**III-2 การประเมินผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย | | | | | | | |
| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | | เป้าหมาย | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามชีวิตได้รับการแก้ไขทันทีภายใน 4 นาที | | 100 | 100 | 100 | 100 | 98 | 99.55 |
| ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ได้รับการดูแลตาม CPG | | 100 | 100 | 100 | 96.15 | 100 | 100 |
| ร้อยละผู้ป่วย MI ได้รับการทำ EKG ภายใน  10 นาที (Door to EKG) | | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| ร้อยละการประเมิน SOS score ถูกต้อง | | 100 | N/A | N/A | N/A | 75 | 67.75 |
| **บริบท:**กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน:   * โรคหัวใจขาดเลือด (MI) * Stroke * Head injury * กลุ่มอาการไข้ (Sepsis) * กลุ่มอาการ Alcohol withdrawal   **กระบวนการ:**  การประเมินผู้ป่วย   * การจัดประเภทผู้ป่วยที่ OPD ใช้รูปแบบคัดกรอง ESI (Emergency Severity Index) แบ่งการคัดกรองผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท การคัดกรองเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยที่ OPD โดยเมื่อประเมินได้ว่าผู้ป่วยประเภท Resuscitation และ Emergency จะส่งตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ผู้ป่วยประเภท Urgent, Semi-Urgent และ Non-Urgent จะส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก และประเภท Urgent ที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ จะถูกให้เข้าตรวจก่อน มีอุบัติการณ์ในปี 2559 พบมีผู้ป่วย Epilepsy ขาดยา 1 วัน มีอาการชักขณะรอรับยา จึงได้ปรับให้ผู้ป่วยที่มีอาการชักใน 24 ชม. คัดกรองเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยง (Emergency case) และนำส่งตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และหลังคัดกรองได้ใช้สติ๊กเกอร์สี และป้ายสีระบุประเภทเพื่อสื่อสารกับทีมการดูแล * การประเมินผู้ป่วย Stroke และ MI ผิดพลาดที่ OPD มีการปรับแนวทางการประเมินเบื้องต้นเกี่ยงกับกลุ่มอาการนำของ MI เช่น ปวดสะบัก ปวดกราม เหนื่อยเพลีย วิงเวียน ,Stroke เช่น พูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้จะมีการประเมินและพบแพทย์ทันที ผลลัพธ์ปี 2560 ไม่พบการประเมินผิดพลาด * ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงวิกฤตได้รับการประเมินและดูแลล่าช้าเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่ทราบว่าเป็นค่าที่ผิดปกติต้องแจ้งพยาบาล จึงมีการจัดทำป้ายแจ้งค่าความดันโลหิตสูงที่ต้องแจ้งพยาบาลทันทีติดที่เครื่องวัดความดัน   **บทเรียนในการเชื่อมโยงและประสานการประเมิน:**   * กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มารอตรวจที่ OPD พบปัญหาผู้ป่วยเกิดภาวะ Hypoglycemia/Hyperglycemia จึงมีการปรับปรุง โดยพยาบาลที่ OPD ER มีการซักประวัติเบื้องต้น วัดสัญญาณชีพ ประเมินอาการผู้ป่วย โดยใช้แบบการคัดกรอง ESI (Emergency Severity Index) และสื่อสารกับทีมการดูแลระหว่างหน่วยงาน โดยใช้สติ๊กเกอร์สีและกรณีผู้ป่วย ESI2 คัดกรองได้ที่ ER จะมีพยาบาลนำส่งประสานข้อมูลทางโทรศัพท์ทันที * ผู้ป่วยที่รอตรวจที่ OPD ที่มีปัญหามีผลเลือดที่ผิดปกติเข้าข่ายวิกฤติ ปรับโดยให้นักเทคนิคการแพทย์แจ้งผล Lab ที่ผิดปกติให้แก่พยาบาลจุดที่ส่งเจาะเลือดทันที เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ทันเวลา   **การพัฒนาให้สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน:**   * มีการจัดทำ CPG โรคฉุกเฉินและโรคที่มีความเสี่ยงสูงเพิ่มขึ้น เพื่อให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของพื้นที่มากขึ้น ได้แก่ Sepsis, Alcohol withdrawal, DHF * กำหนดให้ใช้ Progress note เป็นสื่อกลางในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยระหว่างสหวิชาชีพ * กำหนดให้ทุกจุดบริการผู้ป่วยใช้ MEWS (Modified Early Warning System) เพื่อเป็นเกณฑ์ในการประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและรายงานแพทย์ได้อย่างชัดเจน * เพิ่มสมรรถนะบุคลากรในเรื่องการประเมินผู้ป่วยในโรคสำคัญเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม – * งานฝากครรภ์และงานหลังคลอด เน้นให้สามี หรือญาติใกล้ชิดมีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด ได้แก่   - ระยะฝากครรภ์ให้หญิงตั้งครรภ์และสามีเข้าร่วมโครงการโรงเรียนพ่อ แม่ เพื่อให้สามารถประเมินอาการผิดปกติ และสามารถมาโรงพยาบาลได้ทันที  - ระยะใกล้คลอดให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ 36+ สัปดาห์ทุกราย เข้าโครงการเยี่ยมห้องคลอด เพื่อจะได้ทราบอาการที่จะนำเข้าสู่ระยะคลอดและเตรียมพร้อมสำหรับการคลอด  - ระยะหลังคลอด สหสาขาวิชาชีพ เข้ามามีบทบาทในการให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในการประเมินปัญหาและดูแลฟื้นฟูหญิงหลังคลอดตามสภาพปัญหาหญิงหลังคลอดแต่ละรายและส่งต่อข้อมูลการคลอดและสภาพปัญหาให้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลให้ช่วยประเมินซ้ำผ่านระบบงานเยี่ยมบ้าน  **บทเรียนในการใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการประเมินอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):**   * CPG Birth Asphyxia หลังการใช้ CPG ในผู้ป่วยเด็กแรกเกิดมีภาวะ Birth Asphyxia ทุกราย ผลลัพธ์จากการใช้CPG เด็กแรกเกิดได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตในทารกแรกเกิดขาดออกซิเจนโดยไม่สมควร * CPG PPH หลังมีการใช้CPG ผลลัพธ์จากการใช้พบว่า อัตราเสียเลือดแล้ว Shock ลดลง ไม่พบหญิงหลังคลอดเสียชีวิตจากการตกเลือด และหญิงหลังคลอดซึ่งมีภาวะ PPH ได้รับการดูแลขณะส่งต่อ โดยทีมส่งต่อที่เหมาะสมทุกราย * CPG DM หลังงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ใช้ CPG การดูแลผู้ป่วย Hypoglycemia และ Hyperglycemia พบว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่เสียชีวิตจากการดูแลช่วยเหลือล่าช้า ร้อยละ 100 * CPG head injury หลังงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ใช้ CPG ในการดูแลพบว่า ไม่มีผู้ป่วย Head injury เสียชีวิตโดยไม่เหมาะสม ไม่สมควร ร้อยละ 100 และสามารถแยกระดับความรุนแรงของ Head injury ได้รวดเร็วและดูแลได้เหมาะสมยิ่งขึ้น * CPG MI หลังงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ใช้ CPG ในการดูแลพบว่า  1. ผู้ป่วย MI ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที ปี 2559 = 100% ปี 2560 =100% 2. ผู้ป่วย MI ได้รับการ Treatment ภายใน 15 นาที ปี 2559 = 100%ปี 2560=100% 3. ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อหลังแพทย์พิจารณาส่งต่อภายใน 30 นาที ปี 2559 = 100% ปี 2560=100% 4. ไม่พบผู้ป่วย MI เสียชีวิตที่ห้องอุบัติเหตุจากการดูแลไม่เหมาะสม  * CPG Severe eclampsia หลังการใช้ CPG ดูแล ปี 2559 และปี 2560ไม่พบผู้ป่วยชักจากภาวะ Eclampsia   **บทเรียนในการประเมินความทันเวลาของการประเมินซ้ำ:**   * ใน ปี 2559 พบผู้ป่วย Alcohol withdrawal อาการทรุดลง ใส่ E.T. refer มหาราช จากการทบทวนพบว่าผลการประเมินซ้ำ ไม่สอดคล้องและไม่เหมาะสมตามสภาพปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วย จึงได้นำ MEWS Score มาใช้ในการประเมินและเฝ้าระวังผู้ป่วยเหมาะสมขึ้น ทำให้ในปี 2560ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ * ผู้ป่วย Sepsis ที่อุบัติเหตุฉุกเฉิน พบว่าการดูแลรักษาไม่เหมาะสม สาเหตุจากไม่ได้ประเมิน SOS Score ซ้ำ หลัง Resuscitation จึงได้มีการปรับให้มีการประเมินและต้องรายงานผล SOS Score ตามที่ CPG กำหนด * จากการทบทวนผู้ป่วยประเภท Urgent ในงานผู้ป่วยนอกพบว่า มีการประเมินซ้ำไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินขณะรอตรวจ ได้แก่ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง, ผู้ป่วยไข้สูง, ผู้ป่วยมีประวัติชักภายใน 7 วัน, ผู้ป่วยมีภาวะปวด ซึ่งมี pain score ไม่เกิน 5 คะแนน ได้ปรับแนวทางการประเมินซ้ำ * จากปัญหามารดาหลังคลอดมีการติดเชื้อในโพรงมดลูก สาเหตุเกิดจากมีเศษรกค้าง จึงปรับให้มีการประเมินเศษรกค้างอีกครั้ง โดยการตรวจภายในเพื่อประเมินป้องกันการติดเชื้อจากเศษรกค้าง ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์ดังกล่าวทั้งในปี 2559 และ ปี 2560 * จากปัญหามารดาตกเลือดในระยะ 2 ชม.หลังคลอด เกิดจาการประเมินซ้ำล่าช้า ไม่มีการคลึงมดลูกซ้ำตามแนวทาง ทำให้มีภาวะตกเลือดดังกล่าว จึงได้กำหนด ให้มีการประเมินมดลูกซ้ำทุก 15 นาที จนครบ 2 ชม. และหาสาเหตุของการเสียเลือดให้รวดเร็วเพื่อให้การรักษาได้ทันเวลา   **บทเรียนในการอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว:**   * จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่เข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและแนวทางการรักษา จึงได้มีการให้ข้อมูลเพิ่ม โดยแพทย์จะอธิบายผลการตรวจร่างกาย ผลการชันสูตรแนวทางการรักษาและทางเลือกในการรักษาให้แก่ผู้ป่วยและญาติสายตรงทุกครั้งที่มีการตรวจรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก และกรณีมีข้อสงสัยพยาบาลจะช่วยอธิบายซ้ำ และกรณีผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง หรือแพทย์เปลี่ยนแผนการรักษา จะแจ้งผู้ป่วยหรือญาติให้ทราบเพื่อร่วมตัดสินใจในการรักษาทุกครั้ง ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจและไว้ใจในการให้บริการของโรงพยาบาล * จากการทบทวนผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาในการสื่อสาร เช่น ผู้พิการด้านการได้ยิน, ด้านการพูดและด้านสายตา เป็นต้น จะสื่อสารผ่านการเขียน ญาติผู้ดูแล นายจ้าง หรือล่ามแปลภาษา   **การตรวจ investigation**  **บทเรียนในการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจ investigation ที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม:**   * ผู้ป่วยไข้เลือดออกที่มาด้วยเข้าสู่ระยะ Shock จากการทบทวนพบว่า ผู้ป่วยให้ประวัติคลาดเคลื่อน จึงได้กำหนด CPG ของโรค DHF ชัดเจน ได้แก่ ตรวจประเมิน Tourniquet test ได้ในวันแรกที่ผู้ป่วยมาด้วยอาการไข้ ช่วงที่โรคไข้เลือดออกระบาด และไข้วันที่ 2 สามารถส่งตรวจ CBC ได้เลย เพื่อจะได้ผลเลือดก่อนพบแพทย์เพื่อช่วยวินิจฉัยโรค * จากปัญหาผู้ป่วยที่มาด้วยไข้ และปัสสาวะกระปริดกระปรอย ตรวจที่ OPD เกิดคามล่าช้าในการวินิจฉัยโรค จึงได้กำหนดแนวทางส่ง UA ก่อนพบแพทย์ * ในกรณีผู้ป่วยประสบอุบัติเหตุและมีอาการบาดเจ็บในตำแหน่งที่ชัดเจนเกิดความล่าช้าในการวินิจฉัย ได้กำหนดให้หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ส่ง X-RAY ได้ และต้องใช้ผล X-RAY ในการวินิจฉัยโรค เพื่อจะได้รับผล X-RAY เมื่อแพทย์มาตรวจเยี่ยมอาการจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและดูแลได้รวดเร็วยิ่งขึ้น * จากปัญหาผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บหน้าอก เกิดความล่าช้าในการวินิจฉัยและดูแลรักษา จึงได้กำหนดให้พยาบาลสามารถตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจและรายงานแพทย์ได้ทันทีทาง Line * จากปัญหาหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์ต่อเนื่องแล้วพบว่าในระยะ 20 wk. พบว่าเป็นครรภ์ไข่ปลาอุก หน่วยงานฝากครรภ์กำหนดให้มีการอัลตร้าซาวด์หญิงฝากครรภ์รายใหม่ทุกราย เพื่อคัดกรองภาวะการตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก   **บทเรียนในเรื่องการสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ:**   * จากปัญหาผู้ป่วย Refer กลับจากสถานพยาบาลอื่น เดิมจัดเก็บใบส่งตัวกลับไว้ในแฟ้ม ยากต่อการสืบค้นประวัติเพื่อการรักษาต่อ ได้ปรับปรุงมาใช้ระบบการสแกนใบส่งตัวกลับในระบบ HosXp เพื่อง่ายต่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ * จากปัญหาไม่สามารถค้นผล EKG เดิม ของผู้ป่วยเนื่องจากจัดเก็บไว้ในแฟ้ม ยากต่อการสืบค้นประวัติเพื่อการรักษา ได้ปรับปรุงมาใช้ระบบการสแกนผล EKG ไว้ในระบบ HosXp เพื่อง่ายต่อการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ * จากปัญหาการตามผล Lab Haemoculture ที่ส่งตรวจนอกโรงพยาบาลล่าช้า ส่งผลการวินิจฉัยและรักษาล่าช้า จึงปรับโดยการกำหนดให้เจ้าหน้าที่ห้อง Lab ติดตามผลทุกวันช่วงบ่าย กรณีพบเชื้อจะสื่อสารผลการตรวจโดยการสแกนแล้วส่งเข้า E-mail ของห้องชันสูตร * จากปัญหาการค้นหาผล X-RAY ผู้ป่วยย้อนหลัง จะสื่อสารผ่านคอมพิวเตอร์สามารถส่งผล X-RAY ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ไปยัง รพ.มหาราชนครราชสีมา สามารถเรียกดูประวัติ X-RAY ย้อนหลังได้ โดยมี Pass word ในการเข้าระบบ   **การวินิจฉัยโรค**  **บทเรียนในการทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:**   * จากปัญหาการวินิจฉัยโดยพยาบาลวิชาชีพผิดพลาดในกลุ่มผู้ป่วยโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมารับการตรวจรักษาโรคนอกเวลาราชการ แก้ไขโดยจัดแพทย์ออกตรวจ OPD ตั้งแต่ 16.30-20.00 น. และส่งพยาบาลวิชาชีพเรียนเพิ่มเติมหลักสูตรเวชปฏิบัติทั่วไป * จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย Sepsis พบว่าการรอวินิจฉัยโรคจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ดังนั้น แพทย์จึงได้ใช้การประเมิน SOS Score ร่วมกับประเมินภาวะติดเชื้อในร่างกาย และ Stat ยาฆ่าเชื้อ และให้ IV resuscitation ในทันทีโดยไม่รอผลทางห้องปฏิบัติการ ช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยยิ่งขึ้น   **ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**   * ผลการทบทวนการตรวจรักษา โดยผู้ชำนาญกว่าพบว่า มีความถูกต้อง 97.50% * ผู้ป่วย Sepsis ได้รับยาหลังจากวินิจฉัยได้ภายใน 1 ชม. ปี 2560 = 80.19% * ผู้ป่วย Stroke วินิจฉัยถูกต้อง ปี 2560 = 93.02% * ผู้ป่วย STEMI วินิจฉัยถูกต้อง ปี 2560 = 83.33% * ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ถูกส่งรักษาต่อโรงพยาบาลตติยภูมิ 100% * หญิงตั้งครรภ์ได้รับการอัลตร้าซาวด์ในครั้งแรกที่ฝากครรภ์ 100% * ไม่พบอุบัติการณ์หญิงตั้งครรภ์มีภาวะรกเกาะต่ำ ท้องแฝด และ DFIU ที่โรงพยาบาลหนองบุญมากโดยไม่ได้วางแผน | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า** | | | | | |
| 1. การประเมินผู้ป่วย | 3.5 | * ประเมินการใช้ CPG ได้ครบถ้วนทุกกลุ่มโรค | | | | | |
| 1. การตรวจ investigate ที่จำเป็น | 3 | * พัฒนาศักยภาพบุคลากรและเพิ่มปริมาณเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอกับภาระงานปัจจุบันให้สามารถ Investigate ได้รวดเร็ว เหมาะสม | | | | | |
| 1. การวินิจฉัยโรค | 3 | * การบันทึกทางการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและการรักษาของทีมสหสาขาวิชาชีพ | | | | | |