

โรงพยาบาล	รามัน
สาขา	อายุรกรรม
สถานะทางคลินิก	การดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (ACS)
วันที่	ตุลาคม 2557

1. บริบท

โรงพยาบาลรามัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง รับผิดชอบประชากรประมาณ 87,798 คน มีผู้ป่วย ACS เข้ารับการรักษาปีละประมาณ 75-85 ราย ซึ่งในปีงบประมาณ 2555 พบว่า เสียชีวิตที่ ER 2 ราย เนื่องจากผู้ป่วยมาด้วยเรื่องอุบัติเหตุทางรถยนต์ และมีอาการเจ็บหน้าอกกะทันหัน สาเหตุเกิดจากการคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยยังไม่ครอบคลุม แล้วไม่ได้รับการตรวจคลื่นหัวใจ (EKG) ทำให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้า จึงมีการทบทวนและปรับปรุงแบบคัดกรองภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลังจากนั้นทางโรงพยาบาลได้มีการใช้แบบคัดกรองดังกล่าวขึ้น อย่างไรก็ตามในปีงบประมาณ 2556 ยังพบว่ามีผู้ป่วยเสียชีวิตอีก 4 ราย ซึ่งสาเหตุเกิดจากการเข้าถึงในการรับบริการที่โรงพยาบาลล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้นำส่ง ระยะเวลา และพาหนะในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เป็นโรค ACS อยู่แล้วมักจะมีอาการรุนแรงมากขึ้น เนื่องจากขาดยา รวมทั้งทางโรงพยาบาลยังไม่ได้รับการสนับสนุนการใช้จ่ายละลายลิ้มเลือดทางหลอดเลือดดำ จึงทำให้ระยะเวลาในการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลแม่ข่ายเพื่อให้อายัดังกล่าว นานเกิน 30 นาที ดังนั้นทางโรงพยาบาลจึงได้มีการพัฒนาระบบบริการ โดยการให้ความสำคัญในการประชาสัมพันธ์ผู้รับบริการ และประชาชนทราบโดยทั่วกันถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน ตลอดจนทบทวนมาตรฐานการดูแลที่ดี และระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็ว มีคุณภาพ ถูกต้อง และทันเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. การเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การคัดกรองและการประเมินแรกรับที่มีประสิทธิภาพและรวดเร็ว
3. การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว
4. ผู้ป่วยที่วินิจฉัย STEMI ได้รับยา SK ทันที
5. ระบบส่งต่อที่มีการเชื่อมโยงประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยและรวดเร็วทันเวลา
6. ระบบการประสานงานการดูแลต่อเนื่องถึงชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการอุบัติเหตุซ้ำ

3. เป้าหมายการพัฒนา

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ได้รับยา SK ภายใต้การสั่งจ่ายโดยแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม โรงพยาบาล ศูนย์ยะลา ทันทีจากโรงพยาบาลชุมชน
2. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้น เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดอันตรายต่อชีวิต และได้รับการส่งถึงโรงพยาบาลจังหวัดอย่างรวดเร็ว ปลอดภัย ในระยะเวลาไม่เกิน 40 นาที

4.กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

4.1 การเข้าถึงบริการ

- พัฒนาระบบ EMS โดยจัดทำบัตรสมาชิก EMS member club ในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงช่องทางการรับบริการ 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน
- ประชุมชี้แจงเตรียมความพร้อมของเจ้าหน้าที่ด่านหน้าที่ให้บริการ เพื่อให้ไวในการตอบสนองต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีอาการเข้าได้กับ ACS

4.2 การประเมินผู้ป่วย

- อบรมให้เจ้าหน้าที่ในเรื่อง ACS และปรับปรุงแบบคัดกรองความเสี่ยงในการเกิด ACS ให้มีความชัดเจน และครอบคลุม รวมทั้งชี้แจงการใช้แบบประเมินให้เข้าใจตรงกัน

4.3 การวางแผน

- EKG 12 lead ภายใน 10 นาทีตั้งแต่แรกรับหรือเมื่อมีอาการ
- ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ได้ภายใน 20 นาที

4.4 การดูแลผู้ป่วย

- มี CPG ในการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน
- เพิ่มศักยภาพในด้านเครื่องมือและสถานที่ เช่น มีการแยกโซนผู้ป่วยวิกฤตให้อยู่ใกล้ Nurse station มีเครื่องกระตุ้นหัวใจ (Defibrillator) ,EKG monitor มีการเตรียมความพร้อมของรถกู้ชีพและอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่จำเป็นในรถ
- ร่วมกับโรงพยาบาลจังหวัดในการกำหนดแนวทางในการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงาน มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อทุกราย ระหว่างส่งต่อต้องมีพยาบาลดูแล 2 คน มีแบบฟอร์มการดูแลขณะนำส่ง

4.5 การดูแลต่อเนื่อง

- มีการจัดทีมในการส่งต่อโดยพยาบาลวิชาชีพ
- มีการจัดตั้งระบบ FAST Track ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์ยะลา
- มีระบบปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อทุกราย และส่ง Line EKG ด่วนจาก ER

4.6 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว

- เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเสี่ยงเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- กรณีส่งต่อโรงพยาบาลศูนย์ยะลาให้แบบแบบบันทึก Clinical tracer ชนิด STEMI / NSTEMI

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2554	ปี2555	ปี2556	ปี2557 (ต.ค-ส.ค)
สัดส่วนผู้ป่วย STEMI ฉุกเฉิน(สีแดง)ที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ 20	3.03 (2/66)	9.75 (4/41)	21.8 (13/84)	26.19 (11/42)
อัตราการคัดกรองผู้ป่วยผิดพลาด	0	0	0	0	1
ผู้ป่วยได้รับการEKG ภายใน10 นาที หลังมาถึงที่ ER / เมื่อมีอาการที่ WARD	ร้อยละ 100	100	99.49	99.44	95.45
ได้ผล LAB CARDIAC ENZYME ภายในเวลา 30 นาที	ร้อยละ 100	27.2นาที	56.43	74.5	93.2
ได้รับ ASA / Plavix เร็วภายใน 10 นาทีหลังการวินิจฉัย	ร้อยละ 100	100	98.82	100	100

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี2554	ปี2555	ปี2556	ปี2557 (ต.ค-ส.ค)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/ขยายหลอดเลือดหัวใจ	ร้อยละ70	NA	NA	NA	83.33 (20/24)
ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยภายใน 30 นาที (Door to Refer)	ร้อยละ 100	85.93 (55/64)	87.05 (74/85)	91.30 (21/23)	95.45 (1/64)
อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	< 23/ ประชากร แสนคน	0	2.66 (2)	5.06 (4)	(3)

พบว่าผู้ป่วย ACS เสียชีวิต 3 รายในปี 2557 สาเหตุ มาจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลล่าช้า ทำให้เกิดความรุนแรงของโรคหัวใจมากขึ้น ทำให้เกิดภาวะ Cardiac arrest และพบว่ามีการคัดกรองผิดพลาด 1 รายเนื่องจากผู้ป่วยมาโรงพยาบาลอาการไม่ชัดเจน ส่งผลให้ได้รับการรักษาและการส่งต่อล่าช้า

6.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ACS โดยประสานกับทีม HHC และ PCU เพื่อช่วยในการประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการอุบัติเหตุของโรค
- จัดระบบการเก็บข้อมูลให้มีความเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การส่งต่อจนถึงชุมชน เพื่อให้สามารถนำมาวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง
- จัดทำแผนเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษา โดยมีการนำยาละลายลิ่มเลือด (Streptokinase) มาใช้ในโรงพยาบาล และเพิ่มสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งเครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับยา

Clinical Tracer Highlight โรคไตวายเรื้อรัง

โรงพยาบาล	รามัน
สาขา	โรคเรื้อรัง
สภาวะทางคลินิก	โรคไตวายเรื้อรัง
วันที่	กันยายน 2557

1. บริบท

โรคไตวายเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิด ความสูญเสียทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งผู้ป่วยไตวายเรื้อรังในระยะแรกจะไม่พบอาการผิดปกติ แต่จะตรวจพบเมื่ออาการของโรคเป็นระดับรุนแรงแล้ว และถ้าได้รับการคัดกรอง ค้นหาตั้งแต่ระยะเริ่มต้นสามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมปัจจัยเสี่ยง เพื่อป้องกันความรุนแรงช่วยลดภาระของระบบบริการ ค่าใช้จ่าย และการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นได้ จากการคัดกรองเพื่อค้นหาภาวะแทรกซ้อนทางไตตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2556 เป็นต้นไป พบว่า ผู้ป่วยไตวายระยะที่ 1 ร้อยละ 36.77 (759 ราย) ระยะที่ 2 33.38 (689 ราย) ระยะที่ 3 27.27 (563 ราย) ระยะที่ 4 2.03 (42 ราย) และระยะที่ 5: 0.51 (13 ราย) ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังเป็นโรคที่เป็นปัญหาอันดับต้นๆ ของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งโรคไตวายเรื้อรังเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 5 แล้ว จะทำให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับโรค และในรายที่ไม่ได้บำบัดทดแทนไตก็จะเสียชีวิตในที่สุด การดูแลผู้ป่วยไตวายเรื้อรังไม่ให้งานการทำงานของไตลดลง เป็นกระบวนการที่สำคัญที่จะลดอัตราการเสียชีวิตลงได้ ส่วนในรายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไต ก็จะมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง รวมทั้งจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นอย่างมาก หน่วยงานผู้ป่วยนอก จึงได้จัดตั้ง คลินิกโรคไตขึ้น เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังโดยทีมสหวิชาชีพ

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การชะลอภาวะไตเสื่อม
- 2.2 เพิ่มกระบวนการเสริมพลังและให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ
- 2.3 การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้บริการบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 มี CKD Clinic คุณภาพ
- 3.2 ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง มีระยะที่คงที่หรือดีขึ้น

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 4.1 การเข้าถึงบริการ
 - พัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย CKD
 - ประชุมชี้แจงในเวทีประชุม NCD BORD เพื่อร่วมวางแผนการระบบการส่งต่อผู้ป่วย
 - ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการคัดกรองได้อย่างครอบคลุมทั้งเครือข่าย
- 4.2 การประเมินผู้ป่วย
 - แยกผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังออกเป็นระยะต่างๆ
 - การประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และให้การดูแลรักษาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรคโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- 4.3 การดูแลผู้ป่วย

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลตนเองโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - ให้การรักษาผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาของสมาคมโรคไต, สมาคมโรคเบาหวาน, สมาคมความดันโลหิตสูง
 - มีการประเมินผู้ป่วยเป็นระยะ และให้การดูแลรักษาเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงระยะของโรค
 - ให้ทางเลือกในการทำบำบัดทดแทนไตเมื่อจำเป็นต้องได้รับการรักษา

4.4 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว

- กระตุ้นส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- ให้คำปรึกษาเพื่อเสริมพลังในการวางแผนการดูแลรักษา

4.5 การดูแลต่อเนื่อง

- ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ไปยังรพสต.เพื่อวางแผนการดูแลที่บ้าน
- ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย stage 5 ไปยังทีม HHC
- ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ส่งต่อไปยังรพ.ศูนย์ยะลาเพื่อบำบัดทดแทนไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย

5.ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		2555	2556	2557
1. อัตราผู้ป่วย CKD stage 3 ขึ้นไป		NA	NA	29.94
2.อัตราผู้ป่วย CKD stage 3 ได้เข้าคลินิก CKD	ร้อยละ > 50	NA	NA	8.57
1. อัตราลดลงของ GFR < น้อยกว่า 3 ml/min/1.7m ² /ปี	ร้อยละ > 50	NA	NA	16.98

6.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

6.1 พัฒนาศักยภาพทีมดูแลผู้ป่วย

6.2 พัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยไตวายเรื้อรังเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

Clinical Tracer Highlight โรคเบาหวาน

โรงพยาบาล	รามัน
สาขา	กลุ่มโรคเรื้อรัง
สถานะทางคลินิก	คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา
วันที่	กันยายน 2557

1. บริบท

จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากข้อมูล ปี พ.ศ 2555, 2556, 2557 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย 1658,1726 และ 1,805 ราย ตามลำดับ และเป็นโรคอันดับที่ 3 ใน 10 อันดับโรคแรก ซึ่งมีผู้รับบริการเฉลี่ย 70 – 80 ราย/วัน มีคลินิกบริการทุกวัน จากผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า อัตราการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตายังทำได้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งทำได้ร้อยละ 58.65 ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองที่ล่าช้า ส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทำให้การดูแลรักษาที่ยุ่งยาก และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายจากการวิเคราะห์ปัญหาพบว่า เดิมทางรพ.จะส่งผู้ป่วยไปตรวจที่ รพ.ยะลาแต่เนื่องจากทาง รพ.ปลายทางไม่สามารถรองรับผู้ป่วยที่ไปรับบริการตรวจตาได้อย่างครอบคลุมเนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ และอัตรากำลัง รวมทั้งผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางไปรับบริการที่ รพ.ยะลา ดังนั้นทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการจัดบริการดังกล่าว จึงได้จัดทำโครงการจัดซื้อเครื่องถ่าย fundus camella เพื่อให้มีการหมุนเวียนเครื่องไปยังโรงพยาบาล และ PCU ภายในจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามจากการดำเนินการตามโครงการที่ผ่านมา พบว่าระบบการหมุนเวียนเครื่องตรวจตา fundus camella ล่าช้า ต้องรอเครื่องประมาณ 6 เดือน และระยะเวลาของการตั้งเครื่องดังกล่าวไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วย คือระยะเวลาสั้น แต่จำนวนผู้ป่วยมากทำให้การตรวจคัดกรองไม่ครอบคลุม ตลอดจนผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมาย เนื่องจาก มีปัญหาด้านการสื่อสารระหว่าง เจ้าหน้าที่ กับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ เช่นไม่มีญาติมาส่ง ไม่มีพาหนะในการเดินทาง

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

- 2.1 การคัดกรองเบาหวานขึ้นตาในผู้ป่วยเบาหวานยังไม่ครอบคลุม
- 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับค้นหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางตาที่ล่าช้า
- 2.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาไม่ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐาน

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1 ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองครอบคลุมทุกพื้นที่ร้อยละ > 60
- 3.2 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาได้รับการรักษา/ส่งต่อ ร้อยละ 100

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 4.1 การเข้าถึงบริการ
 - ประชุมชี้แจงในเวทีประชุม NCD BORD เพื่อร่วมวางแผนการปรับปรุงระบบการเข้าถึงการรับบริการ เช่น ระบบการส่งต่อข้อมูล ช่องทางการสื่อสาร
 - การจัดระบบการคัดกรองเบาหวานขึ้นตาทั้งเชิงรับ และเชิงรุก โดยการคัดกรองในกลุ่มผู้ป่วยจากการนัดหมาย และจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิกเบาหวานในแต่ละวัน
- 4.2 การประเมินผู้ป่วย
 - การจัดลำดับความเร่งด่วนของการคัดกรองเบาหวานขึ้นตาในผู้ป่วยเบาหวาน
- 4.3 การวางแผน
 - ส่งต่อรายชื่อผู้ป่วยที่รับได้รับการตรวจเบาหวานขึ้นตาไปยัง รพ.สต.เพื่อแจ้งผู้ป่วยและญาติมารับบริการตามแผน
 - สํารวจและจัดทำทะเบียนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด

- จัดทำแผนกำหนดการคัดกรองตาแต่ละ รพสต.
- สอนการวัด VA ให้แก่ จนท.รพสต.
- ปรับปรุงระบบการคัดกรองตาในคลินิกเบาหวาน

4.4 การดูแลผู้ป่วย

- การเตรียมความพร้อมโดยการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการในการตรวจตา ทั้งก่อนและหลังตรวจ
- จัดบริการ โดยให้เจ้าหน้าที่ รพสต.มีส่วนร่วมในการคัดกรองเบาหวานขึ้นตา
- ทบทวนแนวทางการคัดกรองเบาหวานขึ้นตา

4.5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว

- ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติได้รับรู้ถึงความสำคัญในการตรวจตา
- กระตุ้นและส่งเสริมให้ทีมีสุขภาพมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมคัดกรองตา

4.6 การดูแลต่อเนื่อง

- แจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไปยังรพสต.เพื่อติดตาม
- ติดตามผลการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาที่ได้รับการส่งต่อไปยังรพ.ศูนย์ยะลา

5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน		
		2555	2556	2557
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา	ร้อยละ > 60	26.49	66.13	61.19
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจอประสาทตาได้รับการส่งต่อ	ร้อยละ 100	76.52	80.54	94.24

6. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- สอนทักษะการตรวจตา โดยการใช้เครื่อง fundus camera ให้กับเจ้าหน้าที่ รพสต.
- จัดระบบการเวียนเครื่องตรวจตาลงสู่ รพสต. โดยแบ่งเป็นโซน

Clinical Tracer Highlight โรคความดันโลหิตสูง

โรงพยาบาล	รามัน
สาขา	กลุ่มโรคเรื้อรัง
สภาวะทางคลินิก	โรคความดันโลหิตสูง
วันที่	กันยายน 2557

1. บริบท

โรงพยาบาลรามันเป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีแพทย์ทั่วไปเป็นที่ปรึกษาและรับผิดชอบงานผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 1 คน เภสัชกรประจำคลินิก 1 คน นักกายภาพบำบัด 1 คน พยาบาลประจำคลินิกบริการ 2 คน ให้บริการทุกวัน ซึ่งมีผู้ป่วยมารับบริการเฉลี่ยวันละ 50 ราย โดยมีเครือข่ายดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอีก 16 แห่ง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด 2,467 คน มีผู้ป่วยรายใหม่เกิดขึ้นในปี 2555 – 2557 เท่ากับ 392 , 233 และ 260 คนตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลรามัน ในปี 2557 พบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ คิดเป็นร้อยละ 63.92 มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจร้อยละ 11.99 (296 ราย) อัมพาต 5.99 (148 ราย) ไตวายเรื้อรัง 6.36 (157 ราย) จากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ผ่านมาพบว่า ความไม่สม่ำเสมอในการรับประทานยา ไม่คุมอาหาร โดยเฉพาะอาหารรสเค็ม ไขมันสูง ไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ เป็นต้น การจัดการกับความเครียด การจัดสรรเวลาสำหรับการพักผ่อน ตลอดจนการไม่มาตามนัด เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและวิธีการปฏิบัติตัว ขาดผู้ดูแลหรือผู้ดูแลไม่มีความรู้ การคมนาคมไม่สะดวกในการเดินทางมารับบริการ

2. ประเด็นสำคัญ/ความเสี่ยงสำคัญ

- 2.1 ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมายการรักษา
- 2.2.ผู้ป่วยขาดความรู้และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค
- 2.3.รับการรักษาไม่ต่อเนื่องขาดนัดเนื่องจากความเข้าใจผิดหยุดการรักษาเมื่อไม่มีอาการผิดปกติ
- 2.4.มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ สมอง และไตวายเรื้อรัง
- 2.5.การตรวจทางห้องปฏิบัติการตรวจคัดกรองเบาหวาน ไขมันในเลือดและการตรวจหน้าที่ของไตยังไม่ครอบคลุม

3. เป้าหมายการพัฒนา

- 3.1.ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80
- 3.2.เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนอัมพาตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 1
- 3.3.เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหัวใจ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงไม่เกินร้อยละ 1
- 3.4.อัตราการขาดนัดหลังการติดตามลดลงไม่เกินร้อยละ 3

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

- 4.1. การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพและการพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเข้ารับการวินิจฉัยเป็นระบบ
 - 4.2. ให้บริการผู้ป่วยตามนัดแบบกึ่ง ONE STOP SERVICE และผู้ป่วยที่ผิดนัดสามารถรับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกได้ทุกวันโดยเฉพาะในเวลาราชการ
 - 4.3. มีแนวทางปฏิบัติการดูแลเบื้องต้นตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยและมีระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในคลินิกบริการ
 - 4.4. การพัฒนาระบบการประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการบริการตลอดจนการสอบถามปัญหาการรับบริการในแต่ละขั้นตอนในคลินิกและการประชาสัมพันธ์ผ่านองค์กรในชุมชน
 - 4.5. การพัฒนาความรู้ของจิตอาสาและ อสม. ในการติดตามและดูแลผู้ป่วยในชุมชน
- การเข้าถึงบริการ
- 1.การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่าย

2. การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยไปรับยา รพสต.
3. พัฒนาระบบการดูแลฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด
4. มีแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินในคลินิก

การประเมินผู้ป่วย

1. ใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการเป็นแนวทางการรักษาตาม CPG ทุกครั้งที่มารับบริการ
2. พัฒนาระบบการตรวจสอบการตรวจทางห้องปฏิบัติการให้ครอบคลุมผู้ป่วยความดันโลหิตสูง
3. การประเมินเพื่อคัดแยกผู้ป่วยส่งต่อไปยัง รพสต.

การวางแผน

1. การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคและการออกกำลังกายการผ่อนคลายเครียดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย
2. การวางแผนการให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

การดูแลผู้ป่วย

1. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนอัมพาตไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองและไม่สามารถมารับบริการที่คลินิกได้ ได้รับการส่งต่อแผนกกายภาพและ Home Health Care ของโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยต่อไป
2. พัฒนาการให้คำปรึกษาเฉพาะรายให้ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและการให้ข้อมูลผลการประเมินพฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร
3. พัฒนาความรู้วิชาการการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเจ้าหน้าที่พยาบาลใน รพสต. และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง

- พัฒนาระบบการให้สุศึกษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ในกิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนเล่าสู่กันฟังเพื่อเป็นการเสริมพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วย

การดูแลต่อเนื่อง

1. ส่งต่อผู้ป่วยตามข้อบ่งชี้ในการรับยาต่อที่ รพสต.
 2. พัฒนาระบบการนัดและระบบการติดตามผู้ป่วยขาดนัด ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ
5. ผลการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
		ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557
2. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท	> 80 %	43.31	57.73	63.92
3. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจรายใหม่	ลดลงร้อยละ 1	16.84	14.81	11.99
4. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนอัมพาตรายใหม่	ลดลงร้อยละ 1	7.17	4.54	5.99
5. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตรายใหม่	ลดลงร้อยละ 1	13.41	12.97	6.36
6. อัตราการขาดนัด	ลดลงร้อยละ 3	7.54	8.21	7.72

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- 6.1. จัดตั้งคลินิกพิเศษ เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย และการทบทวนการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุม

ระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

6.3. การอบรมและพัฒนาแกนนำหรืออสม.ของเครือข่าย ให้มีความรู้และสามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนได้

6.4. จัดทำโครงการ Home BP เพื่อส่งเสริมการจัดการในการดูแลตนเองของผู้ป่วย