รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล

i.บริบท

โรงพยาบาลแม่ลานเป็นโรงพยาบาลชุมชน (Standard hospital): S ขนาด 30 เตียง มีพื้นที่ติดถนนหลักสาย 418 มีคลองชลประทานหลายสายทอดผ่านในพื้นที่ ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร พื้นที่ตำบลป่าไร่เป็นพื้นที่ห่างไกลสุดจากโรงพยาบาลประมาณ 10 กิโลเมตร เป็นถนนคอนกรีตทางเดียว การเดินทางเข้าถึงมีความลำบาก ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีเครือข่าย ได้แก่ อบต.ม่วงเตี้ย และในปี 2563 อบต.ป่าไร่ได้ขึ้นทะเบียนเพิ่มอีก 1 หน่วย รวม 2 หน่วย ซึ่งยังไม่ครอบคลุม 3 ตำบล จึงมีการผลักดันให้อบต.แม่ลาน เป็นหน่วยเครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มเป็นหน่วยที่ 3 เพื่อให้คลอบคลุมทุกพื้นที่ การจัดบริการการเข้าถึงมีหลายช่องทาง ได้แก่ ผู้รับบริการเข้ามารับบริการด้วยตนเอง ช่องทางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 การส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 แห่งและ PCU 1 แห่ง กลุ่มผู้รับบริการมีความหลากหลาย ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยโรคทั่วไป โรคเรื้อรัง ระบบ new normal ในโรค HT DM เพื่อลดความแออัดและลดอุปสรรคในการเข้าถึง ระบบการติดตามและเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังร่วมกับเครือข่ายชุมชน ระบบการแพทย์ทางไกล telemedicine ในกลุ่มโรค cardiomed ร่วมกับรพ.แม่ข่าย เพื่อให้สามารถเข้าถึงแพทย์เฉพาะทางได้อย่างรวดเร็ว เป็นต้น กลุ่มผู้รับบริการอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีช่องทางที่ให้บริการ ได้แก่ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ผ่านการตรวจประเมินจากทีมผู้ตรวจเขตสุขภาพที่ 12 โดย การแจ้ง 1669 หรือประสานโดยตรงกับโรงพยาบาลและทีม FR ในพื้นที่ กลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเดินทางมีการลงเยี่ยมบ้าน เช่น งานจิตเวช ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่ม Stroke ผู้สูงอายุและภาวะพึ่งพิง เป็นต้น กลุ่มโรคระบาดและกลุ่มที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายติดเชื้อในพื้นที่ มีระบบการสอบสวนโรค โดยทีม SRRT

การจัดการเข้าถึงในโรงพยาบาลแม่ลานในเวลาราชการจะมีจุดคัดกรอง (Screening) อยู่บริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีช่องทางเดินสำหรับผู้ป่วยปกติทั่วไป, มีช่องลาดเอียงสำหรับผู้พิการ ผู้ป่วยรถเข็นนั่ง ผู้สูงอายุ และทางโรงพยาบาลมีบริการรถเข็นนั่ง เปลนอน ให้บริการบริเวณหน้าตึกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดกรอง(Screening) ใช้หลักเกณฑ์การคัดแยก(Triage) ผู้ป่วยเร่งด่วนตามมาตรฐาน ESI และแนวทางตามที่ทีมนำทางคลินิกกำหนด มีการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพทีจำเป็นเบื้องต้นเพื่อการจำแนกกลุ่มการบริการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย Fast track กลุ่มผู้ป่วยนัดทั่วไปซึ่งจะได้รับการTriage ภาวะเร่งด่วนเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระบบบริการไปตามแผนกต่าง ๆ ได้แก่แผนกผู้ป่วยนอก แพทย์แผนไทย กายภาพ ทันตกรรม งานจิตเวชและยาเสพติด แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด หรือแผนกผู้ป่วยใน จุดคัดกรอง(Screening)ยังต้องมีการคัดแยกเบื้องต้นในผู้รับบริการที่มีการแพร่กระจายเชื้อไปยังจุดแยกโรค

การจัดการเข้าถึงในโรงพยาบาลแม่ลานนอกเวลาราชการ วันหยุด หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์จะมีจุดคัดกรอง (Screening)อยู่บริเวณหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยพยาบาลพยาบาลวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉินใช้หลักเกณฑ์การคัดแยก(Triage) ผู้ป่วยเร่งด่วนตามมาตรฐาน ESI และแนวทางตามที่ทีมนำทางคลินิกกำหนดเช่นเดียวกัน เพื่อเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทีมีแพทย์เวรประจำวันตลอด 24 ชม และทางโรงพยาบาลได้กำหนดระยะเวลารอคอยในระบบบริการผู้ป่วยทั่วไป และระบบ One stop ในคลินิกเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลในช่วงเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย

ทางโรงพยาบาลมีเกณฑ์การประเมินผู้ป่วย เกณฑ์การเข้ารับการรักษา แนวทางการ Admit แนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้น แนวทาง Refer ในกรณีที่ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้ในการดูแลได้ มีระบบการดูแลผู้ป่วย Fast track (STEMI ,Stroke Sepsis , Sever /Moderate Head Injury ,PPH , PIH) มีการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการหรือญาติครอบคลุมประเด็น ข้อมูลสภาพการ

เจ็บป่วยการดูแลที่จะได้รับ ผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังให้บริการรักษา ให้ทางเลือก และร่วมตัดสินใจ เพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการจึงมีแนวทางการให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลที่เป็นลายลักอักษร เป็นรูปแบบชัดเจน มีภาพประกอบในบางหัตถการเพื่อเอื้อต่อการตัดสินใจรักษาและกำหนดให้มีการเซ็นใบยินยอมต่าง ๆเช่น ใบยินยอมนอนโรงพยาบาล ใบยินยอมในการทำหัตถการ ใบปฏิเสธการรักษาหรือหัตถการ เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันในการเลือกแผนการรักษาของผู้รับบริการ มีการจัดเก็บใบยินยอม ใบปฏิเสธการรักษาหรือหัตถการในเวชระเบียน ผู้รับบริการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจะได้รับการ ระบุตัวผู้ป่วยตามมาตรฐานที่โรงพยาบลกำหนด ดังนี้ คือ 1.สอบถามชื่อ-นามสกุลให้ผู้รับบริการตอบเอง /กรณีที่ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ให้สอบถามญาติและยืนยันด้วยบัตรประชาชน หรือผูกป้ายข้อมือ /กรณีที่พูดหรือสื่อสารไม่ได้ให้ยืนยันด้วยบัตรประชาชนหรือให้ผู้ป่วยเขียนชื่อ-สกุลด้วยตัวเอง 2. ตรวจสอบซ้ำทุกจุดรับบริการโดยใช้เกณฑ์ข้อที่1 3. มีการประกาศนโยบาย การระบุตัวผู้ป่วยให้ผู้รับบริการทราบ โดยให้ห้องบัตรประกาศ 4. กรณีที่ผู้รับบริการมีชื่อ นามสกุลซ้ำ ให้ระบุซ้ำ 1,2,3 พร้อมให้ถามที่อยู่ ชื่อ บิดา มารดา อายุ 5.กรณี Admit ดูป้ายข้อมือ และป้ายหน้าชาร์ต พร้อมทวนชื่อ นามสกุลผู้ป่วยซ้ำที่ปลายเตียง ทุกหน่วยงานมีการตรวจสอบ order และมีมาตรการ การdouble check ทุกครั้งก่อนส่ง Lab 6.มีการป้องกันกรณี IPD c LR ติดสติกเกอร์ผิด มีมาตรการดั้งนี้ 6.1 ให้แยกตะกร้า ชุด Admit และแยกโต๊ะในการทำ Admit ผู้ป่วย 6.2 สติกเกอร์ ที่ตัดแล้วให้ใส่ซองยาแยกรายบุคคล (ไม่วางบนโต๊ะ) และแยกเป็นเคสๆ 6.3 ทุกครั้งที่หยิบสติกเกอร์แปะให้ตรวจสอบชื่อ-สกุล ผู้ป่วยให้ตรงกัน 7.กำหนดให้มีการตรวจสอบความถูกต้องของการระบุตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้บริการ หรือการทำหัตถการเช่น การให้ยา การทำหัตถการต่าง ๆ การให้เลือด และการส่งต่อ

สถิติผู้รับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล เฉลี่ย 80 ราย/ วัน และ ผู้รับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน visit เฉลี่ย 40 ราย/วัน กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึงคือ STEMI, Stroke, Head injury สาเหตุหลักจากการตัดสินใจในการรักษาล่าช้า จากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเตือนของโรค ระยะเวลา ที่ต้องเข้ารับการรักษาที่รวดเร็ว ระยะทาง ความเชื่อในแผนการรักษากับหมอพื้นบ้าน ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต จึงต้องมีการพัฒนาการเข้าถึงระบบบริการ Fast track จากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน มีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคสำคัญแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง เช่น เรื่องอาการเตือนของโรค (Stemi-Stroke alert) ให้ความรู้ในเรื่องของการประเมินอาการเบื้องต้น การผลักดันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีการเพิ่มหน่วย BLS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในอำเภอ เพื่อผู้รับบริการได้รับการบรรเทาอาการรบกวนและได้รับบริการรักษาที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมีชีวิตรอด

จากการทบทวน และการติดตาม Round หน้างาน พบอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดปี 2562 -2565 (5 ปี) ดังนี้ ด้านการส่งผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินผิดแผนก จำนวน 32 ครั้ง มีการส่งผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ผิดพลาด 22 ครั้ง จึงมีการพัฒนาจุดคัดกรอง (Screening) ให้มีระบบคัดกรองทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการ มีแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนและรวดเร็ว ในรูปแบบ Visual menagment หรือ Check list

พบจำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนทั้งหมดเฉลี่ยปีละ 28 ครั้ง มีการดำเนินงานโดยจุดคัดกรองเป็นการคัดแยกส่งเข้ามาในแผนก มีการคัดแยกประเภทจากหัวหน้าเวรและให้การรักษาพยาบาล โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน Triage MOPH เพื่อมาปรับใช้ในกระบวนการคัดแยก พบว่า มีการคัดแยกที่ผิดพลาดเกิดขึ้นที่ส่งผลเล็กน้อยต่อผู้รับบริการ ในการเก็บข้อมูลการคัดแยกเป็นการเก็บข้อมูลหลังจากให้การรักษา ทำให้ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลที่ไม่แท้จริง เพื่อให้กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมี ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จึงได้พัฒนาระบบการคัดแยกในห้องฉุกเฉินที่มีความชัดเจนมากขึ้น โดยกำหนดบทบาทให้ชัดเจนขึ้น กำหนดเครื่องมือที่ช่วยในการคัดกรอง “ป้ายสีช่วยชีวิต” การประเมินและตรวจสอบซ้ำ และให้การดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้วยความถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การเข้าถึงบริการ [III-1 ก, ข]**	**3.5**	**I**	(1)เพื่อปรับปรุงกระบวนการการคัดกรอง (Screening) ผู้ป่วยผิดพลาด โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่เหมาะสมและปลอดภัยจึงได้ดำเนินการดังนี้1)กำหนดแนวทางและเครื่องมือในการคัดกรอง (Screening) ผู้ป่วยให้ตรงตามจุดบริการต่างๆ 2) ใช้หลักเกณฑ์การคัดแยก(Triage) ผู้ป่วยเร่งด่วนตามมาตรฐาน ESI และแนวทางตามที่ทีมนำทางคลินิกกำหนด มีการซักประวัติ ตรวจสัญญาณชีพทีจำเป็นเบื้องต้นเพื่อการจำแนกกลุ่มการบริการ ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย Fast track กลุ่มผู้ป่วยนัดทั่วไปซึ่งจะได้รับการการคัดแยก(Triage) ภาวะเร่งด่วนเบื้องต้นก่อนเข้าสู่ระบบบริการไปตามแผนกต่างๆ 3)มีเกณฑ์การคัดแยกผู้รับบริการที่มีการแพร่กระจายเชื้อและติดเชื้อไปยังจุดแยกโรค 4) กำหนดให้แต่ละหน่วยบริการที่ให้บริการผู้ป่วยมีคัดแยก(Triage) เพื่อให้บริการตามความเร่งด่วน 5)มีแนวทางการ Check list ในการคัดกรองที่สำคัญ 6)มีแนวทางการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วย Fast track (STEMI ,Stroke Sepsis , Sever /Moderate Head Injury ,PPH , PIH) 7)มีการจัดเก็บอุบัติการณ์ และ ทบทวนอุบัติการณ์คัดกรองผิดพลาด เกิดผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่า ปี 2563 - 2564 พบว่า ด้านการส่งผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินผิดแผนก จำนวน 31 ครั้ง มีอุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดส่วนใหญ่จะมีการคัดกรองผิดพลาดในกลุ่มโรค Fast track ผู้ป่วยที่มีการ Stroke ACS และมีการคัดกรองส่งผู้ป่วยผิดพลาด ที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ เข้าระบบผู้ป่วยนอก และ ห้องห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน จำนวน 22 ครั้ง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย Covid TB ARI จากการทบทวน พบว่า ในช่วงเวลาราชการ เวรเช้า มีการรายงาน การคัดกรองผิดพลาด สาเหตุจากส่วนหนึ่งเป็นสถานการณ์Covid -19 ผู้ป่วยสวม Mask ทำให้ไม่ได้ประเมิน Face ของผู้รับบริการที่เป็นอาการแสดงของ Stroke ประกอบกับ ผู้รับบริการไม่ได้บอกอาการที่แท้จริงกับเจ้าหน้าที่ จึงมีการดำเนินการพัฒนา ดังนี้ 1. ผู้รับบริการที่เข้าจุดคัดกรองหลังสอบถามอาการต้องมีการให้เปิด mask เพื่อประเมินผู้รับบริการทุกครั้ง 2. จัดระบบคัดกรองในช่วงเวลาที่ผู้รับบริการหนาแน่น ใช้พยาบาลวิชาชีพร่วมกับเวชกิจ 3.จัดระบบการคัดกรอง(Screening) ร่วมกับ การคัดแยก(Triage) ใหม่ที่หน้า ER ก่อนเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ในช่างเวลา 16.30 -20.30 น หลังจาก20.30 น. จะเป็นพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้คัดกรอง(Screening) ร่วมกับการคัดแยก(Triage) ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่า ปี 2565 ยังพบอุบัติการณ์ พบว่า ด้านการส่งผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินผิดแผนก จำนวน 1 ครั้งและมีการคัดกรองส่งผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ 1 ครั้ง จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาต่อ ดังนี้ 1. มีแนวทางการคัดกรองที่ชัดเจนและรวดเร็ว ในรูปแบบVisual menagment ในกลุ่มโรค Fast track (STEMI ,Stroke)

			ผลการดำเนินงานในปี 66 พบอุบัติการณ์คัดกรอง (screening) 7 ราย คือ กลุ่ม ACS 4 ราย /ปวด 1 ราย /เลือดออกทางท่อปัสสาวะ 1 ราย / Sepsis 1 ราย จึงได้มีการดำเนินการพัฒนาต่อ ดังนี้ 1. กำหนดอัตรากำลังเพิ่มโดยให้พยาบาลวิชาชีพหรือเวชกิจฉุกเฉินในการคัดกรองในห้วงเวลาที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก คือ เวลา 16.30 - 20.30 น.และ 06.00 – 08.30 น.พยาบาลวิชาชีพจากเวร Refer มาเป็นอัตรากำลังคัดกรองช่วงเวรดึก 2. มีการวางทำแผนการทำ KM เรื่องความรู้ การคัดกรอง(Screening) ร่วมกับการคัดแยก(Triage)เบื้องต้นในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพและนักเวชกิจฉุกเฉินในลำดับต่อไป (2) การคัดแยก (Triage) พบจำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนทั้งหมดเฉลี่ยปีละ 28 ครั้ง อุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน Over triage ระดับ E ขึ้นไป 1 ราย จากเหตุการณ์อุบัติเหตุหมู่ ทำให้มีการ Delay การรักษาและการส่งต่อในผู้ป่วยประเภทอื่น ไม่มีการคัดกรองนอกเวลาราชการ จุดคัดกรองเป็นการคัดแยกส่งไปแผนกต่าง ๆ มีการคัดแยกประเภทจากหัวหน้าเวร และให้การรักษาพยาบาล ในปี 63-64 ทางแม่ข่ายได้จัดโครงการพัฒนาบุคลากรในเรื่อง Triage MOPH เพื่อมาปรับใช้ในกระบวนการคัดแยก ได้พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการคัดแยกเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ในปี 66 ยังพบการคัดแยกที่ผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลในระบบ Hos.xp กำหนดแนวทางที่ชัดเจนเพื่อให้กระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น กำหนดให้ EMT คัดแยกหน้าหน่วยงาน พร้อมแยกสี และส่งเข้าตามโซนที่กำหนด ใช้เครื่องมือ “ป้ายสีช่วยชีวิต” ในการประกอบการคัดแยก พยาบาลเข้าประเมินและตรวจสอบซ้ำ และให้การดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการด้วยความถูกต้องรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (3) เพื่อปรับปรุงกระบวนการการเข้าถึงบริการผู้ป่วยกลุ่มโรค Fast track ได้แก่ STEMI ,Stroke โดยมีเป้าหมายให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ทันเวลาและปลอดภัย จึงได้ดำเนินการดังนี้ 1.)ชี้แจงแนวทางการดูแลผู้ป่วย fast track ในทุกภาคีเครือข่าย ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพของรพ. ,รพ.สต. ,FR และชุมชน 2). พัฒนาระบบการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคสำคัญแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง เช่น เรื่องอาการเตือนของโรค (Stemi-Stroke alert) ในกลุ่ม NCD กลุ่ม smoking เพศชาย และ ติดสติกเกอร์1669 อาการฉุกเฉินในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยสูบบุหรี่ 3). กำหนดช่องทางสื่อสารแนวทางการดูแลผู้ป่วย ผ่านทางไลน์ , QR code ,web site ของรพ. 4.) ปักหมุด mapping ในกลุ่มผู้ป่วย ACS, Stroke 5.) ผลักดันให้เปิดหน่วย FR ใน ต.แม่ลานเพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพบว่า ปี 2563- 2565 เป็นช่วงสถานการณ์ Covid-19 แผนการดำเนินงานบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้เช่น ปักหมุด mapping ในกลุ่มผู้ป่วย ACS, Stroke , ตำบลแม่ลานยังไม่สามารถเพิ่ม FR ในพื้นที่ได้ แต่อัต	

			ตราการเข้าถึงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที ปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 66.66 , 88.33 , 83.33 , 2).อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที ปี 2563 - 2565 คิดเป็นร้อยละ 70.58 , 60 , 23.33 มีการพัฒนาต่อเนื่องดังนี้ 1.) ให้ความรู้ ACS alert ในกลุ่ม CVD risk มากกว่า 30 % + บุหรี่+เพศชาย 2.) ประเมินความรู้ ACS alert ในกลุ่มเสี่ยง 3.) มีการค้นหาคัดกรอง EKG ในกลุ่มผู้ป่วย NCD ปีละครั้งเพื่อค้นหาผู้ป่วยกลุ่ม ACS ให้เข้าถึงระบบบริการและพบแพทย์เฉพาะทาง ลดอัตราการเกิด STEMI 4)มีการพัฒนาร่วมกับกลุ่มงานเภสัชกรรมจัดระบบการสำรองยา SK , Enoxaparin และการพัฒนาการเข้าถึง Stroke ยังไม่ประสบผลสำเร็จเนื่องจากผู้รับบริการยังมีความเชื่อในแผนการรักษากับหมอพื้นบ้าน ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา ผลลัพธ์การดำเนินงานพบว่า ปี 2566 อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที ปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 81.20 ผู้รับบริการที่มาช้าจะเป็นผู้รับบริการนอกเขต เป็นผู้รับบริการเขต ยะรังและหนองจิก และอัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที ปี 2566 คิดเป็นร้อยละ 33.33 จากการทบทวนจำนวนผู้ป่วยที่มารักษา Stroke มีจำนวนเพิ่มขึ้น ผู้รับบริการยังเชื่อแผนการรักษากับหมอพื้นบ้าน ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา จึงต้องพัฒนาการต่อเนื่องเข้าถึงระบบบริการ Fast track จากโรงพยาบาลลงสู่ชุมชน มีการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคสำคัญแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง เรื่องอาการเตือนของโรค Stroke alert ให้ความรู้ในเรื่องของการประเมินอาการเบื้องต้น การรักษาที่ทันท่วงที่สามารถลดภาวะทุพพลภาพและภาวะพิการได้	
2. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 ค]			การเข้ารับบริการ มีการกำหนดเกณฑ์การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและทางเลือกเพื่อประโยชน์แก่ผู้รับบริการ ผู้รับบริการและญาติมีส่วนร่วมในการรักษา พบว่า การให้ข้อมูลต่างๆ ไม่มีเอกสารเป็นหลักฐานในการประกอบการตัดใจของผู้ป่วยและญาติ จึงต้องกำหนดแนวทางในการเข้ารับการรักษาและการเซ็นใบสำคัญต่างๆ ดังนี้ 1.แบบฟอร์มการเซ็นใบยินยอมนอนโรงพยาบาล การเซ็นใบยินยอมรักษา การเซ็นใบปฏิเสธการรักษา และการเซ็นยินยอมการทำหัตถการเสี่ยงสูง เพื่อเป็นหลักฐานยืนยันในการเลือกแผนการรักษาของผู้รับบริการและญาติ กรณี Admit และหรือ Refer มีแนวทางการระบุตัวผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งได้ดำเนินการ แต่พบมีการปฏิบัติตามแนวทางหรือมาตรฐานไม่ครบถ้วน จึงต้องมีการนิเทศหน้างานของหัวหน้างาน และการ Round ของทีมนำ เพื่อควบคุมกำกับให้ปฏิบัติตามแนวทางที่มีมาตรฐาน	

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การมีส่วนร่วมในภาคเครือข่ายระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีเครือข่าย 2 หน่วย และจุดคัดกรองที่มีพยาบาลวิชาชีพในการคัดกรองผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน

iv.ผลลัพธ์

[รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ทันเวลา ความครอบคลุม มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ทั้งหมด	0	37	29	23	30	26
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป*	0	1	0	0	0	0
ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนทั้งหมด	0	0	0	1	2	4
ร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Over triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนทั้งหมด	0	37	29	22	28	22
จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดทั้งหมด/ระดับ C ขึ้นไป*	0	11	3	12	7	13
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย STEMI ภายใน 180 นาที	100%	33.33	66.67	76.9	69.23	81.20
อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วย Stroke ภายใน 180 นาที	100%	45.45	70.58	60	90	33.33
ระยะเวลารอคอยกลุ่มโรคทั่วไปได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD	60 นาที	40.25	34.95	43.92	41.18	47.49
ระยะเวลารอคอยกลุ่มโรคเรื้อรังได้รับการตรวจรักษา ที่ OPD	90 นาที	NA	NA	92	90	88
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยใน ER ไม่เกิน 2 ชม. (ประเภทผู้ป่วย ESI 1,2)	>80%	NA	NA	NA	NA	70.60 (257/364)
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยนอก	80%	82.8	82.87	86.33	84.58	88.31
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยใน	80%	83.92	83.44	82.66	80.65	85.92

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

<u>บริบท</u>

ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม เพื่อระบุผู้มีความเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยทั่วไป มีการกำหนดให้ใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพแรกรับตามทฤษฎี 11 แบบแผนกอร์ดอนทุกราย และมีการใช้แบบประเมินเฉพาะกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยปวดท้องด้านขวาได้รับการประเมิน Alvarado score , Pain score , ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้รับการประเมิน Barden score , ผู้ป่วยอายุมากกว่า 15 ปีทุกรายได้รับการประเมิน 2Q บุหรี่ สุรา และยาเสพติด , ผู้ป่วยที่มีอาการไข้และติดเชื้อในระบบต่าง ๆในผู้ใหญ่ได้รับการประเมิน SIRS , SOS score ในเด็กได้รับการประเมิน PREWS และ MSOS เป็นต้น รวมถึงประวัติการใช้ยาของผู้ป่วย (Medication Reconclliation) ทางทีมได้กำหนดกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ MI,Stroke ,Sepsis , Head injury , PIH , PPH , BA , Covid ,COPD , CKD, เด็กอายุ 0-1 ปี,กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมินเนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่จะได้รับอันตรายระหว่างกระบวนการดูแลรักษามากกว่าผู้ป่วยทั่วไป ทีมนำทางคลินิกจึงออกแบบระบบการประเมินผู้ป่วยกลุ่มเฉพาะที่โรงพยาบาลได้กำหนด ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง (Screen) ที่จุดคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มการให้บริการตรวจรักษาในช่องทางที่เหมาะสมและปลอดภัย และผู้ป่วยได้รับการคัดแยก(Triage) ณ จุดบริการนั้นๆ โดยพยาบาล/เวชกิจ คัดแยกตามหลัก MOPH Triage มีการประเมินซ้ำตามประเภทคนไข้และเฝ้าระวังอาการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายโดยมีแพทย์เวรตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยเฉพาะโรคได้รับการประเมินและคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามมาตรฐานรายโรค เช่น ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการประเมินตา เท้า ฟัน สุขภาพจิต CVD Risk EKG CXR และตรวจเลือดประจำปี เป็นต้น ในเวลาราชการแพทย์ประเมินและตรวจผู้ป่วยทุกราย นอกเวลาราชการพยาบาลประเมินผู้ป่วยทุกรายและรายงานแพทย์ตามเกณฑ์ที่ต้องพิจารณามาตรวจที่ ER และผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์ แพทย์จะมีการ Audit เวชระเบียนทุกเดือน ผู้ป่วยห้องคลอดและผู้ป่วยในจะมีการประเมินคนไข้แรกรับทุกรายตามทฤษฎี 11 แบบแผนกอร์ดอนและมีการประเมินกลุ่มเฉพาะ เช่น แบบประเมินความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ , ผู้ป่วยระยะประคับประคอง , ผู้ป่วย Sepsis , ผู้ป่วย Stroke/Rehab ได้รับการประเมิน ADL,Fall Score , Barden score ประเมินการกลืน , ผู้ป่วยที่ ON NG , เด็ก LBW ,ผู้ป่วยที่มีภาวะทุกโภชนาการได้รับการประเมินภาวะโภชนะการ รวมถึงมีการใช้ Early Warning Sign เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อป้องกันผู้ป่วยทรุดลงและให้การช่วยเหลือได้ทันถ่วงที และมีการบันทึกไว้ใน Admission note ,Progress note , ใบบันทึกทางการพยาบาล บันทึกในระบบโปรแกรม Hos xp ในแต่ละแผนก ผู้ป่วยได้รับการตรวจ Investigate เพื่อการวินิจฉัยโรคทางทีมได้กำหนดแนวทาง Investigate ตาม CPG ที่กำหนด เช่น ผู้ป่วยที่สงสัย ACS ได้รับการตรวจคลื่นหัวใจทันที , ผู้ป่วยที่มีไข้เกิน 3 วันได้รับการตรวจ CBC , ผู้ป่วยปวดท้องด้านขวา ได้รับการตรวจ CBCและUA , ผู้ป่วยที่สงสัยไข้เลือดออกได้รับการตรวจ Dengue NS1 ,Dengue IgG,Dengue IgM และมีการกำหนดระยะเวลาในการออกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ส่งตรวจภายในโรงพยาบาล ส่วนภายนอกโรงพยาบาลได้มีการจัดทำกลุ่มLine ติดตามผล Lab Out เพื่อให้ห้อง Lab รายงานผลได้ทันทีทางไลน์ กรณีที่ผล Lab ไม่สัมพันธ์กับอาการคนไข้ที่เปลี่ยนแปลงมีการรายงานแพทย์เพื่อส่งตรวจ Lab ซ้ำ สามารถส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวิทยาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

การวินิจฉัยโรค มีการกำหนดแนวทางการวินิจฉัยโรคตาม CPG รายโรคและมีการบันทึกการวินิจฉัยโรคโดยเร็วที่สุดที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมงและมีเกณฑ์การวินิจฉัยแยกโรค เช่น ผู้ป่วย Dyspepsia กับ ACS มีการตรวจ EKG และ Trop-T , ผู้ป่วย Abdominal pain มีการใช้ Alvarado scale, ผู้ป่วยที่ไข้มา 2 วันในช่วงที่มีไข้เลือดออกระบาดมีการตรวจ Dengue

NS1 ,Dengue IgG,Dengue IgM เป็นต้น บันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยและการรักษาโรคโดยมีระบบการสื่อสารการให้ข้อมูลผ่านการบันทึกเวชระเบียนให้สมบูรณ์ มีการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรค โดยกำหนดหลักเกณฑ์ แนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกโรค เช่น การตรวจวินิจฉัยโรคในผู้ป่วย Sepsis ตาม CPG ของ Sepsis , เป็นต้น มีการทบทวนความถูกต้องและครบถ้วนของการวินิจฉัยโรคและทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโดยทีม PCT ทุกเดือน เช่น Case Refer , Dead , Adverse event ระดับ GHI , Re-admit , Re-visit และมีการ Audit เวชระเบียนทุกเดือนเพื่อปรับปรุงแก้ไขการบันทึกเวชระเบียนให้มีความถูกต้อง ครบถ้วนและครอบคลุม ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีการทบทวนการวินิจฉัยโรคอย่างสม่ำเสมอตามวงรอบเวลาที่กำหนดเพื่อลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคตามแนวทาง Patient Safety Goal

จากการทบทวน ปี 2565 พบ Miss Diag 7 ราย ในผู้ป่วย Dx.Pneumonia with Tachycardia , Dead มาด้วยไข้ BT 40 c , P 130/min , R 26/min , BP 146/83 mmHg , O2 sat 92% Room air : ไม่ได้ประเมิน SIRS , SOS score ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ,ผู้ป่วย Dx.Dyspepsia ,Last Dx. Abdominal pain with Septic shock with Covid-19 ไม่ได้ประเมิน Alvorado score , ผู้ป่วย Dx.Dyspepsia ผู้ป่วย Re-visit 3 ครั้ง พบ NSTEMI ใน visit ที่ 4 , ผู้ป่วย Dx. Abdominal pain ผลตอบกลับ refer พบ Appendicitis 2 ราย , ผู้ป่วย Ultrasound ผิดพลาด 2 ราย ผล single แต่ twin และ ผลท่าหัว แต่เป็นท่าก้น

จากการทบทวนปี 2566 พบ Miss Diag 15 ราย ในผู้ป่วย Abdominal pain re-visit ด้วย Apendicitis พบว่ามี Rupture Appendic, Appendic with periternitis, ผู้ป่วยมาด้วยอาการจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ประวัติ DM ไม่ได้ทำ EKG ทันทีหลังจากรักษา Dyspepsia โดยการฉีดยา ผ่านไป 1 ชม.30 นาทีอาการไม่ดีขึ้นจึงได้ทำ EKG พบเป็น STEMI ได้ SK และส่งต่อรพ.ปัตตานี และได้รับการทำ PCI จำนวน 2 เส้นที่รพ.กรุงเทพหาดใหญ่ , ผู้ป่วยตั้งครรภ์คำนวนอายุครรภ์ผิดพลาดตั้งแต่ ANC และได้รับการนัดมา Induction ตามแนวทางพบว่าคำนวณอายุครรภ์ผิด , ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไม่ได้รับการประเมิน SIRS ,SOS ตามแนวทางทำให้การส่งต่อล่าช้า

จาการประเมินการดูแลผู้ป่วย Sepsis พบเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะการนำเครื่องมือ SIRS , SOS score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยในกลุ่มติดเชื้อ จึงมีการจัดทำ KM Sepsis ในกลุ่มการพยาบาล และมีการบันทึกในใบประเมินการดูแลต่อเนื่อง ผู้ป่วยทั่วไปไม่พบอุบัติการณ์การใช้เครื่องมือในผู้ป่วยทั่วไป ในปี 2566 ผู้ป่วยตั้งครรภ์ไม่ได้รับการประเมิน SIRS ,SOS ตามแนวทางทำให้การส่งต่อล่าช้า จากการทบทวนพบว่าไม่ได้สื่อสารแนวทางการประเมิน Sepsis ในหญิงตั้งครรภ์จากจังหวัดในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินมีการสื่อสารในหน่วยงานโดยการประชุมชี้แจงแนวทางการประเมิน Sepsis และการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ให้ยึดหลักของจังหวัดและมีระบบ Consult ภายในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล ,การดูแลผู้ป่วย Abdominal pain พบเจ้าหน้าที่ขาดความรู้และทักษะการนำเครื่องมือ Alvorado score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย จึงได้มีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Appendic และนิเทศกำกับการปฏิบัติตามแนวทาง ,ผู้ป่วยมีอาการปวดจุกแน่นใต้ลิ้นปี่ไม่ได้ทำ EKG ตามแนวทางที่กำหนด พบว่าผู้ป่วยเป็น ACS และได้รับการส่งต่อไปรพ.ปัตตานี 2 ราย มีการจัดทำ KM ACS ในกลุ่มการพยาบาลและพัฒนาแบบประเมินผู้ป่วย ACS ให้สะดวกและใช้งานง่ายยิ่งขึ้น

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
3. การประเมินผู้ป่วย และการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] **	3	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจวินิจฉัยโรคโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายได้รับประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม ทีมงานได้ดำเนินการ 1.ปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมิน Sepsis , ACS ให้ง่ายต่อการใช้งาน 2.จัดทำ KM การประเมินผู้ป่วยรายโรคในกลุ่มการพยาบาล 3.จัดทำแนวการดูแลผู้ป่วย Apendic โดยองค์กรแพทย์ 4.มีการนิเทศและควบคุมกำกับโดยหัวหน้างาน 5. PCT Round เพื่อประเมินการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด ทำให้เกิดผลลัพธ์ปี 2566 จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป* จำนวน 15 ครั้ง แผนพัฒนาต่อเนื่อง 1. นอกเวลาราชการพยาบาลวิชาชีพ/เวชกิจเป็นผู้ triage 2.ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยรายโรคทุกเดือน
4. การวินิจฉัยโรค [III-2 ค]*	3	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการวินิจฉัยโรคเพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายไดรับการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องและเหมาะสม ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุงผู้ป่วย Appendic , ACS, Sepsis เนื่องจากไม่ได้นำเครื่องมือเฉพาะโรคมาใช้ในการประเมินคนไข้ตั้งแต่แรกรับแก้ไขมีการปรับเปลี่ยนดังนี้ผู้ป่วยสงสัย Appendic ประเมิน Alvarado scale ทุกเคส ส่วนผู้ป่วยที่สงสัย ACS นำ TIMI risk และ Chadvas score ถ้าประเมินแล้วอยู่ในช่วง Low risk ขึ้นไปให้นอนรพ.สังเกตอาการมีการตรวจ EKG และ Trop-T ซ้ำ ผู้ป่วย Sepsis ได้รับการตรวจ Lectate

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-มีการกำหนดแบบประเมินรายโรคและ อัพเดต CPG รายโรคทุกปีและสื่อสารให้กับทีมสหวิชาชีพรับทราบ

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพ และความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error)ทั้งหมด	0	NA	NA	NA	7	15
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	NA	NA	NA	2	3
อัตราผู้ป่วย STEMI , Stroke ได้รับการประเมินทันที	100%	NA	NA	NA	NA	98.64% (73/74)
อัตราการวินิจฉัยในผู้ป่วย sepsis ถูกต้องภายใน 1 ชม.	100%	62.57% (24/35)	61.90% (13/21)	70.83% (17/24)	86.36% (19/22)	90.00% (27/30)
อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ EKG ภายใน 5 นาที	100%	33.33% (1/3)	83.33% (5/6)	71.42% (5/7)	83.33% (5/6)	84.62% (11/13)

III-3 การวางแผน

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-3.1 ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของ ผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

III-3.2 ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ หลัง จำหน่ายออกจากองค์กร.

i. บริบท

ทีมนำทางคลินิกร่วมกันกำหนดกลุ่มโรคที่มีความสำคัญในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพโดยเชื่อมโยงกับโรคตามจุดเน้นโรงพยาบาล วางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ การป้องกันการเกิดพยาธิสภาพของโรค การวินิจฉัย แนวทางการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อจำหน่าย โดยประสานผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆร่วมวางแผน ดูแลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ เสริมพลังผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ กลุ่มโรคที่กำหนดให้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ประกอบด้วย 1)กลุ่มโรคทั่วไป ได้แก่ HT, DM, STEMI , Stroke และ Pneumonia ในเด็ก < 5 ปี มีการประเมินปัญหา วางแผนการดูแลให้ตอบสนองต่อปัญหาผู้ป่วยอย่างครบถ้วน กำหนดการวางแผนการดูแลร่วมกันโดยใช้ specific clinical risk รายโรค นำแนวปฏิบัติ(CPG) และแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรคมาใช้ มีประเมินการใช้ CPG /ทบทวน CPG ทุกปี กำหนดให้มีแพทย์ Case Manager รับผิดชอบในแต่ละรายโรค เฝ้าระวังอาการทรุดลงโดยใช้ Early warning sign ทีมให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา รวมถึงมีการบันทึกการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในเวชระเบียน 2)กลุ่มโรควางแผนการดูแล/วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ DM Re-admit ,COPD Re-admit , ผู้ป่วยนอนติดเตียง, Stroke ADL < 12, Palliative care, CKD stage5 ที่ปฏิเสธ RRT ,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วันและอาการไม่ดีขึ้น โดยทีมนำทางคลินิกได้กำหนดจากโรคที่มีปัญหาในการดูแล Re-admit มีการวางแผนจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD-P (Diagnosis ,Medication, Environment ,Treatment ,Health ,Outpatient referral ,Diet ,Psychological) ทีมสหวิชาชีพวางแผนจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีการประเมินปัญหา ระบุปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วย วางแผนดูแลผู้ป่วยแต่ละรายให้ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยและเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ จากการทบทวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า 1)กลุ่มโรคทั่วไป พบปัญหาเรื่องการกำหนด Specific clinical risk และการนำแนวปฏิบัติ (CPG) มาใช้วางแผนการดูแลร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพไม่ครอบคลุม ทีมนำทางคลินิกได้ดำเนินการวางระบบการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพโดยใช้ Specific clinical risk , CPG พบปัญหาการนำแนวปฏิบัติไปใช้ไม่ครอบคลุมเนื่องจากโรงพยาบาลแม่ลานมีแพทย์หมุนเวียนบ่อย ใช้ประสบการณ์เดิมในการดูแลผู้ป่วย ได้ดำเนินการวางระบบการนำแนวปฏิบัติไปใช้อย่างครอบคลุมโดยทีมสหวิชาชีพ 2)กลุ่มโรควางแผนการดูแล/วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่กำหนด ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน/ผู้ป่วยที่ต้องติดตามเพิ่มเติม ทีมนำทางคลินิกได้ดำเนินการพัฒนาระบบ การวางแผนการดูแล/การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
67.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	3.5	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT,DM โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลสอดคล้องกับปัญหาความต้องการด้านสุขภาพและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุงโดย

				1)กลุ่มโรคทั่วไป เช่น HT , DM เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน แพทย์วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยกำหนด Specific clinical risk รายโรค บันทึกในแบบฟอร์ม Doctor Order sheet พยาบาลหอผู้ป่วยในประเมินผู้ป่วยแรกรับเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย บันทึกปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาล โดยมีแผนการดูแลให้สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย มีแผนการดูแลโดยเชื่อมโยงและประสานกันระหว่างสหวิชาชีพ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลงตามแนวทาง Specific clinical risk รายโรคที่กำหนด ประสาน Case Manager รายโรคและทีมสหวิชาชีพอื่นๆที่เกี่ยวข้อง กรณีผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อน ประสานสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ในระหว่างการดูแลรักษาแพทย์มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย(Progress note) เกี่ยวกับโรค อาการปัจจุบันและแผนการรักษาต่อ บันทึกในแบบฟอร์ม Doctor Order sheet ทุกวัน ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยใช้แนวปฏิบัติ (CPG) HT,DM ที่เป็นมาตรฐานดียวกัน เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง โดยใช้ Early warning sign เพื่อป้องกันอาการทุดลงขณะดูแล บันทึกข้อมูลการวางแผนและการดูแลผู้ป่วยเพื่อสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพในใบ Progress note PCT ทีมให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ทางเลือกในการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา ผลลัพธ์ในปี 2565 อัตราการปฏิบัติตาม CPG HT , DM คิดเป็นร้อยละ 50 พบปัญหา เรื่องการกำหนด Specific clinical risk และการนำแนวปฏิบัติ (CPG) มาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม เนื่องจากโรงพยาบาลแม่ลานมีแพทย์หมุนเวียนบ่อยและใช้ประสบการณ์เดิมในการดูแลรักษาผู้ป่วย ทีมนำทางคลินิกได้ดำเนินการปฐมนิเทศแพทย์ที่หมุนเวียนมาใหม่ก่อนปฏิบัติ แพทย์ทีมนำทางคลินิก/แพทย์ประจำคลินิกโรค HT,DM, ชี้แจงแพทย์หมุนเวียนมาใหม่เรื่องการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการกำหนด Specific clinical risk การใช้แนวปฏิบัติ (CPG) HT,DM การบันทึกข้อมูลข้อมูลใน Progress note การ ทบทวนเวชระเบียนการดูแลผู้ป่วย ทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติ(CPG)ทุกปี PCT Round ทุก 6 เดือน เพื่อกำกับ ติดตามการปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง ผลลัพธ์ในปี 2566 อัตราการปฏิบัติตาม CPG HT คิดเป็นร้อยละ 100 และอัตราการปฏิบัติตาม CPG DM คิดเป็นร้อยละ 100 แผนพัฒนาต่อเนื่อง การทบทวนแนวปฏิบัติ(CPG) ร่วมกันโดยองค์กรแพทย์ 2)กลุ่มโรควางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ DM uncontrol with Re-admit ,COPD Re-admit , ผู้ป่วยนอนติดเตียง, Stroke ADL < 12, Palliative care, CKD stage5 ที่ปฏิเสธ RRT ,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วันและอาการไม่ดีขึ้น ซึ่งกลุ่มที่กำหนดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการดูแลที่ซับซ้อน จำเป็นต้องได้รับการวางแผนการดูแลร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ เช่น ผู้ป่วย Stroke ADL < 12 คะแนน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรับไว้เป็นผู้ป่วยใน	

			แพทย์วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยกำหนด Specific clinical risk บันทึกในแบบฟอร์ม Doctor Order sheet พยาบาลประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายตามแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Stroke ได้แก่ ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL : Barthel Activities of Daily Living ประเมินอาการทางระบบประสาท (Glasgow Coma Scale) ประเมินกำลังกล้ามเนื้อแขนขา ประเมินการกลืน ประเมินปัญหาด้านร่างกายและเฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมิน Braden scale ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มโดยใช้แบบประเมิน Fall score วางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยประสานทีมสหวิชาชีพร่วมดูแล เช่น นักกายภาพ แพทย์แผนไทย นักสุขภาพจิต เภสัชกร) Case Manager งานเยี่ยมบ้าน ผู้รับผิดชอบงานชุมชน(รพ.สต.) เป็นต้น นัดวันทำ Grand round เพื่อวางแผนการดูแล วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามแนวทางกำหนด ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ฝึกทักษะที่จำเป็นให้กับผู้ดูแล/ครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ บันทึกการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันเพื่อสื่อสารให้ทีมผู้ดูแลทราบในแบบฟอร์ม PCT Note ส่งข้อมูล HHC เพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน
5. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]	3.5	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ และสามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1)กำหนดกลุ่มโรควางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ DM Re-admit ,COPD Re-admit , ผู้ป่วยนอนติดเตียง, Stroke ADL < 12, Palliative care, CKD stage5 ที่ปฏิเสธ RRT ,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วันและอาการไม่ดีขึ้น 2)ประเมินปัญหาผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อระบุปัญหาและความต้องการการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย 3)กำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกันโดยทีมแพทย์ พยาบาลและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง 4)ประสานทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนดูแลในวันที่ 2 ของการ Admit และวางแผนจำหน่ายในวันที่ 3 ของการ Admit ตามแนวทางการวางแผนจำหน่ายรายโรค 5)วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละรายให้ครอบคลุมปัญหา/ความต้องการของผู้ป่วยโดยใช้หลัก D-METHOD-P (Diagnosis ,Medication ,Environment ,Treatment ,Health ,Outpatient referral ,Diet ,Psychological) มีการเสริมพลังเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ 6)บันทึกข้อมูลวางแผนจำหน่ายในแบบฟอร์ม PCT Note เพื่อใช้สื่อสารให้ทีมสหวิชาชีพทราบ 7)ส่งข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในชุมชนผ่านโปรแกรม HHC และทีม HHC/รพ.สต.ติดตามเยี่ยมบ้าน คืนข้อมูลการเยี่ยมบ้านผ่านโปรแกรม HHC ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปี 2564 อัตราความครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพคิดเป็นร้อยละ 100

			อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore ในผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 9.38 เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้สูงอายุขาดความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทีมได้ดำเนินการให้ความรู้ ฝึกทักษะให้ผู้ดูแลทุกคนจนเกิดความมั่นใจและสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และมีการติดตามประเมินการฝึกทักษะซ้ำโดยทีมเยี่ยมบ้าน และในปี 2565 อัตราความครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 100 , ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore และ UTI ในผู้ป่วย Stroke และในปี 2566 อัตราความครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 100 , อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore/UTI ในผู้ป่วย Stroke คิดเป็นร้อยละ 6.82 เนื่องจากผู้ป่วยมีผู้ดูแลหลายคนหมุนเวียนกันทำให้ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย มีแผนพัฒนาในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยให้ญาติที่เป็นผู้ดูแลทั้งหมดได้รับการฝึกทักษะและประเมินให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย และในปี 2564-2566 ไม่มีผู้ป่วย Re admit ,อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนในโรค Pneumonia ในเด็ก < 5 ปี ปี 2564-2565 คิดเป็นร้อยละ 4.92 , 2.74 พบว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ได้ดำเนินการปรับแนวทางการวางแผนการจำหน่ายโดยมีการประเมินความรู้และทักษะในการดูแลตนเองก่อน-หลังได้รับความรู้ ใช้สื่อในการให้ความรู้ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง การล้างจมูก อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนในปี 2566 ลดลงคิดเป็นร้อยละ 1.59 พบในผู้ป่วยเด็ก On Tracheostoy มารดาขาดความมั่นใจในการดูดเสมหะ ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ มีการวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยการฝึกทักษะมารดาจนเกิดความมั่นใจตั้งแต่นอนโรงพยาบาล และทีมชุมชนติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้านจนมารดาสามารถดูแลผู้ป่วยได้

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- การวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพและส่งต่อเครือข่าย ผ่านโปรแกรม Smart COC

iv.ผลลัพธ์ **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ:** มีการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม ประสานสอดคล้อง และการมีส่วนร่วม						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	**ปี 2562**	**ปี 2563**	**ปี 2564**	**ปี 2565**	**ปี 2566**
อัตราการปฏิบัติตาม CPG HT (สุ่มตรวจเวชระเบียน 10 ชาร์ท/เดือน)	>90%	68.33 (82/120)	72.50 (87/120)	49.17 (59/120)	50 (60/120)	100 (120/120)
อัตราการปฏิบัติตาม CPG DM (สุ่มตรวจเวชระเบียน 10 ชาร์ท/เดือน)	>90%	41.67 (50/120)	43.33 (52/120)	45.83 (55/120)	50 (60/120)	120 (120/120)
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนในโรค HT	<2%	6.67 (1/15)	0 (0/8)	0 (0/11)	0 (0/11)	0 (0/6)
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนในโรค DM	<3%	11.76 (2/17)	4.17 (1/24)	0 (0/25)	6.25 (1/16)	3.23 (1/31)
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนในโรค Pneumonia ในเด็ก < 5 ปี	<2%	1.81 (2/110)	2.38 (2/84)	4.92 (3/61)	2.74 (2/73)	1.59 (1/63)
อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันด้วยโรคเดิมโดยไม่ได้วางแผนทั้งหมด	<3%	4.26 (56/1315)	2.58 (32/1242)	2.37 (24/1013)	2.06 (13/631)	3.45 (34/985)
อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงตาม Specific clinical risk รายโรค	0 ครั้ง	NA	NA	NA	NA	5
อัตราการ Re visit ภายใน 48 ชั่วโมงด้วย Bronchitis ในเด็ก	< 2%	13.13 (73/556)	10.75 (46/428)	13.44 (50/372)	15.76 (49/311)	13.64 (48/352)
ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.หลังจำหน่าย	< 2%	0.35 (39/1191)	0.47 (27/5684)	0.49 (45/9083)	0.53 (44/8284)	0.43 (50/11569)
อัตราความครอบคลุมการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ	100%	NA	NA	100	100	100
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน Bed sore/UTI ในผู้ป่วย Stroke	0%	NA	NA	9.38	0	6.82

III-4 การดูแลผู้ป่วย

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.1 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

III-4.2 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

โรงพยาบาลแม่ลานมีขนาด 30 เตียง มีแพทย์เวรประจำวันตลอด 24 ชั่วโมง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง แต่มีระบบการ Consult แพทย์เฉพาะทางในเครือข่าย ตลอด 24 ชม. สำหรับวิชาชีพพยาบาลปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ ภายใต้ปฏิบัติตาม CPG และแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค ,CNPG โดยทีมนำทางคลินิกได้มีการจัดกลุ่มโรคทั่วไป ,อนามัยแม่และเด็กได้แก่ Anemia ในแม่และเด็ก,PIH,GDM,โภชนการเด็ก กลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและยาเสพติด , Depress, จิตเภท,ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงก่อความรุนแรงในชุมชน กลุ่มโรคเรื้อรังได้แก่ กลุ่ม NCD HT , DM,CKD กลุ่มโรคระบาด /โรคติดต่อ ได้แก่ DHF, diarrhe,Hand foot and mouth diesease,conjuntivitis,covid-19 , Pneumonia และกลุ่มโรคอุบัติเหตุฉุกเฉิน ได้แก่ Head injury ,Fracture, Animal Bites ทางโรงพยาบาลได้ออกแบบระบบการเข้ารับบริการตั้งแต่มีจุดคัดกรอง (Screen) บริเวณหน้าทางเดินเข้าตึกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล มีการคัดกรอง (Screen) ผู้ป่วยไปตามแผนกต่างๆ ได้แก่ผู้ป่วยนอก แพทย์แผนไทย กายภาพ ทันตกรรม งาน**จิตเวชและยาเสพติด** แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ห้องคลอด หรือแผนกผู้ป่วยใน สำหรับโรงพยาบาลมีการจัดแยกโซน เป็น 2 โซน **คือ** โซนผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มติดเชื้อที่ต้องมีการเฝ้าระระวังการแพร่กระจายเชื้อได้แก่ กลุ่มโรคทั่วไป โรคเรื้อรังที่มีอาการARI กลุ่มโรคระบาด , โรคติดต่อ หรือผู้ป่วยที่มีประวัติเคยติดเชื้อดื้อยาที่ต้องมีการเฝ้าระระวังการแพร่กระจายเชื้อให้อยู่ในโซนจุดแยกโรค

การจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกเปิดให้บริการในผู้ป่วยทั่วไปที่ไม่มีภาวะฉุกฉินเร่งด่วน มีการจัดบริการคลินิกต่างๆที่สำคัญโดยแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้กำหนดตารางการเปิดให้บริการคลินิกต่างๆในแต่ละวัน ได้แก่ วันจันทร์ คลินิกTB , วันอังคาร คลินิก HT และ ARV , วันพุธ คลีนิค copd Astma CKD ,วันพฤหัสบดี คลินิก ANC High risk , หัวใจWarfarin, วันศุกร์คลีนิค DM มีการแยกประเภทของระบบบริการผู้ป่วยนอกตาม moph triage กลุ่ม non Ugency (กลุ่มสีเขียว) ให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และมีการการคัดแยก (Triage) ของแผนกผู้ป่วยนอกในการเฝ้าระวังความเสี่ยงออกเป็นผู้ป่วยทั่วไปอาการคงที่ และผู้ป่วยกลุ่มอาการไม่คงที่ได้แก่ ความดันสูง น้ำตาลในเลือดสูง โดยจัดให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในโซนใกล้ชิดพยาบาล เฝ้าระวังอาการด้วยการใช้ Early warning sign มีแนวทางการการประเมินความเสี่ยงรายโรคในคลินิกต่างๆ มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงรายโรคโดยใช้ Specific clinical risk , มีการกำหนดค่าการรายงาน LAB วิกฤต และสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงจะมีแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะวิกฤตฉุกเฉินเบื้องต้นส่งต่อไปยังแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน , มีการวางระบบติดตั้งกริ่งฉุกเฉินตามแผนกต่างๆ ในห้องน้ำผู้ป่วยเพื่อแจ้งเตือนพยาบาลOPD กรณีมีเหตุฉุกเฉิน มีการจัดระบบบริการ one stop Serviceใน Clinic งาน NCD , งาน**จิตเวชและยาเสพติด** ดูแลกลุ่ม, Depress, จิตเภท(Scizophrenia) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงเสี่ยงก่อความรุนแรง หรือกลุ่ม Scizophreniaที่อาการกำเริบต้องมีการประสานทีมเครือข่ายการดูแลจิตเวชในชุมชน นำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการเฉพาะ และ มีการจัดระบบบริการเฉพาะในกลุ่มคลินิกพิเศษที่ต้องมีการปกปิดข้อมูลผู้ป่วยได้แก่ Clinic ARV, OSSCC และจัดช่องทางพิเศษในกลุ่ม ผู้ป่วยติดเตียง กลุ่มผู้ป่วยพระภิกษุ มีบริการแพทย์ทางเลือกโดยงานแพทย์แผนไทยออกตรวจทุกวันให้ผู้รับบริการในกลุ่มโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มโรคทั่วไปเลือกการ รักษาโดยสมุนไพร

ระบบบริการผู้ป่วยใน ได้แก่ งานห้องคลอดและงานผู้ป่วยในจะรับผู้ป่วยAdmitจากแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเป็นหลัก ใช้การจำแนกประเภทผู้ป่วยในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย การจำแนกประเภทผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือระดับ 1 พักฟื้น , ระดับ 2 ปานกลาง , ระดับ 3 หนัก, ระดับ 4 วิกฤต งานห้องคลอดเปิดบริการรอคลอด3 เตียง , คลอด 2เตียง, หลังคลอด 3 เตียงและงานผู้ป่วยในเปิดบริการ 30 เตียงมี มีการจัดZonning เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในกลุ่ผู้ป่วยติดเชื้อ มีห้องแยกโรคสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อตามระบบ ICกำหนด คือ Vector Borne, Droplet , Contract , Airborn transmission ผู้ป่วยในมีห้องแยก 3 ห้อง เป็น**ห้อง Modified AIIR** Airborne 1 ห้องใช้ Admit ในกลุ่ม Airborne , **ห้องแยกเดี่ยว** 2 ห้องใช้ Admit ในกลุ่ม Droplet , Contrac Trasmission และมี **Cohot word** 1 ห้อง(6 เตียง) มีการแบ่งแยกผู้ป่วยชาย-หญิงออกจากกัน ,กลุ่มผู้ป่วยเด็ก, ผู้ป่วยประคับประคองและระยะสุดท้ายจัดZone เพื่อความเป็นสัดส่วนคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ป่วย มีการจัดสิ่งแวดล้อม ให้มีความปลอดภัยป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยกลุ่มที่ต้องมีการป้องกันการพลัดตกเตียงคือ กลุ่มผู้ป่วยผู้ป่วยเด็ก กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว ,มีอาการสับสนหรือระดับความรู้สึกตัวไม่คงที่, หญิงตั้งครรภ์รอคลอด, หลังคลอดต้องมีการป้องกันโดยใช้ไม้กั้นเตียงทุกครั้ง ทารกแรกเกิดจะมีเตียงนอนสำหรับทารกแรกเกิด และจัดให้สิ่งแวดล้อมในห้องน้ำป้องกันการลื่น หกล้มโดยการให้ทุกห้องน้ำมีแผ่นกันลื่นในห้องน้ำ มีแนวทางประเมิน Fall ในผู้ป่วยรับใหม่ทุกราย ติดตั้งกริ่งฉุกเฉินที่สามารถเรียกพยาบาลได้ทันที มีการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยนอนนาน ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ตามแนวทาง BRADEN Score

ในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ป่วยในและห้องคลอดใช้แนวทาง CPG ,CNPG จากทีมนำทางคลีนิค , ทุกกลุ่มโรคมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงรายโรคโดยใช้ Specific clinical risk เฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงด้วยการใช้ Early warning sign ในรายโรคที่สำคัญทางคลินิก มีการจัดเก็บอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหน่วยงาน มีการทบทวนอุบัติการณ์สำคัญ คือ ผู้ป่วยทรุดลง,Unplan Refer ผู้ป่วยที่มีภาวะซับซ้อนในการดูแล นอนนานและเสียชีวิต ทีมการดูแลผู้ป่วยมีการสื่อสารและส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบโดยการสื่อสารระหว่างวิชาชีพโดยใช้หลัก SBAR ,การรับส่ง-เวร ,รายงานแพทย์ กำหนดการรายงานค่า Lab วิกฤตให้ทันเวลา มีระบบประสาน CM รายโรคใน HT, DM ,ACS ,Strock, รายใหม่ หรือที่มีหัตถการและยาพิเศษเพิ่มเติมในโรคนั้นๆ มีการสื่อสารระหว่างสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยนั้นผ่านการทำGranround ในกลุ่มโรค DM Re admit , COPD Re-admit , ผู้ป่วยติดเตียง , ผู้ป่วย Stroke ADL < 12 , CKD state 5 ปฏิเสธ RRT และผู้ป่วยนอนนาน > 7 วันและอาการไม่ดีขึ้น การสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลมีช่องทางการ consult กับทีม Manager ของโรงพยาบาลแม่ข่าย หรือแพทย์ที่ชำนาญกว่า หรือแพทย์เฉพาะทางในทุกกลุ่มโรคนั้นๆจากรพ.แม่ข่าย มีการบันทึกการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยของทีมหสวิชาชีพผ่านบันทึกการดูแลของ PCT (Progress note PCT) มีการติดตามอุบัติการณ์สำคัญ การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลา การรายงานผลค่าวิกฤติถูกต้องทันเวลา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยอย่างทันท่วงที ปลอด

ในการดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ทางโรงพยาบาลแม่ลานได้วิเคราะห์และกำหนดกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูงสำคัญของโรงพยาบาลจากข้อมูลการทบทวนเวชระเบียน มีการเลือกกลุ่มโรคที่มี High risk, High cost, High volume ,New evidence /technology และ complex care ซึ่งได้มา 10 โรคหลักได้แก่ โรค STEMI, Stroke, Head Injury , Sepsis , PPH , PIH , Birth Asphyxia , Covid 19 , COPD , CKD , กลุ่มผู้ป่วยเด็ก 0-1 ปี ,กลุ่มผู้ป่วยไม่รู้สึกตัว , กลุ่มหัตถการเสี่ยงสูง ได้แก่ CPR , ICD, OnET-tube , Abdominal and pleural tapping , ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง ทางทีมนำทางคลินิกได้มีการออกแบบระบบการดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มโรคดังกล่าวจัดให้มี Manager รายโรค กำหนดการทบทวน caseที่เกี่ยวข้องทุก 3 เดือน มีการจัดทำแนวทางการ TRIAGE ผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลา,มีการกำหนดแนวทางประเมิน FAST TRACK มีระบบ Visaul management ในกลุ่มโรค STEMI , Strok ณ.จุดคัดกรอง (Screen) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรคสำคัญ มีการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยตาม CPG STEMI ,Stroke ,PIH ,PPH , มีการทำ KM เรื่องการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์การประเมินและดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ PIH , การทำ KM เรื่องการฉีดยา Enorxaparine , จัดสอนวิชาการ Sepsis ตั้งแต่การประเมินและการเลือกใช้เครื่องมือประเมิน Sepsis ของกลุ่มการพยาบาล การฝึกซ้อม CPR , NCPR ทุก 6 เดือน , มีการวางระบบการช่วยเหลือฉุกฉินโดยการฝึกCPRเบื้องต้นในหน่วยงานที่เปิดให้บริการผู้ป่วย โดยทีมนำทางคลินิกร่วมกับแผนก ER เป็นผู้ฝึกสอน

มีการวางระบบการวางแผนการจำหน่าย หรือ การดูแลขณะReferในกลุ่มโรคสำคัญ , กำหนด Early warning sign , เกณฑ์การรายงานแพทย์ ,เกณฑ์ที่แพทย์มาตรวจทันที, มีแนวทางRespid Respond in Emergency มีช่องทางด่วนสำหรับโรคกลุ่ม FAST TRACK (STEMI ,Stroke Sepsis , Sever /Moderate Head Injury ,PPH , PIH) , มีระบบconsult แพทย์ที่ชำนาญกว่าและมีการจัดระบบสำรองแพทย์ทั้งในและนอกเวลาในกรณีเร่งด่วนฉุกเฉิน ด้านการกำกับการดูแลทีมนำทางคลีนิคจะมีการจัดทบทวนCaseความเสี่ยงหรืออุบัติการณ์สำคัญตามระดับความเสี่ยงสำคัญ ติดตามตัวชี้วัดรายโรค อัตราการตายในกลุ่มโรคสำคัญ ภาวะแทรกซ้อนและความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยหรือหัตถการและจัดระบบ PCT Round ทุก 6 เดือน

ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยจากการทำหัตถการ พบว่าปี 2563 ความเสี่ยงที่เกิดที่ห้องอุบัตเหตุฉุกเฉิน 1 ครั้งในการใส่สาย foley's cat ไม่ถูกต้อง จากการดูแลผู้รับบริการมาเปลี่ยสาย foley's cath หลังใส่สายมีการดึงรั้ง ทำให้มีเลือดออกคาสาย จากการตรวจสอบและแพทย์ตรวจเพิ่มเติมพบว่า ไม่พบสาย foley's cath ใน bladder แต่ ballon อยู่ในท่อปัสสาวะ ทำให้มีเลือดออกจากการทบทวนพบว่า สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเรื่องการใส่สายสวนปัสสาวะของพยาบาลยังขาดทักษะความชำนาญและขาดการประเมินซ้ำ ,ขาดการวางระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ foley's cath และการกำกับดูแลทีมในการปฏิบัติงานที่หน่วยงาน ER จึงมีการพัฒนาปรับปรุงการระบบการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ foley's cath มีการทบทวนวิชาการการทำหัตถการการใส่ foley's cath ในผู้รับบริการชาย และหญิง มีการทำ KM ร่วมกันทั้งกลุ่มการพยาบาล จัดระบบการนิเทศในหน่วยงานหลังการหมอบหมายหน้าที่และมีการเฝ้าระวังติดตามอุบัติการซ้ำพบว่า ปี2564 -2566 ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ

ในปี 2564 พบอุบัติการณ์ การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตไม่ทันเวลาจำนวน 17 ราย จากการทบทวนพบว่าหน่วยงานที่ไม่สามารถตอบสนองภาวะวิกฤตทันเวลาจะเป็นหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการทบทวน case และทบทวนหน้างานพบว่าระบบคัดแยก (Triage)ผู้ป่วยไม่ชัดเจนที่หน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน ช่วงนอกเวลาราชการเวรบ่าย-ดึก มี Case ฉุกเฉินที่มาพร้อมกันมากกว่า 2 ราย , อัตรากำลังยาบาลไม่เพียงพอ , โทรติดต่อแพทย์ไม่ได้ และหน่วยงานผู้ป่วยในมีอุบัติการณ์ติดต่อแพทย์ไม่ได้นอกเวลาราชการ ขาดการติดตามผล Lab ตามเวลาที่กำหนดทำให้มีการรายงานผล Lab วิกฤตล่าช้า , motor Power ในผู้ป่วย Stroke drop ไม่ได้รายงานแพทย์ จึงต้องมีการปรับระบบงาน คือ 1.จัดระบบการคัดกรอง 2.มีแนวทางปฏิบัติการดูแลตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาในรายโรคที่สำคัญและตามระดับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภท /ระดับ 3. สอนวิชาการ ฝึกซ้อมการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต 4.องค์กรพยาบาลจัดแผนการเรียกอัตรากำลังเสริม 5. องค์กรแพทย์จัดตารางเวรแพทย์ second call กรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือเรียกอัตรากำลังเสริม ผลการปรับปรุงปี2565 อัตราการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาเท่ากับร้อยละ 100

ทั้งนี้ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงสำคัญ เรื่องผู้ป่วยที่มีอาการทรุด ปี 2563 - 2565 พบอุบัติการณ์จำนวน 27 ครั้ง มีแนวโน้มที่สูงขึ้นจาการทบทวนและค้นหาความเสี่ยง พบกลุ่มโรคที่มีอาการทรุดลงในแผนกผู้ป่วยทีพบมากที่สุดเป็นกลุ่ม STEMI พบ cardiac arrest ,Stroke , COPD พบ Respiratory failure , Sepsis , กลุ่ม Head injury พบ Coma Score drop (R/O Cerebral hemorrhage) จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า 1) ยังขาดทักษะสมรรถนะการ Assessment และ Re-Assessment ในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องรายโรคสำคัญ ขาดการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk รายโรค 2) ขาดการวางแผนการดูแลป้องกัน เฝ้าระวังภาวะทรุดรายโรคตาม Specific clinical riskและสื่อสารการเฝ้าระวังอาการทรุดลงอย่างเป็นระบบ จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1)ทำ KM เรื่องระวังอาการตาม Specific clinical risk รายโรคผู้ป่วยกลุ่ม fast tract (STEMI ,Stroke Sepsis , Sever /Moderate Head Injury ,PPH , PIH) โรคทั่วไปเรื้อรังสำคัญ HT, DM, CKD และ sepsis , Head injury 2) พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง อาการตาม Specific clinical risk รายโรค , กำหนด Early warning sign , เกณฑ์การรายงานแพทย์ , เกณฑ์ที่แพทย์มาตรวจทันที 3) กำหนดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ วางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk ผ่านระบบ Progress PCT , Progresss note ในDoctor Oder sheet ผลการดำเนินการพบว่า เจ้าหน้าทียังขาดการ Re-Assessmentในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ,ขาดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการวางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical riskผ่านระบบ Progress PCT, Progress note ในDoctor Oder sheet ยังมีการสื่อสารได้น้อย

ปี2566 ยังพบอัตราผู้ป่วยทรุดลงเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยจาก ER ด้วย Abdominal pain Re-visit แล้ว refer ด้วย Appendicitis , Bronchitis Re-visit refer ด้วย Respiratory failure , ในแผนกผู้ป่วยในมีผู้ป่วยอาการทรุดลงจากกลุ่มโรค NSTEMI , COPD พบ Respiratory failure และ Hypovolemic Shock และพบอุบัติการณ์กลุ่มผู้ป่วยที่ทรุดลงตาม Specific clinical risk รายโรค 5 ราย จึงต้องมีการวางแผนพัฒนาต่อเนื่อง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
6. การดูแลทั่วไป [III-4.1]	3.5	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาโดยมีเป้าหมายให้การดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย โดยมีการดำเนินการ 1.กำหนดกลุ่มการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลา ในกลุ่มโรคที่สำคัญที่ทางโรงพยาบาลกำหนด STEMI , Stroke, Sepsis, และกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงในหน่วยงานนั้นๆได้แก่ห้องคลอดใช้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางสูติกรรม (PPH, Sever PIH , Birth Asphysia New born ที่มีภาวะ hypoglycemia , hyperglycemia ทารกตัวเหลือง ,หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ Fetal distress, Placenta previa) ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินใช้ในประเภทผู้ป่วยระดับ ESI 1,2 งานผู้ป่วยในใช้ในกลุ่มป่วยประเภท 3และ 4 , กลุ่มผู้ป่วยนอกได้แก่ กลุ่มทรุดลง เช่น เป็นลม หน้ามืด หมดสติ ไม่รู้สึก ,2.มีการทบทวน case ร่วมกับ การทบทวน Caseทรุดลง ,3. มีแนวทางปฏิบัติการดูแลตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาในรายโรคที่สำคัญและตามระดับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละประเภท / ระดับ 4. มีสอนวิชาการ/ KM /ฝึกซ้อมการช่วยเหลือในภาวะวิกฤตที่สำคัญ เช่น CPR NCPR Trem, PPH Trem 5.ติดตามตัวชี้วัดและอุบัติการณ์ทุกเดือนละ ผลการดำเนินงานพบว่าใน ปี2564 การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาอยู่ที่ร้อยละ 96.09 จากการทบทวนพบว่าหน่วยงานที่ไม่สามารถตอบสนองภาวะวิกฤตทันเวลาจะเป็นหน่วยงานห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินผลการทบทวนcase และทบทวนหน้างานพบว่าระบบคัดแยก (Triage)ผู้ป่วยหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินยังมีระบบไม่ชัดเจน ทำให้มีอุบัติการณ์ผู้ป่วย STEMI ต้องรอนานที่หน้าง ER และช่วงนอกเวลาราชการเวรบ่าย-ดึก มี Case ฉุกเฉินที่มาพร้อมกันมากกว่า 2 ราย , อัตรากำลังยาบาลไม่เพียงพอและมีอุบัตการณ์ติดต่อแพทย์ไม่ได้, ส่วนงานหอผู้ป่วยในก็เกิดจากสาเหตุติดต่อแพทย์ไม่ได้เช่นกัน จึงต้องมีการปรับระบบงาน คือ 1.จัดระบบการคัดกรองหน้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินให้มีระบบชัดเจน โดยการเสริม อัตรากำลังจากพยาบาลเวรณีเฟอร์ และหมอบหมายหน้าที่ในการคัดกรองผู้เข้ารับบริการนอกเวลาเป็นพยาบาลวิชาชีพ หรือเวชกิจให้มีการคัดแยก (Triage) ระดับตาม ESI และมีระบบการคัดแยก (Triage) ซ้ำในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินอีกครั้ง 2.องค์กรพยาบาลจัดแผนการเรียกอัตรากำลังเสริมที ชัดเจน 3. องค์กรแพทย์จัดตารางเวรแพทย์ second call กรณีมีเหตุฉุกเฉินหรือเรียกอัตรากำลังเสริม

			ผลการปรับปรุงปี2565 อัตราการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาเท่ากับร้อยละ 100 และปี 2566 อัตราการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลาร้อยละ 99.82 ยังพบอุบัติการณ์ติดต่อแพทย์ไม่ได้ จึงมีการปรับเพิ่มช่องทางการติดต่อแพทย์ทางช่องทางอื่นๆ และจัดห้องพักแพทย์ให้อยู่บริเวณหลังห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินเอื้อความสะดวกในการติดต่อ หรือตามแพทย์	
	7. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2] **	3.5	L,I	เพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ให้ได้รับการดูแลที่ทันท่วงทีและปลอดภัย ได้มีการดำเนินการดังนี้ 1)กำหนดการทบทวน Case ใน PCT ทุก 3 เดือน เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง 2)กำหนดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ วางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk ผ่านระบบ Progress PCT , Progresss note ใน Doctor Oder sheet 3)กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังที่ถูกต้องตาม Specific clinical risk ในทีมนำทางคลินิกร่วมกับทีมบริหารความเสี่ยง 4)พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง อาการตาม Specific clinical risk รายโรค 5)กำหนด EWS, เกณฑ์การรายงานแพทย์ , เกณฑ์ที่แพทย์มาตรวจทันที 6)มีแผนการฝึกซ้อม CPR, NCPR ปีละ 1 ครั้ง 7)ติดตามตัวชี้วัดและอุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง หรือมีอาการทรุดลงตาม Specific clinical risk 8)กำหนดให้มี PCT round ปีละ 1 ครั้ง หลังจากการดำเนินงาน ใน ปี 2564 - 2565 พบกลุ่มโรคที่มีอาการทรุดลงในแผนกผู้ป่วยใน ที่พบมากที่สุดเป็นกลุ่ม STEMI พบ cardiac arrest ,Stroke , COPD พบ Respiratory failure, Sepsis , กลุ่ม Head injury พบ Coma Score drop (R/O Cerebral hemorrhage) จากการทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า 1) ยังขาดทักษะสมรรถนะการAssessment และ Re-Assessment ในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องรายโรคสำคัญ 2) ขาดการวางแผนการดูแลป้องกัน เฝ้าระวังภาวะทรุดรายโรคตาม Specific clinical riskและสื่อสารการเฝ้าระวังอาการทรุดลงอย่างเป็นระบบ จึงมีการพัฒนาดังนี้ 1.KM เรื่องระวังอาการตาม Specific clinical risk รายโรคผู้ป่วยกลุ่ม fast tract (STEMI , Stroke , Sepsis , Sever /Moderate Head Injury ,PPH , PIH) โรคทั่วไปเรื้อรังสำคัญ HT, DM, CKD , Pneumonia 2.ทบทวนและพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวัง อาการตาม Specific clinical risk รายโรค เพิ่มเติม 3.กำหนด Early warning sign , ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนาพบว่าเจ้าหน้าที่ยังขาดการ Re-Assessmentในการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ,ขาดการสื่อสารระหว่างวิชาชีพในการวางแผนการดูแลการเฝ้าระวังอาการตาม Specific clinical risk ผ่านระบบ Progress PCT, Progress note ใน Doctor Order sheet ยังมีการสื่อสารได้น้อย ปี 2566 ยังพบอัตราผู้ป่วยทรุดลงเพิ่มขึ้น มีจำนวน 15 ราย จากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยจาก ER ด้วย Abdominal pain Re-visit แล้ว refer ด้วย Appendicitis , Bronchitis Re-visit refer ด้วยRespiratory failure	

			แผนกผู้ป่วยในมีอาการทรุดลงจากกลุ่มโรค NSTEMI , COPD พบ Respiratory failure และ Hypovolemic Shock จึงมีการพัฒนาเพิ่มเติ่ม 1.แนวทางการตรวจวินิจฉัย Abdominal pain 2.ทบทวนเกณฑ์การรายงานแพทย์ เช่นในกลุ่มผู้รับบริการที่ Re visit 3.ปรับ Progress note ให้มีระบบตราปั้ม และมีการประเมินทุกครั้ง ก่อนส่ง Admit 4.ทบทวนเกณฑ์การ Admit , Refer 5.ระบบconsult แพทย์เฉพาะทาง 6.มีการติดตามนิเทศ กำกับการปฏิบัติตามแนวทาง โดยทีมนำทางคลินิก Round หน้างาน เพื่อลดอุบัติกาณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงต่อไป

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- มีการจัดทำ CNPG PIH ทั้งระบบให้สอดคล้องกับ CPG PIH ระดับจังหวัด เพื่อป้องกันการตายในหญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอด ลดภาวะแทรกซ้อนเรื่อง Eclamsia ในผู้ป่วย Sever PIH จัดระบบการดูแลตั้งแต่ รพ.สต , รพช. ,และเมื่อต้อง Refer ไปรพท. แม่ข่ายที่ชัดเจน

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความปลอดภัย หมาะสม ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.อัตราการตายในผู้ป่วย STEMI	ร้อยละ 0	0 (0/3)	33.33 (2/5)	0 (0/ 12)	0 (0 / 6)	15.38 (2/13)
2.อัตราการตายในผู้ป่วย Stroke	ร้อยละ 3	0	0	0	0	1.64 (1/61)
3.อัตราความสำเร็จในการ CPR	ร้อยละ 100	10 (1/10)	5.55 (1/18)	0 (0/7)	20 (2/10)	25 (3/12)
4.อัตราการเกิด respiratory failure pneumonia ในเด็ก 0-5 ปี	ร้อยละ 0	1.09 (3/274)	1.17 (2/171)	0 (0/127)	2.74 (2/73)	2.04 (2/98)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
5.จำนวนการเกิด septic shock	ราย	11	16	14	7	12
6.อัตราหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงได้รับการส่งต่อ	100%	92.86 (39/42)	45.90 (28/61)	37.5 (6/16)	100 (81/81)	100 (30/30)
7.อัตราการเกิดภาวะ Eclampsia ในผู้ป่วย PIH	ร้อยละ 0	0 (0/16)	0 (0/37)	3.12 (1/32)	0 (0/21)	0 (0/44)
8.อัตราการเกิดภาวะ PPH C Shock	ร้อยละ 0	25 (1/4)	75 (3/4)	33.33 (1/3)	50 (1/2)	0 (0/0)
9.อัตราการเกิด Severe Birth Asphyxia	< 25:1000 LB	0 (0/178)	5.88 (1/170)	5.34 (1/187)	17.85 (3/168)	0 (0/186)
10.อัตราการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตทันเวลา	ร้อยละ 100	99.33 (149/150)	95.72 (425/444)	96.09 (418/435)	100 (401/401)	99.82 (549/550)
11.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง	0 ราย	10	5	12	10	15
12.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง ตามspecific clinical risk รายโรค	0 ราย	NA	NA	NA	NA	5
13.อัตราการรายงานผลค่าวิกฤติถูกต้องทันเวลา	ร้อยละ 100	99.93	100	99.85	100	99.95 (2317/2318)
14.อัตราการรายงานแพทย์ทันเวลา	ร้อยละ 100	100 (311/311)	99.92 (2582/2584)	100 (2329/2329)	100 (2090/2090)	100 (2266/2266)
15.อัตราผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับเซ็นต์ใบยินยอม	ร้อยละ 100	NA	NA	NA	NA	59.70 (80/134)

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
16.อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการเสี่ยงสูง (CPR , ICD, OnET-tube Abdominal and pleural tapping)	ร้อยละ 0	0	0	0	0	0
จำนวนการเกิดอุบัติการณ์แผลกดทับในผู้ป่วย (Bed sore)	0 ครั้ง	0	0	0	0	2
จำนวนการเกิดอุบัติการณ์ การพลัดตกหกล้ม (Fall)	0 ครั้ง	0	0	1	1	0
17.อัตราป่วยด้วยโรคระบาด (17.1)อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	ลดลงร้อยละ 25 จากค่ามัธยฐาน 5 ปี	141.66	133.89	6.94	13.68	96.20
(17.2)อัตราป่วยด้วยโรค pneumonia ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	7.05	13.88	13.6	164.15
(17.3)อัตราป่วยด้วยโรค Diarrhea ในเด็ก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	1852.38	1212.34	673.42	854.93	941.19
(17.4)อัตราป่วยด้วยโรค มือ เท้า ปาก	ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	21.21	169.2	34.7	95.2	34.20

III-4.3 ข. การผ่าตัด

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

โรงพยาบาลไม่ได้เปิดบริการห้องผ่าตัดเนื่องจากไม่มีหมอเฉพาะทางและพยาบาลวิสัญญี แต่เปิดให้บริการทำหัตถการ เช่น การเย็บแผล , I&D , Excision , ICD , Off Norplant , Tapping , Lavage ,ถอนฟัน , ผ่าฟันคุด มีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการในทุกหน่วยงาน

จากการทบทวนปี 2565 พบความเสี่ยงพบสวนล้างผิดตำแหน่ง : แพทย์มีแผนการรักษา Lavage bladder แต่ทำหัตถการ Lavage Gastrique

สาเหตุ 1. แพทย์ Order ทางวาจา 2. ผู้ปฏิบัติเป็นอัตรากำลังเสริมจากหน่วยงานภายนอกซึ่งไม่ทราบรายละเอียดเหตุการณ์ 3.การสื่อสารในทีมไม่ชัดเจน 4. ภาระงานเพิ่มขึ้นในห้องฉุกเฉิน 5. แนวทางการ Order ของแพทย์ยังไม่ชัดเจน

มาตรการป้องกัน 1. ตรวจสอบชื่อ-สกุลผู้ป่วยและตำแหน่งที่จะทำหัตถการจากใบนำส่งและโปรแกรม Hos-XP โดย Incharge กับผู้ทำหัตการ 2.ถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยและตำแหน่งในการทำหัตถการ 3.ทำสัญลักษณ์ตำแหน่งที่จะทำหัตถการด้วยปากกาสีแดงหรือสีน้ำเงิน ทบทวนการปฏิบัติ : ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการสั่ง Order การทวนสอบก่อนทำหัตถการ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
8. การผ่าตัด [III-4.3 ข]*	3.5	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการที่เหมาะสมในการป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป 1 ครั้งในปี 2566 ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง 1).ผู้ทำหัตถการถามชื่อ-สกุลผู้ป่วย โรคประจำตัวและการแพ้ยา 2).ผู้ทำหัตถการถามข้าง ตำแหน่งและหัตถการที่จะทำ 3).มีการเซ็นใบยินยอมการทำหัตถการเพื่อให้ผู้ป่วยรับทราบ หลังการปรับปรุงไม่พบอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ แต่มีโอกาสเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงจากผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้ดำเนินการดังนี้ 1).แพทย์สั่ง Order ในใบนำส่ง 2).Inchart ตรวจสอบ Order กับแพทย์ก่อนปฏิบัติการพยาบาล 3.Member ตรวจสอบ Order กับ Inchart ก่อนปฏิบัติการพยาบาล

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการผ่าตัดผิดข้าง ผิดคน ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ไม่พบอุบัติการณ์ความเสี่ยง

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
-จำนวนอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	1

III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

โรงพยาบาลแม่ลานไม่มีโรงครัวและไม่มีนักโภชนากร มีการจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยในโดยจ้างร้านอาหารภายนอกประกอบอาหารบริเวณโรงอาหารในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรค มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยมีนักโภชนากรโรงพยาบาลปัตตานีเป็นที่ปรึกษา บริการอาหารผู้ป่วย 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อเที่ยงและมื้อเย็น จัดบริการอาหารที่เหมาะสมเชื่อมโยงกับโรคตามจุดเน้นโรงพยาบาล เน้นการให้บริการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม โรงพยาบาลได้กำหนดอาหารตามกลุ่มโรค ดังนี้ 1)อาหารทั่วไป ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรค Pneumonia ,Head injury ,Sepsis ,Diarrhea ,DHF ,TB ,มารดารอคลอด เป็นต้น 2)อาหารเฉพาะโรค (ลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรค ACS ,HT ,DM ,CKD/ESRD ,Stroke ,CHF ,COPD ,Asthma ,AGN ,On Warfarin กำหนดเวลาส่งมอบอาหาร กำหนดเมนูอาหารและจัดทำคู่มืออาหารที่เหมาะสมกับโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค) มีระบบการสั่งอาหารโดยใช้แบบฟอร์มกำหนดอาหารผู้ป่วยใน ลงบันทึกข้อมูลการเบิกอาหารผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรครวมถึงบันทึกเมนูอาหารที่ผู้ป่วยได้รับในแต่ละมื้อและลงเวลาที่ได้รับมอบอาหาร ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะโภชนาการ วางแผนโภชนบำบัด จัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ มีการให้ความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคแก่ผู้ป่วยและญาติ กำกับติดตามภาวะโภชนาการ การบริโภคอาหารของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ประกอบอาหารผ่านการอบรมมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร มีการประเมินสุขาภิบาลอาหารทุกปี ซึ่งโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร จากการสอบถามความพึงพอใจต่อบริการอาหารโรงพยาบาลพบว่า การจัดบริการอาหารโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค)ไม่ เหมาะสมในบางเมนู อาหารมีรสชาติเค็ม เนื่องจากผู้ประกอบอาหารไม่มีความรู้ด้านการประกอบอาหารโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค) ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุงกระบวนการจัดบริการอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอาหารที่ถูกต้องเหมาะสม

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
73.อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค]	3	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการการจัดบริการอาหารผู้ป่วยใน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคมีคุณค่าทางโภชนาการและตรงเวลา ทีมได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1)จ้างร้านอาหารภายนอกจัดบริการอาหารสำหรับผู้ป่วยใน 2)กำหนดอาหารตามกลุ่มโรค ได้แก่ อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรค (ลดเค็ม ลดหวาน ลดมัน) 3)กำหนดเมนูอาหารและจัดทำคู่มืออาหารกลุ่มโรคทั่วไปและกลุ่มโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค)ให้กับผู้ประกอบอาหารโดยมีนักโภชนากรโรงพยาบาลปัตตานีเป็นที่ปรึกษา 4)กำหนดเวลาส่งมอบอาหารเวลา 07.30 น. 11.30 น.และ 15.30 น. 5)ประเมินภาวะโภชนาการโดยทีมแพทย์/พยาบาลซักประวัติผู้ป่วยเกี่ยวกับน้ำหนักตัวลดลง ทานอาหารได้น้อย ตรวจร่างกายโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ร่วมกับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ Electrolyte ,UA , ตรวจวัดสัญญาณชีพ 6)วางแผนภาวะโภชนาการโดยแพทย์ระบุชนิดอาหารลงใน Doctor order sheet เช่น ผู้ป่วยที่เป็นโรคไต

			แพทย์มีแผนการรักษาให้เพิ่มไข่ขาว 1 ฟอง/มื้อ เป็นต้น 7)สั่งอาหารที่เหมาะสมกับโรคตามแผนการรักษาตามแบบฟอร์มกำหนดอาหารผู้ป่วยใน โดยระบุอาหารธรรมดา อาหารเฉพาะโรคและอื่นๆ เช่น อาหารอ่อน งดอาหารสีดำ-แดง พร้อมส่งใบรายชื่อผู้ป่วย ระบุเตียงที่ชัดเจนเพื่อให้ผู้ประกอบอาหารติดบนถาดอาหารผู้ป่วยขณะส่งมอบอาหาร 8)ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ โดยทีมแพทย์/พยาบาลให้ความรู้ ที่เหมาะสมกับโรค เช่น การเลือกวัตถุดิบประกอบอาหาร สอนการอ่านฉลากโภชนาการข้างบรรจุภัณฑ์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ 9) ติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยที่เหมาะสมกับโรค ตรวจสอบเมนูอาหารของผู้ป่วยที่ได้รับ เวลาที่รับมอบอาหารและบันทึกในเวชระเบียน 10)สุ่มตามรอยการจัดทำ-จัดส่งอาหารให้กับผู้ป่วยเดือนละ 1 ครั้ง 11)ประเมินสุขาภิบาลอาหารปีละ 1 ครั้ง ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปี 2564-2565 อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้องเหมาะสมกับโรคคิดเป็นร้อยละ 98 และ 99.27 ตามลำดับ พบปัญหาเรื่อง อาหารผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค)ไม่เหมาะสมในบางเมนู อาหารมีรสชาติเค็ม เนื่องจากผู้ประกอบอาหารไม่มีความรู้ด้านการประกอบอาหารโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค) ทีมได้ดำเนินการ 1)ให้ความรู้ผู้ประกอบอาหาร เรื่องการประกอบอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค) 2)ปรับเมนูอาหารและคู่มือการประกอบอาหารผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(อาหารเฉพาะโรค)เพื่อให้ผู้ประกอบการนำไปใช้ได้ง่าย 3)มีการสุ่มตรวจความเค็มโดยใช้เครื่องวัดความเค็มในอาหารทุกเดือน 4)สุ่มสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการอาหารของโรงพยาบาลทุกเดือน 5)พัฒนาผู้ประกอบอาหารโดยส่งอบรมการประกอบอาหารที่โรงพยาบาลปัตตานีและอบรมมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารโดยนักวิชาการสาธารณสุข และมีการประเมินสุขาภิบาลอาหารทุกปี ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปี 2566 อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้องเหมาะสมกับโรคคิดเป็นร้อยละ 100 และอัตราส่งอาหารตรงตามเวลาที่กำหนดร้อยละ 100 ผู้รับบริการพึงพอใจต่อการจัดบริการอาหาร ร้านอาหารในโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินสุขาภิบาลอาหาร และมีแผนของบสนับสนุนจัดสร้างโรงครัวและนักโภชนากรของโรงพยาบาล ในปี 2567

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-โรงพยาบาลจัดบริการอาหารได้ถูกต้อง เหมาะสมกับโรค

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.อัตราการส่งมอบอาหารถูกต้องเหมาะสมกับโรค	100%	NA	NA	98	99.27	100
2.อัตราการส่งมอบอาหารตรงเวลา	100%	NA	NA	100	100	100
3โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร	100%	NA	NA	100	100	100

III-4.3 ง/จ.การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/การจัดการความปวด

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

โรงพยาบาลมีการจัดตั้งทีมดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง (Palliative care) ในการดูแลทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่ายรพ.สต. มีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุม เหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักสุขภาพจิต นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม(ทีม HHC) และรพ.สต. ทีมผู้ดูแลผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ประกอบด้วย แพทย์ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลประคับประคอง 1 คน เภสัชกรผ่านการอบรมหลักสูตรระยะสั้น (Palliative care for Pharmacists) 1 คน พยาบาล Palliative care ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางระยะสั้น 1 เดือน 2 คน ทีมนำทางคลินิกได้กำหนดเกณฑ์การวินิจฉัย Palliative care และกำหนดกลุ่มโรคในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้ 1)กลุ่มผู้ป่วยระยะประคับประคอง ได้แก่ โรคมะเร็ง(Stage 4/Recurrent/PPS≤50) , โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (GFI ≤15 ปฏิเสธฟอกไต และ PPS≤50) , โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง(Long term home O2) , โรคหลอดเลือดสมอง(ภาวะเป็นผัก) , Case Refer back Dx.Palliative care และปฏิเสธการรักษา , ผู้ป่วย Stroke รักษามากกว่า 6 เดือน PPS ≤ 50 คะแนน 2)กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย(End of life) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ประเมิน PPS ≤30 คะแนน กำหนดบทบาทหน้าที่ทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน ดังนี้ แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค อาการ แผนการรักษา สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรักษา(On ET tube /CPR /ยากระตุ้นหัวใจ) และวินิจฉัยโรค , พยาบาล Palliative care ประเมินการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย/ครอบครัว ประเมิน PPS /ESAS/ความต้องการ/ความคาดหวัง กำหนดเป้าหมายการดูแลและวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ , พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยให้การพยาบาล/บรรเทาอาการรบกวนตามปัญหาของผู้ป่วย ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง , นักสุขภาพจิต ประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย/ครอบครัว , เภสัชกร ประเมินการใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย การจัดการอาการปวด ให้คำแนะนำการใช้ยา , กายภาพ/แพทย์แผนไทย ประเมินผู้ป่วยและให้การดูแลตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย , งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม(ทีม HHC) ประสานการทำงานร่วมกับรพ.สต. ลงเยี่ยมบ้าน ติดตามภาวะแทรกซ้อน , รพ.สต. ลงเยี่ยมบ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ติดตามและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ทีมกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการนำเครื่องมือ Palliative performance scale version 2 (PPS v2) มาใช้ในการประเมินระยะของผู้ป่วย ประเมินอาการ/ปัญหาของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจโดยใช้เครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม (Family Meeting) กำหนดผู้ดูแลหลัก มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) โดยทีมให้ข้อมูลผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค อาการ แผนการรักษาและให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา รวมถึงทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง/ระยะสุดท้าย ทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย มีการวางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ(Grand round) ตลอดจนวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน มีการส่งข้อมูลผู้ป่วยเพื่อดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม HHC ทีม HHCและรพ.สต.ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและตอบกลับข้อมูลการเยี่ยมบ้าน

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life) มุ่งเน้นการดูแลเพื่อจัดการความเจ็บปวดและตอบสนองความต้องการด้านจิต สังคม จิตวิญญาณ ประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือ Numeric Rating Scales นำผลการประเมินความเจ็บปวดมาวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ วางแผนดูแลการบรรเทาอาการปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/

ครอบครัวด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อและศาสนา ตอบสนองความต้องการอื่นๆ ตามความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว ทีมสหวิชาชีพบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยลงในแบบฟอร์ม PCT Note เพื่อวางแผนการดูแลร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่กลับไปดูแลต่อที่บ้านมีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน มุ่งเน้นการดูแลให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเผชิญต่อความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากไปด้วยศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ Good Death จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะสุดท้ายพบว่า การประเมิน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่ครอบคลุม เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ผู้ปฏิบัติขาดทักษะการนำเครื่องมือมาใช้ เช่น PPS , ESAS จึงได้ดำเนินการทบทวน ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการใช้เครื่องมือการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วย

การจัดการความปวด ทีมนำทางคลินิกได้กำหนดกลุ่มในการจัดการความปวดซึ่งกำหนดจากกลุ่มโรคที่พบบ่อยในโรงพยาบาล ดังนี้ 1.กลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ได้แก่ ผู้ป่วย ACS ที่เจ็บหน้าอก ,แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก , ผู้ป่วย Trauma, สัตว์กัด ,ปวดท้อง , ปวดท้องระยะรอคลอดและหลังคลอด โดยมีการประเมินความเจ็บปวด เลือกใช้เครื่องมือตามความเหมาะสมของผู้ป่วย จัดการความปวดตามระดับความปวด ซึ่งการจัดการความปวดมีทั้งการใช้ยาและไม่ใช้ยาตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย มีการประเมินความปวดซ้ำหลังการให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รวมถึงมีการบันทึกคะแนนความปวดในเวชระเบียนให้ครบถ้วนทั้งก่อน-หลังให้การบรรเทาปวด 2.กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง (Chronic pain) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีการประเมินความเจ็บปวดโดยเลือกใช้เครื่องมือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย จัดการความปวดโดยทีมที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคองได้กำหนดแนวทางการจัดความปวด ทีมให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการปวด ทางเลือกในการจัดการความปวดทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินความปวดซ้ำหลังการให้การพยาบาลและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดแต่ละชนิด ให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเพื่อการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดพบว่า แนวทางการจัดการความปวดไม่ครอบคลุมการจัดการความปวดในแต่ละระดับ ขาดการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ ทีมได้ดำเนินการทบทวนแนวทางการจัดการความปวดในแต่ละระดับ ปรับแนวทางให้มีการจัดการความปวดครอบคลุมทุกระดับ ติดตามการประเมินความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาล กำกับติดตามการใช้แนวทางการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
9. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง [III-4.3 ง]	3.5	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ทีมได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1)ประเมินผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Palliative performance scale version 2 (PPS v2) เพื่อประเมินระยะของผู้ป่วยประคับประคอง 2)ประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยพยาบาล Palliative care ประเมินการรับรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย/ครอบครัว ประเมิน PPS /ESAS/ความต้องการ/ความคาดหวัง กำหนดเป้าหมายการดูแลโดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม 3)วางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาล Pallitive care /พยาบาลผู้ดูแลในหอผู้ป่วย ประสานแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นๆร่วมดูแล เช่น ประสาน

			นักสุขภาพจิตเพื่อประเมินผู้ป่วย/ครอบครัวเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย/ครอบครัว โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา (Family Meeting) 4)การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) โดยทีมให้ข้อมูลผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับโรค พยาธิสภาพของโรค การดำเนินโรค อาการ แผนการรักษาและให้ผู้ป่วย/ครอบครัว/ผู้ดูแลหลักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรวมถึงทำหนังสือแสดงเจตนาการรักษาพยาบาลแบบประคับประคอง/ระยะสุดท้าย 5)กำหนดผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติตัว สอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเคาะปอด ดูดเสมหะ ทำแผล การทำกายภาพ ให้อาหารทางสายยาง การพลิกตะแคงตัว เป็นต้น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ไม่เกิดภาวะแทกซ้อน สามารถปรึกษาหรือขอคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยผ่านช่องทางการโทรศัพท์หรือไลน์พยาบาล Palliative care ได้โดยตรงและเมื่อมีภาวะฉุกเฉินสามารถโทรเบอร์ 1669 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง 6)การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of Life) เน้นการจัดการความปวดและตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ โดยทีมประเมินอาการ/ปัญหาของผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือ Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) ร่วมกับการประเมินความเจ็บปวดโดยใช้เครื่องมือ Numeric Rating Scales นำผลการประเมินความเจ็บปวดมาวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับแพทย์และทีมสหวิชาชีพอื่นๆ จัดการอาการปวดแบบใช้ยาและไม่ใช้ยาตามระดับความปวด ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัวด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การพักผ่อน อยู่ในมุมที่สงบ เป็นส่วนตัว เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อและศาสนา เช่น เปิดฟังธรรมมะ/ยาซีน นิมนต์พระ/เชิญโต๊ะอิหม่ามมาทำพิธีกรรมทางศาสนา เปิดโอกาสให้ญาติเข้าเยี่ยม ตอบสนองความต้องการอื่นๆตามความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว 7)วางแผนจำหน่ายโดยทีมสหวิชาชีพ(Grand round) โดยพยาบาลประสานทีมสหวิชาชีพในวันที่ 2 ของการ Admit และทีมสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแลในวันที่ 3 ของการ Admit เพื่อสรุปปัญหาของผู้ป่วย วางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลตลอดจนวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวอย่างครอบคลุม จัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น เบาะลม ออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีการส่งข้อมูลผู้ป่วยในโปรแกรม HHC เพื่อดูแลต่อเนื่อง ทีม HHCและรพ.สต. ลงเยี่ยมบ้านติดตามอาการ นำปัญหาการลงเยี่ยมผู้ป่วยมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ลงข้อมูลตอบกลับผลการเยี่ยมบ้านในโปรแกรม HHC และพยาบาล Pallitive care ติดตามอาการผู้ป่วยทุกราย ทำให้เกิดผลลัพธ์ปี 2562-2563 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ 87.85 และ 96.67 ตามลำดับ พบปัญหาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยไม่	

			ครอบคลุม เนื่องจากแนวทางการดูแลผู้ป่วยไม่ชัดเจน ขาดทักษะการใช้เครื่องมือ เช่น PPS , ESAS ทีมได้ดำเนินการ 1)ปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ชัดเจน ให้สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ง่าย 2)KM การดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ฝึกทักษะการใช้เครื่องมือ PPS , ESAS 3)PCT Round ทุก 6 เดือน เพื่อกำกับติดตามการดูแลผู้ป่วยประคับประคองตามแนวทาง ทำให้เกิดผลลัพธ์ปี 2564-2566 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคองคิดเป็นร้อยละ 100 มีแผนพัฒนาต่อในเรื่องการส่งทีมเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง ได้แก่ เภสัชกร 1 คนและพยาบาล(ทีม HHC) 1 คน
10.การจัดการความปวด [III-4.3 จ]	3	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการจัดการความปวด โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการอาการปวดอย่างเหมาะสม ทีมได้ดำเนินการปรับปรุง ดังนี้ 1)กำหนดกลุ่มในการจัดการความปวดเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน (Acute pain) ได้แก่ ผู้ป่วย ACS ที่เจ็บหน้าอก ,แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก , ผู้ป่วย Trauma, สัตว์กัด ,ปวดท้อง , ปวดท้องระยะรอคลอดและหลังคลอด และกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง (Chronic pain) ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 2)ประเมินความเจ็บปวด โดยเลือกใช้เครื่องมือตามความเหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนี้ ทารกแรกเกิดใช้แบบประเมิน NIPS , เด็กอายุ 1-6 ปีหรือผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวใช้แบบประเมิน FLACC/Face Scale ,เด็กอายุ 6 ปีขึ้นไปจนถึงผู้ใหญ่ใช้แบบประเมิน Numeric scale ,ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ยากต่อการสื่อสารใช้แบบประเมิน VRS, Face Scale Numeric scale , ประเมินลักษณะการปวด ตำแหน่งที่ปวด ระยะเวลาการปวดและความรุนแรง ประเมินความเจ็บปวดร่วมกับการวัดสัญญาณชีพและเมื่อผู้ป่วยมีความปวดมากขึ้น(เป็นสัญญาณชีพที่5) 3)การจัดการความปวด กลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน (Acute pain) จัดการความปวดตามระดับคะแนน ดังนี้ ความปวดระดับเล็กน้อย(1-3 คะแนน) จัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา เช่น การจัดท่า การนวดสัมผัส การผ่อนคลาย ประคบร้อน-เย็น อาจใช้ควบคู่กับยาลดปวดชนิดรับประทาน , ความปวดระดับปานกลาง (4-6 คะแนน) รายงานแพทย์และให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา เช่น Paracetamol /NSAID/ยาฉีด , ความปวดระดับมาก (7-9 คะแนน) และความปวดระดับมากที่สุด (10 คะแนน) รายงานแพทย์ให้ยาฉีดลดปวดตามแผนการรักษาโดยเร็วเพื่อลดระดับความปวด กลุ่มอาการปวดเรื้อรัง (Chronic pain) ทีมให้ข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับอาการปวด ทางเลือกในการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาและใช้ยา ซึ่งการจัดการความปวดโดยการใช้ยา มีดังนี้ ความรุนแรงของความปวดน้อย (0-3 คะแนน) ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม non opioids , ระดับความรุนแรงของความปวดปานกลาง (4-6 คะแนน) ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่มที่เป็น weak opioids และระดับความรุนแรงของความปวดมาก (7-10 คะแนน) ให้ใช้ยาแก้ปวดกลุ่ม strong opioid 4)ประเมินความปวดซ้ำหลังการให้การพยาบาล โดยประเมินซ้ำ 15-30 นาทีหลังได้รับยาแก้ปวดชนิดฉีด ประเมินซ้ำ 1 ชั่วโมงหลังได้รับยาแก้ปวดชนิด

			รับประทานและประเมินซ้ำ 30-60 นาทีหลังได้รับการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา และเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวดแต่ละชนิด ดังนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม opioids ให้เฝ้าระวังอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องผูก ง่วงซึม หรือการกดการหายใจ ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มต้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ให้เฝ้าระวังผลข้างเคียงต่อไต ตับ ทางเดินอาหาร หัวใจและหลอดเลือด การมีเลือดออกง่ายและการแพ้ยา 5)การให้คำแนะนำก่อนจำหน่ายเพื่อการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ การใช้ยาบรรเทาปวดโดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการใช้ยาแต่ละตัว เช่น ยาออกฤทธิ์ระยะยาว รับประทานตามแพทย์สั่ง ก่อนใช้ยาให้ตรวจสอบชนิด ขนาดของยา วิธีการใช้ และเวลาให้ถูกต้อง แนะนำการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาแก้ปวด พร้อมทั้งวิธีการป้องกันหรือลดอาการข้างเคียง เช่น อาการท้องผูก วิงเวียน อาเจียน ง่วง ปวดท้อง แนะนำวิธีการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรคและแต่ละรายโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกใช้วิธีการบรรเทาปวด หากไม่สามารถความคุมอาการปวดได้ควรมาพบแพทย์และแนะนำการมารับยาต่อเนื่อง 6)บันทึกคะแนนความปวดในเวชระเบียนให้ครบถ้วนทั้งคะแนนก่อน-หลังการบรรเทาอาการปวด ทำให้เกิดผลลัพธ์ ในปี 2564-2565 อัตราการจัดการความปวดกลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน(Acute pain) (ACS ที่เจ็บหน้าอก ,แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก , ผู้ป่วย Trauma, สัตว์กัด ,ปวดท้อง) คิดเป็นร้อยละ 75 และ 82 ตามลำดับ พบปัญหาแนวทางการจัดการความปวดไม่ครอบคลุมการจัดการความปวดในแต่ละระดับและขาดการประเมินซ้ำอย่างเป็นระบบ ทีมได้ดำเนินการทบทวนและปรับแนวทางการจัดการความปวดให้ครอบคลุมความปวดทุกระดับ ติดตามการประเมินความปวดซ้ำหลังให้การพยาบาล กำกับติดตามการใช้แนวทางการจัดการความปวดอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปี 2566 อัตราการจัดการความปวดกลุ่มอาการปวดเฉียบพลัน (Acute pain) (ACS ที่เจ็บหน้าอก ,แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก , ผู้ป่วย Trauma, สัตว์กัด ,ปวดท้อง) คิดเป็นร้อยละ 94.39 , อัตราการจัดการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (CA ระยะสุดท้าย) คิดเป็นร้อยละ 100 และอัตราการจัดการความปวดในระยะรอคลอดและหลังคลอด ในปี 2564-2566 คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งผู้ป่วยได้รับการจัดอาการปวดที่ดี

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-ผู้ป่วยระยะรอคลอดและหลังคลอดได้รับการจัดอาการปวดที่ดี

iv.ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีการตอบสนองความต้องการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานเชื่อมต่อและความต่อเนื่อง ความเหมาะสม เป็นองค์รวม และความปลอดภัย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อการดูแลแบบประคับประคอง	≥80%	87.85	96.67	100	100	100
อัตราการจัดการความปวดในผู้ป่วย ACS ที่เจ็บหน้าอก ,แผลไฟไหม้น้ำร้อนลวก , ผู้ป่วย Trauma, สัตว์กัด ,ปวดท้อง	>90%	NA	NA	75	82	94.39
อัตราการจัดการความปวดในระยะรอคลอดและหลังคลอด	100%	NA	NA	100	100	100
อัตราการจัดการผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน (CA ระยะสุดท้าย)	100%	NA	NA	NA	NA	100
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยระยะท้ายในลักษณะ Good death	100%	NA	NA	NA	NA	100

III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

บริบท

งานเวชกรรมฟื้นฟูมีบุคลากาการทั้งสิ้น 4 คน แบ่งเป็นนักกายภาพบำบัด 3 คนและผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 1 คน โดยงานเวชกรรมฟื้นฟูนั้นมีห้องบริการสองห้อง แบ่งเป็นห้องไฟฟ้าซึ่งให้การรักษากลุ่มผู้ป่วยกล้ามเนื้อและกระดูกเช่น อาการปวดหลัง ปวดไหล่ ปวดเข่า บาดเจ็บจากการทำงาน และห้องห้องกำลังกายเพื่อให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มระบบประสาท เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ป่วยกระดูกหัก

งานฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยใน เช่น Pneumonia,COPD,IMC การให้บริการในคลินิกต่างๆเช่นคลินิก COPD,HT,DM นอกหนือจากการให้บริการในโรงพยาบาลแล้ว งานเวชกรรมฟื้นฟูมีการบริการในชุมชน กรณีผู้ป่วยระยะกลาง ที่มีค่า Barthel Index น้อยกว่า 15 ซึ่งจะใหบริการร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เช่น พยายาลฟื้นฟู นักจิตวิทยา เภสัชกร แพทย์แผนไทย และพยาบาลหน่วยปฐมภูมิ

งานเวชกรรมฟื้นฟูจะมีกระบวนการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยเป็นสามกลุ่มใหญ่ คือกลุ่มผู้ป่วยทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กลุ่มผู้ป่วยทางระบบประสาท กลุ่มผู้ป่วยระบบทรวงอก ซึ่งแต่ละกลุ่มก็สามารถจำแนกตามระยะของอาการเป็นกลุ่มผู้ป่วยระยะ Acute และกลุ่มผู้ป่วยระยะ Chronic โดยแผนการฟื้นฟูแต่ละระยะมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านเป้าหมายและวิธีการงานเวชกรรมฟื้นฟูจะให้บริการที่ไม่ใช้ยา รูปแบบการบริการจะมีทั้งการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การให้การรักษาด้วยหัตถการ การจัด ดัด ดึง การให้การรักษาด้ว ยอุปกรณ์ไฟฟ้า การออกกำลังกาย การให้บริการนั้นครอบคลุมทั้งทางด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด

จำนวนผู้ป่วยจากการเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี 2563 นั้นพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดหลัง มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มอาการบาดเจ็บจากการทำงาน อาการปวดไหล่ อาการปวดเข่า และกลุ่มผู้ป่วยทางระบบหลอดเลือดสมองตามลำดับ จากข้อมูลผู้ป่วยในช่วงปี 2563 จนถึงปัจจุบัน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยปวดหลังและบาดเจ็บจากการทำงานมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วย 43 ราย จำนวน Visit 114 ครั้ง, ปี 2564มีจำนวนผู้ป่วย 93 ราย จำนวน Visit 277 ครั้ง, ปี 2565 มีจำนวนผู้ป่วย 100 ราย จำนวน Visit 422 ครั้ง , ปี 2566 มีจำนวนผู้ป่วย 170 ราย จำนวน Visit 768 ครั้ง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
11.การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ [III-4.3 ฉ]	4	L	เพื่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายในการสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ ทีมงานได้ปรับปรุงดังนี้ 1 พัฒนากระบวนการจำแนกคนไข้แต่ละกลุ่ม 2 ทบทวนแผนการฟื้นฟู เพื่อวางแผนอย่างเหมาะสม ทบทวน Home program 3 ประเมินกระบวนการฟื้นฟูทุกๆ 1 เดือน 4 ตรวจเช็คสภาพความพร้อมใช้ของเครื่องมือทุกวัน และปรับเทียบ (Calibrate) เครื่องมือตามรอบการใช้งาน

			5 เก็บข้อมูลการเข้ารับบริการของผู้ป่วยเพื่อประเมินแนวโน้มในอนาคต 6 อบรมเพิ่มพูนความรู้แก่เจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง 7 กำกับ ติดตาม โดย คณะกรรมการ PCT จากผลการดำเนินงานพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เครื่องมือได้รับการปรับเทียบตามรอบการใช้งาน เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเพิ่มพูนความรู้ปีละ 1 ครั้ง แต่ในด้านการบริการเจ้าหน้าที่ยังขาดการ Re-Assessment การประเมินผู้ป่วยหลังการรับบริการยังไม่ทั่วถึง การสื่อสาร Home Program ขาดความต่อเนื่อง อาจจะส่งผลให้บรรลุเป้าหมายในการรักษาที่ล่าช้ากว่าที่ควร

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

พัฒนาศักภาพงานเวชกรรมฟื้นฟูโดยการเพิ่มอุปกรณ์ เครื่องมือ และเจ้าหน้าที่ ทำให้สามารถให้บริการผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

เก็บข้อมูลการเข้ารับบริการเพื่อดูแนวโน้มในอนาคตได้มากกว่า 90%

iv.ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังมีอาการดีขึ้นหลังการฟื้นฟู 4 ครั้ง	70 %	N/A	78	79	75	80
อัตราผู้ป่วยบาดเจ็บจากการทำงานมีอาการดีขึ้นหลังการฟื้นฟู 3 ครั้ง	80 %	N/A	82	83	81	85
กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดไหล่มีอาการดีขึ้นหลังรับการฟื้นฟู 4 ครั้ง	70 %	N/A	71	73	75	78
กลุ่มผู้ป่วย IMC มี BI เพิ่มขึ้น 2 คะแนน ใน 6 เดือน	70 %	N/A	71	72	75	75
การเก็บข้อมูลการรับบริการของผู้ป่วยครบถ้วนสมบูรณ์	90%	N/A	98	99	98	99
เครื่องมือทางกายภาพบำบัดได้รับการปรับเทียบตามรอบการใช้งาน	100 %	N/A	100	100	100	100
อัตราความพึงพอใจผู้ป่วยเวชกรรมฟื้นฟู	>80 %	N/A	85	87	86	88

III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ

i. บริบท

โรงพยาบาลมีผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงป่วยเป็นผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง stage 3 จำนวน 225 ราย , stage 4 จำนวน 25 ราย , stage 5 จำนวน 10 ราย เปิดคลินิก CKD โดยให้บริการแยกจากคลินิกอื่น ให้บริการผู้ป่วย Stage 3B ,4 และ 5 โดยทีมสหวิชาชีพซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร สุขภาพจิต นักกายภาพ แต่ยังขาดนักโภนากร โดยมีแผนจัดสร้างโรงอาหารสำหรับผู้ป่วย ในปี 2567 พร้อมกับเพิ่มนักโภชนากร การดูแลผู้ป่วยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สมาคมโรคไตจัดทำและปรับปรุงเป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกันระดับจังหวัด และมีการประชุมชี้แจงสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเพื่อทราบแนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุง CPG ทุกปี เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. จากการประเมินการปฏิบัติตามแนวทางพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์วินิจฉัย CKD แต่ไม่ได้วินิจฉัยตามแนวทาง เนื่องจากแพทย์หมุนเวียนมาใหม่ ยึดตามกรอบปฏิบัติเดิม ปรับปรุงโดยให้แพทย์ประจำคลินิก CKD ชี้แจงแนวทางร่วมกันในองค์กรแพทย์และติดตามผล จาการทบมทวน พบว่าผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์มากขึ้น แนวทางการให้ความรู้ตาม Education program โดยทีมสหวิชาชีพ มีการบันทึกการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ care giver และการตัดสินใจทางเลือกในการรักษาเพื่อให้สหวิชาชีพรับทราบและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง ให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<5 ml/min/1.72 m2/yr อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด แต่พบผู้ป่วย Stage 4,5 ปฏิเสธ RRT และการส่งต่อพบอายุรแพทย์ เนื่องจากขาด care giver ในการดูแลต่อเนื่อง เลือกการรักษาแบบประคับประคองจนวาระสุดท้าย

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
12.การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง [III-4.3 ช]	3.5	LI	เพื่อปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วย CKD โดยมีเป้าหมายเพื่อการดูแลที่มีคุณภาพและความปลอดภัย ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง 1.แผนจัดสร้างโรงอาหารสำหรับผู้ป่วย ในปี 2567 พร้อมกับนักโภชนากร 2.Update วิชาการและปรับปรุง CPG ทุกปี เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งในรงพยาบาลและรพ.สต. 3.แพทย์ประจำคลินิกชี้แจงแนวทางปฏิบัติแก่แพทย์ที่หมุนเวียนมาใหม่ และติดตามผลอย่างต่อเนื่อง 4.แนวทางการให้ความรู้ตาม Education program โดยทีมสหวิชาชีพและบันทึกใน program Hos XP เพื่อสื่อสารให้สหวิชาชีพรับทราบและวางแผนการดูแลต่อเนื่อง 5.ขึ้นทะเบียนและให้ความรู้แก่ care giver ทุกราย ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.72 m2/yr ในปี 2565-2566 = 76.67 , 68.83%

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-นโยบายการรักษาฟรี ในผู้ป่วยโรคไต ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2565 ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบำบัดทดแทนทางไต เพิ่มขึ้น

-การพัฒนาศักยภาพเจ้าที่ทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต.โดยการประชุมชี้แจง update วิชาการและ CPG อย่างต่อเนื่องทุกปี

iv.ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความ ปลอดภัย เหมาะสมต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m2/yr	66%	46.67 (42/90)	65.36 (117/179)	53.99 (88/163)	76.67 (88/163)	68.83 (106/154)
ผู้ป่วย HT DM ที่ไม่เคย DX.CKD ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรอง	80%	70.61 (1009/1429)	65.87 (932/1415)	76.79 (1082/1409)	89.48 (1216/1359)	73.49 (1013/1408)
ร้อยละของผู้ป่วย DM, HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่	เพิ่มขึ้น 20%	19.33 (195/1009)	3.77 (35/929)	0.56 (6/1080)	1.40 (17/1213)	3.26 (33/1,013)
การชะลอความเสื่อมของไต ผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลได้รับ ACEi/ARB เป้าหมาย	> 60%	63.85 (136/213)	70.88 (129/182)	76.22 (141/185)	71.67 (129/180)	66.15 (127/192)

III-4.3 ซ. การแพทย์แผนไทย

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีบุคลากรทั้งสิ้น 7 คน ประกอบด้วย แพทย์แผนไทยประยุกต์ 1 คน แพทย์แผนไทย 2 คน ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 4 คน โดยมีห้องตรวจวินิจฉัย 2 ห้อง เตียงตรวจโรค 2 เตียง ห้องหัตถการ 1 ห้อง มีจำนวน 4 เตียง ตู้อบไอน้ำสมุนไพร แยกชาย - หญิง 2 หลัง ห้องน้ำชาย-หญิงเจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการ 5 ห้อง มีหน้าที่และเป้าหมายให้บริการงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพื่อการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริม และป้องกันโรค ตามมาตรฐานวิชาชีพการแพทย์แผนไทย ที่ถูกต้อง ปลอดภัย สร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ ข. ขอบเขตการให้บริการ 1. คลินิกการแพทย์แผนไทย หน้าที่ : มีการให้บริการด้านการแพทย์แผนไทย 4 ด้าน ได้แก่ เวชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย หัตถเวชกรรมไทย และเภสัชกรรมไทย ดังนี้ 1.1 เวชกรรมไทย ให้บริการตรวจ วินิจฉัยโรคด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการให้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย 1.2 เภสัชกรรมไทย มีการใช้ยาสมุนไพรทั้งในรูปแบบของยาเดี่ยว ยาตำรับ ยาปรุงเฉพาะราย เพื่อ การบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริม และป้องกันโรค 1.3 หัตถเวชกรรมไทย ให้บริการหัตถบำบัด เพื่อการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริม และป้องกันโรค โดยมีการให้บริการ ดังนี้ 1) การนวดเพื่อรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมสุขภาพ 2) การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมสุขภาพ 3) การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา ฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมสุขภาพ 4) การแช่ยาสมุนไพร 5) การพอกยาสมุนไพร 6) การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤาษีดัดตนมณีเวช 1.4 ผดุงครรภ์ไทย ให้บริการดูแลหญิงหลังคลอดตั้งแต่ 48 ชั่วโมงแรก มีกิจกรรมดังนี้ 1) นวดเปิดท่อน้ำนมและประคบสมุนไพร 2) จ่ายยาสมุนไพรบำรุงน้ำนม 3) ฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอด ทับหม้อเกลือ นอกจากนี้ยังมีการให้บริการ 1. ให้บริการแบบ one stop service ในการตรวจวินิจฉัยตามหลักวิชาชีพการแพทย์แผนไทย และการรักษาด้วยยาสมุนไพร ยาปรุงเฉพาะราย รวมทั้งให้ความรู้ คำแนะนำเกี่ยวกับสมุนไพร การบริการบำบัด รักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ทั้งในคลินิกแพทย์แผนไทย วัน จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.30 - 16.30 น. และคลินิกแพทย์แผนไทยที่แผนกผู้ป่วยนอก(OPDคู่ขนาน) วัน จันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 09.00 - 12.00 น. ซึ่งมีการให้บริการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การนวด การ ประคบสมุนไพร การอบไอน้ำสมุนไพร การฟื้นฟูสุขภาพหญิงหลังคลอด การพอกยาสมุนไพร การแช่เท้าสมุนไพรและบริการแพทย์ทางเลือก ได้แก่ การนวดกดจุดสะท้อนเท้า 2. เป็นทีมเยี่ยมบ้านในการลงพื้นที่ฟื้นฟูผู้ป่วยอัมพฤกษ์อัมพาต ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ 3. ให้บริการคลินิกเท้าเบาหวาน ณ คลินิกพิเศษ ทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี ในการคัดกรอง เท้าผู้ป่วยเบาหวานและให้บริการนวดลดอาการชาเท้า 3. ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลและสถานบริการสุขภาพเครือข่าย 4. ลงเยี่ยมบ้านและให้การดูแลฟื้นฟูผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต ติดบ้านติดเตียง 5. พัฒนามาตรฐานบริการด้านแพทย์แผนไทยทั้งในโรงพยาบาลและเครือข่าย 6. ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และแพทย์แผนไทยทุกวัน จันทร์ - ศุกร์ 7. อนุรักษ์และส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในชุมชนโดยการสำรวจขึ้นทะเบียนบุคลากรแผนไทยและ ตำรายาสมุนไพร

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
13.การแพทย์แผนไทย [III-4.3 ซ]	4	L	เพื่อบรรลุเป้าหมายในการสร้างความมั่นใจว่าจะให้บริการอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ กลุ่มผู้รับบริการ รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มี มาตรการ ดังนี้ 1.เพิ่มการบริการนวดจากนวดเฉพาะจุดเป็นนวดทั้งตัว มีการนัดวันมารับบริการ โดยระยะเวลาวันนัดสั้นลง ไม่นานเกินไป มีการเพิ่มจำนวนผู้ให้บริการ บางครั้งต้องรอนาน หรือไม่สามารถนวดได้ 2. การเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ 3.กลุ่มผู้รับบริการมารดาหลังคลอด มีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับบุตรที่นำมาด้วยในระหว่างรับบริการ 4.เพิ่มบริการให้แก่ผู้รับบริการสิทธิอื่นๆ ที่ต้องการได้รับการบริการในชุมชนหรือการลงทำหัตถการที่บ้าน ลูกค้าเครือข่ายบริการในชุมชน 5.ร่วมดูแลและส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 6.ร่วมกันกับเครือข่ายและสหวิชาชีพดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 7. มีการเพิ่มกรอบยาสมุนไพรในรพสต.เครือข่ายมากกว่า 10 รายการ 8.ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ แพทย์และบุคลากรสั่งยาสมุนไพรที่อยู่ในบัญชีโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้วยพฤติกรรมบริการที่ดี เช่น พูดจาไพเราะ ยิ้มแย้ม และกิริยาสุภาพ จัดซื้อจัดหา ยาสมุนไพรตามกรอบบัญชียาสมุนไพรของโรงพยาบาล จากแหล่งผลิตที่ได้มาตรฐานการรผลิตยาสมุนไพรให้ได้มาตรฐาน GMP (Good Manufacturing practices : GMP) 9.แผนพัฒนาโครงการจัดสร้าง โรงงานผลิตยาสมุนไพรใน รพ.แม่ลาน เพื่อผลิตยาสมุนไพรไว้ใช้ใน รพ.แม่ลาน และส่งออกไปใน 12 อำเภอในจังหวัดปัตตานี เพื่อเป็นการส่งเสริมเกษตร และประชาชนในอำเภอแม่ลานมีรายได้เพิ่มขึ้นจากการปลูกสมุนไพร ทำให้เกิดผลลัพธ์ ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน ปี 2562-2566 = 21 , 16.46 , 18.24 , 16.91 , 18 , 16.23%, ผู้จำนวนผู้ป่วยนอกได้รับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มขึ้น ปี 2565-2566 = 6 , 12% และร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการฟื้นฟูสุขภาพทางแพทย์แผนไทยมีสุขภาพดีขึ้น ปี 2562-2566 = 90.86 , 92.63 , 93.94 , 96.64 , 97.85% ,ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาลปี 2562-2566 = 10 , 12 , 16 , 18 , 22

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การเป็นหน่วยงานหนึ่งในระบบการรักษาพยาบาลแบบผสมผสานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน ที่มีทั้งการรักษา ส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางที่ได้มาตรฐาน จนบุคลากรและประชาชนเกิดการยอมรับและพึงพอใจในการให้บริการของ โรงพยาบาล และ การประเมินตามเกณฑ์รพ.สส.พท โดยคณะกรรมการประเมิน รพ.สส.พท จังหวัดปัตตานี ปี 2561 – 2566 คะแนนการประเมิน 5 ด้าน อยู่ในระดับ ดีเยี่ยม
- การเป็นหน่วยงานที่ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 ประเภทโรงพยาบาลชุมชน พื้นที่ต้นแบบดีเด่นด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ระดับเขตสุขภาพที่ 12 ประจำปี 2561
- ได้รับรางวัลชนะเลิศ R2R Oral Presentation เรื่อง น้ำมันต้นกระดูกไก่ดำลดอาการปวดข้อต้านการอักเสบ ในงานการประกวดมหกรรมวิชาการระดับจังหวัดปัตตานี ปี 2561
- ได้รับรางวัลรองชนะเลิศอันดับ 2 R2R Oral Presentation เรื่อง การวัดประสิทธิผลของน้ำมันใบสะเดาในการลดอาการคันในผู้ป่วยโรคผิวหนังอับเสบ Eczema ในงานการประกวดมหกรรมวิชาการระดับจังหวัดปัตตานี ปี 2566

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
1.ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	21%	16.46%	18.24%	16.91%	18%	16.23%
2.ผู้จำนวนผู้ป่วยนอกได้รับยากัญชาทางการแพทย์แผนไทย	≥5%	NA	NA	NA	6%	12%
3.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	≥80%	84.84%	86.63%	88.36%	89.64%	90.54%
4.จำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์	≥5%	NA	NA	NA	NA	1%

5. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก Coverage จังหวัดปัตตานี อำเภอแม่ลาน ปีงบประมาณ 2566	≥3%	NA	NA	NA	NA	NA
6. ร้อยละของผู้รับบริการอาการดีขึ้นหลังรับบริการ	≥80%	80.28%	82.63%	84.94%	86.64%	90.12%
7.ร้อยละของหญิงหลังคลอดที่ได้รับการ ฟื้นฟูสุขภาพทางแพทย์แผนไทยมีสุขภาพดีขึ้น	≥80%	90.86%	92.63%	93.946%	96.64%	97.85%
8.จำนวนครั้งของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการรับบริการทางแพทย์แผนไทย	< 2	0	1	1	0	1
9.ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นในโรงพยาบาล	≥10%	10%	12%	16%	18	22%

III-4.3 ฌ.การแพทย์ทางไกล

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

โรงพยาบาลแม่ลานมีการจัดระบบบริการงานผู้ป่วยนอก ด้านบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ให้คำปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม ตรวจรักษาโรคโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เน้นความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง และพึงพอใจ โดยวิธีการที่ผู้ป่วยและแพทย์ พูดคุย โต้ตอบโดยผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม R 12 network และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 1.ผู้ป่วย 60 ปี ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง ,กลุ่มผู้ป่วย 9 โรค (NCD thyroid (hepatitis gout จับ pulse หาก Irreg ให้ EKG) มีการทำEKG พบภาวะผิดปกติ AF 2.รับกลุ่มผู้ป่วยจาก รพ.ปัตตานี ที่มีอาการคงที่ และส่งกลับมารับยาต่อที่รพช. โดยแพทย์ รพ.ปัตตานี Telemed เพื่อติดตามอาการ ซึ่งมีตาราง Telemed คือ วันจันทร์ คลินิกศัลยกรรม , วันอังคาร คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ/ กลุ่มที่มีภาวะหัวใจผิดปกติ /AF ณ ห้อง Cadio ,วันพุธ คลินิกกุมารเวช , วันพฤหัสบดี คลินิกอายุกรรม , วันศุกร์คลินิกสูติกรรม มีกระบวนการคือแพทย์ รพช. ประเมินอาการผู้ป่วย ร่วมTelemed กับแพทย์ รพ.ปัตตานี ตรวจรักษาอาการผู้ป่วย หากมีการปรับเปลี่ยนยา /เพิ่มยาบางชนิดที่ไม่มีใน รพช เช่นยา Enoxaparin เป็นต้น ต้องส่งต่อไปรับการรักษา รพ.ปัตตานี ส่วนการทำหัตถการอื่นเพิ่มเติม เช่น echo,CT เป็นต้น ต้องส่งต่อ แต่ต้องรอคิวจาก รพ.ปัตตานี ดังนั้นจึงเน้นย้ำผู้ป่วยและญาติในการดูแลตัวเองที่บ้าน นัดติดตามอาการต่อเนื่อง สำหรับการเข้าถึงข้อมูลในระบบเวชระเบียน Telemed ผ่านทางอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรม R 12 network และบันทึกการให้บริการในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล พบว่าบางครั้งเกิดการไม่เสถียรของโปรแกรม R 12 network ,ไม่สามารถ Telemed ผ่านโปรแกรมได้ ต้องมีการปรับปรุงระบบและแก้ไขโดยการTelemed ผ่านระบบอื่นทดแทน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
14.การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) [III-4.3 ฌ]	3.5	LI	เพื่อบรรลุเป้าหมาย การบริการแพทย์ทางไกลได้คุณภาพ รพ.ได้ปฏิบัติตามระบบงานที่มี มาตรการ ดังนี้ 1.การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย คือ 1.ผู้ป่วย 60 ปี ที่ไม่ใช่โรคเรื้อรัง ,กลุ่มผู้ป่วย 9 โรค (NCD thyroid (hepatitis gout จับ pulse หาก Irreg ให้ EKG) มีการทำEKG พบภาวะผิดปกติ AF เจอภาวะผิดปกติ ส่งTelemed 2.จัดให้มีทีมสหวิชาชีพให้บริการแพทย์ทางไกลอย่างเหมาะสม 2.ให้บริการแพทย์ทางไกล ผ่านโปรแกรม R 12 network หากระบบติดปัญหา แก้ไขโดยปรับการแพทย์ทางการไกล ผ่านระบบ ZOOM /Conferene ทาง Line 3.ผู้ป่วย Telemed ให้การตรวจรักษา และปรับเปลี่ยนยา ประสานเภสัชกรรมเพื่อให้ได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม หากต้องปรับเปลี่ยนยา แต่ยาที่รพช.ไม่มี เช่นยา Enoxaparin ต้องส่งต่อไปรับยาที่รพ.ปัตตานี หรือประสานยืมยาจ่ายให้ผู้ป่วยตามความเหมาะสม

			4.ผู้ป่วย Telemed ต้องหัตถการ/ตรวจเพิ่มเติม เช่น Echo,CT เป็นต้น จะมีการประสาน ขอคิวตรวจ จากรพ.ปัตตานี หากต้องรอคิวตรวจนาน จะมีการประสานแพทย์ รพ.ปัตตานีเพื่อทำ echo สัญจร เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการตรวจรักษาที่รวดเร็ว 5.ผู้ป่วยผ่านการ Telemed แพทย์ได้มีการตรวจวินิจฉัย รักษาและให้ยา มีการส่งต่อพบCM รายโรค เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ ได้รับคำแนะนำการดูแลตนเองที่บ้าน และนัดติดตามอาการต่อเนื่อง ทำให้เกิดผลลัพธ์ รพ.มีระบบบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด 80% , อัตราความครอบคลุมการ Telemed ในกลุ่มเป้าหมาย 96.87%

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

การมีระบบบริการแพทย์ทางไกล และการพัฒนา CPG การแพทย์ทางไกลให้มีคุณภาพ

iv.ผลลัพธ์

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ทันเวลา และต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566 (ม.ค.-ก.ย.66)
รพ.มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด	> 80%	NA	NA	NA	NA	80
อัตราความครอบคลุมการTelemed ในกลุ่มเป้าหมาย	> 80%	NA	NA	NA	NA	96.87 (31/32)
อัตราผู้ป่วยขาดนัด telemed	< 5%	NA	NA	NA	NA	3.12 (1/32)
อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 80%	NA	NA	NA	NA	80

III-4.3 ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. บริบท

โรงพยาบาลแม่ลานได้มีการจัดตั้งทีมสหวิชาชีพหมอครอบครัวร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสาธารณสุขอำเภอ เพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยมบ้านแบ่งเป็น มี 3 ประเภท 1).กลุ่มผู้ป่วยที่เริ่มเจ็บป่วยระยะแรก มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตเล็กน้อย ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้แต่ขาดความรู้ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสภาวะโรค เช่นกลุ่มแม่และเด็ก HTDM รายใหม่ กลุ่มโรคระบาดเช่น ไข้เลือดออก ท้องร่วง ตาแดง เป็นต้น 2). กลุ่มผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรค ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตปกติ มีความจำกัด ไร้ความสามารถเล็กน้อย ช่วยเหลือตนเองได้ไม่เต็มที่ ต้องการผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยTB ผู้ป่วยเอดส์ ผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ป่วย ที่on ยา warfarin 3).กลุ่มผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของโรค ทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจกรรมของตนเองหรือมีอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อช่วยในการดำเนินชีวิต มีความจำเป็นต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมให้ เช่น ผู้สูงอายุติดเตียง ผู้ป่วยDM ที่มีภาวะแทรกซ้อนตา ไต เท้า ผู้ป่วยStroke ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วย STEMI ผู้พิการที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ ผู้ป่วยPalliative care ผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น On Foley catheter , ON NG tube รวมทั้งผู้ป่วยที่Admit ที่โรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลจะมีการทำการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Grandround) ที่หอผู้ป่วยในร่วมกันวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านร่วมกับญาติผู้ป่วยโดยอยู่ภายใต้ความดูแลของพยาบาลที่อยู่ประจำหอผู้ป่วย ปัจจุบันทางทีมได้มีการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ADL0-75คะแนน และผู้ป่วยระยะสุดท้ายหรือผู้ปฏิเสธการรักษา (PPS Score $\leq$ 50 คะแนน) ทางทีมได้มีการวางแผนให้มีความคลุมในกลุ่มโรค DM uncontrol with Re-admit ,COPD Re-admit ,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วัน ซึ่งในทีมมีขั้นตอนและมีการแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจนเช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลลงพื้นที่ประเมินสภาพบ้านสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน เพื่อวางแผนในกรณีที่ที่ผู้ป่วยมีอุปกรณ์ทางการแพทย์กลับไปใช้ที่บ้าน,หน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นทีมหาอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องกลับไปใช้ที่บ้าน ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลแม่ลานมีความขาดแคลนในด้านอุปกรณ์ ซึ่งได้แก้ปัญหาโดยการประสานกองทุนสาธารณสุข อบจ.ปัตตานี และการประสานกองทุนการจัดตั้งศูนย์ยืม-คืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปัตตานีโดยอำเภอแม่ลานอยู่ทีมเครือข่ายเขตรับผิดชอบอำเภอโคกโพธิ์เพื่อนำมาใช้กับผู้ป่วย ,นักกายภาพจะเป็นผู้ประเมินความรู้และทักษะการฟื้นฟูสภาพและการให้ความรู้ความเข้าใจในการกลับไปที่บ้าน,นักสุขภาพจิตประเมินปัญหาทางด้านจิตใจทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล,เภสัชกรจะสอนและประเมินความเข้าใจการบริหารยาของผู้ดูแลก่อนพยาบาล,สาธารณสุขอำเภอจะประสานภาคีเครือข่ายประจำตำบลเพื่อรายงานผู้ป่วยและนัดวันลงพื้นที่เยี่ยมบ้านด้วยกัน ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านพยาบาลหอผู้ป่วยในจะมีการลงบันทึกข้อมูลประวัติแผนการรักษาในโปรแกรมเยี่ยมบ้าน (Home health care systems) โดยโปรแกรมจะครอบคลุมตั้งแต่จังหวัดนราธิวาส ยะลา ปัตตานี และสตูล โดยจะมีระบบการแจ้งเตือนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยในLIne ทีมเยี่ยมบ้านของทีม ซึ่งต้องเยี่ยมผู้ป่วยและตอบกลับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน หลังจากจำหน่าย และระหว่างที่ผู้ป่วยกลับบ้านจะมีการนัดทำกายภาพเพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง (intermediate care : IMC) โดยการนัดทำการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการผ่านพ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่ ซึ่งระยะแรกจะนัด 2 ครั้ง/สัปดาห์ ถ้าADL เพิ่มขึ้น นัดทุก 1ครั้ง/สัปดาห์ จนถึงระยะเวลา 1 ปี และวางแผนจำหน่าย ในกรณี ADL เพิ่มขึ้นจนผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้จะจำหน่ายก่อนครบระยะ 1 ปี และมีรถกู้ภัยประจำตำบลทั้ง 2 ตำบลให้บริการในกรณีที่มีภาวะฉุกเฉินหรือจำเป็นต้องเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความลำบากในการเดินทาง โดยเจ้าหน้าที่ที่ประจำรถกู้ภัยได้มีการผ่านการอบรมอาสาสมัครกู้ชีพทุกคน

ปัจจุบันอบต.ในอำเภอแม่ลานได้มีการเข้าร่วมกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะยาว (Long tearm Care : LTC) ครบ100% โดยจะประกอบด้วยพยาบาลที่ผ่านการอบรมผู้ดูแล (care Manager)ทั้งหมด 8 คน ซึ่งอยู่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่งในอำเภอแม่ลาน และมีอาสาสมัครเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน(care giver) ประจำรพ.สต. ทั้งหมด 25 คน โดย CG มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยเน้นให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ภายใต้การควบคุมกำกับการดูแลของพยาบาล มีการลงเยี่ยมพร้อมกับทีมสหวิชาชีพ ชีพและภาคีเครือข่าย และได้มีการขอสนับสนุนด้านการดำรงชีพจากนักพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน [III-4.3 ญ]	3	L	เพื่อปรับปรุงการคัดกรองและประเมินความพร้องก่อนกลับบ้าน เพื่อให้การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน ถูกต้อง ปลอดภัย และเหมาะสมตามมาตรฐานวิชาชีพ ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ 1.กำหนดกลุ่มเป้าหมายและแผนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 2.การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน (Grandround) โดยครอบคลุมกลุ่มโรค DM uncontrol with Re-admit ,COPD Re-admit,ผู้ป่วยนอนนานเกิน 7 วันเพื่อให้ความครอบคลุมในการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหวิชาชีพ 3.โปรแกรมเยี่ยมบ้าน (Home health care systems) เป็นศูนย์กลางในการส่งต่อข้อมูลที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้องทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ครบถ้วน 4.ระบบประสานกองทุนสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานีเพื่อเบิกอุปกรณ์ และมีการประสานกองทุนการจัดตั้งศูนย์ยืม-คืนกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพจังหวัดปัตตานีโดยอำเภอแม่ลานอยู่ทีมเครือข่ายเขตรับผิดชอบอำเภอโคกโพธิ์ 5. ระบบการติดตามข้อมูลหลังจากบันทึกข้อมูลในโปรแกรม ต้องได้รับการเยี่ยมบ้าน ภายใน 14 วัน ทำให้เกิดผลลัพธ์ อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ใน ปี 2566 = 100% , อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ปี 2564-2566 =75.67, 88 , 83.33 ,อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้านปี 2564-2566 =8.1 , 0 , 4 แผนพัฒนาต่อเนื่อง แผนพัฒนาองค์ความรู้ care giver ร่วมกับเครือข่าย ในด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น การ CPR,กายภาพบำบัด , การทำแผล การใช้ยา , การประเมิน ADL

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- การจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long tearm Care : LTC) ครบทุกตำบล
- ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือและเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงและให้ความช่วยเหลือ
- ผู้ป่วยภาวะพึงพิงระยะยาวได้เป็นส่วนหนึ่งในการดูแลทีมพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	≥80%	97.14 (34/35)	65.74 (23/35)	94.59 (35/37)	100 (25/25)	100 (48/48)
อัตราผู้ป่วยส่งกลับจากรพศ./รพท./รพช.ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน 14 วัน	100 %	51.42 (18/35)	37.14 (13/35)	72.97 (72.97)	80 (20/25)	97.92 (47/48)
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน	<5%	22.85 (8/35)	11.42 (4/35)	8.1 (3/37)	0 (0/25)	4 (2/48)
อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้	80%	48.57 (17/35)	54.28 (19/35)	75.67 (28/37)	88 (22/25)	83.33 (40/48)
อัตราผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน /ติดสังคม	>20%	5.88 (1/17)	5.26 (1/19)	0 (0/20)	0 (0/14)	26.09 (6/23)

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง.

i. บริบท

โรงพยาบาลได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและครอบครัว คือ Chronic disease NCD HT DM CKD ซึ่งเป็นโรคตามจุดเน้นของโรงพยาบาล โดยเปิดคลินิกแยกวันเฉพาะโรค ปัจจุบันไม่มีอาคารโรคเรื้อรังเฉพาะ ใช้สถานที่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป ไม่มีแพทย์ประจำคลินิกเฉพาะ มีการหมุนเวียนแพทย์ตรวจรักษาในแต่ละคลินิก มี Case management รายโรค และคณะกรรมการรายโรคประกอบด้วยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการวางระบบบริการ แผนการให้ความรู้ในคลินิกรายกลุ่มโดยทีมสหวิชาชีพในช่วงเวลาก่อนพบแพทย์ การให้ความรู้รายบุคคลตามปัญหาเฉพาะรายและรายกลุ่ม (รายกลุ่ม ไม่เกิน 10 ราย) ในการเสริมพลังหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการสร้างกระบวนการเรียนรู้ สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสภาพจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม เมื่อพบปัญหาหรือความผิดปกติจะให้คำปรึกษาที่เหมาะสมทันทีตามปัญหาที่ เกิดขึ้น โดยการกำหนดกลุ่มผู้ป่วยตามปัญหา เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาการรับรู้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ต้องใช้สื่อในการให้ความรู้ ต้องมี care giver เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ส่วนผู้ป่วย CKD มีแนวทางการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักตาม Education program เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและ care giver มีความเข้าใจและสามารถตัดสินใจในการรักษาที่เหมาะสมกับความพร้อมของครอบครัว มีการดูแลผู้ป่วยแบบคู่ขนาน ตามปัญหาสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ส่งพบคลินิกเลิกบุหรี่ ประเมินสุขภาพจิตทุกราย การแพทย์ทางเลือกแพทย์แผนไทยในผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาแผนปัจจุบัน เป็นต้น มีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วยและญาติโดยการประเมิน stage of change ของผู้ป่วยแต่ละราย การใช้เทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ(Motivation Interview) ในผู้ป่วย uncontrol และ มีการส่งพบ CM ประเมินปัญหา แต่ละราย วิเคราะห์ ปัญหาเป็นรายกรณี พร้อมทั้งมีการประเมินความรู้ ความเข้าใจ และบันทึกในเวชระเบียน หากยังควบคุมโรคไม่ได้ ส่งพบทีมให้คำปรึกษาต่อไป จากการดำเนินงาน ยังพบปัญา ทีมสหวิชาชีพยังไม่ปฏิบัติตามแผนการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการจัดทำตารางผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้และมีการแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ส่วนการดูแลผู้ป่วยที่ uncontrol ก็พบปัญหาว่าไม่ได้มีการจัดการให้ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแผน เนื่องจาก อัตรากำลังบุคลากรที่จะให้ความรู้ ไม่เพียงพอ (มี CM 1 ท่าน) ร่วมกับไม่มีสถานที่ในการทำกิจกรรมกลุ่ม จึงเพิ่ม CM เป็น 3 ท่าน และจัดเตรียมห้องให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรายกรณีและรายกลุ่ม ในกลุ่มผู้ป่วยขาดนัด CM ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ทีม HHC และทีมให้คำปรึกษาเพื่อติดตามผู้ป่วยพร้อมวิเคราะห์สาเหตุการขาดนัด และส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มการดูแลแบบผู้ป่วย uncontrol โดยมีทีมสหวิชาชีพร่วมให้ความรู้ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
2. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	3	L,I	เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัว สามารถดูแลตนเองและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตน ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง 1.แผนการให้ความรู้ในคลินิก มีการกำหนดกลุ่มผู้ป่วย Chronic disease NCD HT DM CKD ที่ต้องกำหนด self care plan , Discharge plan เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยทีเหมาะสมและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ผลลัพธ์ในปี 2564-2566 อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย HT = 60.16 , 56.19 , 60.32% , อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย DM = 21.77, 17.62 , 17.99% , ผู้ป่วย NCD กลุ่มควบคุมไม่ได้ได้รับการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI = 30.33 , 33.33 , 41% จากการประเมินพบว่า การจัดการความรู้ในคลินิก ยังไม่ได้จัดการให้ความรู้ให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตามแผน เนื่องจากอัตรากำลังบุคลากรที่จะให้ความรู้ ไม่เพียงพอ (มี CM 1 ท่าน) ร่วมกับไม่มีสถานที่ในการทำกิจกรรมกลุ่ม จึงเพิ่ม CM เป็น 3 ท่าน และจัดเตรียมห้องให้ความรู้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรายกรณีและรายกลุ่ม แผนพัฒนาต่อเนื่อง แผนการให้ความรู้ โดยทีมสหวิชาชีพ โดยใช้สื่ออิเล็คโทรนิก 2.การให้ความรู้โดยทีมสหวิชาชีพในวันคลินิก ในช่วงเวลาก่อนพบแพทย์ ในการเสริมพลังหรือให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแล พบว่า ทีมสหวิชาชีพยังไม่ปฏิบัติตามแผนการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง จึงได้มีการจัดทำตารางผู้รับผิดชอบในการให้ความรู้และมีการแจ้งเตือนล่วงหน้า 1 สัปดาห์ ทำให้ทีมสหวิชาชชีพมีกิจกรรมการให้ความรู้ในคลินิกอย่างต่อเนื่อง 3.การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยทีมสหวิชาชีพและประเมินความรู้และทักษะผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายและประสานทีมเยี่ยมบ้านและชุมชน

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

-ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี
-มีการทำงานแบบภาคีเครือข่าย ภาคีเครือข่าย เข้มแข็ง

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ] **เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การจัดการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่าง**เหมาะสม ต่อเนื่อง						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	**เป้าหมาย ปีปัจจุบัน**	**ปี 2562**	**ปี 2563**	**ปี 2564**	**ปี 2565**	**ปี 2566**
อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย HT	≥ 60%	37.84	40.38	60.16	56.19	60.32
อัตราการควบคุมโรคผู้ป่วย DM	≥40%	11.33	21.77	17.62 (92/522)	24.36 (134/550)	17.99
อัตราผู้ป่วย NCDกลุ่มควบคุมไม่ได้ได้รับการให้คำปรึกษาโดยวิธี MI	60%	NA	NA	30.33	33.33	41
อัตราผู้ป่วยติดเตียงเปลี่ยนเป็นกลุ่มติดบ้าน /ติดสังคม	>20%	5.88 (1/17)	5.26 (1/19)	0 (0/20)	0 (0/14)	26.09 (6/23)

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

i. <u>บริบท</u>

โรงพยาบาลได้กำหนดแนวทาการจำหน่ายในกลุ่มโรค HT DM COPD CKD Sroke TB Schizophrenia ผู้ป่วยติดเตียง โดยการประเมินปัญหา ความเสี่ยงและความต้องการที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ตามปัญหาเฉพาะราย และบันทึกเวชระเบียนให้ครอบคลุม ระบบการตรวจสอบความถูกต้องหลังพบแพทย์เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองก่อนจำหน่าย การสุ่มประเมินการสั่งใช้ยาโดยเภสัชกร เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วนในการสั่งใช้ยาและวัสดุทางการแพทย์ แนวทางการบันทึกเวชระเบียนเพื่อเชื่อมโยงการดูแลที่ต่อเนื่อง โรคที่มีความซับซ้อนมีระบบ Pop up แจ้งเตือนให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ บันทึกการตรวจร่างกายทุกครั้ง แพทย์สรุปเวชระเบียนหลังจำหน่ายภายใน 7 วัน ระบบการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในทุกเดือนและทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มโรคสำคัญทุก 3 เดือน การจัดเก็บเวชระเบียนที่ปลอดภัยในผู้ป่วย OSCC เพื่อรักษาความลับผู้ป่วย แนวทางการนัดหมายผู้ป่วยตามประเภทและตามช่วงเวลาเพื่อลดความแออัด ช่องทางการให้คำปรึกษาผ่าน CM เฉพาะโรค ช่องทางการโทรแจ้งเลื่อนนัดในเวลาราชการ ระบบการติดตามการขาดนัดในคลินิกและประสานเครือข่าย จากการประเมินการดูแลพบการขาดนัดในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง HT DM เนื่องจาก รับประทานยาสมุนไพร เชื่อเรื่องอาหารแสลง เบื่อการกินยา กินยาเมื่อมีอาการ เช่น มึนศีรษะ ปวดท้ายทอย ทำให้มียาเหลือ จึงไม่มาตามนัด กลุ่มผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีโทรศัพท์ ไม่มีคนนำส่ง (ขาด care giver) ช่วงสถานการณ์โควิด ไม่กล้ามารับยาที่รพ. จึงมีการปรับปรุง ระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดโดยประสานเภาคีเครือข่าย / แกนนำในชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย ระบบการตรวจสอบยาเดิมทุกครั้งที่มารับบริการ ช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและระบบการเลื่อนนัด ระบบ new nornal เพิ่มพื้นที่บริการ 2 สถานบริการใน PCU และรพ.สต.ม่วงเตี้ย ระบบติดตามเยี่ยมบ้านใน case ที่ขาดนัดบ่อย ,กลุ่ม uncontrol และมีภาวะแทรกซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ การส่งต่อผู้ป่วย (Patient Referal) โรงพยาบาลเป็นลูกข่ายประสานส่งต่อให้กับโรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อเพื่อการรักษาต่อ (Refer out) กลุ่มที่ต้องกลับมารักษาต่อเนื่องในรพ. (Refer receive) และกลุ่มที่ต้องส่งต่อให้ชุมชน (Refer back) ยอด refer out 120 ครั้ง/เดือน อันดับโรค Refer Out มีดังนี้ HI ,Stroke, MI , PIH, High risk pregnancy, Appendicitis ตามลำดับ การส่ง Admit เฉลี่ย 102 ราย/เดือน ได้แก่ Pneumonia, Diarrhea, COPD, CHF, Anaemia complicating pregnancy ตามลำดับ โรงพยาบาลมีการจัดระบบการส่งต่อภายในและภายนอก ดังนี้ การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยตามอาการเป็นหลักและความต้องการของผู้ป่วย โดยมีการกำหนดเกณฑ์การส่งต่อรายโรค ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการประสานงานกับหน่วยงานและแม่ข่ายในการรับการส่งต่อโดยผ่านช่องทางโทรศัพท์, Application Line, เอกสาร พร้อมทั้งดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการส่งต่อรายโรคและการรายงานอาการเปลี่ยนแปลงขณะส่งต่อให้แม่ข่ายทราบโดยใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่พร้อมให้การดูแลรักษาภายใต้การดูแลของแม่ข่าย แม่ข่ายได้ประเมินการส่งต่อตามแบบบันทึกการส่งต่อ นำข้อมูลที่ได้จากกการประเมินการส่งต่อมาวิเคราะห์และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ระบบการส่งต่อเกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การประสานงานในการให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่หน่วยงานหรือแม่ข่ายในการส่งต่อ โดยการบันทึกข้อมูลที่สำคัญในโปรแกรม Hos.xp, โปรแกรมส่งต่อ HIS และเอกสารการส่งต่อ มีการประสานผ่านศูนย์ส่งต่อของแม่ข่าย การกำหนดแนวทางการติดตามข้อมูลหลังการส่งต่อโดยทีมส่งต่อของทุกหน่วยงาน การใช้ข้อมูลป้อนกลับของผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบสนองระบบบริการผ่านช่องทางกล่องรับฟังข้อเสนอแนะ และการ Scan QR code เพื่อปรับปรุงกระบวนการส่งต่อและการดูแลก่อนการส่งต่อ จากการทบทวนการส่งต่อพบ 1.ไม่มีแนวทางการส่งต่อระหว่าง รพ.สต. และ รพช. ในกลุ่มโรคสำคัญทางคลินิกและขาดการประสานการส่งต่อ 2. ได้รับข้อมูล Refer receive ไม่ครอบคลุมในกลุ่มโรคสำคัญ 3.ไม่ได้ติดตามผลการวินิจฉัยหลังการส่งต่อ 4.การให้ข้อมูลแบบเร่งด่วน ไม่ชัดเจนทำให้เกิดความล่าช้าในการตัดสินใจ 5.พยาบาลขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อตามแนวทางการจำแนกระดับ

ความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย (Levels of patient Acuity)

การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ทีมผู้ให้บริการประเมินและให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพคงที่ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยมีทีมดูแลขณะส่งต่อดังนี้ ผู้ป่วย Post Arrest /STEMI ให้ SK ใช้พยาบาล 2 คนและ/หรือ EMT 1 คน รวม 3 คน ผู้ป่วยกลุ่ม Resuscitate และ Unstable พยาบาล 2 คน ผู้ป่วยกลุ่ม Stable c High risk ,Moderate risk ,Low risk พยาบาล 1 คนและ/หรือEMT 1 คน รวม 2 คน ผู้ป่วย OPD Case พยาบาล 1 คน มีการกำหนดจุดในการประเมินผู้ป่วยซ้ำตามแนวทางที่กำหนดครั้งแรกขณะออกจากรพ. ครั้งที่สองขณะถึงวงเวียนมะพร้าวต้นเดียว ครั้งที่สามหน้าบิ๊กซีปัตตานีโดยบันทึกในแบบการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ หากผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงระหว่างการส่งต่อประสานแพทย์เจ้าของไข้เพื่อให้การรักษาและประสานโรงพยาบาลปัตตานีเพื่อรายงานอาการเปลี่ยนแปลงและการรักษาที่ให้กำหนดคุณสมบัติของพนักงานขับรถ เช่น ผ่านการอบรมพนักงานขับรถและประเมินทักษะ CPR ,การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย มีระบบตรวจสอบและควบคุมความเร็วโดยระบบ GPS ขณะส่งต่อ ไม่เกิน 80 กม./ชม.และยานพาหนะที่ใช้ในการส่งต่อของโรงพยาบาลทุกคันมีการตรวจสอบมาตรฐานความปลอดภัยอุปกรณ์เวชภัณฑ์พร้อมใช้และบำรุงรักษาตามรอบ ส่วนอุปกรณ์ทางการแพทย์ได้รับการตรวจสอบความพร้อมใช้โดยเวร EMT ทุกวัน ทีมส่งต่อได้มีการทบทวนการดูแลทุกเดือนและนำปัญหามาพัฒนาต่อจากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ ปี 2564 พบปัญหาผู้ป่วย ON ET-Tube ไม่ได้ ON Monitor EKG 1 ราย,ไม่ได้วัดสัญญาณชีพตามเกณฑ์ ปี 2565 พบผู้ป่วยอุบัติเหตุไม่ได้รอง Spinalbord และใส่ Hard collar ปี 2566 พบผู้ป่วยคลอดบนรถขณะส่งต่อ , ผู้ป่วย ON ET –Tube ไม่ได้ใส่ NG , ผู้ป่วย Sepsis ไม่ได้ Retain Foley cath และไม่ได้นำแบบประเมินการดูแลผู้ป่วย Sepsis ไปด้วย

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
3.การดูแลต่อเนื่อง [III-6] **	4	L,I	เพื่อปรับปรุงกระบวนการการดูแลต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี ทีมงานได้ดำเนินการปรับปรุง 1.ระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดโดยประสานเภาคีเครือข่าย / แกนนำในชุมชน เพื่อให้มีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย ช่องทางให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคและระบบการเลื่อนนัด 2.ระบบการตรวจสอบยาเดิมทุกครั้งที่มารับบริการ 3.ระบบ new nornal เพิ่มพื้นที่บริการ 2 สถานบริการใน PCU และรพ.สต.ม่วงเตี้ย 4.ระบบติดตามเยี่ยมบ้านใน case ที่ขาดนัดบ่อย ,กลุ่ม uncontrol และมีภาวะแทรกซ้อน โดยทีมสหวิชาชีพ 5.จัดทำเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อและแบบบันทึกการส่งต่อในการตรวจสอบความถูกต้องขณะ refer ผลลัพธ์การดำเนินการ ในปี 2564-2566 อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรค HT = 20.01 ,16.12 , 13.90% โรค DM =7.72 , 11.73 , 10.34% , อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม ปี 2564-2566 = 99.32 ,96.65 และ 99.16% ตามลำดับ แผนพัฒนาต่อเนื่อง 1.ระบบการติดตามผู้ป่วยผิดนัดในคลินิกและคืนข้อมูล ผู้ป่วย HT stroke CKD MI ให้ชุมชนผ่านประชุมประจำเดือน เพื่อมีส่วนร่วมในการติดตาม 2.จัดทำแนวทางการส่งต่อ การวางแผนการดูแล ระหว่างรพ.สต. และรพช. ในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ HT DM STEMI Stroke Sepsis Pneumonia Trauma 3.จัดระบบการประสาน Refer ระหว่างรพ.สต. และรพช. 4.พัฒนาแบบฟอร์มบันทึกการรับ Refer back,แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยในการส่งต่อ 5.ระบบการประสานงาน การรับ Refer back ในรพ. 6.ระบบการติดตามหลังการส่งต่อ 7.พัฒนาสมรรถนะเจ้าหน้าที่ในการใช้โปรแกรม Refer (HIS) บูรณาการร่วมกับโปรแกรม Hos-XP ของโรงพยาบาล 8.พัฒนาแนวทางการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีฉุกเฉินโดยใช้รูปภาพการทำหัตถการที่สำคัญประกอบการตัดสินใจ เช่น ETT , ICD , NG และการเซ็นยินยอมรับทราบข้อมูลการตัดสินใจและการส่งต่อ

			9.พัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยส่งต่อตามแนวทางการจำแนกระดับความเฉียบพลันของอาการผู้ป่วย 10.ปรับปรุงตามแนวทางการปฏิบัติ 11.การปรับแบบบันทึกของหน่วยงานในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพื่อให้หน่วยงานที่รับผู้ป่วยได้ทราบถึงกิจกรรมหรือข้อมูลที่ต้องติดตามเพิ่มเติม

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ระบบ new norrnal เพิ่มพื้นที่บริการ 2 สถานบริการใน PCU และรพ.สต.ม่วงเตี้ย

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การประสานร่วมมือ ความต่อเนื่อง เหมาะสม เป็นองค์รวม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566
อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรค HT	< 5%	2.67	4.01	20.01	16.12	13.90
อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยโรค DM	< 5%	0.08	0.05	7.72	11.73	10.34
อัตราผู้ป่วย refer หลัง admit ภายใน 2 ชั่วโมง	0 %	0	0	0	1	0
อัตราผู้ป่วยส่งต่อได้รับการดูแลถูกต้อง เหมาะสม	100%	NA	NA	99.32	96.65	99.85 (1343/1345)
อัตราความถูกต้องในการวินิจฉัยส่งต่อ	100%	NA	NA	NA	94.44	98.83 (507/513)