

โรงพยาบาลสตึก กม.10
Service Profile : ทีมนำทางคลินิก

1. บริบท (Context)

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

จัดระบบให้บริการสุขภาพองค์รวมทั้งการส่งเสริมป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพเพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและพึงพอใจ

ข. ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

ให้บริการดูแลครบทั้ง 4 มิติ ตั้งแต่แรกเริ่มจนกระทั่งจำหน่ายรวมถึงการดูแลต่อเนื่องในชุมชนและให้บริการสุขภาพตามกลุ่มอายุ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน เกินศักยภาพ จะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย

ศักยภาพ : มี telemed ในรถ ambulance

: Node consult แพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลบางละมุง

ข้อจำกัด : ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง 4 สาขาหลัก สูติกรรม ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม

กลุ่มโรคสำคัญ

1. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : Asthma, COPD, DM, HT, CKD

2. กลุ่มโรคฉุกเฉิน :

Non Trauma : STEMI, Stroke, Sepsis, Appendicitis, UGIB, Pneumonia

3. กลุ่มโรค Trauma : Trauma, TBI

4. กลุ่มโรคติดต่อ : HIV, TB

5. กลุ่มโรค MCH : LBW, PPH, PIH, Birth Asphyxia, Gyne- Ectopic Pregnancy

กลุ่มโรคที่ต้องวางแผนจำหน่าย: DM Stroke COPD TB HIV Asthma

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ผู้รับผลงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
หน่วยงาน/ทีมในโรงพยาบาล	ได้รับข้อมูล/แนวทาง/ข้อกำหนด/การประสานงานที่ถูกต้องครบถ้วน รวดเร็ว
หน่วยงานภายนอก	ได้รับข้อมูลและการประสานงานที่ถูกต้องครบถ้วน มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี มีความรวดเร็วในการให้บริการและการส่งต่อ
ผู้ป่วยและครอบครัว	ได้รับการรักษาและดูแลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัยและเหมาะสม

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

Stroke

1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการล่าช้าทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด
2. การวินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้า ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดภาวะพิการและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต
3. การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ผิบนัดขาดยา จะช่วยลด Recurrent stroke

Sepsis

1. ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าไม่ทันการณ์
2. การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะ Sepsis ล่าช้า
3. การใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม
4. การบริหารจัดการสารน้ำไม่เหมาะสมการประเมิน/ การประเมินซ้ำไม่ไวพอ

STEMI

1. ประชาชนได้รับการคัดกรอง ค้นหากลุ่มเสี่ยง U/D DM , HT จะลดความเสี่ยงต่อการเกิด STEMI
2. ประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมถูกต้องตรวจ EKG ได้เร็ว เป็นการเพิ่มความแม่นยำในการวินิจฉัย ส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาด้วยยา SK/ PCI ได้รวดเร็ว จะลดการเสียชีวิต
3. ระบบ consult ที่รวดเร็วด้วยแพทย์เฉพาะทางจากรพ.แม่ข่าย จะลดอุบัติการณ์การส่งต่อล่าช้า

UTI

1. การประเมินและวางแผนการรักษาไม่เหมาะสม ทำให้พบการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มสูงขึ้นและ readmit เพิ่มขึ้น
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม ทำให้พบ recurrent UTI

DM

1. ความครอบคลุมการคัดกรองในประชากรกลุ่มเสี่ยง
2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้คุณระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง
3. การติดตามประเมินซ้ำและการวางแผนการรักษาหลังการเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่เหมาะสม ทำให้เกิด hypoglycemia ชั่วขณะ admit
4. การสร้างความตระหนักในเรื่องภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและหัวใจ

UGIB

1. Education & Empowerment ไม่เหมาะสม ทำให้กลับมารักษาซ้ำ และ Shock ก่อนถึง รพ. ทำให้เสียชีวิตหลังส่งต่อ
2. การประเมินแรกรับเพื่อแยกกลุ่ม low risk/high risk พิจารณา Refer ยังไม่ครอบคลุมส่งผลให้อาการทรุดลงเกิด unplanned refer/delayed refer
3. Refer out ไม่สำเร็จ ทำให้ต้อง admit กลุ่ม high risk ไว้ร่วมกับการประเมินซ้ำไม่ไวพอ ไม่ครอบคลุม ทำให้การวางแผนการรักษาไม่เหมาะสม/ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วยภาวะ shock ทำให้เกิด unplanned refer
4. การวางแผนการจำหน่ายไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและรักษาไม่ครอบคลุม ทำให้เกิด Re admit ผู้ป่วยขาดนัดไม่มีการติดตาม
5. การ refer เพื่อ investigate Gastroscope ยังไม่ครอบคลุม

Pneumonia

1. ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการเฝ้าระวัง Sepsis ขาดการประเมินอาการอย่างครบถ้วนและต่อเนื่องทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา/ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง

2.ไม่ได้ประเมินซ้ำก่อนจำหน่าย การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการล่าช้า ทำให้ได้รับการปรับแผนการรักษาล่าช้า การวางแผนจำหน่าย เตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านไม่ครอบคลุม

CKD

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม ทำให้เจ็บป่วยจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ส่งผลให้การทำงานของไตแย่ลง

จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

ความท้าทาย/จุดเน้นในการพัฒนา	ความเสี่ยงที่สำคัญ
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Stroke เพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว	อุบัติการณ์การเกิด Miss/Delay diagnosis และอัตราการเสียชีวิต
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis เพื่อการวินิจฉัยได้ถูกต้องทันการณ์ให้การดูแลรักษาได้เหมาะสม	ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและการเสียชีวิต
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม STEMI เพื่อความแม่นยำในการวินิจฉัย	การเกิด Miss / delay diagnosis และการเสียชีวิต
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม UTI เพื่อการวางแผนการรักษาที่เหมาะสมทันเวลา	อัตราการ Readmitted ด้วยเชื้อดื้อยา
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม DM เพื่อควบคุมโรคได้ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันและทางตา ไต เท้า
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม UGIB เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมิน รักษา และส่งต่ออย่างเหมาะสม	การเกิดภาวะ shock ,การเสียชีวิต ,unplanned / delay refer
พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Pneumonia ให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทุกราย	การเกิด Respiratory failure และ Unexpected dead

ฉ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

ลำดับ	2558	2559	2560	2561
จำนวนผู้ป่วย OPD	54,082	55,647	60,776	83,374
จำนวนผู้ป่วย IPD	2,774	2,724	2,666	3,597
อัตราครองเตียง	70.8	88	88.95	60.38*
Productivity	115	123	118	115

* : รวม 2 ตึก (IPD+LR)

อัตรากำลัง: ประกอบด้วย แพทย์ 8 คน (รวมผู้อำนวยการ) ทันตแพทย์ 8 คน เภสัชกร 8 คน พยาบาลวิชาชีพ 60 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน EMTI 1 คน นักเทคนิคการแพทย์ 3 คน นักกายภาพบำบัด 3 คน โภชนากร 1 คน แพทย์แผนไทย 2 คน

เครื่องมือที่สำคัญ/จำเป็น:เครื่องมือที่ใช้ในการช่วยชีวิตมีเพียงพอ

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1.การเข้าถึงและ เข้ารับบริการ	1.ผู้ป่วย STEMI ทุกราย ได้รับการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที 2.ผู้ป่วยSTEMI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที 3.ผู้ป่วย Stroke เข้าระบบ fast track เพิ่มขึ้น 4.ผู้ป่วย Sepsis ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย 5.ผู้ป่วย HIV ไม่เสียชีวิตก่อนได้รับยาต้านไวรัส	-ร้อยละกลุ่มเสี่ยง STEMI ทำ EKG ใน 10นาที>70 -ร้อยละผู้ป่วยSTEMIได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที> 70 -ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าระบบ fast track ได้รับ rTPA> 10 -ร้อยละ Strokeส่งต่อถึงรพ.ชลบุรีไม่เกิน 4.5 ชม.> 50 -อัตราการได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย> 80 -อัตราการเสียชีวิตก่อนได้รับยาต้านไวรัส <5
2. การประเมิน ผู้ป่วย	1. ผู้ป่วยคลอดไม่เกิดภาวะShockจาก PPH 2.ผู้ป่วย Appendicitis ได้รับการวินิจฉัย ถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม 3.ผู้ป่วย STEMI ไม่พบเสียชีวิต miss/delay Diagnosisเสียชีวิต 4.ผู้ป่วย Sepsis ไม่เกิดภาวะ Septic shock และ complicationอื่นๆ หลังการรักษา 5.ผู้ป่วยStroke ไม่พบMiss diagnosis 6.ผู้ป่วย Pneumonia ไม่เกิดrespiratory failure ในward (unplanned refer) 7.ผู้ป่วยUGIB ไม่เกิดภาวะ shock	-ร้อยละการเกิดภาวะShockจากPPH< 10 -ร้อยละผู้ป่วยAppendicitis re -visit เท่ากับ 0 -ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต miss/delay diagnosisเท่ากับ 0 -อัตราการเกิดภาวะ Septic shock และ complicationอื่นๆ หลังการรักษา< 10 -อัตรา Miss diagnosisเท่ากับ 0 -อัตราการเกิดRespiratory failure ใน ward (unplanned refer) เท่ากับ 0 -ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ shock<5

3.การวางแผนและการจำหน่าย	1.ผู้ป่วย COPD ไม่พบ re-visit ใน 48 ชม. / re-admission ใน 28 วัน 2.ผู้ป่วย Asthma ไม่พบ re-visit ใน 48 ชม. / re-admission ใน 28 วัน 3.ผู้ป่วย DM ไม่พบการ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน 4.ผู้ป่วย Stroke ไม่เกิด Recurrent stroke	- อัตราการ re-visit ใน 48 ชม. < 5 / อัตรา re-admission ใน 28 วัน < 5 - อัตราการ re-visit ใน 48 ชม. < 5 / อัตรา re-admission ใน 28 วัน เท่ากับ 0 - อัตราการ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน < 3 - อัตรา Recurrent stroke < 15
4.การดูแลรักษา	1.ผู้ป่วย UTI ไม่เกิด Sepsis 2.ผู้ป่วย STEMI ไม่เสียชีวิตในโรงพยาบาล 3.ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK 4.ผู้ป่วย Pneumonia ไม่พบ unexpected dead 5.ผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย 6.ทารก LBW ไม่เสียชีวิต 7.ผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตลดลง	- อัตราการเกิด Sepsis จาก UTI < 5 - ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล < 15 - อัตรา STEMI ที่ได้รับ SK > 80 - อัตราการเกิด unexpected dead เท่ากับ 0 - อัตราผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย 87 - อัตราตายของทารก LBW เท่ากับ 0 - อัตราการตายผู้ป่วย Sepsis < 30
5. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	1.ผู้ป่วย HIV ได้รับการติดตามการรักษา 2.ผู้ป่วยทันตกรรมไม่เกิด dry socket 3.ผู้ป่วย COPD เกิด acute exacerbation ลดลง 4.ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเล็กน้อยหรือได้นานเกิน 6 เดือน 5.ผู้ป่วยวัณโรคไม่ขาดยา 6.ผู้ป่วย CKD stage 5 ได้รับการบำบัดทดแทนไต	- อัตราการขาดการติดตามการรักษา < 5 - ร้อยละการเกิด dry socket เท่ากับ 0 - อัตราการเกิด acute exacerbation < 5 - ร้อยละผู้ป่วยโรคเรื้อรังเล็กน้อยหรือได้นานเกิน 6 เดือน ≥ 25 - อัตราผู้ป่วยวัณโรคขาดยา เท่ากับ 0 - ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 5 ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต เท่ากับ 100
6. การดูแลต่อเนื่อง	1.ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูมี Barthel index เพิ่มขึ้น 2.ผู้ป่วย Stroke เกิด Recurrent stroke ลดลง 3.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัดลดลง 4.ผู้ป่วย HT เกิด Stroke รายใหม่ลดลง	- อัตรา Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูมี Barthel index เพิ่มขึ้น > 70 - อัตรา Recurrent stroke < 15 - อัตราการขาดนัดผู้ป่วยความดันโลหิตสูง < 10 - อัตราการเกิด Stroke รายใหม่ในผู้ป่วย HT < 1

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561
ตัวชี้วัดเฉพาะโรคกลุ่มโรคสำคัญ					
Head Injury					
12. อัตราผู้ป่วย HI re-visit ที่ ER ใน 48 ชม.	0	4.55	6.67	20	0
13. อัตราผู้ป่วย Mild HI เสียชีวิต	0	0	0	10	0
STEMI					
14. อัตราตาย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาล	< 15	0	0	0	11.76
15. อัตรา STEMI miss /delay diagnosis	0	0	0	14.28	5.88
16. อัตรา STEMI ที่ได้รับ SK	>80	0	12.5	14.28	5.88
17. อัตรา STEMI ที่ได้รับ PCI	>80	66.67	100	100	29.41
Acute Stroke					
18. อัตรา Ischemic stroke เสียชีวิต	<10	0	0	1.15	2.56
19. อัตรา Hemorrhagic stroke เสียชีวิต	<10	1.35	4.68	0	0
20. อัตรา Recurrent stroke	<15	17.56	15.62	11.49	17.94
21. Stroke fast tract ส่งต่อถึง รพ.ชลบุรีไม่เกิน 4.5 ชม.	>50	24.32	18.75	18.39	12.82
Pneumonia					
22. อัตรา respiratory failure ใน ward (unplanned refer)	0	0.90	0.8	1.82	5.2
23. Unexpected dead	0	0.63	0	0.28	0.27
Sepsis					
24. อัตราการได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย	> 80	73.33	66.99	95.71	73.33
UGIB					
25. ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ shock	<5	6.6	15.5	11.1	1.75
HIV					
26. อัตราตายหลังได้รับยาต้านไวรัส	<3	2	2.2	2.9	1.3
DM					
27. อัตราการเกิด Stroke ในคลินิก DM รพ.	< 2	NA	NA	1.98	0.65
28. อัตราการ admit ด้วยภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน	<3	2.12	1.95	1.16	0.47
HT					
29. อัตราผู้ป่วย HT BP< 140/90 mmHg	>60	75.35	74.64	65.74	38.84
30. อัตราการเกิด Stroke รายใหม่ในผู้ป่วย HT	<1	0.79	0.25	0.45	0.19

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560	2561
TB					
31. อัตราผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย	87	70.83	80	80.43	84.21
CKD					
32. ผู้ป่วยมีอัตรา eGFR < 4 ml/min/1.73 m ² /year	> 66	42	61.71	72.28	55.45

4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

Purpose (เป้าประสงค์)	Process (กระบวนการ)	Performance (ผลลัพธ์ที่ได้)
เรื่องที่ 1. การดูแลผู้ป่วยโรคหืด (Asthma) ปี 2559-2560 พบ อัตราการ visit ER 50.94, 26.92 อัตราการ re visit < 5=3.77, 0.76 <u>สาเหตุ</u> จากสาเหตุไม่ได้ชักประวัติ ปัจจัยกระตุ้น ไม่ได้ยา Steroid กลับบ้าน ไม่พบการประเมินซ้ำ หลังการพ่นยา และขาดการนัดเพื่อติดตาม <u>เป้าหมาย</u> 1.เพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิก เฉพาะโรค 2. ลดการมารักษาที่ ER 3.ลดการrevisit 4. ลดอัตราการadmit ด้วย acute asthmatic attack	ปี 2556 จัดทำข้อตกลงในการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิก เฉพาะโรค ปี 2558 พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย และ กำหนด criteria จำหน่ายเมื่อ O₂ Sat ≥ 95 %, Lung clear, RR= 20 /min ไม่มีไข้ อย่างน้อย 24 ชั่วโมง และนัดติดตามอาการในวันที่มีคลินิกสัปดาห์ถัดไป - จัดซื้อ Spirometry เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและ ประเมินlung function และเพิ่ม item ยา intranasal steroid และ LABA เพื่อใช้ควบคุมโรค ปี 2559 ปรับแนวทางการซักประวัติประเมินหาปัจจัย กระตุ้นประวัติการนอนรพ. การใส่ท่อช่วยหายใจ และ กำหนดเกณฑ์รายงานแพทย์กรณีมาด้วย acute exacerbation ปี 2560 ในราย Uncontrol Asthma ส่งประเมิน Spirometry ทุกราย กำหนดเกณฑ์การดูแลเคส Asthma ทุกรายให้รักษาที่รพ. ตัดกรดยาพ่นMDI ออกจาก รพ.สต. ปี 2561 ปรับ CPG การดูแลเคส Asthma ที่ admitt ทุก ราย ให้ CXR เจาะ Lab CBC, BUN, Cr, Electrolyte	ผลลัพธ์ปี 2560-2561 1. อัตราการ visit ER=26.92 ,22 2. อัตราการ re visit ER = 0.76 ,0.8 3. อัตราการ admit = 4.61 และ 4.0
2. การดูแลผู้ป่วย UGIB ปี 2559-2561 พบ ร้อยละของ ผู้ป่วยที่เกิดภาวะ shock =6.6, 15.5, 11.1 พบร้อยละของ	ปี 2559 จัดทำคำเตือนในระบบคอมพิวเตอร์ของ โรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อควรระวังในการใช้ยาที่มีผล ต่อการเกิด UGIB (เช่น Cirrhosis with EV, NSAID หรือ ASA) จัดทำ CPG UGIB	ผลลัพธ์ปี 2561 1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ เกิดภาวะ shock= 3.7 - ร้อยละของผู้ป่วยที่

ผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากUGIB=6.6, 6.6, 0.5 พบร้อยละของผู้ป่วย unplanned / delay refer =11.5, 8.8, 5.5 <u>สาเหตุ</u> –monitorไม่ไวพอ -ไม่ประเมินความเสี่ยงตามCPG <u>เป้าหมาย</u> 1.ลดการเกิดภาวะ shock/เสียชีวิต 2.ลด un plan / delay refer 3.ความครอบคลุมการส่งต่อไปทำ Gastroscope	- กำหนดเกณฑ์ refer/admit - มีการนำยา PPI IV form มาใช้ -PCTกำหนดเป็นกลุ่มโรคที่ต้องวางแผนจำหน่ายร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และส่งเสริมให้การบำบัดในคลินิกอดสุรา -ทำข้อตกลงการ refer for gastroscope และนัด OPD รพ.แม่ข่ายให้ผู้ป่วยทุกราย ในกรณีที่ยังไม่เคย gastroscope	เสียชีวิต =0 3.ร้อยละของผู้ป่วย unplanned / delay refer = 5.5
3.การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการเกิดภาวะ birth asphyxia ปี 2558-2560 พบ อัตราการเกิด Birth asphyxia =9.5, 4.6, 11.8 <u>สาเหตุ</u> -ประเมินขนาดทารกผิดพลาด ทำให้คลอดติดไหล่ -prolong second stage <u>เป้าหมาย</u> 1.ลดการเกิด Birth asphyxia 2.ลดอัตราการตาย 3.ทารกได้รับการรักษา/ส่งต่อปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	ANC1. รณรงค์ประชาสัมพันธ์ การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ โดยใช้เครือข่ายในชุมชน และ อสม. 2. วางระบบการเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนด รับการตรวจภายใน ตรวจUltrasound ช่วงอายุครรภ์ 18-20สัปดาห์และเมื่อมีข้อบ่งชี้ การคัดกรองภาวะ asymptomatic bacteriuriaหญิงตั้งครรภ์ทุกราย 3. กรณีฝากครรภ์ที่รพ.สต. ประเมินความเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินของ WHO กรณีHigh Risk ส่งต่อ 4. ปรับวิธีการประเมินขนาดของทารก โดยวัดส่วนสูงของมดลูกเป็นเซนติเมตร และการทำ US ช่วยคัดกรองขนาดทารก กรณี ระดับมดลูก ≥ 35 ซม.หรือ Ultrasound EFW ≥ 3500 กรัม ปรีกษาสูติแพทย์ 5. หญิงตั้งครรภ์ Ultrasound screening ช่วง 18-20 week และ 40 week พบแพทย์ ตรวจ Ultrasound AFI NST เพื่อประเมินสุขภาพของทารกในครรภ์ 6. ปี 2560ใช้แนวปฏิบัติการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด หญิงตั้งครรภ์ที่เคยมีประวัติการคลอดก่อนกำหนดหรือมีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ให้ micronized progesterone เหน็บทางช่องคลอด ตามแนวทางราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย LR 7. วางระบบประเมินความเสี่ยงแรกรับที่ห้องคลอดเพื่อเฝ้าระวังเคสHigh risk เกณฑ์การรายงานแพทย์ Monitoring EFM ทุกๆราย ที่มีความเสี่ยง โดย	ผลลัพธ์ปี 2561 1.อัตราการเกิดBirth asphyxia=4.59 2.อัตราการตายทารกที่มีภาวะBirth asphyxia =0 3.อัตราการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจทารกขณะส่งต่อ=0

	Early warning signs (FHS <120 bpm, >160 bpm และ ผล EFM ผิดปกติ) 9. ทารกที่มีภาวะmeconium stain มีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบ 10. ทบทวนการช่วยคลอดติดไหล่การทำสูติศาสตร์ หัตถการช่วยคลอด โดยสอนสาธิตหัตถการช่วยคลอดทำกันและคลอดติดไหล่ ปีละ 2 ครั้ง	
4.การดูแลผู้ป่วย HIV/AIDS ปี 2558 พบ.อัตราการดื้อยาต้านไวรัส=3.0 ปี 2558-2560 พบอัตราการเสียชีวิตหลังได้รับยาด้านฯ = 2, 2.2, 2.9 <u>สาเหตุ</u>ขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ แล้วเกิดภาวะ opportunistic infection - ภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ก่อน หรือเกิดขึ้นภายหลังโดยที่ผู้ป่วยไม่ได้ขาดยาต้านไวรัส - เริ่มยาต้านไวรัสช้าเกินไป ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ OI <u>เป้าหมาย</u> 1.ลดอัตราการตาย 2.ลดการเกิด OI หลังรับยาด้านไวรัส 3.ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเหมาะสม รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ต่อเนื่อง ไม่ขาดยา	ปี 2558ประชาสัมพันธ์การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ - จัดช่องทางด่วนให้กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก - ปรับปรุงระบบการให้บริการปรึกษา กรณีมีผลเลือดบวกทุกราย ให้ส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกยาต้านไวรัส - เพิ่มวันให้บริการรับยาด้านในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแนวโน้มมีปัญหาในการดูแลรักษา - มีช่องทางการสื่อสารกรณีพบปัญหาในการรักษาการดื้อยา การปรึกษาสูตรยาที่เหมาะสม ผ่านทาง line โดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ - พยาบาลประจำคลินิก ได้เปิดช่องทางการติดต่อสื่อสาร โดยใช้เบอร์โทรศัพท์ส่วนตัว - มีระบบการติดตามการขาดนัด ปี 2560 ร่วมกับศูนย์สุขภาพตำบลสตึก ออกรณรงค์ในสถานบริการ ให้ความรู้ และตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส ปี 2561 จัดอบรมโดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมเป็นวิทยากรให้ความรู้กับรพ.สต.ในพื้นที่ เรื่องการให้คำปรึกษาตรวจเอชไอวี และวิธีการตรวจคัดกรองเอชไอวี โดยใช้ชุดตรวจ determine HIV1/2	ผลลัพธ์ ปี 2559-2561 1.อัตราการขาดการติดตามการรักษา = 2.2, 2.6 และ 2.7 2.อัตราการดื้อยาต้านไวรัส = 1.1, 1.5 และ 2.2 3.อัตราการเสียชีวิตหลังได้รับยาด้านฯปี 2560 =1.3
5.การดูแลผู้ป่วย CKD ปี 2558 พบ ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะของโรคแย่ง=10.9 อัตราเสียชีวิตจากภาวะCKDstage 5 = 9.75 <u>สาเหตุ</u>	ปี2557 วางระบบ screening urine โดยตรวจปัสสาวะ ตามระยะของโรค ถ้าพบมีการติดเชื้อพิจารณาให้ยาที่ครอบคลุมเชื้อดื้อยาตั้งแต่แรก ตามแนวทางของ antibiogram ปี2558เตรียมผู้ป่วยและญาติที่สมัครใจไม่รับการบำบัดทดแทนไตเข้าสู่การดูแลระดับประคองระยะ	ผลลัพธ์ ปี 2558-2561 1. อัตราการกรอง eGFR< 4ml/min 1.73 m²/year >50=42, 61.71,72.28 และ70.28 ตามลำดับ

-ได้รับการรักษาด้วย ATB ล่าช้า ไม่เหมาะสม กรณีมีการติดเชื้อร่วม -การประเมิน/การประเมินซ้ำเพื่อวางแผนการรักษาไม่ทันการณ์ <u>เป้าหมาย</u> 1. ลดจำนวนผู้ป่วยที่จะกลายเป็นโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย (CKD stage 5) 2. ลดอัตราการเสียชีวิต 3. ผู้ป่วยไตเรื้อรังระยะสุดท้าย ยอมรับการบำบัดทดแทนไต	สุดท้าย ปี 2559จัดอบรมการดูแลผู้ป่วย CAPD แก่บุคลากรในเครือข่าย ออกเยี่ยมผู้ป่วยCAPD ปี 2560 คณะทำงาน NCD จัดทำcriteriaข้อตกลงในส่งผู้ป่วยเข้าคลินิก CKD ทั้งเครือข่ายโดยผู้ป่วยCKD stage 3b ให้เข้าคลินิก NCD -ส่งต่อผู้ป่วย CKD stage 5 ที่ต้องการ RRT ไปพบอายุรแพทย์โรคไตที่ รพ.บางละมุง -จัดตั้งศูนย์ COC เพื่อประสานงานส่งต่อเคสให้กับรพ.สต.ในเครือข่ายเพื่อเยี่ยมบ้านดูแลต่อเนื่องในชุมชน ปี 2561ปรับการดูแลใน CKD โดยทีมสหวิชาชีพ โดยให้ครอบครัวหรือ care giver มามีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย ประสาน IT ทำ pop up เพื่อการใช้ยาที่ส่งผลต่อ kidney function	2. ร้อยละของผู้ป่วยที่มีระยะของโรคแย่งปี 2559-2561 = 9.51, 7.9 และ 8.1 3. อัตราเสียชีวิตจากภาวะCKDstage 5 ปี 2559-2561 = 2.88, 0.88 และ 3.7 4. ร้อยละผู้ป่วย CKD stage5 รายใหม่<10= 8.78, 2.88, 2.07 และ 1.5 ตามลำดับ 5. ร้อยละผู้ป่วย CKD stage 5 ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไต 19.58, 41.86, 64 และ 54.76 ตามลำดับ
6.การดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการเกิด PPH ปี 2558-2559 พบอัตราการเกิด PPH =3.8, 3.7 <u>สาเหตุ</u> ประเมินน้ำหนักทารกไม่แม่นยำ การประเมินภาวะการหดรัดตัวไม่ไว <u>เป้าหมาย</u> -ลดการเกิดPPH -มีCPGและstanding orderการดูแลPPH -ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่พบการเสียชีวิต	ANC ปี 2556 มี CPG การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด ปี 2557 ปรับการให้ยาบำรุง Hct<36% -กรณีสงสัยทารกในครรภ์ตัวโต วัดขนาดมดลูก> 35ซม. ให้ultrasound EFW พิจารณา refer consult สูติแพทย์ LR และ PP ปี 2557-2558ทำ Active manage of third stage of labor (AMTSL) Early detect prolong third stage of labor ส่งบุคลากรฝึกอบรมทักษะการทำคลอดรกที่โรงพยาบาลชลบุรี -ใช้Ultrasoundในการประเมินภาวะรกค้างการเฝ้าระวังภาวะPPH โดยใช้ early warning sign,มีCPG และStanding Order for PPH -กลุ่มเสี่ยงต่อ PPH ให้ IV 0.9% NSS drip 120	ผลลัพธ์ ปี 2560-2561 1.อัตราการเกิด PPH = 1.88 ,2.20 2.อัตราการเกิดภาวะ shock จาก PPH = 0 3.อัตราการตายของมารดาจาก = 0

	cc/hrเจาะเลือดเพื่อจองเลือด,monitor V/S หลังรกลอด ปี 2558-น่านวัตกรรมใช้ถุงรองเลือดมาใช้เพื่อประเมิน blood loss ในระยะคลอดและหลังคลอด 2 ชม. ปี 2559 เจาะ CBC base line ทุกราย ถ้า Hct< 30% group match จอง 2 ยูนิต พร้อม IVF 2 เส้น หาก Hct<25% พิจารณา refer ปี 2560ปรับปรุงCPG แนวทางการดูแล PPHให้ง่ายต่อการใช้งานและนำมาใช้แบ่งเป็นfirst line/second line/third line management	
--	---	--

4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

Purpose (บริบท)	Process (กระบวนการ)	Performance (ผลลัพธ์ที่คาดหวัง)
เรื่องที่ 1 พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis ปี 2558 –2561 พบ unexpected dead ร้อยละ 19.68 <u>สาเหตุ</u> จาก มารพ.ล่าช้า อาการหนัก สูงอายุมีโรคประจำตัว -unplanned refer ร้อยละ 26.59 <u>สาเหตุ</u> จาก การรักษาไม่เหมาะสม Septic shock พบ shock ก่อน admit ร้อยละ 24.46 shockหลัง admit ร้อยละ 10.10 <u>สาเหตุ</u>จากมา รพ.ล่าช้า การประเมินและการรักษาไม่เหมาะสม เป้าหมาย : ลดการเสียชีวิต ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน	ปี 2558 พัฒนาระบบ Sepsis fast track ร่วมกับทีม Service plan รพ.ชลบุรี -กำหนดค่า lab วิฤติ H/C ที่ต้องรายงานด่วน ปี 2560 ปรับค่า lab วิฤติ UA หาก WBC 50-100 หรือ > 100/ HPF -จัดทำ Standing orderและ Monitoring record form รวมถึงการใช้ SOS score ในการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่ที่ ER และหอผู้ป่วย รวมถึงวางระบบยาด่วนขอยาantibiotic ทันทีที่แพทย์สั่งการรักษา ปี 2559 - ปี 2561ปรับ Antibiotic guideline -กำหนดเกณฑ์ refer sepsis กรณีเป็น Septic shock ให้ส่งต่อ รพ.ชลบุรี ปี 2560 ปรับ Standing order และเพิ่มเครื่องมือ qSOFA มาใช้ในการคัดกรองผู้ป่วย โดยแนบใบคัดกรองทุกครั้งที่มีการส่งต่อ เพื่อการสื่อสารการรักษา ตาม Service plan จ.ชลบุรี -จัดให้มียาปฏิชีวนะสำหรับเชื้อดื้อยากลุ่ม ESBL ในโรงพยาบาลรวมทั้งเภสัชกรขอ	1.อัตราผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิต< 30 2.อัตราการเกิดภาวะ Septic shock และcomplicationหลังการรักษา< 10 3.อัตราการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis ≥ 80

	สนับสนุนยาปฏิชีวนะที่ไม่มีในโรงพยาบาลจากรพ.บางละมุง หรือ รพ.ชลบุรีได้โดยไม่ต้องผ่านแพทย์ของ รพ.บางละมุง หรือ รพ.ชลบุรี -หอบผู้ป่วยในใช้ฟอร์มปรอทที่มีช่องบันทึก SOS สำหรับผู้ป่วยทุกราย -ประสานระบบ IT เพิ่มช่องการประเมิน MAP ในหน้า OPD mit-net ปี 2561เพิ่มการแจ้งเตือน pop up ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในหน้า OPD ผู้ป่วย -เพิ่มระบบการ training หน่วยงานในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ grand roundของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางCPG	
2.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Pneumonia ปี 2558–2561 พบเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ5.75 เป็นCase Palliative careญาติ NR ร้อยละ 5.5 เป็นเคส unexpected death ร้อยละ0.23 <u>สาเหตุ</u> การประเมินและการรักษาไม่เหมาะสม มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง และเป็นผู้ป่วยโรคอื่นที่รับกลับจากรพ.ชลบุรีที่เกิดภาวะแทรกซ้อน pneumonia - พบ Unplanned tube /refer เฉลี่ยร้อยละ 0.25 <u>สาเหตุ</u> จากขาดการประเมินผู้ป่วยที่มี criteria sepsisไม่ได้ประเมิน CURB65ตามCPG ไม่ประเมินLABซ้ำ และมีโรคร่วม -Re-admittร้อยละ 0.87 <u>สาเหตุ</u> การวางแผนจำหน่ายยังไม่ครอบคลุมในการเตรียมcare giver ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และผล culture	ปี 2556มีการใช้ PPS score มาประเมินในผู้ป่วย Palliative care จำแนกกลุ่มผู้ป่วย ปี2558 จัดทำแนวทางการประเมินผู้ป่วย การเฝ้าระวังการเกิดภาวะ Respiratory failure ปี 2559 จัดทำ Check listและ CPG ประกอบการวินิจฉัยโรคPneumonia เพื่อเป็นเกณฑ์ในการAdmitt/Referและประเมิน severity ของโรค(ประเมิน CURB65) -วางระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีโอกาสเสี่ยงเกิดภาวะrespiratory failure และ sepsis -พัฒนาระบบการใช้ Antibiotic การติดตามประเมินภาวะไวต่อยา และการดื้อยาโดยวางระบบการรายงานผล sputum culture และ H/C ภายใน 3 วันและมีการปรับเปลี่ยน antibiotics เมื่อไม่responseต่อยาใน 72 ชม. ตามผล sputum culture และH/C ปี 2561เพิ่มระบบการ training หน่วยงานในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ grand roundของสหสาขาวิชาชีพ เพื่อติดตามความร่วมมือในการปฏิบัติตามแนวทางCPG	1.อัตราRespiratory failure ในward(unplanned refer)= 0 2.อุบัติการณ์ Unexpected dead = 0 3.อัตราreadmission=0

บางรายออกซ้ำ		
3.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม UTI ดื้อยา ปี 2558-2561 พบการติดเชื้อUTI with sepsisพบมากเป็นอันดับ1 ของการติดเชื้อทั้งหมด เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ คือE.coliพบร้อยละ27.5 และมีบางส่วนเป็นเชื้อดื้อยาโดยแยกเป็นE.coli ESBLร้อยละ14 KlebsiellaESBLร้อยละ1.75 เชื้ออื่นๆร้อยละ 6.5 สาเหตุจากการติดเชื้อดื้อยา มีโรคประจำตัว การสวนคาสายสวนปัสสาวะ recurrent UTI ในปี 2559-2561 ร้อยละ 3 เป็นผู้ป่วย Bedridden Re-admit ด้วยเชื้อดื้อยาร้อยละ 2 สาเหตุ 1)การเข้าถึงบริการล่าช้า/ไม่มาตรวจตามนัด/ขาดคนดูแล 2) ไม่มีการส่งต่อผู้ป่วยที่ admit หลายครั้งด้วยเรื่อง UTI เพื่อค้นหาสาเหตุเพิ่มเติม	ปี 2558จัดทำโปรแกรมการเลือกใช้ antibiotic(Antibiogram)เพื่อเป็นแนวทางให้แพทย์พิจารณาเลือกใช้antibioticที่เหมาะสม ปี 2561 ปรับ Antibiotic guideline ปี 2559 ทุกรายที่ admit ใช้ SOSscore ประเมินทุกรายตั้งแต่แรกรับ และ monitor ติดตาม SOS score, เฝ้าระวัง CAUTI ในผู้ป่วยคาสายสวนทุกราย ปี 2560 จัดให้มียาปฏิชีวนะสำหรับเชื้อดื้อยา กลุ่มESBLในโรงพยาบาลรวมทั้งเภสัชกรขอสนับสนุนยาปฏิชีวนะที่ไม่มีในโรงพยาบาลจากรพ.บางละมุง หรือ รพ.ชลบุรี ได้โดยไม่ต้องผ่านแพทย์ของ รพ.บางละมุง หรือ รพ.ชลบุรี -มีการทบทวน ปรับค่า lab วิฤติ UA หาก WBC 50-100 หรือ > 100/ HPF ต้องรายงานด่วน ปี 2561 เพิ่มการแจ้งเตือน pop up ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ในหน้า OPD ผู้ป่วย -กำหนดเกณฑ์ refer เพื่อ investigation กรณี recurrent UTI -ปรับระบบการควบคุมการติดเชื้อกรณี UTI เชื้อดื้อยา โดยการ isolation (ห้องแยก/ Zoning) จัดระบบมอบหมายงานการพยาบาล ที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยเฉพาะกลุ่ม กำกับติดตามการใช้ UP -ส่งข้อมูลให้ทีมชุมชนเพื่อเยี่ยมบ้าน กรณีติดเชื้อดื้อยา กรณีคาสายสวนปัสสาวะและกรณีRecurrent UTI	1.อัตราการพบเชื้อดื้อยา<20 2.อัตราการ Re admit <5 3.อัตราการเกิดSepsis จาก UTI<5
4.การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม TB ปี 2558-2561พบวัณโรคปอดที่	ปี 2558มีแนวทางการส่งตรวจเชื้อดื้อยา โดยใช้ gene expert ได้ผลใน 2 สัปดาห์ -เพิ่มช่องทางปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง	-อัตราผู้ป่วยวัณโรครักษาหาย ≥87 -อัตราผู้ป่วยวัณโรคขาดยา=0

เสมหะบวก จำนวน 37, 69, 42, และ 50 ราย(ปี 2561 เป็นต่างตัว 3 ราย) พบเจ้าหน้าที่ติดเชื้อมโรค 2 ราย ในปี 2560เป็นผู้ให้การพยาบาล ผู้ป่วย 1 ราย และเจ้าหน้าที่ back office 1 ราย พบอัตราการรักษาสำเร็จ ไม่ได้ตามเป้าหมาย สาเหตุจากการเสียชีวิตระหว่างการรักษาการขาดยาการติดเชื้อมโรคดื้อยา พบการวินิจฉัยผิดพลาด 2 รายในปี 2560 เป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา มะเร็งล่าช้าไม่ทันการณ์	ทาง line หรือทางโทรศัพท์ ปี 2561เข้าร่วมไลน์กลุ่มแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรคจังหวัดชลบุรีเพื่อปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจ -ทีม IC ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร และสำรวจดูแลสถานที่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายเชื้อ -มีแนวทางการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อ การทำ tuberculin skin test ในเด็กผู้สัมผัสร่วมบ้าน เพื่อจะได้เริ่มรักษาหรือให้ยาป้องกันการติดเชื้อ -มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย MDR TB เมื่อตรวจพบโดยให้ผู้ป่วย admit ในห้องแยกโรค หลังให้คำปรึกษาโดยสมัครใจ จนกระทั่งถูกส่งต่อพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ส่งต่อข้อมูลและประสานกับหน่วยปฐมภูมิเพื่อติดตามผู้ป่วยจนครบการรักษา -ปรับระบบการนัดติดตามการรักษาในคลินิก นัดติดตามเมื่อเริ่มรักษาในสัปดาห์ที่ 2 และสัปดาห์ที่ 4 เจาะ LFT ทุกราย เพื่อเฝ้าระวังside effectจากยา -องค์กรแพทย์กำหนด กรณีฟิล์มCXR ผิดปกติ แต่ผลsputum AFB negative ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ติดเชื้อ HIV ให้ส่งปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินหายใจทุกราย	-อัตราผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิต <5 -อัตราการดื้อยา<2 -อุบัติการณ์เจ้าหน้าที่ติดเชื้อวัณโรค0
5.พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke ปี 2560-2561 พบพบ miss/delay diagnosis ร้อยละ 1.83 สาเหตุ จากการซักประวัติและตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม -stroke fast track ไม่เกิน 4.5 ชั่วโมง เข้าถึงร้อยละ 8.37 สาเหตุ ไม่ทราบ alert signs ไม่มี	ปี 2558ติดป้ายประชาสัมพันธ์สัญญาณแสดงอาการเตือนที่ รพสต. เครือข่ายทุกแห่งและให้ความรู้เกี่ยวกับ Stroke alert ใน NCD Clinic ประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 - ผู้ป่วย Post stroke นักกายภาพบำบัด ประเมิน BIและทำการฟื้นฟูสภาพร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ ปี 2559จัดทำแนวทางคัดกรองและประเมิน	ผลลัพธ์ ปี 2558-2561 1.อัตรา Miss/Delay diagnosis เป็น0 2. อัตราการเสียชีวิต <10 3.อัตรา Stroke ได้รับการฟื้นฟูมี Barthel index เพิ่มขึ้น>75 3. อัตราการเกิด Recurrent

คนนำส่งและไม่ทราบระบบการติดต่อ1669, อาการหนักต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือต้องได้รับยาลดความดันในระยะเฉียบพลัน -การเข้าถึงยา Rt-PA น้อย จากมี contraindication ในการให้ยาทั้ง absolute และ relative contraindication -พบ recurrent stroke ร้อยละ 15.45 สาเหตุจาก - ขาดการรักษาขาดการติดตาม -กลุ่มความเสี่ยง AF ไม่ได้ประเมิน CHA2DS2-VASC score ไม่ได้รับยา warfarin -ควบคุมCVD riskไม่ได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย 1.ลดอุบัติการณ์การเกิด Miss/Delay diagnosis 2.ลดอัตราการเสียชีวิต 3.เพิ่มคุณภาพชีวิต 4.ป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ	ผู้ป่วย Stroke “FAST” เพื่อประเมินตั้งแต่จุดคัดกรองและในรายที่เข้าระบบ Stroke Fast Track/จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Stroke แบบเครือข่าย -ทบทวนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลแม่ข่ายและวางระบบผู้ป่วยที่ Clinical เข้าได้กับ Stroke ให้ Differential diagnosis ด้วย Lab ตาม CPG ทุกราย -NCD Clinic : ประเมิน CVD Risk กลุ่มเสี่ยงสูงพบ Case manager ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพบแพทย์เพื่อพิจารณาให้ยา ASA -กลุ่ม AF ประเมิน CHA2DS2-VASc score เพื่อพิจารณา refer Echo ก่อนเริ่มยา Warfarin -เพิ่มช่องทางการส่ง CT Scan ที่โรงพยาบาลบางละมุง ปี 2560 -จัดทำCare Map การดูแลผู้ป่วย Stroke และนำมาใช้ในรายที่ admitt -เพิ่มช่องทางการส่ง CTScan ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ -กรณี Admit ใน 24ชั่วโมงให้ check vital sign/Neuro sign q 4 ชั่วโมง	stroke <15
---	--	----------------------

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

Sepsis

1. ทบทวนการใช้ยาปฏิชีวนะให้ถูกต้องเหมาะสม
2. เผยแพร่แนวทางการปฏิบัติสู่หน่วยงานระดับปฐมภูมิปรับ clinical practice guideline sepsis และแนวทางการคัดกรอง ลงสู่ รพ.สต.
3. ทบทวนและปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis ให้เหมาะสมกับบริบท ทันสมัย และถูกต้องอยู่เสมอ
4. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการสารน้ำ ส่งเสริมให้มีการทำ central line หรือ bed side ultrasound เพื่อประเมินการให้สารน้ำให้เหมาะสม

Pneumonia

1. ส่งเสริมการใช้ CPG รวมทั้งมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การติดตามผลเพาะเชื้อ เพื่อพิจารณาปรับยา Antibioticให้เหมาะสม

- 2.วางแผนเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีปัญหาAspirate pneumonia ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามลงเยี่ยม แล้วส่งต่อให้รพ.สต.ดูแลต่อเนื่อง
- 3.ปรับแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย Pneumonia ให้สอดคล้องกับการดูแลกลุ่ม

UTI

1. Monitor DUE การใช้ATBอย่างต่อเนื่อง
- 2.ติดตามการส่ง investigateหาสาเหตุใน case readmit หลายครั้ง โดยการส่ง consult urologist
- 3.พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยคาสายสวน เพื่อป้องกันการติดเชื้อและพัฒนาสมรรถนะcare giver ในการดูแลในรายที่จำเป็นต้องคาสายสวน

TB

- 1.พัฒนาคลินิกวัณโรคให้ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คลินิกวัณโรคคุณภาพ
- 2.พัฒนาระบบคัดกรองวัณโรคในชุมชน ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีการประชุมเจ้าหน้าที่เพื่อประเมินผล ปัญหา อุปสรรค การทบทวนการเสียชีวิต ในที่ประชุมที่มวัณโรคระดับ คปสอ. ทุก1-2 เดือน
- 3.กลุ่มแรงงานต่างด้าวนายจ้างต้องดูแลและมีกลุ่ม NGO ช่วยดูแลติดตาม ช่วยสื่อสาร
- 4.ผู้ป่วยวัณโรคในรายที่มีความเสี่ยงสูง ต่อยาววัณโรค เช่น ผู้มีประวัติต้องขังในเรือนจำ ผู้ป่วยเบาหวาน แพทย์พิจารณาส่งตรวจเชื้อดื้อยา

Stroke

1. พัฒนาทักษะและแบบคัดกรองผู้ป่วยให้แก่บุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและสถานพยาบาลเครือข่าย ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลและเบอร์โทรศัพท์ติดต่อบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 แก่ประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยใน NCD Clinic อย่างต่อเนื่อง
2. พัฒนาระบบการส่งต่อและเพิ่มช่องทางให้ได้ผล CT Scan จากผู้เชี่ยวชาญที่รวดเร็วยิ่งขึ้น
3. ผลักดันให้ผู้ป่วย Stroke ทุกรายต้องได้รับการรักษาใน Stroke Unit หรือโรงพยาบาลที่มีอายุรแพทย์ในระยะเฉียบพลัน , พัฒนาระบบการดูแล intermediate care เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย