



โรงพยาบาลสามง่าม

“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

PCT Profile

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

ขอบเขต

ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยวิกฤติ
ฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยคลอด คลินิกเฉพาะต่างๆ และ บริการตรวจ
รักษาที่รพสต. 7 แห่ง

เมื่อเกินขีดความสามารถ มีระบบส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่
มีศักยภาพสูงโดยใช้โปรแกรม 3 refer และส่งกลับเพื่อดูแลต่อเนื่อง
ไปยังชุมชน ติดตามการดูแลผู้ป่วยผ่านระบบ smart COC

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

ความมุ่งหมาย

กำหนดทิศทาง เป้าหมาย ออกแบบระบบการดูแล
สื่อสาร ทำความเข้าใจ มองภาพรวมในการพัฒนา
การดูแลผู้ป่วย กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพ ติดตาม
และประเมินผลการดูแล ทบทวนอุบัติการณ์
วางแนวทาง และทบทวนความรู้ทางวิชาการให้ทันสมัย

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

จุดเน้นโรงพยาบาลสู่ของการพัฒนา

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของ
เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอสามง่าม clinical Population ตาม
นโยบายและเข็มมุ่งโรงพยาบาลได้แก่

- 1.กลุ่มโรคติดเชื้อ : SEPSIS , TB , DHF
- 2.กลุ่มโรคไม่ติดต่อ/โรคเรื้อรัง: DM, HT ,CKD , CA ,COPD , suicide
- 3.กลุ่มโรคเฉียบพลัน: Stroke , STEMI , Head Injury ,PPH ,
Birth asphyxia

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

กิจกรรม

1. จัดตั้งคกก.PCT กำหนดบทบาทหน้าที่ จัดทำแผนปฏิบัติการ
2. กำหนดแนวทางปฏิบัติตาม Patient safety goal
4. จัดทำ Service profile PCT / clinical tracer
5. จัดทำ/ ทบทวน CPG ระดับรพสต. /รพ. /ซักซ้อมปฏิบัติ
6. ส่งเสริมให้นำ 12 กิจกรรมทบทวนบูรณาการในงานประจำ
7. ทบทวนคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อพัฒนา ปรับปรุงระบบงาน
8. กำกับติดตามตัวชี้วัดทางคลินิก
9. สรุปผลลัพธ์/ การดำเนินการ เพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม



วิสัยทัศน์ VISION บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่

พันธกิจ MISSION ให้บริการสุขภาพที่ได้มาตรฐานสากล ด้วยบริการที่ดี สะดวกรวดเร็ว ภายใต้อาคารที่ปลอดภัย

ค่านิยม Core Value

ผลลัพธ์

- M** : Mastery เป็นนายตนเอง
- O** : Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่
- P** : People Centered ใส่ใจประชาชน
- H** : Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม
- T** : Team Work ทำงานเป็นทีม
- P** : Patient and Customer Focus เน้นผู้รับบริการ
- M** : Management by Fact บริหารข้อมูล

จุดเน้น



ศูนย์คุณภาพ - กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์



นโยบาย 2 P Safety Goal

เป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการและบุคลากร

PATIENT SAFETY GOALS (ความปลอดภัยของผู้รับบริการ)	PERSONNEL SAFETY GOALS (ความปลอดภัยของบุคลากร)
Safe Surgery ผ่าตัดปลอดภัย	Security and Privacy of Information and Social Media ข้อมูลและการสื่อสารที่ปลอดภัย
Infection Prevention and Control ไร้ปัญหาการติดเชื้อ	Infection and Exposure ไม่ติดเชื้อและบาดเจ็บจากการทำงาน
Medication & Blood Safety เชื่อถือได้เรื่องยา	Mental Health and Mediation ปลอดภัยจากถูกคุกคามทางจิตใจ การฟ้องร้อง ภาวะเครียดในงาน
Patient Care Processes รักษาดมกระบวนการ	Process of Work กระบวนการทำงานที่ปลอดภัย
Line, Tube, and Catheter & Laboratory ไม่พลาดงานสายและท่อ	Lane (Ambulance) and Legal Issues ปลอดภัยจากอุบัติเหตุขณะส่งต่อ
Emergency Response ไม่รอช้าถ้าฉุกเฉิน	Environment and Working Conditions สิ่งแวดล้อมการทำงานปลอดภัย

(นายสุธี เชิดชูตระกูลศักดิ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามง่าม

ภาพรวมการดูแลผู้ป่วย

Access

Entry

DM, HT, TB,
Stroke
trauma

-AMI
-Stroke
-Sepsis

Assessment

Investigation

-DM, HT, CKD,
AMI

Diagnosis

-PPH, DM,
HT, CKD,-
TB

-DM, HT, TB
-Sepsis, COPD,
Stroke ,PPH
,Asphyxia

Plan of Care

Discharge Plan

Stroke, DM, HT,
CKD

Reassess

Care of Patient

Communication

Information &
Empowerment

- Stroke, DM, HT
-AMI ,UGIB

-CA ,trauma
,STEMI

Discharge

- Stroke , TB
-จิตเวช,-CA

Continuity of Care

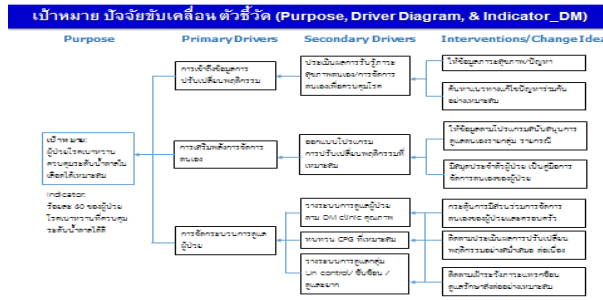
Stroke, DM, HT,
CKD

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

clinical tracer
14 โรค

DM , HT , CKD SEPSIS ,
TB DHF ,CA , PPH COPD
, suicide Stroke, STEMI
Head Injury Birth
asphyxia

จัดทำความเสี่ยง
และมาตรการ
ป้องกัน (14 โรค)



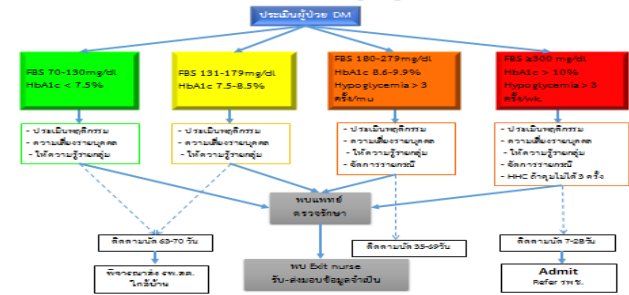
การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Empowerment	การมีส่วนร่วม	ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	<ol style="list-style-type: none"> ให้ข้อมูลสนับสนุนการดูแลตนเองรายกลุ่มรายกรณี กระตุ้นการมีส่วนร่วมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเหมาะสม มีสมุดประจำตัวผู้ป่วย เป็นคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย จัดอบรมพัฒนาทักษะที่มีบุคลากรในการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน

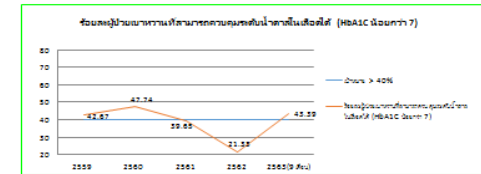
Improvement summary (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	<ol style="list-style-type: none"> มีการประสานงานการดูแลด้วยสหสาขาวิชาชีพ และเครือข่าย ใช้การดูแลตาม CPG ออกสื่อถึงปัญหาและความต้องการ ใช้การดูแลตามเกณฑ์ผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงเป็น 4 กลุ่ม คือโรคไม่ซับซ้อน, CD, NCD และโรคอื่นๆ มีการวางแผนจำหน่าย การใช้หลัก 4 อ ในการดูแลตนเองและครอบครัว การติดตามการเยี่ยมบ้าน บทเรียน Case และวางแผนแก้ไข มีการประเมิน วางแผน ให้โอกาสการนำติดตามความ ต้องการ มีการบริหารจัดการผู้ป่วยตามเกณฑ์ Emergency การเข้าถึงรับแผนชุมชน รักษาเชิงนำที่ 	ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี

Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน



ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions_DM)



ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ปี 2559 - 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น และบรรลุเป้าหมาย ยกเว้นปี 2562 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 21.33 จากกรณีตรวจกระบวนการให้บริการ พบว่าปัญหาเกิดจากการเร่งหระงศัดระง HbA1c ทำไม่ได้ ความไม่พร้อมและ workload ของทีมที่จะปฏิบัติ และปัญหาการมีฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนกระบวนการการดูแลผู้ป่วยในการจัดการในคลินิกเฉพาะโรคตามแนวทางของ NCD clinic คุณภาพการจัดการ

ปรับเป้าหมายการติดตามกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลและกลุ่ม HbA1c > 7.5 หลังการพบแผนและแก้ไข ปัญหาพบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 43.36 ในปี 2563

Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

- กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- จัดบริการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบและมีการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย
- จัดคู่มือฉบับการจัดการตนเองและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

การทบทวนCPG
ความพร้อม



ทีมงานทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

12 กิจกรรม งาน
ER /LR



ทีมงานทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

12 กิจกรรม
OPD/IPD /
กายภาพ



มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย

มาตรฐาน	Patient safety	จำนวน อุบัติการณ์	ระดับE / ทบทวน
การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง	S1-3	0	0
การติดเชื้อ CAUTI	I2.1 /I2.3	0	0
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	I3	1	E=1(ปี 63)
การเกิดmedication error และ Adverse drug event	M1-4	125	E=1 (ปี62)
การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	M5	1	0

มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย

มาตรฐาน	Patient safety	จำนวนอุบัติการณ์	ระดับE / ทบทวน
การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด	P1	8	0
การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉิน คลาดเคลื่อน	E4.1	8	0
การรายงานผลทางห้องปฏิบัติการ คลาดเคลื่อน	L2	4	0
ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	E4.2	1	E=1 (ปี 63)

ผลการวิเคราะห์ทบทวน

เรื่องปี 62	ทบทวน สาเหตุ	แผนควบคุมป้องกัน	ปี 2563 จำนวน อุบัติการณ์
<p>มารดาPROM ส่งต่อรพ.พิจิตร หลังคลอดทารก เสียชีวิต</p>	<p>ส่งต่อล่าช้า มีPROM 14 ชม. ทารก เกิดภาวะ sepsis</p>	<p>1.การประเมินหญิงตั้งครรภ์ที่มีน้ำ เดินทางก่อนคลอดส่งตรวจ Fern test ทุกราย 2.ปรับCPGการส่งต่อโดยMCH Board กรณีมีน้ำเดินทางก่อนคลอดจากเดิม สังเกตอาการ18 ชม.ปรับเป็น สังเกต อาการ 4 ชม ส่งต่อ</p>	<p>0</p>

ผลการวิเคราะห์ทบทวน

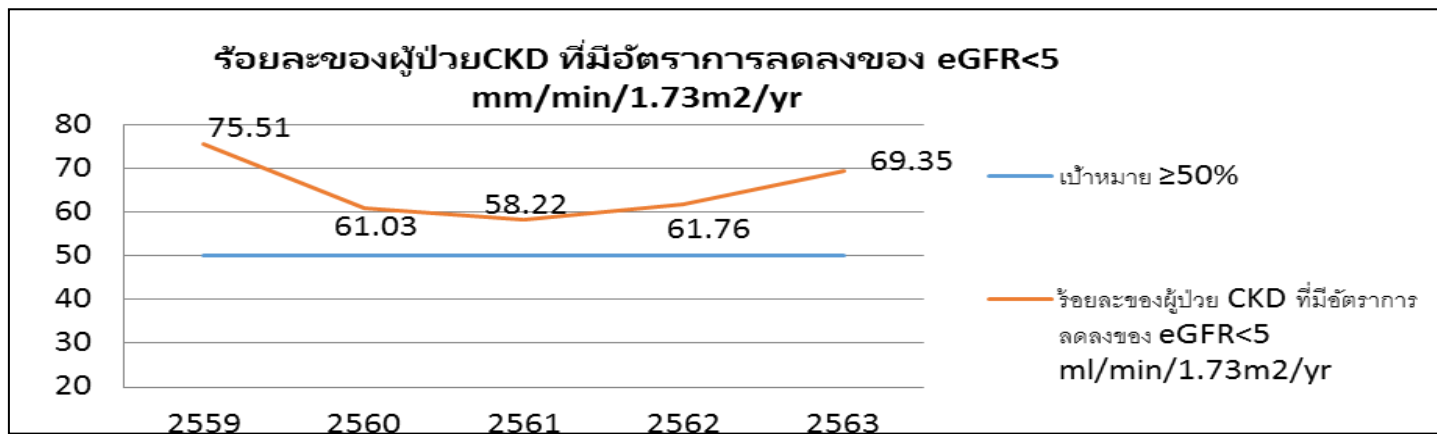
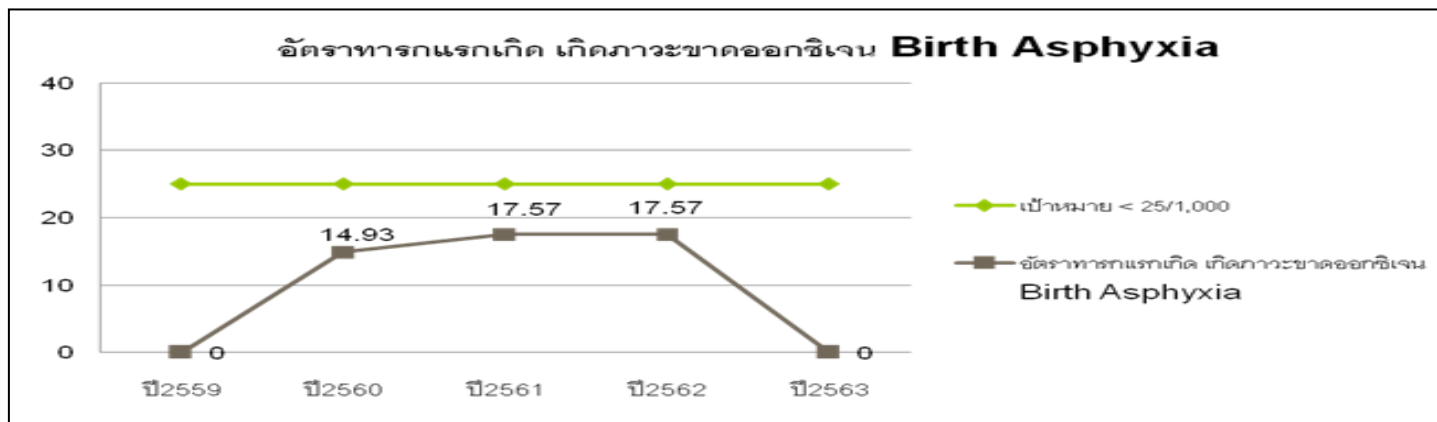
เรื่องปี63	ทบทวนสาเหตุ	แผนควบคุมป้องกัน	ปี 2564 อุบัติการณ์
บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	จากการให้บริการกายภาพบำบัด ผู้ป่วยที่มีประวัติ TB	<ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรองผู้ป่วยก่อนให้บริการเพื่อวางแผนป้องกัน <ul style="list-style-type: none"> - มีประวัติTB - มีอาการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 2. การสวมใส่ PPE 3. งดทดสอบสมรรถภาพปอดใน ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงTBที่รอผล. 	0

ผลการวิเคราะห์ทบทวน

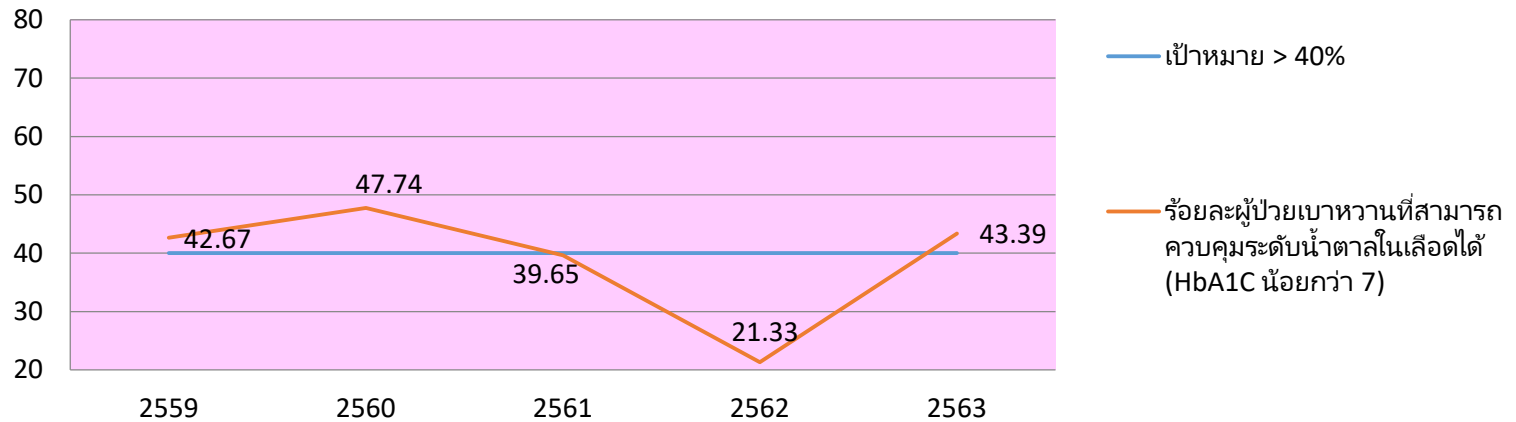
เรื่องปี62	ทบทวนสาเหตุ	แผนควบคุมป้องกัน	ปี 2563 อุบัติการณ์
การให้ยา HAD (MO) ผิด ขนาด MO 1amp 10 mg	ความเข้าใจไม่ถูกต้อง การใช้คำย่อ Order : MO 1:10 ให้MO 10Amp ผสม NSS100 cc	1.ห้ามใช้ตัวย่อในคำสั่งการรักษา 2. การทวนสอบคำสั่งการรักษา 3. การเฝ้าระวังขณะผู้ป่วยได้รับยา (มาตรฐานสากล ยา 1mg : สาร น้ำ10cc)	0

ทีมนำทางคลินิก (PCT) โรงพยาบาลสามง่าม

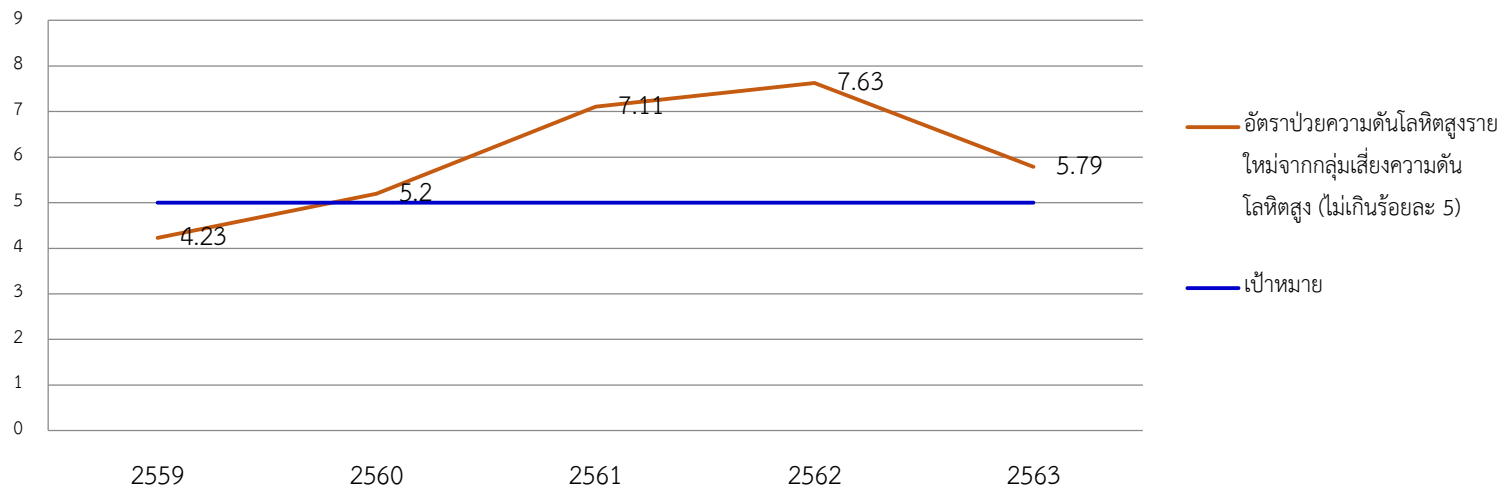
ผลลัพธ์การดูแล

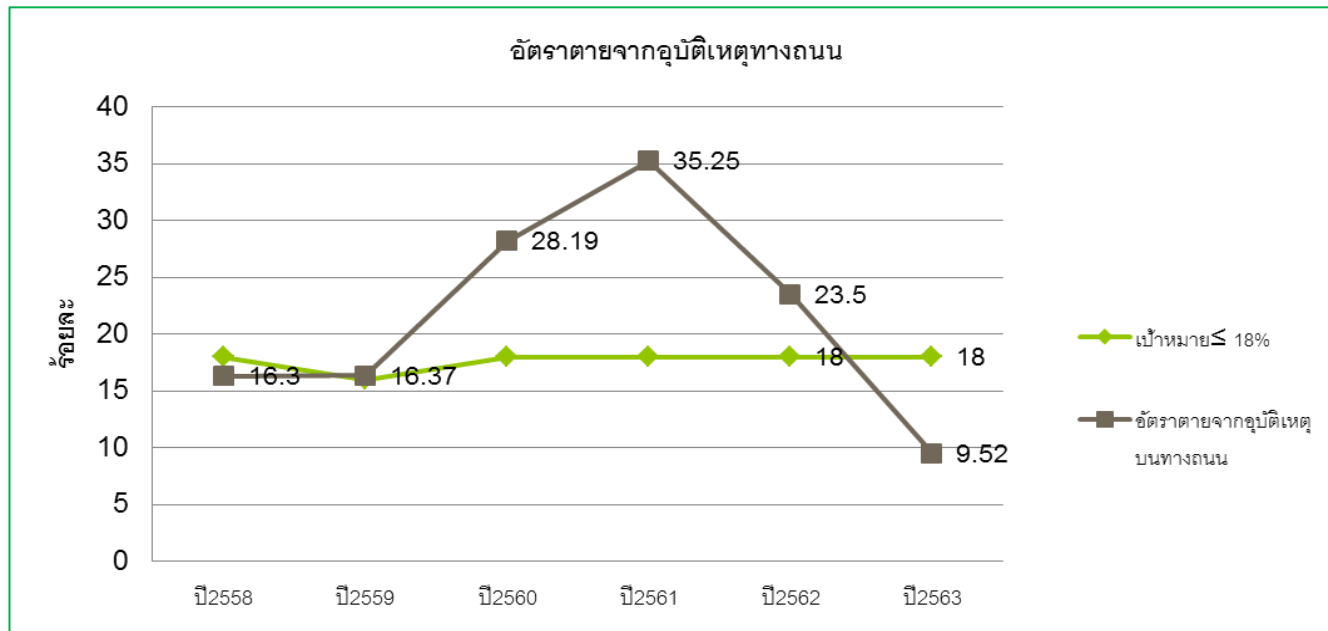
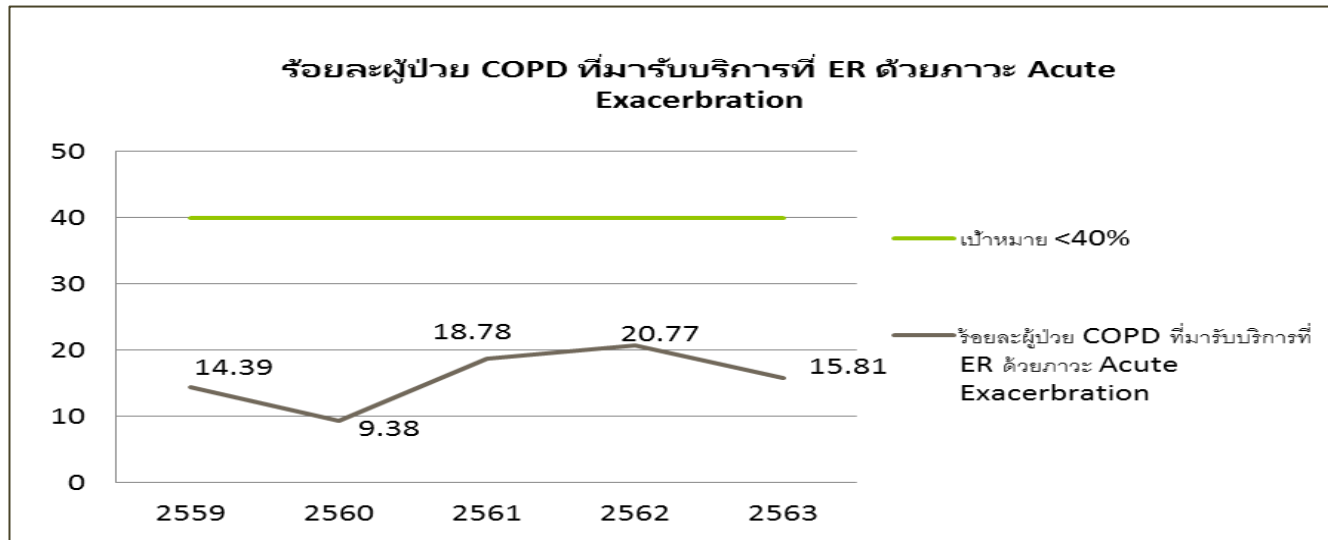


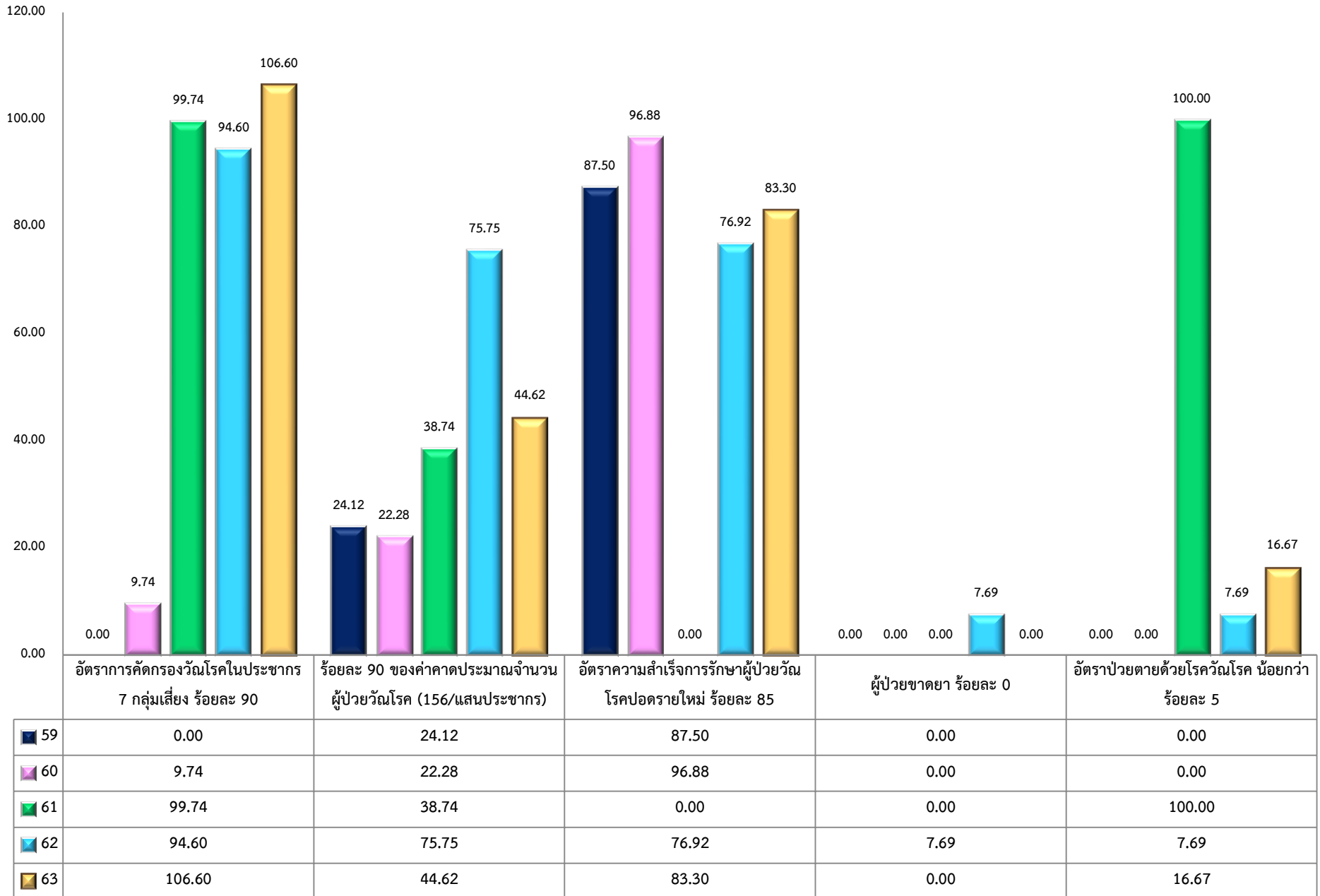
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C น้อยกว่า 7)

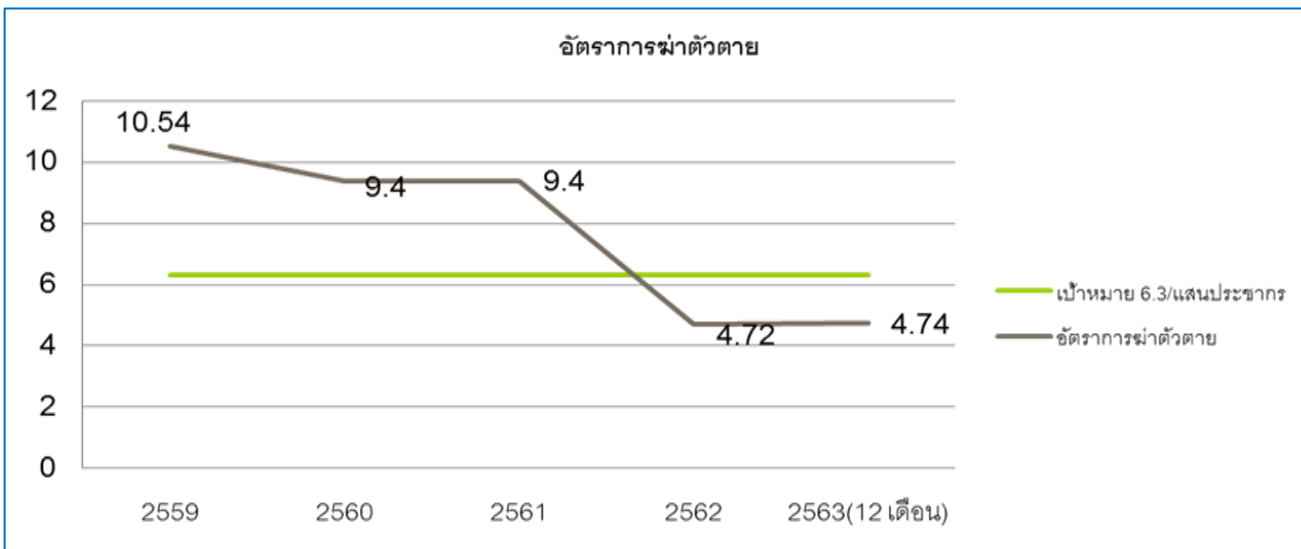
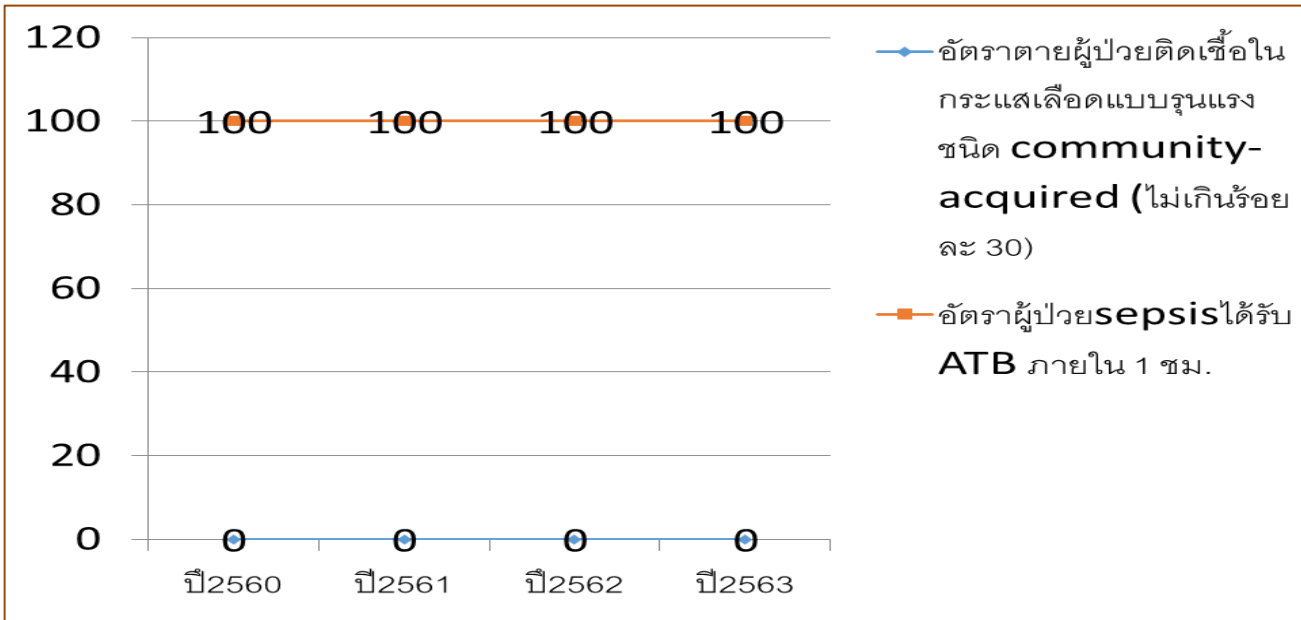


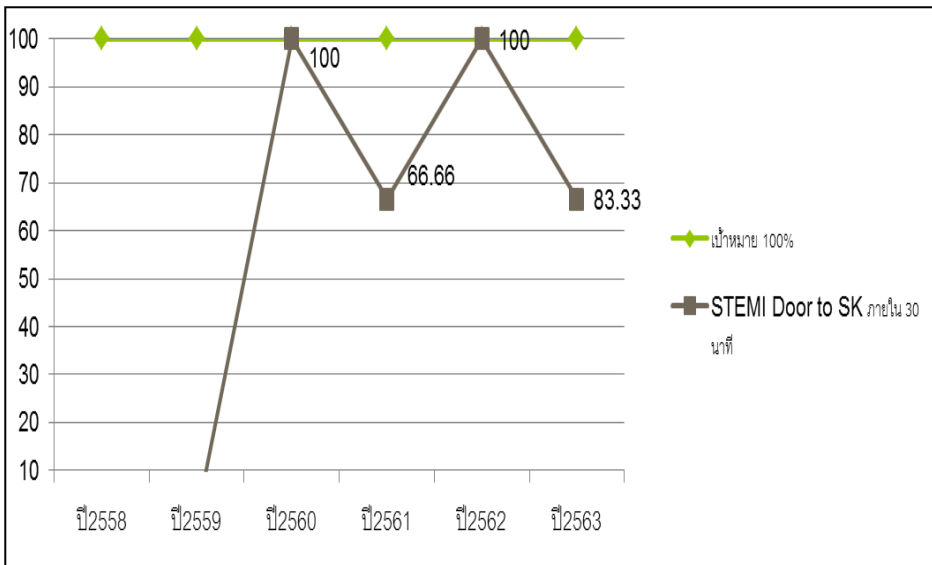
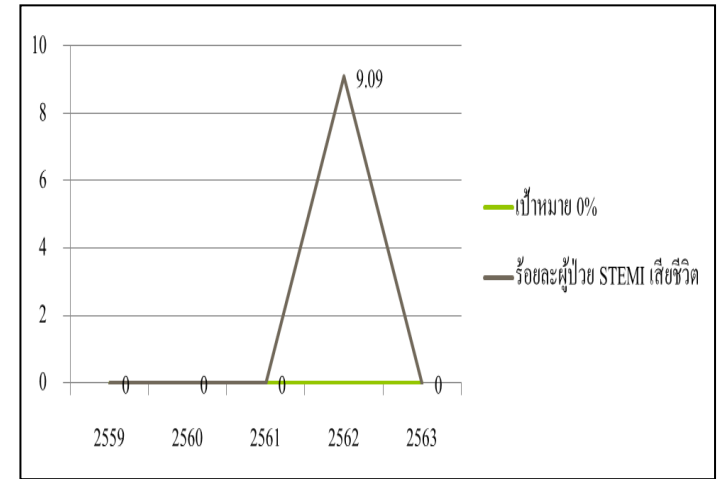
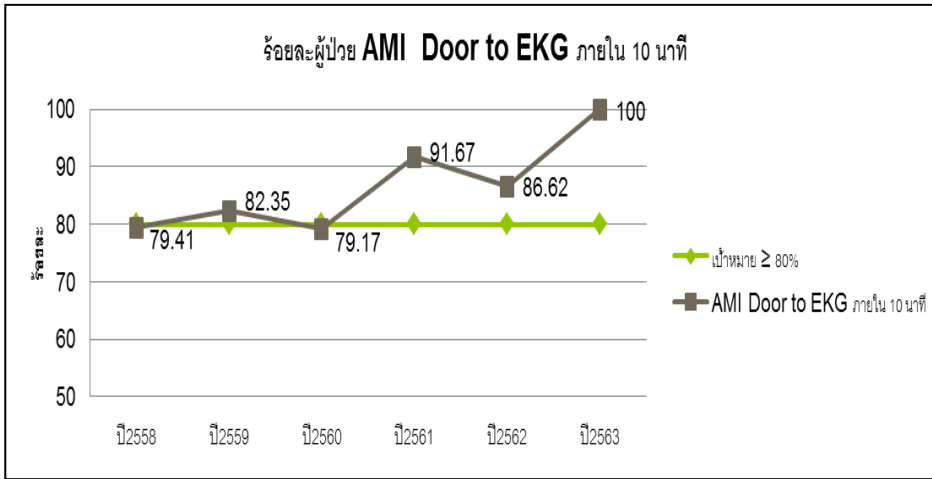
อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (ไม่เกินร้อยละ 5)



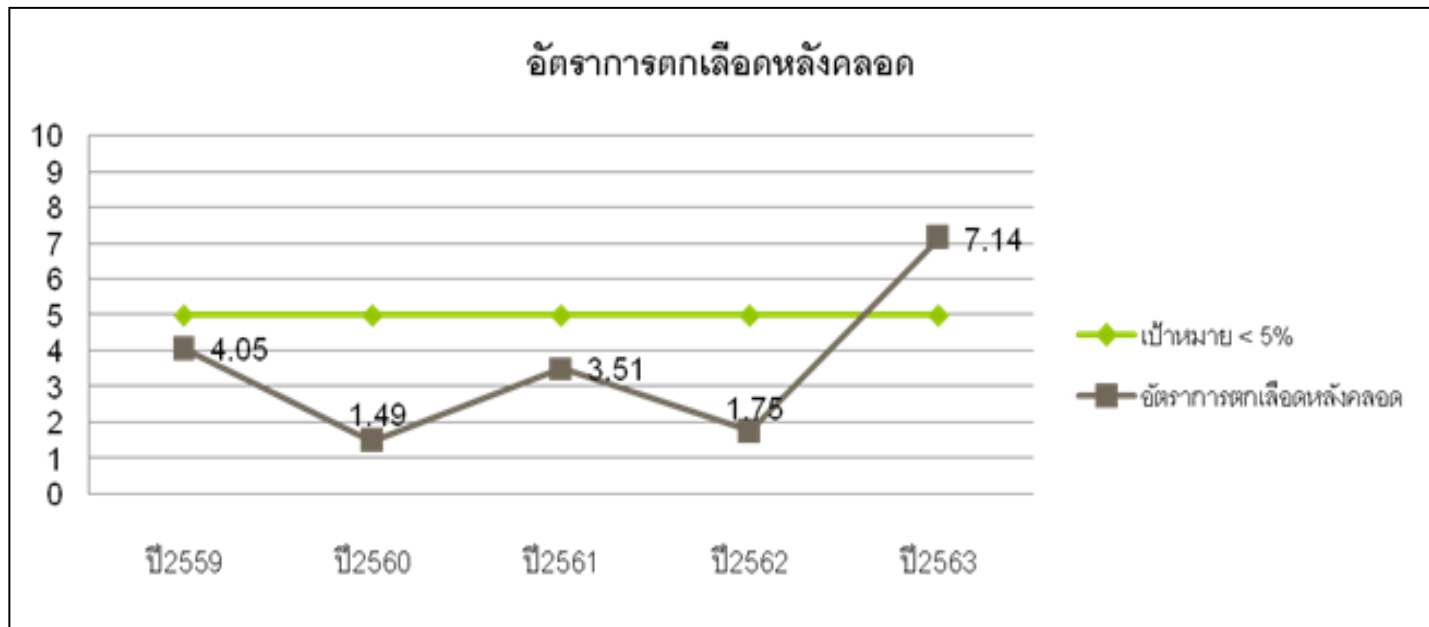






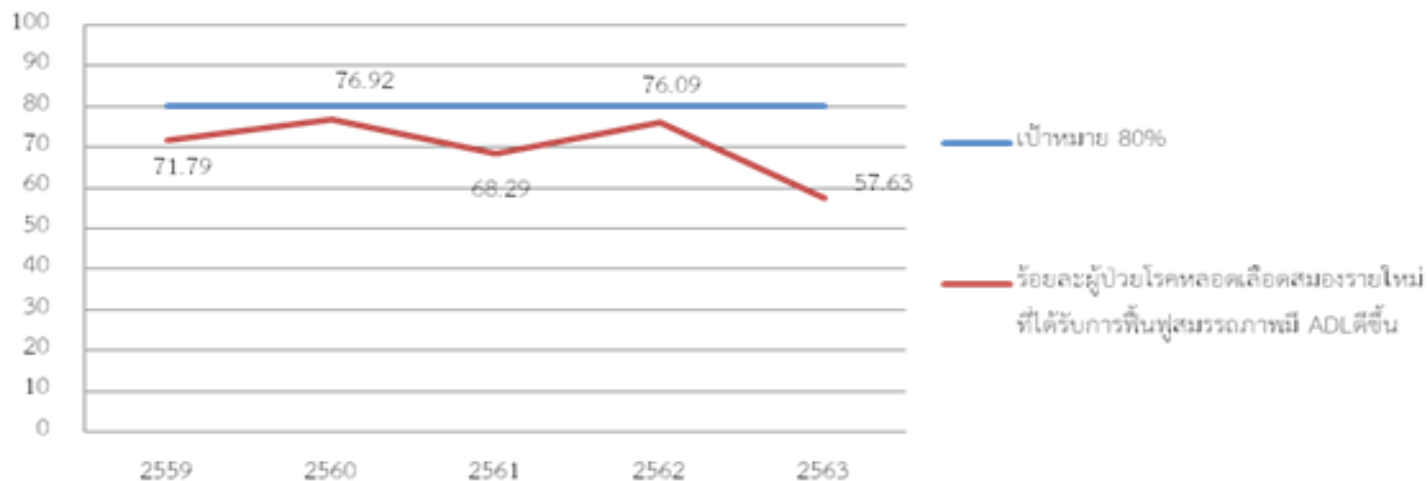


ในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต 1 ราย จากการทบทวน พบ ปัญหาการเข้าถึงบริการซ้ำ และการส่ง ต่อไม่ทันเวลา ได้ทบทวนเรื่องความรู้ อากาการเตือน การเรียก 1669 และปรับ แนวทางการ refer ผู้ป่วย



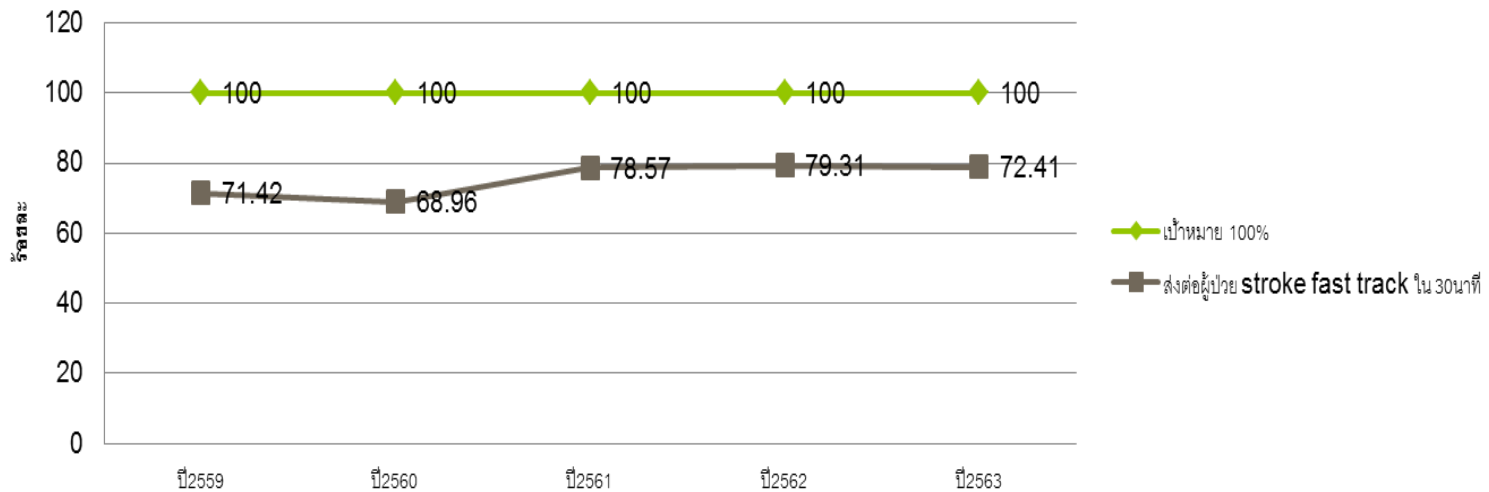
ปี 2563 พบมารดาตกเลือด 3 รายสาเหตุเกิดจากมดลูกหดรั้งตัวไม่ดี ทั้ง 3 ราย ไม่มีภาวะ Hypovolemic shock ได้ทบทวนและปรับแนวทางการคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในทุกระยะของการคลอด การใช้ถุงรองเลือดมาใช้ในการตรวจปริมาณเลือดอย่างแม่นยำ มีระบบ consult Dr. To Dr. และมีระบบ Fast track สูติกรรม เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มารดาเกิดความปลอดภัย ไม่พบอัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น



การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วย 59 ราย ได้รับการฟื้นฟูต่ำกว่าเป้าหมายมากสาเหตุเนื่องจากมีการย้ายที่อยู่ จำนวน 7 ราย เสียชีวิต 5 ราย ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 25 ราย ได้ปรับแนวทางโดยประสานการดูแลผ่าน รพสต./อสม และแกนนำในพื้นที่ดูแล ฝ้าระวัง มีระบบการให้คำปรึกษาโดยนักกายภาพบำบัด

ส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ทันใน 30 นาที

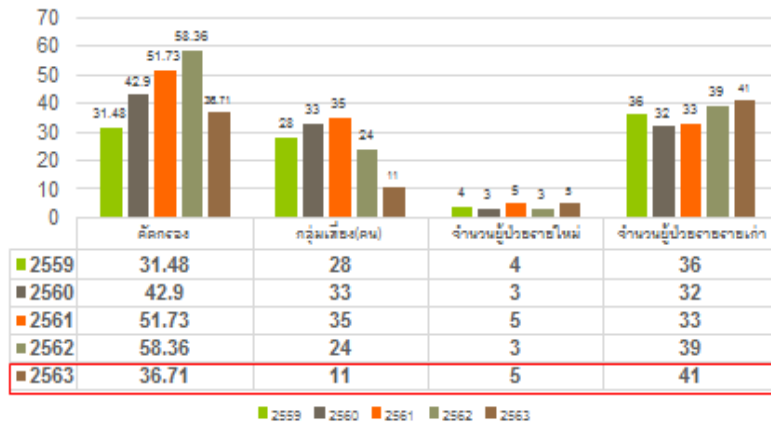


การส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ใน 30 นาทียังไม่ผ่านเป้าหมาย ได้มีการทบทวนพบว่า สาเหตุจากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตต้องได้รับการ resuscitation ก่อนส่งต่อ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งต่อ ให้ยาลดความดันโลหิตก่อนส่งต่อ มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และการประสานส่งต่อนาน ได้มีการปรับแนวทางให้ความรู้อาการเตือนของโรค การเรียก 1669 และระบบrefer FT

Performance & Improvement

ร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเชิงปากมดลูกปี 2559 - 2562

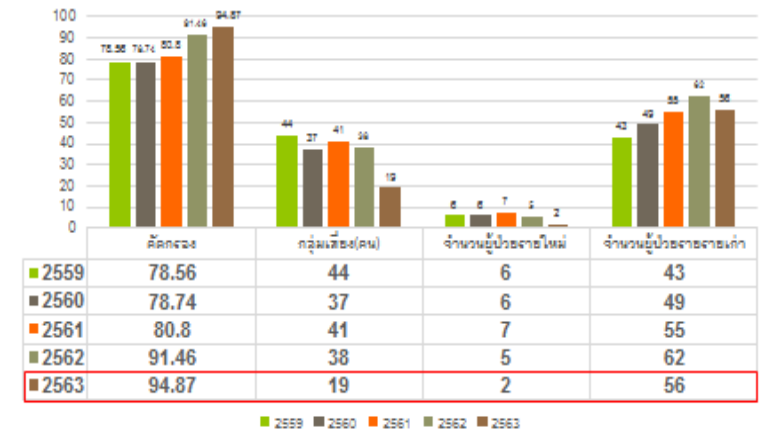
ร้อยละ 20 ของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเชิงปากมดลูกปี 2563 - 2567



ปี 2559-2562 น้อยกว่าร้อยละ 80 : ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด
ปี 2563 มากกว่าร้อยละ 20 : ผ่านเกณฑ์

Performance & Improvement

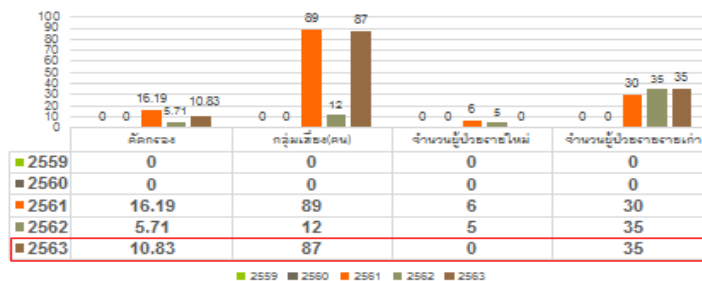
ร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี 2559 - 2563



ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 80

Performance & Improvement

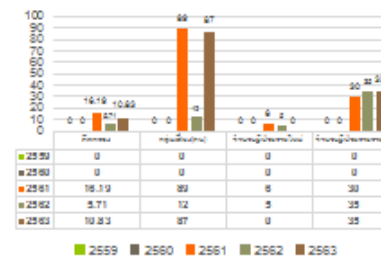
ร้อยละ 4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ปี 2559 - 2563



ปี 2561-2562 มากกว่าร้อยละ 4 : ผ่านเกณฑ์
ปี 2563 เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 10 : ผ่านเกณฑ์
ส่งตรวจ Colonoscope ที่โรงพยาบาลศิริราช เดือนสิงหาคม-กันยายน 2563

Performance & Improvement

ร้อยละ 4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ปี 2559 - 2563



ปี 2563 เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 10 : ผ่านเกณฑ์

ผล Colonoscope ปี2563 จากโรงพยาบาลศิริราช

- บิดทำ Colonoscope จำนวน 87 ราย
- ไปทำหิซ จำนวน 42 ราย
- ผลปกติ จำนวน 13 ราย
- ผลพบ Hemoroid จำนวน 2 ราย
- ผลพบ Diverticulum จำนวน 4 ราย
- ผลพบ Proctitis จำนวน 2 ราย
- Polyp คิงเนื้อ จำนวน 21 ราย ผลชิ้นเนื้อปกติ

แผนการพัฒนาคคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

- พัฒนาการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคสำคัญในพื้นที่
- พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Fast track ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- กำกับ ติดตามผลลัพธ์การดูแลตามตัวชี้วัดสำคัญและอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง
- ควบคุมกำกับมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วย 9 ประเด็นต่อเนื่อง
- พัฒนา 3 refer /COC ในการส่งต่อข้อมูล เพื่อการดูแลต่อเนื่องครอบคลุมทุกเครือข่ายบริการ
- พัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ หลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ที่ปฏิบัติงานรพสต.
- พัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลรักษาให้ครอบคลุม

ขอบคุณ ครับ/ค่ะ

THE END



โรงพยาบาลสามง่าม
“บริการดี มีมาตรฐาน โรงพยาบาลน่าอยู่”

PCT Profile

พันธกิจ / ความมุ่งหมาย

1. กำหนดทิศทาง ชี้นำ มองภาพรวมในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย พัฒนาแนวทางในการรักษาโรคร่วมมีมาตรฐานตามวิชาชีพครอบคลุม patient safety goal และกำหนดกลุ่มโรคที่จะเป็นเป้าหมายในการพัฒนา
2. การบริหารจัดการความเสี่ยง โดยการค้นหา ประเมิน แก้ไข ป้องกันความเสี่ยงทางคลินิก ทบทวนเหตุการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น ในโรงพยาบาลและทบทวนความรู้ทางวิชาการให้ทันสมัย
3. ประสานงาน ความร่วมมือ ในการพัฒนากระบวนการ การดูแลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีมสหวิชาชีพ
4. ติดตามและประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรค/รายโรค เพื่อนำไปวางแผนในการพัฒนาให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและต่อเนื่อง

ขอบเขตบริการ

บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป ให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยคลอด และคลินิกเฉพาะต่างๆเช่น คลินิกเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไต คลินิกโรคหอบและถุงลมโป่งพอง คลินิกวัณโรค คลินิกเต้านม คลินิกฝากครรภ์คลินิก กายภาพ คลินิกแพทย์แผนไทย เป็นต้น เมื่อเกินขีดความสามารถประสานส่งต่อ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า มีการประสานการดูแลต่อเนื่องไปยังชุมชน ผ่านระบบ smart COC โดยหน่วยงานปฐมภูมิรับผิดชอบเยี่ยมบ้าน ในชุมชนทุกวันในพื้นที่ รับผิดชอบ นอกเขตมีการส่งต่อไปยังเครือข่าย รพสต. 7 แห่ง

ผู้รับบริการและความต้องการ:

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง <ul style="list-style-type: none">- DM- HT- CKD- COPD/Asthma	<ul style="list-style-type: none">• ได้รับการเจาะเลือดแต่เช้า ผลเลือดออกเร็ว หมอมาตรวจแต่เช้า ไม่รอนาน ได้ตรวจตามคิว• ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค และภาวะแทรกซ้อน เมื่อมีอาการผิดปกติ ได้รับการดูแลทันเวลาเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม พุดจาไพเราะ รับฟัง ให้ความช่วยเหลือ
กลุ่มผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน <ul style="list-style-type: none">- Acute stroke- acute MI- Head Injury- Sepsis- Pneumonia	<ul style="list-style-type: none">• ได้รับการดูแล รวดเร็ว ทันเวลา เครื่องมือทันสมัย - แพทย์พยาบาลมีความรู้ ความสามารถในการรักษา ถ้าอาการหนัก ส่งรักษาต่อทันเวลา• แพทย์/พยาบาลให้คำแนะนำที่เข้าใจง่ายบอก การรักษา ผลการตรวจ อยากรู้ว่าทำอะไรให้กับผู้ป่วยบ้าง อยากเข้าไปให้กำลังใจผู้ป่วย• เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม พุดจาไพเราะ รับฟัง ให้ความช่วยเหลือรวดเร็ว

ผู้รับบริการและความต้องการ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
<p><u>กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อ</u> <u>/กลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อทางเดินหายใจ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ไข้เลือดออก - TB - HIV 	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่อยากให้คนอื่นรู้ มีคลินิกเป็นสัดส่วน - อยากได้ผลตรวจเลือด/เสมหะ ตรวจเร็วๆ - รู้สึกถูกแยก/ถูกรังเกียจไม่อยากไปนั่งรอในจุดที่จัดให้ - อยากระบาย ไม่อยากเป็นอีก - กลัวติดคนในบ้านควบคุมโรคไม่แพร่ระบาด - อยากได้รับการยอมรับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน และสังคม
<p><u>กลุ่มผู้ป่วยตรวจโรคทั่วไป</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - บริการด้วยท่าที่เป็นมิตร ยิ้มแย้ม - ไม่เรียกข้ามคิว บริการรวดเร็ว ตรงเวลา ไม่รอนาน - อยากได้คำแนะนำ/ผลการตรวจ/ผลการวินิจฉัย - ส่งต่อเมื่อเกินขีดความสามารถ

ผู้รับบริการและความต้องการ

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
<u>กลุ่มผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล</u> <u>(ผู้ป่วยใน)</u>	<ul style="list-style-type: none">- ได้รับการตรวจ ผลตรวจ คำแนะนำ ดูแลเอาใจใส่จากแพทย์/พยาบาล- ได้รับการอำนวยความสะดวกในการนอนโรงพยาบาล รักษาพยาบาล กลับบ้านอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน- ได้รับการส่งต่อรวดเร็วเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
<u>ความต้องการของเจ้าหน้าที่</u> <u>(ลูกค้าภายใน)</u>	<ul style="list-style-type: none">- มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรคทั้งเครือข่าย CPG ,SP และแนวทางปฏิบัติอื่นๆทางคลินิก ให้ทันสมัยอยู่เสมอ พัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถ สอนและฝึกการใช้เครื่องมือใหม่ๆมีแนวทางการประสานการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ มีแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่เป็นปัจจุบันโดยมีแพทย์เป็นแกนนำในการทบทวน

จุดเน้นของการพัฒนา

- ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการดูแลถูกต้องรวดเร็วปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Stroke, STEMI Head Injury, PPH, Birth asphyxia
- ผู้ป่วยเรื้อรังได้รับการบริการตามมาตรฐานและต่อเนื่อง เช่น DM, HT, CKD, CA, COPD, จิตเวช, TB
- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ป่วยติดเตียง ได้รับการฟื้นฟูสภาพและดูแลต่อเนื่อง
- ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี
- ผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน และทันเวลา เช่น SEPSIS, DHF

กลุ่มผู้ป่วยสำคัญของPCT (Key Clinical Population)

โรค Disease	มีความเสี่ยงสูง High risk	มีค่าใช้จ่ายสูง/นอน โรงพยาบาลนาน High cost/Long LOS	มีปริมาณผู้ป่วย มาก High volume	มีหลักฐานใหม่หรือเทคโนโลยีใหม่ ที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย New evidence/ technology	การดูแลมีความ ซับซ้อน Complex Care	รวม
DM	4	5	5	3	5	22
CKD	4	5	3	3	5	20
Stroke	5	5	2	3	5	20
AMI	5	5	2	2	5	19
HT	5	4	5	2	3	19
CA	5	5	3	3	3	19
COPD	5	4	3	3	3	18
Head Injury	5	5	3	2	4	18
SEPSIS	5	4	3	2	4	18
TB	5	5	2	2	4	18
suicide	5	4	1	2	5	17
DHF	5	4	3	2	3	17
PPH	5	4	1	2	5	17
Asphyxia	5	4	1	2	5	17
Pneumonia	3	3	4	2	3	15
Depression จิตเวช	5	3	2	1	3	14
AIDS	3	4	2	1	2	12
diarrhea	3	2	4	1	2	12
Teenage pregnancy	3	1	1	1	3	9

ตัวชี้วัดของกลุ่มโรคสำคัญจำแนกตามมิติคุณภาพ

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความ เหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคน เป็นศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
1.DM	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา ตา ห้ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดภาวะแทรกซ้อน (CVD risk) ร้อยละประชากร 35 ปี ได้รับการคัดกรอง เบาหวาน 	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนเบาหวานเข้าจอประสาทตา 		<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C น้อยกว่า 7) ร้อยละของผู้ป่วยDM HT เป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ ร้อยละของผู้ป่วย DM HT เป็นโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจรายใหม่ 			<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละการ Re-admit ด้วย Hypoglycemia ช้ำ ร้อยละการ Re-Admit ด้วย Hyperglycemia ช้ำ
2.HT	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับคัดกรองภาวะแทรกซ้อนไต -ร้อยละของผู้ป่วย HT ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD risk) ร้อยละประชากร 35 ปี ได้รับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง 				<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยHTที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 	ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ป่วยด้วยโรค HT ที่สามารถควบคุมระดับความดันได้		<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยHT รายใหม่ลดลง

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความ เหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคน เป็นศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
3.CKD					ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมี อัตราการลดลงของ eGFR < 5 ml/min/1.73 m ² /yr			
4. COPD		ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มารับ บริการที่ ER ด้วยภาวะ Acute Exacerbation						ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่ Re- admit ด้วย ภาวะAcute exacerbation ใน 28 วัน
5.CA/ palliative		ร้อยละของผู้ป่วย Palliative ที่จำเป็นต้องได้รับ strong opioid			ร้อยละของผู้ป่วย Palliative รายใหม่ บรรจุเป้าหมายตาม Advance Care Plan (ACP)	CA/ palliative		ร้อยละของ ผู้ป่วย Palliative ที่ จำเป็นต้องได้รับ strong opioid

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความ เหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคน เป็นศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
6.Stroke	อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดหลังจากจำหน่ายจากหอผู้ป่วยใน ภายใน 2 สัปดาห์	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ 		อัตราการส่งต่อผู้ป่วย Stroke Fast track ภายใน 30 นาที			อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง/ญาติได้รับการสอน HPG ก่อน D/C	
7.STEMI	ร้อยละการเข้าถึงEKG ใน 10 นาที			ร้อยละการได้รับยา SK ใน 30 นาทีหลังการวินิจฉัย		อัตราผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตก่อนการส่งต่อ		
8.Head Injury					อัตราผู้ป่วย Head Injury เสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน / ขณะส่งต่อ (PS score> 0.75)	อัตราผู้ป่วย Head Injury เสียชีวิตขณะ Admit ภายใน 24 ชั่วโมง		

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความ เหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคน เป็นศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
9.Sepsis					อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อใน กระแสเลือด	ร้อยละ ผู้ป่วย sepsis ได้รับ antibiotic ภายใน 60 นาทีหลัง วินิจฉัย		
10.TB	<ul style="list-style-type: none"> อัตราการคัดกรองวัณโรคใน ประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง 				อัตราความสำเร็จของการ รักษาวัณโรค	อัตราการตาย ผู้ป่วยวัณโรค		
11.suicide	อัตราการเข้าถึงบริการในโรคซึมเศร้า	อัตราผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะ รุนแรงได้รับการรักษา ต่อเนื่อง			อัตราการฆ่าตัวตาย			ร้อยละผู้สูงอายุ ที่มีสุขภาพจิตดี
12.DHF						ร้อยละผู้ป่วย ไข้เลือดออก เกิดภาวะDSS		อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกต่อ แสนประชากร

โรค Disease	การเข้าถึงและเข้ารับบริการ Access	การดูแลต่อเนื่อง Continuity	ความ เหมาะสม Appropriate	ประสิทธิผล Effective	ประสิทธิภาพ Efficient	ความ ปลอดภัย Safe	การดูแลที่ยึดคน เป็นศูนย์กลาง People- centered	การสร้างเสริม สุขภาพHealth Promotion
13.PPH						อัตราการตก เลือดหลัง คลอด		
14. Asphyxia						อัตราทารก แรกเกิด เกิด ภาวะขาด ออกซิเจน		

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

โรค / กระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
DM Plan of care Empowerment Information	เกิดภาวะ - Hyperglycemia coma / Hypoglycemia coma - Stroke/STEMI	1. ทบทวน CPG การดูแลในแต่ละระดับ (รพสต./ รพช.) 2. ให้ความรู้/ ฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน Hyper/Hypoglycemia coma 3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน 4. จัดการรายกรณี , Discharge plan, HHC 5. ให้ข้อมูลการฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน Stroke/STEMI
HT Plan of care Empowerment Information	เกิดภาวะ - hypertensive Urgency /Emergency - Stroke/STEMI	1. ให้ข้อมูลการฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน Stroke/STEMI 2. ให้ความรู้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคและภาวะแทรกซ้อน 3. จัดการรายกรณี, Discharge plan, HHC
3.CKD Plan of care Empowerment Information	- CKD stage รุนแรงขึ้น - เกิดภาวะแทรกซ้อน จากการภาวะไตเสื่อม	1. ให้ข้อมูลสภาวะสุขภาพ ระยะไต 2. ให้ความรู้การจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรค ชะลอไตเสื่อมและฝึกระวังภาวะแทรกซ้อน 2. จัดการรายกรณี, Discharge plan, HHC

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

โรค / กระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
Stroke / STEMI FT	<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงล่าช้า / ไม่ใช้บริการ 1669 - ประเมินล่าช้า / ให้ยาล่าช้า - เสียชีวิต 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์การใช้บริการ 1669 และให้ความรู้เกี่ยวกับโรค 2. CPG Stroke / STEMI FT / Alert FT / refer ทั้งเครือข่าย 3. การประเมิน NIHSS / ระบบconsult แพทย์ รพช. 4. การประเมิน/การให้ยา SK 5. ความพร้อม CPR
Stroke rehabilitation	<ul style="list-style-type: none"> - เกิดภาวะแทรกซ้อน - Recurrent stroke - Disability - Depressive - Suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - การ ทำ D/C planning / Ward and Home program/ Care giver ร่วมกับญาติ ก่อนจำหน่ายทุกราย - นักกายภาพบำบัด ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่าย ภายใน 2 สัปดาห์และวางแผนการดูแลต่อเองที่บ้าน - ประสานงาน รพสต.ในพื้นที่ติดตามอาการเบื้องต้น และมีการส่งต่อข้อมูลกับนักกายภาพบำบัด
ผู้ป่วยระยะสุดท้าย	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วย Palliative ไม่ได้รับการจัดการอาการปวด - ผู้ป่วย ยังเข้าไม่ถึงบริการ Palliative care 	<ul style="list-style-type: none"> - Pain management - ใช้แผนไทยมาช่วยในการจัดกิจกรรมเพื่อบรรเทาปวดโดยใช้หลัก SKT สมานิต บำบัด และ การนวดประคบปวด - กำหนดกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าถึง 1. ผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม 2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ PPS<30% เช่น โรคไตระยะ5ที่ปฏิเสธการฟอกไต 3. กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะEnd of life

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

โรค / กระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
CA	อัตราป่วยและอัตราตายในผู้ป่วยมะเร็งเพิ่มสูงขึ้น การรักษาล่าช้า	<ul style="list-style-type: none"> - มี CPG การคัดกรองมะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งลำไส้ - มีแนวทางการส่งต่อตามระบบ
COPD	เกิดภาวะ COPD c AE เข้าถึงล่าช้า	<ul style="list-style-type: none"> ■ มีCPGในการดูแลผู้ป่วยCOPDในภาพเครือข่ายอำเภอสามง่าม ■ จัดบริการคลินิกCOPD ■ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถภาพปอดของนักกายภาพ ■ โปรแกรมหัตถการการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ■ ส่งคลินิกเลิกบุหรี่ กรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ ■ ส่งเข้าระบบCOCในการติดตามเยี่ยม ■ ประชาสัมพันธ์ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน หรือ 1669
TB	<ul style="list-style-type: none"> - คัดกรองไม่ตรงตามกลุ่มเสี่ยง - พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวนน้อย - ผู้ป่วยขาดยาผู้ป่วยเสียชีวิต 	กำหนดแนวทางการคัดกรอง ประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วยทุกราย มาตรการ 2:2:2

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

โรค / กระบวนการที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
Head Injury	การประเมิน ล่าช้า เสียชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> - CPG การดูแลทั้งเครือข่าย - จัดทำ Standing Order ใช้MEWS เฝ้าระวังและรายแพทย์
Sepsis Care of high risk	เกิดภาวะSevere Sepsis, septic shock	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินโดย SIRS /QSOFA ในทุกหน่วยงาน - กำหนดให้ใช้ SOS score ทบทวนแนวทางการดูแลตาม CPG sepsis /6 bundle
DHF	เกิดภาวะ DSS	<p>จัดทำ CPG, CNPG ใช้เลือดออก</p> <p>ให้ความรู้แก่ทีมพยาบาล เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ และหน่วยงานในเครือข่าย</p> <p>มีการนิเทศงานอย่างต่อเนื่อง</p> <p>มีระบบการรายงานกุมารแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง</p>
PPH Care of high risk	- เกิดภาวะ Hypovolemic shock	<ul style="list-style-type: none"> - ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและดูแลการตกเลือดหลังคลอด - ติดตามการปฏิบัติตาม CPG - การใช้ Active management of third stage of Labour - ใช้ถุงรองเลือดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด -ระบบ Fast track สูติกรรม

ความเสี่ยงและมาตรการป้องกัน

โรค / ภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้อง	ความเสี่ยง	มาตรการป้องกัน
Birth Asphyxia Care of high risk	- เกิดภาวะ respiratory distress syndrome	- ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน - ดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดและการใช้ CPG ของจังหวัด - ติดตามการปฏิบัติตาม CPG - ระบบ Fast track newborn
suicide	ผู้ป่วยไม่ได้รับการเฝ้าระวัง ผู้ป่วยเสียชีวิต	1. ภาวะแทรกซ้อนเฝ้าระวังในชุมชนจากแกนนำ 2. สร้างกระบวนการคิดเฝ้าระวังใน อสม. เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต อสค. 3. ถอดบทเรียนจาก จนท. ในเวทีสื่อสารป้องกันการฆ่าตัวตายให้บริการประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย 4. การนัดติดตามผู้ป่วยที่ รพ 2 สัปดาห์/ 1 เดือน/ 3 เดือน/ 6 เดือน 5. ประสาน รพ.สต. ลงเยี่ยมบ้าน และเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด 6. การรับยาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวช

Proxy Disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่างๆในกระบวนการดูแล

กระบวนการ	โรค	มาตรการ/นวัตกรรมเพื่อให้เกิดคุณภาพ
1. Access &Entryการเข้าถึงและเข้ารับบริการ	DM ,HT จิตเวช โรคหลอดเลือดสมอง วัณโรค ติดเชื้อเอดส์	<ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรอง CVD risk 2. การคัดกรองเบาหวานความดันในประชาชนอายุมากกว่า35 ปี 3. การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ในผู้ป่วยเบาหวานความดันตาไต เท้า 4. สร้างกระบวนการเฝ้าระวังในชุมชน 5. ฝึก อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตสามารถคัดกรองภาวะซึมเศร้าร่วมกับสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การเยี่ยมบ้าน 6. การให้คำปรึกษารายบุคคล และคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง 7. การฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. Assessmentการประเมินผู้ป่วย	AMI Stroke Sepsis	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตรวจEKG ภายใน 10 นาที 2. การประเมิน SIRS Q sofa SOS score 3. การประเมิน อาการ อาการแสดง : BE FAST / NIHSS score CVD risk
3. Investigation/Diagnosis การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค	DM HT CKD AMI	<ol style="list-style-type: none"> 1. การตัดกรองLAB/X-ray ตามเกณฑ์ 2. การตรวจ EKG trop I

Proxy Disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่างๆในกระบวนการดูแล

กระบวนการ	โรค	มาตรการ/นวัตกรรมเพื่อให้เกิดคุณภาพ
4. Plan of care การวางแผน	DM HT Stroke Sepsis COPD TB	1.การวางแผนการดูแลตาม CPG (มี Flowchart และ Care map) 2.การดูแลรักษา จัดการรายกรณี ตามกลุ่มโรค 3.การวางแผนฟื้นฟูโดยการทำให้ Home Program 4.การวางแผนการดูแลตาม CPG (มี Flowchart และ Care map) 5.วางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ 6 bundle SOS Score 6.การวางแผนการดูแลผู้ป่วยโดยการแบ่งระดับความรุนแรงผู้ป่วยเป็น 4 สี 7.การใช้ Spirometer 8.การรับประทานยาภายใต้การควบคุมกำกับ (DOT)
5. Discharge planning การวางแผนจำหน่าย	Stroke DM HT CKD	การดูแลรักษา จัดการรายกรณี ตามกลุ่มโรค Care giver 1: 6 ตามที่อยู่อาศัย กำหนด อสม เชี่ยวชาญดูแลประจำคุ้มต่างๆ
6. General careการดูแลผู้ป่วย	Stroke DM HT	การประเมินผลกดทับ ที่นอนลม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย กรมาตรวจรับยาต่อเนื่อง
7. Care of high riskการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	STEMI ,Stroke Sepsis DM HI COPD CAE PPH Newborn	Fast track system/ CPG มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด ระยะคลอดมีการประเมินการสูญเสียเลือดได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง ปรับแนวทาง การให้ยาหลังคลอด

Proxy Disease กับคุณภาพของขั้นตอนต่างๆในกระบวนการดูแล

กระบวนการ	โรค	มาตรการ/นวัตกรรมเพื่อให้เกิดคุณภาพ
8. procedure	STEMI	การให้ยาSK
9. Nutrition อาหารและโภชนบำบัด	DM HT CKD	<ul style="list-style-type: none"> - ประเมินภาวะโภชนาการ กำหนดรายการอาหารผู้ป่วยเฉพาะโรค - กำกับดูแลการประกอบอาหารและจัดอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมตามรายการ
10. Rehabililtation การฟื้นฟูสภาพ	Stroke	<ul style="list-style-type: none"> - การสอน care giver/การสอน Home program - ติดตามผู้ป่วย strokeรายใหม่หลังจำหน่ายภายในเวลา 2 สัปดาห์ และติดตามต่อเนื่อง - ประสาน รพสต เครือข่ายดูแลต่อเนื่องในชุมชน
11. Information/ empowermentการให้ ข้อมูลและเสริมพลังแก่ ผู้ป่วย/ครอบครัว	TB AIDS จิตเวช	<ul style="list-style-type: none"> - Family meeting การเตรียม care giver - จัดตั้งกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ (กลุ่มวันใหม่) - ช่องทางการปรึกษาเรื่องการรักษาและปัญหาได้ตลอดเวลา ผ่านการโทรศัพท์
12. Continuity of care การดูแลต่อเนื่อง	Stroke DM HTCKD	COC ติดตามเยี่ยมบ้าน การส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงาน ชุมชนที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
ภาวะ Birth Asphyxia	<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Birth Asphyxia - ทารก Birth Asphyxia ได้รับการดูแล/ส่งต่อปลอดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> - การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อ Birth Asphyxia - วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางแก้ไขเมื่อพบ Birth Asphyxia - ทำ NST แรก/รับ/ใช้ Parto graph ฝ้าคลอดทุกราย - มาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิด(CPG ของจังหวัด) - การประเมิน RD score / HIE กรณี เกิดภาวะ Birth Asphyxia - การใช้ระบบ Fast Track Newborn 	ปี 2563 ไม่มี Birth Asphyxia
DM HT CKD	<ol style="list-style-type: none"> 1.ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ 2.ผู้ป่วยHTรายใหม่ลดลง 3ผู้ป่วย CKD มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m²/yr 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การประสานงานการดูแลด้วยทีมสหวิชาชีพ และเครือข่าย 2.ให้การดูแลตามCPG สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ 3.ให้การดูแลตามการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงเป็น 4 กลุ่มการใช้หลัก 4 อ ในการดูแลตนเองและครอบครัว 4. มีการวางแผนจำหน่าย การติดตามการเยี่ยมบ้าน 5. ทบทวน Case และวางระบบแก้ไข 6. ประเมิน วางแผน ให้โภชนาการบำบัดตามความต้องการ 	ปี 2563 <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น - ผู้ป่วยHT รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงลดลง - ผู้ป่วยCKD มีการชะลอการเสื่อมของไตดีขึ้น

การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
Suicidal	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3/ประชากรแสนคน	-สร้างกระบวนการคิดเผื่อระวังใน อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตออสค. - สร้างความรู้ความเข้าใจ 10 สัญญาณการฆ่าตัวตายแก่สาธารณสุขผ่านช่องทางต่างๆ เช่นเวทีประชุมแกนนำท้องที่ - conference case ที่มีการทำร้ายตัวเองสำเร็จทุกราย	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 4.74 ต่อแสนประชากร (ปี 2563 2 คน)
การดูแลผู้ป่วยวัณโรค	คั่นหารายใหม่ ลดภาวะแทรกซ้อน รักษาต่อเนื่องสำเร็จ	1. ค้นหา คัดกรองกลุ่มเป้าหมายหลัก 7 กลุ่ม 2. เพิ่มกลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ป่วยAdmit CXR ทุกราย 3. ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนได้รับการส่งต่อและให้คำปรึกษาแบบพี่เลี้ยง เฉพาะราย 4. กำกับการกินยาDOT มาตรการ 2:2:2 5. มีสมุดประจำตัวซึ่งมีปฏิทินกำกับการกินยาชัดเจน	-อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากร7 กลุ่มเสี่ยง 104.76 - อัตราความครอบคลุมการรักษาและกลับเป็นซ้ำ 38.76 -อัตราความสำเร็จการรักษา 61.54
COPD	ป้องกันการเกิด COPD-AE	1. พัฒนาระบบบริการคลินิก COPD อย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย COPD c AE ที่รับไว้รักษาใน รพ. 3. มีการวางแผนจำหน่ายและประเมินทักษะการพ่นยา การหายใจ 3. ส่งคลินิกเล็กบุหรี กรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี 4. หักถถการการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก 5. มีการใช้ยา Seretide ในผู้ป่วยCOPD 6. ติดตามผิदनัด	2558-2563 ปีส่งเล็ก 35 ราย เลิกสำเร็จ14คงเหลือ เลิกแล้วกลับมาสูบใหม่15.รายไม่ได้ติดตาม 6 ราย ยอด COPD 183 รายไม่ได้รับ steroid 9 ราย ผู้ป่วยผิदनัด 2563 0.47%

การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
HI	ลดการเสียชีวิต	ประชาสัมพันธ์การเข้าถึง 1669 อบรม พี่นฟู ทีมPre hospital Trauma Fast track ทั้งเครือข่าย	1. ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วย head injury ที่Ps score >0.75 เท่ากับ 0 2. ร้อยละผู้ป่วยHead Injury มารพ.ด้วยEMS > 80 %
PPH	- ป้องกันและลดภาวะ ตกเลือดหลังคลอด - มารดาตกเลือดหลัง คลอด ได้รับการดูแล รวดเร็ว	- การค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือด หลังคลอด - การใช้ถุงรองเลือด - การใช้ Active management - การรักษาภาวะ Anemia หลังคลอด	วินิจฉัยภาวะPPHได้เร็วทำให้การรักษา มารดาหลังคลอดที่ตกเลือดได้ทันท่วงที ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
STEMI	ผู้ป่วยSTEMI เข้าถึง บริการรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตลดลง	1. STEMI Fast track (Door to EKG ใน 10 นาที Door to SK ใน 30 นาที Door to Refer ใน 45 นาที) 2. การประชาสัมพันธ์การเข้าถึงกลุ่มอาการภาวะฉุกเฉินในโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มอายุตั้งแต่35ปีขึ้นไป 3..มี CPG ระดับ รพ.สต	Door to EKG. ใน 10 นาที >80% ผู้ป่วยSTEMI ได้รับยาSK ใน30นาที 100% ปี2563 ไม่พบผู้ป่วยSTEMI เสียชีวิต

การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
STROKE	ผู้ป่วย Acute stroke เข้าถึงบริการและส่งต่อ รวดเร็ว	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ 1669 2. ติดป้ายเตือนอาการ Stroke ในชุมชน 3. ประชาสัมพันธ์ ติดป้ายเตือนอาการ คลินิก DM HT 4. ระบบ stroke fast track ทั้งเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย Acute stroke refer ใน 30 นาที 79.17% 2. ร้อยละผู้ป่วย Acute stroke มารพ. ด้วย EMS >80% 3. ผู้ป่วย Acute stroke มา รพ. หลังมีอาการภายใน 3 ชม. 57.17%
STROKE rehab	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีADL ดีขึ้น	<ol style="list-style-type: none"> 1. CPG stroke /แบบประเมิน ADL / Barthel Index Score 2. การให้ Ward program / Home program ก่อน D/C- 3. อบรม แกนนำ / อสม. เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ 4. จัดตั้งและพัฒนาระบบ IMC 5. HHC 6. นักกายภาพบำบัดเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีADL ดีขึ้นกว่าเดิม ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย

แผนการพัฒนาคคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

1. รวบรวม และทบทวนปัญหาทางคลินิกที่แก้ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วย
2. สนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรมที่ใช้ในการแก้ปัญหาผู้ป่วย
3. พัฒนาระบบบริการทางคลินิกในเครือข่าย ให้ได้มาตรฐาน
4. พัฒนาการวางแผนจำหน่ายให้ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
5. ปรับปรุงCPG ในกลุ่มโรคสำคัญ/ติดตามประเมินผลในเครือข่าย

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

BIRTH ASPHYXIA

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)

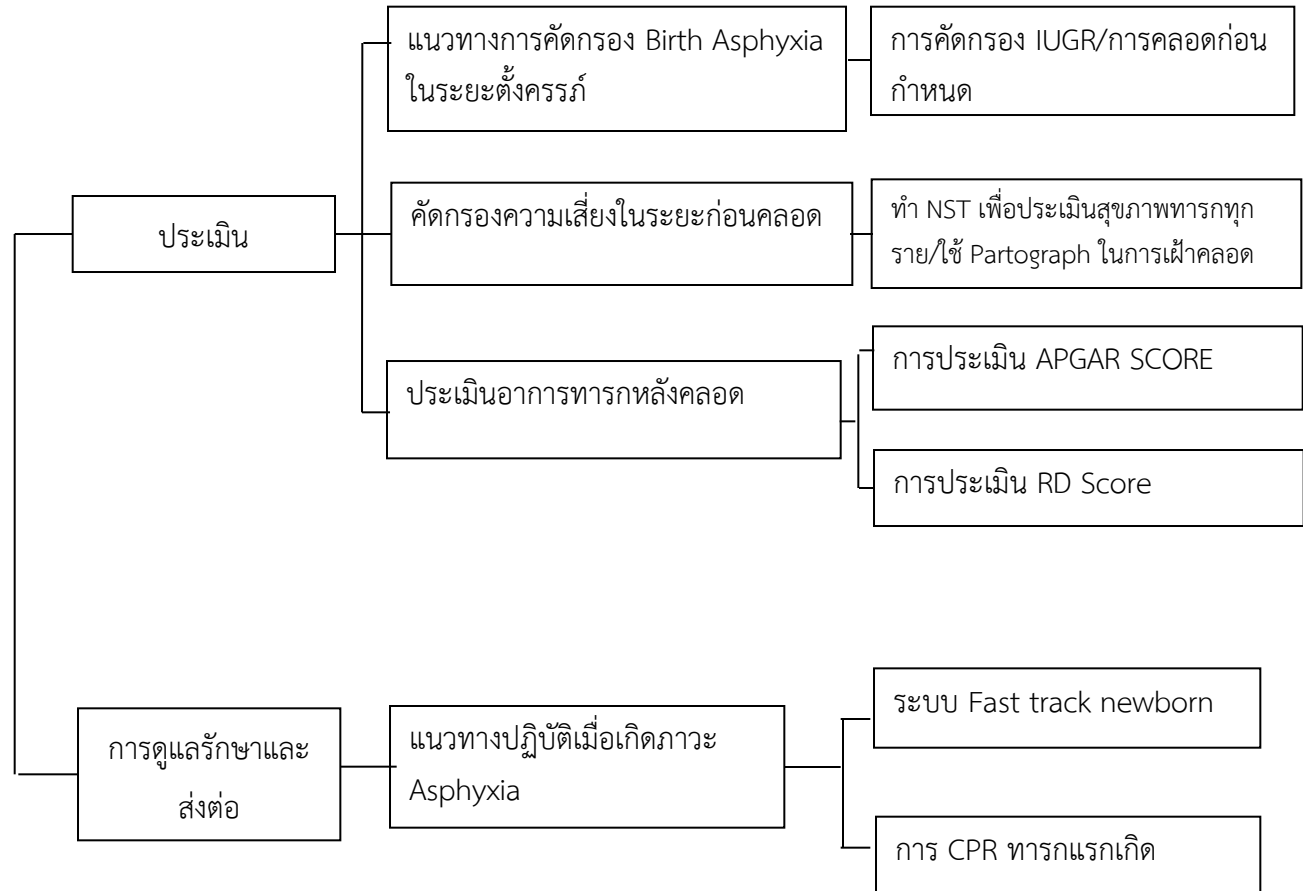
Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

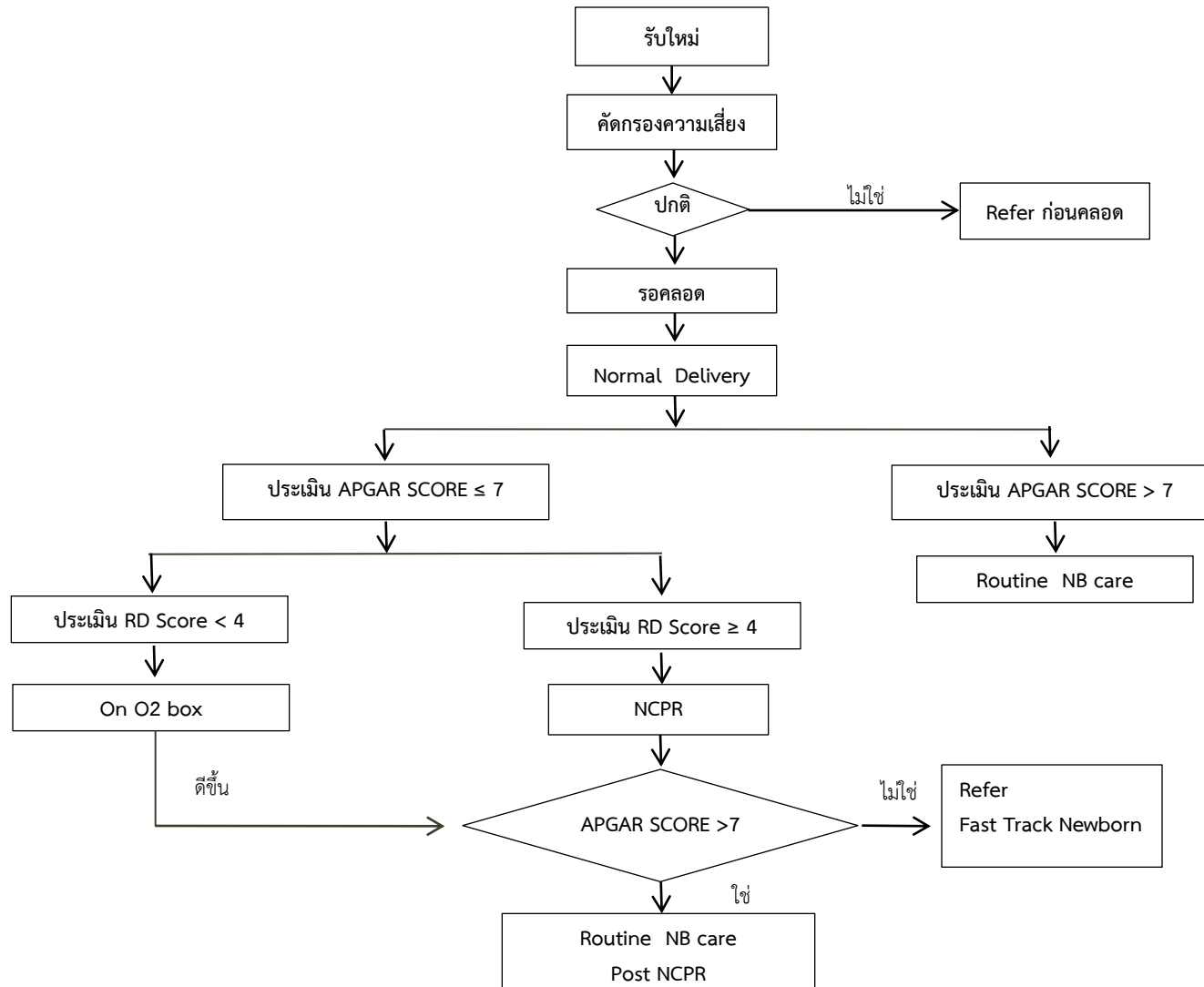
Interventions/change Idea

- ทารกไม่เกิดภาวะ Birth Asphyxia
- ทารก Birth Asphyxia ได้รับการดูแล/ส่งต่อ ปลอดภัย



KPI: 1. อัตราการเกิดภาวะ birth asphyxia
2. อัตราตายทารกจากภาวะ birth asphyxia

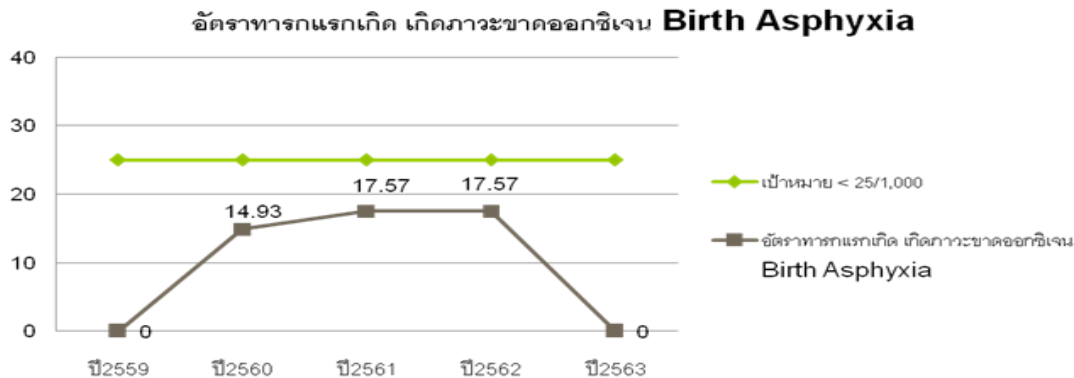
Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย Asphyxia



การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ process requirement	ตัวชี้วัดของกระบวนการ process indicator	การออกแบบกระบวนการ process design
Access &Entry	ประสิทธิภาพรวดเร็ว	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth Asphyxia	-แนวทางการคัดกรองภาวะ Birth Asphyxia ตั้งแต่ฝากครรภ์ รอคคลอด ขณะคลอด
Assessment	ค้นหาปัจจัยเสี่ยง ครบถ้วน	จำนวนหญิงรอคลอดทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิด Birth Asphyxia	-หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพทารกแรกเกิดในครรภ์ (NST: non stress test) เมื่อมาคลอดบุตรทุกราย -ใช้ Partograph ในการเฝ้าคลอด
Plan of care	รวดเร็ว ครอบคลุม ปลอดภัย	การปฏิบัติตาม ระบบ Fast Track Newborn การปฏิบัติตาม NCPR	-ประเมินทารก/ให้การช่วยเหลือ ตาม NCPR ในกรณีที่เกิดภาวะ Birth Asphyxia และส่งต่อโดยผ่านระบบ Fast Track Newborn
Discharge planning	การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ	การเยี่ยมหลังคลอด ทารกพัฒนาการสมวัย	-ส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ COC -การติดตามพัฒนาการทารก

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี2559-2562 สาเหตุ

ปี 2560 มีทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 1 ราย จาก Thick meconium (มารดา Nearly post term) ได้เพิ่มการเฝ้าระวังหญิงตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์ 40 สัปดาห์ ถ้ายังไม่เจ็บครรภ์ให้ส่งมาพบแพทย์ทันที เพื่อประเมินและส่งต่อ รพ.พิจิตร ถ้าเข้าสู่ระยะคลอดเจาะถุงน้ำ ตรวจพบ Thick meconium เตรียมทีม/แพทย์เพื่อรับทารกและส่งต่อกรณีไม่คลอดภายใน 1 ชม.

ปี 2561 พบมีทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 1 ราย เกิดจาก Thick meconium และ LBW(มารดาครรภ์แรก elderly pregnancy มีประวัติเป็น HT ,GDM ส่งต่อ ANC ที่ รพ.พิจิตร ผู้คลอดมาคลอดที่รพ.สามง่าม ด้วย cx. fully dilate BP 220/120 mmHg ประสานการส่งต่อไม่ทัน ได้มีการทบทวนการดูแลขณะส่งต่อ Fast track new born พบว่าไม่ได้มีการประเมิน RD score จึงได้ปรับเพิ่มการประเมิน RD score ในทารกที่มีภาวะหายใจลำบากทุกราย

ปี 2562 พบทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน 1 ราย เกิดจาก Thick meconium ทีมประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน RD score ให้การรักษาและส่งต่อได้เร็ว ทารกไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

ปี 2563 ไม่พบอัตราทารกแรกเกิดขาดออกซิเจน

Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
ภาวะ Birth Asphyxia	<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันไม่ให้เกิดภาวะ Birth Asphyxia - ทารก Birth Asphyxia ได้รับการดูแล/ส่งต่อปลอดภัย 	<ul style="list-style-type: none"> -การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน Birth Asphyxia -วิเคราะห์ค้นหาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเมื่อพบทารกแรกคลอดขาดออกซิเจน -การใช้ Partograph ฝ้าคลอดทุกราย -ทำ NST แรกรับทุกราย -ดูแลตามมาตรฐานการดูแลทารกแรกเกิดและการใช้ CPG ของจังหวัด -การประเมิน RD score กรณีเกิดภาวะ Birth Asphyxia -การใช้ระบบ Fast Track Newborn 	<ul style="list-style-type: none"> -ทารกแรกเกิดไม่มีภาวะ Birth Asphyxia -สามารถประเมิน RD Score ระหว่างดูแลหลังคลอด ได้รวดเร็ว มีระบบการส่งต่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤตได้รวดเร็ว

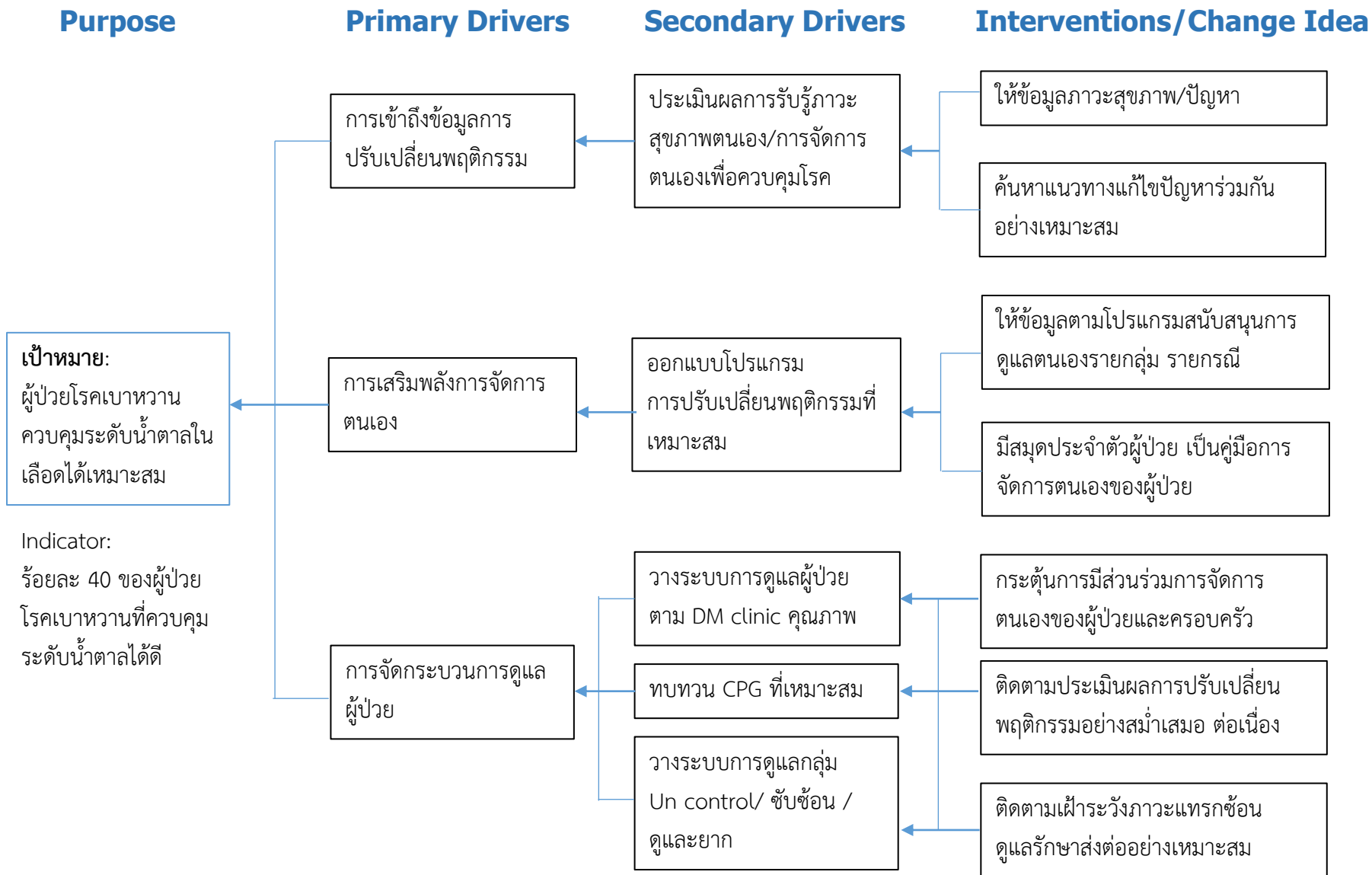
Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

1. การค้นหาหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน Birth Asphyxia
2. วิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขเมื่อพบทารกแรกคลอดขาดออกซิเจนและทารกตายปริกำเนิด
3. การทบทวนทักษะพยาบาลห้องคลอดในการช่วยคืนชีพทารกแรกเกิด

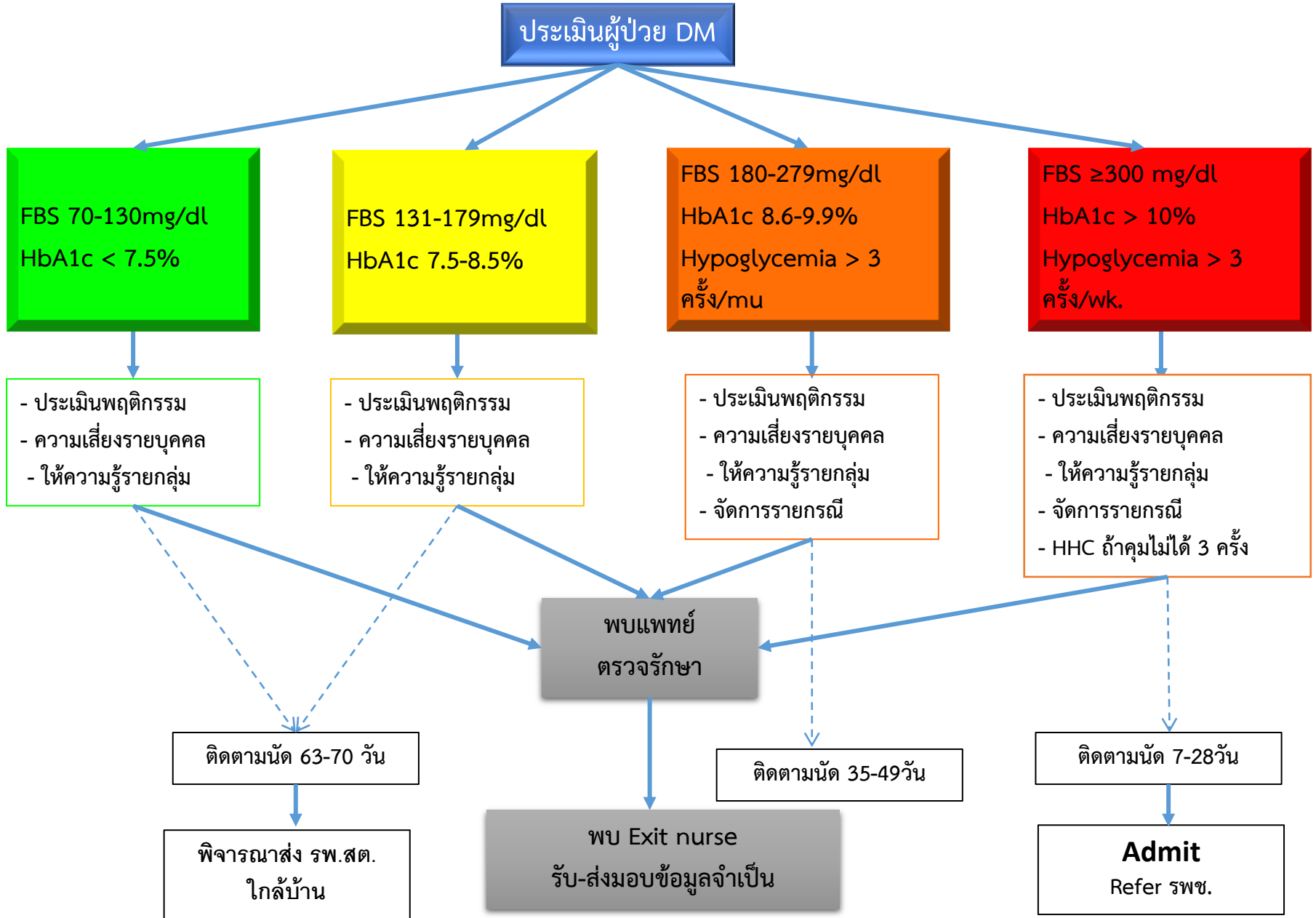
CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

DM

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator_DM)



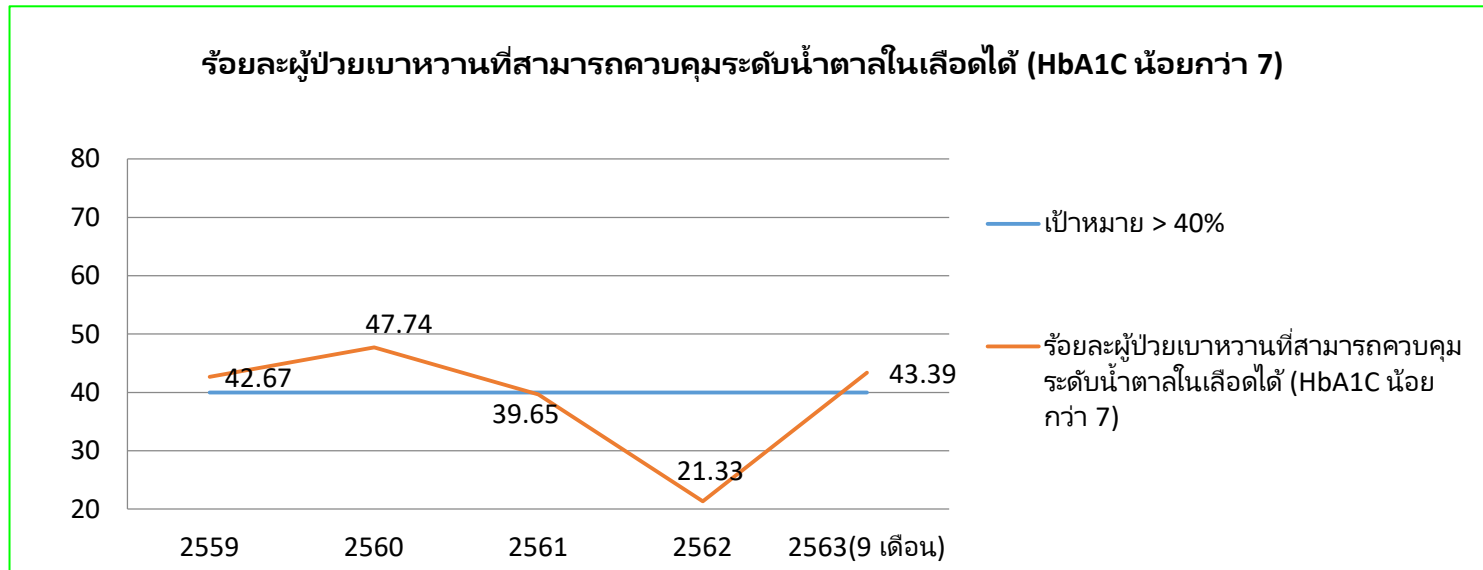
Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน



การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Empowerment	การมีส่วนร่วม	ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	<ol style="list-style-type: none">1. ให้ข้อมูลสนับสนุนการดูแลตนเองรายกลุ่มรายกรณี2. กระตุ้นการมีส่วนร่วมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว3. ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเหมาะสม4. มีสมุดประจำตัวผู้ป่วย เป็นคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วย5. จัดอบรมพัฒนาทักษะที่บุคลากรในการดูแลโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะแทรกซ้อน

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions_DM)



ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีผลการดำเนินงาน ปี 2559 – 2563 มีแนวโน้มดีขึ้น และบรรลุเป้าหมาย ยกเว้นปี ปี 2562 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 21.33 จากการวิเคราะห์กระบวนการจัดบริการ พบว่าปัญหาเกิดจากการเร่งตรวจคัดกรอง HbA1C ทำให้เกิดความไม่พร้อมและ workload ของทีมห้องปฏิบัติการ และปัญหาการแก้ไขฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ส่วนกระบวนการดูแลผู้ป่วยเน้นการจัดบริการในคลินิกเฉพาะโรคตามแนวทางของ NCD clinic คุณภาพ การจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ดูแลยากและกลุ่ม HbA1C >7.5 หลังการทบทวนและแก้ไขปัญห พบว่าร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น ร้อยละ 43.39 ในปี 2563

Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการประสานงานการดูแลด้วยทีมสหสาขา วิชาชีพ และเครือข่าย 2. ให้การดูแลตามCPG สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ 3. ให้การดูแลตามการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงเป็น 4 กลุ่ม คือโรคไม่ซับซ้อน,CD,NCDและโรคเสี่ยงสูง 5. มีการวางแผนจำหน่าย 6. การใช้หลัก 4 อ ในการดูแลตนเองและครอบครัว 7. การติดตามการเยี่ยมบ้าน 8. ทบทวน Case และวางระบบแก้ไข 9. มีการประเมิน วางแผน ให้โภชนาการบำบัดตามความต้องการ 10. การบริหารจัดการผู้ป่วยตามเกณฑ์ Emergency การเฝ้าระวังที่เหมาะสม ทักษะเจ้าหน้าที่ 	<p>ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง</p> <p>ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน</p> <p>มีคุณภาพชีวิตที่ดี</p>

Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

- กระตุ้นการมีส่วนร่วมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- จัดบริการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่าย
- จัดคู่มือฉบับการจัดการตนเองและภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันสำหรับผู้ป่วย เบาหวาน

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

HT

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator_HT)

Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Interventions/Change Idea

เป้าหมาย:
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
รายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง
ลดลง

Indicator:

อัตราป่วยความดัน
โลหิตสูงรายใหม่จาก
กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิต
สูง ไม่เกินร้อยละ 5

การเข้าถึงบริการคัดกรอง
ความดันโลหิต

วางระบบกระบวนการคัด
กรองที่เข้าถึงง่าย

ให้ข้อมูลภาวะสุขภาพ/ปัญหา

ค้นหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน
อย่างเหมาะสม

การเสริมพลังการจัดการ
ตนเอง

ออกแบบโปรแกรมการปรับ
เปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

ให้ข้อมูลตามโปรแกรมสนับสนุนการ
ดูแลตนเองกลุ่มดี เสี่ยง ป่วย

ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

กระบวนการวินิจฉัยที่
แม่นยำ

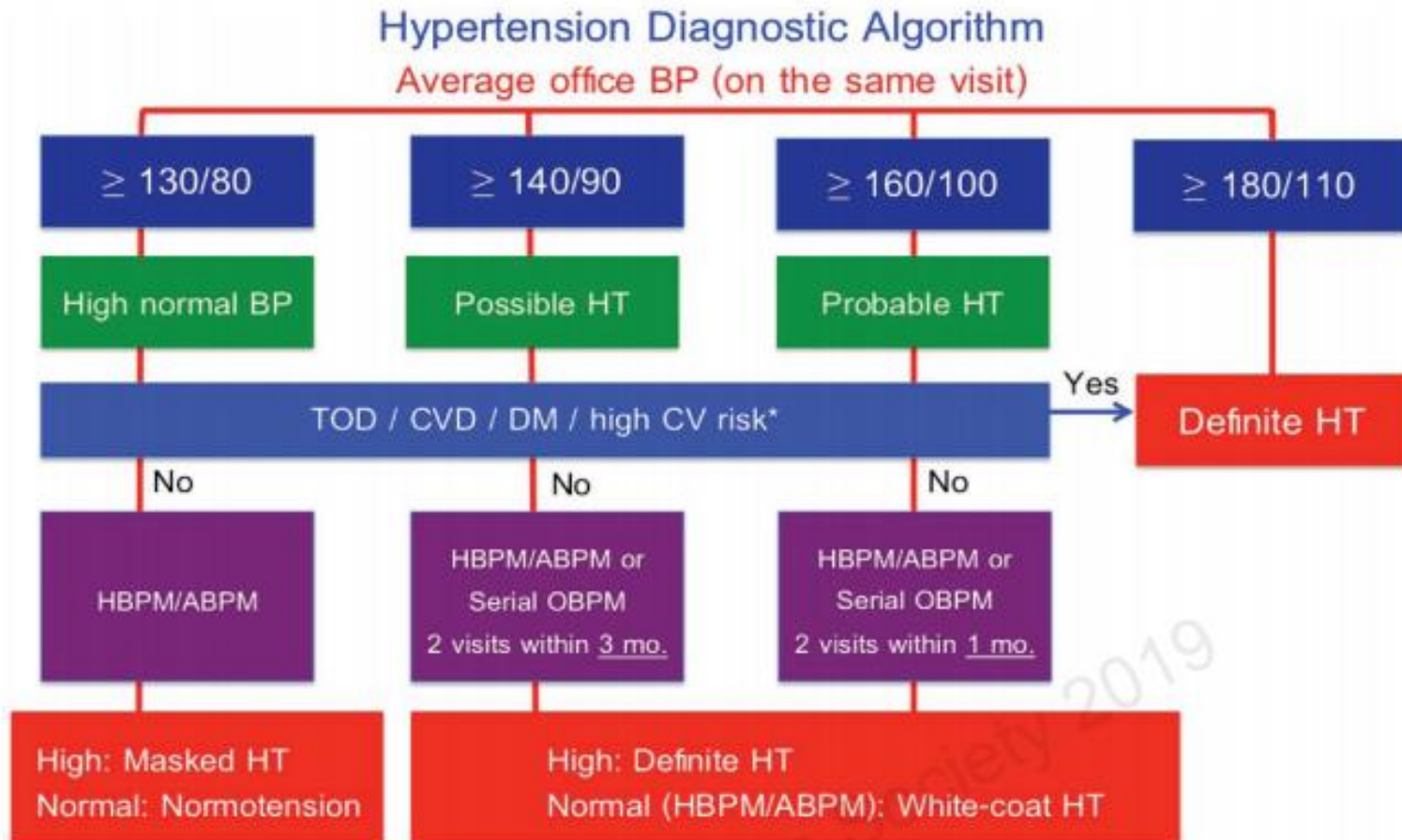
ทบทวน CPG เกณฑ์การ
วินิจฉัย รายใหม่ที่ต้อง
แม่นยำ

ติดตามประเมิน HBPM กลุ่มสงสัย
ป่วยทุกราย อย่างน้อย 7 วัน

ติดตามผลการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

คัดกรองประชาชนอายุ 35 ปี



*10-year Thai CV risk score > 10 %

Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน

Ambulatory Blood Pressure Monitoring (ABPM) : การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดติดตัวพร้อมวัดอัตโนมัติ

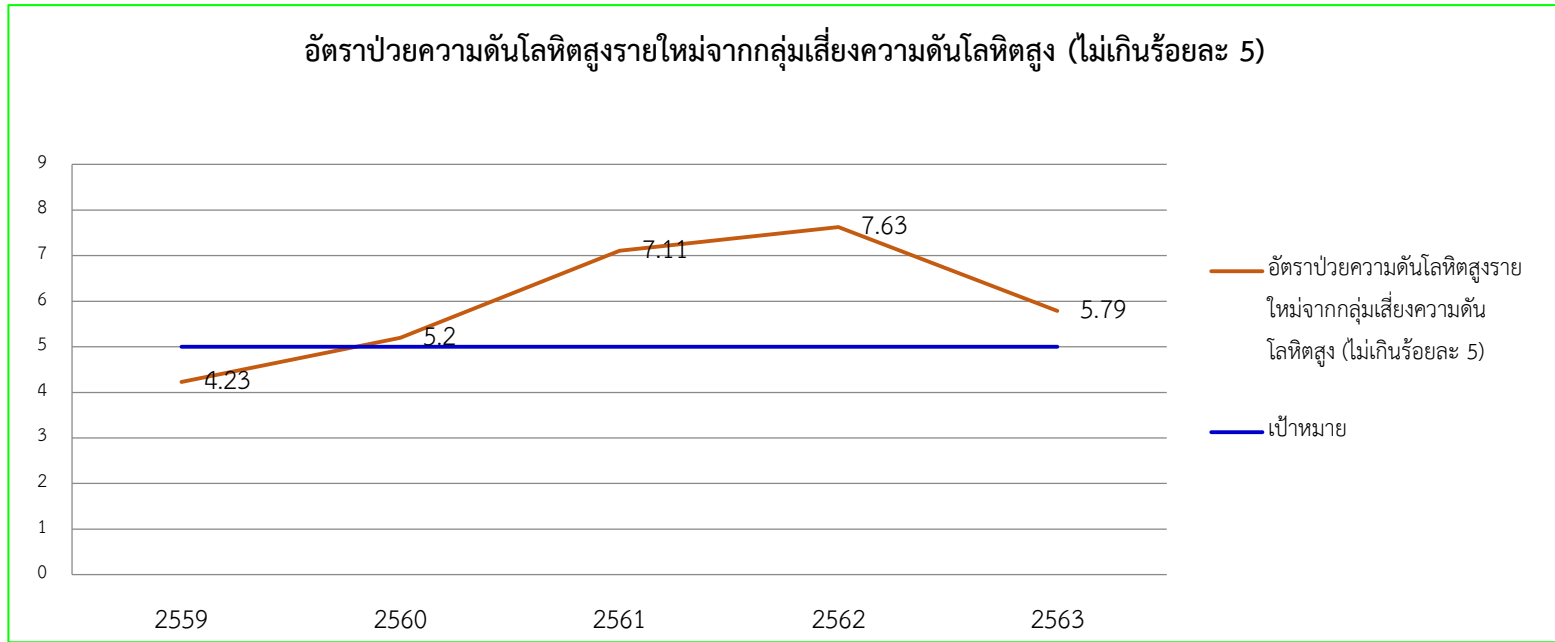
Office Blood Pressure Monitoring (OBPM) : การวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล

High BP: HBPM/daytime ABPM \geq 135/85 mmHg or serial OBPM \geq 140/90 mmHg

การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Information	ประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว	อัตราป่วยความดันโลหิต สูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง ความดันโลหิตสูง ไม่เกิน ร้อยละ 5	<ol style="list-style-type: none">1. ตรวจสอบคัดกรองความดันโลหิตใน กลุ่มเป้าหมาย2. คืบข้อมูลผู้ป่วยและญาติ/ชุมชน แยก ตามประเภท ดี เสี่ยง ป่วย3. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประเภท ดี เสี่ยง ป่วยตามโปรแกรม4. ติดตาม HBPM ในกลุ่มเสี่ยงความดัน โลหิตสูง5. วางระบบการวินิจฉัยที่แม่นยำ

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions_HT)



อัตราป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (ไม่เกินร้อยละ 5) ผลการดำเนินงาน ปี 2559 – 2563 มีแนวโน้มสูงขึ้นกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้จากการวิเคราะห์กระบวนการจัดบริการ พบว่าสาเหตุจากการเข้าถึงบริการตรวจวัดความดันที่บ้าน HMBP 7 วัน ทำให้เกิดความแม่นยำในการวินิจฉัยผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่และปัญหาความเหมาะสมของกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความไม่พร้อมและ workload ของทีมสุขภาพในส่วน รพ.สต. จึงได้ปรับกระบวนการโดยพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ อบรมทีม บุคลากรและอาสาสมัครเชี่ยวชาญในการดูแลโรคเบาหวานและความดันเพื่อเผยแพร่และปรับปรุงทักษะการสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ต่อไป

Improvement summary (สรุปการพัฒนาศูนย์เฝ้าระวัง การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	การเข้ารับบริการทันเวลา เหมาะสมมีประสิทธิภาพ	แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงเป็น 4 กลุ่ม คือโรคไม่ซับซ้อน,CD,NCDและโรคเสี่ยงสูง	การได้รับบริการที่รวดเร็ว
	มีการประสานงานเป็นสหสาขา สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ	ทบทวน Case และวางระบบแก้ไข	ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
	มีการดูแลอย่างทันท่วงทีปลอดภัย	การบริหารจัดการผู้ป่วยตามเกณฑ์ Emergency การเฝ้าระวังที่เหมาะสม ทักษะเจ้าหน้าที่	ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน
	มีการประเมิน วางแผน ให้โภชนาการบำบัดตามความต้องการ	การดูแลร่วมสหสาขาตามหลัก 4 อ	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม
	ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้	การใช้หลัก 4 อ ในการดูแลตนเองและครอบครัว	ผู้ป่วยและครอบครัวดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
	การดูแลต่อเนื่องตามความต้องการ	การติดตามการเยี่ยมบ้าน	คุณภาพชีวิตที่ดี

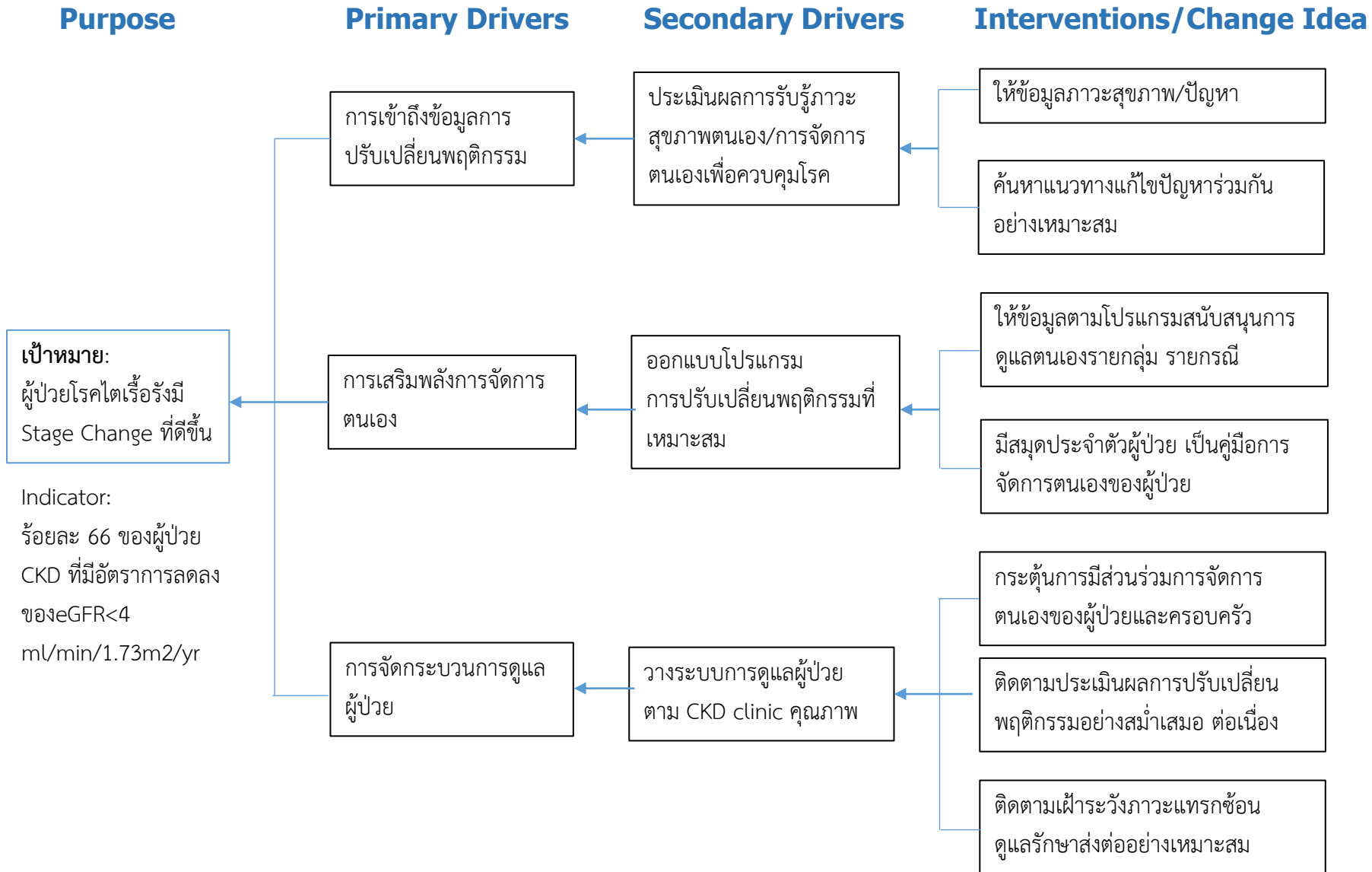
Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

- กระตุ้นการมีส่วนร่วมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- จัดบริการติดตามการเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบและการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพและภาคีเครือข่าย
- จัดคู่มือฉบับการจัดการตนเองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

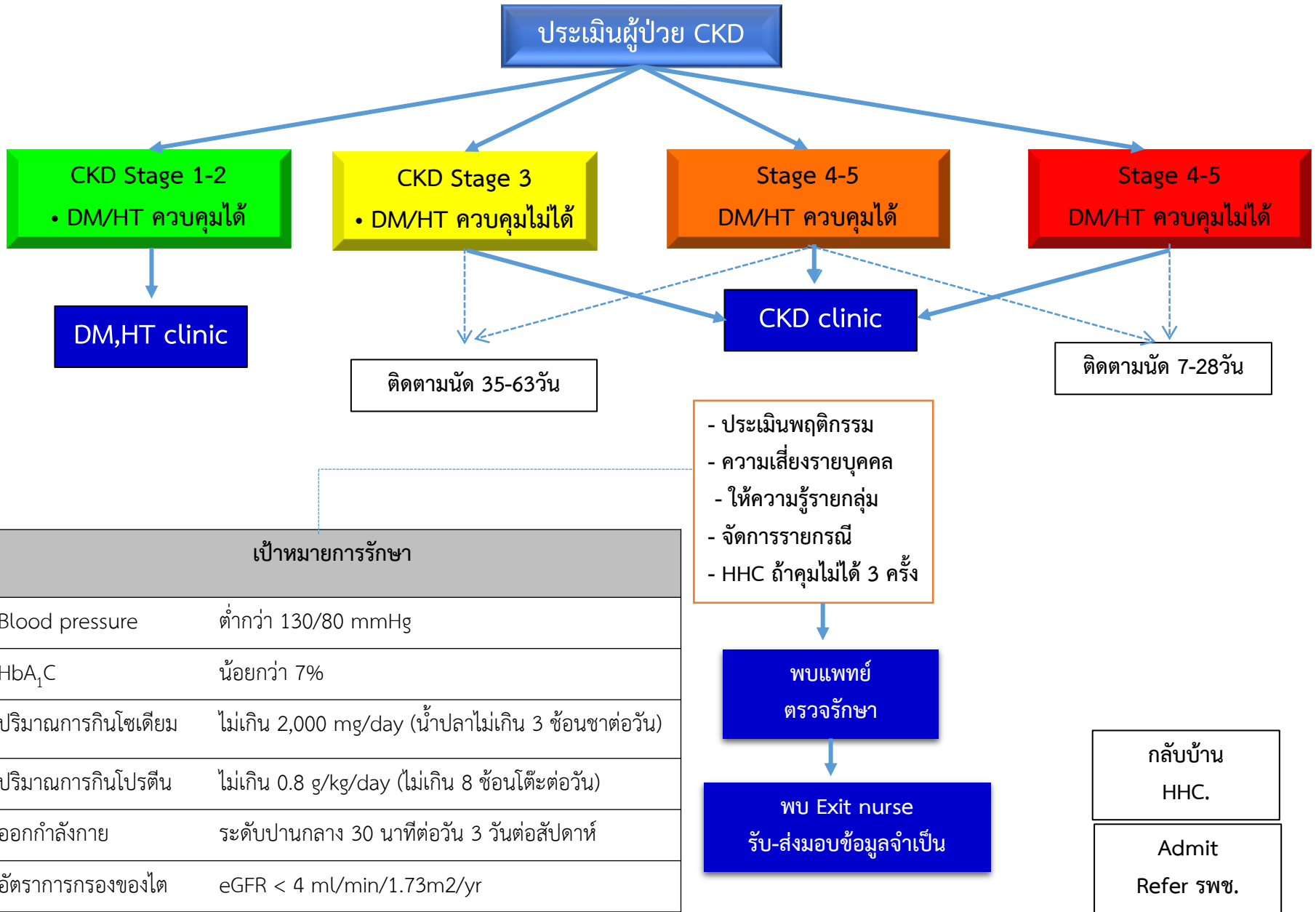
CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

CKD

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator_CKD)



Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง



เป้าหมายการรักษา	
Blood pressure	ต่ำกว่า 130/80 mmHg
HbA _{1c}	น้อยกว่า 7%
ปริมาณการกินโซเดียม	ไม่เกิน 2,000 mg/day (น้ำปลาไม่เกิน 3 ช้อนชาต่อวัน)
ปริมาณการกินโปรตีน	ไม่เกิน 0.8 g/kg/day (ไม่เกิน 8 ช้อนโต๊ะต่อวัน)
ออกกำลังกาย	ระดับปานกลาง 30 นาทีต่อวัน 3 วันต่อสัปดาห์
อัตราการกรองของไต	eGFR < 4 ml/min/1.73m ² /yr

กลับบ้าน
HHC.

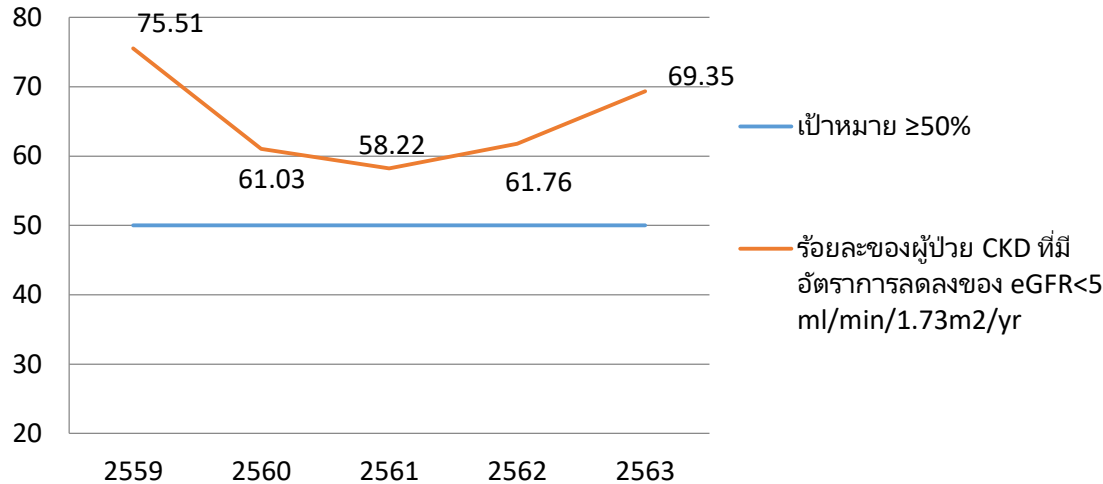
Admit
Refer รพช.

การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Plan of care	การมีส่วนร่วม สหสาขาวิชาชีพ	ร้อยละ ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR<5ml/min/ 1.73m ² /yr	<ol style="list-style-type: none">1. จัดคลินิกบริการเฉพาะโรคCKD2. จัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมตามโปรแกรม3. ทบทวนผู้ป่วย ทำDischarge planร่วมกัน ในผู้ป่วย Re-admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉิน4. ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions_CKD)

ร้อยละของผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5
mm/min/1.73m²/yr



พบว่าร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD 3-4 มีการชะลอการเสื่อมของไตได้ดีขึ้น เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เนื่องจากมีการการปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต เน้นการจัดบริการในคลินิกเฉพาะ CKD stage 3-4 ตามแนวทางของ CKD clinic คุณภาพ ทั้งด้านการสนับสนุนข้อมูลแนวทางการชะลอไตเสื่อมด้วยตนเอง การติดตามรักษาและดูแลต่อเนื่องของทีมนักวิชาชีพไต

Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5mL/min/1.73m ² /yr	<ol style="list-style-type: none"> 1.แบ่งกลุ่มผู้ป่วยเพื่อการเข้าถึงเป็น 4 กลุ่ม คือโรคไม่ซับซ้อน ,CD,NCDและโรคเสี่ยงสูง เพื่อการเข้ารับบริการทันเวลา เหมาะสม มีประสิทธิภาพ 2.ปรับปรุง CPG ตามมาตรฐานวิชาชีพ 3. มีการประสานงานเป็นสหสาขา สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ 4. การประเมินความต้องการและปัญหาสุขภาพที่ถูกต้อง ครบถ้วนเหมาะสม 5.การวางแผนจำหน่าย 6.การบริหารจัดการผู้ป่วยตามเกณฑ์ Emergency การเฝ้าระวังที่เหมาะสม ทักษะเจ้าหน้าที่ 7มีการประเมิน วางแผน ให้โภชนาการบำบัดตามความต้องการ 8.การใช้หลัก 4 อ ในการดูแลตนเองและครอบครัว 9. ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง 10.การติดตามการเยี่ยมบ้าน 	การได้รับบริการที่รวดเร็วไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

- กระตุ้นการมีส่วนร่วมการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- การให้ข้อมูลตามโปรแกรมสนับสนุนการดูแลตนเองรายกลุ่ม รายกรณี

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

TB

Driver Diagram for TB

Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Intervention/Change Idea

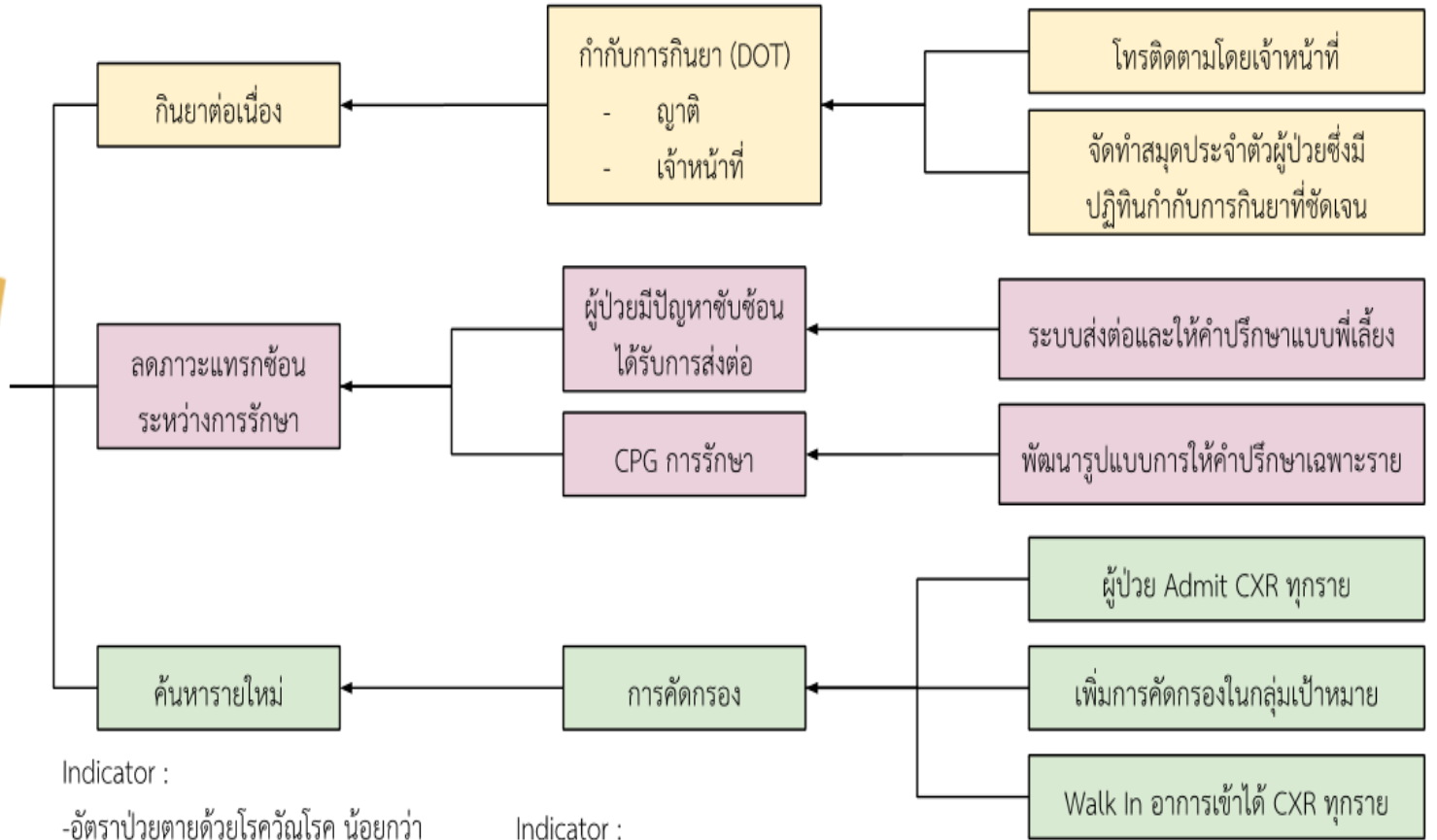


Indicator :
- อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 90

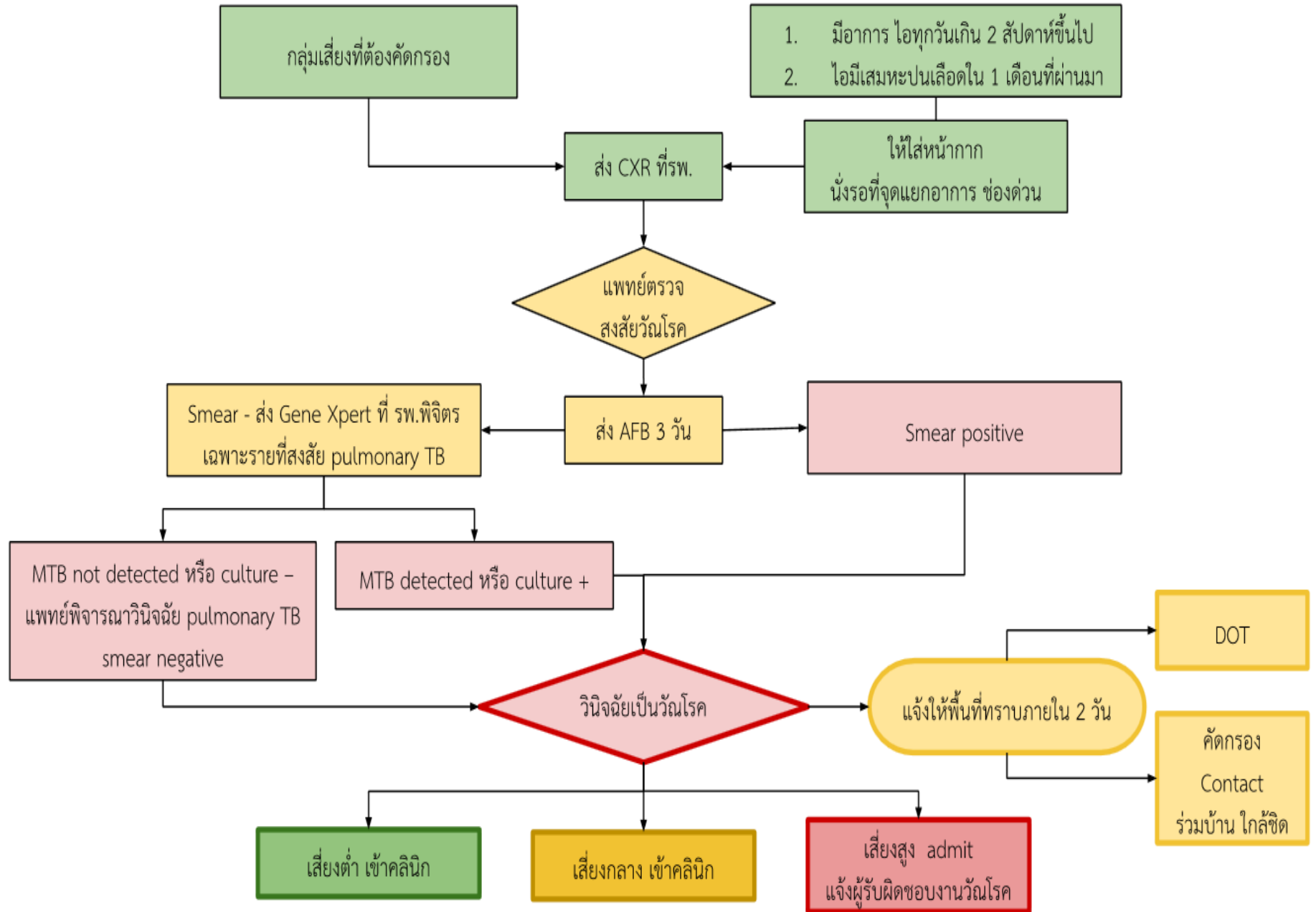
Indicator :
- อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรควัณโรค น้อยกว่า ร้อยละ 5
- อัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ 156 ต่อแสนประชากร

Indicator :
- อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง \geq ร้อยละ 90
- ผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 0

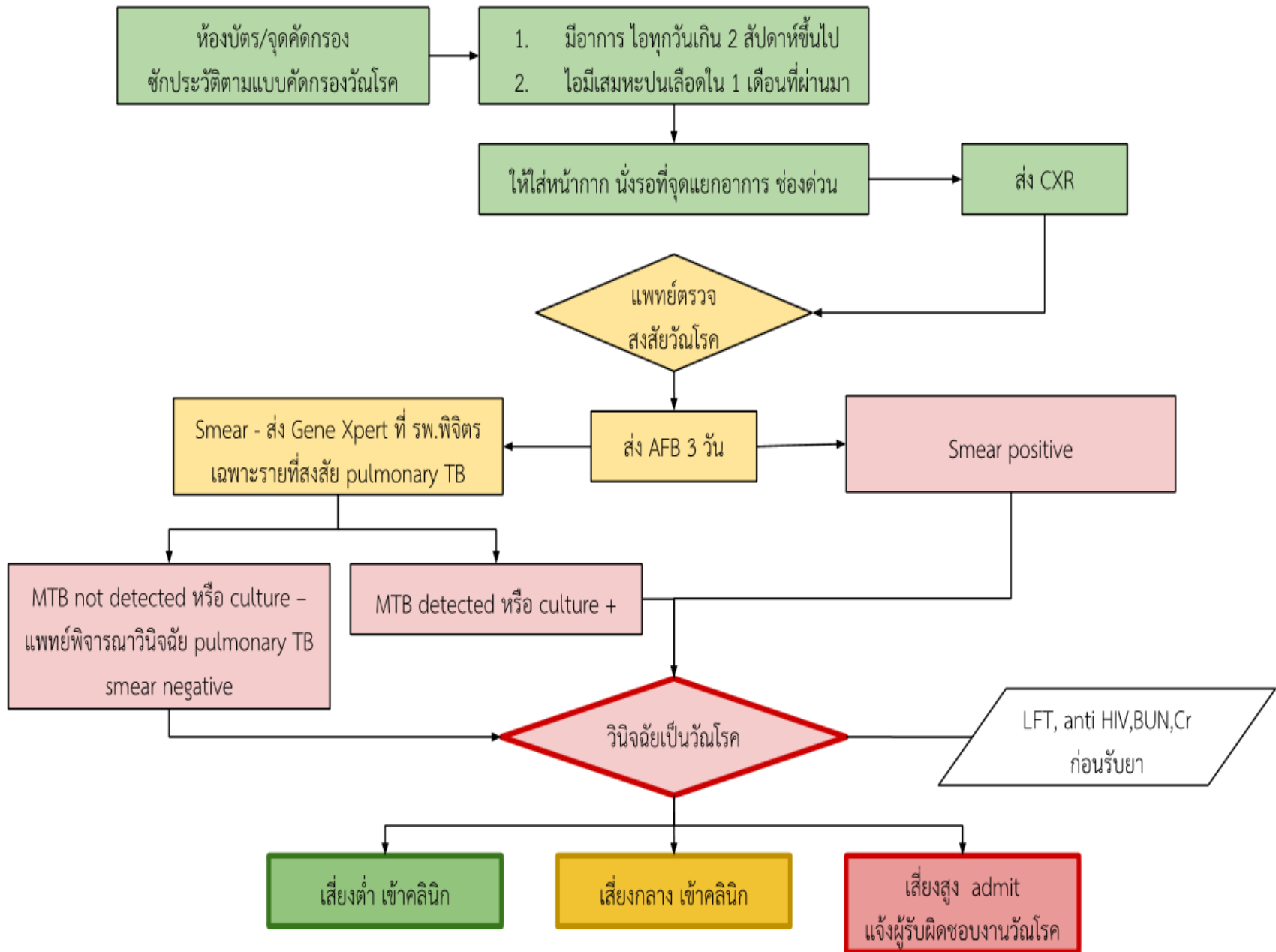
***เนื่องจากการปีที่ผ่านมามีผู้ป่วยที่มาจากการคัดกรองเพียง 3 ราย จากผู้ป่วยขึ้นทะเบียนทั้งหมด 48 ราย อีก 45 ราย เป็นผู้ป่วยที่ Walk In



คัดกรองและวินิจฉัยโรควัณโรคในชุมชน



คัดกรองและวินิจฉัยโรควัณโรคในโรงพยาบาล



ครั้งแรกที่วินิจฉัย

- ขึ้นทะเบียน TB (ในวัน-เวลาราชการ)
- ส่งตรวจ BUN,Cr,LFT,anti HIV ทุกราย ก่อนเริ่มยารักษาวัณโรค
- กรณีการทำงานของตับและไตปกติ พิจารณา 2IRZE/4IR + vit B6 1x hs.
- กรณีการทำงานของตับและไตผิดปกติ ให้ปรึกษาอายุรแพทย์ หรือพิจารณา refer ตามดุลพินิจของแพทย์
- คัดแยกความเสี่ยงตามกลุ่มสีแดง เหลือง เขียว ปฏิบัติตามแนวทางแบ่งสี
- พิจารณาส่งตรวจ LFT ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดตับอักเสบ 2 สัปดาห์หลังจากได้รับยาวัณโรค ได้แก่ อายุ>60ปี ,ดื่มสุราเป็นประจำ,มีประวัติโรคตับ,การติดเชื้อHIV, มีภาวะทุพโภชนาการ,หญิงตั้งครรภ์

พบทวนสาเหตุ

1. ยา(กินยาไม่สม่ำเสมอ/ยาเสื่อมคุณภาพขนาดยาไม่เหมาะสม)
2. ผู้ป่วย(ตอบสนองช้าเนื่องจากโรครุนแรงหรือภูมิคุ้มกันบกพร่อง)
3. เชื้อโรค(เชื้อตาย/เชื้อ NTM/เชื้อดื้อยา) ให้สูตรยา intensive phase ต่ออีก 1 เดือน (2IRZE)

สัปดาห์ที่ 2

มีผลข้างเคียงรุนแรงจาก S/E ของยา แพทย์พิจารณาหยุดยาและ refer รพ.พิจิตร

ไม่มีผลข้างเคียงจากยาจาก S/E จากยาที่ไม่รุนแรง ให้ยาต่อ

เดือนที่ 2

Sputum AFB

AFB +ve

AFB -ve

ลดยาเป็น continuation phase(4IR)

เดือนที่ 3

AFB + ve

Sputum AFB

AFB - ve ให้ยาต่อ

ส่ง C/S รอผล C/S ถ้า positive ส่งต่อรพ.พิจิตร ถ้าnegative ทานยา 4IR ต่อ

เดือนที่ 5

AFB + ve

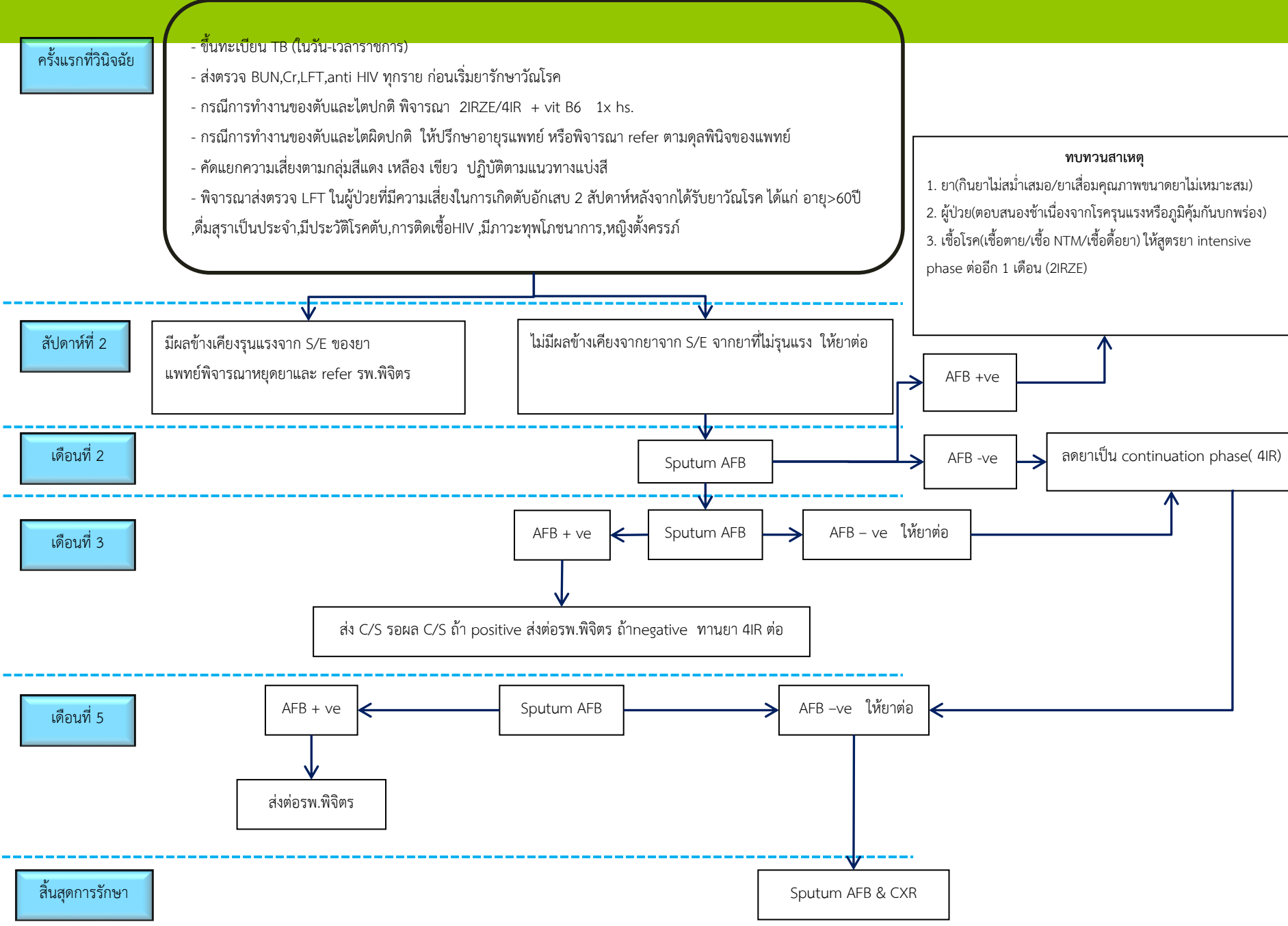
Sputum AFB

AFB -ve ให้ยาต่อ

ส่งต่อรพ.พิจิตร

สิ้นสุดการรักษา

Sputum AFB & CXR



การดูแลผู้ป่วยวัณโรคตามระดับความเสี่ยง

ระดับความเสี่ยง	นิยาม	การดูแล
เสี่ยงสูง	<ol style="list-style-type: none"> 1. HIV 2. โครไต หรือ ผล Creatinine มากกว่า 1.5 3. โรคตับ หรือ มีอาการที่เกี่ยวข้องกับตับอักเสบ 4. หลุ่ยตั้งครรภ์ 5. BW < 35 kg. หรือ BMI น้อยกว่า 18.5 6. Albumin น้อยกว่า 3.3 7. DM ควบคุมไม่ได้ 8. มีภาวะซีด 9. มีโรคร่วม เช่น COPD, Asthma 10. อายุมากกว่า 60 ปี <p>ข้อพิจารณาเพิ่มเติม</p> <ul style="list-style-type: none"> - กลับเป็นซ้ำ - ผู้ป่วยเด็ก - ผู้ที่มีอาการยาวัณโรคเป็นอย่างรุนแรง/หูหนวก/เวียนศีรษะต้องมี (vertigo และ nystagmus)/ตีชาน (ที่ไม่มีสาเหตุอื่น)/ตับอักเสบ/สับสน/การมองเห็นภาพผิดปกติ (ไม่มีสาเหตุอื่น)/ข้อศอก/ผื่นผิวหนังรุนแรง/ไตวายเฉียบพลัน/ปัสสาวะออกน้อย ไตวาย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีคุณสมบัติตามนิยาม ตั้งแต่ 3 - 4 ข้อ ให้พิจารณา admit หรือเยี่ยมทุก 3 - 4 วัน 2. มีคุณสมบัติตามนิยาม มากกว่าหรือเท่ากับ 5 ข้อ ให้ admit หรือเยี่ยมทุกวัน 3. หากพบประวัติเสี่ยงตามข้อพิจารณาเพิ่มเติมอื่นๆ ให้พิจารณา admit หรือเยี่ยมทุกวัน/เยี่ยมทุก 3 - 4 วัน ***เน้นพิเศษในช่วง 2 สัปดาห์แรกของการรักษา*** 4. หลังกลับบ้าน นัดพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา 2 เดือนแรก (ระยะเข้มข้น) และ หลังจาก 2 เดือนแรก นัดทุก 1 เดือน 5. ส่งต่อให้พื้นที่กำกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง (DOT) และ ติดตามเยี่ยม
เสี่ยงกลาง	<ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ ≤ 60 ปี ไม่มีโรคเรื้อรัง 2. พิการ/ติดเตียง 3. ไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว 4. ประกอบอาชีพนอกพื้นที่ 5. ติดสุรา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีคุณสมบัติตามนิยาม ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป อยู่ในดุลพินิจของแพทย์ในการ admit 2. นัดพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา 2 เดือนแรก (ระยะเข้มข้น) และ หลังจาก 2 เดือนแรก นัดทุก 1 เดือน 3. ส่งต่อให้พื้นที่กำกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง (DOT) และ ติดตามเยี่ยม
เสี่ยงต่ำ	<ol style="list-style-type: none"> 1. อายุ ≤ 60 ปี ไม่มีโรคเรื้อรัง 2. ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่ไม่เข้าตามนิยาม เสี่ยงสูงและเสี่ยงกลาง 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ให้การรักษาตามสภาพของผู้ป่วย 2. นัดพบแพทย์ทุก 2 สัปดาห์ ระยะเวลา 2 เดือนแรก (ระยะเข้มข้น) และ หลังจาก 2 เดือนแรก นัดทุก 1 เดือน 3. ส่งต่อให้พื้นที่กำกับการกินยาอย่างต่อเนื่อง (DOT) และ ติดตามเยี่ยม

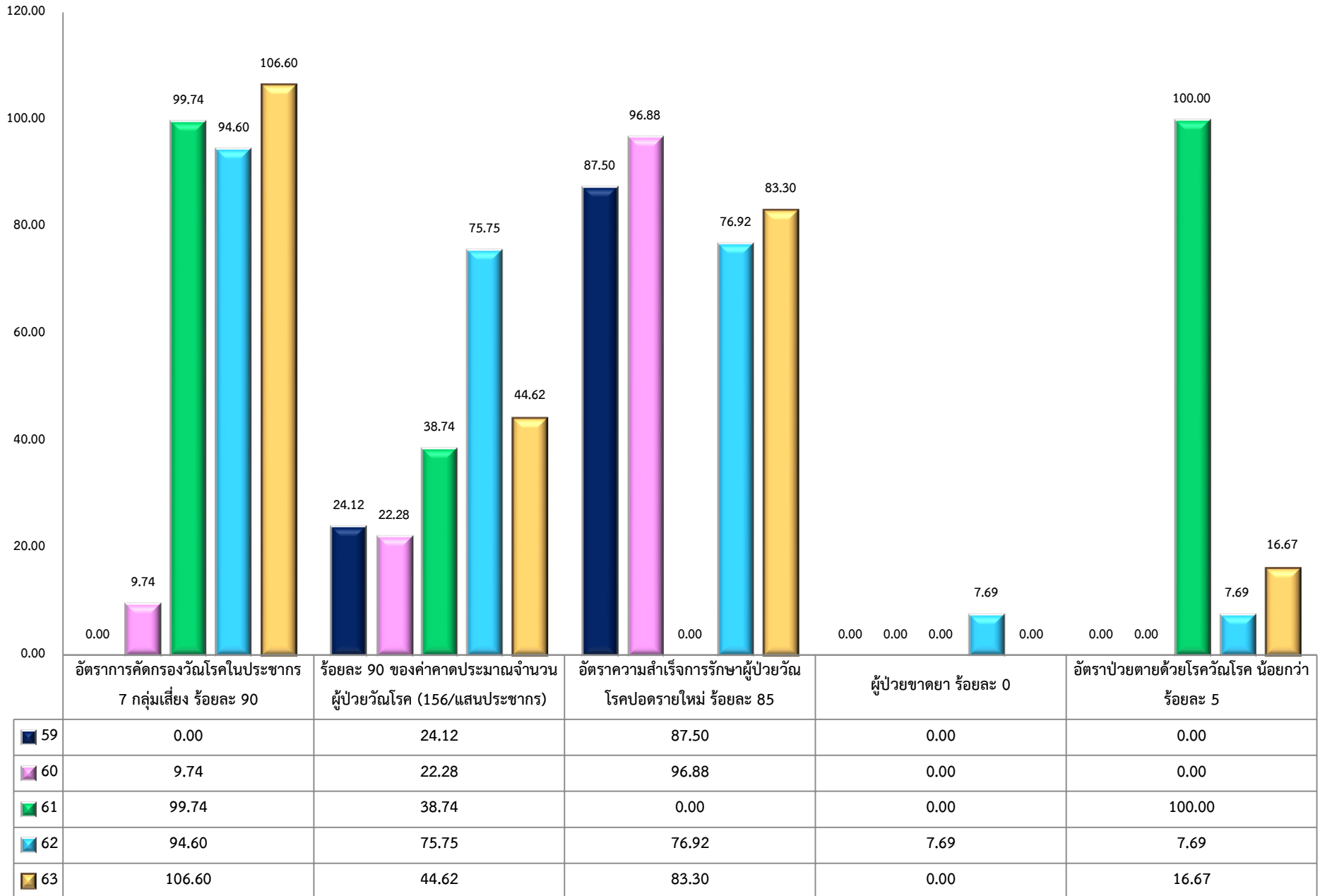
ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่
ทุกราย
พบแพทย์
เพื่อประเมินความเสี่ยง



↑ เพิ่ม success rate
↓ ลด death rate

Process Management TB

Process	Process Requirement	Process Indicator	Process Design
Access & entry	<ul style="list-style-type: none"> -คัดกรองครอบคลุม (กลุ่มเป้าหมาย) -วินิจฉัยรวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> -อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง \geq ร้อยละ 90 -อัตราการค้นพบผู้ป่วยรายใหม่ 156 ต่อแสนประชากร 	<ul style="list-style-type: none"> -ประชุมเตรียมทีมสสอ./รพ./รพ.สต./เพื่อวางแผนคัดกรอง การจัดคิวนัดมาคัดกรอง -ประชาสัมพันธ์การคัดกรอง 7 กลุ่มโรค ในหมู่บ้าน -แพทย์ดูผล ผิดปกตินัดตรวจเพิ่มเติม รายวัน -ระบบAI อ่านผล CXR ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ (วางแผน ปี 63)
Care of high risk	<ul style="list-style-type: none"> -ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน -ส่งต่อรวดเร็ว ลดตาย 	<ul style="list-style-type: none"> -อัตราผู้ป่วยตายด้วยโรควัณโรค น้อยกว่า ร้อยละ 5 -ผู้ป่วยทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษาต้องได้รับการดำเนินการตามมาตรการ 2:2:2 	<ul style="list-style-type: none"> -ประเมินและเฝ้าระวังความเสี่ยงผู้ป่วยทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษา -CPG update การดูแลผู้ป่วยตามระดับความเสี่ยง (ปี 2562) -ระบบส่งต่อและให้คำปรึกษาแบบพี่เลี้ยง/TBCM Online/LINE
Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> -กินยาต่อเนื่อง รักษาหาย 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยขาดยา ร้อยละ 0 -อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ \geq ร้อยละ 90 	<ul style="list-style-type: none"> -ทุกรายดำเนินการตามมาตรการ 2:2:2 -TBCM Online -สมุดประจำตัว -ปฏิทิน DOT



Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
กาดูแลผู้ป่วย วัณโรค	ค้นหารายใหม่	<ul style="list-style-type: none"> - ประชุมทีมคปสอ.วางแผนคัดกรอง - เพิ่มการคัดกรองในกลุ่มเป้าหมาย - กลุ่มผู้ป่วยAdmit CXR ทุกราย 	- อัตราการคัดกรองวัณโรคในประชากร 7 กลุ่มเสี่ยง 104.98 เกินกว่าเป้าหมายที่กำหนด
	ลดภาวะแทรกซ้อน	- ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนได้รับการส่งต่อและให้คำปรึกษาแบบพี่เลี้ยงเฉพาะราย	- อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 50.00
	รักษาต่อเนื่องรักษาสำเร็จ	<ul style="list-style-type: none"> - กำกับการกินยาDOT โดยญาติและเจ้าหน้าที่ /โทรติดตาม - มาตรการ 2:2:2 - มีสมุดประจำตัวซึ่งมีปฏิทินกำกับการกินยาชัดเจน 	- ผู้ป่วยวัณโรคขาดยา ร้อยละ 0.00

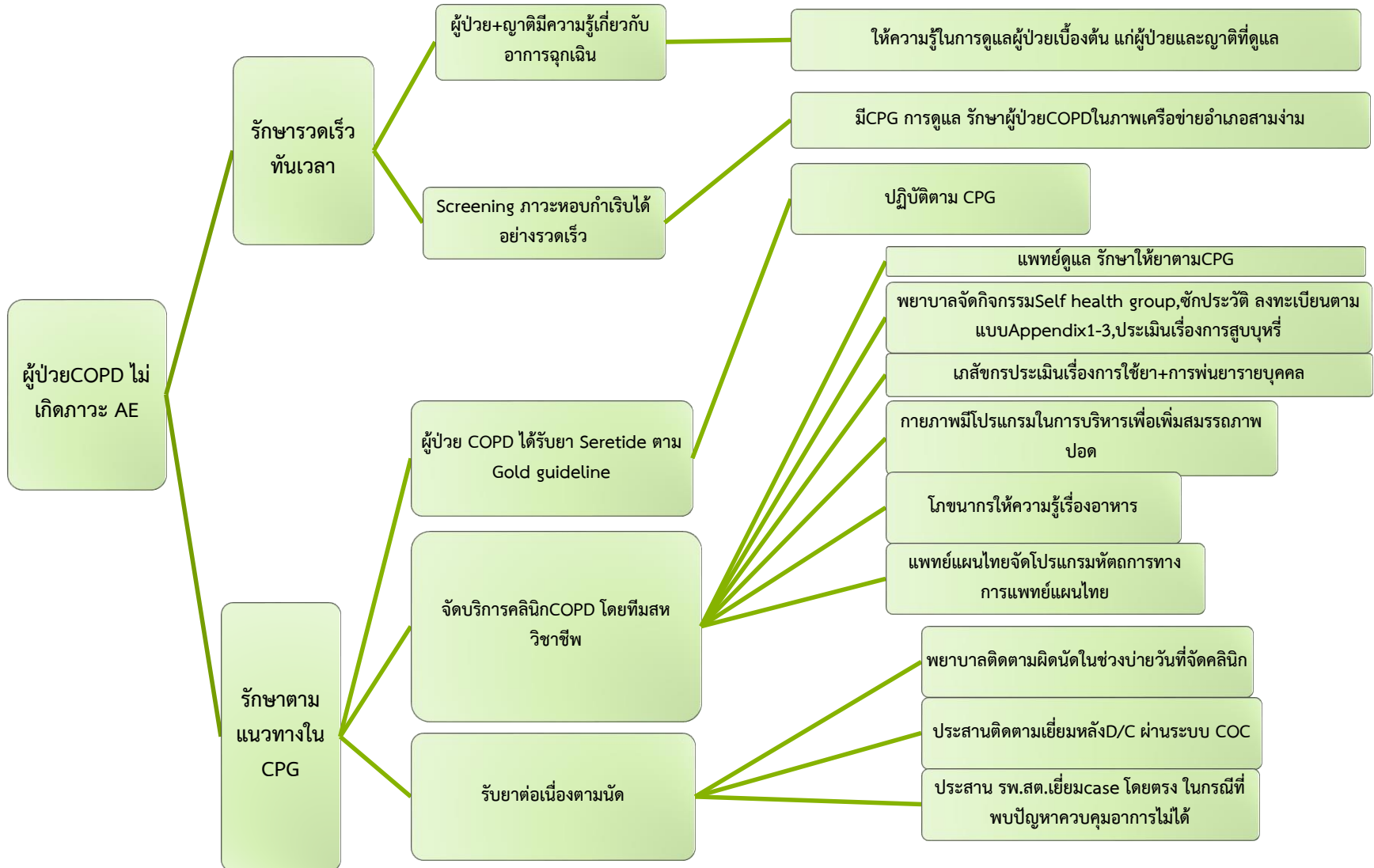
แผนการพัฒนาคูณภาพในอนาคต

- วางแผนการคัดกรอง กลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ที่มีโอกาสในการพบผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มพระภิกษุ กลุ่มผู้ติดสุราและบุหรี่
- การเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น กลุ่มสูงอายุ กลุ่มผู้มีโรคประจำตัว

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

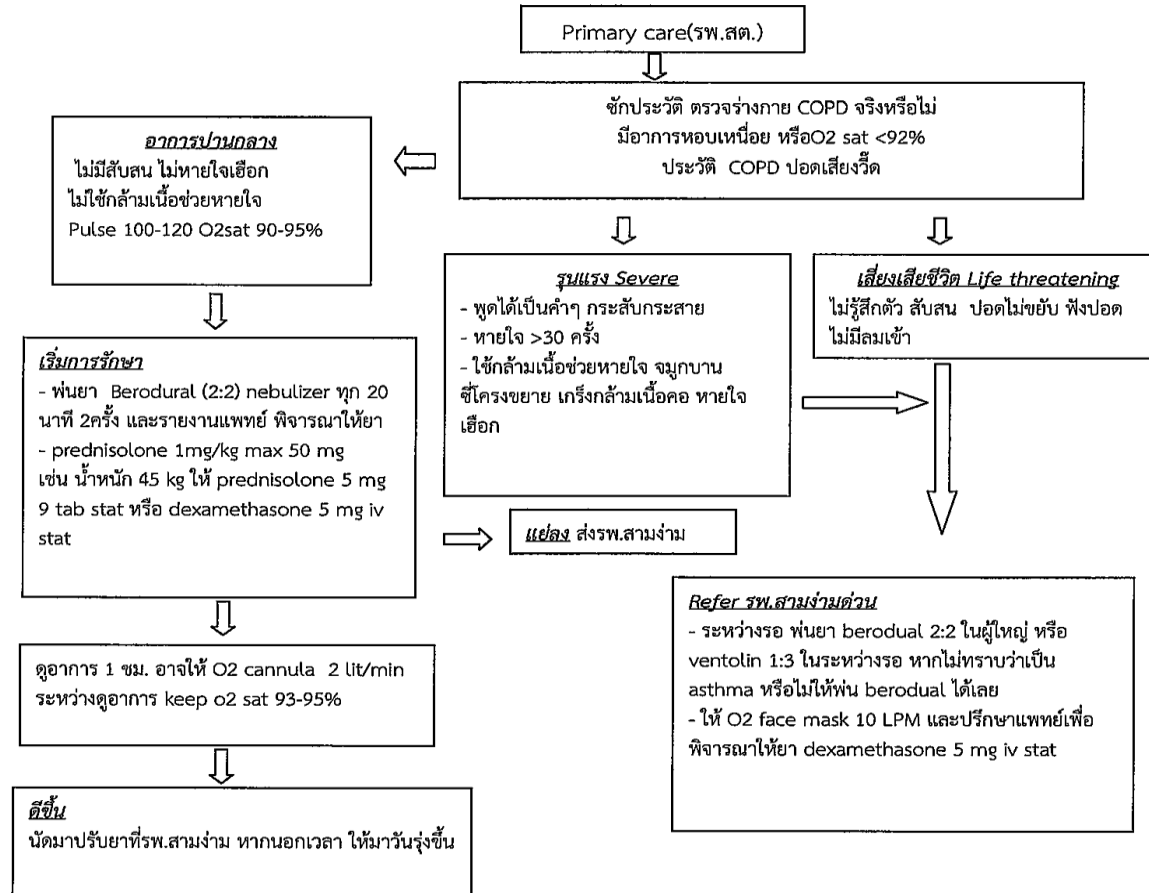
COPD

Purpose Primary Drivers Secondary Drivers Interventions/Change Idea



Process : Flow chart การดูแลผู้ป่วย COPD แสดงคุณภาพในทุกขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้น จนถึงสิ้นสุด

การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเบื้องต้นก่อนถึงโรงพยาบาลชุมชน



การรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลันที่ห้องฉุกเฉิน

อาการ

- หายใจหอบเหนื่อย
- ประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- O2 Sat <92%
- ฟังปอดได้เสียง wheezing
- ไอมีเสมหะ

การรักษาเบื้องต้น

- ให้ O2 keep SpO2 \geq 90 %
- inhaled salbutamol 2.5-5 mg NB q 10-15 min x 3 dose
(อาจให้ ipratropium 0.25-0.5 mg + fenoterol (Berodual) แทนในกรณีกำเริบรุนแรง)
- ถ้าอาการไม่ทุเลา ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา dexamethasone 8 mg IV

อาการดีขึ้น

- ให้รายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยาดังนี้
- ให้ bronchodilators MDI ทุก 1-2 ชม.
 - ให้ prednisolone 20- 40 mg/d นาน 5 วัน
 - ให้ ATB: ในกรณีที่มีอาการแสดง หรือตรวจพบการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินหายใจ Amoxicillin 500 mg 2x2 opc หรือ Amoxicillin sry 15-20 Mg/kg/day
 - นัด F/U พบแพทย์ 1 wk

คลินิก COPD รพ.สามง่าม

อาการไม่ดีขึ้นโดยมีอาการดังนี้

- 1) ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเบื้องต้น
 - 2) เคยมีอาการหอบรุนแรง จนต้องรักษาในไอซียู
 - 3) มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เช่น admit \geq 2 ครั้ง หรือ ER visit > 3 ครั้งในปีที่แล้ว ,อายุมาก
 - 4) ใช้ short acting β 2-agonists จำนวนมากก่อนมาโรงพยาบาล
 - 5) สภาพแวดล้อมและการดูแลที่บ้านไม่เหมาะสม เช่น มีเผาขยะ, ควัน
 - 6) ไม่สะดวกในการเดินทางจากบ้านมาโรงพยาบาลในเวลารวดเร็ว
- พิจารณาส่ง admit รพ.สามง่าม

Admit รพ.สามง่าม

การดูแลรักษาภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล

ER

Investigation เพิ่มเติม
CBC, Chest X Ray, etc.(ตามความเห็นแพทย์)



Not stable
Impending respiratory failure
แพทย์พิจารณา ใส่ ET-tube ได้ทันที



Refer รพ.
พิจิตร



Stable
Admit

- On o2 canular monitor Keep o2 sat >90% หรือเปลี่ยนเป็น mask with bag หากเหนื่อยมาก หรือ o2 sat < 90%
พิจารณาให้ยา Bronchodilators : salbutamol 2.5-5 mg NB q 4-6 hr (อาจให้ ipratropium 0.25-0.5 mg + fenoterol (Berodual) แทนในกรณีกำเริบรุนแรง)
- Corticosteroids : dexamethasone 8 mg IV q 6 hr
- Antibiotics : กรณีที่มีอาการแสดง หรือตรวจพบการอักเสบติดเชื้อแบคทีเรียในทางเดินหายใจ เช่น มีอาการ bronchitis, pneumonia
- Assessment risk ผู้ป่วยว่ามีสาเหตุกระตุ้นจากสิ่งใด



อาการดีขึ้น

- จัดทำ Rapid response after admission ก่อน discharge ทุกคน
- Discharge ให้นัด F/U 1-2 wk ที่คลินิก COPD รพ.สามง่ามเพื่อดูอาการ และทำการปรับยา controller
- ติดตามอาการที่คลินิก COPD รพ. สามง่าม อย่างน้อยสองครั้ง ถ้าหากมีการ exacerbation <3 ครั้ง/wk และไม่ได้มาพ่นยาที่โรงพยาบาล



อาการไม่ดีขึ้น

- ปรับเพิ่มยา ตาม GOLD Guideline
- dexamethasone 8mg ivซ้ำเพิ่มได้
- ปรับเพิ่มยา controller



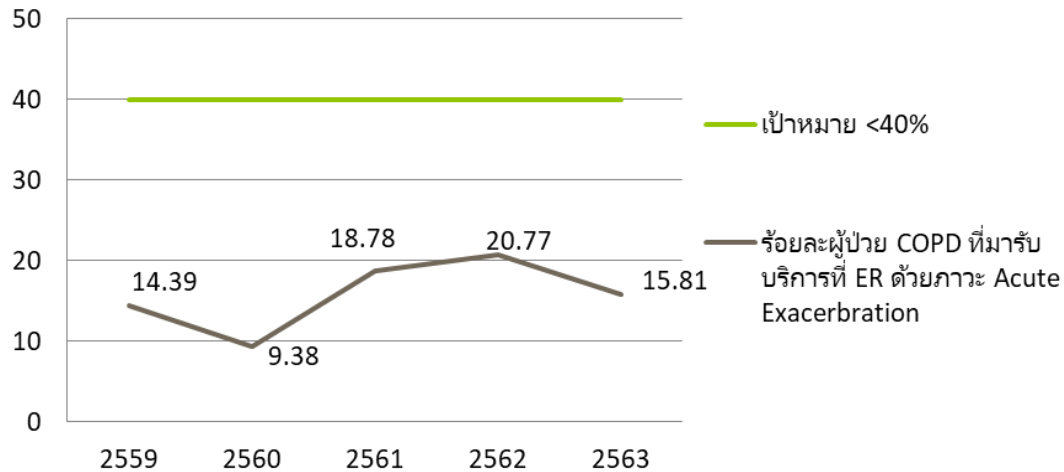
ส่งกลับรพ.สต.

- รับยา COPD ในวันที่แพทย์ออกตรวจ รพ.สต
- ให้ยา controller ตรงกับวันนัด ไม่ให้ก่อน หากยาหมดก่อนให้ประเมิน การพ่นยา และ ไม่ให้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตรงนัด
- ถ้ามาไม่ตรงในวันที่แพทย์ออกตรวจ ให้เฉพาะยาพ่นฉุกเฉิน ส่วนยา Controller (ยาบรรเทาอาการ) ให้มารับในวันที่แพทย์ออกตรวจ
- ให้นัดเข้าคลินิก COPD เป็นรอบๆ ตามแต่ละรพ.สต. และ ใน 1 ปี ควรมาปรับยาที่คลินิก สองครั้ง เป็นอย่างน้อยในกรณี อาการปกติ

Process Management

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ process requirement	ตัวชี้วัดของกระบวนการ process indicator	การออกแบบกระบวนการ process design
Access&Entry	รวดเร็ว ทันเวลา	อัตราการตายของผู้ป่วยCOPD	<ul style="list-style-type: none"> มีCPGการดูแลผู้ป่วยCOPDเครือข่ายอำเภอสามง่าม ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แก่ผู้ป่วยและญาติที่ดูแล ประชาสัมพันธ์ 1669
Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> ตามแนวทาง Gold guideline 	<ul style="list-style-type: none"> มีการใช้ยา Seretide ในผู้ป่วย COPD 	<p>ปฏิบัติตามCPG</p> <p>ทบทวน case ประสานแพทย์</p>
Plan of care	<ul style="list-style-type: none"> จัดบริการคลินิก COPD โปรแกรมการเพิ่มสมรรถภาพปอด โปรแกรมคัดกรองการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก ให้ความรู้เรื่องอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง ให้ความรู้เรื่องพยาธิสภาพของโรคที่เป็นอยู่ เภสัชให้ความรู้เรื่องยา 	<ul style="list-style-type: none"> สมรรถภาพปอดดีขึ้น ร้อยละของผู้ป่วยCOPDที่มารับบริการที่ER ด้วยภาวะ AEปี ส่งคลินิก เลิกบุหรี่ 100% ในผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ ข้อมูลย้อนหลัง 	<ul style="list-style-type: none"> โปรแกรมการเพิ่มสมรรถภาพปอด โปรแกรมคัดกรองการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก จัดบริการคลินิกCOPD โดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร กายภาพ โภชนากร ส่งคลินิกเลิกบุหรี่ กรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่
Continuity of care	เข้าคลินิกCOPD รับยาต่อเนื่องตามนัด	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามผิदनัด. - ร้อยละของผู้ป่วยCOPDที่มารับบริการที่ER ด้วยภาวะAE 	<ul style="list-style-type: none"> ติดตามผิदनัดในวันคลินิกช่วงบ่าย ส่งเข้ารับระบบCOCในการติดตามเยี่ยม ติดตามผล CG ประสาน รพ.สต.เป็นรายกรณี ที่พบว่ามีปัญหาควบคุมอาการไม่ได้

ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการที่ ER ด้วยภาวะ Acute Exacerbation



- จากผลการดำเนินงาน ผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการ ที่ ER ด้วยภาวะ acute Exacerbation ตั้งแต่ปี 2561 -2563 มีแนวโน้มสูงขึ้น จากการเก็บข้อมูลย้อนหลังพบว่า มัก เป็นผู้ป่วยรายเดิม ๆ ซ้ำๆ poor controlled ด้วย ปัจจัยหลัก คือ การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย เลิกไม่ได้ เลิกแล้วสูบใหม่ หรือ เป็นผู้สูงอายุ จำวิธีสอนการใช้ยาไม่ได้ ใช้ยาพ่นไม่ถูกต้อง ไม่มี CG สิ่งแวดล้อม ในชุมชน อาชีพ ที่ทำ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวได้นำมาประชุมกลุ่มโดย สหวิชาชีพเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุเป็นรายบุคคลเพื่อเข้าถึงปัญหา และหาทางแก้ไขให้ตรงจุด โดยเพิ่มช่องทางเข้าถึง ในการรับบริการ ให้ข้อมูลการดูแลตนเอง และเสริมพลังบวก ประเมินผู้ป่วย และ วางแผนการดูแลรักษาการดูแลต่อเนื่อง

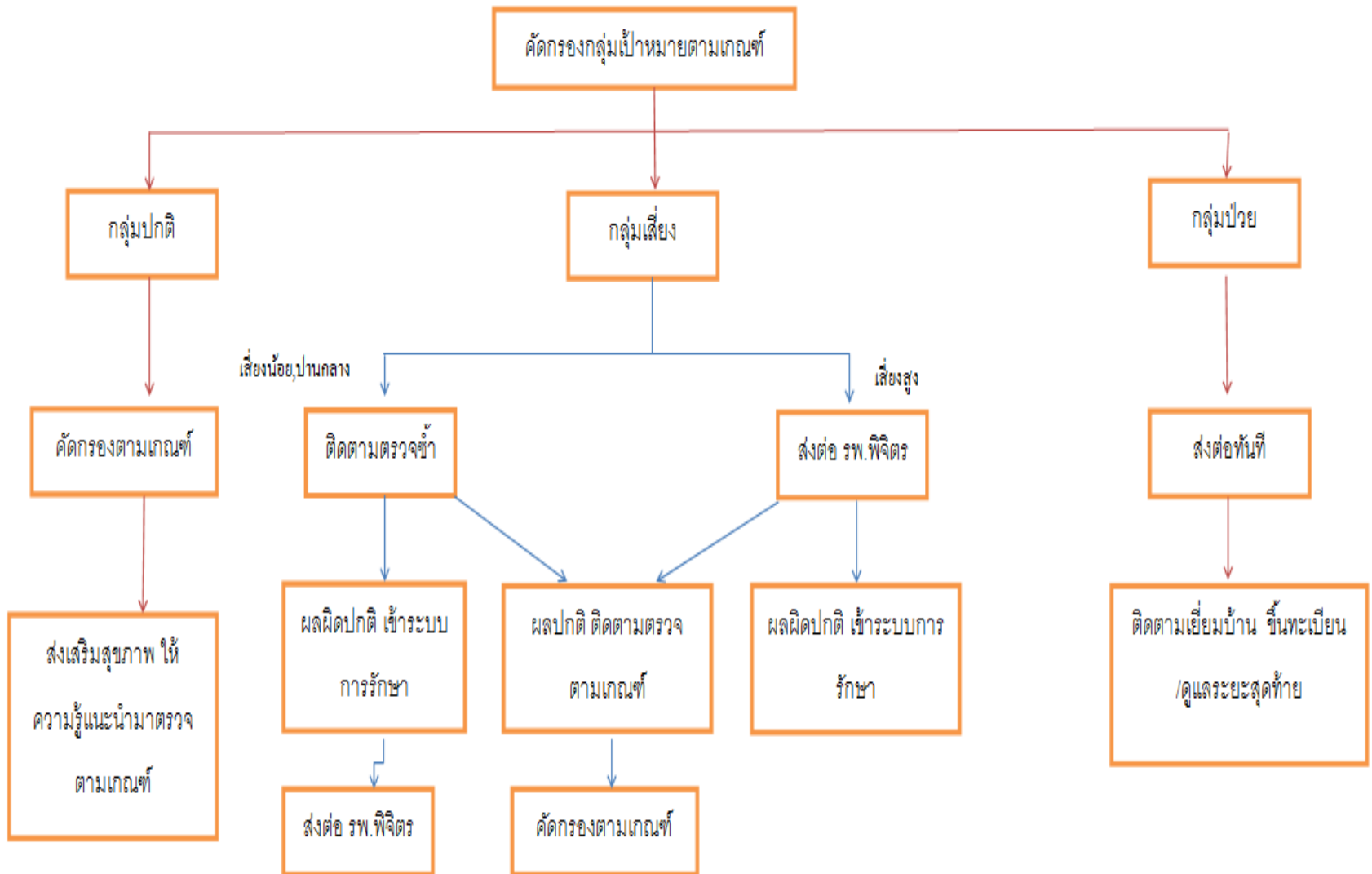
Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD	ป้องกันการเกิด COPD-AE	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนาระบบบริการคลินิก COPD อย่างต่อเนื่อง 2. พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย COPD c AE ที่รับไว้รักษาใน รพ. 3. มีการประเมินซ้ำก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เช่น การพ่นยา ฝึกสอนการหายใจ 3. ส่งคลินิกเลิกบุหรี่ กรณีที่ผู้ป่วยสูบบุหรี่ 4. หัตถการการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก / เภสัชให้ความรู้เรื่องยา 5. มีการใช้ยา Seretide ในผู้ป่วย COPD 6. ติดตามผด้นัด 	<p>2558-2563 ปีส่งเลิก 35 ราย เลิกสำเร็จ .14..คงเหลือ เลิกแล้ว กลับมาสูบใหม่ ..15.. รายไม่ได้ติดตาม 6 ราย</p> <p>ยอด COPD 183 ราย ไม่ได้รับ steroid 9 ราย</p> <p>ผู้ป่วยผด้นัด 2563 0.47%</p>

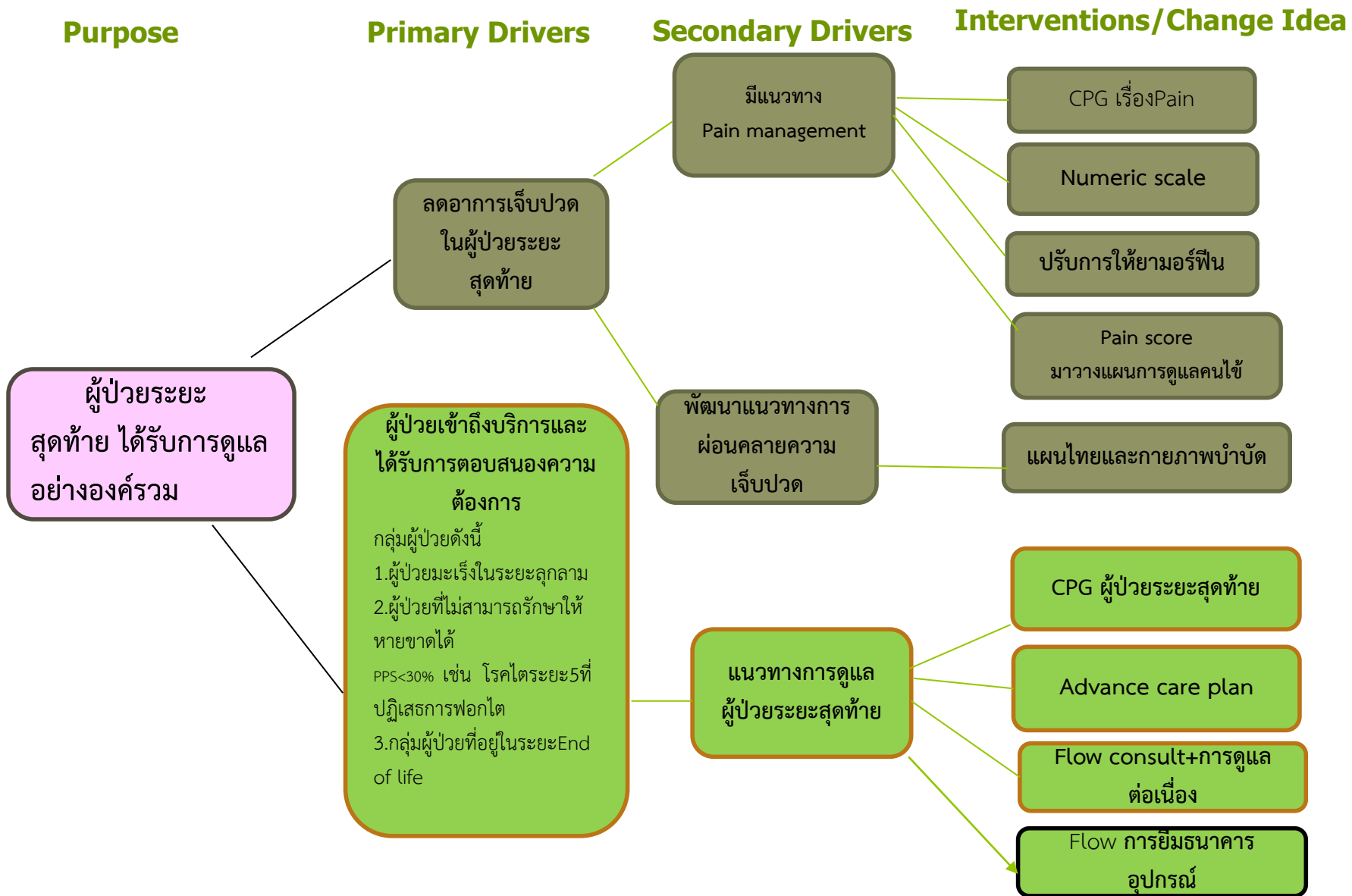
CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

PALLIATIVE CARE

แนวทางการดำเนินงานCA เชื่อมโยงกับPalliative



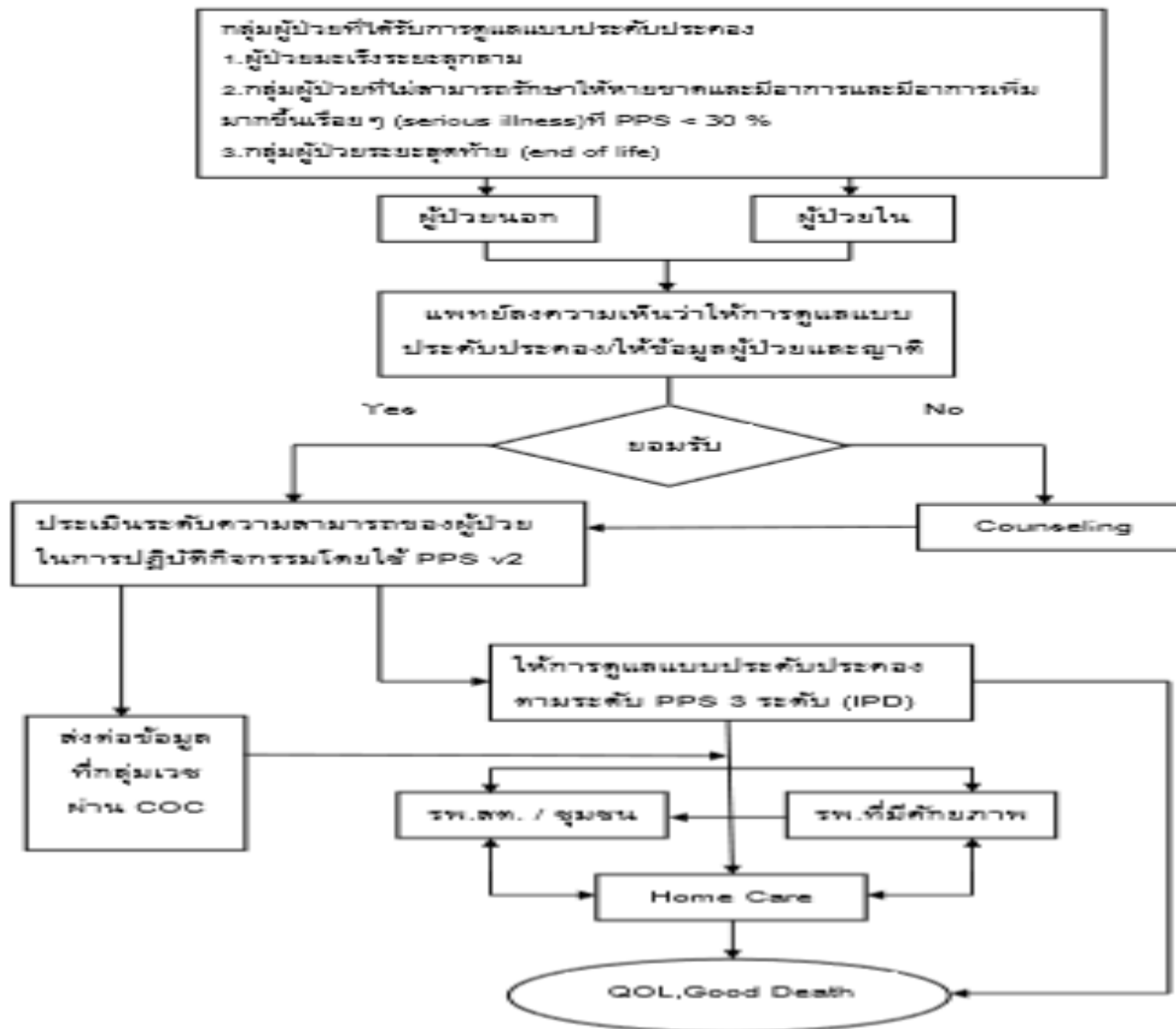
Driver Diagram for Palliative care



Process Flowchart

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลสามง่าม

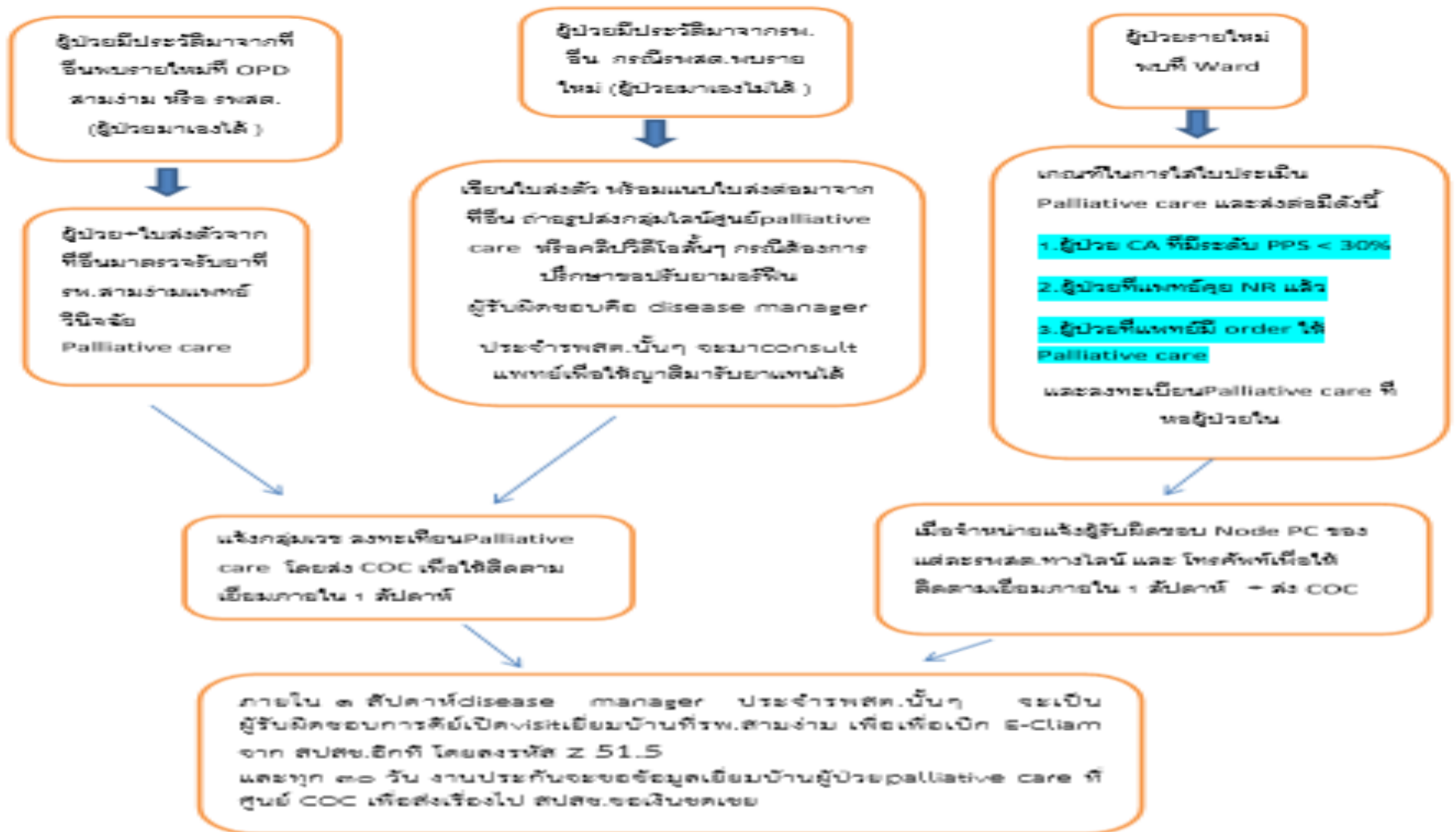
ในการดูแลแบบประคับประคอง ตามระดับ PPS 3 ระดับ



Process Flowchart การconsult

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ของโรงพยาบาลสามง่าม

กรณี OPD เคส เพื่อลงทะเบียน Palliative care และติดตามเยี่ยม ของรพ.สามง่าม จ.พิจิตร



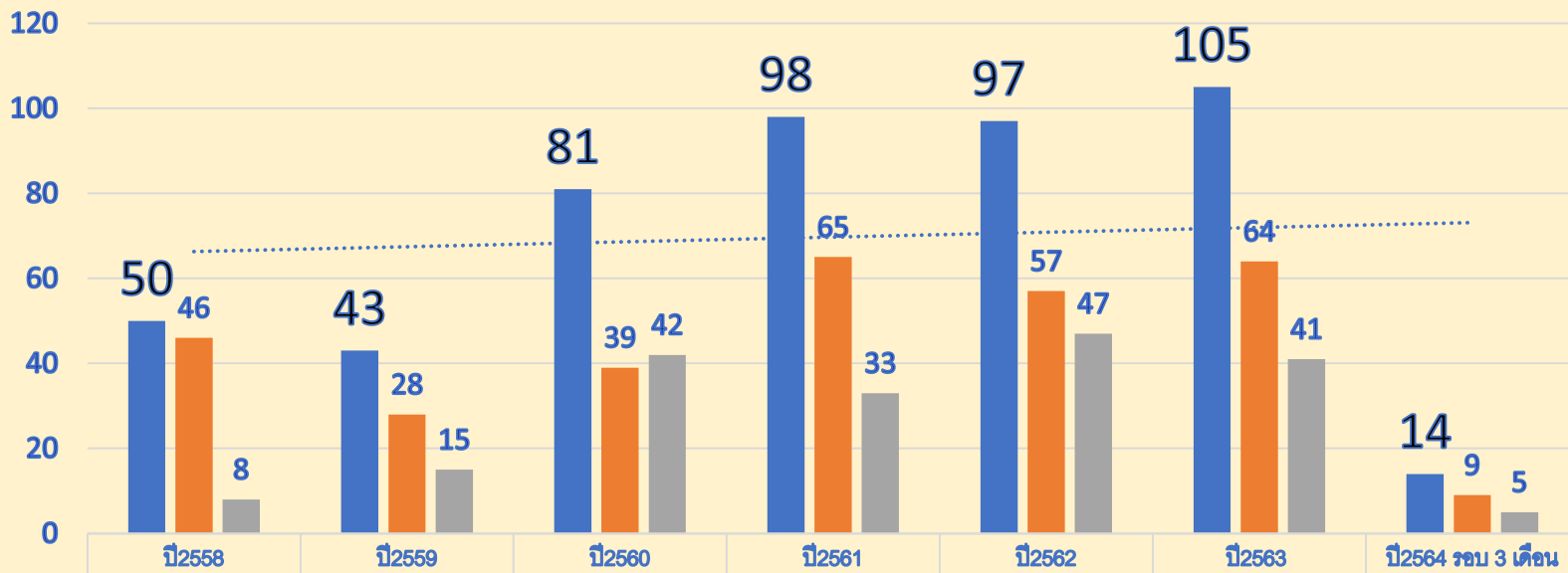
Process Management

Process	Process Requirement	Measure	Process Design
Care of Patient	<p>-แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ ระดับประคอง</p> <p>-แนวทางPain management</p>	<p>-มีการค้นหาผู้ป่วยPalliative care ตามเกณฑ์ข้อ บ่งชี้ของกระทรวง เพื่อเพิ่มจำนวนผู้ป่วยในการ เข้าถึงบริการpalliative care</p> <p>-ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบระดับประคอง ตาม PPS และESAS</p> <p>-มีการใช้Pain score มาวางแผนการดูแลคนไข้</p>	<p>-ข้อบ่งชี้ ที่ช่วยค้นหาผู้ป่วย เพื่อเริ่มการดูแลตามเกณฑ์ข้อบ่งชี้ของ กระทรวงในกลุ่มโรค</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มะเร็งระยะลุกลาม 2. กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด PPS <30 % 3. ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะEnd of Life <p>-การใช้เครื่องมือPPS / ESAS</p> <p>-Pain score /Numeric scale</p>
Discharge Plan	วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแบบ ระดับประคอง	-มีการ ทำ Advance care plan	<p>-Advance care plan</p> <p>-แบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย</p> <p>-คลังอุปกรณ์การแพทย์สนับสนุนผู้ป่วยยืม กลับบ้าน เช่น ออกซิเจน</p>
Information & Empower	-การให้ความรู้และเสริมพลังผู้ป่วย/ ผู้ดูแล	<p>--มีการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยตามการประเมินPPS และESAS</p> <p>-มีการ ทำFamily meeting ในกรณีที่มีความขัดแย้ง ในแผนการรักษา</p>	<p>-แจกแผ่นพับ และอธิบายสอนทักษะกับญาติในการปฏิบัติตัวและดูแล ผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา และหาทาง ออกร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย พร้อมให้กำลังใจ&เสริมพลังผู้ป่วยและ ผู้ดูแล</p>
Continuity of Care	แนวทางการดูแลต่อเนื่อง	<p>มีการส่งต่อดูแลต่อเนื่องทุกราย</p> <p>-มีFlow การconsult</p>	<p>--ส่ง โปรแกรม COC ระบุ palliative care</p> <p>-แจ้งกลุ่มไลน์ ศูนย์ส่งต่อpalliative care เครือข่ายสามง่าม</p> <p>-มีการติดตามเยี่ยมภายใน 1-2 สัปดาห์ภายหลังจากจำหน่าย</p> <p>-มีการคืนข้อมูลการเยี่ยมสู่เครือข่ายรพ.สามง่าม ทุก 1เดือน</p>

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

outcome เรื่อง การเข้าถึงบริการ

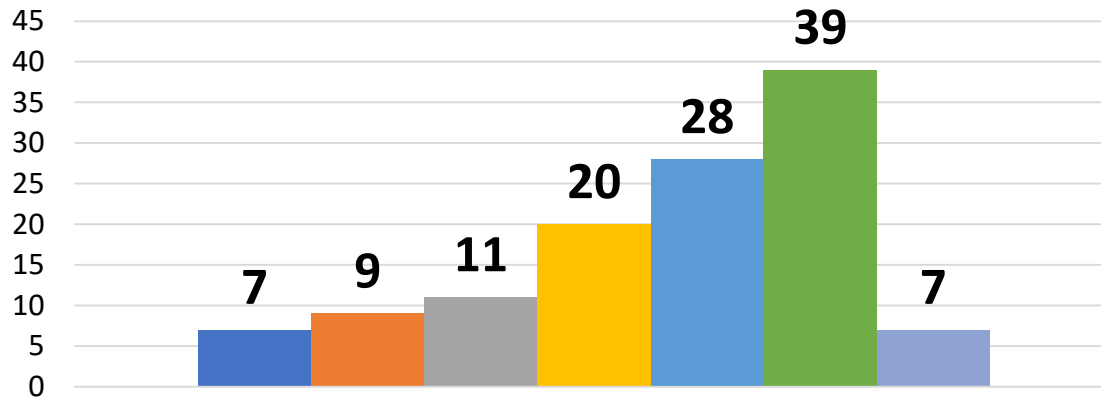
จำนวนผู้ป่วย Palliative care ที่เข้าสู่กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคอง



■ จำนวนผู้ป่วย Palliative ทั้งหมด	50	43	81	98	97	105	14
■ จำนวนผู้ป่วย PC ที่เป็น CA	46	28	39	65	57	64	9
■ จำนวนผู้ป่วย PC ที่เป็น Non-CA	8	15	42	33	47	41	5

ผู้ป่วย Palliative care เข้าถึงบริการและกระบวนการดูแลแบบประคับประคอง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเนื่องจากก่อนหน้าเน้นในผู้ป่วยที่เป็นเฉพาะ CA เมื่อมีการปรับปรุง Flow การค้นหาผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ของกระทรวง จึงทำให้ผู้ป่วย Non-CA ได้เข้าถึงระบบบริการเพิ่มมากขึ้น

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions) outcome เรื่อง การเข้าถึงบริการ (ยามอร์ฟินในการบรรเทาปวด)



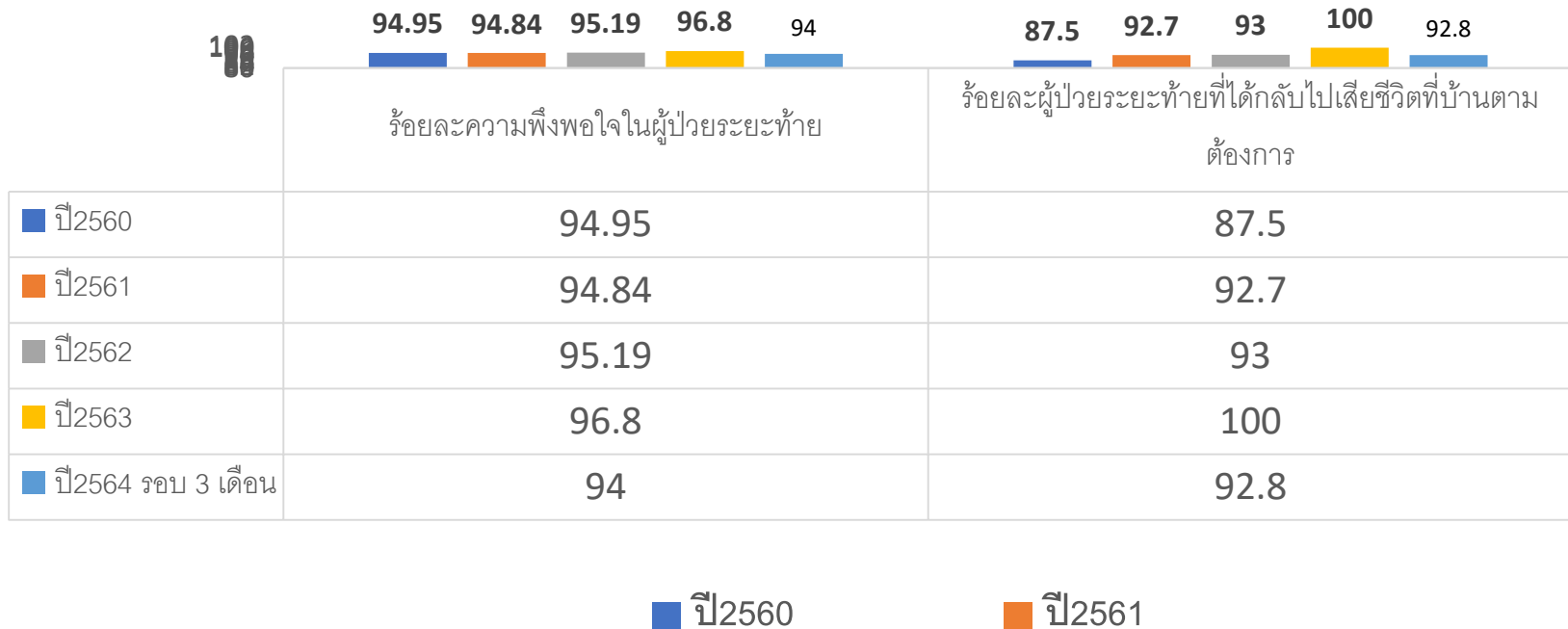
จำนวนผู้ป่วยเข้าถึงยามอร์ฟิน (ราย)



มีการจัดทำ CPG การจัดการอาการปวด และ คู่มือการใช้ยา opioid (แนวทางเดียวกันทั้งเขตสุขภาพที่ 3)

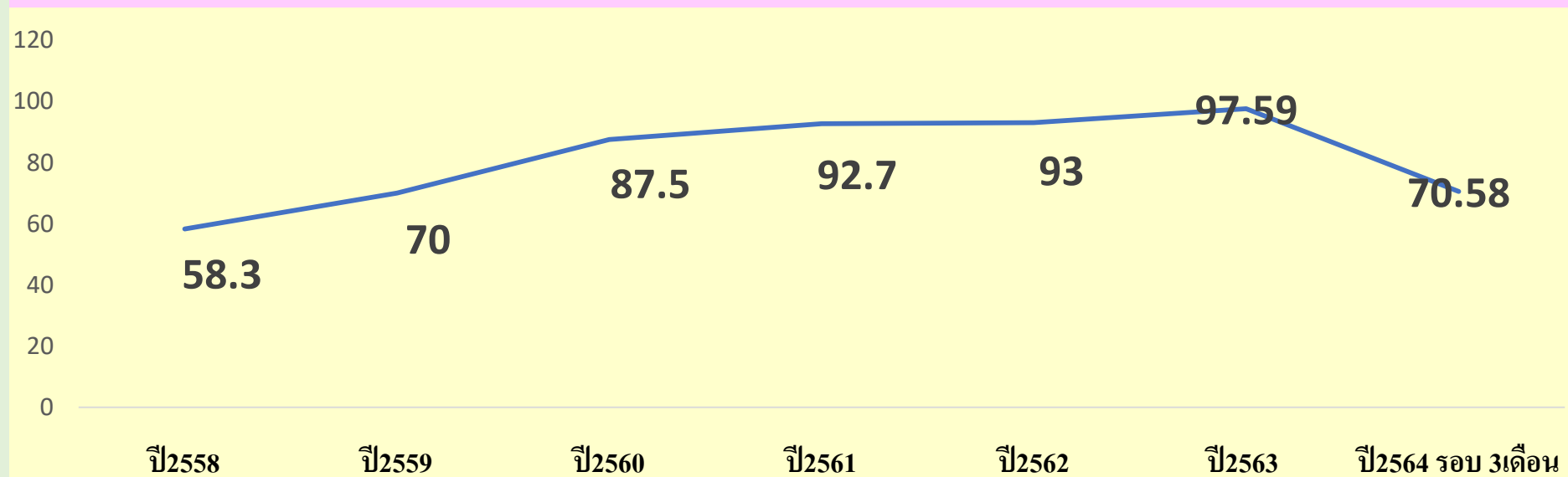
ทำให้ผู้ป่วยระดับประคอง เข้าถึงยามอร์ฟินในการบรรเทาปวด สูงขึ้นจากปี 58 จนกระทั่งถึงปี 2563

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions) outcome เรื่อง ความพึงพอใจ & การตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย



- จากผลการประเมินความพึงพอใจการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ความพึงพอใจต่อการดูแลผู้ป่วยของทีมผู้รักษาโดยรวมมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80
- จากผลการเก็บข้อมูล ร้อยละผู้ป่วยที่ได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านตามความต้องการ พบว่าการตอบสนองความต้องการผู้ป่วยได้กลับไปเสียชีวิตที่บ้านผ่านเกณฑ์เป้าหมายมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 80

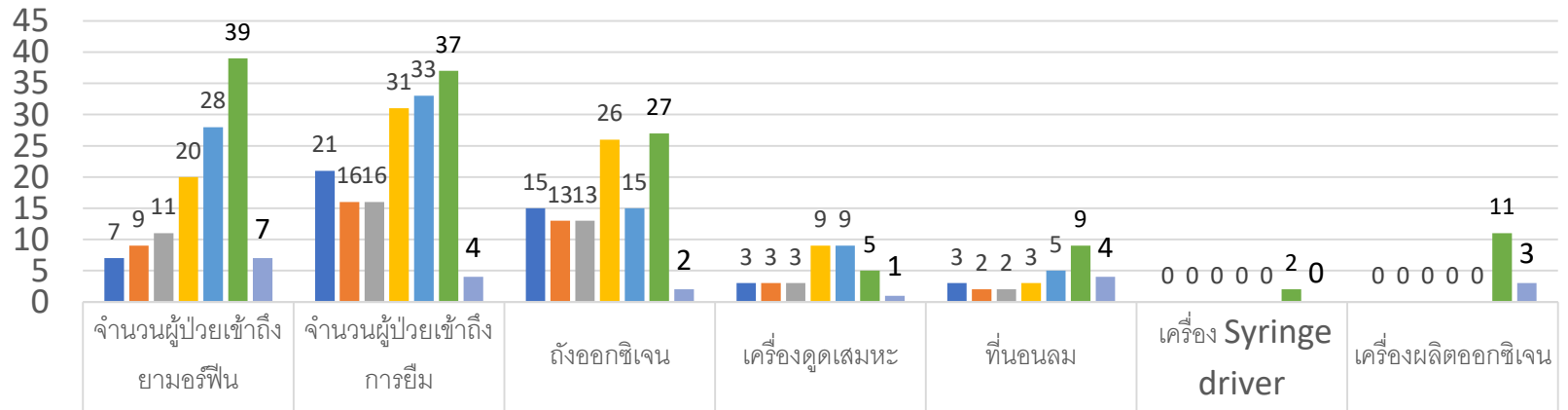
ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions) outcome เรื่อง การดูแลต่อเนื่อง Continuity of Care ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



ร้อยละของผู้ป่วยแบบประคับประคองได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

จากการวิเคราะห์กราฟ ผู้ป่วยPalliative care ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในปี 2564 รอบไตรมาสที่ 1 ลดลงเหลือร้อยละ 70.58 เนื่องจาก เป็นช่วงCovid และ เป็นช่วงคัดกรอง DM/HT เจ้าหน้าที่มีภาระงานเยอะ ไม่สามารถออกเยี่ยมและมาคีย์ข้อมูลเยี่ยมได้ทัน

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)
 outcome เรื่อง การเข้าถึงบริการ
 (ยามอร์ฟินในการบรรเทาปวด / การยืมอุปกรณ์)



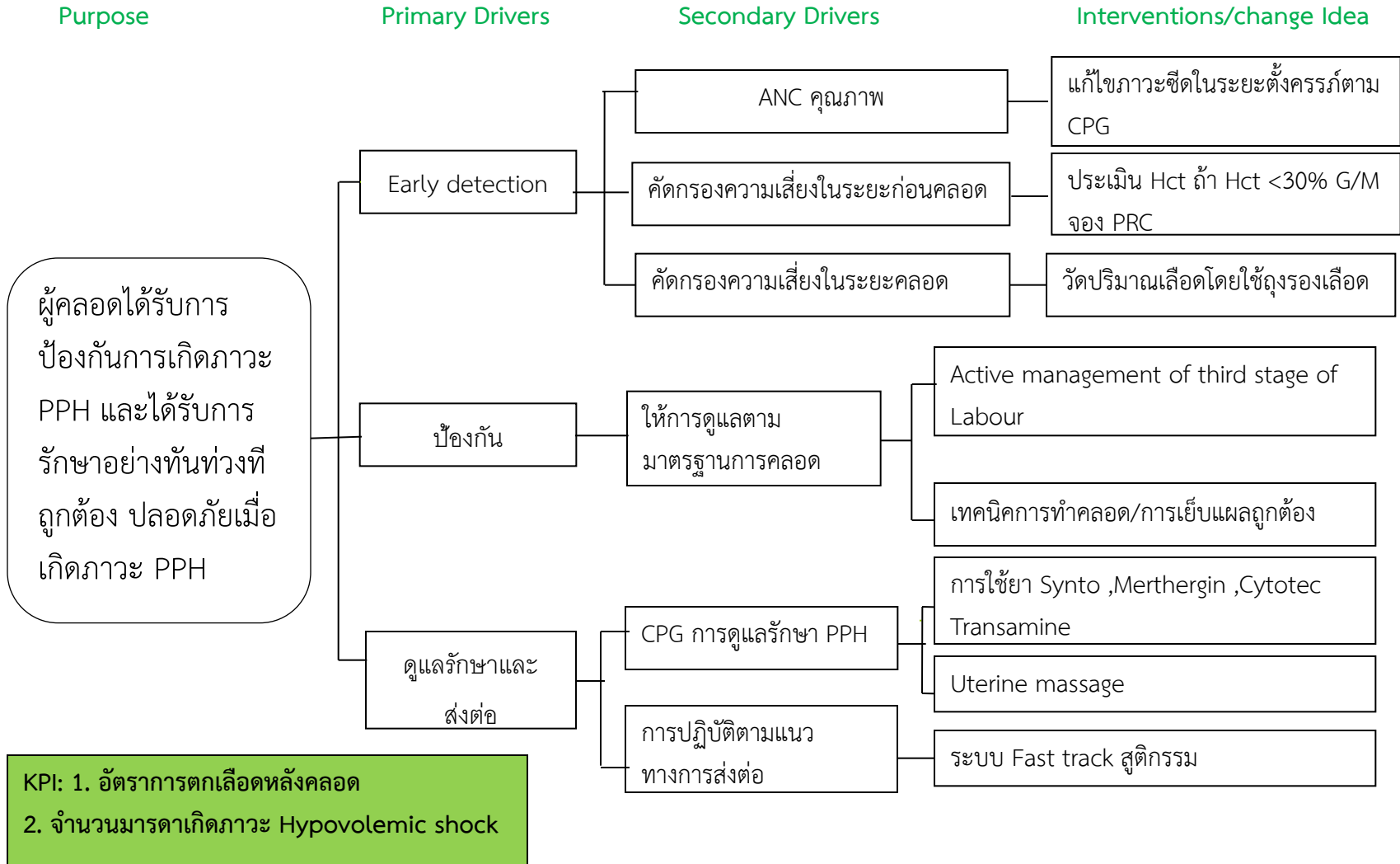
ปี2558 ปี2559 ปี2560 ปี2561 ปี2562 ปี2563 ปี2564 รอบ3 เดือน

ปี 2563 เราได้รับบริจาค อุปกรณ์เพิ่มเติมในคลังอุปกรณ์ ได้แก่
 เครื่องผลิตออกซิเจน 6 เครื่อง และเครื่อง Syringe driver มาเพื่อใช้กับผู้ป่วย Palliative care

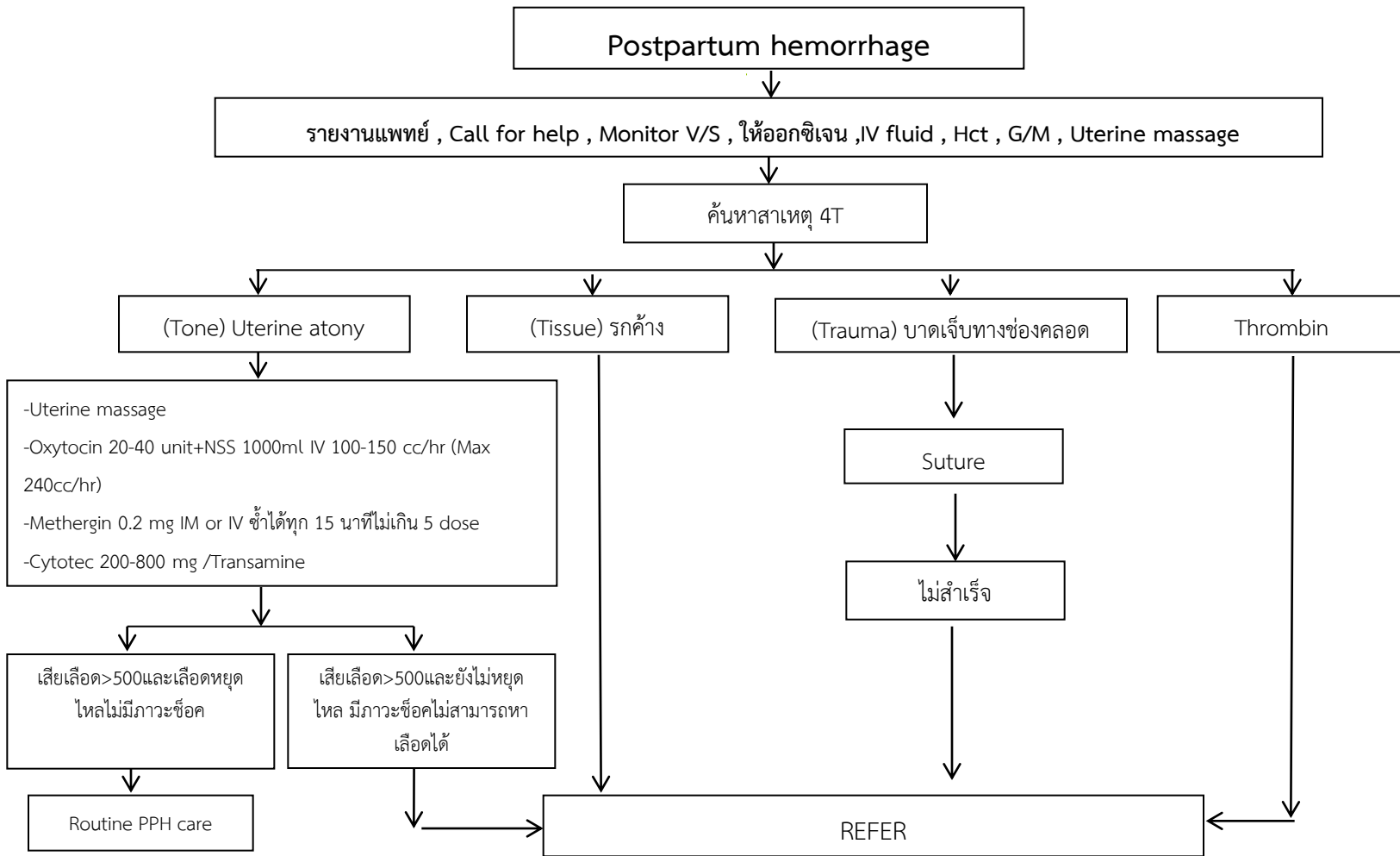
CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

PPH

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)



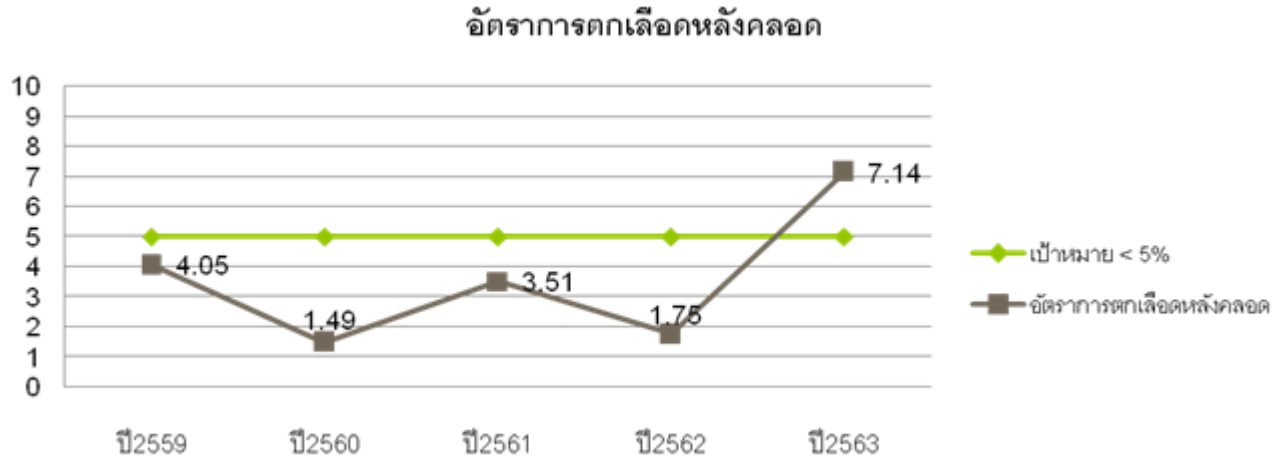
Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วย PPH



การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ process requirement	ตัวชี้วัดของกระบวนการ process indicator	การออกแบบกระบวนการ process design
Access &Entry	ประสิทธิภาพรวดเร็ว	จำนวนหญิงฝากครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PPH	-แนวทางการประเมินความเสี่ยงในการตกเลือดที่ ANC -มีสติ๊กเกอร์ติดที่สมุด ANC
Assessment	ถูกต้อง รวดเร็ว	จำนวนหญิงรอกคลอด ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิด PPH	-แนวทางการประเมินความเสี่ยงในการตกเลือดที่ห้องคลอด -Hct ก่อนคลอดทุกราย
Plan of care	รวดเร็ว ครอบคลุม ปลอดภัย	อัตราการตกเลือดหลังคลอด <5%	-Synto 10 unit m หลังทารกคลอดไหล่หน้า -การใช้ถุงรองเลือดเพื่อประเมินการสูญเสียเลือด -PPH box set
Discharge planing	การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ	การเยี่ยมหลังคลอด	-ส่งต่อข้อมูลผ่านระบบ COC

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



อัตราการตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นทุกปี แต่ไม่เกินค่าเป้าหมายและมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในปี 2563 จากการทบทวนพบว่าปี 2559-2560 ไม่มีภาวะHypovolemic shock

ปี 2561 พบมารดาตกเลือด 2 รายเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีและเกิดภาวะ Hypovolemic shock 1 ราย ส่งต่อไป รพ.พิจิตร ได้มีการทบทวนและปรับ CPG / standing order for PPH / PPH box set / ใช้ถุงรองเลือดทุกรายเพื่อประเมินปริมาณเลือดที่ออกอย่างแม่นยำ และเพื่อ Early detect

ปี 2562 พบมารดาตกเลือด 1 รายสาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีได้ปฏิบัติตาม CPG และ detect ได้เร็วทำให้มารดาไม่เกิดภาวะ Hypovolemic shock

ปี 2563 พบมารดาตกเลือด 3 รายสาเหตุเกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดี ทั้ง 3 ราย ไม่ต้องส่งต่อ ไม่มีภาวะ Hypovolemic shock ทางหน่วยงานปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ มีระบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดในทุกระยะของการคลอด มีถุงรองเลือดมาใช้ในการตรวจปริมาณเลือดอย่างแม่นยำ มีระบบ consult Dr. To Dr. และมีระบบ Fast track สูติกรรม เพื่อการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้มารดาเกิดความปลอดภัย ไม่พบอัตราตายมารดาจากการตกเลือดหลังคลอด

Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนาการวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
ภาวะตกเลือดหลังคลอด	<ul style="list-style-type: none"> - ป้องกันและลดภาวะตกเลือดหลังคลอด - มารดาตกเลือดหลังคลอดได้รับการดูแลรวดเร็ว 	<ul style="list-style-type: none"> - การค้นหาความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด - การใช้ถุงรองเลือด - การใช้ Active management - การรักษาภาวะ Anemia หลังคลอด 	<p>วินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอดได้เร็ว ทำให้การรักษามารดาหลังคลอดที่ตกเลือดได้ทันเวลาที่และมีประสิทธิภาพครบถ้วนและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน</p>

Plan :แผนการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. การประเมินการเสียเลือดหลังคลอดให้ครอบคลุม วัสดุซับเลือด
2. ทบทวนแนวทางการปฏิบัติงานและประเมิน competency ของผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด

(Purpose, Driver Diagram, & Indicator for Stroke Rehabilitation)

Purpose

เป้าหมาย :

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่
ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL
ดีขึ้น

อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
รายใหม่ที่ได้รับการฟื้นฟู
สมรรถภาพมี ADLดีขึ้น $\geq 80\%$

Primary Drivers

การเข้าถึงและการเข้ารับ
บริการของผู้ป่วย

การประเมินผู้ป่วย

การดูแลรักษา

การส่งต่อ

Secondary Drivers

1.ผู้ป่วย/ญาติมีความรู้และเข้าใจการฟื้นฟู
สมรรถภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
2.การเข้าถึงกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

มีแนวทางการประเมิน
ตามมาตรฐานวิชาชีพ
กายภาพบำบัด

ปฏิบัติตาม CPG การดูแลผู้ป่วย
stroke(กระบวนการฟื้นฟูฯ)

ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย stroke

Interventions/Change Idea

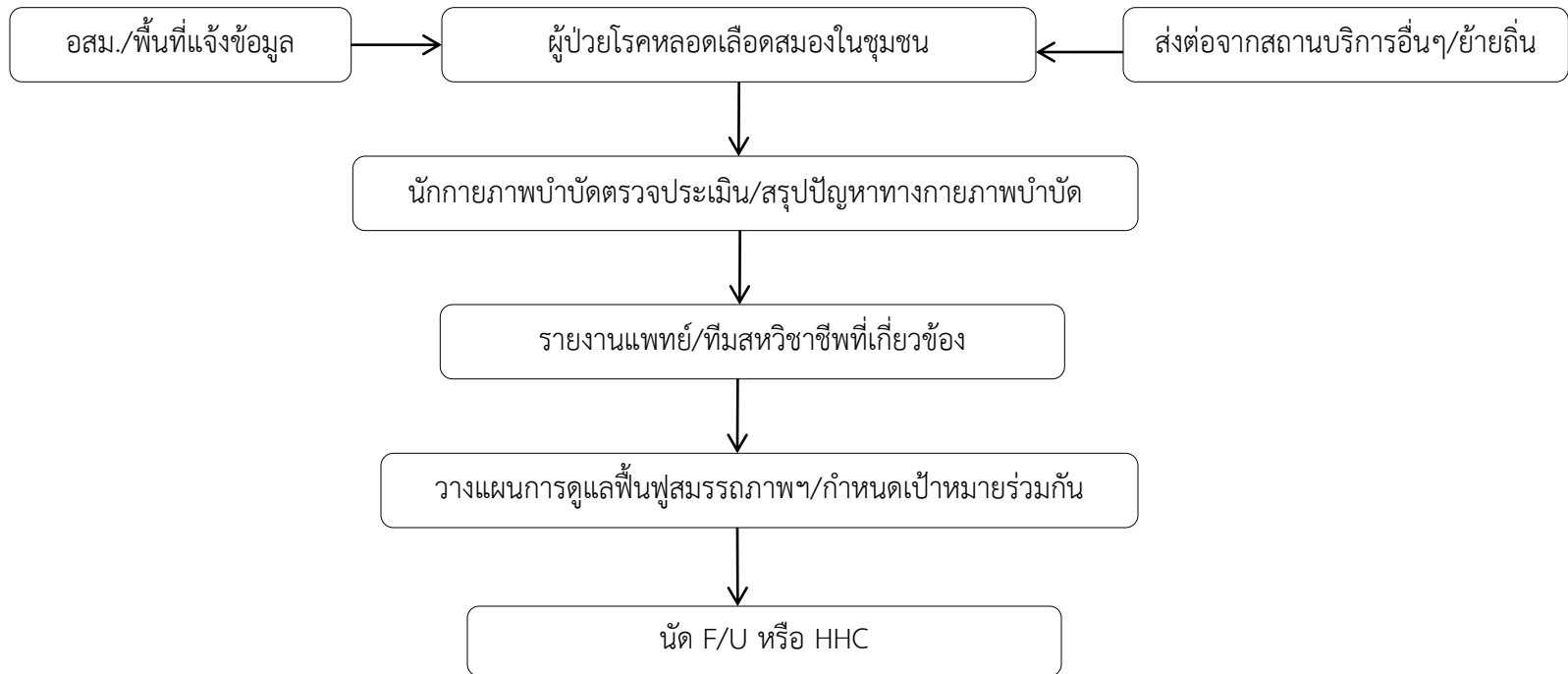
- ประชุมชี้แจงแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ฯให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- สร้างช่องทางการส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน
- อบรม แกนนำ จิตอาสา และ อสม.เชี่ยวชาญด้านการ
ฟื้นฟูสมรรถภาพฯ
- พัฒนาระบบ IMC เพื่อดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย
- ให้คำแนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพและสอนญาติ/ผู้ดูแล
ทำHome program

- ใบรายงานผู้ป่วยในงานกายภาพบำบัด
- progression note
- แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน(ADL) Barthel
Index Score

- ให้บริการฟื้นฟูฯตามมาตรฐานวิชาชีพ
กายภาพบำบัด
- IMC
- Home program/Ward Program
- HHC

- ประสาน รพสต.หรือเครือข่ายชุมชน เพื่อร่วมกัน
ดูแลผู้ป่วยในชุมชน
- สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารผ่าน ระบบ Social
หรือ Line group

Flow chart แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

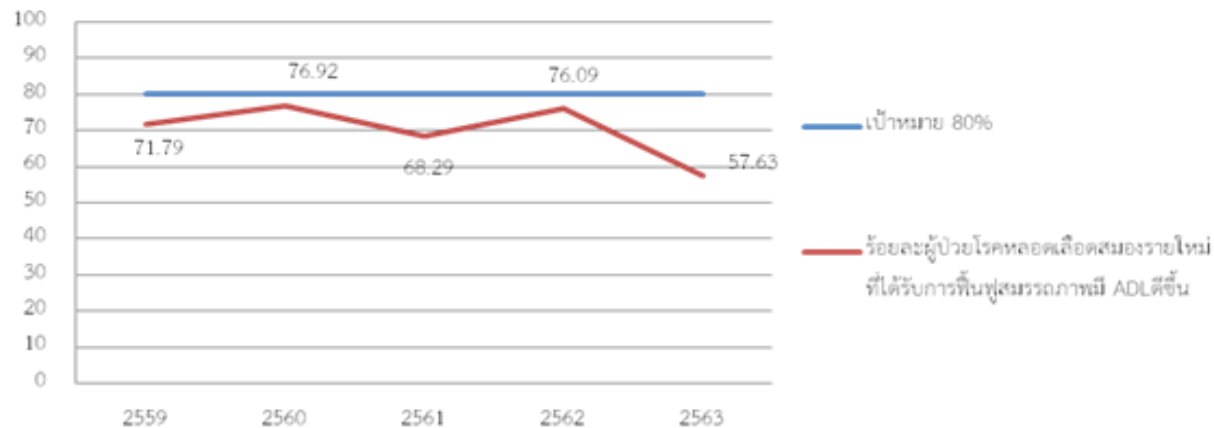


การจัดการกระบวนการ (Process Management for Stroke Rehabilitation)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Entryการเข้าถึงและเข้ารับบริการ	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ได้รับ/เข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	- อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น $\geq 80\%$	-ประชุมชี้แจงแนวทางในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -CPG stroke -สร้างช่องทางการแจ้งหรือส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน -อบรม แกนนำ จิตอาสา และ อสม.เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ -จัดตั้งและพัฒนาระบบ IMC เพื่อดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย
Assessment การประเมินผู้ป่วย	ประเมินผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัดอย่างถูกต้อง ครอบคลุมและปลอดภัย		-ใบรายงานผู้ป่วยในงานกายภาพบำบัด -progression note -แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน(ADL) Barthel Index Score
Plan of Careการดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพฯตามมาตรฐานวิชาชีพกายภาพบำบัด	- อัตราของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น $\geq 80\%$	-ทีมสหวิชาชีพจะกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม โดยอาจมีผู้ป่วยและหรือญาติร่วมด้วย -การให้ Ward program ขณะ admit และ Home program ก่อน D/C- -สื่อความรู้/แผ่นพับ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง -HHC -แบบประเมินเยี่ยมบ้านงานกายภาพบำบัด
Continuity of Care Patient	วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	มีการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม	-ทีมสหวิชาชีพจะกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟูอย่างเหมาะสม โดยอาจมีผู้ป่วยและหรือญาติร่วมด้วย
Communication	การประสานส่งต่อ		-ประสาน รพสต.หรือเครือข่ายชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน -สร้างช่องทางติดต่อสื่อสารผ่าน ระบบ Social หรือ Line group
Re-assess	การประเมินผู้ป่วยซ้ำขณะดูแล		-นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือตามความเหมาะสม

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

ร้อยละผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น



อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพมี ADL ดีขึ้น ยังไม่บรรลุเป้าหมาย ในปีงบประมาณ 2563 (9 เดือน) จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ทั้งหมด 59 ราย ได้รับการฟื้นฟูต่ำกว่าเป้าหมายมากจากการทบทวนพบว่าสาเหตุเนื่องจาก

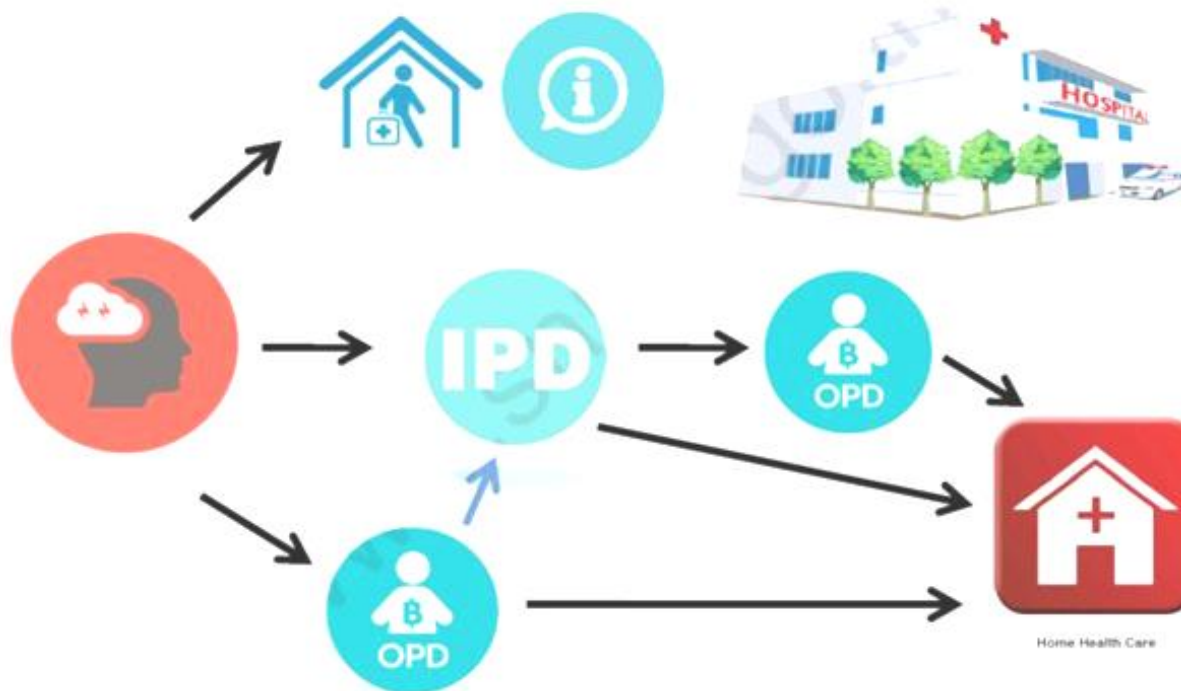
1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอยู่นอกเขตบริการ/ย้ายที่อยู่ จำนวน 7 ราย
3. ผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน 5 ราย
3. ได้รับผลกระทบจากการระบาดของ COVID-19 ไม่ได้ออกให้บริการต่อเนื่องในชุมชน(HHC) จำนวน 25 ราย

Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
<p>การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</p>	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีADL ดีขึ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1.ประชุมชี้แจงCPG stroke กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2.แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน(ADL) Barthel Index Score 3.การให้ Ward program ขณะ admit และ Home program ก่อน D/C- 4. สร้างช่องทางการแจ้งหรือส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน 5.อบรม แกนนำ จิตอาสา และ อสม.เชี่ยวชาญด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ 6.จัดตั้งและพัฒนาระบบ IMC เพื่อดูแลผู้ป่วยตามกลุ่มเป้าหมาย 7.สื่อความรู้/แผ่นพับ การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 8.แบบประเมินเยี่ยมบ้านงานกายภาพบำบัด 9.ประสาน รพสต.หรือเครือข่ายชุมชน เพื่อร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชนHHC 10.นักกายภาพบำบัดติดตามเยี่ยมบ้านหลังจากจำหน่ายสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 	<p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและมีADL ดีขึ้นกว่าเดิม ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย</p>

Plan : แผนการพัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

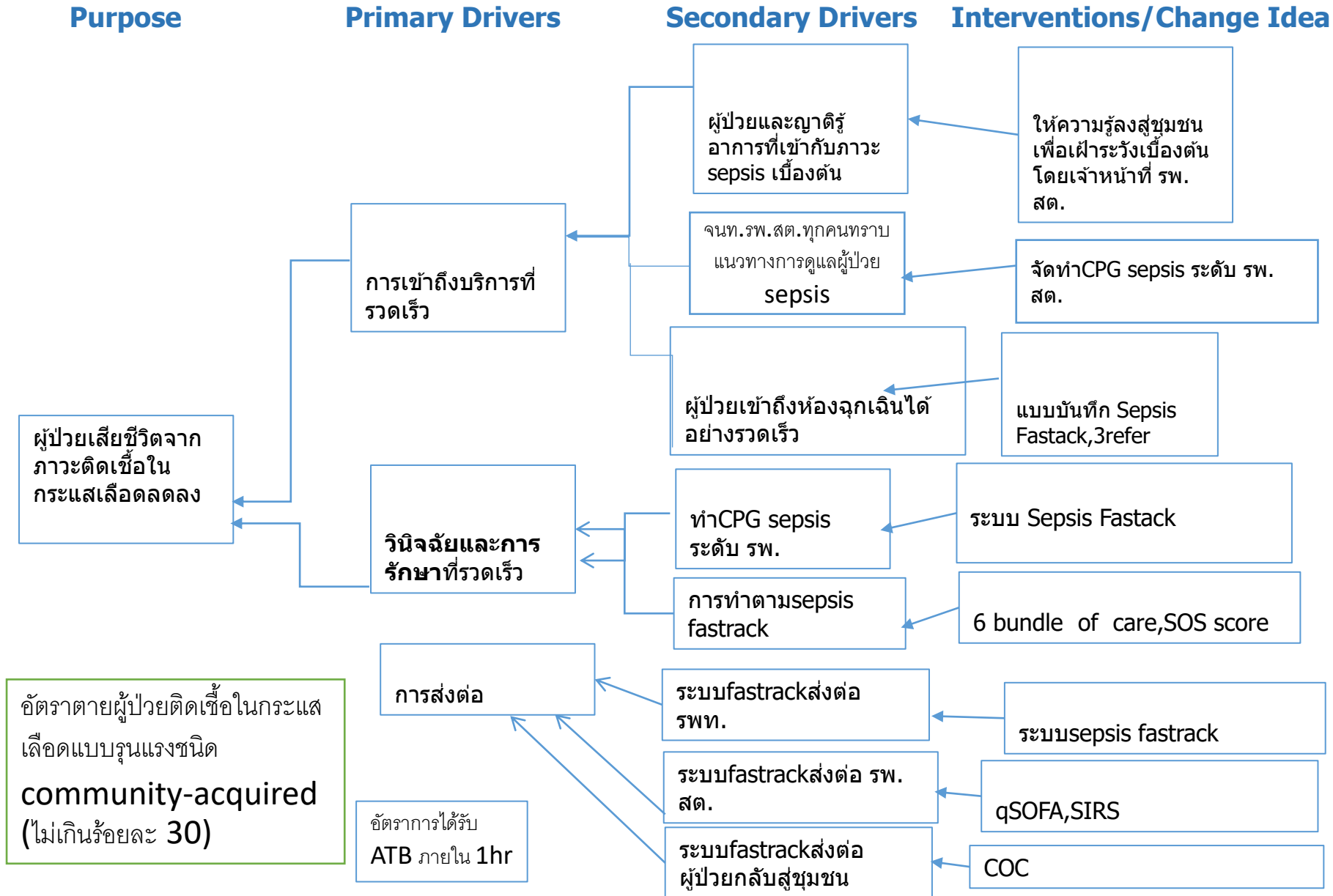
- พัฒนาระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเชิงรุก ในชุมชน ให้เกิดความต่อเนื่อง
- สร้างเครือข่าย และพัฒนาศักยภาพ อสม. แกนนำ จิตอาสาด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและครอบคลุมทุกพื้นที่



CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

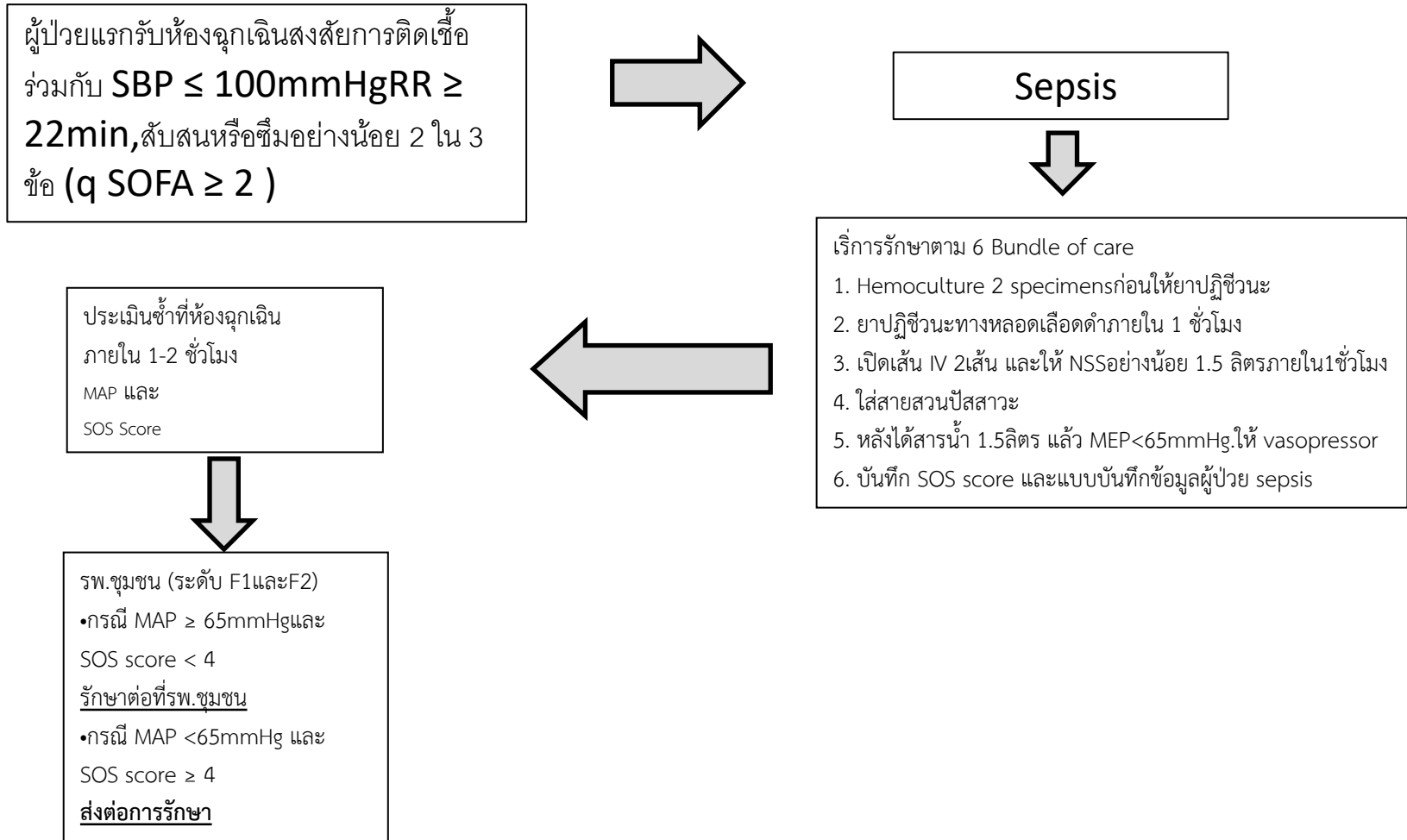
SEPSIS

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)



Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรค..Sepsis...

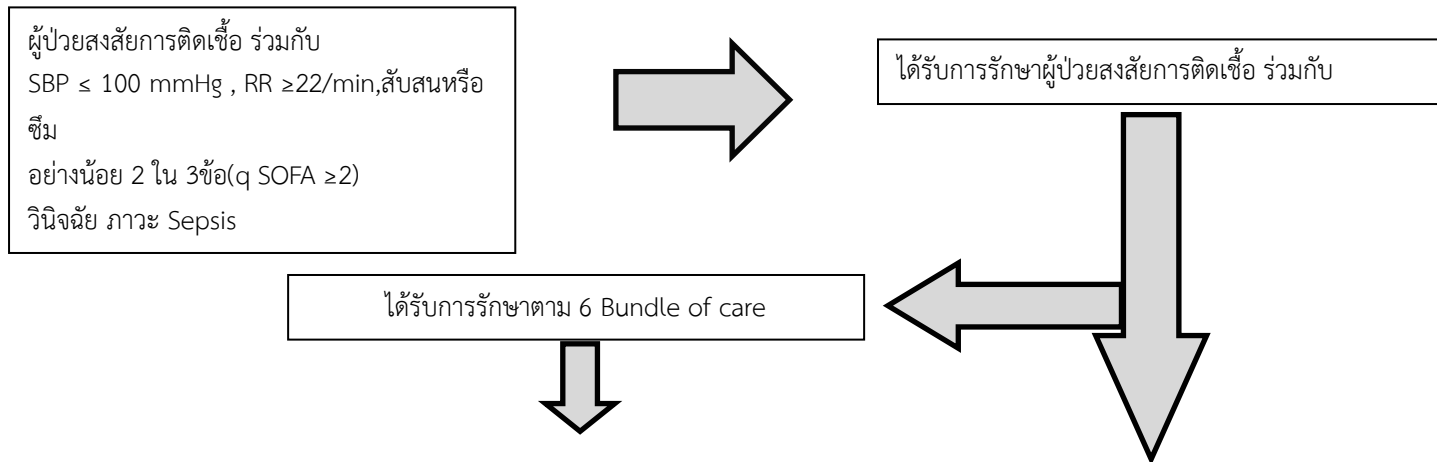
แผนผังการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแรกรับที่ห้องฉุกเฉิน



เขียน flowchart ที่ทำให้เห็นภาพรวมของกระบวนการดูแลตั้งแต่ต้นจนจบ เน้นกระบวนการสำคัญของโรคที่นำเสนอ
ควรระบุประเด็นคุณภาพสำคัญ/ความเสี่ยงในแต่ละขั้นตอนลงไปในแต่ละขั้นตอนต่างๆ ของ flowchart ด้วย

Process Flowchart ของการดูแลผู้ป่วยโรค ..Sepsis...

- กรณีอยู่ในหอผู้ป่วยให้รายงานแพทย์ให้ทราบ บันทึกสัญญาณชีพ 15 นาที และ SOS score ทุก 1 ชั่วโมงและค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลง

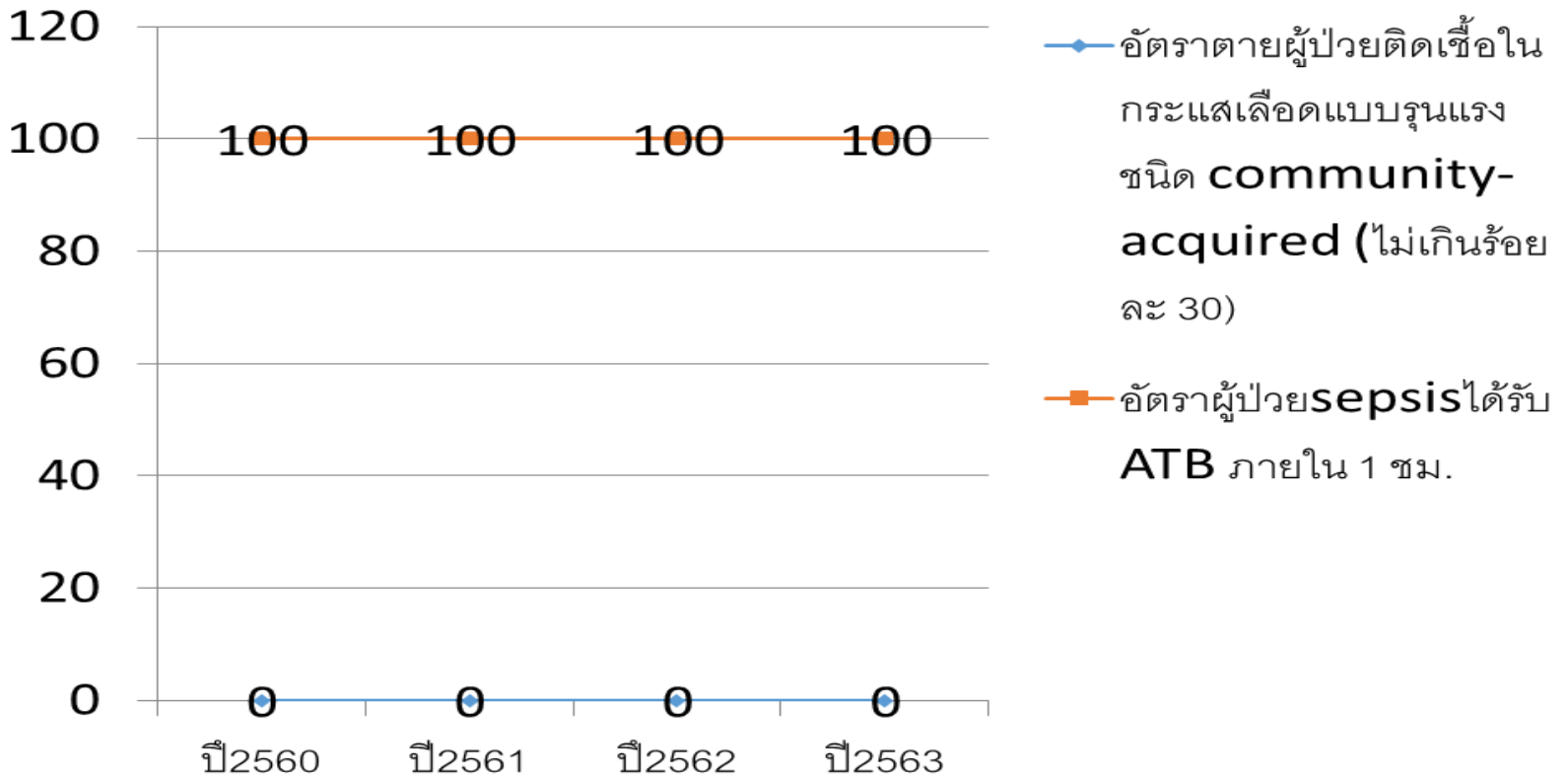


- ประเมินสัญญาณชีพ และ SOS score แรกรับที่ห้องฉุกเฉิน
- บันทึกข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล
- ให้การรักษา สืบค้นหาเหตุ และติดตามผู้ป่วยตามแนวทางคำสั่งการรักษา
- กรณี MAP < 65 mmHg ให้ประเมินการตอบสนองต่อการให้สารน้ำ (Fluid responsiveness) เช่น Fluid challenge test, IVC collapsibility index
- พิจารณาทำ Central venous catheterization กรณีได้ High dose vasopressor หรือ Hypotension หลังจากได้สารน้ำ อย่างน้อย 3 ลิตร
- กรณี Sepsis Fast Tract ที่มีภาวะทางเกินการไหลล้มเหลว, ต้องให้การรักษาทดแทนไต หรือ ได้ High dose Vasopressor (เช่น Norepinephrine 4mg+5% DW 100ml \geq 15ml/hr) ให้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเวชบำบัดวิกฤต

การจัดการกระบวนการ (Process Management) for Sepsis

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Entry	รวดเร็ว	อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดลดลง	-จัดทำCPG Sepsis เชื่อมโยงทั้งเครือข่าย -ให้ความรู้ลงสู่ชุมชนเพื่อเฝ้าระวังเบื้องต้น
Assessment, Diagnosis	การประเมินผู้ป่วยได้รวดเร็วและถูกต้อง		การนำ qSOFA และSOS scoreมาใช้ในการประเมินผู้ป่วย
Investigation	การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างถูกต้อง	อัตราการได้ทำ H/C ก่อนให้ATB	การได้รับการตรวจH/C ก่อนให้ATB
Plan of Care	การวางแผนการดูแลถูกต้อง	อัตราการได้รับATB ภายใน 1 ชม. หลังวินิจฉัยsepsis	ใช้ 6 bundle of care for sepsis
Reassess	การประเมินผู้ป่วยซ้ำขณะดูแล		การใช้ SOS score
Communication	การประสานส่งต่อ		ระบบFast track sepsis
Continuity of Care	การวางแผนจำหน่าย		ระบบCOC

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



ปี 2558 ใช้แนวทางSIRS ในการประเมินผู้ป่วยsepsis

ปี 2559 จัดทำCPG sepsis

ปี 2561 พัฒนา CPG โดยใช้bundle of care

ปี 2562 พัฒนาระบบ Sepsis Fast track

ปี 2563(9เดือน) พัฒนาระบบ Sepsis Fast track ต่อเนื่องและใช้ sepnets ในการลงข้อมูลเพื่อเชื่อมข้อมูลระดับเขต

การพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
อัตราผู้ป่วยsepsisได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.	100%	<ol style="list-style-type: none">1. การประชุมชี้แจงCPG sepsis กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง2. พัฒนาระบบ sepsis fast track ต่อเนื่องในภาพเครือข่าย3. มีการใช้ระบบ Sepnet เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยเพื่อความรวดเร็วในการรักษา	ในปี 2563ผู้ป่วย sepsis ได้รับATB ภายใน 1 ชม. คิดเป็น 100 %

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

STEMI

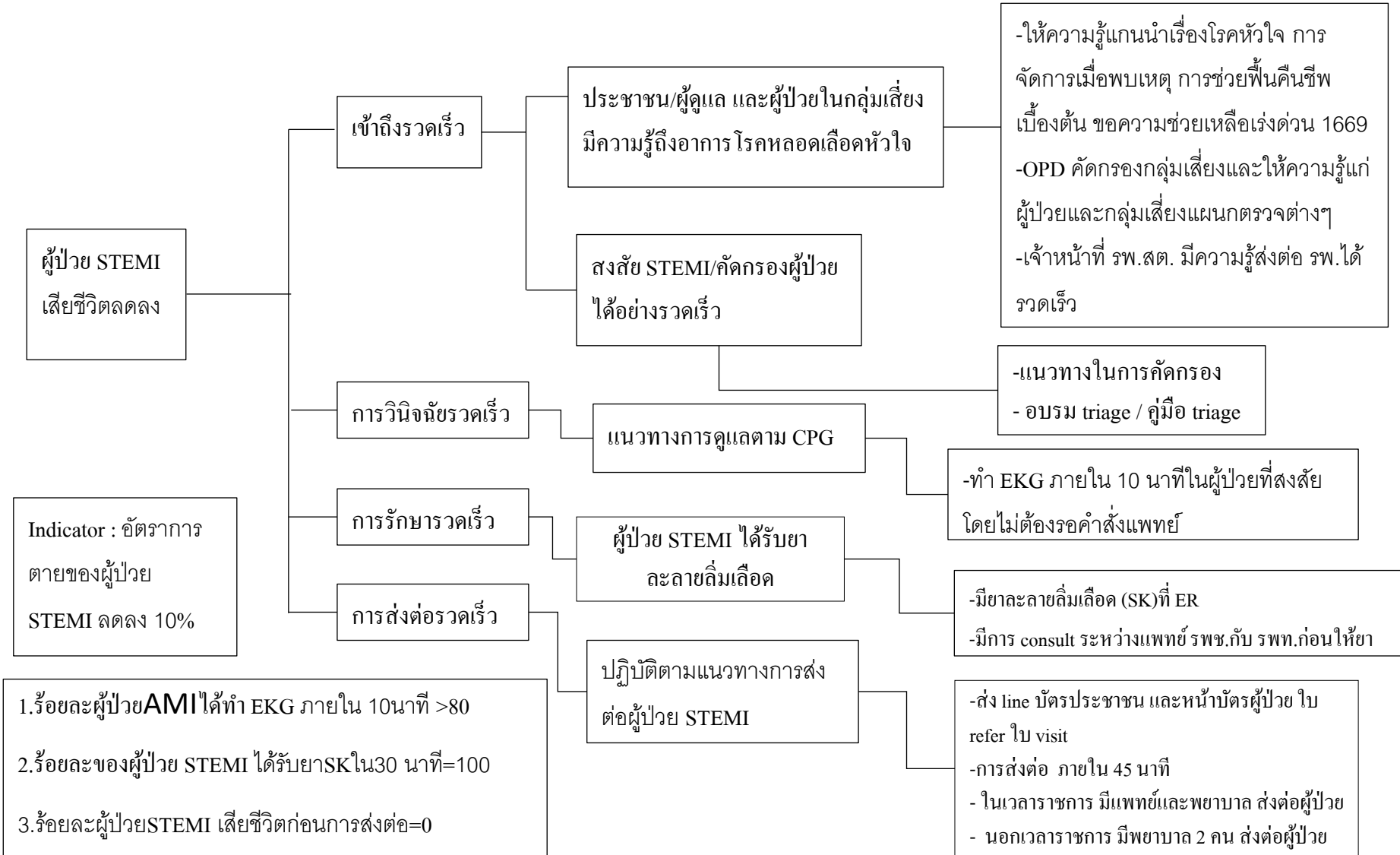
เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator for STEMI)

Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Interventions/Change Idea



แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
สำหรับ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

ผู้ป่วยสงสัย หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

- เจ็บหน้าอก ราวไปกราม/แขน ระยะปวดมักนานมากกว่า 20 นาที ไม่ทุเลา (กรณีมีโรคหัวใจขาดเลือดเดิม)
- จุกแน่นใต้ลิ้นปี่/คลื่นไส้
- วูบ เป็นลม เหงื่อแตก ตัวเย็น
- เหนื่อย นอนราบไม่ได้



1. โทร 1669 แจ้งอาการ + ONSET ทันที
2. ประเมิน
 - V/S (2 ครั้ง) ถ้า BP > 180/110 หรือ < 90/60 ให้นอนในท่าที่ ผู้ป่วยรู้สึกสบายที่สุด ไม่จำเป็นต้องนอนราบ (ถ้าเหนื่อยห้ามนอนราบ)
 - Pain score ถ้า -----> 7 แจ้ง รพ.เพิ่มเติมทันที
 - O2 sat ถ้า O2 sat < 90% ----->O2 support 3 LPM
- 3.รายงานแพทย์

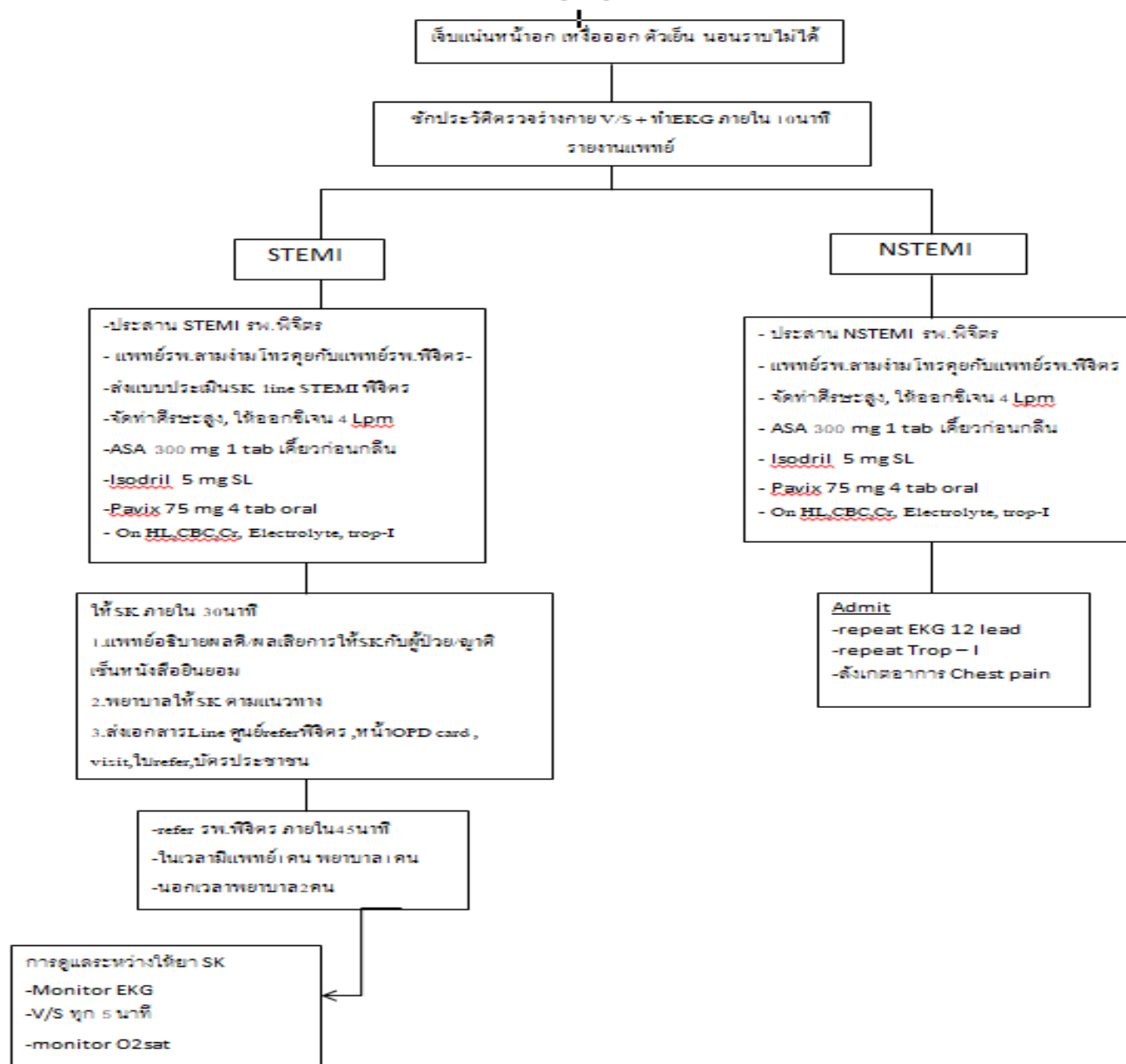


ดูแลเบื้องต้น

1. Monitor V/S, Pain score ทุก 15 นาที
2. ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าสบายที่สุด ขยับตัวให้น้อยที่สุด ถ้าเคยมีประวัติเป็นโรคหัวใจชัดเจน มียาอมใต้ลิ้นติดตัว พิจารณาให้ชื่อยาอมใต้ลิ้นได้ (หลังประเมิน V/S > 90/60)
3. NSS 1,000 ml iv..... ml/hr **แขนซ้าย** (พิจารณาตามความเหมาะสม)
4. LAB CBC,BUN,Cr,E'lyte,Trop-T,PT,PTT,INR,BS,Lipid Profile
5. แจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่ญาติ/ผู้ป่วย และนำส่งผู้ป่วยพร้อมญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษา

Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI

แนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI



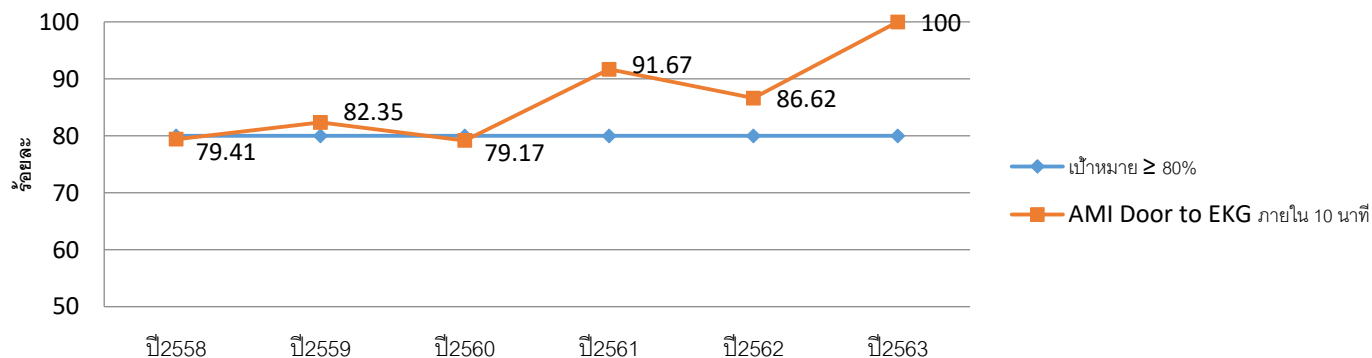
การจัดการกระบวนการ (Process Management for STEMI)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การเข้าถึงและเข้ารับบริการ	รวดเร็ว	-จำนวนการเข้าถึง ระบบ EMS -จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับการคัดกรองผิดพลาด	1.จัดทำแบบคัดกรองผู้ป่วย chest pain pathway 2.กำหนดแนวทางการซักประวัติให้ศูนย์เปล ห้องบัตร ประชาสัมพันธ์ OPD ER 3.ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 4.ให้ความรู้ผ่านสื่อต่างๆทั้งในและนอก รพ. 5.ประชาสัมพันธ์ 1669 6.การคัดกรองผู้ป่วยโดยพยาบาล
การประเมินผู้ป่วย	การประเมินผู้ป่วยได้ถูกรวดเร็วและถูกต้อง	Door to EKG ภายใน 10 นาที	การปฏิบัติตามแนวทาง CPG
การวางแผน/การดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว	จำนวนผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด ภายใน 30 นาที	1.การ consult แพทย์ รพ.พิจิตร การให้ SK 2.การดูแลตามแนวทางการให้ยาละลายลิ่มเลือด
การจำหน่าย	รวดเร็ว ปลอดภัย	STEMI refer ภายใน 45 นาที	ดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง STEMI fast track -ในเวลาแพทย์ไป refer กับพยาบาลด้วย -นอกเวลาพยาบาลไปrefer 2คน

ร้อยละผู้ป่วย AMI Door to EKG ภายใน 10 นาที

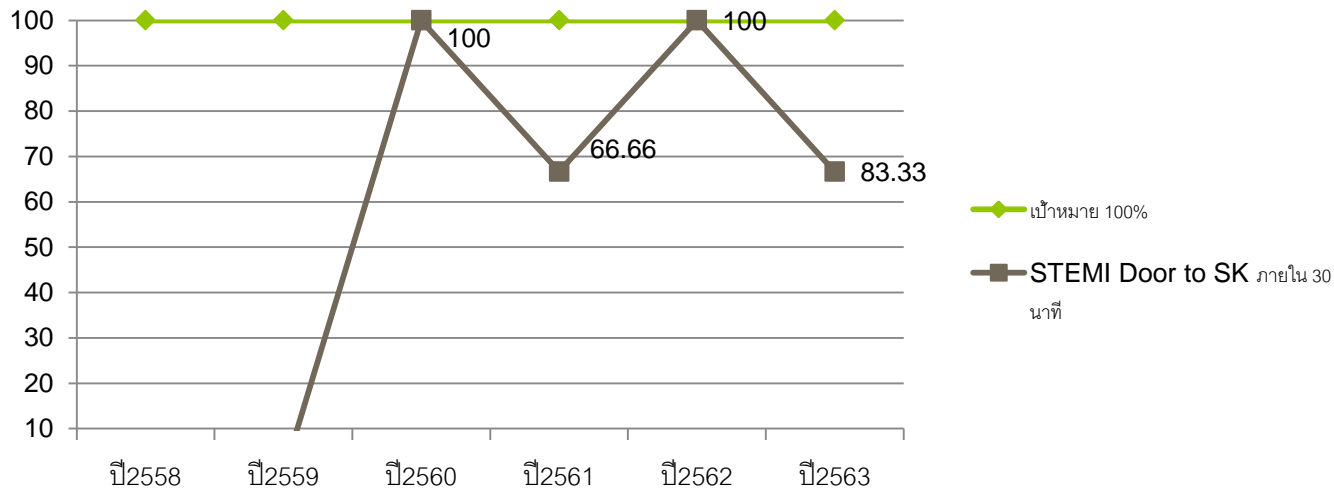
ตัวชี้วัด	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
ร้อยละผู้ป่วย AMI Door to EKG ภายใน 10 นาที ≥ 80	79.41	82.35	79.17	91.67	86.62	100

ร้อยละผู้ป่วย AMI Door to EKG ภายใน 10 นาที



ร้อยละผู้ป่วย AMI ได้ทำ EKG ทันภายใน 10 นาที มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการทบทวนพบว่าผู้ป่วยมาด้วยอาการอื่นๆ จึงปรับแนวทางในการตรวจ EKG ในผู้ป่วยที่มาด้วย เวียนศีรษะ เหงื่อออกมาก ตัวเย็น จุดแน่นท้อง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลได้รวดเร็วมากขึ้น

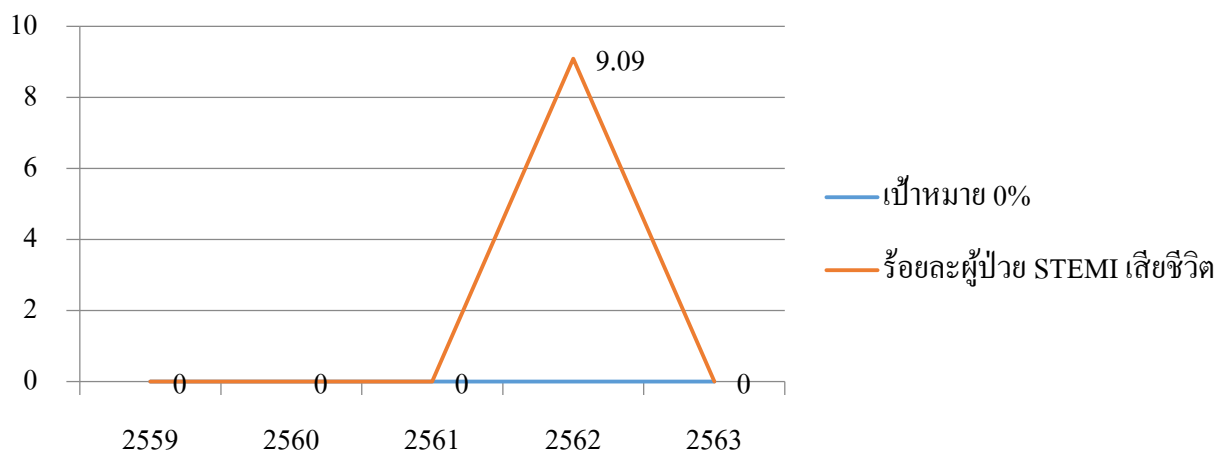
ตัวชี้วัด	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to SK ภายใน 30 นาที (เป้าหมาย 100%)	0	0	100	66.66	100	66.66



รพ.สามง่ามได้นำยาSK มาใช้ใน ปี พ.ศ. 2559 ไม่มีผู้ป่วยSTEMI ที่ได้รับ SK , ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน 30 นาที จำนวน 1 ราย ปี พ.ศ.2561มีผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK จำนวน 3 ราย ไม่ทันเวลาจำนวน 1 ราย เนื่องจากรอ consult แพทย์เฉพาะทาง รอดผลเลือด ให้ SK ก่อน Refer ผู้ป่วยมีโรคร่วมหลายโรค BP drop ,รอดผลเลือด,อาการไม่ชัดเจน , ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK ภายใน 30 นาที จำนวน 1 ราย และ ปี พ.ศ. 2563 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK จำนวน 6 ราย ทันเวลาภายใน 30 นาที จำนวน 5 ราย และไม่ทันเวลาภายใน 30 นาที จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 ไม่ถึงเกณฑ์เป้าหมาย เนื่องจาก ผู้ป่วยมารพ. 08.30น. มีอาการแน่นหน้าอก 07.30น. Consult แพทย์รพ.พิจิตรครั้งแรกไม่เหมือน STEMI มีอาการแน่นหน้าอกมากขึ้น 10.10น. จึง Consult แพทย์รพ.พิจิตรอีกครั้ง ให้ SK 10.30น.

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

ตัวชี้วัด	ปี2558	ปี2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตก่อนการส่งต่อทั้งหมด (เป้าหมาย 0)	0	0	0	0	9.09	0



ในปี พ.ศ.2562 มีผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต 1 ราย ผู้ป่วยมาด้วย เจ็บแน่นหน้าอก เหงื่อออกตัวเย็น E4V5M6 BP: วัดไม่ได้ O2sat: จับไม่ได้ แพทย์ตรวจเข้า STEMI Fast track ประสานส่งต่อ รพ.พิจิตร รพ.พิจิตร ให้ดูแลผู้ป่วยจน stable ก่อนส่งต่อขณะจะ refer ผู้ป่วย Arrest และเสียชีวิตในเวลาต่อมา และปีพ.ศ. 2563 ไม่มีผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต

Improvement summery

(สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยSTEMI	ผู้ป่วยSTEMI เข้าถึงบริการรวดเร็ว ป้องกันการเสียชีวิต	1.การทำEKG ในผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ เวียนศีรษะ เหงื่อออกตัวเย็น ผู้ป่วยฉุกเฉินได้ลิ้นปี่ได้รับการรักษาแล้วไม่ทุเลา ผู้ป่วยหอบเหนื่อย lung มี wheezing/crepitation โดยไม่มีประวัติเป็นCOPD, Asthma 2. การประชาสัมพันธ์การเข้าถึงกลุ่มอาการภาวะฉุกเฉินในโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มอายุตั้งแต่35ปีขึ้นไป 2.ให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ 4.มี CPG ระดับ รพ.สต. 5. พัฒนาการให้ยา SK	ผู้ป่วย AMIเข้าถึงการตรวจEKG ทันเวลา (Door to EKG. ใน 10 นาที) >80% ผู้ป่วยSTEMI ได้รับยาSK ยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ปี 2563 ไม่พบผู้ป่วยSTEMI เสียชีวิต

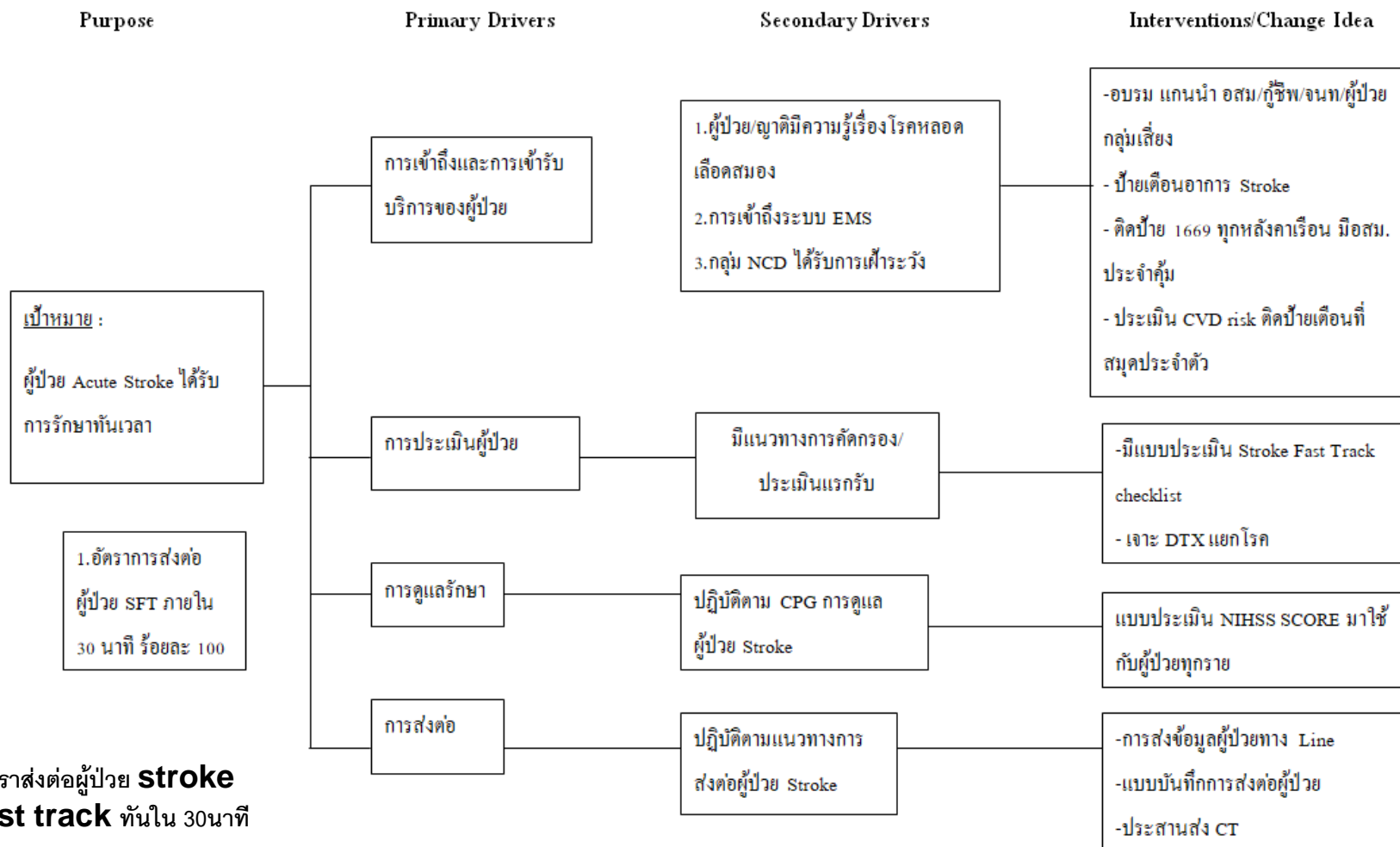
Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

- CPG การดูแลผู้ป่วยAMI ระดับ รพสต.
- การประเมิน ติดตามผลการปฏิบัติ CPG
- ระบบส่งต่อ STEMI Fast track
- ให้ความรู้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคลินิก NCD
- ทบทวนการเรื่องการให้ยา SKผู้ป่วย STEMI ทุกราย

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

STROKE

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator for Stroke)



อัตราส่งต่อผู้ป่วย **stroke fast track** ทันใน 30 นาที

Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke

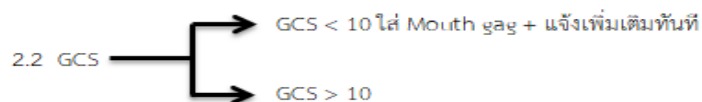
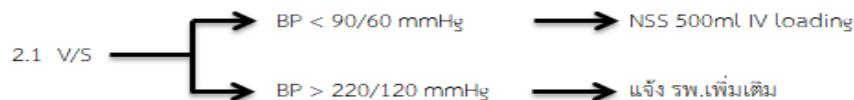
แนวทางการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน
สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผู้ป่วยสงสัยโรคหลอดเลือดสมอง

- แขน-ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง
- พูดไม่ชัด / พูดไม่ได้ / ฟังไม่เข้าใจ
- เดินเซ
- ตามองเห็นภาพซ้อน
- ปากเบี้ยว



- โทร 1669 แจ้งอาการ + Onset ทันที
- ประเมิน ABC ร่วมกับ



E1 ไม่ตอบสนอง	V1 ไม่ตอบสนอง	M1 ไม่ตอบสนอง
E2 ลืมตาเมื่อกระตุ้นเจ็บ	V2 ร้องอืออ่า	M2 เขยียดเกร็ง
E3 ลืมตาเมื่อเรียก	V3 พูดเป็นคำๆ	M3 บิดเกร็งงอเข้า
E4 ลืมตาเองปกติ	V4 พูดสับสน	M4 ขยับมือเจ็บ
	V5 ถาม-ตอบได้ปกติ	M5 ปิดตำแหน่งเจ็บได้
		M6 ทำตามคำสั่งได้

- 2.3 DTX
- รายงานแพทย์
- ดูแลเบื้องต้น
 - 4.1 ถ้าผู้ป่วยไม่รู้สีกตัวหลังใส่ Mouth gag จับตะแกรงหน้าป้องกันการสำลัก หรือยกเตียงหัวสูง 15-30 องศา
 - 4.2 ประเมิน O2 sat + O2 support เมื่อ O2 sat < 94%
 - 4.3 Monitor V/S ทุก 15 นาที
- NSS 1000 ml IV.....ml/hr (พิจารณาตามความเหมาะสม)
- Lab CBC, BUN, Cr, E_{lyte}, BS, LFT, PT, PTT (พิจารณาตามความเหมาะสม)
- แจ้งข้อมูลเบื้องต้นแก่ญาติ / ผู้ป่วย และนำส่งผู้ป่วยพร้อมญาติที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการรักษา

Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลสามง่าม จังหวัดพิจิตร

ซักประวัติ/ตรวจร่างกาย เข้าได้กับโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้น

- ประเมิน ABCs: ให้ O₂ หรือพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อจำเป็น
- ประเมิน stroke assessment (Table 1)
- ประเมินระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยดูจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยยังมีอาการอยู่
- check glucose

การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

- ประเมิน ABCs, V/S, check glucose (ถ้าค่าพิจารณาให้การรักษา), NPO, ประเมิน NIHSS Scale
- ให้ O₂ หากมี Hypoxia
- ให้ IV fluid, CBC, BUN, Cr, Electrolyte, PT, INR
- +/- EKG 12 lead

ผู้ป่วยมีอาการเกิน 3 ชั่วโมง

ประสานรพ.พิจิตรเพื่อส่งตัวผู้ป่วยทำ CT scan

ผล CT scan ออกแพทย์รพ.สามง่ามดูผล

Hemorrhage

No Hemorrhage

-รพ.พิจิตรส่งผู้ป่วยกลับมา
ดูแลต่อที่รพ.สามง่าม

รพ.พิจิตรพิจารณารับผู้ป่วย

ผู้ป่วยมีอาการภายใน 3 ชั่วโมง

Fast Track stroke
ประสานรพ.พิจิตรขอส่งตัว Fast Track stroke

Table 1. ตารางการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่สงสัยโรคหลอดเลือดสมอง

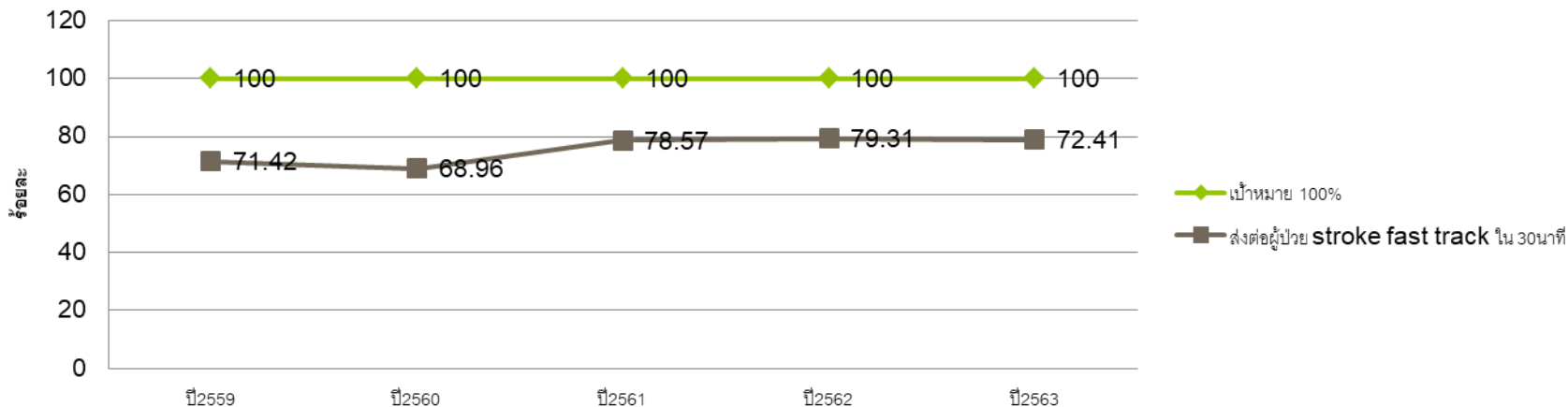
- ปากเบี้ยว (ผู้ป่วยอัมพาตหรืออัมพฤกษ์)
 - ปกติ : ใบหน้าเท่ากันทั้ง 2 ข้าง
 - ผิดปกติ: มุมปากข้างหนึ่งตกขยับไม่ได้
 - แขนขาอ่อนแรง (ให้ผู้ป่วยปิดตาและยกแขนสองข้าง 10 วินาที)
 - ปกติ: มือทั้ง 2 ข้างเคลื่อนที่เหมือนกัน
 - ผิดปกติ: มือข้างใดข้างหนึ่งแรงน้อยกว่า ยกไม่ขึ้น หรือมีการพลิกคว่ำ
 - การพูดผิดปกติ (ไม่สามารถพูดประโยคหรือบอกชื่อสิ่งของได้)
 - ปกติ: พูดตามได้เป็นประโยคบอกสิ่งของได้
 - ผิดปกติ: พูดไม่ได้ การจัดเรียงประโยคผิดปกติ ใช้คำผิดปกติ
- ถ้าผิดปกติ 1 ใน 3 มีโอกาสเป็น stroke 72%

การจัดการกระบวนการ (Process Management for Stroke)

Process	Process Requirement	Measure	Process Design
Entry การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ได้รับการคัดกรองและได้รับการเฝ้าระวัง	-กลุ่มเสี่ยง ทราบอาการเตือน Stroke -ร้อยละการคัดกรอง CVD risk -อัตราการเข้ารับการรักษาภายใน 30 นาที ตั้งแต่มีอาการมากกว่าร้อยละ 50	-อบรม แกนนำ อสม/กู้ชีพ/จนท/ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง -ป้ายเตือนอาการ Stroke -ติดป้าย 1669 ทุกหลังคาเรือน มีอสม.ประจำคุ้ม -ประเมิน CVD risk ติดป้ายเตือนที่สมุดประจำตัว
Assessment การประเมินผู้ป่วย	ประเมินได้เร็ว	-On set to ER -Door to refer SFT \leq 30 นาที	-มีแบบประเมิน Stroke Fast Track checklist -เจาะ DTX แยกโรค -แบบประเมิน NIHSS SCORE
Plan of Care การดูแลผู้ป่วย	การใช้ CPG รวดเร็ว ปลอดภัย	อัตราการตายของผู้ป่วย Stroke $<$ 7	-พัฒนาระบบการประสานrefer stroke fast track -การส่งข้อมูลผู้ป่วยทาง Line -แบบบันทึกการส่งต่อผู้ป่วย -ประสานส่ง CT
Continuity of Care Patient	วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	มีการวางแผนจำหน่ายอย่างครอบคลุม	-HHC -แบบเยี่ยมบ้านกายภาพบำบัด

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

ส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ทันใน 30 นาที



อัตราการส่งต่อผู้ป่วย stroke fast track ทันใน 30 นาที ในปี 2559-2563 ยังไม่ผ่านเป้าหมายที่กำหนด เนื่องจากเป็นผู้ป่วยอาการหนักที่ต้องได้รับการ resuscitation ก่อนส่งต่อ ได้แก่ การใส่ท่อช่วยหายใจก่อนส่งต่อ ให้ยาลดความดันโลหิตก่อนส่งต่อ มีภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ อาการไม่ชัดเจน ทำให้ใช้เวลาในการประสานส่งต่อนาน

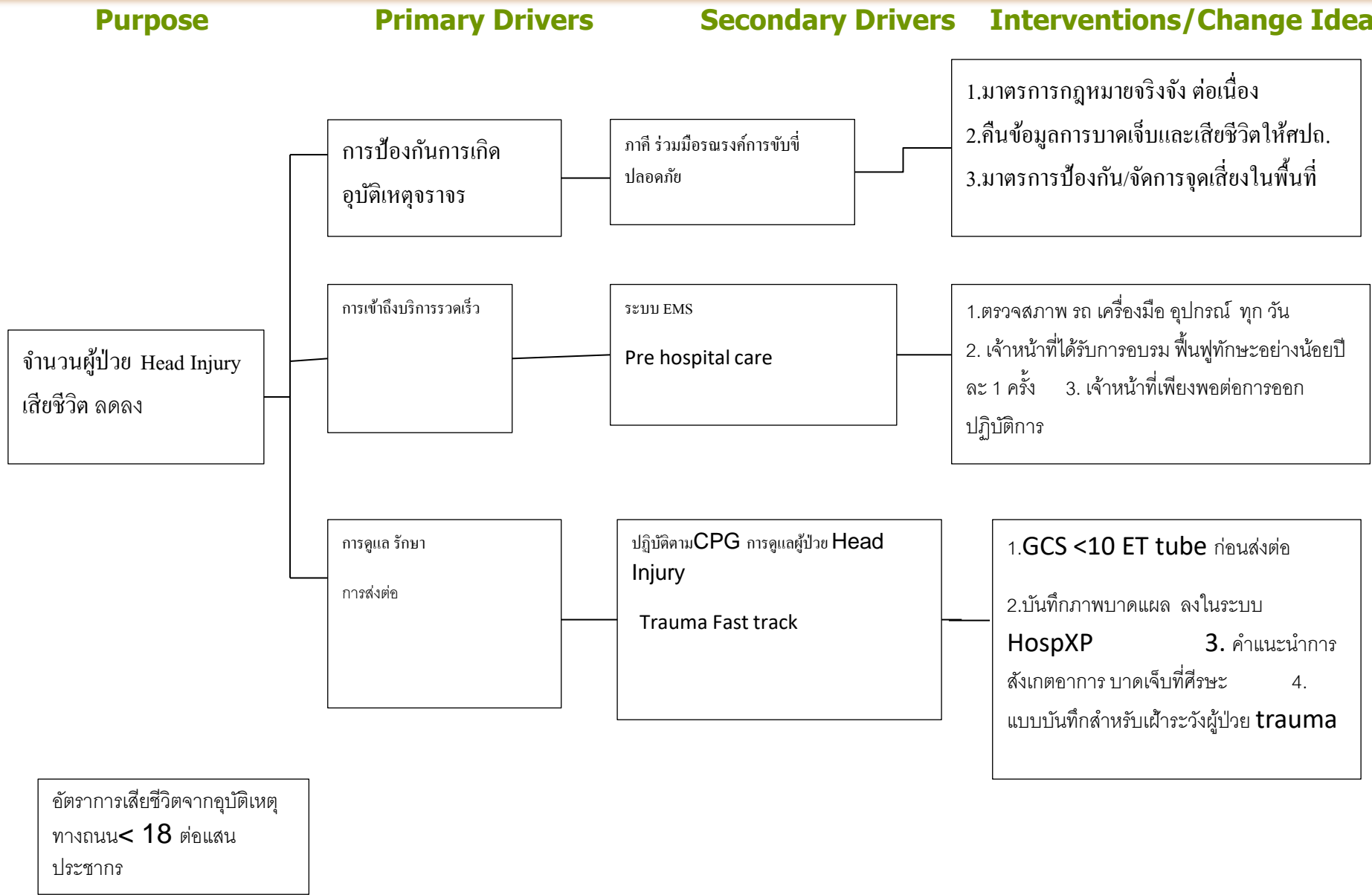
Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Acute stroke	ผู้ป่วย Acute stroke เข้าถึง บริการและส่งต่อ รวดเร็ว	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์ 1669 2. ติดป้ายเตือนอาการ Stroke ในชุมชน 3. ประชาสัมพันธ์ ติดป้ายเตือนอาการ คลินิก DM HT 4. ระบบ stroke fast track ทั้งเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย Stroke มา รพ. หลังมีอาการภายใน 3 ชม. 84.21 % 2. ผู้ป่วย Stroke FT refer ใน 30 นาที 72.41% 2. ร้อยละผู้ป่วย Stroke มา รพ. ด้วย EMS 80.95%

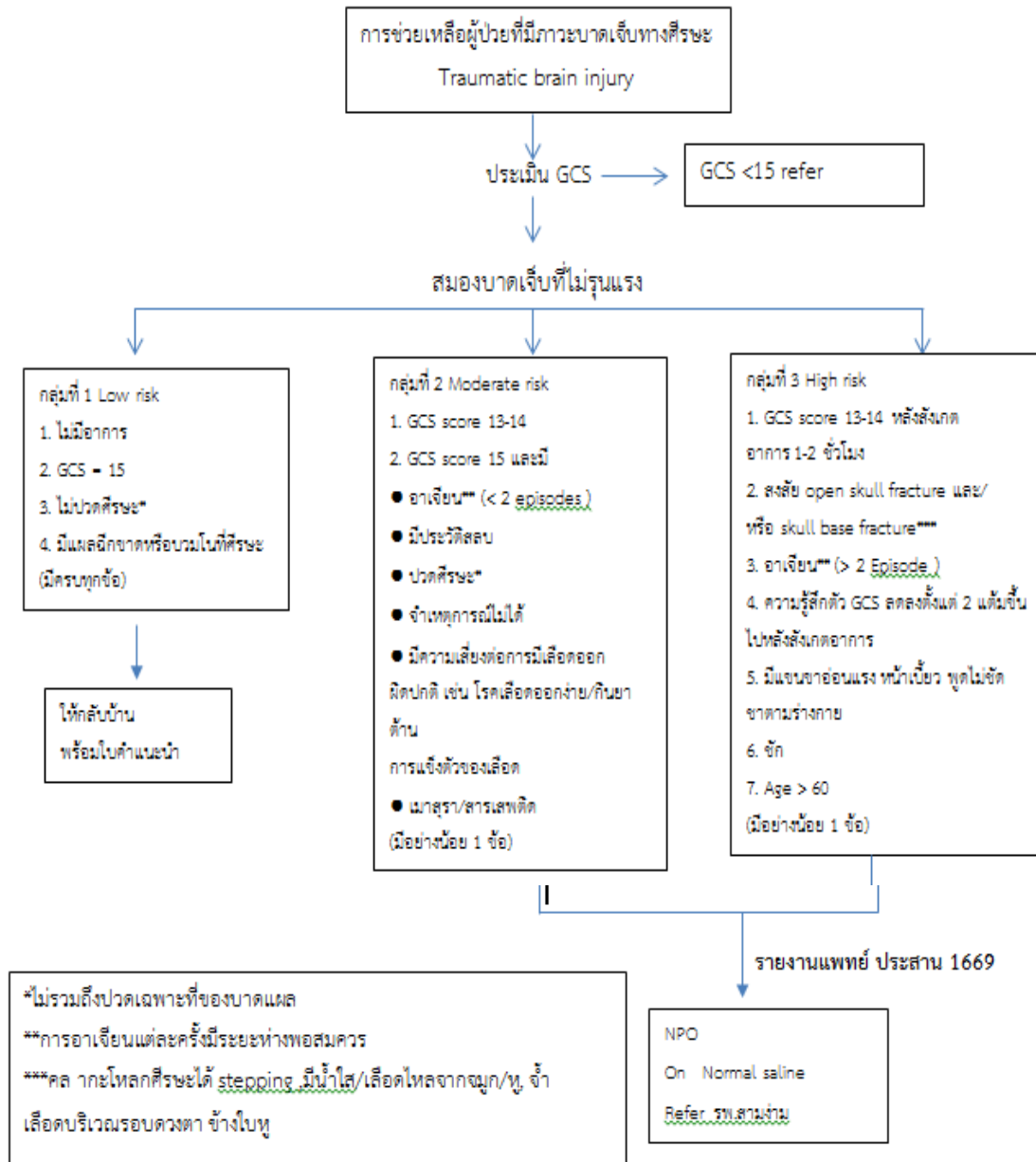
CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

HEAD INJURY

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator for Head injury)

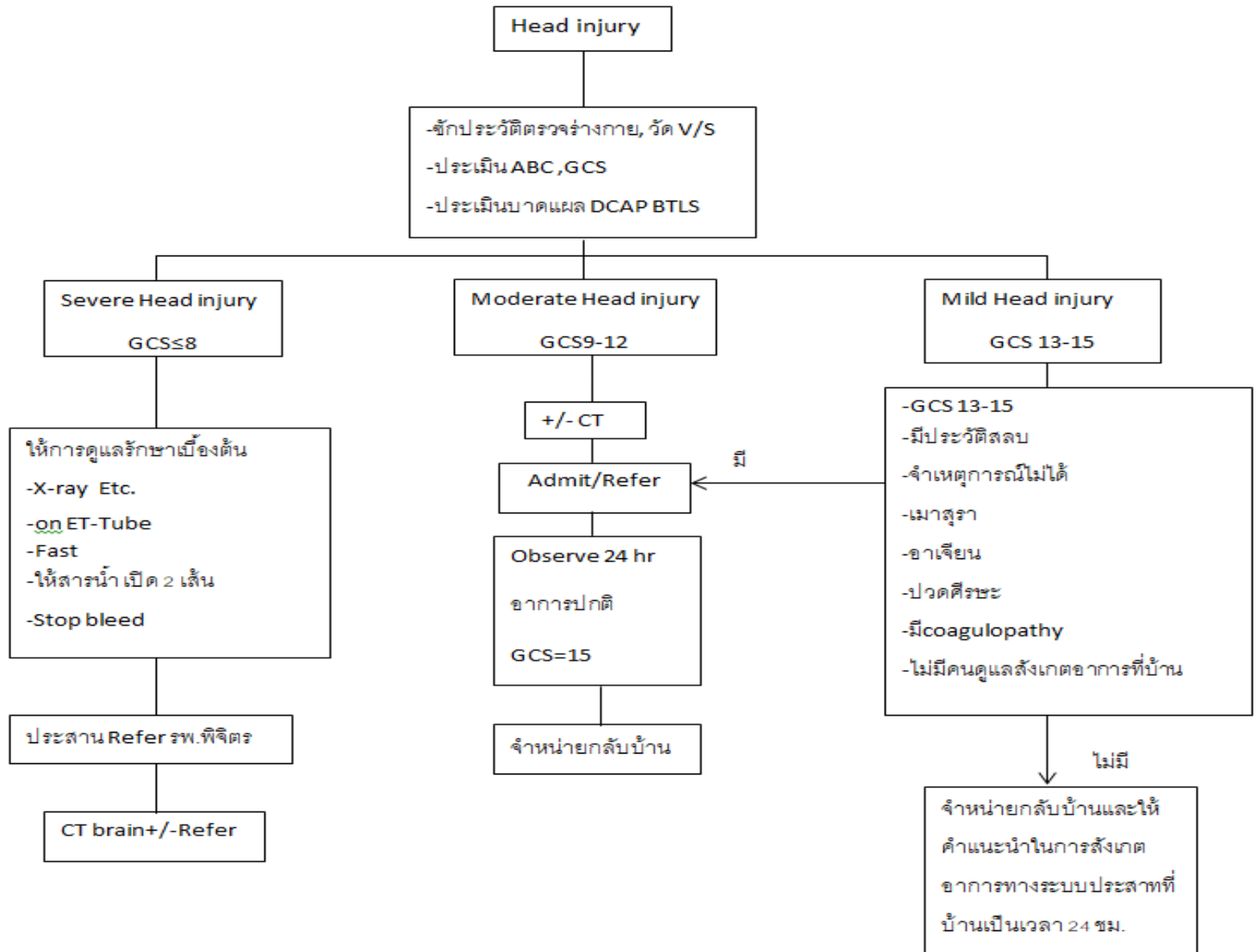


แนวทาง การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะบาดเจ็บทางศีรษะ Traumatic brain injury
สำหรับ สถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)



Flow chart แนวทางการดูแลผู้ป่วย Head injury

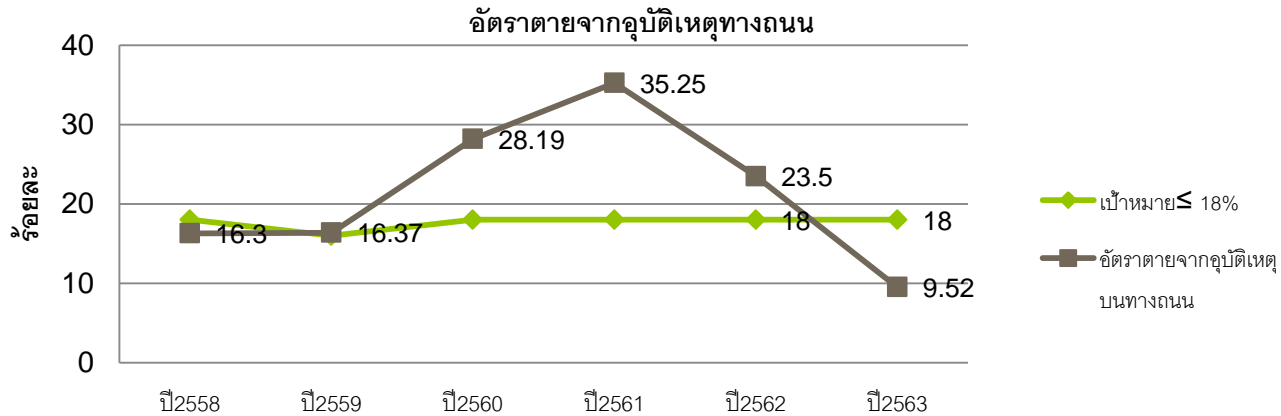
แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ



การจัดการกระบวนการ (Process Management for Head injury)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
Entry	รวดเร็ว	อัตราการเข้าถึงบริการ 1669	1. มีกู้ชีพทุกตำบล 2. การประสาน 1669
Assessment	ประเมินถูกต้อง รวดเร็ว	อัตราการประเมินผิดพลาด	เจ้าหน้าที่ได้รับการอบรม พื้นฟูทักษะอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง
Investigation	ส่งตรวจ X-ray ,Ultrasound ,CT	ระยะเวลาในการทำ X-ray, Ultrasound ,CT	CT ประสานศสตร.รพ.พิจิตร /โบส่งตัว
Plan of Care	การดูแลรักษารวดเร็ว ถูกต้อง	มีการใช้ CPG Head Injury	1.GCS <10 ET tube ก่อนส่งต่อ 2.บันทึกภาพบาดแผล ลงในระบบ HospXP 4. แบบบันทึกผู้ป่วย trauma
Continuity of Care Patient	Admit , Refer	การดูแลระหว่างส่งต่อ ไม่เสียชีวิตระหว่างส่งต่อ	1.การเตรียมอุปกรณ์ในการส่งต่อ 2.การประสานงานระหว่างจุดส่งต่อและจุดรับผู้ป่วย 3. กำหนดการสังเกตอาการ บาดเจ็บที่ศีรษะ

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)



- อัตราตายจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน ปี 2558-2563 มีแนวโน้มลดลง
- มีการวางมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยร่วมกับทางเทศบาล ตำบลต่างๆ รณรงค์เมาไม่ขับ สวมหมวกกันน็อก และคาดเข็มขัดนิรภัย และมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เข้มแข็งครบทุกและมีการจัดการอบรมผู้ปฏิบัติงาน ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน และเจ้าหน้าที่ คปสอ. 100% ทุกปี

Improvement summery (สรุปการพัฒนาคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น)

เรื่อง	เป้าหมาย	การพัฒนา การวิจัย นวัตกรรม	ผลลัพธ์
พัฒนาการดูแล ผู้ป่วยHead Injury	ผู้ป่วยHead Injury เข้าถึงบริการ รวดเร็ว ลดการ เสียชีวิต	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาสัมพันธ์การเข้าถึง 1669 2. อบรม พี่นฟู ทีมPre hospital care รพสต. ภูชี้พ ร.พ. อฉช. อสม พระภิกษุ 3. Trauma Fast track ทั้งเครือข่าย 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วย head injury ที่Ps score >0.75 เท่ากับ 0 2. ร้อยละผู้ป่วยHead Injury มารพ. ด้วยEMS 82.14 % 3. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร 9.52 ต่อแสนปชก.

Plan แผนการพัฒนาคุณภาพ ในอนาคต

- CPG การดูแลผู้ป่วย Head Injury ระดับ รพสต.
- การประเมิน ติดตามการปฏิบัติ CPG
- ระบบส่งต่อ trauma Fast track

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY SUMMARY

DF

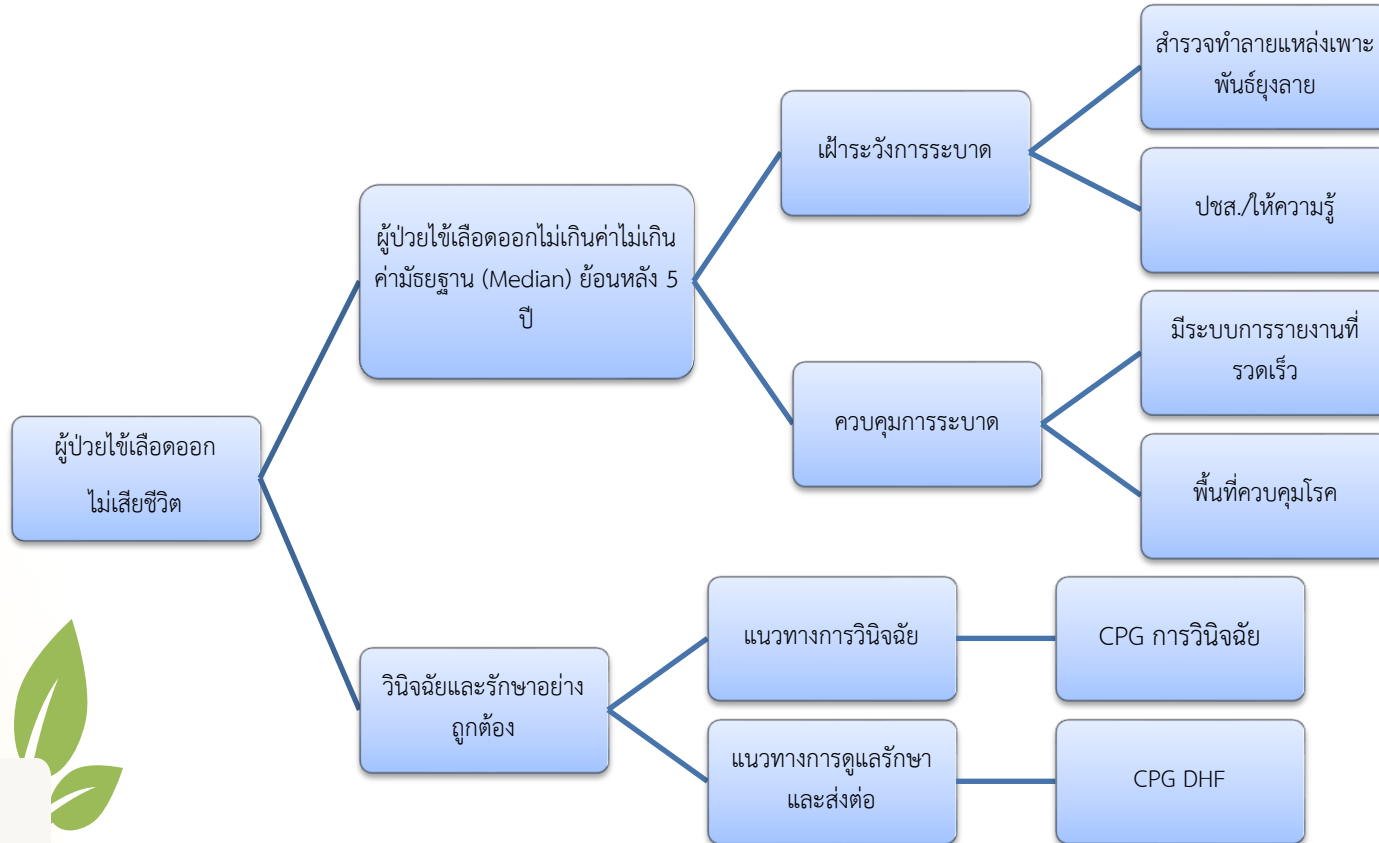
Driver Diagram for Dengue Fever)

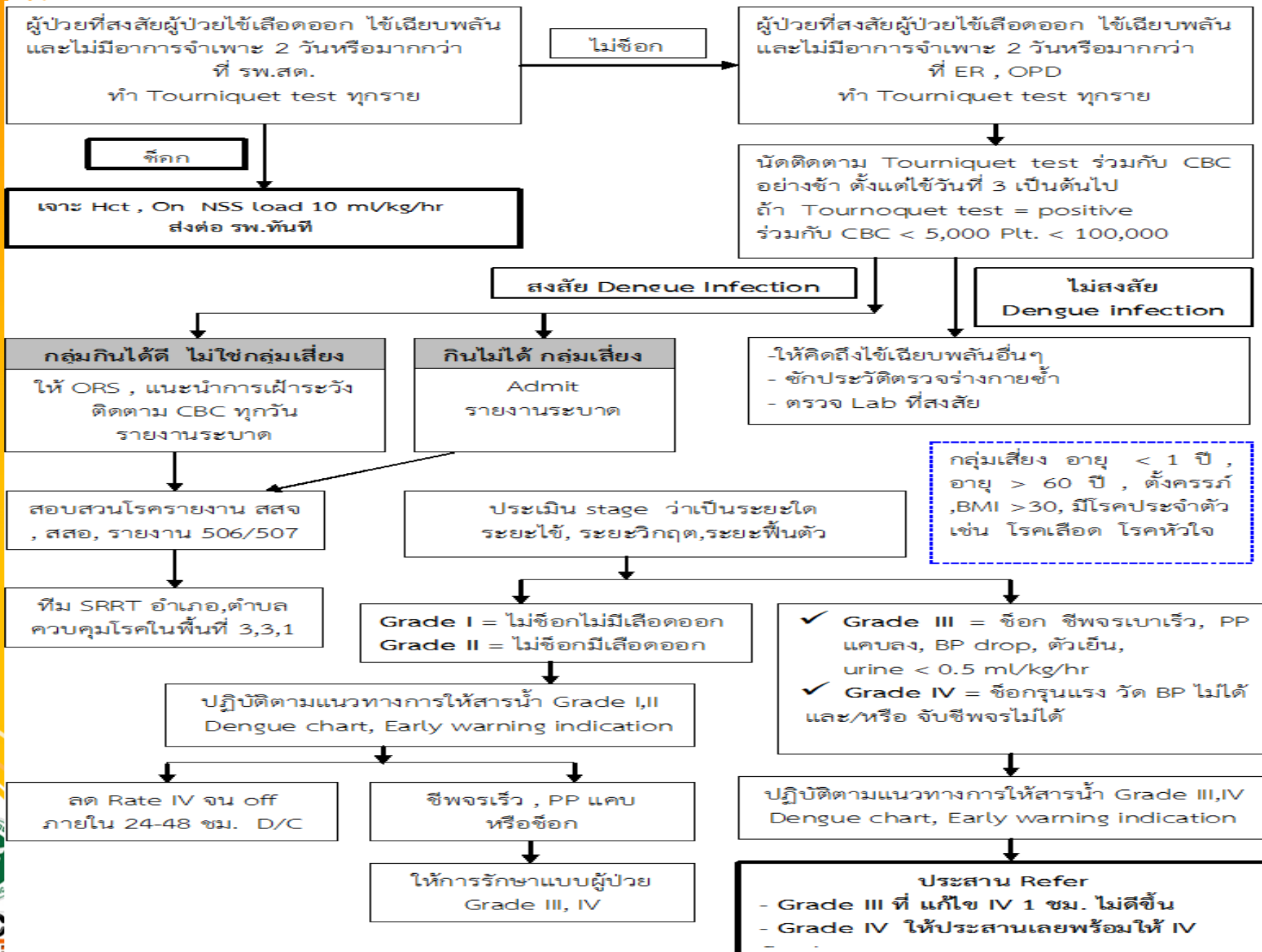
Purpose

Primary Drivers

Secondary Drivers

Interventions/Change Idea





Process Management

Process	Process Requirement	Measure	Process Design
Assessment	ประเมินและวินิจฉัยได้เร็ว	วินิจฉัยได้ถูกต้อง	CPG การวินิจฉัย
Plan of Care	ดูแลรักษาได้เร็วถูกต้อง	ไม่เกิดภาวะShock	CPG การรักษา
Care of Patient	ควบคุมการระบาด	ไม่เกิดโรค Gen2	ปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาด

รณรงค์กำจัด ยุงลาย ด้วยมาตรการ 3 เก็บ 3 โรค

3 เก็บ 3 โรค

- ▶ โรคไข้เลือดออก
- ▶ โรคติดเชื้อไวรัสซิกา
- ▶ โรคไข้ปวดข้อยุงลาย

ICT @MOPH Key of Success

กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

ติดต่อ 11 นกดชชิตกรมราช
<http://odpc11.ddc.moph.go.th>

สายด่วน 1422



จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก



ตารางแสดงจำนวน อัตราป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยโรค D.H.F Total ปี 2563 แยกรายพื้นที่

แยกรายตำบล						
ตำบล	ประชากร	ผู้ป่วย (ราย)	อัตราต่อแสน	เสียชีวิต (ราย)	อัตราต่อแสน	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
660701 สามง่าม	9351	2	21.39	0	0.00	0.00
660702 กำแพงดิน	5848	0	0.00	0	0.00	0.00
660703 รังนก	6107	0	0.00	0	0.00	0.00
660706 เนินปอ	9094	2	21.99	0	0.00	0.00
660707 หนองโสน	12441	0	0.00	0	0.00	0.00
รวม	42841	4	9.34	0	0.00	0.00

2563

ตารางแสดงจำนวน อัตราป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยโรค D.H.F Total ปี 2562 แยกรายพื้นที่

แยกรายตำบล						
ตำบล	ประชากร	ผู้ป่วย (ราย)	อัตราต่อแสน	เสียชีวิต (ราย)	อัตราต่อแสน	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
660701 สามง่าม	9144	4	43.74	0	0.00	0.00
660702 กำแพงดิน	5672	2	35.26	0	0.00	0.00
660703 รังนก	6041	2	33.11	0	0.00	0.00
660706 เนินปอ	9121	5	54.82	0	0.00	0.00
660707 หนองโสน	12421	25	201.27	0	0.00	0.00
รวม	42399	38	89.62	0	0.00	0.00

2562

ตารางแสดงจำนวน อัตราป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยโรค D.H.F Total ปี 2561 แยกรายพื้นที่

แยกรายตำบล						
ตำบล	ประชากร	ผู้ป่วย (ราย)	อัตราต่อแสน	เสียชีวิต (ราย)	อัตราต่อแสน	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
660701 สามง่าม	9240	13	140.69	0	0.00	0.00
660702 กำแพงดิน	5705	1	17.53	0	0.00	0.00
660703 รังนก	6056	1	16.51	0	0.00	0.00
660706 เนินปอ	9066	8	88.24	0	0.00	0.00
660707 หนองโสน	12412	18	145.02	0	0.00	0.00
รวม	42479	41	96.52	0	0.00	0.00

2561

ตารางแสดงจำนวน อัตราป่วยและอัตราการตายของผู้ป่วยโรค D.H.F Total ปี 2560 แยกรายพื้นที่

แยกรายตำบล						
ตำบล	ประชากร	ผู้ป่วย (ราย)	อัตราต่อแสน	เสียชีวิต (ราย)	อัตราต่อแสน	อัตราป่วยตาย (ร้อยละ)
660701 สามง่าม	9351	10	106.94	0	0.00	0.00
660702 กำแพงดิน	5848	5	85.50	0	0.00	0.00
660703 รังนก	6107	3	49.12	0	0.00	0.00
660706 เนินปอ	9094	13	142.95	0	0.00	0.00
660707 หนองโสน	12441	18	144.68	0	0.00	0.00
รวม	42841	49	114.38	0	0.00	0.00

2560



จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก

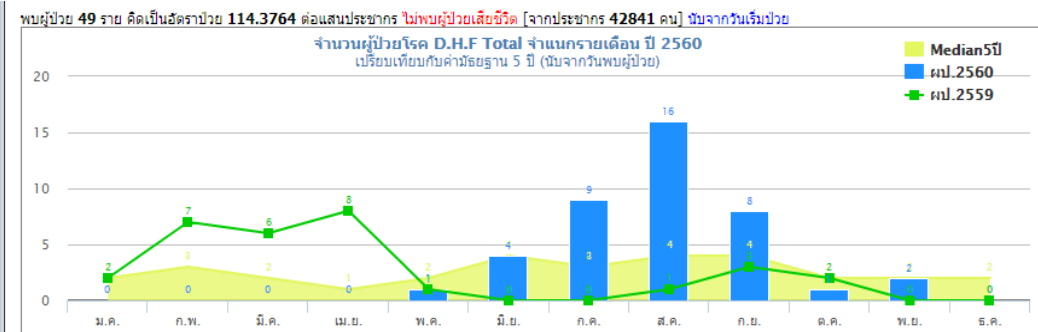
โรคไข้เลือดออก



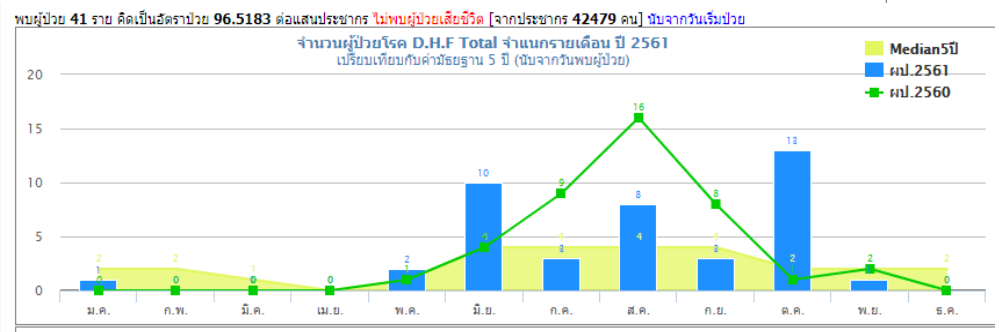
2563



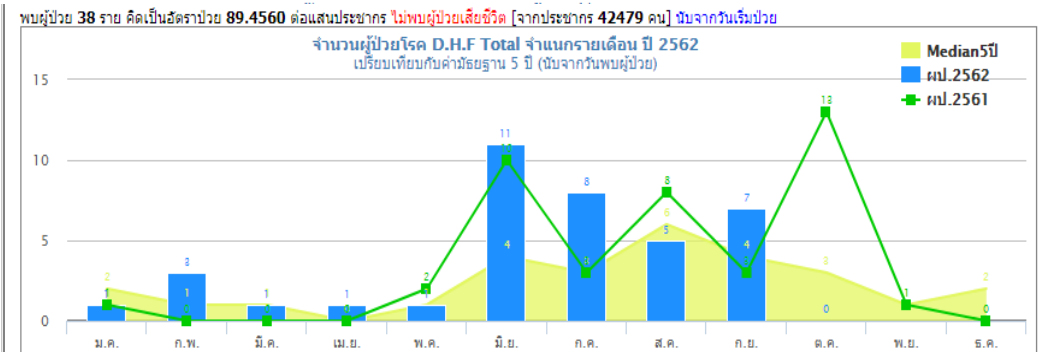
2562



2561



2560



แผนการพัฒนาคคุณภาพ การวิจัย นวัตกรรม

- พัฒนาระบบเฝ้าระวังการระบาดในพื้นที่ให้ชุมชนเข้มแข็งสามารถเฝ้าระวังการระบาดได้
- สุ่มการประเมินความถูกต้องของค่า HI, CI
- จัดหาและใช้สารเคมี และเครื่องฟ่นกำจัดยุงลายในการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น
- ทบทวนและเฝ้าระวังวินิจฉัยโรคนอกฤดูการระบาดของ DF
- ขอสนับสนุน dengue NS1Ag จากสสจ.เพื่อช่วยในการวินิจฉัยที่ถูกต้องในกรณีที่ซับซ้อน
- พัฒนาการดูแล รักษา การให้สารน้ำ จัดทำแนวทางให้ชัดเจน



Clinical Tracer, Clinical Quality Summary

Suicide

เป้าหมาย ปัจจัยขับเคลื่อน ตัวชี้วัด (Purpose, Driver Diagram, & Indicator)

Purpose

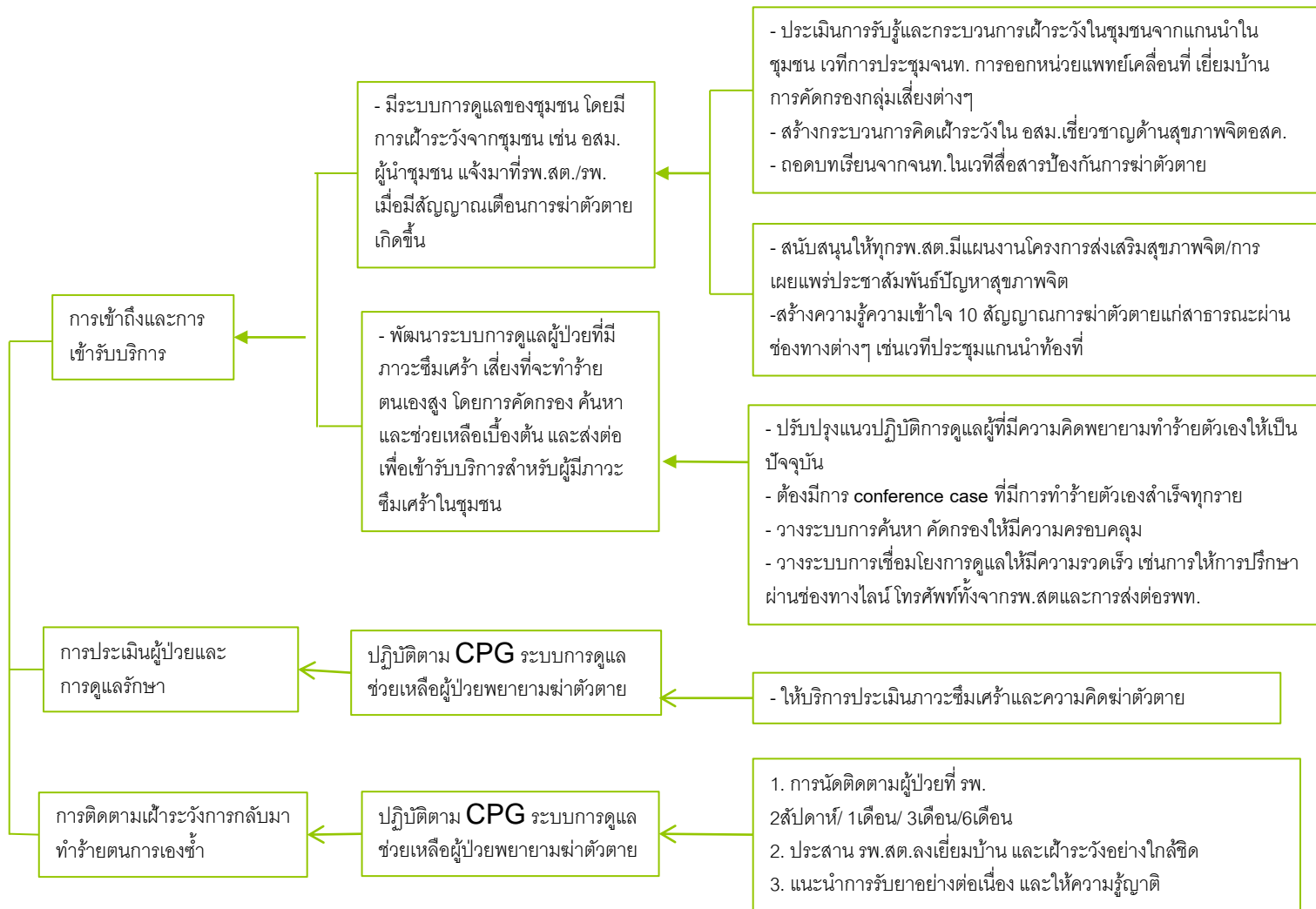
Primary Drivers

Secondary Drivers

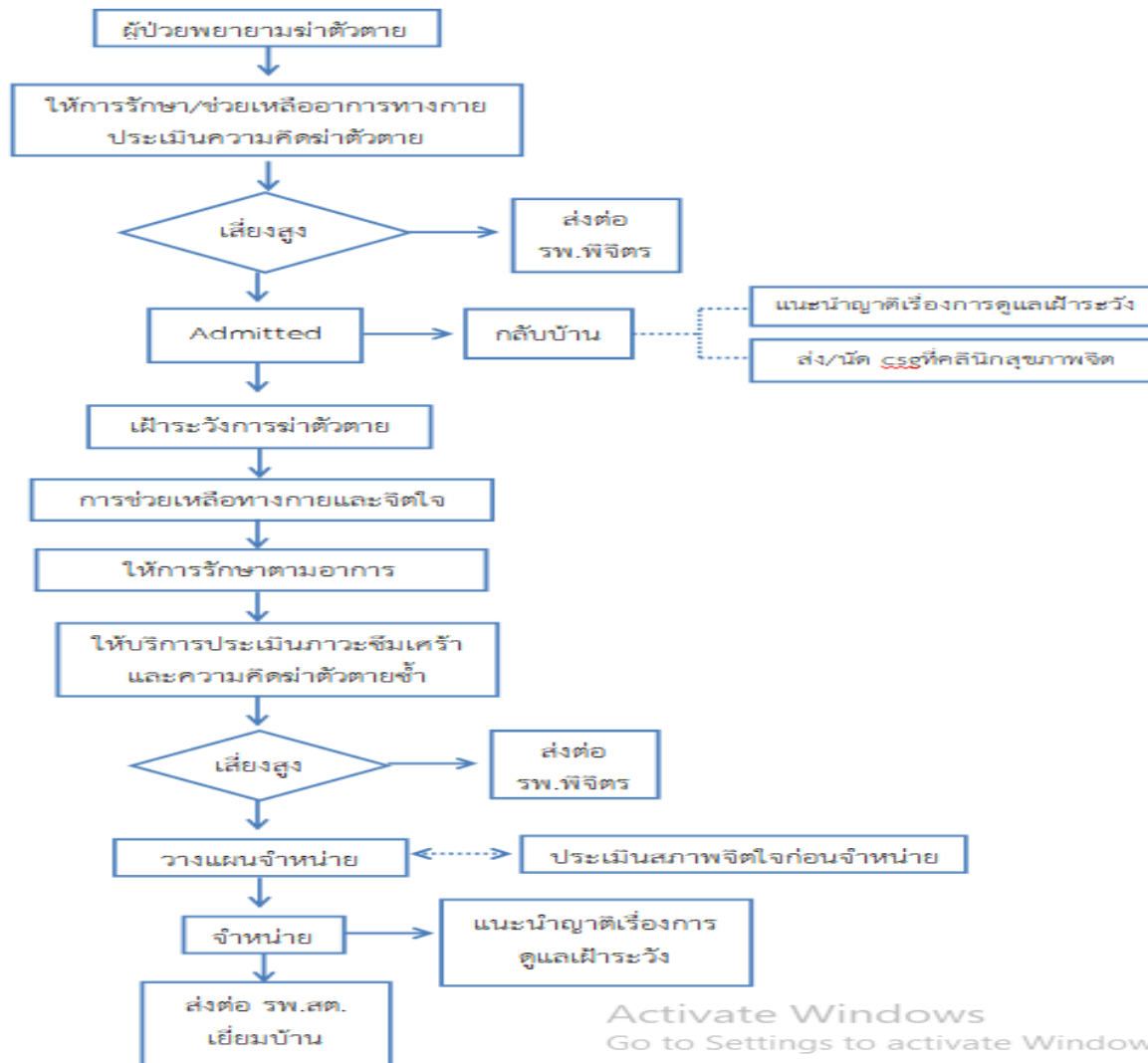
Interventions/Change Idea

เป้าหมาย:
ลดอัตราการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

Indicator : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร



ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลสามง่าม

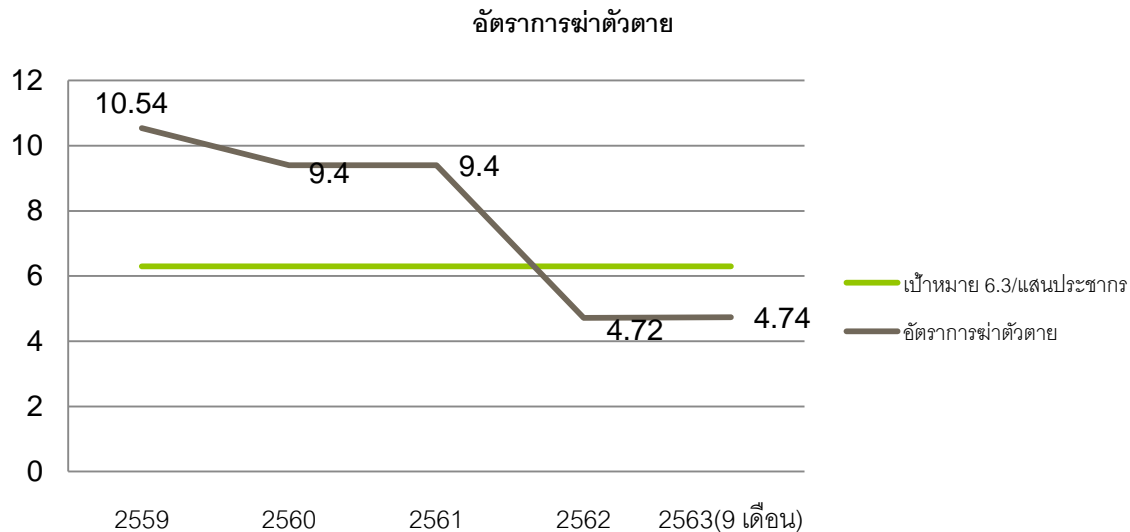


การจัดการกระบวนการ (Process Management)

กระบวนการ	ข้อกำหนดของกระบวนการ	ตัวชี้วัดของกระบวนการ	การออกแบบกระบวนการ
การเข้าถึงและการเข้ารับบริการ	- นำผู้ป่วยที่มีความคิดทำร้ายตนเองเข้าระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว	- มีระบบการดูแลของชุมชน โดยมีมาเร็วจากชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน แจ้งมาที่ รพ.สต./รพ. เมื่อมีสัญญาณเสี่ยงการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า เสี่ยงที่จะทำร้ายตนเองสูง โดยการคัดกรอง ค้นหาและช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการ สำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน	- มีการประชุม พื้นที่ที่มีความรุนแรง - อบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต - นำข้อค้นพบจากการประชุม conference มาดำเนินการแก้ปัญหาต่อ เช่น ปัญหาการสื่อสารขาดเทคนิคการให้คำปรึกษาเป็นต้น - มีการรณรงค์ให้เกิดการตระหนักและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ 10 สัญญาณการฆ่าตัวตายแก่สาธารณะโดยการประชุม อบรม สอดแทรกความรู้ในกิจกรรมต่างๆของชุมชน
การประเมินและการดูแลผู้ป่วย	- ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการประเมิน และส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการถูกต้องรวดเร็ว	- อัตราการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมิน 2Q 9Q 8Q	- แนวทางการคัดกรองตามระเบียบปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
การดูแลต่อเนื่อง	- การติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำหลังรักษาครบทุก 2 สัปดาห์/ 1 เดือน/ 3 เดือน /6เดือน	- อัตราการติดตามผู้ป่วยพยายามทำร้ายตนเองจนครบ 6 เดือน	- มีระบบการนัดติดตามที่ รพ. และส่งติดตามโดย รพ.สต.

ผลลัพธ์และการพัฒนาที่ผ่านมา (Performance & Interventions)

ตัวชี้วัด	2559	2560	2561	2562	2563
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร	10.54	9.40	9.40	4.72	4.74



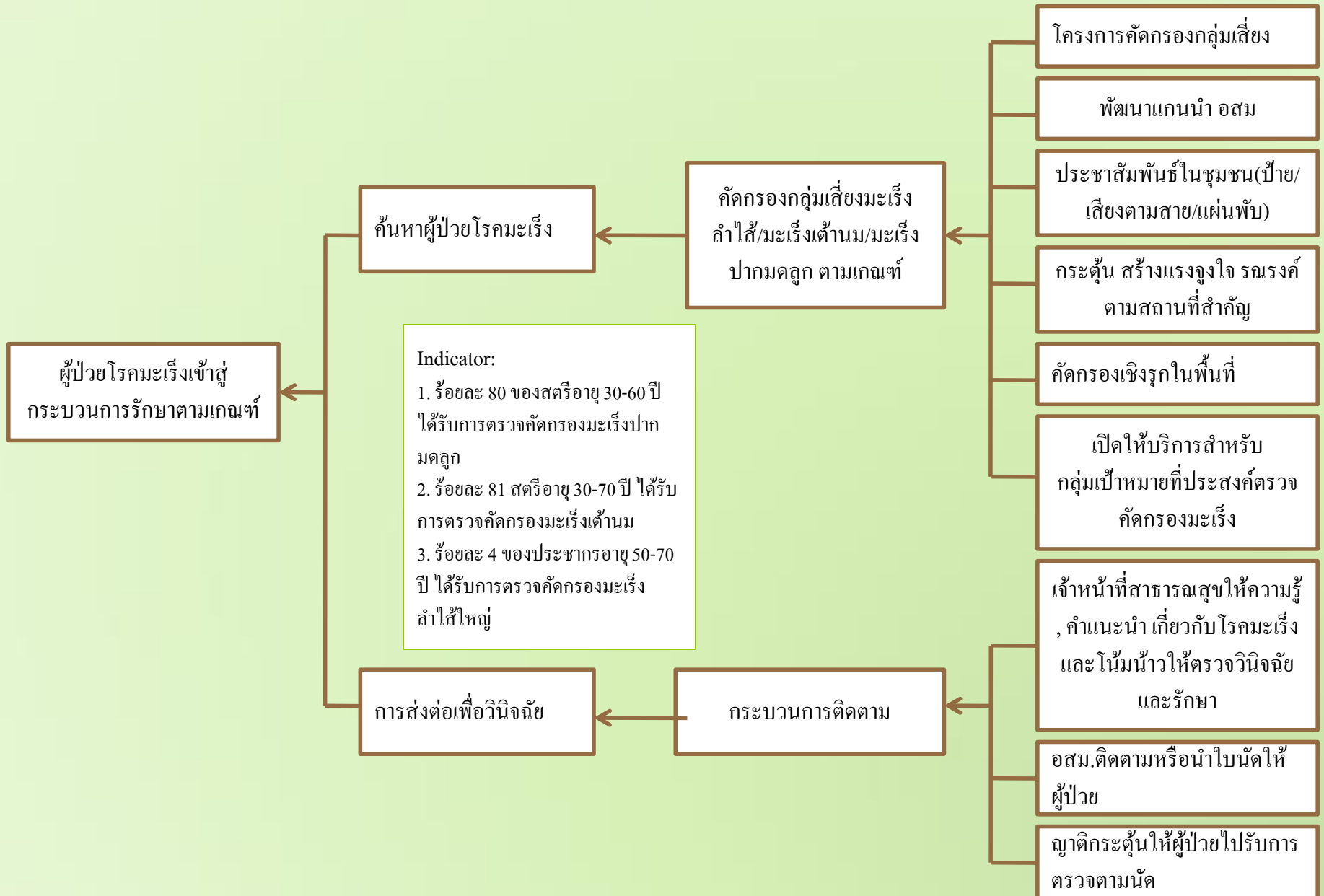
จากกราฟแสดงให้เห็นถึงอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง เนื่องจาก ได้มีการจัดอบรม อสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ส่งผลให้ชุมชนมีความรู้และตระหนักถึง 10 สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย ทำให้เฝ้าระวัง จากสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัวตายได้เร็วขึ้น และนำสู่ระบบการรักษาได้เร็ว ส่งผลให้ในปี 2562-2563 จำนวนการฆ่าตัวตาย ลดลง

CLINICAL TRACER, CLINICAL QUALITY

SUMMARY

CANCER

1. Purpose Clinical Tracer Highlight : CA



2. Process : Flow chart ระบบคัดกรองและการดูแลผู้ป่วย CA

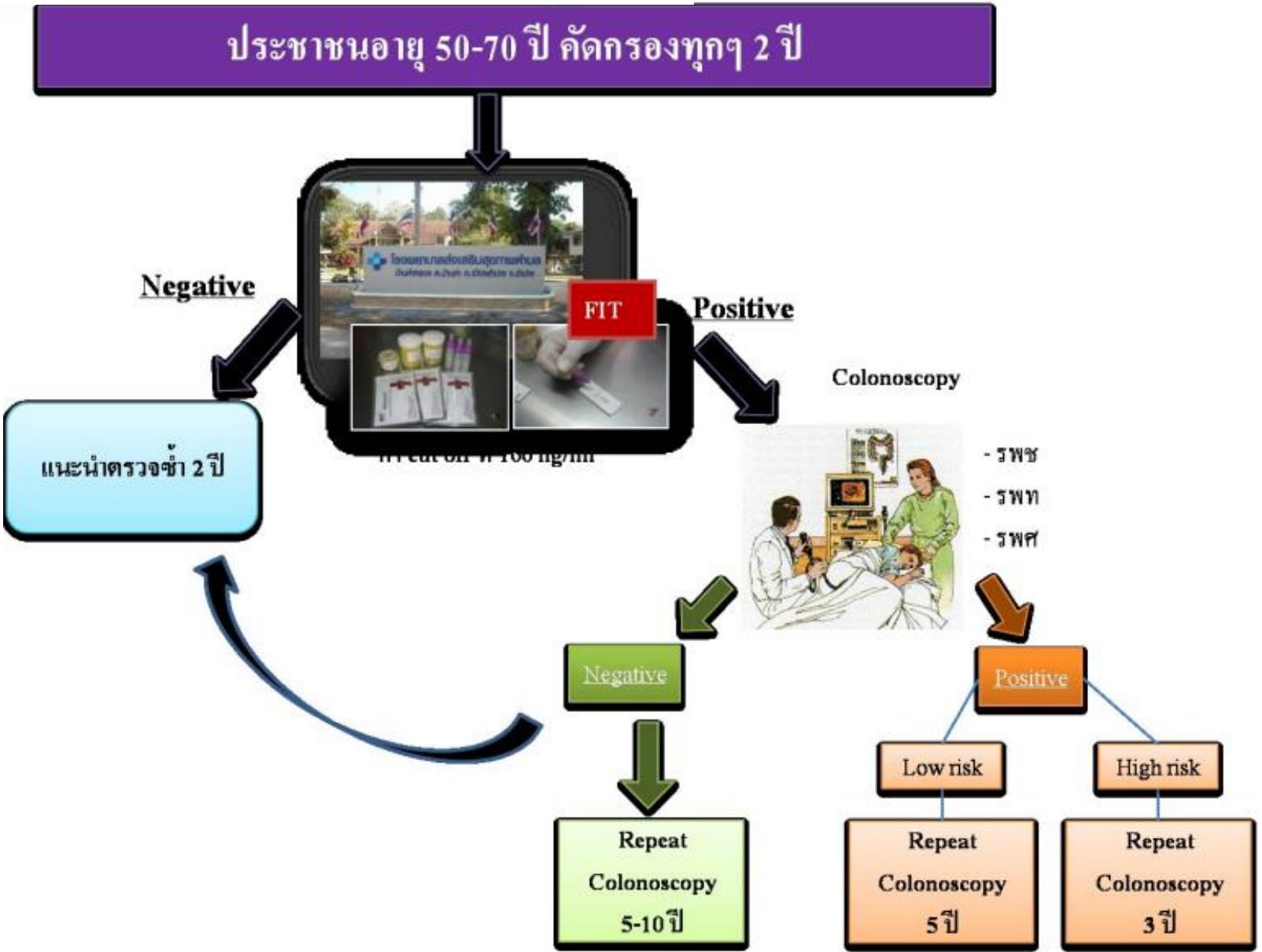
มะเร็งเต้านม

มะเร็งปากมดลูก

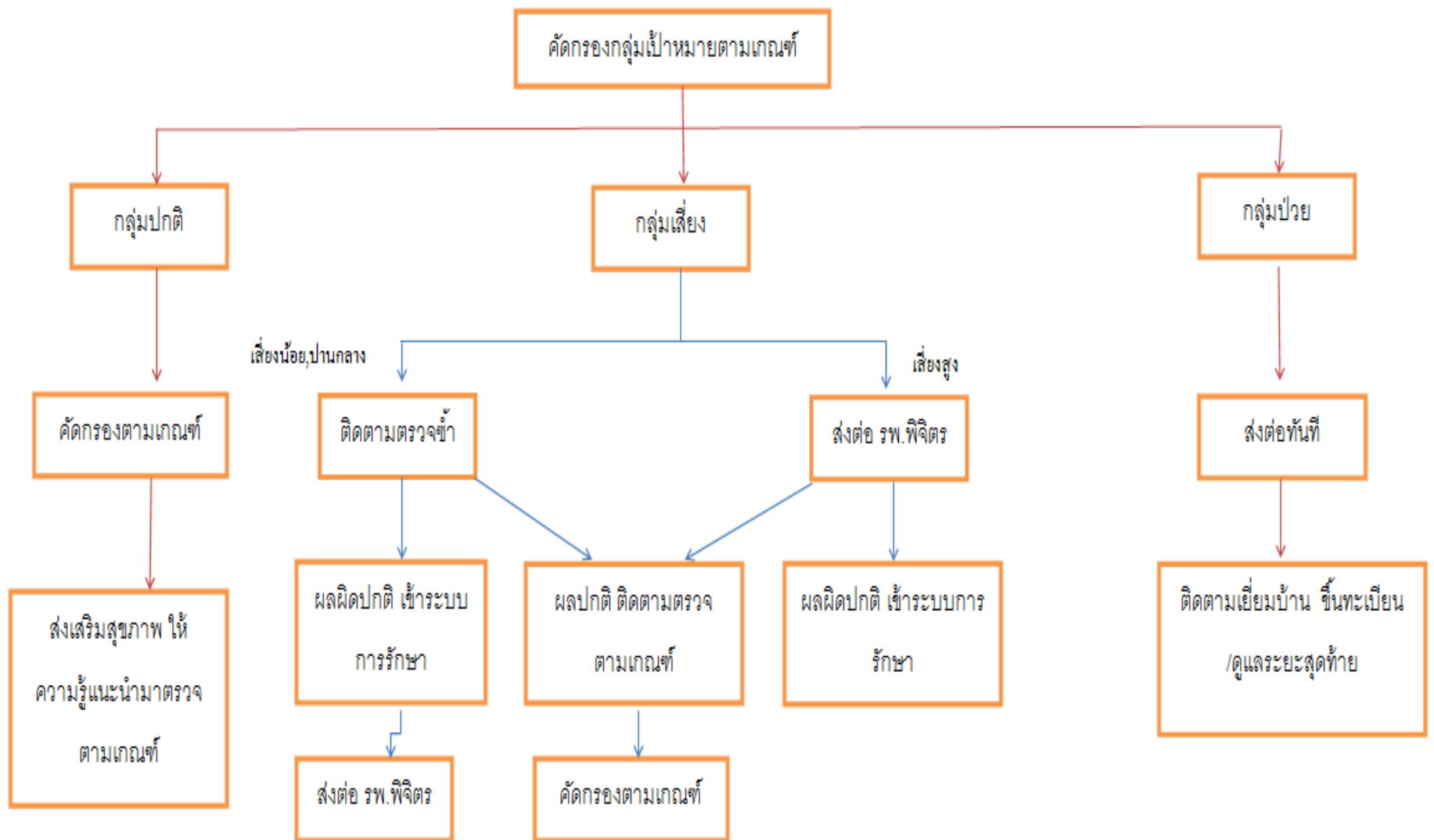
มะเร็งลำไส้ใหญ่



แนวทางการคัดกรองมะเร็งลำไส้



แนวทางการดำเนินงาน

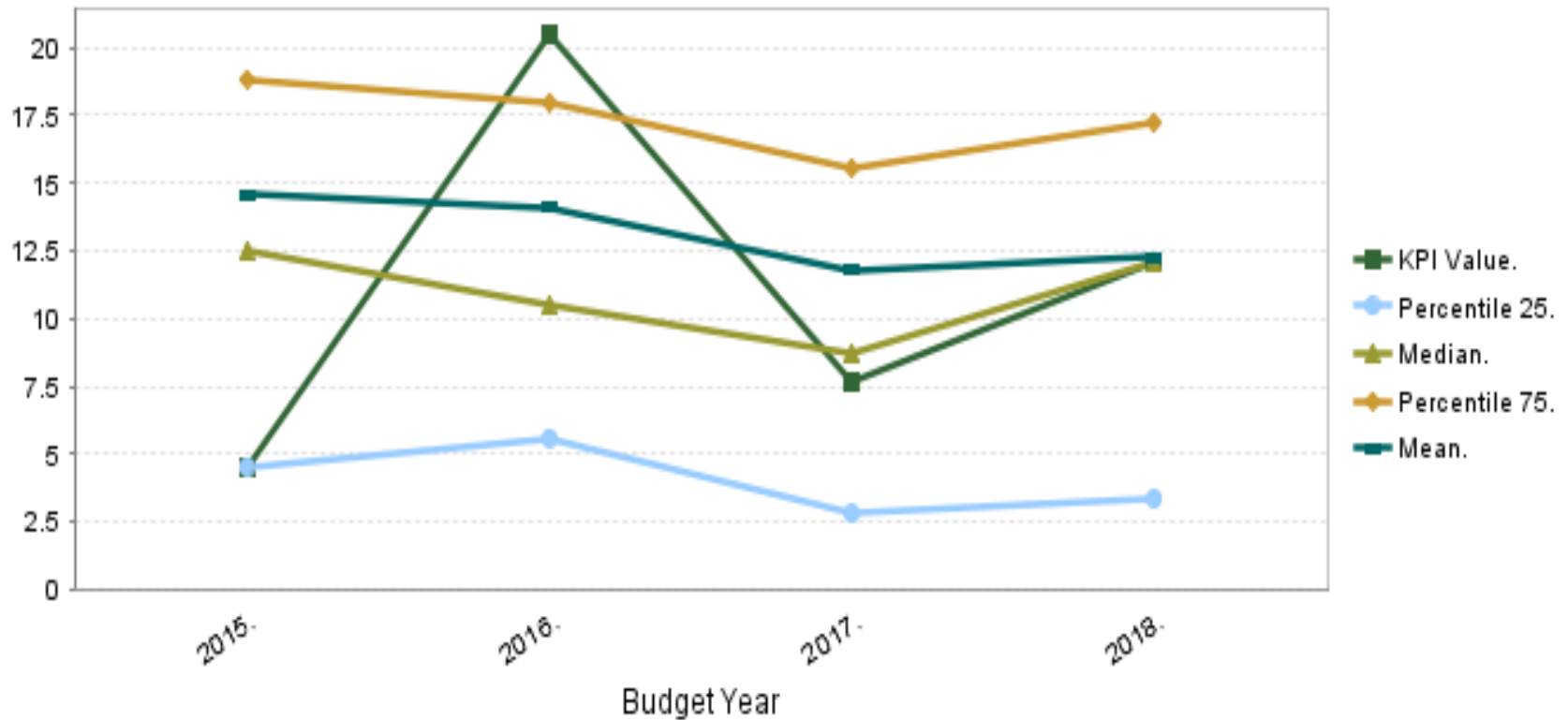


Process Management

Process	Process Requirement	Measure	Process Design
Plan of Care	คัดกรองมะเร็งเต้านม, คัดกรองมะเร็งปากมดลูก, คัดกรองมะเร็งลำไส้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	มี CPG การคัดกรอง มะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งลำไส้ มีแนวทางการส่งต่อตามระบบ	มีการคัดกรองตาม CPG ของการคัดกรองมะเร็งเต้านม, มะเร็งปากมดลูก, มะเร็งลำไส้ มีการส่งต่อตามระบบ
Information & Empowerment	รณรงค์ให้ความรู้	มีแนวทางการให้ความรู้	ให้ความรู้
Continuity of Care Patient	วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	มีการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องครอบคลุม	มีการเยี่ยมบ้าน

อัตราป่วยตายของผู้ป่วยมะเร็ง

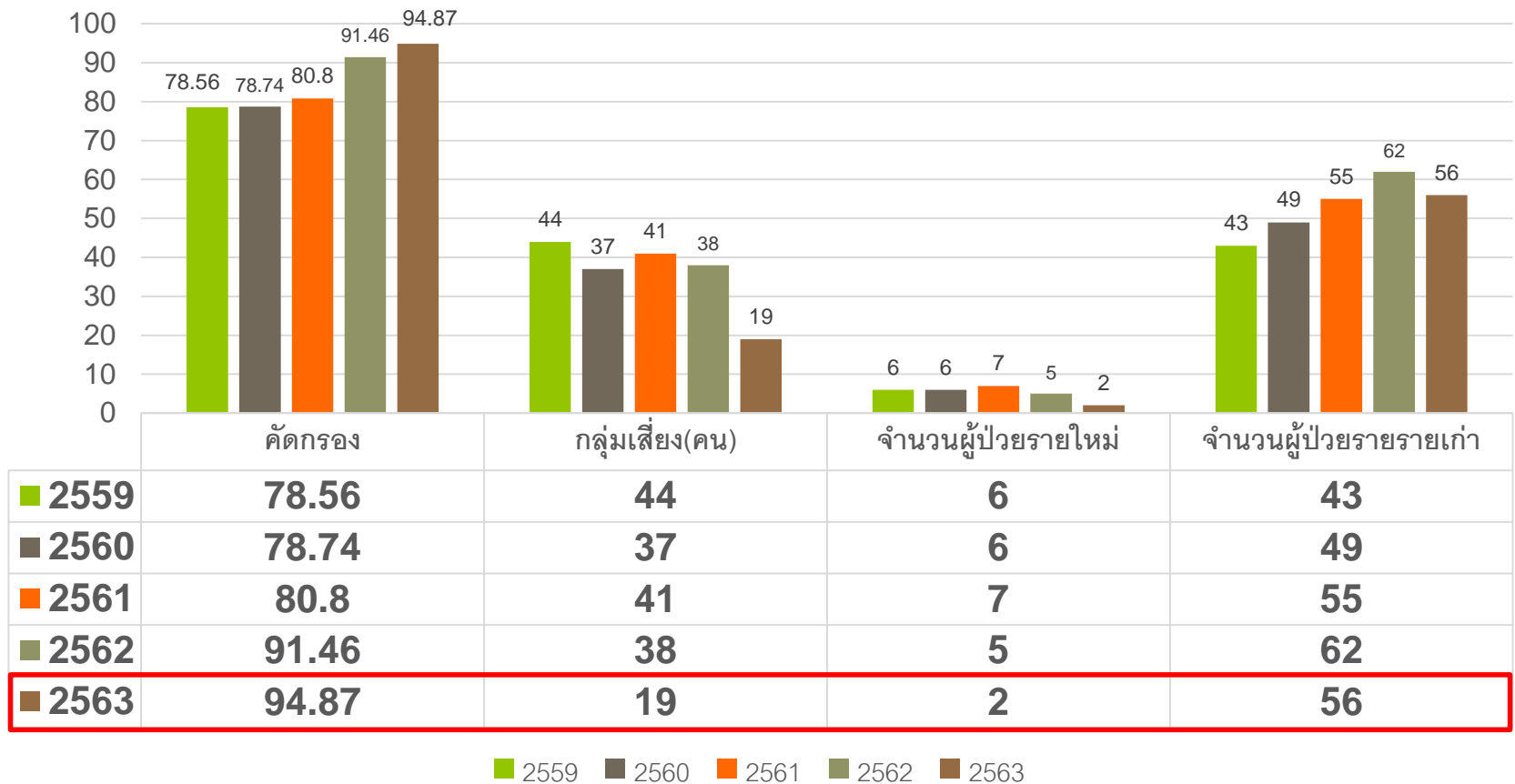
Slicer: KPI->Input Name=DC0401.อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคมะเร็ง



อัตราป่วยตายของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่าสูงขึ้นในปี ๒๕๕๙ ได้แก่มะเร็งปอด ๑๐ คน ,มะเร็งตับ ๖ คน,มะเร็งลำไส้ ๔ คน, มะเร็งเต้านม ๓ คน,มะเร็งปากมดลูก ๑ คน ลดลงในปี ๒๕๖๐ เริ่มสูงขึ้นในปี ๒๕๖๑ และพบว่าแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี

Performance & Improvement

ร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 30-70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี 2559 - 2563

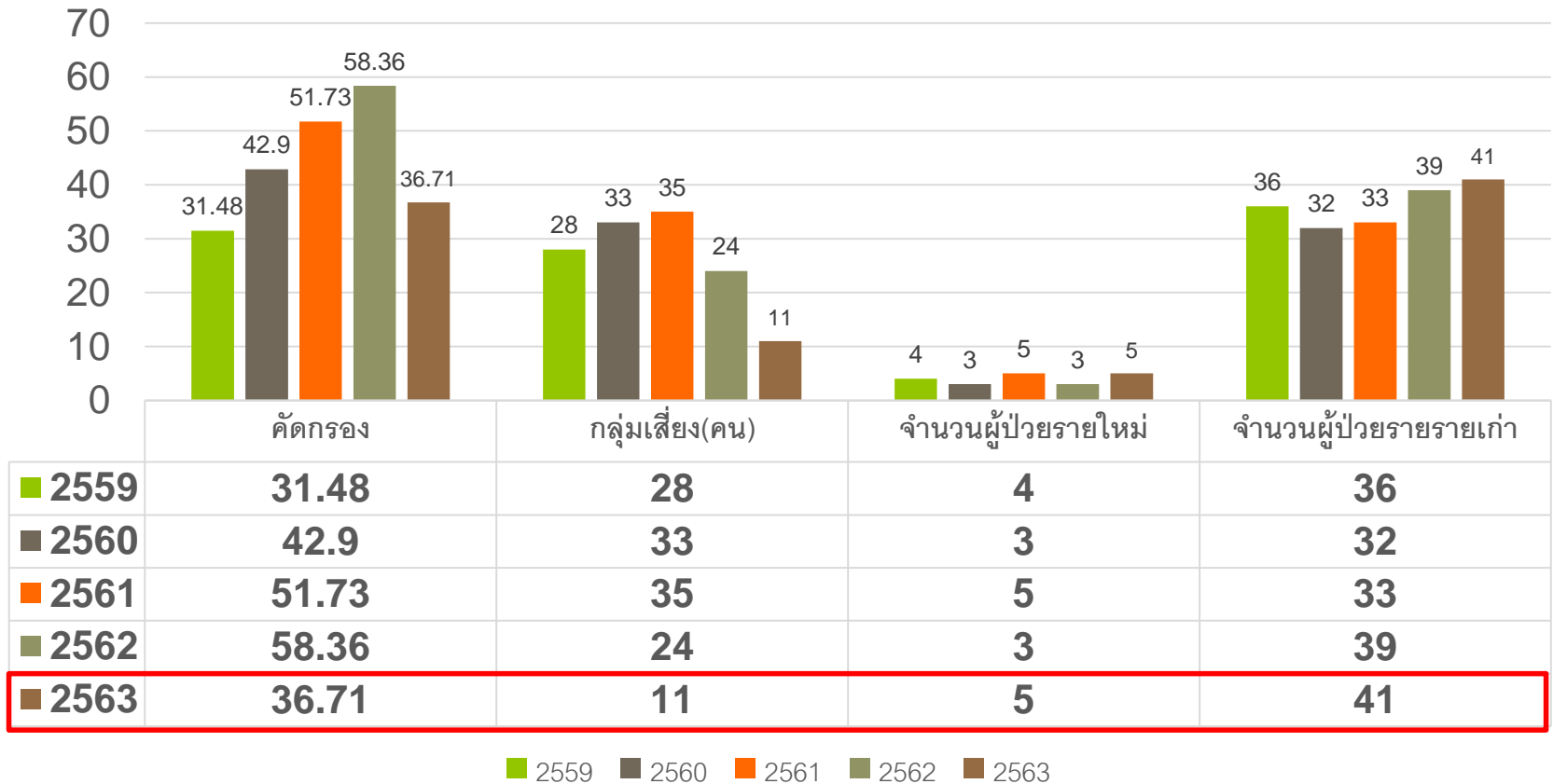


ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 80

Performance & Improvement

ร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปี 2559 - 2562

ร้อยละ 20 ของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปี 2563 - 2567

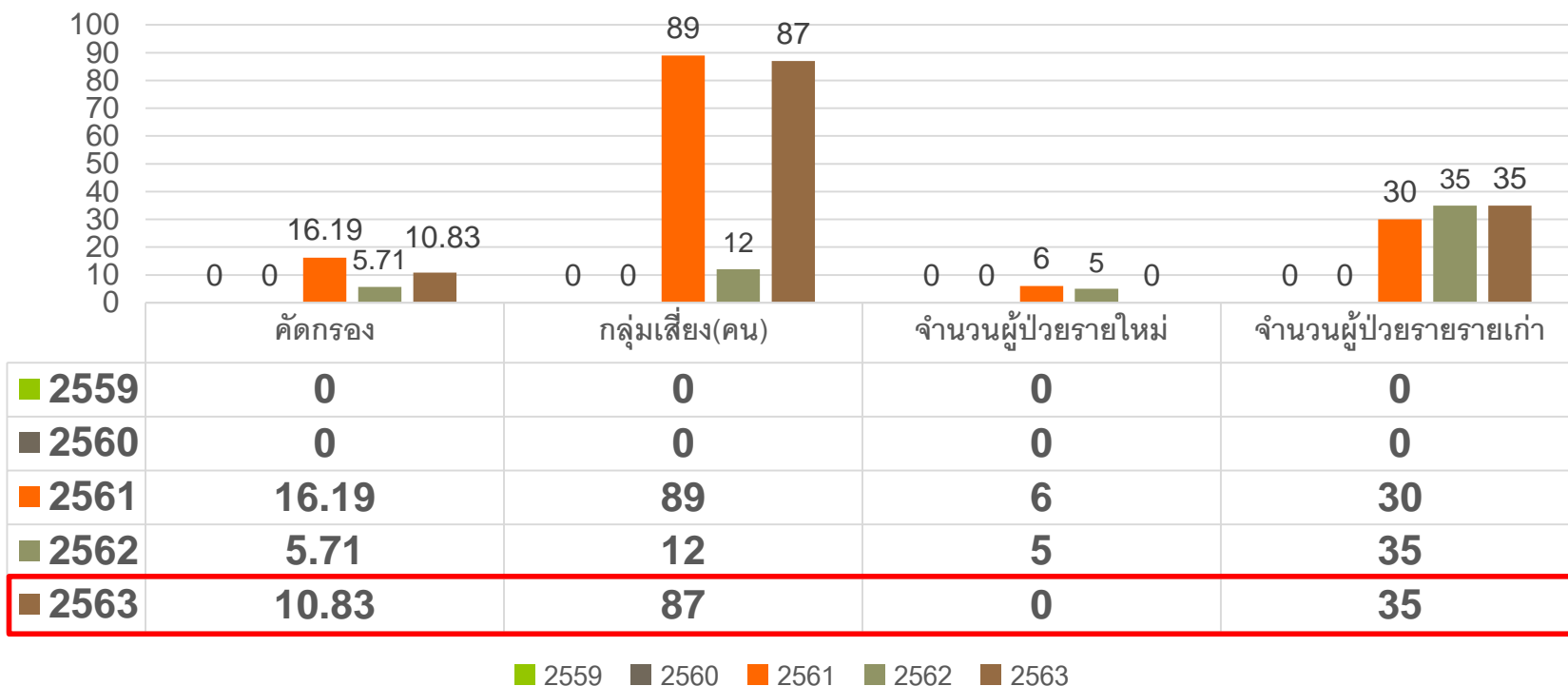


ปี 2559-2562 น้อยกว่าร้อยละ 80 : ไม่ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

ปี 2563 มากกว่าร้อยละ 20 : ผ่านเกณฑ์

Performance & Improvement

ร้อยละ 4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ปี 2559 - 2563



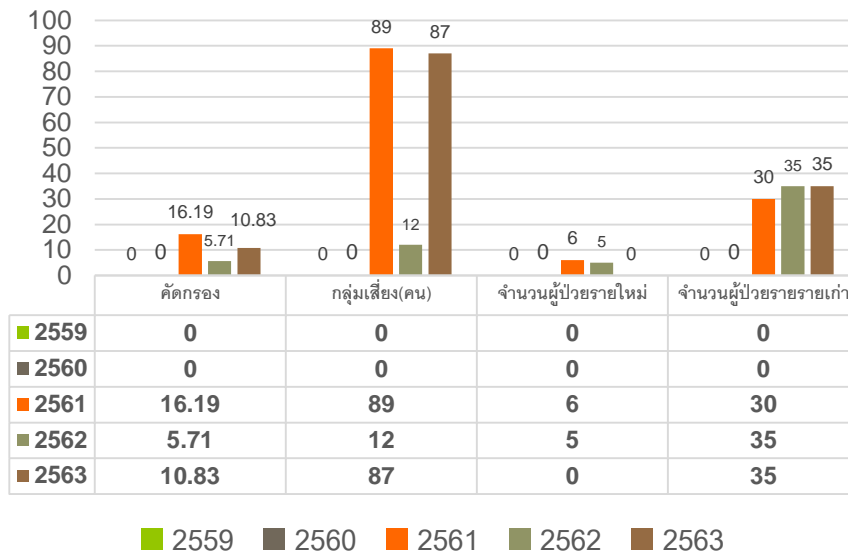
ปี 2561-2562 มากกว่าร้อยละ 4 : ผ่านเกณฑ์

ปี 2563 เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 10 : ผ่านเกณฑ์

ส่งตรวจ Colonoscope ที่โรงพยาบาลพิจิตร เดือนสิงหาคม-กันยายน 2563

Performance & Improvement

ร้อยละ 4 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ปี 2559 - 2563



ผล Colonoscope ปี2563

จากโรงพยาบาลพิจิตร

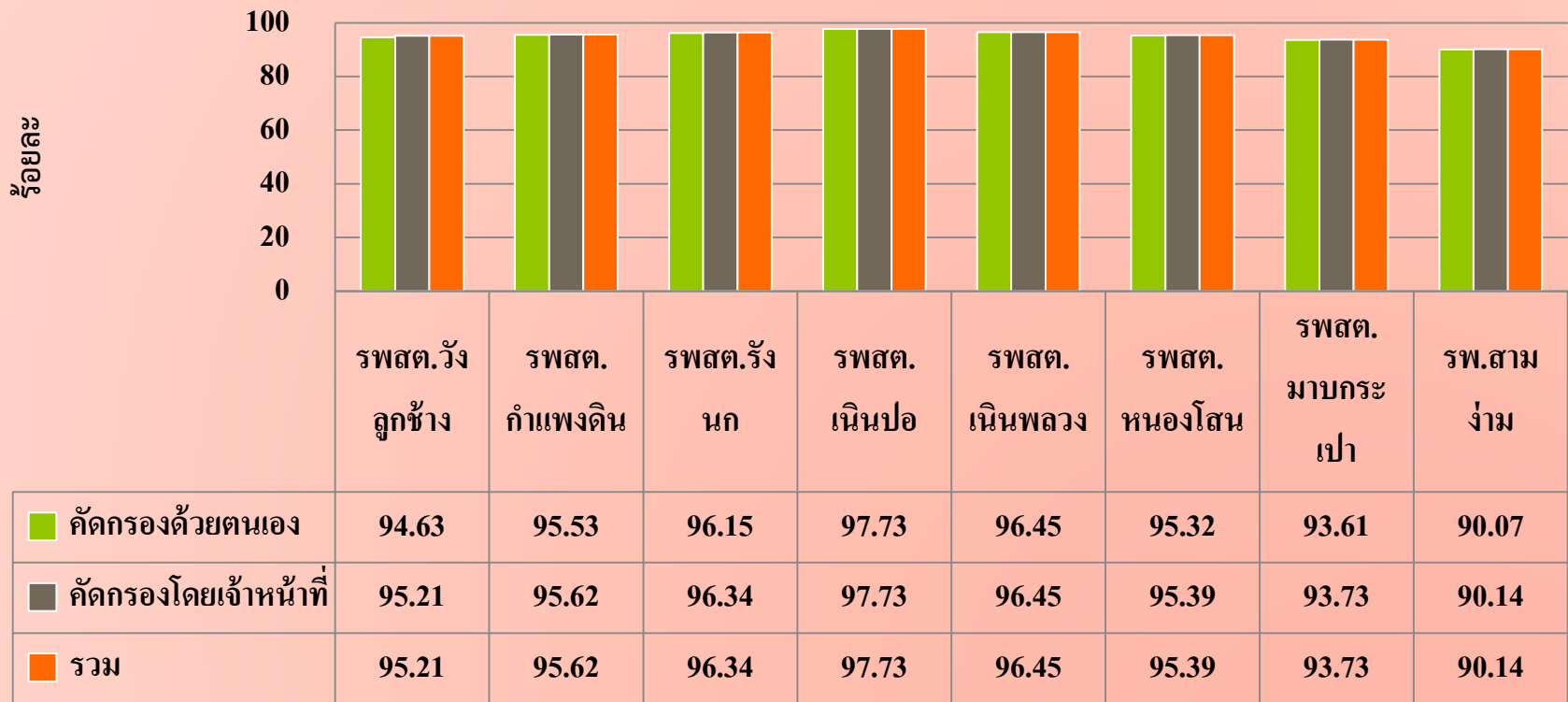
- นัดทำ Colonoscope จำนวน 87 ราย
- ไปทำจริง จำนวน 42 ราย
- ผลปกติ จำนวน 13 ราย
- ผลพบ Homorid จำนวน 2 ราย
- ผลพบ Diverticurum จำนวน 4 ราย
- ผลพบ Proctitis จำนวน 2 ราย
- Polyp ตึงเนื้อ จำนวน 21 ราย ผลชิ้นเนื้อปกติ

ปี 2563 เกณฑ์มากกว่าร้อยละ 10 : ผ่านเกณฑ์

ร้อยละ 80 ของสตรี อายุ 30-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี 2563

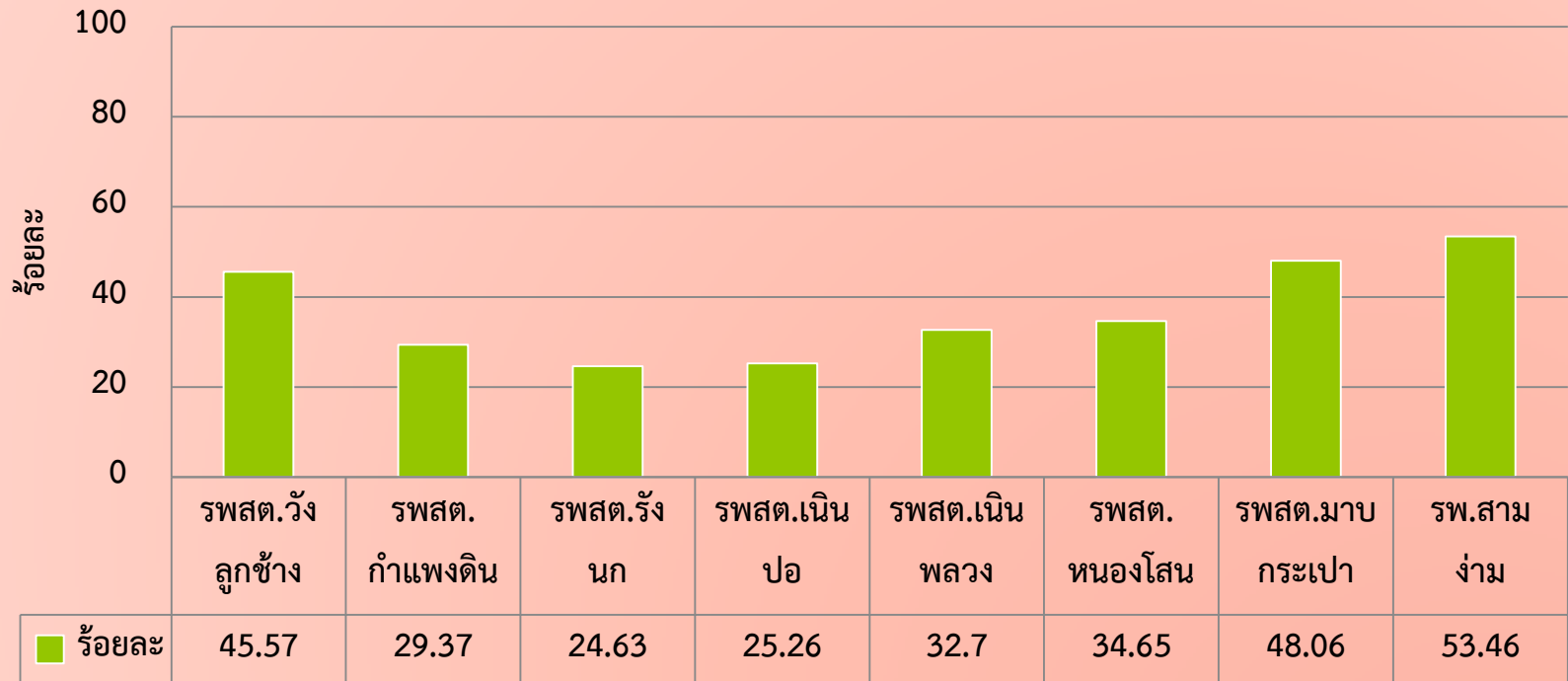
ณ วันที่ 7 สิงหาคม 2563

แยกตามราย รพสต.ของเครือข่ายสามง่าม



ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 80

ร้อยละ 20 ของสตรี อายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ผลงานสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563-2567) แยกตามแต่ละ รพสต.เครือข่ายสามง่าม



ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 20

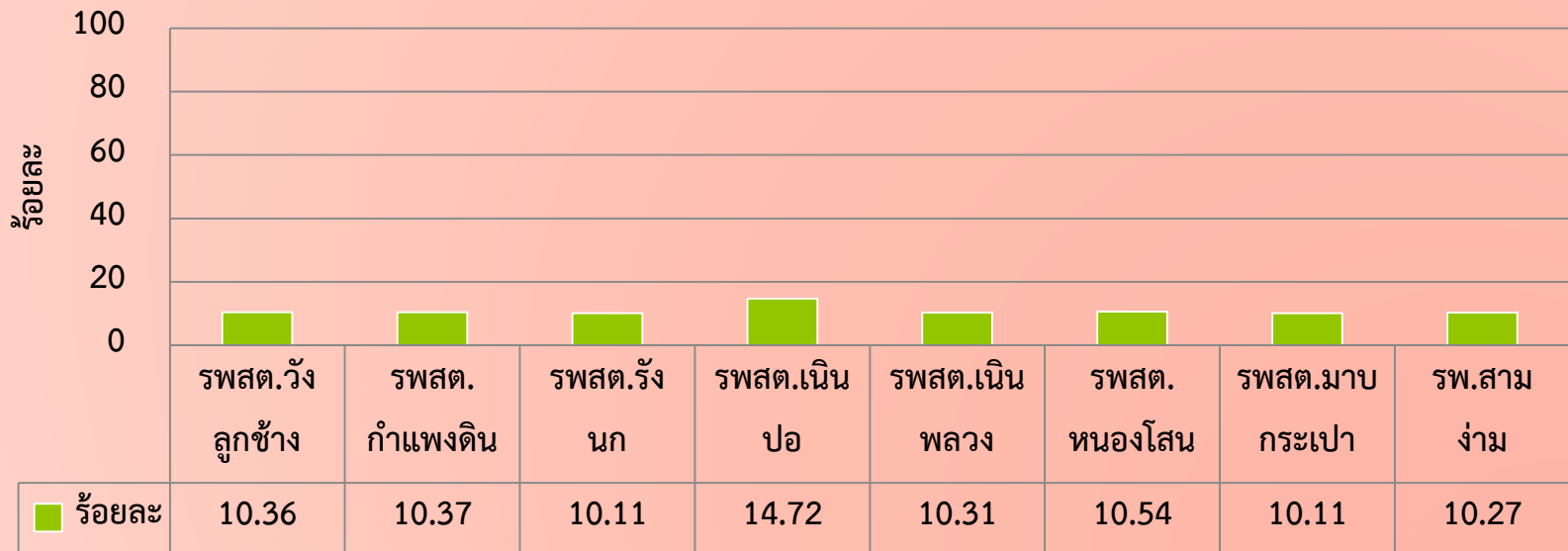
ร้อยละ 10 ของประชาชน อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ ปี 2563

แยกตามแต่ละ รพสต.เครือข่ายสามง่าม

เป้าหมายการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ จ.พิจิตร ปี 2563

โรงพยาบาล	ปชก.UC 50-70 ปี	จำนวนเป้าหมาย	วงเงิน Fit Test
รพ.สามง่าม	9,242	924	33,164.92

การดำเนินการปี 2563



ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด มากกว่าร้อยละ 10

Plan

- พัฒนาระบบการคัดกรองโรคมะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก/มะเร็งลำไส้
- พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูล
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการตรวจคัดกรอง
- นำวิธีการตรวจใหม่ๆมาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจในการตรวจคัดกรอง