

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
- Waiting time (นาที)	50	48.68	60.02	67.62	74.96	31.83
- Cycle time (ชม.)	1.30	1.24	1.30	1.27	1.46	46.91 นาที
อัตราผู้ป่วย ACS มารับบริการล่าช้า กว่า 3 ชม.จาก on set time)	≤ 30%	50.68	50.92	33.72	35	46
ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้เข้า Fast track ส่งต่อภายใน 30 นาที	100%	52.94	52.63	73.91	86.95	100
ผู้ป่วย ได้รับการคัดกรองตามแนวทาง ACS	100%	98.63	88.88	96.51	96	93.90
ผู้ป่วยได้รับยาSK ที่รพ.กันตั้งภายใน30 นาที	100%	NA	NA	NA	0	100
ผู้ป่วย Stroke fast track ได้เข้า Fast track ส่งต่อภายใน 20 นาที	100%	80	77.41	92.85	82.1	90.6
ร้อยละการดูแลผู้ป่วย HI ตามแนวทาง	100	100	100	100	100	100
อัตราการรักษาหายผู้ป่วย TB	90%	91.67	93.10	94.22	97.2	100
ร้อยละผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ HIV ที่มี CD4 <200 ได้รับยาต้านไวรัส	95%	100	93.33	100	100	100
<p>บริบท:</p> <p>เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียงระดับ F2 รับผิดชอบประชากร 13 ตำบล จำนวน 74,580 คนเพศหญิง 37,361 คน เพศชาย 37,219 คน แบ่งโซนบริการเป็น 4 โซนใหญ่กับ 1 เทศบาล และแต่ละโซนมี รพ.สต.ขนาดใหญ่ 1 แห่งคละกับ รพ.สต.ขนาดกลางและขนาดเล็ก เพื่อให้ง่ายในการจัดบริการและง่ายต่อการเข้าถึงบริการ ในพื้นที่มีหน่วย FR ทั้งหมด 4 แห่งเป็นของอบต.คลองลู 1 หน่วย (เพิ่มขึ้นเมื่อปี 2556) อบต.บางเป้า(เพิ่มขึ้นเมื่อปี 2559) ส่วนทางน้ำที่เกาะลิบงเป็นของเอกชน 1 หน่วยและของ อบต. 1 หน่วย และมีแผนจะเพิ่มหน่วยFRอีก 1 หน่วยในปี2560 ที่อบต.บางสัก</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:</p> <p>กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการเข้าถึงบริการ ได้แก่</p>						

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM,HT และเฉียบพลันที่สูงอายุได้แก่ Stroke, AMI
- ผู้ป่วยคลอดที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เกาะ 2 เกาะได้แก่เกาะมุกด์ เกาะลิบง
- ผู้พิการติดบ้านติดเตียงและเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีผู้ดูแล และผู้ป่วยห่างไกลชายขอบเช่นเขตพื้นที่ติดเขาพลูตำบลบางสัก (เขตติดต่อ อ.สิเกาแต่มีภูเขากั้น ไม่สามารถไปรับบริการ รพ.อื่นได้)
- ผู้ป่วยพิการทางสายตาและผู้พิการทางกายในชุมชน
- การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับยา Warfarin มาดูแลต่อเนื่องและพัฒนาคุณภาพบริการตามนโยบาย Service plan

กระบวนการ:

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ

และการปรับปรุงการเข้าถึงในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา:

- โรค DM,HT ได้มีการปรับระบบบริการโดยจัดบริการใกล้บ้านใกล้ใจให้กับผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก ลดรอยต่อของระบบบริการ มีการส่งต่อผู้ป่วยDM,HTไปรับการรักษาที่รพ.สต.ใกล้บ้านทุกพื้นที่ทำให้อัตราการขาดนัดในผู้ป่วยDM,HTลดลงจากเดิมในปี2556 ร้อยละ14.38ในปี2557 2558 2559เหลือเพียงร้อยละ8.15 , 5.24และ3.13 ตามลำดับ รวมทั้งมีการจัดบริการให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตา เท้า ฟัน ตรวจเลือด เชิงรุกในทุกพื้นที่เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตังอย่างครอบคลุม จากการดำเนินงานโครงการใกล้บ้านใกล้ใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการคิดของผู้ให้บริการในมุมมองของการให้บริการอย่างใกล้ชิดเสมือนเป็นคนในครอบครัวมีการรับฟังปัญหาได้รับความร่วมมือในการแก้ปัญหาสุขภาพ เกิดสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน
- โรค AMI, Stroke ในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุพื้นที่เกาะ มีการจัดบริการแบบบูรณาการร่วมกับ DM,HT ซึ่งมีทีมสหวิชาชีพเดินทางไปเยี่ยมตรวจและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้ได้รับทราบอาการเร่งด่วนที่ต้องเข้าถึงบริการ และได้รับการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วทันเวลาโดยใช้ACS Alert ,Fast Track Strokeช่วยในการคัดกรองผู้ป่วยให้ได้รับการช่วยเหลือและรักษาได้ทันเวลา แนะนำช่องทางขอความช่วยเหลือ1669 ระบุในใบนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกครั้ง มีการประสานงานให้รพ.สต.เข้ามามีส่วนช่วยเหลือในการหาอาสาสมัครในพื้นที่ไปช่วยดูแลผู้ป่วยกรณีที่ไม่มีคนดูแลบางช่วงเวลา
- Diarrhea ในเด็กต่ำกว่า 5 ปี ไม่ได้รับ ORS ก่อนถึง รพ.ทำให้อาการทรุดลงรวดเร็ว ได้มีการปรับวิธีการโดยจัดทำแผ่นพับการดูแลเด็กท้องเสียเบื้องต้น การใช้ ORS ก่อนถึง รพ.แจกจ่ายผู้ป่วยที่รับบริการที่ OPD ในช่วงหน้าแล้งที่มักมีการระบาด และออกเสียงตามสายในช่วงปกติและช่วงระบาด มี ORT corner แผ่นก OPD เพื่อสอน สาธิตการให้ ORS ที่สะดวก ปลอดภัย ประสานชุมชนเรื่องการให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ ในช่วง1-2ปีที่ผ่านมาไม่พบ ผู้ป่วย Diarrhea ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล มีภาวะขาดน้ำรุนแรง
- Warfarin Clinic ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อเดือนมีนาคม 2557 จนถึงปัจจุบัน ตามนโยบายการพัฒนา

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

เครือข่ายวาร์ฟาริน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการดูแลที่ได้มาตรฐาน ลดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากโรค และจากยาต้านการแข็งตัวของเลือด สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวกรวดเร็วและยังลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาของผู้ป่วย มีการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยาวาร์ฟารินอย่างเป็นระบบ เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ยอดผู้รับบริการปี2557 จำนวน 27 ราย ให้บริการในวันพุธสุดท้ายของเดือนเวลา13.00 -16.30 น. ปี2558 จำนวน 49 ราย ให้บริการในวันพุธที่2และ 4ของเดือนทั้งวัน ปี2559 จำนวน 53 ราย ให้บริการทุกวันพุธของเดือนทั้งวัน มีการปรับบริการโดยขยายเวลาให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากขึ้นไม่เสียโอกาส ในการรับการรักษา ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยที่รับยาวาร์ฟารินได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดำเนิน ของโรครุนแรงหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนและเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น จึง มีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเพิ่มศักยภาพในเรื่องความรู้ ความสามารถ ของผู้ป่วยและญาติ ที่ได้รับยาวาร์ฟารินให้สามารถดูแลตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- ผู้พิการทางกายและพิการทางสายตา งานกายภาพออกไปสำรวจข้อมูลในพื้นที่ที่ราบถึงปัญหา และความต้องการจึงวางแผนให้การช่วยเหลือผู้พิการทางกายเช่น เดินไม่ได้ จะจัดหารถเข็นให้และฟื้นฟู ผู้พิการปี 2555-2556 จำนวน 17 คน ผู้พิการทางสายตาในปี 56 จำนวน 60 คน นำมาเข้าโครงการ ไม้เท้าขาวทำให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 100% ในช่วงปี2557- 2559กิจกรรมส่วนใหญ่จะเน้นการดูแลเชิงรุกโดยมีทีมHHCเข้าไปดูแลผู้ป่วยที่ไม่สะดวกไม่สามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ มีการให้คำแนะนำ และฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้กับผู้ป่วย CVA ให้ได้รับการฟื้นฟูสภาพ จากปี 2557, 2558 และ2559 ได้รับการฟื้นฟูเพิ่มมากขึ้นเป็น 91.21, 100 และ100 ตามลำดับ หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพแล้วดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ปี 2558 และ2559 คือ 91.80 และ 92.41 เนื่องจากได้มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยมีการเยี่ยมบ้านทุกวันร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพครอบคลุมทุกพื้นที่ทั้งผู้ป่วย รายใหม่และรายเก่า มีการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้าน และจัดหาอุปกรณ์สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องตามวิธีการทางกายภาพบำบัดมีการสอน home program ให้แก่ญาติ/อสม.เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

- หญิงตั้งครรภ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เกาะ 2 เกาะได้แก่เกาะมุกด์ เกาะลิบง พบว่าในปี2557มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.จำนวน 2 ราย คลอดโดยพยาบาลรับส่งต่อจำนวน 2 ราย ในปี2558มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.จำนวน 3 ราย คลอดโดยพยาบาลรับส่งต่อจำนวน 1 รายในปี2559มีการคลอดโดยเจ้าหน้าที่รพ.สต.จำนวน 1 ราย คลอดโดยพยาบาลรับส่งต่อจำนวน 1 รายจากการคลอดในพื้นที่เกาะทั้ง2แห่งไม่พบปัญหาการเกิด Birth asphyxia แต่พบภาวะHypothermia 1 ราย ในปี2557 จากการทบทวนได้มีการดำเนินการดังนี้คือ

- 1.เกาะลิบงพบว่าการคลอดในเรือขณะนำส่ง เกาะลิบงมีหน่วย FR ที่ได้รับการอบรมให้ความรู้ เรื่องการช่วยคลอดฉุกเฉินทั้ง จนท.และหน่วย FR ในเวลาราชการก็มี จนท.รพ.สต มาส่งผู้ป่วยด้วย นอกเวลา/จนท.รพ.สต.ไม่สามารถมาได้ นั้น รพ.จะอบรมให้ความรู้ทีม FR ทางเรือของ อบต.เกาะลิบงให้

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

สามารถช่วยชีวิตมารดาและทารกแรกคลอดได้ และแนะนำการใช้บริการ 1669

2.หญิงตั้งครรภ์พื้นที่เกาะมุกด์ ไม่มีหน่วย FR ในพื้นที่ ผู้ป่วยต้องเหมาเรือมาส่ง รพ.เอง อาจคลอดในเรือได้ ทาง รพ.จึงพัฒนาแนวทางป้องกันภาวะเด็กทารกคลอดในเรือเกิดภาวะ Hypothermiaและเกิด Birth asphyxia

3.มีการANCติดตามเป็นระยะตามเกณฑ์เช่นอายุครรภ์36wks.ได้รับการconfirm presentationในรายที่มีปัญหาเมื่ออายุครรภ์37 wks.นัดมาเพื่อส่งต่อรพ.ตรงได้เลย และเมื่ออายุครรภ์39 wks.นัดมารพ.เพื่อมาติดตามความก้าวหน้าในการเข้าสู่การคลอดพร้อมทั้งให้คำแนะนำ เป็นต้น

4. ให้ผู้ป่วยประสานโดยตรงมาที่ห้องคลอดเมื่อเริ่มเจ็บครรภ์และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างเดินทางในเรือและสามารถติดต่อกับพยาบาลได้ตลอดการเดินทาง เมื่อทราบว่าผู้ป่วยลงเรือแล้ว ห้อคลอดเตรียมอุปกรณ์เช่น การใช้ถุงพลาสติกห่อตัวทารกสำหรับ keep warm และอื่นๆ ให้พร้อม ออกรถไปรอรับที่ท่าเรือก่อนผู้ป่วยจะถึงท่าเรือ

5.มีการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับการซักซ้อมการทำคลอดฉุกเฉิน ให้แก่พยาบาลReferและเจ้าหน้าที่รพ.สต.ปีละ1ครั้ง

บทเรียนจากการทบทวนความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน:

- ผู้ป่วย Stroke ได้เข้า Fast track ทันเวลาภายใน 20 นาทีในปี2557 – 2559 คิดเป็นร้อยละ 92.85, 89.1,90.6 ส่วนSTEMI Fast trackส่งต่อภายใน 30 นาทีคิดเป็นร้อยละ73.91 , 86.95,100 ตามลำดับ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นโดยลำดับ มีการพัฒนาและทบทวนทั้งระบบในเรื่องความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกี่ยวกับอาการเร่งด่วนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยปฏิบัติตามแนวทางStroke Alert หรือACS Alert ผู้ป่วยรับทราบช่องทางการขอความช่วยเหลือผ่านสายด่วน1669 มีการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในโรงพยาบาล เทศบาลและชุมชน พัฒนาระบบEMSขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมพื้นที่ในปี2559ได้เพิ่มหน่วยFR ที่บางปะจํานวน 1 หน่วยได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีในการปฏิบัติหน้าที่ได้วางแผนจะให้เกิดหน่วยFRขึ้นในปีต่อไป2560ในพื้นที่ตำบลบางสัก ปรับปรุงCPGเพื่อคัดกรองผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการได้รวดเร็วขึ้น ปรับระบบconsult ACSให้consult เฉพาะแพทย์สาขาหัวใจเท่านั้นตลอด 24ชม.โดยส่งEKGผ่านApplication lineในกลุ่มS TEMI Network Trang ปรับระบบเรียกพนักงานขับรถสำรองเพื่อstand byตลอดเวลาเมื่อทีมหลักออกปฏิบัติงานจนหมด จัดแพทย์เวรขึ้นปฏิบัติงาน First call ,Second callทุกเวรเพื่อรองรับผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการช่วยเหลือฉุกเฉินอย่างทันท่วงที

บทเรียนในการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

-ปี2559 การ REFER ผู้ป่วยกลุ่มโรคศัลยกรรม พบว่าโรคไส้ติ่งอักเสบ ยังเป็นโรคทางด้านศัลยกรรม ที่มีผู้ป่วยส่งต่อมากที่สุด เนื่องจาก โรงพยาบาลกั้นตั้งไม่ได้มีแพทย์เฉพาะทาง และพบว่าในปี 2559 ส่งต่อผู้ป่วยด้วย Dx; Appendicitis ทั้งหมด 149 ราย มีการใช้ใบประเมิน Alvorado score ในการประเมินผู้ป่วยก่อน REFER ซึ่งพบว่า ในปีนี้ ใช้ใบ หรือประเมิน Alvorado score =

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

117 ราย คิดเป็น 78.52 % ซึ่งลดลงจากปีงบประมาณที่แล้ว เนื่องจาก ไม่ได้มีการกระตุ้นหรือชี้แจงการใช้ใบแก่ แพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ที่มาปฏิบัติงานใหม่ ซึ่งพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เป็น Appendicitis จริง 114 ราย คิดเป็น 76.51 % (Rupture Appendic 4 ราย) และไม่ได้เป็น Appendicitis (miss over) จริง จำนวน 35 ราย คิดเป็น 23.49% พบเป็นโรคอื่น เช่น AGE 45.71 % , Abd pain 22.86 % Nephritis, Dyspepsia , Ovarian cyst , AFI โรคละ 5.71 % UTI ,Intestine obstruction, Intestine perforate โรคละ 2.86 % สาเหตุ มักพบเป็น Case revisit , ญาติกังวล และพบว่า REFER ด้วยโรคอื่น แล้วเป็น Appendicitis (miss under) 2 ราย ใน case rupture appendicitis 25% เป็น Case เด็กเล็ก อาจมีประวัติ+ การตรวจร่างกายได้ไม่ชัดเจน พบว่า Admitted ที่รพ. กันตั้ง 5 วัน แล้วไม่ดีขึ้น CBC WBC ขึ้นเรื่อย ๆทุกวัน หลังให้ ATB แล้ว ปัญหาเหล่านี้ได้ Feed back ไปยังองค์กรแพทย์ เน้นย้ำเรื่องการใช้ Alvalado score ในการประเมินผู้ป่วยทุกราย และในผู้ป่วยเด็กเล็กควรมีการ Re-assessment abdominal sign อีกครั้งหลัง admitted

-ปี2559 การ REFER ผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ พบว่า ผู้ป่วย Stroke เป็นปัญหาสำคัญ และอยู่ในอันดับ 1 ของการ REFER ของรพ. โดยจำนวนผู้ป่วยที่ REFER ด้วย Dx : Stroke ปีงบประมาณ 2559 ทั้งหมด 255 ราย เป็น Stroke จริง 210 ราย ผลเป็น Cerebral Infarction 182 ราย (86.66%) / Cerebral hemorrhage ทั้งหมด 14 ราย (6.67%) /TIA = 14 ราย(6.67%) ผู้ป่วย Fast track stroke ได้รับการส่งต่อทันภายใน 20 นาที คิดเป็น 90.6 % ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับยา Actilyse-TPA จำนวน 13 ราย ผล Improve 12 ราย Not improve 1 ราย ผู้ป่วยที่ Miss Diagnosis Under REFER ไปด้วย โรคอื่น เช่น Fatigue , alteration of conscious แต่เป็น Stroke จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่ REFER ด้วย Stroke แต่เป็น โรคอื่น จำนวน 45 ราย แต่มีจำนวน 2 ราย ที่ต้องให้การรักษาเฉพาะโรค Sepsis และได้เข้าถึง ATB 1 ราย และ Missdiagnosis (under) Stroke 4 ราย คิดเป็น 1.57% สาเหตุ การส่งต่อล่าช้ากว่า 20 นาที ---มี Case วิกฤติในเวลาเดียวกัน 2 Case ,รถ Ambulance ไม่เพียงพอ (ใช้งาน 2 คัน อีกคันส่งซ่อม) ,ไปส่งต่อเฉพาะโรค Fast tract stroke หมด ใช้เวลาในการค้นหาไป REFER , refer 2 Case พร้อมกัน และมี Case emergency อื่นอีก ,การวินิจฉัยไม่แน่ชัด จาก Recurrent stroke เป็น Fast tract stroke, แพทย์มาดูแลผู้ป่วยล่าช้า (มาดูแลที่ 15)ได้มีการทบทวนโดยสื่อสารให้ความรู้เรื่องแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Stroke ในแพทย์ และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันควบคุมกำกับ Process time ในรพ. ชุมชน ให้ได้ใน 20 นาที ทบทวนทักษะ การประเมิน และตรวจร่างกายผู้ป่วย Stroke

-การ REFER ผู้ป่วย ACS พบว่า ผู้ป่วยที่ REFER ด้วย กลุ่มอาการของ ACS ทั้งหมด 105 ราย ซึ่งพบเป็น Fast tract STEMI = 15 ราย Fast track STEMI ได้รับการส่งต่อล่าช้า ภายใน 30 นาที 3 ราย คิดเป็น 20 %

สาเหตุ เนื่องจาก EKG ไม่ชัดเจน (เหมือนจะยก แต่ไม่มี reciprocal change) ,การบันทึกเวชระเบียนเรื่องเวลาไม่ชัดเจน , EKG แล้วไม่พบการแปลผล

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ปีงบประมาณ 2559 พบว่า ผู้ป่วย REFER ด้วย Dx:กลุ่ม ACS Miss Diagnosis 1 ราย โดย Dx: จริง เป็น STEMI แต่ Dx; ที่ REFER เป็น Dyspepsia คิดเป็น 0.95 % ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาตามแนวทาง STEMI พบว่ามีข้อบกพร่อง เรื่อง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางการให้ยา SK DRIP ยา SK คือให้ยาช้า ในผู้ป่วยรายเดิม ในช่วงระยะเวลาก่อน 1 ปี แต่ Case นี้ผู้ป่วยปลอดภัย ได้ปรับปรุงโดยประสานไปยังหน่วยงานให้ถ่ายทอด CPG ACS แก่เจ้าหน้าที่ใหม่ที่เกี่ยวข้อง และองค์กรแพทย์ เน้นย้ำเรื่องอาการนำที่ต้องทำ EKG ต่วน เพิ่มทักษะในการอ่านผล EKG และวินิจฉัยโรคตามแนวทางให้ถูกต้อง สื่อสารแนวทางการวินิจฉัยรักษาและการ REFER ลงสู่การปฏิบัติ ในหน่วยงาน ทบทวนเหตุการณ์ ร่วมกับ ระบบยา โดยมี Pop up เตือน ใน Hos -xp มีการเน้นย้ำ เรื่องการซักประวัติการได้รับยาทุกครั้ง ก่อนบริหารยา

-ประเด็นเรื่อง Admitted < 6 ชั่วโมง แล้ว REFER พบว่า ในปี งบประมาณ 2559 มี ปัญหา Admitted < 6 ชั่วโมง แล้ว REFER จำนวนทั้งหมด 31 ครั้ง ซึ่งมีสาเหตุจาก

1. ประเมิน/วินิจฉัยผิดพลาด ผู้ป่วยผิดพลาด จำนวน 13 รายการ คิดเป็น 41.94 %
2. เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เช่น หลัง Admitted 3 ชั่วโมง เจาะ Trop I ช้ำ แล้ว ผิดปกติ , HI --- Score drop จำนวน 8 รายการ คิดเป็น 25.80%
3. ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง เช่น ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง REFER ผู้ป่วย HI / Sepsis 4 รายการ คิดเป็น 12.90 %
4. ไม่มีแนวทางปฏิบัติชัดเจน ในผู้ป่วย DKA 3 รายการคิดเป็น 9.68%
5. ญาติ กังวล / ญาติ Concern ไม่มั่นใจในการรักษา 3 รายการ คิดเป็น 9.68 %

มีการทบทวน ประสานองค์กรแพทย์ ทบทวน แนวทาง และ เพิ่มทักษะในการประเมินผู้ป่วย กระตุ้น ให้มีการให้ข้อมูลเรื่องโรค แนวทางการดูแลรักษา เป็นระยะ ๆ เพื่อความมั่นใจของผู้ป่วยและญาติ

บทเรียนในการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

- ไม่มีหน่วยวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

- ในปี 2558 – 2559 โรงพยาบาลกันตังได้มีมติที่จะนำกระบวนการlean มาใช้พัฒนาคุณภาพงานบริการเวชระเบียน การทำpaperlessก็เป็นอีกงานหนึ่งที่เข้ามาช่วยในงานบริการเวชระเบียนภาระงานลดลงในการค้นหาแฟ้มประวัติ ลดระยะเวลาการคอย มีการวางแผนงานด้านเวชระเบียนเพื่อรองรับการปรับเปลี่ยนจากระบบเดิม โดยมีทีมงานของคณะกรรมการสารสนเทศและงานEthicเข้ามาร่วมพิจารณาในการออกแบบฟอร์ม informed consent ที่ถูกต้องครอบคลุมสิทธิของผู้ป่วย และตรงตามมาตรฐาน สปสช. สามารถนำไปจัดเก็บโดยวิธีการScanแบบฟอร์ม informed consentลงไปในโปรแกรมHos.XP สามารถเข้าไปดูย้อนหลังหรือเมื่อต้องการนำมาใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมายซึ่งแต่เดิมจะใช้การประทับตราขงลงในOPD card จากการตรวจสอบเวชระเบียนพบว่ามีความสมบูรณ์ของ informed

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

consentในปี2557 ,2558 ,2559 ร้อยละ 83.11,86.2 ,87.92 ได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงานที่จะทำให้เวชระเบียนสมบูรณ์มากขึ้นโดยลำดับ ทีมงานAudit เวชระเบียนมีส่วนช่วยในการแจ้งข้อมูลไปยังหน่วยงานและติดตามการบันทึกโดยหัวหน้างานช่วยควบคุมกำกับอย่างต่อเนื่อง ทีมตรวจสอบเวชระเบียนของ รพ.เองได้มีการตรวจสอบเวชระเบียนทุกศุกร์สุดท้ายของเดือน สุ่มจำนวน 3%

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยภาวะวิกฤตฉุกเฉิน โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลังอบรมพยาบาลจบใหม่ต้องมีพี่เลี้ยงขณะปฏิบัติงานและทวนสอบทักษะสำคัญในแต่หน่วยงานปีละ 2 ครั้งตามกระบวนการดูแลผู้ป่วย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
70.การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน		<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาศักยภาพด้านความรู้และทักษะให้แก่เจ้าหน้าที่ในการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ ● พัฒนาคุณภาพระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ● สร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน
71.กระบวนการรับผู้ป่วย		<ul style="list-style-type: none"> ● สร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการในงานบริการโดยมุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ● เพิ่มพูนทักษะในกระบวนการรับผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
72.การให้ข้อมูลและ informed consent		<ul style="list-style-type: none"> ● เพิ่มวิธีการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.