รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ (ทีม PCT)

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
องค์กรสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ผู้รับผลงานสามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็น ได้โดยสะดวก มีกระบวนการรับผู้ป่วยที่เหมาะกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย อย่างทันเวลา มีการประสานงานที่ดี ภายใต้ระบบงานและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีประสิทธิผล.

i. <u>บริบท</u>

องค์กรมีระบบการเข้าถึงบริการให้รวดเร็ว ลดระยะเวลารอคอย มีคลินิกเฉพาะโรค มีการกำหนดช่วงเวลาในการเข้ารับบริการแต่ละคลินิกและผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัย จากการทบทวน พบว่ากลุ่มผู้ป่วยสำคัญ Stroke, sepsis มีปัญหาในการเข้าถึงบริการที่ล่าช้า เนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคและอาการสำคัญ เมื่อมีอาการไม่มีคนนำส่งและไม่รู้ช่องทางการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในอำเภอ มี 2 หน่วยหลัก ในด้านการเข้ารับบริการ ยังพบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป พบอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ B-D และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภล่าช้า

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
1. การเข้าถึงบริการ [III-1 ก, ข]**	4	**L**	- จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke พบปัญหาการเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจาก ขาดความรู้เรื่องโรค และอาการนำของโรค ไม่มีคนนำส่งมาโรงพยาบาล และไม่รู้ช่องทางการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วย bed ridden มีการติดเชื้อจากการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เหมาะสม รวมทั้งหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่เพียงพอ ดังนั้นเพื่อตอบสนองการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็ว ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ขยายการให้ความรู้ไปยังประชาชนทั่วไปที่มารับบริการ 2) เพิ่มช่องทางการประชาสัมพันธ์ การใช้บริการ 1669 3) เพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง NCD ในประชากรวัยทำงานให้ครอบคลุม 4) รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย stroke

			กลุ่ม non fast track และส่งคืนให้กับเครือข่าย 5) อบรมฟื้นฟู Triage และ screen ผลลัพธ์ 1) Onset to door ในผู้ป่วยโรค Stroke ไม่บรรลุตามเป้าหมาย จาก การทบทวนพบว่าผู้ป่วย ขาดความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนของโรคและขาดผู้ดูแล 2) มีการขยายเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอปท/รพ.สต มีส่วนร่วม (เครือข่ายอบต.วังบ่อ อยู่ระหว่างการขอขึ้นทะเบียนกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน) ในส่วนของโรงพยาบาลหนองบัว ได้มีแผนรองรับกรณีมีเหตุซ้อน แผนพัฒนา 1)การเพิ่มยานพาหนะในการออกรับเหตุเพิ่มขึ้น 1 คัน เพื่อให้ทันต่อการให้บริการ 2) พัฒนาการเข้าถึงบริการในผู้ป่วย CVD risk เสี่ยงสูง ผ่านการคืนข้อมูลกลับเครือข่าย3.) เพิ่มการประชาสัมพันธ์ 1669 ผ่าน social media และ เสียงตามสายประจำหมู่บ้าน -จากการทบทวนกระบวนการดำเนินงาน ยังพบอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนแต่ยังไม่ถึงระดับรุนแรง จากการทบทวนพบว่า บุคลากร/เจ้าหน้าที่ยังมีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินยังไม่ถูกต้องยังไม่มีความชำนาญ และนอกจากนั้นมีความหลากหลายของวิธีการเก็บข้อมูลซึ่งอาจทำให้มีความคลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นจึงจัดทำระเบียบปฏิบัติการคัดแยก Triage, พัฒนาการคัดแยก TriageและจัดอบรมTriageแก่เจ้าหน้าที่ทุกหน่วยงานที่มีผู้ป่วยมารับบริการ -พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอตรวจที่ OPD จากการทบทวนพบว่า อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (TB)รอตรวจที่ OPD จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยป่วยด้วยโรคเบาหวานและได้รับการวินิจฉัยเป็น TB ภายหลัง แล้วไม่มีการยกเลิกนัดในคลินิก NCD ทำให้ผู้ป่วยมาเข้ารับบริการที่คลินิกตามนัด แผนการพัฒนา ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย TB -จากการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย pneumonia เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วและลดการเสียชีวิต ได้มีการจัดทำการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย bed ridden โดยการให้ความรู้เสริมพลังและทักษะให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้	

			อย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ ผู้ป่วย bed ridden ที่ Re-admit ด้วย UTI ลดลง, ยังพบผู้ป่วย bed ridden ที่ Re-admit ด้วย bed sore จากการทบทวนพบว่า เป็นผู้ป่วยที่มีแผล เกรด 4 แล้วปฏิเสธการไปรักษาต่อ ทำให้ติดเชื้อซ้ำๆ ผู้ป่วย bed ridden ที่ Re-admit ด้วย pneumonia มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยสำลักอาหารแล้วปฏิเสธการใส่สายให้อาหารและญาติดูแลไม่ถูกต้อง แผนพัฒนา ปรับปรุงแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วย bed ridden -จากการทบทวนกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) เปิดการฝากครรภ์ครั้งแรกที่ รพ.สตและรพ.ทุกวัน 2) มีอสม.บัดดี้ ผลลัพธ์ ในปี 2562-2563 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้น และในปี 2564-2569 มีแนวโน้มลดลง เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์	
2. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent [III-1 ค]			-เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลที่จำเป็นต่อการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา ได้ดำเนินการดังนี้ 1) จัดทำเกณฑ์การ admit refer 2) แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลการรักษา บอกเหตุผลทางเลือก ข้อดี ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อน และระยะเวลาในการนอนรพ.3) จัดทำแนวทางการให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลในแต่ละหน่วยบริการ 4) เปิดให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลรักษาและลงนามแสดงยินยอมหรือปฏิเสธการรักษา 5) มีการลงนามในใบยินยอมผ่าตัด/หัตถการ 6) ปรังปรุงแนวทางการระบุตัวผู้ป่วย ผลลัพธ์ ข้อร้องเรียนเรื่องการไม่ได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาลลดลง อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนส่วน informed consent เพิ่มขึ้น ยังคงพบอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ B-D จากการทบทวนพบว่าเป็นอุบัติการณ์ที่เกิดจากการระบุตัวผู้ป่วยในการเก็บสิ่งส่งตรวจ และการระบุตัวการส่งผู้ป่วยX-ray จึงได้ดำเนินการดังนี้ 1) เน้นให้ระบุตัวผู้ป่วยตามแนวทาง 2)ทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นทุกครั้ง 3)มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการติดตามการเกิดอุบัติการณ์ใน Risk	

			register 4)ทีม RM ประชุมทบทวนแนวทางการค้นหาอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดของโรงพยาบาล **แผนพัฒนาคือ** ปฐมนิเทศแพทย์มาใหม่เรื่องเกณฑ์การ admit refer การให้ข้อมูลการรักษา เจ้าหน้าที่ที่มาใหม่เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- พัฒนากระบวนการ Triage
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI
- มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงแพร่กระจายเชื้อ

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การเข้าถึงบริการที่จำเป็นอย่างเหมาะสม ทันเวลา ความครอบคลุม มีประสิทธิผล และประสิทธิภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
จำนวนอุบัติการณ์การคัดแยกที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (under triage หรือ over triage) ระดับ E ขึ้นไป*/ ทั้งหมด	(…./0)	5/139	24/185	0/2	0/115	0/31
จำนวนอุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ E ขึ้นไป*/ทั้งหมด	(…./0)	1/25	0/10	0/3	0/3	0
อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินมารพ. ด้วยบริการ1669	≥20%	11.02	32.47	21.46	35.21	8.55
อัตราผู้ป่วย ACS มีระยะDoor to EKG ภายใน 10 นาที	100%	77.78	100	100	100	100
Onset to door ในผู้ป่วยโรค Stroke	≥50%	38.03	30.39	27.07	28.31	41.17
Onset to door ในผู้ป่วยโรค STEMI	100%	94.48	100	100	100	100
อุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ (TB)รอตรวจที่ OPD	0	NA	NA	1	1	0
ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ ANC ครั้งแรกอายุครรภ์ < 12 wks	75%	84.54	77.1	75.48	64.29	65.91
อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียนส่วน Inform consent ในส่วนของแพทย์และพยาบาล	100%	87.73	87.42	84.97	92.97	98.08
อุบัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาดระดับ B-D	0	24	5	3	3	0
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็นซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่จะได้รับอันตรายจากกระบวนการดูแลรักษา อย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม.

i. <u>บริบท</u>

องค์กรมีความมุ่งเน้นให้มีผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ได้รับการประเมินที่ครบถ้วน เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ที่รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ได้รับการประเมินซ้ำเพื่อเฝ้าระวังอาการทรุดหนัก และสามารถประสานส่งต่อไปหน่วยงานที่ศักยภาพสูงกว่าได้รวดเร็ว กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น Stroke STEMI Sepsis พบว่าได้รับการประเมินและส่งต่อได้เพิ่มขึ้น และ กลุ่มโรค NCD พบว่า ผู้ป่วย DM/HT ที่ได้รับการประเมิน CVD risk ลดลง เนื่องจาก ยังพบว่ามีผู้ป่วยขาดนัด การบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการเมินไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย OPD มีวิกฤติขณะรอตรวจ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
3. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค [III-2 ก, ข] **	**3**.5	**L**	-จากการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การประเมินอย่างถูกต้องเป็นระบบ ลดความซ้ำซ้อนได้มีการปฏิบัติดังนี้ 1) ทบทวน CPG ในกลุ่ม Stroke, STEMI, Sepsis 2) นำ mews score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย sepsis ผลลัพธ์ 1) ร้อยละผู้ป่วยSTEMI FAST track ได้รับยาSK ภายใน 30 นาทีเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยกลุ่ม Stroke ได้รับการประเมินและส่งต่อตามเวลาที่กำหนดเพิ่มขึ้น 3) อัตราผู้ป่วยSepsis ได้รับยา Antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมงหลังการวินิจฉัยเพิ่มขึ้น 4) อัตราการปฏิบัติตาม CPG เพิ่มขึ้น -จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย unplanned refer ผู้ป่วย sepsis พบว่า ประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ไม่มีแนวทางการรายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาสุขภาพอย่างครอบคลุม ได้มีการปฏิบัติดังนี้ 1) ปรับปรุงแนวทาง

			การประเมินผู้ป่วย early warning sign 2) แนวทางการรายงานผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อน (CPG พยาบาล) ผลลัพธ์ sepsis unplanned refer ปี 2568 จำนวน 8 ราย - จากการทบทวนผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจที่ OPD พบว่า ไม่มีการประเมินซ้ำ ไม่มีการสื่อสารข้อมูลถึงอาการผิดปกติที่ต้องแจ้งพยาบาล งานผู้ป่วยนอก ได้มีการปฏิบัติดังนี้ 1) จัดลำดับกลุ่มผู้ป่วยรอเข้าตรวจ 2) จัดทำแนวทางการประเมินซ้ำในผู้ป่วยรอตรวจที่ OPD ผลลัพธ์ พบอุบัติการณ์ผู้ป่วย OPD มีวิกฤติขณะรอตรวจ ปี 2567 = 0 ราย ปี 2568 = 3 ราย ปี 2569 = 0 ราย - จากการทบทวนการประเมินผู้ป่วย DM/HT พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการประเมิน CVD risk ลดลง จากการทบทวนพบว่า มีพบว่ามีผู้ป่วยขาดนัด การบันทึกข้อมูลเพื่อใช้ในการเมินไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ แผนพัฒนาคือประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในการลงบันทึกข้อมูลประเมิน CVD risk ให้ครบถ้วน ติดตามผู้ป่วยผิดนัดขาดการรักษาต่อเนื่องให้เข้าสู่ระบบ ผลลัพธ์ 1) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและหรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD risk มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2) อัตราการขาดนัด คงเดิม	
4. การวินิจฉัยโรค [III-2 ค]*			- เพื่อให้การวินิจฉัยโรคผู้ป่วยถูกต้องรวดเร็ว ลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคและทำให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัย ได้ปฏิบัติดังนี้ 1) องค์กรแพทย์มีการบันทึกผลการตรวจและวินิจฉัยตามแบบฟอร์ม รวมถึงบันทึกความก้าวหน้า/การเปลี่ยนแปลงของการวินิจฉัยใน Progress note 2) มีการทบทวน Case ในกลุ่ม Trigger point :Unplanned Dead, Unplanned refer ,กลุ่ม refer back 3) ทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป 4) ทบทวนความถูกต้องในการวินิจฉัยในโปรแกรม Hosxp 5) กำหนดและปรับเปลี่ยน CPG ในกลุ่มโรคหลักให้มีความครอบคลุมมากขึ้น 6) มีแนวทางการดูแลบำบัดผู้ป่วยสูบบุหรี่โดยใช้แบบประเมิน	

			แบบวัดระดับนิโคติน(HIS) อุบัติการณ์ Miss diagnosis และ delay diagnosis จากทบทวนแล้วพบว่า เคสส่วนใหญ่เกิดจากวินิจฉัย SEPSIS ล่าช้า หรือไม่ได้วินิจฉัย SEPSIS โดยมีจากหลายปัจจัย เช่น การประเมินผู้ป่วยแรกรับ คนไข้ที่อาการไม่ชัดเจนได้รับวินิจฉัย sepsis ล่าช้า ผล LAB ที่ออกช้า ทำให้มีอาการทรุดลงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือต้องส่งต่อจึงมีการปรับปรุงแนวทาง มีการใช้แบบคัดกรองประเมิน SIRS มีการใช้ POC Lactate มาช่วยในการวินิจฉัย มีการประกันเวลา LAB ออกในกลุ่มผู้ป่วย SEPSIS มีการใช้ Ultrasound เพื่อการประเมินสารน้ำหรือการรักษา และยังพบการ Delay Diagnosis ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI/NSTEMI เนื่องจากเกิดจากอาจจะมีในกลุ่มผู้ป่วย atypical chest pain จึงมีการคัดกรองและคัดแยกผู้ป่วยในกลุ่มแน่นหน้าอก จุกแน่นลิ้นปี่ ใจสั่น อาการเหงื่ออก ตัวเย็น ให้ส่งทำ EKG โดยทันที และยังเกิดจากความไม่มั่นใจในการอ่าน EKG จึงได้มีนำเสนอปัญหาในที่ประชุมจังหวัด ได้รับการแก้ไข้แล้วโดยมีโรงพยาบาลแม่ข่ายรับ consult เพื่อช่วยดู EKG เพื่อให้การวินิจฉัยเป็นอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทันเวลาให้ยา -โรงพยาบาลมีการกำหนดแนวทางในการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคซึ่งเป็นเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและมาตรฐานสำคัญจำเป็นจึงมีการจัดทบทวน RCA ตาม trigger point เช่น Unplanned Dead, Unplanned refer ,Refer back, เปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ,ทบทวนผู้ป่วยที่มาตรวจซ้ำๆหลายครั้ง ผลลัพธ์ 1)อัตราจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เข้าระบบ FAST trackได้รับการส่งต่อภายใน30 นาทีเพิ่มขึ้น 2)อัตราผู้ป่วย SEPSIS ได้รับ antibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากได้รับการวินิจฉัย) เพิ่มขึ้น 3) เริ่มใช้แบบประเมินแบบวัดระดับนิโคติน(HIS) เพื่อประกอบวินิจฉัยภาวะติดนิโคติน แนวทางพัฒนาคือ ปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย CPG	

			เป็นรายโรคเช่น sepsis stroke MI ตาม service plan และอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับพยาบาลและสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ระบบ FAST track 3 S

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การประเมินความต้องการ ปัญหาสุขภาพ และความเสี่ยงของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเหมาะสม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
จำนวนอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	7	7	3	2	2
ร้อยละผู้ป่วยSTEMI FAST ได้รับยาSKภายใน 30 นาที	≥60%	54.55	71.43	75	90	100
อัตราจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เข้าระบบ FAST trackได้รับการส่งต่อภายใน30นาที	≥80%	80.89	89.85	85.88	92.55	92.85
อัตราผู้ป่วย SEPSIS ได้รับantibiotic ภายใน 1 ชม. (นับจากได้รับการวินิจฉัย)	100%	100	88.76	98.07	99.54	97.05
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและหรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน CVD risk	≥ 90%	94.92	82.47	66.10	70.38	75.42
อุบัติการณ์ผู้ป่วย OPD มีวิกฤติขณะรอตรวจ	0	2	2	0	3	0
*ตัวอย่างการเก็บข้อมูลตามมาตรฐานสำคัญจำเป็น ซึ่งอาจปรับรูปแบบตามบริบทองค์กร						

III-3 การวางแผน

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):

III-3.1 ทีมผู้ให้บริการจัดทำแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีการประสานกันอย่างดีและมีเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วย และป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

III-3.2 ทีมผู้ให้บริการ วางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาความต้องการ หลังจำหน่ายออกจากองค์กร.

i. <u>บริบท</u>

ทีม PCT ร่วมกับงานยุทธศาสตร์กำหนดกลุ่มโรคที่มีความสำคัญต่อการวางแผนดูแล: Stroke Sepsis, STEMI, HT, DM , CKD ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยสูบบุหรี่ และวางแผนจำหน่าย: Stroke , COPD , Asthma , TB , Palliative Care เพื่อลดการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อน ป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ เสริมพลังแก่ผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยจัดทำแนวทางให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน มีการบันทึกอาการเปลี่ยน ผลการประเมิน ผลตรวจต่างๆ เพื่อสื่อสารระหว่างทีม และสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่าย จากการทบทวนพบว่า ยังพบอุบัติการณ์การเกิดคลอดติดไหล่ ผู้รับบริการมีประวัติสูบบหรี่สามารถเลิกได้น้อย ผู้ป่วยการกลับเข้ารักษาด้วยโรคเดิมภายใน28วันเพิ่มขึ้น

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
5. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย [III-3.1]	4	L	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลที่เหมาะสมตามปัญหาสุขภาพ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนการวางแผนการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ 2) ประเมินความเสี่ยงจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น ประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ประเมินความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับ 3) จัดโซนการดูแลเฉพาะ 4) มีกระบวนการ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา 5) มีการสื่อสารแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ผลลัพธ์ ปี 2567 – 2568 ไม่พบผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 2)อุบัติการณ์การเกิดคลอดติดไหล่ ปี 2567 ไม่พบอุบัติการณ์ ปี 2568 พบการเกิดคลอดติดไหล่ 1 ราย จากการ

			ทบทวนพบว่า ประเมินน้ำหนัก 3,500 กรัม ยังไม่เกินเกณฑ์ refer (3,800) ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ ร่วมกับมีปัญหาด้านมารดา ที่มีตัวใหญ่ ทำให้คลอดลำบาก แผนการพัฒนา สะท้อนปัญหากลับรพ.แม่ข่าย และพัฒนาทักษะพยาบาลในด้านการวางแผนการดูแลผู้คลอดแต่ละระยะ โดยส่งฝึกอบรมซักซ้อมและฟื้นฟูทักษะการทำคลอดกับโรงพยาบาลแม่ข่าย 3) ไม่พบอุบัติการณ์การแพ้ยาซ้ำ 4) ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ - จากการทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย NCD ที่ควบคุมระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตไม่ได้ และเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มDM (DKA, Hypoglycemic Coma)ซึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่ตระหนักในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องการควบคุมอาหาร การทานยา และการออกกำลังกาย ผู้ป่วยผิดนัด ดำเนินการทำกิจกรรมเสริมพลังในการจัดการตนเองไม่ต่อเนื่อง จึงได้ปฏิบัติดังนี้ 1) ได้มีการพัฒนาโดยเสริมพลังผู้ป่วยโดยใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย 2) ใช้ ตารางสีรู้โรคให้ผู้ป่วยรู้สถานการณ์โรคของ 3) พัฒนาแนวทางการติดตามการขาดนัด ผลลัพธ์ อัตราการภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มDMลดลง แต่ยังเกินค่าเป้าหมาย - จากการทบทวนการดำเนินงาน พบผู้มีประวัติสูบบุหรี่สามารถเลิกได้ไม่บรรลุเป้าหมาย ดังนั้นเพื่อให้ผู้มีประวัติสูบบุหรี่สามารถเลิกได้ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) สร้างความตระหนักในเรื่องสุขภาพผู้ป่วยเฉพาะราย 2)ประเมินสุขภาพพร้อมโยงการใช้สารเสพติด ทั้ง บุหรี่ สุราและประเมินความเสี่ยงสุขภาพ 3) สร้างเสริมพลังชุมชนและเครือข่ายเพื่อการบำบัด 4)ปรับระบบให้บริการบำบัดโดยชุมชน 5)เพิ่มศักยภาพ ทักษะ BA/BI/MI ที่รพสต.15แห่ง 6)ดำเนินการคลินิกเลิกบุหรี่ครบวงจร 7)ใช้แบบประเมินแบบวัดระดับนิโคติน(HIS) ผลลัพธ์1)ร้อยละของผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดเพิ่มขึ้น2)ร้อยละผู้รับบริการมีประวัติสูบบหรี่สามารถเลิกได้เพิ่มขึ้น แผนพัฒนาคือ การเข้าถึงคลินิกเลิกบุหรี่ยังน้อยอยู่ ดังนั้นจึงประสานงานผู้	

			รับผิดชอบคลินิกอื่นๆโดยเฉพาะ COPD Asthma พิจารณาผู้ป่วยที่ควรเลิกบุหรี่ (เพราะส่งผลกระทบโรคที่เป็นให้เป็นมากขึ้น)ให้ส่งผู้ป่วยมาก่อนเพื่อให้เข้าคลินิกเลิกบุหรี่ก่อนเพื่อผู้ให้คำปรึกษาสร้างแรงจูงใจมากขึ้น การมาตามนัด- ไม่มาตามนัด เนื่องจากระยะทางและค่าใช้จ่าย เลยปรับเปลี่ยนยืดหยุ่นเป็นโดยการติดตามทางโทรศัพท์ และยาที่ต้องมารับวันเดียวกับคลินิกต่างๆ ยาในคลินิกเลิกบุหรี่ ยังไม่มียาเฉพาะเลิกบุหรี่ เช่นแผ่นแปะนิโคติน หมากฝรั่ง แนวทางส่งต่อในรพ.ให้ชัดเจน -เพิ่มศักยภาพ BA/BI ใน เจ้าหน้าที่ที่พบผู้ป่วย -ปรึกษา แพทย์ เภสัช แนวทาง การได้ยา - เข้าร่วมกับคลินิกฟ้าใส ในการพัฒนา คลินิกเลิกบุหรี่
6. การวางแผนจำหน่าย [III-3.2]	**3.5**	**L**	-เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้หลังจำหน่าย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ต้องกลับมารักษาซ้ำ จึงได้มีการพัฒนาดังนี้ 1) กำหนดกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นปัญหาในพื้นที่ 2) ปรับปรุงแนวทางการจำหน่ายเฉพาะโรค 3) ประเมินปัญหาและติดตามปัญหาที่คงเหลืออยู่เพื่อให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง 4)มีกระบวนการ ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่าย 5) ฝึกทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองและการใช้อุปกรณ์ที่ต้องได้รับกลับไปดูแลที่บ้าน เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน 6) ปรับปรุงการบันทึกข้อมูลสภาพปัญหาที่ต้องได้รับการดูแต่อเนื่องและส่งต่อข้อมูลให้หน่วยงานที่รับผิดชอบวางแผนการดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม Thai care ผลลัพธ์ 1) อัตราการมาตรวจรักษาซ้ำที่ ER มีแนวโน้มที่ลดลงจากการทบทวนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำที่ER พบว่าเป็นผู้ป่วยโรค AGE ที่กลับมาด้วยอาการไม่ทุเลาและมีอ่อนเพลียมากขึ้น และเป็นอีกกลุ่มที่กลับมาตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเช่นในกลุ่ม Mild head injury ที่กลับมาด้วยอาเจียน หรือกลุ่มผู้ป่วย มีอาการจุกแน่นลิ่นปี่ เวียนศีรษะ แล้วมีอาการเจ็บหน้าอกมากขึ้น แผนพัฒนาทบทวนเคส Re-Visit อย่างต่อเนื่อง

			2) อัตราการกลับมา readmit ใน 28 วัน ปี 2567 =0.89. ปี 2568 =0.92 ปี 2569 = 1.78 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การจากทบทวน พบว่าเป็นผู้ป่วย COPD/Asthma ที่ปฏิเสธการไปรักษาต่อที่รพ.แม่ขายและเป็นผู้ป่วยที่ยังสูบบุหรี่ ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะ Hypoglycemia ซึ่งเป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา ทำให้ฉีดยาไม่ถูกต้อง และผู้ป่วยที่ไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทานอาหาร แผนพัฒนา พัฒนาระบบการติดตามหลังจำหน่ายโดย CM เฉพาะโรค 3)อัตราการปฏิบัติตามวางแผนการจำหน่ายที่กำหนดในกลุ่มผู้ป่วย IMC เพิ่มขึ้น ปี 2567 = 83.08% ปี 2568 = 84.85% ปี 2569 = 100% ในกลุ่มโรค COPD ปี 2567 = 75.54 % ปี 2568 =66.37% ปี 2569 = 75.79% จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วขอกลับบ้านก่อน และไม่สะดวกนอนจนครบการรักษา

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- การดูแลผู้ป่วย NCD โดย case manager,mini case

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีการตอบสนองความต้องการที่เหมาะสม ประสานสอดคล้อง และการมีส่วนร่วม

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยกลุ่มDM (DKA HypoComa)	<2%	2.84	3.23	3.35	2.23	0.88
อุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม	0	6	0	0	0	0
อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ	0	2	0	0	0	0
อัตราผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพ	≥60%	84.62	84.21	100	100	100
ร้อยละของผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดบุหรี่	≥90%	95.21	92.68	93.26	94.32	45.28
ร้อยละผู้รับบริการมีประวัติสูบบหรี่สามารถเลิกได้	≥20%	2.2	2.3	2.23	3.12	2.1
อัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชม.	<5%	0.37	0.44	0.32	0.20	0.11
อัตราการกลับเข้ารักษาด้วยโรคเดิมทีPCTกำหนดภายใน28วัน	<2%	0.37	0.85	0.89	0.92	1.78
อัตราการปฏิบัติตามวางแผนการจำหน่ายที่กำหนดในกลุ่มผู้ป่วย IMC	≥80%	84.62	84.21	83.08%	84.85%	100
อัตราการปฏิบัติตามวางแผนการจำหน่ายที่กำหนดในกลุ่ม COPD	≥80%	NA	NA	75.54 %	66.37%	75.79

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

III-4 การดูแลผู้ป่วย

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.1 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลอย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.
III-4.2 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง การให้บริการและหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้อย่างทันท่วงที ปลอดภัย เหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

สรุปข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ความต้องการ ปัญหาสุขภาพ ความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาที่สำคัญ ที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement)

ในกลุ่มโรคสำคัญที่เป็นปัญหาของโรงพยาบาล คือ Stroke , MI , Sepsis , Pneumonia, CKD , DM, HT, จิตเวช เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ ป้องกันการเกิดความเสี่ยงและลดโอกาสการเสียชีวิต พบปัญหาการเกิดตกเลือดหลังคลอด และการเกิด Birth asphyxia ผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่ Success rate ลดลง อัตราการป่วยด้วย sepsis เพิ่มขึ้น การเกิดภาวะ septic shock ลดลง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
7. การดูแลทั่วไป [III-4.1]	4	**LI**	จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ปลอดภัย เฉพาะกลุ่มโรค ได้ดำเนินการ 1) มีจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคและจัดโซนตามประเภทผู้ป่วย 2) ทบทวน CPG ดูแลรายโรค 3) มีการดูแลแบบสหวิชาชีพและประสานการดูแลและส่งต่อกับเครือข่าย 4) มีระบบการติดตามผู้ป่วย 5) ทบทวนวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ 6) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยกับสหวิชาชีพและเครือข่าย ผลลัพธ์ 1)อัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่ Success rate

			ลดลง จากการทบทวน ปี 2568 พบผู้ป่วยขาดยา 1 ราย และอยู่ในช่วงของกา รักษาเดือนที่ 6 ผู้ป่วยมีภาวะโภชนการต่ำ ได้ดำเนินการประสานเครือข่ายเพื่อ ติดตามผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาแต่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ติดตามไม่ได้ การ ให้ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่และญาติที่พารับการรักษาในคลินิกว่าจะต้องรักษาขั้นต่ำ 6 เดือน กรณีขาดนัดจะมีการติดตามการรักษา ขอเบอร์ที่ติดต่อได้ทุกครั้งที่มารับ บริการ ประสานทีมเครือข่ายช่วยกันติดตามถ้าเลยเวลา 9 โมงเช้าของวันที่ให้ บริการ ถ้าผิดนัดวันคลินิกให้ตามมารับบริการในวันถัดไป แผนพัฒนาปรับปรุง แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรค 2) อัตราการป่วยด้วย sepsis ลดลง 3) การเกิด ภาวะ septic shock ลดลง จากการทบทวนพบว่า อัตราป่วยด้วย sepsis เพิ่มขึ้น เนื่องจากมีการ Early detectionที่เร็วขึ้น ทำให้มีการวินิจฉัยที่เร็วมากขึ้นแต่ก็พบ ว่ายังคงพบอัตราการเกิด septic shock เกิดจากการที่ผู้ป่วยมามีอาการที่รุนแรง แล้วตั้งแต่แรกรับและรวมทั้งมีอาการทรุดลง พบว่ายังมีการไม่ปฏิบัติตามแนวทาง เช่น การให้สารน้ำที่เหมาะสม รวมทั้งการประเมินสารน้ำ และการบันทึกข้อมูล เพิ่มเติมที่ไม่ครบถ้วน เช่นมีความเสี่ยงอื่น คือมีภาวะน้ำท่วมปอด สูงอายุ ที่ทำให้ การให้สารน้ำต้องมีความระมัดระวังมากขึ้น 4)ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้น 5)ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมโลหิตได้ดีเพิ่ม ขึ้น 6) ชะลอไตเสื่อมได้ดีขึ้น 7)ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วย ใน) มีค่าคะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้รับการบริบาลฟื้นสภาพ ระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed เพิ่มขึ้น จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่ พึงประสงค์ ได้ดำเนินการ 1) ทบทวนความเสี่ยง 2) ทบทวนแนวทางการคัด กรองภาวะเสี่ยง 3) ทบทวนแนวทางการป้องกันความเสี่ยง ผลลัพธ์ พบอุบัติ การณ์ผู้ป่วยจิตเวชโดดตึก จากการทบทวนพบว่าในผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ตาม แนวทางการดูแล ผู้ป่วยจะต้องได้รับการส่งต่อไปยังรพ.เฉพาะทาง แต่เนื่องจาก ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข จึงรับไว้เป็นผู้	

			ป่วยใน แต่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการแก้ไขอาการทางจิตเวช ทำให้เกิดอาการ withdrawal ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง แผนพัฒนา 1) จัดทำแนวทางซ้อมแผนเผชิญเหตุ 2) มีแนวทางการประเมินอาการขาดสุราด้วย Ciwa score 3) จัดทำแนวทางการขอความช่วยเหลือ อัตราการเกิดตกเลือดหลังคลอด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่า เกิดจากภาวะรกค้าง แผนพัฒนา 1) ปรับปรุงการคัดกรองภาวะเสี่ยงตั้งแต่ระยะฝากครรภ์และแนวทางการดูแล 2) มีการดูแลระบบ Fast track 3) มี Set box ในการดูแลภาวะตกเลือด 3)อัตราการเกิด Birth asphyxia เพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่า มีสาเหตุจาก Preterm และภาวะติดเชื้อ แผนพัฒนาคือ 1)การป้องกันคลอดก่อนกำหนด 2)การคัดกรองเฝ้าระวังความเสี่ยง 3)การคัดกรองภาวะคลอดติดโดยการอัลตาซาวน์ - เพื่อให้ผู้ป่วยภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉิน ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที และมีความปลอดภัย ได้ปฏิบัติตามระบบดังนี้ 1) สำรวจพื้นที่ให้บริการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉิน 2) มีระบบ Fast track ในกลุ่มโรคสำคัญ 3) มีการฟื้นฟู CPR และการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยฉุกเฉิน 4) มีระบบการเรียกขอความช่วยเหลือจากทีม CPR กรณีเกิดภาวะวิกฤติที่หน่วยงานอื่นโดยมีกริ่งฉุกเฉินไว้ที่ห้องฉุกเฉิน 5) มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน 6) มีเครื่อง AED ประจำหน่วยงานที่อยู่ไกลเช่น กลุ่มงานทันตกรรม และกลุ่มงานเภสัชกรรม 7) มีเครื่องช่วยฟื้นคืนชีพอัตโนมัติที่ ห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยในผลลัพธ์ 1) มีการฝึกซ้อมแผนการช่วยเหลือภาวะวิกฤติขณะรอรับบริการ 2) เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฟื้นฟู CPR 93.91 % 3) มารดาตกเลือดหลังคลอดเข้า Fast track ได้ 100 % 4) ร้อยละผู้ป่วย stroke เข้าระบบ Fast track ได้ภายใน 30 นาที เพิ่มขึ้น 5)ร้อยละผู้ป่วย MI เข้าระบบ Fast track ได้รับยา SK เพิ่มขึ้น 5) ร้อยละผู้ป่วย sepsis เข้าระบบ Fast track ได้	

			-จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อการตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลด้วยความเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ การตัดสินใจเกี่ยวกับการให้คงไว้หรือยุติการรักษาเพื่อยืดชีวิตเป็นไปอย่างสอดคล้องกับข้อบังคับกฎหมาย ความเชื่อและวัฒนธรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว ได้ดำเนินการดังนี้ 1) มีการประเมินสภาพจิตใจและความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยและญาติ 2) แพทย์และพยาบาลจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) มีการอนุญาตให้ทำพิธีกรรมทางศาสนาและประเพณี เช่น การเปิดเทปธรรมะให้ฟัง มีพระมาสวดข้างเตียงทำให้จิตสงบ 4) การให้ญาติขอขมาผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต 5) มีการสร้างสิ่งแวดล้อมภายใน หอผู้ป่วย เพื่อช่วยลดความตึงเครียด ผลลัพธ์ ความพึงพอใจของผู้ป่วยใน บรรลุเป้าหมาย ปี 2567 = 98.1% ปี 2568 = 98.7% ปี 2569 =91.5%	
8. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง [III-4.2] **	3	**L**	-เพื่อให้ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง ได้มีการปฏิบัติดังนี้ 1) ทบทวนและปรับปรุง CPG ในโรคเสี่ยงสูง เช่น SEPSIS จากการทบทวนพบว่ามี Delay diagnosis และ miss diagnosis ในผู้ป่วยที่อาการไม่ชัดเจน โดยพัฒนาจุดเน้นการ early detection โดยใช้ SIRS รวมทั้งการสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์เพื่อช่วยในการวินิจฉัย และการประเมินอาการของโรค (POC blood lactate , Ultrasound) 2) ทบทวนระบบ Fast tract ในกลุ่มโรค Stroke,STEMI,Sepsis และได้มีการ feedback กับโรงพยาบาลแม่ข่าย เช่น จากการทบทวน พบการ delay diagnosis STEMI เนื่องจากแพทย์ไม่มั่นใจ EKG และโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่มีแพทย์ Staff รับconsult โดยเฉพาะ หลังจาก feedback ไปก็มีการจัดทำแนวทางการให้คำปรึกษาเป็นตารางเวรโดยเฉพาะ 3) ทบทวนและปรับปรุง Early warning sign ให้ครอบคลุมทั้งผู้ใหญ่และเด็ก 4) มีเกณฑ์ในการ consult และขอrefer ในกลุ่มโรคสำคัญ เช่น STEMI, NSTEMI	

			,Sepsis 5) อบรมวิชาการและการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น Stroke, STEMI, Sepsis การอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพทั้ง advanced CPR, Neonatal CPR และมีการซ้อมแผนฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุหมู่,ผู้ป่วยจิตเวช คลุ้มคลั่ง 6) มีการจัดทำแนวทางการจัดการผู้ป่วยที่มีอาการคลุ้มคลั่งขณะพักรักษาตัว มีการซ้อม/อบรมการผูกยึดผู้ป่วยอย่างปลอดภัย 7) ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง PPH มีการปรับปรุงแนวทางโดยการประเมินความเสี่ยง แรกรับ เช่น อายุมากกว่า 40 ปี ภาวะอ้วน มีเนื้องอกในมดลูก มีประวัติตกเลือดหลังคลอด ครรภ์แฝด Polyhydramnios และมีแนวทางการดูแล Active management ตั้งแต่ Estimate Blood loss ≥ 250ml 8) มีการจัดทำแนวทางการดูแลCPR (ขั้นตอนปฏิบัติในการขอความช่วยเหลือ) กรณีนอกเวลาราชการ หรือ มีผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอกับการดูแล รวมทั้งฝึกซ้อมสถานการณ์ Audit CPR ผลลัพธ์ 1)อัตราการของการไม่ปฏิบัติตามCPG STEMI = 0 2)อัตราการของการไม่ปฏิบัติตาม CPG STROKE = 0 3)อัตราการของการไม่ปฏิบัติตาม CPG SEPSIS = 9.81% 4)อัตราของพยาบาลผ่านการฟื้นฟู advanced CPR= 93.91% 5)อัตราของพยาบาลผ่านการฟื้นฟู Neonatal CPR=100% 6)อัตราของหน่วยงานที่มีผู้รับบริการ ผ่านการAudit ACLS 1ครั้ง/ปี ปี2567 = 1 ครั้ง, ปี2568 =1 7)มีการจัดอบรมซ้อมแผนอุบัติเหตุหมู่ 1ครั้ง/ปี ปี2567 = 1ครั้ง, ปี2568 = 1 ครั้ง -การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหัตถการที่มีความเสี่ยงสูง ได้ดำเนินการดังนี้ 1) แพทย์ชี้แจงเหตุผลในการทำ ความเสี่ยง ข้อดี ข้อเสีย 2) ลงลายมือชื่อใน inform consent 3) จัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ ให้พร้อมเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน 4) พยาบาลช่วยแพทย์ทำหัตถการ 5) ทบทวนการดูแลผู้ป่วยเสี่ยงสูงผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการที่มีความ	

			เสียงสูง, อุบัติการณ์การให้เลือดผิดหมู่ผิดคน = 0 ปี2567 = 0, ปี2568 = 0 , ปี 2569 = 0 -การดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยที่เกิดภาวะวิกฤติได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทันเวลา และปลอดภัย มีแนวทางดังนี้ 1) มีระบบการขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ 2) มีการเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์รถ Emergency และเวชภัณฑ์ต่างๆ 3) มีระบบแพทย์ second call 4) มีแนวทางในการ consult และrefer 5) ซ้อมแผน CPR ผลลัพธ์ 1) อัตราการตอบสนองต่อการช่วยเหลือภายใน 4 นาทีบรรลุเป้าหมายและเพิ่มขึ้น

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ระบบการดูแลผู้ป่วย CKD (ชะลอไตเสื่อม)
- ระบบการดูแลผู้ป่วย IMC
- DM remission
- ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย
-

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความปลอดภัย เหมาะสม ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ คนเป็นศูนย์กลาง ต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569

อัตราการเกิดตกเลือดหลังคลอด	< 5%	3.31	0.87	2.10	4.70	0
อัตราการเกิด Birth asphyxia	<25/1000	8.26	35.08	0	23.50	0
อัตราป่วย STEMI รายใหม่ลดลง	ลดลง 5%	-20	11	25	-25	86.67
อัตราป่วย Sepsis รายใหม่ลดลง	ลดลง 5%	11.11	0	13.92	-0.49	33.33
อัตราป่วย CKD รายใหม่ลดง	ลดลง 5%	5.56	7.64	-25.52	42.30	96.46
อัตราป่วย Stroke รายใหม่ลดลง	ลดลง 5%	NA	-25.7%	-0.31	-5.7	16.04
ร้อยละการเกิดภาวะ septic shock	< 20 %	NA	NA	21.08%	29.76%	11.76
อัตราผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคใหม่ Success rate	≥ 85%	92.86	93.75	80.39	72.73	ช่วงการติดตามการรักษา
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโลหิตได้ดี	≥65%	68.01	63.05	62.58	63.37	53.62
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี	≥ 45 %	42.5	27.02	50.84	58.49	41.51
ร้อยละผู้ป่วยHIVที่มีViral load<50 copies/ml ที่ 12เดือนหลังเริ่มยาต้านไวรัส	≥95%	94.57	92	90.78	100	100
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ต่อผุ้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วม NCDs remission	≥ 10 %	NA	NA	NA	NA	7.14%
ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission) ต่อผุ้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งหมดในพื้นที่	≥ 1 %	NA	NA	NA	NA	0.47
ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care (ผู้ป่วยใน) มีค่าคะแนน BI เพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน เมื่อได้	≥60%	NA	57.81	67.69	72.13	66.67

รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางในหอผู้ป่วย IMC ward/bed						

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ซึ่งไม่มีศัลยแพทย์เฉพาะทางและไม่สามารถเปิดห้องผ่าตัดใหญ่ได้ ให้บริการเฉพาะการทำหัตถการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) ภายใต้การใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ได้แก่ Excision, I&D,Debridement Wound ,Warts Cautery,Corns Cautery, การเอาสิ่งแปลกปลอมออก (Remove FB) และการถอดยาคุมกำเนิดฝังใต้ผิวหนัง (Off Norplant) จากการทบทวน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
9. การระงับความรู้สึก [III-4.3 ก]	**3**	**L**	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ปลอดภัยในการใช้ยาชาเฉพาะที่และตามมาตรฐานวิชาชีพได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ 1)ให้ข้อมูลที่จำเกี่ยวกับการระงับความรู้สึก 2) ปฏิบัติตามแนวทางการให้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะที่ (WI-OPR-0111) 3)มีการติดตามอาการหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก กรณีพบภาวะแทรกซ้อนมีการส่งต่อข้อมูลเพื่อปรึกษาแพทย์ ผลลัพธ์ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ระบบการดูแลผู้รับบริการที่เป็นตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยาระงับความรู้สึก	<1%	0	0	0	0	0
อัตราการบริหารยาผิดพลาด จากการบริการวิสัญญี	0	0	0	0	0	0

III-4.3 ข. การผ่าตัด

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ซึ่งไม่มีศัลยแพทย์เฉพาะทางและไม่สามารถเปิดห้องผ่าตัดใหญ่ได้ ให้บริการเฉพาะการทำหัตถการผ่าตัดเล็ก (Minor Surgery) ภายใต้การใช้ยาชาเฉพาะที่ (Local Anesthesia) ได้แก่ Excision, I&D,Debridement Wound ,Warts Cautery,Corns Cautery, การเอาสิ่งแปลกปลอมออก (Remove FB) และการถอดยาคุมกำเนิดฝังใต้ผิวหนัง (Off Norplant) ทั้งหมดดำเนินการภายใต้คำสั่งการรักษาของแพทย์ ก่อนทำหัตถการ มีการชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ป่วยทุกรายเกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมให้ผู้ป่วยลงนามในใบยินยอมก่อนทำหัตถการทุกครั้ง

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
10. การผ่าตัด [III-4.3 ข]*	3	**L**	เพื่อให้การผ่าตัดเป็นไปตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ประเมินก่อนการผ่าตัดอย่างครบถ้วน เพื่อค้นหาและประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการปรึกษาและรายงานผลกับแพทย์ทุกครั้งหลังจากทำหัตถการ 2) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติมาตรฐาน ได้แก่ แนวทางการให้ยาระงับความ

			รู้สึกเฉพาะที่ (WI-OPR-0111) แนวทางการระบุตัวตนผู้ป่วย (WI-OPR-020) แนวทางการป้องกันการบาดเจ็บจากเครื่องจี้ไฟฟ้า (WI-OPR-007) หลักสำคัญของการทำให้ปราศจากเชื้อ 3) มีการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ Hos XP ,IPD paper less มาใช้ในการนัดและการติดตามเยี่ยมแผล การบันทึกข้อมูลการผ่าตัด การลงรหัสข้อมูล และระบบ Line สำหรับส่งรูปภาพแผลเพื่อติดตามความก้าวหน้าหลังการผ่าตัด ผลการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2564–2569 พบว่า ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำหัตถการ ไม่พบการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง หรือผิดตำแหน่ง อัตราการติดเชื้อของแผลผ่าตัดสะอาดเท่ากับ 0 ไม่พบอุบัติการณ์การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องจี้ไฟฟ้า แผนพัฒนา หน่วยงานมีการส่งเสริมให้บุคลากรเข้าร่วมการประชุมวิชาการตาม Service Plan งานศัลยกรรมและออร์โธปิดิกส์ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อพัฒนาความรู้และยกระดับคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

ระบบการดูแลผู้รับบริการที่เป็นตามมาตรฐานและมีความปลอดภัย

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความเหมาะสม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569

จำนวนอุบัติการณ์การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ ทั้งหมด/ระดับความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป*	0	0	0	0	0	0
อัตราการติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด	>5%	0	0	0	0	0
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผ่าตัด	>90%	93.00	92.00	93.5	94	96

III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

การจัดให้บริการอาหารของทางโรงพยาบาลแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1.ผู้ป่วยเฉพาะโรค 2. ผู้ป่วยทั่วไป 3. อาหารทางสายให้อาหาร โดยจัดอาหาร 3 มื้อหลัก เน้นการให้บริการที่มีคุณภาพมาตรฐานตามหลักสุขาภิบาลอาหาร หลักโภชนาการและโภชนบำบัดสอดคล้องตามแนวทางการรักษาของแพทย์ กลุ่มผู้ป่วยที่สำคัญ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคไต Stroke Sepsis จากการทบทวนพบผู้ป่วยยังไม่มีความรู้ทางด้านอาหารและโภชนาการที่ดีเพื่อนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันและในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ได้รับการให้โภชนศึกษา โภชนบำบัดตามแนวทางการประเมินภาวะโภชนาการพบว่ายังขาดการติดตามประเมินซ้ำ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
11. อาหารและโภชนบำบัด [III-4.3 ค]			-เพื่อให้บริการด้านโภชนาการมีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ได้ดำเนินการดังต่อไปนี้ 1)จัดทำมาตรฐานอาหารผู้ป่วยเพื่อให้ได้พลังงานที่เหมาะสมและมีคุณค่าทางโภชนาการที่เพียงพอต่อความต้องการพื้นฐาน 2)กำหนดมาตรฐานอาหารสำหรับผู้ป่วยเฉพาะโรคในโรงพยาบาล เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน ไตเรื้อรัง 3)จัดทำรายการอาหาร : โดยกำหนดเมนูอาหารหมุนเวียน 1 เดือน ให้เหมาะสมกับ วิถีชีวิต ฤดูกาล และได้มาตรฐานตามหลักโภชนาการ 4)การกำหนดเวลาให้บริการ : เวลาในการให้บริการอาหารในโรงพยาบาล เช้าเวลา 7.30 น. เที่ยงเวลา 11.30 น. เย็น เวลา 16.00 น 5) ระบบการสั่งอาหารทางโปรแกรม HosXP และจัดทำบัตรอาหารผู้ป่วยระบุ ชื่อ-นามสกุล ตึก เตียง ประเภทของอาหาร การแพ้อาหาร เขียนบันทึกการสั่งอาหารที่เปลี่ยนแปลงทางโทรศัพท์

			ผลลัพธ์ ไม่พบความเสียงการให้บริการอาหารไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์ในระดับความเสี่ยง ระดับ C ขึ้นไป -เพื่อให้มีการวางแผนการดูแลทางโภชนาการที่เหมาะสม ได้ดำเนินการดังนี้ 1) การให้บริการด้านโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยใน กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทุพโภชนาการ ใช้แบบคัดกรอง SPENT nutrition screening tool คัดกรองภาวะโภชนาการในผู้ป่วยในทุกราย 2) กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านโภชนาการ ขาดความรู้ความเข้าใจที่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วย เช่น ผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผู้ป่วยโรคไต เป็นต้น ได้ให้โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยรายบุคคล 3)ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านทุพโภชนาการได้รับคะแนนการคัดกรอง SPENT nutrition screening tool **≥2** คะแนน จะมีการส่งประเมินภาวะโภชนาการอย่างละเอียดด้วยแบบฟอร์ม NT 2013 : Nutrition Assessment โดยนักโภชนาการ เพื่อหาสาเหตุและวางแผนการให้โภชนบำบัดอย่างเหมาะสม ผลลัพธ์ ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ/โภชนบำบัดในกรณีที่แพทย์ส่งพบ บรรลุเป้าหมาย - เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ด้านโภชนาการที่เหมาะสมกับโรคได้ดำเนินการดังนี้ 1) สอนและแนะนำความรู้ด้านโภชนาการอาหารแก่ผู้ป่วยนอก ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้องรัง รายกลุ่มและรายบุคคล 2)กลุ่มผู้ป่วยคลินิก DM Remission Clinic มีการให้ความรู้ด้านโภชนาการ มีการติดตามภาวะโภชนาการ การติดตามการรับประทานอาหารของผู้ป่วยผ่านLine ให้บริการคลินิกประจำวัน เช่น วันจันทร์สัปดาห์ที่ 3 ของทุกเดือน ให้ความรู้คลินิกผู้สูงอายุ วันพุธ คลินิกเบาหวาน และผู้ป่วยฝากครรภ์รายใหม่ เป็นต้น โดยมีการแนะนำการบริโภคอาหารทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล และในกลุ่มที่แพทย์พิจารณาส่งต่อเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค แนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 3) กลุ่มผู้ป่วยอาหารทางสายให้อาหาร มีการจัดทำสื่อการสอนแสดงปริมาณสูตรอาหารแต่ละสูตร เฉพาะราย สอนการทำอาหารทาง	

				สายให้อาหาร การเตรียมวัตถุดิบอุปกรณ์ การชั่งตวง การนึ่ง การปั่น การกรอง รวมไปถึงข้อควรระวังและการเก็บรักษาในอุณหภูมิที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ผลลัพธ์ อยู่ในระหว่างดำเนินการแผนพัฒนา ติดตามการประเมินภาวะโภชนาการหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอก -เพื่อลดความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของอาหารและการกระจายของเชื้อโรคในงานโภชนศาสตร์ ได้ดำเนินการ ดังนี้ 1)งานสุขาภิบาลอาหาร เจ้าหน้าที่แต่งกายสะอาดใส่ผ้าปิดจมูก สวมหมวกคลุมผม สวมผ้ากันเปื้อน สวมถุงมือ เน้นย้ำการล้างมือให้ถูกวิธีทุกครั้งก่อนปฏิบัติงานและมีการตรวจสุขภาพประจำปี 2) ด้านการผลิต กำหนดกระบวนการที่เป็นข้อปฏิบัติเรื่องการจัดซื้อ มีวิธีการเลือกซื้ออาหารสดและวัตถุดิบที่ดี มีคณะกรรมการจัดซื้อ/ตรวจรับอาหาร โดยคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพ และมีสุ่มตรวจสิ่งปนเปื้อนจากอาหาร เช่น การจัดซื้อเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ต้องมีความสด ใหม่ เน้นผัก ผลไม้ ที่มีตามฤดูกาล และเครื่องปรุงรสในอาหาร ต้องมีเครื่องหมายแสดงการได้รับอนุญาตที่ถูกต้องตามอย. 3) การจัดเก็บอาหารสด มีการแยกสำหรับแช่เนื้อสัตว์, ผัก-ผลไม้ มีห้องเก็บอาหารแห้งแยกเป็นสัดส่วน โดยวางสูงจากพื้น 30 ซม. จัดเรียงลำดับตามวันหมดอายุ (First in First out) และมีการตรวจเช็คอุณหภูมิตู้เย็นทุกวัน 4) การส่งมอบ การเบิก –จ่ายอาหาร ในการสั่งอาหารผ่านระบบ HosXP โดยระบุประเภทอาหารให้ชัดเจนตรงกับคำสั่งแพทย์ อาหารที่ผู้ป่วยงด/แพ้ เพื่อลดความเสี่ยงการจัดอาหารผิดจากคำสั่งแพทย์และป้องกันการแพ้อาหารในผู้ป่วยที่มีประวัติการแพ้อาหารบางชนิด	

			5) การจัดของและภาชนะ มีแนวทางการปฏิบัติ กระบวนการล้างภาชนะและอุปกรณ์ ตามหลักสุขาภิบาลอาหาร ส่วนภาชนะผู้ป่วยห้องแยก (ติดเชื้อ) ได้มีการนำภาชนะชานอ้อยมาใช้บรรจุอาหารให้กับผู้ป่วย และทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ เพื่อลดการแพร่กระจาย และลดความเสี่ยงต่อผู้บริการอาหาร 6) การจัดการขยะ มีการคัดแยกเศษวัตถุดิบจากการประกอบอาหาร ขยะเปียก ขยะแห้ง และขยะรีไซเคิล ใส่ถังรองรับที่มีฝาปิดมิดชิด ถังดักไขมันดำเนินการโดยตักเศษอาหารในตะแกรงทิ้งทุกวัน และตักไขมันในถังทิ้งทุกสัปดาห์ ผลลัพธ์ไม่พบสิ่งปนเปื้อนยาฆ่าแมลงในอาหารสด/ผัก/ผลไม้ ไม่พบความเสี่ยงการปนเปื้อนในอาหาร อัตราอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(**IS-**2,สุขาภิบาล

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ผ่านการเยี่ยมติดตามประเมินผลการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารปลอดภัยและปฏิบัติตามคู่มืองานโภชนาการในโรงพยาบาล ระดับ ดีมาก ปี 2564
- ได้รับการรับรองมาตรฐาน Green&Clean Hospital ระดับ ดีมาก Plus ปี 2565 -2567
- พัฒนาเมนูชูสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการจัดรายการอาหารผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ และในร้านอาหารในโรงพยาบาล
- จัดตลาดอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลทุกสัปดาห์
- ผู้ป่วย DM remission clinic มีการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น เพื่อเข้าสู่ระยะหยุดยาได้

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
การให้บริการอาหารไม่ตรงตามคำสั่งแพทย์	ไม่เกิน 5 ครั้ง	0	0	0	0	0
การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ โภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยในกรณีทีแพทย์ส่งพบ	85 %	86.56	89.79	89.81	94.82	94.33
ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	> 85%	83.33/ 89.50	88.04	87.25	88.87	86.25
ข้อทักท้วงในการปฏิบัติงานของหน่วยงาน	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อัตราการปนเปื้อนในอาหาร	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อัตราการติดตามประเมินภาวะโภชนาการและหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยใน	> 80%	80.89	81.25	80.10	81.23	80.20
อัตราการพบสิ่งปนเปื้อนในอาหารสด/ผัก/ผลไม้ (ยาฆ่าแมลง)	0 ครั้ง	0	0	0	0	0
อัตราอาหารปลอดภัยผ่านเกณฑ์มาตรฐาน(IS-2, สุขาภิบาล)	100 %	100	100	100	100	100
อัตราการติดตามภาวะโภชนาการหลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยนอก	≥85 %	N/A	N/A	N/A	N/A	29

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

III-4.3 ง/จ.การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/การจัดการความปวด

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

สรุปข้อมูลสำคัญ กลุ่มผู้ป่วยสำคัญ ความต้องการ ปัญหาสุขภาพ ความเสี่ยงและโอกาสพัฒนาที่สำคัญ ที่มีผลต่อการออกแบบกระบวนการทำงาน การปฏิบัติ และประเมินผลความสำเร็จ ที่สอดคล้องกับข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement) การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ของโรงพยาบาลหนองบัว แบ่งการให้บริการ ในกลุ่มผู้ป่วยดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้าสู่ระยะลุกลามทุกชนิด
2. ผู้ป่วยที่เคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์เฉพาะทางต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน ถูกปรับเปลี่ยน จากการบำบัดรักษาโรค มาเป็นการดูแลรักษาตามอาการเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตที่เหลืออย่างมีคุณภาพ โดยคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6-12 เดือน 3. ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ปฏิเสธการล้างไต (eGFR < 10) มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง
4. ผู้ป่วยโรคระบบประสาท หลอดเลือดในสมองแตก/ตีบที่มีอาการ coma/ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
5. ผู้ป่วยที่มีระบบอวัยวะสำคัญล้มเหลวเรื้อรังระยะสุดท้าย เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต หรือผู้สูงอายุ ซึ่งคุณภาพชีวิตไม่ดีและมีโอกาสเสียชีวิตสูงแม้ได้รับการรักษาอย่างเต็มที่แล้ว
6. ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถาบันทางการแพทย์อื่นๆโดยโรคที่เป็นอยู่ได้ลุกลามไปมากเกินกว่าจะให้การบำบัดใดๆเป็นการเฉพาะและคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ไม่เกิน 6 เดือน

การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองของโรงพยาบาลหนองบัว มีการดูแลผ่านคณะกรรมการในการดำเนินงาน มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ได้การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา

12. การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง [III-4.3 ง]	**4**	**L**	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลประคับประคองอย่างเหมาะสม ทั้งในด้านการบรรเทาอาการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ/สังคม/จิตวิญญาณ โดยผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง(palliative care) และผู้ป่วยระยะสุดท้าย (End of life care) เพื่อมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care plan) ประเมินความปวด ความไม่สุขสบาย โดยใช้แบบประเมิน PPS, Pain score ญาติและผู้ป่วยมีโอกาสในการตัดสินใจที่จะช่วย/ไม่ช่วยฟื้นคืนชีพ /เลือกสถานที่เสียชีวิต (Place of death) 2) การจัดตั้ง Clinic Palliative clinic (ทุกวันพุธ สัปดาห์ที่ 2 ของเดือน) เพื่อค้นหาและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยให้มากขึ้นและเร็วขึ้น และมีการทำการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advanced care plan) ผ่านกระบวนการ Family meeting มีรับฟังความต้องการของผู้ป่วยและญาติชัดเจนมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน มีสมุดประจำตัวแสดงเจตจำนงในการดูแลระยะท้าย 3) ประสานการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ 4) มีการเตรียมความพร้อมของยา/อุปกรณ์ และสถานที่(มีการแยกโซนที่เหมาะสมในกรณีนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล)ที่เหมาะสมต่อการดูแล 5) การเตรียมความพร้อมของญาติ สร้างความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วย) เพิ่มช่องทางในการติดต่อกับทีม และพร้อมให้คำปรึกษาช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย 7) มีระบบการดูแลและติดตามต่อเนื่องทั้งภายในโรงพยาบาลและภายในชุมชน (มีการเยี่ยมบ้าน) **ผลลัพธ์** 1.ค้นหาจำนวนผู้ป่วยระยะประคับประคองเพิ่มขึ้น 2.อัตราผู้ป่วยประคับประคองได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) อย่างมีคุณภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น 3. ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการเยี่ยมบ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 4.ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการวางแผนการจำหน่ายทุกราย	

13. การจัดการความปวด [III-4.3 จ]	3.5	L	เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการจัดการความปวดทั้งในผู้ป่วยมะเร็งและไม่ใช่มะเร็งอย่างเหมาะสม จึงมีการประเมินความปวดโดยใช้แบบประเมิน Pain score ร่วมกับการประเมิน Face scale จึงมีแนวทางการการปฏิบัติติดังนี้ 1)การจัดทำ Flow การรับบริการยาแก้ปวดสำหรับผู้ป่วยประคับประคอง ทั้งในเวลาและนอกเวลา 2)มีการปรับปรุงแนวทางการใช้ยาบรรเทาอาการปวด โดยระดับการปวด 0-3 (ปวดเล็กน้อย) เลือกการบรรเทาอากรแบบ non-opioid ระดับการปวด 4-6 (ปวดปานกลาง) เลือกการบรรเทาอากรแบบ weak-opioid ระดับการปวด 7-10 (ปวดรุนแรง) เลือกการบรรเทาอาการแบบ strong opioid และมีการติดตามการประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาอาการปวดอย่างมีคุณภาพ 3) มีการปรับเพิ่มยาแก้ปวดเพิ่มเติมเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยมากขึ้น (Kapanol) สำหรับผู้ป่วยที่ใส่สายอาหารทางสายยาง 4) ,มีระบบให้ความปรึกษากรณีผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนที่มีปัญหาเรื่องปวด ทีมเยี่ยมบ้านติดตามประเมินอาการรายงานแพทย์เพื่อใช้ยาตามความเหมาะสมตามปัญหาเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในการดูแลที่บ้าน ผลลัพธ์ ในปี 2566 ผู้ป่วยได้รับยาระงับอาการปวดมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แผนพัฒนา คือ 1)ในกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการอยู่ที่บ้าน มีแผนที่จะนำยา morphine ไปใช้ drip ทาง syringe driver เพื่อเป็นการระงับความเจ็บปวดตามความต้องการของผุ้ป่วย 2) พัฒนาแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเพื่อใช้ยาบรรเทาอาการปวดให้ครอบคุลมทุกหน่วยงานและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- แนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองโรงพยาบาลหนองบัว
- การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยระยะประคับประคองและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน
- พัฒนาคุณภาพการเข้าถึงยามอร์ฟีน (Strong opioid) ในผู้ป่วยระยะประคับประคอง และแพทย์ให้การปรับขนาดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

- การจัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีการตอบสนองความต้องการ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว การประสานเชื่อมต่อและความต่อเนื่อง ความเหมาะสม เป็นองค์รวม และความปลอดภัย

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
อัตราผู้ป่วยประคับประคองได้รับการดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) อย่างมีคุณภาพ	> 50 %	15	76.67	87.82	94.98	94.55
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบ Palliative care ได้รับการติดตามดูแลตามแนวทาง	> 80 %	100	100	100	100	100
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายเข้าถึงการดูแลแบบ Palliative care	> 50 %	NA	NA	NA	78.54	25
ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้และมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย	> 80 %	100	100	100	100	95
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	>40%	0	19.51	22.22	34.33	32
อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ป่วยระยะสุดท้าย และครอบครัว	> 80 %	98.79	98.5	98.1	98.7	97

III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

การฟื้นฟูสภาพมีความครอบคลุมเป็นองค์รวม มีการประสานงานการติดตามดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับไปสู่ชุมชน ด้านฟื้นฟูสภาพร่างกาย ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้หลายช่องทาง บุคลากรได้รับการอบรมความรู้ทางวิชาการ มีการวางแผนและเป้าหมายการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ มีการประเมินผลการรักษาด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน ผู้ป่วยได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานพบว่า ในผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดเรื้อรัง เช่น ปวดหลัง ปวดเข่า ปวดคอ ปวดไหล่ ยังพบอุบัติการณ์ความเสี่ยงเรื่องการพุพอง (Burn) จากเครื่องมือทางกายภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน พบปัญหากลุ่มผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพไม่ต่อเนื่องตามเป้าหมาย ญาติ/ผู้ดูแลยังขาดทักษะการดูแลฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยข้อสะโพกหักในรายที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ด้านการฟื้นฟูสุขภาพจิต จากการดำเนินงานพบปัญหา ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และก่อความรุนแรงในชุมชนมีมากขึ้น ด้านการฟื้นฟูสภาพด้านสังคมและจิตวิญญาณ ด้านการทำกิจกรรมในบ้านและความสามารถในการประกอบอาชีพ พบปัญหาด้านทัศนคติเรื่องโรคที่ไม่ดีของสังคมทำให้ไม่เกิดการจ้างงาน

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
14. การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ [III-4.3 ฉ]	4	I	-จากการทบทวนมาตรฐานการบริการ พบอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกเรื่องการเกิดภาวะBurn เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการบริการที่มีมาตรฐานและเกิดความปลอดภัย ได้มีการดำเนินงานดังนี้ 1) ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย 2) ทบทวนกระบวนการบริการ 3) มีเครื่องมือวัดผลลัพธ์การดูแลที่เป็นมาตรฐาน 4)ทบทวนอุบัติการณ์ความเสี่ยง 5)ทบทวนแนวทางป้องกันความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือ

			ทางกายภาพบำบัด 6) เข้ารับการอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะทางวิชาการ ผลลัพธ์ 1) พบอุบัติการณ์เกิดภาวะBurn ปี 2567 = 2 ราย ปี 2568 =3 ราย ปี 2569 = 0 ราย ปี2567-2568พบว่าปี 2567-2568 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วยทนต่อความร้อนและการวางขั้นกระตุ้นไฟฟ้าที่ไม่แนบกับผิวของผู้ป่วย จึงได้ปรับปรุงขั้นตอนการห่อแผ่นประคบร้อน ปรับอุณหภูมิของหม้อต้ม และทบทวนการใช้เครื่องมือกายภาพบำบัดเพื่อสร้างความตระหนักให้แก่เจ้าหน้าที่ ส่งผลให้ปี 2569 ไม่พบอุบัติการณ์ 2) ร้อยละความทุพพลภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่าง มีแนวโน้มลดลง ปี 2567 = 92.94% ปี 2568 =83.45% ปี 2569 = 90.90% 3) ร้อยละบุคลากรได้รับการอบรมทางวิชาการ 1 คน/1 เรื่อง/1 ปี ปี 2567-2569 = 100 % -จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ในชุมชน พบมีปัญหาได้รับการติดตามฟื้นฟูสภาพไม่ต่อเนื่องผู้ป่วยยังได้รับการติดตามเยี่ยมน้อยกว่า 6 ครั้ง ภายในระยะเวลา 6 เดือน และพบว่าญาติ/ผู้ดูแลยังขาดทักษะการดูแลฟื้นฟูสภาพในกลุ่มผู้ป่วยข้อสะโพกหักในรายที่ไม่ได้รับการผ่าตัด ญาติ/ผู้ดูแลไม่ทำ Skin traction ต่อเนื่องเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ทุเลาความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างต่อเนื่อง ญาติ/ผู้ดูแลมีความสามารถในการฟื้นฟูสภาพได้ถูกต้องและผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น จึงได้ดำเนินงานดังนี้ 1) ปรับปรุงกระบวนการติดตามฟื้นฟูสภาพ 2)จัดประชุมทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะกลางร่วมกับสหวิชาชีพและเครือข่ายสุขภาพ 3) จัดอบรมพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพให้แก่เจ้าหน้าที่รพ.สต.และอสม. 4) ประสานแผนการติดตามดูแลฟื้นฟูสภาพเจ้าหน้าที่รพ.สต. อสม.และอปท. 5) จัดตั้งธนาคารกายุปกรณ์และเครื่องช่วยเหลือผลลัพธ์ 1)ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพมากกว่า/เท่ากับ 6 ครั้งใน 6 เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2567 = 53.62% ปี 2568 =73.91% ปี 2569 =23.07% 2) ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)สามารถกลับมาทำกิจวัตร	

			ประจำวันได้ใกล้เคียงปกติ (คะแนน BI เพิ่มขึ้น) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปี 2567 = 83.33% ปี 2568 =87.50% ปี 2569 =69.23% 3) ร้อยละผู้ป่วยข้อสะโพกหักทำ skin traction ต่อเนื่องในชุมชน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นปี 2567 = 40.00% ปี 2568 =80.00% ปี 2569 =100% 4) ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจหลังการอบรม ในปี 2568 เพิ่มขึ้น (ก่อน =76.43% หลัง = 95.00%) แผนพัฒนา คือ มีการประเมินระดับความปวดและความสามารถในการเคลื่อนไหวขาในรายที่ทำ skin traction และพัฒนากระบวนการดูแลฟื้นฟูร่วมกันกับเครือข่ายอย่างเป็นระบบ -จากการทบทวนการดำเนินงานจิตเวช ยังพบปัญหาผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบก่อให้เกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และก่อความรุนแรง เพื่อให้การค้นหาผู้มีความผิดปกติทางจิตเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจากโรคจิตและจากบำบัดการใช้ยาเสพติดป้องกันผู้ป่วยจิตเวชจากยาเสพติด ไม่เกิดอาการก้าวร้าว ก่อความไม่สงบและไม่เป็นอันตรายในชุมชน จึงได้ดำเนินการดังนี้ 1) นำเรื่องประชุมในศูนย์ปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดผู้เสพยาเสพติดและผู้ป่วยที่อาการทางจิตอำเภอหนองบัว ประชุม ดำเนินงานในรูปแบบเก้าเลี้ยวโมเดล 2) กำหนดทีมห้ากัลยาณมิตรทุกหมู่บ้านในอำเภอเฝ้าระวัง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยสุขภาพจิตแบบบูรณาการของทุกภาคอย่างต่อเนื่องโดยใช้ กระบวนการสี่ห้าหกพลัส 3) ประสาน อปท สนับสนุนจัดรถ รับส่งผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉิน ผลลัพธ์ จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตก่อความรุนแรงมีแนวโน้มลดลง ปี 2567 = 30 ราย ปี 2568 =19 ราย ปี 2569 = 9 ราย และปี 2567-2569 ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ - จากการทบทวนผลการดำเนินงานด้านสังคมและจิตวิญญาณในผู้ป่วยจิตเวช พบปัญหาด้านทัศนคติเรื่องโรคที่ไม่ดีของสังคมทำให้ไม่เกิดการจ้างงาน ผู้ดูแลหรือครอบครัว มีภาวะความเครียดและมีรำคาญที่จะต้องบอกกล่าว มีการสื่อสารเชิงลบกับผู้ป่วย จึงเลือกปฏิบัติกิจกรรมนั่นเอง เพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนและอยู่	

			ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติสุข ได้ดำเนินการดังนี 1) ศอ.ปส. อำเภอหนองบัวร่วมกับ อปท 10แห่ง จัดทำโครงการ สำรวจ ประเมิน ติดตามแก้ไข และพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มเปราะบางและผู้มีอาการทางจิต โดยใช้งบประมาณ อปท. ผลลัพธ์ คนในชุมชน และ อปท ยอมรับเข้าใจและเกิดการจ้างงาน ปี 2567 =1 ราย ปี 2568 =2 ราย ปี 2569 = 1 ราย แผนการพัฒนา การติดตามดูแลต่อเนื่องและให้ครอบคลุมในแต่ละพื้นที่

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

1. ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางตั้งแต่ (IMC)
2. มาตรฐานบริการทางกายภาพบำบัด อยู่ในระดับดีมาก
3. การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ติดตามแก้ไขและพัฒนาคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบางและผู้มีอาการทางจิต
4.

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ มีความต่อเนื่อง มีประสิทธิผล/ประสิทธิภาพ

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
.ร้อยละผู้ป่วยกลุ่มปวดเรื้อรังที่มีอาการปวดลดลง/หายจากโรค	≥ 85%	91.56	95.79	91.16	90.54	94.94
ร้อยละความทุพพลภาพที่เกี่ยวข้องกับอาการปวดหลังส่วนล่างลดลง	≥ 80%	NA	NA	82.94	83.45	90.90
จำนวนครั้งการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายภาพบำบัด	0	1	0	2	3	0

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง(IMC) ได้รับการฟื้นฟูสภาพมีคะแนน Barthel Index เพิ่มขึ้น	≥65%	70.69	63.16	83.33	87.5	69.23
ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพมากกว่า/เท่ากับ 6 ครั้งใน 6 เดือน	≥60%	37.5	51.02	53.62	73.91	23.07
ร้อยละผู้ป่วยข้อสะโพกหักทำ skin traction ต่อเนื่องในชุมชน	≥60%	NA	0	40.00	80.00	100
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่ก่อความรุนแรงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง	100 %	NA	60.00	66.66	82.00	100
ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่ก่อความรุนแรงซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	100 %	NA	100	100	100	100
ร้อยละผู้ป่วยจิตเวชเรื้องรังได้รับการฟื้นฟูจนสามารถกลับมาช่วยทำกิจกรรมในบ้านและประกอบอาชีพได้	≥ 70%	60.00	40.00	58.33	66.66	67

III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>
เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย DM HT ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้รับการดูแลเพื่อชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลได้มีการจัดตั้งคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD Clinic) ทุกวันพฤหัสบดีเพื่อให้บริการผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3b – 5 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนากร และทีมกายภาพบำบัด มีการให้คำแนะนำเรื่องอาหาร ยา และการปฏิบัติในการดูแลตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม ในระยะที่ 3 และระยะ4 เมื่อเข้าสู่ระยะ 5 ผู้ป่วยได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อวางแผนการบำบัดทดแทนไต โดยการตัดสินใจร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว เพื่อได้รับการบำบัดทดแทนไตให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย และหากเข้าสู่ไตวายระยะท้ายจะได้รับการดูแลแบบองค์รวมชนิดประคับประคองโดยทีม Palliative care จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังได้ลดลงและขาดนัด

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
15. การดูแลผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง [III-4.3 ช]	3	**L**	- เพื่อให้การดูแลผู้ป่วย DM HT ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต และผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้รับการดูแลเพื่อชะลอการเสื่อมของไต ได้มีการปฏิบัติดังนี้ 1) คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย DM HT 2) ทบทวน CPG การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง 3) มีระบบการติดตามตรวจ LAB ประจำปี และการติดตามตรวจซ้ำ 4) มีระบบการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ 5) มีระบบการส่งต่อการรักษาและระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วย ESRD 6) กรณีที่ปฏิเสธ RRT มีระบบการส่งต่อทีม

			Palliative care ในผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย 7) มีการประสานข้อมูล และเชื่อมโยงการดูแลกับรพ.สต.และทีม HCC ผลลัพธ์ 1) ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรังได้ลดลง จากการทบทวนพบว่าเกิดจากการตรวจ LAB ไม่ครบ และการขาดนัด 2) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73 m2/y เพิ่มขึ้น จากมีส่วนร่วมของทีมการดูแลผู้ป่วย 3) ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ลดลง 4) ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ยังไม่ได้ตามเป้าหมายแต่มีแนวโน้มลดลง แผนการพัฒนา คือ 1) พัฒนาการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ 2) พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 5 เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้เลือก RRT ที่เหมาะสมส่งต่อรพ.แม่ข่าย 3) พัฒนาระบบให้การปรึกษา Telemedicine กับรพ.แม่ข่าย 4) พัฒนาระบบการติดตามการขาดนัด 5) พัฒนาระบบการติดตามการตรวจ LAB และการติดตามซ้ำ

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- ระบบการดูแลผู้ป่วยจนทำให้อัตราของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีอัตราการ eGFR<5 ml/min/1.73 m2 /yr เพิ่มขึ้นเป็นอันดับ 3 ของเขตในปี 2568

<u>iv.ผลลัพธ์</u> [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความ ปลอดภัย เหมาะสมต่อเนื่อง เป็นองค์รวม และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569

ร้อยละของผู้ป่วย DMและ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥80%	81.32	79.47	79.94	79.11	56.61
ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ลดลง	>5%	5.56	7.64	-25.52	42.30	96.46
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < 5ml/min/1.73 m2/y	>67%	58.07	73.54	62.48	79.64	73.20
ร้อยละผู้ป่วยไตเรือรัง stage 5 รายใหม่ ทีลดลง	>8%	NA	25%	-23.33%	-2.13	56.33
ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ (ยืนยัน)	≤10%	4.35	4.41	5.73	3.78	0.46
อัตราผู้ป่วยโรคไตเรือรังมีค่า BP < 140/90 mmHg	>80%	68.63	64.60	65.48	68.17	64.95

III-4.3 ซ. การแพทย์แผนไทย

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

งานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลหนองบัว ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยแก่ผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น ปวดขา ปวดบ่า ปวดหลัง และการดูแลมารดาหลังคลอดบุตร โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยแต่ละประเภทบริการได้รับบริการที่ถูกต้อง ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ตามมาตรฐานวิชาชีพ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังการรับบริการ เกิดความพึงพอใจและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง กระบวนการประเมินผู้ป่วยยังพบปัญหาแนวทางการประเมินผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพและไม่สามารถวัดผลการรักษาได้ชัดเจน ระบบการจ่ายยาสมุนไพรที่ไม่ครอบคลุม พบหญิงหลังคลอดไม่ได้รับการดูแลหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง และการไม่ปฏิบัติตามแผนการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ที่กำหนดร่วมของสหสาขาวิชาชีพ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
16. การแพทย์แผนไทย [III-4.3 ซ]	**3**	**AL**	จากการทบทวนการดำเนินงาน พบว่าแนวทางการประเมินผู้ป่วยยังไม่มีประสิทธิภาพและไม่สามารถวัดผลการรักษาได้ชัดเจน และระบบการจ่ายยาสมุนไพรขาดความครอบคลุม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ได้มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1).ทบทวนแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อที่พบบ่อย ได้แก่ ปวดขา ปวดบ่า และปวดหลัง 2).ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย 3).ปรับปรุงระบบการจ่ายยาสมุนไพร 4).จัดทำเครื่องมือวัดผลลัพธ์ให้เป็นมาตรฐาน 5).เข้ารับการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะทางวิชาการ ผลลัพธ์

			1) ร้อยละเคลื่อนไหวด้วยการเดินของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณขาบรรลุเป้าหมาย 2.ร้อยละคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่าบรรลุเป้าหมาย 3).คุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณหลังบรรลุเป้าหมาย 4).จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป = 0 ครั้ง จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย IMC พบปัญหาการดูแลติดตามไม่ต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องและถูกต้อง ได้มีการดำเนินงานดังนี้ 1. ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยและการประเมิน 2.จัดทำกระบวนการติดตามฟื้นฟูสภาพ ผลลัพธ์ 1.ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยมีระดับ Barthel Activities of Daily Living : ADL) เพิ่มขึ้นบรรลุเป้าหมาย จากการทบทวนการการดูแลมารดาหลังคลอดที่ได้รับการประคบเต้านม พบปัญหาการติดตามผลไม่ต่อเองและการประเมินผลที่ไม่ชัดเจน เพื่อการดูแลมารดาหลังคลอดอย่างต่อเนื่องและทารกได้รับปริมาณน้ำนมที่เพียงพอเหมาะสม ได้มีดำเนินการ 1.ทบทวนแนวทางการประเมินผล โดยการประเมินจากน้ำหนักของทารกเป็นระยะเวลา 6 เดือน 2. ปรับปรุงแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอด 3.จัดทำแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ 1.ร้อยละทารกที่มารดาได้รับการนวดกระตุ้นน้ำนมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ 100% แผนพัฒนาการติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- เขียนระบุเฉพาะหัวข้อเรื่องผลการพัฒนา (ระบบงาน กระบวนการ) นวัตกรรม ที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ
- ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
- กระบวนการประเมินผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม ถูกต้อง ปลอดภัย เป็นองค์รวม ต่อเนื่อง และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชีวัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
1.อัตราการเคลื่อนไหวด้วยการเดินของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณขาดีขึ้น	≥80%	NA	NA	NA	82.35	83.3
2.อัตราคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณบ่าดีขึ้น	≥80%	NA	NA	NA	87.50	72.72
3.อัตราคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณหลังดีขึ้น	≥80%	NA	NA	NA	81.81	83.87
4.อัตราทารกที่มารดาได้รับการนวดกระตุ้นน้ำนมมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์	100%	NA	NA	NA	100	70.73
5.อัตราผู้ป่วยระยะกลาง (IMC)ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยมีระดับ Barthel Activities of Daily Living : ADL) เพิ่มขึ้น	≥60%	NA	NA	NA	83.33	81.81
6.อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ E ขึ้นไป	0 ครั้ง	0	0	0	0	0

III-4.3 ฌ.การแพทย์ทางไกล

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

โรงพยาบาลมีการจัดให้บริการแพทย์ทางไกล โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อลดการแออัด ลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2567 เมื่อ 24 พฤษภาคม 2567 โดยกลุ่มเป้าหมายในการให้บริการคือผู้ป่วยกลุ่มโรค HT, Gout, DLP ที่ไม่มีการเจาะเลือดและสามารถควบคุมอาการได้ โดยในปีงบประมาณ 2567 มีการให้บริการผู้ป่วยจำนวน 6 คน / 19 ครั้ง และในปีงบประมาณ 2568 มีจำนวนผู้รับบริการ 14 คน / 132ครั้ง โดยทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มโรค Hypertension, DLP มีการเข้ารับบริการเป็นจำนวนสูงสุดตามลำดับ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
17. การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) [III-4.3 ฌ]	3	**L**	- เพื่อให้ผู้รับบริการการแพทย์ทางไกล ได้รับบริการที่เหมาะสม และมีความปลอดภัย ได้มีการดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดกลุ่มโรคที่จัดบริการด้านการแพทย์ทางไกล มีแนวทางปฏิบัติ และระบบในการให้บริการโดยมี health rider เพื่อส่งยาไปที่บ้าน และช่องทาง Line เพื่อเฝ้าติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ห่างไกล 2) มีระบบสารสนเทศที่สนับสนุนการจัดบริการที่แพทย์และทีมให้การรักษาสามารถพูดโต้ตอบกับผู้รับบริการที่ได้มาตรฐานและสามารถยืนยันตัวตนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการได้ 3)ทีมผู้ให้การดูแลในคลินิกได้มีการให้ข้อมูล และขอความยินยอมจากผู้ป่วย มีการบันทึกข้อมูลในระบบเวชระเบียน

			-ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2567 เริ่มดำเนินการมีผู้รับบริการจำนวน19 ครั้ง และในปี 2568 ผลลัพธ์ร้อยละผู้ป่วย HT DM เข้าระบบ Telemedicine เพิ่มขึ้น85.6 %ซึ่งบรรลุเป้าหมาย แต่ในผู้ป่วย NCD พบว่าจำนวนผู้รับบริการแพทย์ทางไกลยังมีจำนวนน้อยซึ่งเทียบกับจำนวนผู้ป่วย NCD ที่มารับการบริการทั้งหมดยังพบน้อย ดังนั้นในปีงบประมาณ 2569 แผนการพัฒนามีแนวทางการเพิ่มเป้าหมายกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมได้ เพื่อขับเคลื่อนการให้บริการแพทย์ทางไกลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- โรงพยาบาลนำระบบ video call Line /Health rider มาใช้ในการให้บริการแพทย์ทางไกล ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ ได้ง่ายผ่านทาง Smart Phone
-

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ความถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ทันเวลา และต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ร้อยละผู้ป่วย HT DM เข้าระบบ Telemedicine	เพิ่มขึ้น10%	NA	NA	NA	85.6	-116

III-4.3 ญ. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
III-4.3 ทีมผู้ให้บริการสร้างความมั่นใจว่าจะให้การดูแลในบริการเฉพาะที่สำคัญ อย่างทันท่วงที ปลอดภัย และเหมาะสม ตามมาตรฐานวิชาชีพ.

i. <u>บริบท</u>

โรงพยาบาลหนองบัวเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ในเขตสุขภาพที่ 3 อัตราการครองเตียง ในปี 2567 = 91.42 % ปี 2568 = 99.23 % มีบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบให้บริการทางด้านสาธารณสุขด้วยการบูรณาการอย่าง ครอบคลุมตั้งแต่การป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การรักษา ฟื้นฟู เป็นแหล่งความรู้แก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยทีมเยี่ยมบ้าน และ อสม.ในพื้นที่ จากการทบทวนพบว่ายังขาดการติดตามประเมินผลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ได้รับการรักษา ยา หรือการรักษาต่อเนื่องอื่นๆ

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
18. การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน [III-4.3 ญ]			เพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างPCTกับชุมชนและเกิดการดูแลต่อเนื่อง ลดแออัด ลดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มการเข้าถึงบริการ ได้มีการพัฒนากระบวนการเริ่มจากการศึกษาข้อมูลเชิงนโยบาย ปัญหาของสุขภาพ ความยุ่งยากในการเคลื่อนย้าย และกระบวนการจัดบริการผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลที่บ้าน จากนั้นได้ดำเนินการดังนี้ 1) จัดแนวทางการติดตามเยี่ยม ประเมินคัดกรองความเหมาะสมและความจำเป็นในการเป็นผู้ป่วยที่สามารถดูแลสุขภาพที่บ้าน.ประชาชนโดยเฉพาะสูงอายุได้รับการประเมิน ADL แบ่งเป็น3กลุ่ม คือกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง หรือผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมินด้วยADL เพื่อคัดเข้าสู่กลุ่ม IMC LTC ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการประเมิน PPS score และจัดบริการให้สอดคล้องกับผู้ป่วยแต่ละประเภท จัดบริการ tele medicine การจัดระบบ ส่งยาที่บ้านโดย Rider ในคนไข้

			NCD ดูแลติดตามเยียมโดยทีมสหวิชาชีและเครือข่ายสุขภาพ จัดตังธนาคารกายุปกรณ์เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล เช่น อุปกรณ์ช่วยฝึกยืนและเดิน เครื่องผลิตออกซิเจน 2) ผู้ป่วยได้รับการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม การดูแลประจำวัน และความพร้อมในการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านอื่นๆเพื่อให้สามารถได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลและปลอดภัย ในบางรายที่มีความจำเป็นต้องปรับปรุงสถาพแวดล้อมภายในบ้าน ได้รับความร่วมมือ สนับสนุนจาก อปท. และพชอ. 3)ผู้ป่วยได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านในแนวทางที่ตอบสนองต่อความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยโดยได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวผ่านช่องทางต่างๆเอกสาร แผ่นพับคู่มือผู้ป่วยรายโรครับคำแนะนำทั่วไปจากพยาบาลและคำแนะนำที่เฉพาะเจาะจงจากสหวิชาชีพในการลงเยี่ยมที่บ้าน 4) ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำเป็นของผู้ป่วยในระบบเวชระเบียน ได้ง่าย สะดวก และทันเวลา. สหวิชาชีพ สามารถสืบค้นประวัติจาก HOSxp จากโปรแกรม KPHIS (5) ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยการวินิจฉัย การวางแผนและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยได้รับได้รับการบันทึก ในระบบเวชระเบียนและโปรแกรม Thai care เพื่อการสื่อสารที่เอื้อต่อการดูแลต่อเนื่อง หากเกิดภาวะฉุกเฉินมีระบบ1669 ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกพื้นที่ ผลการพัฒนาที่ผ่านมาพบว่า 1) ลดความแออัดในผู้ป่วย NCD ลดภาระค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ โดยระบบส่งยาที่บ้านด้วย Rider 2) ผู้ป่วยIMC ได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพและผู้ป่วย LTCได้รับดูแลตามแนวทาง แผนในการพัฒนา : จัดระบบการดูแบบ Home ward Home ward for active dying ระบบการดูแล 3 หมอในกลุ่ม LTC

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- การจัดตั้งธนาคารกายอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: มีความเหมาะสม ต่อเนื่อง เป็นองค์รวม ปลอดภัย และมีประสิทธิผล

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมายปีปัจจุบัน	ปี2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
อัตราผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการดูแลและฟื้นฟูสภาพ	≥60%	90.91	84.62	84.21	100	100

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
ทีมผู้ให้บริการให้ข้อมูล และจัดกิจกรรมที่วางแผนไว้เพื่อเสริมพลังผู้ป่วย/ครอบครัวให้มีความสามารถและรับผิดชอบในการจัดการสุขภาพของตนเองให้คงสุขภาพและสุขภาวะที่ดี รวมทั้งเชื่อมโยงการสร้างเสริมสุขภาพเข้าในทุกขั้นตอนของการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของตนเอง.

i. <u>บริบท</u>

ทีมให้บริการได้กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนการดูแล ประกอบด้วยโรค **stroke DM Palliative COPD Bed ridden** จัดกิจกรรมเสริมทักษะที่จำเป็นให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วย/ครอบครัวจะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง มีระบบให้ความแนะนำและช่วยเหลือในการดูแลตนเอง และการติดตามผล จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยกลับเข้ามารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
19. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง [III-5]	**3.5**	**L**	จากการทบทวนกระบวนการเสริมทักษะการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ/สามารถดูแลตนเองที่ บ้านได้มีการดำเนินการดังนี้ 1)กำหนดกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนการดูแล ประกอบด้วยโรค stroke DM Palliative care COPD Bed ridden 1) มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมกันให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว 2) ฝึกทักษะและประเมินผลความรู้/ทักษะในการดูแลผู้ป่วย นำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่าย 3) มีระบบให้คำปรึกษาติดตามหลังจำหน่าย

			ผลลัพธ์ 1)อัตราความรู้ของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวเพิ่มขึ้น 2)อัตราการกลับเข้ารักษาด้วยโรคเดิมที่ PCTกำหนดภายใน 28 วัน เพิ่มขึ้น จากการทบทวนกระบวนการเสริมพลัง ในกลุ่มผู้ป่วย DM เพื่อให้บรรลุเป้าหมายด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) สร้างแรงจูงใจในการร่วมกิจกรรม 2) ให้ความรู้ในการดูแลตนเองโดยทีมสหวิชาชีพ 3) จัดกระบวนการดูแลตนเองแบบ self – care 4) มีระบบให้คำปรึกษาระหว่างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 5) ติดตามผลการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ 1) ร้อยละผู้ป่วย DM มี re-admit ด้วยเรื่อง Hypoglycemia ซ้ำ ปี 2567 =2.48 ปี 2568 = 0.1 ปี 2569 =2.5 2)ร้อยละผู้ป่วย DM มี re-admit ด้วยเรื่อง Hyperglycemia ซ้ำ ปี 2567 =0.87 ปี 2568= 0.04 ปี 2569 =2.5 3)ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีแนวโน้มดีขึ้น แผนพัฒนา เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานลดความเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ จึงมีแผนให้ Case manager โทรติดตามอาการแบบ Telemed ส่งต่อข้อมูลประสานอสม/รพสต ให้อนามัยเฝ้าติดตามอาการ วัดระดับน้ำตาล หากพบอาการผิดปกติก็สามารถปรึกษาแพทย์ต่อได้ -ในกลุ่มผู้ป่วย COPD เพื่อให้ลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ปรับปรุงแนวทางการรักษาผู้ป่วย CPG เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา(ยา) ที่เหมาะสม 2) มีการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ 3) มีการทบทวนร่วมกันระหว่างคณะทำงานพัฒนาการดูแลผู้ป่วย COPD ผลลัพธ์ 1) ร้อยละผู้ป่วย COPD ที่มีอาการกำเริบเพิ่มขึ้น ปี 2567 = 47 ปี 2568=57.77 ปี 2569 =10.09 2)ร้อยละผู้ป่วย COPD มี re-admit ซ้ำ ปี 2567 = 0.31 ปี 2568= 0.80 ปี 2569 =0.44 แผนพัฒนา จัดทำโครงการฝึกอบรมการใช้ยาพ่น (Inhaler Technique Training): จัดฝึกสอนการใช้ยาพ่นอย่างเป็นระบบ อาจเป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคล โดยใช้หุ่นจำลองหรืออุปกรณ์จริง พร้อมการสาธิตและให้ผู้ป่วยฝึกกลับ และให้บุคลากรผู้เชี่ยวชาญ (เช่น พยาบาลหรือเภสัชกร) ตรวจสอบ	

				เทคนิคเป็นระยะ ใช้สื่อการสอนที่เข้าใจง่าย: จัดทำวิดีโอ QR Code, โปสเตอร์ หรือเอกสารภาพที่มีคำแนะนำทีละขั้นตอน สำหรับอุปกรณ์พ่นยาแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยใช้ ในผู้ป่วยที่ mmRC > 2 / มี AE > 2 ครั้ง/ปี ส่งพบนักกายภาพบำบัดทุกราย -ในกลุ่มผู้ป่วย stroke เพื่อลดการเกิด recurrent stroke และหากมีภาวะ recurrent stroke ที่เป็นซ้ำได้เข้าระบบ fast tract ได้ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ให้ความรู้ในการดูแลตนเองและการสังเกตอาการที่เข้าโดยทีมสหวิชาชีพ 2) ทบทวนผู้ป่วย recurrent stroke 3)จัดรูปแบบกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ตามกลุ่มโรค ผลลัพธ์ ร้อยละผู้ป่วย recurrent stroke ที่เข้าระบบ Fast track ได้ ≥70% ปี2567 = 27.27%, ปี2568 = 17.18% , ปี2569 = 30% แผนพัฒนาเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย NCD ที่ได้รับการวินิจฉัย Stroke กับงาน NCD clinic เพื่อวางแผนการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, 2) ขยายเครือข่ายระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยอปท/รพ.สต มีส่วนร่วมและกระบวนการเข้าถึง1669 ให้ความรู้เรื่องอาการผ่าน social ในชุมชน ผลการดำเนินงานปี2568 เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น -ในกลุ่มผู้ป่วย ARV เพื่อให้ผู้ป่วยระบบภูมิคุ้มกันที่ดี ลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ ได้ดำเนินการดังนี้ 1)จัดกิจกรรมให้คำปรึกษาจากพยาบาลประจำคลินิกวันที่คนไข้มารับบริการ 2)แจ้งผลการตรวจเลือดประจำปีให้ผู้ป่วยทราบผลการตรวจเลือดตนเอง 3)ส่งต่อข้อมูลให้กับเภสัชกรรับทราบรายที่ผลเลือดมีการดื้อยาต้าน ให้คำปรึกษาปัญหาในการกินยา 4)สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการกินยา 5)ส่งต่อข้อมูลให้พี่เลี้ยงแกนนำของผู้ติดเชื้อของอำเภอเพื่อทำโครงการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่ดื้อยา 6)ให้คำปรึกษาโดยเภสัชกรรายกลุ่มและรายบุคคล 7)ตกลงบริการในการมารับยาร่วมกันกับคนไข้ ถ้าผลเลือดตรวจประจำปีไม่ดื้อยามารับยากินยาสม่ำเสมอ มีการจ่ายยา	

			ถึง 3-4เดือน 8)สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา ผลลัพธ์ ร้อยละของผู้ป่วย ARV ที่รับยาต้านได้รับการตรวจ viral load (มีค่า viral lode น้อยกว่า 50 copy) ≥ 95 % ปี2567 = 89.36%, ปี2568 = 100% , ปี2569 = 100% พบว่ามีอัตราการขาดยาในผู้ป่วยวัณโรคเพิ่มขึ้นจากการทบทวนพบว่าเป็นผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ที่อื่นแล้วเข้ามาพักอาศัยอยู่กับญาติ จากนั้นไม่สามารถติดตามมารับยาได้ต่อเนื่อง ในปี 2565-2566 ได้มีระบบการติดตามและใช้เครือข่ายในการติดตามผู้ป่วย ทำให้ไม่มีผู้ป่วยขาดยาแผนการพัฒนา และในปี 2567 พบผู้ป่วยขาดยา 2 ราย 1 รายย้ายที่อยู่ อีก 1 รายปฏิเสธการกินยา ปี 2568 พบผู้ป่วยขาดยา 1 รายอยู่ในช่วงของการรักษาเดือนที่ 6 ประสานเครือข่ายเพื่อติดตามผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาแต่ผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในพื้นที่ติดตามไม่ได้ ดังนั้นในคลินิกวัณโรคจะมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่และญาติที่พารับการรักษาในคลินิกว่าจะต้องรักษาขั้นต่ำ 6 เดือน หากขาดนัดจะมีการติดตามการรักษา ขอเบอร์ที่ติดต่อได้ทุกครั้งที่มารับบริการ ประสานทีมเครือข่ายช่วยกันติดตามถ้าเลยเวลา 9 โมงเช้าของวันที่ให้บริการ ถ้าผิดนัดวันคลินิกให้ตามมารับบริการในวันถัดไป -ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เพื่อให้มารดาและทารกปลอดภัยและหลังคลอดสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ได้ดำเนินการดังนี้ 1) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ 2) มีระบบติดตามหญิงตั้งครรภ์ขาดนัด 3) มีระบบให้คำปรึกษาติดตามเยี่ยมหลังจำหน่าย 4) หญิงหลังคลอดมีสอน/สาธิตวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แก้ไขปัญหาเต้านมและหัวนม 5) บริการประคบเต้านมและทับหม้อเกลือ ผลลัพธ์ หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งไม่ครบตามเกณฑ์ จากการทบทวนพบว่ามาฝากครรภ์ล่าช้าในครั้งแรก เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ แต่หลังจากเข้ากระบวนการฝากครรภ์แล้วผิดนัดลดลงเนื่องจากมีกระบวนการติดตามและให้คำปรึกษาผ่านทางระบบ	

			line ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เกิดภาวะแทรกซ้อนและคลอดก่อนกำหนดลดลงแผนพัฒนา ค้นหาเชิงรุกผ่านอสม.บัดดี้ผลลัพธ์ อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่า ส่วนมากลูกจะได้กินนมแม่นาน2-3เดือน หลังจากนั้นกินนมผสม บางเคสกินคู่กัน บางรายไปคลอดเอกชนกินนมผสมตั้งแต่แรก แก้ไขให้คำแนะนำว่าให้กินนมแม่ก่อนเป็นหลัก ซึ่งสาเหตุก็มาจากมานดามีภาระหน้าที่การงานที่ต้องไปทำ การกินนมผสมจะสะดวกกว่า แนวทางแก้ไข ประชุมคืนข้อมูลให้พื้นที่ทราบป่านMCH ระดับอำเภอ ให้ความรู้ความเข้าใจกับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวตั้งแต่ฝากครรภ์ กรณีฝากครรภ์ไตรมาสสุดท้ายควรมีการสอบถามให้ความรู้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อการวางแผนให้หญิงหลังคลอด ว่าจะให้ลูกกินนมแม่ได้นานจนถึง6เดือน และทางคลินิกสุขภาพเด็กดีจะสอบถามตั้งแต่2เดือนที่มารับบริการว่าเด็กกินนมอะไร ถ้าตอบกินนมผสมเราถามสาเหคุต่อ ช่วยแนะนำให้ข้อมูลการกินนมแม่ -ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อให้เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการค้นหาและดูแลที่เหมาะสม ทันเวลา ได้ดำเนินการดังนี้ 1) มีการตรวจพัฒนาการ/แนะนำส่งเสริมให้ผู้ปกครองกระตุ้นพัฒนาการตามช่วงวัย 2) มีระบบติดตามให้มาตรวจพัฒนาการซ้ำถ้าพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า 3) มีระบบส่งต่อเมื่อพบความผิดปกติ ผลลัพธ์ อัตราพัฒนาการสมวัยเป็นไปตามเป้าหมายแต่มีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่าปัญหาด้านผู้ปกครองและครอบครัวขาดความตระหนักและไม่เห็นความสำคัญ: ผู้ปกครองจำนวนหนึ่งไม่เข้าใจว่าการตรวจพัฒนาการตามช่วงวัยมีความสำคัญต่ออนาคตของเด็ก หรือมองว่าการที่เด็กมีพัฒนาการช้าเล็กน้อยเป็นเรื่องปกติและจะดีขึ้นเอง การไม่ยอมรับปัญหา: ผู้ปกครองบางส่วนไม่ยอมรับว่าบุตรหลานมีพัฒนาการล่าช้า ทำให้ไม่พาเด็กกลับมาตรวจซ้ำตามนัด หรือไม่ยอมรับการส่งต่อไปรับการดูแลที่ซับซ้อนขึ้น	

			ข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานความไม่สะดวกในการเดินทาง/ค่าใช้จ่าย: พ่อแม่ส่วนใหญ่อาจต้องทำงานหารายได้ ทำให้ไม่สามารถลาหยุดเพื่อพาบุตรหลานมาตรวจตามนัด โดยเฉพาะในชนบทหรือครอบครัวที่มีฐานะยากจน ฝากบุตรอยู่กับปู่ย่าตายาย การเลี้ยงดูด้วยหน้าจอ (Screen Time): การให้เด็กใช้เวลากับหน้าจอโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต หรือทีวีมากเกินไป โดยเฉพาะเด็กก่อนวัย 2 ขวบ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิด พัฒนาการด้านภาษาล่าช้า ซึ่งเป็นด้านที่มีปัญหามากที่สุด จากการทบทวนแนวทางการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้รับการดูแลช่วยเหลือ ไม่ก่อความรุนแรงและลดอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงได้ดำเนินการ 1) ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานเครือข่ายอำเภอหนองบัว โดยใช้แนวทาง 7 กิจกรรม 2) พัฒนาทีมบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง Community Based Treatment (CBTx) ผลลัพธ์ 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี2568-2569 ลดลง 2) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ ปี2567 = 93.13%, ปี2568 = 100% , ปี 2569 = 100% 3)ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง ≥ 60 % ปี2567 = 66.66%, ปี2568 = 100% , ปี2569 = 100%

<u>iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ</u>

- กระบวนการดูแลผู้ป่วย DM/HT
- กระบวนการให้ความรู้และคำปรึกษาอย่างรวดเร็วผ่านเทคโนโลยี
- การดูแลผู้ป่วยใช้สารเสพติดบำบัดรักษาคืนคนดีสู่สังคม

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การจัดการสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ต่อเนื่อง

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย ปีปัจจุบัน	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568	ปี 2569
ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมโลหิตได้ดี	≥60%	68.01	63.05	62.58	63.37	53.62
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาล ได้ดี	≥ 45 %	42.5	27.02	50.84	58.49	41.51
หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ 5 ครั้งตามเกณฑ์	≥75%	81.62	79.9	70.13	57.94	56.82
อัตราการขาดยาในผู้ป่วยTB	≤5	0	0	0	3.92	0
เด็กแรกเกิด – 5 ปี พัฒนาการสมวัย	≥ 85%	94.96	95	88.8	88.89	13.6
อัตราความรู้ของผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัว	≥95%	97.84	94.85	97.77	97.85	86.81
ผู้ป่วย recurrent strokeที่เข้าระบบ Fast track ได้	≥70%	NA	NA	27.27	17.18	30
อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน	≥ 60%	65.02	62.17	53.44	48.09	38.98
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 3.5/แสนประชากร	6.24	3.28	6.68	3.29	1.54
อัตราผู้ป่วยจิตเภทเข้าถึงบริการ	≥ 85%	87.25	97.9	97.62	98.01	52.29
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMIV) ไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	100	NA	100	93.13	100	100

ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบาบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	100	NA	60	66.66	100	100

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ข้อกำหนดโดยรวมของมาตรฐาน (overall requirement):
ทีมผู้ให้บริการสร้างความร่วมมือและประสานงานเพื่อให้มีการติดตามและดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ให้ผลดี.

i. <u>บริบท</u>

ในกลุ่มผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มติดเตียง stroke , Palliativeและ ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน (Hypo-Hyperglycemia) ได้มีระบบการประสานส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดการ Re-admit มีแนวทางการการส่งต่อและประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ/รับกลับ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและปลอดภัย มีระบบช่วยเหลือให้คำปรึกษา ระบบการติดตามนัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคสำคัญ จากการทบทวน พบอุบัติการณ์ทรุดลง/ส่งต่อ วัสดุการแพทย์มีสภาพไม่พร้อมใช้ ขาดกระบวนติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา อัตราการขาดนัดเพิ่มขึ้น พบการติดเชื้อในสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น

ii. ประเด็นการพัฒนา/แผนการพัฒนา ประกอบการให้คะแนนและวิเคราะห์ Gap ตามมาตรฐาน

มาตรฐาน	Score	DALI Gap	ประเด็นการพัฒนาที่ได้ดำเนินการ/แผนการพัฒนา
20. การดูแลต่อเนื่อง [III-6] **	3.5	**LI**	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ ได้ดำเนินการดังนี้ 1) กำหนดระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย เช่น กลุ่มติดเตียง stroke , Palliativeและ ผู้ป่วย DM ที่มีภาวะแทรกซ้อน (Hypo-Hyperglycemia) 2) ทบทวนผู้ป่วย Re-admit 3) พัฒนาระบบการติดตามขาดนัด 4) มีระบบให้ความช่วยเหลือในกลุ่ม Palliative และกลุ่ม Pain 5) มีศูนย์กายอุปกรณ์และวัสดุการแพทย์ 6) ปรับปรุงการบันทึกเวชระเบียนเพื่อติดตามการดูแลต่อเนื่อง 7) มีระบบการประสานส่งต่อดูแลต่อเนื่องผ่านโปรแกรม Thai Care 8) การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับสหวิชาชีพเครือข่าย และอปท. ผลลัพธ์ 1) อัตราการขาดนัด คลินิกพิเศษ PCU OPD เพิ่มขึ้น 2) ร้อยละผู้ป่วย IMC ได้รับการฟื้นฟูสภาพอย่างมากกว่าเท่ากับ 6 ครั้ง ภายใน 6 เดือน เพิ่มขึ้น 3) ผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) เกิดแผลกดทับในชุมชน มีแนวโน้มลดลง 4) ร้อยละ

			ผู้ป่วยPalliative ได้รับการติดตามเยียมเพิมขึน 4) อัตราการติดเชือในสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น 5) ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องลดลง จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยขาดนัดเกิดจาก การลืมวันนัด ไม่มีคนพามาไม่สะดวกในการเดินทาง เปลี่ยนที่อยู่ แผนพัฒนา พัฒนาระบบการติดตามนัด ผู้ป่วย palliative ได้รับการเยี่ยมบ้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการติดตามส่งคืนข้อมูลให้พื้นที่ติดตามรายไตรมาส เพื่อให้พื้นที่ติดตามเยี่ยมบ้าน มีกลุ่มไลน์ ส่งข้อมูลทุกครั้งที่มีการวินิจฉัย ประสานอสมติดตามข้อมูลเยี่ยมบ้านลงติดตามเยี่ยม บางรายเป็นกลุ่มเดียวกับLTC หรือผู้พิการลงเยี่ยมด้วยกัน อัตราการติดเชื้อในสายสวนปัสสาวะเพิ่มขึ้น จากการสอบสวนโรค เป็นกลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มมีปัญหาทางพยาธิสภาพระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น BPH, AUR, CA bladder ที่มีความจำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะเป็นระยะเวลานาน หรือตลอดชีวิต ปัญหาดังกล่าวทำให้ทีม ICC ร่วมกับ PCT ออกแนวปฏิบัติ SP-IC-011: การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่ใส่เครื่องมือทางการแพทย์กลับบ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน และเพิ่มความตระหนักให้หอผู้ป่วย และงานที่เกี่ยวข้องในการติดป้าย CAUTI bundle ในบริเวณที่ดูแลผู้ป่วย ให้เกิดกระบวนการนำมาใช้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ จัดกิจกรรมรณรงค์วันล้างมือประจำปี กิจกรรม IC round เพื่อเพิ่มความตระหนักแก่บุคลากรให้ปฏิบัติตาม CAUTI bundle, Standard precautions และป้องกันการติดเชื้อได้ ความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียนด้านการวางแผนจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องลดลง ปี 2567 = 76.94 ปี 2568 = 88.81 ปี 2569 = 93.26 จาก	

			การทบทวนพบว่าเกิดจากการวางแผนจำหน่ายที่ไม่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยบางโรค คือ ระบุค้นหาปัญหาของผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม การบันทึกยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ แผนพัฒนาเพิ่มเติม จัดทำแนวทางการติดตามผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษา - เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อและดูแลก่อนส่งต่อและขณะส่งต่อได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวน case Refer back และ case ที่มีอาการทรุดหนักขณะส่งต่อ 2) จัดตั้งศูนย์ refer 3)จัดทำแนวทางการส่งต่อ/รับกลับ 4)ปรับปรุงแบบฟอร์มการประเมินผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ 5) มีระบบการประสานส่งต่อดูแลต่อเนื่อง 3- refer, MOPH - refer ผลลัพธ์ 1)อัตราทรุดลงขณะส่งต่อมีแนวโน้มลดลง จากการทบทวนพบว่ามีอุบัติการณ์ยาและเวชภัณฑ์ไม่พร้อมใช้บนรถ refer และได้รับการทบทวนละจัดการแก้ไข้แล้ว นอกจากนั้นก็เป็นเคสที่มีความรุนแรงของโรค 2)อัตราทรุดลงขณะรับกลับคิดเป็น 0.78 (4 ราย)จากการทบทวนพบว่าเป็นเคสที่มีภาวะความเสี่ยงแต่ทางรพ.ศูนย์ยืนยันให้รับกลับ (2 ราย) และพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงภายหลังหลังจากที่รับกลับมาแล้วในวันนั้นแล้วต้องใส่ ETT ส่งต่อในทันที

iii ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ

- ระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย IMC
- ธนาคารยืม-คืนกายอุปกรณ์และวัสดุการแพทย์
- ระบบการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย

iv.ผลลัพธ์ [รายงานผลลัพธ์เชื่อมโยงกับมาตรฐาน IV และสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับกระบวนการ]

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: การประสานร่วมมือ ความต่อเนื่อง เหมาะสม เป็นองค์รวม

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2568	ปี2569

รายงานการประเมินตนเอง (SAR 2022) รพ.

	ปีปัจจุบัน					
อัตราผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบได้รับการเยี่ยมบ้าน	90%	76.92	80.95	91	89	30.95
อัตราการขาดนัด(คลินิกพิเศษ)	≤15%	10.55	14.22	15.77	15.81	16.07
อัตราการขาดนัด(OPD)	≤20%	31.14	26.48	10.04	28.35	10.87
ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพมากกว่า/เท่ากับ 6 ครั้งใน 6 เดือน	≥60%	37.5	51.02	53.62	73.91	23.07
ร้อยละผู้ป่วยระยะกลาง (IMC) เกิดแผลกดทับในชุมชน	≤ 5 %	2.65	3.47	3.15	1.91	6.66
ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลแบบ Palliative care	> 80 %	100	100	100	100	25
อัตราการติดเชื้อในสายสวนปัสสาวะ	0	0	0	0.45	0.54	0.5
อัตราทรุดลงขณะส่งต่อ	0	0.44	0.13	0.06	0.04	0
อัตราทรุดลงขณะรับกลับ	0	NA	NA	NA	0.78	0
ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน	≥80 %	84.05	87.65	86.16	88.32	93.87