

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: สะดวก รวดเร็ว						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.ระยะเวลารอคอยที่ OPD	≤120นาที	74	45	50	106.9	103
2.ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤติที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 8 นาที	≥ 60%	64.10	78.14	78.99	75.26	69.01
3.ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติและฉุกเฉินเร่งด่วนที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 10	7.70	19.63	18.99	14.53	25.08
4.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อ ภายใน 30 นาที	100%	21.42	30.30	60.13	47.62	18.18
5.ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับการรักษาทัน Golden period	100%	65.38	64.31	68	76	98

**บริบท:** โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์เป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F1 ขนาด 30 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีเครือข่ายบริการสุขภาพในเขตพื้นที่ 10 รพ.สต.จัดระบบเป็น PCU หลัก 3 PCU เปิดบริการแบบ Extended OPD และ ศสม.เขตเมือง 1 แห่ง มีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสามารถออกให้บริการได้ตลอด 24 ชั่วโมง

- แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินมีแพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
- แผนกผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการในวันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00 น-16.30น. และเปิดให้บริการคลินิกพิเศษ NCD แยกออกจาก OPD ทั่วไปได้แก่ DM HT COPD สลับกันทุกวัน คลินิกโรคปอด เปิดบริการในวันจันทร์ โดยแยกคลินิกออกเป็นสัดส่วน
- ผู้ป่วยใน รับผู้ป่วยไม่จำกัดเตียง ให้บริการครอบคลุมทุกสาขา
- ในกรณีเกินศักยภาพ ส่งต่อโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ใช้เวลาเดินทาง 30 นาที

**กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:**

- กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉิน ได้แก่ STEMI , Stroke ซึ่งยังพบว่าเข้าถึงบริการล่าช้า เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที
- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ไปทำงานรับจ้างต่างพื้นที่ พบปัญหาการคัดกรองภาวะเสี่ยงไม่ครอบคลุม
- กลุ่มผู้ป่วยเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยจิตเวช

**กระบวนการ:**

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (ระบุรายละเอียดใน clinical tracer highlight):

- กลุ่มโรคฉุกเฉิน ได้แก่ AMI, Stroke ,Traumatic brain injury
- กลุ่มโรคเรื้อรัง ได้แก่ DM HT COPD

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

### การปรับปรุงการเข้าถึงในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา:

- ขยายเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนา FR .ในเขตเทศบาล และ อบต.ให้ครอบคลุม
- พัฒนาระบบ FAST Track เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มผู้ป่วย AMI และ Stroke
- พัฒนาศูนย์ NCD และขยายบริการไปยังเครือข่าย PCU
- ประระบบการให้บริการเชิงรุก เช่น การคัดกรองแบบเคาะประตูบ้านในกลุ่มผู้ป่วย DM,HT การออกเยี่ยมบ้านในกลุ่มผู้ป่วย จิตเวช ผู้พิการ และผู้ป่วย Palliative care

### บทเรียนจากการทบทวนความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน:

- จากการทบทวนข้อมูลการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ปี 2558-2559 พบว่า มีกลุ่มผู้ป่วย stroke รายใหม่ que เข้าถึงบริการล่าช้าทำให้ไม่สามารถเข้าระบบ Stroke Fast Track ได้ จึงมีการปรับระบบโดย ในกลุ่มผู้ป่วย DM ,HT ที่มีการคัดกรอง CVD risk ที่พบว่าเสี่ยงสูง จัดทำกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ความรู้เพิ่มขึ้น และเน้นเรื่องการสังเกต FAST ในผู้ป่วยทุกกลุ่ม เนื่องจากพบว่า มีผู้ป่วยที่คัดกรอง CVD risk ต่ำ เกิดเป็น Stroke รายใหม่ได้เช่นกัน
- เน้นการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 และสายตรงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

### บทเรียนในการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

- การตอบสนองนโยบาย การเข้าถึงยา SK ในกลุ่มผู้ป่วย STEMI พบว่ามีการเตรียมความพร้อมในการเข้าถึงยา และมีระบบการ consult ในกลุ่มไลน์โรคหัวใจเครือข่ายโรงพยาบาลมหาราช และมี CPG ในการดูแลผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติ ยังไม่สามารถให้ยา SK ได้ทันทีในผู้ป่วย high risk จึงปรับระบบการส่งต่อที่รวดเร็วขึ้น
- มีระบบการส่งข้อมูล และขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์ก่อนส่งต่อผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคลอด ทารกแรกเกิด เนื่องจากไม่มีแพทย์เฉพาะทาง และทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อโดยใช้ข้อมูลเสี่ยงสะท้อนทางโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช

### บทเรียนในการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

- ไม่มีหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ

### บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการขอ informed consent:

- กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการรับรู้และเข้าใจ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว ผู้ป่วยจิตเวชที่อาการไม่คงที่ มีระบบการขอ informed consent จากบิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิด หรือผู้แทนโดยชอบธรรม โดยกำหนดให้แพทย์เป็นผู้ให้ข้อมูลก่อนลงนามยินยอมและมีพยานลงนามทั้งสองฝ่าย
- ในกรณีที่ต้องทำหัตถการสำคัญ เช่น ขูดมดลูก การเจาะท้อง หรือทรวงอก เพื่อระบายเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งแพทย์จะให้ข้อมูลซ้ำอีกครั้งก่อนทำหัตถการ
- การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติก่อนขอให้ลงนาม พบว่า บางครั้งผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ จึงต้องมีการทวนสอบซ้ำ เช่น ก่อนให้เลือดผู้ป่วย หรือก่อนให้ยา SK จะต้องมีการอธิบายและให้ inform consent อีกครั้งหนึ่ง

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

<p><b>ผลการพัฒนาที่สำคัญ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI ,Stroke</li> <li>● พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCD</li> <li>● พัฒนาเครือข่ายบริการการแพทย์ฉุกเฉินอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>		
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
71.การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3.0	● นำข้อมูลจากการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่มาพัฒนาระบบการเข้าถึงให้ครอบคลุมกลุ่มโรคที่สำคัญ
72.กระบวนการรับผู้ป่วย	3.0	● เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย MI โดยเปิด warfarin clinic
73.การให้ข้อมูลและ informed consent	3.0	● เพิ่มความครอบคลุมในการให้ข้อมูลใน informed consent

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-2 การประเมินผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.ร้อยละของผู้ป่วย typical chest pain ได้รับการดูแลครบถ้วนตาม CPG ภายใน 10 นาที	100%	60.71	78.78	93.54	81	90.90
2.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที	100	60.71	78.78	93.54	81	90.90
3.ร้อยละของผู้ป่วย Fast track STEMI ได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อภายใน 30 นาที	100	21.42	30.30	31	47.62	18.18
4.อุบัติการณ์การประเมินผู้ป่วยล่าช้า/ผิดพลาด	ลดลง	2	1	4	2	1
5.อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงขณะรอตรวจ	ลดลง	1	1	3	1	1
6.อัตราการเข้ามา re-visit ER ภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการเดิม โดยไม่ได้ Follow up	< 5%	4.1	2.52	2.47	2.64	2.56

**บริบท:** เดิมจุดคัดกรองผู้ป่วยมีเพียงจุดเดียว คือ บริเวณหน้าแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยมีพยาบาล 1 คน ทำหน้าที่ทั้งคัดกรอง และคัดแยกผู้ป่วย แต่เมื่อทบทวนช่องทางการเข้ารับบริการพบว่า ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการที่ห้องบัตรได้หลายช่องทาง จึงทำให้บางครั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรองที่จุดดังกล่าวเกิดอุบัติการณ์ในขณะรอซักประวัติ ปี 2560 จึงเพิ่มจุดคัดกรองอีก 1 จุดบริเวณหน้าห้องบัตร เพื่อเพิ่มความปลอดภัยในการประเมินผู้ป่วย

**กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:**

- กลุ่ม Fast track ได้แก่ Stroke , AMI
- กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ เช่น ผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้ตัว
- กลุ่มผู้ป่วยที่ให้ประวัติไม่ชัดเจน

**กระบวนการ:**

การประเมินผู้ป่วย

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการประเมินผู้ป่วย (ดูรายละเอียดใน clinical tracer highlight):

- STEMI
- Stroke

**บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน:**

- มีระบบการคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่ walk in ที่แผนก OPD และ ER โดยเปิดจุดให้บริการเป็น 2 จุด คือบริเวณหน้าห้องฉุกเฉิน และบริเวณหน้าห้องบัตร เนื่องจากผู้มารับบริการเข้ามารับบริการได้หลายช่องทาง โดยมีการกำหนดแนวทางในการคัดกรอง(screening) และการคัดแยก(Triage) ผู้ป่วย พร้อมทั้งมีการตรวจสอบประสิทธิภาพในการคัดกรอง/คัดแยก โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

- ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติฉุกเฉินได้รับการประเมินและช่วยเหลือโดยพยาบาลวิชาชีพทันที พร้อมกับประสานแพทย์เพื่อดูแลรักษา จากการทบทวนอุบัติการณ์ปี 2560 พบประเด็นเรื่องการประเมินระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วยก่อนส่งเข้ารับการรักษาต่อที่แผนก IPD จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจนต้องใส่ tube และ refer ทันทีที่ไปถึงแผนก IPD จึงมีการทบทวนความรู้เรื่องการประเมิน GCS ร่วมกันระหว่างพยาบาล ER ,IPD และองค์กรแพทย์

### การพัฒนาให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน:

- พัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยใช้ CVD risk score ทำให้สามารถค้นหาผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูงอันตราย และส่งต่อ HHC เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเร่งด่วน ส่วนในผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม
- พัฒนาแนวทางในการประเมินผู้ป่วย FAST

### บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นการประเมินอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- มีการทบทวนทางวิชาการและปรับปรุง CPG ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติของ สปสช.ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล การตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น

### บทเรียนในการประเมินความทันเวลาของการประเมินซ้ำ:

- มีแนวทางในการประเมินผู้ป่วย โดยใช้ early warning signs ในการรายงานแพทย์เพื่อประเมินซ้ำในการวางแผนการรักษา

### บทเรียนในการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- มีการให้ข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยโดยแพทย์ ให้แก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนการรักษา เช่น การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า การตัดสินใจยุติการช่วยฟื้นคืนชีพ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้ได้รับความร่วมมือ และเพิ่มความพึงพอใจ

### การตรวจ investigation

#### บทเรียนในการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigation ที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม:

- ในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Troponin-T ในผู้ป่วย STEMI ซึ่งใช้ระยะเวลาในการรอผล 20 นาที ส่งผลให้ การส่งต่อผู้ป่วยล่าช้า ทีม PCT จึงได้กำหนดให้ ส่งตัวผู้ป่วยไปรักษาต่อในกรณี STEMI โดยไม่ต้องรอผลเลือด และรายงานผลตามหลัง
- ผู้ป่วย RLQ pain มีการตรวจ lab พื้นฐานทุกราย กรณีที่สงสัย Appendicitis ทำ ultrasound เพื่อเพิ่มความแม่นยำในการวางแผนการรักษา

#### บทเรียนในเรื่องการสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:

- ได้พัฒนาระบบการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงทุกราย ลงในสมุดประจำตัวผู้ป่วย รวมทั้งผลการตรวจพิเศษอื่น เช่น การตรวจตา ตรวจเท้า เพื่อการสื่อสารและลดความซ้ำซ้อน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

- ผู้ป่วยที่มีการส่งต่อไปดูแลต่อเนื่องที่ รพ.สต. มีการประสานข้อมูลที่สำคัญ เช่น แผนการรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมมากขึ้น

การวินิจฉัยโรค

บทเรียนในการทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:

- ได้ปรับปรุงแนวทางในการประเมินผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บหน้าอก โดยปรับ chest pain check list พบว่าสามารถประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น
- มีการเพิ่มขีดความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการวินิจฉัย เช่น การตรวจ Lepto titer , การตรวจหา antibodies ในไขเลือดออก

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนา CPG ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม DM HT STEMI Stroke เชื่อมโยงกับ รพ.สต. ในเครือข่าย
- พัฒนาแนวทางการประเมินผู้ป่วย ACS

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
74.การประเมินผู้ป่วย	3	● ทบทวน CPG และพัฒนาแนวทางในการประเมินผู้ป่วยครอบคลุมกลุ่มโรคอื่นๆ
75.การตรวจ investigate ที่จำเป็น	3	● เพิ่มขีดความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
76.การวินิจฉัยโรค	3	● ปรับปรุงการวินิจฉัยโรคครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยอย่างครบถ้วน

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-3 การวางแผน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: เป้าหมายชัด สอดคล้องกับปัญหา/ความต้องการด้านสุขภาพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วัน	< 5%	5.13	6.24	6.6	4.9	5.7
2.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ hypoglycemia	<ร้อยละ2	2.97	2.73	1.43	0.8	0.1
3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ hyperglycemia	<ร้อยละ2	1.60	2.89	1.72	1.3	0.5
4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C<7%)	>ร้อยละ50	51.19	55.05	57.98	75.06	67.1
5.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาด้วยภาวะ DKA	<ร้อยละ2	0.24	0.3	0.1	0.5	0
6.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (BP<140/90mmHg.)	>ร้อยละ70	71.07	82.25	89.71	75.87	81.51
7.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต (CKD stage 3-5)	<ร้อยละ3	30.86	8.89	1.42	12.1	13.4

**บริบท:**  
 ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ: DM,HT,AMI, COPD  
 ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ: DM,HT,COPD,Stroke

**กระบวนการ:**  
การวางแผนการดูแลผู้ป่วย  
 บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:

- พบปัญหาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับ รพ.สต.ในเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จึงได้มีการทบทวนร่วมกันในการวางแผนดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน ส่งผู้ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและการตรวจคัดกรองประจำปีครอบคลุมมากขึ้น

บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

- ทีม PCT ได้ทบทวน CPG ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ DM,HT,STEMI,Stroke และประกาศใช้แนวทางเดียวกันทั้งเครือข่าย
- มีการนำแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงโดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติของ สปสช. และมีการประเมินคุณภาพร่วมกันในระดับเครือข่าย

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

### บทเรียนในการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:

- ในกลุ่มผู้ป่วย NCD เช่น เบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีการทบทวนร่วมกันระหว่างผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกี่ยวกับแผนการรักษา ถ้าจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา จะนัดครอบครัวมาเรียนรู้ร่วมกัน เช่น การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การฉีดยาอินซูลิน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในกรณีผู้ป่วยไม่สามารถฉีดยาได้เอง ญาติจะเป็นผู้ฉีดยาให้ จากการทวนสอบวิธีการปฏิบัติพบว่าสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง
- มีการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น สัญญาณเตือนภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะ Acute Stroke พบว่า ผู้ป่วยและญาติสามารถบอกอาการที่ต้องเฝ้าระวังได้ถูกต้อง

### บทเรียนในการประเมินแผนการดูแลผู้ป่วย (ความครอบคลุมปัญหา ความชัดเจนของเป้าหมาย):

- มีการทบทวนมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยโดย ทีม PCT กำหนดกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล และการวางแผนการดูแล เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อสร้างความเข้าใจตรงกัน และเพื่อให้มีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ผู้ป่วย HT urgency ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Stroke โดยมีการประเมิน FAST และให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติในการเฝ้าระวัง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและเมื่อมีอาการสามารถส่งต่อได้ทันเวลา

### บทเรียนในการใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนและปรับแผน:

- ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิก NCD ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงได้มีการทบทวนและปรับระบบบริการแบบ One Stop Service โดยทีม สหวิชาชีพ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามมาตรฐานเพิ่มขึ้น

### การวางแผนจำหน่าย

#### โรคที่มีการวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย:

- ผู้ป่วย COPD with AE ที่รับไว้นอนในโรงพยาบาล มีการทบทวนและวางแผนจำหน่าย โดยมีการกำหนดแผนไว้ล่วงหน้า และแผนการใช้ Home oxygen therapy โดยโรงพยาบาลสนับสนุนให้สามารถยืมออกซิเจน เครื่องพ่นยาไปใช้ที่บ้าน พร้อมทั้งติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีม HHC
- ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ป่วยที่ต้องคาสายสวนปัสสาวะที่บ้าน และให้อาหารทางสายยาง มีการวางแผนร่วมกับญาติในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย
- ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทีมสหวิชาชีพร่วมกันทบทวนเพื่อวางแผนในการจำหน่าย และมีการส่งทีม HHC เพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### บทเรียนในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:

- จากปัญหาผู้ป่วย COPD ที่มีการ re-admit บ่อย พบว่าปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจาก ระยะดำเนินของโรค แต่พบผู้ป่วย 1 รายที่มีปัญหาเกี่ยวกับด้านสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย จึงมีการประสานทีม HHC เพื่อประสานผู้นำชุมชนร่วมกันวางแผนในการดูแลต่อ



## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

บทเรียนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (วิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว):

- ทีมสหวิชาชีพ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่ายเพิ่มขึ้น เนื่องจากการทบทวน มีการประสานกับระหว่าง ทีมคร่อมสายงาน เช่น การให้โภชนศึกษา การทำแผล กายภาพบำบัด การเตรียมอาหารเหลวทางสายยาง สำหรับผู้ป่วย และจากการประเมินซ้ำพบว่า ญาติ/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

บทเรียนเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย:

- มีการทบทวนร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการเตรียมความพร้อม 1 วันก่อนจำหน่าย โดยพยาบาลผู้ดูแลเป็นผู้ ประเมิน จากการเก็บข้อมูลในการสอบทบทวนพบว่า ผู้ป่วยสามารถบอกและปฏิบัติได้ร้อยละ 100

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย โดยใช้ CPG เดียวกันทั้งเครือข่าย
- มีการประสานข้อมูลการวางแผนจำหน่ายร่วมกับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบผู้ป่วยแต่ละราย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
77. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3	● เพิ่มศักยภาพของทีมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย
78. การวางแผนจำหน่าย	3	● พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยรายโรค และรายบุคคล

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-4 การดูแลผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มทั้งหมด	0	0	1	0	1	0
2.จำนวนผู้ป่วยที่พลัดตกหกล้มและบาดเจ็บ	0	0	0	0	0	0
3.อัตราผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับตั้งแต่ระดับ 2-4 (ต่อ 1,000 วันนอน)	≤5%	0	0	3	0	0
4.จำนวนผู้ป่วยที่ต้องทำ CPR ในหอผู้ป่วย	0	2	4	2	1	1
5.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	0	2	4	2	0	0
6.อัตราการตกเลือดหลังคลอด	<3%	0.78	0.21	1.11	0.89	1.44
7.อัตราการเกิดภาวะ Birth Asphyxia ที่ 5 นาที	<5:1,000LB	1.96	0.42	0.22	0	0

**บริบท:** โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ มีหอผู้ป่วยใน 2 หอ แบ่งเป็น

- ผู้ป่วยในทั่วไป ให้บริการครอบคลุมทุกสาขา ไม่จำกัดเตียง อัตราการครองเตียงปี 2556 = 128.74% และปี 2557=131.33%
- หอผู้ป่วยสูติกรรม บริการผู้ป่วยรคลอด หลังคลอด และดูแลทารกแรกเกิดรวมถึงเด็กป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 28 วันที่ไม่ติดเชื้อ

**กระบวนการ:**  
การดูแลทั่วไป  
 บทเรียนเกี่ยวกับการมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

- มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และมอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ 5 ปีขึ้นไปเป็นหัวหน้าเวร มีหน้าที่กำกับดูแลการปฏิบัติการพยาบาลและผู้ป่วยเหลือคนไข้
- มีระบบการมอบหมายงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นทีมการพยาบาล และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในแต่ละเวร
- ในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงสูง เช่น LR มีการกำหนด specific competency โดยให้พยาบาลผู้มีประสบการณ์เป็นหัวหน้าเวร และพยาบาลทุกคนได้รับการอบรมเพื่อส่งเสริมความเชี่ยวชาญ เช่น NCPR การดูแลทารกแรกเกิด การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง เป็นต้น
- มีการประสานข้อมูลกับ case manager ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่รับไว้นอนโรงพยาบาล ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น

**บทเรียนเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สะดวกสบาย เป็นส่วนตัว เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ:**

- เนื่องจากโรงพยาบาลไม่สามารถจำกัดเตียงในการรับผู้ป่วยได้ เมื่อมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมาก ทำให้การจัดเตียงรับ

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

ผู้ป่วยไม่ได้ตามมาตรฐาน จึงมีการทบทวนเรื่องการจัดโซนในการรับผู้ป่วย และมีการจัดทำห้องแยกผู้ป่วย สำหรับรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อระบบทางเดินหายใจ กรณีผู้ป่วยน้อย มีการรับผู้ป่วยเตียงเว้นเตียง และเน้นการประชาสัมพันธ์การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

- จัดห้องพิเศษสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเพื่อความสะดวกสบายและเป็นส่วนตัว พร้อมทั้งส่งเสริมให้มีการปฏิบัติตามความเชื่อและศาสนา ส่งผลให้เพิ่มความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วยและญาติ
- มีการสำรวจความเสี่ยง และสร้างระบบการป้องกันและการปฏิบัติกรณีฉุกเฉิน เช่นติดตั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือที่เตียงผู้ป่วย ในห้องน้ำ และมีการทดสอบความพร้อมใช้งานอย่างสม่ำเสมอ

### บทเรียนเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ให้แก่ผู้ป่วย:

- มีแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มในหอผู้ป่วย ติดไม้กั้นเตียงทุกเตียง แต่ยังพบอุบัติเหตุผู้ป่วยตกเตียงในขณะรับไว้ในหอผู้ป่วย ปี 2555 จำนวน 1 ราย จากการทบทวนพบว่าไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด จึงได้เพิ่มระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติทุกครั้งที่ได้รับผู้ป่วยใหม่ และมีการ round พร้อมทั้งให้คำแนะนำอยู่บ่อยๆ รวมทั้งทำป้ายเตือนที่ปลายเตียงผู้ป่วย ปี 2557 ไม่พบอุบัติเหตุ
- มีการกำหนดผู้ป่วยที่ต้องผูกยึด พร้อมกับอธิบายญาติรับทราบเหตุผลในการผูกยึด ยังไม่พบภาวะแทรกซ้อนและข้อร้องเรียน

### บทเรียนเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:

- มีการกำหนดโซนในการรับผู้ป่วยที่ต้องดูแลใกล้ชิด และผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง โดยกำหนดสมรรถนะของพยาบาลในการดูแล เช่น ไขเลือดออก ผู้ป่วยประเภท 3 ที่ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะวิกฤติ มอบหมายให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นหัวหน้าทีมเป็นผู้ดูแลเป็นพิเศษ
- มีการส่งเสริมการใช้ early warning signs ในการเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วย และกำหนดแนวทางในการรายงานแพทย์ พบว่า มีการดักจับผู้ป่วยที่มีภาวะ hypoglycemia สามารถรายงานแพทย์และแก้ไขได้ทันเวลา

### บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์และจิตสังคม:

- มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อและหลักศาสนา ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปี 2557 มีผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับไว้ดูแลจำนวน 76 ราย มีการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมตามแนวทางที่กำหนด 100%
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่นอนโรงพยาบาลนาน มีการประสานกลุ่มงานสุขภาพจิตเพื่อประเมิน/คัดกรองภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งให้คำปรึกษา

### บทเรียนเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีม:

- กำหนดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ โดยเริ่มมีการทำ grand round สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ในเดือน ธันวาคม 2557 พบว่า มีการประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วยได้รับการดูแล

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

อย่างเป็นระบบมากขึ้น

- ผู้ป่วย TB รายใหม่ มีการประสานผู้รับผิดชอบโดยตรงในการให้ข้อมูล/คำแนะนำกับผู้ป่วย เช่น ผู้รับผิดชอบ TB Clinic เกษัชกร เพื่อให้ผู้ป่วยมีความคุ้นเคยและความต่อเนื่องในการนัดมาเข้ารับรักษาต่อในคลินิก

### การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง

บทเรียนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง:

- มีการกำหนดแนวทางในการรับผู้ป่วย Traumatic brain injury ไว้ดูแลในโรงพยาบาล และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการประเมินระดับความรู้สึกตัวโดยใช้ GCS หลังจากนั้นยังไม่พบอุบัติการณ์ unplan refer ในกลุ่มผู้ป่วย Traumatic brain injury
- กลุ่มผู้ป่วย ACS ที่แพทย์สั่งให้รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เช่น AF กำหนดให้ Monitor EKG ทุกครั้งที่รับไว้ และทุกครั้งที่มีการให้ยา เช่น amiodarone มีการทบทวนการใช้ยาร่วมกับเภสัชกรประจำหอผู้ป่วย และตรวจความพร้อมของเครื่องมือ/รถ Emergency ทุกครั้ง ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลง แต่จากการทบทวนพบว่า มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อเนื่องจากอาการไม่ดีขึ้น
- จัดอบรม BCLS/ACLS ให้บุคลากรปีละ 1 ครั้ง และกำหนดให้มีการซ้อมแผนช่วยชีวิตกรณีฉุกเฉินในหน่วยงานที่มีความเสี่ยง เช่น แผนกทันตกรรม ห้อง Lab/X-ray คลินิกสุขภาพเด็กดี จากการซ้อมแผนพบว่า ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยยังไม่ทัน

บทเรียนเกี่ยวกับการทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:

- มีการทบทวนการทำหัตถการที่จำเป็นในแต่ละหน่วยงาน เช่น การทำ Active Management ในระยะที่ 3 ของการคลอด มีการส่งบุคลากรไปอบรมและฝึกการทำคลอดตรกแบบ Control cord Traction พบว่า อัตราการเกิดภาวะ PPH ลดลง จากปี 2556 และ 2557 เท่ากับร้อยละ 0.78 และ 0.21 ตามลำดับ

บทเรียนเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:

- พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงทันทีที่รับไว้ในหอผู้ป่วย เมื่อนำมาทบทวนและกำหนดให้มีการประเมินอาการของผู้ป่วยซ้ำโดยพยาบาลก่อนส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกอื่น พร้อมทั้งกำหนดให้มีพยาบาลนำส่งในกรณีที่มีอาการเปลี่ยนแปลง หลังทบทวนไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ
- มีการใช้ partograph ในการประเมินผู้ป่วยรอคลอด และกำหนดแนวทางในการรายงานแพทย์ พร้อมทั้งทำ NST ในมารดาที่มีภาวะเสี่ยงทุกรายเพื่อเฝ้าระวังทารกในครรภ์ และทบทวน CPG ร่วมกันในองค์กรแพทย์พบว่าการปฏิบัติตามแนวทางเพิ่มขึ้น

บทเรียนเกี่ยวกับ rapid response system เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง:

- มีการกำหนดแนวทางในการขอความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลง โดยติดเครื่องสัญญาณขอความช่วยเหลือ และกำหนดพื้นที่รับผิดชอบโดยหน่วยงานที่ใกล้ที่สุด และที่การซ้อมแผนปีละ 1 ครั้ง พบว่า การที่หน่วยงานสามารถทำ BCLS ได้ถูกต้อง และทีมสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลา

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

บทเรียนเกี่ยวกับการติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:

- ในปี 2559 จากอุบัติการณ์ ผู้ป่วย STEMI เกิดภาวะ cardiogenic shock แล้วมาเสียชีวิตที่โรงพยาบาล จำนวน 1 ราย หลังจากจำหน่ายจาก ER ภายในระยะเวลา 6 ชั่วโมง เมื่อนำมาทบทวน พบว่ายังมีความคลาดเคลื่อนในกระบวนการในการประเมินผู้ป่วยของบุคลากร เช่น การซักประวัติไม่ครอบคลุม จึงร่วมกันทบทวนแนวทางในการซักประวัติผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการคล้าย Dyspepsia เพื่อให้สามารถเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI , Stroke
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Traumatic brain Injury
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย DM HT COPD โดยทีมสหวิชาชีพ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
79.การดูแลทั่วไป	3	● การดูแลอย่างเป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล
80.การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง	3	● ระบบการขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

III-4.3 ก. การระงับความรู้สึกลึก

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ความปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2552	2553	2554	2555	2556
บริบท: ไม่มีบริการ						
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า				
81. การระงับความรู้สึกลึก		●				

III-4.3 ข. การผ่าตัด

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ความปลอดภัย						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2552	2553	2554	2555	2556
บริบท: ไม่มีบริการ						
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า				

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

82. การผ่าตัด		●
---------------	--	---

III-4.3 ค. อาหารและโภชนาการ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: สร้างเสริมสุขภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2569	2560
1. อัตราความถูกต้องของอาหารตรงตามใบสั่ง	100%	99.82	99.93	99.98	98.90	100
2. อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนในการบริการอาหาร	0	1	3	2	3	2
3. อัตราการตรวจสารห้ามใช้ในอาหารผ่านเกณฑ์ อาหารปลอดภัยยาฆ่าแมลง สารฟอกขาว ฟอร์มาลิน สารบอแรกซ์						
● ไม่พบสารพิษตกค้าง	100%	80.2	40	100	60	100
● พบสารพิษตกค้างในระดับที่ปลอดภัย		16	60	0	40	0
● พบสารพิษตกค้างในระดับที่ไม่ปลอดภัย	0	3.8	0	0	0	0
4. ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร ให้ผล negative	100%	100	100	100	100	100
5. อัตราการพบสารปนเปื้อนในอาหาร 6 ชนิด โดย การตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในอาหาร และภาชนะ	0%	9.12	16.66	0	0	0
6. ผลการตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียในมือผู้สัมผัส อาหาร ให้ผล negative	100%	83.34	83.34	100	100	100
7. ความพึงพอใจต่อบริการอาหาร	> 85%	79.90	80.44	82.33	86.49	87.25
8. ร้อยละของผู้ป่วยเฉพาะโรคที่มีปัญหาทาง โภชนาการสามารถติดตามได้หลังในคำแนะนำ ปรึกษาด้านโภชนาบำบัด	> 60%	48.3	50.21	65.30	68.56	71.56
<p><b>บริบท:</b> แผนกโภชนาการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ มีนักโภชนาการ 1 คน และลูกจ้างชั่วคราว 3 คน ทำหน้าที่ในการ ประกอบอาหารให้ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล มีกระบวนการควบคุมคุณภาพภายใต้มาตรฐาน clean food good test</p> <p><b>กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:</b> ผู้ป่วย DM ที่มีแผลเรื้อรัง กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง มารดาหลังคลอด</p> <p><b>กระบวนการ:</b> บทเรียนเกี่ยวกับระบบบริการอาหารเพื่อความพึงพอใจของผู้ป่วย (เมนู เวลา การสั่ง การตรวจสอบ การติดตาม):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● จัดบริการอาหารให้ผู้ป่วยวันละ 3 มื้อ แจกตามใบสั่งอาหาร โดยพัฒนาระบบการสั่งอาหารลงในโปรแกรม HOSxP และระบบการโทรประสานระหว่างงานผู้ป่วยในและแผนกโภชนาการ กรณีเปลี่ยนรายการอาหาร</li> </ul>						

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

- มีระบบการตรวจสอบความถูกต้องในการส่งมอบอาหาร พบว่ามีกรณีผู้ป่วยย้ายเตียงซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อการส่งมอบอาหารไม่ถูกต้อง จึงพัฒนาโดยการจัดทำป้ายกำกับ และถามชื่อ-สกุลผู้ป่วยก่อนส่งมอบอาหารทุกครั้ง
- อาหารที่จัดให้บริการในมือเช้า เป็นข้าวต้มทุกราย และมีโอวัลติน ,นมจืด สำหรับห้องพิเศษ มีอกกลางวันและมือเย็น จัดเมนูหมุนเวียนประจำสัปดาห์และประจำเดือน ทำให้เมนูไม่ซ้ำ
- จากการทบทวนเรื่องเวลาในการส่งมอบอาหารเพื่อให้สอดคล้องกับการรักษาและวิถีชีวิตของผู้ป่วย จึงได้วางแนวทางร่วมกับ PCT ในการกำหนดเวลาในการแจกอาหาร โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องมีการติดตามผลระดับน้ำตาลในเลือด และฉีดยา Insulin จึงปรับเวลาในการส่งมอบอาหารให้ผู้ป่วย เพื่อสอดคล้องกับแผนการรักษา

### บทเรียนเกี่ยวกับการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ:

- อาหารเฉพาะโรค มีระบบการปรึกษาแพทย์และกำหนดพลังงานในการจัดอาหารร่วมกัน โดยมีนักโภชนาการเป็นผู้กำหนดส่วนประกอบของอาหาร และควบคุมการผลิตเพื่อให้ได้ตามมาตรฐาน
- จากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานบางรายรับประทานอาหารที่ญาตินำมาพร้อมกับอาหารที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ จึงได้เพิ่มระบบการให้ข้อมูลทางด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อทำความเข้าใจร่วมกันในการรักษา

### บทเรียนเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้:

- มีการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานเฉพาะโรคทุกราย โดยแพทย์เป็นผู้กำหนดประเภทอาหาร และนักโภชนาการคำนวณปริมาณพลังงานในอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับในแต่ละวัน โดยเทียบค่าดัชนีมวลกาย
- กรณีแพทย์กำหนดอาหาร เช่น High Protein, Low Protein หรือ จำกัดเกลือ นักโภชนาการวางแผนร่วมกับแพทย์และกำหนดเมนูอาหาร และส่วนประกอบเพื่อส่งให้ผู้ประกอบอาหารสามารถผลิตอาหารได้ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์

### บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:

- กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน มีระบบการให้คำปรึกษาด้านโภชนบำบัดเป็นรายบุคคล และรายกลุ่ม โดยมีการประสานข้อมูลระหว่างคลินิก NCD และนักโภชนาการ จากผลการดำเนินงาน พบว่า
- มีการทบทวนร่วมกันกับทีมและมีแผนดำเนินการในการปรับเปลี่ยนเมนูอาหารในมารดาหลังคลอด เพื่อการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:

- มีการให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยร่วมกับหอผู้ป่วยและทีม HHC เพื่อเตรียมพร้อมในการกลับไปดูแลต่อที่บ้าน เช่นในกรณีผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายยาง ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย มีการนัดญาติ

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

ผู้ป่วยเพื่อเรียนรู้เกี่ยวกับการผลิตอาหารเหลว โดยการสอนและให้ทำเอง พบว่าญาติผู้ป่วยทุกรายสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง

บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:

- นำมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารมาเทียบเคียงระบบเดิม และปรับปรุงทางเข้าออกของวัตถุดิบ และอาหารปรุงสุก โดยเข้าออกคนละทาง
- การจัดซื้อวัตถุดิบ มีการกำหนดคุณลักษณะที่ต้องการ และซื้อวัตถุดิบโดยวิธีการจ้างเหมา มีการตรวจสอบสารตกค้างในอาหาร ตรวจพบสารพิษตกค้างในระดับที่ปลอดภัย

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- จัดเมนูอาหารที่สอดคล้องกันแผนการรักษา
- ให้โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วย NCD

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
83.อาหารและโภชนบำบัด	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● การคัดกรองปัญหาโภชนาการในผู้ป่วยทุกราย โดยใช้โปรแกรมคำนวณในการคัดกรอง สามารถคัดกรองได้ครอบคลุมมากขึ้นและชัดเจน ถูกต้อง ยิ่งขึ้น</li> <li>● การตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร อย่างต่อเนื่องตามมาตรฐาน</li> <li>● ร่วมวางแผนด้านโภชนาการในกลุ่มผู้ป่วยติดเตียงในการวางแผนจำหน่าย</li> </ul>



รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การบำบัดอาการเจ็บปวด

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: มีคุณค่า สมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.ร้อยละผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้รับการดูแลตามกระบวนการอย่างครบถ้วน เหมาะสม	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
2.ร้อยละของผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวดได้รับยาบรรเทาอาการปวด	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
3.ร้อยละของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการวางแผนการดูแลตนเองล่วงหน้าร่วมกับญาติ	ร้อยละ 100	100	100	100	100	100
4.ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย	>ร้อยละ 95	100	100	95	97.50	98.98

**บริบท:** การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยจัดบริการห้องพิเศษ 1 ห้องเพื่อรับผู้ป่วย Palliative care มีทีมในการดูแลผู้ป่วยและจัดทำคู่มือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แบบระดับประคอง

**กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:** ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ End of Life ที่ปฏิเสธการช่วยชีวิต

**กลุ่มเป้าหมายในการบำบัดอาการเจ็บปวด:** ผู้ป่วยโรคมะเร็ง

**กระบวนการ:**

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

**บทเรียนเกี่ยวกับการสร้างความตระหนักในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

- จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พบว่า ทีมยังขาดแนวทางและรูปแบบที่ชัดเจนในการดูแล จึงได้จัดประชุมและทบทวนร่วมกัน มีการกำหนดแนวทางเป็นคู่มือในการดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรม Palliative Care และประสานข้อมูลและแนวทางในการจัดการความปวดกับศูนย์ Pain Clinic โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย**

- มีการประเมินผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยใช้แบบประเมิน PPS V2 และ ESAS
- จากการประเมิน พบว่า ผู้ป่วยแต่ละรายมีความต้องการการดูแลที่ไม่เหมือนกัน แต่ส่วนใหญ่ต้องการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ทีมได้มีการปรับรูปแบบในการดูแลโดยการให้ความรู้และให้ข้อมูลกับญาติในการดูแลระดับประคองด้านจิตใจ โดยพบว่าผู้ป่วยบางรายไม่ต้องการพึ่งพระสมณะ แต่ยังมีสิ่งที่ค้างคาใจ เมื่อได้รับการตอบสนอง จึงจากไปอย่างสงบ

**บทเรียนเกี่ยวกับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ)**

- ทบทวนร่วมกับองค์กรแพทย์ในการกำหนดแผนการรักษา โดยผู้ป่วยไม่ต้องร้องขอ เช่น การให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด ซึ่งปรับแผนการรักษาโดยกำหนดคำสั่งต่อเนื่อง

**รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)**

- อำนวยความสะดวกในการปฏิบัติตามหลักความเชื่อทางศาสนา เช่น นิมนต์พระมาเยี่ยมผู้ป่วย การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำบุญ การอ่านหนังสือธรรม บดสวดมนต์ ซึ่งญาติมีความพึงพอใจต่อบริการที่ จัดให้

**บทเรียนเกี่ยวกับการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ**

- แพทย์อธิบายอาการ ระยะดำเนินของโรค และแผนการรักษาให้ครอบครัวผู้ป่วยทราบเพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ส่วนใหญ่ครอบครัวเป็นผู้ให้ข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยที่ได้สูญเสียไว้ และลงนามเพื่อปฏิเสธการทำ CPR เมื่อภาวะสุดท้ายมาถึง และเปิดโอกาสให้ญาติเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจได้ตลอดเวลา

**การบำบัดอาการเจ็บปวด**

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินอาการเจ็บปวด**

- ไม่มีหน่วยบำบัดความปวด และยาที่ใช้มีเฉพาะ morphine ชนิดฉีด ได้มีการประสานในการขอเบิกยาจากโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช และใช้ยาเดิมของผู้ป่วยที่นำมาจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- มีระบบการขอคำปรึกษาการจัดการความปวด ร่วมกับโรงพยาบาลมหาราชเกี่ยวกับ Pain management มีทีมพี่เลี้ยงจากโรงพยาบาลมหาราช ลงมาเยี่ยมและให้คำแนะนำในหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

**บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดในโรงพยาบาล**

- ประเมินอาการปวดโดยใช้ แบบประเมินความปวด Numeric Rating Scale ,Face Scale , Verbal Rating Scale บอกความรุนแรง ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บปวดทุกราย และแนวทางการจัดการความปวดที่เหมาะสมในมารดาคลอด สอนเทคนิคการผ่อนคลายเพื่อบรรเทาความปวดตามระยะของการคลอด

**บทเรียนเกี่ยวกับการบำบัดรักษาอาการเจ็บปวดซึ่งผู้ป่วยรักษาตัวที่บ้าน**

- ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่จำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ได้รับยามาจากโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ และโรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช ซึ่งสามารถนำมาใช้ต่อเนื่องได้

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

- ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการประสานความร่วมมือกับเครือข่าย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
84.การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย	3	● ประสานการดูแลต่อเนื่องกับทีม HHC
85.การบำบัดอาการเจ็บปวด	3	● เพิ่มศักยภาพในการจัดการความปวด

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพ

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: ได้มาตรฐาน เพิ่มคุณภาพชีวิต						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.ร้อยละของผู้ป่วย stroke ที่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ คะแนน SMNRC 83-75	>ร้อยละ80	70	98	89.53	95.83	90.42
2.ร้อยละของผู้ป่วย/พิการ ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายแล้วมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากคะแนนการเยี่ยมครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้น	>ร้อยละ80	79	96	83	84.72	92.95
3.ร้อยละของผู้พิการได้รับการประเมินและติดตามเยี่ยมบ้าน	>ร้อยละ50	50	70	73	80.9	91.48
4.ร้อยละของผู้ป่วยที่ลดปวดดีขึ้นหลังจากครบโปรแกรม ( pain scale ลดลงน้อยกว่า 5 )	>ร้อยละ50	NA	NA	NA	52.72	59.88
5.ร้อยละของผู้ป่วย COPD ที่ได้รับการทำ rehabilitation สำเร็จ	>ร้อยละ70	NA	NA	NA	95	91
<p><b>บริบท:</b> แผนกกายภาพบำบัด โรงพยาบาลร่อนพิบูลย์ เปิดให้บริการเมื่อปี 2552 ปัจจุบัน มีเจ้าหน้าที่ 4 คน ได้แก่ นักกายภาพบำบัด 3 คน ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 1 คน มีหน้าที่ ให้บริการด้านการตรวจ รักษา ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวด้วยเครื่องมือและวิธีการทางกายภาพบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยเน้นการให้บริการตามมาตรฐานวิชาชีพ ผู้รับบริการได้รับความปลอดภัย และอำนวยความสะดวกในการมารับบริการและรวมอยู่ในทีม HHC ในการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเรื้อรังและผู้พิการเฉลี่ยเดือนละ 20-27 คน</p> <p><b>กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นฟู:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (CVA)</li> <li>● ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการเท้าชา</li> <li>● ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง</li> <li>● ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ</li> <li>● ผู้พิการที่มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว</li> <li>● โรคระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ ระบบประสาท</li> </ul> <p><b>กระบวนการ:</b></p> <p>1.การซักประวัติแรกรับ:เพื่อวิเคราะห์หาปัญหาของผู้ป่วยเป็นนำไปสู่การประเมินความผิดปกติเพื่อให้สามารถ</p>						

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

วินิจฉัยโรคและให้การรักษาได้ถูกต้องเหมาะสม

- 2.การดูแลรักษาและฟื้นฟู: ตามโรคที่ตรวจเจอการรักษาหลังจากการตรวจประเมินต้องครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วย โดยการใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด และการบำบัดด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรคที่เป็น
- 3.การให้สุขศึกษา: เป็นกระบวนการสำคัญหลังจากการให้การักษาที่ผู้ป่วยจะต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้านเพื่อลดความเสี่ยงหรือโอกาสที่จะกลับมาเป็นโรคซ้ำ
- 4.การติดตามการรักษา: เป็นกระบวนการที่ต้องมีการติดตามหลังการรักษาเพื่อตรวจประเมินซ้ำเพื่อและพิจารณาปัญหาและอาการของผู้ป่วยว่ามีความก้าวหน้าหรือถดถอย

### บทเรียนเกี่ยวกับการเข้าถึง การขยายความครอบคลุมในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ

- จากการสำรวจข้อมูลและการปฏิบัติงานในระดับชุมชนในรอบปีที่ผ่านมา พบว่ายังมีผู้พิการอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการในโรงพยาบาลได้ ซึ่งอาจเกิดจากหลายสาเหตุ หลายปัจจัย อาทิ การเดินทางคมนาคม เศรษฐฐานะ ไม่มีผู้ดูแล แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงจำเป็นที่จะต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องแผนกกายภาพจึงปรับแนวทางการดำเนินงานในส่วนของงานผู้พิการเป็นการให้บริการในลักษณะเชิงรุก ซึ่งมีการสำรวจรายชื่อผู้พิการที่ไม่ได้รับการจดทะเบียนผู้พิการและประเมินเบื้องต้นโดยอาสาสมัครชุมชน รวมทั้งผู้พิการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้วและมีความต้องการกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ มีการจัดตั้งศูนย์เด็กพิการ เพื่อให้การดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการอย่างต่อเนื่อง จัดตั้งและพัฒนาระบบการดูแลส่งต่อเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้พิการในระดับชุมชน โดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ออกให้การเยี่ยมและคัดกรองรวมถึงติดตามประเมินผล มีการประสานงานกับทีมHHC รพ.สต.ในเขรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันและมีการประสานงานกับองค์กรปกครองระดับท้องถิ่นเพื่อจัดทำแผนและสนับสนุนงบประมาณในการดูแลผู้พิการในชุมชน

### บทเรียนในการประเมินและวางแผนการให้บริการฟื้นฟูสภาพ

- ผู้ป่วยที่มารับบริการทุกรายจะได้รับการตรวจประเมินและวินิจฉัยทางกายภาพบำบัดโดยนักกายภาพบำบัดปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วนรวมทั้งวางแผนการรักษาร่วมกับญาติและผู้ป่วย ส่วนผู้พิการนักกายภาพทำการแยกข้อมูลจากแบบคัดกรองเบื้องต้นและลงไปตรวจประเมินซ้ำที่บ้านวางแผนการรักษาโดยสอนให้ญาติสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยรวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้านและนักกายภาพจะลงตรวจประเมินอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง

### บทเรียนในการให้บริการฟื้นฟูสภาพ

- ผู้ป่วยในที่ต้องให้การฟื้นฟูสภาพ จะต้องผ่านการตรวจประเมินโดยนักกายภาพบำบัดซึ่งผู้ป่วยจะต้องผ่านระบบนัดเพื่อมารับการรักษาที่ต่อเนื่องในรายที่ไม่สะดวกที่จะเดินทางมารับบริการนักกายภาพบำบัดจะไปให้บริการที่บ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยนอกที่มารับบริการจะได้รับการตรวจจากแพทย์ก่อนเมื่อแพทย์พิจารณาให้ทำกายภาพก็จะส่งไปแผนกกายภาพบำบัดและจะเข้าระบบนัด การมารับบริการครั้งต่อไปผู้ป่วยก็สามารถมารับบริการที่แผนกกายภาพบำบัดได้เลย ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจประเมิน การวางแผนเป็นระยะ ๆ โดยคำนึงถึงผลลัพธ์ เป้าหมาย รวมถึงความต้องการของผู้ป่วยและญาติเป็นสำคัญ

### บทเรียนเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน

**รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)**

- ประชุมหารือวางแผนการเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
- จัดประชุมสม.เพื่อจัดอบรมแนวทางการเยี่ยมบ้านและการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้พิการ
- สสำรวจผู้พิการทั้งรายใหม่และรายเก่าที่ขึ้นทะเบียนผู้พิการ
- ให้อสม.เยี่ยมบ้านเพื่อทำแบบประเมินผู้พิการ
- จำแนกผู้พิการตามความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและให้การติดตามเยี่ยมบ้าน
- สนับสนุนกายอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการเคลื่อนไหวและการใช้ชีวิตประจำวัน
- ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมสภาพบ้านให้แก่ผู้ป่วยโดยขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ
- ผลการดำเนินงานปีที่ผ่านมาผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนกายอุปกรณ์จำนวน 71 คน
- จัดทำคู่มือการดูแลผู้พิการ และคู่มือการเยี่ยมบ้านให้กับรพ. สต.และอาสาสมัครชุมชน

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

- มีการขยายงานไปสู่กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยให้การตรวจเท้าจำนวนทั้งหมด 1,557 คน กลุ่มที่พบความเสี่ยงได้รับการสอนการบริหารเท้า
- กลุ่มผู้ป่วย COPD ได้รับการสอนออกกำลังกาย และทำ COPD rehabilitation จำนวน 385 คน
- ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการเพิ่มเฉลี่ยวันละ 20-30 คน รวมในการดำเนินงานปีที่ผ่านมาทั้งหมด ให้บริการแก่ผู้ป่วยนอก 392 คน (4,357 ครั้ง) ผู้ป่วยใน 268 คน ( 351 ครั้ง)
- เพิ่มบริการการเยี่ยมบ้านจากเดิมสัปดาห์ละ 1 วัน เป็นสัปดาห์ ละ 2 วัน และร่วมมือกับHHC ในการดูแลคนพิการ และกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนให้ครอบครัวสนับสนุนกายอุปกรณ์และเครื่องช่วยสำหรับคนพิการ จำนวนคนพิการทั้งหมดที่ได้รับการเยี่ยมบ้านจำนวน 480 คน
- จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพเด็กพิการ บ้านสระพัง ให้สามารถที่จะเป็นศูนย์กลางในการให้การดูแลเด็กพิการในเขตพื้นที่ 3 อำเภอ ได้แก่ ชะอวด จุฬาภรณ์ และร่อนพิบูลย์

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
86.การฟื้นฟูสภาพ	3.5	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มกายอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบครัวมากขึ้น</li> <li>● พัฒนาระบบการดูแลและส่งต่อผู้พิการในเขตรับผิดชอบและสามารถที่จะติดตามดูแลผู้พิการได้อย่างทั่วถึง</li> <li>● ให้การดูแลรักษาโดยมีผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง</li> <li>● ญาติและผู้ป่วยมีความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน</li> <li>● จัดหาอุปกรณ์ทางกายภาพบำบัดอื่นๆเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมมากขึ้น</li> </ul>

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

		<ul style="list-style-type: none"> <li>● ร่วมมือกับองค์กรต่างๆระดับชุมชนในการดูแลให้การช่วยเหลือผู้พิการ</li> </ul>
--	--	---

III-4.3 ข. การดูแลผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2552	2553	2554	2555	2556
<p><b>บริบท:</b> มีระบบการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต และผู้ป่วย NCD ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต stage 4-5 ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช</p> <p>:</p> <p><b>กระบวนการ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> </ul> <p><b>ผลการพัฒนาที่สำคัญ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> </ul>						
มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า				
87. การดูแลผู้ป่วยไตระยะสุดท้าย		<ul style="list-style-type: none"> <li>●</li> </ul>				

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: สร้างเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเอง						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1.อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน	<7%	5.13	6.24	6.6	4.9	5.7
2.ร้อยละของผู้ป่วย COPD พนยาได้ถูกต้อง	> ร้อยละ 80	61.07	58.96	65	71.98	73.23
3.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (HbA1C < 7%)	> ร้อยละ 50	51.19	55.05	57.98	75.06	67.1
4.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะ Hypoglycemia	< ร้อยละ 5	2.97	2.73	1.43	0.8	0.1
5.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ต่ำกว่า 140/90 mmHg.	> ร้อยละ 90	71.07	82.25	89.71	75.87	81.51
6.ร้อยละการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน (ติดเตียง)	< ร้อยละ 5	4	3	2	0	2.17

**บริบท:**  
 ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ: DM HT COPD  
 ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:

- กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้
- กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง
- ประชากรกลุ่มเสี่ยง DM HT

**กระบวนการ:**  
 บทเรียนเกี่ยวกับการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้

- จัดแผนการสอนสุขศึกษาในคลินิก NCD ทั้งรายกลุ่ม รายบุคคล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และบางครั้งมารับบริการตามลำพัง จึงปรับเปลี่ยนวิธีการโดยโทรศัพท์นัดผู้ดูแลมาวางแผนร่วมกันในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประสานทีม HHC เพื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน
- จัดโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ Metabolic Syndrome มีกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมน้อยในวันราชการเนื่องจากต้องทำงาน จึงปรับเปลี่ยนโดยประสานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดกิจกรรมโครงการชุมชนต้นแบบในวันหยุดราชการ

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:

**รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)**

- มีการประเมินผู้ป่วย โดยใช้คำถามปลายเปิดในกระบวนการของการซักประวัติ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีการปฏิบัติตามวิถีชีวิตที่ไม่เหมือนกัน ปรับระบบการให้ความรู้ด้านการปรับเปลี่ยนจากรายกลุ่มสู่รายบุคคล โดยมีพยาบาล CM และนักโภชนาการ ทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนในการปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยการใช้ Model อาหารแลกเปลี่ยน เลือกวิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งได้รับความสนใจและความร่วมมือมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานที่มีปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ หลังได้รับการให้ข้อมูลและเสริมพลังด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด(HbA1C<7%) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

**บทเรียนเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:**

- ใช้แบบประเมิน 2Q ในขั้นตอนการซักประวัติผู้ป่วยทุกราย ทุกครั้งที่มารับบริการในคลินิก พบว่า ผู้ป่วยที่มีผลการประเมิน 2Q positive ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ได้รับการส่งต่อเพื่อให้ประเมิน 9Q คำปรึกษาในคลินิก สุขภาพจิตในโรงพยาบาล และได้รับการบำบัดรักษาเพื่อลดภาวะซึมเศร้า

**บทเรียนเกี่ยวกับการร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:**

- กำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเครือข่ายในการจัดระบบบริการตาม DHS โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลตนเอง โดยจัดบริการ DPAC ในรพ.สต. ประกาศนโยบาย ชุมชนต้นแบบลดเสี่ยงลดโรค และทำกิจกรรมร่วมกันในหมู่บ้าน เช่น ส่งเสริมการออกกำลังกาย การปลูกผักปลอดสารพิษไว้กินเอง และการส่งเสริมการฟื้นฟูด้านกายภาพบำบัด

**บทเรียนเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:**

- ผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการฝึกทักษะในการดูแลตนเอง เช่น อาหารแลกเปลี่ยน การออกกำลังกาย การดูแลเท้า และการฉีดอินซูลิน
- ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกเล็กบุหรี่
- ผู้ป่วย COPD ได้รับการส่งเสริมการฝึกการหายใจ และการใช้ยาสูดพ่น พบว่า ผู้ป่วยสามารถใช้ยาสูดพ่นได้ถูกวิธี

**บทเรียนเกี่ยวกับการประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:**

- ผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความดันโลหิตได้เพิ่มขึ้น

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

- ลดอัตราการเข้ารับการรักษาด้วยภาวะ hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวานที่ช้ำยา อินซูลิน
- ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มากขึ้น

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
88.การให้ข้อมูลและเสริมพลัง	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● เพิ่มการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการกำหนดแผนการดูแลตนเอง</li> <li>● นำข้อมูลปัญหาการดูแลต่อเนื่องมาวิเคราะห์และปรับปรุงให้ครอบคลุมทุกกลุ่มโรคสำคัญในโรงพยาบาล</li> </ul>



รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

III-6 การดูแลต่อเนื่อง

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ: สร้างความร่วมมือ ประสานงาน ติดตาม และต่อเนื่องในการดูแล						
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2556	2557	2558	2559	2560
1. อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมบ้าน	≥ 80%	82.67	77.97	82.5	95.19	80.66
2. ร้อยละของผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมภายใน 14 วัน	100%	76.72	52.14	57.24	80.35	65.12
3. อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการเยี่ยมบ้าน	>80%	75.2	81.11	84.64	96.25	86.92

**บริบท:** กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนรับผิดชอบประชากร 16 หมู่บ้าน จัดทีมการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care Team) ระดับ รพช. และระดับ รพ.สต. ประสานงานเพื่อให้บริการพยาบาลเชิงรุกที่ดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลมาที่บ้านให้บุคคลเจ็บป่วยที่ต้องดูแลพิเศษ โดยมีเป้าหมายและแนวคิดหลัก 1A4C ได้แก่ Accessibility (การเข้าถึงบริการ), Continuity (การให้บริการอย่างต่อเนื่อง), Comprehensiveness (การให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ), Coordination (การประสานงาน), Community participation (ชุมชนมีส่วนร่วม) ที่ต้องได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพอย่างเหมาะสม เช่น ผู้พิการติดเตียง ผู้สูงอายุติดเตียง โรคเรื้อรัง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยอื่นๆ ตามความจำเป็นที่ต้องได้รับการเยี่ยม

**ระดับการให้บริการ:**

1. การดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาล มีระบบการนัดหมาย เช่น ผู้ป่วย NCD ที่มาติดตามการรักษา
2. การดูแลต่อเนื่องที่ รพ.สต. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน โดยจัดระบบบริการเป็นหน่วยปฐมภูมิหลัก เพื่อให้บริการผู้ป่วย จัดทีมสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เพื่อออกให้การดูแลผู้ป่วย
3. ระบบการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหวิชาชีพ เมื่อได้รับการประสานข้อมูลเพื่อติดตามเยี่ยม จาก รพ.สงขลานครินทร์ รพ.มหาราช นครศรีธรรมราช และในหน่วยบริการโรงพยาบาล

**ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:**  
จัดตั้งศูนย์ประสานงานเพื่อการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาล (COC) โดยมอบหมายผู้รับผิดชอบ เพื่อประสานทีมสหวิชาชีพ และ รพ.สต. ในเครือข่ายจำนวน 10 รพ.สต.

**ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:**

- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ติดเตียง
- ผู้ป่วย DM HT COPD ที่มีภาวะแทรกซ้อน

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

- ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย
- ผู้ป่วยจิตเวช
- ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมีอุปสรรคติดกลับไป เช่น คาสายสวนปัสสาวะ ให้อาหารทางสายยาง และมีแผลกดทับ

### กระบวนการ:

#### บทเรียนเกี่ยวกับระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

- มีระบบการนัดหมายโดยใช้ระบบบันทึกผ่านโปรแกรมใน HOSxP และออกบัตรนัดให้ผู้ป่วย จากการปฏิบัติพบปัญหาตัวหนังสือมีขนาดเล็ก มองไม่ชัด และผู้ป่วย NCD ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จึงได้ปรับระบบการออกบัตรนัดให้มีขนาดใหญ่ขึ้น และใช้สีในการเน้นข้อความที่สำคัญ
- มีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยแยกเวชระเบียนผู้ป่วยที่ไม่ได้มาตรวจในวันนัด และโทรศัพท์เพื่อติดตามผู้ป่วยในภาคบ่าย และบริการนัดมารักษาต่อวันถัดไปทางโทรศัพท์ กรณีไม่สามารถติดต่อได้ ประสานกับ รพ.สต.ที่รับผิดชอบในการติดตามผู้ป่วย

#### บทเรียนเกี่ยวกับระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย

- มีระบบบริการหลังพบแพทย์ ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้คำแนะนำและออกใบนัด หรือหนังสือส่งตัวไปรักษาต่อ
- เปิดบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรึกษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วย DM HT

#### บทเรียนเกี่ยวกับความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย

- รพ.สต.และ อสม.มีส่วนร่วมในการติดตามผู้ป่วย มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย
- จัดทำปฏิทินเยี่ยมบ้าน แบ่งตามกลุ่ม ประเภท และระดับความรุนแรงเพื่อติดตามดูแลผู้ป่วย ต่อเนื่องกรณีนัดเพื่อเจาะเลือดที่บ้าน การทำหัตถการ เช่น เปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร การติดตามผู้ป่วยขาดนัด มีการโทรศัพท์แจ้งผู้ป่วยและญาติล่วงหน้า 1- 2 วัน
- มี อสม.เยี่ยมบ้านจิตอาสา ที่ได้รับการพัฒนาทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสครบทุกหมู่บ้าน โดยออกเยี่ยมร่วมกับเจ้าหน้าที่

#### บทเรียนเกี่ยวกับการบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพกับการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย

- ผู้ป่วยหลังได้รับการส่งต่อจาก รพศ./รพท./รพช. มีกิจกรรมดูแลด้วยวิถีพุทธ โดยเจ้าหน้าที่และอสม.การทำสมาธิ การทำภาวนาท่องเล่น ในครอบครัว ผู้พิการ/จิตเวช ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย และผู้สูงอายุการทำ SKT ในผู้ป่วย COPD การสาธิตท่ากายบริหารโดยนักกายภาพ และพยาบาลประจำคลินิกโรคเรื้อรัง การทำ Passive Exercise ร่วมกับญาติในผู้ป่วยติดเตียง ขณะเยี่ยมบ้าน

## รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

### บทเรียนเกี่ยวกับการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- มีศูนย์การดูแลต่อเนื่อง(Continuing of Care Center) ทำหน้าที่ประสานงานติดตามและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในเขต รพ.สต. และศสม. ทุกวันศุกร์ เพื่อติดตามผลการเยี่ยม
- มีการสื่อสารข้อมูลภายในหน่วยงานและนอกหน่วยงานเครือข่ายโดยใช้ โทรศัพท์และแบบฟอร์มไปส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ตักผู้ป่วยใน และใบนัดโรงพยาบาลร่อนในคลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า รพ.สต. ไม่สามารถไปเยี่ยมบ้านล่าช้า บางส่วนไปเยี่ยมบ้าน แต่ไม่ได้บันทึก
- มีการสื่อสารออนไลน์ กับหน่วยบริการเครือข่าย ผ่าน Email [hbc\\_ron@hotmail.com](mailto:hbc_ron@hotmail.com) ผ่าน Line : HHC ร่อนพิบูลย์ แต่ยังไม่ครบทุกหน่วยบริการ เนื่องจากบางแห่ง ระบบสัญญาณโทรศัพท์ที่ไม่รองรับ
- มีการทดลองใช้ Tablet เยี่ยมบ้าน ผ่านโปรแกรมHHC online พบว่า ยังมีอุปสรรคพอสมควร เช่น ด้านอุปกรณ์สัญญาณโทรศัพท์ที่ไม่เสถียร สัญญาณอินเทอร์เน็ตล้า การนำโปรแกรมเสริมมาใช้ร่วมกันไม่ได้ รวมถึงการ synchronize ข้อมูล ด้านบุคลากร ขาดอัตรากำลังในการจัดการ ไม่สามารถดึงฐานข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

### บทเรียนเกี่ยวกับการทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

- มีการบันทึกข้อมูลโดยใช้ แบบ Inhomesss, Method และ ADL แบบประเมินความพึงพอใจ แต่ยังไม่ได้มีการประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน จากการติดตามเยี่ยม ของ รพ.สต. มีการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลแต่ไม่ครอบคลุมและไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาความต้องการในการดูแล
- มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการส่งต่อจาก รพ.มหาราช ผ่าน Stroke App ออนไลน์ ที่ IP 61.7.2.41.86

### บทเรียนในการติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผนปรับปรุงบริการ

- ภายในองค์กรมีการสื่อสารกันระหว่างทีมโดยใช้เวชระเบียนและโทรศัพท์ แต่ยังไม่มีการนำ Case มาทบทวนเพื่อนำผลมาติดตามมาใช้วางแผนปรับปรุงบริการ
- ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย COPD ที่ Re admit พบว่า ผู้ป่วย ไม่ตระหนัก ในการดูแลตนเอง เช่น วิธีการพ่นยา การใช้และดูแลออกซิเจนที่บ้าน ด้านผู้ดูแลและญาติขาดแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยข้อจำกัดในการจัดการ ปัจจัยกระตุ้น การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

### บทเรียนในการติดตามการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้น

- มีการส่งต่อผู้ป่วยสตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ในรายได้เกินขีดความสามารถไปยังพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ผลการติดตามได้รับความร่วมมือและได้รับการสนับสนุน

### บทเรียนเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง

- มีการสำรวจความต้องการทักษะที่ต้องพัฒนา เจ้าหน้าที่ระดับรพ.สต. และจัดทำโครงการสร้างเสริมเติมสุขภาพคนร่อนพิบูลย์ เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลวิชาชีพ เช่น การดูแลผู้ป่วย CAPD ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มีแผลกด

รายงานการประเมินตนเอง (SA2011) รพ.ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช (พ.ศ.2560)

ทับ ทักษะการเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ สายให้อาหาร เป็นต้น

**ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

- ทีมผู้ให้บริการ มีการเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในลักษณะเครือข่ายที่มีการพยาบาล และจัดระบบการเยี่ยมเป็นระบบเดียวกัน มีการสร้างเครื่องมือทางการพยาบาล CPG Guide line (Service Package)
- มีการสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ สำหรับผู้ป่วยติดเตียง โรคเรื้อรัง ผู้พิการ เช่น ถังออกซิเจน Walker เตียงนอน รถเข็น เป็นต้น จากตึกผู้ป่วยใน และ กายภาพบำบัด
- มีการจัดตั้งศูนย์การดูแลต่อเนื่อง C.O.C (Continuing of Care Center) เป็นศูนย์ประสานงานทั้งในและนอกโรงพยาบาล ซึ่งยังอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยทำหน้าที่ วางแผน จัดอัตรากำลัง จัดการสารสนเทศ พัฒนาศักยภาพเครือข่าย นิเทศ ติดตามผล

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
89.การดูแลต่อเนื่อง	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>● พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการเยี่ยมบ้าน</li> <li>● พัฒนาคุณภาพงานเยี่ยมบ้าน</li> <li>● สร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</li> </ul>