

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
ระยะเวลารอคอยที่ OPD	< 90 นาที	64	64	52	59	56.67
ระยะเวลารอคอยที่ ER	≤ 15 นาที	19.5	9.6	7.2	7.0	5.0
การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	> 26%	4.25	4.82	11.2	21.2	14.43
อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	> 60	71.54	83.33	80.89	72.16	85.26
อัตราการเข้าถึง Stroke Fast Tract < 2 ชั่วโมง	> 80%	39.95	24.8	36.4	55.92	58.18
ii. บริบท โรงพยาบาลปากพ่อง เป็นโรงพยาบาลระดับ M2 ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไป และรับผู้ป่วยไว้นอน มีหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินเปิดบริการตลอด 24 ชั่วโมง บริการคลินิกโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/COPD/Asthma/หัวใจ/CKD/อายุรกรรม, คลินิกนรีเวช, คลินิกเด็ก และ OPD คู่ขนานแพทย์แผนไทย บริการนัดหมายไทย กายภาพบำบัด และมีบริการแบบ One Stop Service ในคลินิก ANC/WBC/ARV/TB/ทันตกรรม/วางแผนครอบครัว และมีทีมเยี่ยมบ้านให้บริการเชิงรุก ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นโดยง่าย มีกระบวนการรับผู้ป่วยเหมาะสมกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย ทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และมีประสิทธิผลทั้งในเวลาราชการ สะดวก รวดเร็ว สร้างความมั่นใจและประทับใจต่อผู้รับบริการ กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง: ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน ได้แก่ ผู้ป่วย ACS, Stroke จึงได้ปรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงโดย 1. ผู้สูงอายุ ผู้พิการ จัดเข้าระบบคิวด่วนของ OPD 2. ผู้ป่วยจิตเวช จัดให้มีคลินิก แยกจาก OPD มีการเยี่ยมบ้านนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบ 3. ผู้ป่วยเอดส์/วัณโรค จัดให้มีคลินิก One Stop Service แยกจากผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงได้สะดวก ปลอดภัย และมารักษาได้ต่อเนื่อง 4. กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง มีระบบ EMS รองรับการรับส่งผู้ป่วย มีการประสานสัมพันธ์การนำและอาการของโรคที่จะต้องรีบมาโรงพยาบาลในชุมชน และทุกพร.สท. มีการอบรมผู้นำชุมชนอาสาสมัคร ให้รับทราบระบบการแจ้งเหตุ การนำส่ง และการช่วยเหลือเบื้องต้น 5. ผู้ป่วย PPH หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ และดูแลครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ					
ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (AMI)	พัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกพื้นที่และการประสานงานระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ					

	<u>ในชุมชน</u> - มีแผนป้ายประชาสัมพันธ์ ระบบ 1669 - ให้ความรู้ อสม. ผู้นำชุมชน เรื่องโรคหัวใจ การจัดการเมื่อพบเหตุ, อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่รพ. และอาสาสมัคร - การประสานงานขอความช่วยเหลือเร่งด่วน, 1669, 075-517837 - ให้ความรู้ข้อมูลโรค และอาการเบื้องต้นที่ต้องรีบมารพ. ผ่านเสียงตามสายวิทยุชุมชน <u>ในรพ.</u> - ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (ในคลินิกNCD, COPD) อาการของโรคหัวใจ การมาโรงพยาบาล การแจ้งเหตุ - คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยง - รู้พิกัดเบื้องต้น ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง
ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	พัฒนาการเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกพื้นที่และการประสานงานระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ <u>ในชุมชน</u> - ทำแผนป้ายประชาสัมพันธ์อาการโรคหลอดเลือดสมอง - ให้ความรู้ อสม. ผู้นำชุมชน เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การช่วยเหลือเบื้องต้น <u>เครือข่ายสุขภาพอำเภอและโรงพยาบาล</u> - ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและผู้ดูแลในคลินิก NCD เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมารพ. โดยการแจกเอกสารให้ทุกครัวเรือน - คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสูงและปรับพฤติกรรมให้ผู้ป่วย - มีระบบอสม.เคาะประตูบ้านคัดกรอง ค้นหาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและส่งต่อ - มีบริการแพทย์แผนไทยและกายภาพ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย stroke ในช่วง 6 เดือนแรกหลังมีอาการ เพื่อประเมินและติดตาม คลินิกนอกเวลากายภาพและแผนไทย 16.00-20.00 น. ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้สะดวก และทั่วถึง
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	- คัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับบริการ โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q, 8Q - ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดกรอง และส่งต่อข้อมูลไปยังเจ้าหน้าที่ - พัฒนาระบบการติดตามและการดูแลผู้ป่วย
PPH ในหญิงตั้งครรภ์	- ตรวจจับหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ และติดตามคลอด - มีการประเมินคัดกรองความเสี่ยงในคลินิกฝากครรภ์ และห้องคลอด - มีเบอร์โทรติดต่อ ขอคำปรึกษาเจ้าหน้าที่ห้องคลอด/ห้องฝากครรภ์ (ติดเบอร์โทรหน้าปากสี่ชมพู)
CKD	ประเมินและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

	- NCD clinic คัดกรองผู้ป่วยตามแนวทาง lab DM/HT ปีละ 1 ครั้ง - CKD stage 1-2 ติดตาม lab ปีละ 1 ครั้ง ถ้า MAU $\geq$ 300 ให้ F/U ทุก 6 เดือน
(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน: - นำโปรแกรม SRRT มาใช้ในการรายงานข้อมูลการระบาดโรค เพื่อเชื่อมต่อกับเครือข่ายป้องกันการระบาดและเข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น - การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พบปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินต่ำกว่าเกณฑ์ สาเหตุจากมีหน่วยบริการไม่ครอบคลุมพื้นที่ ปี 2563 มีการประชุมร่วมกันและเซ็น MOU แบ่งพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยอาสาสมัครให้ครอบคลุมพื้นที่ ผลลัพธ์การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2561-2565 ร้อยละ 4.25, 4.82, 11.12, 21.2 และ 14.43 - พัฒนาจุดคัดกรองด้านหน้า ให้มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ ER/OPD/หน่วยบริการอื่นๆ ประสานงานจุดบริการต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้รับบริการ โดยผู้ป่วยคัดกรองเข้า ER เป็นประเภท Resuscitate, Emergent, Urgent และ Ac.illness ในปี 2561-2563 พบร้อยละ over triage เท่ากับ 0.5, 0.07 และ 0.39 under triage เท่ากับ 0.14, 0.7 และ 1.15 ทีมประสานงานการดูแลผู้ป่วยได้ทบทวนพบว่าจุดคัดกรองไม่มีพยาบาลอยู่ได้ตลอดเวลาจึงปรับให้บุคลากรอื่นที่อยู่แทนมีองค์ความรู้ในการคัดแยกเบื้องต้นให้เหมาะสม - หมึงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาสุขภาพสามารถติดต่อห้องคลอดได้โดยตรง ตลอด 24 ชั่วโมง (084-1562130) - ใช้โปรแกรม line ในการส่งข้อมูลผู้ป่วยผู้ป่วยจากเครือข่าย - กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบัตรทางด่วน ร่วมกับองค์กรแพทย์ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง กลุ่มผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อโรค ระบาด วัณโรค ผู้พิการ ผู้สูงอายุ - กลุ่มผู้ป่วยวัณโรค และ HIV รับบริการแบบ one stop service ที่คลินิกวัณโรค - มีแนวทางการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ควนคู่ไปกับการทำ Quick Round ทุก 30 นาทีในช่วงชุก เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่ ป้องกันภาวะฉุกเฉิน ขณะรอตรวจที่อาจเกิดขึ้นได้ ปีพ.ศ.2561 พบผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน ปีละ 2 รายนำส่ง ER - เปิดคลินิก DM, HT, Asthma, COPD, อายุรกรรม, CKD, นรีเวช แยกจากผู้ป่วยทั่วไป ลดความแออัด ทำให้ความพึงพอใจจากปี พ.ศ. 2561-2563 เป็น 88.17, 86.78, 88.25 และ 87.75 จากการวิเคราะห์พบว่าความพึงพอใจในด้านความสะอาดของห้องน้ำมีน้อย เนื่องจากจำนวนของห้องน้ำไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนผู้รับบริการ - มี OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน บริการแพทย์แผนไทย และกายภาพ นอกเวลา 16.00-20.00 น. ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการได้รวดเร็วและทั่วถึงบริการ - กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ให้บริการเชิงรุก ใกล้เคียงบ้านใกล้ใจ โดยการจัดบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 21 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรังทุกแห่ง มีระบบ consult แพทย์เพื่อปรึกษา (2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา: ● ใช้ระบบส่งต่อจากเครือข่าย (ใบส่งต่อการรักษา) ● ใช้ใบประสานงานจากงานผู้ป่วยนอก ในการไปรับบริการยังจุดต่าง ๆ	

- โทรศัพท์
- ส่งข้อความทาง line, message
- วิทยุสื่อสาร
- สมุดประจำตัวผู้ป่วยเรื้อรัง (ข้อมูลยา, lab)

(3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม:

- การคัดแยก กำหนดจุดคัดแยกด้านหน้า โดยกำหนดช่องทางเดินเข้าทางเดียวเพื่อแยกผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยเสี่ยงติดเชื้ทางเดินหายใจ และจัดให้มีคลินิกทางเดินหายใจแยกจากห้องตรวจผู้ป่วยนอก

(4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

- กลุ่มผู้ป่วยโรคฉุกเฉินที่โรงพยาบาลปากพนังให้การรักษาดูแลเบื้องต้นและส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาล มหาราช เช่น STEMI, Hemorrhage stroke, Severe Head injury, Appendicitis, Open Fracture, ผู้ป่วย Respiratory failure on ET – tube และผู้ป่วย Post arrest

- ก่อนส่งต่อจะให้การดูแล แก้ไขภาวะวิกฤตให้อาการคงที่ และมีการดูแลขณะส่งต่ออย่างถูกต้องเหมาะสม ปลอดภัย โดยมีกำหนดกิจกรรมการดูแลก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อมีการโทรประสานข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษาที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างแพทย์หน่วยรับและหน่วยส่งต่อ กรณีผู้ป่วยมีอาการเลวลง หรือมีข้อบ่งชี้ต้องรายงานแพทย์ จะมีการโทรประสานมายังแพทย์ที่ส่งต่อ และมีการลงข้อมูลในโปรแกรม Thai Refer ก่อนการส่งต่อ ทำให้หน่วยรับส่งต่อ ได้รับข้อมูล อาการ การรักษา ผล Lab ต่าง ๆ ของผู้ป่วย และสามารถเรียกดูข้อมูลย้อนหลังได้ 3 เดือน

- ผู้ป่วย STEMI ให้การรักษาตามแนวทางและระบบ FAST TRACK มีระบบการดูแลผู้ป่วยเป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด มีแนวทางการขอรับคำปรึกษา เดิมขอคำปรึกษาทาง line ccu พบปัญหาล่าช้าในกรณีที่ ccu มีภาวะฉุกเฉิน ไม่สามารถอ่าน line ได้ ปรับเปลี่ยนเป็นปรึกษาเข้าระบบส่งต่อให้ได้พบแพทย์เฉพาะทางโดยตรงและประสานกลับในรายที่รอนาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเร็วขึ้นและจำนวนผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดมากขึ้น ผลลัพธ์ ปี 2561-2565 ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI ร้อยละ 60.86, 83.33, 100, 93.33 และ 83.33 ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังวินิจฉัย ร้อยละ 11.12, 16.67, 0, 80 และ 75 หลังให้ยาละลายลิ่มเลือดส่งรักษาต่อรพ. มหาราช รายที่ รพ.แม่ข่าย ให้ส่งทำ PCI ส่งต่อภายใน 30 นาที มีการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลแผนการรักษาโดยการถ่ายทอดเส้นเลือดด้วยขดลวดเพื่อความรวดเร็วในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการ รักษา

- กลุ่มผู้ป่วย Stroke/TIA ได้รับการประเมินและดูแลรักษาตามแนวทาง และเข้าระบบ FAST TRACK ในปี 2563 ได้รับบริจาคเครื่อง CT Scan สามารถให้การวินิจฉัยได้รวดเร็ว ปี 2564-2565 เครื่อง CT ชำรุด จึงส่งผู้ป่วยทำ CT Scan รพ. มหาราชและรอผล ผู้ป่วยที่ไม่ให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือด รับกลับมารักษา รพ.ปากพนัง ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคภายใน 3 ชั่วโมง ส่งรักษาต่อ รพ.มหาราช ผลลัพธ์ Door to refer stroke fast track ใน 30 นาที ปี 2561-2565 ร้อยละ 100, 100, 100, 100 และ 100 พบปัญหาผู้ป่วยที่มีอาการโรคหลอดเลือดสมอง มา รพ.ช้า

กว่า 3 ชั่วโมง สาเหตุจากไม่ทราบอาการ ไม่รู้ช่องทางการแจ้งเหตุ ไม่มีรถมา รพ.ทบทวนและปรับโดยมีการประชาสัมพันธ์อาการของโรค และช่องทางการแจ้งเหตุในทุก รพ.สต. เครือข่ายอำเภอปากพะนึ่ง และแจกเอกสารอาการสำหรับติดผนังให้คนในครอบครัวรับทราบอาการที่ต้องมารพ. ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผลลัพธ์ ผู้ป่วยมารพ. ภายใน 3 ชั่วโมง ปี 2561-2565 ร้อยละ 39.95, 24.8, 36.4, 55.92 และ 58.18

- กลุ่มผู้ป่วย Multiple trauma ประเมินและดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้บาดเจ็บช่องทางด่วน เครือข่ายจังหวัดนครศรีธรรมราช Primary and secondary survey with adjunct กำหนดให้ส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง และ Dead case conference ปี 2563 พบส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า สาเหตุจากส่งเอกซเรย์หลายระยะ ยาก ทบทวนและปรับ โดยให้การดูแลตามแนวทาง check list ส่งเอกซเรย์ผู้ป่วยตำแหน่งที่จำเป็นต้องวินิจฉัยเพื่อช่วยชีวิต เช่น CXR ยกเว้นในส่วนระยะต่างๆ ผลลัพธ์ Door to refer in 1 hr. ปี 2564-2565 ร้อยละ 53 และ 67

(5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจากโรคระบาดไวรัสโคโรนา มีการคัดกรองจำแนกผู้ป่วยติดเชื้อตามความรุนแรงแบ่งประเภทเป็นสีเขียว สีเหลือง สีแดง โดยสีเหลืองแดง admit cohort ward มีแพทย์และพยาบาลดูแล 24 ชม. สีเขียวจัดให้ HI และ CI ดูแลโดยพยาบาลและเครือข่ายรพ.สต.
- มีระบบการรายงานแพทย์ การประสานงาน การส่งต่อตามแนวทางและการดูแลรักษาตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโควิด

(6) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

- มีการกำหนดแนวทางให้ผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีการให้ข้อมูลการรักษา โดยกำหนดให้แพทย์เจ้าของไข้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ระยะเวลาในการนอนพักรักษาตัว พบว่า ผู้ป่วยไม่ทราบ/ไม่เข้าใจ ผลดี ผลเสียของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงกำหนดให้แพทย์เจ้าของไข้อธิบายผลดี ผลเสีย และความจำเป็นของการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลทุกครั้ง พบว่าเมื่อผู้ป่วย admit จะมีญาติมาขอปฏิเสธการรักษาสาเหตุจากญาติที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาและเซ็นยินยอมเป็นคนละคนกับญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจแท้จริง ดังนั้นทีมดูแลผู้ป่วยจึงปรับแนวทางปฏิบัติโดยให้สอบถามค้นหาผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจมาเซ็นยินยอม ถ้าหากในขณะนั้นไม่สามารถมาเซ็นได้ให้ญาติที่อยู่กับผู้ป่วยติดต่อก่อนตัดสินใจ
- กรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ข้อมูล และเซ็นยินยอมการดูแลรักษาได้ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้ จะมีการให้ข้อมูลแก่ญาติหรือผู้ดูแลทุกรายเป็นผู้ตัดสินใจเซ็นยินยอมแทนผู้ป่วย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีทันตแพทย์เฉพาะทาง 4 สาขา คือ ทันตกรรมประดิษฐ์, ทันตกรรมเด็ก, ทันตกรรมศัลยกรรม และแบ็กซิลโลเฟเซียล, ทันตกรรมทั่วไปขึ้นสูง ปี 2563 ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทางทันตกรรมจำนวน 26,569 ราย

- จัดตั้งคลินิก OPD นอกเวลาราชการ ตรวจโดยแพทย์เปิดให้บริการเวลา 16.00 น. – 20.00 น. ในวันเวลาราชการ วันหยุดราชการ เวลา 08.00 น. – 20.00 น. ทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้น จากปี 2562-2563 มีผู้รับบริการจำนวน 40798, 9298, 11622 และ 8127 รายตามลำดับ จากการสอบถามผู้รับบริการพึงพอใจปี 2561-2564 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 86.78, 87.8 87.75 และ 88.95 ตามลำดับ
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย TB โดยใช้ระบบ Dots เครือข่าย ผลมีผู้ป่วยมารับบริการ Dots 100 %
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS โดยมีระบบการ consult EKG ทาง line และมีระบบ consult อายุรแพทย์โรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อส่งต่อสำหรับทำ CAG± PCI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด (SK) ตั้งแต่เดือน ต.ค. 2561-มี.ค. 2562 สามารถส่งต่อผู้ป่วยทำ CAG± PCI ได้ 100%
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยส่งผู้ป่วยไป CT ตั้งแต่ปี 2558-2562 จำนวน 172, 157, 160, 172 และ 121 รายตามลำดับ บริการรื้อกลับในปี 2560-2562 จำนวน 102, 84 และ 16 รายตามลำดับ
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย Fracture around of hip joint/head of femur/intertrochanteric fracture ที่ได้รับการผ่าตัดที่โรงพยาบาลมหาราช แล้วส่งกลับมาดูแลต่อที่โรงพยาบาลปากพูนัง และมีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน แต่พบปัญหาผู้ป่วยบางรายไม่สะดวกไปรพ.มหาราช และกรณีที่ไม่ซับซ้อนแพทย์รพช.สามารถดูแลได้ในปี 2562 ได้ปรับแผนการดูแลโดยให้ญาติไปเบิกอุปกรณ์และขอยืม skin traction มา on ที่รพ.ปากพูนัง และเตรียมจำหน่ายไปดูแลต่อที่บ้านพร้อมนัดมาติดตามผล
- มีระบบการดูแลผู้ป่วย DM, HT ให้เข้าถึงระบบบริการได้สะดวกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีระบบ consult แพทย์เพื่อปรึกษา ระบบการปรึกษาปัญหาด้านยากับเภสัชกรผู้รับผิดชอบ
- มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home ward) โดยประสานงานกับหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย วางแผนดูแลร่วมกัน และมีระบบการให้ยืมอุปกรณ์ เช่น Suction, เกย และถัง O₂ ฯลฯ ไปใช้ที่บ้านร่วมกับการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- มีระบบบริการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative care) โดยการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจทั้งผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้านตั้งแต่อยู่ในรพ. เมื่อมีความพร้อมจะมีบริการส่งผู้ป่วยที่บ้าน มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ไว้บริการสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ออกซิเจน เครื่อง Suction บริการใส่สาย NG/สาย Foley's catheter/เจาะเลือดที่บ้าน มีทีม HHC ดูแลเป็นระยะ ๆ รวมทั้งให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ตลอด 24 ชม. จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
- มีการจัดตั้ง CKD คลินิก เพื่อให้การรักษาผู้ป่วยโรคไตวายในระยะต่าง ๆ และเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและญาติก่อนส่งไปล้างไต จำนวนผู้ป่วยรับบริการคลินิก CKD ปี 2562-2565 จำนวน 796, 785, 818 และ 582 รายตามลำดับ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
---------	-------	----------	-----------------------

63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็น และบริการเร่งด่วน	3	L I	- พัฒนาระบบสารสนเทศ เชื่อมต่อข้อมูลในเครือข่ายและโรงพยาบาลแม่ข่าย - การดูแลผู้ป่วย Covid-19 - ปรับปรุงและเตรียมเปิดอาคารผู้ป่วยนอก
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ ข้อมูล และ informed consent	3	I L	- พัฒนาการดูแล ประเมินอาการผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการรุนแรงให้ ครอบคลุม รวดเร็ว และถูกต้อง - มีการจัดอบรมการคัดกรองเบื้องต้น และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ด่านหน้า ได้แก่ พนักงานเป็ล - ติดตามการใช้ informed consent ให้เป็นไปตามเกณฑ์ MRA ของ สปสช.

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
-อัตรา Door to EKG ผู้ป่วย ACS $\leq$ 10 นาที	100	100	100	100	99	100
-อัตราผู้ป่วย Stroke ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที	100	100	100	100	100	100
-อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินถูกต้อง	> 95	99.32	98.5	99.2	99.4	99.3
-ร้อยละของผู้ป่วยคลอดระหว่างส่งต่อ	0	0	0	1.75	0	0
-อัตราที่ผู้ป่วย Sepsis ได้รับ Hemoculture ก่อนให้ ATB	>80	100	100	100	100	100
-อัตราที่หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	100	100	100	100	100	100
อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<5	2.86	2.11	2.5	1.7	3.06
อัตรา Door to refer Stroke fast tract ใน 30 นาที	100%	100	100	100	100	100

ii. บริบท

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพ การประเมินแรกรับผู้ป่วยนอกจะกระทำโดยผ่านพยาบาลจุดคัดกรอง และคัดแยกตามเกณฑ์การคัดกรอง และส่งผู้ป่วยไปจุดบริการต่าง ๆ โดยใช้ใบประสานข้อมูลข้อมูลในส่วนประวัติจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรงทุกราย ผู้ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ด้วยตนเองจะสัมภาษณ์จากญาติหรือผู้ดูแล มีการบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Hos-XP และมีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ ทุก 30 นาที กรณีมีอาการผิดปกติ ให้การพยาบาลเบื้องต้นและประสานงานส่งพบแพทย์ สำหรับผู้ป่วยในมีแบบประเมินผู้ป่วยแรกรับโดยใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนกอร์ดอน พบปัญหา เมื่อประเมินทางด้านจิตวิญญาณและสังคม แต่ขาดการนำข้อมูลมาแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย มีการพัฒนาโดยให้บุคลากรให้ความสำคัญกับปัญหาด้านจิตวิญญาณ และสังคมมากขึ้น

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

- ACS
- Appendicitis
- Stroke
- Sepsis
- DF
- Anaphylaxis
- PPH
- ARI

iii. กระบวนการ

ขั้นตอนประเมินแรกรับโดยพยาบาล แพทย์ ชักประวัติ ตรวจร่างกายจากผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยเด็กหรือผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะสัมภาษณ์ประวัติจากญาติผู้ดูแล และบันทึกใน Hos-xp กรณี admit ใช้ Progress note และใบประสานงาน สำหรับสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค
● ACS	1.ผู้ป่วย dyspepsia ในกลุ่มเสี่ยง NCD และมี CVD risk อายุ > 35 ปี ให้ชักประวัติประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop T EKG 12 lead และส่ง film chest ร้อยละผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ปี 2561-2563 พบ 80.69, 45.12 และ 37.88 ตามลำดับ หมายเหตุ CVD risk : DM, HT, อายุมากกว่า 60 ปี, smoking, obesity, มีประวัติ stroke, MI 2.ปรับปรุง CPG ACS โดยปรับเพิ่มกรณี Atypical Chest pain ดังนี้ - ติดตามประเมินซ้ำหลังสังเกตอาการประมาณ 1/2-1 ชั่วโมง หากผู้ป่วยอาการไม่ทุเลาหรือญาติวิตกกังวล ให้รายงานแพทย์ซ้ำ เพื่อ admit observe และเจาะ trop-t 3 ครั้ง - หลังติดตาม Trop-T ครบ 3 ครั้งแล้ว ผู้ป่วยมี chest pain อีกหลังจากนั้น ให้รายงานแพทย์เพื่อเจาะ trop-t 2 ครั้ง - ทำ EKG ให้รายงาน EKG เดิม พร้อม EKG ใหม่ - กรณีอาการดีขึ้นให้กลับบ้าน นัด F/U เข้าและแนะนำอาการที่ต้องรีบกลับมาพบแพทย์ก่อนนัด - การประเมิน, ทักเฝ้าระวังอ่าน EKG และการวางแผนการดูแลรักษาต่อเนื่อง - การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤต โดยใช้ Early warning signs ร่วมกับ SOS score (เดิมใช้ MEWS) - ปรับการให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิก NCD เน้นการเข้ายา การปฏิบัติตัว อาการสำคัญที่ต้องกลับมาพบแพทย์ - กลุ่มผู้ป่วยที่สงสัย STEMI แต่ไม่ได้มาด้วยอาการเฉพะ ผู้ป่วยมาด้วยอาการเวียนศีรษะ การชักประวัติให้เพิ่ม เรื่องอาการคลื่นไส้อาเจียน ใจสั่น แน่นหน้าอก และประเมิน V/S หากพบว่า PR < 60 ครั้ง/นาที, PR > 120 ครั้ง/นาที ให้ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วยกลุ่ม ACS และส่งผู้ป่วยเข้า ER - ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา thrombolytic agent ถูกต้องเหมาะสมให้ครอบคลุมทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการมีการพัฒนา

	ระบบการให้ยาละลายลิ่มเลือดแก่ผู้ป่วย STEMI ทุกราย โดยแพทย์อายุรกรรม - ปี 2561- ปัจจุบัน มีการปรับระบบ consult โดยประเมินผู้ป่วยร่วมกับ CCU ร.พ.แม่ข่าย สำหรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ CAG± PCI หรือ ให้ SK ก่อนส่งต่อ - มีการคัดกรองโรคหัวใจในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง DM HT ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจากการคัดกรอง - ปรับระบบการ consult อายุรแพทย์ได้ตลอด 24 ชม. และมีการ consult แพทย์เฉพาะทางรพ.แม่ข่าย พัฒนาระบบ EMS โดยทีมอาสาสมัครประสานอบต.ในการจัดตั้งทีม FR และประชาสัมพันธ์ช่องทางในการเข้าถึงในแต่ละตำบล - ผลการดำเนินงานปี 2559 ได้รับ SK13.6% และ Drip SK นอกเวลา โดยไม่มีหมอ MED 1 ราย (ผ่านการ Consult แพทย์ CCU รพ.มหาราช ดู EKG ทาง Line หลัง Drip แล้ว Refer) ปี 2560 คิดเป็น 60% ปี 2561 ได้รับ SK36 % ส่งต่อและได้ทำ CAG± PCI 78 % ปี 2562 ได้รับ SK10% ส่งต่อและได้ทำ CAG±PCI 80% ปี 2563 ได้รับ SK 9.09% ส่งต่อและได้ทำ CAG±PCI 22.07%
DHF	- มีการปรับ CPG ในการประเมินและดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกทุกระยะ - มีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค เช่น Pleural effusion, Bleeding
Sepsis	- มีการปรับ CPG ในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนี้ - การประเมิน V/S ผู้ป่วย shock ให้วัด BP โดย manual เป็นหลัก และให้ระบุวัดด้วยเครื่องหรือ manual - Case ที่สงสัยให้เจาะ H/C และให้ยา ATB ไปก่อนทุกรายภายใน 1 ชั่วโมง - ปรับแนวทางการประเมินผู้ป่วยมาด้วยปวดท้องให้เจาะ CBC, เก็บ UA - ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับตัวโรคและแผนการรักษา - ให้เฝ้าระวัง Sepsis ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีไข้และหนาวสั่น มี U/D DM
appendicitis	- มีการนำ Alvarado score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย และนำ SOS score มาประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย - มีการปรับปรุง CPG มาใช้ในการประเมินดูแลรักษาผู้ป่วย
stroke	- ประเมินผู้ป่วยตาม CPG และส่งตรวจ CT scan ที่ร.พ.ศูนย์ - การรับกลับมาดูแลต่อ มีการประเมินเป็นระยะ อาการทรุดลง ส่ง refer ไปร.พ.ศูนย์ซ้ำ
Anaphylaxis	- มีการจัดทำ CPG ในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วย Anaphylaxis

	- มีการทำ check list ที่จุดคัดกรองผู้ป่วยเพื่อช่วยในการคัดแยกผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็วและเหมาะสม
PPH	- ไม่มีเครื่องมือการประเมินปริมาณเลือดที่แม่นยำ ปี2560 มี นวัตกรรมการสร้างถุงรับเลือด - ฝึกซ้อมแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินทุก 1 ปี
Virus Corona	- มีแนวทางคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยส่งตรวจระบบทางเดินหายใจ - วินิจฉัย รักษาและดูแลต่อเนื่อง

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

- ผู้ป่วยที่เข้ามารักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการประเมินแรกรับ โดยแพทย์ และพยาบาล โดยมีการสอบถามข้อมูล ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย ประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ มีการสื่อสาร ข้อมูลของทีมสหสาขา วิชาชีพ ปรับการประเมินทางด้านจิตใจ รพ. โดยมีการประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q ในผู้ป่วยนอก/ในทุกราย,และประเมิน 8Q, 9Q ในผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ตามข้อกำหนด ผลลัพธ์ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินสุขภาพจิต 100%

- การบันทึกข้อมูล/ส่งต่อข้อมูลค้นหาปัญหาเร่งด่วนและหาปัญหาที่เหมาะสม ทำให้เห็นถึงความเชื่อมโยงในการรักษา ใช้Progress note เป็นสื่อและบันทึก Pain Score ในฟอร์มปรอท เป็น V/S ตัวที่ 5 ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

- การเฝ้าระวังโอกาสเกิดปัญหาเฉียบพลัน มีการกำหนด Early Warning Sign ของกลุ่มโรคสำคัญในแต่ละหน่วยงาน โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดการตกเลือดหลังคลอด, คลอดก่อนกำหนด, BA และมีการเชื่อมโยงกับงานห้องคลอดโดยการติดสติ๊กเกอร์สีและระบุความเสี่ยงติดหน้าปกสมุดฝากครรภ์และบันทึกความเสี่ยงในแบบบันทึกการตรวจครรภ์ (ใบ OPD Card สีชมพู) เพื่อสื่อสารให้บุคลากรรับทราบ

- สหกิจกรร กำหนดแนวทางการออกกับ EMS หญิงตั้งครรภ์ให้มีการประเมิน สัญญาณชีพ FHS โดยปรับแบบฟอร์มการบันทึกในใบ EMS เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลให้สอดคล้องตามแบบฟอร์มของ MCH broad เพื่อใช้สื่อสารร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งเครือข่าย

- ER มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระบบ ESI เป็น 5 ระดับ Resuscitate, Emergency, Urgency, Semi-urgency, Non urgency และมีการคัดกรองผู้ป่วย โดยในเวลามอบหมายให้พยาบาลคัดกรอง เป็นผู้คัดกรอง นอกเวลาให้ incharge เป็นผู้คัดกรอง มีการติดป้ายแยกประเภทผู้ป่วยไว้ที่ปลายเตียงอย่างชัดเจน พบว่า ผู้ป่วย Resuscitate, Emergency ได้รับการตรวจ รักษาภายใน 4 นาที คิดเป็นร้อยละ 100

- กลุ่มผู้ป่วย ACS มีการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเหนื่อย แน่นหน้าอก ทำ EKG ทันทีภายในเวลาไม่เกิน 10 นาที ผู้ป่วยหมดสติทุกราย ได้รับการทำ EKG และรายงานแพทย์ทันที และจัดระดับความรุนแรง ให้อยู่ในระดับผู้ป่วยวิกฤต มีระบบปรึกษาอายุรแพทย์ โดยใช้ CPG STEMI เป็นแนวทาง กรณีผล EKG เข้าข่าย STEMI มีระบบ Consult CCU โรงพยาบาลศูนย์โดยแพทย์ โดยการส่งข้อมูลทางแอปพลิเคชัน LINE เพื่อวางแผนการรักษาต่อ

และในกลุ่มเสี่ยง NCD และมี CVD risk อายุมากกว่า 35 ปี ให้ชักประวัติประเมินตาม CPG ACS เจาะ Trop T EKG 12 lead และส่ง film chest ร้อยละผู้ป่วย DM HT ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด

- ผู้ป่วย Multiple Trauma มีการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน เพื่อความรวดเร็ว ลดซ้ำซ้อน และมีระบบการ Consult Neuro Sx ที่โรงพยาบาลศูนย์ ได้ และปรับแบบฟอร์ม Standing Order ในผู้ป่วย Head Injury coma score ≤ 13 คะแนน หรือ drop ลง 2 คะแนน รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาส่งทำ CT Scan

- ผู้ป่วย Appendicitis พัฒนาการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ Alvarado Score

- ผู้ป่วย Simple Fracture และผู้ป่วย Multiple Fracture เข้ารับการรักษางานอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์เวรอยู่ประจำประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น และ Consult Staff แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ที่โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ตลอด 24 ชม. มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์และส่งภาพเอกซเรย์ให้แพทย์ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์ดูผ่านทางแอปพลิเคชัน LINE ตลอด 24 ชม. กรณีผู้ป่วยมีโรค เรื้อรังร่วม มีแพทย์อายุรกรรมร่วมประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัยโรคร่วมด้วย

- กลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ สร้างแบบประเมินเพื่อให้สามารถประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ และส่ง ผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสมอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ประเมินสามารถตัดสินใจได้ว่าผู้ป่วยควรได้เข้ารับการรักษารวดเร็ว ขนาดไหน ต้องเข้ารับการรักษที่โรงพยาบาล หรือควรใส่ท่อช่วยหายใจและส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

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

- มีการบันทึกในใบประเมิน ตามแบบฟอร์มที่กำหนดโดยมีข้อมูลที่ครอบคลุมประวัติการตรวจร่างกาย ประวัติครอบครัว รวมทั้งการประเมินด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ตามแบบประเมินสมรรถนะ 11 แบบแผนกอร์ดอน และมีการประเมินความเสี่ยงทุกราย ประเมินสุขภาพจิตด้วย 2Q ในผู้ป่วยนอก/ในทุกราย พบ positive ให้ประเมิน 9Q และ 8Q เพิ่ม

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

- ทีม PCT มีการทบทวนข้อมูลวิชาการในการประเมินผู้ป่วยโรคสำคัญ เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน

- ปรับปรุงแบบการประเมินและแบบบันทึกผู้ป่วยกลุ่ม ACS และปรับปรุง CPG ACS พัฒนาสมรรถนะพยาบาลประจำงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล เช่นการฝึกทักษะการอ่าน EKG การอบรม ACLS advance แก่เจ้าหน้าที่ทุกปี การฝึกอุบัติเหตุหมู่ร่วมกับเจ้าหน้าที่กู้ภัย จุดคัดกรองมีแนวทางในการประเมินคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย ACS/Atypical chest pain ถ้าเข้าข่ายส่งเข้าห้องฉุกเฉินทันที เพื่อทำ EKG เจาะ trop-t และรายงานแพทย์

- การตรวจ Troponin – T ในผู้ป่วยที่สงสัย STEMI ที่มีการไม่ชัดและมีการตรวจเป็นระยะ ๆ ประกอบการประเมิน
- มีการใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย STEMI เพื่อความรวดเร็วมีระบบปรึกษาอายุรแพทย์ โรคหัวใจจาก CCU โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมราช ทางระบบแอปพลิเคชัน LINE
- ผู้ป่วยกลุ่ม ACS มีแนวทางการประเมินผู้ป่วยและปฏิบัติตามแนวทางทุกราย ผู้ป่วยมาด้วย chest pain ทำ EKG ภายใน 4 นาที*3 แผ่นห่างกัน 5-10 นาที วัด BP แขนซ้ายขวา ประเมิน PR HR วัด O₂ Sat ฟัง Breath sound ทั้ง 2 ข้าง และรายงานแพทย์ทันที จากการทบทวนพบผู้ป่วยมาด้วย Atypical chest pain มารับการรักษาให้ยาไปกินและนัดพบแพทย์อีกครั้งตอนเช้า แต่ผู้ป่วยมารับการรักษาซ้ำด้วย cardiogenic shock และผู้ป่วยมาด้วย dyspepsia ในกลุ่ม NCD เป็น STEMI ที่มดูแลผู้ป่วยจึงทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS โดยผู้ป่วยมีปัญหา dyspepsia อายุ ≥ 35 ปี ทำ EKG พร้อมกับให้ประเมินตาม CPG ACS และส่ง film chest และเพิ่มการดูแลผู้ป่วย Atypical chest pain หลังจากนั้นยังไม่เกิดปัญหาซ้ำ
- การใช้ Pain score ในการประเมินความเจ็บปวด
- การใช้ early warning sings และ Pre arrest signs ประเมินผู้ป่วยแรกรับทุกรายที่รับบริการในห้องอุบัติเหตุ –ฉุกเฉิน และประเมินต่อเนื่องหลัง admit, ประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายทุกราย
- การใช้ Ultrasound และ non stress test เพื่อประเมินสถานะของทารกในครรภ์เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการคลอดของผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น
- ผู้ป่วยที่สงสัยภาวะ Sepsis มีการใช้ sign SIRS ส่งเข้าห้องฉุกเฉินแล้วให้การรักษา อย่างรวดเร็วตาม CPG Sepsis และให้ Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง ในปี 2561-2564 มีแนวโน้มสูงขึ้น เป็นร้อยละ 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ
- ผู้ป่วย DF, DHF มีเกณฑ์ในการประเมินตาม CPG เพื่อช่วยส่งเสริมให้มีความแม่นยำในการวินิจฉัย และเฝ้าระวังระยะ shock ได้, ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพบว่า พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกินในปี 2560-2561 ปีละ 1 ราย ในปี 2562 ไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน ในปี 2563 พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน 2 ราย และในปี 2564-ปัจจุบันไม่พบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำเกิน ตั้งแต่ปี 2561-ปัจจุบัน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2561 มีการรายงานการระบาดโรคไข้เลือดออกทันทีในเครือข่ายอย่างเป็นระบบ SRRT ปี 2562 ปรับระบบการรายงานตามแนวทางการดำเนินงานไข้เลือดออกของกระทรวง 3:3:1 โดย 1) หลังแพทย์วินิจฉัยพยาบาล ward แจ้งชื่อเข้าไลน์ EOC ปากพ่น 2) เจ้าของพื้นที่ติดตามสอบสวน 3) พ่นหมอกควันภายใน 24 ชั่วโมง
- ผู้ป่วย stroke ใช้ CPG ประกอบการประเมิน ปรับปรุงแบบประเมินผู้ป่วย Stroke ให้ได้ครบถ้วนและรวดเร็ว กำหนดให้มีการทำ EKG, เจาะ DTX ให้ 0.9% NSS และส่งต่อรพ.มหาราชภายใน 30 นาที เพื่อวินิจฉัยโดย CT ทุกราย ผลลัพธ์ผู้ป่วยได้รับการประเมินตามแนวทางทุกรายและผู้ป่วย Fast track ได้รับการส่งตัวภายใน 30 นาที จากปี 2561-2564 เท่ากับร้อยละ 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ
- การประเมินความเสี่ยง ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน Pressure sore ด้วย Braden Score ตั้งแต่แรกรับทุกราย พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงการเกิด pressure sore จัดให้อยู่บนที่นอนลมและเฝ้าระวังในปี 2561-ปัจจุบันไม่พบการเกิด pressure sore ระดับ 2-4

- การประเมินหญิงตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง ได้แก่ เบาหวาน PPH ภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคที่สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม ดาวน์ซินโดรมและภาวะเสี่ยงคลอดก่อนกำหนด เมื่อพบความเสี่ยงจะทำสัญลักษณ์สติ๊กเกอร์สีแดงและนัดฝากครรภ์พบแพทย์เป็นครรภ์เสี่ยง มีการตามเคส ผิดนัดทุก visit ที่ไม่มาตรวจโดยใช้โทรศัพท์และระบบไลน์ประสานเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้าน
- การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประเมินความพร้อมการตั้งครรภ์ พบมีการตั้งครรภ์ในกลุ่มนักเรียนซึ่งมีค่านิยมเรื่อง ต้องมีแฟนจึงจะเหมือนเพื่อน ๆ เป้าหมาย teenage <10% ผลการดำเนินงาน ปี 2561-2565 พบ 18.60% ,13.14%, 13.75, 7.39 และ 9.19 ตามลำดับ

(4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

- ผู้ป่วย ACS มีการประเมิน Trop – T, CK, CK – MB q 8 hr./ทำ EKG ซ้ำทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และรายงานแพทย์ทันที พบ case STEMI หลัง admit ปี 2561-2563 พบ 1 ราย, 2 ราย และ 0 .ราย ตามลำดับ

- กลุ่มผู้ป่วย TB มีการประเมินความเสี่ยงจากการใช้ยา โดยการตรวจเลือด LFT, BUN, Cr. ก่อนใช้ยาและหลังให้ยา 2 สัปดาห์ หรือประเมินทันทีเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

- ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง แกร็บที่แผนกผู้ป่วยใน จึงได้ทบทวนในทีมคณะกรรมการประสานงานดูแลผู้ป่วย กำหนดให้มีการประเมินผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน อย่างน้อย 2 ครั้งคือแรกรับและก่อนย้ายออกจากห้องฉุกเฉิน ผลพบในปี 2561 ยังพบผู้ป่วยมีอาการทรุดลง จึงได้กำหนดให้มีพยาบาลนำส่งในผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง และมีการรับผู้ป่วยร่วมกันระหว่างพยาบาลในแผนกผู้ป่วยในและพยาบาลจากห้องฉุกเฉิน

- ทบทวนผู้ป่วยส่งต่อ พบว่าการประเมินซ้ำขณะอยู่ในหน่วยงานไม่เหมาะสม จึงได้นำ SOS Score มาปรับใช้ในการประเมินติดตามความรุนแรงของอาการและการรายงานแพทย์ ได้รับการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ทันเวลา

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- ปี 2560 พบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็น ร้อยละ 5 จึงได้กำหนดแนวทาง ให้ผู้ป่วยทุกคนที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้รับคำอธิบายจากแพทย์เจ้าของไข้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอาการของโรค แผนการรักษา ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาภายใน 24 ชั่วโมงและให้คำอธิบายโดยแพทย์เจ้าของไข้ ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง ผลพบปี 2561-2564 ผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลร้อยละ 99% เข้าใจเกี่ยวกับโรคและแผนการรักษา

- ปี 2560 จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่ admit ใช้ยาฉีดไม่ถูกต้อง ปรับปรุงกระบวนการอธิบาย กำหนดให้เภสัชกรมีการประเมินผลการฉีดยาและให้ผู้ป่วยสาธิตกลับ สอนจนทำได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการใช้ยาฉีด ไม่ readmit ซ้ำ ปี 2561 พบอัตรา re-admit ในผู้ป่วยเบาหวาน จากร้อยละ 2.50 เป็น 4.44 เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลทีมจึงได้ปรับโดยประสาน รพ.สต.ร่วมแก้ปัญหา ค้นหาเพื่อนบ้านมาเป็น ผู้ดูแลร่วมกับรพ.สต. ปี 2562 -2564 พบอัตราการ re-admit ในผู้ป่วยเบาหวาน 0.10, 0.44 และ 0.28 ตามลำดับ

- ผู้ป่วยระยะท้ายที่ประสงค์รักษาแบบประคับประคองต้องมีการอธิบายแบบกลุ่มกับสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องทุกคนรับทราบร่วมกันและวางแผนการรักษาอย่างพร้อมเพรียง เพื่อป้องกันการใช้ชีวิตและอาจทำให้คนไข้ได้รับการช่วยเหลือที่ล่าช้าหากอยู่ในภาวะวิกฤติ พบว่าการให้ข้อมูลรายคนทำให้ผู้ให้บริการต้องใช้เวลาในการคุยหลายรอบ การทำ family meeting ช่วยให้การตัดสินใจเป็นไปอย่างกระชับและทันที

- ในผู้ป่วยทั่วไปแพทย์ มีการบอกผลตรวจให้ผู้ป่วยและญาติทราบทุกรายหลังการประเมินอาการของผู้ป่วย แจ้งแนวทางการรักษาและผลข้างเคียงของการรักษา เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวใน รพ.จะมีการบันทึกและลงชื่อรับทราบใน Inform Consent 100%
- ในผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับรู้, ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยเด็ก มีการบอกผลการตรวจให้ญาติทราบทุกรายหลังการประเมินและแจ้งแนวทางการรักษาและผลข้างเคียง เปิดโอกาสญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาเช่น ในผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวและต้องใส่ ET.Tube กรณีมีญาติจะแจ้งให้ญาติทราบ 100%
- กลุ่มผู้สูงอายุที่มีลูกหลานมากทำให้ต้องให้ข้อมูลหลายครั้งและต้องรอการตัดสินใจจากญาติคนอื่นๆ แก้ปัญหาโดย ให้ข้อมูลญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

- มีการเพิ่มศักยภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การตรวจทางรังสีวิทยาผู้ป่วยที่แพทย์สั่งตรวจวินิจฉัยแล้วพบค่าวิกฤต จะต้องรายงานแพทย์ทันที โดยจะประสานงานมาหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อรายงานแพทย์และวางแผนการรักษาอย่างทันที่
- หญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจเลือด คัดกรองภาวะโลหิตจางธาลัสซีเมีย โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ครบถ้วน กรณีเกินศักยภาพจะได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่น เช่นการตรวจ HB Typing AFP CEA PSA Amylase Lipase Cytology LDH G6PD เป็นต้น
- โรงพยาบาลปากพนังมีการจัดทำระเบียบปฏิบัติ การรายงานค่าวิกฤตทางห้องปฏิบัติการโดยกำหนดทบทวนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งในทีม PCT ซึ่งค่าวิกฤตที่กำหนดได้แก่ WBC <2500 cell/mm³ >18000 cell/mm³, k⁺<2.8 mmd/L>5.8 mmd/L, Na⁺<125 mmd/>155 mmd. glucose<60mg/dl>350 mg/dl เป็นต้น
- ผู้ป่วยได้รับการตรวจทางรังสีวิทยาที่จำเป็นตามแผนการรักษาของแพทย์ หากเกินศักยภาพจะได้รับการส่งต่อไปตรวจที่อื่น เช่น IVP, CT, MRI
- ผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ที่อาการเข้าได้กับ Acute MI ได้รับการตรวจ EKG ทันที และส่งตรวจ trop-t
- กลุ่มผู้ป่วยที่มาด้วยอาการปวดท้องรอบ ๆ สะดือ หรือปวดท้องน้อยข้างขวา จะได้รับการตรวจ CBC, UA ผู้ป่วยหญิงตรวจ UPT และทำultrasound เพิ่มเติมในรายที่อาการไม่ชัดเจน เพื่อวินิจฉัยแยกโรคและยืนยันการวินิจฉัยโรค appendicitis

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- โรงพยาบาลปากพนังมีการนำโปรแกรม Hos-xp มาใช้ในระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ข้อมูลการดูแลรักษาผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการทำหัตถการทางการแพทย์ เป็นต้น สำหรับกลุ่มงานเทคนิคการแพทย์มีระบบ LIS มาเชื่อมต่อกับเครื่องมือการตรวจทางห้องปฏิบัติการและส่งผลมายังระบบ Hos-xp ของโรงพยาบาล เพื่อลดขั้นตอนการคัดลอกผลและลดความผิดพลาดในการรายงาน

ผลทางห้องปฏิบัติการ พร้อมทั้งมีการตรวจสอบผลความถูกต้องในการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในแต่ละวัน และย้อนหลังทุก 3 เดือน ในส่วนของเอกซเรย์ ก็มีการนำระบบ PAC มาใช้การดูฟิล์ม x ray ของผู้ป่วย

- การสื่อสารระหว่างวิชาชีพ มีการใช้ใบบันทึกประสานงานระหว่างวิชาชีพหรือบันทึกใน progress note และการสื่อสารภายในหน่วยงานพยาบาลมีการรับส่งเวร บันทึกใน nurse note ส่วนการสื่อสารระหว่างหน่วยงานได้แก่ พยาบาลกับ LAB เกี่ยวกับการรายงานค่าวิกฤติและการแจ้งผล out lab เมื่อห้อง lab ได้รับผลจะถูกบันทึกไว้ในคอมพิวเตอร์ และโทรแจ้งหน่วยงานเพื่อ print ผลมารายงานแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการดีขึ้นหลังได้รับการรักษาจะนัดมาฟังผล แต่ถ้าหากผลมาผิดปกติหน่วยงานจะนำผลมาปรึกษาแพทย์เจ้าของไข้เพื่อพิจารณาวางแผนการรักษาต่อว่าจะติดตามผู้ป่วยมารับการรักษาทันทีหรือไม่ จากการทบทวนพบว่ามีอุบัติการณ์ได้รับผล lab ล่าช้าซึ่งเกิดจากกระบวนการนำส่งและการรับผล lab จากโรงพยาบาลศูนย์ จึงได้มีการปรับแนวทางการส่ง-รับผล out lab

- จากอุบัติการณ์มีการรายงานผลผิดพลาด ทางหน่วยงานติดต่อประสานห้อง lab ทันทีเพื่อตรวจสอบ

- กรณีการรายงานผล Anti HIV ใบรายงานจะถูกเก็บใส่ซองและปิดผนึกส่งห้องให้คำปรึกษา/ตึกที่ส่งตรวจ และมีการกำหนดผู้เข้าถึงข้อมูล ยังไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิ์

- การส่งตรวจ viral load ห้อง lab รายงานผลไป ARV Clinic เพื่อลงทะเบียนและนำผลรายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษา

- จากการทบทวนพบว่าการรายงานผล lab วิกฤติ ผู้ป่วยรับใหม่ไปยังผู้ป่วยในแต่ผู้ป่วยยังไม่ย้ายไปตึกส่งผลให้ตึกผู้ป่วยในไม่มีข้อมูลในการรายงานแพทย์ ทีมดูแลผู้ป่วยจึงปรับแนวทางการปฏิบัติงานโดยให้รายงานไปยัง ER ก่อน ถ้าหากได้รับแจ้งว่าย้ายผู้ป่วยเข้าตึกแล้ว ให้แจ้งผลไปที่ตึก และพบว่ามีแจ้งผลโดยการส่งข้อความทางคอมพิวเตอร์ การปฏิบัติงานที่ตึกไม่ได้นั่งทำงานหน้าคอมพิวเตอร์จึงไม่ทราบผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมล่าช้า จึงปรับให้มีการแจ้งผล lab วิกฤติทางโทรศัพท์เท่านั้น

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

- กลุ่มผู้ป่วยทั่วไป แพทย์จะต้องอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัย เหตุผลของการตรวจรักษาพิเศษเพิ่มเติม เช่น CT Brain, MRI, Ultrasound ขั้นตอนการรักษา และผลการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบทุกครั้ง เปิดโอกาสให้ซักถาม เพิ่มเติมมีการกำหนดการแจ้งผลการประเมินความก้าวหน้าทางการรักษา รวมถึงแผนการรักษาให้เข้าใจตรงกันทั้งผู้ป่วยและญาติ

- พยาบาลอธิบายเหตุผลในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาของแพทย์โดยใช้ภาษาที่ง่ายต่อการเข้าใจ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการมีส่วนร่วมในการรักษา

- เคารพถึงสิทธิผู้ป่วยในการบอกความจริงหรือการแจ้งข่าวร้าย โดยประเมินความพร้อมสภาวะทางจิตใจก่อน รวมถึงการบอกข้อมูลถึงบุคคลที่สาม

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีระดับความรู้สึกตัวลดลง ผู้ป่วย Multiple Trauma/HI ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้ข้อมูลกับญาติ/ผู้ดูแล
- ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยสูงอายุจะมีการระบุตัวบุคคลหรือ ผู้ดูแลที่ต้องสื่อสารให้ชัดเจน ซึ่งแพทย์เจ้าของคนไข้ เป็นผู้ให้ข้อมูล ผลการรักษาโดยจะอธิบาย ญาติหรือผู้ดูแลทราบ
- ผู้ป่วยต่างตัว มีปัญหาความไม่เข้าใจภาษา ประสานนายจ้างให้ส่งล่ามจากญาติ หรือเพื่อนร่วมงานที่เข้าใจภาษามาช่วยแปลภาษา

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

- ทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคผ่านกิจกรรมทบทวนเช่น ทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า ทบทวนการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง ทบทวนส่งต่อ ทบทวนเสียชีวิต การทบทวนวิชาการ ผลจากการทบทวนโดยทีมสหวิชาชีพพบว่า กลุ่มโรคที่มีอาการคล้ายคลึงกันทำให้มีโอกาสวินิจฉัยคลาดเคลื่อนได้ จึงกำหนดแนวทางการตรวจสอบเพิ่มเติม
- ใช้ CPG เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค มีระบบการ Consult แพทย์เฉพาะทาง เพื่อการวินิจฉัยได้ตลอด 24 ชั่วโมง กรณีแพทย์เฉพาะทางติดราชการจึงจัดระบบให้มีการ ให้ Consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลศูนย์
 - มีการบันทึกข้อมูลในใบ Progress Note และ เมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือมีข้อมูลสนับสนุนปรับเปลี่ยนข้อวินิจฉัยใหม่
 - สดุดิกรรมาใช้แบบบันทึก ซึ่งออกแบบการบันทึกเวชระเบียนที่สอดคล้องตามแนวทาง ของกรมการแพทย์ ร่วมกับ MCH broad ที่ประกาศให้ทุกโรงพยาบาลในภาคีเครือข่าย

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- มีการทบทวนความถูกต้องสมบูรณ์ของการวินิจฉัยโรคโดยกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ข้อมูลสนับสนุน มีการทบทวนความถูกต้อง โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทางและแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รวมถึงกิจกรรมการทบทวน การปรึกษาร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพทำให้การวินิจฉัยครอบคลุมตรงประเด็นมากขึ้น และนำเสนอการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในที่ประชุม PCT
- ผู้ป่วยไข้เลือดออกเปลี่ยนการวินิจฉัยเป็นไข้รากสาดใหญ่ ต้องปรับแผนการรักษาตามโรค จึงกำหนดให้ตรวจค้นหารอยแผลคล้ายบุหรี่จี้เพิ่มเติมทุกรายที่มีอาการและผลห้องปฏิบัติการไม่ชัดเจน ปี 2561 -2564 ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง 100%
- ผู้ป่วย COPD with AE มีอาการหายใจหอบเหนื่อย เหมือนผู้ป่วย Heart failure จึงต้องตรวจสอบประวัติแวดล้อม ฟังปอด และส่ง CXR เพื่อวินิจฉัยแยกโรค

- จากการทบทวนผู้ป่วยพบการวินิจฉัยผิดพลาดในผู้ป่วย Appendicitis เนื่องจากการตรวจร่างกายและการซักประวัติ การยอมรับผลการตรวจเบื้องต้นจากหน่วยงานอื่น ทีมดูแลผู้ป่วยทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลเพิ่มโดยกำหนดแนวทางการ admit เพิ่ม กรณีผู้ป่วยสงสัย Appendicitis ส่งต่อมาให้ admit observe โดยใช้ทุกราย และให้ปฏิบัติตามแนวทางในเรื่องการตรวจร่างกาย Investigation เช่น CBC UA U/S เป็นต้น
- จากการทบทวนผู้ป่วยพบการวินิจฉัยผิดพลาดในผู้ป่วย STEMI กรณีผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยอาการอื่น ๆ เช่น dyspepsia, atypical chest pain ทีมดูแลได้ปรับแนวทางการดูแล ACS เพื่อให้การวินิจฉัยถูกต้องและรวดเร็วผู้ป่วย sepsis มีการวินิจฉัยล่าช้า ดังนั้นผู้ป่วยที่สงสัย sepsis ให้ส่งตรวจ CBC H/C ค้นหาสาเหตุและมีการปรับใช้ SOS Score มาใช้และเฝ้าระวังติดตามประเมินต่อเนื่อง

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย:

- การทบทวนความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์การใช้ข้อมูลสนับสนุน การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยระหว่างแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ รวมถึงการทบทวน case การปรึกษาร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การวินิจฉัยครอบคลุมตรงประเด็นมากขึ้น ทบทวนเวชระเบียนใน ER ที่ตรวจโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบการวินิจฉัยโดยแพทย์เวร

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วย STEMI ปี 2561- ปัจจุบัน มีการปรับระบบ consult โดยประเมินผู้ป่วยร่วมกับ CCU ร.พ.แม่ข่าย สำหรับส่งต่อผู้ป่วยเพื่อทำ CAG ± PCI หรือ ให้ SK ก่อนส่งต่อ
- ผู้ป่วย ที่สงสัย SEPSIS เจาะ H/C และให้ยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง (เริ่มยาจาก ER)
- ผู้ป่วย stroke ได้รับการวินิจฉัยรวดเร็วและแม่นยำโดยการส่งทำ CT scan ทุกราย
- ผู้ป่วยสูติกรรมได้รับการตรวจด้วยเครื่อง U/S 4 มิติ
- นวัตกรรมถูกรับเลือกในการประเมิน case PPH และปรับปรุงแนวทางการดูแลทำให้อัตราการเกิด PPH ลดลง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	3	I L	- พัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่พบปัญหา - พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วย - นำ SOS Score มาใช้ให้ครอบคลุม และพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้ SOS Score - ประเมินติดตามความเหมาะสมและความคุ้มค่าในการใช้ทรัพยากร - เพิ่มศักยภาพ รายการตรวจเพื่อตอบสนองการวินิจฉัยโรค เช่น การทำU/S CT Scan ทบทวนความสมเหตุสมผลของตรวจ investigation
66. การวินิจฉัยโรค	3	I	- การติดตามกลุ่มผู้ป่วยที่ Missed/Delayed Diagnosis ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนมาวิเคราะห์ ทบทวนระหว่างสหสาขาวิชาชีพ - ทบทวนเวชระเบียนเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนาในการวินิจฉัย - ติดตามcase refer เพื่อนำข้อมูลมาทบทวนความถูกต้องในการวินิจฉัย

II-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
1. อัตรา Re – admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย DM	<5	2.63	0.10	0.44	0.28	0.38
2.อัตรา Re – admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD	<5	0.09	0.02	0.67	1.9	0.02
3.อัตราการคลอดก่อนกำหนด (Premature Contraction)	7	7.7	5.4	4.5	5.98	3.06
4.ทารกแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia	<25/1,000	17.14	10.56	18.47	8.54	40.81
5.อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<5	2.86	1.48	2.5	1.7	3.06
6.อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK/CAG ±PCI	>70%	36	90	63	93.33	83.33
7.อัตราการตายอายุ<20ปี คลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า2500 กรัม	7	1.7	9.6	10.9	7.39	9.19
8.อัตราการ Re – visit ผู้ป่วย COPD ด้วยอาการ exacerbation	<13	2.37	0.014	4.2	1.82	1.63
9.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี(HbA1C<7)	>40	36.99	33.07	27.28	33.19	20.67
10.อัตราที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	>60.00	38.49	40.85	55.06	55.09	33.90
11.ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี (BP<140/90mmHg 2 ครั้งติดต่อกัน)	≥50.00	57.06	57.06	67.01	62.67	48.17

ii. บริบท:

ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมองค์รวม และมีเป้าหมายที่ชัดเจนสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการ
ด้านสุขภาพของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม กำหนดแนวทางตั้งแต่แรกเริ่มเกี่ยวกับบัพยาศิสาของโรค สาเหตุ แนวทางการ
รักษา การปฏิบัติตนเมื่อจำหนาย โดยประสานผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ
เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติสามารถให้การดูแลตนเองได้

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ: DHF, Stroke, DM, HT, COPD-Asthma, ACS, TB, PPH

ตัวอย่างโรคที่คนภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ: Stroke, DM, HT, COPD, Premature Contraction

iii. กระบวนการ

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
Stroke	1. มีระบบ EMS รับแจ้งเหตุ และออกเหตุตลอด 24 hrs. 2. มีการสร้างกลุ่ม line เครือข่าย NCD เพื่อติดต่อประสานงานและปรึกษาแพทย์เฉพาะราย 3. ให้ความรู้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิด Stroke เช่น DM HT 4. มีระบบการดูแล Home Health Care โดยสหวิชาชีพ 5. มีการประสานโรงพยาบาลแม่ข่าย เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วโดยผู้ป่วย Stroke FAST TRACK ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาราช ภายใน 30 นาที ในปี 2561-2565 คิดเป็น ร้อยละ 100
COPD	1. มีการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ โดยนักกายภาพบำบัดกิจกรรมทดสอบสมรรถภาพปอด หลังจากนั้นผู้ป่วยจะถูกส่งไปพบกับพยาบาลต่อเพื่อซักประวัติและให้เป่า peak flow-meter เพื่อบันทึกค่า peak flow เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการจึงจะได้เข้าพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป หลังจากพบแพทย์คนไข้จะถูกจำหน่ายมาห้องยาเพื่อทำการประเมินเทคนิคการใช้ยาพ่นและให้คำปรึกษา กรณีใช้ยาไม่ถูกต้อง โดยจากการเก็บข้อมูลปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราการเข้ายพ่นขยายหลอดลมที่ถูกต้องร้อยละ 91.4, 96.5, 92.0 ,93.01 และ 94.15 ตามลำดับ 2. จัดตั้ง Easy COPD Clinic เป็น one stop service และแยกจากคลินิกโรคหืดในปี 2554 ดำเนินการมาถึงปัจจุบัน 3. พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วย COPD โดยใช้ GOLD guideline และปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล 4. ทำ D/C plan ทุกราย เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 5. ใช้โปรแกรม HOS-Xp และโปรแกรม Easy Asthma ในการประเมินระดับความรุนแรงของโรค และส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) 6. เสริมพลังในการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในคลินิกและตึกผู้ป่วยในในเรื่อง - ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาเบื้องต้นเมื่อมีอาการกำเริบ และให้คำแนะนำในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง - ฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยการฝึกการหายใจแบบห่อปากและการออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น การเป่าขวดน้ำ การใช้อย่างยัด - ประเมินผลยาพ่นขยายหลอดลมทุกครั้งที่มีมารับบริการ - ให้คำแนะนำและส่งเสริมการเลิกบุหรี่

	7. ผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เข้าระบบคลินิก นัดเข้าคลินิกทุกรายในวันอังคารเช้า 8. มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ผิดนัด 9. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ หรือผู้ป่วยที่ re – admit จัดทีมสหวิชาชีพเยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน จากการเก็บข้อมูลพบว่า พบผู้ป่วย re – admit ปี 2561-2565 คิดเป็นร้อยละ 0.19 , 1.19, 0.67 , 1.9 และ 0.02 ตามลำดับ 10. ปรับ CPG COPD เพื่อให้ปฏิบัติได้มาตรฐานเดียวกัน
DM ,HT	1. จัดให้บริการคลินิกพิเศษเบาหวาน วันจันทร์ถึงวันศุกร์ช่วงเช้า และคลินิกความดันโลหิตสูงช่วงบ่าย ยกเว้นวันอังคาร มีนักโภชนาการให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารเฉพาะโรคในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และในผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ 2. มีคลินิก DM poor control ออกตรวจทุกวันพฤหัสบดีช่วงเช้า ตรวจโดยอายุรแพทย์ดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะคุมน้ำตาลไม่ได้หรือใช้ยาฉีดในปริมาณสูง 3. มีระบบส่งตัวผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้ดี ไปดูแลต่อเนื่องที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน โดยจัดทำและอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย มีการประสานข้อมูลและการร่วมมือของสหวิชาชีพโดย case manager มีแพทย์ออกตรวจรพ.สต. ในวันที่มีคลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเป็นสื่อกลางในการสื่อสารข้อมูล 4. ฝึกทักษะการฉีด Insulin แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยการทำ two tick กรณีผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลหลักเภสัชกรประสานอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนช่วยในการดูแลผู้ป่วย 5. อัตราการ Re – admit จากภาวะ Hypo-hyperglycemia ทีมผู้ดูแลประเมิน ค้นหาสาเหตุและวางแผนดูแลเพื่อป้องกันการ Hypoglycemia ตั้งแต่แรกรับโดยทีมสหวิชาชีพ แพทย์ ปรับแผนการรักษา นักโภชนาการปรับเรื่องอาหาร พยาบาลแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลก่อนจำหน่ายประสานทีม HHC ลงเยี่ยมบ้าน 6. พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย HT ให้กับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิด Stroke Fast Track ในระยะยาว
ACS	ผู้ป่วย NSTEMI, Unstable Angina ให้อนพักในโรงพยาบาล ให้การดูแลรักษาตามแนวทางและวางแผนจำหน่ายทุกราย ส่งตัวเพื่อตรวจ investigation เพิ่มเติมที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์/สุราษฎร์ธานี/โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และนัดติดตาม พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง Needle time (SK) ในผู้ป่วย STEMI ปี 2561-2563 พบร้อยละ 36, 33.3 และ 38 ตามลำดับ

Sepsis	1.ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรอง โดยใช้ sign SIRS ได้รับการตรวจที่ ER 3.เฝ้าติดตามอาการผู้ป่วยโดยคำนวณ SOS (Search Out Severity) Score 4.ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เกินศักยภาพ มีการส่งต่อที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพได้รวดเร็ว 5.มีการทบทวนและปรับแผนการรักษาโดยการทบทวน Dead Case/Refer Case
PPH	1.มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิด PPH ใน first ANC และแรกรับในห้องคลอด 2.รณรงค์การฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีวินิลทูกพร.สต. 3.เจาะ Hct ก่อนคลอด และการเตรียมเลือดพร้อมใช้ 4.ให้ IV และ NPO ระยะ Active phase และ oxytocin 10u หลังทารกคลอด 5.การใช้ถุงตวงเลือด 6.Early warning signs มี blood loss 300ml 7.ทบทวนความรู้ อบรมการช่วยชีวิตฉุกเฉิน ซ้อมสถานการณ์อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 8.มี CPG และ Flow chart PPH ติดในห้องทำคลอด 9.มีการประสานงานการส่งต่อและนำ Case มาทบทวน 10.มีการติดตามครรภ์เสี่ยง ผิดนัดและส่งต่อข้อมูลติดตามเยี่ยม
TB	1.มีการคัดกรองกลุ่มเจ้าหน้าที่ร.พ.ปากพนังและเครือข่ายสุขภาพ 2.มีการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย NCD 3.มีการคัดกรองกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วย/ผู้สัมผัสผู้ป่วย TB 5.มีการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วย HIV 6.มีการคัดกรองกลุ่มผู้ต้องขัง 7.ใช้ CPG กำกับการดูแลรักษา และทำ DOT 100% 8.ให้บริการแบบ one stop service และแยกโซนการตรวจรักษา 9.มีห้องแยก
DHF	1.มีแนวทางปฏิบัติใช้ในเครือข่ายทั้งจังหวัด 2.มีระบบ SRRT ใช้ในเครือข่ายและควบคุมการระบาดโรคได้รวดเร็วทันที 3.หลัง admit ให้ใส่ CPG ไว้หน้า chart เพื่อกำกับการใช้ CPG 4.มีระบบ consult ผู้ป่วยเด็ก consult กุมารแพทย์ ผู้ใหญ่ consult อายุรแพทย์ 5.มีระบบส่งต่อที่มีคุณภาพ โดย consult แพทย์เฉพาะทาง รพ.แม่ข่ายก่อนส่งต่อทุกราย

(1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:

- มีการเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพทีมดูแลผู้ป่วยและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วย มีการเขียนบันทึกผลการประเมินความก้าวหน้าและแผนการรักษาอย่างชัดเจน ไว้ในเวชระเบียนส่วนของ progress note/ใบประสานงานระหว่างสหวิชาชีพซึ่งกำหนดโดยทีม PCT ซึ่งเป็นช่องทางการสื่อสารเพื่อให้ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยสาขาอื่น ๆ สามารถนำข้อมูลมาเชื่อมโยงกับปัญหาของผู้ป่วยและวางแผนให้การดูแลในบทบาทของแต่ละวิชาชีพได้อย่างสอดคล้องครบถ้วน
- มีระบบการวางแผนดูแลผู้ป่วย การปรึกษา แบบสหสาขาวิชาชีพระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดมีใบขอคำปรึกษาประสานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
- มีระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทางในแต่ละสาขา โดยใช้แบบฟอร์ม ใบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ในกรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหรือเร่งด่วนให้แพทย์เป็นผู้ปรึกษาด้วยตนเองก่อนเขียนใบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ผู้ป่วยสูติ-นรีเวชให้แพทย์เป็นผู้ปรึกษาด้วยตนเองทุกรายและเขียนใบขอคำปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
- พยาบาลบันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ในแบบบันทึกทางการพยาบาล โดยมีการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยสอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเชื่อมโยง และประสานงานกันระหว่างวิชาชีพ

(2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:

- มีการประเมินความต้องการอย่างรอบด้านในผู้ป่วยทุกราย สรุปปัญหาให้ครอบคลุม และวางแผนตามปัญหาที่ประเมินได้ ใช้ CPG/Care Map มาใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรค และนำระเบียบปฏิบัติมาใช้ให้เหมาะสม กรณีผู้ป่วยเด็กให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองและประเมินปัญหา ความต้องการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง

(3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- ในกลุ่มผู้ป่วย DHF มี CPG และ Care map ใช้ในการประเมินและดูแลรักษา มีกุมารแพทย์ให้การรักษาและรับ consult ได้ 24 ชั่วโมง สามารถดูแลให้ผู้ป่วยหายจากโรค ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และประสานชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้ จากการดำเนินการ ปี 2562-2565 ไม่พบผู้ป่วย DHF เสียชีวิต
 - จากปัญหากลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า มีภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง จึงได้เปิดบริการ CKD Clinic ดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อชะลอความเสื่อมของไต
- *ลดปัจจัยเสี่ยง
- ไม่กินเค็ม
 - ไม่ใช้ยาสมุนไพร+อาหารเสริม
 - รักษากลุ่มโรคที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อม
 - ควบคุมการใช้ยา NSAID และ COX2 inhibitor
 - ให้ความรู้ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค

-งดสูบบุหรี่

*Early detection

-ติดตาม lab: Cr., urine albumin ปีละ 1 ครั้ง

-ตรวจคัดกรองและรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงอย่างเหมาะสม

*Effective treatment

- CKD clinic คุณภาพโดยทีมสหวิชาชีพ

- CKD stage 1-3 ได้ยา ACEI/ARB

- ระบบติดตามผู้ป่วยไม่มาตามนัด

-ใช้ CPG ในการดูแลและติดตามผลลัพธ์

- empowerment ผู้ป่วยและญาติ

กำหนดแนวทางการส่งปรึกษาอายุรแพทย์ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติก่อนส่งโรงพยาบาลมาราษ เพื่อทำการล้างไตทางหน้าท้อง ปัจจุบันมีผู้ป่วยทั้งหมด 12 ราย ติดตามดูแลเยี่ยมตามแนวทางโดยทีม HHC ทุกราย

- ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด มีการปฏิบัติตามแนวทางและนำ CPG มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

ผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอด อัตราการเกิดไม่คงที่แต่มีแนวโน้มลดลง จากการเก็บข้อมูลปี 2558-2561 นำ case ที่พบ มาทบทวนเพื่อปรับ CPG ตั้งแต่แรกเริ่มมีการประเมินความเสี่ยงผู้คลอดที่มีแนวโน้มการเกิด PPH มาหาวิธีป้องกันทุกระยะของการคลอดที่เพิ่มการดูแลขึ้น เช่น การเฝ้าคลอดเมื่อเกิดการเจ็บครรภ์ล่าช้า โดยใช้ pathograph การรายงานแพทย์ ระยะคลอด การทำคลอดที่ถูกต้อง การทำหัตถกรรมดูดซับเลือด ผูกที่มทำ condom balloon tamponade, bimanual uterine compression โดยมี flow chart และขั้นตอนการตามทีมฉุกเฉิน PPH ในห้องคลอด การเฝ้าหลังคลอด สวน urine หลังคลอด และ observe void 6 ชม. และการใช้ยาฉีดเปลี่ยนจาก methergin inj. IM เป็น oxytocin 10 u IM หลังทารกคลอดทันที ทำให้การเกิด PPH ลดลงปี 2561- 2565 เท่ากับร้อยละ 2.86, 2.11, 2.5, 1.7 และ 3.06 ตามลำดับ

- ผู้ป่วย STEMI ใช้ CPG กำกับในการรักษาโดยใช้ SK รวมทั้งมีการ consult แพทย์เฉพาะทาง โรงพยาบาลแม่ข่าย โดยในปี 2560 ผู้ป่วย STEMI ได้รับการรักษาที่เหมาะสม 85% ปี 2561 มีการปรับแผนการรักษา ร่วมโรงพยาบาลแม่ข่ายโดยปรับให้มีการ consult CCU เพื่อพิจารณาให้ยา SK/ส่งต่อไป PCI±CAG ปี 2562-2565 ได้รับการส่งต่อไป CAG ± PCI ทั้งหมด

- Appendicitis ได้รับการวินิจฉัยและรักษารวดเร็ว ถูกต้อง Early detection โดยซักประวัติและตรวจร่างกายได้ ถูกต้อง ครอบคลุม ส่งตรวจวินิจฉัยเบื้องต้นได้ถูกต้องทันเวลา-เฝ้าระวัง ติดตามอาการได้ถูกต้องและเหมาะสม ให้การรักษา ตาม CPG ระบบ Consult อายุรแพทย์/แพทย์อาวสุ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการรักษา การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องแผนการรักษา ส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

(4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:

- ให้คำแนะนำและข้อมูลเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเริ่มจนจำหน่าย เช่น ผู้ป่วยวาระสุดท้ายจะให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการรับรู้ข้อมูล โดยบางรายจะแจ้งญาติ ในการวางแผนเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ และหากปฏิเสธการรักษาแพทย์จะดูแลแบบประคับประคอง และลดอาการรบกวนที่ทำให้ไม่สบายใจจากไปอย่างสงบและเป็นสุขบนพื้นฐานการดูแลรักษาตามสิทธิพื้นฐานของความเป็นมนุษย์

- กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคไม่ชัดเจน แพทย์จะให้ข้อมูลและแนวทางการรักษาเบื้องต้น และแจ้งผลการรักษาให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ โดยทีมจะติดตามประเมินความรู้ ความเข้าใจ ความรู้สึกเป็นระยะ เมื่อมีข้อสงสัยจะประสานกับแพทย์โดยตรง
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนสูง แพทย์จะให้ข้อมูลเหตุผลของการรักษาที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนโดยผู้ป่วย/ญาติ ลงนามรับทราบข้อมูล
- กลุ่มผู้ป่วยเด็กมีการแจ้งแผนการดูแลแก่ผู้ปกครองแจ้งให้ทราบถึงความจำเป็นในการให้การดูแลรักษา โดยผู้ปกครองสามารถมีส่วนร่วมในการวางแผน
- งานฝากครรภ์จะส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ และครอบครัว Couple Counseling ในการเจาะเลือด เมื่อมาฝากครรภ์ จัดทำโรงเรียนพ่อแม่ ในการเตรียมตัวของหญิงตั้งครรภ์ และสามีก่อนการคลอดบุตร
- หลังคลอดจะเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอด ญาติและครอบครัว เข้าร่วมเมื่อทำการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย สอน ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนหลังคลอด และฝึกทักษะ เช็ดตา เช็ดสะดือทารก แก้มทั้งมารดา และครอบครัว ทูกรายก่อนจำหน่าย

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยระยะบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้จัดทำโครงการ “สานใจสีดวง” ด้วยสองมือเราเพื่อความสุขสุดท้ายของผู้ป่วย” นำแบบประเมิน Palliative Performance Scale Version2 (PPSV2) มาใช้ในการประเมิน มีการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลรักษาทุกราย โดยแพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลอาการผู้ป่วย Prognosis ของโรค จัดกิจกรรมให้ตามญาติต้องการ เช่น ทำพิธีทางศาสนา พังธรรมะ ในรายที่ญาติต้องการพาผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้าน ทีมมีการสนับสนุนให้ตามเหมาะสม เช่น รถส่งกลับบ้าน เตรียมอุปกรณ์ให้นำไปใช้ต่อ ฝึกผู้ดูแล ในปี 2560 เน้นกิจกรรม family meeting advance, ACP และส่งเยี่ยมบ้านทุกราย โดยปฏิบัติเต็มรูปแบบปี 2560 และในปี 2561 ได้ขยายกิจกรรมการดูแลสูรพ.สธ. เพื่อให้ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายในชุมชน ได้รับการดูแล พัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างทั่วถึง จำนวนผู้ป่วย palliative care ในปี 2561-2563 มีจำนวน 62,70 และ 95 ตามลำดับ
 - การดูแลผู้ป่วย Stroke ญาติร่วมวางแผนการดูแลรักษา พึ่งผู้ป่วยกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล โดยผู้ดูแลหลักร่วมวางแผนกับทีมตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาจนกระทั่ง refer, กลับบ้าน ญาติปรับแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมเพื่อจัดสรรเวลาดูแลฟื้นฟูผู้ป่วย ฝึกทักษะที่ต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ทำแผลเจาะคอ suction การทำกายภาพ เทคนิคการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยจากการดำเนินงานผู้ป่วยและญาติได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง 100%
 - CKD เพื่อชะลอความเสื่อมของไต ไม่กินเค็ม ไม่ใช้ยาสมุนไพรและอาหารเสริม ให้ความรู้ในการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ให้ความรู้ในชุมชนผ่านอสม. เรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหารการดูแลขอผ่าน application เปิด line กลุ่มอสม. CKD รักษากลุ่มโรคที่ส่งเสริมให้ไตเสื่อม ควบคุมการใช้ยา NSAID และ COX2 inhibitor
- งศฐบุรินทร์ ส่งผู้ป่วยติดบุหรืเข้าคลินิกเลิกบุหรื นักโภชนาการและเภสัชให้ความรู้ที่ CKD clinic มีตัวอย่างอาหารเฉพาะโรค

(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:

- การประชุมร่วมกันในคณะกรรมการ PCT โดยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินการให้แผนการรักษาสู่ผู้ปฏิบัติด้วยความเข้าใจ
- มีการจัดทำ CPG ให้สอดคล้องกัน และแขวนไว้ในเว็บไซต์ของโรงพยาบาล เพื่อให้แต่ละหน่วยงานนำไปปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน
- แพ้มวาระเบียนของผู้ป่วย และใช้ progress note/ใบประสานงานระหว่างวิชาชีพ
- ระบบ SRRT สื่อสารในทีมเครือข่ายเพื่อรายงานโรคและลงควบคุมการระบาดได้รวดเร็ว
- จากข้อมูลจะรายงานผ่านระบบ HIS ทางโปรแกรม HOSXP
- จากระบบ LIS ของงาน Lab กรณีเป็น lab alert จะโทรประสานกับมาที่หน่วยงานทราบผลทันทีกับทีมผู้ดูแลในหน่วยงาน และรายงานแพทย์ผู้ order
- ระบบส่งต่อ จาก Program Thai Refer และการโทรประสานก่อนส่งต่อ
- ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในทีมเครือข่ายโดยใช้แบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่อง
- สื่อสารการดูแลผู้ป่วยโดยโทรศัพท์ แอปพลิเคชัน LINE วิทยุสื่อสาร SMS
- จัดประชุมวิชาการและสื่อการนำ CPG/ระเบียบวิธีปฏิบัติ มาใช้เป็นแนวทางเดียวกัน

(7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:

- มีการทบทวนวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการทำกิจกรรม C3THER, one day one chart ค้นหาความเสี่ยง มุ่งเน้นความปลอดภัย ดูแล 4 มิติ จากการดำเนินการพบว่าปัญหาด้านจิตใจ เศรษฐกิจถูกมองข้าม การมองปัญหา Clinical risk ไม่ครอบคลุมในกลุ่มโรค, การนำปัญหาที่ประเมินได้จาก 11 แบบแผนของกอดอน ไม่มีการนำมาวางแผนดูแล จึงได้ปรับให้มีการ Audit chart คนละ 2 chart เพื่อค้นหาปัญหาและนำไปปรับปรุง, จัดทำแนวทางและทบทวน CPG นำมาวิเคราะห์มาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
- จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย TB พบปัญหาอัตราผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ปี 2562-2565 ร้อยละ 3.33, 0, 4.68 และ 4.54 ตามลำดับ และมีอัตราผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต ร้อยละ 6.0, 6.0, 6.06 และ 8.33 ตามลำดับ ทีมได้พัฒนาระบบติดตามการใช้ระบบเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลกำกับการกินยาทุกวัน (DOTs) มีเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในเขตความรับผิดชอบ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีระบบติดตามนัดล่วงหน้า และโทรศัพท์กระตุ้นเตือนก่อนถึงวันนัดอย่างน้อย 2 วัน พัฒนาระบบติดตามเมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัด โดยประสานเจ้าหน้าที่ประจำพื้นที่เพื่อออกติดตาม มีการติดตามเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในช่วง 2 เดือนแรกของการรักษา และทุกเดือนในช่วง 4 เดือนหลังของการรักษา เพื่อป้องกันการขาดยาของผู้ป่วยวัณโรค ปี 2560-ปัจจุบัน อัตราการรักษาผู้ป่วยแบบมีพี่เลี้ยง (DOTs) 100% การดำเนินงานผู้ป่วย TB ทำ DOTs 100% มีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด มีระบบติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการใช้ยา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

- Stroke การดูแลขณะรับกลับผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะอยู่ในรefer 1 ราย ปี 2561 มาถึงโรงพยาบาลต้อง refer กลับไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์ จากการทบทวนให้ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
- AMI ให้มีการconsult CCU รพ.มหาราชก่อนให้ยา SK ทุกราย และในกรณีสามารถทำ CAG±PCI สามารถให้การรักษาได้รวดเร็วทันที
- PPH มีการเตรียมเลือดในรายที่ใช้ยา induction PRC 2 u และรายที่มีภาวะซีด Hct < 30% จะเตรียมเลือด 2 U และกรณีหลังคลอด เกิดภาวะ PPH มีการติดตาม Hct ทุก 4 ชม. หลังคลอด และเข้าวันรุ่งขึ้น กรณี Hct <33% มีการติดตาม Hct หลังคลอด 7 วัน และ 1 เดือน ร่วมกับการจ่ายยา FeSO4 1*3 pc x 1 เดือน การให้ข้อมูลผู้คลอดและญาติรับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนครอบครัวตาม

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
Stroke	1.ใช้ Care MAPและมีการประเมิน Barthel Index ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องมาดูแลผู้ป่วยตามความเหมาะสม ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องอุปกรณ์นำไปใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน อุปกรณ์ช่วยเดิน อุปกรณ์ทำแผล การให้อาหารทางสายยางเป็นต้น 2.มีแนวปฏิบัติการส่งเสริมการกลืนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีการกลืนลำบาก 3.ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เช่นการเตรียมอาหารเหลว การดูแลให้อาหารทางสายยาง การดูแลไม่ให้มีการอุดตันของเสมหะ, การป้องกันการสำลัก, การดูแลท่อหลอดลมคอ การดูแลสายสวนปัสสาวะ, การป้องกันการเกิดแผลกดทับ การจัดท่านอนพลิกตะแคงตัว, การป้องกันข้อติด/กล้ามเนื้อลีบและการใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว
HT	1.ค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลร่วมกันวางแผนการปฏิบัติตัว เช่นเรื่องการบริโภค การออกกำลังกาย การรักษาต่อเนื่อง เป็นต้น 2. ให้ความรู้แก่แกนนำหมู่บ้าน อสม.เพื่อเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในการให้ความรู้และติดตามผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดเพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็งมีสุขภาพที่ดีห่างไกลโรค HT และภาวะแทรกซ้อนเพื่อคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ
COPD	ค้นหาปัญหาผู้ป่วยร่วมกับญาติและวางแผนการดูแลร่วมกัน 1.ฝึกทักษะการพ่นยา โดยเภสัชกร 2. ฝึกทักษะการบริหารปอด โดยกายภาพบำบัด 3.ผู้ป่วยที่ re-admit ให้สำรวจสิ่งแวดล้อมที่บ้านร่วมด้วย

TB	1.เตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยและญาติในการดูแลรักษาผู้ป่วย TB โดย ทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลเพื่อเตรียมผู้ป่วยเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคและแนวทางการรักษา การใช้ยาและอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การดูแล สุขภาพทั่วไป โภชนาการ การเตรียมที่อยู่อาศัย การป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ ฝึกทักษะการล้างมือ การจัดการสิ่งคัดหลั่ง การตรวจคัด กรองผู้สัมผัส การนัดตรวจและติดตามผู้ป่วย 2.เตรียมการทำ DOT 3.การมาตรวจตามนัด
ผู้ป่วยติดเตียง/palliative care	1.ทำ family meeting/ACP เตรียมความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล สถานที่ อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ 2.สอนทักษะที่จำเป็นให้ญาติ/ผู้ดูแล 3.ส่งทีม HHC ติดตามเยี่ยม
DM	1.เตรียมผู้ป่วยและญาติโดยประเมินค้นหาปัญหาผู้ป่วย ทำ discharge plan ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ทีม HHC 2. เตรียมความพร้อมวางแผนการดูแล ฝึกทักษะ เตรียมอุปกรณ์นำไปใช้ ต่อเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่น อุปกรณ์ทำแผล การฉีด insulin เป็นต้น 3.ส่งทีมลงเยี่ยมบ้านติดตามดูแล พฤติกรรมที่บ้าน และประเมินผลการดูแล ตัวเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน
AMI	1.ประเมินความเข้าใจโรคที่เป็น การปฏิบัติตัว การใช้ยา และร่วมกับผู้ป่วย และญาติวางแผนการปฏิบัติให้ถูกต้องเหมาะสม 2.การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ตามนัด 3.การมาตรวจตามนัด
Teenage pregnancy	-การวางแผนจำหน่ายเริ่มทำตั้งแต่วันแรกรับ โดยการประเมินความต้องการ ของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เพื่อวางแผนให้เหมาะสมเฉพาะราย ให้ข้อมูล ให้ คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองเป็นระยะ มีการเชื่อมโยงกับสหสาขา วิชาชีพ และมีการส่งต่อชุมชนเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง
GDM	-มี CPG กำกับการติดตามเยี่ยมและติดตามมาตรวจคัดกรองเบาหวาน 45 วันหลังคลอด พร้อม FP
หญิงหลังคลอด ทารกหลังคลอด PPH	มีการวางแผนจำหน่าย PPH มีการเตรียมเลือดในรายที่ใช้ยา induction PRC 2 u และรายที่มีภาวะซีด Hct < 30% จะเตรียมเลือด 2 U และกรณีหลัง คลอดเกิดภาวะ PPH มีการติดตาม Hct ทุก 4 ชม. หลังคลอด และเข้า วันรุ่งขึ้น กรณี Hct < 33% มีการติดตาม Hct หลังคลอด 7 วัน และ 1 เดือน ร่วมกับมีการจ่ายยา FeSO4 1*3 pc x 1 เดือน การให้ข้อมูลผู้คลอดและญาติ

	รับทราบความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การวางแผนครอบครัวตามความเหมาะสม ทุกราย
--	---

(1) การกำหนดแนวทาง ขอบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ Care Map เพื่อการวางแผนจำหน่าย):

- อายุรกรรม: Stroke, COPD, AMI, DM, HT, TB และ Palliative Care/ผู้ป่วยที่มีแผล มีอุปกรณ์ต่างๆ ติดตัว ผู้ที่ re-admit บ่อย
- กุมารเวชกรรม: Preterm Asthma และ DHF
- ศัลยกรรม/ศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์: SHI, Multiple Trauma, กลุ่มผู้ป่วย Fail Plate และ Osteomyelitis
- สูติกรรม: มารดาหลังคลอดทุกราย PPH, และทารกแรกเกิด

(2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:

- มีการวางแผนจำหน่าย ตั้งแต่แรกรับโดยค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ จนถึงวันจำหน่าย พบปัญหาของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับวิชาชีพใด พยาบาลเจ้าของไข้เป็นผู้ประสานเช่น กลุ่มผู้ป่วย DM จำเป็นต้องฉีด Insulin ดำเนินการส่งข้อมูลผู้ป่วยให้เภสัชแนะนำเรื่องการใช้อินซูลิน, มีปัญหาเรื่องอาหาร Consult นักโภชนาการ ในกรณีมีแผลพยาบาลฝึกการทำแผล ซึ่งการฝึกทักษะทุกอย่างต้องผ่าน 2 tick กลุ่มผู้ป่วย COPD พบว่า admit ด้วย Exacerbation และ re-admit ภายใน 28 วันปี 2561-2564 เป็น 0.19, 1.19, 0.67 และ 1.9% ตามลำดับ เห็นได้ว่าเปอร์เซ็นต์เพิ่มสูงขึ้นปี 2561 เนื่องจากมีผู้ป่วยชาย 1 คน ไม่มีญาติเมื่อมีอาการเหนื่อยจึงเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เตรียม O2 home therapy หลังจำหน่ายประสานทีม HHC ติดตามดูแลต่อ กลุ่มผู้ป่วย Stroke ฝึกการบริหารปอดเพื่อการฟื้นฟูผู้ป่วย นักกายภาพสอนฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ก่อนจำหน่ายและวางแผนติดตามเยี่ยมพร้อมทีม HHC การทำกายภาพต่อเนื่องที่บ้าน การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้าน การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ในปี 2563 พบร้อยละ 0.67 ซึ่งเกิดในผู้ป่วยรายเดิม ประมาณ 3-4 ราย เป็น case severe COPD ที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เช่นยังสูบบุหรี่ มีสัตว์เลี้ยงที่บ้าน และมีโรคร่วม

- Palliative Care พิจารณาความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ เพื่อให้มีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด ลดอาการรบกวนให้มากที่สุดตามสภาพของผู้ป่วย
- DHF วางแผนจำหน่ายตั้งแต่อนโรงพยาบาล แจ้งฝ่ายวิชาการส่งข้อมูลใน ทีมSRRTการควบคุมการระบาด และแนะนำการปฏิบัติตัวหลังจำหน่าย

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

- ผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย โดยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญด้านสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ความเชื่อ การให้กำลังใจต่อการรักษาพยาบาล แพทย์เป็นผู้วางแผนให้การรักษารับเปลี่ยนการรักษาที่เหมาะสม และติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง พยาบาลมีส่วนร่วมในการประเมินศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวในการฝึกทักษะ ประสานทีมสุขภาพในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะผู้ป่วยในทีมสหวิชาชีพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับ

การดูแลผู้ป่วยร่วมวางแผนและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมในแต่ละราย ทีมมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรก โดยรวบรวมปัญหาจาก แบบแผนกอดนอน ใช้หลัก D-METHOD สอนและฝึกทักษะ ประเมินความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลโดย 2 tick การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม จำเป็นต้องวางแผนร่วมกับหัวหน้าครอบครัว, อุปกรณ์บางอย่างในครอบครัว ร่วมกันจัดซื้อ เช่น เครื่อง Suction, เครื่องผลิตออกซิเจนในรายที่ไม่สามารถจัดหาได้ ทางโรงพยาบาลสนับสนุนให้ตามความเหมาะสม ทีมฝึกทักษะการใช้งานให้พร้อมก่อนจำหน่าย มีการประสานข้อมูล แผนการดูแล โดยใช้แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านเป็นสื่อ

(4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:

- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยทุกรายมีการวางแผนร่วมกับญาติและทีมสหวิชาชีพ ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการทำแผล การใช้ออกซิเจนโดยเฉพาะการดูดเสมหะให้ญาตินำเครื่อง Suction ที่บ้านมาฝึกจนชำนาญ ปฏิบัติได้ตามแผน มีการพัฒนาศักยภาพและมั่นใจในการดูแล ประสานทีม HHC ลงติดตามประเมินผลที่บ้าน พบว่า ผู้ดูแลบางรายไม่ใช่ผู้ที่ได้รับการฝึกทักษะจากโรงพยาบาล จากการสอบถามพบว่า ผู้ดูแลหลักไม่สามารถมาเรียนรู้ในวันที่เจ้าหน้าที่นัดสอน เจ้าหน้าที่ผู้ป่วยในจึงปรับแผนสอนให้ผู้ดูแลหลักจริง ๆ ถ้าญาติไม่พร้อมเจ้าหน้าที่นัดสอนใหม่ ขณะอยู่บ้านหากพบปัญหา ผู้ดูแลสามารถโทรมาปรึกษาทีม HHC หรือติดผู้ป่วยในหรือเข้ามาปรึกษาได้ตลอดเวลา

(5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ. :

- ทีมสหวิชาชีพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยร่วมวางแผนและเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยและญาติ ให้สามารถดูแลตัวเองต่อที่บ้านได้อย่างมีคุณภาพเหมาะสมในแต่ละราย ทีมมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรก โดยรวบรวมปัญหาจาก แบบแผนกอดนอน ใช้หลัก D-METHOD สอนและฝึกทักษะ ประเมินความสามารถของผู้ป่วย/ผู้ดูแลโดย 2 tick การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม จำเป็นต้องวางแผนร่วมกับหัวหน้าครอบครัว , อุปกรณ์บางอย่างในครอบครัว ร่วมกันจัดซื้อ เช่น เครื่อง Suction , เครื่องผลิตออกซิเจนในรายที่ไม่สามารถจัดหาได้ ทางโรงพยาบาลสนับสนุนให้ตามความเหมาะสม ทีมฝึกทักษะการใช้งานให้พร้อมก่อนจำหน่าย ประสานทีม HHC และ มีการประสานข้อมูล แผนการดูแล โดยใช้แบบฟอร์มเยี่ยมบ้านเป็นสื่อ
- งานสูติกรรม ฝึกทักษะการดูแลมารดาและทารกหลังคลอดตั้งแต่ฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด และมีการนัดติดตามหลังคลอด 7 วัน 45 วันและส่งต่อข้อมูลเครือข่ายเยี่ยมบ้าน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบการดูแลส่งต่อในรูปแบบเครือข่าย มีระบบให้คำปรึกษากับทีม HHC ได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีแพทย์ประจำทีมพร้อมให้ consult สร้างความเข้มแข็งให้ทีม case ที่มีความซับซ้อนลงเยี่ยมโดยทีมสหวิชาชีพทุกราย มีระบบการจัดลำดับในการลงเยี่ยมผู้ป่วย palliative care/ผู้ป่วยที่มีความเรื้อรังจนทีมลงเยี่ยมทันที
- มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ต้องเตรียมกับผู้ดูแลหลักทุกรายและใช้แบบฟอร์มการเยี่ยมเฉพาะโรค มีการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

- มีแนวทางการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามความยินยอมก่อนทุกราย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3	การวางแผนการดูแลไม่ครอบคลุมปัญหา (I)	-ปรับปรุงแผนการดูแลให้ครอบคลุมปัญหาแบบองค์รวมทั้ง 4 มิติ -ร่วมวางแผนการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย
68. การวางแผนจำหน่าย	3	การวางแผนการจำหน่ายพบปัญหาผู้ดูแลไม่ใช่บุคคลที่สอนก่อนจำหน่าย (I)	-ร่วมวางแผนจำหน่ายกับผู้ป่วยและครอบครัวให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย -ปรับปรุงการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมโรคสำคัญ -ดึงแกนนำในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของชุมชน

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง
ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มทั้งหมด	0 ราย	0	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2 -4	0/1000 วันนอน	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะน้ำเกินในผู้ป่วย DHF	<10%	1.15	0.4	1.2	0	0
อัตราการเกิดภาวะ shock ในผู้ป่วย DHF	<10%	0	0	0	0	0
อัตราการติดตามผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการดูแล DOT (Direct observe treatment)	100%	100	100	100	100	100
อัตราการตกเลือดหลังคลอด PPH	< 5%	2.86	1.48	2.5	1.7	3.06
มารดาติดเชื้อ HIV อัตรา VL<50 copies/ml	100%	100	100	100	100	100
การชะลอความเสื่อมของไตผู้ป่วยที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73	>66%	59.95	59.66	63.80	68.36	63.80
อัตราการเสียชีวิตด้วยโรค sepsis	< 30%	5.19	2.70	0	0	0

ii. บริบท

:บริบท:

- โรงพยาบาลปากพนังเป็นโรงพยาบาลขนาด M2 ให้การดูแลผู้ป่วย ทุกเพศ ทุกวัยโดยทีมสหวิชาชีพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยรักษาหายจากภาวะสุขภาพที่ถูกคุกคามและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ตามกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (DHF, ACS, Stroke, PPH) มีความซับซ้อน (CKD, HIV, Warfarin) และกลุ่มโรคอื่นๆ (DM, HT, COPD, Asthma, Appendicitis, TB, Sepsis, HI, Trauma, Birth asphyxia, LBW, Palliative care) ทีมประสานงานการดูแลผู้ป่วยได้จัดทำและปรับปรุง CPG ทบทวน case ทำ RCA ปรับปรุงเชิงระบบ มีอายุรแพทย์ประจำ 2 คน กุมารแพทย์ประจำ 2 คน สูติศาสตร์แพทย์ 3 คน มีแพทย์ทั่วไป 9 คน ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง นอกเวลาราชการให้บริการคลินิกนอกเวลา 16.00 น. – 20.00 น. และให้บริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแพทย์อยู่เวร On call แพทย์เฉพาะ

ทางรับ consult ตลอดเวลา ถ้าเกินศักยภาพ Refer รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช ระยะทางประมาณ 29 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 30 นาที

iii. กระบวนการ

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป
โรค HT	-ค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Role model บุคคล ชุมชน หมู่บ้าน -มีระบบติดตามทุกกลุ่มเสี่ยงโดยเครือข่าย -การมีส่วนร่วมของอสม. -จดหมายติดตามนัด -ดูแลตาม CPG Hypertension -มีการประเมินภาวะเสี่ยง CVD risk, CKD Stage -ให้ความรู้เรื่องโรคและความเสี่ยงโรคแทรกซ้อนรายบุคคล/รายกลุ่ม เช่น Stroke MI -ติดตาม lab ประจำปี -HHC ติดตามเยี่ยมเคสที่มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติตัวและ re-admit -Home BP
โรค DM	-ค้นหาผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Role model บุคคล ชุมชน หมู่บ้าน -จัดให้มีการให้ความรู้ทั้งรายบุคคลทุกวัน และรายกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพ -ค้นหาสาเหตุของการควบคุมน้ำตาลไม่ได้ ในทุกวันศุกร์ที่ 2 และ 4 ของเดือน -นักโภชนาการให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารในผู้ป่วยรายใหม่ทุกราย อาหารแลกเปลี่ยน -เภสัชให้ความรู้เรื่องการใช้ยา ปัญหาที่เกิดจากยา การใช้ยาผิด และแนะนำ การใช้ยาให้เหมาะสมการดำเนินชีวิต -กายภาพดูแลภาวะแทรกซ้อนและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเช่นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยอ้วน ปวดเข่า -ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และส่งรพ.สต.และ HHC ในการติดตาม -มีระบบการติดตามผู้ป่วยผิคนัด -มีช่องทางให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา -มีการติดตาม HbA1C ทุกปี และติดตามซ้ำเมื่อมีแนวโน้มการควบคุมน้ำตาล ต่ำขึ้น -ติดตามตัวชี้วัดทุก 3 เดือนและปรับปรุงฐานข้อมูล
โรค COPD	-พยาบาลให้ความรู้เรื่องโรค/การป้องกัน/การรักษา

	- เกสซ์กรให้ความรู้เรื่องยา - นักกายภาพให้ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด/การฝึกการหายใจเพื่อลดอาการหายใจลำบาก/สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ - มีการใช้ spirometry มาใช้ในการวินิจฉัยโรค - มีการประเมิน MMR, CAT score, 6 MWT - ใช้ COPD gold guideline ในการประเมิน stage ความรุนแรงของโรค - ผู้ป่วย stage 3, 4 ได้รับยา LABA - ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ทุกราย - แพทย์ปรับการใช้ยาตาม stage - ผู้ป่วย $DS \geq 2$ ส่งพบนักกายภาพทุกราย - ผู้ป่วย $BMI \leq 19$ ส่งพบโภชนาการ - ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่งเข้าคลินิกเลิกบุหรี่
โรค CKD	- คัดกรองกลุ่มเสี่ยงจาก NCD คลินิก - ติดตาม lab ประจำปี DM/HT - CKD stage 1-2 ปีละ 1 ครั้ง ถ้า $MAU \geq 300$ ให้ F/U ทุก 6 เดือน - HT control $BP \leq 140/90$ - DM control $FBS < 90-130$ mg%, $HbA1C < 7\%$ - start ACEI/ARB ในผู้ป่วยที่ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (ติดตาม Cr. และ K หลังได้รับยาช่วง 8-6 สัปดาห์) - โภชนาการ/เกสซ์ให้คำปรึกษากับผู้ป่วยเฉพาะราย - แพทย์ปรับการใช้ยาตาม stage - จัดกลุ่มผู้ป่วยพร้อมญาติสร้าง empowerment - นักโภชนาการ เกสซ์ให้ความรู้ที่ CKD clinic - มีตัวอย่างอาหารเฉพาะโรค - ให้ความรู้ในชุมชนผ่านอสม. เรื่องผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร การดูฉลาก application - เปิด line กลุ่มอสม. CKD - ส่งผู้ป่วยติดบุหรี่เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ - โทรติดตาม case NCD ที่ loss F/U กรณีโทรติดตามไม่ได้แจ้งผ่าน รพ.สต. อสม. หรือแกนนำหมู่บ้าน
Corona Virus	- มีระบบคัดกรองทางเดินหายใจส่งตรวจ คลินิก ARI - มี cohort word ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ - มีเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยส่งรพ.สนาม HI CI - จัดบริการฉีดวัคซีน Covid -19

(1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:

- การดูแลผู้ป่วยนอกเวลาราชการ

-มีแพทย์เวรอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีแนวทางการรายงานแพทย์ของพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองโดยพยาบาลที่มีความชำนาญ ประสิทธิภาพสูง ให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่ จัดให้มีการทบทวน audit เวชระเบียน เพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันแก้ไข

- ห้องยาผู้ป่วยนอก เปิดตลอด 24 ชั่วโมง มีเภสัชกรอยู่เวร จนถึง 24.00 น.หลังจากนั้น 0.00-8.00 น. มีเจ้าพนักงานเภสัชกรรม/เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานสามารถขอคำปรึกษาจากเภสัชกรได้ตลอดเวลา และมีการทบทวนการสั่งจ่าย ความเหมาะสมในการจ่ายยา โดยเภสัชกรเวรเข้า

- การดูแลผู้ป่วยใน มีการดูแลแบบ case management และให้การดูแลตามการจำแนกประเภท ใช้กระบวนการพยาบาลครบถ้วน มีการมอบหมายงานตามหน้าที่รับผิดชอบ มีแนวทางการบริหารอัตราากำลัง มีแนวทางการเรียกอัตรากำลังเสริม น้องจบใหม่ทำงานภายใต้การนิเทศของรุ่นพี่
 - มีการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม โดยอายุรแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะด้าน
 - มีการดูแลผู้ป่วยตั้งครรภ์ ตั้งแต่การฝากครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด โดยสูตินารีแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะด้าน
 - มีการดูแลผู้ป่วยเด็ก ตั้งแต่แรกเกิด เด็กเล็ก เด็กโต โดยกุมารแพทย์และพยาบาลผู้มีความชำนาญ
 - มีพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านจิตเวชพบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลเฉพาะราย ตามมาตรฐาน
 - กำหนดแนวทางในการรายงานแพทย์และเกณฑ์ที่แพทย์ต้องลงมาตรวจผู้ป่วยด้วยตัวเองนอกเวลาราชการ โดยทีม PCT
 - ทีมเภสัชกรรมได้จัดทำคู่มือและแนวทางการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงพร้อมทั้งแบบบันทึกการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงมีระบบขอคำปรึกษาเภสัชกร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
 - ICN จัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อที่ได้มาตรฐานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
 - มีการดูแลผู้ป่วยด้านทันตกรรมโดยทันตแพทย์ทั่วไป และทันตแพทย์เฉพาะทาง
 - มีนักเทคนิคการแพทย์และมีเจ้าหน้าที่เอกซเรย์ปฏิบัติงานทุกวัน 8.00-24.00 น. และมีเวร on call เวิร์ด
 - การเตรียมผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วย Stroke
- มีการเตรียมตามความเหมาะสมกับช่วงเวลาพร้อมทั้งให้ได้ฝึกปฏิบัติจริงและใช้อุปกรณ์จริงที่นำไปใช้ต่อบ้าน
- มีทีมกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทย บริการในและนอกเวลาราชการ 8.00 -20.00 น.
 - มีการคัดกรองแยกกลุ่มที่มีความเสี่ยงต้องห้ามไม่ให้เข้าหวัด คือ
 - มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
 - บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ปริ ร้าวที่ยังไม่ติดดี
 - บริเวณที่เป็นมะเร็ง

- บริเวณที่หลอดเลือดดำอักเสบวม
- ทำหัตถการเกี่ยวกับตาน้อยกว่า 6 สัปดาห์
- หญิงตั้งครรภ์ไตรมาสที่ 1 และไตรมาสที่ 3
- หลังผ่าตัดใหญ่น้อยกว่า 1 เดือน เช่น ผ่าตัดไส้ติ่ง ผ่าตัดคลอดบุตร ฯลฯ
- ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ (จากการไต่ถาม)
- โรคที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ เช่น วัณโรคปอด ฯลฯ
- โรคติดเชื้อเฉียบพลัน
- กระดูกพรุนรุนแรง
- โรคผิวหนังที่สามารถติดต่อกันได้ เช่น โรคสะเก็ดเงิน เชื้อรา
- ความดันโลหิตสูงกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท ที่มีอาการหน้ามืด ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน
- อาการแขนขา อ่อนแรง หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก
- รับประทานยา warfarin มีรอยฟกช้ำ

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

- มีการเตรียมความพร้อมสถานที่ อุปกรณ์ ให้เพียงพอ สะอาด หยิบใช้สะดวกและปลอดภัย
- มีกรรมการ 5 ส. ENV, IC ทำงานประสานกัน เพื่อทำแผนกำกับการดูแล ป้องกันสิ่งรบกวนและป้องกันอันตราย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและความเป็นส่วนตัว มีป้ายประจำเตียง มีการแยกโซนผู้ป่วย IC ทีม Round แยกเป็นผู้ป่วยหญิง, ผู้ป่วยชาย เพื่อความเป็นส่วนตัว สะดวกสบาย และเอื้อต่อการดูแล ได้มากขึ้น แต่ผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี อยู่รวมกับตึกผู้ป่วยหญิง 10 ตุลาคม 2559 ได้เปิดขยายตึกเด็กโดยรับเด็กตั้งแต่แรกคลอด จนถึงอายุน้อยกว่า 15 ปี รับมารดาและ ทารกหลังคลอดโดยการแยกโซน
- มีการจำแนกความรุนแรงผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม
- ผู้ป่วยติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อจัดให้อยู่ในห้องแยกโรค ผู้ป่วยหนักจัดให้อยู่ใกล้ชิดห้องทำงานพยาบาล
- มีกล้องวงจรปิด ครอบคลุมจุดสำคัญทั่วทั้งโรงพยาบาล เพื่อป้องกันทรัพย์สินของผู้ป่วย, โรงพยาบาล, เจ้าหน้าที่
- มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยดูแลตลอด 24 ชั่วโมง แสดงบัตรเยี่ยมผู้ป่วยหลังเวลา 20.00 น.

(3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:

จากอุบัติการณ์ ในปี 2560 พบการเกิดหลอดเลือดดำอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับ levophed (1:12.5) พบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดแสบ แดง บริเวณที่ฉีด โดยที่เส้นไม่ leak ไม่หมดอายุ ได้มีการทบทวนและแก้ปัญหาโดยการเลือกเส้นเลือดที่ใหญ่กว่า และมีการติดตามประเมินภาวะ phlebitis ทุก 1 ชั่วโมง ผลลัพธ์ อัตราการเกิด Phlebitis/1000 วัน on IV เป็น 0.31 ในปี 2561 และไม่พบในปี 2562-ปัจจุบัน

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) มีการนำ CPG มาใช้ใน case PPH ทุกราย มี flow chart การช่วยเหลือในห้องคลอด และการตามทีมช่วยเหลือโดยตามพยาบาลเวรเสริมตามตารางเวรที่จัดไว้ ในปี 2560 มีการ

ผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเภณปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยใช้ oxytocin inj. ฉีด IM หลังทารกคลอด ปี 2562 ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง

- ปี 2563 จากการทบทวนผู้ป่วย sepsis พบว่าเกิดปัญหา unplanned refer/miss Dx. เกิดจากการประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยยังไม่คงที่แล้วส่งเข้าตึกเกิดปัญหาความดันโลหิตต่ำและต้องส่งต่อหลังจากส่งเข้าตึกจากการทบทวนได้มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เรื่อง early warning sign ทบทวนและปรับ CPG sepsis ประชุมชี้แจงการนำใช้ CPG พร้อมทั้งปฏิบัติในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมวิชาการ/ให้ความรู้โดยอายุรแพทย์ และการรักษา sepsis ที่เกิน 72 ชม. แล้วอาการไม่ดีขึ้นให้ปรึกษาอายุรแพทย์

จากการติดตามการดูแลผู้ป่วย sepsis

- การทำ H/C ก่อนให้ ATB เป้าหมาย >80% ปี 2561-2565 พบร้อยละ 93.33, 100, 100, 100 และ 100 ตามลำดับ
- การได้รับ ATB (door to needle time) ภายใน 1 ชม. เป้าหมาย >80% ปี 2561-2565 พบร้อยละ 100, 97.32, 98, 97.66 และ 100
- เป้าหมายอัตราการตายของผู้ป่วย sepsis <30% ปี 2561-2562 พบร้อยละ 5.19 และ 2.70 ตั้งแต่ปี 2563-2565 ไม่มีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต

(4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จัดให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนและบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมตามที่ต้องการ แต่ไม่รบกวนผู้ป่วยคนอื่น ผู้ที่ต้องการกลับบ้านจัดบริการรถส่งตามผู้ป่วยร้องขอ จัดอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยและญาติพอใจ แต่สำหรับประเด็นต้องการพบผู้ที่พลัดพราก บางรายไม่สามารถตอบสนองให้ได้ จึงได้จัดโครงการ สานใจสี่ดวงด้วยสองมือเรา ทีมดูแลสามารถประสานให้ผู้ป่วยได้พบผู้พลัดพราก แม้ได้วายระยะสุดท้ายได้พบลูกสาว, พ่อได้พบกับลูก 2 ราย ผู้ป่วยระยะสุดท้ายขอกลับบ้านเสียชีวิตที่บ้าน ปี 2560 จำนวน 5 ราย, ปี 2561 จำนวน 13 ราย, ปี 2562 จำนวน 15 ราย และปี 2563 จำนวน 10 ราย ความพึงพอใจปี 2560-2563 คิดเป็นร้อยละ 99.0, 99.5, 99.8 และ .90 ตามลำดับ

- การดูแลผู้ป่วยจิตเวชใช้หลักการดูแลแบบบูรณาการ ผู้ป่วยไม่มีญาติ สภาพที่อยู่อาศัยเต็มไปด้วยกองขยะ ทีมลงเยี่ยมบ้านพบว่ามีปัญหาเหนื่อยหอบ ประสานแพทย์ admit ให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 4 มิติ ก่อนจำหน่ายเตรียมแผนการดูแลโดยชุมชน แกนนำในชุมชน อบต. ร่วมกันวางแผนดูแลต่อเนื่องโดย ล้างทำความสะอาดบ้าน เตรียมของใช้จำเป็นให้ผู้ป่วย อสม. และเจ้าหน้าที่รพ.สต. ทีมเยี่ยมบ้านโรงพยาบาลติดตามดูแลต่อเนื่อง มี 2 ราย ไม่มีญาติ แต่ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ ประสานสังคมสงเคราะห์ส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อ

(5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

- มีการประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและบันทึกความก้าวหน้าอาการผู้ป่วยใน progress note มีการตาม round โดยทีมสหวิชาชีพ , มีการ consult แพทย์เฉพาะทาง พร้อมบันทึกความก้าวหน้า อาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด
- ในหน่วยงานมีการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันในการรับ – ส่งเวร, การทำ pre – post conference, ทำ one day one chart, กิจกรรม C3 ther, การทบทวน case หลังจากนั้นข้อมูลอย่างเกี่ยวกับหน่วยงานอื่น หัวหน้างานจะเป็นผู้รับไปประสานต่อ

- การประสานข้อมูล เพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผ่านทีม HHC, นักกายภาพบำบัด ใช้แบบฟอร์มการสื่อสารหลังจากทีมลงเยี่ยมบ้าน มีความต้องการประสานโรงพยาบาลหรือรพ.สต. ทีม HHC ใช้แบบฟอร์มประสานจากทีม HHC หลังจากนั้นตอบกลับด้วยทุกราย

- ผู้ป่วยเบาหวาน, HT, Asthma, COPD, warfarin ใช้สมุดประจำตัวเป็นสื่อการประสานการดูแล

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
Stroke	ปรับปรุง CPG Stroke, จัดอบรมวิชาการ Stroke เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว ส่งผลให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งทำ CT ทุกรายและรอรับกลับในกรณี onset ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ไม่มี intracerebral hemorrhage glasgow coma score ไม่น้อยกว่า 10 ไม่ต้องรอ intubation
STEMI	ปรับปรุง CPG STEMI, จัดอบรมวิชาการ STEMI ปรับการซักประวัติการประเมิน การรายงาน ระบบ consult กับอายุรแพทย์กับระบบ CCU เพื่อพิจารณาให้ SK หรือ CAG±PCI
DHF	ปรับปรุง CPG DHF เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกในเด็กอายุน้อยกว่าปี, จัดอบรมวิชาการ DHF การเฝ้าระวังดูแลต่อเนื่องป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น น้ำเกิน shock เสียชีวิต ส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามคู่มือการระบาดรวดเร็วตามหลัก 3:3;1
PPH	ปรับปรุง CPG PPH, ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH, จัดทำนวัตกรรมถุงรับเลือด
Corona Virus	มีแนวทางการคัดแยกผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยทางเดินหายใจ มีทีม SRRT เครื่องช่วยหายใจเอกภาพหนึ่งค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกและกลุ่มสัมผัสเสี่ยงสูง จัดตั้งคลินิกระบบทางเดินหายใจ one stop service มีแนวทางคัดแยกและดูแลผู้ป่วยรักษาที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลสนาม HI CI เปิด cohort ward ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ มีการดูแลติดตามดูแลผู้ป่วยหลังจากหายกลับบ้าน

(1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

- IPD การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จัดผู้ป่วยกลุ่มน้อยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาล จัดอุปกรณ์ช่วยชีวิตในรถ Emergency ให้พร้อมใช้ตลอดเวลา ทบทวนความรู้และซ้อม CPR

- เดิมการดูแลผู้ป่วย Stroke ไม่ได้เป็นแนวทางเดียวกัน เช่น การเข้าถึงการบริการล่าช้า จึงมีการให้ความรู้ในผู้ป่วย NCD, การวินิจฉัยล่าช้า จึงมีการปรับปรุง CPG เพิ่มเติมเรื่องการ refer ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐาน

- มีปัญหาในการวินิจฉัยผู้ป่วย STEMI ล่าช้า จึงมีปรับ CPG ให้พยาบาลทำ EKG ส่ง Trop T และรายงานแพทย์ได้ทันที เดิมนอกเวลาราชการถ้ามีเคสที่ต้อง Drip SK ต้องส่งต่อพ.ศุนย์ จึงได้เพิ่มศักยภาพในการรักษาผู้ป่วยคือ มีการ Drip SK ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ในกรณีที่ไม่สามารถทำ PCI ได้ทันที

- เดิมเคยมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก จึงได้มีการจัดทำ CPG DHF หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากไข้เลือดออกอีก แต่พบว่ามีภาวะแทรกซ้อน เช่น น้ำเกิน จึงได้มีการปรับปรุง CPG DHF เพิ่มเติม จากนั้นพบผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มีภาวะน้ำเกินลดลง จากเดิมที่ต้อง refer ผู้ป่วย DHF < 1 ปี, มีปัญหาโรคเลือด, กรณีต้องให้ Dextran dose ที่ 2 หลังจากมีกุมารแพทย์ได้มีการเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกเด็ก พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนลดลงและลดการส่งต่อ

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) ได้มีการปรับปรุง CPG มาใช้ มี flow chart การช่วยเหลือในห้องคลอด และการตามทีมช่วยเหลือ ปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประมาณปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยใช้ oxytocin inj. ฉีด IM หลังทารกคลอด ปี 2562 ผักปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง พบผู้ป่วย PPH ลดลง

- ผู้ป่วย Anaphylaxis มีปัญหาเรื่องการคัดกรอง ทำให้ได้รับการรักษาล่าช้า ได้มีการจัดทำ CPG และแบบฟอร์มการคัดกรอง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ทันทั่วทั้งที่และเหมาะสม

- ผู้ป่วยโควิดมีปัญหาการคัดกรองไม่ครอบคลุม ไม่ครบถ้วนจากการให้ข้อมูล จึงจัดทำแนวทางปฏิบัติ flow การคัดกรอง Corona virus ในคลินิก ARI

(2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:

- มีการจัดอบรมวิชาการและฝึกปฏิบัติ BCLS, ACLS, PALS, NCPR ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และเครือข่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง จากการประเมินผล เจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

- มีการจัดอบรมวิชาการ Stroke, STEMI, DHF ให้แก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและเครือข่าย

- มีการอบรมฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ เนื่องจากมีโอกาสเกิดปัญหาน้อย ส่งผลให้ติดขัดขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือ จึงจัดทำ flow chart ติดไว้ให้เห็นชัดในห้องทำคลอด พบอัตราการตกเลือดหลังคลอดปี 2561 ร้อยละ 2.86 ปี 2562 ร้อยละ 2.11 ปี 2563 ร้อยละ 2.5 ปี 2564 ร้อยละ 1.70 และปี 2565 ร้อยละ 3.06

- ฝึกทักษะการใส่ชุด PPE และการปฏิบัติตัวเรื่องการป้องกันการติดเชื้อมีการ training ก่อนขึ้นปฏิบัติงานจริงของเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นปฏิบัติงาน Cohort ward และรพ.สนามทุกคน

(3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:

- ญาติมีความกังวลเกี่ยวกับการเจาะเลือด การให้สารน้ำและยาทางหลอดเลือดดำในเด็กเล็ก จึงมีการอธิบายเพิ่มเติมและให้ใบเซ็นยินยอมก่อนทำการหัตถการในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี

- ในผู้ป่วยหญิงที่วางแผนครอบครัวด้วยวิธีคุมกำเนิดด้วยยาคุมชนิดฉีด ทำหมัน มีการอธิบายข้อมูลโอกาสของการตั้งครรภ์หลังคุมกำเนิดและเซ็นใบรับทราบข้อมูลก่อนการคุมกำเนิดทุกราย

- ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการเจาะปอด เจาะท้อง มีการอธิบายข้อมูลและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ให้ใบเซ็นยินยอมก่อนทำ และมีการใช้เครื่อง Ultrasound guide เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการทำหัตถการมากขึ้น

- ในผู้ป่วยที่ทำหัตถการเจาะน้ำไขสันหลัง มีการอธิบายข้อมูลและความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน ให้ใบเซ็นยินยอมก่อนทำหัตถการทุกครั้ง

(4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

- ในผู้ป่วย Stroke ที่รับ refer กลับจาก รพ.ศูนย์ มีการเพิ่มการประเมินผู้ป่วยขณะรับกลับ
- ในผู้ป่วย Atypical chest pain พยาบาลสามารถทำ EKG, ส่ง Trop T และรายงานแพทย์ได้ทันทีผ่านทาง Line ตลอด 24 ชั่วโมง

- ในผู้ป่วยไข้เลือดออก มีการใช้ Care map ไข้เลือดออกในการดูแลผู้ป่วยไข้เลือดออกแต่ละระยะรวมด้วย

- ในผู้ป่วย PPH มีการเฝ้าระวังภาวะตกเลือด Early warning sign โดยดูจากปริมาณเลือด 300 ml มีการรายงานแพทย์และให้การรักษาเพิ่มเติม

- ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องด้านขวา ท้องน้อย โดยที่อาการยังไม่ชัดเจน มีการเฝ้าระวัง Acute appendicitis โดยการนำ Alvarado score มาประเมินร่วมด้วย

(5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):

- มีการกำหนด Early warning signs และใช้ SOS Score เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงได้รวดเร็วและดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา กำหนด criteria รายงานแพทย์ มีแนวทางการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลศูนย์ก่อนส่งต่อ พร้อมให้คำแนะนำในการดูแลก่อนส่งขณะส่งต่อ

- ผู้ป่วยกลุ่ม NCD อายุ ≥ 35 ปี ที่มาด้วยอาการ dyspepsia และผู้ป่วย COPD อายุ 50 ปีขึ้นไปที่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย ให้ทำ EKG ทุกราย

- กำหนดค่า lab วิกฤต จัดทำแนวทางการรายงาน lab วิกฤตและเพิ่มการรายงาน Lab วิกฤตทางไลน์แก่แพทย์

- จัดทำ CPG และทบทวนการนำ CPG มาใช้ ให้ครอบคลุมโรคที่สำคัญ และมารับการรักษาบ่อย โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วย เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ ก่อนรายงานแพทย์ โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

(6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- ภาวะตกเลือดหลังคลอด (PPH) จากอุบัติการณ์และการเก็บข้อมูล ปี 2556 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด 5.54% ได้มีการปรับปรุงการดูแลโดย มีการนำ CPG มาใช้ใน case PPH ทุกราย มี flow chart การช่วยเหลือในห้องคลอด และการตามทีมช่วยเหลือ ปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเมินปริมาณ

เลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยใช้ oxytocin inj. ฉีด IM หลังทารกคลอด ปี 2562 ฝึกปฏิบัติ fast track case PPH โดยสูติแพทย์ ปีละ 1 ครั้ง ปี 2561-2565 พบอัตราการตกเลือดหลังคลอด เป็นร้อยละ 2.90, 2.11, 2.50, 1.70 และ 3.06 ตามลำดับ

- จากการทบทวนผู้ป่วย DHF มีภาวะน้ำเกิน จึงได้มีการทบทวนเคส พบว่าผู้ป่วยมีภาวะน้ำเกิน จากตัวโรค ไม่ได้เกิดจากการรักษา จึงได้เพิ่มการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและใช้ CPG ในการรักษาต่อไป
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น TB ขาดยา เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง, ขาดผู้ดูแลคอยกระตุ้นให้กินยา ทีม PCT ร่วมกับ IPD และกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวจัดตั้งทีมคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย TB โดยจัดให้มีการ DOT ยา TB 100%
- ผู้ป่วย DM, HT เช่น ผู้ที่ฉีดยา insulin ผิดตำแหน่ง/ผิด dose เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุมากต้องฉีดยาเอง อยู่บ้านคนเดียวญาติ/ผู้ดูแลซึ่งเป็นคนฉีดยาให้ ไม่ได้รับการสอนการฉีดยาจากเภสัชกรโดยตรง แต่ผู้ป่วยหรือคนข้างบ้านเป็นผู้สอนการฉีดยาแทน ทางคลินิกเรื้อรังจึงได้ทำการซักประวัติและทบทวนการฉีดยา insulin เข้าในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกทุกราย หากพบว่าผู้ป่วยยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ส่งพบเภสัชกรสอนการใช้ยาฉีดซ้ำ
- ผู้ป่วย Stroke มีคะแนน ADL ต่ำ และผู้ดูแลมีความเชื่อเรื่องการบีบนิ้วแบบชาวบ้าน ไม่เห็นความสำคัญของการทำกายภาพ ทีม PCT ร่วมกับทีม HHC นักกายภาพ IPD จัด Home program ให้ผู้ป่วยแต่ละรายหลังจากโรงพยาบาลศูนย์ refer กลับ พบว่าผู้ป่วย stroke มีคะแนน ADL สูงขึ้น ร้อยละ ปี 2561-2565 เป็น 83.03, 93.57, 90.76%, 87.5% และ 94.11% ตามลำดับ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ปี 2560 มีการผลิตถุงรับเลือดมาใช้ประเมินปริมาณเลือดที่แน่นอน ในปี 2561 ปรับแผนการรักษาโดยใช้ oxytocin inj. ฉีด IM หลังทารกคลอด
- การใช้ Early warning signs และการใช้ 2S2A (Sign Severe Action point Alert point)
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในเครือข่าย
- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย DM , HT ทั้งเครือข่าย
- การนำ SOS Score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย แทน MEWs
- การดูแลผู้ป่วยไวรัสโคโรนาในระบบเครือข่ายอำเภอปากพนัง

v. แผนการพัฒนา

	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69. การดูแลทั่วไป	3	ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ยากยังไม่มีแนวทางการดูแลที่ชัดเจน(I)	- พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ยากและเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสม - จัดทำ Intermediate ward

		- ผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลตามแนวทางเฉพาะที่ยังไม่ครอบคลุม(I)	
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3	- ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการรักษาอย่างชัดเจนในผู้ป่วย Anaphylaxis(I) - แนวทางในการประเมินเบื้องต้นในผู้ป่วย ACS ยังไม่ครอบคลุม(I) - การใช้ Early warning signs ในการเฝ้าระวังยังไม่ครอบคลุม (I) - ยังไม่มีการกำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วย hypoglycemia ในทารกแรกเกิด (I) -ยังไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย covid-19	- มีการจัดทำ CPG Anaphylaxis - ปรับปรุง CPG ACS โดยพยาบาลสามารถทำ EKG ส่ง Trop-T และรายงานแพทย์ได้ทันที - พัฒนาสมรรถนะการดูแลและการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยวิกฤต - ควบคุมกำกับการนำ specific clinical risk และ Early warning signs มาใช้เป็นแนวทางในการติดตามและประเมินอาการผู้ป่วย - จัดทำ CPG Neonatal hypoglycemia - จัดทำแนวทางการคัดกรอง Covid-19 ในคลินิก ARI - จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วยCovid-19 ใน Cohort word - แนวทางการดูแลเมื่อพบการติดเชื้อ Covid –19 ในเด็กผู้ป่วย

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
อัตราความครอบคลุมของการเยี่ยมผู้ป่วยก่อนรับบริการวิสัญญี (ตามเกณฑ์การนัดผ่าตัด Elective Case)	100	100	100	100	100	100
อัตราความครอบคลุมของการเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดรับบริการวิสัญญี	100	100	98.14	100	100	100
จำนวนการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจ	0	0	0	1	0	0
อัตราการใช้ท่อช่วยหายใจซ้ำในห้องพักฟื้น	0	0	0	0	0	0
อุบัติการณ์การเลื่อนผ่าตัดจากการเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อมก่อนผ่าตัด	0	1	0	0	0	0
อัตราความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบบันทึกทางการพยาบาล	85	100	92.50	99.74	99.60	99.69
จำนวนข้อร้องเรียนต่อพฤติกรรมบริการ	0	0	0	0	0	0
ii. บริบท						
● ให้บริการวิสัญญีแก่ผู้มารับบริการห้องผ่าตัดด้านสูติ-นารีเวชกรรม ในราย ASA class I,II มีจำนวนห้องผ่าตัด 1 ห้อง สามารถให้บริการชนิด LA with MAC, General Anesthesia ในเวลาราชการ ด้วยอัตราค่าจ้าง วิสัญญีพยาบาล 2 คน โดยให้การดูแลตั้งแต่ระยะก่อนให้ยาระงับความรู้สึก ขณะให้ยาระงับความรู้สึก และระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก รวมทั้งติดตามการเยี่ยมผู้ป่วยหลังการได้ยาระงับความรู้สึกภายใน 24-48 ชั่วโมง กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง: ● หญิงตั้งครรภ์ที่มีพยาธิสภาพทางสูติวิทยาที่มีความเสี่ยงต่อการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เช่น รูปร่างอ้วนมาก (Morbid obesity), คอสั้น, คางยื่น, ฟันเหยิน, มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังคอและหน้าอก เป็นต้น ● หญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคแทรกซ้อนทางอายุรกรรม เช่น URI, ภูมิแพ้ทางเดินหายใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เป็นต้น						
iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก					
1.หญิงตั้งครรภ์ที่ใส่ท่อช่วยหายใจยาก	1.มีแนวปฏิบัติเรื่อง “การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด” 2. เตรียมอุปกรณ์ช่วยในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก เช่น หมอนรอง,guide, Laryngeal mask 3. มีการฝึกทักษะวิสัญญีพยาบาลในการใส่ท่อช่วยหายใจ และจัดให้มีวิสัญญีพยาบาลอย่างน้อย 2 คน เมื่อต้องใส่ท่อช่วยหายใจผู้ป่วยทุกครั้ง					

	4.มีแนวปฏิบัติในการใส่ท่อช่วยหายใจยาก
2. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม	1. ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบเลือด - จ้องและเตรียมเลือดให้พร้อมก่อน Set ผ่าตัด - ถ้า Hct < 30 % ปรีกษาแพทย์ผ่าตัด ให้ PRC ก่อนรับบริการผ่าตัด 2.ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ - ผู้ป่วย URI ยังมีอาการให้ปรึกษาอายุรแพทย์ทุกราย - ผู้ป่วยที่มีปัญหาาระบบทางเดินหายใจ เช่น ภูมิแพ้ากาศ ฟันยาขยายหลอดลมก่อนมาระงับความรู้สึกอย่างน้อย 30 นาที

(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย มีการปฏิบัติ ดังนี้

มีแนวทางการเยี่ยม/ประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึกทุกราย โดยในคนไข้ที่มีความเสี่ยงจะมีการปรึกษาแพทย์อายุรกรรม มาช่วยกันประเมินผู้ป่วยก่อนการได้รับการระงับความรู้สึกทั้งใน Case elective และ emergency หลังจากที่ได้มีแนวทางดังกล่าวแล้วทำให้ ผู้ป่วยที่ได้รับการระงับความรู้สึกและการผ่าตัดได้อย่างปลอดภัยและลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยมากขึ้น เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ ป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด และการดูแลผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ งานวิสัญญีจึงได้ร่วมกับแพทย์และงานผ่าตัดจัดทำ Surgical Safety Checklist หลังการดำเนินงานพบว่าไม่พบอุบัติการณ์ความผิดพลาดจาก การผ่าตัดผิดคน ผิดชนิด และภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

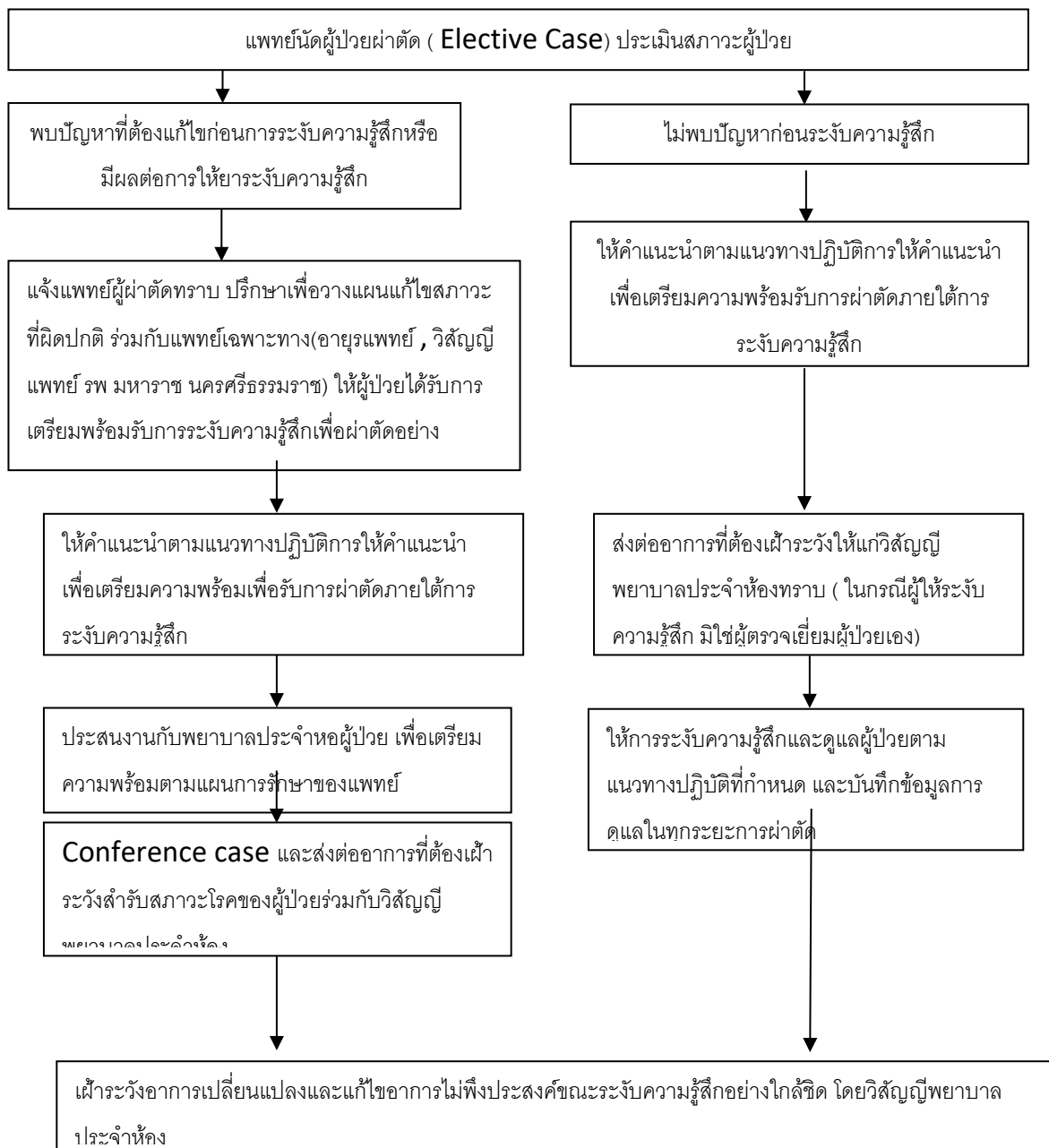
(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ทีมวิสัญญีได้มีการดำเนินการดังนี้ มีการนำข้อมูลของผลทางห้องปฏิบัติการและผลตรวจอื่นๆ โรคประจำตัว สภาวะผู้ป่วยที่ผิดปกติและมีความเสี่ยงที่ได้จากการเยี่ยมมาวางแผนร่วมกันระหว่างแพทย์ผ่าตัด อายุรแพทย์ วิสัญญีพยาบาล พยาบาลห้องผ่าตัด ก่อนเริ่มการระงับความรู้สึกเพื่อวางแผนในการระงับความรู้สึก และมีการให้ข้อมูลทางเลือกกับผู้ป่วยเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษา และการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีระงับความรู้สึกและได้ระบายความรู้สึกขณะเยี่ยมผู้ป่วย ทำให้การระงับความรู้สึกเป็นไปอย่างราบรื่นไม่มีข้อร้องเรียน

(3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัยโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :

- ให้การระงับความรู้สึกโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางวิสัญญีเท่านั้น ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล ต้องผ่านหลักสูตรอบรมวิสัญญีพยาบาลเท่านั้น มีแผนอบรมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีพยาบาลประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง
- ให้การระงับความรู้สึกโดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางวิสัญญีเท่านั้น ได้แก่ วิสัญญีพยาบาล ต้องผ่านหลักสูตรอบรมวิสัญญีพยาบาลเท่านั้น
- มีแผนอบรมฟื้นฟูวิชาการวิสัญญีพยาบาลประจำปีอย่างน้อย 1 ครั้ง

แนวทางการรับคำปรึกษาเพื่อแก้ไขสภาวะผู้ป่วยที่พบปัญหาให้มีความพร้อมก่อนรับการรับความรู้สึกโรงพยาบาลปากพนัง



(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างรับความรู้สึกและพักฟื้นการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:

- เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยระหว่างรับความรู้สึกและรอฟื้น มีกระบวนการดังนี้ เฝ้าระวังสัญญาณชีพตลอดระยะเวลาที่ได้รับความรู้สึก ตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยขณะให้การรับความรู้สึกของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทยและแนวทางเฝ้าระวังผู้ป่วยทุกรายให้ได้รับการดูแลตามมาตรฐานและเมื่อสังเกตอาการ

ครบ 1 ชั่วโมง และไม่พบภาวะแทรกซ้อนจะนำส่งหอผู้ป่วยโดยวิสัญญีพยาบาล ผลลัพธ์ภาวะแทรกซ้อนหลังให้ การระงับความรู้สึกในห้องพักฟื้นลดลง

(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):

- มีการตรวจสอบเครื่องมือก่อนการใช้งานและมีการบำรุงรักษา และสอบเทียบตามแผนที่กำหนดโดยกอง วิศวกรรมการแพทย์ และบริษัทผู้จำหน่าย
- มีการควบคุมการใช้ยาเสพติดตามมาตรฐานด้วยการล็อกตู้เก็บยาเสพติด ลงบันทึกการตรวจนับ ตรวจสอบ เบิกจ่าย ให้ครบถ้วนทุกวัน

การดูแลการใช้ deep sedation

- ไม่มีการใช้ เทคนิค Deep sedation

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- การเย็บก่อนผ่าตัด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71.การระงับความรู้สึก	3	L	- พัฒนาการประเมินผู้ป่วยและให้คำแนะนำก่อน ระงับความรู้สึกด้วยการทำ VDO ให้ความรู้ในการ ระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการผ่าตัด - จัดทำแผนซื้อเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ รองรับแผนพัฒนางาน

III-4.3 ข. การผ่าตัด

i. ผลลัพธ์ ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
จำนวนอุบัติการณ์การเลื่อน/งตผ่าตัดเนื่องจากทีมงานและอุปกรณ์ไม่พร้อม	0	0	0	0	0	0
จำนวนอุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยไม่พร้อม	0	2	0	0	0	1
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัด (SSI)	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของผู้ป่วยบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการบาดเจ็บจากการผูกมัด/จัดท่า	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการมีสิ่งตกค้างในร่างกายผู้ป่วย	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการผ่าตัดผิดคน/ผิดข้าง/ผิดตำแหน่ง	0	0	0	0	0	0
จำนวนครั้งของการเก็บชิ้นเนื้อไม่ถูกต้อง	0	0	0	0	0	0
จำนวนผู้เสียชีวิตขณะผ่าตัด	0	0	0	0	0	0
จำนวนภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	0	0	2	1	0	0
อัตราข้อร้องเรียนของผู้รับบริการ	0	0	0	0	0	0
ii. บริบท งานผ่าตัดโรงพยาบาลปากพนัง บริการผ่าตัดทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยให้บริการผ่าตัดทางศัลยกรรมทั่วไป (ผ่าตัดเล็ก) ให้บริการผ่าตัดใหญ่ทางสูติ-นรีเวชกรรม ผ่าตัดเล็ก และหัตถการเพื่อการรักษาพยาบาลอื่นๆ ในเวลาราชการ จำนวนบุคลากรห้องผ่าตัด มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน วิชาชีพพยาบาล 2 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พยาบาลวิชาชีพจากห้องคลอด 1-2 คนกรณีที่มีผ่าตัดใหญ่ มีจำนวนแพทย์สาขาสูตินรีเวช 3 คน ห้องผ่าตัดมีจำนวน 1 ห้อง พร้อมอุปกรณ์พื้นฐานครบ ได้แก่ เตียงผ่าตัด โคมไฟผ่าตัด เครื่องจี้ตัดไฟฟ้า เครื่องดูดของเหลว เป็นต้น กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง: -ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่						
iii. กระบวนการ						
ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด					
ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ต้องผ่าตัดฉุกเฉิน ผู้ป่วยผ่าตัดใหญ่	-จัดลำดับผู้ป่วยผ่าตัดเข้าห้องผ่าตัดตามความเร่งด่วน -มีการวางแผนการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่จะรับการผ่าตัดแต่ละรายโดยนำข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยมาพิจารณา					

	-มีการอธิบายความจำเป็น ทางเลือกของวิธีการผ่าตัด โอกาสที่จะต้องใช้เลือด ความเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ที่ตัดสินใจแทนผู้ป่วย -มีการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมลดความเสี่ยงจากการผ่าตัดและการติดเชื้อ ทั้งในกรณีผ่าตัดฉุกเฉินและกรณีผ่าตัดที่มีกำหนดนัดล่วงหน้า
--	--

(1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:

- เมื่อแพทย์มีความเห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการผ่าตัด แพทย์จะบันทึกการผ่าตัด และการวินิจฉัยไว้ในเวชระเบียน หรือผู้ป่วยแจ้ง set ผ่าตัดล่วงหน้าในกรณีไม่ฉุกเฉิน เพื่อให้ห้องผ่าตัดได้เตรียมห้อง อุปกรณ์ และบุคลากรให้เหมาะสมกับการผ่าตัดนั้นๆ พยาบาลห้องผ่าตัดจะไปเยี่ยมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด นำมาวางแผนการดูแลร่วมกับแพทย์ผ่าตัด วิชาชีพพยาบาล และพยาบาลดูแลผู้ป่วย ถ้าพบความเสี่ยงที่ต้องมีการปรึกษากับสหวิชาชีพ แพทย์ผ่าตัดจะเป็นผู้ consult แพทย์ต่างแผนก เช่น พบผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบหัวใจ หลอดเลือด จะ consult อายุรแพทย์
- ผลการดำเนินงาน
 - การประเมินผู้ป่วยในรายที่ไม่ฉุกเฉินที่หอผู้ป่วยปฏิบัติได้ 100 %
 - การประเมินผู้ป่วยในรายฉุกเฉิน ให้มีการประเมินผู้ป่วยขณะรอเข้าห้องผ่าตัดทุกราย
 - ไม่พบอุบัติการณ์ เลื่อนผ่าตัด จากการไม่พร้อมของเครื่องมือ หรือห้องผ่าตัด

(2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:

- เมื่อแพทย์ตัดสินใจให้การรักษาผู้ป่วยโดยการผ่าตัด จะอธิบายเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเพื่อการตัดสินใจ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจเองได้ เช่น ผู้ป่วย เด็ก ญาติหรือผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วยได้ จะเป็นผู้รับทราบและยินยอมให้ผู้ป่วยทำการรักษาแทนผู้ป่วย แพทย์เขียน Set ผ่าตัดใน Order Sheet ในกรณี Elective Case วิชาชีพพยาบาลให้คำแนะนำตามคู่มือการปฏิบัติตัวในการผ่าตัด หลังจากรับทราบ ทางเลือกในการผ่าตัดจะให้มีการลงนามยินยอมในการผ่าตัด
- ส่วนผู้ป่วยที่รับการผ่าตัดตลอดทางหน้าห้องทุกราย เตรียมระบบการสำรองเลือดอย่างน้อย 2 ยูนิต ถ้ามีความผิดปกติแพทย์ผู้ผ่าตัดจะเป็นผู้อธิบายญาติทราบเป็นระยะและร่วมในการตัดสินใจ

(3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:

- ในกรณีผ่าตัดที่กำหนดล่วงหน้า แพทย์ผู้ทำผ่าตัดเป็นผู้อธิบายวิธีการผ่าตัดให้ผู้ป่วยรับทราบเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- วิชาชีพพยาบาลประเมินสภาพผู้ป่วยและให้คำแนะนำตามแนวทางคู่มือการเตรียมตัวก่อนผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัดหรือหอผู้ป่วย พยาบาลห้องผ่าตัดมีการวางแผนการพยาบาล การเตรียมห้องผ่าตัด เตรียมทีมผ่าตัด เตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์เครื่องผ้าให้พร้อมใช้ทำผ่าตัดได้

- กรณีผ่าตัดฉุกเฉิน แพทย์ผ่าตัดและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลการผ่าตัดแก่ผู้ป่วยและญาติ พร้อมได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดสามารถเริ่มผ่าตัดได้ภายในเวลา 30 นาที การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พยาบาลห้องผ่าตัดเยี่ยมและให้ข้อมูลเพิ่มขณะรอผ่าตัด การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์การให้ข้อมูลผิดพลาดหรือข้อร้องเรียนเกี่ยวกับการผ่าตัด

(4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ:

- มีมาตรการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง โดยการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตรวจสอบจากป้าย ชื่อมือ ถามชื่อ-สกุล และเวชระเบียน ก่อนนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด และก่อนผ่าตัดมีการทำ Surgical Safety Checklist
- ผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ไม่พบอุบัติการณ์ผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิด ตำแหน่ง การระบุตัวผู้ป่วยมีการตรวจสอบการระบุตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้ร้อยละ 100

(5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):

- มีการจัดแบ่งพื้นที่เป็น 4 เขต ในห้องผ่าตัด การจัดท่าระบบ One Way ป้องกันการย้อนกลับของเครื่องมือได้ตามมาตรฐาน เครื่องมือหลังผ่าตัดทางห้องผ่าตัดใส่กล่องที่มีฝาปิด มิดชิดนำไปล้างทำความสะอาด ห่อ และทำให้สะอาดปราศจากเชื้อที่งานจ่ายกลาง
- การทำความสะอาดห้องผ่าตัดและเตียงผ่าตัด โดยมีแนวทางปฏิบัติในการทำความสะอาดห้องผ่าตัด การตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์และการเตรียมห้องก่อนผ่าตัด เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัด หลังการผ่าตัดส่งเครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดไปทำปราศจากเชื้อยังหน่วยจ่ายกลางได้100% สามารถบ่งชี้การปราศจากเชื้อที่ได้มาตรฐานทุกชั้น การเก็บเครื่องมือ อุปกรณ์ของ ห้องผ่าตัดเก็บในห้องปราศจากเชื้อใช้ระบบ First-In, First-Out ในการหมุนเวียนเครื่องมือโดยมีพยาบาลวิชาชีพกำกับดูแล
- ห้องผ่าตัดสามารถให้บริการผ่าตัด 1 ห้อง มีพยาบาลช่วยผ่าตัด 1 คนกรณีผ่าตัดใหญ่ มีการจัดพยาบาลวิชาชีพจากห้องคลอดซึ่งผ่านการฝึกทักษะเข้ามาช่วย 1-2คน จากตัวชี้วัดพบว่าไม่มีอุบัติการณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ ที่ไม่พร้อมในการผ่าตัด
- การดูแลระหว่างรอผ่าตัด จะมีการรับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดประมาณ 30 นาที โดยมีการโทรประสานทางหอผู้ป่วย มีการส่งต่ออาการก่อนรับ-ส่งผู้ป่วยผ่าตัด ถ้าผู้ป่วยมีภาวะเสี่ยงมีพยาบาลจากหอผู้ป่วยมาส่ง การรับผู้ป่วยเด็ก จะมีผู้ปกครองอยู่ด้วยจนกว่าจะเข้าห้องผ่าตัด ระหว่างรอผ่าตัดจะมีเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดคอยดูแลอย่างใกล้ชิด
- การตรวจนับเครื่องมืออุปกรณ์ ห้องผ่าตัดได้จัดการเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดจากการตกค้างของเครื่องมืออุปกรณ์ใน อวัยวะผู้ป่วยโดยให้พยาบาลส่งเครื่องมือนับร่วมกับ Circulate รอบนอก ในห้องผ่าตัดใช้ระบบ Check list บนกระดานในห้องผ่าตัด ใน 3 ขั้นตอนคือก่อนผ่าตัด ก่อนเย็บปิดช่องท้องและก่อนนำเครื่องมือออกจากห้องผ่าตัด พร้อมติดตามดูแล ในรอบ5ปีที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์เครื่องมือและอุปกรณ์ผ่าตัดตกค้างในผู้ป่วย

- การจัดเก็บชิ้นเนื้อที่ออกมาจากผู้ป่วย จัดใส่ภาชนะที่เหมาะสมปลอดภัยและติดป้ายไว้ชัดเจนทุกครั้ง ระบุชื่อ-สกุล HN หน่วยงาน ชนิดของชิ้นเนื้อและการผ่าตัด พร้อมใบส่งชิ้นเนื้อที่แพทย์เขียน โดยบันทึกในสมุดรับส่งเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดเป็นผู้นำส่งฝ่ายธุรการเพื่อส่งสถาบันพยาธิวิทยา มีการลงลายมือชื่อรับ-ส่งทุกครั้ง ผลการดำเนินงานไม่พบอุบัติเหตุการชิ้นเนื้อหรือสิ่งส่งตรวจสูญหาย และการเก็บไม่ถูกต้อง
- การเตรียมความพร้อมและการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะวิกฤต ห้องผ่าตัดมีแนวทางการขอความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินจากทีมพยาบาลห้องคลอด นอกจากนี้หน่วยงานเตรียมซ้อมแผนโดยส่งเจ้าหน้าที่อบรม CPR ของโรงพยาบาลทุกปี

(6) บันทึกการผ่าตัดการใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:

- การสื่อสารเรื่องการบันทึกและการส่งต่อข้อมูลข้อมูลการผ่าตัดจัด ในส่วนบันทึกการผ่าตัดกลับตักผู้ป่วย สื่อสารผ่านเอกสารการบันทึกการพยาบาลก่อนและหลังผ่าตัด Surgical Safety checklist และใบ nursing Operator record รวมถึง Operative note กรณีมีการย้ายกลับตักจะมีการแจ้งอาการก่อนส่งกลับตักแก่ตักผู้ป่วยให้รับทราบ อาการและภาวะแทรกซ้อนขณะผ่าตัดและหลังผ่าตัด และเตรียมรับผู้ป่วยหลังผ่าตัด

(7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:

- มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดเพื่อประเมินอาการหลังผ่าตัดและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัด ในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด 24-72 ชั่วโมงหลังผ่าตัด โดยพยาบาลห้องผ่าตัดมีการตรวจสอบข้อมูลและส่งต่อข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยมีปัญหาหรือปรึกษาแพทย์ผู้ผ่าตัดในเรื่องความผิดปกติและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

(8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:

- มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด โดยมีกระบวนการเตรียมผ่าตัดอย่างปลอดภัยโดยใช้มาตรการของ IC Hand hygiene ในบุคลากร การให้ Antibiotic Prophylaxis ในผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง หลังตัดสายสะดือรวมทั้งมีการตรวจสอบความปลอดภัยของเครื่องมือทุกห่อ การบันทึกความเสี่ยงต่อการติดเชื้อแผลผ่าตัด มีระบบติดตามการติดเชื้อและนัดตัดไหม การติดตามข้อมูลพบว่าข้อมูลไม่ครอบคลุมทุกราย พบ ประวัติเฉพาะรายที่มาตัดไหมตามนัดเท่านั้น โอกาสพัฒนาระบบติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ในรายที่ทำผ่าตัดและทำหัตถการที่มีแผลเย็บ ภายใน 7 วัน และ 30 วัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง
- การเย็บก่อนผ่าตัด

v. <u>แผนการพัฒนา</u>			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
71. การผ่าตัด	3.0	L	-เพิ่มศักยภาพพยาบาลผ่าตัดเฉพาะทางสูติ-นารีเวชกรรม และศัลยกรรม -พัฒนาการจัดโซน พื้นที่ภายในห้องผ่าตัดและการจัดการเรื่องอุณหภูมิความชื้นภายในให้ได้มาตรฐาน

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: สะอาด ปลอดภัย ถูกต้องตามหลักโภชนาการ โภชนาบำบัด และแผนการรักษาของแพทย์ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ข้อมูล/ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
สะอาด						
1. ร้อยละตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยน้ำยา SI-2	100%	100	100	100	100	100
2. จำนวนครั้งการพบโคลิฟอร์มแบคทีเรียจากผล Swab ภาชนะและมือผู้สัมผัสอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
ปลอดภัย						
3. ร้อยละการตรวจสอบสารห้ามใช้ในอาหาร ผ่านเกณฑ์อาหารปลอดภัย	100 %	100	100	100	100	100
4. อุบัติการณ์ผู้ป่วยท้องเสียจากการรับประทานอาหารของรพ.	0 ราย	0	0	0	0	0
ถูกต้อง						
5. อัตราความถูกต้องของการจัดบริการอาหารผู้ป่วยถูกคน ถูกโรค	100 %	95.00	95.00	97.00	98.00	98
6. อุบัติการณ์ผู้รับบริการได้รับอาหารไม่ครบถ้วน	0	0	0	0	0	0
7. ร้อยละของผู้รับบริการได้รับอาหารตรงเวลา	100%	93.33	93.33	85.83	91.93	94.35
ความพึงพอใจ						
8. ร้อยละของผู้รับบริการพึงพอใจในการบริการอาหาร	80 %	93.48	83.25	79.44	85.99	85.03
9. จำนวนคำร้องเรียนในเรื่องพฤติกรรมบริการ	< 3ครั้ง/เดือน	0	0	0	0	0

ii. บริบท

หน่วยโภชนาการมีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอาหารผู้ป่วยตามหลักโภชนาการ โภชนาบำบัด ตามหลักสุขาภิบาลอาหารที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพโดยสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วย

สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องตามสภาวะของโรคและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยและญาติปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคถูกต้อง

กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาตที่มีปัญหาการกลืน

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค(Proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ
-โรคเบาหวาน -โรคความดันโลหิตสูง -โรคไขมันในเลือดสูง -โรคไตเรื้อรัง	- มีนักโภชนาการคำนวณจำนวนแคลอรีในอาหารเฉพาะโรค ให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะราย - มีการจัดกิจกรรมกลุ่มให้สุศึกษาโภชนาการบำบัด โดยจัดโมเดลอาหารแลกเปลี่ยนสื่อแผ่นพลิก แจกแผ่นพับโภชนาการ, เพื่อนช่วยเพื่อน - มีการตรวจสอบอาหารให้ตรงกับใบเบิกอาหาร ก่อนนำส่งหอผู้ป่วย

(1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:

- ระบบการสั่งอาหาร : แพทย์ที่ทำการรักษา เป็นผู้กำหนดแผนรักษา และทำหน้าที่เป็นผู้สั่งอาหารสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ภายหลังจากได้ตรวจอาการผู้ป่วยแล้ว โดยเขียนคำสั่งอาหาร และระบุรายละเอียดของอาหารไว้ที่ Doctor "order sheet" ของผู้ป่วย พยาบาล รับผิดชอบอ่านแผนการรักษาของแพทย์ และดำเนินการบันทึกอาหารตามที่แพทย์สั่งของหอผู้ป่วยในผ่านระบบ Hosxp เปลี่ยนแปลงคำสั่ง โดยให้คนครัวไปรับคำสั่ง หรือ โทรแจ้งคำสั่งอาหารไปยังงานโภชนาการ เมื่อเปลี่ยนคำสั่งหรือกรณีผู้ป่วย Admit ใหม่ โภชนาการรับคำสั่งอาหาร แล้วดำเนินการ ตรวจสอบคำสั่งให้มีรายละเอียดครบถ้วน บันทึกคำสั่งอาหารและรายละเอียดทั้งหมดลงในใบบันทึกคำสั่งอาหาร คำนวณอาหารให้ได้พลังงานและสารอาหารตามคำสั่งอาหาร เขียนใบสั่งเตรียมอาหารให้พนักงานเพื่อผลิตอาหาร เขียน diet slip เพื่อติดตาม และดูอาหารทางสาย ระบุหมายเลข/ห้องเตียงผู้ป่วย วัน/เดือน/ปี ชื่อผู้ป่วย มื้ออาหาร ส่งให้พนักงานเพื่อติดตามหรือดูอาหาร หากพบข้อผิดพลาดมีการแจ้งข้อมูลคำสั่งไม่ถูกต้อง นักโภชนาการจะโทรศัพท์สอบถามทบทวนกลับไปยังหอผู้ป่วยอีกครั้ง พบโอกาสพัฒนาจากการที่มีหอผู้ป่วยบันทึกข้อมูลอาหารไม่ตรงตามแพทย์สั่งไม่ปรับให้ทันสมัยและลงข้อมูลอาหารไม่ถูกต้องตามคู่มือการสั่งอาหารทางระบบ Hosxp

- ระบบการตรวจสอบ : มีการตรวจเช็คอาหารให้ตรงกับใบเบิกอาหารก่อนนำส่งหอผู้ป่วย โดยคนครัว นักโภชนาการทุกมื้อ และมีการรับ – ส่งระหว่างเจ้าหน้าที่ฝ่ายโภชนาการและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย โดยทีมโภชนาการ พบโอกาสพัฒนา ในการทบทวนปรับปรุงระบบตรวจสอบให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นเพื่อลดจำนวนอุบัติการณ์ให้เหลือ 0 ครั้ง

- การประเมินติดตามการบริโภคและแก้ไขปรับปรุง : มีการเก็บตัวชี้วัดความพึงพอใจด้านอาหารและโภชนาการทุก 6 เดือน ผลการวิเคราะห์ได้นำมาแก้ไขปรับปรุงในประเด็นที่พบบ่อย อาทิรายการอาหารรสชาติอาหาร รวมทั้งข้อเสนอแนะได้ปรับปรุงรายการอาหารให้หลากหลายไม่ซ้ำกัน พัฒนาทักษะการปรุงอาหารของแม่ครัว ส่งผลให้ความพึงพอใจเพิ่มขึ้นเกินเป้าหมายเป็นร้อยละ 85.03

(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

- ทีมโภชนาการคัดกรองภาวะโภชนาการ โดยการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ป่วยในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้เกณฑ์ในการบ่งชี้ผู้ป่วยที่จะต้องประเมินโดยละเอียดเพื่อนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนโภชนาบำบัด ด้วยการพิจารณาตัดสินจากจากระดับผลทางชีวเคมีในเลือดที่เกินระดับปกติ อาการที่จำเป็นต้องได้รับโภชนาบำบัดและสภาพแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้ป่วยที่พร้อมจะรับโภชนาบำบัดหรือไม่ ตามดุลยพินิจของแพทย์ ประสานงานกับโภชนาการ

บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนาบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน : จัดให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และน้ำหนักตัวของผู้ป่วยให้อยู่ในระดับมาตรฐาน จึงต้องควบคุมทั้งพลังงานและสารอาหาร จำกัดการใช้แป้งและน้ำตาลพร้อมให้คำแนะนำไปปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคได้ถูกต้อง

กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง : อาหารจำกัดโซเดียม อาหารที่คนทั่วไปรับประทาน จะมีโซเดียมอยู่ประมาณ 3,000-6,000 มิลลิกรัม/วัน ซึ่งเท่ากับเกลือแกง ประมาณ 2-3 ช้อนชา (8-15 กรัม) ดังนั้นอาหารที่จำกัดโซเดียมก็คือ อาหารธรรมชาติลดโซเดียมให้น้อยกว่าอาหารปกติของคนทั่วไปการสั่งอาหารระบุลักษณะอาหาร เช่น อาหารธรรมชาติลดโซเดียมหรืออาหารธรรมชาติลดเกลือ หรืออาหารอ่อนลดเกลือ ระบุปริมาณของโซเดียม หรือเกลือที่ต้องการ เช่น โซเดียม 2,000 มิลลิกรัม/วัน หรือ เกลือ 5 กรัม/วัน ,โซเดียม 1.2 กรัม/วัน หรือเกลือ 3กรัม/วัน ระบุพลังงาน โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต ที่ต้องการ ถ้าแตกต่างไปจากคุณค่าของอาหารที่กำหนดไว้

กลุ่มผู้ป่วยโรคไขมันในเลือดสูง : อาหารจำกัดหรือลดไขมัน อาหารปกติมีไขมันประมาณ 20-30% ของพลังงานทั้งหมด กรณีที่ต้องควบคุมไขมันจะถูกจำกัด ให้เหลือเพียง 15-25% ของพลังงานที่ควรได้รับการสั่งอาหารระบุลักษณะอาหาร เช่น อาหารธรรมชาติลดไขมัน อาหารอ่อนลดไขมัน ระบุปริมาณ และชนิด เป็นกรัมหรือเปอร์เซ็นต์ของพลังงานอาหารทั้งวัน ตามที่แพทย์ต้องการ เช่น ไขมัน 25% ระบุพลังงานของอาหาร ถ้าแตกต่างไปจากคุณค่าของอาหารที่กำหนดไว้

(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- การให้ความรู้เรื่องอาหารและโภชนาการแก่ผู้ป่วย ให้โดยนักโภชนาการ ร่วมกับแพทย์ พยาบาล และร่วมกับ PCT ต่างๆ เช่น การดูแลกลุ่มโรคไต เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด ผลการดำเนินงานให้บริการยังไม่ครอบคลุมทุกคลินิก เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องบุคลากรได้จัดบริการโดยระบบให้คำปรึกษาเฉพาะราย โอกาสพัฒนาคือ งานโภชนาการจัดทำแผนให้คำปรึกษาด้านโภชนาการในผู้ป่วยเชิงรุก
- กลุ่มผู้ป่วยใน : แพทย์จะเป็นผู้ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแล้ว จะแจ้งให้โภชนาการทราบขึ้นเยี่ยมให้โภชนาการศึกษา ด้วยการให้คำปรึกษา/ แนะนำประกอบแผ่นพับ และโมเดลอาหารตัวอย่าง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกินอาหารให้ถูกต้องและเหมาะสมกับสภาวะของโรค ในปี 2561 ผลการประเมินความรู้ผู้ป่วยและญาติมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 ปัญหาอุปสรรคคือผู้ป่วยและญาติขาดความสนใจและการโต้ตอบ เนื่องวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย จึงเป็นโอกาสพัฒนาของทีมโภชนาการที่จะต้องปรับปรุงวิธีการให้ความรู้กิจกรรมสาธิตให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความตระหนักรู้เพิ่มขึ้น

- กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน : ทีมโภชนาการร่วมกับเจ้าหน้าที่พยาบาลดำเนินการให้ความรู้เฉพาะกลุ่ม เริ่มจากคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายจากผู้ป่วยเบาหวานในหอผู้ป่วยต่างๆ ที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม โดยโภชนาการเน้นการให้คำปรึกษา/ คำแนะนำในเรื่องอาหารที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ชนิดของอาหารที่มีปริมาณน้ำตาลและแคลอรีสูง อาหารแลกเปลี่ยน ยกตัวอย่างรายการแต่ละมื้อใน 1 วันเหมาะสมกับสภาวะของโรค พร้อมตัวอย่างอาหารจริงและแผ่นพลิกอาหาร โมเดลอาหารประกอบการบรรยาย จากการประเมินผลความรู้ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 79 แต่มีโอกาพัฒนาในการติดตามพฤติกรรมการกินกลุ่มผู้ป่วยนอกและญาติ

- ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน : คลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานทุกวัน ทีมโภชนาการจัดกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 5 – 10 คนให้มีกิจกรรม คัดคำนวณจำนวนแคลอรีในอาหารตัวอย่างให้คำแนะนำ/ ปรึกษาเฉพาะราย ผลการจัดกิจกรรม ผู้ป่วยให้ความสนใจมีส่วนร่วมอย่างดี หลังการประเมินการให้ความรู้ ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 มีโอกาพัฒนาติดตามพฤติกรรมการกินของผู้ป่วยกลุ่มนี้

- ในกลุ่มญาติผู้ป่วยอาหารปั่นผสม : จัดให้มีการสอนเกี่ยวกับการเลือกวัตถุดิบ การคำนวณมาตรฐานวัดชั่ง ตวง วัดวัตถุดิบ สานิตวิธีการทำอาหารปั่นผสม(จากเดิมได้สาริตอาหารปั่นผสมแต่ปัจจุบันไม่ได้สาริตอาหารเนื่องใช้สูตรสำเร็จรูป แต่ได้มีการคำนวณสูตรให้และอธิบายขั้นตอนการทำอาหารปั่นผสม) จากการให้ดูวิธีการทำพร้อมให้ซักถามจนญาติเข้าใจ พบว่าญาติผู้ป่วยมีความรู้เบื้องต้นคิดเป็นร้อยละ 80.00 สามารถนำไปปฏิบัติได้คิดเป็นร้อยละ 74.52 ทีมโภชนาการได้ขอที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์เพื่อติดต่อกลับไปสอบถามความก้าวหน้าจากญาติผู้ป่วยทุกราย ผลการติดตามพบว่าผู้เรียนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาทำอาหารปั่นผสมเอง (จากเดิมใช้สูตรปั่นผสม ปัจจุบันได้ใช้สูตรอาหารสำเร็จรูป เบลนเดอร์ เอ็มเอฟ Blendera-MF และ สูตรเงิน-ดีเอ็ม GEN-DM)

(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:

- ผลการประเมินด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงพยาบาลจากสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับดีมาก 30 ข้อปฏิบัติได้ 30 ข้อตั้งแต่ปี 2561 ได้นำหลักสุขาภิบาลอาหารมากำหนดแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

-การเลือกซื้อและเก็บวัตถุดิบ : มีตรารับอาหารทุกวันโดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพและสุ่มตรวจหาสารปนเปื้อนปีละ 3 ครั้ง ผลไม่พบสิ่งปนเปื้อน มีแนวทางการทำความสะอาด/ คัดแยกวัตถุดิบเพื่อจำกัดและลดสิ่งปนเปื้อนเชื้อโรค จัดเก็บวัตถุดิบสดจำพวกเนื้อสัตว์ ผักในตู้เย็นที่มีอุณหภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนดและตรวจสอบทุกวัน มีระบบสัญญาณเตือนในกรณีที่มีอุณหภูมิตู้เย็นไม่อยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อสามารถรับทราบปัญหาและจัดการได้อย่างทัน่วงที การเก็บวัตถุดิบพวกของแห้งสำเร็จรูป แยกออกแต่ละประเภทไว้ในตู้เย็น ใช้ระบบ First out ตรวจสอบวันหมดอายุทุกวัน ไม่พบของหมดอายุหรือวัตถุดิบที่เสีย

- การจัดเตรียมและประกอบอาหาร : โดยมีใบรายการประเภทของอาหารซึ่งเช็คจากผู้ป่วยในทั้ง 4 ดึก เพื่อการเตรียมอาหารให้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น อาหารธรรมดา อาหารอ่อน และอาหารเฉพาะโรค และประกอบอาหารในระดับอุณหภูมิที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักสุขาภิบาลอาหารโดยมีโภชนาการกำกับดูแล มีการให้บทวนความรู้เกี่ยวกับอาหารสะอาดรสชาติอร่อย และวิธีการปรุงกำหนดอาหารเฉพาะโรคแก่เจ้าหน้าที่ทุกคนอย่างสม่ำเสมอ

- การจัดเตรียมและประกอบอาหารปั่นผสม : กำหนดแนวทางปฏิบัติ กระบวนการทำอาหารปั่นผสม และสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในห้องอาหารปั่นผสมมีการวิเคราะห์สารอาหาร เตรียมวัตถุดิบ การชั่งตวงตามใบสั่งอาหารปั่นผสมสูตรต่างๆ ได้กำหนดเขตสะอาดในห้องอาหารปั่นผสมเป็นสัดส่วนตามหลักสุขาภิบาลอาหาร (เนื่องจากสถานที่ไม่อำนวยความสะดวก แต่ทางงานโภชนาการได้จัดมุมโดยแยกเป็นสัดส่วน จากเดิมใช้สูตรปั่นผสม ปัจจุบันได้ใช้สูตรอาหารสำเร็จรูป เบลนเดอร์ เอ็มเอฟ Blendera-MF และ สูตรเงิน-ดีเอ็ม GEN-DM))

- การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุง : มีการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกปี ผลการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกคนอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่พบโอกาสพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่ ทุกเข้ามีการกวดขันสูตรตรวจการแต่งกายและการปฏิบัติตัวตามหลักสุขาภิบาลของเจ้าหน้าที่ เน้นย้ำเรื่องต่างๆ อาทิการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสอาหารโดยตรง ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลได้ถูกต้อง แต่พบโอกาสพัฒนาเรื่องเจ้าหน้าที่ละเลยการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการทำอาหาร

- การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ : ในการบรรจุอาหาร ได้จัดหาภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดและเก็บรักษาอุณหภูมิสำหรับผู้ป่วยทุกคน จัดให้มีแนวทางปฏิบัติในการจัดล้างภาชนะและอุปกรณ์ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร มีการเก็บภาชนะแต่ละประเภทเป็นสัดส่วน การสุ่มตรวจเพาะเชื้อในอาหารทุก 1 เดือน และสุ่มตรวจตรวจเพาะเชื้อภาชนะทุกประเภททุก 1 เดือน ผลไม่พบการปนเปื้อนทั้งอาหารและภาชนะ

- การจัดการกับอาหารและภาชนะผู้ป่วยติดเชื้อ : กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามหลัก IC มีการแยกภาชนะโดยการกำหนดหมายเลขและแยกภาชนะล้างทำความสะอาดต่างหากสำหรับเจ้าหน้าที่มีแนวทางการจัดการกับเศษอาหารจากผู้ป่วยติดเชื้อโดยการใส่ถุงมือป้องกันและคัดแยกเศษอาหารทิ้งในถุงสีแดง ส่วนการจัดการกับเศษอาหารได้จัดถึงเศษอาหารที่มีฝาปิดมิดชิดรองรับ มีผู้ประมูลมาเก็บทุกวัน

- การรวบรวมขยะและจัดการน้ำเสีย : มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภท อาทิขยะแห้ง ขยะเปียก และขยะทั่วไป แยกออกนำไปเก็บให้ถูกต้องลงในภาชนะเก็บขยะแต่ละประเภทที่มีฝาปิดที่มิดชิดและทำความสะอาดทุกวัน การจัดการน้ำเสียมียแนวทางปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ในการตักบ่อไขมันทุกเช้า พบโอกาสพัฒนาในความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการทิ้งขยะให้ถูกต้อง

- การทำความสะอาดโรงเรือนและการควบคุมแมลงและพาหะนำโรค : มีมุ้งลวดติดตั้งทั้งโรงประกอบอาหาร กำหนดให้มีการ Big Cleaning ในทุกปลายวันจันทร์และวันศุกร์ แนวทาง 5ส. ประจำสัปดาห์/เดือน เช่น การทำ 5ส. เพื่อป้องกันหนู แมลงสาป การทำความสะอาดมุ้งลวด พัดลม ตู้เย็น และทำความสะอาดบริเวณที่ใช้ประกอบอาหารทุกครั้ง พบเพียงบางจุดที่ต้องปรับปรุง เช่นห้องเตรียมอาหาร พื้นที่ส่วนกลางที่จะต้องให้เจ้าหน้าที่ทุกคนมีส่วนร่วมมากขึ้น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- จากการบริการอาหารแก่ผู้ป่วยภายใน ยังไม่มีอุบัติการณ์ที่แสดงถึงว่าผู้ป่วยที่ได้รับอาหารจากฝ่ายโภชนาการแล้วมีอาการท้องเสีย
- มีการเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ให้บริการอาหารได้ตรงตามเวลาที่กำหนด

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
72. อาหารและโภชนาบำบัด	3.0	L L L	● พัฒนาระบบการให้บริการด้านโภชนาการเพื่อให้สอดคล้องกับผู้ป่วยกลุ่มรายโรคทุกกลุ่มครอบคลุมมากขึ้น ● พัฒนาสื่อที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่กลุ่มผู้ป่วยที่หลากหลายทั้งที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะคุกคามของโรค ภาวะทุพโภชนาการ ● มีการพัฒนาข้อมูล Hosxp ระบบการแจ้งเตือนการแพ้อาหารในระบบ

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
1 .ความพึงพอใจต่อการดูแลระยะสุดท้าย	>90%	99.5	99.8	90	85	90
2. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง	>90%	100	100	100	90	90
3. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการความปวด	>85%	100	100	100	100	100
4. ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการอาการรบกวน	>85%	100	100	98	98	90
5.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อที่บ้าน	>90%	100	100	98	80	80

ii. บริบท

- มีทีมรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ทางโรงพยาบาลนำเครื่องมือ Performance Scale (PPSv2) ใช้ในการประเมินระยะของผู้ป่วย เพื่อช่วยการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้เหมาะสมตามความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเน้นการสอนทักษะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อครอบครัวให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Meeting) และมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ผู้ป่วยระยะสุดท้ายสามารถเข้าปรึกษาตัวในหอผู้ป่วยและมีการจัดพื้นที่ให้แก่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและญาติตามความเหมาะสมต่ออาการ พยาธิสภาพของโรค รวมถึงมีอุปกรณ์การแพทย์ไว้ให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวยืมไปดูแลต่อที่บ้าน โดยมีแบบฟอร์มประเมินความจำเป็นในการใช้อุปกรณ์ แบบฟอร์มการยืมอุปกรณ์ เช่น เครื่องดูดเสมหะ ออกซิเจน เตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยไตวายที่ปฏิเสธการฟอกไต ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อมาเตรียมความพร้อมการดูแลต่อเองที่บ้าน ตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกันกับญาติพี่น้องในวาระสุดท้ายของชีวิต ในปี 2561 พบอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย palliative care ดังนั้นทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งประกอบด้วยสหวิชาชีพ ครอบคลุมตั้งแต่แพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก หอฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ทีมHHC และพยาบาลในรพ.สต.เครือข่าย มีผู้รับผิดชอบทุกงาน แต่ไม่มีหน่วย palliative care แยกเฉพาะ มีการพัฒนาทีมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร palliative care ระยะกลาง 1 คน เป็น case manager อบรม 5 วัน 3คน และ เภสัชกร อบรมระยะ3 วัน 1 คน

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:

- ผู้ป่วยระยะท้ายตามเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยระยะท้าย กรมการแพทย์ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยระยะท้ายในโรคเหล่านี้ Heart disease , Pulmonary disease , Dementia /Aging , HIV disease , Liver disease , Renal disease

กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย , กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดอื่นๆเช่น หลังทำหัตถการ ผ่าตัด

iii. กระบวนการ :ใช้ PPSv2 ESAS Pain score ในการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้าย และให้การช่วยเหลือให้มีความสุขสบาย ลดอาการรบกวนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้าย

III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- จัดตั้ง คณะกรรมการทีมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (คณะอำนวยการ และ คณะดำเนินงาน) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด และทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล
- จัดตั้งทีมเยี่ยมบ้าน เพื่อลงเยี่ยมร่วมกับทีมเจ้าหน้าที่ของเครือข่าย รพ.สต. เจ้าหน้าที่เทศบาล PCU และประชุมร่วมกันเพื่อร่วมกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว ได้ทันทั่วทั้งหลังจำหน่ายผู้ป่วยและส่งเยี่ยมบ้าน
- จัดทำ CPG และทบทวนทุกปี นำลงสู่ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความต้องการสอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่ายกำหนดกลุ่มโรคเป้าหมายตั้งแต่ตุลาคม ปี 2561 คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะท้าย และผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยระยะท้ายในโรคเหล่านี้ Heart disease , Pulmonary disease , Dementia /Aging , HIV disease , Liver disease , Renal disease เน้นกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย PPS v2 ≤ 30 คะแนน
- พยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative Care Ward Nurse)ประสานการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อเตรียมดูแลผู้ป่วยที่บ้านและการส่งต่อเยี่ยมบ้าน
- ทีมแพทย์และพยาบาล มีการใช้เครื่องมือ PPSV2 เพื่อช่วยการคัดเลือกระยะอาการของผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกรับทุกรายการประเมิน ความต้องการการดูแลโดยใช้แบบประเมินESAS เพื่อนำไปวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแล การเปิดโอกาสให้ญาติ/ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา/ตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสุขในการดูแลผู้ป่วย
- มีระบบการบำบัดความปวดโดยใช้ยาตามแผนการรักษา เช่น พาราเซตามอล,กลุ่ม NSAIDS Tramadol, และ มอร์ฟีน ตามเกณฑ์ Pain management
- ระบบการบำบัดความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น ให้คำปรึกษาพูดคุยให้กำลังใจ การสัมผัส ผีอกการหายใจและหลักกรรมความเชื่อของแต่ละศาสนา
- จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเฝ้าดู จัดให้นอนในมุมที่สงบ เป็นส่วนตัว และอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมในการประกอบกิจกรรมทางศาสนา ความเชื่อ เพื่อเข้าถึงความสงบในระยะท้ายของชีวิต ในรายที่ต้องการกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จัดบริการรพพยาบาล

- สนับสนุนอุปกรณ์ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เตียงนอนผู้ป่วย บริการแลกกังออกซิเจนพร้อมอุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล และเครื่อง suction

- ในการดูแลผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจะเน้นการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีการรับฟังผู้ป่วย แสดงความเห็นใจด้วยการสัมผัสที่นุ่มนวลให้การช่วยเหลือด้วยความเต็มใจ ลดขั้นตอนการรับบริการ

- ส่งต่อทีม HHC เพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินความต้องการการดูแลในชุมชน ช่วยบรรเทาอาการรบกวน(ESAS) ที่เกิดขึ้น และมีเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

(2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

จากการประเมินความรู้และความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายใช้แบบประเมินเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอในการวางแผนการดูแล ทีมสหวิชาชีพพร้อมกับทีม palliative care นำแบบประเมิน PPSv2 และ pain score มาใช้ ยังพบว่าไม่สามารถประเมินอาการรบกวนผู้ป่วยได้ครอบคลุม จึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้ครบถ้วน ดังนั้นปัจจุบันได้นำแบบประเมิน ESAS มาใช้ร่วมบันทึกอาการโดยผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะๆ ทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมปัญหา/ความต้องการ สามารถตอบสนองได้จากข้อมูลของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการจัดการอาการรบกวนและอาการปวด คิดเป็น 100 %

- มีการใช้เครื่องมือ PPSv2 มาช่วยประเมินและการคัดเลือกระยะอาการของผู้ป่วย

- มีการประเมินการรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัว โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาล ให้ข้อมูลและคำปรึกษาเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อตัดสินใจรับ/ไม่รับการดูแลแบบประคับประคอง

- กรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีความก้าวหน้าของโรคที่ทรุดลงมีโอกาสเสียชีวิต ผู้ป่วยหรือครอบครัว มีการเซ็นชื่อเพื่อปฏิเสธการช่วยชีวิต เช่น CPR, การช่วยใส่ท่อหายใจ เป็นต้น แพทย์และพยาบาลหอบผู้ป่วยในการประเมินติดตามอาการของผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัว เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลรักษาได้ตลอดเวลา พบว่าเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ญาติขอเปลี่ยนแปลงการรักษา ทีม Palliative Care ให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ กรณีมีญาติหลายคนและมีความขัดแย้งในกลุ่มญาติ มีผลต่อการประเมิน/การรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้ายสูง ทีมจึงนำ family meeting เพื่อจัดหาผู้ที่ทำหน้าที่ตัดสินใจแทน และ นำ advance care plan มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทุกราย พร้อมทั้งทบทวนเป็นระยะ

- มีการประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ

ด้านร่างกาย มีการประเมินเกี่ยวกับอาการรบกวนต่าง ๆ (ESAS) เช่น อาการปวด คลื่นไส้ รับประทานอาหารได้น้อย ท้องผูก อาการเหนื่อย และ/หรืออาการเฉพาะตามพยาธิสภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น อาการบวม เป็นต้น

ด้านจิตใจ มีการประเมินเกี่ยวกับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยและครอบครัว ความวิตกกังวลจะ ใช้การประเมินจากการพูดคุย การสอบถาม สีหน้า การนอนของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนการประเมินภาวะซึมเศร้าจะใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q และ 8Q และมีระบบการให้คำปรึกษาโดยพยาบาลจิตเวช

ด้านสังคม มีการประเมินด้านครอบครัว ความพร้อมของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ความรักความผูกพันในครอบครัว ด้านอาชีพ การเงิน สิทธิการรักษา เพื่อนของผู้ป่วย

ด้านจิตวิญญาณ มีการประเมินด้านปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม เช่น นิมนต์พระมาให้ผู้ป่วยทำบุญ ตักบาตรที่เตียง หรือเปิดเทปธรรมะให้ผู้ป่วย การอธิษฐาน

- มีการประเมินและประเมินซ้ำเรื่องแผนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายล่วงหน้า โดยการรับฟังปัญหาและความ ต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย
- ประเมินค้นหาความปรารถนาสุดท้ายของชีวิต (Last Wish) ซึ่งข้อมูลที่ได้ นำมาวางแผนให้การดูแล และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย

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

- จากการประเมินพบว่า สิ่งผู้ป่วยกลัวมากที่สุดคือการถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยวในระยะสุดท้ายของชีวิต และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือคนที่เข้าใจอยู่ข้างๆ โรงพยาบาลอนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ตามต้องการ ไม่จำกัดเวลา หลังดำเนินการพบว่าผู้ป่วย/ญาติ รู้สึกผ่อนคลายและลดความกลัว ความพึงพอใจ 99.8 %
- ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตสังคม พยาบาลผู้ดูแลพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงความวิตกกังวลรับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสินเรื่องที่ผู้ป่วยเล่าว่าผิดหรือถูก พร้อมทั้งสอบถามในสิ่งที่ผู้ป่วยกังวล และความต้องการก่อนถึงวาระสุดท้ายและช่วยดำเนินการในสิ่งที่ผู้ป่วยร้องขอ
- ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้พูดถึงถึงความเชื่อความศรัทธา ส่งเสริมให้ได้ทำในสิ่งที่อยากทำในวาระสุดท้าย
- เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตมีการทำความสะอาดและแต่งตัว แต่งหน้า ให้อยู่ในสภาพที่ญาติมาพบเห็นมีความประทับใจ เสมือนนอนหลับ หลังทำกิจกรรมนี้ญาติมีความพึงพอใจ 99.8 %

III-4.3 จ. การจัดการความปวด

(1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:

- แนวทางการประเมินอาการปวด เพื่อประเมินระดับความรุนแรงและพิจารณาบำบัดตามแนวทาง ที่มได้กำหนด pain score เป็น v/s ตัวที่ 5 บันทึกในฟอร์มปรอททุกราย
- ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความเจ็บปวด มีแบบประเมินความเจ็บปวดด้วยตนเองในผู้ป่วยอายุมากกว่า 3 ปี ที่มีอาการปวดเป็นสำคัญ โดยใช้การประเมิน pain score และแบบประเมิน face wrong score เพื่อการให้ยาลดปวดที่เหมาะสม และประเมินซ้ำหลังการให้ยาตามแนวทาง

(2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:

- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เมื่อญาติต้องการไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จะให้ยาแก้ปวด เช่น Paracetamol, Tramadol, NSAID, Morphine หากไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ แนะนำให้มา รพ. เพื่อพิจารณาปรับยา
- แนะนำแพทย์ทางเลือก/ผู้ป่วยสามารถใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น

(3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:

- การดูแลผู้ป่วยเพื่อบำบัดอาการปวดที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับ MO Syr , MO tab จากโรงพยาบาลศูนย์มาแล้ว ทีมมีบทบาทในเรื่องการติดตามการใช้ยาให้ถูกต้องเหมาะสม ตามแผนการรักษา ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี2561 ทางโรงพยาบาลมีการจัดให้มียาใช้ในโรงพยาบาล และสามารถสั่งจ่ายยาได้เอง ถ้าหากมีความกังวลในเรื่องการใช้ยาเช่นการปรับยาเพิ่ม สามารถ consult แพทย์ที่รับผิดชอบ palliative care หรือ consult อายุรแพทย์ได้ตลอด
- ทีม HHC ลงติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ติดตามการใช้ยาและอาการข้างเคียงจากยา ญาติผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องผู้ป่วยติดยา จึงให้แนะนำการใช้ยาและการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งเสริมให้อาการปวดรุนแรงขึ้นแก่ญาติ เพื่อคลายกังวลและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม พบว่า จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไม่รู้จะจ่ายยาเพิ่มช่วงไหน ต้องรอเวลาให้ครบชั่วโมง จึงสอนการใช้ pain score มาใช้ หลังจากนั้นพบว่า มีการใช้ยาอย่างเหมาะสม และมีช่องทางให้โทรปรึกษาโดยพยาบาล palliative care จากการประเมินพบผู้ดูแลยังคงมีความกังวลจะให้เบอร์ผู้ดูแล

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีทีมดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเครือข่ายเข้มแข็งและจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับความเชื่อ วิถีชีวิตและหลักศาสนา เช่น กิจกรรมฟังธรรม สวดมนต์
- ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลแบบประคับประคอง(ท่านเจ้าอาวาสและพระวัดนั้นหาราม)
- มีการนำแนวทางการดูแลผู้ป่วยประคับประคองมาใช้ในรูปของเครือข่ายที่เข้มแข็ง
- มีการใช้ pain management ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด และมีการใช้ opioid ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วย PPSv2 ESAS Pain score
- มีความพึงพอใจของผู้ป่วยระยะท้ายในปี 2561-2564 เป็นร้อยละ 99.50, 99.80, 90 และ 85 ตามลำดับ
- ผู้ป่วย palliative ได้รับการเยี่ยมบ้านทุกราย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	-ทักษะและความพร้อม	-พัฒนาและเพิ่มทักษะของทีม palliative care ให้ครอบคลุมในเครือข่าย

		ของทีมใน เครือข่าย(I) -การเข้าถึง การดูแล แบบ palliative care(I) - การทำ advance care plan ร่วมกับ ญาติ(I) -อุปกรณ์ใช้ ต่อเนื่องที่ บ้านมีไม่ เพียงพอ(I)	-ปรับ CPG palliative care เพิ่มขั้นตอนการพิจารณา ผู้ป่วยเข้ารับการดูแลแบบpalliative care และประชุมทีมต่อเนื่อง -ค้นหาญาติ/ผู้ดูแลที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ทำadvance care plan และทบทวนเป็นระยะ -จัดหาอุปกรณ์เพิ่ม เกยออกซิเจน 2 ชุด เครื่องผลิต ออกซิเจน 1 เครื่อง เครื่องพ่นยา 2เครื่อง ที่นอนลม 2 เตียง
75. การจัดการความปวด	3	-การใช้ยาแก้ ปวดกลุ่ม opioid ต่อเนื่องที่ บ้าน(I)	-ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินความปวด เป็นและพิจารณาเพิ่มยาให้สามารถควบคุมอาการได้ -ทำแผนให้มี syring driver เพื่อให้ยาแก้ปวดในกลุ่ม ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน 1 –2ชุด

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ให้บริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ ปลอดภัย รวดเร็วและให้บริการพึงพอใจ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
1.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ส่งต่อจาก รพศ. อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 3 เดือนหลังD/C	≥80	91.86	97.90	92.20	96.70	91.89
2.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีระดับคะแนนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้นหลังD/C	≥80	91.86	92.85	87.36	87.50	94.11

ii. บริบท

● งานกายภาพบำบัด โรงพยาบาลปากพูน จังหวัดนครศรีธรรมราช ให้บริการกายภาพบำบัดด้านการตรวจ รักษา ส่งเสริมป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัด ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเน้นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และอำนวยความสะดวกในการมารับบริการ

ขอบเขตบริการ : ให้บริการทั้งผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) และผู้ป่วยในชุมชนโดยให้บริการรักษาด้วย วิธีการทางกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคทางระบบประสาทและสมอง โรคระบบทางเดินหายใจ ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดสำหรับผู้พิการทางร่างกายและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่และให้ความรู้สุขภาพศึกษาสำหรับผู้ป่วยและญาติ

ความต้องการของผู้รับบริการ: ความต้องการของผู้ป่วยและญาติ คือ มีความปลอดภัย สะดวก รวดเร็วในการเข้ารับบริการ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็น, การดำเนินโรค, พยากรณ์โรค, วิธีการรักษา และได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับอาการอาการเจ็บป่วยที่เป็นอย่างถูกต้อง

ความต้องการของผู้รับผลงานภายในที่สำคัญ คือ มีการประสานงานที่ดี ชัดเจน มีการบันทึกข้อมูล การส่งต่อ ข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:

- โรคหลอดเลือดสมอง (CVA)
- โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง (Spinal cord injury)
- โรคที่เกิดจากการบาดเจ็บทางสมอง(Traumatic brain injury)
- ผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง (COPD)
- ผู้ป่วยโรคถุงลมแฟบ (Atelectasis)
- ผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า (Diabetic foot)
- ผู้ป่วยเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า

- ผู้พิการและผู้สูงอายุ ที่มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวที่ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง
- ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ระบบประสาท • ผู้ป่วยกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ
1.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ทุกราย ที่เข้าAdmit ที่โรงพยาบาลปากพอง จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการทากายภาพบำบัด -มีการประเมิน ตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด และวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย -ผู้ป่วยและญาติได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้นซึ่งสามารถนำกลับไปปฏิบัติเองได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล -ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke) ที่ยังมีความบกพร่อง หลังจากออกจากโรงพยาบาล จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านจากทีมสหวิชาชีพ
2.ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	-ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)ทุกราย ได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางปอด โดยนักกายภาพบำบัด ทำให้แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษาผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ -ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)ทุกราย ได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพปอดซึ่งสามารถนำไปปฏิบัติเองได้

(1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)และญาติหลังจากได้รับโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น และออกจากโรงพยาบาลแล้วไม่มารับการประเมิน และการปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพจากนักกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลเนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทางและด้วยสภาวะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ดังนั้นนักกายภาพบำบัดจึงได้มีการประสานงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อลงเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ และปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพ ให้กายอุปกรณ์ที่จำเป็น ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลังจากที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว แพทย์จะส่งปรึกษา นักกายภาพบำบัดเรื่องการฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งสอนผู้ดูแลก่อนกลับบ้าน โดยการฟื้นฟูในระยะแรกในผู้ป่วยกลุ่มนี้ จุดประสงค์เพื่อฝึกการเรียนรู้ของสมอง ตามสภาพของผู้ป่วย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ข้อติด แผลกดทับ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ญาติจะได้รับโปรแกรมเหล่านี้เพื่อนำไปฝึกให้ผู้ป่วยที่บ้าน หลังจากนั้นนักกายภาพบำบัด จะนัดผู้ป่วยมาประเมินและปรับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพตามความสามารถของแต่ละราย • จัดทำแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม HHC • หลังจากที่มีการเยี่ยมบ้านและมีการประสานงานและส่งข้อมูล ระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กลับมายังโรงพยาบาลพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งก็ยัง

ไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงทำให้มีการเยี่ยมซ้ำโดยทีมสหวิชาชีพอีกครั้ง ซึ่งพบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ครอบคลุมมากขึ้น

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ:

- การตรวจประเมิน วินิจฉัย และวางแผนการรักษาผู้ป่วยในแต่ละโรค เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ กายภาพบำบัด · ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ทุกรายจะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในวันที่ 2 ของการAdmit ที่โรงพยาบาลปากพ่องซึ่งเป็นไปตามCare map · ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) จะได้รับการทดสอบสมรรถภาพทางปอด(Spirometer)โดยนักกายภาพบำบัดทุกราย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ให้บริการฟื้นฟูสภาพและกายภาพบำบัดแก่ผู้ป่วยในตามแผนการรักษาของแพทย์หลังจำหน่าย ซึ่งเน้นเชิงรุกโดยการขยายงานกายภาพบำบัดลงสู่ชุมชน โดยออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายสัปดาห์ละ 2 ครั้ง และร่วมมือกับ HHC ในการดูแลผู้พิการ และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้ครอบคลุม สนับสนุนกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยสำหรับคนพิการ ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด โภชนากร และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
76. การฟื้นฟูสภาพ	3.0	-ผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับก่อนได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ(I) -ไม่มีการวางแผนและสรุปประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน(I) -อุปกรณ์เครื่องช่วยเดินไม่เพียงพอต่อผู้ป่วย(I)	- ประสานพยาบาลตักผู้ป่วยในให้ส่งผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกราย กรณีที่แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับในวันหยุด ให้พยาบาลนัดผู้ป่วยมาที่แผนกกายภาพบำบัดในวันทำการปกติ - มีการวางแผนและสรุปประเด็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน - วิเคราะห์ ติดตามประสิทธิภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง - เพิ่มอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)ให้เพียงพอ

III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ องค์กรร่วม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย	>90%	100	99.4	92.64	95.50	94.86
ผู้ป่วยฟอกไตทางช่องท้องได้รับการเยี่ยมบ้าน	100%	85.7	100	88.89	69.33	17.86

ii. บริบท

โรงพยาบาลปากพนังมีแพทย์อายุรกรรม 1 คน มีคลินิก CKD เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และติดตามดูแลผู้ป่วย ภาวะไตเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วย NCD และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ปฏิเสธการฟอกไต ต้องการดูแลแบบ ประคับประคอง และ ให้การดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกไตผ่านทางหน้าท้องที่ได้รับการส่งต่อจาก โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมาอนโรงพยาบาลด้วยอาการแทรกซ้อน โดยจัดทีมเยี่ยมบ้านร่วมกับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้ความรู้ และประเมินผลการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตผ่านทางหน้าท้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดภาวะแทรกซ้อนจากการฟอกไตผ่านทางหน้าท้อง

iii. กระบวนการ

(1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:

- แพทย์อายุรกรรม ให้ข้อมูลเรื่องโรคและprognosis ของโรค แนวทางการรักษาแก่ผู้ป่วยและพยาบาลให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เหมาะสมแก่ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่เลือกทำการรักษาโดยการฟอกไตหรือฟอกไตทางหน้าท้องแพทย์พิจารณาส่งตัวผู้ป่วยพบแพทย์เฉพาะทางที่รพ.มหาราช
- จัดอบรมบุคลากรผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกไตทางหน้าท้องร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและเครือข่าย
- กำหนดให้ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายทุกราย
- รับให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์แก่ผู้ป่วย/ญาติที่พบปัญหา
- เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ให้การดูแลแบบประคับประคอง

(2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:

- —

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ฟอกไตทางหน้าท้อง ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC ทหาร

- ผู้ป่วยที่มีปัญหาติดเชื้อจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเพื่อรับยา Antibiotic จัดให้นอนในโซนที่สะอาดหรือห้องพิเศษ(ถ้าหากผู้ป่วยมีความพร้อม)
- มีคลินิก CKD เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และผู้ป่วยได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม โดยแพทย์อายุรกรรม และทีมสหวิชาชีพประจำคลินิก
- ผู้ป่วยที่ตัดสินใจไปฟอกไตที่โรงพยาบาลศูนย์ มีบางรายเปลี่ยนใจหลังจากไปเตรียมความพร้อมก่อนฟอกไต เนื่องจากอายุมากขอรับการรักษาแบบประคับประคอง และไม่พบผู้ป่วยฟอกไตฉุกเฉิน
- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง จากไปอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3	-การเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่งไปรับการรักษาด้วยการฟอกไตทางหน้าท้องที่โรงพยาบาลศูนย์ (I)	• จัดทำและปรับปรุง CPG CKD • พัฒนา CKD clinic คุณภาพ • ส่งเจ้าหน้าที่ใน clinic CKD ไปอบรมการดูแลผู้ป่วยฟอกไต • พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยฟอกไตทางหน้าท้อง • พัฒนาศักยภาพบุคลากรในเครือข่ายเรื่องการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะท้ายแบบประคับประคอง

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
อัตรา Re-admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย DM	< 5	2.63	0.10	0.34	0.28	0.38
อัตรา Re-admit ภายใน 28 วันของผู้ป่วย COPD	< 3	0.19	0.02	0.67	1.9	0.02
อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C<7)	>40%	36.99	33.07	27.28	33.19	20.67
อัตราผู้ป่วย stroke ที่คะแนน ADL เพิ่มขึ้น	≥80%	91.86	92.85	87.36	87.5	94.11
ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่สูงต่อจาก รพต.อย่างน้อย 1 ครั้งภายใน 3 เดือนหลัง D/C	≥80%	91.86	97.90	92.20	96.7	91.89

ii. บริบท :

- ทีมดูแลผู้ป่วย มุ่งเน้นบริการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยพัฒนาขีดความสามารถของผู้ป่วยและญาติ โดยการมีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องหลังจำหน่าย

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:

- DM HT COPD Stroke CKD HIV CA จิตเวช CKDกลุ่ม Palliative, TB, มารดาหลังคลอด, มารดาหลังการผ่าตัดคลอดบุตร, หญิงตั้งครรภ์, หญิงตั้งครรภ์แท้งบุตร, ทารกแรกเกิด, DVT ในผู้ป่วยกระดูกหัก Around the Hip, Failed Plate in Closed Fracture Femur and Tibia

ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:

- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้
- ผู้ป่วยจิตเวช ติดยาเสพติด โรคเรื้อรังที่สังคมไม่ยอมรับ
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาในการรับรู้ หรือขาดผู้ดูแล
- ผู้ป่วยต่างชาติและต่างด้าว
- หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์
- ครอบครัวที่บุตรคนแรก

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง
DM,HT,CKD,COPD/Asthma,TB Stroke	การประเมินผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และวางแผนการเรียนรู้ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้วางแผนการดูแลร่วม กับทีม ให้คำแนะนำข้อมูลแหล่งประโยชน์ ต่าง ๆ ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ มีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยที่มีปัญหา re-admit ให้ทีม HHC ลงเยี่ยมบ้าน ทบทวนการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกรทุกครั้งที่มาใช้บริการ เช่น COPD เพื่อติดตามดูสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การพ่นยา การปฏิบัติตัว ทีมดำเนินการวางแผนปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย มีการส่งต่อคลินิกเลิกบุหรี(คลินิกเลิกบุหรีเริ่มเดือนมกราคม 2560) DM สอนการใช้ยาฉีด insulin ทบทวนการใช้ยาพ่นโดยเภสัชกรทุกครั้งที่มาใช้บริการ
PP/Preterm	PP/Preterm เสริมแรงให้แก่มารดาหลังคลอด โดยการสอนการให้นมแม่ ดูแลใกล้ชิดจนมารดามีความพร้อมในการให้นมแม่ กระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยดูแลทารก และให้ข้อมูลการรับวัคซีน แหล่งประโยชน์ที่สามารถขอความช่วยเหลือได้
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์	- ประเมินปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ - สร้างความเป็นกันเองเข้าใจปัญหา - ให้ข้อมูลพร้อมคำถามเปิดกว้างเพื่อให้คิดและแก้ปัญหาด้วยตนเอง - ให้สามีและญาติมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลเสริมพลังพร้อมให้กำลังใจ

(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:

- ทีมสุขภาพจะมีการประเมินสภาพปัญหาที่มีผลต่อความสามารถการดูแลตนเองของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณเพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้ป่วยและญาติตามสภาพปัญหาเหมาะสมกับวิถีชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน โดยวางแผนการดูแลร่วมกันตั้งแต่ก่อนโรงพยาบาล มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น แหล่งสนับสนุนในชุมชนและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูสภาพแวดล้อมและเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น การพ่นยา ฉีด insulin การทำแผล Bed Sore การสอนทำกายภาพ อาหารเฉพาะโรค ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีการประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ PPSv2 ESAS Pain Score

(2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

- แพทย์จะเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาทางเลือกในการรักษา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา เลือกแนวทางการรักษา รวมทั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
- โรงพยาบาลจะให้ข้อมูลทุกขั้นตอนของการดูแล ให้ข้อมูลของแผนการพยาบาล และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยขณะรับการรักษาที่รพ. ใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและญาติ เช่น แผ่นพับให้ความรู้เพื่อความเข้าใจที่ง่ายขึ้น การพูดคุยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถาม ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยและมีการประเมินการเรียนรู้จนกว่าผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
- ค้นหาความต้องการปัญหาที่มีผลต่อความสามารถต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พูดคุย หาทางออกร่วมกันให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เช่นผู้ป่วยที่ต้องฉีดอินซูลินที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีแผล หรืออุปกรณ์ติดตัว มีการวางแผนการดูแลร่วมกันตั้งแต่ก่อนโรงพยาบาล มีการเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จำเป็น แหล่งสนับสนุนในชุมชน และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูสภาพแวดล้อมและเตรียมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลด้วยความเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการคงไว้หรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับของกฎหมาย ความเชื่อ วัฒนธรรม เช่น เปิดโอกาสให้พระมาสวดข้างเตียงให้ผู้ป่วยจิตสงบตามที่ผู้ป่วยและญาติต้องการ กรณีขอพาผู้ป่วยไปดูแล Palliative care ต่อที่บ้านมีการพูดคุยกับญาติเพื่อวางแผนการดูแล เช่น แพทย์ประเมินอาการแล้วว่ามีโอกาสเสียชีวิตสูง จะมีการพูดคุยการดูแลก่อนจำหน่ายพร้อมส่ง HHC ติดตาม
- ผู้ป่วยมีประวัติแพ้อยู่ในเด็ก มีการฝึกการใช้ยาฉีด

(3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:

- มีการดูแลให้คำปรึกษาการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempt) ผู้ป่วยซึมเศร้า (Depress) เครียด วิตกกังวล โดยมีการใช้แบบประเมินในผู้ป่วยแต่ละรายตามสภาพปัญหาที่พบ จากการซักประวัติการสังเกต แล้วพบว่ามีความวิตกกังวลซึมเศร้า จะได้รับบริการให้คำปรึกษา รวมทั้งมีเกณฑ์และ

แนวทางการให้ความช่วยเหลือเป็นขั้นบันได และพบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ(ต่อแสนประชากร)ในปี 2559-2563 ร้อยละ 11.9, 6.8, 6.8, 3 และ 11.13 ตามลำดับ

- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care) จะจัดให้อยู่ในมุมสงบ หรือห้องพิเศษ หากญาติต้องการทำพิธีกรรมทางศาสนาที่จะอำนวยความสะดวกเรื่องสถานที่ และเมื่อถึงวาระสุดท้ายโรงพยาบาลจะสนับสนุนรถในการเคลื่อนย้ายกลับบ้าน
- ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยครั้งแรก (First Diagnosis) ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีทุกราย จะได้รับการให้คำปรึกษาการให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติตัวการ/ดูแลที่บ้าน เพื่อการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน

(4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

- มีการค้นหาปัญหาของผู้ป่วยนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการรักษาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพผู้ป่วยและญาติสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงปัญหา
- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ที่สามารถควบคุมได้ ทีมสุขภาพได้ร่วมกันกำหนดแนวทางในการดูแลโดยการกำหนดเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยกลับไปรับยาที่รพ.สต.ใกล้บ้าน ผู้ป่วยสมัครใจที่จะรับยาใกล้บ้าน ซึ่งมีความสะดวกรวดเร็วในการเดินทาง และมีการพบแพทย์ประจำปี 1 ครั้งในวันตรวจเลือดประจำปี
- ในกรณีที่ผิดปกติ มีการ consult แพทย์ และมีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ โดยการเตรียมความรู้ของบุคลากรของรพ.สต.ให้มีความพร้อม เตรียมความพร้อมของยา และเวชภัณฑ์ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานสามารถรับยาได้ที่รพ.สต.ใกล้บ้านได้เป็นจำนวนมาก

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

- ฝึกทักษะผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้านเช่น การทำแผล การฉีดยา การให้อาหารทางสายยาง
- การดูแล Hygiene care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวได้รับการฝึกทักษะ ในเรื่องการทำกายภาพบำบัด การฝึกเดิน การบริหารข้อ ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ไปตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลโดยใช้ระบบการดูแลแบบมีพี่เลี้ยงช่วยในเรื่องการกินยาผู้ป่วยจิตเวช โดยแพทย์ปรับเปลี่ยนมียาให้เพื่อความสะดวกในการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง (Directly Observed Therapy :DOT) ทำให้การกินยาไม่ต่อเนื่อง การขาดยา หรือการกำเริบของผู้ป่วยจิตเวชลดลง
- OPD ให้ข้อมูลรายโรคตามปัญหาที่ประเมินได้ การนัดหมายครั้งต่อไป ณ จุดบริการหลังตรวจ
- มีการเสริมพลังและให้ความรู้ในคลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ DM, HT, ไขมัน, COPD, Asthma, TB, ARV โดยสหสาขาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม
- คลินิกพัฒนาการเด็กสมวัย

- ในทารกแรกเกิด/คลอดก่อนกำหนด มีการจัดการเรียนรู้ในการดูแลทารก ได้แก่ การให้นมแม่ อาบน้ำ เช็ดตา เช็ดสะดือ และการให้ยาทางปาก

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

- ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจเรื่องการทำแผล การฉีดอินซูลิน การให้อาหารทางสายยาง การดูแล Hygiene care ในผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวได้รับการฝึกทักษะ ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยจิตเวชมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลโดยใช้ระบบการดูแลแบบมีพี่เลี้ยง ผู้ปกครองได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมที่ได้รับคำแนะนำ และส่งต่อชุมชน
- ฝึกปฏิบัติการให้นมลูกอย่างถูกต้อง
- ผลลัพธ์การกินยา TB ทำ DOT ได้
- ไม่พบมารดากลับมารักษาจากการไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตน
- มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังจำหน่ายในรายที่จำเป็นต้องติดตามผลด่วน ก่อนทีม HHC ลงเยี่ยม

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนให้มีอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยนำไปใช้ต่อเนื่องที่บ้าน
- กิจกรรมให้ข้อมูลและเสริมพลังในการดูแลสุขภาพ โดยสหสาขาวิชาชีพขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวในหอผู้ป่วย ก่อนจำหน่าย เช่นผู้ป่วย stroke และญาติมีทักษะการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม
- ระบบการดูแลผู้ป่วยใกล้บ้านใกล้ใจในกลุ่ม NCD ผู้ป่วยมีความมั่นใจในการกลับไปรับการรักษาที่รพ.สต.

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
78. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3	I ,L	-การวางแผนจำหน่าย การให้บริการและการให้ข้อมูลในระบบสุขภาพในชุมชนเชิงรุกที่ครอบคลุมเชื่อมโยงกับเครือข่ายให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย เพิ่มการค้นปัญหาด้านจิตใจ - จัดหาแหล่งสนับสนุนในโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ให้เพียงพอกับความต้องการการใช้ของผู้ป่วย

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิผล องค์กรรวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	ปัจจุบัน
อัตราการรักษาผู้ป่วยแบบมีที่เลี้ยง (DOTs)	100%	100	100	100	100	100
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย DM	<5%	0.14	0.07	0.34	2.81	0.66
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย HT	<5%	0.10	0.01	0.45	0.75	0.18
อัตราการขาดยาในผู้ป่วย TB	<5%	3.49	3.33	0	4.68	4.54
ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (SuccessRate)	85%	82.23	84.65	83.33	92.31	93.40
Good Adherence ในผู้ป่วย HIV	≥90%	98.70	97.80	96.82	96.28	96.35
อัตราที่ผู้ป่วย ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥85%	90.49	89.11	90	73.68	41.66
อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัด DM	<3%	1.2	0.8	0.94	5.13	1.36
อัตราผู้ป่วยที่ขาดนัด HT	<3%	2.13	1.16	0.42	2.00	0.20
อัตรา re-admit ในผู้ป่วย COPD	<3%	0.19	0.02	0.67	1.90	0.02

ii. บริบท

- ทีมให้บริการดูแลและติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านต่อเนื่องอย่างมีคุณภาพ โดยมีการกำหนดข้อบ่งชี้ในการส่งต่อผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านครอบคลุมทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทั้งภายในโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ส่งตัวจากสถานพยาบาลอื่น ๆ โดยได้มีการวางแผนและทำข้อตกลงระหว่างทีมสุขภาพกับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยไปยังสถานบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกัน กรณีมีการพบปัญหาของผู้ป่วยและญาติในขณะเยี่ยมบ้าน มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยจากในสถานบริการในเครือข่ายและจากทีมเยี่ยมบ้านในชุมชนสู่โรงพยาบาล

ระดับการให้บริการ:

- โรงพยาบาลระดับ M2 ระดับทุติยภูมิ ให้การดูแลผู้รับบริการแบบต่อเนื่อง ภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลศูนย์มาเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน โดยมีการประสานงานที่ครอบคลุมเครือข่ายสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทั้ง 25 แห่ง และ 1 PCU โดยมีกลุ่มที่ต้องดูแลต่อเนื่องทั้งหมด 7 กลุ่ม ได้แก่
- 1.ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)
 - 2.ผู้ป่วยมะเร็ง
 - 3.ผู้ป่วยวัณโรค
 - 4.ผู้ป่วยเอดส์
 - 5.ผู้ป่วยจิตเวช
 - 6.ผู้สูงอายุ

7.ผู้ป่วยเรื้อรัง

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:

- มีระบบนัดผู้ป่วยมารับบริการต่อเนื่องและกรณีมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการดูแลรักษามีระบบการเยี่ยมติดตามอาการของผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ(HHC)โดยส่งต่อPCU 1 แห่ง รพ.สต. 20 แห่ง มีพยาบาลวิชาชีพประจำ 15 แห่ง และมีส่วนร่วมในการจัดรูปแบบให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ/กลุ่มเสี่ยง ที่เกินศักยภาพส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยนอก โรค HT/DM ที่ควบคุมได้ตามแนวทางส่งไปรับการรักษาดูแลต่อเนื่องที่รพ.สต. หากพบมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนreferมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล
- ผู้ป่วยใน โรคเรื้อรังเช่น HT,DMที่มีภาวะแทรกซ้อนเช่น hypo-hyperglycemia ,COPDที่ re-admit ภายใน28วัน ,Strokeทุกราย, ส่งทีม HHC เพื่อลงเยี่ยมบ้านทุกราย
- ผู้ป่วยวัณโรคส่งคลินิก เพื่อทำ DOT ทุกวันและเมื่อจำหน่ายประสานรพ.สต.ให้ทำDOT ต่อเนื่อง ผลสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (Success Rate)ในปี2559-2563 อัตรา 82.26, 89.74, 82.23,84.65 และ 83.33 ตามลำดับ
- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Palliative Care)ได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคองและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยละญาติในวาระสุดท้ายของชีวิตให้สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีแนวทางดูแลต่อเนื่องกับชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะท้ายพร้อมจากไปอย่างสงบ
- กระบวนการ:มีการวางแผนการจำหน่าย การเตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อกลับไปดูแลฟื้นฟูที่บ้านโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมกันฝึกผู้ป่วย ญาติให้เกิดทักษะที่จะดูแลตนเอง ได้อย่างต่อเนื่องและมั่นใจ มีทีม HHC ทำหน้าที่เชื่อมประสานการดูแลจากโรงพยาบาลถึงบ้าน ส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลไปยัง รพ.สต.

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง
HT/DM/Stroke/ /STEMI/COPD/ TB/HIV/ Palliative Care/ Bed Ridden/ผู้ป่วยเด็ก	-มีแนวทางส่งไปรับการรักษาดูแลต่อเนื่องที่รพ.สต. หากพบมีปัญหาหรือมีภาวะแทรกซ้อนreferมารับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ส่งทีม HHC เพื่อลงเยี่ยมบ้านทุกราย TB/HIV ส่งคลินิก เพื่อทำ DOT ทุกวันและเมื่อจำหน่ายประสานรพ.สต.ให้ทำDOT -ในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉิน มีระบบส่งต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์
ผู้ป่วยจิตเวช	มีแนวทางการประเมินและติดตามเยี่ยมโดยพยาบาลจิตเวชร่วมกับทีมรพ.สต. / ทีมจังหวัด

(1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

- กลุ่ม Stroke Fast Track, STEMI, SHI, Multiple Trauma, Multiple Fracture, Preterm, PIH
- กลุ่ม DM, HT, IHD, Stroke/ Old CVA ,TB,HIVที่มีอาการ Stable จะส่งต่อ รพ.สต.

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

- ผู้ป่วยSTEMI/Post Arrest ผู้ป่วย On ET-Tube Refer โดย พยาบาลวิชาชีพ 2-3 คน แพทย์มีการประสานโรงพยาบาลแม่ข่ายก่อนส่งต่อทุกราย
- ผู้ป่วย Stroke /กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงพยาบาล 1-2 คน ตามลักษณะผู้ป่วย และผู้ป่วย Stroke ที่ส่งทำ CT รอรับกลับกรณีผลไม่มี bleeding

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

- มีรถ Refer มีการตรวจสอบความพร้อมใช้เวลละ ครั้ง มีพร้อมอุปกรณ์การช่วยฟื้นคืนชีพ อุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น Monitor , Ventilator ,Suction ในทารกแรกเกิด มีการใช้ Transport Incubator หากใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้ Neo Puff แทน Ambubag เพื่อลดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และมีแรงดันที่เหมาะสม ทำให้การดูแลขณะส่งต่อเป็นไปอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการส่งต่อ

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

- มีระบบนัดหมายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลให้กลับมารักษาติดตามผล และในผู้ป่วยนอกที่ต้องรับการรักษาค่อยๆต่อเนื่องทุกราย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีการใช้สมุดนัดประจำตัวเพื่อสามารถสื่อสารเรื่องยา lab ข้อมูลผู้ป่วย มีการนัดผู้ป่วยตรงตามคลินิกและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่อง

- ในผู้ป่วยเรื้อรังที่ขาดนัดถ้ามีการขาดนัดเกิน 15 วันจะมีการตามผู้ป่วย โดยการประสานกับ รพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบ ในการตามผู้ป่วย ถ้าในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลที่มจะโทรตามผู้ป่วยโดยตรง ถ้าไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ จะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อหาสาเหตุของการขาดนัด ผลพบว่าอัตราการขาดนัดของผู้ป่วยเบาหวานปี 2559-2563 พบร้อยละ 2.19, 3.02, 1.20, 0.80 และ 0.94 ตามลำดับ อัตราการขาดนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงปี 2559-2563 พบร้อยละ 3.12, 2.29, 2.13, 1.16 และ 0.42 ตามลำดับ

- มีระบบการติดตามผู้ป่วย Day care /TB ในกรณีไม่มาตามนัดโดยติดต่อทางโทรศัพท์หรือติดต่อรพ.สต.ในเขตที่รับผิดชอบเพื่อติดตาม ผู้ป่วย TB ในผู้ป่วยTB มีการจัดระบบการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำ DOT ทุกวันและเมื่อจำหน่ายประสานรพ.สต.ให้ทำDOT ต่อเนื่องโดยอธิบายถึงความสำคัญของการกินยาให้ตรงตามนัดทุกครั้ง ผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดจะติดตามทางโทรศัพท์หรือทางระบบเครือข่าย รพ.สต.ในพื้นที่ และมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกรายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของโรงพยาบาลและ รพ.สต. เพื่อดูแลเรื่องการกินยา และผลข้างเคียงของยา ตลอดระยะเวลาของการรักษา และประเมินผลที่เกี่ยวกับการกินยาของผู้ป่วยโดย เจ้าหน้าที่เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- ไม่มารับประทานยาแบบมีพี่เลี้ยงในตอนเช้า ตอนบ่ายที่มจะโทรศัพท์ตามให้มารับยา มีระบบการติดตามโดยการติดตามทางโทรศัพท์โดยตรงกับผู้ป่วยและมีแกนนำเยี่ยมบ้าน

- ในผู้ป่วยเรื้อรังมีเครือข่ายร่วมกับรพ.สต.ในการปรึกษาปัญหาผ่านทางระบบ line และสามารถปรึกษาแพทย์ได้ตลอดมีระบบส่งต่อผู้ป่วยกลับมารักษาต่อเนื่องเมื่อมีข้อบ่งชี้

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพ
แก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

- มีการส่งต่อชุมชนโดยใช้แบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน ในปี 2562 กำลังปรับใช้โปรแกรม Smart COC เยี่ยมบ้าน
แล้วร่วมกันทั้งเครือข่าย ติดตามเยี่ยมหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายจาก รพ. ศูนย์ HHC ของ รพ. ประสานทีมและลง
เยี่ยมร่วมกับรพ.สต.
- มีระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี /ผู้ป่วยเอดส์ โดยกลุ่มแกนนำมีพยาบาลเป็นที่เล็งในการเยี่ยม
ในผู้ป่วย ARV รายใหม่ มีการประสานงานสหวิชาชีพ ทีม ARV มาร่วมดูแลให้การปรึกษาเฝ้าระวังด้านจิตใจ ความรู้
เรื่องโรค การใช้ยา และการเปิดเผยผลเลือด
- ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายก่อนจำหน่ายต้องได้รับการประเมิน 2Q และ Suicidal Idea ทุกราย และมีการ
ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายภายใน 30 วัน 1ครั้ง ทุกราย
- ในเด็กที่ได้รับการประเมินว่าผู้ปกครองไม่พร้อมให้การดูแล เช่น ทารกที่บิดา-มารดา ติดสารเสพติด ทาการ
ส่ง OSCC เพื่อให้มาประเมินและให้แนวทางช่วยเหลือร่วมกับทีมจังหวัด
- มีการเชิญเจ้าหน้าที่ จากชุมชนเข้าร่วมประชุมวิชาการที่จัดขึ้นทุกครั้ง รวมทั้งมีการลงพื้นที่ให้ความรู้แก่
เจ้าหน้าที่ด้วย เช่น โรคไข้เลือดออก พบว่า มีการส่งตัวผู้ป่วยที่สงสัยไข้เลือดออกมารับการตรวจรักษาที่
โรงพยาบาลมากขึ้น พร้อมทั้งมีผลการทำTunique Test มาด้วย การดูแลผู้ป่วย palliative care /ผู้ป่วยติดบ้าน
ติดเตียง
- มีระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์
- ประสานขอความร่วมมือกับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในการของบประมาณจัดหาอุปกรณ์ หรือตอบสนอง
ความจำเป็นของผู้ป่วยในแล้วแต่กรณี

(6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- มีระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการเครือข่ายเช่น รพ.สต. รพ.มหาราช และรพ.อื่นๆโดยใช้ใบ
ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษา และโปรแกรม Thai refer สำหรับส่งต่อข้อมูลในการส่งต่อ
- มีสมุดประจำผู้ป่วยเรื้อรัง (DM/HT/COPD/HIV/AIDS/Schizophrenia) ที่ทาง รพ.ออกให้เป็นสมุดประจำตัว
ผู้ป่วยเพื่อนำไปเป็นข้อมูลสุขภาพสำหรับสื่อสารกับหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง
- มีการใช้แบบฟอร์มการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเฉพาะโรคและแบบเยี่ยมทั่วไปเพื่อใช้ในการบันทึกปัญหาผู้ป่วย
และแผนการดูแลต่อเนื่องรายละเอียดที่สำคัญที่ควรดูแลต่อเนื่องที่บ้านรวมทั้งการประสานข้อมูลในทีมสหวิชาชีพ
การส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยปฐมภูมิ

(7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- มีทะเบียนเยี่ยมบ้านบันทึกการติดตามการดูแลต่อเนื่องของทีม
- มีการลงข้อมูลเยี่ยมบ้านในรายงานบัญชี 1 โปรแกรม HOS XP
- มีการนำเวชระเบียนในรายที่ส่งต่อมาทบทวนทุกราย เพื่อปรับปรุงระบบ

(8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผนปรับปรุงบริการ:

- ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง พบปัญหาการกินยาไม่ถูกต้องในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่อ่านหนังสือไม่ได้พบว่ามีความเสี่ยงเรื่องผู้ป่วยสูงอายุรับประทานยาไม่ถูก ส่งผลให้เสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลสูงหรือต่ำกว่าปกติการปรับปรุงที่เกิดขึ้นคือ มีใช้ฉลากภาพ และสัญลักษณ์ต่างๆที่ชองยา การจัดยาเป็นมื้อ การเยี่ยมบ้านด้านยาโดยเภสัชกร เป็นต้น
- จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่ามีปัญหาเรื่องผู้ดูแลไม่เห็นความสำคัญของการทำกายภาพบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมี Complication โดยเฉพาะข้อติด ทีมจึงได้มีการเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพ มีการสอน สาธิตผู้ดูแล
- จากการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้านพบว่าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ยังเข้าถึงบริการได้ไม่ดีนัก มีการเจาะเลือด CBC ให้ที่บ้านในกรณีที่ต้องรับยาจิตเวชทางไปรษณีย์จาก รพ.สวนสราญรมย์เพื่อป้องกันการขาดยา มีการทำDOT ยาจิตเวชโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในรายที่มีปัญหาเรื่องผู้ดูแล และมีการจัดยาเป็นมื้อๆ ให้กับผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกินยาผิด
- ผู้ป่วย TB ติดตามและประเมินการรับประทานยาด้วยระบบ DOT โดยญาติ อาสาสมัคร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- มีการติดตามการดูแลต่อเนื่องและผลการเยี่ยมพบปัญหาที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ที่ให้ไว้ไม่สามารถติดต่อผู้ป่วยได้ประสานงานกับเวชระเบียนในการชักถามเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยใหม่ทุกครั้ง
- มีการติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่ระดับสูงกว่าโดยการโทรถามผลการวินิจฉัยและการตรวจรักษา
- มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการใน รพ.ที่มีความสามารถสูงกว่า ได้แก่ รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช ใน กลุ่มผู้ป่วยที่เกินศักยภาพของโรงพยาบาล จะมีการโทรประสานก่อนการส่งต่อผู้ป่วยก่อนและมีการโทรติดตาม ผลการรักษา/ มีการตอบกลับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเป็นเอกสาร
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการ การส่งต่อในระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อในจังหวัดนครศรีธรรมราชให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน
- มีทีมดูแลผู้ป่วย palliative care ของเครือข่าย
- เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
79. การดูแลต่อเนื่อง	3	I	-พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังสู่สถานบริการใกล้บ้านใกล้ใจ

			-พัฒนาระบบข้อมูลเครือข่ายเพื่อใช้ร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาทีม HHC ให้มีอัตราคลังที่เพียงพอ ครอบคลุมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง -พัฒนาทีมดูแลผู้ป่วย palliative care ของเครือข่าย -พัฒนาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยทีมสหวิชาชีพ -ส่งเสริมการใช้โปรแกรม Smart COC ในการดูแลต่อเนื่องในเครือข่าย
--	--	--	---