



SAR 2020



รายงานการประเมินตนเอง
โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์



Self - Assessment Report 2022



Prachathipat Hospital

สารบัญ

	หน้า
ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย	
- III – 1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	155
- III – 2 การประเมินผู้ป่วย	161
- III – 3 การวางแผน	168
- III – 4 การดูแลผู้ป่วย	178
- III – 5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว	200
- III – 6 การดูแลต่อเนื่อง	205



SAR 2020

PART III



รายงานการประเมินตนเอง
โรงพยาบาลประจักษ์ปัตย์



Self - Assessment Report 2022



Prachathipat Hospital

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	<2%	2.39	2.06	1.98	1.78	1.39
ระยะเวลารอคอยในผู้ป่วย NCD (ไม่มีLab)	<90 นาที	100	105	93	84	87
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1C อย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี	≥ 70%	62.99	54.29	78.17	76.29	84.42
Door to EKG < 10 นาที(STEMI)	≥ 80%	50.00	83.30	70.00	86.00	87.50
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยACS						
-ที่ห้องฉุกเฉิน(ER)	≤10%	0	0	0	0	0
-ที่หอผู้ป่วยใน(IPD)		0	0	0	0	0
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง	<7%	NA	4.1	1.8	1.6	1.5
อัตราความพึงพอใจภาพรวม	≥ 80 %	70.66	74.44	81	80	84
ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการคัดกรองโดยพยาบาล Triage	>80%	96.73	97.32	99.0	96.2	98
ii. บริบทโรงพยาบาลประชาธิปัตย์เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับF2 มีขนาด30 เตียง ซึ่งสถานที่ตั้งอยู่ในชุมชนเมือง มีปัญหาเรื่อง การจราจรติดขัด ซึ่งต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นในการเข้าถึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มfast track เข้าถึงล่าช้า ผู้รับบริการมีความหลากหลาย ในด้านภาษา เชื้อชาติ วัฒนธรรม สิทธิ เข้ามารับบริการ ปัญหาที่พบ ประชากรแฝง ยากต่อการเข้าถึง เนื่องจากถูกจำกัด ด้วยเรื่องสิทธิการรักษา ส่วนประชากรของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ที่มีเศรษฐกิจมักจะไปใช้บริการโรงพยาบาลที่มีความพร้อมเช่นโรงพยาบาลปทุมเวช โรงพยาบาลแพทย์รังสิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มที่PCT Team กำหนดเพื่อพัฒนาการบริการทางคลินิกและการเข้าถึงบริการ แบ่งกลุ่มโรคสำคัญเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1.กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไต 2.กลุ่มโรคฉุกเฉิน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ SEPSIS Mild Head Injury 3.กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ Covid-19						

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ
-Covid 19	1.มีการคัดกรองผู้มารับบริการที่จุด First Triage ทุกรายมีแนวทางการคัดกรองคนไข้ตามแนวทางปฏิบัติของกรมควบคุมโรคที่ปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม 2.มีป้ายประชาสัมพันธ์ ป้ายแสดงจุดตรวจที่ชัดเจน 3.มีจุดตรวจรักษาที่แยกเป็นสัดส่วน 4.มีการสร้างนวัตกรรมการใช้ เทคโนโลยี เพื่อช่วยให้การเข้าถึงสะดวกขึ้นโดยการกรอกข้อมูลผ่าน google form เพื่อรับบริการ และตรวจ รักษา
-DM	พัฒนาศูนย์เบาหวานให้บริการวันจันทร์ ถึง ศุกร์ ผู้ป่วยเบาหวาน FBS > 200 mg/dl , มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ส่งพบ Nurse case manager DM ที่คลินิกรักษาสภาพ หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุ และแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมกันกับผู้ป่วย ญาติ และ Care giver โดยใช้ Motivation Interview เป็นรายบุคคล ครอบครัว และให้ผู้ป่วยเข้าไลน์โรงเรียนเบาหวาน มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง ในรายที่พบปัญหาการดูแลที่บ้านประสานงานทีมสหวิชาชีพ และ Home health care เยี่ยมบ้านร่วมกัน -มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาโดยพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทางตาใช้ Fundus camera หากพบผลผิดปกติมีการส่งปรึกษาจักษุแพทย์โรงพยาบาลปทุมธานี -มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้าโดยใช้ Monofilament หากพบผลผิดปกติรายงานแพทย์ ในรายที่พบเท้าผิดปกติ ผิวหนังแห้ง มีการให้ความรู้และการแนะนำดูแลสุขภาพเท้าโดยพยาบาล นักกายภาพบำบัด เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการกำเริบของแผลมากขึ้น -กรณีผู้ป่วยใช้ยาฉีดคุมน้ำตาล มีการสอนการฉีดยา insulin โดยเภสัชกรทุกราย และการประเมินซ้ำโดยพยาบาล clinic เบาหวาน จุดเน้นของการจัดบริการและการพัฒนา - จัดตั้งคลินิกสุขภาพ เพื่อพัฒนาการจัดการตนเองของผู้ป่วยโดยใช้ Motivation Interview , โภชนาบำบัดบริบทชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆของโรคเบาหวาน - ไลน์โรงเรียนเบาหวาน ให้ความรู้การดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเป็นช่องทางให้ผู้ป่วย ญาติ และ Care giver สามารถสอบถามความรู้ต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

	อาการผิดปกติ อาการเรื้อรัง และแลกเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในไลน์โรงเรียน เบาหวาน - ร่วมกับกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม คัดกรองเบาหวานในประชาชนอายุ35ปีขึ้น ประเมินกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่
HT	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง - ร่วมกับกลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม คัดกรองความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ35ปีขึ้น ประเมินกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วย กลุ่มป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายใหม่ ทำ HMBPในกลุ่มสงสัยป่วย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มสงสัยป่วยโดยใช้ Motivation Interview และ 3๐2ส - การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ มีปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ การทานอาหาร การทานยา แพทย์ส่งพบเภสัชกร Nurse case manager HT , โภชนากร มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รายบุคคล กลุ่ม ครอบครัว โดยใช้Motivation Interview เข้าไลน์โรงเรียนความดันโลหิต ติดตามดูแลต่อเนื่องที่คลินิกรักษาสภาพ ในไลน์โรงเรียนความดันโลหิต -มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) CVD Risk >20%ขึ้นไป และกลุ่มเสี่ยงไตวาย(CKD stageระดับ3ขึ้นไป) ที่คลินิกรักษาสภาพ -พัฒนาสื่อการสอนภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง
-STEMI	-มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยหัวใจขาดเลือดโดยมีการคัดกรองในกลุ่ม NCD โดย CVD risk ในกลุ่มเสี่ยงสูงและผู้ที่มีอายุ 35ปีขึ้นไป จะทำ EKG ทุกรายส่งให้แพทย์ประเมินถ้าผลผิดปกติ consult แพทย์เฉพาะทางผ่านระบบ line ส่วนตัว - อบรมให้พยาบาลสามารถอ่าน EKG เบื้องต้นได้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและการวินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น -พัฒนาองค์ความรู้ของหน่วยปฐมภูมิ และอสม.ในการคัดกรองและช่องทางการส่งต่อ -พัฒนาชุมชนต้นแบบ FAST ด้วยสมอง สองมือและหัวใจ
-Sepsis	-พัฒนาแนวทางการคัดกรอง โดยใช้qSOFA คัดกรองผู้ป่วยนอก SOSscore คัดกรองผู้ป่วยใน -พัฒนาองค์ความรู้ของแพทย์ พยาบาล Triage Nurse

	-พัฒนาองค์ความรู้ของอสม. Care Giver จิตอาสา เพื่อค้นหาผู้ป่วย Sepsis ในชุมชน -พัฒนาชุมชนต้นแบบ FAST ด้วยสมอง สองมือและหัวใจ
(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน: ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีปัญหาการเข้าถึงบริการ จึงมีการจัดโครงการอบรม Care Giver โดยทางโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม ได้ร่วมมือกับเทศบาลนครรังสิต เป้าหมายเพื่อจัดบริการ ตอบสนองปัญหา สุขภาพชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง หลังอบรมผู้เข้าร่วมอบรม จะไปดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยเข้าถึงบริการจากการส่งมอบบริการที่บ้าน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นและมีโครงการอบรมจิตอาสาธนาคารบุญ โดยมีอสม. จิตอาสาเข้าร่วมอบรมความรู้เรื่องโรค การดูแลผู้ป่วย on device การดูแลเพื่อบรรเทาอาการรบกวน การดูแลด้านจิตใจ จิตวิญญาณการประเมินอาการฉุกเฉิน ช่องทางด่วนในการนำส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาล จากนั้นลงสำรวจชุมชน (2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา: - มีการพัฒนาระบบการประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา จากเดิมในเวลาราชการจะต้องประสานงานกับพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ซึ่งบางครั้งติดภาระงานทำให้การประสานงานเกิดความล่าช้า จึงมีการปรับปรุงโดยจัดตั้งศูนย์refer โดยมีพยาบาลวิชาชีพประจำที่ศูนย์ ทำหน้าที่ประสานงานกับแพทย์ หน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา และพยาบาลที่ห้องฉุกเฉิน ทำให้เกิดความร่วมมือเร็วในการประสานงานมากขึ้น (3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม: - พัฒนาระบบ การคัดแยก(Triage) โดยผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมินจาก Triage Nurse ในการคัดแยก โดยใช้ระบบคัดแยกผู้ป่วยและให้การรักษาลำดับความเร่งด่วน แบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ได้แก่ สีแดง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาทันที สีชมพู ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาภายใน 10 นาที สีเหลือง ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภายใน 30 นาที สีเขียว ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภายใน 60 นาที และสีขาวผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาภายใน 120 นาที โดยทั้งสีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว จะถูกส่งไปห้องฉุกเฉิน สีเหลือง สีเขียว สีขาว จะถูกส่งไปรักษาที่ผู้ป่วยนอก จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบ ปี 2564 Under 2 ราย ปี 5562 Under 1 รายจากปัญหาที่พบ นำมาวิเคราะห์ องค์กรแพทย์ได้ตั้งเกณฑ์เพิ่มในการคัดแยกผู้ป่วยเพื่อความถูกต้องมากขึ้นและพัฒนาสมรรถนะของ Triage Nurse โดยส่งอบรมเพิ่มพูนความรู้ เพื่อให้พัฒนาระบบงานให้ดีขึ้นลดความผิดพลาด (4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้: - กลุ่มผู้ป่วย NCD ที่ได้รับคัดกรองภาวะแทรกซ้อน หากตรวจพบภาวะแทรกซ้อนจะส่งพบแพทย์เฉพาะทางที่ รพ. ปทุมธานี - ผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่สามารถรักษาได้เช่น STEMI, Stroke, HI แม่และเด็กที่มีปัญหา High Risk. ในระยะตั้งครรภ์และมีภาวะแทรกซ้อนในระยะการคลอด เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง จะให้การดูแลเบื้องต้นตาม CPG รายที่มีความเสี่ยงสูง จะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลปลายทาง ถึงการรักษาพยาบาลก่อนนำส่ง ขณะนำส่ง และถ้ามีความเสี่ยงสูง ขณะนำส่ง จะมีแพทย์ร่วมนำส่งด้วย ทำให้การนำส่งอย่างปลอดภัย	

- จัดอุปกรณ์ฉุกเฉินที่จำเป็นในขณะนำส่ง เช่น Monitor mobile EKG เครื่อง AED และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการใช้อุปกรณ์ฉุกเฉินเช่นเครื่องกระตุกหัวใจ เครื่อง EKG monitor เป็นต้น และตรวจสอบการใช้เครื่องต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอทำให้เกิดการชำนาญในการใช้เครื่องมือ

(5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

- ในโรงพยาบาลไม่มีหน่วยงาน ICU ตักผู้ป่วยในมีจำนวน 28 เตียง ห้องพิเศษ 1 ห้อง ห้องแยกโรค 1 ห้อง การรับผู้ป่วยนอกเข้าห้องฉุกเฉินใช้เกณฑ์ MOPH Triage กรณีอาการไม่ชัดเจนให้ส่งเข้าห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เพื่อประเมินอาการซ้ำถ้าเป็นประเภท Urgent ขึ้นไปให้แพทย์ห้องฉุกเฉินส่งการรักษาเลย กรณีผู้ป่วย TB จำเป็นต้อง admit แต่ห้องไม่ว่างเนื่องจากห้องแยกโรคมีเพียงห้องเดียวจะจัดให้อยู่ในห้องแยกที่ ER ซึ่งติดตั้งระบบ Negative Pressure พร้อมทั้งอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติให้ทราบวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ข้างเตียงตามหลัก IC หรือผู้ป่วย TB รายใหม่ที่มาตามมาตรฐานต้อง admit ก็พิจารณาเป็นรายๆ ในรายที่ประเมินแล้วว่าญาติสามารถดูแลที่บ้านได้ก็ให้กลับบ้านแล้วนัดประเมินซ้ำ หรือให้ รพ.สต. ในพื้นที่ติดตามดูแล

(6) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

การให้ข้อมูล และการเซ็นชื่อยินยอมรับการรักษาคำกำหนดแนวทางดังนี้

- การขอประวัติการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยเขียนคำร้องลงลายมือชื่อแล้วพบแพทย์ถึงเหตุผลความจำเป็นรายละเอียดข้อมูลที่ต้องการแล้วให้พยาบาลจัดเตรียมข้อมูลให้แก่กรณีเป็นญาติต้องเป็นญาติสายตรง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร กรณีอื่นๆให้แพทย์พิจารณา

- ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาล เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นรวมถึงการประมาณค่าใช้จ่ายค่าห้อง ค่าห้องพิเศษ กรณีผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง

- กำหนดให้มีการขอความยินยอมในการดูแลรักษาเมื่อรับ admitted ที่ผู้ป่วยในโดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและลงลายมือชื่อเป็นพยานมีแบบฟอร์มการขอความยินยอมทั่วไป การผ่าตัด การทำหัตถการ การไม่สมัครใจรักษา เพื่อให้มีข้อมูลอย่างครบถ้วน

- การส่งตรวจเลือดในกรณีสงสัยโรค HIV ให้คำปรึกษาตามแนวทางของ Pre-Post Counseling และลงนามยินยอมก่อนตรวจทุกรายผลตรวจมีเพียงเจ้าหน้าที่ห้องชันสูตรและแพทย์เจ้าของไข้ที่ทราบข้อมูลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ปรับปรุงชั้น G เป็นห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เพื่อให้เข้าถึงได้รวดเร็วพร้อมให้บริการ
- ผู้ป่วย Covid 19 ใช้ Google form ในการให้บริการ ลดการแพร่กระจายเชื้อ สะดวก รวดเร็วในการให้บริการ
- รพ.ขยายเวลางานบริการรองรับที่สำคัญเพื่อเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการเข้าถึงบริการแก่ประชาชน ได้แก่ หน่วย X-Ray, LAB ขยายเวลาจาก 16.00น. เป็น 23.30น. ส่วนห้องยา, การเงินขยายเวลาจาก 16.00น. เป็น 20.00น.
- พัฒนาแนวทางและรูปแบบการเฝ้าระวังผู้ป่วย MEWS และ ปรับปรุงระบบการคัดกรองและประเมินผู้ป่วยซ้ำทุกขั้นตอนบริการเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้กำหนดคำถามคัดกรองที่ง่ายต่อการปฏิบัติงาน ,กำหนดเป็นวิธีปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ OPD ทุกจุดบริการที่จะต้องประเมินคัดกรองเบื้องต้นได้,กำหนดแนวทางการจัดการเมื่อพบกลุ่มเป้าหมาย (ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการ

แพร่กระจายเชื้อ/ผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ) ตามคู่มือปฏิบัติงานและเมื่อมีการเคลื่อนย้าย/ส่งต่อหรือรับผู้ป่วยกลับระหว่างจุดบริการต่าง ๆ ต้องประเมินซ้ำทุกครั้ง (vital signs, clinical)

- จัดตั้งโรงเรียนเบาหวาน โรงเรียนความดัน ในรูปแบบ Line เพื่อการเข้าถึงข้อมูล และความรู้ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติรวมถึงผู้ดูแล
- จัดตั้งกลุ่ม line official เพื่อ ติดต่อประสาน สอบถามบริการต่างๆของงานผู้ป่วยนอก
- พัฒนาระบบส่งคืนข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มา ER ในภาวะวิกฤต โดยใช้ระบบส่งคืนข้อมูลแบบ Smart COC
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคฉุกเฉินแบบไร้รอยต่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ“เครือข่ายสายรุ้ง” Stroke STEMI SEPSIS โดยการจัดทำ
 - Set Box Stroke ประกอบด้วย แนวทางการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ช่องทางด่วนในการประสาน และ Set Tube
 - Set Box STEMI ประกอบด้วย แนวทางการดูแลโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ช่องทางด่วนในการประสาน และ Set Tube
 - แนวทางการดูแล โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ช่องทางด่วนในการประสานของโรค Sepsis

โดยจัดมอบให้ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา รพ.สต.คูคด และ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลรังสิต 5 แห่ง หลังส่งมอบได้มีการนำมาใช้ โดยรพ.สต.เฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา ซึ่งพบว่าระยะเวลาการเข้าถึงบริการเร็วขึ้น และผู้ป่วยได้รับยา t-PA ได้ทันเวลา ผู้ป่วยปลอดภัย

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3	L	- มีการเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย /ประวัติการรักษา ระหว่างโรงพยาบาล/รพ.สต. - ขยายระบบ Fast Track AMI /Stroke/Sepsis ในรพ.สต. -โครงการ Pathumthani TOT Help Call Center สายตรงจังหวัดปทุมธานี
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent	3	L	-จัดตั้งศูนย์รับ-ส่งต่อภายในโรงพยาบาล -Smart Discharge

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1. ร้อยละการประเมินผิดพลาดในผู้ป่วย STEMI	0 ราย	3/6	1	1	0	0
2. ผู้ป่วย (Emergency)ได้รับการช่วยเหลือทันเวลาภายใน 4 นาที	100%	100	100	100	100	100
3. อุบัติการณ์เกิดภาวะ Shock ในผู้ป่วย PPH	0%	0	0	0	0	0
4. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานจอประสาทตา	70%	62.14	91.15	85.48	82.84	81.77
5. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางเท้า	70%	60.45	73.26	84.07	67.29	80.23
6. ผู้ป่วยเบาหวานและความดันได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต	80%	71.60	75.28	85.40	77.58	81.08
7. ร้อยละของผู้ป่วย CKD+DM ที่ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5%	40%	30.14	35.81	43.50	45.60	46.42
8. อัตราการกลับมา re-visit ที่ ER ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่ายและได้รับไว้ใน รพ.	≤ 3%	0.38	0.41	0.4	0.003	0.004
9. อัตราการ Re-Admit ใน 28 วัน	< 10%	2.52	2.76	2.29	2.56	1.46
ii. บริบท						
ผู้รับบริการที่มาตรวจที่โรงพยาบาลประชาธิปไตยทุกคนจะต้องผ่านจุดคัดกรองและได้รับการประเมินอาการเบื้องต้นจากจุดคัดกรอง (Triage) เพื่อการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามเกณฑ์ MOPH Triage และจัดลำดับการรักษาหรือการดูแลผู้ป่วย ผู้บาดเจ็บ ตามความเร่งด่วนโดยการประเมินและการตัดสินใจระบุน้ำหนักความรุนแรงของภาวะฉุกเฉินชีวิตด้วยความรวดเร็วตามเกณฑ์ที่กำหนดทันทีตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงด้านหน้าโดยพยาบาลจะคัดแยกประเภทตามสี (แดง ชมพู เหลือง เขียว ขาว) และมีคิวนำส่งให้ผู้ป่วยทราบลำดับการเข้าตรวจรักษาเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างทันเวลา (right time)และส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษายังหน่วยงานที่เหมาะสมต่อไป (right place) เมื่อถึงหน่วยบริการจะได้รับการประเมินซ้ำตามเกณฑ์แต่ละโรคและอายุตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยข้อมูลส่วนของ						

ประวัติจะได้จากผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้นำส่งโดยตรง การสื่อสารข้อมูลของแพทย์พยาบาลรวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ การประเมินและบันทึกเวชระเบียนเดียวกัน

- กรณีประเมินพบว่าผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยติดเชื้อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ เช่น Covid 19 /กลุ่ม PUI วัณโรค อีสุกอีใส มือเท้าปาก หัด หลังจากประเมินที่จุดคัดกรองแล้วจะส่งไปตรวจที่คลินิกตรวจทางเดินหายใจ มีการ Isolate ตามแนวปฏิบัติ Fast tact พร้อมให้ผู้ป่วยสวม Surgical mask

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

- Sepsis, Acute MI, Stroke, Pneumonia, PPH, PIH, AGE ประเด็นปัญหาที่พบได้แก่ ขาดการประเมินซ้ำ ขาดการประเมินติดตามภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือติดตามล่าช้า ขาดการตรวจร่างกายกรณีผู้ป่วยเด็ก ขาดการประเมินภาวะ Dehydration ในผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค
Acute coronary syndrome (ACS)	- พัฒนาการวินิจฉัย STEMI/NSTEMI เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว - พัฒนาความรู้แพทย์และพยาบาลเพื่อให้สามารถคัดกรองโรค ACS ได้อย่างถูกต้อง - เพิ่มช่องทางการสื่อสาร Warning signs ACS เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาโรงพยาบาลในทันทีที่มีอาการ - พัฒนาระบบ Refer ACS Fast track เพื่อลดระยะเวลาในการส่งต่อ - เพิ่มความรวดเร็วในการนำส่ง (EMS response time) เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ทันทีที่มีอาการ - เพิ่มช่องทางการสื่อสารกับโรงพยาบาลปลายทางเพื่อให้ได้รับการติดต่อสื่อสารโดยตรงกับแพทย์เฉพาะทาง

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

- กรณีผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลันเดิมผู้ป่วยที่มาด้วยฉุกเฉินท้องใต้ลิ้นปี่ มีการประเมินผิดปกติเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ได้ทำ EKG จึงกำหนดหลักเกณฑ์การทำ EKG ทุกรายที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ทันทีโดยไม่ต้องรอแพทย์ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการประเมินโดย EKG ภายใน 10 นาที ร้อยละ 92
- ผู้ป่วย Head injury เดิมถ้าการประเมินครั้งแรกพบที่มีการตีศีรษะ coma score คะแนน 14-15 มีอาการคล้ายคนเมา ก็จะ Admit แต่จากการทบทวนพบว่ามีผู้ป่วยหลัง Admit มี coma score ต่ำลงจึงส่ง CT พบว่ามีเลือดออกในสมองจึงได้กำหนดให้ผู้ป่วยที่เมาสุราหรือมี coma score ไม่เต็มต้องส่ง CT ทุกราย

ก่อน admit ในส่วนของผู้ป่วย Mild Head injury ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ ที่ได้กลับบ้าน และต้องไปประเมินอาการต่อที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติจะต้องได้รับการสอนสุขศึกษาเรื่องการประเมินอาการทางสมอง และอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และมีใบแนะนำการสังเกตอาการทางสมองให้ผู้ป่วย/ญาติกลับบ้านไปด้วยเพื่อสังเกตอาการได้ชัดเจนมากขึ้น

- ผู้ป่วย PPH พบว่าขาดการประเมิน Progress of labour อย่างต่อเนื่อง ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการคลอดยาวนานได้ล่าช้า มดลูกเหนียวล้าหดรัดตัวไม่ดี เกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและในการ Investigate ตามแนวปฏิบัติล่าช้า (เจาะ Hct ล่าช้า) ทำให้การวินิจฉัยภาวะ Shock ล่าช้ามีการทบทวนการใช้ Partograph ในการประเมิน Progress of labour เพิ่มเติมการปฏิบัติตามแนวทาง PPH และในกรณี PPH with Shock ทำให้สามารถประเมินภาวะ Shock ใน PPH ได้ทันเวลาไม่ทรุดลง
- ผู้ป่วย Sepsis ยังพบปัญหาการประเมินผู้ป่วยผิดพลาดไม่ครอบคลุมขาดการประเมินซ้ำทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดเกิดปัญหา Delay treatment ทำให้ผู้ป่วยอาการทรุดลงมีการประสานการใช้แนวทางกับโรงพยาบาลแม่ข่ายมีการนำ Quick Sofa score มาใช้ในการ Early warning sign ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น คือ สามารถ ประเมินเพื่อปรึกษาแพทย์ได้เร็วขึ้น ส่งต่อได้เร็วขึ้น พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ไม่ Delay การรักษาและผู้ป่วยปลอดภัยทำให้อัตราการเกิดภาวะ severe sepsis ลดลง
- กลุ่มผู้ป่วยที่มีการ re visit ที่ ER ได้แก่ Common ในเด็ก Dyapepsia Astma เนื่องจากในช่วง 2 ปีนี้มีสถานการณ์ Covid 19 ยอดการ Re visit จึงลดลงอย่างเห็นได้ชัด และโรคที่กลับมาตรวจซ้ำจะเป็นปัญหาที่เกิดจากความวิตกกังวลจากการติดเชื้อ Covid 19 จึงนำปัญหาดังกล่าวมาประชุมหาแนวทางแก้ไขจัดตั้งคลินิกทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มีอาการเสี่ยง PUI ขึ้น

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

- การรับผู้ป่วยเข้ารักษา คือกระบวนการของโรงพยาบาลในการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับเป็นกระบวนการที่เป็นสหสาขาวิชาชีพเพื่อประโยชน์และการรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยผู้ป่วยทุกคนจะต้องได้รับการประเมินทั้งทางด้านการแพทย์และทางด้านสังคมเพื่อจะได้นำไปสู่การรักษาที่เหมาะสมต่อไป การวางแผนเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยควรทำตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าเป็นคนไข้และต้องมีการทบทวนให้เป็นข้อมูลปัจจุบันอยู่เสมอเพื่อปรับปรุงระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยญาติข้อมูลอื่น ๆ หรือข้อมูลของผู้ป่วยที่มีการย้ายมาเพื่อรักษาต่อจะต้องรวมอยู่ในการประเมินผู้ป่วยแรกรับข้อมูลที่ได้รับการประเมินจะต้องถูกบันทึกลงในแบบฟอร์มที่สามารถอ่านและหาได้ง่าย

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

- จากการทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิต 3 อันดับแรกพบว่าเป็นผู้ป่วย 1. Covid 19 c Pneumonia 2. Pneumonia 3. CA ซึ่งภาวะแทรกซ้อนของโรค ขาดการประเมินซ้ำทำให้เกิดปัญหาการวินิจฉัยล่าช้า มีภาวะแทรกซ้อนขณะนอนโรงพยาบาล มีระดับความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเกิดภาวะวิกฤตจึงต้องส่งต่อ มีการวางแผนแก้ไขตาม CPG รายโรค

- มีการเพิ่มจุด triage มีการคัดกรองและแบ่งประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยโดยแบ่งตามสี เป็น 5 ประเภทตาม R4TS (เขต 4 สระบุรี) สีแดง = ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที สีชมพู = ผู้ป่วยฉุกเฉินรุนแรง ต้องได้รับการช่วยเหลือภายใน 10 นาที สีเหลือง = ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนต้อง ได้รับการช่วยเหลือภายใน 30 นาที สีเขียว = ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินรุนแรง และสีขาว = ผู้ป่วยรอตรวจทั่วไป/หัตถการทั่วไป
 - ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในตึกผู้ป่วยได้มีการแบ่งประเภทผู้ป่วยเป็น 4 ระดับ คือ 4 =หนักมาก 3 =หนัก 2 = ปานกลาง 1 = เบา และมีการใช้ SOS score ใช้เป็นเครื่องมือในการเฝ้าระวังผู้ป่วยเพื่อประเมินระดับความรุนแรงในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกราย ดังนี้ Score0 = เสี่ยงน้อย ประเมินทุก 4 ชม. Score1-3 = เสี่ยงปานกลาง ประเมินทุก 1 ชั่วโมง Score4 = เสี่ยงมาก ประเมินทุก ½ ชั่วโมง
 - แพทย์มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันส่วนที่มสทสหาวิชาชีพจะมีการประเมินซ้ำในรายที่แพทย์ส่งปรึกษา หรือมาเยี่ยมผู้ป่วยประจำได้แก่ เกสซิค และพยาบาล IC ที่พบปัญหาและบันทึกใน Progress noteเพื่อเฝ้าระวังความก้าวหน้าและเป็นข้อมูลที่ใช้สื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - โรคDepress มีการคัดกรองโรค โดยใช้ความรู้ และเครื่องมือคือแบบสอบถาม 2Q 9Q และ8Q ทำให้สามารถค้นพบภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น และได้ให้การดูแลรักษาด้วยยา ทำให้ลดอาการและโอกาสของการฆ่าตัวตายได้ 3ราย ตั้งแต่ต้นปีที่ผ่านมา
- (4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึกการประเมินซ้ำ:
- ผู้ป่วย NCD ที่มีภาวะฉุกเฉิน เช่น เจ็บหน้าอก ผล LAB ผิดปกติในค่าวิกฤตตามที่โรงพยาบาลกำหนด ความดันโลหิตสูง/ต่ำ ผิดปกติ เมื่อผ่านจุดคัดกรองจะนำส่งห้องฉุกเฉินทันที
 - ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจคัดกรองว่าอยู่ในกลุ่ม PUI /Covid19 จะได้รับการแยกออกจากกลุ่มผู้ป่วยอื่นทันทีและให้ไปยังจุดตรวจทางเดินหายใจเฉพาะตามที่โรงพยาบาลจัดไว้
 - ผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน ได้มีการกำหนดการประเมินซ้ำ ดังนี้ ประเภท 1 (สีแดง)ทุก 5 นาที ประเภท 2 (สีชมพู)ทุก 10 นาที ประเภท 3 (สีเหลือง) ทุก 30 ชั่วโมง โดยใช้ Chart สีตามการแบ่งประเภท
 - OPD เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะมีการประเมิน V/Sทันที ตามประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญเช่นอุณหภูมิความดันโลหิตและให้พยาบาลเบื้องต้นก่อนพบแพทย์เช่นเช็ดตัวลดไข้
 - มีการใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วย (Early warning sign) ในผู้ป่วยOPD ER และ IPDเพื่อค้นหาอาการที่เสี่ยงและรับรายงานแพทย์และมีการบันทึกใน nurse note
 - แพทย์มีการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวันและบันทึกใน Progress note เพื่อดูความก้าวหน้าและเป็นข้อมูลที่ใช้สื่อสารกับทีมสุขภาพ

- นำกรณีผู้ป่วย Unplan Refer เข้าประชุม Manage case manager Conference เพื่อหา Rout cause และนำมาปรับปรุงแผนการดูแลรักษา เช่น การอ่าน EKG ผิดพลาด ปรับปรุงโดยส่ง Line ให้แพทย์เฉพาะทางช่วยอ่าน

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- เมื่อประเมินพบผู้ป่วย NCD ที่มีความเสี่ยงสูง uncontrol ส่งต่อพบ Nurse case manager มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล กลุ่ม ครอบครัว โดยใช้ Motivation Interview เข้าไลน์โรงเรียนเบาหวาน โรงเรียนความดันโลหิตสูง ติดตามดูแลต่อเนื่องที่คลินิกโรคสุขภาพ และไลน์โรงเรียนเบาหวาน โรงเรียนความดันโลหิตสูง
- เมื่อตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อ Covid 19 จะให้การรักษาระดับความรุนแรงด่วน และมีเจ้าหน้าที่ในจุดตรวจทางเดินหายใจให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว
- เมื่อประเมินพบผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ(ACS) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด Cardiac arrest และต้องดำเนินการส่งต่ออย่างเร่งด่วน โรงพยาบาลมีมาตรฐานในการแจ้งญาติให้ทราบถึงความเสี่ยงของโรค ACS และแนวทางการดูแลรักษาให้ผู้ป่วยและญาติทราบเป็นระยะ ตลอดการดูแลรักษา
- โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลงได้ตลอดเวลา เมื่อประเมินพบผู้ป่วยที่เป็น Stroke ต้องแจ้งญาติให้ทราบถึงการดำเนินไปของโรคและแนวทางในการดูแลรักษา เพราะต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลธรรมศาสตร์หรือ โรงพยาบาลปทุมธานี

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสมผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

- ผู้ป่วยสงสัยป่วยเรื่อง DM HT จากชุมชนจะมีการส่งต่อพบแพทย์เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค
- ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการตรวจคัดกรองจอประสาทตา ไต สมอง หัวใจ ฟัน เท้า หากพบความผิดปกติจะส่งพบแพทย์เฉพาะทาง
- ผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงสูงที่อาจจะติดเชื้อ Covid 19 จะได้รับการตรวจ ATK ทุกราย
- ผู้ป่วย Stroke ,Sepsis และ AMI ยังพบปัญหาการประเมินและวินิจฉัยผิดพลาดทำให้ส่งตรวจ LAB ล่าช้า รายงานผล LAB ล่าช้าเนื่องจากต้องรอรอบของเครื่องอ่านผลยังไม่มีช่องทางการรับ LAB ด่วน การส่งเพาะเชื้อเป็นการส่ง Out source พบรายงานล่าช้ากรณีผู้ป่วยพบเชื้อดื้อ มีการทบทวนปัญหาและวางแผนในการแก้ไขร่วมกันในส่วนของการจัดทำช่องทางด่วนในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ในกลุ่มผู้ป่วย AMI มีการตรวจ Trop I นอกเวลาโดยพยาบาล(มีเจ้าหน้าที่ LAB ให้ความรู้และสอนเทคนิคในการเก็บตัวอย่างเลือด และการอ่านผล)ส่งผลให้

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยได้รวดเร็วมากขึ้นสามารถส่งต่อได้ทันเวลา มีการวางแผนในการจัดซื้อเครื่องวัดวิเคราะห์เพิ่มเติมเพื่อใช้สำหรับกรณีของผล LAB ด่วน มีการตรวจและรายงานผลถึงเวลา 24.00 น.

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- ผลการตรวจ Investigation เกือบทั้งหมดที่ตรวจในโรงพยาบาลจะบันทึกใน HosXp ยกเว้นข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วยเช่นผลการตรวจ HIV ส่วนผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการภายนอกโรงพยาบาลจะทราบผลด่วน ทาง Fax และนำส่งเอกสารกลับมาโรงพยาบาล โดยเจ้าหน้าที่จากห้องปฏิบัติการนอก เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการจะลงบันทึกผลใน HosXp กรณีมีผลการตรวจที่เป็นคำวิฤตมีระบบแจ้งเตือนและประสานทีมดูแลผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ทราบทันทีทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขได้ทันเวลา
- การสื่อสารในด้านการรักษากรณีมีผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงขณะดูแลรักษาจะมีการรายงานแพทย์ทราบโดยใช้ระบบ SBAR ในการรายงานแพทย์ ตามมาตรฐาน SIMPLE

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

- การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยโดยมีการสื่อสารที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ ว่า ผลการตรวจไม่ว่าจะปกติหรือผิดปกติสอดคล้องกับประวัติผู้ป่วยและผลการตรวจร่างกาย จะต้องมีการตรวจเพิ่มเติมหรือไม่ และมีการพิจารณาการส่งตรวจเพิ่มเติมเมื่อพบว่าผลการตรวจมีความผิดปกติ เพื่อลดความผิดพลาด/ ความล่าช้า ในการวินิจฉัยโรค มีการทบทวนเหตุการณ์ความผิดพลาด/ ความล่าช้า ในการวินิจฉัยโรค

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเพียงพอเพื่ออธิบายเหตุผลของการวินิจฉัยโรค มีการลงบันทึกการวินิจฉัยโรคภายในเวลาที่กำหนดไว้และบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรคเมื่อมีข้อมูลเพิ่มเติม มีการทบทวนความเหมาะสมของการวินิจฉัยโรค และความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรคของแต่ละวิชาชีพในทีมผู้ให้บริการอย่างสม่ำเสมอ
- ร่วมกันวางแผนแนวทางเพื่อให้มีการวินิจฉัยโรคที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น นำทีมโดยอายุรแพทย์
- ร่วมกันจัดระบบทบทวน เช่น เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคเมื่อแรกรับและการวินิจฉัยโรคเมื่อจำหน่าย เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ ทบทวนผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำหลายๆครั้งด้วยโรคเดิม ทบทวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- จัดตั้งโรงเรียนเบาหวาน โรงเรียนความดัน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่าติดเชื้อ Covid 19 จะได้รับการดูแลตามความรุนแรงด่วนของผู้ป่วยแต่ละ Case
- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ผลตรวจ Covid 19 ยังปกติจะมีการนัดให้มาตรวจติดตามซ้ำตามเกณฑ์ CPG

- มีการจัดทำเกณฑ์ในการประเมินผู้ป่วยที่ต้อง On ET ที่สามารถใช้ได้กับทุกโรคเป็นแนวทางเดียวกัน
- พัฒนาการใช้ SOS score และ Quick sofaซึ่งใช้เป็นเครื่องมือใช้เป็นเครื่องมือเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการวิกฤตและ พัฒนาการประเมินคะแนนให้มีความสะดวกรวดเร็วและสามารถติดตามได้อย่างต่อเนื่อง
- มีการ Pop up ผู้ป่วยที่มีเชื้อดื้อยาในโปรแกรม HosXp เพื่อช่วยในการประเมินและใช้มาตรการ Contact Precaution ได้รวดเร็วมากขึ้นและใช้เป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาของแพทย์
- มีกิจกรรมโรงเรียนพ่อ-แม่ ในแผนก ANC และหน่วยงานห้องคลอดเพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยง PPH และ BA ส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและติดตามประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินในผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงทุกราย เช่น ผู้ป่วยที่มาคลอดทุกราย
- พัฒนาแนวทางการดูแลและการคัดกรองภาวะไตเสื่อมเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยมีการเชื่อมต่อจาก รพ.สต.เข้าสู่การดูแลของรพช.และจากรพช.สู่รพ.ระดับทุติยภูมิมีระบบการขอคำปรึกษาใน case ที่เร่งด่วนผ่านพยาบาล เฉพาะทางไตและแพทย์เฉพาะทางไต ทำให้ผู้ป่วยไตเสื่อมได้รับการดูแลที่เหมาะสม

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย:

- จากการทบทวน ในกระบวนการ PCT พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด ลำห้ เป็นผู้ป่วยในกลุ่มโรค Acute coronary syndrome (ACS) จึงเกิดการพัฒนาระบบการเพื่อลดปัญหานี้ ดังนี้
 - พัฒนาการวินิจฉัย STEMI/NSTEMI เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องรวดเร็ว
 - พัฒนาคความรู้แพทย์และพยาบาลเพื่อให้สามารถคัดกรองโรค ACS ได้อย่างถูกต้อง
 - เพิ่มช่องทางการสื่อสาร Warning signs ACS เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมาโรงพยาบาลในทันทีที่มีการ
 หลังจากพัฒนาระบบดังกล่าวทำให้ในปี 2562 ไม่พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด ลำห้ ในกลุ่มโรค Acute coronary syndrome (ACS)
- ผู้ป่วย Sepsis จากการทบทวนพบว่ามี missed diagnosis ในผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจน ไม่มีไข้ โดยพัฒนาจุดเน้น ที่การ Early detection โดยใช้ Quick SOFA ให้ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงได้รับการประเมินโดยมีการจัดทำแนวทางการประเมินอาการผู้ป่วย Sepsis
- การวินิจฉัยโรคในกลุ่มโรค NCD จะใช้หลักเกณฑ์ตาม CPG กำหนดและให้การดูแลตามมาตรฐาน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการใช้นวัตกรรม Google Form ในการกรอกข้อมูลตัวเองในกลุ่มผู้ป่วย Covid 19 ที่เป็นกลุ่มสีเขียวเพื่อมีการประเมินอาการและการรับยาที่รวดเร็วเพื่อลดเวลารอคอย
- จัดตั้งโรงเรียน เบาหวาน โรงเรียนความดัน เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มโรคเรื้อรังในรูปแบบ On Line
- มีการพัฒนาและจัดตั้งทีม Triage nurse เพื่อช่วยคัดกรองจำแนกประเภทผู้ป่วย

- การใช้แนวทางการประเมินผู้ป่วย (Early warning sign) ในผู้ป่วย OPD ER และ IPD เพื่อค้นหาอาการที่เสี่ยงและรับรายงานแพทย์
- จัดอบรมเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจ เพื่อเพิ่มความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมารับบริการ

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	3	I	● ประเมินการใช้ CPG ในโรค (12โรค) ● ปรับปรุง CPG ในโรค (12 โรค) ● ปรับการใช้ Early warning sign ใน 6 กลุ่มโรคสำคัญทุกหน่วยบริการพยาบาล ● มีเกณฑ์การแยกประเภทผู้ป่วยเป็นรายโรค ● ทบทวนคำวินิจฉัยและรายงานผลด่วน ● ปรับปรุงกระบวนการเพื่อให้ตอบสนองต่อผู้ป่วยวิกฤติ โดยเพิ่มช่องทาง LAB ด่วนและการกำหนดค่า LAB วิกฤติ
66. การวินิจฉัยโรค	3	I	● ติดตามกลุ่มเป้าหมายที่ Miss diagnosis ในผู้ป่วย Dead และผู้ป่วย Refer ● ทีม PCT จัดทำ Dead Case Conference ใน Case unplan Dead และผู้ป่วย Unplan Refer ทุก Case

III-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ องค์รวม ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1.อัตราการ Re-admission ภายใน 28 วันของผู้ป่วย	≤3 %	2.52	2.76	2.29	2.56	1.46
2.อัตราการตายจากโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต	<30 %	19.17	10.25	6.66	1.6	3.63
3.อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค (Success rate)	≥ 85 %	90.74	80.85	91.30	92.16	89.39
4.อัตราการ Re-visit ใน 48 ชม.ด้วยอาการที่ทรุดลง และไม่ได้นัดหมายที่ER	< 5 %	0.38	0.41	0.4	0.003	0.004
5.ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการชะลอความ เสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR< 5ml/min/1.73m2/yr	≥ 66%	60.3	68.57	66.48	61.89	68.84
6.อัตราการRe- admit ด้วยภาวะ Hypoglycemiaใน 28 วันหลังจำหน่าย	< 3%	6.52	2.78	2.02	2.58	2.08
7.อัตราการRe- admitด้วยภาวะ Hyperglycemiaใน 28 วันหลังจำหน่าย	< 3%	4.35	2.78	3.35	3.78	0
8.อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	<3 %	2.69	2.27	2.67	2.54	1.94
9.อัตราป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง	< 3 %	4.98	2.10	3.02	2.73	1.81
ii. บริบท						
กลุ่มโรคสำคัญ โรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มโรคทางเดินหายใจ กลุ่มโรคระบบทางเดินอาหาร กลุ่มโรคติดเชื้อ และโรคทางจิตเวช มีห้องแยกโรค Negative pressure มีแพทย์เฉพาะทาง 2 สาขา ได้แก่ ศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 6 คน มีนักกายภาพบำบัด 3 คน มีพยาบาลเฉพาะทางหลอดเลือดสมอง พยาบาลสาขาทารกแรกเกิด พยาบาลสาขาไต พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป พยาบาล CMC (DM , HT) พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุเสพติด พยาบาลและควบคุมการป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลสาขาจิตเวชผู้ใหญ่และสาขาจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ได้กำหนดแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยครอบคลุมทั้ง 4 มิติ รวมถึงการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญของโรงพยาบาล โดยส่งเสริมการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านในรูปแบบเครือข่าย						

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ: Covid-19 , DM , HT, Asthma, COPD , Stroke STEMI , Sepsis ,Pneumonia ,วัณโรค , เอ็ดส์

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ: Covid-19 ,IMC care , Stroke, DM , HT, Asthma, COPD ,STEMI , Sepsis ,Pneumonia ,Palliative care

iii. กระบวนการ

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
Covid-19	-จัดตั้งทีมบริหารการดูแลผู้ป่วย -ใช้แนวทางหารดูแลผู้ป่วยของกรมควบคุมโรค ปรับเปลี่ยนตามแนวทางในแต่ละช่วงเวลาให้เหมาะสม -การดูแลผู้ป่วยมีการประเมินอาการ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มสีแดงและกลุ่มสีเหลือง ที่ใช้เครื่องออกซิเจนรับไว้ในโรงพยาบาล Cohort ward กลุ่มสีเขียวที่ไม่สามารถอยู่บ้านได้ จัดตั้งเป็น Community Isolation และกลุ่มสีเขียวที่สามารถดูแลตนเองได้ จัดระบบการดูแลแบบ Home Isolation -มีทีมสหวิชาชีพให้การดูแลผู้ป่วย
DM / HT	-มีคลินิก DM / HT เปิดให้บริการทุกวัน -ประเมินและค้นหาปัญหาและวางแผนการดูแลกับผู้ป่วย ร่วมกับญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติรับทราบเกี่ยวกับการดูแลป้องกันตนเอง -มีพยาบาล Case Manager ส่งเสริมความรู้ละทักษะการจัดการตนเองตามปัญหา สาเหตุรายบุคคล ,และส่งปรึกษาโภชนาการ -มีระบบการ Consult อายุรแพทย์ ในกลุ่มเสี่ยงมีโรคร่วม ,กลุ่ม poor control -ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้จะได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาล Case Manager และทีมสหวิชาชีพ -เข้ากลุ่มไลน์โรงเรียนเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้ความรู้การดูแลตนเอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และเป็นช่องทางให้ผู้ป่วย ญาติ และ Care giver สามารถสอบถามความรู้ต่างๆ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาการผิดปกติ อาการเรื้อรัง และแลกเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในไลน์โรงเรียนเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
Stroke	-มี Care map Stroke ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดย Nurse case Manager

	- มีการประสานงานการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย - มีการส่งต่อเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC
Pulmonary TB	- มีกระบวนการคัดกรอง โดยใช้ Chest x-ray ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้แก่ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน Uncontrolled ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วย HIV infection - ให้การดูแลตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีสหวิชาชีพ มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวัณโรค ร่วมกับกับผู้ป่วยและญาติ ร่วมกับ เครือข่าย - ส่งข้อมูลให้ทีมชุมชนทุกรายและติดตามเยี่ยมบ้าน จนครบการรักษา
Asthma, COPD	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม โดยทีมสหวิชาชีพ มีการประเมินอาการ ความรุนแรงปัจจัยกระตุ้นปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อนำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ หรือผู้ดูแล - ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้จะได้รับการดูแล โดยทีมสหวิชาชีพ

(1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:

- มีทีมสหสาขาวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน , HT ,Asthma ,COPD ,Stroke เป็นต้น โดยครอบคลุมทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ทันตแพทย์ รวมถึงการประสานงานกับทีม รพสต. เพื่อการวางแผนการดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะเข้ารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยในและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- การดูแลผู้ป่วย Covid-19 เป็นโรคที่มีความเสี่ยงสูงต่อการทรุดลงจนเสียชีวิต ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบสหวิชาชีพโดยมีแพทย์เป็นผู้บำบัดดูแลรักษา พยาบาลที่ดูแลมีการพัฒนา Competency ให้สามารถ monitor และdetect ได้ทัน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ โทแรงแควิกฤต ทันทีที่ตรวจพบ ระบบยามีเวชภัณฑ์ที่ตอบสนองต่อการรักษา , SRRT เข้าสอบสวนโรคเพื่อควบคุมการระบาดของโรค , มีพยาบาล IC ควบคุมดูแลการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ มีARI Clinic บริการแบบ one stop service แยกจากผู้ป่วยทั่วไป
- การดูแลผู้ป่วย DM , HT uncontrol จะได้รับการดูแลจาก Nurse Case Manager เพื่อค้นหาปัญหาและนำมาวางแผน การดูแลรักษารายบุคคล โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และได้รับการส่งต่อให้ชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน มีการประเมินผลการดูแลรักษารายบุคคล ในผู้ป่วยที่พบภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า
- กลุ่มผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องควบคุม เช่น TB , ไข้หวัดใหญ่ ,ไข้เลือดออก จะมีระบบการรายงานเพื่อสอบสวนควบคุมโรคทาง Line application และมีระบบการสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย ประวัติการรักษาในเครือข่าย มีระบบการดูแล ส่งต่อผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน และรับผู้ป่วยกลับในกลุ่ม Intermediate care ,Palliative care ในภาพของเครือข่ายบริการทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
- กลุ่มผู้ป่วย Asthma ,COPD ได้รับการดูแลแบบองค์รวม ผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนในการรักษาเป็นรายบุคคล จากการติดตามพบปัญหาว่า ยังมีผู้ป่วยพ่นยาไม่ถูกต้อง ใช้ยาไม่สม่ำเสมอ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีปัจจัยกระตุ้น เช่นฝุ่นละออง สุนัข บุหรี่ ผู้ป่วยจะได้รับการแก้ไขโดยทีมสหวิชาชีพ มีการติดตามดูแลต่อเนื่อง
- มีการส่งต่อข้อมูลหลังจำหน่าย เพื่อติดตามเยี่ยม ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่สำคัญด้วยระบบ Smart COC เชื่อมโยงเครือข่ายจังหวัด

(2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:

- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน ได้ดำเนินการเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วยด้วยกระบวนการต่อไปนี้
 - 1.มีการประเมินปัญหาผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการทางคุณภาพทางการแพทย์ตามแนวทางปฏิบัติของหลักการ Focus charting มีการประเมินปัญหาและความต้องการเป็นระยะขณะรับนอนไว้ที่โรงพยาบาล
 - 2.ใช้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ เพื่อประเมินปัญหา ความต้องการ และวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือคุณภาพ C3 -THER
 - 3.วางแผนการจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ด้วยกระบวนการ Smart Discharge
 - 4.ทบทวน ปัญหาและความต้องการ เป็นระยะโดยทีมดูแล ผู้ป่วยและญาติด้วยกระบวนการติดตามเยี่ยมบ้าน
 - 5.มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยตามรายโรค (CPG) และระบบการส่งต่อผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลเครือข่าย
- (3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

คณะกรรมการ PCT ได้มีการทบทวนความเสี่ยงทางคลินิกที่สำคัญ และได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย ที่เป็น High risk ,High volume ขึ้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นมาตรฐานเดียวกัน ตัวอย่าง CPG โรคที่สำคัญ เช่น Covid -19 ,DM ,HT, Stroke , STEMI ,Sepsis ,COPD
- ผู้ป่วย Sepsis เป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิต พบประเด็นปัญหาได้แก่การประเมินผู้ป่วยล่าช้า ,การวินิจฉัยผิดพลาด ,การเริ่มให้ Antibiotic ล่าช้า , การให้สารน้ำที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการประเมินผู้ป่วยช้าหลังการวินิจฉัย ได้มีการปรับปรุง CPG sepsis ตั้งแต่ปี 2561 ได้แก่การปรับปรุงแนวทางการรักษาผู้ป่วย Standing order for sepsis/ septic shock ร่วมกับโรงพยาบาลปทุมธานีเพื่อเป็นแนวทางการรักษาตามมาตรฐาน และในปี 2562 ได้มีการปรับเกณฑ์ประเมินมาใช้ qSOFA ในการประเมินผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม ทันเวลา และได้รับ ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย และมีการกำหนดแนวทางการส่งต่อร่วมกับโรงพยาบาลปทุมธานี ในการรับส่งต่ออย่างรวดเร็ว (Sepsis Fast track)
- ผู้ป่วย Appendicitis ใช้แบบประเมิน Alvarado score ในกลุ่ม Abdominal pain ในการประเมินเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องได้ทันเวลา ไม่พบผู้ป่วย Rupture Appendices ในปี 2563 - 2565
- ผู้ป่วยที่บาดเจ็บทางศีรษะ มีแนวทางการดูแล (CPG)
- การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน , ความดันโลหิตสูง ใช้แนวทางเวชปฏิบัติ โดยคณะกรรมการโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี

(4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์โดยหญิงตั้งครรภ์และญาติมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์โดยให้เข้าสู่กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ สอนการนับบุตรดิน การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ ในระยะคลอด สอนการนวดผ่อนคลายเมื่อมารดาปวดหลัง ปวดขา ในระยะคลอดได้ให้ข้อมูลการคลอดในระยะหลังคลอด ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดา/ทารก แนะนำวิธีการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมด้วยวิธีต่างๆเช่นนวดประคบสมุนไพร การเสริมอาหารกระตุ้นน้ำนมและการวางแผนครอบครัว

ผู้ป่วยกลุ่มเด็กป่วยญาติจะมีความวิตกกังวลสูง แพทย์และพยาบาลจะต้องสร้างความเข้าใจ ความรู้การให้ข้อมูลและแผนการรักษา เพื่อให้ญาติมีส่วนร่วม

กลุ่มผู้ป่วยอื่นๆแพทย์และพยาบาลอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติทราบข้อมูลของโรคการดำเนินของโรคแผนการรักษาเพื่อมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและจำเป็นต้องรับการรักษา รับผิดชอบเช่นผู้ป่วยSTEMI ผู้ป่วย Stoke ซึ่งต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

ผู้ป่วย Palliative care มีการทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย ใช้แบบประเมิน PPS ,ESAD และPain score นำปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมาวางแผนการดูแลให้เหมาะสม ให้ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา กรณีในรายที่ต้องการกลับไปดูแลที่บ้านและต้องการออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ มีการสนับสนุนอุปกรณ์ให้ยืม หรือประสานงานกับ รพ.สต. เพื่อจัดหาอุปกรณ์ ที่จำเป็น ติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม เพื่อประเมินปัญหา และวางแผนร่วมกับครอบครัว

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:

ผู้ป่วย DM un control ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีพฤติกรรมบริโภคที่ไม่ถูกต้อง รับประทานยาไม่สัมพันธ์กับมื้ออาหาร การแก้ไข โดย Nurse Case Manager และทีมสหวิชาชีพ ปรับแนวทางการดูแลรักษา จัดตั้งโรงเรียน คัดกรองข้อมูลให้ผู้ป่วยและญาติ รพ.สต. ในพื้นที่ เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย DM un control

- จากบทเรียนแผนการดูแลผู้ป่วย Stroke STEMI Sepsis กรณีเข้าสู่กระบวนการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เพื่อระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ มีการจัดบริการให้ด้วยกระบวนการ วางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ โดยการทำการ Family Meeting ระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ ด้วยการเขียนเป็น Advance Care Plan เป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งเป็นการวางแผนที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) Patient preference สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ เช่นด้านการรักษาทางกาย มีเป้าหมายของการรักษาอย่างไร รักษาทางยาเต็มทีหรือไม่ ใส่สายยางให้อาหาร หรือไม่ ใส่ท่อช่วยหายใจ ทำ CPR หรือไม่เมื่อเข้าสู่ภาวะวิกฤต ด้านจิตใจ อยากเจอใคร มีสิ่งค้างคาใจอะไร อยากทำอะไร อยากขอโทษใคร อยากเสียชีวิตที่บ้านหรือไม่ เป็นต้น 2) Advance decisions การแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการทำ Living Will ตามมาตรา 12 3) Proxy nomination การเลือกบุคคลใกล้ชิดผู้ทำหน้าที่แสดงเจตนาแทนในการตัดสินใจเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต

จากการทำ Advance Care Plan ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุเป้าหมายได้ในวาระสุดท้ายของชีวิต ด้วยอัตรา ร้อย 100 ใน ปี 2563 ,2564, 2565

(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:

- ใช้กระบวนการทางคุณภาพต่อไปนี้ นำแผนไปปฏิบัติ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ทีมที่มีส่วนร่วมในรูปแบบสหสาขาวิชาชีพ เข้าใจบทบาทของตนเองเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย

 - การบันทึกข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ของเวชระเบียน การบันทึกทางการแพทย์พยาบาลการบันทึกในแบบบันทึกทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งนี้ทีมปฏิบัติงานทุกคนตระหนักว่าการบันทึกที่สำคัญที่มีความสมบูรณ์จะสามารถสื่อสารแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
 - การทบทวนข้างเตียงด้วยเครื่องมือ C3 –THER ในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เช่น Stroke STEMI Sepsis กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ Re – admitted บ่อย เช่น CHF

3. การรับ-ส่งเวร และการ Round Case ทางกายภาพ

การสื่อสารด้วยกระบวนการด้านคุณภาพดังกล่าวส่งผลให้ทีมสุขภาพสามารถเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น
โอกาสพัฒนา กระตุ้นให้หน่วยงานมีการใช้กระบวนการสื่อสารด้วยเครื่องมือทางคุณภาพให้มากขึ้น

(7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:

- มีการประเมินผู้ป่วยเพื่อวางแผนดูแลตามสภาพปัญหาและความต้องการการดูแลรักษาตั้งแต่แรกเริ่ม และใช้กระบวนการวางแผนดูแลผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตาม CPG ที่กำหนด
- สหสาขาวิชาชีพใช้มาตรฐานการวางแผนดูแลตามสภาวะอาการผู้ป่วย เช่น วิชาชีพแพทย์ใช้แนวทางการรักษาตาม CPG กำหนด วิชาชีพพยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อวางแผนดูแลผู้ป่วย เป็นต้น
- มีการทบทวนและปรับแผนการดูแลผู้ป่วยทุกครั้งที่มีปัญหาและอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
- มีการประเมินประเมินปัญหาผู้ป่วยซ้ำทุกครั้งก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน
- เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านมีการติดตามเยี่ยมบ้านและประเมินปัญหาผู้ป่วยซ้ำอีกครั้ง หากพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีปัญหา วางแผนดูแลผู้ป่วยใหม่อีกครั้ง และติดตามประเมินผลไปจนกระทั่งปัญหายุติลง

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย
Covid –19	-วางแผนจำหน่ายโดยใช้ Discharge Plan โรค Covid –19 -วางแผนจำหน่ายตามแนวทางของกรมควบคุมโรค -ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้ฝ่ายระบาดวิทยา เพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย
DM /HT	-วางแผนจำหน่ายโดยใช้ Discharge Plan โรค DM /HT -ให้การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ -มีการวางแผนการจำหน่ายร่วมกันกับผู้ป่วย / ญาติ
Stroke	ใช้แผนการจำหน่าย “ Smart Discharge Plan Stroke “ ที่มีกระบวนการต่อไปนี้ 1.อธิบายเรื่องโรค การวินิจฉัยของโรค การดูแลเมื่อกลับบ้าน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 2.มีการสอนและประเมินทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในเรื่อง ต่อไปนี้ - การทำกายภาพบำบัดที่จำเป็นที่ญาติและผู้ป่วยสามารถทำได้ - การให้อาหารทางสายยาง /การทำ BD - การทำแผลกดทับ - การดูดเสมหะจาก ท่อเจาะคอ - การพลิกตะแคงตัว 3.อธิบายยาที่ได้รับ การรับประทานยา ผลข้างเคียงของยา โดยเภสัชกร 4.ให้ความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับโรคโดยนักโภชนาการ

	5.วางแผนจำหน่ายร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยการส่งต่อข้อมูล ของทีมสหสาขาวิชาชีพ (งานเยี่ยมบ้าน และหน่วยบริการปฐมภูมิมารับ การส่งต่อ CASE แบบ Bed side review กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ) 6.มีกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลอาการผู้ป่วยและประเมินศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะ โดยเครือข่ายชุมชน
TB	-ให้การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวัณโรค โดยมีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันกับ ผู้ป่วยและญาติ และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อให้การกำกับดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จนครบถ้วนหายขาด
Sepsis	ใช้แผนการจำหน่าย"Smart Discharge Sepsis "ที่มีกระบวนการต่อไปนี้ 1.อธิบายเรื่อง โรค การวินิจฉัยของโรค การดูแลเมื่อกลับบ้าน โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ 2.มีการสอนและประเมินทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ตามปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยในเรื่อง ต่อไปนี้ - การประเมินอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ หายใจเร็ว ชีพจรเร็ว ร่วมกับมี แหล่งสร้างการติดเชื้อ เช่นมีแผล ใส่สายสวนปัสสาวะ ใส่สายสวนทางหน้าท้องเพื่อล้างไต ใส่สายสวนทางหน้าท้องเพื่อการรักษาอื่นๆ ที่ต้องรีบกลับมาโรงพยาบาล - ทักษะการล้างมือ 6 ขั้นตอน 5 Moment สำหรับผู้ดูแล 3.อธิบายและทบทวนการรับประทานยาตามแผนการรักษา 4. วางแผนจำหน่ายร่วมกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยการส่งต่อข้อมูล ของทีมสหสาขาวิชาชีพ (งานเยี่ยมบ้าน และหน่วยบริการปฐมภูมิมารับ การส่งต่อ CASEแบบ Bed side review กรณีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ) 5.มีกระบวนการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลอาการผู้ป่วยและประเมินศักยภาพผู้ดูแลเป็นระยะ โดยเครือข่ายชุมชน

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

- ทีมPCT มีการกำหนดแนวทาง โรคที่วางแผนจำหน่าย จากโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของโรงพยาบาล ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง Stroke COPD Asthma ,TB
- กลุ่มโรคที่มีปัญหา กลับมา Admit ซ้ำด้วยโรคเดิมได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย UTI ที่มาด้วย Sepsis , CHF ,CKD
- กลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ACS
- โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลักD -METHOD ตั้งแต่แรกรับทุกราย มีการประสานเชื่อมโยง การดูแลผู้ป่วยแพทย์และทีมดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาล และเครือข่าย รพ.สต.

(2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:

- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย ใช้หลักการ D- METHOD MODEL เพื่อพิจารณาความจำเป็นให้ครอบคลุม

ในทุกด้าน เช่น โรคที่เป็นและการปฏิบัติตัว การดูแลเรื่องยา สิ่งแวดล้อม แผนการรักษา ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง เข้าใจความสำคัญของการมาตรวจตามนัด การส่งต่อ การเลือกรับประทานอาหาร จากหลักการดังกล่าวทำให้กระบวนการวางแผนจำหน่าย ครอบคลุมปัญหา ทุกด้านอย่างมีประสิทธิภาพ

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

- การวางแผนจำหน่าย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและญาติได้มีส่วนร่วมดูแลตนเอง ร่วมกับทีมสุขภาพโดยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุของโรคและแนวทางที่จะป้องกันสาเหตุนั้น ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญในการเสริมพลังอำนาจให้ผู้ป่วยและญาติมีความสามารถในการตัดสินใจปฏิบัติการดูแลตนเองร่วมกับทีมสุขภาพแลกเปลี่ยนความรู้ตลอดจนกำหนดเป้าหมายแผนการดูแลตนเองในการดำรงชีวิตที่ถูกต้องและเหมาะสม
- กลุ่มผู้ป่วย Stroke พบว่า การฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ได้วางแผนจำหน่าย จัดโปรแกรมการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ มีการจัดทีมการเยี่ยมได้เหมาะสม และการเชื่อมโยงถึงชุมชน

(4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:

- จากบทเรียนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่าผู้ป่วยมักมีปัญหาเรื่องการบำบัดเพื่อการฟื้นฟู ในผู้ป่วยบางรายเกิดเกิดความพิการเนื่องจากไม่ได้ทำกายภาพบำบัด การเกิดภาวะ Stroke ซ้ำจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ เช่น แผลกดทับ Pneumonia จากการสำลักอาหาร จากปัญหาดังกล่าว ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการในการออกแบบ การวางแผนจำหน่าย ที่เรียกว่า “ Smart Discharge ” ซึ่งเป็นแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะโรคที่สำคัญและได้ออกแบบแผนการจำหน่ายเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

(5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายเชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:

ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้และสอนวิธีการดูแลเกี่ยวกับโรค เช่นการทำอาหารเหลวและให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การทำแผล การทำความสะอาดสวนสวนปัสสาวะ การให้ออกซิเจน การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและญาติต้องปฏิบัติได้ถูกต้อง และให้เจ้าหน้าที่ประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการวางแผนจำหน่ายร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
- การวางแผนดูแลผู้ป่วย Intermediate care ที่รับจากแม่ข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี ในกลุ่มผู้ป่วย หลอดเลือดสมองที่มีการเชื่อมต่อการดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่แม่ข่ายลงถึงชุมชน

v. แผนการพัฒนา

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

67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3	L	พัฒนากระบวนการเรียนรู้และวิเคราะห์การวางแผนการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบ KM
68. การวางแผนจำหน่าย	3	L	พัฒนาแผนการจำหน่ายด้วยและติดตามผลด้วยระบบไลน์ การส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยระหว่างผู้ดูแลกับหน่วยติดตามการจำหน่ายด้วยระบบ VDO CALL

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	25561	2562	2563	2564	2565
อัตราการพลัดตกหกล้ม	0	1	1	0	1	0
อัตราการเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาล (ตั้งแต่เกรด 2 ขึ้นไป) ต่อพันวันนอน	≤ 2.5 :พัน วันนอน	2.9	1.80	2.13	2.32	2.08
อัตราการตายจากโรคติดเชื้อในกระแสโลหิต	<30 %	19.17	10.25	6.66	1.6	3.63
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล/1000 Patient day	≤ 0.5 ครั้ง/1000 วันนอน	0.44	0.48	0.20	0	0.07
อัตราการติดเชื้อ CAUTI/1000 cath day	≤ 1 ครั้ง/ 1000วันใส่ อุปกรณ์	1.55	0.90	1.50	0	0
อัตราการให้ยา ATB ภายใน 1 ชม (sepsis)	>90%	9.2	98.71	97.77	100	100
อัตราของผู้ป่วยDMที่ควบคุม HbA1C <7%	>40%	30.14	35.81	43.50	45.60	50.96
อัตราผู้ป่วยHTที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี BP<140/90	>50%	33.22	61.14	62.76	63.14	65.74
อัตราผู้ป่วยDM,HT ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk)	>90%	90.26	95.05	95.12	98.26	97.92
ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการชะลอความเสื่อม ของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m ² /yr	$\geq 66\%$	60.3	68.57	66.48	61.89	68.84

ii. บริบท

- ทีมทางคลินิกมีการกำหนดเป็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน ตลอดจนการปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด โดยนำความเสี่ยงมาวิเคราะห์ปัญหาและปรับปรุงแก้ไข โดยมุ่งเน้นการทำงานภายใต้หลัก 2P safety มีการทบทวนความเสี่ยงและการนำตัวชี้วัดที่เป็นความเสี่ยงมาวิเคราะห์เพื่อหาปัญหาที่แท้จริง หาแนวทางแก้ปัญหา และนำมาจัดทำ CQI ให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค

iii. กระบวนการ

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป
Covid -19	ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Covid -19 ของกรมควบคุมโรค และมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย Covid -19 ของโรงพยาบาล
DM , HT	- การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและ ให้คำปรึกษารายกรณีและรายกลุ่ม สร้างบุคคลต้นแบบ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมโดยคลินิก NCD บูรณาการ ส่งต่อ คลินิกเลิกบุหรี่/สุรา คลินิกจิตเวช - ติดตามการใช้ยา ผลการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม - ติดตามผู้ที่ขาดนัดหรือไม่มารับยาตามนัด - กระตุ้นเตือน อสม ในพื้นที่ช่วยติดตามผู้ป่วยต่อเนื่อง
CKD	ปฏิบัติตามกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน CKD Clinic คุณภาพ
COPD , Asthma	ปฏิบัติตามกระบวนการ การดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน Easy Asthma and COPD clinic

(1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสมการดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:

- บุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการฝึกอบรม ทบทวนความรู้และทักษะการปฏิบัติงานตามหน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลเป็นประจำทุกปี เพื่อให้บุคลากรทุกระดับมีความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย เช่น การฝึกอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และขั้นสูง การซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ การซ้อมแผนอัคคีภัย การอบรมTriage for all การทบทวนทักษะการปฏิบัติการพยาบาล

- พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแต่ละเวร มีการมอบหมายงานที่ชัดเจนตามการจำแนกประเภทผู้ป่วย

- จัดทำคู่มือนิเทศ พยาบาลที่จบใหม่ / ย้าย และจัดให้จะได้รับการปฐมนิเทศ / ฝึกอบรมให้ความรู้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่มีความเสี่ยงสูง มีพยาบาลพี่เลี้ยงให้การดูแลและTrainingระหว่างปฏิบัติงานทำให้การดูแลผู้ป่วยมีความผิดพลาดน้อยลง

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

- เตรียมความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆให้มีเพียงพอใช้งาน สะอาด สะดวก ปลอดภัย และเหมาะสมกับประเภทของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแต่ละราย เช่น มีม่านกันระหว่างเตียง มีราวกันเตียงทุกเตียง ห้องน้ำมีราวจับ มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตามโรคและอาการที่เป็นเพื่อจัดโซนให้ผู้ป่วยนอนAdmitได้เหมาะสม จัดให้มีห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ ห้องแยกโรคสำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ และมีการจัดแยกโซนให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้พักผ่อนอย่างสงบ เป็นต้น
- ด้านความปลอดภัย มีกล้องวงจรปิดหน้าห้องผู้ป่วย มีการกำหนดระยะเวลาเปิด-ปิดประตู และกำหนดเวลาญาติเยี่ยมในเตียงผู้ป่วยใน

(3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤต หรือภาวะฉุกเฉิน:

- จัดให้มีสถานที่ตรวจสำหรับผู้ป่วยที่สงสัยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ
- การป้องกันการติดเชื้อ มีทีมควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ ติดตามสถานการณ์การติดเชื้อของแต่ละหน่วยงาน และปรับเป็นนโยบายให้มีแนวทางการปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน และเป็นการร่วมมือทั้งผู้ป่วย ญาติ เจ้าหน้าที่
- จัดให้มีห้องแยกโรคเพื่อรับ Admit ผู้ป่วยติดเชื้อ และกำหนดให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด
- มีการจัดทำแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อต่างๆ ข้อยึดติด และแผลกดทับ เป็นต้น มีการใช้แบบประเมินการป้องกันการเกิดแผลกดทับ Braden Scale เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติกับผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อยและกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่ต้องนอนโรงพยาบาลนานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น
- ทีมสุขภาพมีแนวทางการดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ให้ผู้ป่วยปฏิบัติทุกคนไปทำความเข้าใจและปฏิบัติตามเป็นแนวทางเดียวกัน
- กลุ่มภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉิน มีการเตรียมความพร้อมของบุคลากร อุปกรณ์ ในการรองรับภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉิน เช่น การเตรียมความพร้อมในการเกิดอุบัติเหตุหมู่ มีการซ้อมแผนเป็นประจำทุกปี จัดให้เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลทุกคนได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทุกปี และทุกครั้งที่มีปัญหาเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพ จะมีการนำปัญหานั้นๆ มาร่วมกันปรึกษาหารือ เพื่อการปรับปรุงและพัฒนางาน ทำให้เกิดความพร้อมและเข้าใจบทบาทของตนเองเพิ่มมากขึ้น
- ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน จัดให้อยู่ในโซน Nurse station พยาบาลสามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมของรถฉุกเฉินเป็นอุปกรณ์ช่วยชีวิต รวมทั้งมี CPR Code เมื่อมีเหตุฉุกเฉิน
- มีการนำแบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมิน Pain Alvarado Score แบบประเมิน Glasgow coma score แบบประเมิน Pain Scale มีใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการ ความเจ็บป่วย และใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง
- จัดทำ Early Warning Sign แยกตามโรคต่างๆ ใช้ประเมินผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติการณ์ Unplan Dead Unplan Refer

(4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

- ให้ความรู้ในด้านการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคแก่ญาติและผู้ดูแลอย่างถูกต้องชัดเจนเข้าใจง่าย เช่น การดูแลผู้ป่วย Stroke เพื่อเตรียมความพร้อมครอบครัวให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ทำให้ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่บ้านได้ดียิ่งขึ้น
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้คงไว้หรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับของกฎหมายความเชื่อวัฒนธรรมด้านการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว

(5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

- มีระบบการบันทึกข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยเพื่อช่วยเตือนความจำ (Pop up) ในคอมพิวเตอร์ Program Hos XP ที่สามารถระบุวิชาชีพหรือบุคคลที่เราต้องการให้เห็นข้อมูล เช่น ผู้ป่วย CKD มีการ pop up เพื่อแจ้งเตือนในการใช้ยา NSAID ผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนยาเนื่องจากเกิดผลข้างเคียง ผู้ป่วยดื้อยา

- มีการบันทึกความก้าวหน้าในการดูแลรักษา (Progress note) ลงไปเดียวกับใบสั่งการรักษา (Doctor Order) ทำให้สะดวกในการสื่อสารในที่ดูแลผู้ป่วย
- ประเมินภาวะโภชนาการร่วมกับนักโภชนาการและประสานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านภาวะโภชนาการเช่นผู้ป่วยที่นอนนานเกิน 3 วันผู้ป่วย CA
- ประเมินภาวะสุขภาพพร้อมกับพยาบาลเฉพาะทางที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น พยาบาลเฉพาะผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ พยาบาลเฉพาะทางผู้จัดการรายการโรคเรื้อรัง(เบาหวานและความดันโลหิต) พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(ล้างไตทางช่องท้อง) พยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยระดับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- การประสานกับเภสัชกรเรื่องการพัฒนาระบบยาที่มีความเสี่ยงสูงอย่างเป็นมาตรฐาน

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
Acute coronary syndrome (ACS)	• เพิ่มศักยภาพที่รักษาโดยส่งพยาบาลอบรมวิชาการเครือข่ายการบริการโรคหัวใจและหลอดเลือดประจำปี 2562 จัดทำโครงการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤตฉุกเฉินในเดือนมีนาคม 2562 การอ่าน ผลEKG เบื้องต้นเพื่อร่วมกับแพทย์ในการคัดกรองผู้ป่วยเบื้องต้นได้ • ประกันเวลาในการรายงานผล Trop-I ซึ่งใช้ในการวินิจฉัยและติดตามอาการ ภายใน 40 นาที • มีการรายงานคำวิกฤตทันทีทางโทรศัพท์ เมื่อตรวจพบในห้องปฏิบัติการ • ประกันเวลาในการตรวจ EKG (Door to EKG) ในผู้ป่วยที่สงสัย ACS ภายใน 10 นาที • จัดทำรายการยา STEMI KIT ,EMERGENCY BOX เพื่อให้พร้อมใช้ทันทีหากเกิดภาวะวิกฤต • เฝ้าระวังอาการแฝงต่างๆของ ACS เช่นปวดจุกแน่นท้อง ใจสั่น เวียนศีรษะ หายใจไม่อิ่มโดยเฉพาะในผู้ป่วย ที่มา Re-visit ด้วยอาการเดิม • พัฒนาระบบช่องทางด่วนพิเศษ (STEMI FAST TRACT) โดยจัดทำ OPD CARD MI ,นวัตกรรมTUBE LAB MI FAST TRACT เพื่อความรวดเร็วในการเก็บข้อมูล ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ลดระยะเวลาในการเก็บส่งตรวจ

	● Training Triage Nurse ให้ประเมินอาการผู้ป่วย ACS ด้วยความถูกต้องและรวดเร็ว ปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ให้ครอบคลุมทั้ง Chest pain และ Non Chest Pain ● กลุ่มเสี่ยงสูงโรคเรื้อรังเช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูงได้รับความรู้เรื่อง Early Warning Sign ของ ACS สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS 1669) ได้อย่างทันท่วงทีเมื่อเกิดอาการดังกล่าวขึ้น ● เพิ่มศักยภาพ อสม.รพสต. ในการดูแลผู้ป่วยและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในชุมชน สามารถประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งพบแพทย์เพื่อประเมินซ้ำอีกครั้ง ● ทำ EKG screening เพื่อเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยง AMI ที่มารพ. หรือรับไว้ในรพ. ด้วยโรคอื่นๆและมีการประเมินอาการซ้ำก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
Sepsis	-ใช้เกณฑ์ qSOFA ประเมินผู้ป่วยโดยเร็วที่สงสัยว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย เริ่มจากจุดคัดกรอง ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปพร้อมกับมีการติดเชื้อในร่างกาย และใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายจังหวัดปทุมธานี ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการเจาะH/C ก่อนให้ ATB ,ได้รับ ATB ภายใน 1ชม. หลังวินิจฉัย ,ได้รับ IV Fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก ,ให้Levophed เพื่อ keep MAP $\geq$65 mmHg ภายใน 1 ชม.ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบภาวะวิกฤต (ระดับการดูแล 2-3) ภายใน 3 ชม. หลังได้รับการวินิจฉัย และมีระบบ Refer Sepsis Fast track
การให้เลือด	-มีระเบียบวิธีการ Crossmatch-compatible blood ,การตรวจสอบอีกครั้งก่อนจ่ายเลือด -มีแนวทางการตรวจสอบก่อนให้เลือด การดูแลให้เลือดภายในเวลาที่กำหนด มีการวัดสัญญาณชีพและสังเกตอาการขณะได้รับเลือด

(1)การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

- ผู้ป่วยกลุ่ม ACS มีการทบทวนและเพิ่มเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย เกณฑ์ข้อบ่งชี้ในการตรวจEKG ในกลุ่มอาการ Atypical chest pain และมีcardiovascular risk factor ร่วมกับอาการเจ็บหน้าอก ที่มีสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง พัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย Ac MI ร่วมกับเครือข่าย

- ผู้ป่วย Sepsis จากการทบทวนพบว่ามี missed diagnosis ในผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจน ไม่มีไข้ โดยพัฒนาจุดเน้นที่การ Early detection โดยใช้ Quick SOFA ให้ผู้ป่วยกลุ่มที่มีอาการเสี่ยงได้รับการประเมินโดยมีการจัดทำแนวทางการประเมินอาการผู้ป่วย Sepsis โดยการประเมินร่วมกันระหว่าง SOS SCORE & SIRS ได้รับการรักษาเร่งด่วน (Early resuscitation)
- ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อ PPH มีปรับปรุงแนวทางโดยประเมินความเสี่ยง PPH แรกรับ เช่น Twins, Polyhydramnios, Anemia ถ้า Hct. < 33 % ของ PRC เมื่อ Hct. < 30 % มี Care map โดยมี Active management ตั้งแต่ EBL ≥ 200 ml เจาะ Hct แรก รับและใช้ถุงตวงเลือดทุก case ระยะหลังคลอดประเมิน Hct. 12 hrs. หลังคลอดทุกราย ชั่งผ้าอนามัย 24 hrs. หลังคลอด ทุกราย
- ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงที่ต้องให้การรักษาดูแลด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต จะมีการประสานงานให้ข้อมูลแก่ญาติเรื่องอาการและความก้าวหน้าในการรักษา โดยทีมแพทย์และพยาบาลเป็นระยะ และเปิดโอกาสให้ญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจ ร่วมในการแสดงความเห็น มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้การรักษากับผู้ป่วยในช่วงเวลาวิกฤต นั้น
- มีการประชุมทบทวนเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากรายงานอุบัติการณ์ วิเคราะห์หาสาเหตุ และกำหนดแนวทางแก้ไข เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

(2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:

- มีการจัดอบรมเพื่อเตรียมความพร้อมแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับ ให้มีความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน และ ขั้นสูง โดยวิทยากรผู้มีความรู้เฉพาะด้าน รวมทั้งมีการให้ความรู้การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในชุมชน ตามวัด โรงเรียน เทศบาล

(3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:

- ในแผนกอุบัติเหตุและแผนกผู้ป่วยในคือ CPR มีการเตรียมความพร้อมด้านเครื่องมือและบุคลากรให้พร้อมใช้ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉินมีการทบทวนทักษะในการทำหัตถการที่สำคัญทุกปีพบว่าอุบัติการณ์การเกิดความไม่พร้อมใช้ของอุปกรณ์ลดลงและบุคลากรทางการพยาบาลสามารถปฏิบัติการทำหัตถการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง
- ห้องคลอดได้มีการทบทวนทักษะการอ่านผล NST การฝึกทักษะ NCPR และการดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตโดยแพทย์เฉพาะทางสูติกรรมจากแม่ข่ายที่รพ.ปทุมธานีพบว่าผ่านเกณฑ์ 100% นอกจากนี้มี NST Alert ช่วยเปรียบเทียบความผิดปกติของกราฟเพื่อรายงานแพทย์ได้อย่างรวดเร็วและผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที
- การให้เลือดและส่วนประกอบของเลือดเป็นอีกหัตถการที่มีความเสี่ยงสูงที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยใน ได้มีการกำหนดแนวทางการให้เลือด ตั้งแต่ขั้นตอนการประสานขอเลือดกับห้องปฏิบัติการ การขนส่งส่งเลือดจากโรงพยาบาลที่ขอเลือด การรับและตรวจสอบความถูกต้องของถุงเลือดกับผู้ป่วย และขั้นตอนการให้เลือดกับผู้ป่วย มีแบบฟอร์มการลงบันทึกการให้เลือด มีการทบทวนทฤษฎีและการปฏิบัติการให้เลือด (2 Ticks) ในทีมพยาบาล ปีละ 2 ครั้ง จากการทบทวนข้อมูลที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ผิดพลาดในการให้เลือด
- การให้ยาความเสี่ยงสูงทางหลอดเลือดดำ มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีแบบฟอร์มการเฝ้าระวังในการให้ยาความเสี่ยงสูง มีการเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และอาการต่างๆตามข้อกำหนดของยา ติดป้ายเตือนการใช้ยาความเสี่ยงสูงที่เตียงผู้ป่วย

และใช้เครื่องควบคุมหยดน้ำเกลือในการควบคุมสารน้ำที่ผสมยาความเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาไม่พบอุบัติการณ์ผิดพลาดจากการให้ยาความเสี่ยงสูง

(4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

- ทีม PCT มีการกำหนด Warning signs ในโรคที่มีความเสี่ยงที่สำคัญ ที่สอดคล้องกับผู้ป่วยเฉพาะโรคโดยการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อ early detection ตั้งแต่ Triage มีระบบการรายงานแพทย์ทำให้อัตราการส่งต่อตามระบบ Fast Track ด้วยโรค Stroke , MI ได้รวดเร็วและปลอดภัยมากขึ้นแต่ยังพบว่า Sepsis ยังมีการวินิจฉัยล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยเข้าถึงช้า มีโรคเรื้อรังร่วมขาดการประเมินซ้ำไม่ปฏิบัติตาม CPG จากการทบทวนมีปรับกระบวนการดูแลให้ดูแลตาม CPG ใช้เครื่องมือ Quick SOFA มา Monitor อย่างจริงจังจึงมีการพัฒนา CPG ร่วมกับเครือข่ายจังหวัดปทุมธานีฟื้นฟูความรู้ทีมแพทย์พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องจัดนำยาที่เหมาะสมเข้ามาใช้ในโรงพยาบาลให้เหมาะสมมากขึ้น ปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการดูแลได้ตามมาตรฐานมีระบบการส่งต่อ Fast sepsis เครือข่ายปทุมธานี
- PCT ได้ร่วมปรับปรุง CPG Care map CNPG และแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยรายโรคที่มีความเสี่ยงสูงมี Nurse manager หลายสาขาที่ผ่านการอบรมเพิ่มพูนทักษะเฉพาะและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายใน Service plan ในภาพเครือข่ายเพื่อเน้นให้การดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมองค์รวม

(5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):

- PCT ได้กำหนดระบบ rapid response ไว้ตามบริบทของแต่ละรายโรคมี standing order ในการให้การรักษเบื้องต้นผู้ป่วยได้ทันทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง
- มีมาตรฐานรายงานแพทย์ โดยใช้ SBAR
- ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดหนักเกินขีดความสามารถ แพทย์จะทำการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลปทุมธานี กลุ่มผู้ป่วยโรค ACS มีการติดต่อประสานการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแพทย์รังสิต ผู้ป่วย Stroke ติดต่อประสานงานส่งต่อด้วยระบบ fast track ที่โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ เป็นต้น
- จัดอุปกรณ์ในรถ Emergency ในแผนกต่าง ๆ โดยใช้ระบบ CAB และมีการตรวจเช็คอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานทุกเวอร์เพื่อให้งานเป็นไปได้อย่างสะดวก รวดเร็ว

(6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- จากการทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เช่น Unplan Dead / Unplan Refer ทำให้มีการจัดทำ CPG รายโรค เช่น ผู้ป่วย ACS Stroke Sepsis UGIB เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วย
- ทีม PCT มีการประชุมทบทวนอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ การแก้ไขและปรับปรุงแผนการรักษาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- นำข้อมูลอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ มาเป็นตัวชี้วัดทำลาย เก็บข้อมูลในแต่ละปี เพื่อเป็นโอกาสในการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การดูแลผู้ป่วย Palliative care ครอบคลุมบริการเครือข่ายสุขภาพ

- มีระบบ Fast track ที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ - การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย Covid -19 สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการดูแลผู้ป่วยได้ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69.การดูแลทั่วไป	3	I	พัฒนาการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม ครอบคลุมกลุ่มโรคที่สำคัญมากขึ้น
70.การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3	I	ทบทวนและปรับปรุง CPG ในกลุ่มโรคสำคัญอย่างต่อเนื่อง

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก : ไม่มีบริการ

III-4.3 ข. การผ่าตัด : ไม่มีบริการ

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาบำบัด

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ให้บริการถูกต้องปลอดภัย ตามมาตรฐานเฉพาะโรค						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนครั้งของการจัดอาหารผู้ป่วยผิดประเภทไม่ตรงคำสั่งแพทย์	0 ครั้ง	6	4	8	6	11
จำนวนอุบัติการณ์ข้อร้องเรียน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
ร้อยละความพึงพอใจต่อบริการด้านโภชนาการ	ร้อยละ 80	82	90	92	90	93
ผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางสายยางได้รับความพร้อมก่อนการเตรียมจำหน่าย	100 %	85 %	88 %	93 %	91 %	98%
อุบัติการณ์ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยจากอาหารที่บริการ	0	0	0	0	0	0
ii. บริบท						
หน่วยโภชนาการมีระบบงาน/กระบวนการให้บริการอาหารผู้ป่วยตามหลักโภชนาการ โภชนาบำบัด ตามหลักสุขาภิบาลอาหารที่มีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพโดยสอดคล้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งแผนผู้ป่วยใน มารดารถลอดและหลังคลอด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องตามสภาวะของโรคและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:						

ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีปัญหาการควบคุมอาหาร เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตวายเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง

ผู้ป่วยกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยเช่น ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผู้ป่วยกลุ่มโรคทั่วไปที่ต้องการการฟื้นฟู เช่น ผู้ป่วยที่มีแผลขนาดใหญ่ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินอาหาร

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ
โรคเบาหวาน	ปรับเปลี่ยนเวลาในการส่งมอบอาหาร จากเดิมอาหารเย็นส่งมอบเวลา 15.30น. เป็นเวลา 16.00 น. เพื่อให้ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตของคนปกติทั่วไป และลดปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำในเวลากลางคืน
โรคไตเรื้อรัง	ได้มีการจัดอาหารลดเค็ม และมีการสาธิตการทำอาหารเพื่อชะลอการเสื่อมของไต แนะนำเรื่องการใช้อาหารแปรรูป
กลุ่มผู้ป่วย NCD-DM,HT ในชุมชน(รพ.สต./PCU)	ได้มีการวางแผนการให้โภชนศึกษา โดยการลงพื้นที่ในชุมชนเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้ในการเลือกรับประทานอาหาร การควบคุมอาหารและการดูแลตนเองเบื้องต้น

(1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:

อาหารทุกมื้อมีสารอาหารครบ 5 หมู่ตามหลักโภชนาการ

มีการจัดทำเมนูอาหารเฉพาะโรคเช่น อาหารเบาหวาน อาหารจิต อาหารโปรตีนสูง โดยดัดแปลงจากเมนูอาหารทั่วไปให้มีส่วนประกอบ และสารอาหารที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยแต่ละราย

มีการจัดทำเมนูอาหารเพิ่มโปรตีน ให้หญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บป่วย มารดาก่อนและหลังคลอด

มีการจัดเมนูอาหารสำหรับเด็ก ที่มีรสชาติอ่อน เคี้ยวง่าย

ได้มีการจัดทำรายการอาหารกำหนดรายการอาหารการหมุนเวียนจำนวน 4 สัปดาห์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภทตามสภาพของผู้ป่วยโดยยึดหลักการจัดตามหลักโภชนาการและโภชนบำบัด

กำหนดเวลาการส่งอาหารแต่ละมื้อที่แน่นอน ลดการส่งมอบอาหารผู้ป่วยล่าช้าไม่เป็นตามข้อกำหนดของแผนโภชนาการ ให้เป็นเวลา มื้อเช้า ส่งมอบอาหารเวลา07.30น. มื้อกลางวัน ส่งมอบอาหารเวลา11.30น. มื้อเย็น ส่งมอบอาหาร15.30น. เพื่อให้ใกล้เคียงกับวิถีชีวิตของคนปกติทั่วไป

(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/ โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

มีการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยจากสัดส่วนร่างกาย และน้ำหนักตัว โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กเพื่อหาปัญหาของ ภาวะโภชนาการและการแก้ปัญหาพร้อมกับแพทย์

มีการบันทึกน้ำหนักตัวของผู้ป่วยแต่ละรายในใบสั่งอาหาร เพื่อประกอบการพิจารณาในการจัดเมนูอาหารกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีการจัดเมนูอาหารเฉพาะโรค เพื่อสนับสนุนแผนการรักษาของแพทย์

มีการประสานงานกับแพทย์ผู้ทำการรักษา เพื่อประเมินปัญหาทางโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละราย ที่มีปัญหาด้าน โภชนาการ และวางแผนการให้โภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีผลกดทับ มีการจัดเมนูอาหารเพิ่มโปรตีน เช่น ไข่ขาว

มีการจัดเมนูอาหารเพิ่มโปรตีน เช่น เพิ่มไข่ เพิ่มนมสด ให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่นอนพักรักษาตัว และมารดาก่อนและหลังคลอด

(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนาบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือดได้ดี มีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ กับผู้ป่วย และญาติ เรื่องการรับประทานอาหารและการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน

จัดทำแผ่นพับเอกสารเผยแพร่ความรู้ด้านอาหาร และโภชนาการ เช่น อาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อแจกให้ผู้ป่วย และญาติ ได้ศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม

ในกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง มีการสอนญาติผู้ป่วยในการทำอาหารทางสายยางที่บ้าน และมีการติดตามเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้านหลังจำหน่าย พบว่าสามารถปฏิบัติได้เป็น ร้อยละ 100 และไม่พบการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:

การเลือกซื้อและเก็บวัตถุดิบได้มีการปรับปรุงกระบวนการจัดซื้อและวางระบบในการโดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพผ่านการรับรองมีคณะกรรมการจัดซื้อ/ตรวจรับอาหารทุกวันโดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพ จัดเก็บวัตถุดิบสดพวกเนื้อสัตว์/ผักในตู้แช่ที่มีอุณหภูมิตามเกณฑ์ที่กำหนดและตรวจสอบทุกวันการเก็บวัตถุดิบพวกของแห้งสำเร็จรูปแยกออกแต่ละประเภทใช้ระบบ first in first out ตรวจสอบวันหมดอายุทุกวันโดยมีการซื้อวัตถุดิบวันต่อวันเพื่อให้ได้ของสดใหม่และประเมินความเพียงพอในการจัดบริการในแต่ละวัน มีการจัดทำรายการอาหารเพื่อปรับให้มีการเลือกซื้อตรงความจำเป็น

การจัดเตรียมและประกอบอาหาร : กำหนดให้มีใบสั่งงานครัวสำหรับจัดเตรียมอาหารและประกอบอาหารแต่ละประเภทแยกเป็น ธรรมดาอ่อนเฉพาะโรคมีการประกอบอาหารในระดับอุณหภูมิที่ถูกต้องและเหมาะสมตามหลักสุขาภิบาลอาหารโดยมีโภชนาการ กำกับดูแลวิธีการปรุงยังมีประเด็นการแก้ไขเพื่อปรับให้มีโครงสร้างของห้องอาหารและทางที่มบริหารมีนโยบายในการเปลี่ยน ระบบการประกอบอาหารเพื่อให้ได้มาตรฐานบริหารทรัพยากรให้ใช้เหมาะสมในปี พ.ศ.2559

การจัดเตรียมและประกอบอาหารปั่นผสม : เนื่องจากโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ยังมีผู้ป่วยที่ได้รับอาหารปั่นน้อย และมีการ กำหนดแนวทางปฏิบัติในการประสานงานเพื่อให้สามารถได้รับมอบอาหารแก่ผู้ป่วยตรงตามเวลา มีการอุ่นอาหารให้ผู้ป่วยได้ ถูกต้องตามมาตรฐานกระบวนการ

การกำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุง: มีการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้งผลการตรวจร่างกายเจ้าหน้าที่ทุกคนอยู่ใน เกณฑ์ปกติแต่พบโอกาสพัฒนาในการส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่มีการกดขันทุ่มตรวจการแต่งกายและการปฏิบัติตัวตามหลัก สุขาภิบาลของเจ้าหน้าที่เน้นย้ำเรื่องต่างๆอาทิการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานการใช้อุปกรณ์ป้องกันการสัมผัสอาหาร โดยตรงซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลได้ถูกต้องแต่พบโอกาสพัฒนาเรื่องเจ้าหน้าที่ละเลยการล้าง มือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่จะทำให้เกิดการปนเปื้อนได้ทุกขั้นตอน

การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ: ในการบรรจุอาหารได้จัดหาภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิดและเก็บรักษาอุณหภูมิ สำหรับผู้ป่วยทุกคนจัดให้มีแนวทางปฏิบัติในการจัดการล้างภาชนะและอุปกรณ์ตามหลักสุขาภิบาลอาหารนำมาผ่านเครื่องล้าง จานที่ความร้อนในอุณหภูมิที่กำหนดมีการเก็บภาชนะแต่ละประเภทเป็นสัดส่วน

การจัดการกับอาหารและภาชนะผู้ป่วยติดเชื้อ: กำหนดแนวทางการปฏิบัติตามหลัก IC มีการแยกภาชนะล้างทำความสะอาด ต่างหากสำหรับผู้ป่วยไข้หวัด2009 ได้ใช้ภาชนะใช้แล้วทิ้งสำหรับเจ้าหน้าที่มีแนวทางจัดการกับเศษอาหารจากผู้ป่วยติดเชื้อโดย การใส่ถุงมือป้องกันและคัดแยกเศษอาหารทิ้งในถุงสีแดงส่วนการจัดการกับเศษอาหารได้จัดถึงเศษอาหารที่มีฝาปิดมิดชิดรองรับ

มีผู้ประมูลมาเก็บทุกวันในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อวัณโรค ผู้ป่วยเอดส์ได้มีการ ใช้ภาชนะสีแตกต่างและแยกเมื่อหลังการใช้และการ จัดเก็บคัดแยกเศษอาหารทั้งในถุงสีแดงอุปกรณ์มีการแยกการจัดล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ

การรวบรวมขยะและจัดการน้ำเสีย : มีการคัดแยกขยะแต่ละประเภทอาทิขยะแห้งขยะเปียกและขยะรีไซเคิลแยกออกไปเก็บ ให้ถูกต้องลงในภาชนะเก็บขยะแต่ละประเภทที่มีฝาปิดที่มิดชิดและทำความสะอาดทุกวันการจัดการน้ำเสียมีแนวทางปฏิบัติ สำหรับเจ้าหน้าที่ในการดักบ่อไขมันทุกเช้าพบโอกาสพัฒนาในความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในการทิ้งขยะให้ถูกต้อง

การทำความสะอาดโรงเรือนและการควบคุมแมลงและพาหะนำโรค: ได้มีการปรับปรุงพื้นที่มีห้องประกอบอาหารจัดทำพื้นที่ปรับปรุง เพื่อให้มีการระบายอากาศ การจัดเก็บของแห้ง อาหารเปียกให้ชัดเจน มีฝาและภาชนะจัดเก็บที่มีมาตรฐาน เพื่อป้องกันหนู แมลงสาบยังมีประเด็นการแก้ไขเพื่อปรับให้มีโครงสร้างของห้องอาหารและทางทีมบริหารมีนโยบายในการเปลี่ยนระบบการ ประกอบอาหารเพื่อให้ได้มาตรฐานบริหารทรัพยากรให้ใช้เหมาะสมในปี พ.ศ.2558

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ไม่พบข้อร้องเรียนเรื่องการบริการอาหารในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา

การเสริมพลังให้ญาติของผู้ป่วยในการทำอาหารเลวทางสายยางที่บ้าน พบว่าสามารถปฏิบัติได้เป็นร้อยละ 100 และไม่พบ การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
อาหารและโภชนาบำบัด	3	D	มีนักโภชนาการประเมินและร่วมมือกับแพทย์ แก้ไขปัญหาทาง โภชนาการให้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการโดยเฉพาะ ผู้ป่วยกลุ่มโรค NCD เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดไม่ได้ทั้งผู้ป่วย OPD และผู้ป่วย IPD มีการติดตามประเมินผลภาวะโภชนาการหลังการจัดอาหารใน ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางโภชนาการ และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ พัฒนาระบบการให้บริการด้านโภชนาการเพื่อให้สอดคล้องกับ ผู้ป่วยกลุ่มรายโรคทุกกลุ่มครอบคลุมมากขึ้น พัฒนาการนำข้อมูลใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้เป็นระบบ จัดทำกลุ่ม กิจกรรมและประเมินผลกิจกรรมผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายติดตาม ดูแลผลสัมฤทธิ์ พัฒนาสื่อที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแก่กลุ่มผู้ป่วยที่ หลากหลายทั้งที่มีภาวะเสี่ยง ภาวะคุกคามของโรค ภาวะทุพ โภชนาการ พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติและนำปัญหาที่พบจากการให้บริการด้านโภชนา มาปรับปรุงแก้ไขอย่างเป็นระบบ

III-4.3 ง-จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย-การจัดการความปวด

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1.จำนวนผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน	$\geq 80 \%$	100	100	100	100	100
2.อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการจัดการอาการรบกวนอย่างเหมาะสม	$\geq 80 \%$	92	90	92	87	93
3.ร้อยละผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการทำ ACP เป็นลายลักษณ์อักษร (A3)	$\geq 80\%$	100	100	100	100	100
4.ร้อยละผู้ป่วยระดับประคองที่เสียชีวิตบรรลุ ACP	$\geq 80\%$	100	100	100	100	100
5.ร้อยละผู้ป่วยระดับประคองที่ได้รับการส่งต่อเยี่ยมบ้านได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	$\geq 60\%$	100	100	100	100	100
6.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	$\geq 80\%$	90	94	91	100	100

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:

- 1.กลุ่ม CA ได้แก่ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
 - 2.กลุ่ม Non CA ได้แก่
 - 2.1 ผู้ป่วยโรคหัวใจมีอาการหัวใจวายช้าบ่อยๆ นอนติดเตียงทำอะไรไม่ได้เลย
 - 2.2.โรคปอด เรื้อรังระดับรุนแรงหายใจลำบากขณะพัก มีอาการหัวใจช้ำวาล้มเหลวร่วมด้วย มีภาวะขาดออกซิเจนแม้ในขณะพัก ต้องให้ออกซิเจนตลอดเวลา ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง
 - 2.3 โรคสมองเสื่อมที่ไม่สามารถ เดิน อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่ายได้เอง สื่อสารไม่รู้เรื่อง
 - 2.4 โรคเอดส์ที่มีภาวะคุกคามชีวิต
 - 2.5 โรคตับแข็งระยะสุดท้าย
 - 2.6 โรคไตวายระยะสุดท้าย มีข้อจำกัดเรื่องการล้างไต หรือปฏิเสธการล้างไต
 - 2.7.โรคหลอดเลือดสมอง ระยะเฉียบพลัน มีอาการโคม่ามากกว่า 3 วัน
- โรคหลอดเลือดสมองระยะเรื้อรังมีอาการแทรกซ้อน มีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วย PPS น้อยกว่า 60

กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:

- 1.กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มีอาการปวด
- 2.ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังที่มีสาเหตุอื่นนอกเหนือจากมะเร็งที่มีข้อจำกัดในการรักษา

iii. กระบวนการ

III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

(1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย

- แต่งตั้งคณะกรรมการทีม Palliative care ในรูปแบบเครือข่าย เพื่อกำหนดนโยบายและแนวทางการพัฒนา

- ส่งพยาบาลจำนวน 4 ท่าน ไปอบรมหลักสูตรการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง หลักสูตร 10 วัน ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรราช เพื่อนำความรู้มาถ่ายทอดให้กับพยาบาลในโรงพยาบาล
- ทีม Palliative ได้พัฒนาบุคลากรที่ดูแล มีความเข้าใจและตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยผ่านเครือข่ายการทำงาน 2 ระดับได้แก่ ทีมบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล ประชาธิปัตย์และเครือข่ายปฐมภูมิ ทำงานในชุมชน ผลจากการระดมการดังกล่าวทำให้บุคลากรและเครือข่าย มีความเข้าใจปัญหาของผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ผู้ป่วย มะเร็งที่ทุกข์ทรมานจากอาการปวดเข้าถึงยาบรรเทาปวดในทุก ระดับ ตั้งแต่ยาฉีด ยารับประทานชนิดน้ำ ชนิดเม็ด ยาแปะบรรเทาปวด และการใช้ Syringe driver นอกจากนี้ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายในทุกประเภทสามารถเข้าถึงการบรรเทาอาการรบกวนทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมถึงได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ ทีมปฏิบัติงานมีความพึงพอใจและมีความสุขที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างี่ควรจะเป็นในวาระสุดท้าย

(2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

- มีการประเมินผู้ป่วยรอบด้าน โดยใช้แบบประเมินตามมาตรฐาน เช่น PPS, ESAS, Pain score โดยสื่อสารและติดตามการใช้แบบประเมินให้เป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาล และในชุมชน
- มีการพัฒนาแบบบันทึกความรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย เพื่อใช้สื่อสารความต้องการของผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเกี่ยวกับการประเมินรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะท้าย
- การทำ Advance Care Plan เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ทำให้สามารถรับรู้ความต้องการด้านการดูแลทางด้านการรักษา สิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวัง สิ่งที่ค้างคาใจ การทำ Living Will การมอบอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย

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

- การทำ Family meeting ร่วมกับครอบครัวเพื่อหาความต้องการของผู้ป่วยและญาตินำมาวางแผนในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน โดยมีการกำหนดตามความต้องการของผู้ป่วยและญาติ,การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพยากรณ์โรค ทำให้ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลในทุกด้าน ในรูปแบบ Advance Care Plan
- ใช้ห้องโรงเรียนพ่อแม่ ที่มีความเหมาะสม/เป็นสัดส่วน สำหรับทำกิจกรรม Family meeting / มีมุมตู้สะพานบุญที่มีพระพุทธรูปประจำพระองค์ในหลวงรัชการที่ 9 อยู่บนหิ้งสำหรับกราบไหว้บูชา เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ในตู้สะพานบุญมีวิทยุธรรมะ,หนังสือธรรมะ อุปกรณ์ สำหรับกิจกรรมอาร์ตบำบัด เช่นการวาดภาพ การร้อยลูกปัด ซึ่งผู้ป่วยและญาติสามารถยืมใช้ได้ใกล้ผู้ป่วยใน
- จัดกิจกรรมตามความเชื่อหรือศาสนาของผู้ป่วย เช่น นิมนต์พระมาบิณฑบาต ทุกวันศุกร์แรกของเดือนและมีห้องละมดเป็นต้น
- มีมุมที่จัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ที่เตียง 22 ที่เป็นมุมในสุด กันเป็นมุมแยกเป็นสัดส่วนมีความสวยงามชื่อมุม” มรรควิถี” ญาติสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ตลอดเพื่อบรรเทาความรู้สึกถูกทอดทิ้ง

- จัดการตอบสนองให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด, บรรเทาความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าด้วยวิธีการต่างๆ อาร์ตบำบัด ดนตรีบำบัด สมาธิบำบัด ศิลปะบำบัด จิตอาสาและพูดคุยกับพระ เป็นต้น
- ในกรณีผู้ป่วยกลับบ้าน จะมีช่องทางการติดต่อสื่อสารจากผู้ป่วย/ญาติผู้ป่วยสู่โรงพยาบาลทั้งการใช้โทรศัพท์และระบบ LINE ในการสอบถามด้านการดูแลผู้ป่วย และถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่ดีหรือมีภาวะฉุกเฉินต้องการมารับรักษาหรือระยะท้าย ก็ประสานเรื่องแพทย์/เตียงที่จะรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งทางโทรศัพท์และประสานส่งต่อหน่วยเยี่ยมบ้าน

III-4.3 จ. การจัดการความปวด

(1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:

- ใช้แบบประเมิน ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) เพื่อคัดกรองและประเมินความปวดของผู้ป่วย โดยมี SCORE จาก 0 –10 และในบางกรณีมีการประเมินความปวดด้วยรูปภาพแสดงสีหน้าด้วยแบบประเมิน VAS (Visual Analog Scale) ซึ่งสามารถปฏิบัติได้โดยบุคลากรพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในเด็กผู้ป่วยใน มีการประเมินอาการปวดทุกเวร โดยผู้ป่วยที่มีอาการปวดให้มีการประเมินทุก 4 ชั่วโมง และประเมินก่อนและหลังการให้ยา สำหรับงานพยาบาล OPD / พยาบาล ER มีการประเมินอาการปวดแรกรับและก่อนจำหน่าย เมื่อมีการจำหน่ายกลับบ้านมีการส่งต่อเยี่ยมบ้าน

- โดยแบ่งการจัดการอาการปวด(Pain Score)จากผลคะแนนเป็น 3 ระดับ ได้แก่

ระดับที่1 ประเมิน คะแนนได้ 1-3 จัดเป็น Mild Pain

ระดับที่ 2 ประเมิน คะแนนได้ 4-6 จัดเป็น Moderate Pain

ระดับที่3 ประเมิน คะแนนได้ 7-10 จัดเป็น Severe Pain

นอกจากการประเมินความปวดด้วย pain Score ในทีมปฏิบัติแล้ว ทีมงานPalliative Careที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะ 10 วันได้มีการประเมินอาการปวดเพิ่มเติมร่วมกับแพทย์ผู้ดูแล ว่าเป็นอาการปวด ประเภทใด เช่น Nociceptive pain Somatic pain หรือ Neuropathic pain เพื่อให้การจัดการอาการปวดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ผลการคัดกรองและประเมินความปวด ด้วยการใช้แบบประเมินที่ทีมงานสามารถปฏิบัติและเรียนรู้ได้ ทำให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงบริการบรรเทาอาการปวด มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

(2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:

- การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด จากบทเรียน พบโดยส่วนใหญ่ในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้กระบวนการต่อไปนี้ 1.ในกรณีญาติเลือกไม่บอกความจริงเรื่องป่วยเป็นมะเร็ง ทีมPalliative care ใช้กระบวนการ Family Meeting (โดยใช้ห้องสอน BBLในกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่)กับญาติเพื่อสื่อสาร ถึงโรค,ระยะของโรค,อาการเจ็บป่วย รวมถึงแผนการรักษาของแพทย์ และแจ้งโอกาสเกิดความเจ็บปวดให้ญาติทราบหลังมีการคัดกรองและประเมินอาการปวด เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยอธิบายถึงวิธีการจัดการอาการปวดด้วยยา จากระดับการเจ็บปวด 3 ระดับ และการเลือกให้ยา โอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยา การจัดการอาการปวดด้วยวิธีอื่น เช่น การใช้แพทย์ทางเลือก แพทย์แผนไทย สมาธิบำบัด การฝึกการหายใจ เป็นต้น และแยกคุยกับผู้ป่วยในเรื่องโอกาสเกิดความปวดและวิธีการจัดการอาการปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการด้วยตนเอง
- 2.กรณีผู้ป่วยทราบว่าตนเองป่วยเป็นอะไร การใช้กระบวนการประเมินอาการปวดและแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงระดับและความรุนแรงที่มีโอกาสเกิดขึ้น อธิบายข้อมูลทางเลือกในการจัดการอาการปวด ผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อน

เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกตัดสินใจ เช่นการตัดสินใจเลือกใช้ยาในกลุ่ม Strong opioid การยินยอมใช้ Syringe driver เป็นต้น

(3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:

- การจัดการอาการปวดด้วยการใช้ยา มีการจัดการตามระดับความปวด 3 ระดับคือ
ระดับที่ 1 ประเมิน คะแนนได้ 1-3 จัดเป็น Mild Pain ใช้ยากกลุ่ม Adjuvants Paracetamol Aspirin NSAD
ระดับที่ 2 ประเมิน คะแนนได้ 4-6 จัดเป็น Moderate Pain ใช้ยากกลุ่ม Adjuvants Codeine Tramadol
ระดับที่ 3 ประเมิน คะแนนได้ 7-10 จัดเป็น Severe Pain ใช้ยากกลุ่ม Adjuvants Morphine Fentanyl

Methadone

- การจัดการอาการปวดโดยใช้ทางเลือกอื่นๆ เช่น การใช้แพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพร การฝึกการหายใจ
- การจัดการอาการปวดในผู้ป่วยที่รักษาที่บ้าน

- 1.มีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติในการบริหารยา โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Strong Opioid ในกรณี Case ที่มีความซับซ้อนในการบริหารยา มีการให้ความรู้โดยทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ แม่ข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี
- 2.มีการทบทวนความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเกินขนาด โดยกำหนดเม็ดยาที่จ่ายเท่ากับจำนวนวันที่กำหนด
- 3.เชื่อมโยงการดูแลเป็นเครือข่ายกับโรงพยาบาลแม่ข่ายโรงพยาบาลปทุมธานี มีการรับและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลบรรเทาอาการปวดอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4.มีช่องทางให้คำปรึกษา สำหรับผู้ป่วยและญาติ เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายจากโรงพยาบาลปทุมธานี ทางโทรศัพท์ และทางไลน์ Service plan สาขาการดูแลแบบประคับประคอง
- 5.มีทีมเยี่ยมบ้านติดตามดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างสม่ำเสมอ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง ด้วย “โครงการจิตอาสาธนาคารบุญ”
- การจัดมุม Palliative Care ที่เตียง 22 ให้เป็นสัดส่วน ผู้ป่วยและญาติสามารถอยู่ดูแลกันอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบและสวยงาม และตั้งชื่อ มุมว่า “ห้องมรรควิถี” ที่สื่อถึง ใจที่ยังลงสู่ความสงบ กิจที่ควรทำได้ทำเสร็จแล้ว
- การพัฒนาแนวทางการนำส่งผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อเสียชีวิตที่บ้านโดยรถส่งตัวของโรงพยาบาล
- การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจมีความประสงค์กลับไปเสียชีวิตที่บ้านตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมได้สำเร็จ ภายใต้การดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพและพระสงฆ์

v. แผนการพัฒนา

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

74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3.5	I	-สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีความเข้มแข็งขึ้นครอบคลุมมากขึ้น มีการพัฒนารูปแบบกระบวนการทำงาน
75. การจัดการความปวด	3	L, I	-การจัดทำการประเมินสมรรถนะและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการประเมินและการจัดการบรรเทาอาการปวดให้มีประสิทธิภาพ

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2020) รพ.ประชาธิปัตย์

DATE 14/05/2564

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1.ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายมีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น	$\geq 70\%$	100	100	100	100	100
2.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากหลอดเลือดหัวใจ ได้รับ การประเมินและการรักษาฟื้นฟูด้านกายภาพบำบัด	$\geq 80\%$	99	100	85	82	100
3.ผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care ระยะ 6 เดือนแรก ที่รอดชีวิต ได้รับการประเมินและวางแผนฟื้นฟู การรักษา	$> 70\%$	100	100	100	100	100
4.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าเกณฑ์ Intermediate care ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจนคะแนน Barthel index ≥ 20 ก่อนครบ 6 เดือน	$> 70\%$	88	78	90	90	90
5.ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการ ให้บริการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนคะแนน Barthel index ≥ 20 ก่อนครบ 6 เดือน	$> 70\%$	88	78	90	90	88
6.ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ตามกลุ่มโรคเป้าหมายเสียชีวิตภายใน 6 เดือน	$< 5\%$	0	1	2	2	0
7.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย Intermediate care *หมายเหตุ ภาวะแทรกซ้อนเฉพาะ*	$< 20\%$	0	3	2	0	0
8.กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วย pneumonia ได้รับการประเมินและการรักษาฟื้นฟูด้านกายภาพบำบัด	$\geq 80\%$	85	90	90	90	99
9.กลุ่มโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ มีอาการลดลงหลังรักษา 5 ครั้ง วัดจาก pain scale	$\geq 90\%$	95	92	93	94	96

ii.บริบท

กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว: งานกายภาพบำบัดให้บริการผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ ดูแลต่อเนื่องในชุมชน ทำงานเป็นทีม ให้บริการ รักษา ฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสมรรถภาพร่างกายของผู้ป่วยโดยใช้วิธีการและเครื่องมือตามมาตรฐานกายภาพบำบัด โดยมุ่งเน้นการบริการเชิงรุกสู่ชุมชนเพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างยั่งยืน

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ
ผู้ป่วยกลุ่มโรค Intermediate care ระยะ 6 เดือนแรกที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนฟื้นฟูด้านสมรรถภาพ	ผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care ระยะ 6 เดือนแรกที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนฟื้นฟูด้านสมรรถภาพ มากกว่า 70% -ผู้ป่วย Intermediate care หลัง 6เดือนแรก มีคะแนน Barthel index เพิ่มขึ้น > 70% -ผู้ป่วย Intermediate care ระยะ 1,3,6 เดือนได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพดูแลต่อเนื่องในชุมชน 100% มีการประชุมเคส ร่วมกันของสหวิชาชีพและสร้างทีมติดต่อกันทาง Line Application ในโรงพยาบาลและระหว่างเครือข่ายโรงพยาบาลในจังหวัดปทุมธานี ความเชื่อมโยงในระบบ ตั้งแต่ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ 1.ระบบปฐมภูมิ มีการประสานงานส่งเคสให้อสม. ในพื้นที่ care giver ในการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยที่บ้าน มีการอบรมอสม. เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care สร้างทีมติดต่อกันทาง Line Application 2.ระบบทุติยภูมิ มีการประสานงานส่งเคสให้ประสานงานกรณี ผู้ป่วยพักอยู่นอกเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัย โดยมีระบบหนังสือส่งตัวและแจ้งทางไลน์ สร้างทีมติดต่อกันทาง Line Application 3.ระบบตติยภูมิ มีการประสานงานส่งเคสให้ประสานงานกรณีต้องส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลปทุมธานี เช่น ส่งตัวพบนักกิจกรรมบำบัด สร้างทีมติดต่อกันทางทาง Line Application

- การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

ให้บริการด้านการตรวจรักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และผู้พิการด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัดตามที่แพทย์สั่งปรึกษา โดยเน้นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน สามารถช่วยเหลือตนเองได้ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด และเกิดความพึงพอใจ ปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ คำนึงถึงความปลอดภัยของผู้มารับบริการ

มีความถูกต้อง รวดเร็ว เช่น ผู้ป่วยกลุ่มโรค Intermediate care หลังจากได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูจากนักกายภาพบำบัด และทางทีม สหวิชาชีพแล้ว มีคะแนน Barthel Index น้อยกว่า 11 (น้อยกว่า 75%) นักกายภาพบำบัดจะนัดผู้ป่วยที่ สะดวกมารับรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องที่แผนกกายภาพบำบัด มีสร้างช่องทางให้ผู้ป่วยติดต่อกันทาง Line Application และ ขอที่อยู่เบอร์โทรคนไข้ทุกราย วางแผนเยี่ยมบ้าน 100 %

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

การให้บริการฟื้นฟูในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน

- ผู้ป่วยกลุ่มโรค Intermediate care ที่ไม่สะดวกมารับการรักษาฟื้นฟูต่อเนื่องที่แผนกกายภาพบำบัด
- (OPD-กายภาพบำบัด) ทีมเยี่ยมบ้านสหวิชาชีพ,นักกายภาพบำบัด และอสม.ได้นำอุปกรณ์เครื่องกระตุ้นไฟฟ้า ES ไปให้บริการถึงที่บ้าน รวมถึงให้ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน และดูแลสิทธิผู้พิการในกรณีที่เกิดเกิน 6 เดือนแล้ว

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ :

การให้บริการฟื้นฟูในสถานพยาบาล (OPD-กายภาพบำบัด)

- จัดตารางนัดระบุเวลานัดหมาย จัดคิวผู้ป่วยตามลำดับ จัดสถานที่นั่งรอ มีกริ่งกดเรียกเจ้าหน้าที่
- มีเบอร์โทรติดต่อทางแผนกและ Line Application กรณีเลื่อนนัด นักกายภาพบำบัดตรวจซักถามและประเมิน อาการผู้ป่วยทุกครั้ง

การให้บริการฟื้นฟูนอกสถานพยาบาล (งานเยี่ยมบ้าน)

- จัดตารางนัดเยี่ยมบ้านระบุเวลานัดหมาย จัดคิวผู้ป่วยตามลำดับ โทรหาผู้ป่วยก่อนลงเยี่ยมอาการนัก กายภาพบำบัดตรวจซักถามและประเมิน อาการผู้ป่วยทุกครั้ง บ้าน รวมถึงให้ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วยเดิน และดูแล สิทธิผู้พิการในกรณีที่เกิดเกิน 6 เดือนแล้ว

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- นวัตกรรมอุปกรณ์บริหารมือเพื่อผู้ป่วย CVA หลังกำลังกล้ามเนื้อเกรต 3วัดผลก่อนและหลังทำด้วย Barthel index และ muscle power test พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยนวัตกรรมมีอาการดีขึ้น วัดจากคะแนน Barthel index 100%ใช้งานมือได้ดีขึ้น



v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74. การฟื้นฟูสภาพ	3.5	L:	-พัฒนาโครงการ Smart intermediate care ลดภาวะแทรกซ้อน มีการประสานงานระหว่างการฟื้นฟูสภาพในรพ.ที่ต่อเนื่องที่บ้าน พัฒนาการฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วย Long term care และผู้พิการให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม -ปรับแผนพัฒนาฟื้นฟูให้บุคลากรมีการอบรมเพิ่มทักษะในทุกๆปี

III-4.3 ข. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การประเมิน และการดูแลที่ถูกต้อง การส่งต่อเหมาะสม

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ80	71.60	75.28	74.24	77.58	81.08
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการมี BP < 140/90mmHg	ร้อยละ80	65.57	80.75	79.38	79.53	77.24
ร้อยละของผู้ป่วย CKD+DM ที่ได้รับการตรวจ HbA1c และมีค่าผลการตรวจตั้งแต่ 6.5% ถึง 7.5%	40%	30.14	35.81	43.50	45.60	46.42
ร้อยละของผู้ป่วย CKD มีอัตราการชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73m ² /yr	≥ 66%	60.3	68.57	66.48	61.89	68.84
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการโรงพยาบาล ได้รับ ACEi / ARB	ร้อยละ60	89.52	83.01	84.87	85.56	83.08

ii. บริบท

- โรงพยาบาลประชาธิปัตย์เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นแม่ข่ายในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจากรพ.สต.และศูนย์สาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต ภาวะไตเสื่อมพบเป็นภาวะแทรกซ้อน 1 ใน 5 ของโรค DM HT ที่มารับบริการผู้ป่วยนอกจากข้อมูลใน HOS XP พบว่าการครอบคลุมในการคัดกรองภาวะแทรกซ้อน CKD ผู้ป่วย DM HT ผ่านตามเกณฑ์คุณภาพและอัตราของผู้ป่วยเบาหวานและความดันที่มีภาวะไตเสื่อมตั้งแต่ระดับ3 ขึ้นไปตั้งแต่ปี2561-2565 มีอัตรา 21.85% , 21.94% , 29.76% , 29.47 % และ35.26%ตามลำดับซึ่งโรงพยาบาลประชาธิปัตย์เริ่มจัดตั้ง CKD CLINIC ในปี 2558 โดยบูรณาการกับคลินิก DM+HT มีการแบ่งกลุ่มการดูแลตามระยะความเสื่อมของไตแต่ยังพบปัญหาการดูแลและป้องกันอย่างต่อเนื่องในชุมชนทำให้มีอัตราการเสื่อมของไตเข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้ายมีมากขึ้น

iii. กระบวนการ**(1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:**

จัดประชุมชี้แจงคณะทำงานในโรงพยาบาลและรพ.สต. และศูนย์สาธารณสุขเทศบาลรังสิตทุกแห่งทบทวนแนวทางการคัดกรอง การดูแล และการส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองได้อย่างครอบคลุมทั้งเครือข่าย ทีมสหสาขาวิชาชีพให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อชะลอความเสื่อมของไตทั้งรายกลุ่มและรายบุคคลจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผู้ป่วยโรคไต ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังทั้งในคลินิกโรคไตเรื้อรังและในหอผู้ป่วย และเน้นให้มีการปฏิบัติอย่างครบถ้วน

ปรับแนวทางการประเมินการทำงานของไตด้วยค่า Estimate Glomerular Filtration rate (eGFR) โดยใช้วิธีการวัดค่าครีเอตินินวิธี Enzymatic

มีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด

กระตุ้นส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมพลังในการวางแผนการรักษาและให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

พัฒนาระบบ HHC เพื่อเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลประจำคลินิกออกเยี่ยมบ้านร่วมกับโภชนาการ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- จัดให้มีการคัดกรองผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในกลุ่มเสี่ยงได้แก่ DM และ DN เมื่อพบผู้ป่วยมีค่าCKD stage 4 จะส่งไปรักษาต่อโรงพยาบาลปทุมธานีทุกราย และผู้ป่วยที่มีค่าCKD stage 5 ได้รับคำแนะนำให้ล้างไต จะส่งไปประเมินเรื่องการล้างไตและรับการล้างไตที่รพ.ปทุมธานี ส่วนผู้ป่วยCKD state 5 ที่ประเมินเพื่อเข้าโครงการล้างไตไม่ผ่าน โรงพยาบาลประชาธิปัตย์จะให้การรักษาด้วยระบบประคบน้ำเกลือ ดูแลชะลอการเสื่อมของไต ให้ความรู้ พยากรณ์โรคให้ญาติยอมรับในวาระสุดท้ายที่จะเกิดขึ้น และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตก็จะนำเข้าสูระบบ Palliative care
- จุดแข็งของคลินิกชะลอไตเสื่อมโดยเน้นการทำงานเป็นทีม โดยกระบวนการทำงานในคลินิกโดยมีแพทย์ เกษัชกร พยาบาล นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด มาดูแลและให้สุศึกษาในคลินิก พร้อมทั้งกระบวนการตรวจเป็นแบบ One stop service คือเป็นบริเวณเดียวกันตั้งแต่ซักประวัติ ให้สุศึกษา ตรวจรักษา รับยา
- จุดอ่อนหรือประเด็นที่ควรส่งเสริมคือการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ควบคุมที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดียังไม่เป็นไปตามเป้าหมายนั้นหมายถึงการไม่สามารถชะลอไตเสื่อมได้ดีเช่นกัน ดังนั้น ในคลินิกจึงมีการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลคือการให้สุศึกษารายบุคคลโดยพยาบาลผู้จัดการกรณีเบาหวานและความดัน และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

(2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:

- ไม่มีบริการ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาล ได้รับ ACEi / ARB เพื่อชะลอการเสื่อมของไต
- มีการนำข้อมูลผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มโรคไตเรื้อรังคืนสู่ชุมชนเพื่อการเฝ้าระวัง
- ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่เข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิตได้รับการดูแล Palliative care 100% ญาติและผู้ป่วยยอมรับในวาระสุดท้ายของชีวิต

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
75. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3	I	ปรับแนวทางการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคเพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนและเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการพิจารณาใช้ยา พัฒนาคุณภาพการสอนโภชนาบำบัดในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสื่ออาหารที่ใช้ พัฒนาทีมรภษไตให้ทีมหมอครอบครัวระดับตำบล และชุมชนเพื่อดูแลเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำเรื่องอาหารโรคไต แนวทางดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care ใน CKD ในระยะที่5

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์						
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง						
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1.ร้อยละผู้ป่วยที่Admit ด้วยStroke ได้รับการกายภาพบำบัดฟื้นฟูก่อนกลับบ้าน	$\geq 80 \%$	90	100	85	82	100
2.อัตราผู้ป่วยHT ที่ควบคุมระดับ BP ได้ <140/90 mmHg	$> 50\%$	33.22	61.14	62.76	63.14	65.74
3.ร้อยละของผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี HbA1C <7%	$> 40\%$	30.14	35.81	43.50	45.60	50.96
4.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการมีระดับ BP <140/90 mmHg	$>80\%$	65.57	80.75	84.61	79.53	77.24
5.ร้อยละผู้ป่วย Stroke ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจนBarthel index=20 ก่อนครบ 6 เดือน	$> 70\%$	88	78	90	90	90
ii. บริบท						
● ทีมดูแลผู้ป่วยมีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มโรค โดยจัดให้บริการเฉพาะโรคในคลินิกต่างๆ เช่นคลินิกโรคเรื้อรัง ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง คลินิกชะลอไตเสื่อม คลินิกกระดูกหัก คลินิก COPD/Asthma คลินิกสุขภาพจิต คลินิกทันตกรรม เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลโรค ความรู้ และการฝึกปฏิบัติตัวที่เหมาะสมตามกลุ่มโรค โดยมีการประสานทีมสหวิชาชีพ ในการออกแบบ กำหนดกิจกรรมในการให้ข้อมูล /เสริมพลังแก่ผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแล ตามอาการและความรุนแรง ระยะของโรค โดยพัฒนาขีดความสามารถของผู้ป่วยและญาติ ให้มีขีดความสามารถและมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติยอมรับ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ: ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT CKD Asthma COPD Stroke IMC ผู้ป่วยBed Ridden โรคCovid-19 ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยวัณโรค หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ผู้ติดสุรา-สารเสพติด ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง: ● กลุ่ม Bed Ridden ที่ไม่มีญาติ หรือญาติไม่พร้อมในการดูแล ● กลุ่มผู้ป่วย และญาติ ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ● กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ไม่มีญาติดูแล						

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง
Stroke	-การจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการ"Smart discharge Stroke" -การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่อไปนี้ 1.การให้ความรู้เรื่องโรค/อาการผู้ป่วย และแนวทางการดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 2.การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย เช่น การวางแผนเกี่ยวกับสถานที่ เติยงนอน การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อรองรับผู้ป่วย /การวางแผนเรื่องการเตรียมอุปกรณ์ สำคัญในการดูแลผู้ป่วย การวางแผนการจัดการเรื่องผู้ดูแลผู้ป่วย 3.การให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยการทวนสอบทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย และญาติในการดูแลตนเอง เช่น การให้อาหารทางสายยาง การทำแผลกดทับ การทำกายภาพบำบัดเบื้องต้น
เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	1.การจำหน่ายด้วย "Smart discharge DM" "Smart discharge Hypertension" 2.การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่อไปนี้ 2.1. กิจกรรมจัดการให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวในลักษณะรายบุคคลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองที่เหมาะสม 2.2.การเสริมแรงใจเพื่อสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงเป็นรายบุคคล 2.3.ให้ความรู้เรื่องการดูแลตนเองเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ- สูง และระดับความดันโลหิตที่ผิดปกติ 2.4 ให้ความรู้ในเรื่องยา การฉีดยาอินซูลินที่บ้านโดยเภสัชกร 2.5 มีช่องทางสื่อสารทางไลน์เป็นรายบุคคลเพื่อติดตามอาการ และปรึกษาเป็นรายกรณีในกรณีมีข้อคำถาม หรือมีอาการเริ่มผิดปกติ 2.6 มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม Home health care เพื่อการดูแลต่อเนื่อง
Asthma COPD	-การจำหน่ายด้วย "Smart discharge Asthma" "Smart discharge COPD" - การให้ข้อมูลและเสริมพลังผู้ป่วยและญาติในเรื่องต่อไปนี้ 1.การสอนการพ่นยา ที่ถูกวิธีโดยเภสัชกรรม และทบทวนทักษะการพ่นยา 2.การให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนและเสริมพลังในการดูแลเองเรื่องโรคการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการกำเริบของอาการ 3.การสอนทักษะการบริหารปอดและการออกกำลังกาย 4.การดูแลภาวะโภชนาการ
ผู้ป่วย Palliative care	-บริการให้คำปรึกษาด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ -ทำพินัยกรรมชีวิตในรูปแบบสมุดเบาใจ

	-มีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีม Home health care เพื่อการดูแลต่อเนื่อง	
(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้: ● กลุ่มเบาหวานมีภาวะ Hypoglycemia Hyperglycemia มีการเสริมพลังโดยจัดระบบรายงานผู้ป่วยทุกรายจากงานผู้ป่วยใน ให้ Case manager รับทราบ Case manager มาดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยทุกรายประเมินปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและญาติ วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเสริมพลังในการดูแลตนเองไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวซ้ำ ผลการดำเนินการไม่พบปัญหาการกลับมาซ้ำด้วยภาวะHyperglycemia ● กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง หอบหืด โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ ยังมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพและโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทีมสุขภาพจึงมีการชักประวัติเรื่องการสูบบุหรี่ ประเมินผู้ป่วยทุกราย เพื่อให้มีการวางแผนการดูแลช่วยเหลือและแนะนำให้เลิก โดยให้บริการ ให้คำปรึกษา และคอยช่วยเหลือดูแลในการเลิกบุหรี่ ทั้งให้กำลังใจและคอยเสริมพลังให้ผู้ป่วยสามารถเลิกบุหรี่ได้ด้วยตนเองและส่งพบพยาบาลคลินิกเลิกบุหรี่ ทำให้อัตราผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สามารถเลิกบุหรี่ได้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ● หญิงตั้งครรภ์และสามี ญาติมีส่วนร่วมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์โดยให้เข้าสู่กระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ สอนการนักรับการดิ้นของลูก การเปลี่ยนแปลงของร่างกายจิตใจในระยะรอคลอดสอนการนวดผ่อนคลายโดยใช้ลูกบอลอย่างระมัดระวังให้ข้อมูลการคลอดหรืออธิบายทางเลือกการคลอด ในระยะหลังคลอดให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลมารดา/ทารก แนะนำวิธีการกระตุ้นการหลั่งน้ำนมด้วยวิธีต่างๆ เช่นการประคบสมุนไพร การเสริมอาหารกระตุ้นน้ำนมและการวางแผนครอบครัวทำให้ความเครียดวิตกกังวลในหญิงตั้งครรภ์ลดลง มารดาและทารก กลุ่มเสี่ยง LBW ภาวะพร่องไทรอยด์ มีการให้ข้อมูลและเฝ้าระวังต่อเนื่อง รวมถึงการกระตุ้น ตรวจพัฒนาการ ต่อเนื่องจนกระทั่งอายุ 3-5ปี (2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม: ● เพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้ป่วยBed Ridden และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีแผลกดทับ ให้อาหารทางสายยาง ใส่สายสวนปัสสาวะ ซึ่งไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลแล้ว แต่ญาติไม่พร้อมจะรับกลับบ้านด้วยเหตุผลว่า ขาดผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน จึงมีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เพื่อวางแผนการจำหน่ายร่วมกัน โดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อกลับไปรักษาตัวที่บ้าน ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ Care giver การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจากทีมโรงพยาบาล (Home Health care) ผลการดูแลเชื่อมโยงเป็นระบบในชุมชน ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ไม่พบการ Re-admitted ผู้ป่วยจากปัญหาพฤติกรรมในการดูแลไม่เหมาะสม ● การสร้างชุดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเรื่องทักษะการทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เพื่อเสริมพลังและให้ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาดังกล่าวเมื่อกลับไปบ้าน (3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:		

- จากบทเรียนการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองที่ผ่านมาพบปัญหาว่า ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ไม่มีญาติ / ญาติไม่มีเวลาดูแล หรือญาติขาดความเอาใจใส่การฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน รวมถึงไม่เห็นความสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ไม่ได้รับการบรรเทาอาการทุกข์ทรมานและเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยยังคงได้รับความทุกข์ทรมาน ทั้งทางกาย และใจ ไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ที่จะได้จากไปอย่างสุขสงบ ดังนั้นทางโรงพยาบาลประจักษ์ศิลปชัย จึงเห็นความสำคัญ ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ขึ้น เพิ่มไปกับการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในโรงพยาบาล และได้มีการเชื่อมโยงในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองในชุมชนด้วย เพื่อให้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยและเสริมพลังให้ผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และญาติได้มีการเตรียมตัวเตรียมใจเพื่อรับการเปลี่ยนแปลง และการสูญเสียที่จะมาถึง

(4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

- ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวมีโอกาสในการตัดสินใจที่จะช่วยฟื้นคืนชีพหรือไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ มีโอกาสตัดสินใจเลือกสถานที่เสียชีวิต (Place of dead) มีโอกาสตัดสินใจเพื่อการจัดพิธีกรรมต่างๆ ตามหลักศาสนา เช่น พิธีงานศพ หากญาติต้องกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน จะจัดระบบการดูแลรักษาแบบ Home oxygen therapy หากต้องการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล จะมีพื้นที่ที่จัดไว้ เพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ใช้เวลาที่มีค่าร่วมกันในการบอกกล่าว กล่าวคำขอโทษ การแสดงออกถึงความรักต่อกันในช่วงเวลาสุดท้ายของชีวิต
- เมื่อมีผู้ป่วยในกลุ่ม stroke เข้ามารับบริการในแผนกผู้ป่วยใน แพทย์จะส่งปรึกษานักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เมื่อผู้ป่วยพ้นระยะ active case จนมีการจำหน่าย ทีมเยี่ยมบ้านซึ่งประกอบไปด้วย งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานทันตกรรม งานเภสัช งานได้เพียงร้อยละ 50 จากการทบทวนพบว่ายังมีข้อบกพร่องในการประสานงาน และเชื่อมโยงข้อมูลในแต่ละแผนก จึงมีแผนพัฒนาการเตรียมความพร้อมตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้ามารักษาตัว จนถึงจำหน่าย และออกติดตามเยี่ยมบ้านในบึงบอระเพ็ดประมาณ 2562 โภชนาการ และงานกายภาพบำบัด จะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยพร้อมกัน แต่ผลลัพธ์ในระยะ 1 ปี ที่ผ่านมาสามารถลงให้บริการเยี่ยมบ้าน

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

- ผู้ป่วย stroke มีทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อร่วมกันประเมินและจัดระบบการดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย การให้สุขศึกษาและการสอนการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย และญาติสามารถดูแลต่อเนื่องได้ที่บ้านด้วยความมั่นใจ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับรักษาซ้ำ (Re-admission)

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

- จากการประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลังจะพบว่าผู้ป่วยหลายราย ที่ทีมสหวิชาชีพพยายามเสริมพลังแต่ไม่ประสบความสำเร็จ กรณีผู้ป่วยที่การเสริมพลังล้มเหลวจะถูกนำกลับมาทบทวน พูดคุยกันในทีมสหวิชาชีพ เพื่อหาต้นตอของสาเหตุที่ทำให้การเสริมพลังไม่ประสบความสำเร็จ โดยพบว่า การหาแนวทางแก้ไขคือ จะต้องวางแผนการเสริมพลังให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และทุกครั้งที่ทำการเสริมพลังแล้วประสบผลสำเร็จ เราจะถือว่าเป็นแรงบันดาลใจที่เราจะก้าวต่อไปด้วยความมุ่งมั่น

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- สื่อการให้ข้อมูล ชุดความรู้ เรื่องการทำแผล การให้อาหารทางสายยาง ผ่าน QR Code

- การเสริมพลัง สำหรับญาติและผู้ป่วย Stroke ที่เชื่อมโยงถึงชุมชน
- มีทีม Palliative care โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลตั้งแต่แรกรับ และติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการเสริมพลังการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แก่ครอบครัวของผู้ป่วย
- การสร้างแนวทางการวางแผนจำหน่ายในกลุ่มโรคสำคัญ DM HT CKD Asthma COPD Stroke STEMI Sepsis

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
77.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3	A	-พัฒนารูปแบบการเสริมพลัง ด้วยชุดข้อมูล การดูแลตนเอง ด้วย QR Code -ติดตามดูแลเสริมพลังและประเมินผู้ป่วยและญาติด้วยระบบ lineรายบุคคล -พัฒนาด้านวิชาการชุดข้อมูลความรู้ในการเสริมพลัง. ชุมชน

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:เหมาะสม ประสิทธิภาพ องค์กรร่วม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2561	2562	2563	2564	2565
1. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังจำหน่ายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน	$\geq 60\%$	97	65	100	100	100
2. ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care ได้รับการบริหารแผนฟื้นฟูสภาพและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 ก่อนครบ 6 เดือน	$\geq 60\%$	100	100	100	100	100
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ต่องานบริการเยี่ยมบ้าน	$\geq 80 \%$	84	83	90	84	92
4. ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	$\geq 70 \%$	88	78	90	90	100

ii. บริบท

ทีม PCT ได้กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องทำการติดตามอย่างต่อเนื่อง ได้มีการกำหนดเกณฑ์ในการเยี่ยม โดยทีมเยี่ยมบ้าน และทีมหมอครอบครัว มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพ กรณีไม่สามารถรักษาได้ มีการบริการในเครือข่ายสุขภาพ จาก รพ.รัฐในระบบส่งต่อ ตลอดจนมีการดูแลผู้ป่วยจากทีมสหวิชาชีพดูแลร่วม และมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายและรพ.ตามสิทธิการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องได้ทันที อย่างถูกต้องเหมาะสม

ระดับการให้บริการ: ทุติยภูมิ

- การดูแลต่อเนื่องภายในโรงพยาบาล ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ภายใต้งานบำบัดและแพทย์แผนไทย) ไปจนถึงส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลอื่น
- มีระบบนัดโดยการบันทึกลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล ตามแผนการรักษาของแพทย์ และตามนัดวันที่มีคลินิก ตรงกับโรคของผู้ป่วย รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมจากทีมโรงพยาบาล ทีม รพ.สต. ทีมเทศบาล มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลให้กับเครือข่าย เพื่อดูแลร่วมกัน

ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย: ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลนครรังสิต 5 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เฉลิมพระเกียรติฯ(วัดประยูร)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคูคต ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลลำสามแก้ว รวมหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย 11 แห่ง

ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:

- Stroke
- ผู้ป่วยล้างไตCAPD
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- TB

- จิตเวช
- มะเร็ง

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง
1.Stroke /STEMI /Sepsisซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล 2.กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM HT CKD 3.กลุ่มระบบทางเดินหายใจ Asthma COPD 4.กลุ่มแม่และเด็ก มารดาหลังคลอด 5.ผู้ป่วย TB /ARV 6.ผู้ป่วยจิตเวช	• ผู้ป่วยกลุ่มสำคัญมีการวางแผนจำหน่ายด้วย Smart Discharge Stroke /STEMI /Sepsis ฯลฯ เพื่อร่วมประเมินและจัดระบบการดูแลตามสภาวะของผู้ป่วย การให้สุขศึกษาและเสริมทักษะการสอนการดูแลที่สำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลต่อเนื่องได้ที่บ้านด้วยความมั่นใจ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการกลับรักษาซ้ำ (Readmission) • เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ทีมเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องใช้แนวทางหลักการด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและหมอบริการ INHOME SSS D-METHODEFFE เพื่อให้ความช่วยเหลือทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ เศรษฐกิจ อีกทั้งเมื่อกลับมาแล้วทีมเยี่ยมบ้านมีการสื่อสารเพื่อให้คำปรึกษาโดยทักษะการให้คำปรึกษาเป็นส่วนสำคัญและจำเป็น การปรึกษาทั้งทาง • โทรศัพท์ ทางไลน์ และส่วนตัวเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาตัดสินใจ การแก้ไขปัญหาของตนเองได้ • มีการส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้เครือข่ายในชุมชน ประสานการดูแลต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ มีการเชื่อมโยงการดูแลผ่านหน่วยบริการปฐมภูมิ เครือข่าย Care giver ในพื้นที่ที่เข้มแข็ง สร้างขึ้นจากการสนับสนุนของเทศบาลนครรังสิต /เครือข่ายจิตอาสาธนาคารบุญที่สร้างขึ้นเพื่อช่วยดูแล กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง และกลุ่มผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในกระแสเลือด • มีการติดตามผลการดูแลส่งต่อผลการดูแลจาก ครอบครัว Care giver เจ้าหน้าที่หน่วยบริการปฐมภูมิ และส่งผลการดูแลกลับมาที่โรงพยาบาล โดยทีม HHC มีการติดตามผลและตอบกลับไปหน่วยงานผู้ป่วยใน หรือหน่วยบริการที่ส่งต่อการเยี่ยมบ้าน

(1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

- กลุ่มผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยลำไส้ทางหน้าท้อง กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ดูแลแบบประคับประคอง

- กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลมีการแบ่งผู้ป่วยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ การนำส่งโดยโรงพยาบาล เช่น Acute coronary syndrome ,Acute respiratory failure ,Head injury และ กรณีผู้ป่วยเดินทางไปเอง เช่น ผู้ป่วยที่ต้องไปรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมหรือพบแพทย์เฉพาะทาง

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

- ในการส่งต่อ แบ่งเป็น 2กรณี ได้แก่
 - 1)การส่งต่อ เมื่อผู้ป่วยมีอาการอยู่ในสภาวะวิกฤต หรือแย่ โดยอยู่ในข้อบ่งชี้ในการส่งต่อไปรักษาในโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถมากกว่า ทั้งทางด้านความพร้อมทางการแพทย์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่นโรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลเอกชน ตามสิทธิ์การรักษาของผู้ป่วย มีการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อและผู้ป่วยมีอาการคงที่มีความปลอดภัยในการส่งตัว มีการประสานการส่งต่อด้วยหน่วย Refer มีการสื่อสารทางโทรศัพท์ ระบบ Thai Refer ขณะส่งตัวมีการเตรียมบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล ที่เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย รวมถึงการเตรียมความพร้อมของรถ Refer และอุปกรณ์สำคัญ ในการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน มีความพร้อมใช้ในรถส่งต่อ
 - 2)การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการเตรียมความพร้อมก่อนการจำหน่าย ตามแนวทาง Smart Discharge แต่ละโรค มีการเตรียมความพร้อม ของสภาพแวดล้อมที่บ้าน เรื่องเตียงนอน ที่นอนลม ออกซิเจน อุปกรณ์ล้างไตสำหรับผู้ป่วยล้างไตทางหน้าท้องและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น มีการประสานหน่วยบริการปฐมภูมิองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อหาแหล่งทรัพยากรร่วม ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เมื่อพร้อมมีการส่งต่อในโปรแกรม Smart COC การเยี่ยมบ้านให้ทีม Home Health Care มีการวางแผนการดูแลโดยการจัดลำดับความสำคัญตามสภาพความเร่งด่วนปัญหา ทีมเยี่ยมบ้านประสานการทำงานร่วมกับหน่วยบริการปฐมภูมิ และใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือกัน เช่นประสานส่งต่อการดูแลให้ Care giver และ รูปแบบการสื่อสารมีทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การส่งต่อทางโทรศัพท์ การส่งต่อทางไลน์ เป็นต้น

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

- ในกระบวนการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า โรงพยาบาลมีการจัดยานพาหนะในการส่งต่อ โดยใช้รถ Ambulance และอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามมาตรฐานการส่งต่อ
- ในการส่งต่อเยี่ยมบ้าน โรงพยาบาลจัดระบบการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่มีความประสงค์ที่จะเสียชีวิต
- โรงพยาบาลมีศูนย์เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ ที่รับผิดชอบโดยทีมเครื่องมือ สำหรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เตียง Fowler ที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน เครื่องดูดเสมหะ อุปกรณ์ทำแผล ซึ่งผู้ป่วยสามารถยืมไปใช้ที่บ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่องระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

มีระบบติดตามเยี่ยมและส่งต่อ เพื่อติดตามปัญหาและผลลัพธ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีการโทรศัพท์ติดตามปัญหาและผลลัพธ์ของการรักษา

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย(รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง)และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

ทีม Home health Care ของโรงพยาบาลประชาธิปัตย์ ลงติดตามเยี่ยมพร้อมกับสถานบริการในพื้นที่ ในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ผู้นำชุมชน อสม. อบจ. ร่วมกันในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยติดเตียง Caregiver ดูแลการรับประทานยา และด้านอื่นๆตามสภาวะของผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการจัดการอาการรบกวน เช่นอาการปวด โดยเมื่อพบผู้ป่วยมีการประสานงานกลับมาที่โรงพยาบาล มีการจัดการบริหารอาการปวดด้วยยากลุ่ม Strong opioid ศูนย์เทศบาลและรพ.สต.ทุกแห่ง มีผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในการดูแลต่อเนื่องโดยใช้บุคลากรระดับปฐมภูมิ มีการพัฒนาศักยภาพ หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่องโดย การประชุมเรียนรู้แลกเปลี่ยน ผลการปฏิบัติงาน การอบรมจิตอาสาในโครงการจิตอาสาคารุณาทรงคุณ และทักษะ การอบรม Care giver จากผลการจัดกิจกรรมดังกล่าวทำให้บุคลากรมีศักยภาพในการดูแลต่อเนื่องในชุมชนได้ การบูรณาการกิจกรรมสร้างสุขภาพ เพิ่ม ในชุมชนอยู่เจริญ และชุมชนพงษ์ศิริ ม.6 โดยใช้ชื่อ ว่า “ ชุมชนต้นแบบ Fast ด้วยสมอง สองมือ และหัวใจ” เป็นการสร้างต้นแบบของชุมชนที่สามารถดูแลตนเองและจัดการตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ของโรคกลุ่มโรคฉุกเฉิน Stroke /STEMI /Sepsis (6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง: มีระบบส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลกับสถานบริการเครือข่าย เช่น รพ.สต. และศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาล โดยใช้โปรแกรม Smart COC ทำให้สถานบริการปลายทางได้รับทราบข้อมูล ประวัติการเจ็บป่วย การรักษาของโรงพยาบาล เพื่อสามารถดูแลต่อเนื่องได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง: มีการบันทึก ลงใน โปรแกรม Hos XP มีการ Audit เวชระเบียน โดยคณะกรรมการเวชระเบียน (8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ: บทเรียนจากการติดตามผู้ป่วย ที่ขึ้นสิทธิ์การรักษาพยาบาล แต่อยู่พื้นที่รอยต่อ การส่งต่อโดย โปรแกรม Smart COC ข้ามอำเภออัตราการตอบกลับน้อยมาก ต้องใช้ วิธีการโทรศัพท์ติดตาม iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วย v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
78.การดูแลต่อเนื่อง	3	L	-ระบบสื่อสาร โปรแกรมในหน่วยงานโรงพยาบาลและโปรแกรมเชื่อมโยงการดูแลข้อมูลผู้ป่วยร่วมกัน ในบุคคลกรสุขภาพทุกแห่ง -จัดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อออกติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเครือข่าย รพ.ประจักษ์ปัตย์ -พัฒนาศักยภาพสำหรับพยาบาลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยบริการปฐมภูมิ ทบทวนระบบที่ปรับปรุง ปีละ 1 ครั้ง และพยาบาลเจ้าหน้าที่ ทีมสหสาขา ทีมดูแลต่อเนื่อง