

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.- ธ.ค.61)
1. ร้อยละผู้ป่วย ACS (STEMI) ได้รับการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง	≥90%	71.4	83.3	83.3	100	100	ไม่มีผู้ป่วย
2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke มาถึง รพ. ภายใน 2 ชั่วโมง (on set to hospital)	>80%	57.8	75	71.4	71.4	81.25	85.7
4. Response time หลังได้รับการแจ้งเหตุภายใน 10 นาที โดยระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตร	≥90%	96.6	97.7	97.5	100	100	100
ii. บริบท							
กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:							
1. กลุ่มผู้ป่วย Stroke 2. กลุ่มผู้ป่วย ACS 3. กลุ่มผู้ป่วย Sepsis 4. กลุ่มผู้ป่วย HI							
iii. กระบวนการ							
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ						
1. Stroke	- ให้ข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ						
2. ACS	- ให้ข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ						
3. Sepsis	- ให้ข้อมูลในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง - ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ						
4. HI	- ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ						
(1) การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน: ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และไม่ตลอด 24 ชั่วโมง							
(2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา: ● โทรศัพท์ และระบบกลุ่มไลน์							
(3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม: ● จัดสถานที่คัดแยก ในจุดที่เข้าถึงง่ายที่สุด คือบริเวณหน้าห้องฉุกเฉินโดยพยาบาลวิชาชีพพร้อมอุปกรณ์							
(4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:							

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast track
- (5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:
โรงพยาบาลไม่มีหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:
- (6) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent:
- ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการทำหัตถการเสี่ยงสูง (CPR, ICD, ETT ,LP, HD) และยา SK

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast track เข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็ว

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
63. การเข้าถึงบริการที่จำเป็น และบริการเร่งด่วน	3	I	- เพิ่มจุดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยมูลนิธิเอกชน ที่ ตำบลนาจิว
64. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent	3	I	- เพิ่มความครอบคลุมและแนวทาง การให้ข้อมูล และการขอ informed consent

III-2 การประเมินผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. - ธ.ค.61)
1. อัตราผู้ป่วยเข้าเกณฑ์การคัดกรอง ACS ได้รับการตรวจ EKG และแปลผลภายใน 10 นาที	≥95%	90	94	100	100	100	80
2. ร้อยละผู้ป่วยที่เข้า SIRs criteria 2 ใน 4 ข้อ ได้รับการประเมิน SOS score และได้รับ Empirical ATB ภายใน 1 ชั่วโมง	≥ 90 %	NA	NA	NA	NA	NA	91.4
3. อัตราผู้ป่วย HI ได้รับการประเมิน COMA Score และ Risk factor ภายใน 4 นาที	≥90%	90	96	100	100	100	100

ii. บริบท

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

1. กลุ่มผู้ป่วย Stroke
2. กลุ่มผู้ป่วย ACS
3. กลุ่มผู้ป่วย Sepsis
4. กลุ่มผู้ป่วย HI

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy <input type="checkbox"/> isease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค
Sepsis	- ใช้ SOS score ในการประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย Sepsis

III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย

(1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน:

- การประเมินความรุนแรงของผู้ป่วย Sepsis โดยใช้ SOS score เป็นการประเมินที่ครอบคลุมและเป็นเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยได้ชัดเจน

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

- ผู้ป่วยคลอด และผู้ป่วยใน ได้รับการประเมินโดยใช้ แบบประเมิน 11 แบบแผนของ Gordon

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

- การใช้แนวทาง six bundles ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis

(4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ:

- ใช้แบบฟอร์มบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเฉพาะโรค

(6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- ผู้ป่วยใน ใช้แบบประเมิน D-METHOD ในการอธิบายผลการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกรับ จนถึงจำหน่ายผู้ป่วย

III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค

(1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ:

- ห้องปฏิบัติการมีแนวทางรายงานผล Lab วิกฤติ และได้รับการรับรอง LA

(3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการโทรแจ้งผล Lab วิกฤติ และบันทึกผลการตรวจลงในโปรแกรม HosXP ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูลได้สะดวก และรวดเร็ว

(4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย:

- แพทย์เจ้าของไข้ เป็นผู้อธิบายผลการตรวจวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย

III-2 ค. การวินิจฉัยโรค

(1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค:

- ผู้ป่วย OPD บันทึกในโปรแกรม HosXP
- ผู้ป่วยในมีการบันทึกใน Admission note , Doctor order sheet และ Progress note

(3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- แพทย์ประจำผู้ป่วยใน ทำหน้าที่สรุป summary discharge

(4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย:

- มี CPG ในกลุ่มโรคสำคัญ และมีการทบทวนให้เป็นปัจจุบัน
- ทบทวน case ตามผลการรายงานอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast track ได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็วและถูกต้อง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
65. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	3	I	ผู้ป่วย Sepsis มีการตรวจระดับ Lactate ในเลือด
66. การวินิจฉัยโรค	3	I	ใช้ SOS score ร่วมกับการระดับ Lactate ในเลือดในการวินิจฉัยผู้ป่วย Sepsis

III-3 การวางแผน

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
ร้อยละของผู้ป่วยในที่กำหนดได้รับการวางแผนการรักษา และวางแผนการจำหน่าย	80%	NA	NA	NA	NA	NA	NA

ii. บริบท

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ: กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT , CKD , COPD

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ: กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT , CKD , COPD ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

iii. กระบวนการ

III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
COPD	- กิจกรรมตามแนวทาง C3 THER + HELP
DM	- กิจกรรมตามแนวทาง C3 THER + HELP

(1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:

- COPD มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ

(2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:

- ใช้หลักการ C3 THER + HELP และหลักการ D-METHOD

(3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- COPD มีแนวทางการประเมินระดับความรุนแรง เพื่อวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม

(4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:

- ใช้หลักการ D-METHOD ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

(5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:

- ใช้แบบฟอร์ม D-METHOD ที่ระบุเป้าหมายและแผนการให้บริการตามความต้องการของผู้ป่วย

(6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:

- ประสานสหสาขาวิชาชีพ ร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วย

(7) การทบทวนและปรับแผนตามสถานะหรืออาการของผู้ป่วย:

- มีการทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย โดยใช้หลัก C3 THER + HELP

III-3.2 การวางแผนจำหน่าย

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของกรวางแผนจำหน่าย
COPD	- กิจกรรม Discharge plan ตามหลักการ D-METHOD
DM	- กิจกรรม Discharge plan ตามหลักการ D-METHOD

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

- (1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย):
 - กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT , CKD, COPD
 - กลุ่มผู้ป่วย Re-Admit , นอนนาน
- (2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:
 - กำหนดหลักเกณฑ์ในการเลือกผู้ป่วยในการวางแผนจำหน่าย
- (3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):
 - แพทย์ ให้ข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา พยาบาลให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว เกษัชกร ให้ข้อมูลเรื่องยาผู้ป่วย และครอบครัวต้องบอกความต้องการของตนเอง COC เสริมพลัง
- (4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:
 - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ Care giver ในการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย
- (5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:
 - ฝึกการพ่นยาของผู้ป่วย และมีการประเมินการพ่นยาจนมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ถูกต้อง

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วย COPD มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันลดลง และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลน้อยลง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
67. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3	I	นำ caremap มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย
68. การวางแผนจำหน่าย	3	I	- การวางแผน D-METHOD ให้เฉพาะโรคมากขึ้น - เพิ่มการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และ Care giver ในการวางแผนจำหน่าย

III-4 การดูแลผู้ป่วย

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.- ธ.ค.61)
1.ร้อยละการได้รับยา SK ภายใน 30 นาที หลังได้รับการวินิจฉัยSTEMI	≥ 90%	50	66.6	66.6	100	100	ไม่มีผู้ป่วย
2.ร้อยละผู้ป่วย Stroke FAST Track ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	100%	NA	91.6	100	100	100	100

ii. บริบท

โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียงที่ให้บริการและให้การดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิแบ่งเป็น 2 ลักษณะคือผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้หลัก SIMPLE ทบทวนเมื่อเกิดความเสี่ยงทำให้เกิดการทำ CQI, ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ High risk คือ Sepsis, ACS, Stroke, HI มีการดักจับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยใช้ CLINICAL RISK, TRIGGER TOOL มีเป้าหมายที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัย

iii. กระบวนการ

การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลสังคมเน้นการดูแลแบบองค์รวม คือด้านกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว มีการดูแลผู้ป่วยเป็นทีม มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมากำหนด CPG ในกลุ่มโรคที่พบบ่อย มีระบบการประสานงานระหว่างสหสาขาวิชาชีพ และประสานศูนย์ COC ในการดูแลต่อที่บ้าน มีการประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง

III-4.1 การดูแลทั่วไป

ตัวอย่างโรค (proxy disease □s □)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป
ACS	- มีข้อกำหนดในกลุ่มผู้ป่วยที่จะได้รับการทำ EKG เพื่อให้ได้รับยา SK ได้ทันเวลา

(1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีความเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:

- มีพยาบาลวิชาชีพประจำจุดคัดแยก โดยใช้เกณฑ์ Emergency severity index (ESI)
- (2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:
 - มีการจัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ ทั้ง OPD, ER, Ward, แพทย์แผนไทย และกายภาพบำบัด
- (3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:
 - มีการฝึกอบรมและฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ Basic life support ทุกปีและมีการซ้อมแผนภาวะฉุกเฉิน มีทีม Rapid Response Team ตลอด 24 ชั่วโมง

(4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:

- ใช้ Discharge Plan วางแผนการรักษาผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว

(5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:

- ใช้ Discharge Plan ,กระบวนการ C3 THER + HELP และศูนย์ดูแลต่อเนื่อง

III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

ตัวอย่างโรค (p□oxy □isease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง
Sepsis	- ปฏิบัติตามแนวทาง 6 bundle - ประเมิน SOS score

(1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:

- มีการทบทวนผู้ป่วย Sepsis ปี 2557 – 2559 พบว่ามีผู้ป่วยเปลี่ยนจากภาวะ Sepsis เป็น severe Sepsis จำนวน 18 ราย, 25 ราย และ 27 ราย ส่งผลให้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ตามมาตรฐาน 6 bundle

(2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:

- มีการฝึกอบรมและฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ Basic life support และ Advanced life support

(3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:

- CPR, ETT, ICD ,LP ,HD

(4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

- แบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องเฝ้าระวัง
- แบบติดตามการใช้ยาความเสี่ยงสูง

(5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):

- มีการจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยวิกฤติหรือทรุดลง
- ใช้แนวทาง Early warning sign

(6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- ประสานข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากทีม RM เพื่อนำมาปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS และ Stroke ได้รับการดูแลทันเวลา และถูกต้อง

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
69. การดูแลทั่วไป	3	I	พัฒนาระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย
70. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3	I	พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis โดยใช้แนวทาง 6 bundle

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก ไม่มีบริการ

III-4.3 ข. การผ่าตัด

<p>i. ผลลัพธ์ ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ</p>																			
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)												
อุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน	0	0	0	0	0	0	0												
อุบัติการณ์การเกิดติดเชื้อหลังผ่าตัด	0	0	0	0	0	0	0												
<p>ii. บริบท โรงพยาบาลสังคมจัดบริการผ่าตัดเฉพาะ excision ขนาดเล็ก และ TR ส่วนในปีงบประมาณ 2561 หน่วยงานทันตกรรมขอใช้เป็นพื้นที่ให้บริการ จึงไม่มีการเปิดให้บริการ excision ขนาดเล็ก และ TR กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง: ไม่มี</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <table border="1"> <tr> <td>ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง</td> <td>การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก</td> </tr> <tr> <td>ไม่มี</td> <td>ไม่มี</td> </tr> </table> <p>(1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>(2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>(3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัย โดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>(4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้น การแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>(5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>การดูแลการใช้ deep sedation</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ไม่มี <p>v. แผนการพัฒนา</p> <table border="1"> <tr> <td>มาตรฐาน</td> <td>Score</td> <td>DALI Gap</td> <td>ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี</td> </tr> <tr> <td>71. การระงับความรู้สึก</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>พัฒนาความสามารถโรงพยาบาลในการเปิดให้บริการผ่าตัดและให้ได้มาตรฐาน</td> </tr> </table>								ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก	ไม่มี	ไม่มี	มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี	71. การระงับความรู้สึก	-	-	พัฒนาความสามารถโรงพยาบาลในการเปิดให้บริการผ่าตัดและให้ได้มาตรฐาน
ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก																		
ไม่มี	ไม่มี																		
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี																
71. การระงับความรู้สึก	-	-	พัฒนาความสามารถโรงพยาบาลในการเปิดให้บริการผ่าตัดและให้ได้มาตรฐาน																

III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ต่อเนื่อง							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
1. ผู้ป่วยคลินิกเบาหวานที่มีระดับน้ำตาล ≥ 200 mg/dl ได้รับการเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในด้านอาหาร	> 80 %	NA	NA	100	100	100	100
2. ผู้ป่วยในได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรค	> 80 %	NA	86	92	94	98	98
ii. บริบท							
กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว: เนื่องจากทางโรงพยาบาลสังคม ยังไม่มีระบบโภชนาการของผู้ป่วยใน แยกเป็นอาหารเฉพาะโรคตั้งนั้นทางโรงพยาบาลกำลังจัดระบบโภชนาการให้แก่ผู้ป่วยตรงตามโรค โดยเริ่มในผู้ป่วยดังนี้ CKD 3-5 , DM, HT กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัวกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้แก่ DM,HT, CKD 3-5							
iii. กระบวนการ							
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ						
CKD stage 5	มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารให้กับกลุ่มโรคเฉพาะและกำหนดแคลอรีเป็นมาตรฐาน กรณีนอกเวลาราชการผู้ป่วยอาหารผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ชาย 1800 กิโลแคลอรี / วัน และ หญิง 1600 กิโลแคลอรี / วัน และกำหนดจัดอาหารเฉพาะโรคและคำนวณแคลอรี อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย						
<p>(1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง: ในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับอาหารเฉพาะโรค กำหนดคือ DM,HT, CKD 3-5 พยาบาลเวรในแต่ละเวรจะเป็นผู้ส่งอาหารเป็นประเภทที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโดยส่งในรูปแบบฟอร์มบันทึกการส่งอาหาร</p> <p>(2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้ การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ: มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดเตรียมอาหารให้กับกลุ่มโรคเฉพาะและกำหนดแคลอรีเป็นมาตรฐาน กรณีนอกเวลาราชการผู้ป่วยอาหารผู้ป่วยเบาหวานทั่วไป ชาย 1800 กิโลแคลอรี / วัน และ หญิง 1600 กิโลแคลอรี/วัน และกำหนดจัดอาหารเฉพาะโรคและคำนวณแคลอรี อาหารที่จัดให้ผู้ป่วยแต่ละรายที่สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละราย</p> <p>(3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว: มีการให้ความรู้ร่วมกับคลินิกNCD โดยในวันจันทร์ ให้ความรู้กลุ่ม CKD ,วันอังคารให้ความรู้กลุ่ม DM และวันพุธให้ความรู้กลุ่ม HT และขณะAdmit ในกลุ่ม DM,HT, CKD 3-5 ทำ C3THER ร่วมกับวิชาชีพอื่นเพื่อวางแผนให้ความรู้และให้ความรู้ข้างเตียงโดยให้ญาติและผู้ป่วยมีความรู้ในการรับประทานอาหาร ก่อนกลับบ้านทางพยาบาลจะเน้นการให้ความรู้ในการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นพิเศษและให้ญาติตระหนักเข้าใจถึงความสำคัญของอาหาร</p> <p>(4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขภาพอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:</p>							

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ในการส่งมอบอาหารแต่ละมื้อจะเป็นอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆไม่เป็นอาหารค้างคืน ถ้ามีอาหารเหลือทางตักจะทิ้งทันที ภาชนะอาหารบริการทุกราย มีอ่างล้างภาชนะที่ด้านหลังตัก มีแสงแดดส่องถึง หลังจากตากหมาดแล้วน้องผู้ช่วยจะเช็ดให้แห้ง นั้นจะเก็บไว้ในตู้เก็บภาชนะ อาหารจะทิ้งที่ขยะมีฝาปิดมิดชิด เก็บและทำความสะอาดทุกวัน

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

อัตราการ Re-admitted ด้วย Hypo – Hyperglycemia ลดลงยังขาดการให้บริการที่เน้นอาหารเฉพาะโรคผู้ป่วย และความหลากหลายในการให้บริการอาหาร ซึ่งจะได้พัฒนาในปีต่อไป

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
72. อาหารและโภชนาบำบัด	3	1	พัฒนาการคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยทุกราย, ให้ความรู้ทางด้านวิชาการอาหาร โภชนาการและโภชนาบำบัด แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
1. อัตราผู้ป่วยระยะท้ายเข้าถึงบริการและได้รับการจัดการการรบกวน	≥50%	NA	NA	NA	NA	52.65	63.64
2. อัตราผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงยา Opioid	≥50%	NA	NA	NA	NA	50	100
3. อัตราผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์	≥80%	NA	NA	96	82.61	93.33	88.24
4. อัตราผู้ป่วยระยะท้าย Re-Admit ใน 24 วัน	≤50%	NA	NA	NA	NA	33.33	8.33

ii. บริบท คลินิก Palliative care เริ่มมีการให้บริการตั้งแต่ปี 2558 โดย Care manager ดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ,เภสัชกร , นักกายภาพบำบัด,แพทย์แผนไทย,นักจิตวิทยา ออกให้บริการโดยยึดหลักอย่างเข้าใจธรรมชาติของมนุษย์ ทีมจะร่วมวางแผนการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วย Admit จนถึง D/P มีติดตามออกเยี่ยมบ้านภายใน 3 วัน และทีมพิจารณาเลือกวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยที่กำลังเผชิญกับความตายและผู้ใกล้ชิดไม่หวาดกลัวทุกข์ทรมานกับความเจ็บปวด เจ็บเหงา เดียวดาย แต่กลับมีความสุขและสงบ

- กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล
- กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- กลุ่มผู้ป่วย ADL ≤4 ร่วมกับ PPS ≤-30
- ผู้ป่วย CKD stage 5 ปฏิเสธการฟอกไต
- ผู้ป่วยโรคหัวใจไม่ได้รับการรักษา Pulmonary and Heart disease
- Neurological disease :Stroke
- Aging/Dementia

กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:

- กลุ่มที่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประเมิน Pain Score ≥ 7

iii. กระบวนการ

III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

ทีมมีกระบวนการ Family meeting , Advance care plan จนถึงที่สุดถึงกระบวนการ Advance directive

บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:

การประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายครั้งแรกเริ่มจากการสรุปความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการรักษาทั้งทางด้านอาการทางกายและสภาพทางจิตใจตามแบบประเมิน PPS , ESAS , Pain Score, ST5

การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ) และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

1. การร้องครวญครางมีหน้าตาบิตเบียวอาจไม่ได้เกิดความเจ็บปวดเสมอไปแต่อาจเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสมองซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาการเหล่านี้ได้ตามแนวทางที่กำหนด
2. การเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารน้อยลงพบมากในกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย เกิดจากความวิตกกังวลของผู้ป่วย ครอบครัวและญาติ ให้การช่วยเหลือโดยการแนะนำให้เวลาการรับประทานอาหารเป็นช่วงเวลาครอบครัวพบปะพูดคุยกันไม่มุ่งประเด็นที่ผู้ป่วยรับประทาน และแนะนำญาติให้ดูแลรักษาความสะอาดช่องปากสม่ำเสมอ บางรายที่มีแผลในช่องปากจะมีการประสานทันตแพทย์ เพื่อร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยให้ความสุขสบายขึ้น
3. การดื่มน้ำจะดื่มน้อยลงหรืองดดื่มภาวะขาดน้ำในระยะสุดท้ายไม่ทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้นแต่ตรงกันข้ามจะกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเอ็นโดรฟินทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นหากมีปากหรือริมฝีปากแข็งจมูกแห้งตาแห้งให้หมั่นทำความสะอาดรักษาความชื้นไว้โดยใช้สาลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำและที่ปาก, ริมฝีปากสำหรับตาก็ให้หยอดน้ำตาเทียม
4. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยไม่สามารถรับรู้หรือได้ยินสิ่งที่คนพูดกันอยู่ข้าง ๆ ผู้ป่วยอาจได้ยินและรับรู้ได้แต่ไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นทราบได้จึงไม่ควรพูดคุยกันในสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจหรือกังวล
5. ความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับและไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ เพราะผู้ป่วยจะมีความอยากนอนหลับหรือง่วงนอนตลอดเวลาควรให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนให้เต็มที่พยายามไม่ควรปลุกให้ตื่น
6. ผู้ป่วย Palliative care ทุกรายจะมีการทำ Family Meeting เพื่อทราบความต้องการก่อนเสียชีวิต และขณะที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิต ผู้ป่วยที่กำลังเสียชีวิตมีการยอมรับการเสียชีวิตในระดับที่พร้อม เมื่อผู้ป่วยกำลังเสียชีวิตทีม Palliative care จึงมีการจัดบริการให้ผู้ป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยพิเศษกับญาติ และให้ฟังธรรมะ อ่านหนังสือธรรมะให้ผู้ป่วยฟังหรืออนุญาตให้พระภิกษุหรือบาทหลวงได้มีพิธีกรรมทางศาสนา ตามความเชื่อ หรือทำน้มนมต์เซ็ดตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายและเสียชีวิตอย่างสงบ
7. จัดให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องพิเศษร่วมกับญาติหลังเสียชีวิต อย่างน้อย 2 ชั่วโมงและจัดให้มีพิธีทางศาสนา โดยเจ้าหน้าที่และญาติขอโทษกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วยและญาติ
8. ประสานรถส่งผู้ป่วยกลับบ้าน เช่นรถมูลนิธิ อปท.หรือรถโรงพยาบาลไปส่งที่บ้านฟรีในพื้นที่รับผิดชอบ
9. ผู้ป่วย Palliative care ทุกรายจะมีการทำ Family meeting และทำ Advance care plan จนถึง Advance directive โดยทีม Palliative care เพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาการสำคัญต่างๆ เพื่อจะได้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและตรงตามความต้องการของผู้ป่วยด้วยความเต็มใจของผู้ช่วยเหลือซึ่งช่วยเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงเวลาที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของชีวิตครอบครัวและมีโอกาสได้ร่วมตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาให้มากที่สุดโดยเฉพาะในประเด็นที่มีทั้งผลดีผลเสียเช่นการใส่ท่อหรือการปฏิบัติการกู้ชีวิตญาติและครอบครัวควรได้มีการพูดคุยร่วมกับแพทย์และพยาบาลผู้ให้การดูแลรักษาหรือแม้แต่ตัวผู้ป่วยเองถ้ามีความพร้อมตลอดจนสภาพและความเจ็บป่วยของผู้ป่วยก็มีผลกระทบต่อญาติและครอบครัวต้องรับภาระด้วยร่างกาย/เป็นผู้รับปฏิกริยาของผู้ป่วยมากที่สุดบางครั้งญาติและครอบครัวและครอบครัวอาจให้ความสำคัญต่อการประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วยการบรรเทาอาการและผลของความวิตกกังวลมากกว่าตัวผู้ป่วยเองดังนั้นจึงให้ความสำคัญกำลังใจและสนับสนุนญาติและครอบครัวให้ได้มีโอกาสแสดงความรู้สึกและหาทางผ่อนคลายความรับผิดชอบในบางโอกาสให้ได้พักทั้งทางร่างกายและจิตใจของตนเองด้วยความเหมาะสม
10. มีแบบฟอร์มพินัยกรรมชีวิต (Living Will) ให้ผู้ป่วยและญาติร่วมกันในการตัดสินใจเพื่อการดูแลประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

III-4.3 จ. การจัดการความปวด**การคัดกรองและการประเมินความปวด:**

วิธีการประเมินความรุนแรงของความปวดที่ดีที่สุดคือใช้ Pian Score โดยกำหนดระดับคะแนนความปวดเป็นตัวเลขให้เหมาะสมในการบรรเทาความเจ็บปวด เป็น 3 ระดับคือ ระดับ Mild ที่คะแนน 5-6 ระดับ Moderate ที่คะแนน 6-7 ระดับ Severe คะแนน มากกว่า 7

การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

ทางโรงพยาบาลกำลังดำเนินการในเรื่องการจัดการกับอาการเจ็บปวด โดยทีม Pain clinic เป็นผู้จัดทำแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีการนำแผนประเมิน วั้ที่เตียงผู้ป่วยให้ผู้ป่วยและญาติร่วมประเมิน พร้อมให้ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการความปวดที่เกิดขึ้นลงในแบบฟอร์มเพื่อที่จะสามารถประเมินอาการและวางแผนการแก้ไข ปัญหา บรรเทาอาการได้รวดเร็วขึ้น

การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:

- (1) ทางโรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งศูนย์เรียนรู้ และศูนย์วัสดุอุปกรณ์เพื่อให้ความรู้และเสริมพลังให้ญาติสามารถดูแลแบบประคับประคองอย่างเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์และผู้ป่วยไม่รู้สึกเป็นภาระและหมดคุณค่าในตัวเอง รวมทั้งมีการให้ผู้ป่วยยืมอุปกรณ์ที่จำเป็นกลับไปใช้ที่บ้านต่อ
- (2) ทีมสหสาขาวิชาชีพจะมีการติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังออกจาก รพ.ภายใน 3 วันซึ่งสามารถดูแลและจัดการการ ทบทวนได้ทันเวลาก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไปให้สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- (3) อุปกรณ์ Syring driver มี3เครื่องแต่ยังต้องพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ รพ.สต.และการให้ยาMorphine injection form ที่บ้าน ซึ่งต้องพัฒนาต่อไป

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการเยี่ยมบ้านทุกรายส่งผลให้ญาติพี่น้องและตัวผู้ป่วยเข้าใจในตัวโรคและมีความสุขไม่ทุก ทรมาน

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
74. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	I	ผู้ป่วยระยะสุดท้ายทุกรายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์, ผู้ป่วยเข้าถึง palliative care & pain management
75. การจัดการความปวด	3	I	พัฒนาระบบการประเมินและบำบัดอาการเจ็บปวดครอบคลุมทุกหน่วยงาน

III-4.3 จ. การฟื้นฟูสภาพ

i. ผลลัพธ์							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
1. ผู้ป่วย Intermediate care 3 กลุ่มโรค (Stroke , HI, Spinal cord injury) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ	≥80%	NA	NA	NA	100	85	100
2. ผู้ป่วย Intermediate care 3 กลุ่มโรค (Stroke , HI, Spinal cord injury) ที่ไม่มี Multiple impairment ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้น	≥80%	NA	NA	NA	70	70	70.2
3. ผู้ป่วย Long term care ที่เสี่ยงต่อภาวะติดเตียง (ADL 5-8) ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและได้รับการเยี่ยมบ้านโดยนักกายภาพบำบัด	≥80%	70	100	80	85	80	81.4
4. ผู้ป่วย COPD readmit ภายใน 28 วัน ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล	≥80%	NA	NA	40	50	60	51
<p>ii. บริบท</p> <p>โรงพยาบาลสังคมให้บริการผู้ป่วยแบบครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการป้องกัน การรักษา การส่งเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสภาพ มีการให้บริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยเน้นความร่วมมือผู้ป่วยและชุมชนและมีสหสาขาวิชาชีพให้บริการ คือ แพทย์ พยาบาล เกษัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย นักจิตวิทยา</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว :</p> <ul style="list-style-type: none"> • กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะ Intermediate care • กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) • กลุ่มผู้ป่วย Long term care โรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่มีปัญหาเรื่องการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้น้อย <p>iii. กระบวนการ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและทันเวลาจะได้รับการประสานจาก ศูนย์ COC , ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย Intermediate care จากโรงพยาบาลแม่ข่าย จากแพทย์ OPD ER Ward (ภายใน โรงพยาบาล) และจาก care giver (ในชุมชน) 							

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

- หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในรายที่มีความซับซ้อน เสี่ยงต่อการมีภาวะแทรกซ้อน หรือญาติไม่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย หรือสภาพบ้านไม่มีความพร้อม
- กรณีผู้ป่วยได้รับการรายงานการส่งต่อจาก Care giver และไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ จะได้รับการออกเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ หรือเร่งด่วนตามสภาพผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเฉพาะทางวิชาชีพ และไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ จะได้รับการออกบริการฟื้นฟูที่บ้าน
- ผู้ป่วยกลุ่ม Long term care ที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพขั้นพื้นฐาน จะได้รับการดูแลที่บ้านโดยญาติหรือ care giver ที่ผ่านการอบรม

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ
ผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care	ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทางศูนย์ Intermediate care กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและในชุมชน โดยเน้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันให้มากที่สุด ลดการเป็นภาระและลดความพิการ ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
ผู้ป่วยกลุ่ม Long term care	ได้รับการส่งต่อจากศูนย์ COC เพื่อรับการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่โรงพยาบาลและในชุมชน โดยเน้นให้ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนและคงระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุดและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพ ให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
ผู้ป่วย COPD readmit ภายใน 28 วัน	จะได้รับการประสานจาก Ward เพื่อสอนโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด Breathing Exercise และสอนออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความทนทานและออกติดตามประเมินผลความต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

(1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:

ในการวางแผนการให้บริการฟื้นฟูสภาพ ถูกจัดทำขึ้นโดยความร่วมมือจากสหวิชาชีพ ผู้ป่วย และญาติ ภายใต้การให้ความช่วยเหลือขององค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ถูกค้นพบจะถูกนำเข้าสู่ระบบการฟื้นฟูได้หลายช่องทาง ทั้งจากการประเมินโดยแพทย์ จากศูนย์ COC จากการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือในกรณีผู้ป่วยที่ค้นพบเองในชุมชนที่จะมี รพ.สต. อสม.และ care giver เป็นกำลังสำคัญ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะถูกส่งเข้าสู่ศูนย์ COC เพื่อวางแผนในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ ตามความเหมาะสม และส่งปรึกษาสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

- ผู้ป่วยกลุ่ม Intermediate care ที่อาการทางการแพทย์คงที่แล้ว มีคะแนน ADL น้อยกว่า 15 และไม่มี multiple impairment ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลแม่ข่ายทางกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู จะได้รับการฟื้นฟูต่อเนื่องภายใน 2 สัปดาห์ และต้องรายงานผลโรงพยาบาลแม่ข่ายทุก 1 เดือน เป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยที่มีระดับ ADL มากกว่า 15 จะได้รับการดูแลต่อจากญาติและตัวผู้ป่วยเอง
- ผู้ป่วยกลุ่ม ผู้ป่วย COPD readmit ภายใน 28 วัน จะได้รับการประสานจาก Ward เพื่อเข้ารับการฝึก Breathing Exercise และสอนออกกำลังกาย เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และนัดออกติดตามต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาลโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิก COPD ติดตามการ readmit
- ผู้ป่วย Long term care ที่เสี่ยงต่อภาวะติดเตียง (ADL 5-8) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีระดับ ADL ที่ดีขึ้น หรือสามารถคงระดับ ADL เพื่อไม่ให้เข้าสู่ภาวะติดเตียง จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัดและติดตามต่อเนื่อง

รพ.สังคม อำเภอสังขม จังหวัดหนองคาย

อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง หากผู้ป่วยอยู่ในสภาวะคงที่แล้วจะได้รับการดูแลต่อโดยญาติและ care giver ในชุมชน

(2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:

การให้บริการฟื้นฟูสภาพจะได้ตามเป้าหมายหรือครอบคลุมตามที่ตั้งเป้าหมายไว้หรือไม่ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของเครือข่าย และ care giver หรือความเข้มแข็งของเครือข่าย

- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู ทั้งกลุ่ม Intermediate care และ Long care จะได้รับการประสานจาก ศูนย์ Intermediate care และ COC และส่งข้อมูลต่อให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนและให้บริการ ในผู้ป่วย OPD จะได้รับการส่งต่อเข้าสู่งานเวชกรรมฟื้นฟูเพื่อรับบริการที่ห้องกายภาพบำบัดและเป็นตัวกลางในการประสานงานต่อหากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบริการจากวิชาชีพอื่น ผู้ป่วย IPD จะได้รับการส่งปรึกษาจากพยาบาล ward เพื่อเข้ารับการบริการ bed side พร้อมกับญาติหรือผู้ดูแล และนัดหมายเยี่ยมติดตามที่บ้าน ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ตามสภาวะของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยกลุ่ม COPD readmit ภายใน 28 วัน จะได้รับการประสานจาก Ward เพื่อเข้ารับการฝึก Breathing Exercise และสอนออกกำลังกายก่อนออกจากโรงพยาบาล และออกเยี่ยมติดตามที่บ้านประเมินผลการฟื้นฟูต่อเนื่องโดยมีพยาบาลประจำคลินิก COPD เป็นผู้ประสานงาน
- ผู้ป่วยกลุ่มที่ถูกส่งปรึกษาจากชุมชนโดย care giver หรือ รพ.สต.เครือข่าย จะถูกส่งเข้า ศูนย์ COC เพื่อส่งข้อมูลต่อให้กับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผน หรือนัดหมายออกให้บริการภายใน 1 – 2 สัปดาห์ตามสภาวะของผู้ป่วย
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู จะได้รับการวางแผนการรักษาตามแต่สภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย แต่ละวิชาชีพเกี่ยวข้อง
- มีช่องทางด่วนสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ
- มีการจ่ายกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยความพิการตามความเหมาะสมกับสภาพความพิการ
- มีการจัดตั้งชมรมคนพิการอำเภอสังขมโดยองค์การบริหารส่วนตำบลสังขม

(3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ:

- ในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนจะปฏิบัติตามได้มาตรฐานของแต่ละวิชาชีพ และ แนวทางการรักษา (CPG) ของโรงพยาบาล
- มีการขึ้นทะเบียนผู้พิการที่ถูกต้องเพื่อให้ผู้พิการได้รับสิทธิขอบรรณตามกฎหมาย
- ภายในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดมีให้สถานที่ อุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุตาม พรบ. สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับคนพิการ

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในกลุ่มผู้ป่วย Intermediate care ที่สามารถเข้าถึงและให้การบริการได้รวดเร็วทันเวลามากขึ้นจากการส่งต่อจาก โรงพยาบาลแม่ข่ายโดยตรง ทางกลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟูและติดตามผลงานทาง Google form ทำให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดการเกิดความพิการและภาวะพึ่งพิงลดจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Long term care โดยผู้ป่วย Intermediate care 3 กลุ่มโรค (Stroke , HI, Spinal cord injury) ที่ไม่มี Multiple impairment ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นในปี 2561 ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 80 ในปี 2562

v. แผนการพัฒนา

- พัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวในการกลับสู่ชุมชน
- พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- การบริการจัดการเรื่องอัตราค่าสิ่งปลูกสร้างเพื่อรองรับการขยายตัวของโรงพยาบาลและการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

เพื่อให้สามารถให้บริการได้ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
76. การฟื้นฟูสภาพ	4	I	เพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วย เครือข่ายผู้ดูแล และครอบครัวให้มีส่วนร่วม โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง

III-4.3 ข. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิภาพ องค์กรรวม ต่อเนื่อง							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค. 61- มิ.ย.62)
อัตราภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยเบาหวาน	< 5%	NA	NA	5.42	2.88	6.50	6.34
อัตราภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	< 5%	NA	NA	7.21	2.22	2.95	5.83
อัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73ml/yr	> 66%	44.94	38.32	70.44	82.19	45.9	68
<p>ii. บริบท</p> <p>โรงพยาบาลสังคมเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง เปิดให้บริการคลินิกโรคไตเรื้อรังทุกวันจันทร์ ให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3 – 5 ผู้ป่วยปี 2559 – 2561 มีจำนวน 837, 1455 และ 697 คน ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 4 ส่งต่ออายุรแพทย์ 100% เนื่องจากรพไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และคลินิกCKDเต็มรูปแบบ ในปี 2562 ได้รับความเมตตาจากมูลนิธิสุทธินิยามโสภณไตเทียม เปิดบริการหน่วยไตเทียมมีอาจารย์พี่เลี้ยงที่ผ่านการอบรมผู้เชี่ยวชาญไตเทียม ดูแลไตเทียม 2 ท่านและมีอายุรแพทย์โรคไตให้การดูแลผู้ป่วย</p> <p>iii. กระบวนการ</p> <p>(1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:</p> <ul style="list-style-type: none"> ค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง) ผู้ป่วยไตเรื้อรังได้รับการดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยไตเรื้อรัง การให้บริการฟอกไตได้รับการดูแลตามมาตรฐานที่กำหนดโดยคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม <p>(2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:</p> <ul style="list-style-type: none"> ขอความอนุเคราะห์แพทย์อายุรศาสตร์โรคไตจากรพหนองคายมาเป็นแพทย์ให้คำปรึกษาหน่วยไตเทียม Swab culture จุดจ่ายน้ำในหน่วยไตเทียมให้ครบทุกจุด <p>iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</p> <ul style="list-style-type: none"> มีการเปิดให้บริการหน่วยไตเทียมโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนประกอบด้วยมูลนิธิสุทธินิยามโสภณไตเทียม <p>v. แผนการพัฒนา</p>							
มาตรฐาน	Score	DAI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี				
77. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	3	I	- พัฒนาเครือข่ายเยี่ยมบ้านลงสู่ชุมชน - จัดให้มีทีมรักษไต/เพื่อนช่วยเพื่อน (self help Group) ในชุมชน - จัดตั้งคลินิกCKDเต็มรูปแบบ				

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

i. ผลลัพธ์

ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
อัตราผู้ป่วยใน ในกลุ่มโรคและกลุ่มผู้ป่วยที่กำหนดต้องได้รับ การทำ Discharge Planning	80%	NA	NA	NA	NA	NA	NA

ii. บริบท

ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ: กลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น DM , HT , CKD , COPD

ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง: กลุ่มผู้ป่วยเด็ก, ผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยทางจิต และผู้ป่วยที่มีปัญหาทางการรับรู้ และสื่อสาร

iii. กระบวนการ

ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง
COPD	- กิจกรรม Discharge plan ตามหลักการ D-METHOD และ C3 THER + HELP โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

(1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:

- ประเมิน Peak Flow , mMRC, CAT score, 6 min walk
- ทำกิจกรรม Breathing Exercise
- ประเมินการพ่นยาทุกราย

(2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
- ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

(3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:

- ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย COPD ทุกครั้งที่เข้ารับการรักษา

(4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:

- กิจกรรม Discharge plan ตามหลักการ D-METHOD และ C3 THER + HELP โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย

(5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:

- สอนการพ่นยาทุกราย
- การทำกิจกรรมกลุ่ม
- การติดตามเยี่ยมบ้าน

(6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:

- ประเมินผลจาก Peak Flow , mMRC, CAT score, 6 min walk ดีขึ้น โดยพยาบาลวิชาชีพและนักกายภาพบำบัด
- ประเมินการพ่นยาโดยเภสัชกร

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

- ผู้ป่วย COPD ได้เข้าถึงและรับบริการอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น

v. แผนการพัฒนา

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
78. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3	I	เพิ่มการประเมินผลโดย ผู้ป่วย ญาติ Care giver และเจ้าหน้าที่ รพ.สต.

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

i. ผลลัพธ์							
ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิภาพ องค์กรร่วม ต่อเนื่อง							
ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2557	2558	2559	2560	2561	2562 (ต.ค.61- มิ.ย.62)
1. อัตราการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	≥80 %	78.15	82.19	83.67	78.6	88.2	รอผล
2. อัตราผู้ป่วยเตียง 3 ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 2 สัปดาห์หลังจำหน่าย	≥ 80%	84.20	88.48	100	85.71	100	100
3. ผู้ป่วย re-admit ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านตามเกณฑ์ โดยสหสาขาวิชาชีพ	>80%	72.7	90	94.4	86.4	88.2	100
ii. บริบท							
<p>โรงพยาบาลสังคมมีระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเริ่มมีการวางแผนดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ Admit จนถึงจำหน่ายในกลุ่มที่ต้องดูแลพิเศษเพื่อลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาและลดการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล มีระบบนัดหมายและส่งต่อผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรม LTC ,Line, โทรศัพท์ผ่าน เครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือ Care giver เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่องทันที</p> <p>ระดับการให้บริการ: โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ</p> <p>ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเครือข่ายอำเภอสังคมและCare giver</p> <p>ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:</p> <ul style="list-style-type: none"> DM re-admitภายใน 28 วันด้วย hypoglycemia หรือ hyperglycemia COPD re -admit ภายใน 28 วันด้วย COPD with acute exacerbation HT re -admit ด้วย severe HT ภายใน 28 วัน stroke ทุกรายที่ discharge จากโรงพยาบาลแม่ข่าย ผู้ป่วยไตวาย stage 5 On CAPD/HD/ปฏิเสศการฟอกไต ผู้ป่วย CA ระยะสุดท้าย ทุกราย iii. กระบวนการ 							
ตัวอย่างโรค (proxy disease)	การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง						
CA ระยะสุดท้าย	ทำ family meeting และ Advance care plan ทุกราย						
CKD stage 5 On CAPD/HD/ปฏิเสศการฟอกไต	วางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยมบ้านภายใน2สัปดาห์						
Stroke	ติดตามเยี่ยมและกายภาพบำบัด						
● DM re-admit ภายใน28วัน	ทบทวน วางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยม						
COPD re -admit ภายใน 28 วัน	ทบทวน วางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยม						
● HT re -admit ด้วย severe HT ภายใน 28 วัน	ทบทวน วางแผนจำหน่ายและติดตามเยี่ยม						

(1) การระบुकกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:

- DM re-admitภายใน 28 วันด้วย hypoglycemia หรือ hyperglycemia
- COPD re -admit ภายใน 28 วันด้วย COPD with acute exacerbation
- HT re -admit ด้วย severe HT ภายใน 28 วัน
- stroke ทุกรายที่ discharge จากโรงพยาบาลแม่ข่ายและผู้ป่วย Severe HI
- STEMI/NSTEMI ทุกรายที่ discharge จากโรงพยาบาลแม่ข่าย
- ผู้ป่วยไตวาย ระยะ 4-5 และทำ CAPD/HD
- ผู้ป่วย AIDS ,TB ขาดนัด 2 ครั้งขึ้นไป
- ผู้ป่วยpalliative care ทุกราย

(2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:

- การดูแลขณะส่งต่อมีการประสานงานขอรถจาก อบต.ในพื้นที่ หรือรถโรงพยาบาลส่งผู้ป่วยกลับบ้านและให้ผู้ป่วย ยืมอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องใช้เช่น ถังพร้อมเก็ยก๊าซออกซิเจน ที่นอนลม เตียงปรับระดับ
- บุคลากรได้มีการประสานงานผ่าน Line โทรศัพท์ถึงเจ้าหน้าที่ รพ.สต.หรือCare giver เพื่อให้ได้ข้อมูล ประเด็นปัญหา ผู้ป่วยที่ต้องดูแลที่บ้าน และเตรียมจนท.รพ.สต.หรือ Care giver ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลที่บ้าน
- การสื่อสารมีการส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการเขียนใบติดตามเยี่ยมบ้านจาก IPD หรือหน่วยงานอื่น ส่งไปที่ ศูนย์เยี่ยมบ้านฯ จะจัดลำดับความเร่งด่วนในการออกเยี่ยมโดยจะประสานการทีมในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ ใน รพ.สต. นั้นๆ เพื่อร่วมเยี่ยมและทราบปัญหาร่วมกัน หรือกรณีที่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถออก เยี่ยมได้ จะประสานไปที่ รพ.สต. ให้ออกเยี่ยมและสรุปผลการเยี่ยมลงในบันทึกการเยี่ยมของศูนย์ โดยวิธีการ ประสานและแจ้งผล อยู่ในรูปแบบของโปรแกรม LTC Ling ใบส่งต่อการเยี่ยมบ้าน การประสานทางโทรศัพท์ Line COC Cup สังคม Line care giver สังคม
- โรงพยาบาลเปิดช่องทางด่วนในกรณี เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือญาติ ส่งผู้ป่วยมาตรวจเพิ่มเติมหรือต้องการวัสดุ อุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโดยมีบุคลากรที่รับผิดชอบประสานงาน การดูแลผู้ป่วย COCในหน่วยงานเช่น OPD ER IPD คลินิกต่างๆ เมื่อพบว่าใน OPD card /Summary มีประวัติ เป็นผู้ป่วย COC 1-4 สามารถเขียนใบส่งต่อ การดูแลรักษาและให้ผู้ป่วยนำมายื่นตรวจที่ศูนย์ COC กรณีขอคำปรึกษาเรื่องแนวทางการรักษาผ่านโทรศัพท์หรือ Line COC Cup สังคม Line care giver สังคมได้ทันที

(3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:

- ก่อนส่งผู้ป่วยกลับบ้าน จนท.โรงพยาบาลได้มีการประสานงานขอรถจาก อบต.ในพื้นที่ หรือรถโรงพยาบาลส่ง ผู้ป่วยกลับบ้าน
- ให้ผู้ป่วยยืมอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยต้องการได้ใช้เช่น ถังพร้อมเก็ยก๊าซออกซิเจน ที่นอนลม เตียงปรับระดับ

(4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง ระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:

- ระบบนัดหมายในการดูแลต่อเนื่องทุกกลุ่มเป้าหมาย ทุกราย จะมีการวางแผนการดูแลตั้งแต่ ผู้ป่วย Admit ใช้ C3THER ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพจนถึงผู้ป่วยกลับบ้าน โดยส่งข้อมูลผ่าน COC โดยใช้ระบบ LTC ling line COC อ.สังคม โทรศัพท์ Face book จดหมาย เอกสาร เชื่อมต่อถึงชุมชน ในชุมชนมีเครือข่ายการดูแล คือ Care Giver หมู่บ้านละ 1คนเป็นอย่างน้อยในการดูแลร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ
- ในใบส่งตัวผู้ป่วยกลับบ้านจะมีเบอร์โทรศัพท์ศูนย์ COCและผู้รับผิดชอบเพื่อให้ผู้ป่วยขอคำปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

(5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย (รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่ หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง) และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:

- การบรรจุแผนการดูแลต่อเนื่องในแผนยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ (DHS) รวมทั้งการประสานและสร้างเครือข่ายเพื่อ แก้ปัญหาร่วมกัน เช่น มี Care griver (หลักสูตร 70 ชม.กรมอนามัย) ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีศูนย์เรียนรู้ขึ้นโดย

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

งบประมาณสนับสนุนจากการระดมทุนในชุมชน ติดต่อกัน 3 ปี

- ประสานงานกับเครือข่ายชุมชนเพื่อสร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งในผู้ป่วยดูแลต่อเนื่อง โดยการเข้าร่วมกับชุมชนสร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งบทบาทหน้าที่ของประชาชนในชุมชนเริ่มต้นจากการทำแผนพัฒนาสุขภาพของประชากรในชุมชนนั้น ค้นหาแหล่งประโยชน์ทางสังคม ประสานความร่วมมือในชุมชนและคืนข้อมูลให้กับชุมชนอย่างต่อเนื่องและบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาทางด้านวิชาการ แนวทางการปฏิบัติ และประสานงบประมาณกับ อปท.
- การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโดยการวางแผนจำหน่ายเมื่อผู้ป่วยพร้อม ด้วยวิธีการแบบ DMETHOD และมีการให้ข้อมูล/สุขภาพศึกษา การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ที่โรงพยาบาลและที่บ้าน การมาตรวจตามนัด การใช้จ่ายต่อเนื่องที่บ้าน การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง การงดบุหรี่ การจัดการความเครียด การออกกำลังกาย ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค เพื่อให้สามารถจัดการได้เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินที่บ้าน
- มีการสอนหรือสาธิตผู้ป่วยโดยใช้นวัตกรรมต้นไม้และกอกหย้า สื่อวีดิทัศน์ Caregiver ประสานข้อมูลเชื่อมต่อยังศูนย์ COC
- มีการดำเนินงานของศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) เป็นหน่วยงานหนึ่งที่ถูกจัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลเน้นทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพ มีหน้าที่สำคัญ คือการจัดการระบบบริการสุขภาพแบบเน้นการดูแลอย่างองค์รวม และพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อลดการเจ็บป่วยและพิการ สร้างคุณภาพชีวิตและอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า

(6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- การส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่อง มีการเขียนใบติดตามเยี่ยมบ้านจาก IPD หรือหน่วยงานอื่น ส่งไปที่ศูนย์เยี่ยมบ้านๆ จะจัดลำดับความเร่งด่วนในการออกเยี่ยมโดยจะประสานการทีมในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ในรพ.สต. นั้นๆ เพื่อร่วมเยี่ยมและทราบปัญหาพร้อมกัน หรือกรณีที่ทางโรงพยาบาลไม่สามารถออกเยี่ยมได้ จะประสานไปที่ รพ.สต. ให้ออกเยี่ยมและสรุปผลการเยี่ยมลงในบันทึกการเยี่ยมของศูนย์ โดยวิธีการประสานและแจ้งผล อยู่ในรูปแบบของโปรแกรม LTC Ling ใบส่งต่อการเยี่ยมบ้าน การประสานทางโทรศัพท์ Line COC Cup สังคม Line care giver สังคม
- โรงพยาบาลเปิดช่องทางด่วนในกรณี เจ้าหน้าที่ รพ.สต. หรือญาติ ส่งผู้ป่วยมาตรวจเพิ่มเติมหรือต้องการวัสดุอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้ป่วย สามารถเขียนใบส่งต่อการดูแลรักษาและให้ผู้ป่วยนำมายื่นตรวจที่ศูนย์ COC กรณีขอคำปรึกษาเรื่องแนวทางการรักษาผ่านโทรศัพท์หรือ Line COC Cup สังคม Line care giver สังคมได้ทันที

(7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:

- มีแบบฟอร์มการติดตามเยี่ยมบ้านที่ศูนย์COC จัดทำขึ้น และให้ใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งในระดับ คป.สอ. เมื่อได้รับการเยี่ยมเสร็จสิ้น จะมีการลงบันทึกการเยี่ยมบ้านในสมุดและเก็บสำเนาใบติดตามเยี่ยมบ้านไว้ในแฟ้ม
- มีบทเรียนจากผลการทบทวนในผู้ป่วยรายโรคเสี่ยงสูงและแก้ไข โดยการใช่โปรแกรม Hos XP LTC Ling ระบบคอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการบันทึกเวชระเบียนนอกเหนือจากข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เช่นประวัติการการเคยได้รับยา streptokinase จะทำข้อมูล pop-up สีแดงโชว์ที่หน้าจอเพื่อให้สังเกตเห็นได้ง่าย เพื่อแพทย์และทีมดูแลจะได้เห็นง่ายและระวังในเรื่องการสั่งจ่ายและวางแผนการรักษาให้ถูกต้อง

(8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ:

- องค์การมีการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้เวชระเบียน LTC Ling Line COC Cup สังคม Line care giver สังคม ระบบHOSxPและโทรศัพท์ บุคลากร

iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนาระบบการสื่อสารและส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2018) ส่วนเพิ่มตามมาตรฐานใหม่

Date: 15/06/2561

รพ.สังคม อำเภอสังคม จังหวัดหนองคาย

v. แผนการพัฒนา			
มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี
79. การดูแลต่อเนื่อง	3.5	I	พัฒนาเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง