

### III-2 การประเมินผู้ป่วย

เป้าหมาย/ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ: ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย				
ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2558	2559	25560
1. อุบัติการณ์วินิจฉัย AMI ผิดพลาด	0 %	11.11	0	0
2. อัตราการ Re-admit ภายใน 28 วันด้วยโรคเดิม โดยไม่ได้วางแผน	<10%	7.12	4.74	8.04
3. อัตราการเกิด Hypoglycemia ช้ำในขณะนอน รพ.	<5%	2.0	3.43	1.83
4. การเกิด Hypoglycemia ในระหว่างรอดตรวจ	< 2 %	1.85	1.75	1.68
5. อัตราการ Re-visit ER	<0.5%	0.81	1.57	0.77
6. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	<6.3 ต่อแสนประชากร	9.72	6.47	9.70
7. อุบัติการณ์แพ้ยาซ้ำ	0 %	0 %	0 %	0 %

#### บริบท:

กระบวนการประเมินผู้ป่วยแรกรับจะกระทำโดยแพทย์และพยาบาล โดยการซักถามจากผู้ป่วยและญาติ โดยตรง ใช้แบบบันทึกการซักประวัติและจากการตรวจร่างกายและการประเมินสมรรถนะผู้ป่วยของโรงพยาบาล ซึ่งจะครอบคลุมประวัติสุขภาพ การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนเอง การประเมินด้านจิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และมีการสื่อสารข้อมูลของทีมสหสาขาวิชาชีพในแบบบันทึก Progress note ทำให้เห็นความเชื่อมโยงทางด้านการรักษาพยาบาลของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีการบันทึกการประเมินการดูแลรักษาพยาบาลในแบบบันทึก Nurse note กำหนดแนวทางการบันทึก ใบ D/C plan กลุ่มโรคเป้าหมาย โดยพยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อเป้าหมายที่สำคัญในการประเมินผู้ป่วย คือ ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัยโดยตั้งจุดคัดกรอง Triage 5 ระดับ คือ Resuscitate, Emergency, urgency, semi urgency และ Non urgent เพื่อประเมินความเร่งด่วนที่ต้องดูแล

### กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:

กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมินที่มาด้วยอาการแสดงที่ไม่ชัดเจน(Atypical Symptom) เช่น AMI, DHF, Acute abdominal pain, Stroke, Sepsis, Head injury การประเมินตาม CPG และการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ อาการสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยแรกรับและไปบันทึกความก้าวหน้า เป็นการสื่อสารข้อมูลของทีมผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ทันเวลาและปลอดภัย

### กระบวนการ:

#### การประเมินผู้ป่วย

ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการประเมินผู้ป่วย (ดูรายละเอียดใน Clinical tracer highlight):

- โรคที่มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยได้แก่ AMI, Stroke, Head injury, DM (Hypoglycemia-Hyperglycemia), Sepsis, HT, COPD/Asthma

### บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน:

การเชื่อมโยงและประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยเป็นเครือข่ายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่รวดเร็ว ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ปลอดภัย ทีม PCT ได้ทบทวนและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI ร่วมกับคลินิก NCD รพ.สต. มีการสื่อสารการเรียนรู้ร่วมกันทั้งแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีการปรึกษาและประสานข้อมูลการตรวจและประเมินผู้ป่วยทาง Line กับแพทย์เฉพาะทาง ตลอด 24 ชั่วโมง ผลการดำเนินงานพบว่าอัตราผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยผิดพลาด ล่าช้าลดลง ปี2558-2561 คิดเป็น 11.11, 0, 0 และ 0 ตามลำดับและอัตราผู้ป่วยได้รับการส่งต่อล่าช้าเกิน 30 นาทีนับตั้งแต่มาถึงรพ. (Door to refer) ลดลงในปี 2558-2561 คิดเป็นร้อยละ 33.33, 10, 0.01 และ 0 ตามลำดับ

### การพัฒนาให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน:

จากการทบทวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้มีการนำ check list Chest pain

มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยกลุ่มนี้ ประกันเวลาในการทำEKGภายใน 10 นาที คิดเป็นร้อยละ 100 และเพิ่มเกณฑ์การซักประวัติที่OPD หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้นำผู้ป่วยส่งที่ERจากการทบทวนเหตุการณ์จึงได้มีเกณฑ์ประเมินผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อจากOPD-ER ไม่พบอัตราผู้ป่วยทรุดลงส่งต่อระหว่างหน่วยงาน

จากการพบอุบัติการณ์ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกได้รับการตรวจรักษาแล้วผู้ป่วยอาการดีขึ้นได้จำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วย re-visit กลับมา 3 ครั้ง ผู้ป่วยกลับมาแล้วarrest ที่ ER ส่งผลให้ผู้ป่วยได้ช่วยฟื้นคืนชีพและส่งต่อโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จึงนำมาทบทวนได้แนวทางการดูแลผู้ป่วย

กลุ่ม Chest Pain ต้องได้รับการ admit ทุกรายและผู้ป่วยที่สังเกตอาการให้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น  
พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อตรวจ cardiac enzyme เพิ่มเติม

จากการทบทวนประเด็นปัญหาการเกิดภาวะ Hypoglycemia & Hyperglycemia ช้ำ ในผู้ป่วย DM พบว่า  
เกิดจากพฤติกรรมกรบริโภค ภาวะเครียด หรือกลุ่มผู้ป่วยขาดผู้ดูแล จึงทำให้ปรับกระบวนการ  
ดูแลผู้ป่วยโดยนำสหสาขาวิชาชีพ มีการนำนักโภชนาการเข้ามาร่วมในการดูแลและให้ความรู้ด้าน  
โภชนศาสตร์กับผู้ป่วยและญาติ พบว่า อัตราการ Re-admit DM ลดลงจากการทบทวนเวชระเบียนปี  
2557-2560 พบอัตรา Re-admit DM ดังนี้ 2.0, 3.43, 1.83 และ 0.91 ตามลำดับ

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย Asthma พบอุบัติการณ์ Re-visit ER ของผู้ป่วย Asthma สูงขึ้น เนื่องจากการ  
ปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยในขณะกลับไปอยู่ที่บ้าน จึงมีการจัดตั้งคลินิก Asthma ที่ชัดเจน มี  
ผู้รับผิดชอบและมีทีมดูแลผู้ป่วยที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ มีพยาบาลที่ผ่านการอบรม spirometer และเภสัช  
กรประจำคลินิกเพื่อประเมินทักษะการพ่นยาและสอนการพ่นยาให้กับผู้ป่วย พบว่า อัตราการ Re-admit  
ปี 2557-2560 ดังนี้ 0, 2.42, 9.67 และ 2.34 ตามลำดับ

จากปัญหาผู้ป่วยจิตเวชขาดนัด/ขาดยา นำสู่การจัดระบบบริการเพื่อตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้ป่วย  
และญาติ โดยการจัดให้มีคลินิกจิตเวชทุกวันศุกร์และออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด

จากการเกิดปัญหาอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับไป ทำร้ายตนเองซ้ำ  
ภายใน 1 ปี ได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยการเน้นให้เกิดการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วมทั้งในส่วน  
ของตำรวจ อปท. และผู้นำหมู่บ้าน บูรณาการให้ความรู้ให้ความรู้แก่ญาติ เพื่อนบ้าน อสม.  
ประชาชน ตลอดจนแกนนำชุมชน (DHS) ในการดูแลเฝ้าระวังและเฝ้าระวังดูแลด้านจิตใจ ให้รู้ถึงสัญญาณ  
เตือนของการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือเบื้องต้น

### บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นการประเมินอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการ ประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):

จากการทบทวนผู้ป่วยจิตเวชคุ้มคลั่ง จึงได้จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยกลุ่มจิตเวชที่มีอาการเสี่ยงหรือ  
เกิดอาการคุ้มคลั่ง ให้เข้าห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน และรัดเตียงพร้อมให้ยาเพื่อให้เกิดอาการสงบ และแยกออก  
จากกลุ่มผู้ป่วยปกติ เพื่อลดความเสี่ยงในการทำร้ายผู้อื่น

จากการทบทวนกรณีผู้ป่วยกินเห็ดพิษ ทำให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับพิษ และกินเห็ดพิษ ให้  
ทำการล้างท้องทุกราย และเฝ้าระวังและสังเกตอาการและรับผู้ป่วยให้นอนรพ.ดูแลอย่างใกล้ชิด

จากการทบทวนกรณีผู้ป่วยกลุ่ม sepsis ที่มากขึ้น เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วย Neonatal sepsis guideline  
สามารถประเมินโดยใช้ Early warning sign ในการดูแลเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

มีแนวทางในดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Suspected sepsis and septic shock การรายงานแพทย์ตามหลัก SBAR

ในการซักประวัติและรายงานแพทย์ในกลุ่ม SIRS ได้นำเกณฑ์ประเมินภาวะ Hypoglycemia & Hyperglycemia ในผู้ป่วย DM ที่มารับบริการที่คลินิก โดยกำหนดให้ FBS < 60mg% และ FBS > 400mg% ให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาที่ ER

#### **บทเรียนในการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:**

- จากการทบทวนตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านการรักษาผู้ป่วยวัณโรค พบว่าเกิดปัญหาจากการกรณีผู้ป่วยไม่มาตามนัด การรับยาไม่ต่อเนื่อง ทำให้เกิดการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย DOT by heart โดยให้มีการรับผู้ป่วยไว้นอน รพ. ตามกำหนด มีการให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ในช่วงของการนอน รพ.พร้อมกับการประเมินผลการรับรู้ และมีการบูรณาการการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างสหวิชาชีพแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลประจำคลินิก มีการเยี่ยมผู้ป่วยหลังการ Discharge ตามเกณฑ์ทั้งเกณฑ์การเยี่ยมปกติและ Surprise visit พบว่าอัตราการรักษา TB หายขาด จากปี 2557-2560 เป็น 81,88,100 และ87 ตามลำดับ
- กลุ่มการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การประเมินการให้ข้อมูลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แพทย์ พยาบาลมีหน้าที่ในการสร้างความเข้าใจเรื่องโรค พยาธิสภาพ ผลการรักษาให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล โรงพยาบาลกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(Palliative care) ในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยติดเตียง มีการประเมินปัญหาด้านการจัดการความปวดและอาการรบกวนอื่นๆ รวมถึงปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย และญาติ

#### **การตรวจ Investigation**

#### **บทเรียนในการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ Investigation ที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม:**

1. การจัดบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทางเทคนิคการแพทย์และรังสีการแพทย์ด้วยความถูกต้อง แม่นยำ ทันเวลา ตามมาตรฐาน และจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ โดยเลือกใช้วิธีการตรวจวิเคราะห์ที่ทันสมัย รวดเร็ว ประหยัด เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการโดยมีเครื่องอัตโนมัติในงานตรวจวิเคราะห์เพียงพอและเหมาะสมตามศักยภาพของโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเปิดบริการตลอด 24 ชม. จัดเวรผลัด 3 เวร ได้แก่ เช้า (08.00 – 16.00 น.) บ่าย (16.00-20.00 น.) และ On call (20.00 -08.00 ) กำหนดผู้ปฏิบัติงานในตารางปฏิบัติงานนอกเวลาเพื่อให้สามารถติดตามได้กรณีมีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการนอกเวลา กำหนดแนวทางการตอบสนองระยะเวลาการตาม การประกันรายงานผลด่วน รายงานคำวิฤติกรณิตรวจพบผลการตรวจที่มีความผิดปกติหรือมีคำวิฤติตามที่กำหนด งานบริการเอกซเรย์เปิดให้บริการตลอด 24 ชม.

จัดเวรผลัด 2 เวน คือ เช้า (08.00 -16.00 น.) และ On call(16.00 – 08.00 น.) กำหนดผู้ปฏิบัติงานใน ตารางปฏิบัติงานนอกเวลาเพื่อให้สามารถติดตามได้

2. กรณีมีการส่งตรวจเอกซเรย์การคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจเลือดคัดกรองภาวะโลหิต งามธาลัสซีเมีย โรคสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรมและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการคัดกรองกลุ่ม เสี่ยงที่มีโอกาสเกิดทารกที่ผิดปกติ เมื่อพบว่าผลผิดปกติส่งพบแพทย์ให้คำปรึกษา ตัดสินใจ ให้ทางเลือก ร่วมกันจัดหาเครื่อง Ultrasound เพิ่มเติมจากเดิมที่มีประจำแค่ที่ LR นำมาประจำที่ผู้ป่วยนอกอีก 1 ตัว

เพื่อใช้ในการตรวจผู้ป่วยทั่วไป และกลุ่มเสี่ยงมะเร็งจัดทำแนวทาง CPG ในการส่งตรวจ EKG สำหรับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด ACS และประกันเวลาไว้ที่ภายใน 10 นาที มีการพัฒนาสมรรถนะและ เพิ่มพูนทักษะบุคลากรปฏิบัติงานที่ ER ทุกคน เพื่อให้สามารถอ่าน EKG ได้เบื้องต้น ผลงานร้อยละ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงได้รับการ EKG ภายใน 10 นาที ปี 2558-2559 เป็น 100%

### บทเรียนในเรื่องการสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ

1. การส่งตรวจและการรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการทั่วไปจะถูกบันทึกผ่านระบบ HI ยกเว้น กรณีของการส่งตรวจ Anti-HIV และการส่งตรวจกรณี case Rape จะไม่มีการบันทึกในระบบ HI แต่ใช้ การสื่อสารผ่านเวชระเบียนที่เป็น OPD card หรือใบนำส่ง การรายงานผลการตรวจกรณีของการตรวจ Anti-HIV จะใช้การรายงานผ่านโปรแกรมนิรนาม ส่วน case rape รายงานโดยการขอผลเองโดยพยาบาล ให้คำปรึกษา กรณีที่เป็นผลการตรวจมีค่าวิกฤติใช้ระบบการรายงานค่าวิกฤติตามแนวทางที่กำหนด คือ รายงานทางโทรศัพท์ก่อน บันทึกหลักฐานการรายงานแล้วส่งไปรายงานตามที่หลัง ส่วนการสืบค้นผลการ ตรวจกรณี ผลตรวจทั่วไปที่มดูแลผู้ป่วยจะสามารถสืบค้นได้เลยโดยใช้ password ในการเข้าใช้งาน โปรแกรม H เฉพาะบุคคล กรณีผล Anti-HIV จะเข้าดูผลในโปรแกรมนิรนามโดยใช้ Pass word เฉพาะ ส่วนการ

ดูผล Methamphetamine กำหนดให้ใช้รหัสผ่านในการเข้าดูผล กรณีของการดูผลการตรวจที่เป็นรายการ ส่งต่อภายนอกเพื่อป้องกันการคัดลอกผลการตรวจและป้องกันการลงผลการตรวจผิดพลาดมีระบบการ Scan รายงานผลและทีมดูแลผู้ป่วยใช้ HN. ผู้ป่วยป้อนเพื่อเข้าดูไฟล์ scan ในโปรแกรมได้เลย อุปัติการณ์ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น คือ การรายงานผลการตรวจผิดพลาดจากการลงผลสลับตัว สลับ parameter ลงผลเลขศูนย์ เกิน/ขาด ห้องปฏิบัติการนำระบบการเชื่อมต่อข้อมูลจากเครื่องตรวจวิเคราะห์

อัตโนมัติเข้ากับระบบ HI ของ รพ.(LIS) เริ่มใช้เมื่อปลายปี 2558-2559 แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกเครื่อง ผลงานพบอัตราการรายงานผลผิดพลาดจากการบันทึกผลในระบบ HI ผิด ปี 2557-2559 เป็น 0.03 ,0.014 ,0.003 ตามลำดับ

### การวินิจฉัยโรค

#### **บทเรียนในการทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:**

การทบทวนผู้ป่วยเสียชีวิตในปี2558-2561 ด้วย AMI 1, 1, 0 และ 1 ราย จากการทบทวนพบว่าผู้ป่วย AMI มีภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนมาถึง รพ. ซึ่งเกิดจากการเข้าถึงบริการล่าช้าเนื่องจากส่วนใหญ่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมไม่สะดวก และพบในผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป และมีโรคร่วม DM HT จึงได้มีการประสาน กับ อบต. ขยายหน่วยบริการ EMS ทุก อบต.และมีการประสานกับคลินิกโรคเรื้อรังใน รพ. และ รพสต. ในเครือข่าย เพื่อให้ข้อมูลเสริมพลังการสังเกตภาวะผิดปกติรับมาพบแพทย์ ในผู้ป่วย AMI ชนิด STEMI ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดไม่เกิน 12 ชม. นับจาก onset และการส่งต่อที่ทันเวลาภายใน 30 นาที

#### **ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**

- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke ในเครือข่ายบริการ
- พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย AMI และส่งต่อให้ทันภายใน 30 นาที
- พัฒนาระบบ trauma fast tract เพื่อการประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็วและปลอดภัย

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
74.การประเมินผู้ป่วย	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างความตระหนักแก่บุคลากรและสนับสนุนการนำมาตรฐานการประเมินผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยงสูง เช่น AMI ,Stroke มาใช้ให้ครอบคลุมและต่อเนื่อง</li> <li>- ทบทวน unplan refer อย่างครอบคลุม</li> <li>- ทบทวน case ทดลองส่งต่อเพื่อพัฒนาคุณภาพการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ</li> <li>- มีการใช้ใบสังเกตอาการในผู้ป่วยกลุ่มที่เสี่ยงต่อมีอาการเปลี่ยนแปลงทุกราย และกลุ่มที่ต้องนอนสังเกตอาการในรพ. และมีการประเมินซ้ำ เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย</li> </ul>
75.การตรวจ investigate ที่จำเป็น	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการส่งตรวจในกลุ่มผู้ป่วยสงสัย sepsis เพื่อประเมินและให้ Antibiotic อย่างรวดเร็วทันเวลาภายใน 1 ชั่วโมง</li> <li>- การทบทวนค่าวิกฤติของ LAB และการรายงานผลที่รวดเร็ว</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการทบทวน investigation ที่ราคาแพง ส่งตรวจภายนอกพร.อย่างคุ้มค่าคุ้มทุน</li> <li>- มีระบบ IT ในการรายงานผล Lab ทั้งผู้ป่วยในและนอก เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ทบทวนวิเคราะห์ปัญหา การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาแนวทางการพัฒนาร่วมกัน</li> </ul>
76.การวินิจฉัยโรค	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำ Dead case conference เพื่อพัฒนาคุณภาพในการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ</li> <li>- มีการทบทวนการบันทึกการวินิจฉัยโรคในเวชระเบียน เพื่อวิเคราะห์ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน และ feed back ข้อมูลกลับไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>