

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง ครบถ้วน เหมาะสม						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2555	2556	2557	2558	2559
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและคัดกรองตามแนวทาง ACS	100	98.63	88.8	96.51	96	91.46
ร้อยละของผู้ป่วย ACS ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด	0	2.73	3.7	2.32	2	1.21
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมินและคัดกรองตามมาตรฐาน	100	97.94	94.87	96.92	98.7	98.34
ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด	0	1.03	0	1.5	0	1.10
ร้อยละของผู้ป่วย HI ได้รับการประเมินและการดูแลตามแนวทาง	100	100	100	100	100	100

บริบท:

กระบวนการประเมินผู้ป่วยแรกรับ แพทย์และพยาบาลจะสัมภาษณ์จากผู้ป่วยและญาติโดยตรง ใช้การบันทึกประวัติและการตรวจร่างกาย ในระบบ Hos XP และใช้แบบการประเมินสมรรถนะผู้ป่วย จะครอบคลุมประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนเอง การประเมินปัจจัยทางด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ นอกจากนี้การสื่อสารข้อมูลของ ทีมสหสาขาวิชาชีพมีการบันทึก Progress Note ทำให้เห็นความเชื่อมโยงด้านการรักษาพยาบาลของ สหสาขาวิชาชีพ กำหนดแนวทางการบันทึกใบ Discharge Plan ในกลุ่มโรคเป้าหมาย มีการประเมินการดูแลรักษาพยาบาลและบันทึกการพยาบาลลงใน Nurse Note เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน ที่มาด้วยอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน (Atypical Symptom) ได้แก่ Acute appendicitis, Stroke, AMI , HI การประเมินตาม CPG และการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง ใช้การส่งต่อข้อมูลโดยใช้ SBAR

กระบวนการ:

การประเมินผู้ป่วย

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการประเมินผู้ป่วย (ดูรายละเอียดใน clinical tracer highlight):

โรคที่มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วย ได้แก่ Acute appendicitis , Stroke, AMI , HI

บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน:

- ผู้ป่วย AMI เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีอัตราการเสียชีวิตสูง หากได้รับการวินิจฉัยล่าช้า และไม่ได้รับการรักษาที่ทันท่วงที โดยเฉพาะ Case STEMI มีความจำเป็นต้อง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

รักษาด้วยการเปิดเส้นเลือดหัวใจ ซึ่งมี Golden Period ภายใน 6 – 12 ชั่วโมง มีการปรึกษาทาง Line (STEMI Network Trang) เพื่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางตลอด 24 ชั่วโมง ผลการดำเนินงานปี 2559 case ACS ส่งต่อจำนวน 82 ราย เป็น STEMI 18 ราย มีการวินิจฉัยผิดพลาดจำนวน 1 ราย พบผู้ป่วยมาด้วยอาการ Dyspepsia และมีอาการเปลี่ยนแปลง refer STEMI ได้มีการวางระบบการเข้าถึงมากขึ้น โดยกำหนดอาการ Dyspepsia เข้าในระบบการคัดกรอง ACS (ปรับปรุง CPG ACS เดือน พ.ย. 2559) ปี 2560 (ต.ค.59 – มี.ค.60) ไม่พบปัญหาอีก มีการเพิ่มศักยภาพ รพ.กั้นตั้งให้ ยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) ปี 2558 จำนวน 1 ราย และ ปี 2559 จำนวน 3 ราย

- Stroke ผู้ป่วยเกิดอาการทางสมองอย่างเฉียบพลัน โรงพยาบาลไม่มีแพทย์ศัลยกรรมประสาท ผลการดำเนินงาน ปี 2559 ผู้ป่วย stroke ได้รับการประเมินและคัดกรองถูกต้องร้อยละ 98.34 % มีการส่งต่อจำนวน 181 ราย เข้า stroke fast track 64 ราย วินิจฉัยผิดพลาดร้อยละ 1.10 พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการชาจะได้รับการตรวจล่าช้า มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยกำหนดให้อาการชาอยู่ในระบบการคัดกรองผู้ป่วย Stroke (ปรับปรุง CPG Stroke เดือน พ.ย. 2559) ปี 2560 (ต.ค.59 – มี.ค.60) ไม่พบปัญหาอีก

- Appendicitis เป็นปัญหาในการประเมินมากโดยส่งต่อไป รพ.ตรัง ปี 2559 จำนวน 149 ราย เป็น Appendicitis จริงจำนวน 114 ราย คิดเป็น 76.51 % miss diagnosis (Over Dx) คิดเป็น 23.49 % miss diagnosis (Under Dx) คิดเป็น 1.34 % ทีม PCT แก้ปัญหาโดยส่งข้อมูลทบทวนในองค์กรแพทย์ และกำหนดให้หออผู้ป่วยในปฏิบัติดังนี้

- 1) ต้องประเมินแรกรับซ้ำใหม่ทั้งหมด โดยไม่ใช่ข้อมูลการตรวจร่างกายจาก OPD,ER เท่านั้น

- 2) ทบทวนวิชาการในกลุ่มโรคนี้ที่มีอาการแยกโรคไม่ชัดเจน ทำให้เกิด miss diagnosis ได้บ่อย ได้แก่ AGE, Abdominal pain, Nephritis, Ovarian Cyst, Intestine Obstruction

- 3) เก็บข้อมูลมาทบทวนทุกครั้งที่ได้รับข้อมูลส่งกลับ

การวินิจฉัยผิดพลาด ปี 2559 ร้อยละ 24.83 (Over Diagnosis 23.49 % , Under Diagnosis 1.34 %) พบว่าเป็น Case Re-visit , ญาติกังวล และผู้ป่วยเด็ก ที่มีประวัติและการตรวจร่างกายไม่ชัดเจน มีการเพิ่มศักยภาพการตรวจร่างกายผู้ป่วยเด็ก และใช้ Alvarado Score มาประเมินผู้ป่วยทุกราย

การพัฒนาให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน: ในปี 2559 มีการพัฒนาต่อดังนี้

การประเมินแรกรับในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพจิตได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย จะได้รับการประเมิน 2Q ทุกรายหากผลการประเมิน 2Q positive จะได้รับการส่งต่อไปรับการประเมิน 9Q จากงานจิตเวชต่อไป

- 1) กำหนดให้ประเมิน Pain Score ตามแนวทาง

- 2) ประเมินผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม , การเกิดแผลกดทับ – ความก้าวหน้าของแผลกดทับ

- 3) ห้องคลอดเพิ่มการประเมินการไต่ยีนและการคัดกรองโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกคลอด

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- 4) ผู้ป่วย COPD นำ Spirometer ประเมินประสิทธิภาพของปอด
- 5) ผู้ป่วย DM ประเมินอาการแทรกซ้อนทางเท้าด้วย monofilament
- 6) ตรวจตา Fundus camera เพื่อการประเมินภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วย DM
- 7) ปรับเปลี่ยนการคำนวณค่าเสื่อมของไต (GFR) ด้วยมือมาเป็น eGFR โดยเครื่องซึ่งมีความละเอียดมากกว่าเดิม
- 8) ประเมิน 2Q ในผู้ป่วยเรื้อรังทุกราย
- 9) จัดซื้อเครื่องมือในการตรวจ Trop-I ไว้ประจำที่ ER ผู้ป่วยใน 3 หอ มีการขยายเวลาให้บริการ ห้องยา และ ห้องชันสูตร ตั้งแต่เวลา 16.30-00.30 น.

บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้้นำการประเมินอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

ทีม PCT มีการทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการในการประเมินผู้ป่วยโรคสำคัญ เพื่อเป็นแนวทางเดียวกัน

- พัฒนาแบบฟอร์มการบันทึกผลการประเมิน GCS ในผู้ป่วย HI ในแผนกผู้ป่วยใน และมี Standing order for Head Injury ผลการดำเนินงาน ไม่พบอุบัติการณ์ Miss Diagnosis และ ไม่มีผู้ป่วย Head Injury Rev-visit ภายใน 48 ชั่วโมง
- พัฒนาแบบฟอร์มการประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (Admission record) ในระยะแรก รับ เพื่อวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์
- นวัตกรรมถุงตวงเลือด ในการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด
- เพิ่มการเข้าถึงการประเมิน CVD Risk Score ในผู้ป่วยเรื้อรัง DM , HT , COPD รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง
- การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน ตา เท้า ไต ในโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

บทเรียนในการประเมินความทันเวลาของการประเมินซ้ำ:

- ความไม่ชัดเจนในการวินิจฉัยโรคที่พบบ่อย เช่นการวินิจฉัยอาการผู้ป่วยอุบัติเหตุที่ดื่มสุรา กับอาการบาดเจ็บทางสมอง ซึ่งจะประเมิน GCS ได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีการทบทวนในการประชุมการดูแลผู้ป่วย Head Injury ระดับจังหวัด กำหนดให้ปฏิบัติตาม CPG Head Injury และกรณีประเมิน GCS ไม่ครอบคลุมให้ส่งต่อโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

บทเรียนในการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- กรณีผู้ป่วยที่สื่อสารได้น้อย เช่นผู้ป่วยเด็ก และ ผู้สูงอายุ มีการแจ้งข้อมูลที่จำเป็นให้ญาติทราบทุกครั้ง เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน และมีความพึงพอใจ
- กรณีหญิงตั้งครรภ์ กำหนดให้มีการแจ้งผลตรวจครรภ์ และเด็กในครรภ์ ให้มารดาและญาติทราบทุกครั้ง ก่อนกลับบ้าน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการร้องเรียน
- อธิบายเรื่อง โรค พยาธิสภาพและ แผนการรักษา ให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทุกครั้ง
- กรณีที่มีการผ่าตัด กำหนดให้มีการเซ็นยินยอมรับการรักษาทุกราย

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

- ให้ญาติได้พบแพทย์ที่ดูแล ในเวลาที่กำหนด ทุกหอผู้ป่วย เพื่อให้โอกาสญาติซักถามปัญหา และมี ส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผนการรักษาาร่วมกัน

การตรวจ investigation

บทเรียนในการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigation ที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม:

- มีการคัดกรองเบื้องต้นโดยหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจเลือด คัดกรองภาวะโลหิตจาง ธาลัสซีเมีย โรคที่ถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้บริการเวลา 07.00 – 00.30 น. ใช้แนวทางการ investigation ตาม CPG มีการประกันเวลาการรายงานผลการตรวจค่าวิกฤต มีระบบสัญญาณเตือน (Pop Up) และรายงานผลทางห้องปฏิบัติการอื่นๆทาง ระบบ Hos XP ของโรงพยาบาล ผลการรายงานค่าวิกฤต ปี 2559 97.6 %
- การส่งตรวจแผนกรังสีวิทยา ให้บริการเวลา 08.30-20.30 น. รายงานผลทางระบบ Hos XP ของโรงพยาบาล
- การส่งตรวจชิ้นเนื้อและเซลล์ (Pathology and Cytology) การตรวจปฏิบัติการอื่นๆนอกเหนือ ความสามารถของห้องปฏิบัติการ โรงพยาบาล จะทำการส่งต่อไปตรวจที่อื่นโดยทันที ด้วยบรรจุภัณฑ์และการขนส่งที่ปลอดภัยได้ตามมาตรฐาน ผลการตรวจต่างๆภายนอกโรงพยาบาลจะทราบผล 1 เดือน

บทเรียนในเรื่องการสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- ผลการ investigation ทั้งหมดในโรงพยาบาลจะบันทึกในระบบ คอมพิวเตอร์ สามารถค้นดูข้อมูลในระบบ Hos XP ได้ตลอดเวลา ยกเว้นข้อมูลที่เป็นความลับของผู้ป่วย เช่น OSCC หากผลการตรวจผิดปกติมีแนวทางให้แพทย์ที่ไม่มั่นใจในผลการตรวจ แพทย์พิจารณาส่งตรวจซ้ำได้ งานชั้นสูติมีระบบบันทึกที่สามารถสืบค้นผลการตรวจย้อนหลังได้หากมีการร้องขอ
- ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ กรณีพบค่าวิกฤต จะรายงานผลตามแนวทาง หลังจากการ Repeat ผล จะรายงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายใน 15 นาที ในระบบสัญญาณเตือน (Pop Up) พร้อมกับ โทรศัพท์ประสานงานมายังหอผู้ป่วย และมีการบันทึกผู้รายงานและ ผู้รับ ทุกครั้ง
- การสื่อสารผลการตรวจแก่ผู้ป่วยและญาติ รพ.มีแนวทางการแจ้งข่าวร้าย ในกรณีที่เป็นผลการตรวจสำคัญที่มีผลต่อจิตใจผู้ป่วยเช่น HIV จะต้องผ่านผู้ให้คำปรึกษาเท่านั้น กรณีผู้ป่วยถูกข่มขืน ผู้ป่วยคดีต่างๆ จะต้องผ่านผู้รับผิดชอบแจ้งผลนั้นๆ

การวินิจฉัยโรค

บทเรียนในการทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- จากการทบทวนสุ่มเวชระเบียนโดยทีม ตรวจสอบเวชระเบียน พบว่า ปี 2558 และ 2559 ด้านการวินิจฉัยโรคไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย 5.51 % , 4 %ตามลำดับ โอกาสพัฒนา พัฒนาศักยภาพแพทย์เพิ่มพูนทักษะและอบรมคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนบุคลากรด้านการแพทย์

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:		
<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย AMI ● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke ● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Appendicitis โดยการใช้ Alvarado Score 		
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
74. การประเมินผู้ป่วย		<ul style="list-style-type: none"> ● กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาการประเมิน Delay Emergency Response นำมาทบทวนในทีม สหสาขาวิชาชีพ เพื่อจัดทำ CPG ให้ครอบคลุม
75. การตรวจ investigate ที่จำเป็น		<ul style="list-style-type: none"> ● พัฒนาความถูกต้อง รวดเร็ว ในการตรวจ investigate
76. การวินิจฉัยโรค		<ul style="list-style-type: none"> ● ติดตามการวินิจฉัยผิดพลาด ในกลุ่มผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และ Refer ● กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลง เสียชีวิต หรือ มีภาวะแทรกซ้อน ความพิการ นำมาทบทวนในทีม สหสาขาวิชาชีพเพื่อค้นหาโอกาสพัฒนา