

III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ทันเวลา ปลอดภัย				
ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
ทันเวลา				
1. ระยะเวลารอคอยตั้งแต่ยื่นบัตร-แพทย์ตรวจโรคเสร็จ	< 90 นาที	60	71	72
2. ร้อยละของรถ EMS ถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที ในระยะทาง 10 กิโลเมตร	>70%	100%	100%	100%
ปลอดภัย				
3. ร้อยละผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉิน(สีแดงและเหลือง) ที่ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที หลังได้รับการแจ้งเหตุ	>70%	100%	100%	100%
4. อัตราที่ผู้ป่วยทันระบบ Stroke fast track	>80%	10% (7 ราย)	40% (2 ราย)	20.59% (2 ราย)
5. อัตราผู้ป่วยได้รับการส่งต่อภายใน 1 ชั่วโมง	100 %	100 %	100 %	100 %
6. อัตราผู้ป่วยได้รับการส่งต่อล่าช้าเกิน 30 นาที นับตั้งแต่มาถึงรพ. (Door to refer)	<20%	33.33%	10%	0.01%

บริบท:

โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์เป็นโรงพยาบาลระดับ F3 มีแพทย์ประจำ 4 คน แพทย์ออกตรวจทั่วไป 3 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลออกตรวจผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ รพ.สต.ทุกสัปดาห์ เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาล ระยะห่างจากตัวเมือง 30 กม. จึงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงของผู้ป่วยและการรักษาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงที่เกินศักยภาพ ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการตัดสินใจในการส่งต่อที่ทันเวลา จึงจัดให้มีแพทย์ปฏิบัติงานที่เป็นแพทย์เวร ER ประจำตลอด 24 ชม. จัดบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก จันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00-16.00น. วันเสาร์-อาทิตย์ไม่มีตรวจนอกเวลา มีให้บริการเฉพาะห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และนิติเวช ให้บริการตึกผู้ป่วยใน 1 (ผู้ป่วยชาย) 2 (ผู้ป่วยหญิง) บริการห้องพิเศษ 3 ห้อง บริการห้องแยกโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

1 ห้อง ห้องสำหรับพระภิกษุ 1 ห้อง ทันตแพทย์ 2 คน เกสซ์กร 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 20 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน

กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่สำคัญคือ AMI, Stroke, Head injury ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลทันทีเพื่อแก้ไขภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลาหากมาด้วยอาการเจ็บหน้าอกจะถูกส่งเข้า ER จะได้รับการดูแลตามมาตรฐาน ถ้าวินิจฉัยเป็น AMI ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ทันที สำหรับผู้ป่วย Stroke มีระบบ Fast track เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อได้ทันทีลดภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา แต่ยังมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงและการส่งต่อที่ล่าช้า

กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในเข้าถึง:

1. กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็นต้องรับบริการแบบฉุกเฉินเร่งด่วน AMI ,Head injury ,Stroke
2. กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยสุขภาพจิต โรคนิ่ว ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยวัณโรค
3. ผู้ป่วยด้อยโอกาส ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ
4. กลุ่มสตรีและเด็กที่ถูกคุกคามทางเพศ
5. กลุ่มผู้ป่วยชาวต่างชาติ เช่น ข้อจำกัดเรื่องค่าใช้จ่าย

กระบวนการ:

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (ระบุรายละเอียดใน Clinical tracer highlight):

- STEMI ,Head injury ,Stroke, DM, HT, CKD, COPD

การปรับปรุงการเข้าถึงในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา:

1. ปรับระบบการคัดกรองโดยใช้แบบฟอร์ม Check list chest pain ในคนไข้ที่มาด้วยอาการเจ็บหน้าอก และอาการต่างๆที่เป็นกลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่งตรวจ EKGใน 10 นาที และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI หลังจากรับการ Consult CCU มีระบบ Fast track ในการให้คำปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกับโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าและผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าภายใน 30 นาที
2. ส่งบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานประจำ ER, IPD เข้ารับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการอ่าน EKG เบื้องต้น
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke โดยเริ่มมี Stroke fast track เข้ามาในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยและลด

mortality รวมทั้งลดความพิการในผู้ป่วย

4. พัฒนาการเข้าถึงข้อมูลการดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
5. พัฒนาระบบการประเมินผู้ป่วยที่มาด้วย Head injury เพื่อการดำเนินการที่เหมาะสมตามแนวทางการดูแลที่กำหนดและส่งต่อได้ทันเวลา
6. มีระบบการ Consult กับ Trauma center ของโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ใน severe head injury เพื่อส่งการรักษาก่อนการส่งต่อ และเพื่อการเตรียมรับผู้ป่วยเตรียมประสานกับห้องผ่าตัด หากผู้ป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัดด่วน
7. อบรมความรู้พื้นฐานให้กับหน่วย EMS ในการออกรับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลในระดับ Pre-hospital
8. ผู้ป่วย Febrile convulsion อายุต่ำกว่า 1 ปี ต้องได้รับการส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงสุด

บทเรียนจากการทบทวนความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน:

1. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย AMI จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายคือการคัดกรอง การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การส่งต่อได้ทันเวลาใน 30 นาที การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินครอบคลุมทุกตำบล การวินิจฉัย AMI ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ซึ่งอัตราผู้ป่วยได้รับการส่งต่อล่าช้าเกิน 30 นาที นับตั้งแต่มาถึง รพ. ในปี 2556-2560 คิดเป็นร้อยละ 0, 14.28, 33.33 และ 10 ตามลำดับ
 2. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke พัฒนาระบบคัดกรอง Early detect โดยจัดทำ Stroke check list ตามแนวทาง FAST มีระบบการส่งต่อแบบ Fast track ภายใน 3 ชั่วโมงเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้องและยา rt-PA ได้ทันเวลา จัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จัดอบรมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่กู้ชีพและเจ้าหน้าที่รพ.สต. เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้องและนำส่งเพื่อการรักษาที่โรงพยาบาลทันเพื่อลดปัญหาการเข้าถึง มีการให้ความรู้ผู้ป่วยในคลินิก NCD ในการสังเกตอาการผิดปกติ มีการ Monitor โดยติดใบสังเกตอาการ stroke กับสมุดประจำตัวและควบคุม Risk factor กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พร้อมทั้งแจกโปสเตอร์ภาพอาการของโรคหลอดเลือดสมองให้ผู้ป่วยไปติดที่บ้าน พร้อมติดป้ายประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาล
3. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วย Head injury ผู้ป่วย Head injury ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเป็นอุบัติเหตุจากจราจร ได้มีการจัดระบบบริการ Pre-hospital หรือมีระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่มีเจ้าหน้าที่ที่มีความพร้อม ความพร้อมของรถ ความพร้อมของอุปกรณ์ มีหน่วยกู้ชีพระดับ ALS, BLS, FR ซึ่งมีทั้งหมด 2 หน่วย โดยมีการอบรมความรู้เจ้าหน้าที่ปีละ 1 ครั้ง และมีการประเมินคุณภาพการดูแลหลังการส่งผู้ป่วยโดย

พยาบาลฉุกเฉิน มีการซ้อมรับอุบัติเหตุปีละ 1 ครั้ง สนับสนุนการฝึกอบรมศักยภาพบุคลากรในการช่วยเหลือเบื้องต้น ณ.จุดเกิดเหตุ ในหลักสูตร FR, BLS, ACLS

4. การช่วยฟื้นคืนชีพที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็วมีการเตรียมทีม แนวทางการขอความช่วยเหลือจากทีมกรณีฉุกเฉินการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่อง Advance, CPR, NCPR ประสิทธิภาพการ CPR ที่ปฏิบัติได้ ร้อยละ 80 จากการทบทวนเหตุการณ์จำนวนผู้ป่วย CPR

บทเรียนในการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:

เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีแพทย์เฉพาะทาง ทำให้จำเป็นต้องส่งต่อในผู้ป่วยที่เกินศักยภาพ ในกลุ่มมารดาทารก , สูติกรรมที่มีภาวะแทรกซ้อน, ผู้ป่วยศัลยกรรม, ผู้ป่วยฉุกเฉิน AMI, Stroke, Head injury และผู้ป่วยโรคอื่นที่เกินศักยภาพ เช่น ผู้ป่วยจิตเวช จัดการตั้งศูนย์ประสานงานการรับส่งต่อผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิ เพื่อขอวันนัดพบแพทย์เฉพาะทาง

ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน เช่น Shock, ใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนการส่งต่อจะต้องได้รับการช่วยเหลือให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย และแบ่งประเภทผู้ป่วยที่ส่งต่อเป็นแบบ Non-emergency case, Emergency case เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการตามรถRefer และพยาบาลส่งต่ออย่างเหมาะสม การประกันคุณภาพ Response time ในการตามรถทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ ภายในเวลา 5 นาที พยาบาล Refer 15 นาที

ผลการประเมินคุณภาพการส่งต่อผู้ป่วยปี 2558-2559 เกณฑ์การส่งต่อไม่เหมาะสมกรณีไม่มี ICU Mobile nurse คิดเป็น 90.03%, 96.67% มีการพัฒนาสมรรถนะภาพทีมพยาบาลส่งต่อโดยการอบรมพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 1 คน จากอุบัติเหตุการส่งต่อกรณีมารดาคลอดที่เสี่ยงต่อคลอดบนรถ ทำให้เกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มสูติกรรม โชน 3 โดยมีการ consult สูติแพทย์ทุกรายก่อนการส่งต่อ

บทเรียนในการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:

ไม่มี

บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการขอ Informed consent:

การให้ข้อมูลและการเซ็นชื่อยินยอมการรักษา ได้กำหนดแนวทางดังนี้

1. ผู้ป่วยและญาติจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค การรักษา และภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงการประมาณค่าใช้จ่ายในกรณีที่ผู้ป่วยต้องจ่ายเงินเอง เช่น อุบัติเหตุจราจร ผู้ป่วยต่างด้าว ผู้ป่วยที่ไม่มีสิทธิใดๆในการรักษาภาครัฐ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีการบันทึกในเวชระเบียนและให้มีการแจ้งผู้ป่วยและญาติทุกครั้ง

2. กำหนดให้มีการขอความยินยอมในการดูแลรักษาเมื่อรับไว้เป็นผู้ป่วยใน โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นและลงลายมือชื่อเป็นพยาน มีแบบฟอร์มการขอความยินยอมทั่วไป การทำหัตถการ การปฏิเสธการรักษา เพื่อให้มีข้อมูลอย่างครบถ้วน
3. การส่งตรวจเลือดในกรณีสงสัยโรค HIV ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาตามแนวทางของ Pre-Post Counseling และลงนามยินยอมก่อนตรวจทุกราย จากการทบทวนเวชระเบียน ผู้ป่วยนอกการทำหัตถการบางครั้งไม่ได้ลงนามเช่นใบยินยอมการรักษาในบางหัตถการ เช่น การเจาะปอด เจาะท้อง Excision จึงได้ปรับปรุงแบบฟอร์ม Informed consent เพื่อให้ผู้ป่วยหรือญาติลงชื่อในใบยินยอมการทำหัตถการในการทำหัตถการนั้นๆ ในผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยนอก

ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

เครือข่ายมีระบบการดูแลผู้ป่วย AMI Fast track และการ consult แพทย์เฉพาะทางระหว่างการส่งต่อ

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
71.การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน	3	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้นแก่บุคลากรและเครือข่ายกู้ชีพ - พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการให้ทันเวลาของผู้ป่วย stroke - พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการให้ทันเวลาของผู้ป่วยAMI - พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพ
72.กระบวนการรับผู้ป่วย	3	<ul style="list-style-type: none"> - การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อแยกจากรับบริการที่เหมาะสม - มีระบบประสานในการส่งต่อผู้ป่วยวิกฤตติดตามประสานงานผู้ป่วยเป็นระยะผ่านทางLine - จัดZoneผู้ป่วยวิกฤตใกล้โดยจัดผู้ป่วยให้อยู่ใกล้ Nurse station - กำหนดการนำผู้ป่วยวิกฤตโดยมีพยาบาลดูแลระหว่างนำส่ง - กรณีผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับบริการมากกว่า 1 คน จัดให้มีการตามแพทย์ second call เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย
73.การให้ข้อมูลและ informed consent	3	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบการให้ข้อมูลและ Informed consent แก่ผู้ป่วยและญาติในทุกจุดบริการที่เกี่ยวข้อง OPD / ER / IPD - กำหนดเกณฑ์หัตถการกลุ่มเสี่ยงที่ต้องให้รับคำยินยอมก่อนทำหัตถการ