

## III-3 การวางแผน

ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:			
ข้อมูลตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)	เป้าหมาย	2558	2559
อัตราการ Re-admit ใน 28 วัน IPD	<10%	7.12	4.74
อัตราการ Re-visit ใน 24 ชม	<0.5%	0.81	1.57
จำนวนอุบัติการณ์การตายอย่างไม่คาดฝัน(Unplan Death)	0	0	0
การ Re-admit ของผู้ป่วยด้วยภาวะ Exacerbation กำเริบของโรค COPD	<5%	3.34	3.43

**บริบท:** การวางแผนการดูแลและการวางแผนการจำหน่าย มีการกำกับและปฏิบัติให้ถูกต้อง เหมาะสม และปลอดภัย และมีมาตรฐานดูแลรักษาตาม CPG แต่ละโรคที่ชัดเจนตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญได้แก่ STEMI Stroke, DM

**ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ:**

ฉุกเฉิน มีระบบ Fast track Stroke , STEMI, Sepsis เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม และรวดเร็วขึ้น

- กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีการกำหนด CPG ในการดูแลที่ชัดเจน เช่น DM, HT, COPD, Asthma **กระบวนการ:**
- มีแผนการดูแลเฉพาะโรคที่ชัดเจนทุกกระยะการให้บริการตั้งแต่แรกรับจนจำหน่ายตลอดจนมีการประสานกันให้สหสาขาวิชาชีพในระบบและมีเป้าหมาย

- ผู้ป่วย Stroke มีแนวทางการดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ศูนย์ COC โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยลดความพิการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล ได้กับการดูแลและในชุมชน

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานงานการดูแลผู้ป่วย :

ผู้ป่วยที่สงสัย STEMI ได้รับการปรึกษาด้านการรักษาจาก CCU โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ได้แก่ EKG การวินิจฉัยการให้ยา SK

บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อขึ้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโ

<p>- ผู้ป่วย Sepsis หรือผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ มีการวิเคราะห์ GAP เพื่อช่วยกำหนดทิศทางการดูแลที่ได้มาตรฐาน มีการทบทวนยาปฏิชีวนะอย่างเหมาะสม จัดทำแนวทางการเฝ้าระวังการทำงานของไตจากผลไม่พึงประสงค์ของยา และระบบ Auto stop ยาตัว และติดตามประสิทธิภาพทางการรักษา ปรับแผนการรักษาในรายที่มีข้อบ่งชี้</p> <p>- การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงที่ห้องฉุกเฉิน มีการทบทวนอุบัติการณ์ ปรับปรุง CPG ร่วมกันในกลุ่มโรค Stroke, STEMI, ป้องกันความเสี่ยงและอุบัติการณ์ซ้ำ</p> <p><b>การวางแผน:</b></p> <p>แผนการรักษาอย่างชัดเจน ในเวชระเบียน ทำให้ผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยสาขาอื่นสามารถวางแผนให้การดูแลในบทบาทของตนเองได้ สอดคล้อง ครบถ้วน รวมถึงการให้ข้อมูลแก่ญาติ และผู้ป่วยที่สอดคล้องเป็นแนวทางเดียวกัน เช่นในแผนการดูแลผู้ป่วย Stroke ภายภาพบำบัด ต่อในชุมชน</p> <p>โรคที่มีแนวทางการรักษาหลากหลายทาง มีแนวทางให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เช่น ไตวายเรื้อรังระยะ , STEMI, Stroke</p> <p>ไม่ได้, stroke มีการ empowerment ให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรับทราบอาการ การสังเกตอาการผิดปกติ กรณีที่มี Neuro ให้ญาติสามารถดูแลให้อาหารทางสายยาง จุดเสมหะกรณีที่ต้อง On TT-tube ฝึกทำแผลง่ายๆ และมีการประเมินความสามารถก่อนจำหน่าย และติดตามเยี่ยมจากศูนย์ COC ซึ่งจากการติดตามพบว่า ญาติสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ผู้ป่วยภาวะแทรกซ้อน มีการฟื้นฟูที่ดี</p>	<p>บทเรียนในการให้ผู้ป่วย/ครอบครัว</p> <p>- การเขียนบันทึกผลการประเมินความก้าวหน้า</p> <p>- ผู้ป่วย โรคเรื้อรังที่</p>
<p><b>บทเรียนในการประเมินแผนการดูแลผู้ป่วย (ความครอบคลุมปัญหา ความชัดเจนของเป้าหมาย):</b></p> <p>กลุ่มโรคที่สำคัญในการดูแล เพื่อให้ครอบคลุมปัญหา และให้เกิดการดูแลแบบองค์รวม</p> <p>- มีการสื่อสารกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ผ่านการพูดคุย ประชุม และใน Progress note, Nurse note และ Guide line ต่าง ๆ ว่ามีผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมมีการ ปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม</p> <p>- การทบทวน 12 กิจกรรม ทำ Trigger tool ได้แก่ dead case รวม Dead case ก่อนมาถึง ER, refer พัฒนาในเรื่อง 1. Fallin ผู้ป่วย Stroke 3. การดูแลผู้ป่วยวิกฤตและการส่งต่อ 4. แนวทางการดูแลผู้ป่วย MI 5. Discharge plan</p> <p>- ผู้ป่วย Stroke มีการให้ญาติที่มีส่วนร่วมในการวางแผนตั้งแต่ admit จน Discharge ส่งผลให้อัตราการ readmission และ ลดลง</p> <p>- ผู้ป่วย DM มีการวางแผนจำหน่ายและวิธีปฏิบัติตัวร่วมกับญาติและทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลด</p>	<p>- มีก</p> <p>- การ</p> <p>- การ</p> <p>ภาวะ</p>

การ Re-visit ด้วยภาวะ hypo-hyper glycaemia

บทเรียนในการใช้ประโยชน์จากแผนการดูแลผู้ป่วย การทบทวนและปรับแผน:

เฉพาะโรคที่กำลังปรับปรุง และพัฒนาได้แก่ COPD Asthma Sepsis จากการวิเคราะห์ GAP พบว่ายังไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานที่

การรักษา Asthma ขาดการประเมินสมรรถภาพปอด ทำให้มีการให้การรักษายังไม่เหมาะสม เป็นต้น

- ทีมเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล เช่น การให้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและการใส่ท่อช่วยหายใจ

ให้บริการมีความตระหนักให้ความสำคัญในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนรอบด้านทั้งผลดี ผลเสีย ภาวะแทรกซ้อน ค่าใช้จ่าย การดูแล

ระยะสั้น พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถาม ให้เวลา ก่อนการตัดสินใจดำเนินการรักษา

- การทบทวนแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน ที่ได้ใช้แบบประเมินร่วมกันทำให้ทราบสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วย

ดูแลร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามแผน ให้สุขศึกษาได้ตรงจุด

การวางแผนจำหน่าย

โรคที่มีการวางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ Care Map เพื่อการวางแผนจำหน่าย: DM, Asthma, COPD บทเรียนในการประ

ผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย: -DM ทบทวนสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำภายใน

ราย ร้อยละ 0.37 ในปี 2558 สาเหตุจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง การเข้ายาไม่ถูกต้อง การรับประทานอาหารอย่างเหมาะสมและ

ถูกต้อง เพื่อลดการกลับรักษาซ้ำโดยไม่วางแผน ซึ่งทาง PCT ได้รับการวางแผนจัดการดูแลแบบ Case management มี nurs

รับผิดชอบประสานงานผลทำให้ปี 2559 อัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน เหลือ 5 ราย ร้อยละ 0.48 ในปี 2559

- ผู้ป่วย Asthma COPD ที่ยังมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ หรือมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ ทำให้มีอาการกำเริบ ซึ่งทางทีม PCT และ F

ทางการดูแลผู้ป่วย และสอนวิธีการใช้ยาพ่นให้ถูกวิธี แก่ผู้ป่วยและญาติ ผลพบว่า อัตรา Re-visit ใน 24 ชม ของผู้ป่วย Asthm

บทเรียนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (วิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัว):

- พัฒนาระบบดูแลสุขภาพระยะยาว (LTC) โดยจัดโครงสร้างและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ  
รวมทั้งภาคีเครือข่าย

- ผู้ป่วยในกลุ่มผู้พิการ ผู้ป่วย ประคับประคอง (Palliative Care) ได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ  
และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกลงทางในการรักษา และการดูแลต่อเนื่องทั้ง  
ที่บ้านที่โรงพยาบาล เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

บทเรียนเกี่ยวกับการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย:

-กำหนดให้มีการประเมิน วางแผนดูแล และวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ โดยเฉพาะโรคที่มีอัตราการ Readmitted สูง ได้แก่ COPD โรคเรื้อรัง และ กลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

-ผู้ป่วยและ/หรือญาติที่จำเป็นต้องได้รับการฝึกทักษะในการดูแล จะได้รับการประเมินความสามารถและฝึกทักษะให้มั่นใจก่อนจำหน่ายออกโรงพยาบาล เช่น กลุ่มผู้ป่วย Stroke กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเจาะคอ (Tracheostomy) กลุ่มผู้ป่วยที่มีแผล กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องได้รับการพ่นยาที่บ้าน เป็นต้น

#### ผลการพัฒนาที่สำคัญ:

- พัฒนาการวางแผนการดูแลโดยสหวิชาชีพในผู้ป่วย Stroke
- พัฒนาการวางแผนการดูแลแบบ Palliative care ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน

มาตรฐาน	Score	ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า
77.การวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3.5	- พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ให้สามารถดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการทำ CAPD ในชุมชน เป็นต้น
78.การวางแผนจำหน่าย	3.5	- พัฒนาการให้คำปรึกษาด้านยาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ยาได้ถูกต้องมากขึ้น - ประสานงานกับชุมชนในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เช่น การงดเผาขยะใกล้บ้านผู้ป่วย Asthma COPD เป็นต้น - เพิ่มแบบประเมิน Care map ของโรคต่างๆให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน