งตรวจสูญหาย

- การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤติ มีการเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉิน เตรียมซ้อมแผนโดยส่งเจ้าหน้าที่อบรม CPR ร่วมกับโรงพยาบาลทุกปี

(6) บันทึกการผ่าตัด การใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:

- การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยผ่าตัด มีการลงทะเบียนข้อมูลของผู้ป่วยในสมุดทะเบียนผู้รับบริการผ่าตัด แพทย์มีการบันทึกข้อมูลการผ่าตัด (Operative record) ในส่วนของพยาบาลผ่าตัด มีการบันทึกข้อมูลการผ่าตัดโดยบันทึกข้อมูลก่อนผ่าตัด ระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ในแบบฟอร์มบันทึกการพยาบาลผ่าตัด เพื่อเป็นข้อมูลในการสื่อสาร การส่งต่อให้ทีมดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดรับทราบ ผลการดำเนินงานพบว่ามีความสมบูรณ์ของเวชระเบียนเกี่ยวกับการผ่าตัด (Operative record) ในปี 2559-2560 ร้อยละ ตามลำดับ โอกาสพัฒนาคือการบันทึกการพยาบาลผ่าตัดให้มีความครบถ้วนสมบูรณ์มากขึ้น เพียงพอต่อการสื่อสารและเป็นหลักฐานทางกฎหมาย

(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:

- หลังผ่าตัดมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวหลังผ่าตัด ผลการติดตามเยี่ยมหลังผ่าตัดปี 2558 2559 2560 2561 และ 2562 คิดเป็น ร้อยละ 100

(8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยมีกระบวนการเตรียมผ่าตัดอย่างปลอดภัยโดยใช้มาตรการของ IC การให้ Antibiotic Prophylaxis ก่อนผ่าตัด Hand Hygiene ในบุคลากร รวมทั้งมีการตรวจสอบความปลอดเชื้อของเครื่องมือทุกห่อ จาก Indicator การบันทึกการติดเชื้อผู้ป่วยหลังผ่าตัดตาต่อกระจก มีระบบการติดตามการนัด

- ผลการดำเนินงานอัตราการติดเชื้อต่อกระจก Endophthalmitis ในปี 2558-2561 ไม่พบ พบในปี 2562

จำนวน 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยและญาติไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ให้ทำให้ต้องส่งตัวต่อไปรักษาต่อที่ รพ สวรรค์ประชารักษ์

- ผลการดำเนินงานห้องผ่าตัดใหญ่ ปี 2553- 2558 พบแผลผ่าตัดสะอาดติดเชื้อ ร้อยละ $<0.5 = 0$ แผลกึ่งสะอาดติดเชื้อ $<3 \%$

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

- โอกาสพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในรายที่ทำผ่าตัด ภายใน 3 วัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวทางระบุตัวผู้ป่วยเพื่อการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดเลนส์
- มีการพัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด
- มีการทบทวนแนวทางการหยอดยาขยายม่านตาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
72. การผ่าตัด	4.0	L	<ul style="list-style-type: none"> • เตรียม Scrub Nurse รองรับการเปิดห้องผ่าตัดอีกครั้ง • พัฒนาระบบการเฝ้าระวังแผลผ่าตัดติดเชื้อ • พัฒนาระบบ One Way ป้องกันการย้อนกลับของเครื่องมือ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
1. อัตราผู้รับบริการได้รับอาหารตรงตามเวลา	100	100	100	100	100	100
2. อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	90	95	94	91	96	94
3. อัตราของผู้ได้รับบริการอาหารถูกคนถูกโรค	100	100	100	100	100	100
4. อัตราอาหารถูกหลักโภชนาการ ปลอดภัยจากสารปนเปื้อน	100	100	100	100	100	100
5. การให้บริการอาหารตรงตามคำสั่งแพทย์	100	100	100	100	100	100
6. การจัดอาหารไม่เพียงพอกำย	<5	0	1	0.5	0	1
7. อาหารปลอดภัยได้มาตรฐาน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
8. อัตราที่ผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการจากการคัดกรองได้รับการดูแลแบบองค์รวม	N/A	N/A	N/A	N/A	38	42

ii. บริบท

งานโภชนาการโรงพยาบาลชุมแสง มีโภชนากรทำหน้าที่ดูแลการผลิตอาหารที่มีคุณภาพ ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ให้ ถูกคน ถูกโรค สะอาด ปลอดภัย บริการตรงตามเวลา และเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการ มีการประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยติดเตียง โดยใช้แบบฟอร์มของ NAF

กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

- ผู้ป่วย Bed ridden
- ผู้ป่วยเบาหวาน
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ
Bed Ridden	- พยาบาลประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยเบื้องต้น - พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง Severe Malnutrition แจ้งโภชนากรให้ทราบ
เบาหวาน	- โภชนากรไปประเมินผู้ป่วย โดยใช้ NAF และถ้าพบว่า Severe Malnutrition โภชนากรจะคำนวณอาหารให้เหมาะสม - พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือด ≥ 200 mg% ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีน้ำตาลสะสมเกิน 7 % ส่งพบโภชนากรเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องการควบคุมอาหาร
โรคไต	- พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ขึ้นไป ส่งพบโภชนากรเพื่อให้คำปรึกษา เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรค
COPD	- พยาบาลคัดกรองผู้ป่วย COPD ที่มี BMI < 21 ส่งพบโภชนากรเพื่อให้คำปรึกษาเรื่องอาหารที่เหมาะสม

(1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:

ได้มีการจัดทำรายการอาหารกำหนดรายอาหารการหมุนเวียนจำนวน 8 สัปดาห์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท

ตามสภาพของผู้ป่วยโดยยึดหลักการติดตามหลักโภชนาการและโภชนาบำบัด

- กำหนดเวลาการส่งอาหารแต่ละมื้อที่แน่นอน ลดการส่งมอบอาหารผู้ป่วยล่าช้าไม่เป็นตามข้อกำหนดของแผนกโภชนาการ
- ส่งอาหารผ่านระบบ Manual โดยตึกผู้ป่วยจะเป็นผู้ทำการส่งประเภทอาหารตามรายการที่แพทย์สั่ง / เปลี่ยนแปลงอาหารการสั่งเบิกอาหารสามารถเบิกได้ตามรอบการเบิกที่แผนกโภชนาการกำหนด หากทางแผนกโภชนาการพบข้อสงสัยจะมีการทวนสอบข้อมูลกับหอผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ถูกต้อง ประสานกับทีมหอผู้ป่วยเรื่องบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย/ จำนวนผู้ป่วยที่ส่งอาหารไม่ครบจำนวน/รายละเอียดของโรคไม่ได้ระบุหรือส่งข้อมูลไม่ถูกต้อง
- นักโภชนาการมีการตรวจสอบสิ่งแปลกปลอม/สิ่งปนเปื้อนของอาหารและภาวะขึ้นตอนการส่งอาหาร/การผลิต/การจัด/ก่อนการส่งมอบระหว่างหน่วยงานเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่ถูกต้อง ปลอดภัย ตามคำสั่งแพทย์ ทุกชั้นตอนเจ้าหน้าที่หน่วยงานจะตรวจสอบอาหารก่อนส่งมอบให้แก่ผู้ป่วยและตรวจสอบการปนเปื้อนในภาชนะอาหาร โดยงานสุขาภิบาล โรงพยาบาลชุมแสง ทุก 3 เดือน ผลการตรวจสอบ ไม่พบการปนเปื้อน ในภาชนะอาหาร

(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

- เมื่องานโภชนาการได้รับการประสานจากตึกผู้ป่วยเพื่อประเมินภาวะโภชนาการเมื่อประเมินพบว่าผู้ป่วยมีภาวะ Severe Malnutrition จึงดำเนินการคำนวณและปรับอาหารให้เหมาะสม

(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน

ให้ดูแลตามกระบวนการโภชนาบำบัดจากการประเมินภาวะโภชนาการ ระบุปัญหา ประมาณจำนวนแคลอรีที่เหมาะสมกับสถานะของโรค นำผลการวิเคราะห์หามากำหนดในใบสั่งปฏิบัติงาน โดยอาหารเฉพาะโรคเบาหวาน มีการจำกัดแป้งและน้ำตาล พร้อมให้คำแนะนำผู้ป่วยรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีน้ำตาลสูง/น้ำตาลต่ำ

โอกาสพัฒนา ปรับปรุงสื่อการสอน กิจกรรมสาธิตเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและตระหนักในสำคัญเรื่องการควบคุมอาหารมากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง

จากกระบวนการการประเมินภาวะโภชนาการ ระบุปัญหา คำนวณแคลอรีที่เหมาะสมกับโรค จำกัดปริมาณเครื่องปรุงที่มีโซเดียม มีการชั่ง ตวงเครื่องปรุง ให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานอาหารลดเค็ม ที่เหมาะสมกับภาวะของร่างกาย เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

กลุ่มผู้ป่วยอาหารทางสายให้อาหาร

จัดทำอาหารทางสายให้มีปริมาณ และคุณค่าทางโภชนาการ ตามคำสั่งแพทย์ โดยการคำนวณ การคัดเลือกวัตถุดิบ การชั่งตวง ที่ตรงตามสูตรอาหารปรับสูตรเพื่อให้สอดคล้องกับผลทางห้องปฏิบัติการ และจัดให้มีการสอน และสาธิตวิธีการทำอาหารทางสายให้อาหารกับญาติผู้ป่วย สามารถนำไปปฏิบัติได้

(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:

งานโภชนาการ โรงพยาบาลชุมแสง ผ่านการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาล อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก ครบ 30 ข้อ และได้นำหลักสุขาภิบาลอาหารมากำหนดเป็นแนวทางการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

- **การเลือกซื้อวัตถุดิบ** มีคณะกรรมการจัดซื้อ/ตรวจรับอาหารทุกวันโดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพและสุ่มตรวจหาสารปนเปื้อนทุก 6 เดือน ผลการประเมินไม่พบการปนเปื้อน มีแนวทางการทำความสะอาด/คัดแยกวัตถุดิบ เพื่อกำจัดและลดการปนเปื้อนเชื้อโรค จัดเก็บวัตถุดิบสดพวกเนื้อสัตว์ ผัก ในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิตามเกณฑ์ที่

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

กำหนดคือ อุณหภูมิเนื้อสัตว์เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 0-2 องศาเซลเซียส ผักผลไม้เก็บไว้ที่อุณหภูมิ 7 องศาเซลเซียส วัตถุประสงค์ที่เป็นของ
แห่งสำเร็จรูปซื้อวันต่อวัน

- มีการตรวจสอบอุณหภูมิตู้เย็นทุกวัน

- **การจัดเตรียมและการประกอบอาหาร** กำหนดแนวทางปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่งานโภชนาการ โดยมี
ใบสั่งงาน สำหรับจัดเตรียมอาหารและประกอบอาหารแต่ละประเภท แยกเป็นอาหารอ่อน อาหารธรรมดา อาหารเฉพาะ
โรค ให้สะอาด ถูกต้อง โดยมีโภชนาการกำกับดูแล

การจัดเตรียมและการประกอบอาหารทางสายให้อาหาร

กำหนดแนวทางปฏิบัติ กระบวนการทำอาหารปั่นผสม เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานมีการเตรียมวัตถุดิบ
การชั่ง ตวง ตามใบสั่งงาน ตามสูตรอาหารต่างๆ และปฏิบัติงานในห้องประกอบอาหารทางสายให้อาหาร

โอกาสพัฒนา เปลี่ยนการระบุรายละเอียดบนถุงอาหารทางสายให้อาหาร จากการเขียนด้วย
ปากกาเคมี เป็นการพิมพ์ป้ายสติ๊กเกอร์

การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุง มีการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง ผลการตรวจ
ร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกคนไม่พบผู้ที่เป็นโรคติดต่อ

โอกาสพัฒนา มีการจัดอบรมเจ้าหน้าที่งานโภชนาการเรื่อง การสุขาภิบาลอาหาร

การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ มีการแบ่งพื้นที่การจัดอาหารปรุงสุกลงใน
ภาชนะที่สะอาด แล้วลบล้างใส่รถส่งอาหารที่มีการปิดมิดชิด จัดให้มีแนวทางการล้างภาชนะ และอุปกรณ์ตามหลัก
สุขาภิบาลอาหาร มีการเก็บภาชนะแต่ละประเภทอย่างเป็นสัดส่วน มิดชิด

การจัดการกับอาหารและภาชนะผู้ป่วยติดเชื้อ กำหนดแนวทางปฏิบัติตามหลัก IC ผู้ป่วยติดเชื้อ
ได้ใช้ภาชนะประเภทใช้แล้วทิ้ง ส่วนการเก็บเศษอาหารให้มีภาชนะที่มีฝาปิดรองรับมิดชิด

การรวบรวมขยะและการจัดการน้ำเสีย มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภท ได้แก่ ขยะเปียก ขยะ
แห้ง ขยะรีไซเคิล แยกทิ้งให้ถูกต้อง ลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด และทำความสะอาดทุกวัน การจัดการน้ำเสีย มีบ่อดัก
ไขมัน และมีการดักไขมันทุก 3 วัน

การทำความสะอาดโรงเรือนและการควบคุมแมลงและพาหะนำโรค มีมุ้งลวดติดตั้งทั้งโรง
ประกอบอาหาร มีการทำ 5 ส.ทุกวัน 15 นาทีก่อนเลิกงาน และทำ Big cleaning ในทุกวันที่ 15 ของเดือน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- คิดค้นนวัตกรรม “DM Bento” เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมปริมาณข้าวและผลไม้ได้อย่างถูกต้อง
- ร่วมกับงาน NCD ในการทำคู่มือ “สมุดคู่คิด พิชิตเบาหวาน”

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
73. อาหารและโภชนบำบัด	4	L	พัฒนาการประเมินและการให้คำปรึกษาด้านโภชน บำบัดอย่างเป็นระบบในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มGDM

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ต.ค.62- มี.ค.63
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบ Palliative care	>80	100	90.5	92.7	95.8	100
ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย	>80	93.3	92.6	95.1	96.5	97.14
อัตราการพึงพอใจของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว	>80	90.10	91.50	92.75	94.3	95.2

ii. บริบท

ปี 2560- 2563 โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับติด 1 ใน 3 ของโรงพยาบาล คือกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย รักษา จากโรงพยาบาลศูนย์และสถาบันมะเร็ง แพทย์ส่งต่อกลับรักษาแบบประคับประคองที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โอกาสพัฒนา จากการทบทวนการดูแลคือ การแจ้งข่าวร้าย การวางแผนการดูแลโดยผู้ป่วยและครอบครัว ที่เผชิญกับอาการเจ็บป่วยที่ คุกคามต่อชีวิต การป้องกันความทุกข์ทรมาน และผู้ป่วยครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเสริมพลังครอบครัว การเตรียมพร้อม การจัดการความปวด และจัดการอาการรบกวนในช่วงต่าง การดูแลหลังสูญเสียหรือการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ ของใช้ และการประสานการดูแลต่อเนื่องก่อนถึงวาระสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยปราศจากความทุกข์ทรมานจาก อาการรบกวน และ Good dead โดยทีมใช้เครื่องมือ PPS ประเมิน และวางแผนการดูแลตามแบบประเมิน ดูแลแบบองค์รวม โดยยึดความเชื่อศาสนา วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี ของผู้ป่วยและครอบครัว ได้สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย ระยะสุดท้ายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสร้างรูปแบบการดูแลใน สถานพยาบาลเครือข่ายอำเภอชุมแสง โรงพยาบาลชุมแสงได้จัดตั้งคลินิก Palliative care วันที่ 1 ตุลาคม 2562 เพื่อรองรับ ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ จัดกระบวนการการดูแลตามแนวทางโดยการ Advance care planning , Family meeting ส่งผลให้เข้าถึงจัดการรบกวนและได้รับยา opioid บรรเทาอาการรบกวนและสามารถตอบสนองความต้องการของ ผู้ป่วยและญาติ

- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล : คือ

1. CA PPS \leq 30 ทุกราย
2. ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย Palliative Careที่ไม่สามารถควบคุมอาการไม่สุขสบายได้เช่นเหนื่อยมาก ปวดมาก ได้แก่ผู้ป่วย CA ทุกชนิดทุกระยะ ,โรครื้อรังระยะสุดท้าย ได้แก่ ไตวาย , โรคตับแข็ง, โรคถุงลมโป่งพอง, โรคสมองเสื่อม เพื่อได้รับการดูแล อย่างเหมาะสมตามตัวโรคโดยพิจารณาควบคู่กับ อายุรแพทย์
3. ผู้ป่วยรายใหม่ กลุ่ม CA ทุกระยะ /และโรครื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่เคยเข้ารับการปรึกษา นัดเข้า OPD อังคาร (บ่าย) ห้อง VIP หมายเลข 14 Clinic ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล Palliative Care ปี 2563 จำนวน 35 ราย
4. ปรึกษาเพื่อให้คำแนะนำกับผู้ป่วยและญาติ ในเรื่องการดูแลรักษาแบบประคับประคองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

- กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:

กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้ป่วยที่มีความปวดในนางผู้ป่วย อุบัติเหตุ-ฉุกเฉินผู้ป่วยหลังผ่าตัด สุนัขกรรม กายภาพ มีการ ประเมินในการปวดในระยะ Acute /Chronic /cancer โดยใช้ Numeric Rating Scale

iii. กระบวนการ**III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย****(1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:**

- ทีมดูแลผู้ป่วย สหวิชาชีพ มีพยาบาล อบรมการดูแลแบบประคับประคองใช้ Palliative Performance Scale (PPS) ประเมินผู้ป่วย คะแนน<30 จัดเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้การดูแลตามแนวทางประเมินความอาการรบกวนใช้ ESAS ,Pain score เพื่อจัดการกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละรายอย่างเหมาะสม
- ประสานข้อมูลกับครอบครัวผู้ป่วย ให้มีส่วนร่วมตัดสินใจวางแผนการดูแล โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง พัฒนาศักยภาพให้แก่ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบคลุมเครือข่ายบริการสุขภาพ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และเสริมพลังการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในปี2563 (ต.ค.62- มี.ค. 63 Palliative Clinic 35 ราย /IPD EOL 21 คน ได้ทำLiving will ทุกราย)
- ปรับระบบการปรึกษาในกลุ่มเป้าหมาย มีแบบ consult Palliative care มีการคัดกรองปัญหาเบื้องต้นโดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลประจำตึก ทำให้มีการเข้าถึงการดูแลและจัดการอาการรบกวนที่เร่งด่วน
- จัดระบบเยี่ยม-คืนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และสร้าง Network ยืมอุปกรณ์เช่นเครื่องผลิตO2,เครื่องดูดเสมหะเตียงนอน
- ทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านร่วมกับเครือข่าย ติดตามอาการผู้ป่วย เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เสริมพลังผู้ป่วยและผู้ดูแล

(2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- ในกลุ่มเป้าหมายได้ใช้การประเมินด้วย PPS พบว่าร้อยละ 65.5 ได้ใช้แบบประเมินPPS จึงได้มีการประชุมชี้แจงและวางแผนทางโดยจัดเตรียมเอกสารพร้อมใช้ ปรับระบบการปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว,วางแผนจำหน่ายดูแลต่อเนื่อง โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม
- จัดทำแนวทางสำหรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การจัดการเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต มีกรอบสร้างความตระหนักและมีความรู้ในเวทีประชุมของ Service plan ภายในโรงพยาบาลและเครือข่ายอบรมโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ผลการดูแล End of life ปี 2560 - 2563 (ต.ค.62-มี.ค.63) ดังนี้ 26 ราย, 23 ราย, 25 ราย , 21 ราย ประเมินความพึงพอใจเท่ากับร้อยละ 91.5 ,92.75 ,94.3 ,95.20 Palliative Clinic มีการประเมินการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล มีความรู้และศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่ากับ 97.14
- ทบทวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายพร้อมครอบครัวเพื่อตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ทำให้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี จากการดูแลได้พัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายขอเสียชีวิตที่บ้านที่ได้มีการสอนทักษะการดูแลประสานระบบเยี่ยมบ้านดูแลใกล้ชิด มีช่องทางติดต่อกับแพทย์ทำให้ครอบครัวมีความเชื่อมั่นนำสู่การมรณัติ 6 ราย บทเรียนนี้ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึง palliative care & pain management มีระบบการคัดกรองประเมิน ส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ
- ในโรงพยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยและญาติได้ดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาโดยจัดมุมสงบกันมาน หรืออนุญาตเข้าห้องพิเศษตามความเหมาะสม
- จัดทำ Living will ในขณะที่ผู้ป่วยยังรู้สึกตัวดี เพื่อประเมินความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย

ความต้องการด้านจิตวิญญาณ เช่น การเคารพในศาสนาและวัฒนธรรมของผู้ป่วย

-การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีระบบHHC

-พัฒนาบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายและสร้างรูปแบบการดูแล

(3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ)และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:

- ทีมดูแลให้ข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้ายด้วย ACP ผู้ป่วยและญาติร่วมกันวางแผนการดูแลตามปัญหาเช่นการปวด , อาการรบกวนจากการประเมิน ESAS รวมถึงการวางแผนการเสียชีวิตตามที่ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจ (Place of death) ทำ

ให้ลดการค้างคาใจในครอบครัว

- มีการประเมินและจัดทำ Family meeting สอบถามความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วย และสิ่งที่ผู้ป่วยยังติดค้างในใจเพื่อตอบสนองวาระสุดท้ายในกรณีที่ผู้ป่วยมีความประสงค์ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน มีการประสานข้อมูลกับ รพสต.ดูแลสิ่งแวดล้อมที่บ้าน สอนการทำแผล การดูแลอุปกรณ์ที่ติดตัวผู้ป่วย การใช้ออกซิเจน เพื่อตอบสนองความต้องการอย่างเหมาะสม
- ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติส่งเสริมให้อยู่ใกล้ชิดในวาระสุดท้าย เอื้อให้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อ ทางศาสนา เช่นการตักบาตร ถวายสังฆทาน เป็นต้น
- ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่ทราบการเจ็บป่วยของตนเอง ให้คำปรึกษาตามความจำเป็นในการรับรู้ข้อมูลการเจ็บป่วย เพื่อให้ใช้เวลาที่เหลืออยู่ปฏิบัติภารกิจ และจากไปอย่างสงบ
- ปี 2563 จัดทำแนวทางการดูแลหลัง Off tube และแผนการดูแลตามปัญหาแต่ละรายในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน

III-4.3 จ. การจัดการความปวด

(1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:

- ประเมินความเจ็บปวดด้วย Pain score โดยใช้ Numeric Rating Scaleเป็นเครื่องมือวัดความรุนแรงของความปวด ใน OPD คะแนน >7 ให้ยาที่ OPD 10 คะแนน ส่งต่อแผนกฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจก ประเมินปวด 4-7 ให้ PARA 500 mg ประเมินซ้ำ กรณี > 7 คะแนนภาวะความดันมากกว่า 180/100 รายงานแพทย์ Tramal 50 mg ดูแล REST ประเมินซ้ำ
- โรงพยาบาล อนุญาตให้ญาติมารับยาแทนได้ในผู้ป่วยระยะท้ายรับ Morphine แทนได้กรณีที่ขอลกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยนำแบบบันทึกการใชยามาด้วยทุกครั้งเพื่อปรับยาครั้งต่อไป
- มีการติดตามอาการเป็นระยะ และให้คำปรึกษาทาง Line และทางโทรศัพท์

(2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:

- ผู้ป่วยหลังผ่าตัด ,หลังทำการหัตถการต่างๆมีความปวดเกิดขึ้น แจ้งข้อมูลเรื่องอาการปวด การประเมินความรุนแรงของอาการปวด และวิธีจัดการความปวดแก่ผู้ป่วยและญาติพร้อมแผนการดูแลรักษา
- การใชยาแก้ปวดมีหลายวิธีเช่น ยาฉีด ยากิน ,การบรรเทาปวดแบบไม่ใชยาเช่นการนวด การประคบ การเบี่ยงเบนความสนใจ ฟังเพลง ทำสมาธิ
- ประเมินอาการปวดหลังให้ยาและการพยาบาลทุกครั้ง
- ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในขณะอยู่โรงพยาบาล/ที่บ้าน ช่วงปรับขนาดยาแก้ปวด Morphine ปรับวิธีให้ญาติและผู้ป่วยร่วมบริหารยา ลงบันทึกข้อมูลประเมินความปวดก่อน-หลัง เวลา ขนาดยา ทีมดูแลตรวจสอบเป็นการกำกัยาส่งผลให้ทีมปรับยาได้ตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย (ห่วงใยใส่ใจลดปวด) พบว่าสามารถทำให้เข้าถึงยาแก้ปวดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

(3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:

- ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลเหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยตามแนวทางการจัดการอาการปวด จัดทำแบบบันทึกการใชยาแก้ปวดมอร์ฟีนและแนะนำ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียง กรณีผู้ป่วยได้รับยาปรับประเทานเพื่อระงับปวด Morphineกลับบ้าน มีการแนะนำการใชยา การลงบันทึก และอาการข้างเคียงจากเภสัชกรทุกราย มีการติดตามการใชยาและอาการของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ติดต่อกับญาติเป็นระยะทั้งระบบนัดหมาย และสอบถามทางโทรศัพท์ มีระบบการปรึกษาในรายระยะท้ายพบว่าใชยาถูกต้อง สามารถควบคุมปวดได้

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ระบบการดูแลผู้ป่วยระดับประคองระยะท้าย โดยเฉพาะในกลุ่ม CA PPS < ร้อยละ30
- แนวทางการปรึกษาผู้ป่วยวินิจฉัยระยะท้ายบุคลากรมีความตระหนักและมีระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

- มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติที่ชัดเจนสามารถลดความทุกข์ทรมานสู่ Good dead ในขณะนอนโรงพยาบาล และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- คลินิก Palliative care ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการ และการจัดการรบกวนผู้ป่วยได้รับดูแลแบบองค์รวม
- ลดความซับซ้อนการจัดเก็บข้อมูล มีการจัดทำ Google form แบบเก็บข้อมูลผู้ป่วย Palliative Care และ แบบฟอร์มบันทึกการเยี่ยมบ้าน ในเครือข่าย
- การประเมินปวดครอบคลุมทุกบริการถือเป็น Vital sign ตัวที่ 5

v. แผนการพัฒนา

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยช่วง Last hour

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	4.0	L,I	-พัฒนาแนวทางการครอบคลุมในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช่มะเร็งระยะท้าย (Non CA) การประสานงานเครือข่าย ส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ -กลุ่มเป้าหมายการดูแลระยะสุดท้าย -เชื่อมโยงข้อมูลให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย -จัดตั้งศูนย์เครื่องมือเพื่อให้ผู้ป่วยยิ้มให้เพียงพอ
75. การจัดการความปวด	4.0	L,I	-ทบทวนแนวทางการบำบัดอาการปวดโดยพัฒนาให้เหมาะสมกับการบริการ จัดทำแนวทางการดูแลในโรงพยาบาล และสถานบริการในเครือข่าย

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
-ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูที่มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ติดบ้านติดเตียงติดสังคม)	75%	76%	78%	76%	81%	79%
-ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องในชุมชน	80%	98 %	97%	97%	94%	94%
-ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่สามารถทำ Breathing exercise ตามแนวทางกายภาพบำบัดได้ถูกต้อง	80%	98 %	97 %	98 %	98 %	100 %
-ร้อยละของผู้ป่วย COPD ที่ผ่านการทดสอบ ด้วย 6 MNWT มีระดับคะแนน CAT ดีขึ้น อย่างน้อย 1 ระดับ	80	100%	100%	NA	NA	NA

ii. บริบท

ให้บริการตรวจประเมิน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางด้านกายภาพบำบัด รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการและผู้สูงอายุในชุมชน อบรม/ให้บริการวิชาการแก่ผู้ป่วย/ผู้ที่เกี่ยวข้องในและนอกสถานบริการ และขยายงานกายภาพบำบัดสู่ชุมชน

- ให้บริการกายภาพบำบัดแก่ประชาชนทั่วไปในเวลาราชการ ทั้ง OPD และ IPD
- ให้บริการกายภาพบำบัดแก่ประชาชนทั่วไปนอกเวลาราชการ (OPD) เสาร์ เวลา 08.30 – 16.30 น.
- ให้บริการคลินิกพิเศษ Asthma, COPD, DM, CKD
- ให้บริการในชุมชนสัปดาห์ละ 2 วัน

ปริมาณงานย้อนหลัง 3 ปี

กลุ่มโรค	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63	จำนวน ผู้ป่วย	ข้อจำกัด
ระบบโครงร่าง และกล้ามเนื้อ (Musculoskeletal Conditions)	775/ 5,495	881/ 5,366	784/ 5,241	513/ 2,278	26 ราย	ปริมาณผู้ป่วย มากขึ้น
ระบบประสาทวิทยา (Neurological Condition)	112/324	105/238	184/331	106/248	5 ราย	ผู้ป่วยขาดความ ต่อเนื่องในการ บริการจากปัญหา การเดินทาง
ระบบทรวงอกและทางเดินหายใจ (Cordiopulmonary Condition)	19/195	16/164	26/118	17/195	3 ราย	
ระบบอื่นๆ (Miscellaneous Condition)			1	1	1 ราย	เช่น ผู้ป่วย HIV หรือ TB

ปริมาณงานย้อนหลัง 3 ปี

กลุ่มโรค	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63	จำนวน ผู้ป่วย	ข้อจำกัด
กายภาพบำบัดในชุมชน	197/207	168/259	148/211	99/122	4 ราย	วันอังคารผู้ป่วย Stroke วันพฤหัสบดี ผู้สูงอายุหรือกลุ่ม Subacute ที่ต้องได้รับการ ฟื้นฟู
คลินิกพิเศษต่างๆ (เบาหวาน)	1950**	2160**	2424**	1954	90 ราย	วันอังคารและวัน พฤหัสบดี (เดือนมีนาคม - พฤษภาคม)
คลินิก COPD	216/725	252/686	286/568	122/211	35ราย/ ครั้ง	คลินิกพิเศษ 1 ครั้ง /สัปดาห์ (วันพุธเว้นพุธที่ 2 ของเดือน)

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

- กลุ่มผู้ป่วย Stroke ในชุมชน กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้ป่วย COPD กลุ่มผู้ป่วยระบบประสาทวิทยา (Neurological Condition) กลุ่มผู้ป่วยระบบทรวงอกและทางเดินหายใจ (Cardiopulmonary Condition)

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ
Stroke	ระบบการประเมินรอยโรคที่มีประสิทธิภาพของนักกายภาพบำบัดและสามารถฟื้นฟูได้ถูกต้องตรงตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
DM	ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องความสำคัญของการออกกำลังกายในผู้ป่วยนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการรักษาและการฟื้นฟูต่อไป
COPD	การตระหนักถึงความสำคัญในการบริหารปอดที่ถูกต้องของผู้ป่วยและในการรักษาและการฟื้นฟูของผู้ป่วย

(1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

- ผู้ป่วยเบาหวาน นักกายภาพบำบัดมีการให้ความรู้ทางกายภาพบำบัดในเรื่องการออกกำลังกายอย่างถูกต้องเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วย COPD เน้นการประเมินและทดสอบสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยที่มีปัญหาในระบบหายใจ ผู้รับผลงาน เป็นกลุ่มผู้ป่วยในคลินิก COPD โดยเน้นการดูแลด้านประสิทธิภาพการทำงานของปอดเป็นการให้ความรู้ร่วม ถึงการสอนบริหารปอดด้วยการออกกำลังกาย Breathing Exercise และใช้แบบ ทดสอบ 6 MNWT ในการทดสอบ

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

- นักกายภาพบำบัด ประสานงานกันในหลาย ๆ สาขาวิชาชีพ ทั้งสนับสนุนเครือข่ายบุคลากรที่ร่วมถึงงาน ด้านชุมชนต่าง ๆ โดยมีการติดตามให้การรักษาฟื้นฟูในกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ส่งกลับมารักษาจาก โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป รวมทั้งในตึกผู้ป่วยใน โดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80 และการรักษาฟื้นฟูในกลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ป่วย

Subacute ที่ต้องได้รับการฟื้นฟูติดตามโดยกำหนดเป้าหมายไว้ที่ร้อยละ 80

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กวาระเบียบ ข้อบังคับ:

- วิชาชีพกายภาพบำบัด มุ่งเน้นการป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายส่งเสริม เพื่อให้ผู้มารับบริการ สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุด ดังนี้ตามมาตรฐานวิชาชีพ “ วิชาชีพ กายภาพบำบัดคือวิชาชีพ ที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับ การตรวจ ประเมินการวินิจฉัยและการบำบัดความ บกพร่องของร่างกายซึ่งเกิด เนื่องจาก ภาวะของโรค หรือการเคลื่อนไหวที่ไม่ปกติการป้องกันการแก้ไข และการฟื้นฟูความเสื่อมสภาพความพิการของร่างกาย รวมทั้ง การส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และจิตใจ ด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดหรือเครื่องมือ หรืออุปกรณ์รัฐมนตรีประกาศ โดยคำแนะนำของคณะกรรมการ ให้เป็นเครื่องมือหรืออุปกรณ์กายภาพบำบัด ” (พ.ร.บ.วิชาชีพกายภาพบำบัด พ.ศ. 2547)

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ความภาคภูมิใจ	ประเภทผลงาน	ประเด็นที่ตอบสนองจุดเน้น
1. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	การดูแลผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมมากขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้มากขึ้น 2. ผู้ป่วยและญาติรู้สึกดีที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง นักกายภาพบำบัดมีความสุขที่เห็นผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในระดับที่น่าพอใจ
2. การประเมินและทดสอบ สมรรถภาพปอดในกลุ่มคลินิกCOPD	การทดสอบ 6 Minutes-Walk	1.ผู้ป่วย COPD ทราบถึงสมรรถภาพ การทำงานของปอดที่เป็นปัญหาในชีวิตประจำวันของตนเอง ส่งผลให้ความตระหนัก ในสุขภาพของตนเองมากขึ้น 2. ผู้ป่วย COPD มีประสิทธิภาพการหายใจดีขึ้น โดยดูจากค่า CATที่ได้ จากการประเมิน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
76. การฟื้นฟูสุขภาพ -ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการ ฟื้นฟูตามแนวทางที่กำหนด -ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ได้รับดูแลตามแนวทางกายภาพบำบัด	3.5	L,I	-ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับเครือข่ายรพสตเพื่อส่งเสริมให้มีการมีการดูแล ต่อเนื่องในแต่ละพื้นที่ -พัฒนาการประสานข้อมูลจากโปรแกรม Smart COC ในเครือข่าย PCU ที่เกี่ยวข้อง -นำผลการดำเนินงาน มาวิเคราะห์สรุปผลเพื่อ ดำเนินการแก้ไขตามปัญหา

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

III-4.3 ข. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
1. อัตราผู้ป่วยมี Rate decline of eGFR < 5ml/min/1.73m ² /year	66%	69.4%	57%	68.8%	63.9%	57.3
2. ผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ BP < 140/90 mmHg	>80%	73.7%	70.8%	75.5%	82%	81.3
3. อัตราผู้ป่วย มีค่า Serum potassium < 5.5 mEq/L	>80%	99.9%	99.9%	98.9%	99.2%	98.4
4. อัตราผู้ป่วยมีค่า Serum bicarbonate > 22 mEq/L	>80%	50%	50%	77.8%	82.8%	73.2
5. อัตราผู้ป่วยผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะที่ 4 ขึ้นไป ได้รับความรู้และคำปรึกษาเรื่องการบำบัดทดแทนไต	>60%	100%	100%	100%	100%	100%
6. อัตราผู้ป่วยที่มี Stage คงที่และดีขึ้น	-	NA	80.1%	83%	86.8%	93.4%

ii. บริบท

: โรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นสาเหตุหลักมาจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากข้อมูลในปี 2560-2563 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจำนวน 1,586 1,625 1,813 และ 1817 ราย ตามลำดับ ในปี 2563 มีผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 1-4 จำนวน 187 622 825 137 และระยะที่ 5 จำนวน 46 ราย ระยะที่ 3-5 เข้ารับบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม จำนวน 761 ราย แบ่งเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3 จำนวน 574 ราย ระยะที่ 4 จำนวน 141 ราย และระยะที่ 5 จำนวน 46 ราย โดยให้บริการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์และในคลินิกเบาหวานวันพฤหัสบดี

iii. กระบวนการ

(1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:

มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

- กำหนดแนวทางการประเมินและการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังตามระยะของไตเสื่อม
- ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 และ 5 (No RRT) ส่งให้คำปรึกษาทางเลือกบำบัดทดแทนไตทุกราย

- ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลในผู้ป่วยที่มีอัตราการกรองของไตลดลง การควบคุมระดับน้ำตาล ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

- จัดกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยทีมสหวิชาชีพ หมุนเวียนในแต่ละเดือน

- จัดตั้งเครือข่ายเยี่ยมบ้าน “ ทีมรักชีวิต ”

- ประสานส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในด้านต่างๆ เช่น การเตรียมตัวในการทำ CAPD การรักษาสภาพแวดล้อม

- ติดตามผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ภาวะผิดปกติของสมดุลน้ำและเกลือแร่ ภาวะซีด ภาวะของเสียคั่งในร่างกาย

- ส่งต่อให้ทีม palliative care กรณีผู้ป่วย End Stage Kidney Disease (ESDR) ที่เลือกไม่รับการบำบัดทดแทนไต

- ปรับยาที่จำเป็นตาม eGFR และลดการใช้ยาที่เป็น nephrotoxic โดยเฉพาะ NSAIDs, สมุนไพร

- ประเมินผลการให้ความรู้ และคำปรึกษาแนะนำที่เหมาะสม เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

- ติดตามประเมินผล ตัวชี้วัด พร้อมทั้งสรุปผลการดำเนินงาน ปัญหา และอุปสรรคของโครงการ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

(2) การปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:

- โรงพยาบาลไม่เปิดบริการ เนื่องจากเกินขีดความสามารถในการดูแล

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การประเมิน CKD Clinic คุณภาพ ปี2561 ในระดับโรงพยาบาลขนาด F1 ได้คะแนน 63.62 เป็นอันดับ 1 ของจังหวัดนครสวรรค์

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	4.5	D=ใช้คลองขลุโมเดลเป็นแนวทางในการให้บริการในแผนกผู้ป่วยนอก A=การนำไปปฏิบัติ L=การประเมินการเรียนรู้ I=การปรับปรุง	1.ฟื้นฟูวิชาการเรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังแก่แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต 2.พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังให้ครอบคลุมทั้ง ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. 3.พัฒนาระบบเยี่ยมบ้านโดยบูรณาการทีมรักษไตร่วมกับทีมหมอครอบครัว 4.อบรมอสม.เชี่ยวชาญให้ครบทุกหมู่บ้าน 5.ประสานและคืนข้อมูลให้กับชุมชน พร้อมทั้งหาแนวทางการดำเนินงานการป้องกันและชะลอไตเสื่อม

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.

Date: 14/01/2563

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
อัตราการ Re-admit ผู้ป่วย DM	<4	4.04	4.23	6.84	2.53	5.26
อัตราการ Re-admit ผู้ป่วย COPD	≤10	13.93	10.9	16.48	12.24	21.43
อัตราการ Re-admit ผู้ป่วย CKD	≤10	15.58	11.58	22.77	22.73	16.00
อัตราการ Re-admit ผู้ป่วย CHF	≤15	18.08	17.62	10.65	19.40	5.36
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7	>40	29.40	32.23	32.18	38.22	38.46
6.อัตราผู้ป่วย CKD ที่มี Stage คงที่และดีขึ้น	-	NA	80.1%	83%	86.8%	93.4%
อัตราผู้ป่วย admit ด้วย COPD มี Acute Exacerbation	≤30	33.86	18.10	15.38	32.17	24.85
อัตราความสำเร็จของการรักษาโรคปอดรายใหม่	≥85	NA	82.61	85.18	85.71	84.62
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการสอนและทำกายภาพบำบัด	≥80	53.01	67.37	85.47	85.71	93.33
อัตราความพึงพอใจของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว	≥80	90.10	91.50	92.75	94.30	95.20
ii. บริบท						
ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ: DM , HT, CKD , CA ,COPD, TB ,HIV						
ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง: กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง , กลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น , Palliative care, Intermediate care ,หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด,กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช						
iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง					
ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น DM HT CKD COPD CA	- มีคลินิกโรคเรื้อรังโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร กายภาพบำบัด เป็นต้น ให้ความรู้และกิจกรรมในการเสริมพลัง ในเรื่องการฉีดยาอินซูลิน การพ่นยา การประกอบอาหาร การทำกายภาพบำบัด					
ผู้ป่วยติดเชื้อ เช่น TB , HIV	-มีการจัดตั้งคลินิกศูนย์รวมใจเฉพาะสำหรับผู้ป่วย HIV มีกิจกรรมกลุ่มจากสมาชิก เป็น Row Model -มีคลินิกวัณโรค ให้สุขศึกษารายบุคคลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล					
กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช	-มีคลินิกจิตเวชให้บริการทุกวันพฤหัสบดีและมีแพทย์เวชศาสตร์ป้องกันสุขภาพจิตชุมชน					
กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง	-ประเมินศักยภาพผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล -ให้คำแนะนำ การเตรียมพร้อมด้านสถานที่ ทรัพยากรต่างๆในการดูแล -ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -การฝึกทักษะในการดูแลให้กับผู้ดูแล					

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง
กลุ่มผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการได้ยินและการมองเห็น	-ประเมินศักยภาพผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน -ให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมกับผู้ดูแล -ประสานงาน ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน
-ผู้ป่วยที่ต้องการฟื้นฟูสภาพ เช่น IMC	-Admit ผู้ป่วยอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยมี แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร เกษัชกร แพทย์แผนไทยและพยาบาลจิตเวชร่วมกันดูแล
กลุ่ม Palliative Care	-จัดตั้ง palliative care clinic -มีทีม Palliative Care โดยมีแพทย์ Family medicine -ให้การดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง /โรคอื่นที่ต้องการได้รับการดูแลแบบ palliative care
หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด	-มีโรงเรียนพ่อแม่ และมหัศจรรย์ 1000 วัน ,การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:

กำหนดการประเมินและวางแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยในจะเริ่มตั้งแต่เมื่อผู้ป่วย Admit ขณะนอนรักษาในโรงพยาบาล และจำหน่าย

- ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีการ admit ด้วยภาวะ Hypoglycemic coma ได้มีการประเมินและค้นหาสาเหตุเช่น หากพบว่าเกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อยกว่าปกติอาจเกิดจากการเจ็บป่วยจะทบทวนความรู้ถึงการสังเกตอาการน้ำตาลสูง/ต่ำ และการแก้ไขปัญหานั้น หากเกิดจากรับประทานยาหรือฉีดยาอินซูลินไม่ถูกต้องจะปรึกษาเภสัชกรให้ความรู้และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันซึ่งมักพบเป็นผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็น หากปัญหาเกิดจากการไม่ควบคุมอาหารมีการพบโภชนากรเพื่อให้ความรู้ในการรับประทานอาหารเหมาะสมกับโรค นอกจากนี้ในคลินิกยังมีการวางแผนและกิจกรรมเรียนรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การติดตามผล HbA1C แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ control ส่งผู้ป่วยกลับ รพ.สต. และ uncontrol จะติดตามค้นหาบุคคลโดยมีสมุดคู่มือพิชิตเบาหวาน ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้ ทำให้อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C < 7 ร้อยละ 38.46 ในปี 2563 ถึงแม้ยังไม่ได้ตามเป้าหมายแต่มีแนวโน้มดีขึ้น

- หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด จากกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่และกิจกรรมมหัศจรรย์ 1000 วันทำให้สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์และวางแผนการเรียนรู้ร่วมกันของหญิงตั้งครรภ์กับทีม เช่น Low Birth Weigh พบว่าทารกน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2500 กรัมในปี 2562 = 4.02 ซึ่งไม่เกินเป้าหมาย

(2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

- ผู้ป่วย CKD ซึ่งการ Re-admit ที่ผ่านมาพบในระยะสุดท้ายและยังมีอัตราที่สูงเป็นอันดับต้นๆ มีการพัฒนาวางแผนการจำหน่ายให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารดเค็ม จำกัดน้ำดื่มตามแผนการรักษา ซึ่งน้ำหนักทุกวันหากมีเครื่องชั่งที่บ้าน อาการที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัด เช่น บวม ปัสสาวะน้อยลง หายใจเหนื่อย ผลพบว่าปี 2563 อัตราการ Re-admit ในผู้ป่วย CKD ร้อยละ 16 และจากการจัดกิจกรรมในคลินิกให้ความรู้เสริมพลัง ผู้ป่วยและครอบครัวค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้ระดับ eGFR มีค่าลดลง ในปี 2562 พบว่า CKD Stage Change คงที่และดีขึ้น 87%
- ผู้ป่วย COPD ยังมีอัตราการ Re-admit ที่สูงเช่นกัน ให้มีการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเพิ่มในเรื่อง ให้คำแนะนำเรื่องการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ทุกปี การเลิกสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ เข้ารับการรักษาต่อเนื่องไม่ขาดยา Oxygen Home Therapy ทีมกายภาพให้ความรู้และฝึกทักษะ Breathing Exercise ในปี 2563 ยังมีอัตราการ Readmit อยู่ที่ร้อยละ 21.43 ซึ่งยังคงต้องมาทบทวนและพัฒนาต่อไป

- กรณี HIV TB เน้นให้ความรู้ในเรื่องการรับประทายอย่างต่อเนื่อง
- (3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:
 - Palliative care .ใช้ระบบ Family Meeting Advance Care Plan และนำเครื่องมือ ESAS มาใช้ในการจัดการอาการรบกวน ทำให้อัตราความพึงพอใจของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัวในปี 2563 = 95.20 %
- (4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:
 - ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งมีการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์โดยประเมินจากคะแนนของ PPS มีการพูดคุยให้ข้อมูลถึงแผนการรักษา และความต้องการของกับผู้ป่วยและญาติ การตัดสินใจในเรื่องอาหารว่าจะให้อาหารทางสายยางหรือไม่ แผนการดูแลเรื่องการเจ็บปวดและการบริหารยา opioid หรือหากผู้ป่วยและญาติประสงค์นำผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้านในระยะสุดท้ายจะมีการวางแผนในเรื่องการเตรียมความพร้อมต่างๆ
 - กลุ่มผู้ป่วย Palliative care ที่ไม่ใช่โรคมะเร็ง ที่ต้องการความช่วยเหลือในเรื่องการจัดการอาการรบกวนเช่น เหนื่อยหรือไม่เข้าใจถึงแผนการรักษาในระยะสุดท้าย เช่นมีกรณีผู้ป่วยใส่ Endotracheal tube มี prolong intubation ไม่ต้องการทำ Tracheostomy และต้องการดูแลระยะสุดท้ายที่บ้านจึงมีการให้ข้อมูลถึงข้อดีข้อเสียและแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันผู้ป่วยกลับบ้านโดยที่มี Endotracheal tube ติดตัวกลับไปด้วย จึงมีการให้ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมและมีการติดตามอาการ ผู้ป่วยได้เสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบหลังจากกลับบ้าน 2 สัปดาห์ และในปี 2563 พบ 4 รายที่กลับไปเสียชีวิตที่บ้านอย่างมีความสุข
 - กลุ่มผู้ป่วย Intermediate Care มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลโดยผู้ป่วยต้องนอนในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 สัปดาห์ หากคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้น หรือ 2 สัปดาห์เมื่อคะแนน Barthel Index ไม่เพิ่มขึ้นจากเดิมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ให้ข้อมูลถึงอาการของโรคและแผนการรักษา พยาบาลให้ความรู้ในการดูแลทั่วไปตามอาการเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน นักกายภาพให้คำแนะนำตาม Home programe ด้านจิตใจมีการประเมินความเครียดและวางแผนการดูแลตามระดับคะแนน

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

- กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ส่วนใหญ่จะมีอุปกรณ์ติดตัวและมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นหลายอย่างเช่น UTI ,Pneumonia , Pressure sore เป็นต้น ที่ผ่านมามีผู้ป่วยดูแลเองไม่เหมาะสม จึงเสริมพลังและฝึกทักษะการดูแลต่างๆตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาลเช่น การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะ mouth care , การ care tracheostomy tube และการดูแลสายสวนปัสสาวะ perineum care การทำแผล การดูดเสมหะเป็นต้น นอกจากนี้ยังให้เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในเรื่องสถานที่ ที่นอน และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์การทำอาหารพร้อมเรียนรู้วิธีทำอาหารปั่นกับโภชนากร

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

- จากที่ผ่านมาการเรียนรู้และการเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การจัดการสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- Palliative care .ใช้ระบบ Family Meeting Advance Care Plan จาก End Of Life สู่ Good dead
- ศักยภาพการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3.5	L I	-พัฒนาการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายเฉพาะโรค พัฒนากระบวนการค้นหากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายให้ครอบคลุม

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2559	2560	2561	2562	ต.ค.62- มี.ค.63
อัตราที่ผู้ป่วยส่งเยี่ยมบ้าน ได้รับการ ติดตามเยี่ยม	100%	NA	87.20	82.74	24.06	35.26
อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานส่งเยี่ยมบ้าน ได้รับการ ติดตามเยี่ยม	100%	NA	66.42	65.56	35.77	52.78
อัตราผู้ป่วยstroke ได้รับการเยี่ยมบ้าน	100%	NA	97	97	94	94
อัตราผู้ป่วยเบาหวานมาตรวจตามนัด	100%	NA	NA	87.58	86.83	87.47
อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	≤4%	3.79	4.62	4.10	4.22	3.37
อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อ	0	NA	0	0	0	0.13
อัตราการขาดยาฉีดยาโรคมามากกว่า 2 เดือน	0	0	0	0	0	0
อัตราของผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่ขาดการติดตามรักษา	≤10	0	0	1.28	0	0
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบ Palliative care	>80	100	90.5	92.7	95.8	100

ii. บริบท

ระดับการให้บริการ: ระดับทุติยภูมิ (F1)

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิจึงมีทั้งการรับผู้ป่วย และการส่งต่อผู้ป่วย โดยมีสถานพยาบาลภายในเครือข่ายคือโรงพยาบาลศูนย์สวรรค์ประชารักษ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ รพ.สต. ภายในเครือข่าย 15 แห่ง และคลินิกกอบอัน 1 แห่ง

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:

- กลุ่มโรคสำคัญที่ต้องส่งโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่า
Stroke, STEMI, Sepsis, SHI, ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจบางราย หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ GDM, PIH ,ทารกแรกเกิด โดยเฉพาะ Preterm
- กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังที่ดูแลต่อเนื่อง DM HT TB CKD COPD CHF AIDS
- Palliative care : โรคมะเร็ง
- โรคอื่น ๆ ผู้ป่วยที่ Re-admit บ่อย , ผู้ป่วยที่มีปัญหาในเรื่องการใช้จ่ายและการปฏิบัติตัว , Bed Ridden

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง
STEMI	<ul style="list-style-type: none"> -มีระบบการ consult อายุรแพทย์ / โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ -มีการให้ SK และ monitor อย่างใกล้ชิด -มีระบบการส่งต่อโดยรถพยาบาลพร้อมพยาบาล 2 คน -มีการสื่อสารระหว่างพยาบาลนำส่งและโรงพยาบาลปลายทางขณะส่งต่อทางโทรศัพท์ที่เป็น smart phone -มีระบบ Refer ที่มีประสิทธิภาพ (ประสานงานโดยโปรแกรม 3- Refer ในระบบ Fast track และโทรศัพท์กับศูนย์ Refer , แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะนำส่ง , รายงานอาการผู้ป่วยให้รับทราบเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง)
Stroke	<ul style="list-style-type: none"> -ระบบการส่งต่อโดยรถพยาบาลพร้อมพยาบาล (2 คน หากใส่ท่อช่วยหายใจ) กรณี Fast track ส่งต่อภายใน 30 นาที -มีระบบ Refer ที่มีประสิทธิภาพ (ประสานงานโดยโปรแกรม 3- Refer ในระบบ Fast track และโทรศัพท์กับศูนย์ Refer , แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะนำส่ง , รายงานอาการผู้ป่วยให้รับทราบเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง) -กรณีผู้ป่วย Stroke ที่ทำ CT เมื่อแพทย์เวรอ่านผลแล้วให้ผู้ป่วยกลับมารักษาต่อโรงพยาบาลชุมชนด้วยรถพยาบาล -มีการติดตามผล CT จาก Official Report อีกครั้งในวันรุ่งขึ้นโดยทาง E-mail
Sepsis	<ul style="list-style-type: none"> -มี protocol Sepsis Hour 1 bundle -มีการติดตาม hemodynamic monitoring โดยใช้ sos score -มีแบบบันทึกของผู้ป่วย Sepsis เป็นข้อมูลสำคัญและใช้ร่วมกันในเขตสุขภาพที่ 3 -มีระบบ Refer ที่มีประสิทธิภาพ (ประสานงานโดยโปรแกรม 3- Refer ในระบบ Fast track และโทรศัพท์กับศูนย์ Refer , แบบบันทึกอาการผู้ป่วยขณะนำส่ง , รายงานอาการผู้ป่วยให้รับทราบเมื่อถึงโรงพยาบาลปลายทาง)
Cancer	<ul style="list-style-type: none"> ประเมิน PPS ทุกรายที่นอนในโรงพยาบาล -ประสานทีม Palliative care ทุกรายเมื่อมี PPS \leq 30 คะแนน หรือ มากกว่า 30 คะแนนแต่มีปัญหาต่างๆ ที่ต้องการแก้ไข -ค้นหาและจัดการอาการรบกวนต่างๆ เช่น Pain, อาการเหนื่อย -เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย -ให้บริการเยี่ยมอุปกรณ์สำคัญกลับบ้านเช่น เครื่องผลิตออกซิเจน,ที่นอนลม -ส่ง Home Health Care ทุกราย
กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง	<ul style="list-style-type: none"> มีการประเมิน Barden scale -ค้นหาภาวะแทรกซ้อนจากการนอนติดเตียงอื่น ๆ เช่น UTI, Pneumonia, Pressure Sore -ให้คำแนะนำพร้อมฝึกทักษะในกรณีมีอุปกรณ์ติดตัว เช่น NG tube ,Foley cath , Tracheostomy tube เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ -ประเมินปัญหาผู้ป่วยก่อนจำหน่ายและแก้ไขตามปัญหานั้น เช่น การดูแลแผลกดทับ ,การใช้ออกซิเจน, การใช้เครื่องดูดเสมหะ -ประสานงาน รพ.สต. พร้อมส่ง HHC

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง
กลุ่มโรคเรื้อรัง DM HT CKD COPD	-มีคลินิกโรคเรื้อรังในวันจันทร์ อังคาร พุธ และพฤหัสบดี แยกตามโรค -มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล (case manager) เภสัชกร โภชนากร และกายภาพ -ค้นหาปัญหาและให้คำแนะนำตามปัญหาของแต่ละราย -มีระบบนัดหมายและการติดตามผู้ป่วยหากพบว่าขาดนัด -มีระบบการส่งกลับของผู้ป่วยไป รพ.สต. เพื่อรับยาต่อเนื่องโดยสื่อสารการรักษาผ่านสมุดโรคประจำตัว -มีระบบการส่งตรวจ LAB ประจำปีจาก รพ.สต. -มีระบบ consult โดยมีแพทย์รับ consult ประจำ รพ.สต.
Tuberculosis	-มีคลินิกแยกผู้ป่วยออกจากกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปเดือนละ 1 ครั้ง -มีทีมสหสาขาวิชาชีพประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ -มีการติดตามการรับประทานยาโดยระบบ DOT -กรณีนอนในโรงพยาบาลมีห้องแยกโรค Negative pressure 2 ห้องและประสานงานกับงานสุขาภิบาลทุกรายเมื่อ admit และ Discharge -มีระบบนัดหมายและการติดตามในชุมชนโดยผ่าน รพ.สต. -มีระบบประสานงานเพื่อส่งต่อหากพบผู้ป่วยมีการดื้อยา

(1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

- กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและส่ง Home Health Care คือ
 - กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงและมีอุปกรณ์ติดตัว เนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดและอาจเกิดขึ้นหลายอย่างเช่น UTI ,Pneumonia , Pressure sore เป็นต้น ที่ผ่านมามีพบว่าผู้ดูแลอาจดูแลไม่เหมาะสม ไม่ต่อเนื่องและบางรายขาดอุปกรณ์ในการดูแลจึงมีการพัฒนาการวางแผนการจำหน่ายในโรงพยาบาลโดยประเมินศักยภาพของผู้ดูแล ฝึกทักษะการดูแลต่างๆ ตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาลเช่น การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง การทำความสะอาดร่างกายโดยเฉพาะ mouth care และ perineum care การทำแผล เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านในเรื่องสถานที่ ที่นอน และอุปกรณ์อื่นๆที่จำเป็น เช่น ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ เครื่องปั่นอาหารพร้อมเรียนรู้วิธีทำอาหารปั่นกับโภชนากร และในบางรายที่ผู้ดูแลยังขาดความพร้อมจะโทรศัพท์ประสานงานกับ รพ.สต. ก่อนที่ไปนำส่ง HHC จะไปถึง
 - กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง เนื่องจากเป็นการดูแลแบบ palliative care ที่ผ่านมายังมีการจัดการ pain ด้วยการให้ยาไม่เหมาะสมและไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโดยมีแพทย์เฉพาะทาง Family medicine เป็นผู้ดูแลและวางระบบต่างๆ การจัดการอาการรบกวนเรื่อง PAIN มีการนำ opioid มาใช้ในแผนการรักษาของแพทย์และเภสัชกร จัดหายาเพื่อรองรับการนำยากลับไปใช้ที่บ้าน , หากมีอาการเหนื่อยจำเป็นต้องมีการจัดหาออกซิเจนและฝึกการใช้งาน พร้อมแนะนำแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ดูแล หรือหากผู้ป่วยมีความประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้านจะมีการนำส่งโดยรถโรงพยาบาลพร้อมพยาบาล 1 คน พร้อมประสาน รพ.สต.ทันทีเพื่อให้ได้รับการดูแลต่อจนกว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิตหรือผู้ป่วยนอกเขต เช่น ผู้ป่วย CA Nasal cavity with bone metas เป็นสิทธิโรงพยาบาลหนองบัว แพทย์ได้มีการปรับยา Morphine IV เป็นการรับประทาน และดูแลในคลินิก palliative care 1 ครั้งหลังจากนั้นประสานกับโรงพยาบาลหนองบัวเพื่อรักษาตามสิทธิ
 - กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่น เบาหวาน มีการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องหลายประการ เช่น การขาดยา การให้ยาไม่ถูกต้องทั้งยากินและยาฉีด ขาดการควบคุมอาหารที่ ฯลฯ จึงต้องค้นหาปัญหา เช่นผู้ป่วยรายใหม่เกิดจากการพยายามคุมอาหารโดยการรับประทานฝรั่ง กับพริกเกลือจนค่า HbA1C 16 ได้พบ Nurse case manager เข้าถึงการรักษา ประสานทีมสหสาขา

วิชาชีพ ให้ความรู้เพิ่มเติมในส่วนตัว การใช้ยาโดยเภสัชกร การควบคุมอาหารโดยโภชนากรและส่ง HHC หลังจากนั้นมีการติดตามต่อเนื่องและผู้ป่วยมีความตระหนัก จนค่า HbA1C เหลือ 5.5

- กลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการส่งต่อเป็นกรณีพิเศษ

- กลุ่ม Fast Track คือ Stroke , STEMI , Sepsis เนื่องจากเป็นกลุ่มโรคที่ต้องการการเข้าถึง การประเมินเพื่อวินิจฉัย การรักษาเบื้องต้นและส่งต่ออย่างรวดเร็วโดยผ่าน Protocol แต่ละสาขาผ่านการ Consult แพทย์โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ในการรับผู้ป่วย มีการประสานงานผ่านทางโปรแกรม 3 – Refer ,ประสานงานกับศูนย์ Refer ผ่านทางโทรศัพท์

- กลุ่มมารดาคลอด เช่นเคสมารดาอายุครรภ์ 27 สัปดาห์ Cexvix เปิด 8 ซม. มีการส่งต่อโดยประสานงานกับสูติกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์มีพยาบาลไปด้วย 2 คนพร้อมชุดอุปกรณ์ทำคลอดเมื่อถึงปลายทางมีการส่งผู้ป่วยถึงห้องคลอดเพื่อความปลอดภัยของมารดาและเด็ก และที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีเหตุการณ์การทำคลอดบนรถ Refer พร้อมส่งผู้ป่วยถึงที่หมายอย่างปลอดภัย และกรณีมารดาอายุครรภ์ครบกำหนดแต่ไม่สามารถเบ่งคลอดได้แพทย์ส่งต่อวินิจฉัยเป็นสงสัยช่องเชิงกรานแคบ โดยใช้พยาบาล 2 คน พร้อมชุดอุปกรณ์ทำคลอดและชุดกู้ชีพเด็ก ระหว่าง refer ได้มีการคลอดบนรถใกล้ถึงโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์พยาบาลช่วยทำคลอดบนรถและตัด Cord ที่ห้องฉุกเฉินพร้อมส่งขึ้นห้องคลอดของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์อย่างปลอดภัย

- กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าโดยผ่านการพิจารณาจากแพทย์ด้านจิตเวชชุมชน ของโรงพยาบาล มีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ เนื่องจากเป็นผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อาจจำเป็นต้องมีการมัดผู้ป่วย จึงมีการพัฒนาระบบโดยใช้พยาบาลพร้อมกับเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยอีก 1 คนอาจเป็นพนักงานเปลหรือยาม ไปพร้อมกับผู้ป่วยและญาติ

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

- การดูแลขณะส่งต่อผู้ป่วย โดยการดูแลบนรถมีการ วัด Vital sign ,Monitor EKG ,O₂ Sat ,Neuro sign , Suction , ให้สารน้ำและยาตามแผนการรักษา ฯลฯ ลงบันทึกในแบบฟอร์มการบันทึกที่ระหว่างส่งต่อพร้อมกับรายงานอาการที่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลปลายทาง นอกจากการดูแลผู้ป่วยแล้วยังมีการให้ข้อมูลกับญาติเรื่องแผนการรักษาเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลและมีข้อมูลประกอบกตัดสินใจในแผนการรักษานั้น

● บุคลากรที่ใช้ในการส่งต่อประกอบด้วยพนักงานขับรถ และพยาบาล ซึ่งมีการจัดเวรรับผิดชอบทุกวันตลอด 24 ชั่วโมง เนื่องจากมีเหตุการณ์ที่ต้องใช้พยาบาลมากกว่า 1 คน และไม่สามารถจัดหาพยาบาลได้จึงมีการพัฒนาโดยจัดเวรเพิ่มเป็น 2 คน แล้วแต่กรณีเช่น On Endotracheal tube ,STEMI ,มารดาคลอด ใช้พยาบาล 2 คน

- ในเรื่องการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลกับบนรถ refer จะใช้ทางโทรศัพท์ ทางไลน์ จึงมีข้อกำหนดให้พยาบาล Refer จะต้อง มี smart phone และทางวิทยุประจำรถ Refer

อัตราการเสียชีวิตขณะส่งต่อในปี 2563 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

- ยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อเป็นรถพยาบาลที่มีอุปกรณ์ช่วยเหลือพร้อม เช่น ถังและอุปกรณ์ออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์การปฐมพยาบาล เครื่องช่วยหายใจเคลื่อนที่ และสิ่งที่ต้องนำอุปกรณ์เพิ่มเติมคือ สาย circuit เครื่อง monitor EKG BP O₂ Sat , ชุดกระเป๋าอุปกรณ์ช่วยชีวิต มีการตรวจสอบความพร้อมรถทุกวันตอนเช้า

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

ระบบนัดหมาย

- กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป ระยะเวลาในการนัดแล้วแต่โรคและอาการเช่น DHF อาจนัดเจาะเลือดทุกวัน หรือผู้ป่วยที่ถ่ายภาพจอประสาทตาและพบปัญหาต้องพบจักษุแพทย์ เดิมให้ผู้ป่วยเข้ามาพบแพทย์เองไม่ได้ผ่านการนัดหมายทำให้ไม่ได้พบแพทย์ในบางครั้งจึงพัฒนาโดยให้เวชปฏิบัติทางตาตรวจสอบข้อมูลและทำการนัดหมายผ่านคลินิกโรค

เรื่องร้องเป็นการลดการเข้าซื้อของผู้ป่วยที่ตรวจตาและได้พบจักษุแพทย์โดยตรง

- กลุ่มผู้ป่วยนอกโรคเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในคลินิกพิเศษและเป็นโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่องถ้าอาการอยู่ในเกณฑ์อาจมีการนัด 2-3 เดือน หากไม่อยู่ในเกณฑ์จะมีการนัดถี่ขึ้น ที่ผ่านมามีการขาดนัดหรือผิดนัดจึงมีการปรับปรุงกระบวนการโดยตรวจสอบเบอร์โทรศัพท์เพื่อ อัปเดตทุกครั้งที่มาตรวจ รวบรวมรายชื่อที่ผิดนัด มีการติดตามโดยการโทรศัพท์ และ โอนเข้ากลุ่ม รพ.สต. เพื่อให้ช่วยติดตามผู้ป่วย โดยการติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่ขาดนัดสามารถติดตามได้ ปี 2561 = 98.59% และปี 2562 = 90.76% และ ปี 2563 = 86.68%

เนื่องจากช่วงที่ผ่านมาเกิดการระบาดของเชื้อ Virus Corona 2019 (COVID-19) จึงมีแนวทางการป้องกันการแพร่ระบาดของ พ.ร.ก.ฉุกเฉิน มีการจัด Social Distancing และลดการแออัดในโรงพยาบาลโดยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่องเช่น DM ,CKD , HT กลุ่มจิตเวช เป็นต้น ที่มีอาการหรือภาวะแทรกซ้อนตามข้อกำหนดได้มีการ visit ชื่อผู้ป่วยและสั่งยาโดยแพทย์ จัดยาและส่งให้กับ รพ.สต.ตามพื้นที่รับผิดชอบเพื่อส่งให้กับผู้ป่วยต่อไป

กลุ่มผู้ป่วยใน

- ผู้ป่วยทั่วไปมีการนัดเพื่อติดตามอาการทั่วไปหรือรับยาต่อที่ 2 สัปดาห์ หรือ 1 เดือน แล้วแต่กรณีเช่นการฟังผล Cytology
- ผู้ป่วยผ่าตัดตาต่อกระจกจะมีการนัดหมายพบแพทย์ใน 1 สัปดาห์
- ผู้ป่วยวินิจฉัยโรคมีการนัดหมายเข้าคลินิกและประสานงานการรับยาผ่าน รพ.สต. อัตราการขาดยาวินิจฉัยโรคมากกว่า 2 เดือน = 0

โดยการนัดทั้งหมดจะพิมพ์นัดใน Hospital os และ Print ออกมาให้ผู้ป่วยโดยมีเนื้อหา วัน เวลา ที่นัด นัดมาเพื่ออะไร มีรายละเอียดการเตรียมตัวก่อนพบแพทย์หรือตรวจอะไรบ้าง

ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย

- กลุ่มผู้ป่วยนอกมีระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษาผู้ป่วยกรณีมีข้อสงสัยให้โทรศัพท์สอบถามได้ตามเบอร์ของโรงพยาบาล โอน/เบอร์โทรศัพท์เจ้าหน้าที่
- กลุ่มผู้ป่วยใน มีระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษาผู้ป่วยโดยเบอร์โทรศัพท์โรงพยาบาลและเบอร์โทรศัพท์มือถือของหน่วยงานผู้ป่วยใน เช่นผู้ป่วยมีนัดฟังผล LAB นอก ซึ่งสามารถโทรมาสอบถามก่อนได้ถ้าผลยังไม่ออกจะทำการเลื่อนนัดให้ผู้ป่วย
- การโทรศัพท์เยี่ยมสอบถามอาการผู้ป่วยที่บ้าน (Telephone visit) เช่นในกลุ่ม Palliative care

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

- โรงพยาบาลมีทีมงานไปเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่นในกลุ่มโรงเรียน วัด ในชุมชนร่วมกับศูนย์สาธารณสุข ทำให้โรงพยาบาลมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อชุมชนในพื้นที่
- ให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองได้และมี อปท.ให้ความร่วมมือเมื่อต้องการความช่วยเหลือเช่นมีโครงการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงโดยมีผู้ป่วยติดเตียงต้องจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ผ่านทาง รพ.สต. และ อปท. ได้รับความร่วมมือทั้งการจัดการที่อยู่อาศัย อุปกรณ์ต่างๆ เป็นอย่างดี อีกทั้งยังมีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชนเป็นต้น
- ทีมแพทย์พยาบาลได้ทำระบบนัดตรวจที่จำเป็นเช่น แผนกจักษุได้ทำกิจกรรมร่วมกับ รพ.สต. ให้ความรู้กับ อสม. มีการคัดกรองการมองเห็นและต้อหินในชุมชนร่วมกับ เทศบาลตำบลทับกฤช , อปท. ฆะมัง, รพ.สต. เครือข่าย

(6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วยภายในระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้ระบบสารสนเทศจากโปรแกรม Hospital- os มี log in ของแต่ละคน OPD card การสื่อสารผ่านทางโทรศัพท์ โอน ในนัด สมุดโรคประจำตัวของผู้ป่วย เช่นข้อมูล

การแพทย์ การติดเชื้อดื้อยา เป็นต้น

- การสื่อสารภายนอกโรงพยาบาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้โปรแกรมส่งต่อ 3-Refer, หนังสือส่งตัว การใช้โทรศัพท์, โทรสารหรือ Email ในเรื่องผลการชันสูตรหรือ CT scan ,การติดต่อทางไลน์, ไลน์, สมุดโรคประจำตัวผู้ป่วย(ถ้ามี) ไปส่งต่อการเยี่ยมบ้าน และมีการพัฒนาการจัดทำแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการสื่อสารครบถ้วนในต่างโรงพยาบาล Thai COC

(7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- ผลการทบทวนความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในปี 2562 ในเรื่องการดูแลต่อเนื่องพบว่ามีความเฉลี่ยร้อยละ 78.09 ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวกับรายละเอียดของการวางแผนการจำหน่าย จึงมีแนวทางพัฒนางานวางแผนการจำหน่ายเรื่อง CHF ,Pneumonia,CKD stage 3-5

(8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ:

- การปรับปรุงระบบการนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ที่มีมากกว่า 1 โรคให้มาตรวจตามนัดพร้อมกัน มีการกระจายการนัดผู้ป่วยเป็นช่วงเวลาบ้าง เพื่อลดความหนาแน่นของผู้รับบริการ
- กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงมีผลกดทับระดับรุนแรงขึ้นและมีภาวะ malnutrion จึงมีการพัฒนาโดยให้กลุ่มผู้ป่วยติดเตียงที่นอนในโรงพยาบาลมีการประเมินโภชนาการโดยใช้เครื่องมือ NAF ทุกราย และมีการปรับพลังงานของอาหารที่ควรได้รับโดยโภชนาการ
- จากการดูแลต่อเนื่องกลุ่มผู้ป่วย palliative care มีการปรับปรุงระบบบริการโดยจัดตั้งคลินิกเฉพาะในทุกวันอังคาร ตอนบ่าย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การพัฒนาการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Palliative care

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
75. การดูแลต่อเนื่อง	4.0	L I	-ส่งเสริมการใช้โปรแกรมการส่งต่อการเยี่ยมบ้าน Thai COC -ระบบการติดตามผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง -พัฒนาการบันทึกการวางแผนการจำหน่ายเฉพาะโรค