

# ภาพรวมของ CLT/PCT (CLT/PCT Profile)

โรงพยาบาลแม่ลาน อำเภอแม่ลาน  
จังหวัดปัตตานี

## พันธกิจ/ความมุ่งหมายของ CLT/PCT

1. พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐาน
2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามมาตรฐานวิชาชีพ
3. จัดบริการสาธารณสุขสุขโดยชุมชนมีส่วนร่วม

# ขอบเขตบริการ

บริการดูแลผู้ป่วยทั่วไป , กลุ่มโรคเรื้อรัง ,  
โรคอุบัติเหตุฉุกเฉิน , โรคระบาด ,  
โรคทางสุขภาพจิต , ผู้ป่วยติดเชื่อและ  
งานแม่และเด็กโดยทีมสหวิชาชีพ

# ผู้รับบริการและความต้องการ



กลุ่มโรคอุบัติเหตุ จุกจิกและอยู่ในภาวะ  
วิกฤตเสี่ยงสูง ได้แก่

Trauma: Head injury , Fracture , Animal  
Bites

Non Trauma : ACS, Stroke,  
Sepsis,Pneumonia

มีชีวิตรอด ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน  
ได้รับการบรรเทาอาการรบกวน  
ได้รับการที่รวดเร็ว ถูกต้อง

กลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic disease) :  
HT , DM, CKD

ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแล  
ตนเองอย่างถูกต้อง  
บริการใกล้บ้านใกล้ใจ

กลุ่มโรคติดเชื้อ TB

ต้องการการรักษาความลับ และรักษา  
หาย

# ผู้รับบริการและความต้องการ(ต่อ)



กลุ่มโรคระบาด/โรคอุบัติใหม่ :

DHF, diarrhe, Hand foot and mouth disease, conjunctivitis, covid-19

รู้เร็ว สอบสวนรวดเร็ว ควบคุมโรคอย่างรวดเร็ว

งานอนามัยแม่และเด็ก : Anemia ในแม่และเด็ก, PIH, GDM, PPH ,โภชนาการเด็ก

ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย  
ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน  
พัฒนาการสมวัย

สุขภาพจิตและยาเสพติด : Depress, จิตเภท, ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรง  
เสี่ยงต่อความรุนแรงในชุมชน (SMI-V)

ต้องการการรักษาความลับ  
ความปลอดภัยต่อตนเองครอบครัวและชุมชน

กลุ่มผู้ป่วยนอกทั่วไป

บริการที่ถูกต้อง รวดเร็ว  
บริการด้วยความเสมอภาค  
คำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย

# จุดเน้นของการพัฒนา

## เข็มมุ่ง

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย fast tract ACS, Stroke, Sepsis
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT, DM
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ pneumonia ,Covid 19, ติดเชื้อดื้อยา , TB
4. การจัดการความเสี่ยง 2P safety goal ด้านผู้ป่วย การระบุตัวผู้ป่วยผิดระดับ C ขึ้นไป, การวินิจฉัยผิดพลาด, รายงาน lab วิกฤตผิดพลาด และการตอบสนองต่อผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงและการคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน
5. ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนในกลุ่มโรคตามจุดเน้น
6. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อร่วมกับภาคีเครือข่าย

# กลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ CLT/PCT



No	โรค Disease	ความเสี่ยง สูง High risk	ค่าใช้จ่ายสูง/ นอน โรงพยาบาล นาน High cost/ Long LOS	ปริมาณผู้ป่วย มาก High volume	หลักฐานใหม่หรือ เทคโนโลยีใหม่ที่น่าสนใจ ในการดูแลผู้ป่วย New evidence/ technology	การดูแลมีความ ซับซ้อน Complex Care
1	MI	5	5	1	5	5
2	Stroke	5	5	1	4	5
3	HI	5	5	1	4	5
4	sepsis	5	5	1	4	4
5	PPH	4	4	1	4	5
6	Birth asphyxia	4	3	1	4	5
7	Covid 19	5	3	3	4	2
8	PIH	4	3	1	4	5
9	COPD	3	3	1	4	4
10	CKD	3	2	2	4	4

# กลุ่มผู้ป่วยสำคัญของ CLT/PCT



No	โรค Disease	ความเสี่ยง สูง High risk	ค่าใช้จ่ายสูง/ นอน โรงพยาบาล นาน High cost/ Long LOS	ปริมาณผู้ป่วย มาก High volume	หลักฐานใหม่หรือ เทคโนโลยีใหม่ที่น่าสนใจ ในการดูแลผู้ป่วย New evidence/ technology	การดูแลมีความ ซับซ้อน Complex Care
11	DM	3	1	3	3	4
12	Pneumonia	5	3	1	3	2
13	DHF	4	3	1	4	2
14	HT	3	1	4	3	2
15	CHF	3	5	1	2	2
16	Schizophrenia	2	1	1	3	4
17	Anemia in preg	3	2	1	3	2
18	Asthma	2	1	1	3	2
19	Diarrhea	2	2	1	3	1
20	Depression	2	1	1	3	2



# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึง และเข้ารับ บริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึด คนเป็น ศูนย์กลาง People- centered	การสร้าง เสริม สุขภาพ Health Promotion
MI	Angina to ER 180 นาที		Miss Diagnosis	อัตราผู้ป่วย MI เสียชีวิต < 2%	Door to needle 30 นาที (STEMI) Door to EKG ภายใน 10 นาที	อัตราการเกิด cardiac arrest		
Stroke	อัตราการ เข้าถึง บริการ < 180 นาที	อัตราการขาด ยา อัตราผู้ป่วย stroke ด้รับ การเยี่ยมบ้าน 100%	อัตราผู้ป่วย ได้รับการ ประเมิน ดูแล ส่งต่อ ภายใน 60 นาที	อัตราผู้ป่วย เสียชีวิตใน ผู้ป่วย Stroke 0 %	ภาวะแทรกซ้อนPneum onia/UTI เป้าหมาย 0 % อัตราภาวะแทรกซ้อน Bed sore เป้าหมาย 0 % อัตราการเกิด recurrent stroke <10%			
HI	Door to ER 60 นาที 100 %		อัตราการ ประเมิน ผู้ป่วย บาดเจ็บทาง ศีรษะตาม เกณฑ์	อัตราการตาย ผู้ป่วย HI ใน 24 ชม 0%	การส่งต่อ Trauma (TBI) ภายใน 1 ชม	อัตราการ CPR ใน Trauma (TBI) สำเร็จ		

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคนเป็นศูนย์กลาง People-centered	การสร้างเสริมสุขภาพHealth Promotion
Sepsis	อัตราการใช้เครื่องมือในการประเมิน sepsis ตามกลุ่มเป้าหมาย 100%		วินิจฉัย ถูกต้อง รวดเร็วใน 1 ชม 100%	อัตราการตายผู้ป่วย sepsis < 30% ในปี 2566	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. 100%	อัตรา การเกิด septic shock		
PPH	อัตราการคัดกรองความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์		อัตราการปฏิบัติตาม CPG PPH	อัตราแม่ตายจาก PPH	อัตราการเกิด Hypovolemic shock			
BA			การประเมินสมรรถนะการแปรผล EFM	อัตราการตายของทารกแรกเกิดจาก BA	อัตราการเกิด BA ในนาทีที่ 5 < 25:1000LB	อัตรา การเกิด RDS		พัฒนาสมรรถนะการสอนโรงเรียนพ่อแม่

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึง และเข้ารับ บริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแล ที่ยึดคน เป็น ศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
Covid	อัตราการ คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง ในชุมชน		อัตราการปฏิบัติ ตาม CPG COVID	อัตราการตายใน ผู้ป่วย COVID	1. อัตราป่วย COVID 2. อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน pneumonia	อัตราการ ติดเชื้อใน บุคลากร จากผู้ป่วย COVID		
PIH	อัตราการ คัดกรอง หญิงครรภ์ เสี่ยง	อัตราขาด นัด	อัตราหญิง ตั้งครรภ์เสี่ยง ได้รับการส่งต่อ 100%	อัตราการตายใน ผู้ป่วย PIH	อัตราการเกิด PIH, Eclampsia	อัตราการ เกิด HELL syndrome 0%		ความครอบคลุม ในการให้ความรู้ warning sign ของ PIH
COPD		อัตราการ ขาดยา < 5%	อัตราการใช้ยา พ่นถูกต้อง	อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน Corpulmonale	อัตราการลดระดับ ผู้ป่วย COPD			รณรงค์เลิกสูบ บุหรี่ในชุมชน

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึงและ เข้ารับบริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ ยึดคนเป็น ศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
CKD	ร้อยละของ ผู้ป่วย HT DM ที่ได้รับการ ค้นหาและคัด กรองโรคไต เรื้อรัง80%	อัตราการ ขาดยา < 5 %		ผู้ป่วยมีอัตรา การลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.72 m <sup>2</sup> /yr > 66 % ปี 2566	ผู้ป่วยได้รับ ACEi/ARB > 60%			
DM	ร้อยละของ ประชากร อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับ การคัดกรอง เบาหวาน (95% )	อัตราการ ขาดยา < 5 %		ควบคุมระดับ น้ำตาล HbA1C <7 40%	อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน ตา ไต เท้า < 10 %			ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมใน ผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยง กลุ่มป่วย
Pneumonia ในเด็ก 0-5ปี				อัตราการเกิด respiratory failureในเด็ก 0-5ปี	อัตราการ readmit ลดลง 10% อัตรา revisit ด้วย Bronchitis			ส่งเสริมฉีด วัคซีนไขหวัด ใหญ่ในเด็ก 6 เดือน-2 ปี

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึงและ เข้ารับบริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ ยึดคนเป็น ศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
DHF			ผู้ป่วย ใช้เลือดออก ได้รับการ ควบคุมและ สอบสวนโรค ครบถ้วน ทันเวลา 100%	อัตราตาย โรค ใช้เลือดออก 0 %	อัตราป่วยโรค ใช้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 จาก ค่ามัธยฐาน 5 ปี			
HT	ร้อยละของ ประชากร อายุ 35 ปี ขึ้นไปที่ได้รับ การคัดกรอง ความดัน โลหิต(95% )	อัตราการ ขาดยา < 5%		ควบคุม ระดับความ ดัน BP 140/90 mmHg 60 %	อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน stroke CKD			ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมใน ผู้ป่วยกลุ่ม เสี่ยง กลุ่มป่วย

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึงและ เข้ารับบริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความเหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ ยึดคนเป็น ศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
Schizophreni a	อัตราการ เข้าถึงผู้ป่วย Schizophreni a 82 %	อัตราการ ขาดนัด <20%		อัตราการ กำเริบซ้ำ ร้อยละ 5	อัตราผู้ป่วยมีความ เสี่ยงสูงก่อความ รุนแรง (SMIV) ด้รับ การติดตามระวังไม่ เกิดความรุนแรงซ้ำ ในรอบ 1 ปี			
Anemia in preg			อัตราการปฏิบัติ ตาม CPG	อัตราการ เกิดภาวะ ตกเลือด				
Asthma		อัตราการ ขาดนัด	อัตราการใช้ยา พ่นถูกต้อง	อัตราการ เกิด Respirator y failure				

# ตัวชี้วัดของ CLT/PCT ตามมิติคุณภาพ



โรค Disease	การเข้าถึง และเข้ารับ บริการ Access	การดูแล ต่อเนื่อง Continuity	ความ เหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึด คนเป็น ศูนย์กลาง People- centered	การสร้าง เสริมสุขภาพ Health Promotion
Diarrhea			อัตราการใช้ ยาปฏิชีวนะ ในโรค Diarrhea อย่าง สมเหตุสมผล ≤20%	อัตราการ เกิด Hypovole mic shock 0 %				การส่งเสริม การล้างมือ และให้ ความรู้ใน การป้องกัน การเกิดโรค
Depressio n	อัตราการ เข้าถึงโรค ซึมเศร้า เป้าหมาย 70%	อัตรากา ขาดนัด ผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า		อัตราการ ฆ่าตัวตาย สำเร็จ 0 %	ร้อยละ 90 ของ ผู้พยายามฆ่า ตัวตายไม่ กลับมาทำร้าย ตัวเองซ้ำใน ระยะ 1 ปี			การสร้างสุข 5 มิติ

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือ กระบวนการที่ เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การ ควบคุม
การเข้าถึง บริการล่าช้า	6 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.จัดอบรมอสม.เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความรู้เรื่องระบบ 1669 ,CVD risk และ 3S ( stroke STEMI Sepsis) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยใน cathment area ที่รับผิดชอบได้</li> <li>2.การติดสติ๊กเกอร์ STEMI alert ในกลุ่มผู้ป่วย NCD</li> <li>3.การผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอ</li> </ol>	STEMI  Stroke	<p>ผู้ป่วย stroke เข้าระบบบริการ EMS 7 ราย total ischemic time เข้าเกณฑ์ 3 ราย เกินเกณฑ์ 4 ราย</p> <p>ผู้ป่วย STEMI 2 ราย ผู้ป่วยมาเอง เข้าถึงล่าช้า เนื่องจากอาการสำคัญที่ให้ข้อมูลไม่สัมพันธ์กับโรค</p>
Delay Diagnosis  Miss Diagnosis	10 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แบบประเมิน Checklist ประเมิน Sepsis , ACS, Appendicitis , Pneumonia</li> <li>2.แพทย์ได้รับการอบรม Ultrasound และถ่ายทอดความรู้ให้แพทย์ท่านอื่น ๆ</li> <li>3.มีพยาบาลเฉพาะทางด้านการผดุงครรภ์</li> <li>4.มีการประเมินเชิงปฏิบัติการงานสูติกรรม</li> <li>5.มีการตรวจ lactate ในผู้ป่วย sepsis</li> </ol>	STEMI ,Sepsis , Appendicitis	<p>มีการติดตามอุบัติการณ์ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยทุก 3 เดือน ในปี 65 พบ 7 ราย STEMI ,Sepsis , Appendicitis , Pneumonia และ Ultrasound ผิดพลาดในหญิงตั้งครรภ์</p> <p>ในปี 66 พบ 10 ราย STEMI ,Sepsis ในหญิงตั้งครรภ์, Appendicitis</p>



# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยงแ	ระดับความ เสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือ กระบวนการที่ เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
เกิดภาวะ Eclampsia ใน ผู้ป่วย PIH	6 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.) พัฒนาระบบ pre hosการประชาสัมพันธ์ 1669 /เบอร์โทร รพ. ในชุมชน ร่วมกับงานเวชศาสตร์</li> <li>2.) สร้างเครือข่าย อสม. ประจำบ้านหรืออสม. เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก</li> <li>3.) พัฒนาแนวทางการประเมินและดูแล PIH ให้ครอบคลุมการดูแลในระดับ รพ.สต, โรงพยาบาลและขณะมีการส่งต่อ</li> <li>4.) เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการConsultจากรพ.สต.ผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ Line</li> <li>5.) พัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH ในคลินิก ANC HR โดยมีการวางแผนการดูแลให้ยา ASA ในรายเสี่ยงPIH</li> <li>6.) KM Trainingการตรวจร่างกายและประเมินผลทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมเพื่อการวินิจฉัย การบริหารยา MgSo4 และป้องกันการเกิด Magnesium toxicity</li> <li>7.) มีการวางแผนและจัดระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด</li> <li>8.) มีระบบและเกณฑ์การลงเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง,หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเปราะบาง พิการ หรือมีภาวะทางจิตเวช , พัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้า ,และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เศรษฐกิจไม่ดี</li> <li>9.) มีระบบเฝ้าอาหารในระบบการเดินทางและขนส่ง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่จัดรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยในคลินิก เมื่อต้องไปพบสูติแพทย์ที่รพ.ปัตตานี</li> </ol>	PIH	พบ อุบัติการณ์ปี 2564 1 ราย จากผู้รับบริการในคลินิก ANC high Risk เป็นหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะโรคลมชัก มีพัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้า หายไปจากระบบนัด ANC high Risk ไม่มีระบบติดตาม และอยู่ในช่วงสถานการณ์ Covid-19

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือ กระบวนการที่ เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การ ควบคุม
ผู้ป่วย STEMI ที่เสียชีวิตใน โรงพยาบาล	7 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>ระบบ portable Xray ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK ,ใส่ tube , ICD</li> <li>การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเพื่อเตรียมความพร้อมในการช่วยชีวิตขณะส่งต่อ</li> <li>แนวทางการดูแลขณะส่งต่อ ผู้ป่วย MI</li> <li>Pre-Arrest sign ผู้ป่วย MI</li> <li>แบบบันทึกการตรวจเช็คอาการผู้ป่วยขณะส่งต่อหรือเคลื่อนย้าย</li> </ol>	STEMI	<p>มีการติดตามอุบัติการณ์พบอัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต ปี 66 2 ราย</p> <p>จากสาเหตุมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต MI ไป x-ray ก่อนการให้ SK ทำให้ผู้ป่วย Arrests และอีกราย Arrests ขณะเคลื่อนย้ายเข้าห้องฉุกเฉินรพ.ปัตตานี</p>

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือ กระบวนการที่ เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การ ควบคุม
Severe birth asphyxia	7 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.) พัฒนาระบบการให้ความรู้ Health literacy ในงาน ANC , ANC high risk ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลทันที และการประสานระบบ 1669</li> <li>2.) พัฒนาระบบการให้ความรู้/ตอบข้อสงสัย/ปรึกษาอาการผ่าน ระบบ Manager หรือพยาบาลห้องคลอด ผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ Line</li> <li>3.) เพิ่มการเข้าถึงยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกรายในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด</li> <li>4.) พัฒนาสมรรถนะแพทย์จบใหม่ ในการตรวจประเมินด้วยการตรวจ U/S ในหญิงตั้งครรภ์ โดยฝึกอบรม/ประสบการณ์ที่ รพ.ปัตตานี</li> <li>5.) ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์เข้าอบรมฝึกสมรรถนะวิชาการด้านแม่และเด็ก เช่น ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงการช่วยคลอดฉุกเฉิน ทำกัน NCPR</li> <li>6.) ฝึกสมรรถนะ และความชำนาญ NCPR Term ผ่าน Role play</li> <li>7.) มีระบบ Test Term วิกฤต (Rapid response Team )</li> <li>8.) มีระบบประสานงาน/ ระบบ Consult สูติแพทย์ในงานแม่และเด็ก ระดับจังหวัดให้มีระบบ Consult สูติแพทย์หลัก และสูติแพทย์รองในกรณีสูติแพทย์หลักติดภาระกิจเร่งด่วน หรือติด CASE OR</li> </ol>	BA	<p>ปี 2563 – 2565</p> <p>ทารกคลอด BA 5 ราย (พบ Sever BA 4 ราย )</p> <p>จาก Preterm labor 3 ราย (GA 25- 32 wks) จากการ U/S ประเมินน้ำหนักผิด , BW &lt; 1,000 gms และพบจากมารดา Fetal distress ร่วมกับ thick meconium 1 ราย</p>

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
ข้อร้องเรียน	6 คะแนน	<p>1.กลุ่มยาที่ต้อง Intensive ADR monitoring เมื่อมีการส่งจ่ายยาครั้งแรก ให้คำแนะนำ อาการแพ้ยารุนแรงที่อาจเกิดขึ้น อาการที่ต้องเฝ้าระวังอย่างละเอียดและมอบบัตรเฝ้าระวังติดตามอาการแพ้ยารุนแรงติดตามต่อนาน 6 เดือน หากพบผู้ป่วยสงสัยแพ้ยา ส่งพบแพทย์วินิจฉัย หากสงสัยแพ้ยาให้หยุดยาทันที ประเมินแพ้ยา ออกบัตรแพ้ยา</p> <p>2.ตรวจยีนส์แพ้ยาในยา Allopurinol และ Carbamazepine กรณีที่เริ่มใช้ยา Allopurinol (HLA-B*58:01) และ Carbamazepine (HLA-B*1502) กรณีตรวจพบยีนส์แพ้ยาส่งข้อมูลต่อเภสัชกรบันทึกตามแนวทางป้องกันแพ้ยาซ้ำ</p> <p>3. แนวทางเกณฑ์ที่แพทย์ต้องลงมาตรวจ</p> <p>4. พยายามให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติให้ทราบแนวทางการออก EMS และแจ้งพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล</p>	ข้อร้องเรียน	<p>จำนวนข้อร้องเรียน ปี 2566 4 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.ผู้ป่วยแพ้ยา Dilantin</li> <li>2. Case Appendicitis แพทย์ไม่มาตรวจ</li> <li>3. โดนลิงกัด มีแผลฉีกขาดที่มือซ้าย Tear tendon แพทย์ไม่ได้มาประเมินบาดแผล</li> <li>4. ญาติผู้ป่วยไม่พึงพอใจที่ไม่ออกรับ EMS</li> </ol>

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
เชื้อดื้อยา	7 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อดื้อยา</li> <li>2.การใช้ยา ATB ในหญิงตั้งครรภ์ (RDU)</li> <li>3.มาตรการการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยารายใหม่ที่ รพ.แม่ลาน</li> <li>4.มีการใช้แนวทางการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมและเครื่องมือทางการแพทย์</li> </ol>	เชื้อดื้อยา	<p>ปี 2564 เกิดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา จำนวน 3 ครั้ง รายใหม่ในรพ. 3 ราย ระดับความรุนแรง F</p> <p>2565 เกิดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา จำนวน 3 ครั้ง refer back 1 รายและพบรายใหม่ในรพ.2 ราย ระดับความรุนแรง F</p> <p>2566 เกิดอุบัติการณ์เชื้อดื้อยา จำนวน 17 ครั้ง refer back 6 ราย พบรายใหม่ในรพ.แม่ลาน 11 ราย ระดับความรุนแรง F พบมากที่สุด เชื้อ ESBL</p>
ระบุดัวผู้ป่วยผิด	4 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.การตรวจสอบ order และมีมาตรการ การdouble check ทุกครั้งก่อนส่ง Lab</li> <li>2.สอบถามชื่อ-นามสกุลให้ผู้รับบริการตอบเอง /กรณี que ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ให้สอบถามญาติและยืนยันด้วยบัตรประชาชน หรือผูกป้ายข้อมือ /กรณีที่พูดหรือสื่อสารไม่ได้ให้ยืนยันด้วยบัตรประชาชนหรือให้ผู้ป่วยเขียนชื่อ-สกุลด้วยตัวเอง</li> <li>3.ห้องบัตร เพิ่มช่องบริการ เป็น 2 ช่องบริการในวันที่</li> </ol>	ระบุดัวผู้ป่วยผิด	<p>มีการติดตามพบว่าปี 2564-2566 ดังนี้</p> <p>ปี 64 16 ครั้ง</p> <p>ปี 65 12 ครั้ง</p> <p>ปี 66 2 ครั้ง</p>

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
คัดกรอง ผิวดพลาด	7 คะแนน	<p>1. นิเทศกำกับการใช้แบบประเมิน check list ACS , Sepsis และซักประวัติให้ครอบคลุม การประเมินการใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วย</p> <p>2. ทบทวนความเสี่ยงในหน่วยงานและชี้แจงผลการทบทวนให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ</p>	ACS, Sepsis, Acute pain PS 7 คะแนน	มีการติดตาม อุบัติการณ์การคัดกรองผิวดพลาดทุก 3 เดือนในปี 66 พบ 7 ราย ในผู้ป่วย ACS 4 ราย, ผู้ป่วยมีอาการปวด 1 ราย ,มีเลือดออกในท่อปัสสาวะ 1 ราย และผู้ป่วย sepsis 1 ราย
เกิดภาวะ stroke ในผู้ป่วย HT crisis ในโรงพยาบาล	5 คะแนน	เฝ้าระวังตาม Pre arrest sign	HT	มีการติดตามพบอุบัติการณ์ 1 ราย ผู้ป่วยไทรอยด์ BP สูง 198/118 จะมาฉีดวัคซีนโควิดพบไม่พูดปากเบี้ยว Refer รพ. รัตธานีพจนเป็น

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
เกิดภาวะ Hypovolemic shock ในผู้ป่วย PPH	6 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>พัฒนาสมรรถนะการ Assessment และ Re-Assessment โดยการทำให้ KM</li> <li>ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์ เข้าอบรมวิชาการสูติในทักษะที่เกี่ยวข้องได้แก่ทักษะในการล้วงรก/ การทำ bimanual uterine compression และวิชาการสูติศาสตร์ฉุกเฉิน</li> <li>ทบทวน Km CPG PPH</li> <li>ส่งพยาบาลห้องคลอดเข้าฝึกประสบการณ์และความชำนาญด้านการดูแล PPH เพิ่มเติมที่รพ.ปัตตานี</li> <li>ฝึกสมรรถนะ PPH Term</li> </ol>	PPH	มีการติดตามพบปี 62 -65 มีจำนวนดังนี้ 1,3,1,1 ราย ตามลำดับ ปี 66 0 ราย
รายงาน Lab ผิด	4 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>มีแนวทางการรายงานตรวจผลวิเคราะห์ ตลอด 24 ชม.</li> <li>กำหนดหน้าที่แต่ละตำแหน่งชัดเจน ระหว่างผู้รายงาน และผู้ยืนยันผล</li> <li>มีทะเบียน ควบคุม</li> <li>ปรับใบ Lab พร้อมกับประเมินค่าวิกฤตและป้มนยืนยัน Lab วิกฤต</li> </ol>	รายงาน Lab ผิด	พบอุบัติการณ์ รายงาน Lab ผิด 2563 1 ราย บันทึกข้อมูล สลับคน ในปี 2564-2566 ไม่พบอุบัติการณ์

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
แพ้ยารุนแรง	6 คะแนน	<p>1 กลุ่มยาที่ต้อง Intensive ADR monitoring เมื่อมีการสั่งจ่ายยาครั้งแรก ให้คำแนะนำ อาการแพ้ยารุนแรงที่อาจเกิดขึ้นอาการที่ต้องเฝ้าระวัง อย่างละเอียดและมอบบัตรเฝ้าระวังติดตามอาการแพ้ยารุนแรง ติดตามต่อหน้า 6 เดือน หากพบผู้ป่วยสงสัยแพ้ยา ส่งพบแพทย์วินิจฉัย หากสงสัยแพ้ยาให้หยุดยาทันที ประเมินแพ้ยา ออกบัตรแพ้ยา</p> <p>2. แนวทางการตรวจยีนส์แพ้ยาในยา Allopurinol และ Carbamazepine กรณีที่เริ่มใช้ยา Allopurinol (HLA-B*58:01) และ Carbamazepine (HLA-B*1502) กรณีตรวจพบยีนส์แพ้ยาส่งข้อมูลต่อเภสัชกรบันทึกตามแนวทางป้องกันแพ้ยาซ้ำ</p> <p>3. ปรับแนวทางการสื่อสารระหว่างห้อง lab และฝ่ายเภสัชใหม่ ดังนี้ กรณีมีผลการตรวจยีนส์ให้ห้อง lab รายงานฝ่ายเภสัชทุกรายทั้งผล negative และ positive โดยผ่านทางไลน์ MMS ซึ่งแนวทางเดิม รายงานเฉพาะผล Positive เท่านั้นและฝ่ายเภสัชจะเป็นคน Pop up ใน Host XP</p> <p>4. สื่อสารอุบัติการณ์ที่เกิดในห้องศัลยกรรมรับทราบ</p> <p>5. ระบบ Pop Up แพ้ยา / เฝ้าระวังการแพ้ยา</p>	แพ้ยารุนแรง	มีการติดตาม พบปี 2565 1 ราย



# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



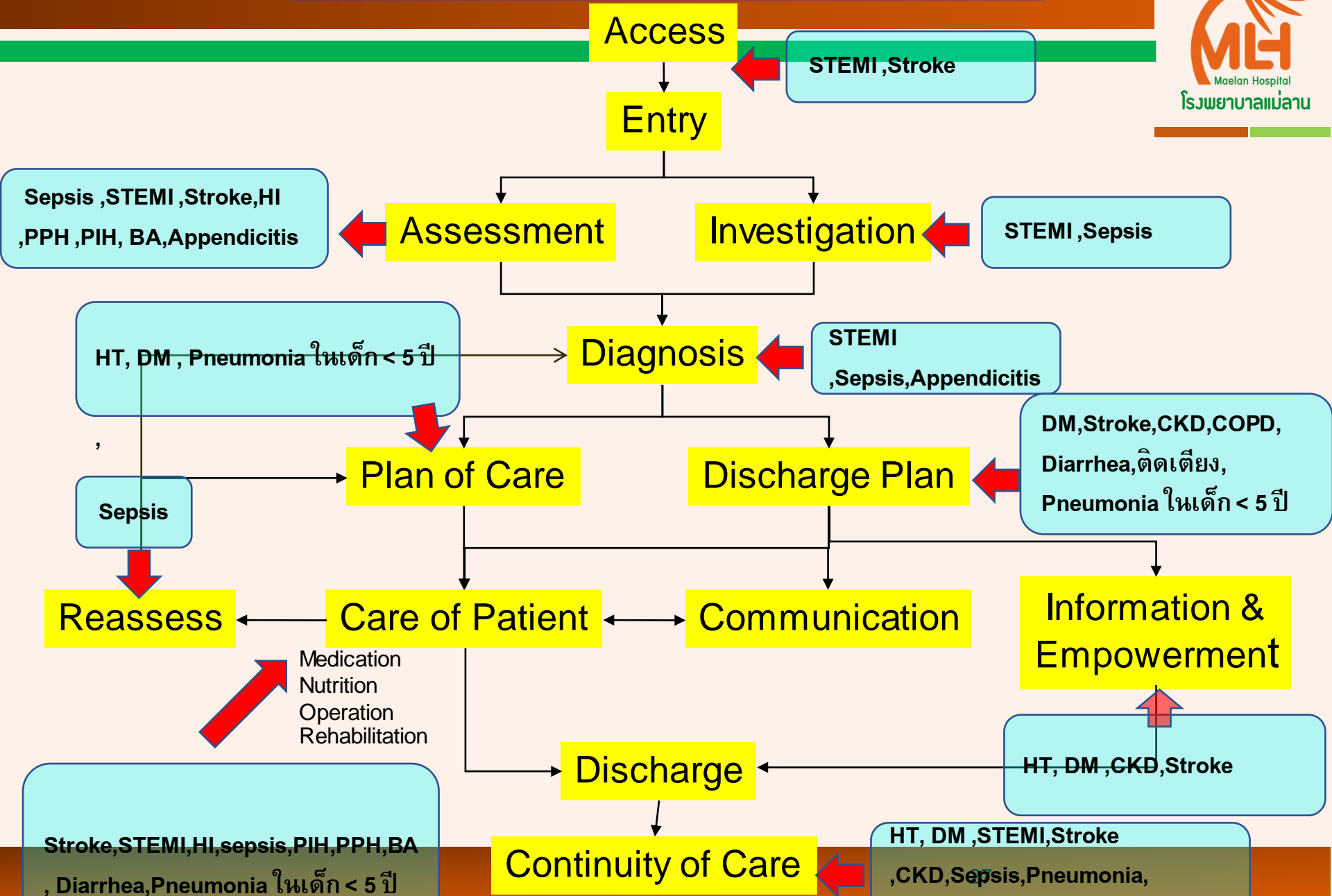
ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/การควบคุม
ทรุดลง	6 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.ทำ KM เรื่องเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk รายโรคผู้ป่วยกลุ่ม fast tract (STEMI, Stroke, Sepsis) กลุ่มโรคสำคัญ HT, DM,COPD, CKD , PPH, PIH ,sepsis , Head injury</li> <li>2. พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง อาการตาม Specific clinical risk รายโรค , กำหนด EWS, เกณฑ์การรายงานแพทย์ , เกณฑ์ที่แพทย์มาตรวจทันที</li> <li>3.กำหนดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ วางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk ผ่านระบบProgress PCT , Progresss note ในDoctor Oder sheet</li> <li>4. แนวทางการตรวจวินิจฉัย Abdominal pain</li> <li>5. ทบทวนเกณฑ์การรายงานแพทย์ เช่นในกลุ่มผู้รับบริการที่ Re visit</li> <li>6. ทบทวนเกณฑ์การ Admit , Refer</li> <li>7. ระบบconsult แพทย์เฉพาะทาง</li> <li>8. มีการติดตามนิเทศ กำกับ การปฏิบัติตามแนวทาง โดยทีม นำทางคลินิก Round หน่วยงาน</li> </ol>	<p>กลุ่ม fast tract (STEMI, Stroke, Sepsis)</p> <p>กลุ่มโรค HT,DM,COPD, CKD , PPH, PIH,sepsis, Head injury</p> <p>Appendicitis , Bronchitis ,Epilepsy</p>	<p>ปี 2566 พบ</p> <p>Abdominal pain 7 ราย Revisitแล้ว refer ด้วย Appendicitis , Bronchitis 1ราย</p> <p>Revisit refer ด้วย Respiratory fail จากในแผนกผู้ป่วยใหม่มีอาการทรุดลงจากกลุ่มโรค NSTEMI, COPD พบ</p> <p>Respiratory failure และ Hypovolemic Shock ,ประวัติ</p> <p>Epilepsy ยังไม่รักษา มารพ.ด้วย stress ขณะรอรับยา มีอาการชักเกร็ง</p>

# ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน



ความเสี่ยง	ระดับความเสี่ยง (Risk Level)	มาตรการป้องกัน	โรคหรือกระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ผลการติดตาม/ การควบคุม
ฉีดยาผิด	3 คะแนน	<ol style="list-style-type: none"> <li>ระบบ Double check ก่อนมอบบัตรนัด</li> <li>การบริหารยาตามหลัก 8 R</li> <li>การสื่อสารแนวทางการฉีดยา Insulin</li> <li>แนวทางการการจัดเก็บยาที่ลักษณะคล้ายกัน (LASA)</li> <li>ให้แวนชยายในหน่วยงานที่มีการบริหารยา</li> </ol>	ฉีดยาผิด	<p>ปี 2565 พบอุบัติการณ์ 1 ครั้ง ฉีด ยา Methergin ในเด็กแรกเกิด ติดตามไม่พบภาวะผิดปกติ</p> <p>ปี 2567 พบอุบัติการณ์ 2 ครั้ง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ฉีดยา Bricanyl V (แพทย์ order Buscopan)</li> <li>ฉีด NPH 20 Unit at 20 น. (แพทย์ order NPH 6 Unit at 20 น.)</li> </ol>

# ภาพรวมระบบการดูแลผู้ป่วย



## ผลการดำเนินการสำคัญในภาพรวมและความภาคภูมิใจ

1. ราชวิทยาลัย การนำเสนอ Risk register ระดับจังหวัด เรื่อง Dispensing Error ระดับจังหวัด
2. นวัตกรรมเข็มขัดระบุตำแหน่งการฉีดยา Enoxaparin inj เพื่อให้การบริหารยาได้ถูกตำแหน่ง
3. การพัฒนากล่องยา HAD ,PPH และ PIH เพื่อตอบสนองความพร้อมใช้ให้กับผู้ป่วย
4. Out lab ปักหมุด เพื่อติดตามผล lab ได้อย่างครอบคลุม
5. ผู้ป่วย HT ในเขตรับผิดชอบสามารถควบคุมโรคได้เป็นอันดับ 1 ระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง
6. เข้าใจ เข้าถึงบริการผ่าน application line อย่างไม่ไร้รอยต่อ ในกลุ่ม WCC ANC ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้
7. ตารางนัดหมายออนไลน์ by Notion Part 2 ช่วยทำให้เข้าถึงการรับบริการทันตกรรมได้ง่าย ลดเวลารอคอย

## การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาล และความดันได้	ผู้ป่วยเบาหวาน ความ ดัน ควบคุมโรคได้	CQI	การใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interview ) พบว่าผู้ป่วยมีการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ควบคุมโรคได้ ในปี 2566 คิดเป็น 41 %
Fast 10	ผู้ป่วย stroke fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	CQI	ผู้ป่วย stroke fast tract ได้รับการส่งต่อ ภายใน 30 นาที ในปี 2566 = 38.46 %
Checklist ครบ ครอบคลุมคัดกรอง ANC ตามเกณฑ์	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการ คัดกรองความเสี่ยงทุก ราย	CQI	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ในปี 2566 = 100%

## การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
พัฒนาระสิทธิภาพการวางแผนจำหน่ายโรค Pneumonia ในเด็ก	มารดา/ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Pneumonia >80% อัตราการ Readmit Pneumonia ในเด็ก ลดลงร้อยละ 10	การให้ความรู้โดยใช้ Discharge plan pneumonia model ใช้สื่อ Model บ้านแสนสุข	ปี 2566 อัตรามารดา/ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Pneumonia คิดเป็น 97 % อัตราการ Readmit Pneumonia ในเด็กลดลง คิดเป็น 1.59 % ( 1/63)
พัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	พัฒนาผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ใช้ Activity Protocol ในการดูแลร่วมกัน	ปี 2566 ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ 100%

## การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
<p>เข็มขัดระบุตำแหน่ง การฉีดยา Enoxaparin inj</p>	<p>เพื่อให้การบริหารยาได้ ถูกตำแหน่ง</p>	<p>นวัตกรรม</p>	<p>ตำแหน่งฉีดถูกต้อง ไม่พบอุบัติเหตุฉีดยา</p>
<p>การพัฒนากล่องยา HAD ,PPH และ PIH</p>	<p>เพื่อตอบสนองความ พร้อมใช้ให้กับผู้ป่วย</p>	<p>นวัตกรรม</p>	<p>กล่องยามีความพร้อมใช้เมื่อมีภาวะ ฉุกเฉินหรือ Refer</p>
<p>Out lab ปักหมุด</p>	<p>เพื่อติดตามผล lab ได้ อย่างครอบคลุม</p>	<p>นวัตกรรม</p>	<p>ผล lab ( Out lab ) ได้รับผลตามเวลา ครบถ้วน</p>
<p>ตารางนัดหมาย ออนไลน์ by Notion Part 2</p>	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับ บริการทันตกรรมได้ง่าย ลดเวลารอคอย</p>	<p>นวัตกรรม</p>	<p>บริหารจัดการภายในคลินิกทันตกรรมได้ ง่ายขึ้น</p>

# แผนการพัฒนาคูณภาพ การวิจัย และนวัตกรรม

- กลุ่มโรคอุบัติเหตุ จุกฉิมและอยู่ในภาวะวิกฤตเสี่ยงสูง ได้แก่
- Trauma: Head injury ( Traffic Braine Injury ), Fracture , Animal Bites
- Non Trauma : Acute disease Fast track ACS, Stroke, Sepsis

1. ผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. ไป check list การคัดกรองผู้ป่วย ACS ,Stroke
- 3.VDO call line แพทย์ รายงาน EKG ผ่านไลน์
- 4.Monitor EKG แบบ realtime จนถึงรพท.
5. เพิ่ม lab lactate ในการวินิจฉัย Sepsis
6. ร่วมซ้อมแผนเผชิญเหตุกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกปี



# แผนการพัฒนาคูณภาพ การวิจัย และนวัตกรรม

- กลุ่มโรคเรื้อรัง (Chronic disease) : HT , DM, COPD

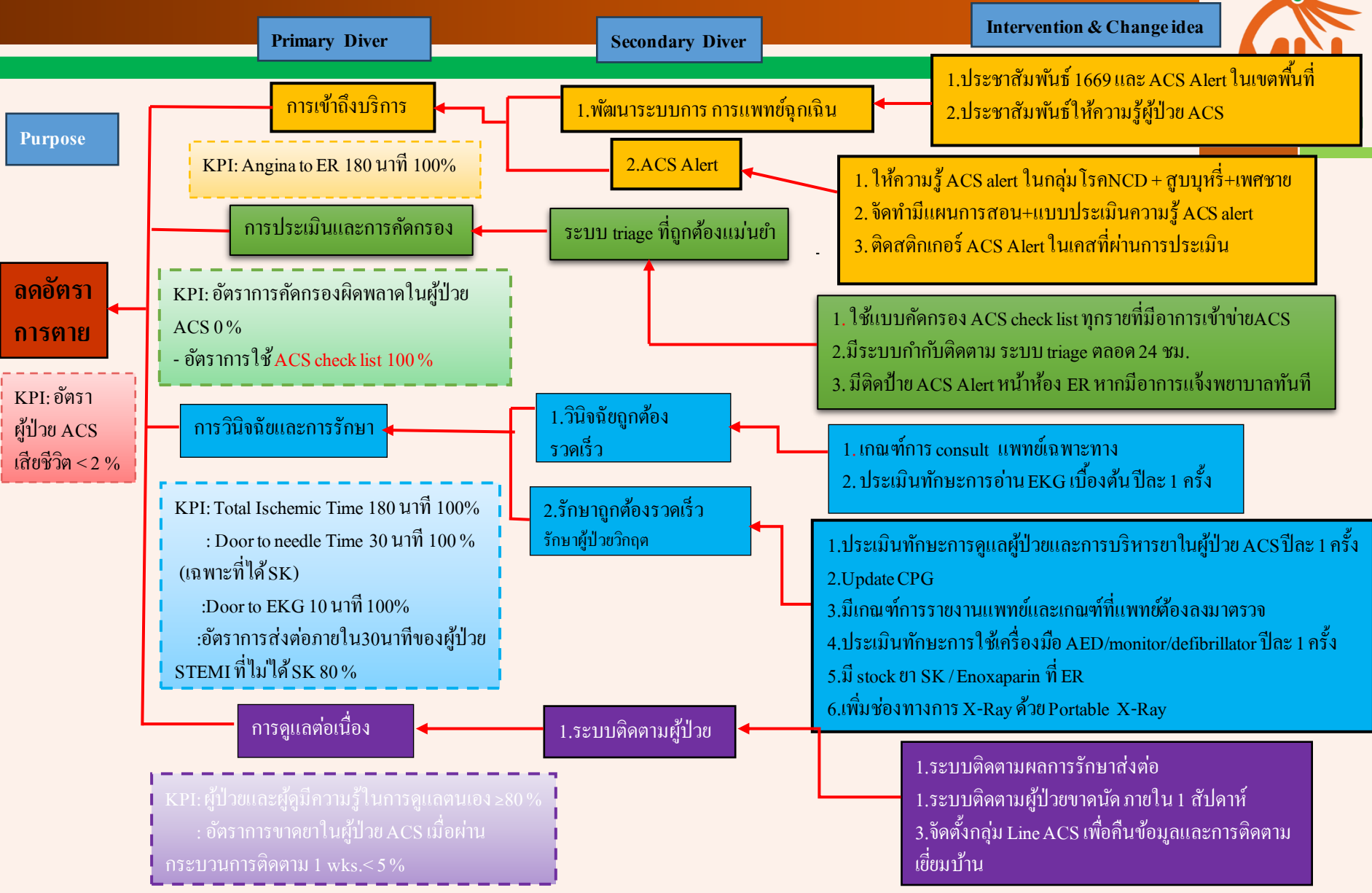
1. แนวทางการทำ SMBG, SMBP ในผู้ป่วย Uncontroll
2. สร้างภาคีเครือข่าย / แกนนำในชุมชน เพื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย
3. ส่งเสริมชมรมโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน โดยกลุ่มผู้ป่วย/ แกนนำในชุมชน
4. นโยบาย NCD New normal
5. ผู้ป่วย COPD ประเมิน CAT Score , ประเมิน mMRC , ตรวจSpirometry ปีละครั้งเพื่อจัดระดับผู้ป่วยและให้การรักษาตามแนวทาง

## แผนพัฒนาในอนาคต

1. ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคเชิงรุก โดยจัดตั้งศูนย์ Health station ในชุมชน  
นำร่องที่ อบต.ม่วงเตี้ย และมีแผนขยายให้ครอบคลุมทั้งอำเภอ
2. เจ้าหน้าที่ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยหลายสาขาเพิ่มมากขึ้น ได้แก่  
ทันตกรรมในเด็ก , ศัลยกรรมในช่องปาก, ทันตกรรมประดิษฐ์, การดูแลหญิง  
ตั้งครรภ์เสี่ยงเฉพา, การดูแลผู้ป่วย rehab ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้ารับบริการ  
ที่มีความครอบคลุมมากขึ้น
3. ขยายบริการแพทย์แผนไทย กายภาพที่บ้าน
4. การปรับ Hos xp Version 4 มาใช้ในการประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยได้  
รวดเร็วและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

# ข้อมูลคุณภาพของแต่ละโรค / หัตถการ (Clinical Tracer, Clinical Quality Summary)

# 1. Driver diagram ACS



# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย ACS



อาการเบื้องต้น  
เจ็บแน่นหน้าอก เหมือนถูกบีบ/ทับ ร้าวไปกรามและไหล่/แขนๆที่คอ  
ถูกเสียดแน่นได้สั้นๆ หนึ่งหอบ/นอนราบไม่ได้

## Risk Factor

1. เคยเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ/ หลอดเลือดสมองตีบ
2. ไขมันในเลือดสูง
3. มีประวัติ HT /DM4. มีประวัติครอบครัวหลอดเลือดหัวใจ
5. สูบบุหรี่ 6. อายุมาก  $\geq 35$  ปี

คัดกรองใช้ ACS Check list (ภาคผนวก) ถ้าพบ 1 ใน 6 ข้อ /Risk Factor 1 ใน 6 ข้อ

EKG+รายงานแพทย์

STEMI

Confirm STEMI staff Med.  
รพ.ปัตตานี

Consult cardio intervention  
Staff รพ.ยะลา

Refer

On HL LAB CBC BUN Cr E'lyte FBS  
Coagulogram (INR,PT,PTT) Trop-t CXR  
- ASA 81 mg 4 tab เคี้ยว stat  
- Isordil 1 tab SL (ดุลยพินิจของแพทย์)  
- Clopidogrel 75 mg 4 tab oral stat (age < 75 ปี)  
- Clopidogrel 75 mg 1 tab oral stat (age > 75 ปี)  
- O2 therapy กรณี O2 sat < 92 %  
\*\*\* Morphine (ดุลยพินิจของแพทย์)

NSTEMI

Consult Med .ปัตตานี

Refer

Admit

Enoxaparin

Unstable angina

Unstable angina พิจารณาจาก  
TIMI risk score

Intermediate / High risk (ระบุในchart)

Consult Med ปัตตานี ตามดุลยพินิจแพทย์

Re-assessment กรณี admit

- ประเมินอาการแสดงทุก 2-4 ชั่วโมงหรือทันทีเมื่อมีอาการพร้อมประเมิน Pain Score
- EKG เมื่อมีอาการเจ็บหน้าอก / Trop-T ตามดุลยพินิจ

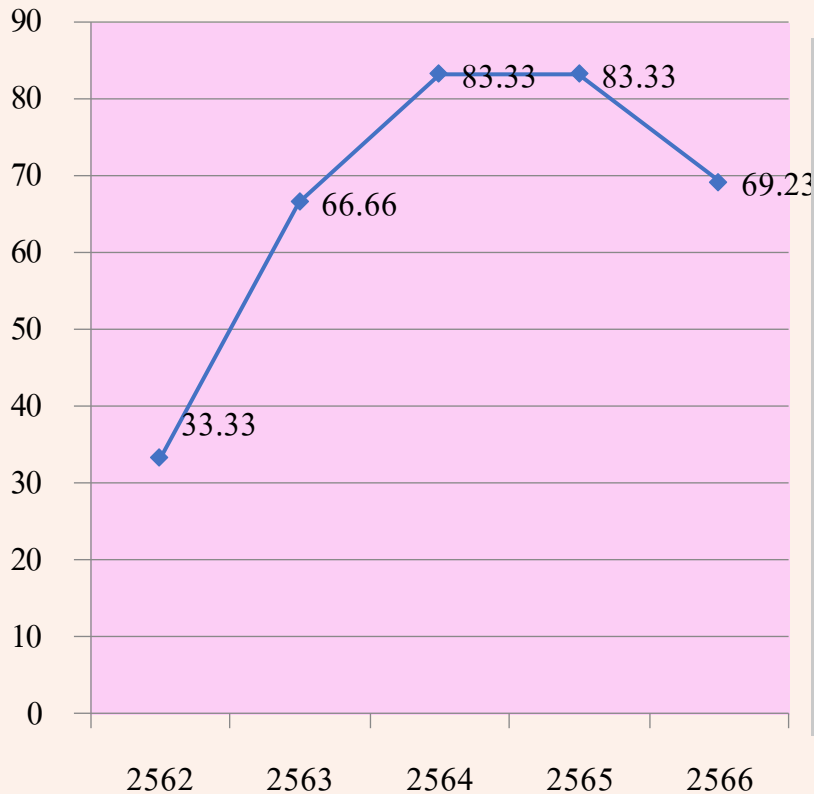
# การจัดกระบวนการ



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบของกระบวนการ
การเข้าถึงบริการ	1. ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว	1. Angina to ER 180 นาที 100 % 2. ผู้ป่วยในกลุ่มโรค NCD + สูบหรี่+เพศชาย มีความรู้ ACS alert ใน 70%	1. ให้ความรู้ ACS alert 2. ประชาสัมพันธ์ 1669 ให้ทั่วถึงทุกพื้นที่ 3. ให้ความรู้ AC Salert ในกลุ่มโรค NCD + สูบหรี่+เพศชาย 4. มีแผนการสอน+แบบประเมินความรู้ ACS alert 5. ติดสติ๊กเกอร์ ACS Alert ในเคสที่ผ่านการประเมิน
การประเมินและการคัดกรอง	1. ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองอย่างรวดเร็วและปลอดภัย	1. อัตราการคัดกรองผิดพลาดในผู้ป่วย ACS 0 %	1. มีแบบคัดกรอง ACS check list 2. มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพ/EMT เป็นผู้ triage ตลอด 24 ชม.
การวินิจฉัยและการรักษา	1. วินิจฉัยได้อย่างรวดเร็ว 2. ให้การรักษาที่ถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	1. Ischemic Time 180 นาที 100 % 2. Door to needle Time 30 นาที 100 % (เฉพาะที่ได้ SK) 3. Door to EKG 10 นาที 100 % 4. อัตราการส่งต่อภายใน 30 นาทีของผู้ป่วย STEMI ที่ไม่ได้ SK 80 %	1. มีระบบ consult แพทย์ 2. ทักษะการอ่าน EKG (แพทย์, พยาบาล) 3. ทักษะการบริหารยา SK และยาช่วยชีวิต 4. Update CPG 5. แพทย์เวรประจำ ER/ VDO call line แพทย์ 6. ทักษะการใช้เครื่องมือ AED/monitor/defibrillator 7. มี stock ยา SK / Enoxaparin ที่ ER
การดูแลต่อเนื่อง	1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง	1. ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง 2. อัตราการขาดยาในผู้ป่วย ACS เมื่อผ่านกระบวนการติดตาม 1 wks. < 5 %	1. ระบบติดตามผลการรักษาส่งต่อ 1. ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด 3. จัดตั้งกลุ่ม Line ACS เพื่อคืนข้อมูลและการติดตามเยี่ยมบ้าน

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

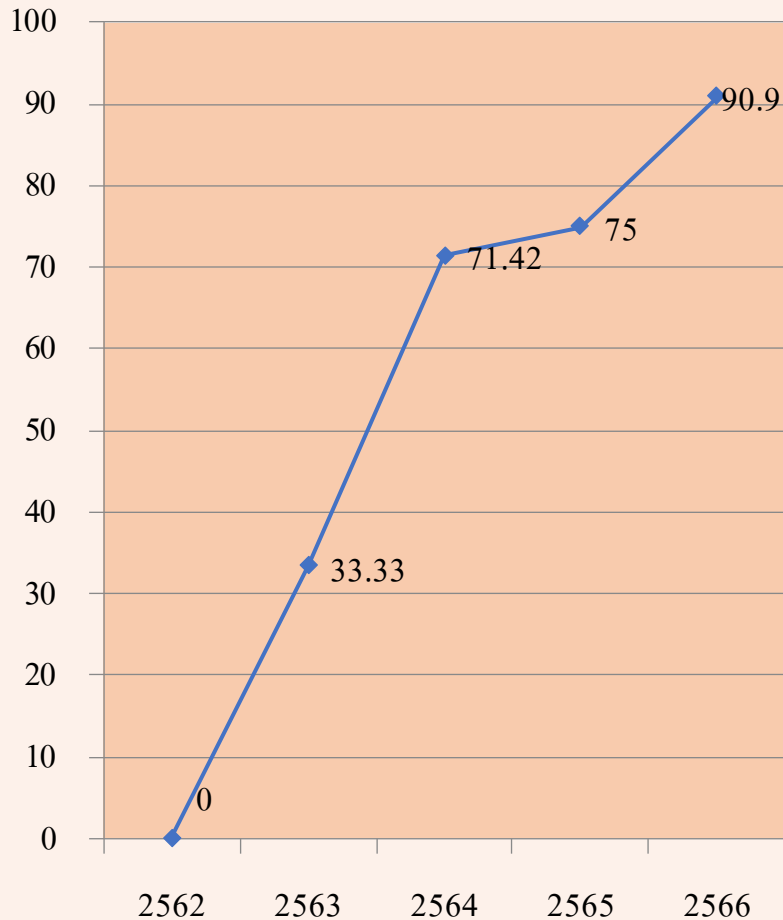
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที 100 %



- ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้โรค การตัดสินใจของญาติ ได้ออกแบบกระบวนการพัฒนาเพื่อให้ การเข้าถึงระบบบริการในโรคสำคัญดังนี้ จัดอบรมสม. เชี่ยวชาญเพื่อให้มีความรู้เรื่องระบบ 1669 ,CVD risk และ 3S ( stroke STEMI Sepsis) เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยใน cathment area ที่รับผิดชอบได้
- ความรู้ในเรื่อง STEMI alert การติดสติ๊กเกอร์ STEMI alert ใน กลุ่มผู้ป่วย NCD
- การผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ใน อำเภอ ผลการดำเนินการอัตราการเข้าถึงของ STEMI ได้ ดำเนินการวางแผนร่วมกับภาคชุมชนในการพัฒนาการเข้าถึง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

## Door to needle 30 นาที (STEMI) 100 %



จากการเก็บข้อมูล Door to needle 30 นาที (STEMI) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ข้อมูลปี 62 พบผู้ป่วย STEMI 3 ราย ไม่ได้ SK เนื่องจากผู้ป่วยปฏิเสธให้ SK และมาช้าเกิน 3 ชม. ปี 63 64 และ 65 พบปัญหาการญาติตัดสินใจนาน delay DX. แพทย์ลงมาดูอาการช้าและรพ.ยะลาปฏิเสธรับผู้ป่วย SK 2 ราย ทำให้เสียเวลาในการ consult แพทย์ไปมา ปี 66 ไม่ได้ SK 1 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงต้องให้ยาลดความดัน

### แนวทางการแก้ไข

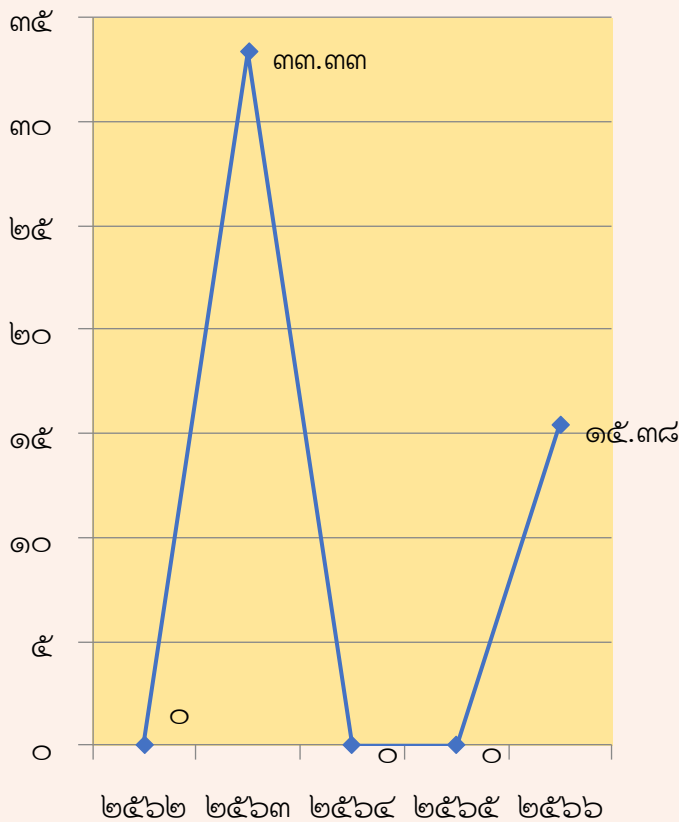
1. มีระบบ consult แพทย์
2. ทักชะการอ่าน EKG (แพทย์, พยาบาล)
3. ทักชะการบริหารยา SK และยาช่วยชีวิต
4. Update CPG
5. แพทย์เวรประจำ ER/ VDO call line แพทย์
6. ทักชะการใช้เครื่องมือ AED/monitor/defibrillator
7. มี stock ยา SK / Enoxaparin ที่ ER



# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต < 2%

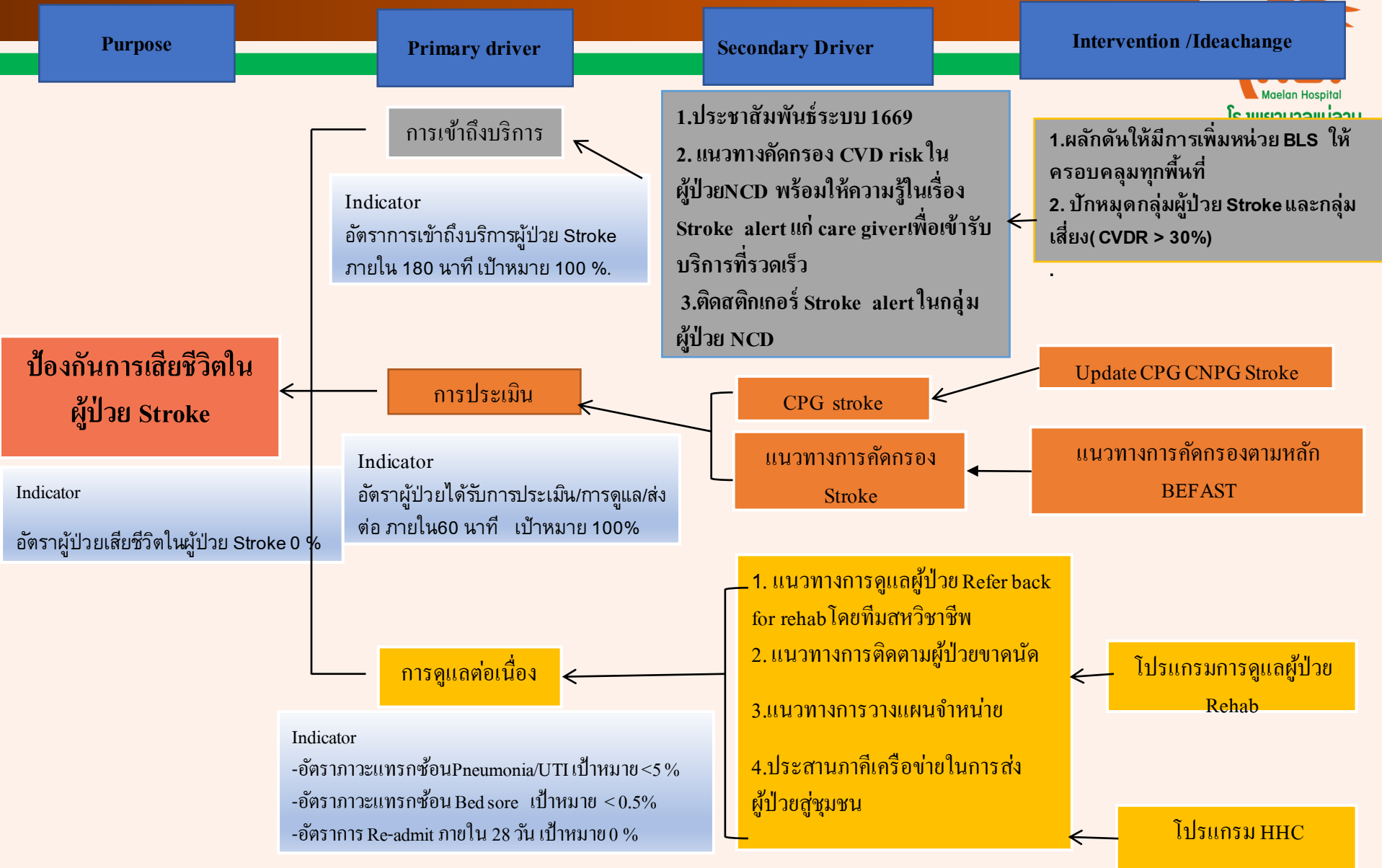


- อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตในผู้ป่วย STEMI พบในปี 2563 มีแนวโน้มสูงมีการเสียชีวิต 2 รายจาก Case STEMI 5 ราย จากปัญหาที่มีการทบทวนพบว่าสาเหตุเกิดจากผู้รับบริการเข้าถึงบริการล่าช้า, ผู้ป่วยและญาติมีการตัดสินใจในการให้ SK ล่าช้าทำให้มีการรักษาที่ล่าช้าตามมา จึงมีการดำเนินการเรื่องการรณรงค์ประชาสัมพันธ์การถึงระบบบริการด้วย 1669, ระบบ FR ในพื้นที่, มีการให้ความรู้เรื่องโรคสำคัญโรคกลุ่ม Fast track กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มคลินิก NCD (STEMI alert) จัดทำ visual management MI, มีแนวทางการให้การปรึกษา/การให้ข้อมูลในการตัดสินใจแก่ผู้ป่วยและญาติโดยแพทย์จากการดำเนินงานพบว่าปี 2564-2565 ไม่พบอัตราการตายในผู้ป่วย STEMI แต่ในปี 2566 พบการเสียชีวิต 2 ราย จากสาเหตุมีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยวิกฤต MI ไป x-ray ก่อนการให้ SK ทำให้ผู้ป่วย Arrests และอีกราย Arrests ขณะเคลื่อนย้ายเข้าห้องฉุกเฉินรพ. บัดธานี จึงมีการปรับแนวทางคือ กำหนดแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในภาวะวิกฤต MI เพิ่มช่องทางการ X-ray ด้วย portable xray ในกรณีที่แพทย์ต้องการวินิจฉัยเพิ่ม ปรับแนวทางการดูแลขณะส่งต่อ MI, เพิ่ม Pre-Arrest MI มีแบบบันทึกการตรวจเช็คอาการผู้ป่วยขณะส่งต่อหรือเคลื่อนย้ายเพิ่มเติม

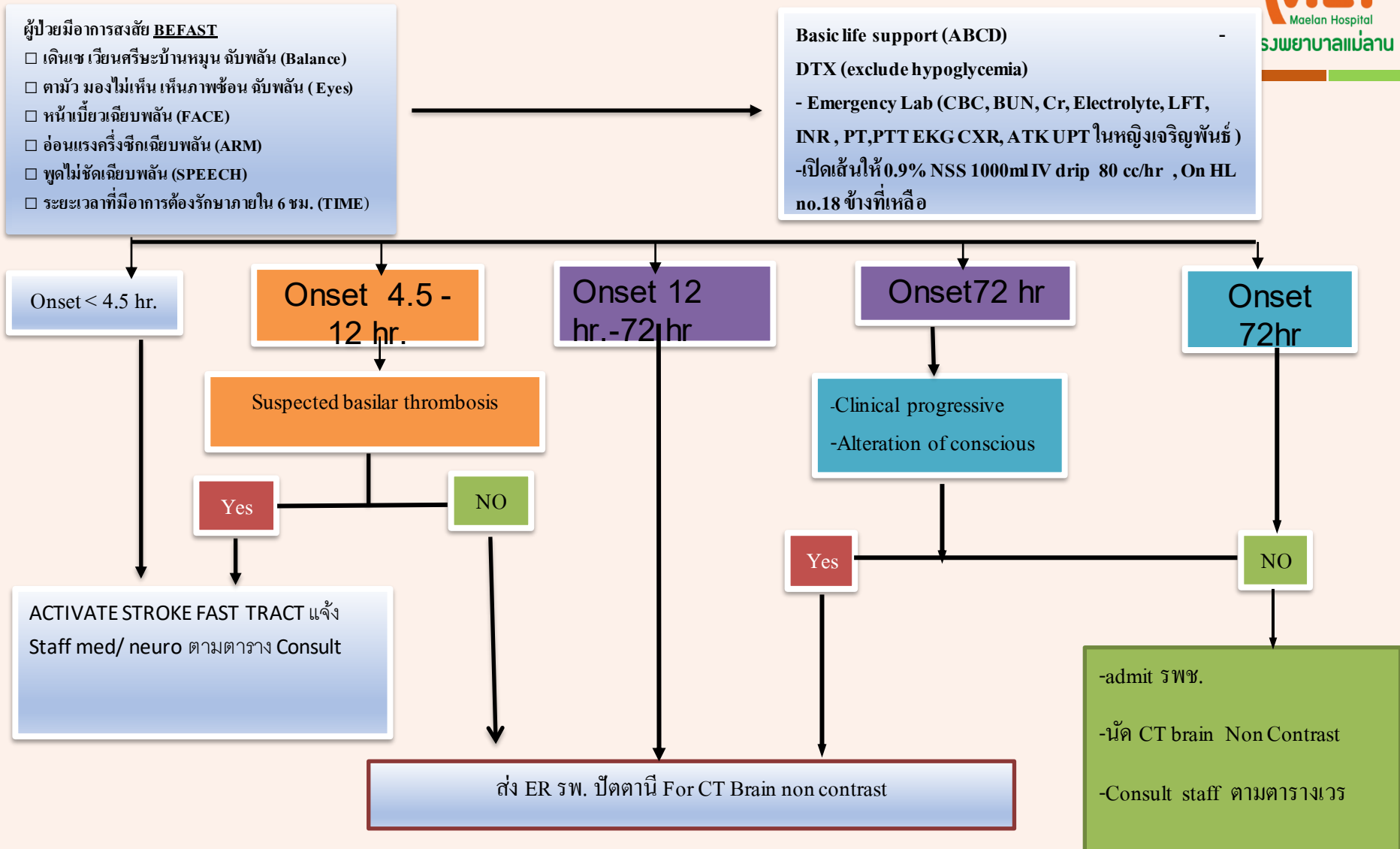
# 2. Driver diagram Stroke



Maelan Hospital  
โรงพยาบาลแมลัน



# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย Stroke



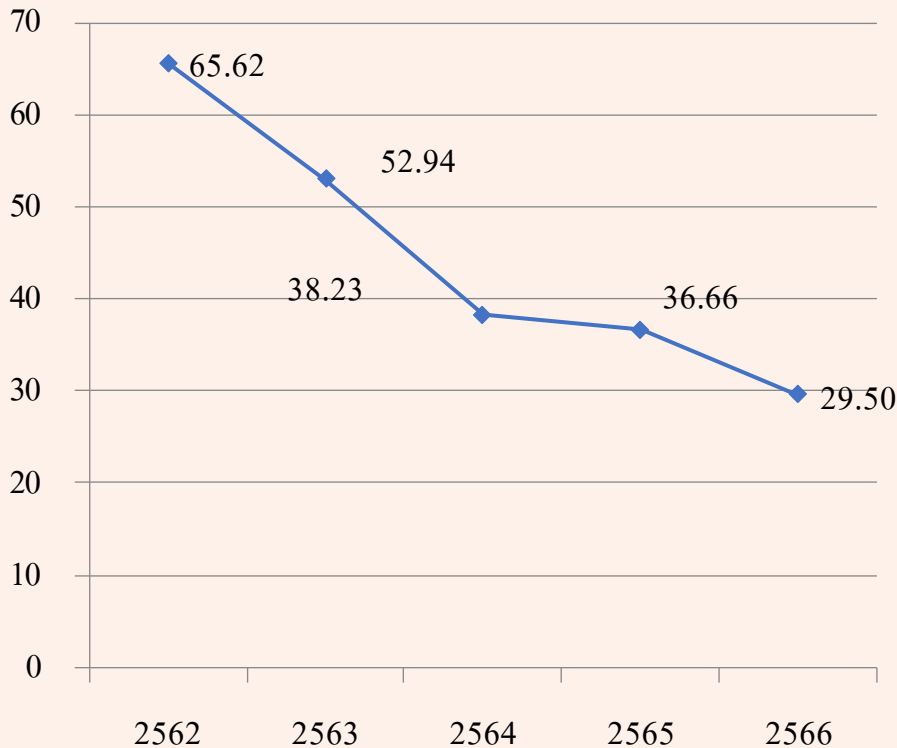
# การจัดกระบวนการ



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การเข้าถึงบริการ	-การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว	-การเข้าถึงบริการของผู้ป่วย Stroke โดยระบบ EMS -อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยStroke ภายใน 180 นาที เป้าหมาย 100%	1.ประชาสัมพันธ์ระบบ 1669 2. แนวทางคัดกรอง CVD risk ในผู้ป่วยNCD พร้อมให้ความรู้ในเรื่อง Stroke alertแก่ care giverเพื่อเข้ารับบริการที่รวดเร็ว 3.ติดสติ๊กเกอร์ Stroke alert ในกลุ่มผู้ป่วย NCD 4.ผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
การประเมินผู้ป่วย / การรักษา	การปฏิบัติตาม CPG	- การเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที เป้าหมาย 100% -ผู้ป่วยได้รับการประเมิน/การดูแล/ส่งต่อ ภายใน 60 นาที เป้าหมาย 100%	1.Update CPG CNPG Stroke 2. แนวทางการคัดกรองตามหลัก BEFAST BEFAST 3.แนวทางการ Refer back for rehab
การดูแลต่อเนื่อง	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	-อัตราการแทรกซ้อน Pneumonia, UTI เป้าหมาย <5 % -อัตราการแทรกซ้อน Bed sore เป้าหมาย <0.5% - อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน เป้าหมาย 0 %	1. แนวทางการดูแลผู้ป่วย Refer back for rehabโดยทีมสหวิชาชีพ 2. แนวทางการติดตามผู้ป่วยขาดนัด 3.แนวทางการวางแผนจำหน่าย 4.แนวทางการส่งผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องผ่าน program HHC

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

## อัตราการเข้าถึงผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที 100%

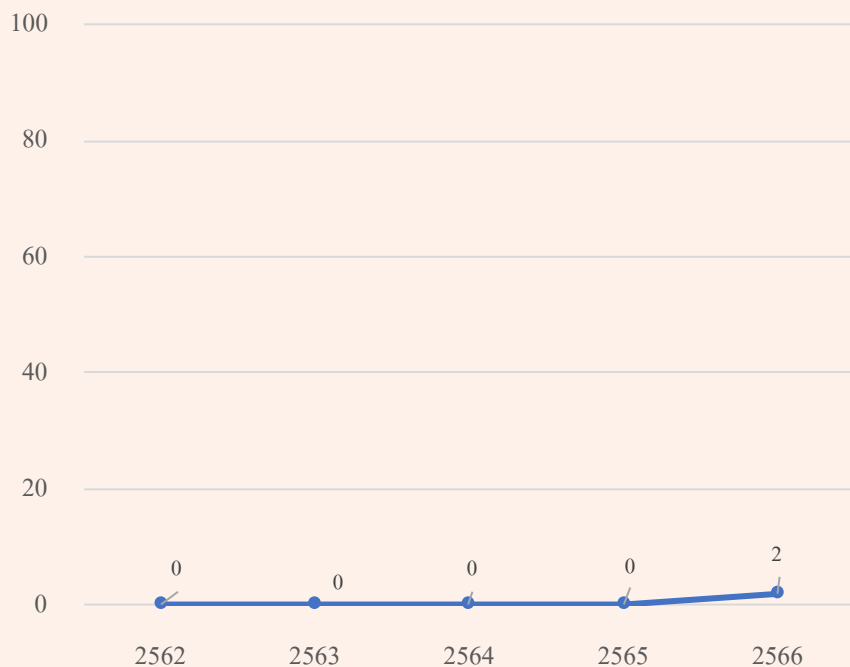


- ผู้ป่วย Stroke เข้าถึงล่าช้าเนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้โรค การตัดสินใจของญาติ เลือกรักษา กับหมอบ้านก่อนมาโรงพยาบาล ได้ออกแบบ กระบวนการพัฒนาเพื่อให้การเข้าถึงระบบบริการ ในโรคสำคัญดังนี้ พัฒนาระบบประชาสัมพันธ์ ระบบบริการ 1669 การให้ความรู้ประชาชน / อสม/ แกนนำชุมชน เกี่ยวกับอาการของโรคโดยเฉพาะ กลุ่ม Smoking/ CVD risk > 30 % พร้อมให้ความรู้ ในเรื่อง stroke alert การติดสติ๊กเกอร์ stroke alert ในกลุ่มผู้ป่วย NCD การผลักดันให้มีการเพิ่ม หน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอ เพื่อให้ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จึงได้ดำเนินการ วางแผนร่วมกับภาคชุมชนในการพัฒนาการเข้าถึง เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราผู้ป่วยเสียชีวิตในผู้ป่วย Stroke 0 %



- โรงพยาบาลแม่ลานพบอัตราการตายในผู้ป่วย Stroke ปี 66 2 ราย คือ Hemorrhage 1 ราย การเข้าถึงล่าช้า และ recurrent stroke 1 ราย (เสียชีวิตจากบ้านนำศพมาชันสูตร) แนวทางการพัฒนามีดังนี้ 1. ระบบ Stroke Alert ในรูปแบบ visual management ชัดเจนในชุมชน 2. การให้ความรู้เรื่องโรคสำคัญ โรคกลุ่ม Fast track กับประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มคลินิก NCD 3. แนวทางที่ชัดเจนมาจากแม่ข่ายโดยการดูแล ผู้ป่วย Stroke มีการแยก Stroke fast track และ Non Fast 4. แบบฟอร์มการบันทึกดูแลในรูปแบบเดียวกัน 5. คนไข้ทุกรายเข้าถึงการวินิจฉัยโรคด้วยการ CT Scan 6. แผนการดูแลผู้ป่วย Stroke ในกลุ่มผู้ป่วยใน ตั้งแต่แรกรับจนถึงการฟื้นฟูที่บ้าน 7. การดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นสหวิชาชีพ 8. ระบบการส่งต่อข้อมูลลงสู่ชุมชน 9. การดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยอสม. ในเขตรับผิดชอบ

Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Interventions/Change Idea



# 3.Driver diagram HI

## ลดอัตราการตาย

-ลดอัตราการตายในผู้ป่วย HI 5%  
-อัตราการตายผู้ป่วยใน 24 ชม. 0 %

การเข้าถึงที่รวดเร็ว

Door to ER 60 นาที 100%

การดูแลรักษาที่รวดเร็ว

อัตราผู้ป่วยทรุดลงขณะอยู่ในความดูแล

การดูแลต่อเนื่อง/การส่งต่อภายใน 1 ชม.

-Moderate - severe HI ได้รับการส่งต่อใน 1 ชม.  
-Re-visit ภายใน 48 ชม. ในผู้ป่วย HI

ระบบ EMS มีประสิทธิภาพ เข้าถึงเร็ว

การดูแลก่อนนำมารพ. ถูกต้อง

แบบประเมิน HI / GCS

แนวทางการดูแล HI

ระบบการ consult staff

การดูแลตามแนวทางการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

การมีอัตราค้างรีเฟอร์ที่เพียงพอ

ผลักดันการเกิด FR 1 ตำบลแม่ลาน  
FR ได้ขึ้นทะเบียนหน่วยปฏิบัติการแพทย์ ระดับพื้นฐาน

แบบประเมินประสิทธิภาพของ FR  
อบรมการช่วยเหลือ/เคลื่อนย้ายที่มีประสิทธิภาพ แก่ FR

มี CPG HI fast track

เก็บข้อมูลระยะเวลาแต่ละขั้นตอน เพื่อ LEAN

standing order HI fast track

แบบบันทึก Check list แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลการส่งต่อ HI

การ Monitor ผู้ป่วยผ่านระบบ D1669 online

แนวทางการขออัตราค้างรับพยาบาลเวรสำรอง

-ร้อยละการดูแลถูกต้องของ FR=100

-ประเมินความรู้ FR ร้อยละ >80

ลดระยะเวลาในการจัดการปัญหาก่อนส่งต่อได้ ร้อยละ 50

ร้อยละการปฏิบัติตาม standing order >80

อัตราการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงขณะนำส่งได้ 100 %

ร้อยละเรียกรวบรวมสำรองทันเวลา >90

# Flow Chart Head Injury

## Traumatic Brain Injury

### Mild Head injury (GCS 13-15)

#### กลุ่มที่ 1 Low risk

- Asymptomatic
- GCS 15
- No headache

จำหน่ายกลับบ้าน  
\*\*ต้องมีครบทุกข้อ\*\*

แพทย์ให้  
**Admit**

#### Admit

1. On 0.9 % NSS /Lab CBC
  ๒. Observe neurological sign
- Every 30 mins for 2 hours then
  - Every 1 hour for 4 hours then
  - Every 2 hours จนครบ ๒๔ ชั่วโมง

### Moderate head injury (GCS 9-12)

- On O2 mask with bag
- On ET-tube if deterioration
- On 0.9% NSS และ On Hard collar ทุกสาย

#### กลุ่มที่ 2 Moderate risk

1. GCS 13-14
  2. GCS 15 และมี Vomiting (>2 episodes)
- Loss of consciousness
  - Headache
  - Post-traumatic amnesia
  - Drug/alcohol intoxication
  - Risk of bleeding tendency
  - Dangerous mechanisms (มีอย่างน้อย 1 ข้อ)

**consult staff**

### Severe head injury (GCS 3-8)

- On ET-tube ทุกสาย
- On 0.9% NSS และ On Hard collar ทุกสาย

#### กลุ่มที่ 3 High risk

1. GCS < 15 หลังได้รับอุบัติเหตุ มาแล้ว 2 ชั่วโมง
2. สงสัย opened skull fracture และ/หรือ fracture base of skull
3. Vomiting (≥ 2 episodes)
4. GCS ลดลงอย่างน้อย 2 แต้ม โดยไม่ได้มี สาเหตุมาจาก seizures, drugs, shock หรือ metabolic factors
5. มี Focal neurological signs/ Agitation (กระสับกระส่าย)
6. Posttraumatic seizure
7. Age ≥ 65 และมี LOC หรือ amnesia
8. Use of anticoagulant (ASA, Warfarin, use) (มีอย่างน้อย 1 ข้อ)
9. Severe headache & Progressive N/V

#### **Refer**

1. เตรียมพร้อมภายใน 15 นาที
  2. ดูแลตาม ABCD step
  3. On 0.9% NSS และ On Hard collar ทุกสาย
  4. Suture for stop bleed ทุกสาย
- \*\*ห้ามพัน Elastic bandage ถ้า suture ได้\*\*

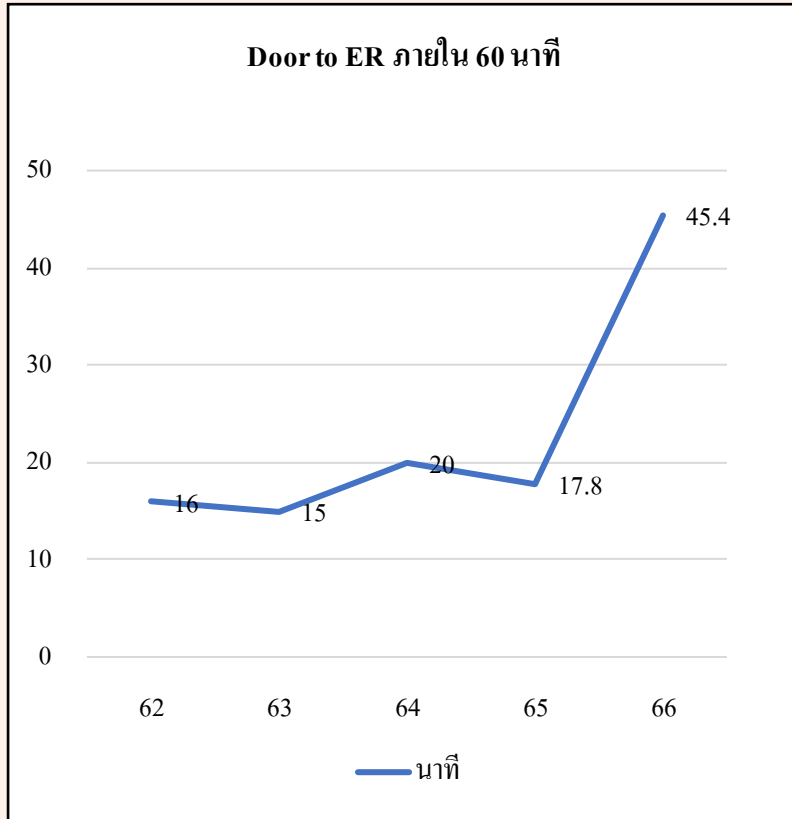


# การจัดกระบวนการ



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การเข้าถึงบริการ	ระบบ EMS ที่มีประสิทธิภาพ การดูแลก่อนนำส่งที่ถูกต้อง	-Door to ER ภายใน 60 นาที	-ผู้ป่วย HI ได้รับการบริการในระบบ EMS -จัดอบรมการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ
การดูแลรักษา / ส่งต่อ	ได้รับการดูแลตาม CPG	-ผู้ป่วย moderate-severe HI ได้รับการส่งต่อภายใน 60 นาที -อัตราการตายผู้ป่วยใน 24 ชม.	-ซ้อมแผนอุบัติเหตุดร่วมกับอำเภอ 3 เดือน/ครั้ง -ซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ 1 ปี/ครั้ง -ทบทวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจาก HI
การดูแลต่อเนื่อง	การดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง HI	-อัตราผู้ป่วยทรุดลงขณะอยู่ในความดูแล -อัตราการ Re-visit ภายใน 48 ชม. ในผู้ป่วย HI	-กำหนดผู้ป่วยกลุ่ม Mild HI ได้รับการ admit เพื่อสังเกตอาการ -การให้ข้อมูลเพื่อสังเกตอาการทางสมองที่ชัดเจน

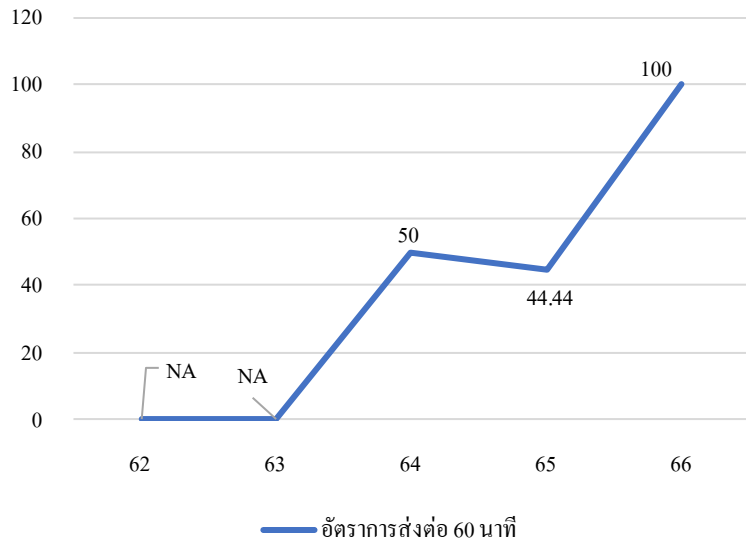
# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



ผู้ป่วย Moderate-Severe HI ใช้ระยะเวลาในการเข้ารับบริการนานขึ้น ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งไม่เกิน 60 นาที ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ามารับบริการโดยไม่ผ่านระบบบริการ 1669 มีการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ แต่พบว่าผู้ประสบเหตุนำส่งมีการผลักดันให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ในตำบลแม่ลาน เพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ไม่พบอัตราผู้ป่วยทรุดลงขณะอยู่ในความดูแลและผู้ป่วย Re-visit ภายใน 48 ชม. ในผู้ป่วย HI

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

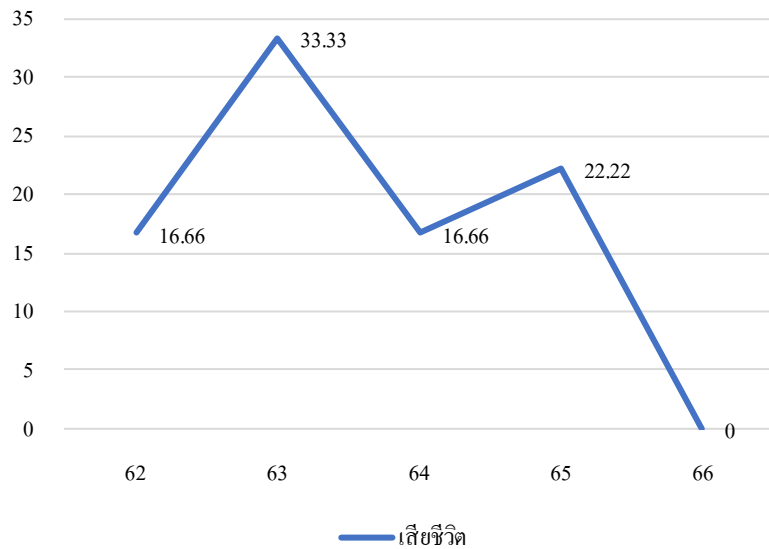
ผู้ป่วย moderate-severe HI ได้รับการส่งต่อ  
ภายใน 60 นาที



ผู้ป่วย Moderate-Severe HI ได้รับการส่งต่อภายใน 60 นาที มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากการพัฒนาระบบการส่งต่อที่ชัดเจนขึ้นในภาพของจังหวัด มีการใช้แนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในส่วนที่ยังไม่ผ่านเนื่องจากอัตราการเกิดอุบัติเหตุที่สูงขึ้น ความซับซ้อนของโรคที่ทีมต้องแก้ไขก่อนการนำส่ง เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความล่าช้าและได้รับการส่งต่อเกิน 60 นาที ในปี 66 พบได้รับการส่งต่อภายใน 60 นาที 100%

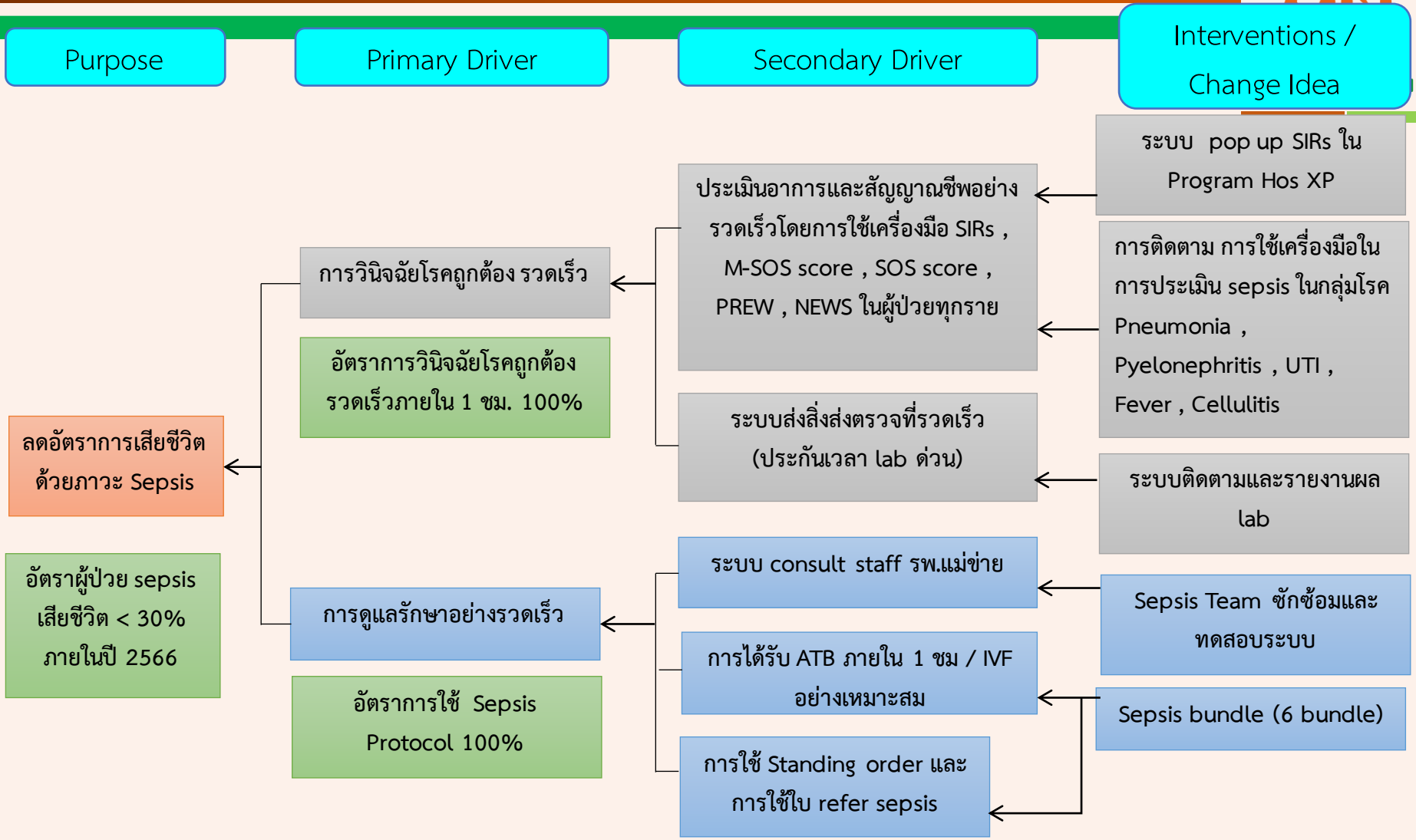
# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

อัตราการตายผู้ป่วยใน 24 ชม.

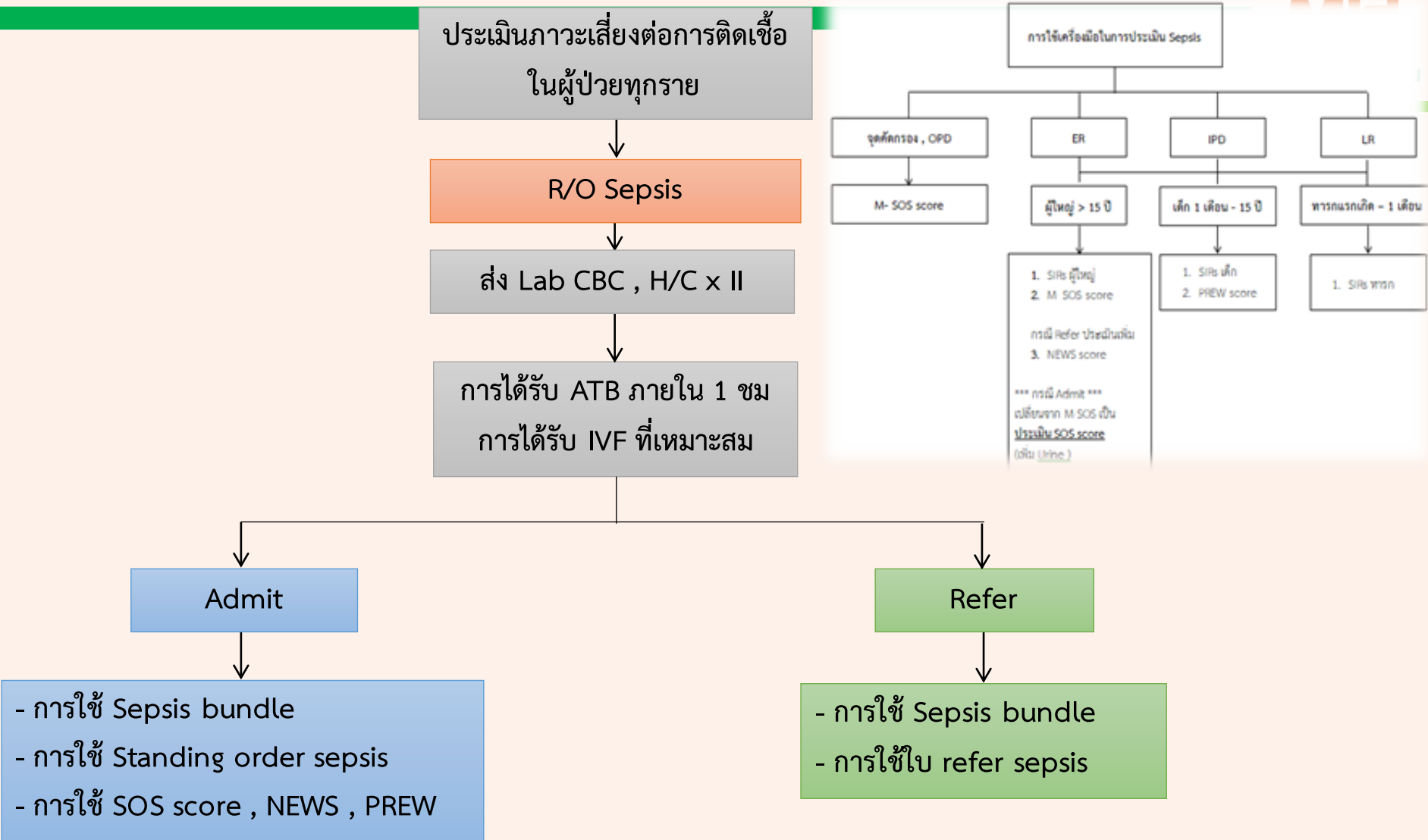


อัตราการตายผู้ป่วยใน 24 ชม. ในผู้ป่วย Moderate-Severe HI มีแนวโน้มลดลง จาก การที่มีแนวทางที่ชัดเจน การคัดแยกและ วินิจฉัยที่รวดเร็วขึ้น การกำหนดแนว ททางการ Consult staff โรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่มี ประสิทธิภาพ ในปี 66 ไม่พบการตาย ผู้ป่วยใน 24 ชม.

# 4. Driver Diagram Sepsis



# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย Sepsis



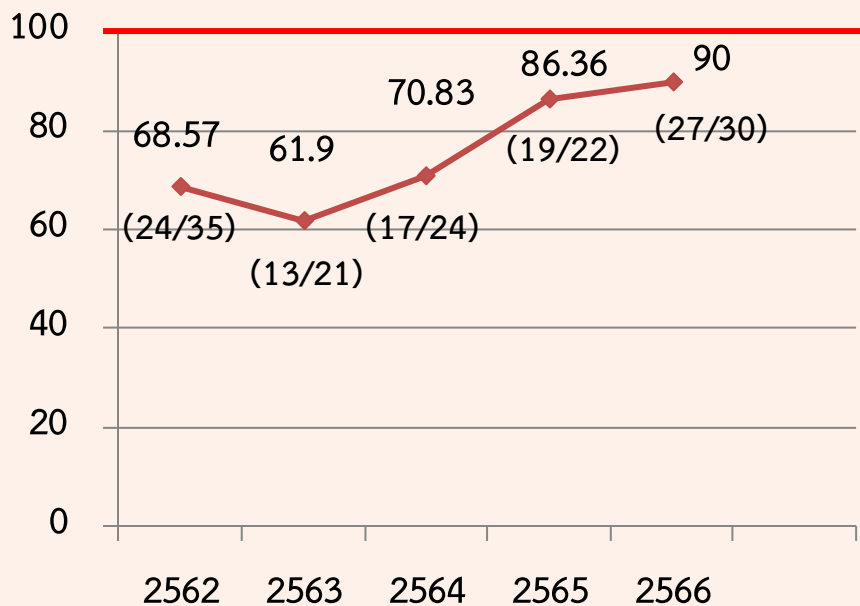
# การจัดการกระบวนการ Sepsis



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การวินิจฉัยโรคถูกต้อง รวดเร็ว	ประเมินอาการและสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว	อัตราการวินิจฉัยโรคถูกต้อง รวดเร็ว ภายใน 1 ชม.100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอาการและสัญญาณชีพอย่างรวดเร็ว โดยการใช้เครื่องมือ SIRs , M-SOS score , SOS score , PREW , NEWS ในผู้ป่วยทุกราย</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบส่งสิ่งส่งตรวจที่รวดเร็ว (ประกันเวลา Lab คำนวณ)</li> </ul>
การดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว	การได้รับการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว	อัตราการใช้ Sepsis Protocol 100%	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการ consult staff รพ.แม่ข่าย</li> <li>- Start ATB ทันทีภายใน 1 ชม. / IVF ที่เหมาะสม</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้ sepsis bundle</li> <li>- การใช้ Standing order</li> <li>- การใช้ใบ refer sepsis</li> </ul>

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

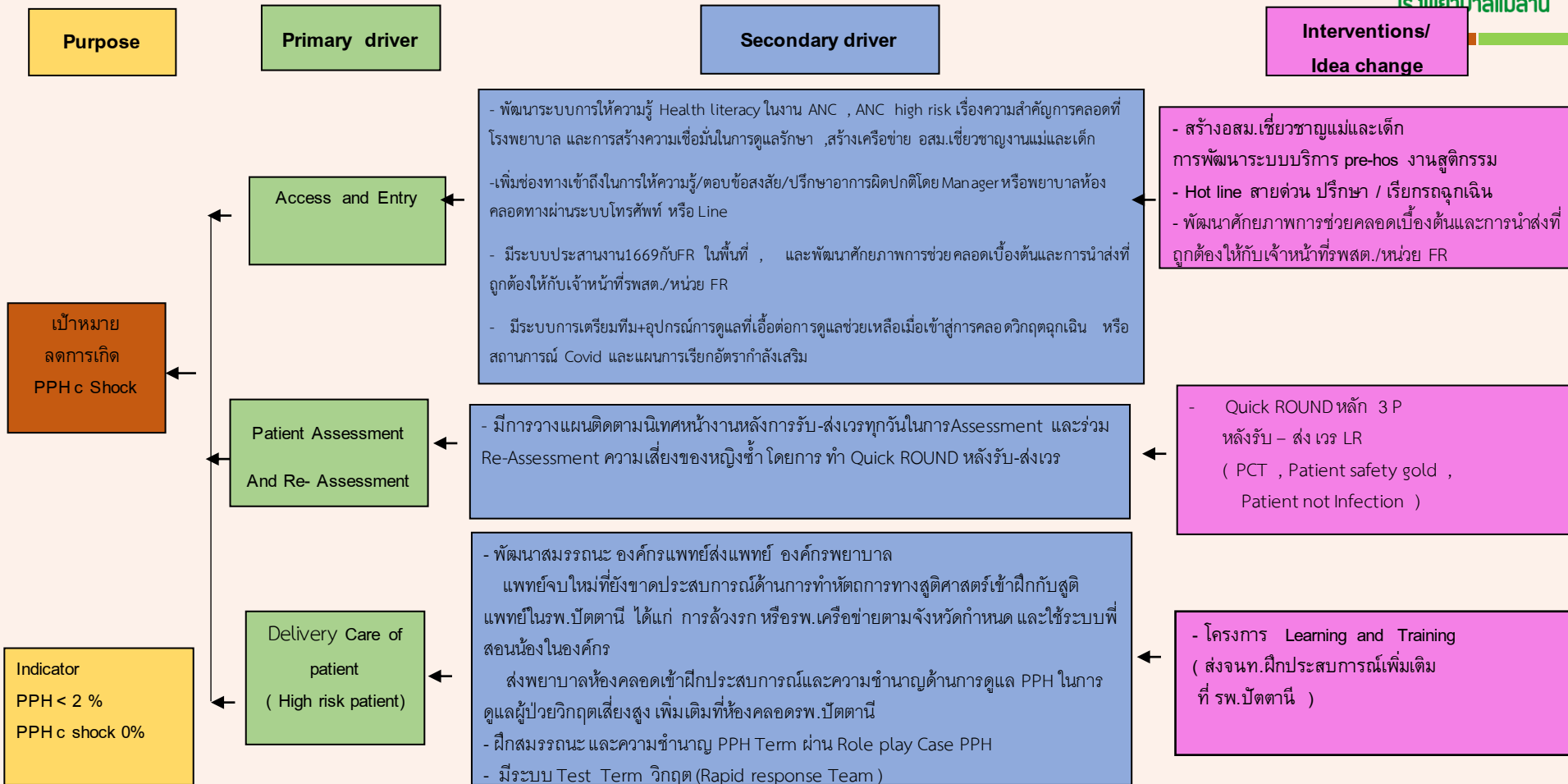
อัตราการวินิจฉัยผู้ป่วย sepsis ถูกต้องรวดเร็ว  
ภายใน 1 ชั่วโมง เกณฑ์ 100%



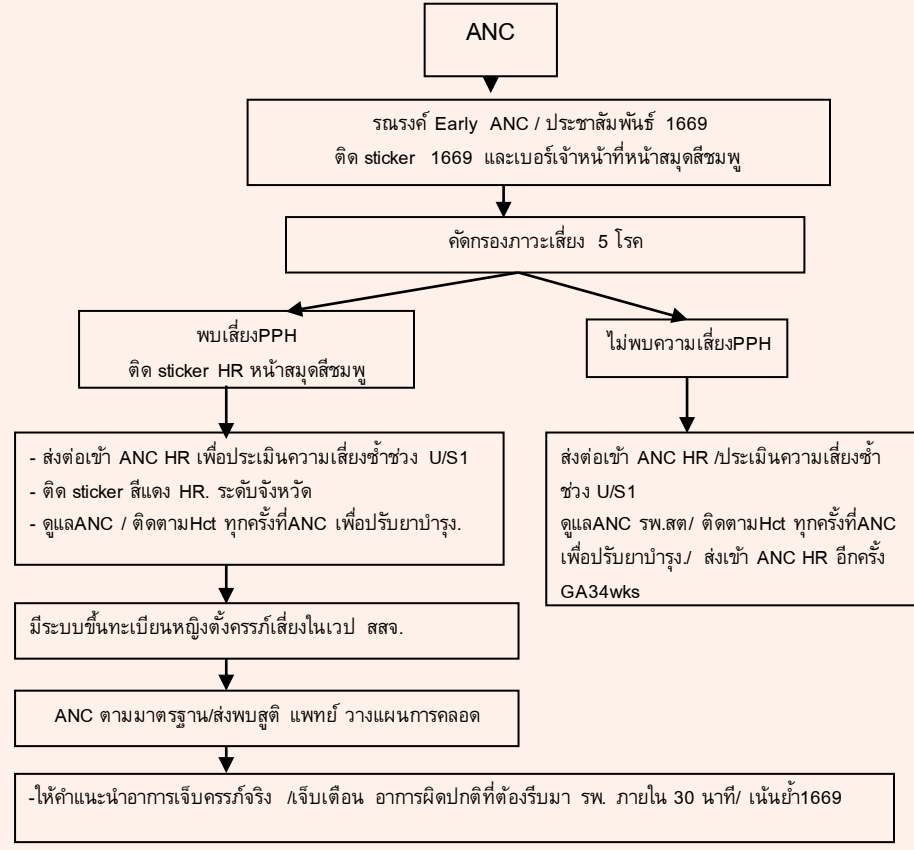
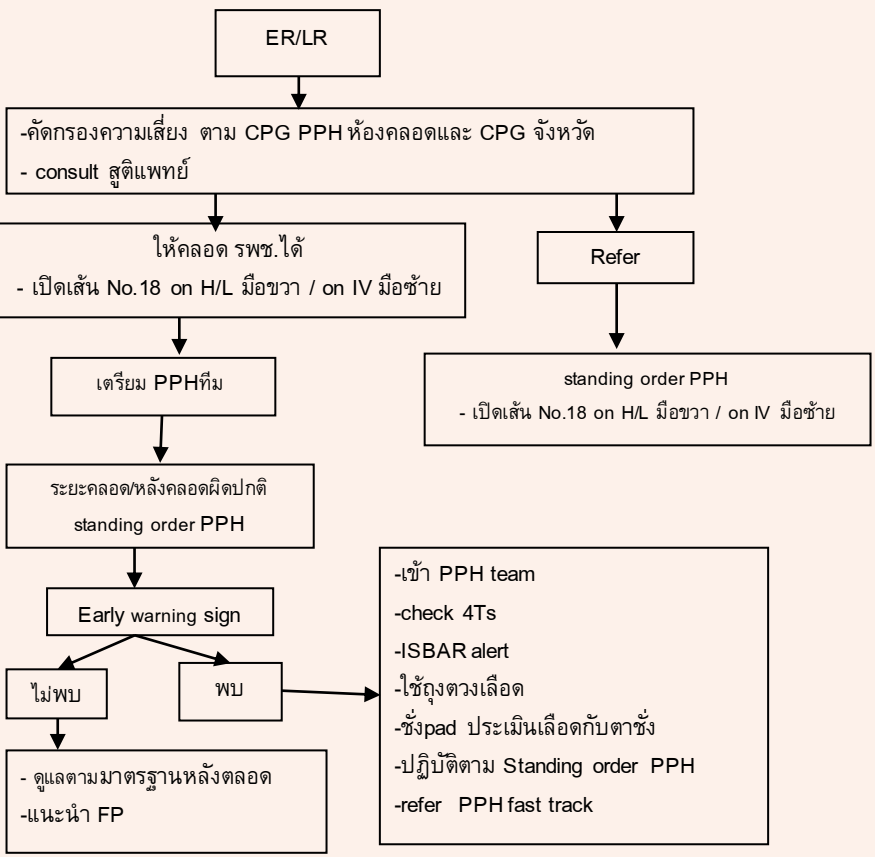
จากข้อมูลพบว่า ในปี 2562-2563 อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม. ลดลง จากการวิเคราะห์สาเหตุพบว่า ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่ admit IPD แล้วมีอาการแสดง sepsis ภายหลัง จึงทำให้เกิดการวินิจฉัยล่าช้า จึงได้มีการเพิ่มมาตรการ การประเมิน QSOFA (ณ ขณะนั้น เรายังใช้ QSOFA) , SOS score ในทุกเวร หากมีค่าคะแนนเปลี่ยนแปลงให้รายงานแพทย์ทันที ทำให้ผลลัพธ์ในปี 2564 ดีขึ้น และในปี 2565 ได้มีการทำ KM ในกลุ่มการพยาบาล เนื่องมีการเปลี่ยนแปลงเรื่องเครื่องมือในการประเมิน sepsis ปี 2566 ได้มีการพัฒนา CPG มาเป็น CNPG เพื่อให้พยาบาล เข้าใจแนวทางและง่ายต่อการปฏิบัติงาน



# 5. Driver Diagram PPH c shock



# Flow chart การป้องกันการเกิด PPH c shock



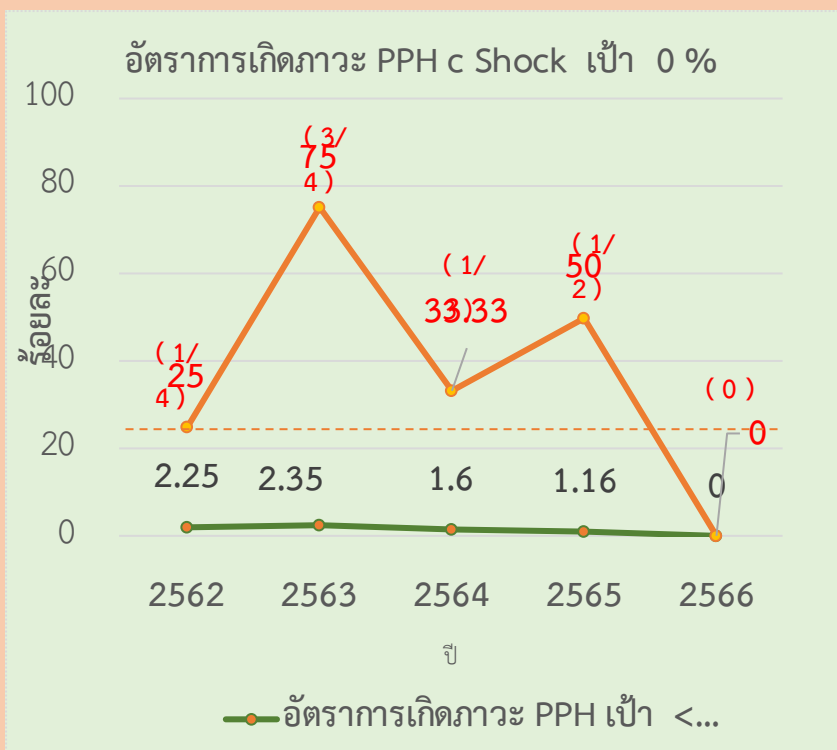
# การจัดการกระบวนการ PPH c shock



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access and Entry	- พัฒนาระบบ pre-hos ในงานสูติกรรมร่วมกับงานชุมชน เพิ่มการเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว	- อัตราการ early ANC < 12 wks > 75% - อัตราการคลอด BBA = 0 % -เจ้าหน้าที่รพสต./กักย / FR ได้รับการพัฒนาสามารถทำช่วยคลอดเบื้องต้นและการนำส่งที่ถูกต้องวิธี ปีละ 1 ครั้ง	1.) พัฒนาระบบการให้ความรู้ Health literacy ในงาน ANC , ANC high risk เรื่องความสำคัญการคลอดที่โรงพยาบาล และการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลรักษา ,สร้างเครือข่าย อสม.เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก 2.)เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการให้ความรู้/ตอบสนองสงสัย/ปรึกษาอาการผิดปกติโดยManager หรือพยาบาลห้องคลอดทางผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ Line 3.) มีระบบประสานงาน1669กับFR ในพื้นที่ , และพัฒนาศักยภาพการช่วยคลอดเบื้องต้นและการนำส่งที่ถูกต้องให้กับเจ้าหน้าที่รพสต./หน่วย FR
Assessment Re - Assessment	-มีระบบคัดกรอง ประเมินภาวะเสี่ยงแรกรับหญิงตั้งครรภ์ ทั้ง ANC , LR และได้รับการAssessment , Re - Assessmentที่ครอบคลุม และถูกต้อง	- หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 100% - หญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยง PPH ไม่เกิดภาวะ PPH c shock ในระยะหลังคลอด 100 %	1.) มีแบบคัดกรองประเมินความเสี่ยง ทั้ง ANC , LR 2.) ระบบประสาน /Consult สูติแพทย์ วางแผนการรักษา การดูแลและการคลอดร่วมกัน 3. มีการวางแผนติดตามนิเทศหน้างานหลังการรับ-ส่งเวรทุกวันในการAssessment และร่วม Re-Assessment โดยการทำให้ Quick ROUND หลังรับ-ส่งเวร ยึดหลัก 3 P ( PCT , Patient safety gold , Patient not Infection ) ใน LR
Delivery Care of patient ( High risk patient)	-การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงและการทำหัตถการในงานสูติกรรมที่ถูกต้องปลอดภัยเช่นการล้างรก การป้องกันภาวะช็อคจาก PPH  การเตรียมทีม+อุปกรณ์การช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่การคลอดวิกฤตฉุกเฉิน	อัตราการเกิด PPH < 3% อัตราการเกิด PPH c shock 0 % อัตราการได้รับการคุมกำเนิด แบบกึ่งถาวร >60%	- การดูแลตามแผนการรักษาตาม CPG , NCPG PPH - มีระบบและช่องทางการ consult สูติแพทย์ หรือ เกณฑ์auto refer ในสูติกรรม จังหวัด - มีระบบการเตรียมทีม+อุปกรณ์การดูแลที่เอื้อต่อการดูแลช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่การคลอดวิกฤตฉุกเฉิน หรือสถานการณ์ Covid และแผนการเรียกอัตรากำลังเสริม - พัฒนาสมรรถนะและทักษะเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงทั้งองค์กรแพทย์ และพยาบาลโครงการ Learning and Training ( ส่งงานฝึกประสบการณ์เพิ่มเติมที่ รพ.ปัตตานี ) หรือระบบใช้ระบบที่สอนน้องในองค์กรแพทย์ - ฝึกสมรรถนะและความชำนาญ PPH Term ผ่าน Role play Case PPH - มีระบบ Test Term วิกฤต (Rapid response Team )

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

อัตราการเกิดภาวะ PPH c Shock เป้า 0 %



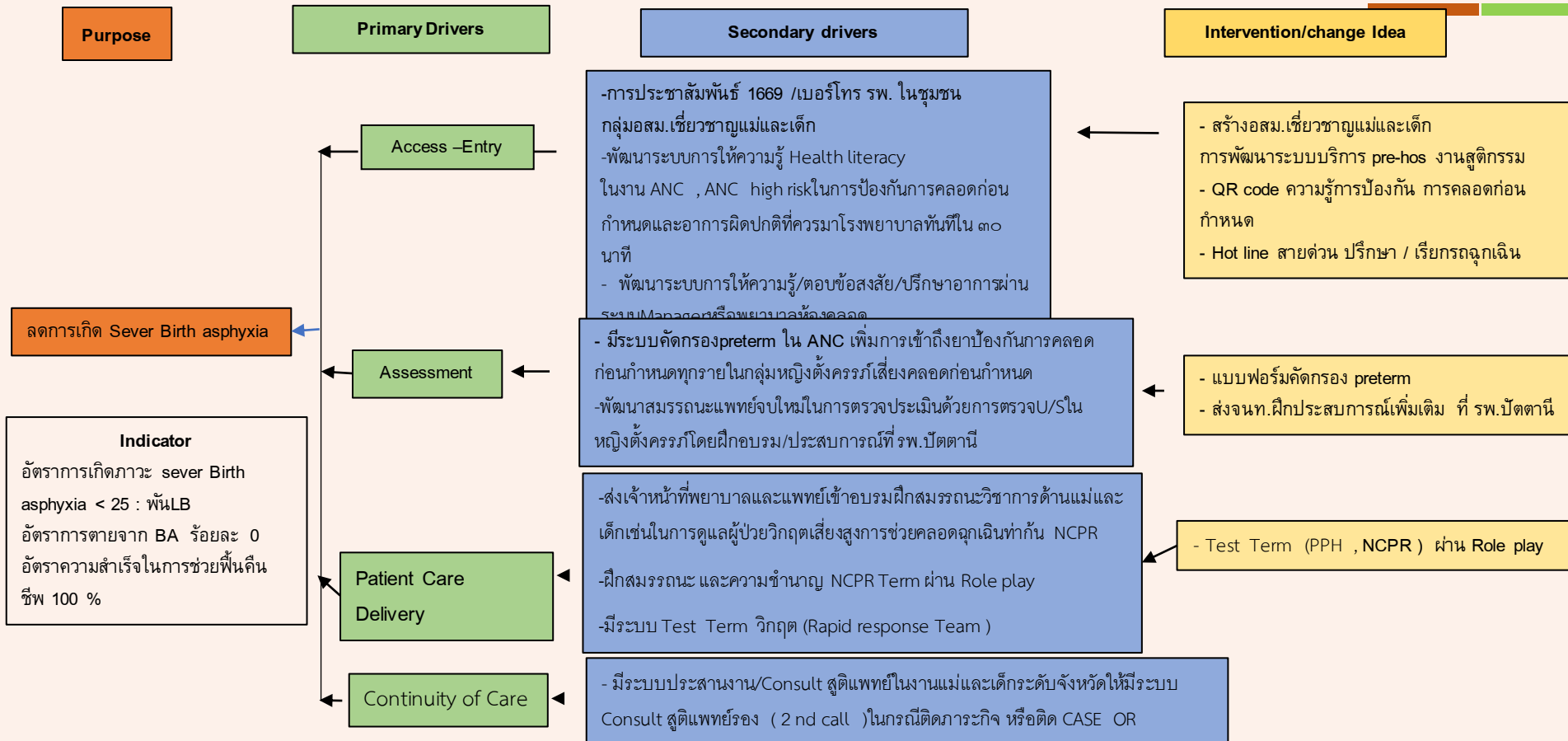
สถานการณ์การเกิดภาวะ PPH c shock ในปี 2563 – 2565 เกิดจาก retain placenta 3 ราย และ atony 2 ราย จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า

- 1.) การเข้าถึงและเข้ารับบริการที่ล่าช้า คลอดที่บ้าน การจัดสถานบริการไม่เอื้อต่อการดูแลในช่วง Covid
- 2.) ขาดการประเมินที่ครอบคลุมและการประเมินซ้ำเรื่องภาวะเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ระหว่างการดูแล
- 3.) ขาดความชำนาญและทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการทำหัตถการล้วงรก การป้องกันภาวะช็อคในผู้ป่วย PPH , การทำ bimanual uterine compression

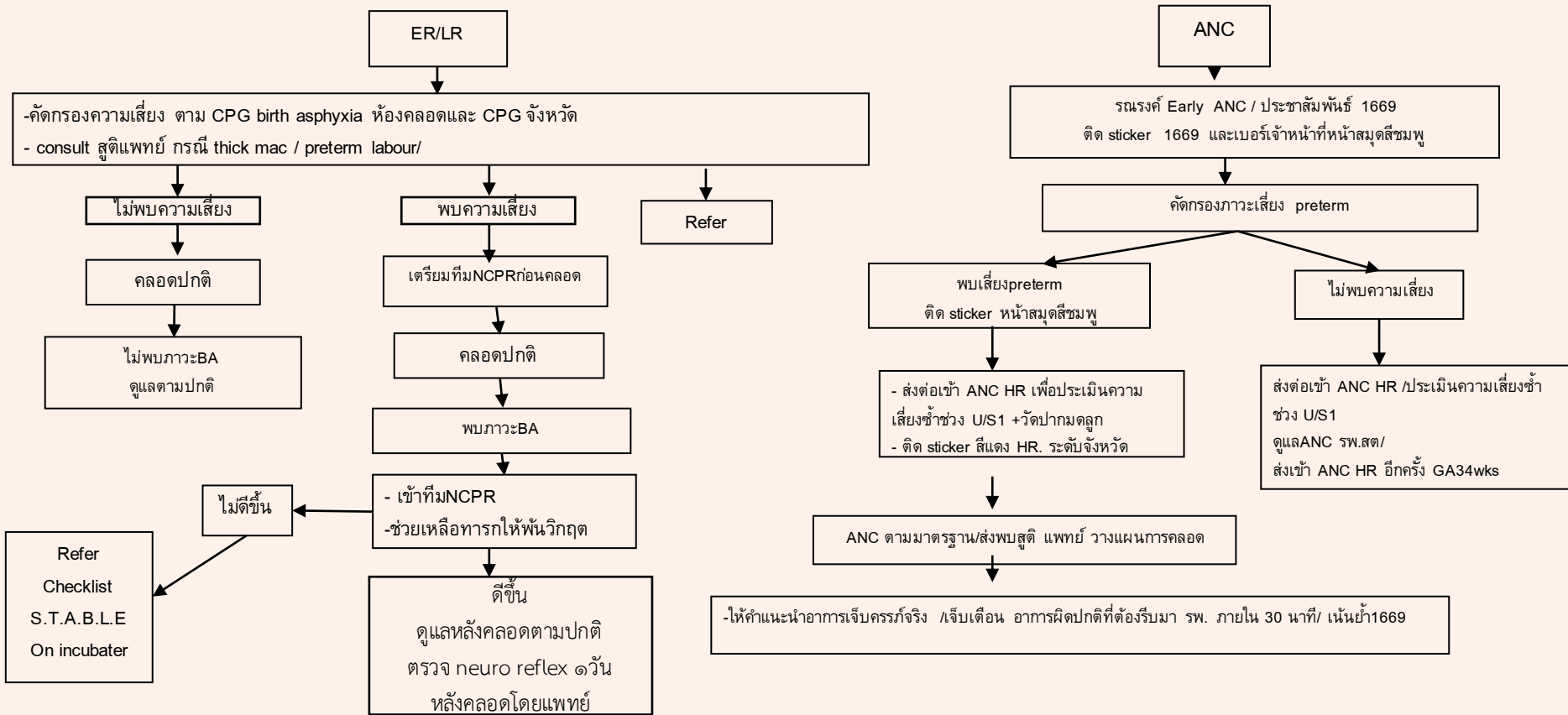
**จึงมีการพัฒนา**

- 1.) พัฒนาระบบการให้ความรู้ Health literacy ในงาน ANC , ANC high risk เรื่องความสำคัญการคลอดที่โรงพยาบาล และการสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลรักษา ,สร้างเครือข่าย อสม.เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก
- 2.) เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการให้ความรู้/ตอบข้อสงสัย/ปรึกษาอาการผิดปกติโดย Manager หรือพยาบาลห้องคลอด ทางผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ Line
- 3.) มีระบบประสานงาน 1669 กับ FR ในพื้นที่ , และพัฒนาศักยภาพการช่วยคลอดเบื้องต้นและการนำส่งที่ถูกต้องให้กับเจ้าหน้าที่รพสต./หน่วย FR
- 4.) มีการวางแผนติดตามนิเทศหน้างานหลังการรับ-ส่งเวรทุกวันในการ Assessment และร่วม Re-Assessment ความเสี่ยงของหญิงเข้า โดยการทำให้ Quick ROUND ยึดหลัก 3 P (PCT , Patient safety gold, Patient not Infection ) ใน LR
- 5.) มีระบบการเตรียมทีม+อุปกรณ์การดูแลที่เอื้อต่อการดูแลช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่การคลอดวิกฤตฉุกเฉิน หรือสถานการณ์ Covid และแผนการเรียกอัตรากำลังเสริม
- 6.) พัฒนาสมรรถนะและทักษะเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงทั้งองค์กรแพทย์ และพยาบาล โครงการ Learning and Training ( ส่งงานฝึกประสบการณ์เพิ่มเติมที่ รพ.ปัตตานี ) หรือใช้ระบบพี่สอนน้องในองค์กรแพทย์
- 7.) ฝึกสมรรถนะ และความชำนาญ PPH Term ผ่าน Role play Case PPH
- 8.) มีระบบ Test Term วิกฤต (Rapid response Team )

# 6. Driver Diagram Birth asphyxia



# Flow chart การป้องกันการเกิด Birth asphyxia



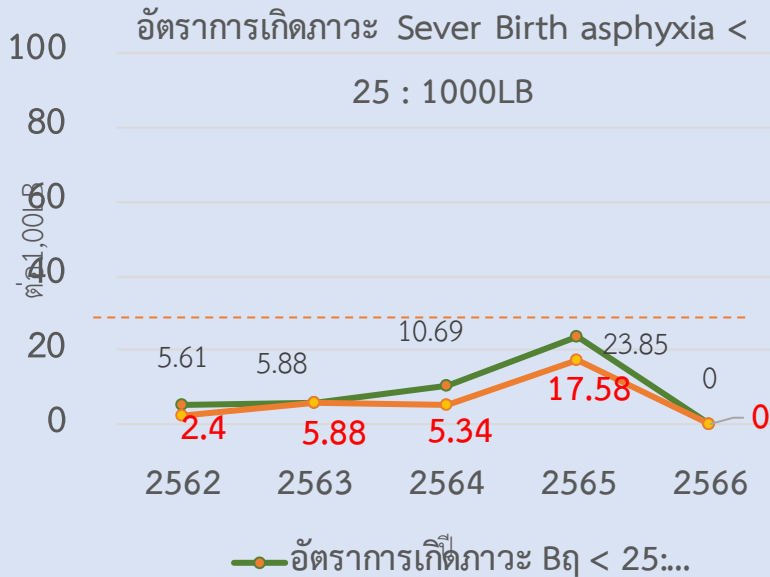
# การจัดการกระบวนการ Birth asphyxia



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access –entry	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการเข้าถึงของผู้รับบริการสูติกรรม</li> <li>- สร้าง Health literacy ในผู้ป่วย ANC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราหญิงตั้งครรภ์ early ANC &gt;75%</li> <li>- อัตราการ ANC คุณภาพ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ &gt;75%</li> </ul>	<p>การประชาสัมพันธ์ ๑๖๖๙ /เบอร์โทร รพ. ในชุมชน กลุ่มสม.เชี่ยวชาญแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบการให้ความรู้ Health literacy ในงาน ANC , ANC high risk ในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดและอาการผิดปกติที่ควรมาโรงพยาบาลทันทีใน ๓๐ นาที</li> <li>- พัฒนาระบบการให้ความรู้/ตอบข้อสงสัย/ปรึกษาอาการผ่าน ระบบManager หรือพยาบาลห้องคลอด</li> </ul>
Assessment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบคัดกรองpreterm ใน ANC /ANC HR</li> <li>- เพิ่มการเข้าถึงยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนด</li> <li>- การได้รับการAssessment ในหญิงตั้งครรภ์ที่ครอบคลุม และถูกต้อง</li> <li>- ใบบัตรกรอง preterm ตั้งแต่ ANC /ANC HR</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยง preterm ๑๐๐ %</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบคัดกรองpreterm ใน ANC/ ANC HR และ เพิ่มการเข้าถึงยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกรายในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด</li> <li>- พัฒนาศมรรถนะแพทย์จบใหม่ในการตรวจประเมินหญิงตั้งครรภ์ด้วยเครื่องU/S โดยฝึกอบรม/ประสบการณ์เพิ่มเติมที่ รพ.ปัตตานี หรือระบบพี่สอนน้อง</li> <li>- มีแบบฟอร์มคัดกรอง preterm ตั้งแต่ ANC /ANC HR</li> </ul>
Patient Care Delivery	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงในงานสูติกรรม</li> <li>- การช่วยคลอดฉุกเฉินทำกัน , NCPR</li> <li>- การเตรียมทีม+อุปกรณ์การช่วยเหลือเมื่อเข้าสู่การคลอดวิกฤตฉุกเฉิน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการตอบสนองภาวะวิกฤตทันเวลา 100%</li> <li>- อัตราความสำเร็จในการช่วยฟื้นคืนชีพ ๑๐๐ %</li> <li>- อัตราการเกิดภาวะ sever Birth asphyxia &lt; ๒๕ : พันLB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์เข้าอบรมฝึกสมรรถนะวิชาการด้านแม่และเด็กเช่นในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงการช่วยคลอดฉุกเฉินทำกัน NCPR</li> <li>- จัดอุปกรณ์ช่วยชีวิตในห้องแยกให้พร้อมใช้งาน</li> <li>- ฝึกสมรรถนะ และความชำนาญ NCPR Term ผ่าน Role play</li> <li>- มีระบบ Test Term วิกฤต (Rapid response Team)</li> </ul>
Continuity of Care	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การได้รับการส่งต่อที่รวดเร็ว</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราการตายจาก BA ร้อยละ 0</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบประสานงาน/Consult สูติแพทย์ในงานแม่และเด็กระดับจังหวัดให้มีระบบ Consult สูติแพทย์รอง ( ๒ nd call ) ในกรณีติดภาระกิจ หรือติด CASE OR</li> </ul>

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

อัตราการเกิดภาวะ Sever Birth asphyxia < 25 : 1,000LB



ปี 2563 – 2565 ทารกคลอด BA 5 ราย (พบ Sever BA 4 ราย)

จาก Preterm labor 3 ราย (GA 25- 32 wks) จากการ U/S ประเมินน้ำหนักผิด, BW < 1,000 gms และพบจากมารดา Fetal distress ร่วมกับ thick meconium 1 ราย จากการวิเคราะห์พบว่า

- 1.) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (Access and Entry) ลำช้า ผู้รับบริการ Preterm มาถึง ER แบบ Fully dilate
- 2.) การประเมินผู้ป่วย (Patient Assessment) ขาดทักษะความชำนาญเรื่องการประเมินอายุครรภ์และEBW ทารกในครรภ์
- 3.) การดูแลผู้ป่วย (Patient Care Delivery) ขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูงกลุ่ม Preterm BW < 1,000 gms
- 4.) การดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) Delay Refer Fetal distress จาก สถานการณ์ Covid

**จึงได้มีการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบดังนี้**

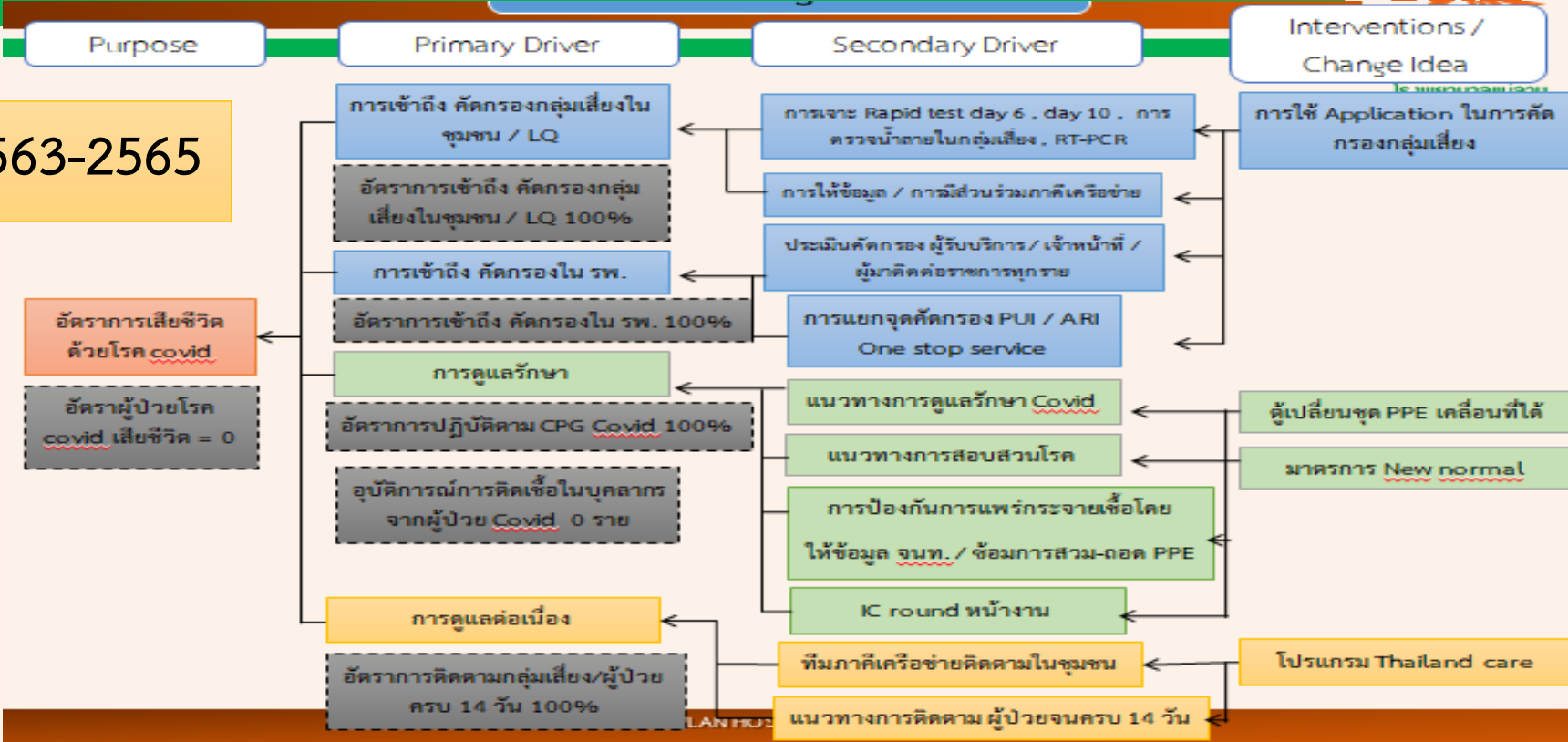
- 1.) พัฒนาระบบการให้ความรู้ Health literacy ในงาน ANC , ANC high risk และการประสานระบบ 1169 โดยชุมชนเครือข่ายมีส่วนร่วม
- 2.) พัฒนาระบบการให้ความรู้/ตอบข้อสงสัย/ปรึกษาการผ่าน ระบบ Hot line สายด่วนโดย Manager หรือพยาบาลห้องคลอด
- 3.) เพิ่มการเข้าถึงยาป้องกันการคลอดก่อนกำหนดทุกรายในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด
- 4.) พัฒนาศมรรถนะแพทย์จบใหม่ ในการตรวจประเมินด้วยการตรวจ U/S ในหญิงตั้งครรภ์ โดยฝึกอบรม/ประสบการณ์ที่ รพ.ปัตตานี
- 5.) ส่งเจ้าหน้าที่พยาบาลและแพทย์เข้าอบรมฝึกสมรรถนะวิชาการด้านแม่และเด็ก เช่น ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตเสี่ยงสูง การช่วยคลอดฉุกเฉินทำกัน NCPR
- 6.) ฝึกสมรรถนะ และความชำนาญ NCPR Term ผ่าน Role play
- 7.) มีระบบ Test Term วิกฤต (Rapid response Team )
- 8.) มีระบบประสานงาน/ระบบ Consult สูติแพทย์ในงานแม่และเด็กระดับจังหวัด ให้มีระบบ Consult สูติแพทย์หลัก และสูติแพทย์รองในกรณีสูติแพทย์หลักติดภาระกิจเร่งด่วน หรือติด CASE OR



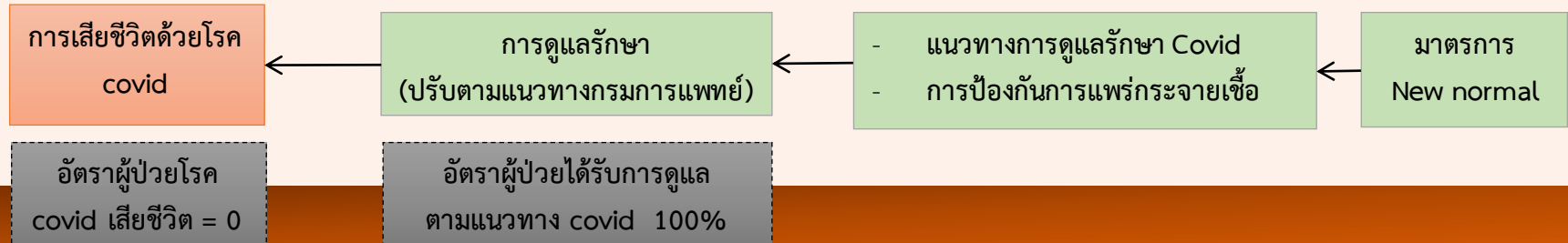


# 7 .Driver Diagram COVID-19

เดิม 2563-2565



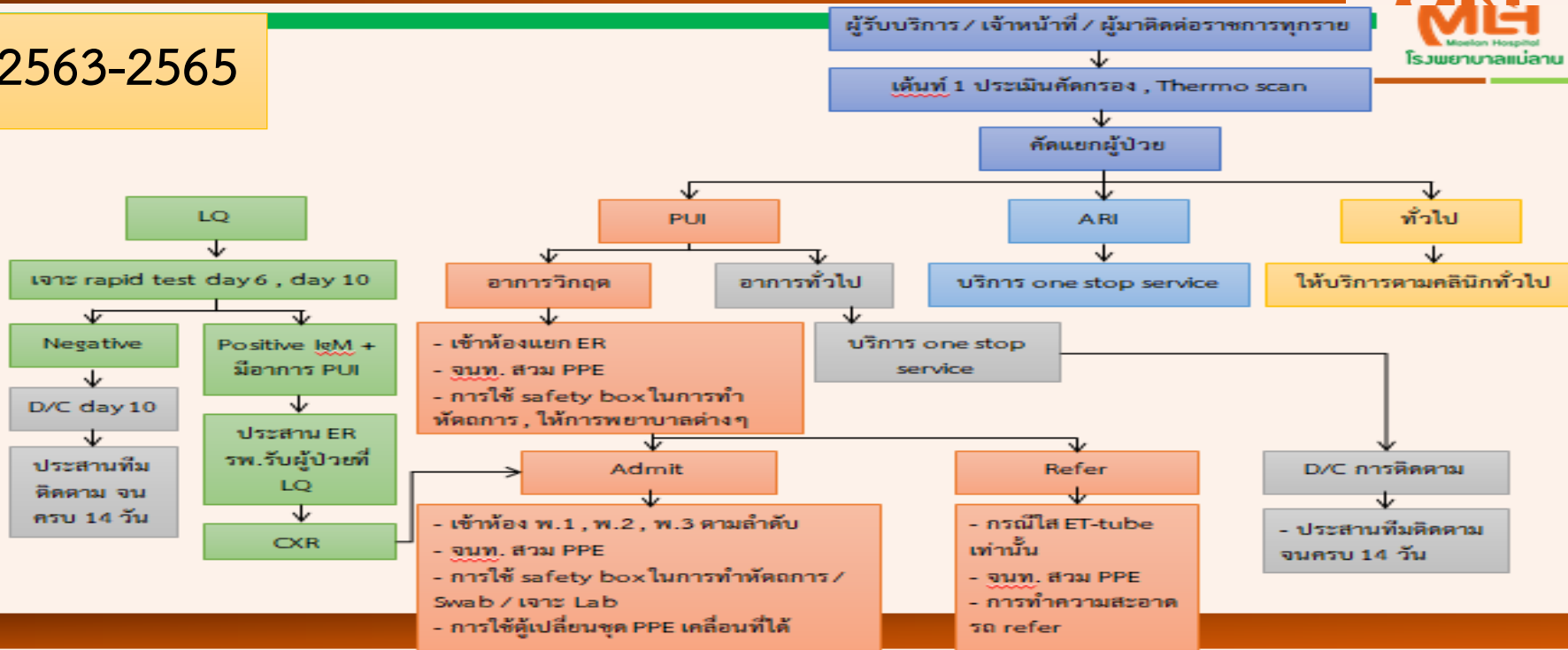
ใหม่ 2566



# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย COVID



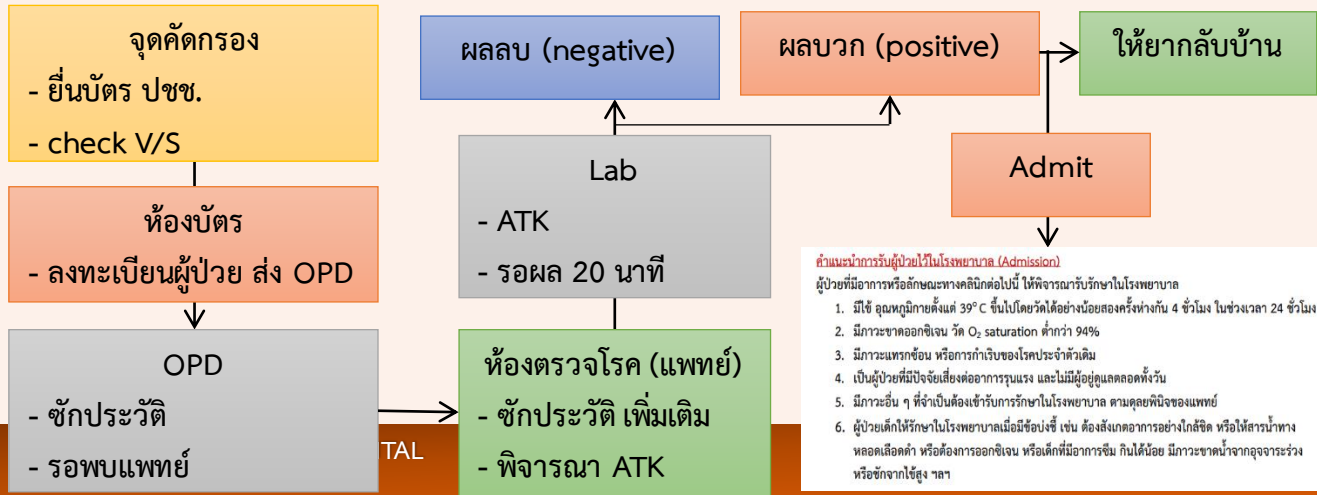
เดิม 2563-2565



ใหม่ 2566

ผู้รับบริการ (walk in) กรณี ดังต่อไปนี้

1. ต้องการผลตรวจ covid-19 ที่ใบรองโดยรพ.รัฐบาล เพื่อไปประกอบธุรกรรมต่างๆ
2. กรณีป่วย ตรวจ ATK +ve มาเองจากบ้าน
3. กรณีมีอาการสงสัย covid-19



**คำแนะนำการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (Admission)**  
 ผู้ป่วยมีอาการหรือลักษณะทางคลินิกต่อไปนี้ ให้พิจารณารับรักษาในโรงพยาบาล

1. มีไข้ อุณหภูมิตั้งแต่ 39° C ขึ้นไปโดยวัดได้อย่างน้อยสองครั้งห่างกัน 4 ชั่วโมง ในช่วงเวลา 24 ชั่วโมง
2. มีภาวะขาดออกซิเจน วัด O<sub>2</sub> saturation ค่ากว่า 94%
3. มีภาวะแทรกซ้อน หรือการกำเริบของโรคประจำตัวเดิม
4. เป็นผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการารุนแรง และไม่มีผู้ดูแลตลอดทั้งวัน
5. มีภาวะอื่น ๆ ที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามดุลยพินิจของแพทย์
6. ผู้ป่วยเด็กให้รักษาในโรงพยาบาลเมื่อมีข้อบ่งชี้ เช่น ต้องสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด หรือให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือต้องการออกซิเจน หรือเด็กที่มีอาการขึ้น กินได้น้อย มีภาวะขาดน้ำจากอุจจาระร่วง หรือชักจากไข้สูง ฯลฯ

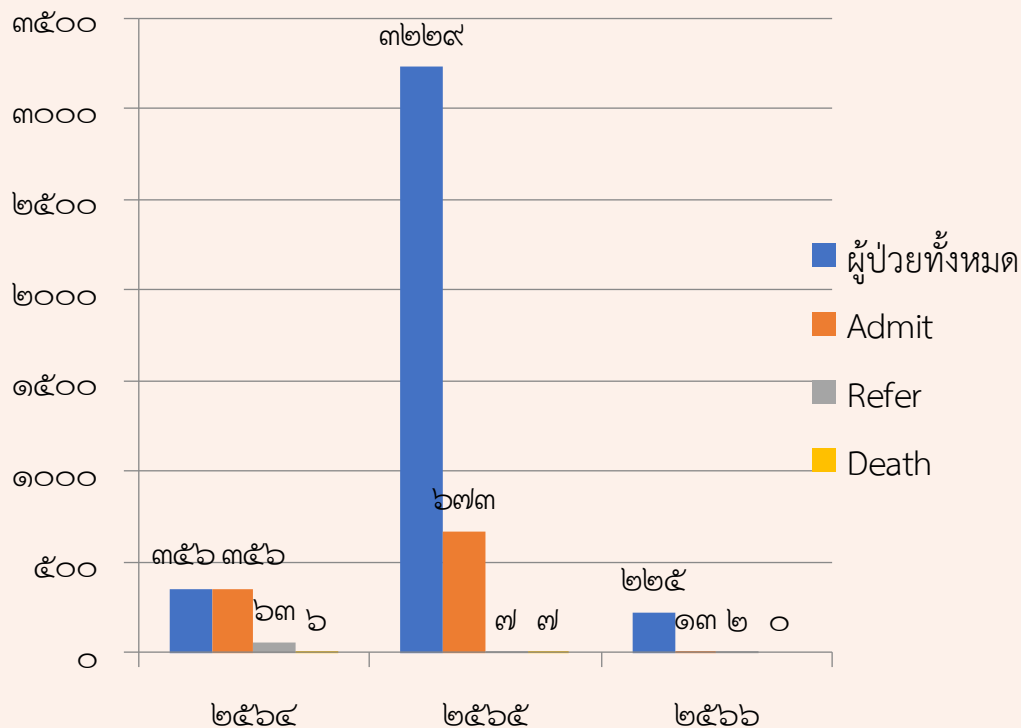
# การจัดการกระบวนการ COVID

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การดูแลรักษา	การดูแลรักษา	<ul style="list-style-type: none"><li>- อัตราผู้ป่วยโรค covid-19 เสียชีวิต = 0</li><li>- อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง covid-19 100%</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ใช้แนวทาง Flow Covid-19</li><li>- การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ</li><li>- IC round หน่วยงาน</li></ul>

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



## ผู้ป่วย Covid-19



ปี 2564 - 2565 ได้มีการออกแบบระบบการคัดกรองใหม่ โดยเพิ่มจุด one stop service (เต็นท์ covid) ให้ความรู้ และติดตามนิเทศหน้างาน , มีแนวทางการปฐมนิเทศผู้ป่วยแรกรับ , มีการจัดระบบ zoning ของแต่ละแผนก

ปี 2566 มีระบบการดูแลที่ครอบคลุมและปรับเปลี่ยนตามแนวทางของกรมการแพทย์ มีระบบ one stop service โดยเพิ่ม ARI clinic , ATK clinic หลังจากนั้นมีการประกาศให้ covid-19 เป็นโรคประจำถิ่น  
- อัตราผู้ป่วยได้รับการดูแลตามแนวทาง covid-19 = 100%

# 8. Driver Diagram Eclampsia



Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Intervention / Change Idea

ไม่เกิดภาวะ Eclampsia

Indicator

อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ร้อยละ 0  
 อัตราการใช้ Standing Order PIH ร้อยละ 100  
 -อัตราการติดตามหลังขาดนัด ใน ANC HR ร้อยละ 100

Access and Entry

Assessment Re-Assessment

Continuity of Care

- พัฒนาระบบ pre hos การประชาสัมพันธ์ 1669 /เบอร์โทร รพ. ในชุมชนร่วมกับงานเวชศาสตร์
- สร้างเครือข่าย อสม. ประจำบ้านหรืออสม. เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก
- พัฒนาแนวทางการประเมินและดูแล PIH ให้ครอบคลุมการดูแลในระดับรพ.สต, โรงพยาบาล และขณะมีการส่งต่อ
- เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการConsultจากระดับรพ.สต. กับรพ.โดยManagerหรือพยาบาลห้องคลอดหรือพยาบาลวิชาชีพที่ปรึกษา
- พัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH ในคลินิก ANC HR โดยมีกรวางแผนการดูแลให้ยา ASA ในรายเสี่ยงPIH
- KM Trainingป้องกันการเกิด Magnesium toxicity

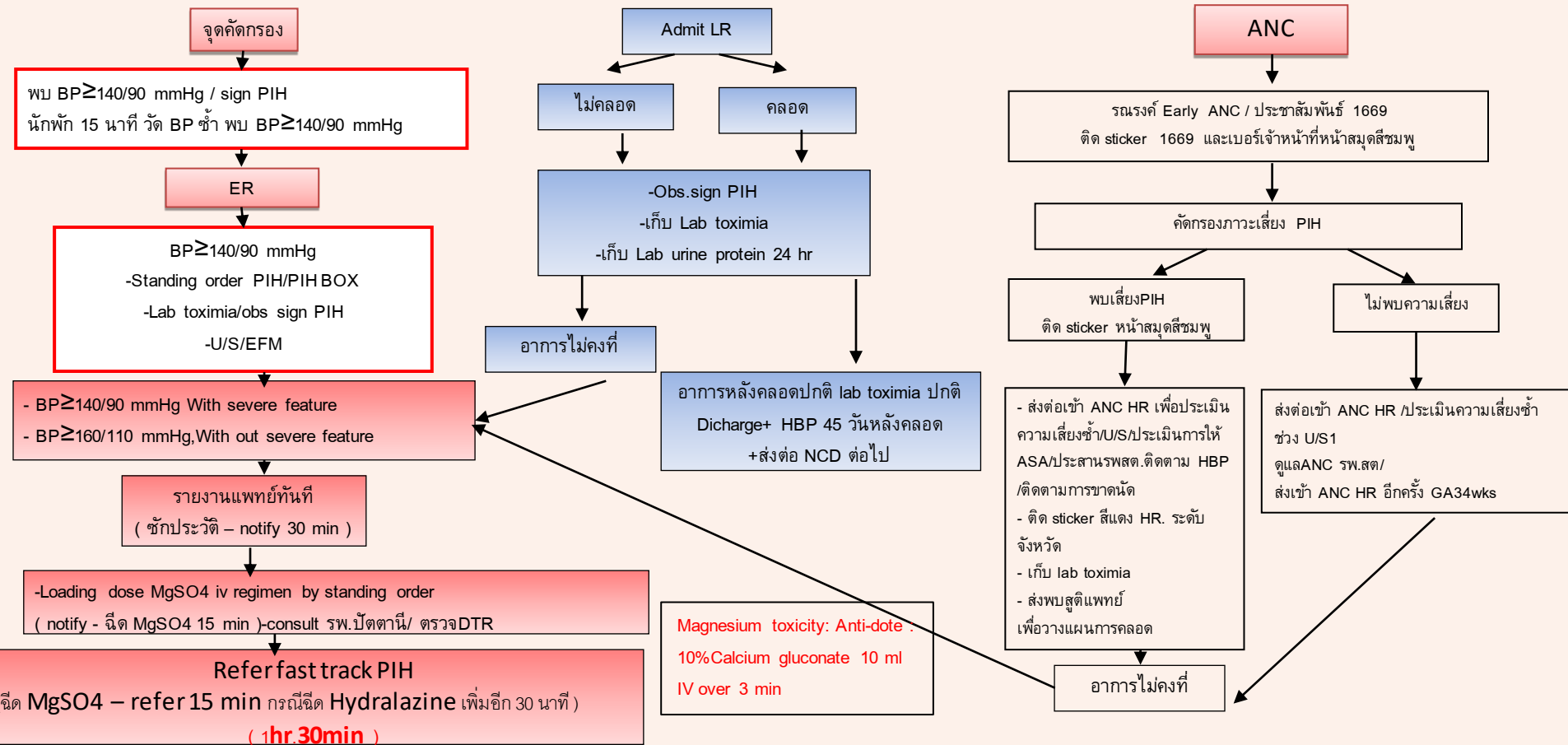
- การวางแผนและจัดระบบร่วมกันระหว่างคลินิก ANC HR , MCH Boardและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการติดตาม Case ที่ต้องHBP ในพื้นที่และติดตามผู้ป่วยขาดนัด
- กำหนดเกณฑ์การลงเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะโรคร่วมที่สูติแพทย์พิจารณาวินิจฉัยแล้ว , หญิงตั้งครรภ์กลุ่มประปราย พิกการหรือมีภาวะทางจิตเวช , พัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้า , และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เศรษฐกิจไม่ดีโดยงานMCH ร่วมกับชุมชนจัดระบบลงเยี่ยม ดูแลตามแผนการรักษา เพื่อความต่อเนื่อง
- มีระบบเอื้ออาทรในระบบการเดินทาง และขนส่ง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่จัดรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยในคลินิก เมื่อต้องไปพบสูติแพทย์ที่รพ.ปัตตานี

- จัดอบรมสร้างเครือข่าย อสม. ประจำบ้านหรืออสม. เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก
- Hot line สายด่วน ปรึกษา / เรียกรถฉุกเฉิน

- KM Training PIH
- แนวทาง PIH ครอบคลุมการดูแลในระดับรพ.สต จนถึงการดูแลขณะส่งต่อ

- ระบบติดตามขาดนัดใน ANC HR
- เกณฑ์การลงเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูง
- ระบบรับส่งผู้รับบริการระหว่างรพช.- รพท.

# Flow chart การป้องกันการเกิด Eclampsia



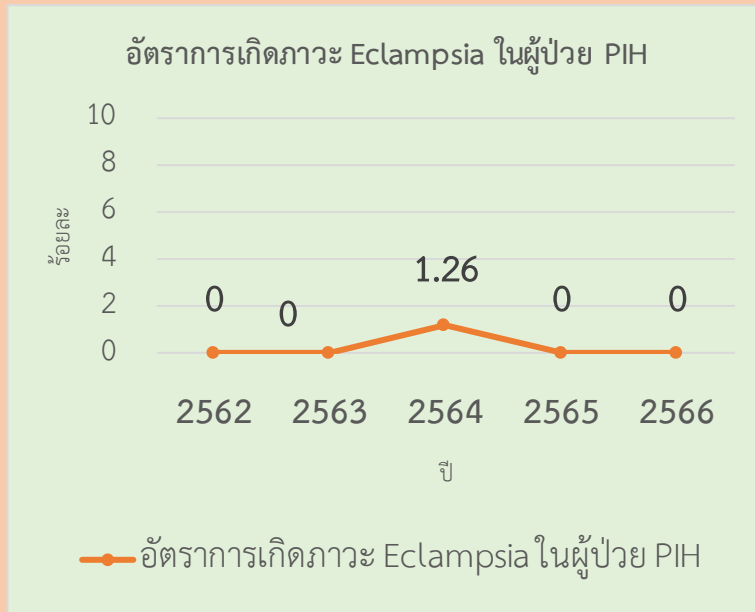
# การจัดการกระบวนการ Eclampsia



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Access and Entry	- พัฒนาระบบการเข้าถึงของผู้รับบริการสูติกรรม pre hos สูติกรรม	- รพ.สต.มีการใช้แนวทางการประเมินและดูแล PIH และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ได้ถูกต้องตามแนวทาง ร้อยละ 100	1. ) พัฒนาระบบ pre hos การประชาสัมพันธ์ 1669 /เบอร์โทร รพ. ในชุมชน ร่วมกับงานเวชศาสตร์ 2.) สร้างเครือข่าย อสม. ประจำบ้านหรืออสม. เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก 3.) พัฒนาแนวทางการประเมินและดูแล PIH ให้ครอบคลุมการดูแลในระดับรพ.สต, โรงพยาบาล และขณะมีการส่งต่อ 4.) เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการConsultจากระดับรพ.สต. กับรพ.โดยManagerหรือพยาบาลห้องคลอดทางผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ Line
Assessment Re-Assessment	ระบบประเมินความเสี่ยงPIH ใน ANC /ANC HR ที่ครอบคลุม และถูกต้อง  - ANC พัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH - ANC HR พัฒนาระบบการพิจารณาให้ยา ASA ในรายเสี่ยงPIH / การดูแลติดตาม HBP /ติดตามผู้ป่วยขาดนัด - ER/LR พัฒนาประเมินความเสี่ยงแรกรับตามCPG PIH/standing order PIH	- หญิงตั้งครรภ์รายใหม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงPIH 100%  - หญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH (ตามข้อกำหนด) ได้รับยา ASA - 36 wks ทุกราย 100%  - อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia=0	1.) พัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH ในคลินิก ANC HR โดยมีการวางแผนการดูแลให้ยา ASA ในรายเสี่ยงPIH 2.) KM Trainingการตรวจร่างกายและประเมินผลทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมเพื่อการวินิจฉัย การบริหารยา MgSo4 และป้องกันการเกิด Magnesium toxicity
Continuity of Care	- มีการวางแผนและจัดระบบการติดตาม Case ที่ขาดนัด	- อัตราการติดตามหลังขาดนัด ใน ANC HR ร้อยละ 100	7.)มีการวางแผนและจัดระบบ ร่วมกันระหว่าง คลินิก ANC HR , MCH Board และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการติดตาม Case ที่ต้องHBP ในพื้นที่และติดตามผู้ป่วยขาดนัด 8.) มีระบบและเกณฑ์การลงเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะโรคร่วมที่สูติแพทย์พิจารณาวินิจฉัยแล้ว ,หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเปราะบาง พิการ หรือมีภาวะทางจิตเวช , พัฒนาการทางสติปัญญาล่าช้า ,และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เศรษฐกิจไม่ดี โดยงานMCH ร่วมกับชุมชนจัดระบบลงเยี่ยม ดูแลตามแผนการรักษา เพื่อความต่อเนื่อง 9.) มีระบบเฝ้าอาหารในระบบการเดินทาง และขนส่ง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่จัดรถรับ-ส่ง ผู้ป่วยในคลินิก เมื่อต้องไปพบสูติแพทย์ที่รพ.ปัตตานี

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

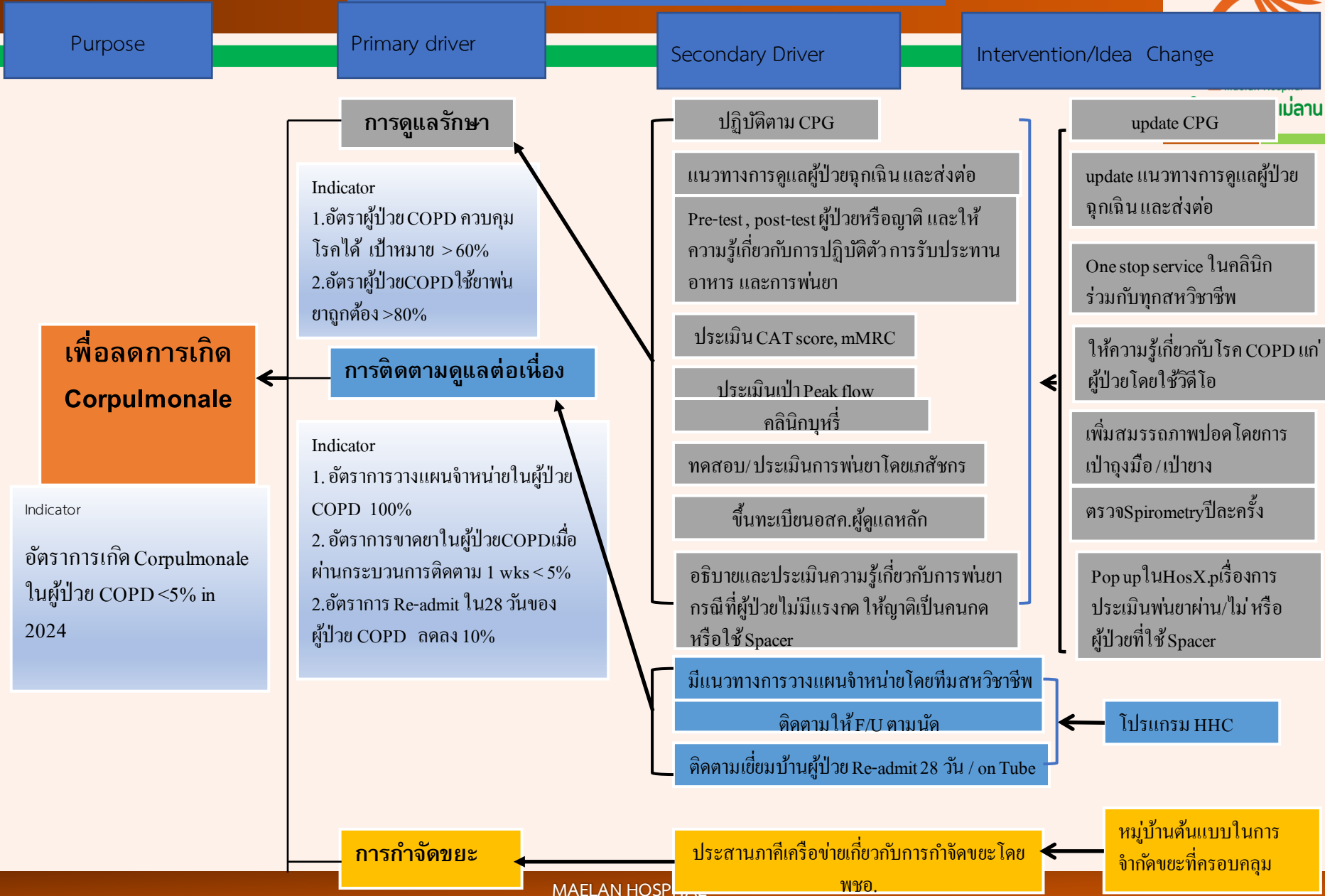
อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH ร้อยละ 0



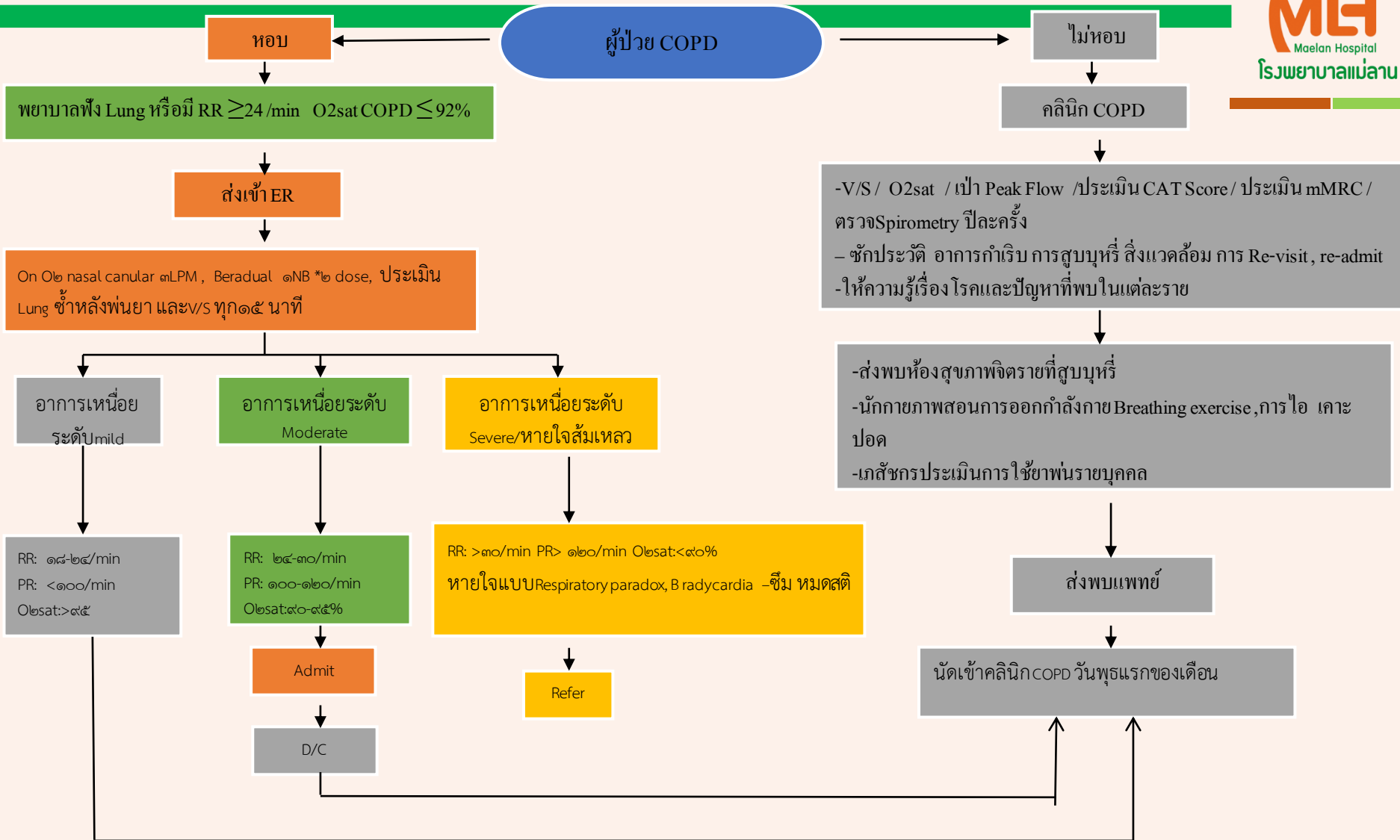
ในปี 2562 – 2563 ไม่พบอัตราการเกิด Eclampsia ในผู้ป่วย PIH แต่มาพบอุบัติการณ์ Case Dead ด้วย Eclampsia 1 รายในปี 2564 ในช่วง สถานการณ์ Covid เป็น Case ที่มีโรคประจำตัวเป็น Epilepsy เดิม และ ตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ เข้าสู่ระบบ ANC ล่าช้า และ ANC ไม่ต่อเนื่องไม่มาตามนัด จากการ ทบทวนพบว่าระบบการดูแลของคลินิก ANC High risk ยังไม่ครอบคลุมในด้านการดูแลที่ต่อเนื่อง จึง ต้องมีการดังนี้ 1.) พัฒนาระบบ pre hos การประชาสัมพันธ์ 1669 /เบอร์โทร รพ. ในชุมชนร่วมกับ งานเวชศาสตร์ 2.) สร้างเครือข่าย อสม. ประจำบ้านหรืออสม. เชี่ยวชาญงานแม่และเด็ก 3.) พัฒนาแนวทางการประเมินและดูแล PIH ให้ครอบคลุมการดูแลในระดับรพ.สต, โรงพยาบาล และ ขณะมีการส่งต่อ 4.) เพิ่มช่องทางเข้าถึงในการ Consult จากระดับรพ.สต. กับรพ. โดย Manager หรือพยาบาลห้องคลอด ทางผ่านระบบโทรศัพท์ หรือ Line 5.) พัฒนาระบบการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง PIH ในคลินิก ANC HR โดยมีการวางแผนการดูแลให้ยา ASA ในรายเสี่ยง PIH 6.) KM Training การตรวจร่างกายและ ประเมินผลทางห้องปฏิบัติการที่ครอบคลุมเพื่อการวินิจฉัย การบริหารยา MgSo4 และป้องกันการเกิด Magnesium toxicity 7.) มีการวางแผนและจัดระบบ ร่วมกันระหว่าง คลินิก ANC HR , MCH Board และ เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการติดตาม Case ที่ต้อง HBP ในพื้นที่และติดตามผู้ป่วยขาดนัด 8.) มีระบบและเกณฑ์การลงเยี่ยมติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะโรคร่วมที่สูติแพทย์ พิจารณาวินิจฉัยแล้ว , หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเปราะบาง พิการ หรือมีภาวะทางจิตเวช , พัฒนาการทาง สติปัญญาล่าช้า , และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่เศรษฐกิจไม่ดี โดยงาน MCH ร่วมกับชุมชนจัดระบบลง เยี่ยม ดูแลตามแผนการรักษา เพื่อความต่อเนื่อง 9.) มีระบบเฝ้าอาหารในระบบการเดินทาง และขนส่ง ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ได้แก่ จัดรถรับ- ส่ง ผู้ป่วยในคลินิก เมื่อต้องไปพบสูติแพทย์ที่รพ.ปัตตานี จากการเก็บข้อมูล 2565 -2566 พบว่าไม่พบ อุบัติการณ์การเกิดภาวะ Eclampsia ในกลุ่มผู้ป่วย PIH หรือ Sever PIH



# 9.Driver diagram COPD



# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย COPD



# การจัดกระบวนการ

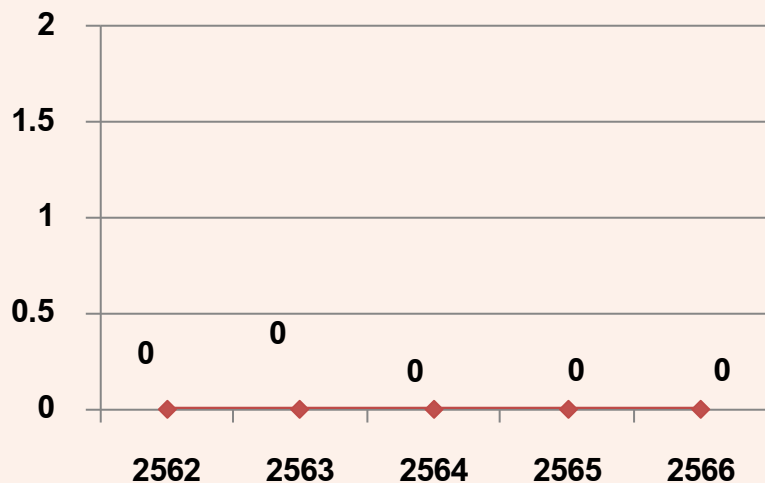


กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การประเมินการรักษา	การใช้CPG ถูกต้อง	1. อัตราผู้ป่วย COPD ควบคุมโรคได้ เป้าหมาย > 60% 2. อัตราผู้ป่วย COPD ใช้ยาพ่นยาถูกต้อง > 80%	1. CPG COPD 2. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน และส่งต่อ
การดูแลต่อเนื่อง	ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	1. อัตราการ Re-admit ใน 28 วันของผู้ป่วย COPD ลดลง 10% 2. อัตราการเกิด Cor pulmonale ในผู้ป่วย COPD < 5%. 3. อัตราการวางแผนจำหน่าย ในผู้ป่วย COPD 100%	1. ผู้ป่วยได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ 2. ส่งข้อมูลโดยโปรแกรม HHC
การกำจัดขยะ	มีการกำจัดขยะที่เหมาะสมและครอบคลุม ทุกหมู่บ้าน		หมู่บ้านต้นแบบในการกำจัดขยะที่ครอบคลุม

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

อัตราการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วย  
โรค COPD < 5 %

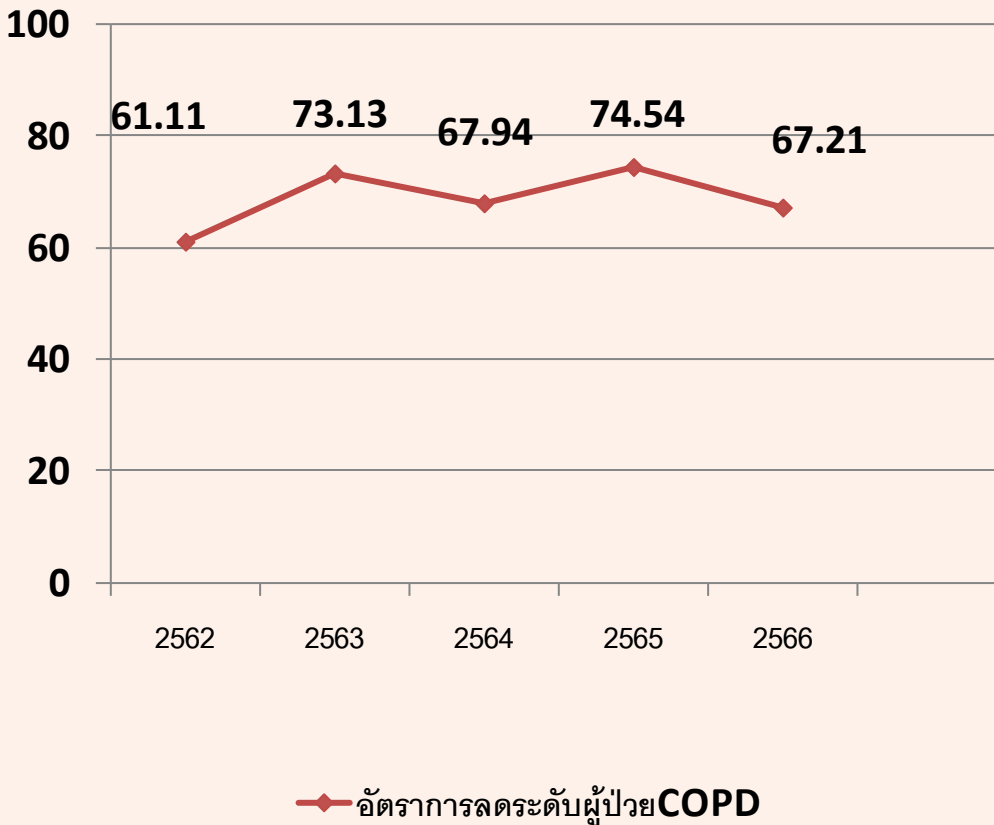
- ไม่พบอัตราการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ Corpumonale ในผู้ป่วยโรค COPD เนื่องจากผู้ป่วยสามารถควบคุมโรคได้ ใช้ยาพ่นได้ถูกต้อง และมีระบบการติดตามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง



—●— อัตราการเกิดแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค...

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

## อัตราการลดระดับผู้ป่วย COPD >60%



จากกราฟตั้งแต่ปี 2562 -2566 อัตราการลดระดับของ  
ผู้ป่วยเนวโน้มน้ำดีขึ้น เนื่องจาก ผู้ป่วยและ ผู้ดูแลได้รับความ  
รู้และประเมิน โดยทีมสหวิชาชีพในคลินิก เกสซกร  
ประเมินการใช้ยาพ่นแลมีระบบการติดตามการขาดนัด  
และเยี่ยมบ้านตามกลุ่มเป้าหมาย

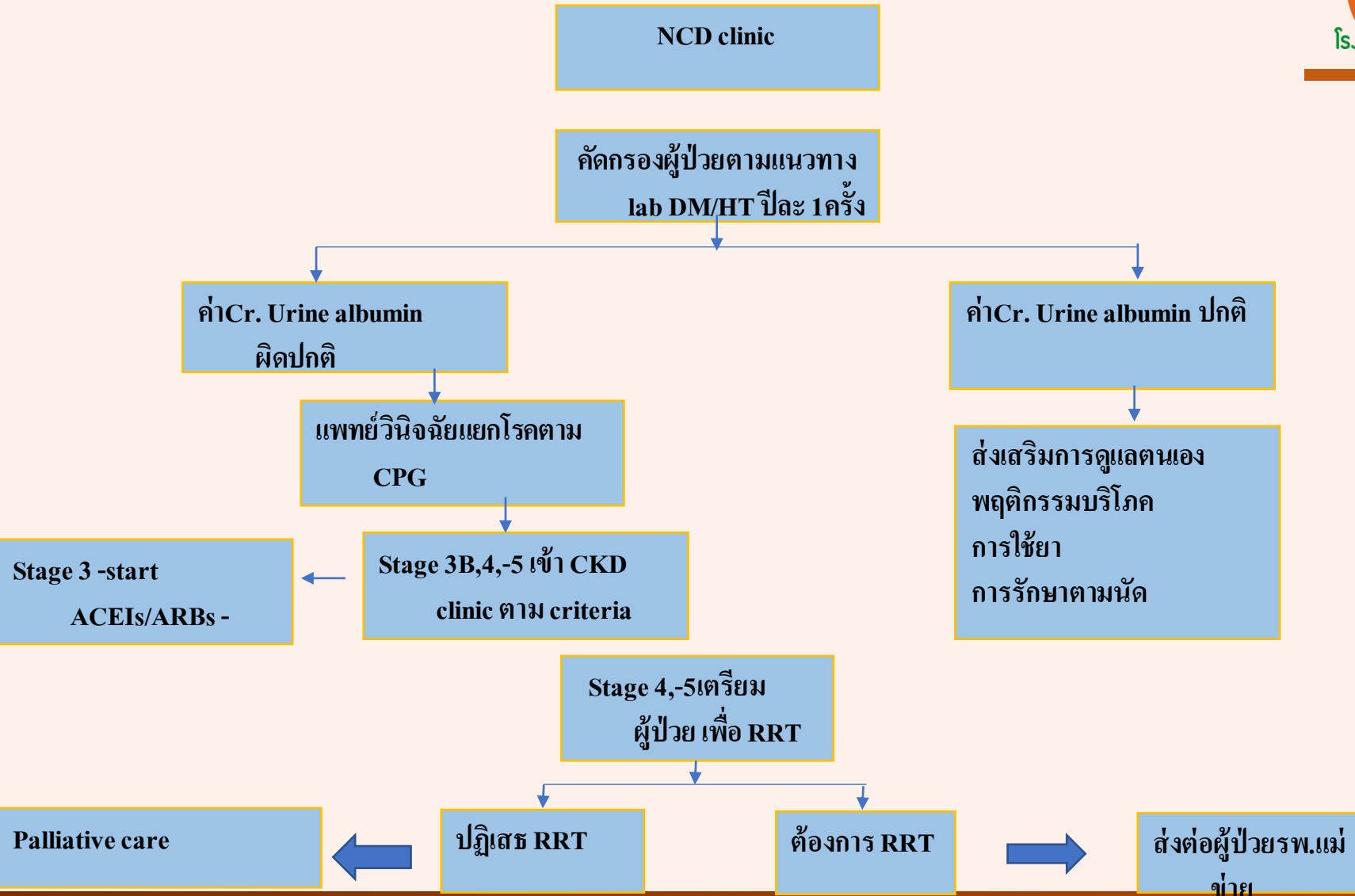
ปี 2566 (ก.ค.) แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ได้รับการ  
อบรมการใช้เครื่อง Spirometry และ ดำเนินการตรวจ  
และแปลผลเพื่อทราบระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและ  
รักษาตามมาตรฐานของโรค และมีการตรวจประเมินซ้ำ  
ทุกปี

**ปัญหาและอุปสรรค** แพทย์ที่ผ่านการอบรมสามารถแปล  
ผล Spirometry ได้ แต่มีการหมุนเวียนแพทย์ตรวจใน  
คลินิก จึงมีแผนอบรมชี้แจงแพทย์ทุกคนสามารถแปล  
ผลได้

# 10. Driver diagram CKD



# Process Flowchart



# การจัดกระบวนการ

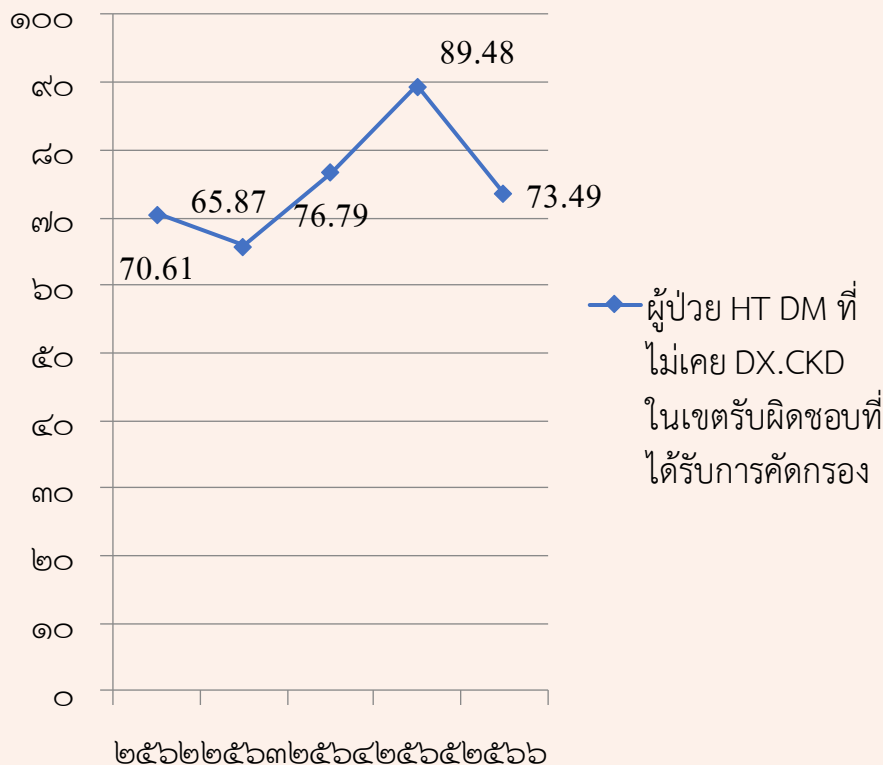


กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การคัดกรอง	ผู้ป่วย HT DM ที่ไม่เคย DX.CKD ได้รับการคัดกรองตามแนวทาง	ผู้ป่วย HT DM ที่ไม่เคย DX.CKD ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง เป้าหมาย 80%	การคัดกรองผู้ป่วย HT DM ที่ยังไม่เป็นโรคไตในไตรมาสแรก การคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ในไตรมาส 2 และ 3 ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับคำแนะนำการดูแลอย่างเหมาะสม
การประเมินและการวินิจฉัยรักษา	ผู้ป่วยรายใหม่ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทาง	KPI: ผู้ป่วย DM, HT ที่คัดกรองเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	แนวทางการวินิจฉัยผู้ป่วย CKD Audit การบันทึกเวชระเบียน
การดูรักษา	ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในการดูแลตนเอง-ควบคุมโรคได้	อัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 66% ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเอง ≥ 80 %	1. แผนสร้างโรงอาหารสำหรับผู้ป่วยปี 67 และมีนักกำหนดอาหาร 2. ประเมินการให้ความรู้ผู้ป่วยและ care giver และ Pop up ใน Program Hos XP 3.แนวทางการให้ยา ACEI/ARB ในผู้ป่วยที่ตรวจพบโปรตีนในปัสสาวะ (ติดตาม Cr. และ K หลังได้รับยา)
การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่ขาดยา	อัตราการขาดยา < 5 %	1.แนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ 2.ระบบติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพผ่าน Program Smart COC 3.Line CKD เพื่อคืนข้อมูลและการติดตามเยี่ยมบ้าน 4.การ popup ผู้ป่วยที่ได้ความรู้ RRT 5.ชั้นทะเบียน อสค.ที่เป็นผู้ดูแลหลัก



# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

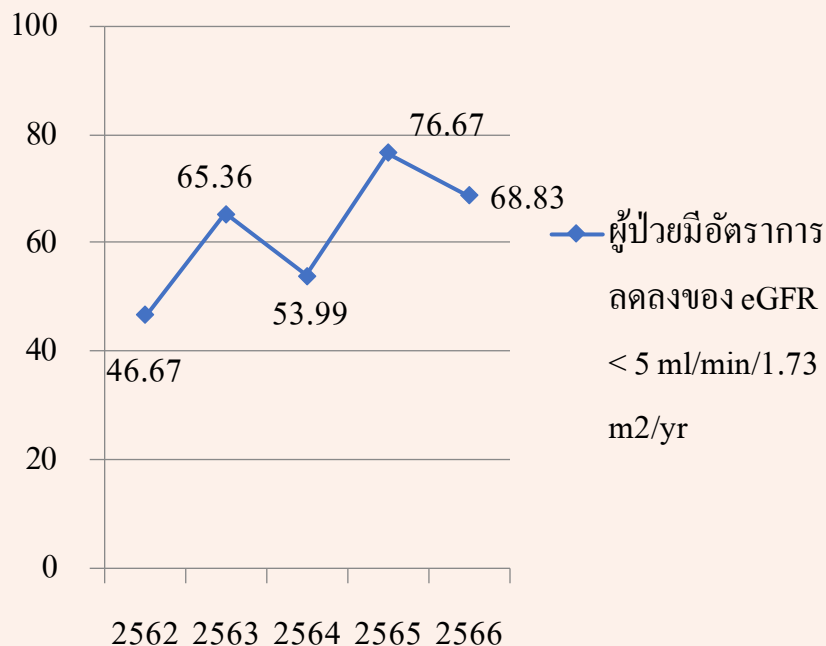
ผู้ป่วย HT DM ที่ไม่เคย DX.CKD ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองเป้าหมาย 80%



จากกราฟพบว่า ผู้ป่วย HT DM ที่ไม่เคย DX.CKD ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ไม่ครอบคลุม เจ้าหน้าที่ในรพ.สต.มีจำนวนน้อย ขาดอัตรากำลังทดแทนเมื่อขาด มีภาระงานมาก ผู้ป่วยขาดผู้ดูแลไม่สามารถมาตรวจ lab ที่รพ.ได้รวมทั้งไปประกอบอาชีพนอกพื้นที่ในช่วงคัดกรอง จึงได้ดำเนินการ 1).ระบบการควบคุมและติดตามแผนยุทธศาสตร์ เพื่อสามารถคัดกรองเชิงรุกในพื้นที่ได้ตามแผนที่กำหนด 2).ระบบการแจ้งให้พื้นที่รับทราบล่วงหน้าและติดตามผู้ป่วยช่วงคัดกรอง 3).ระบบคัดกรองเชิงรุกในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการคัดกรองตามแผนและจัดทีมสนับสนุนในรพ.สต.ที่อัตรากำลังไม่เพียงพอ

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>/yr 66 %

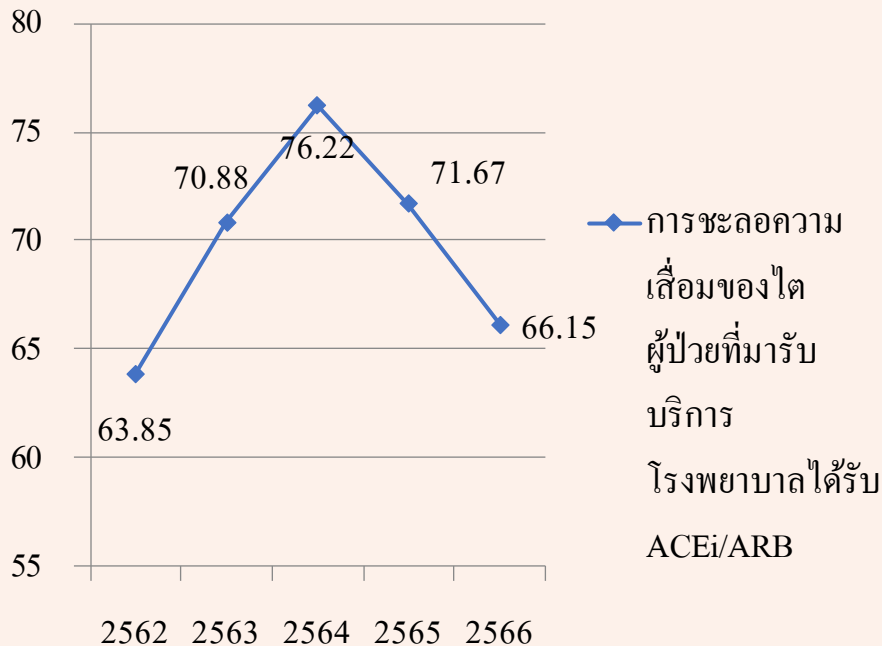


จากกราฟพบว่า อัตราการลดลงของ eGFR < 5 อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด ยังพบปัญหาผู้ป่วย ขาดนัด , รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ คิดว่าตัวเองสบายดี , ไม่มีคนนำส่ง ขาด care giver , กินยาสมุนไพร , รับประทานอาหารแสลงจึงไม่กล้ากินยา , เชื่อว่ากินยามากทำให้ไตแยลง จึงได้ดำเนินการ 1).การให้ความรู้ Education program แก่ผู้ป่วยและ care giver โดยทีมสหวิชาชีพ 2).ระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดและระบบการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ขาดนัดบ่อย

แผนพัฒนาต่อเนื่อง โรงพยาบาลมีแผนสร้างโรงอาหารสำหรับผู้ป่วยปี 67และมีนักกำหนดอาหารที่มาให้ความรู้และกำหนดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการ โรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB เป้าหมาย > 60%

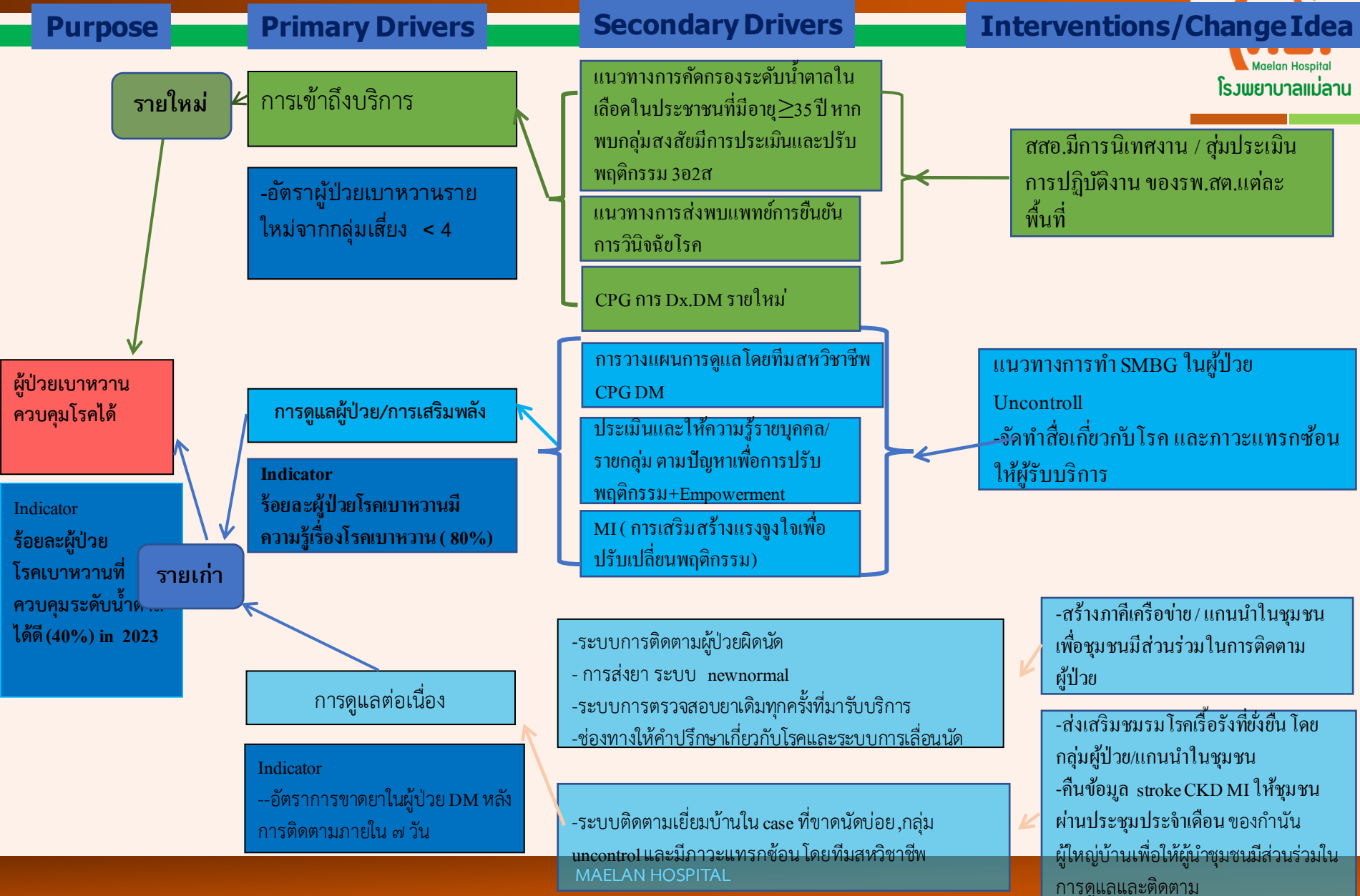


จากกราฟพบว่า ผู้ป่วยโรคไตได้รับ ACEi/ARB เพื่อชะลอการเสื่อมของไต มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากแพทย์มีการหมุนเวียนบ่อย ไม่มีแพทย์ประจำคลินิกโรคไตเฉพาะ ให้การรักษาตามประสบการณ์เดิม ส่วนผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น มีอาการไอ จนต้องเปลี่ยนยาและเมื่อผ่านระบบการติดตามหลังจากการใช้ยา พบค่าไตลดลง จึงปรับเปลี่ยนยา จึงได้ดำเนินการ 1).ประชุมนิเทศแพทย์เกี่ยวกับ CPG ก่อนปฏิบัติงาน 2).แพทย์ผู้รับผิดชอบคลินิกชี้แจงองค์กรแพทย์ทราบแนวทางการสั่งใช้ยาในผู้ป่วย CKD และติดตามผลการดำเนินอย่างต่อเนื่อง

# 11.Driver Diagram DM



Maellan Hospital  
โรงพยาบาลแม่ออน



## Purpose

## Primary Drivers

## Secondary Drivers

## Interventions/Change Idea

รายใหม่

การเข้าถึงบริการ

-อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง < 4

แนวทางการคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดในประชาชนที่มีอายุ ≥ 35 ปี หากพบกลุ่มเสี่ยงมีการประเมินและปรับพฤติกรรม 3๐2๘

แนวทางการส่งพบแพทย์การยืนยันการวินิจฉัยโรค

CPG การ Dx.DM รายใหม่

สสอ.มีการนิเทศงาน / สุ่มประเมินการปฏิบัติงาน ของรพ.สต.แต่ละพื้นที่

ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้

การดูแลผู้ป่วย/การเสริมพลัง

Indicator ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน (80%)

การวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ CPG DM

ประเมินและให้ความรู้รายบุคคล/รายกลุ่ม ตามปัญหาเพื่อการปรับพฤติกรรม+Empowerment

MI (การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)

แนวทางการทำ SMBG ในผู้ป่วย Uncontrol - จัดทำสื่อเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้ป่วยรับบริการ

Indicator ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (40%) in 2023

รายเก่า

การดูแลต่อเนื่อง

Indicator -อัตราการขาดยาในผู้ป่วย DM หลังการติดตามภายใน ๗ วัน

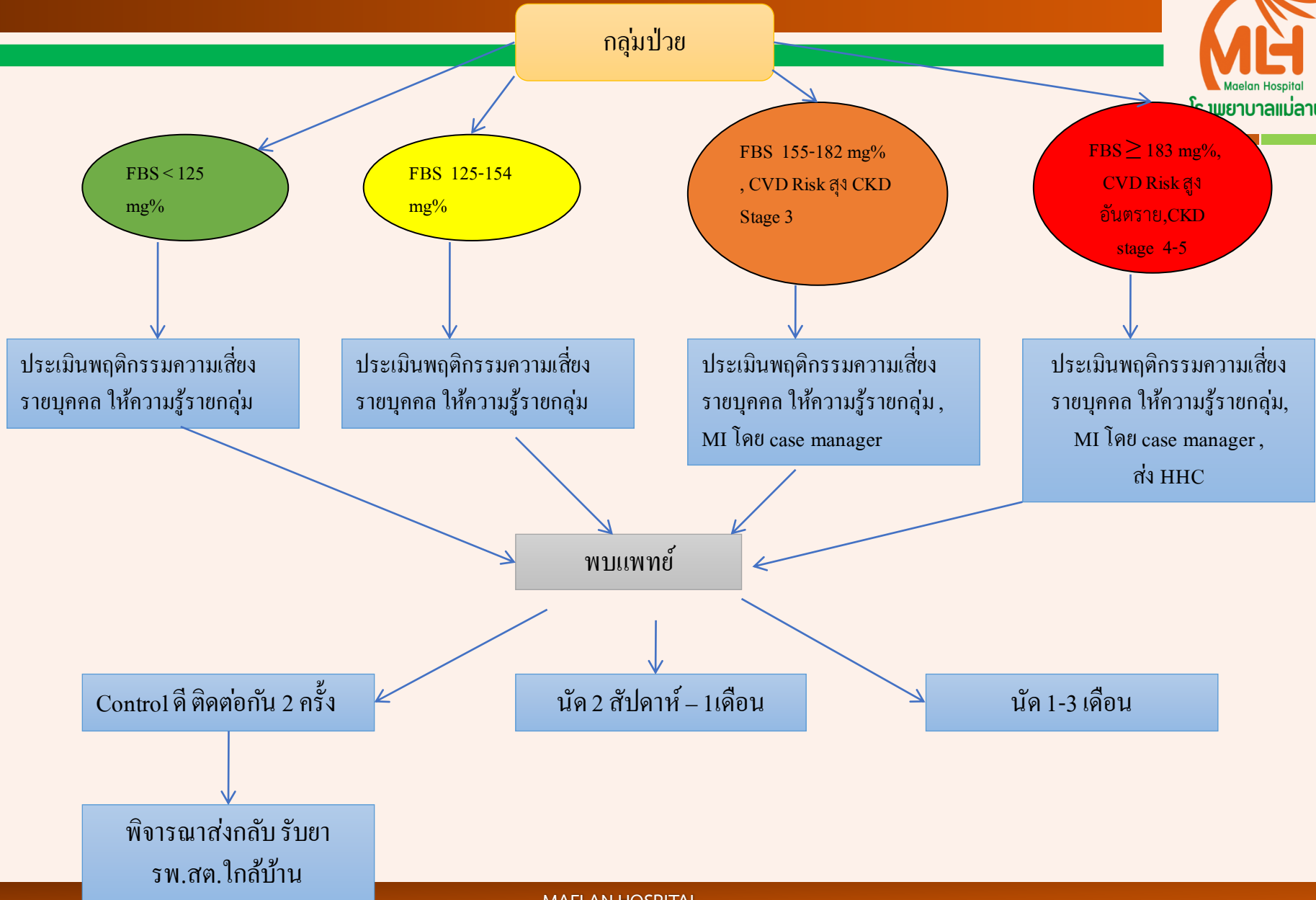
-ระบบการติดตามผู้ป่วยชนิด - การส่งยา ระบบ newnormal - ระบบการตรวจสอบยาเดิมทุกครั้งที่มาใช้บริการ - ช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและระบบการเปลี่ยนนัด

-ระบบติดตามเยี่ยมบ้านใน case ที่ขาดนัดบ่อย, กลุ่ม uncontrol และมีภาวะแทรกซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ MAELAN HOSPITAL

-สร้างภาคีเครือข่าย / แคนนำในชุมชนเพื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย

-ส่งเสริมชมรมโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน โดยกลุ่มผู้ป่วย/แคนนำในชุมชน - ถิ่นข้อมูล stroke CKD MI ให้ชุมชนผ่านประชุมประจำเดือน ของกำนันผู้ใหญ่บ้านเพื่อให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตาม

# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย DM



การจัดการกระบวนการ DM



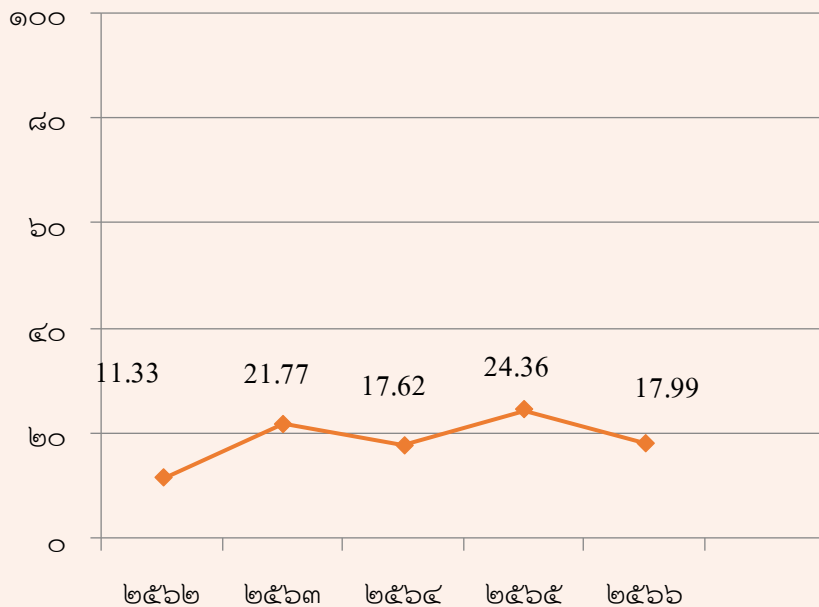
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การเข้าถึงบริการ	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ผู้ป่วย DM รายใหม่ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทาง	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (<5%)	1.แนวทางการคัดกรองเบาหวานในประชาชนที่มีอายุ ≥35 ปี หากพบกลุ่มสงสัยมีการประเมินและปรับพฤติกรรม 3๑2ส 2.แนวทางการส่งพบแพทย์การยืนยันการวินิจฉัยโรค 3.CPG การ Dx.DM รายใหม่
การเสริมพลัง	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเอง -ควบคุมโรคได้	ร้อยละผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ( 80%)	1.ประเมินและให้ความรู้รายบุคคล/ รายกลุ่ม ตามปัญหาเพื่อการปรับพฤติกรรมและEmpowerment 2.MI ( การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) 3.การดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ 4.ขึ้นทะเบียน อสค.ที่เป็นผู้ดูแลหลักในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5.แนวทางการทำ SMBG ในผู้ป่วย Uncontrol 6.จัดทำสื่อเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้รับบริการ
การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่ขาดยา	อัตราการขาดยาในผู้ป่วย DM หลังการติดตามภายใน 7 วัน	1.ระบบการติดตามผู้ป่วยผิคนัด 2.ระบบการตรวจสอบยาเดิมทุกครั้งที่มาใช้บริการ 3.ช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและระบบการเลื่อนนัด 4.ระบบติดตามเยี่ยมบ้านใน case ที่ขาดนัดบ่อย ,กลุ่ม uncontrol และมีภาวะแทรกซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ 5. การส่งยาระบบ newnormal 6.สร้างภาคีเครือข่าย / แกนนำในชุมชน เพื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วยส่งเสริมชมรมโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน โดยกลุ่มผู้ป่วย/แกนนำในชุมชน 7.คืนข้อมูล stroke CKD MI ให้ชุมชนผ่านประชุมประจำเดือน ของกำนันผู้ใหญ่บ้านเพื่อให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตาม

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราผู้ป่วยโรค DM ควบคุมโรคได้ > 40 %

—♦— อัตราผู้ป่วยโรค DM ควบคุมโรคได้

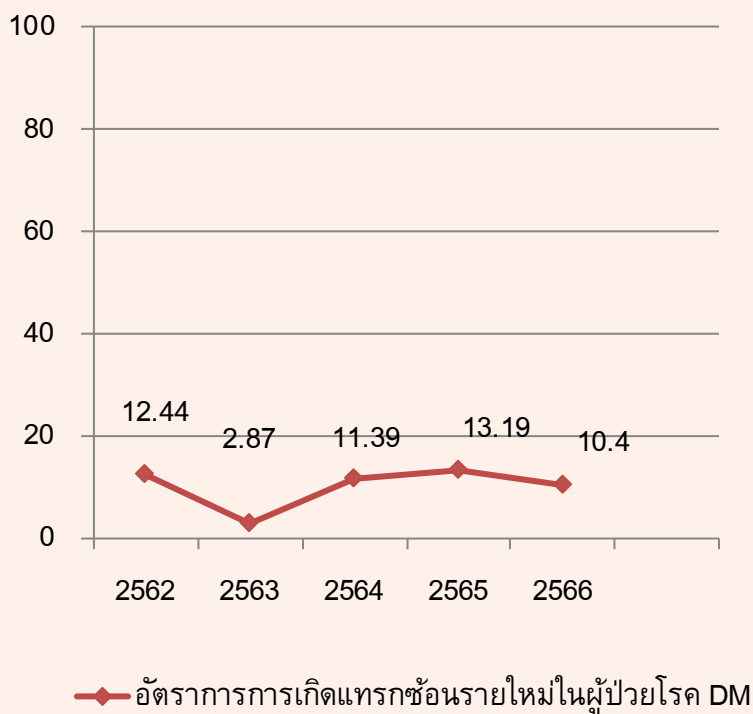


- จากกราฟ ผู้ป่วยโรค เบาหวาน ควบคุมโรคได้ไม่คงที่ เนื่องจาก พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ความเชื่อในการรับประทานยาไม่ถูกต้อง และวิถีชุมชน จึงได้ปรับให้ **Case manager** ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลโดยใช้ **MI** จัดทีมสหวิชาชีพมาให้ความรู้ในคลินิกทุกสัปดาห์ให้ครอบครัวทุกกลุ่ม ผู้ป่วยได้ทำ **SMBG** เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ควบคุมโรคได้ จัดตั้งศูนย์ **Health station** ในต.ม่วงเตี้ย และมีช่องทางการขอคำปรึกษากับ **case manager** พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครและสร้างแกนนำในการติดตามผู้ป่วย มีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (**Health Literacy-HL**) และพฤติกรรมสุขภาพ (**Health Behavior-HB**) ตามหลัก 3อ.2ส. มีแผนการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย **DM uncontroll**
- **โอกาสพัฒนา** พัฒนา ศูนย์ **Health station** ให้ครอบคลุมทุกตำบล, ชมรมออกกำลังกาย, ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



## อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วย DM เป้าหมาย < 10%



จากกราฟ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ ปี 2564 มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนทางไตที่ชัดเจนและปี 2566 นโยบายคัดกรอง EKG ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ,CXR ในผู้ป่วย DM uncontrol ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่เกิดจากขาดยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ รับประทานอาหารไม่ถูกต้อง ใช้ยาสมุนไพร ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงที่สุด รองลงมา กลุ่ม ACS และแทรกซ้อนทางตา จึงได้ค้นหาปัญหาเชิงลึกเฉพาะรายและ Motivation Interview ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ทุกราย

### แผนพัฒนา

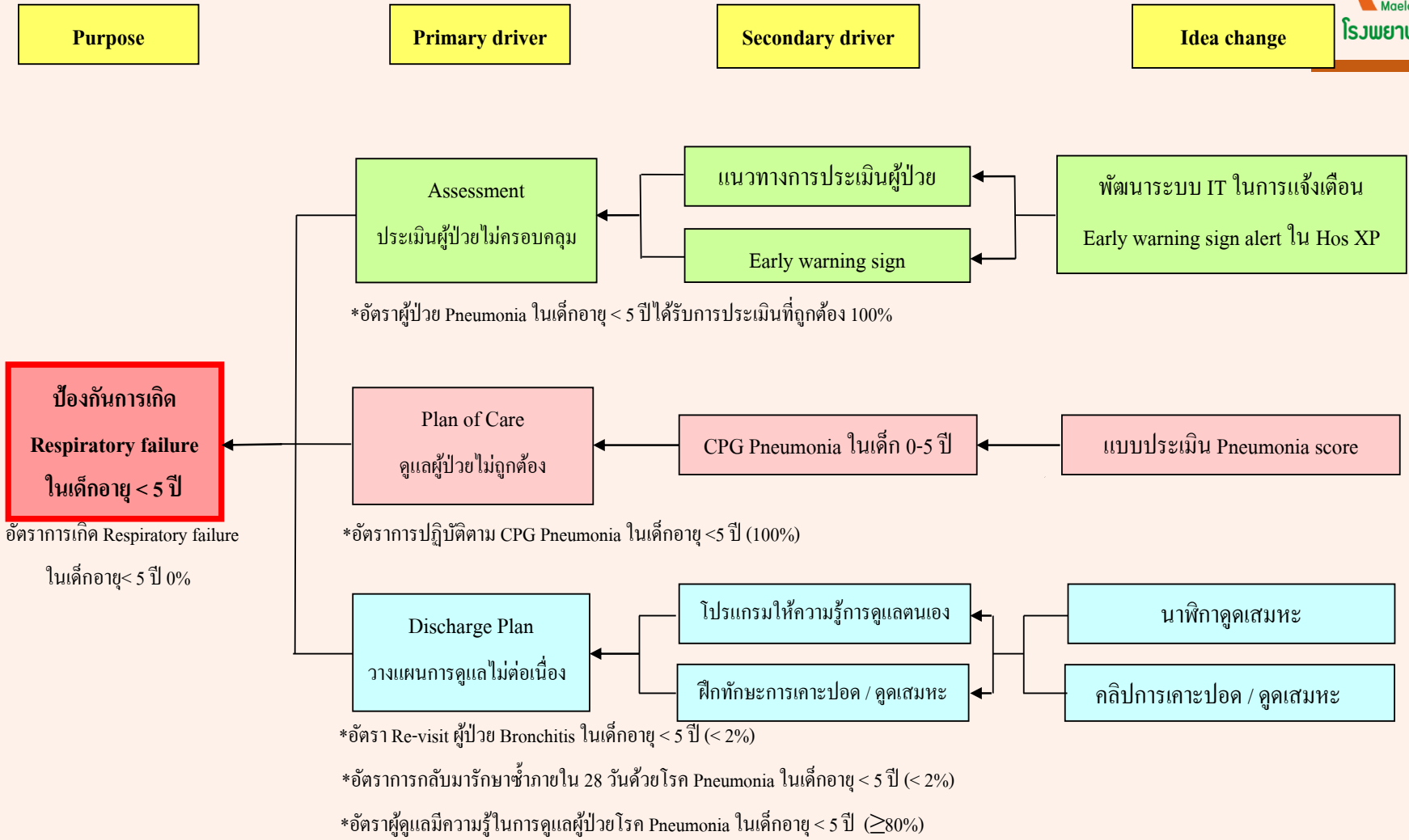
- 1.การจัดการรายบุคคล ให้คำปรึกษาเฉพาะและติดตามทุก 2 สัปดาห์
- 2.สร้างการเรียนรู้ในการตรวจตนเอง โดยตรวจวัดระดับน้ำตาลและปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสม
- 3.พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล,ชมรมออกกำลังกาย,ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา
- 4.จัดทำ focus group ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเชื่อในการรับประทานยา รับประทานอาหาร



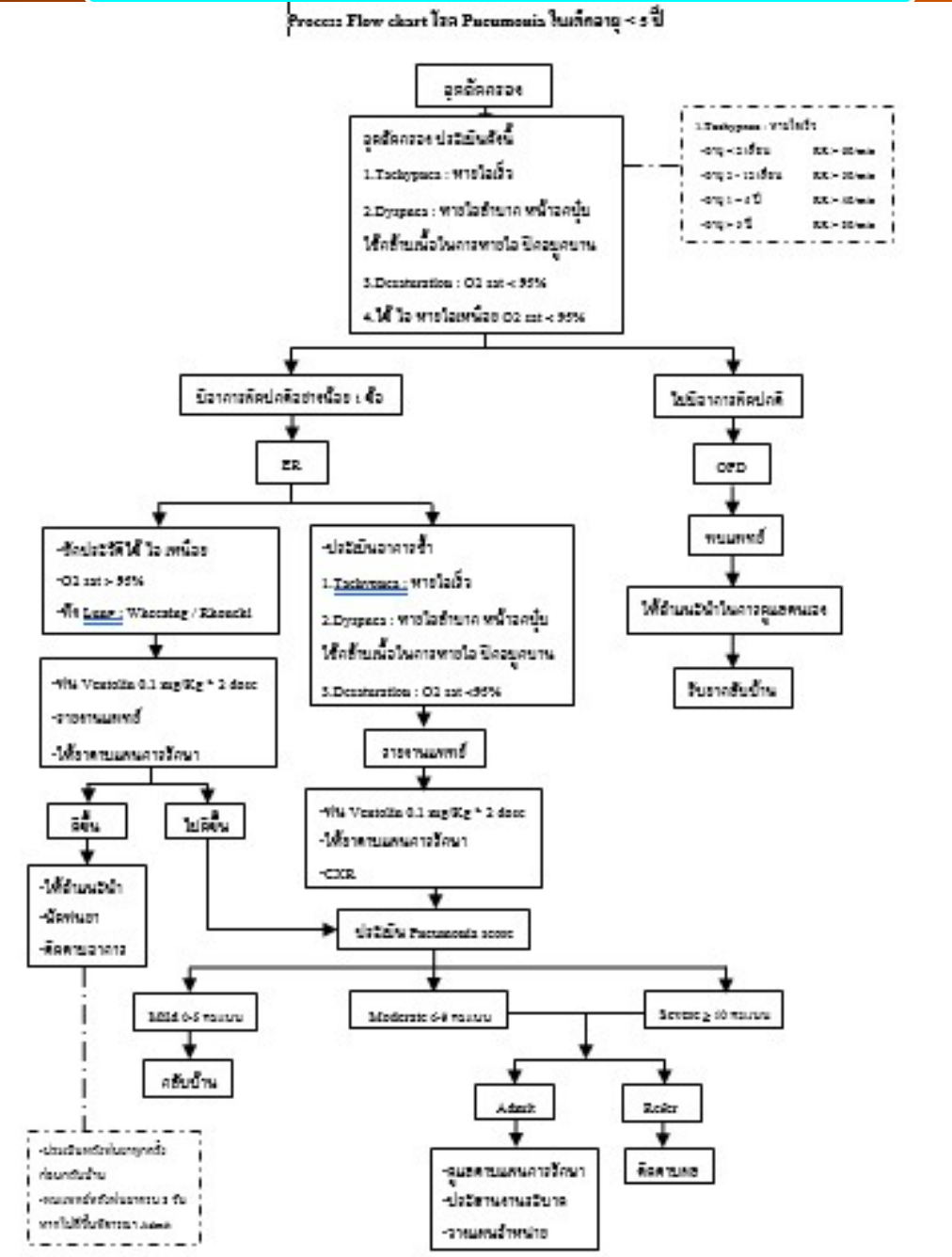
# 12. Driver diagram โรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี



## Driver diagram โรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี



# Process Flow chart โรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี

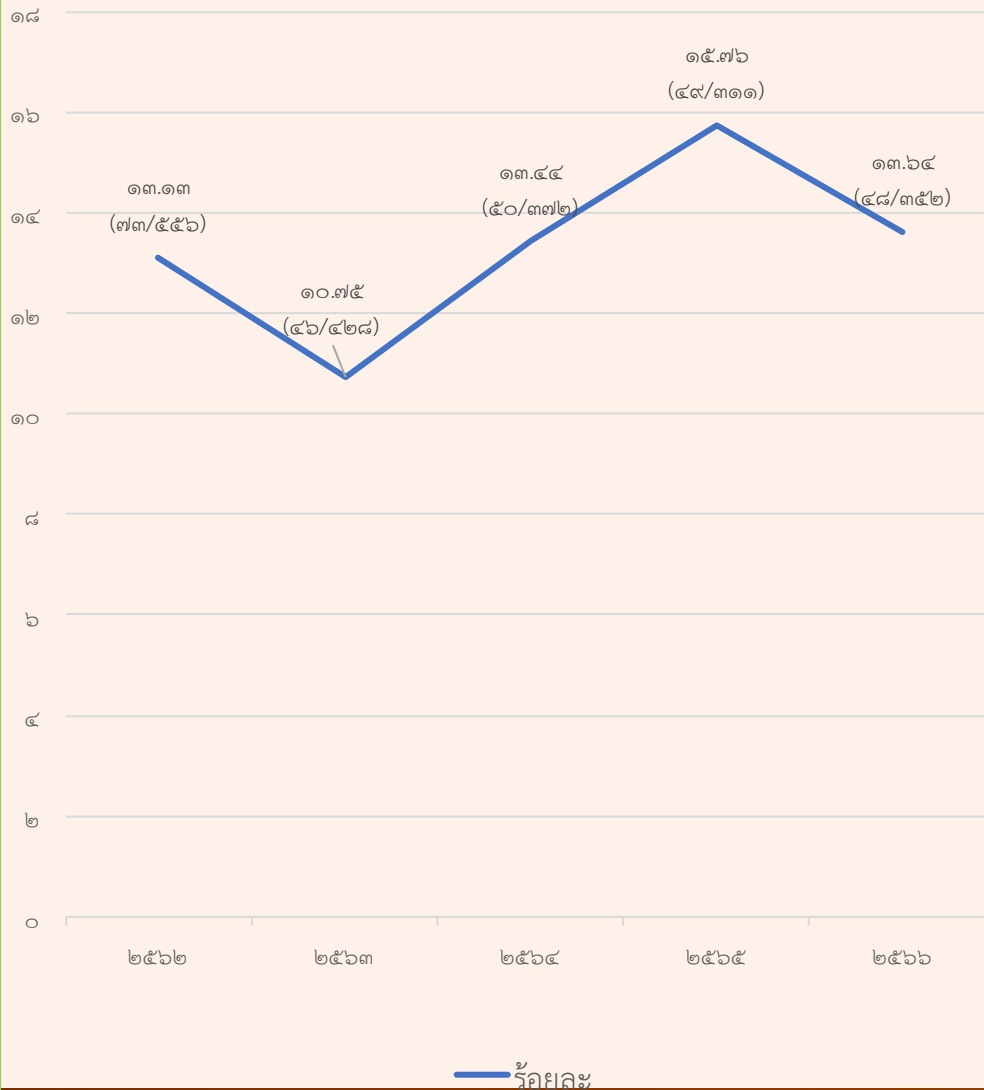


# การจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบของกระบวนการ
การประเมิน	ประเมินอาการ สัญญาณชีพและตรวจร่างกายได้ถูกต้อง	อัตราการประเมินผู้ป่วยโรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี ถูกต้อง 100%	-แนวทางการประเมิน ในผู้ป่วยโรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี -Early warning sign ผู้ป่วยเด็ก
การวางแผนการดูแล/การรักษา	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	-อัตราการปฏิบัติตาม CPG Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี 100% -อัตราการเกิด Respiratory failure ในเด็กอายุ < 5 ปี 0%	-CPG Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี -แบบประเมิน Pneumonia score
การวางแผนจำหน่าย	ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้อง	-อัตรา Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็กอายุ < 5 ปี < 2% -อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี < 2% -อัตราผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรค Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี $\geq 80\%$	-แนวทางการวางแผนจำหน่าย -ใช้สื่อออนไลน์ : คลิปการเคาะปอด-การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง -แผ่นพับคำแนะนำในการปฏิบัติตัว

## อัตรา Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็กอายุ < 5 ปี (เป้าหมาย < 2%)



จากกราฟในปี 2562-2564 พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็กไม่ชัดเจน พยายามขาดทักษะในการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วย ที่ไม่ได้ดำเนินการ

- 1) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็ก
- 2) จัดอบรมให้ความรู้พยาบาลในการประเมินอาการและการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็กโดยองค์กรแพทย์

ในปี 2565 อัตราการ Re-visit ด้วยโรค Bronchitis ในเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหายใจเหนื่อย ที่ไม่ได้ดำเนินการ

- 1) พยายามให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวใช้สื่อแผ่นพับคำแนะนำการปฏิบัติตัวโรค Bronchitis ในเด็ก
- 2) มีระบบการนัด ได้แก่ นัดพ่นยา นัดติดตามอาการ ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปี 2566 อัตรา Re-visit ผู้ป่วย Bronchitis ในเด็ก < 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.64 ซึ่งมีแนวโน้มลดลง มีแผนพัฒนาต่อในการทบทวนเวชระเบียนการดูแลผู้ป่วยโรค Bronchitis ในเด็กอายุ < 5 ปี

## ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราการเกิด Respiratory failure จาก Pneumonia ในเด็กอายุ < 5 ปี (เป้าหมาย 0%)

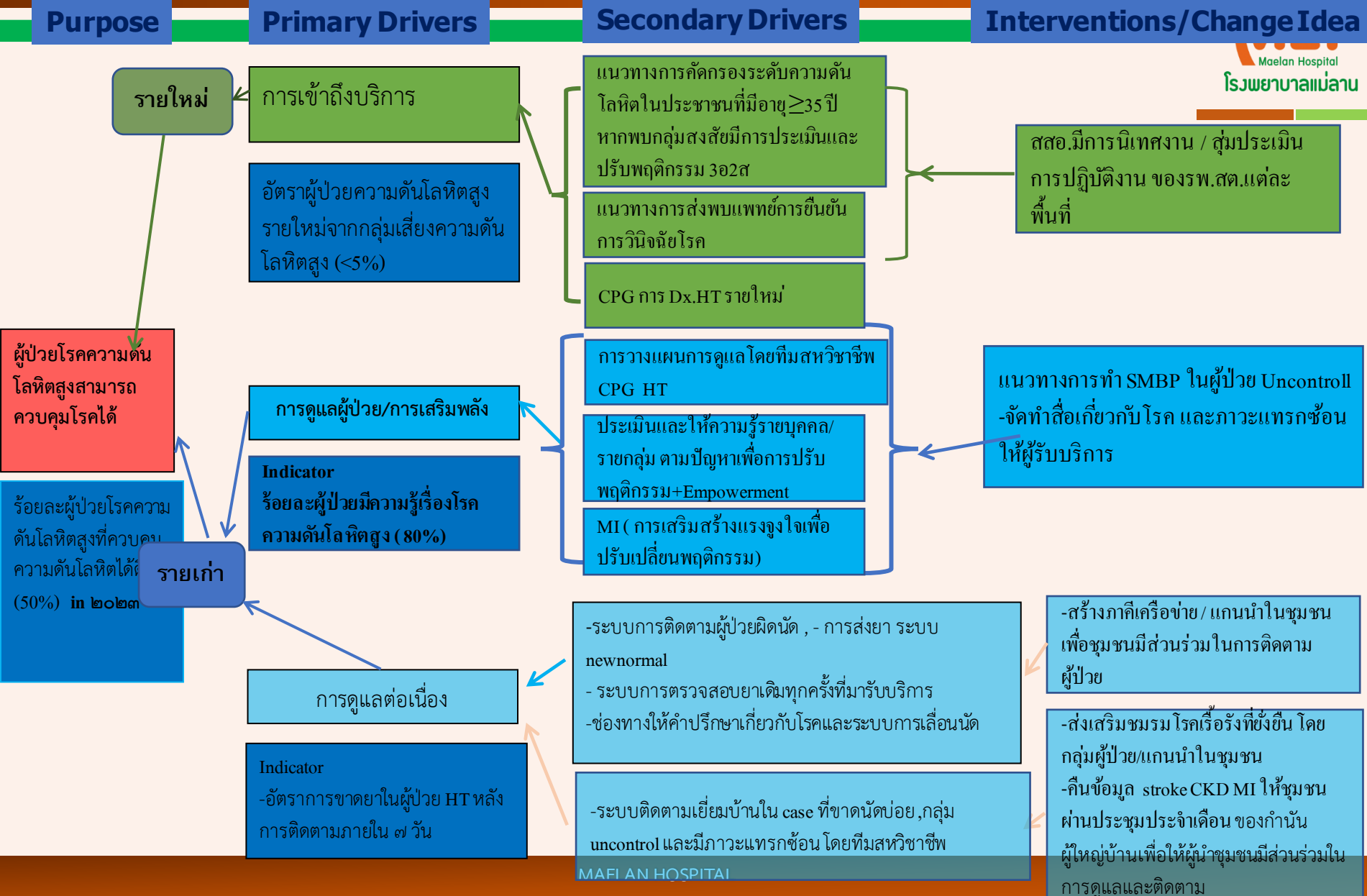


ในปี 2562-2563 พบอัตราการเกิด Respiratory failure Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี พบว่าไม่มีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ที่ชัดเจน ยังใช้การดูแลแบบ Bronchitis ไม่มีเกณฑ์การ Admit กลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก 0-5 ปี และแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุมการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพในกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ จึงมีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี ในทีมนำทางคลินิกโดยกำหนดให้มีเกณฑ์การวินิจฉัย เกณฑ์การ Admit ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พัฒนาแนวทางการดูแลโรค Pneumonia ในเด็กร่วมกับสหวิชาชีพ ปี 2564 ไม่พบการเกิด Respiratory failure Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี ในปี 2565 พบว่ามีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากการทบทวนพบว่า Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี พบในผู้ป่วยนอกที่ได้รับการรักษาโดยการนัดมาพ่นยามากกว่า 3 วัน แต่ไม่มีการประเมินซ้ำ ไม่มีการวางแผนการติดตามอาการอย่างเป็นระบบ ในแผนกผู้ป่วยในเกิดจากการดูแลตามหะไม่ได้ตามเวลาที่กำหนด จึงมีการพัฒนาระบบประเมินซ้ำในผู้ป่วย Bronchitis มีระบบนัดติดตามอาการในกลุ่มผู้ป่วยมีนัดพ่นยาแล้วไม่ดีขึ้น ทบทวนแนวทางการประเมินชนิดและระยะเวลาการรับประทานยาในผู้ป่วยเด็กก่อนดูแลหะ มีการนิเทศ กำกับการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี และแนวทางการ Admit กลุ่มโรค Pneumonia และในปี 2566 อัตราการเกิด Respiratory failure Pneumonia ในเด็ก 0-5 ปีลดลง คิดเป็นร้อยละ 2.04

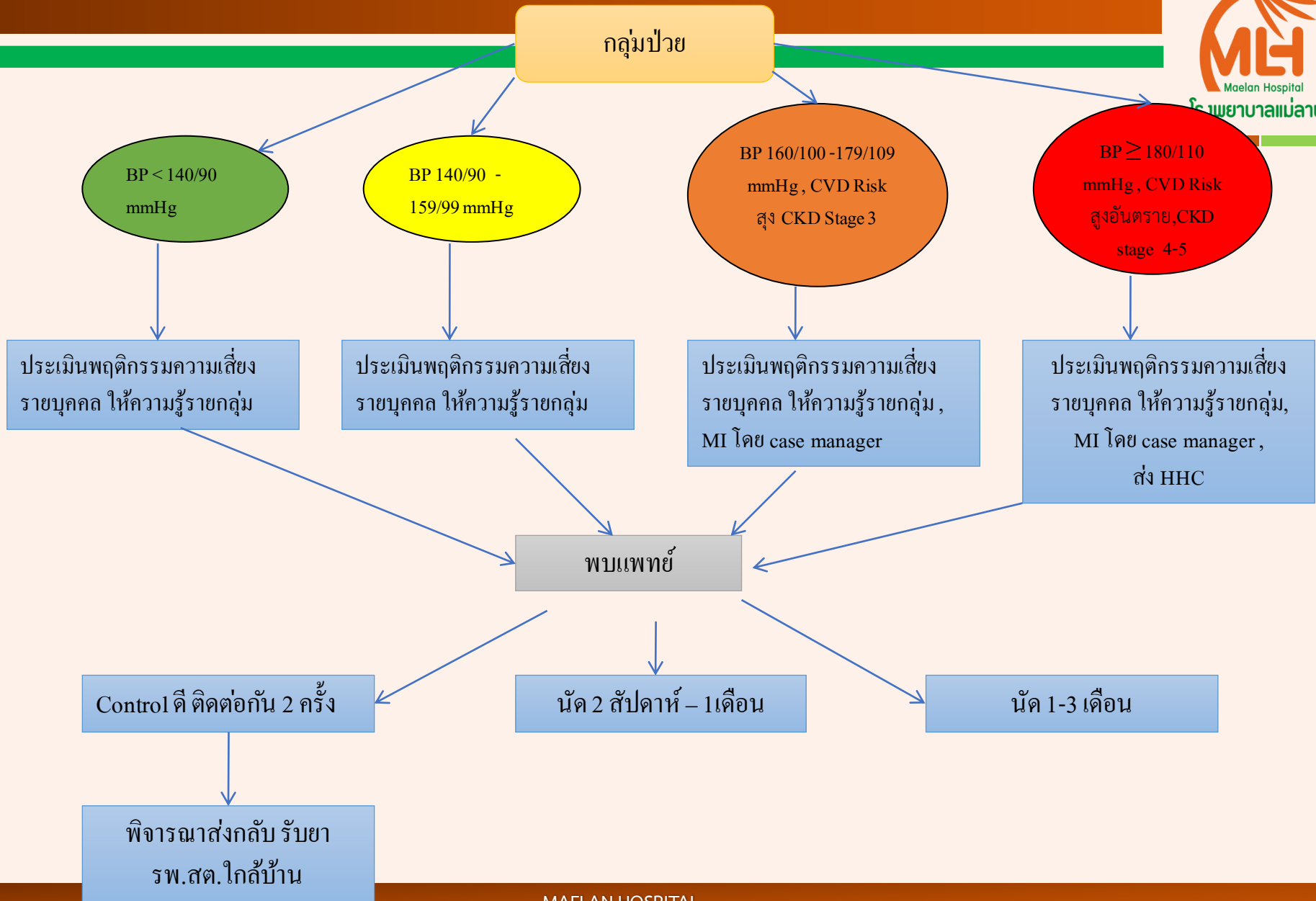
# 13. Driver Diagram HT



Mae Lan Hospital  
โรงพยาบาลแม่ลาน



# Process Flow chart การดูแลผู้ป่วย HT





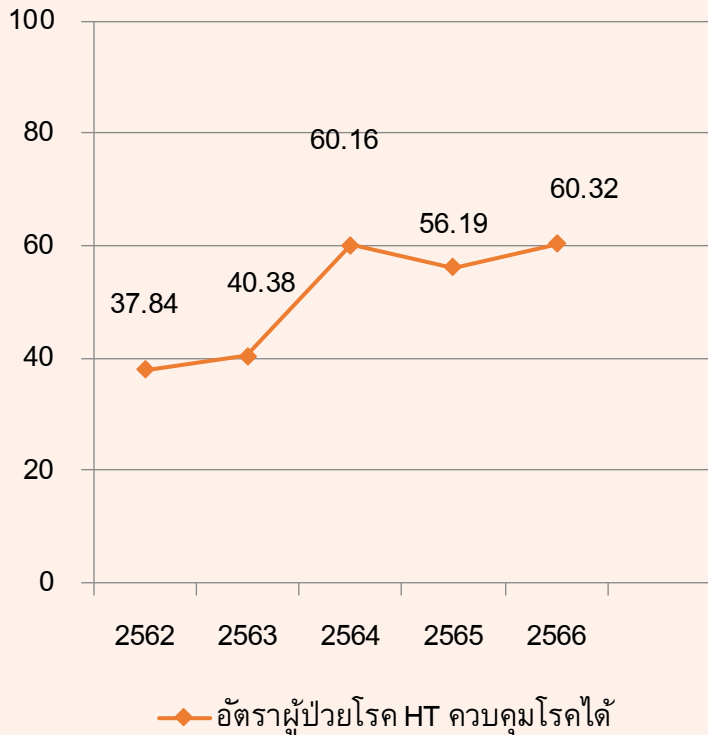
กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การเข้าถึงบริการ	ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรอง ผู้ป่วยHT รายใหม่ได้รับการวินิจฉัยตามแนวทาง	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (<5%)	1.แนวทางการคัดกรองระดับความดันโลหิตในประชาชนที่มีอายุ ≥35 ปี หากพบกลุ่มสงสัยมีการประเมินและปรับพฤติกรรม 3๐2ส 2.แนวทางการส่งพบแพทย์การยืนยันการวินิจฉัยโรค 3.CPG การ Dx.HT รายใหม่
การเสริมพลัง	-ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลตนเอง -ควบคุมโรคได้	ร้อยละผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ( 80%)	1.ประเมินและให้ความรู้รายบุคคล/ รายกลุ่ม ตามปัญหาเพื่อการปรับพฤติกรรมและEmpowerment 2.MI ( การเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) 3.การดูแลในคลินิกโรคเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ 4.ชั้นทะเบียน อสค.ที่เป็นผู้ดูแลหลักในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5.แนวทางการทำ SMBP ในผู้ป่วย Uncontroll 6.จัดทำสื่อเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อนให้ผู้รับบริการ
การดูแลต่อเนื่อง	ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่ขาดยา	อัตราการขาดยาในผู้ป่วย HT หลังการติดตามภายใน 7 วัน	1.ระบบการติดตามผู้ป่วยผิคนัด 2.ระบบการตรวจสอบยาเดิมทุกครั้งที่มาใช้บริการ 3.ช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและระบบการเลื่อนนัด 4.ระบบติดตามเยี่ยมบ้านใน case ที่ขาดนัดบ่อย ,กลุ่ม uncontrol และมีภาวะแทรกซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ 5. การส่งยา ระบบ newnormal 6.สร้างภาคีเครือข่าย / แกนนำในชุมชน เพื่อชุมชนมีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย -ส่งเสริมชมรมโรคเรื้อรังที่ยั่งยืน โดยกลุ่มผู้ป่วย/แกนนำในชุมชน 7.คืนข้อมูล stroke CKD MI ให้ชุมชนผ่านประชุมประจำเดือน ของกำนันผู้ใหญ่บ้านเพื่อให้ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและติดตาม



# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราผู้ป่วยโรค HT ควบคุมโรคได้ > 60%



จากกราฟ ตั้งแต่ปี 2564-2566 พบว่า ผู้ป่วย HT มีแนวโน้มควบคุมโรคได้เพิ่มขึ้น เนื่องจาก ปรับฐานข้อมูลในระบบ HDC การทำ MI ในกลุ่มผู้ป่วย Uncontrol ให้ครอบคลุมมากขึ้น จัดทีมสหวิชาชีพมาให้ความรู้ในคลินิกทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยได้ทำ SMBP เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ควบคุมโรคได้ จัดตั้งศูนย์ Health station ในต.ม่วงเตี้ย และมีช่องทางการขอคำปรึกษา กับ case manager พัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร และสร้างแกนนำในการติดตามผู้ป่วย มีการประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy-HL) และพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior-HB) ตามหลัก 3อ.2ส. ร่วมกับวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล ติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

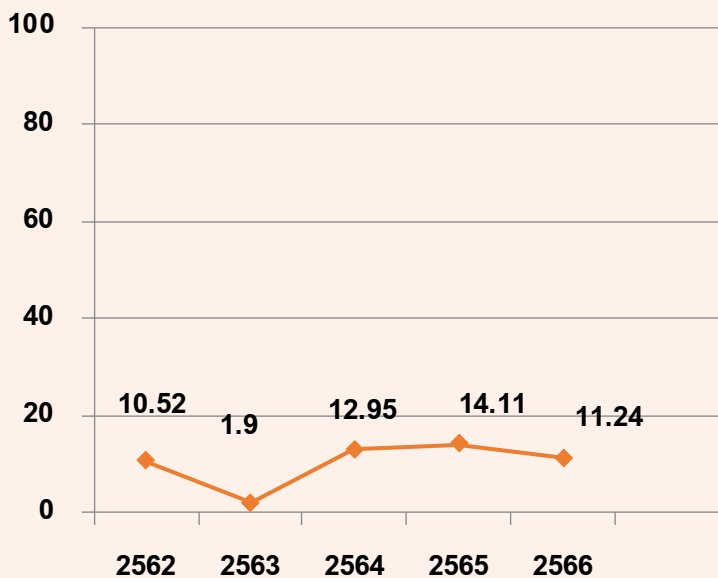
### โอกาสพัฒนา

พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล, ชมรมออกกำลังกาย, ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา

# ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย HT <5%



— อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายใหม่ในผู้ป่วยโรค HT

• จากกราฟ พบว่า อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนมี

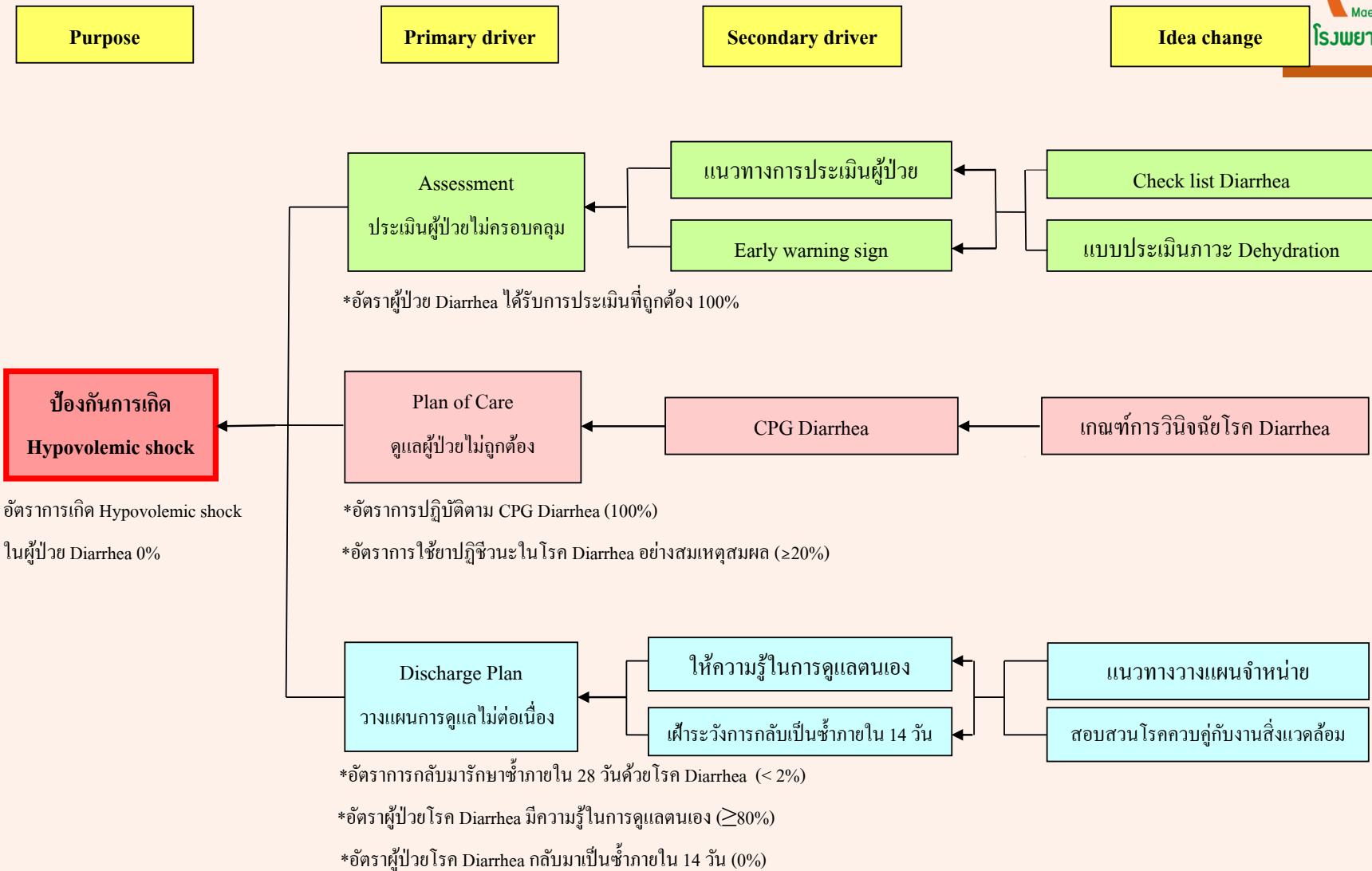
แนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งตั้งแต่ ปี 2564 มีการกำหนดเกณฑ์การวินิจฉัยโรคแทรกซ้อนทางไตที่ชัดเจนและปี 2566 นโยบายคัดกรอง EKG ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกราย ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนส่วนใหญ่ เกิดจากขาดยา รับประทานไม่สม่ำเสมอ รับประทานสมุนไพร สบุนหรือ ควบคุมโรคไม่ได้ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงที่สุด รองลงมา กลุ่ม ACS และ Stroke ในระยะฉุกเฉิน จึงได้ค้นหาปัญหาเชิงลึก เฉพาะรายและ Motivation Interview ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคไม่ได้ทุกราย และปรับพฤติกรรม ให้ความรู้ในชุมชน มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3อ.2ส. กลุ่มผู้ป่วย AF ได้รับการประเมิน และการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางโรคหัวใจเพิ่มขึ้น

แผนพัฒนา

- 1.การจัดการรายบุคคล ให้คำปรึกษาเฉพาะและติดตามต่อเนื่อง
- 2.สร้างการเรียนรู้ในการตรวจตนเอง โดยตรวจวัดความดันเองและปรับการรับประทานอาหารให้เหมาะสม
- 3.พัฒนา ศูนย์ Health station ให้ครอบคลุมทุกตำบล, ชมรมออกกำลังกาย, ชมรมปลูกผักกินได้ จัดทำโครงการอาหารเป็นยา

# 14. Driver diagram โรค Diarrhea

## Driver diagram โรค Diarrhea



# Process Flow chart โรค Diarrhea

แนวปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง (Diarrhea)



## ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจวัดสัญญาณชีพ

- ลักษณะอุจจาระ สี เหลลว/เนื้อ>น้ำ ,น้ำ>เนื้อ ,มูกเลือด
- ปริมาณ ครั้ง/วัน
- อาการร่วม เช่น ไข้ ปวดท้อง อาเจียน หน้ามืดเป็นลม
- ประวัติการรับประทานอาหารและคนที่ร่วมรับประทานอาหารมีอาการปวดท้องหรือไม่
- ประวัติโรคประจำตัว
- ประวัติอาเจียน/ ความสามารถในการดื่มน้ำเกลือแร่ทดแทน

## ประเมินภาวะ Dehydration

### Mild

#### ในผู้ใหญ่

- 1.Pulse , BP ปกติ
- 2.กระหายน้ำเล็กน้อย
- 3.อ่อนเพลียเล็กน้อย
- 4.ความยืดหยุ่นผิวหนังดี
- 5.Capillary refill < 2 วินาที

#### ในเด็ก ประเมินเพิ่ม ดังนี้

- 6.พฤติกรรมปกติ
- 7.กระหายน้ำเล็กน้อย
- 8.น้ำตา : มีน้ำตา
- 9.กระหม่อมหน้าปกติ
- 10.เยื่อปากลปกติ
- 11.Urine specific <1.020

แพทย์ตรวจอาการ

### กลับบ้านได้

- ORS
- ยา supportive ตามอาการ เช่น Motilium Buscopan , Paracetamol
- Infected diarrhea เช่น มีไข้ ถ่ายมีมูกเลือด พิจารณาให้ยา ATB
- Non-Infected ไม่ต้องให้ยา ATB
- ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวและการสังเกตอาการผิดปกติที่ส่งมารพ.

### Moderate

#### ในผู้ใหญ่

- 1.Pulse เบาเร็ว ,BPปกติ/ต่ำลง>10 mmHg
- 2.อ่อนเพลียแทบเดินไม่ไหว ,นั่งได้
- 3.เริ่มมีอาการตาลึกโอบ
- 4.ผิวหนังมีความยืดหยุ่นปานกลาง
5. Capillary refill 2-3 วินาที

#### ในเด็ก ประเมินเพิ่ม ดังนี้

- 6.พฤติกรรมกระสับกระส่าย
- 7.กระหายน้ำปานกลาง
- 8.น้ำตา : มีน้ำตาลดลง
- 9.กระหม่อมหน้านูนเล็กน้อย
- 10.เยื่อปากแห้ง
- 11.Urine specific>1.020 /ปัสสาวะลดลง

แพทย์ตรวจอาการ : พิจารณา Admit

### Treatment

- Lab : CBC , BUN, Cr , Electrolyte , Stool exam , Stool culture(ตามแผนการรักษา)
- IV fluid Maintenance + deficit (ตามแผนการรักษา)

ประสานงานระบาด

สอบสวนโรค

\*\*งานระบาด สอบสวน โรคในกรณีระบาดเป็นกลุ่มก้อน (10 รายขึ้นไปภายใน 2 วัน)\*\*

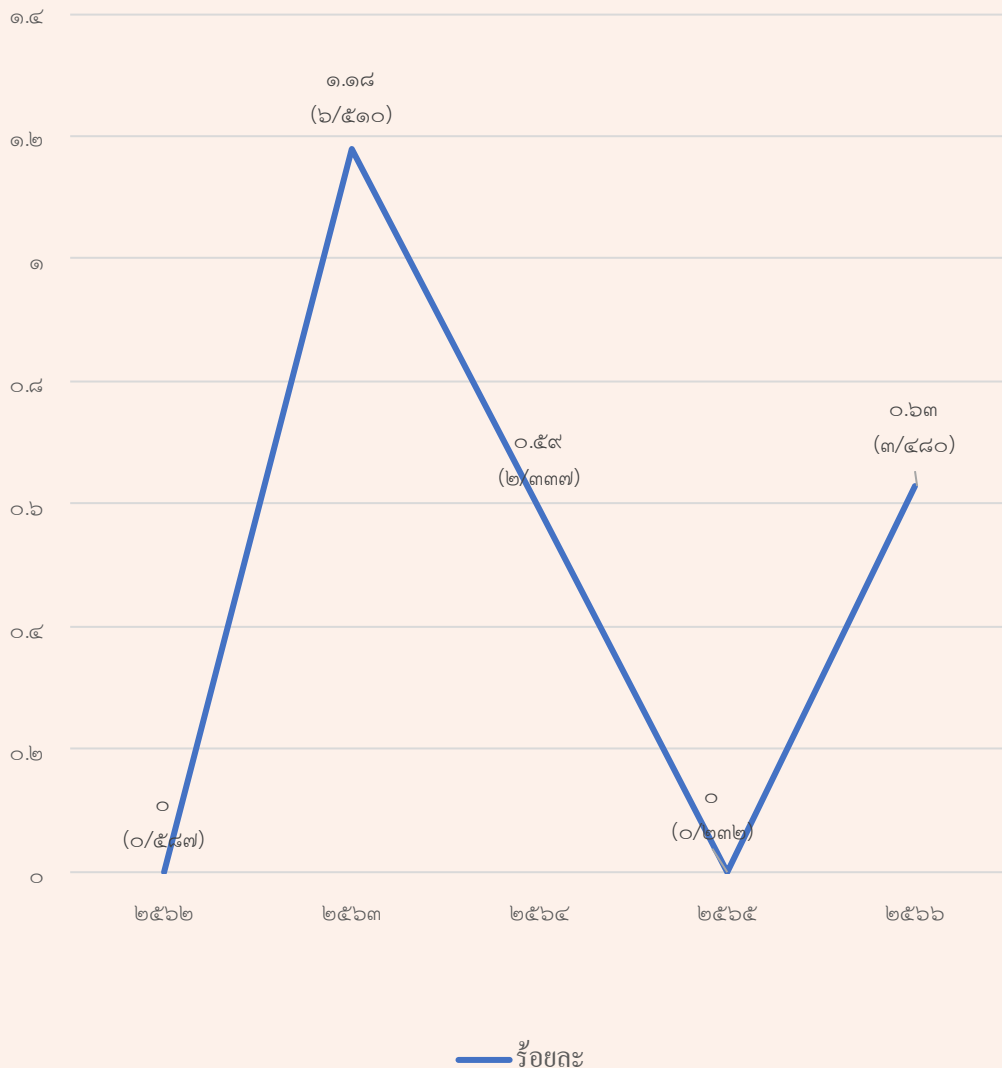
## การจัดการกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรค Diarrhea



กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบของกระบวนการ
การประเมิน	ประเมินอาการ สัญญาณชีพ และตรวจร่างกายได้ถูกต้อง	อัตราผู้ป่วย Diarrhea ได้รับการประเมินที่ถูกต้อง 100%	-แนวทางการประเมินอาการ สัญญาณชีพและตรวจร่างกายในผู้ป่วยโรค Diarrhea  -Early warning sign  -Check list diarrhea  -แบบประเมินภาวะ Dehydration
การวางแผนการดูแล//การรักษา	ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน	- อัตราการปฏิบัติตาม CPG Diarrhea (100%)  -อัตราการเข้าปฏิบัติหัตถการในโรค Diarrhea อย่างสมเหตุสมผล ( $\geq 20\%$ )  -อัตราการเกิด Hypovolemic shock ในผู้ป่วย Diarrhea 0%	-CPG Diarrhea  -เกณฑ์การวินิจฉัยโรค Diarrhea
การวางแผนจำหน่าย	ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้	-อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรค Diarrhea < 2%  -อัตราผู้ป่วยโรค Diarrhea มีความรู้ในการดูแลตนเอง $\geq 80\%$  -อัตราผู้ป่วยโรค Diarrhea กลับมาเป็นซ้ำภายใน 14 วัน (0%)	-แนวทางการวางแผนจำหน่าย  -แนวทางการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำภายใน 14 วัน และการสอบสวนโรค



อัตราการเกิด Hypovolemic shock ในผู้ป่วย Diarrhea 0%



จากกราฟในปี 2563 พบว่าแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Diarrhea ไม่ชัดเจน การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่เข้าสู่ภาวะ Shock ไม่ครอบคลุม ทีมได้ดำเนินการ 1) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค Diarrhea 2) ปรับแนวทาง Early warning sign และการประเมินภาวะ Dehydration ให้ครอบคลุมทั้งในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มเด็ก ผลลัพธ์ในปี 2564 ลดลงคิดเป็นร้อยละ 0.59 และในปี 2565 ไม่เกิด Hypovolemic shock ในผู้ป่วย Diarrhea และในปี 2566 พบอัตราการเกิด Hypovolemic shock ในผู้ป่วย Diarrhea คิดเป็นร้อยละ 0.63 ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุ มีแผนพัฒนาต่อในการเฝ้าระวังการเกิด Hypovolemic shock ในกลุ่มผู้สูงอายุ

# แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

แผนพัฒนาที่ทำได้

## มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3ค]

**ข้อเสนอแนะ :** ตามที่โรงพยาบาลกำหนดการจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วย  
ใน โดยประสานกับร้านขายอาหารในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการ  
ทางโภชนาการ จากร้านที่ประเมินสุขาภิบาลอาหารผ่านเกณฑ์และโภชน  
บำบัดเหมาะสม ควรกำกับ ติดตามการจัดบริการ อาหารให้เป็นไปตามแนวทาง  
ที่กำหนด และสร้างการเรียนรู้ พัฒนาผู้ประกอบการ ให้มีความรู้ในการจัด  
อาหารได้อย่างเหมาะสม



## มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3ค]

- แผนพัฒนา :**
- 1.จัดทำแผนจ้างร้านอาหารภายนอกประกอบอาหารให้ผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาล บริเวณโรงอาหารในโรงพยาบาล
  - 2.ส่งเจ้าหน้าที่ร้านอาหารไปอบรมการประกอบอาหารที่โรงพยาบาลปัตตานีและอบรมมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารโดยนักวิชาการสาธารณสุข
  3. ตรวจสอบมาตรฐานร้านอาหารทุกปี
  - 4.จัดทำคู่มืออาหารให้กับร้านอาหาร โดยมีนักโภชนาการโรงพยาบาลปัตตานีเป็นที่ปรึกษา
  - 5.กำหนดให้พยาบาลที่รับผิดชอบกำหนดเมนูอาหารที่เหมาะสมกับโรคให้กับผู้ประกอบอาหารเพื่อจัดเตรียมอาหารให้เหมาะสมตามเวลา
  6. สุ่มตามรอยการจัดทำ จัดส่งอาหารให้กับผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง
  - 7.เฝ้าระวังและติดตามภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย
  - 8.เก็บข้อมูลตัวชี้วัดและรายงานให้คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุก 3 เดือน
  - 9.แผนของงบประมาณในการจัดสร้างโรงครัวของโรงพยาบาล ในปี 2565

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	2564	2565	2566
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สุขาภิบาลอาหาร		92.27	100
อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้อง เหมาะสมกับโรค 100%		100	100

## มาตรฐาน ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### III -3 การวางแผน การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1] การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]

**ข้อเสนอแนะ :** การวางแผนการดูแลผู้ป่วย : ทีมดูแลผู้ป่วยควรทบทวนการกำหนดเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเป็นระยะ โดยอิงการใช้ข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย สื่อสารให้กับผู้เกี่ยวข้องเข้าใจ เพื่อใช้เฝ้าระวังอย่างเหมาะสม

#### **แผนพัฒนา :**

1. กำหนดเป้าหมายและกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนการดูแลร่วมกัน โดยทีมสหวิชาชีพโดยใช้ care map ได้แก่ โรค HT,DM,COPD,Pneumonia เป็นต้น
2. ปรับปรุง Standing order , CPG กลุ่มโรค fast tack และโรคที่สำคัญ ทุกปี และชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องทราบผ่านช่องทางที่กำหนด
3. วางแผนดูแลผู้ป่วยโรคระบาด โรคติดเชื่อร่วมกัน ได้แก่ ผู้ป่วยเชื้อดื้อยา ,measle,covid-19
4. ประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิกจากการติดตามตัวชี้วัดทุกเดือน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	2564	2565	2566
อัตราครอบคลุมการใช้ Care map >80%	85	88	90
อัตราการปฏิบัติตาม Standing order ,CPG ในกลุ่มโรคที่กำหนด >90%	100	100	100
อัตราความครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ >80%	100	100	100
อัตราการ re admit ใน48 ชั่วโมง ในกลุ่มโรคที่กำหนด < 10 %	6.90	5.93	8.39

## มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย

### III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

#### 78 การให้ข้อมูลและเสริมพลัง[III-5]

**ข้อเสนอแนะ :** มีการกำหนดปัญหาสำคัญที่พบว่าโรคเรื้อรัง DM,HT เป็นโรคสำคัญของพื้นที่และจากข้อมูลการขาดนัดของคลินิก NCD ที่พบขาดนัดมากกว่า 50 ผลลัพธ์การควบคุมน้ำตาล ความดันโลหิตในภาพรวมไม่ดีขึ้นส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มมากขึ้น ทีมดูแลระบบ NCD และทีมดูแลผู้ป่วยควรนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ด้วยการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่ขาดนัด ผู้ป่วยที่มีปัญหาโลหิตจางที่ยังพบจำนวนมาก(อาจเกิดจากอาชีพกรีดยางที่นอนน้อย พยาธิปากขอ)เรียนรู้ร่วมกัน ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และให้ข้อมูลเสริมพลังในการดูแลตนเอง มีการติดตามผลลัพธ์ที่สามารถ self management ที่ดีขึ้น

# มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย

## III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

**แผนพัฒนา :** 1.วิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีการขาดนัดและกำหนดแนวทางแก้ไขในแต่ละกลุ่ม

1.1 ผู้ป่วยลืมนัดหมาย จะมีระบบแจ้งเตือนล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดและติดตามการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผ่านระบบ line notify

1.2 ไม่มีรถมารพ./ไม่มีผู้ดูแล /ติดบ้าน ติดเตียงกำหนดให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังต้องมี care giver ทุกราชหรือใช้ระบบ new normal ในผู้ป่วยที่ไม่มี care giver

1.3 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ /หยุดยาเอง /หยุดยาเมื่อรับประทานอาหารแสลง สงพบเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยา และผลเสียของการไม่รับประทานยาต่อเนื่อง

1.4 สถานการณ์โรคระบาด Covid ตรวจสอบผู้ป่วยขาดนัด และใช้ระบบ new normal ส่งมอบยาให้ผู้ป่วย

2. ผู้ป่วยที่ต้องการใช้ยาทางเลือก มีการกำหนดแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างแพทย์ปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

3.การทำ Motivate interview ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ un controlled ครั้งแรกที่ visit ร่วมกับการทำ SMBG,SMBP

4.ช่องทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วย DM ที่ใช้ยาฉีด เป็นต้น



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	2564	2565	2566
อัตราการขาดนัดในผู้ป่วย HT เป้าหมาย < 10%	20.01	16.12	13.90
อัตราการขาดนัดในผู้ป่วย DM เป้าหมาย < 10 %	7.72	11.73	10.34
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ ควบคุมความดันโลหิตได้ดี (เป้าหมาย >60% )	60.16	56.19	60.37
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุม ระดับน้ำตาลได้ดี (เป้าหมาย >40%	17.62%	24.36	17.93

# แผนพัฒนาคุณภาพตามข้อเสนอแนะ

กำลังพัฒนาต่อเนื่อง



## มาตรฐาน ตอนที่ III กระบวนการดูแลผู้ป่วย

### III-1 การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ

**ข้อเสนอแนะ**จากการสัมภาษณ์พบความท้าทายในระบบการส่งต่อ เนื่องจาก การเปลี่ยนแปลงของแม่ข่าย ควรรวบรวมปัญหาการส่งต่อมาวิเคราะห์และ จัดกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ เพื่อจัดการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพที่ดีทั้งในบทบาทของ ทีม PCT และบทบาทของทีมนำโรงพยาบาล กำหนดเชิงนโยบายที่มีความ ทันสมัยอยู่เสมอ เช่น เมื่อปีก่อนสามารถส่ง fast track STEMI ได้ที่ โรงพยาบาลทั่วไป(มี cardio med) แต่ปีนี้ต้องส่งมาที่โรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดใกล้เคียง (ในจังหวัดไม่มี cardio med)

#### **คำแนะนำ Suggestion :**

ควรส่งเสริมการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา (การส่งต่อที่รพ.ทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ การรับมาจากรพ.สต.หน่วย FR ) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย

## แผนพัฒนา

ปัญหาในการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม fast tract STEMI และขาดการประสานงาน  
งานระหว่างหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยเช่น รพ.สต. ทีม PCT จึงได้กำหนด  
แผนพัฒนาดังนี้

1. กำหนดให้มีการประชุมร่วมกับเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างน้อยปีละ  
1 ครั้ง
2. กำหนดให้มีการทบทวนการส่งต่อในกลุ่มโรคสำคัญเช่น STEMI,  
Stroke, TBI, PIH c และ PPH ทุก 3 เดือน และติดตามผล refer จาก รพ.  
ปัตตานีทุกเดือน
3. สะท้อนปัญหาการส่งต่อให้ทีมที่เกี่ยวข้องทราบ เช่น ทีมระบบการส่งต่อ  
ระดับจังหวัด เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน
4. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติที่ทันสมัยในก่อน ระหว่างและหลังส่งต่อและ  
สื่อสารให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบผ่านline ของศูนย์ Refer ของโรงพยาบาล
5. ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานทุก 3 เดือน



เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	2564	2565	2566
อุบัติการณ์การส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญไม่ทันเวลาที่กำหนด 0 ครั้ง			
อัตราผู้ป่วยส่งต่อทั้งหมดได้รับการดูแลได้ถูกต้องเหมาะสม 100%	99.32	96.65	99.16
จำนวนครั้งของการปฏิเสธการรับ refer จากโรงพยาบาลแม่ข่าย 0 ครั้ง			

## มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]

- ข้อเสนอแนะ :**
1. ทีมดูแลผู้ป่วยควรนำผลการทบทวนการดูแล มาวิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญ กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงสำคัญตามข้อมูลที่วิเคราะห์ไว้ ระบุประเด็นความเสี่ยง จัดทำแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อให้เกิดความปลอดภัย
  2. ควรสื่อสาร สร้างการเรียนรู้ แนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงแก่ผู้เกี่ยวข้อง มีการตามรอยเพื่อประเมินผลความร่วมมือเพื่อการปฏิบัติ
  3. วางระบบกำกับติดตามการปฏิบัติตามแนวทาง เพื่อสร้างความมั่นใจในระบบการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงที่ปลอดภัย

# มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2]

## แผนพัฒนา :

1. กำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงสำคัญของโรงพยาบาลโดยกำหนดจากข้อมูลของโรงพยาบาล High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care ได้แก่โรค ACS, Stroke, Covid 19 , PIH , PPH, Sepsis,TBI จัดทำ driver diagram พร้อมทั้งกำกับติดตามประเมินผล ทุก 3 เดือน
2. แนวทางปฏิบัติ ในกระบวนการรักษาดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงตั้งแต่แรกรับถึงจำหน่าย3.จัดทำเกณฑ์การรายงานแพทย์เกณฑ์ที่มาตรวจรักษา ,การจัดระบบสำรองแพทย์ทั้งในและนอกเวลา ,แนวทางการตอบสนองภาวะวิกฤติ ,ระบบ consult แพทย์ที่ชำนาญกว่า
4. ออกแบบการประเมินและบันทึกในผู้ป่วย FAST TACK,การ TRIAGE ผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลา
5. ทบทวน case เสี่ยงสูง ทุก 3 เดือน
6. PCT Round เพื่อติดตามผลการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด ทุก 6 เดือน

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	2564	2565	2566
อัตราการปฏิบัติตาม standing order ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง 80 %			
อัตราการตายในผู้ป่วยเสี่ยงสูง 0%			

## มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย

### III-6 การดูแลต่อเนื่อง

**ข้อเสนอแนะ :** ควรส่งเสริมให้ทีมดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลการส่งต่อทั้ง refer out ,refer in ,refer receive, refer back วิเคราะห์ประเด็นคุณภาพสำคัญของระบบการ refer แต่ละประเภทและนำเสนอสู่การปรับกระบวนการ ทั้งกระบวนการจัดบริการในโรงพยาบาลและกระบวนการในการประสานระหว่างหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องมีประสิทธิภาพมากขึ้น

# มาตรฐาน ตอนที่ III -4 การดูแลผู้ป่วย

## III-6 การดูแลต่อเนื่อง

### แผนพัฒนา :

- 1.กำหนดให้มีการทบทวนระบบส่งต่อทั้ง refer out ,refer in ,refer receive, refer back ปีละ 2 ครั้ง
- 2.กำหนดให้มีการติดตามผลตอบกลับ refer จากรพ.แม่ข่าย และทบทวนการส่งต่อทุก 3 เดือน
- 3.กำหนดปรับแผนการดูแลในโรงพยาบาล ในกลุ่มผู้ป่วย FAST ได้แก่ แนวทางการประเมิน เกณฑ์การรายงานแพทย์ เกณฑ์ refer
- 4.กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย ก่อน ขณะส่ง และหลังส่งต่อ ให้ครอบคลุม ในบุคลากร เครื่องมือ
- 5.จัดทำแนวทางการประสานงานการ refer out ,refer in
- 6.ปรับระบบการประสานงานและได้ข้อมูลชัดเจนในผู้ป่วย refer back ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีหัตถการพิเศษ ผู้ป่วยต้องได้รับยาเฉพาะ และผู้ป่วยเชื้อดื้อยา เป็นต้น
- 7.มีการคืนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยให้เครือข่ายรับทราบ



# วิเคราะห์ข้อมูล



ประเด็นมาตรฐาน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
1.วางแผนการส่งต่อผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"><li>-ไม่มีแนวทางการส่งต่อระหว่าง รพ.สต. และ รพช. ในกลุ่มโรคสำคัญทางคลินิก</li><li>-ไม่มีแนวทางและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ก่อนส่งต่อและระหว่างการส่งต่อที่รพ.สต.</li><li>-ขาดการประสานการส่งต่อข้อมูลระหว่าง รพ.สต. และรพช.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-จัดทำแนวทางการส่งต่อระหว่างรพ.สต. และรพช. ในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ HT DM STEMI Stroke Sepsis Pneumonia Trauma</li><li>-พัฒนาแนวทางและการวางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญให้มีแบบบันทึกการดูแลที่ชัดเจนก่อนและระหว่างการส่งต่อ</li><li>-จัดระบบการประสาน Refer ระหว่างรพ.สต. และรพช.</li></ul>

# วิเคราะห์ข้อมูล



ประเด็นมาตรฐาน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
2.ประสานกับหน่วยงานที่จะรับการส่งต่อการส่งต่อ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับข้อมูล Refer receive ไม่ครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกการรับ Refer back</li> <li>- จัดระบบการประสานงาน การรับ Refer back ในรพ.</li> </ul>
3.แนวทางการส่งต่อการดูแล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่ได้ติดตามผลการวินิจฉัยหลังการส่งต่อ</li> <li>- ไม่ได้ส่งข้อมูลตอบกลับผลการรักษาจากรพ. ให้รพ. สต.ทราบ</li> <li>- เจ้าหน้าที่ขาดสมรรถนะในการใช้โปรแกรม Refer จากส่วนกลาง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดระบบการติดตามหลังการส่งต่อ</li> <li>- จัดระบบการตอบกลับข้อมูลผลการรักษา รพ. ให้รพ. สต.</li> <li>- พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการใช้โปรแกรม Refer (HIS) บูรณาการร่วมกับโปรแกรม Hos-XP ของโรงพยาบาล</li> </ul>

# วิเคราะห์ข้อมูล



ประเด็นมาตรฐาน	ปัญหาและอุปสรรค	แนวทางแก้ไข
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"><li>-มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ แต่ไม่พบการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร</li><li>-การให้ข้อมูลแบบเร่งด่วน ไม่ชัดเจนทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีฉุกเฉิน โดยใช้รูปภาพการทำหัตถการที่สำคัญประกอบการตัดสินใจ เช่น ETT , ICD , NG</li><li>-มีการเซ็นยินยอมรับทราบข้อมูลการตัดสินใจและการส่งต่อ</li></ul>
5. ใช้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อปรับปรุง	<ul style="list-style-type: none"><li>-ข้อเสนอแนะจากรพ.แม่ข่าย : พยาบาลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อตามแนวทางการจำแนกระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วย (Levels of patient Acuity)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อตามแนวทางการจำแนกระดับความเจ็บป่วยของอาการผู้ป่วย</li><li>-ปรับปรุงแบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในการส่งต่อตามแนวทาง</li></ul>

# ตัวชี้วัด



ตัวชี้วัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
-อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม ๑๐๐%	๕๕.๓๒	๕๖.๖๕	๕๕.๑๖
-อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยส่งต่อ ๑๐๐%	๑๐๐	๑๐๐	๘๐.๔๕
-อุบัติการณ์ไม่ใช้แนวทางการส่งต่อระหว่าง รพ.สต.ในกลุ่มโรคสำคัญ (HT DM STEMI Stroke Sepsis Pneumonia Trauma) ๐ ครั้ง	NA	NA	กำลังดำเนินการ
-อัตราการ Refer receive ได้รับข้อมูลถูกต้อง ครบคลุม ๑๐๐%	NA	๕๖.๕๒	๕๗.๕๑

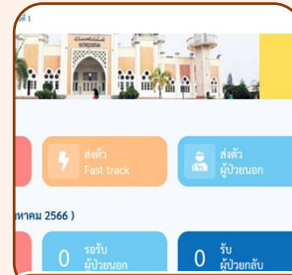
# แผนพัฒนาต่อเนื่อง



แนวทางการ  
ให้ข้อมูล  
ผู้ป่วย/ญาติ



เกณฑ์การส่ง  
ต่อกลุ่มโรค  
สำคัญ



การใช้โปรแกรม  
Refer (HIS)



ส่งต่อระหว่าง  
รพ.สต.ใน  
กลุ่มโรค  
สำคัญ