**ใบสรุปผลการประชุมกลุ่ม 1 การส่งต่อราย SP และIntermediate Care**

**เอกสารหมายเลข 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาและข้อเสนอแนะ** | **สรุปข้อตกลงที่สำคัญในการส่งต่อ****ภายในและนอกจังหวัด** | **สรุปประเด็นการพัฒนาในปี 62** | **หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบ** |
| **1.สูติกรรม**-ข้อเสนอแนะ1.คืนบัตรทองคลอด รพช2.พันาศักยภาพรองรับการคลอดที่ รพช.3. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์ก่อนคลอดที่ รพช. | เนื่องจากในช่วง 3 เดือน สูติแพทย์ลาออก 1 ท่าน และเดือนกรกฎาคม 62 ไปเรียน MFM 1 ท่าน เหลือสูติแพทย์เพียง 2 ท่าน จากเดิม คนไข้บัตรทองต่างอำเภอสามารถ walk in มาคลอดได้ โดยไม่ต้องจ่ายเงิน Plan คือ 1. สิทธิบัตรทองต่างอำเภอ ต้องใช้ใบส่งตัว /หรือ จ่ายเงินเองและ ให้ตรวจสอบสิทธิ และแจ้งผู้ป่วยตั้งแต่ตอนฝากครรภ์  | พัฒนาศักยภาพของ รพช เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้บริการ Plan คือ จะประชุม MCH board วันที่ 19 ธค เพื่อหาแนวทางร่วมกัน- รพร.จะเป็นพี่เลี้ยงในการช่วยดูแล รพช.-ในรายที่เป็น high risk ส่งต่อได้เหมือนเดิม 3.การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่ รพช.Plan สามารถให้ยายับยั้งการคลอดที่ รพช. ได้ และเพิ่ม node ในการดูแลเด็ก newborn ที่รพ.อรัญฯ ปี 63 | พญ.อุมาวรรณวิระพรสวรรค์นางสาวรัตนา ด่านปรีดา |
| **2.อายุรกรรม** | Guideline ขอเริ่มที่รพร.สระแก้วก่อน แล้วจะลงไปชุมชนต่อไป- H/C ให้เจาะ 2 ขวด หากรีเฟอร์มาจากรพช. ให้นำขวดมาแลกกับER และให้ER ทำทะเบียนคุม- ผลH/C หากรีเฟอร์คนไข้มาแล้วขอให้รายงานผลมาที่รพร.สระแก้วด้วย | การเจาะH/C แล้วreferมาให้นำขวดH/Cนั่นมาพร้อมคนไข้เพื่อส่งตรวจที่ รพร.และแลกเอาขวดใหม่กลับไปโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เริ่มใช้ 1 ม.ค. 62 | นพ.สุรชัย ทรัพย์จรัสแสง |
| 3**.ทารกแรกเกิดและกุมารเวชกรรม**-EET เลื่อนหลุดขณะนำส่ง-ETT ไม่เหมาะสม Scale หยาบต้องเปลี่ยน EET ใหม่-ไม่OK case ให้พยาบาลในตึกรับทราบก่อน refer | -Et-tube ที่ scale ห่างขอให้ รพช.เปลี่ยนใหม่ เพราะมีผลต่อการ strap tube-ทุกรพช.ต้องมี ET-tube no 2.5 ใช้สำหรับเด็ก preterm- เด็กต่างด้าวที่มีปัญหาเรื่องสิทธิ ทาง รพร. สระแก้วรับรีเฟอร์หรือไม่ ?ผอ.ภูวดล ให้นโยบายควรให้รักษาโดยไม่ต้องถามสิทธิ เรื่องสิทธิให้เป็นหน้าที่ของงานประกัน และเมื่อรพร.สระแก้วรักษาพ้นระยะวิกฤตแล้วก็ให้ทาง รพช. รับกลับด้วย | ให้ความสำคัญกับการใช้ ET Tube | นางพิมรภัทร เพ็ชร์พะเนาว์ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาและข้อเสนอแนะ** | **สรุปข้อตกลงที่สำคัญในการส่งต่อ****ภายในและนอกจังหวัด** | **สรุปประเด็นการพัฒนาในปี 62** | **หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบ** |
| 3**.ทารกแรกเกิดและกุมารเวชกรรม**(ต่อ)-Hypothermia,Hypergrycemiaแรกรับข้อเสนอแนะ-ปรับระบบการส่งต่อ-จัดทำแบบประเมินแรกรับเพื่อสะท้อนข้อมูลระหว่าง รพช.และรพร.-พัฒนาเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างส่งต่อ |  |  |  |
| **4.ออร์โธปิดิกส์**-ผู้ป่วย Refer in มา รพร.เจาะ Lab ก่อน Refer ผล Lab ช้ามาก ( 3.00- 11.30 น.)-Case Open Fracture ไม่ stat IV ATB ,TT,TAT ก่อน refer ไม่ระบุเวลาให้ ATB |  | ขอให้ทาง รพช.ช่วยส่งผลตามมาให้ด้วย | นพ.วิทยา หอมฉุนนางจิรฐา แจ่มศรี |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาและข้อเสนอแนะ** | **สรุปข้อตกลงที่สำคัญในการส่งต่อ****ภายในและนอกจังหวัด** | **สรุปประเด็นการพัฒนาในปี 62** | **หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบ** |
| **5.Intermediate Care**-ยังไม่ได้พัฒนาศักยภาพบุคลากรดูแลIMC ควรพัฒนาnurse managerและทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง-รพช.จัดหาเตียงและอุปกรณ์ที่จำเป็นรับ IMC-สนับสนุนวิชาการและนวัตกรรม | นพ. สมคิด ยึนประโคน มีนโยบายให้ รพช. ทุกแห่งมีเตียงรองรับการ Refer Back โดยไม่จำกัดจำนวนเตียง มีแผนให้ผู้รับผิดชอบของทาง รพร. สระแก้ว จัดทำแนวทางการดูแลและอบรมเจ้าหน้าที่ รพช. ในการดำเนินงาน IMC | ให้ทาง รพร.สระแก้ว จัดทำแนวทางการดูแลและจัดอบรมการดูแลผู้ป่วยให้ รพช. ดูแลผู้ป่วยให้ได้ก่อน จึงค่อยส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่ รพช. | นพ.ก่อสกล เอื้อเฟื้อพ.จ.อ.ณรงค์ชัย สมใจ |
| **6.Trauma**1. BP drop ระหว่างการนำส่ง ขาดการประเมินและการบันทึก vital sign และอาการเปลี่ยนแปลง หรือประเมิน vital sign ค่อนข้างห่าง2. ขาดการ stop external bleeding ในกรณี active bleeding ทำให้ผู้ป่วยเสียเลือดเยอะ3. ผู้ป่วยเข้า criteria fast tract แต่ไม่ได้ activate fast track4. Consult staff ศัลยกรรมล่าช้า (เกิน 15 นาที)5. การ Refer ออกจาก รพช.ช้า(เกิน 40 นาที)6. การ Refer ออกจาก รพช.ช้า(เกิน 40 นาที) | ไม่มี | 1. ให้บันทึก V/S ทุก 10 นาทีขณะนำส่งถ้ามีอาการเปลี่ยนแปลงให้รถ Refer หรือ จะ Activate fast track ให้พยาบาล Refer โทรแจ้ง รพร.ได้โดยตรง2. แนะนำให้ Suture, Pressure dressing splint long bone, Pelvic Wrap ให้เรียบร้อยก่อน Refer3. แนะนำให้ Suture,Pressure dressing splint long bone,Pelvic Wrap ให้เรียบร้อยก่อน Refer4. แนะนำให้ Suture,Pressure dressing splint long bone,Pelvic Wrap ให้เรียบร้อยก่อน Refer5. แนะนำให้ Suture,Pressure dressing splint long bone,Pelvic Wrap ให้เรียบร้อยก่อน Refer6. จัดเตรียมเลือด group O low titer ในทุก รพช. เปิด IV โดยเข็มเบอร์ 16 ทั้ง 2 เส้น 2 extremities | นพ.ธีรวัฒน์ โสธนานันนท์นายยศวัจน์ เชาว์นิธิธรณ์ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาและข้อเสนอแนะ** | **สรุปข้อตกลงที่สำคัญในการส่งต่อ****ภายในและนอกจังหวัด** | **สรุปประเด็นการพัฒนาในปี 62** | **หน่วยงานหรือผู้รับผิดชอบ** |
| **7.STEMI**-Total Ischimic time เฉลี่ย588.46-การส่งต่อบางรายไม่เป็นไปตามnode ที่ตกลงกันไว้ | รพร. สระแก้ว Update แนวทางการ ส่งต่อในสาขา STEMI และสื่อสารไปยัง รพ. ลูกข่ายทุกแห่งรพ. โคกสูงและวังสมบูรณ์ยังไม่สามารถให้ SK ได้ เนื่องจากยังไม่ขึ้นทะเบียนกับ สปสช. ทำให้เบิกไม่ได้  | นพ. จักรกฤษณ์ สุรการ รับไปประสานกับ สปสช. เรื่องการเบิกยา SK สำหรับโรงพยาบาลโคกสูงและวังสมบูรณ์ ซึ่งเป็น รพ. ระดับ F3 | นพ.............นางสาวชัชยา กิจภักดี |
| **8.Stroke****-**Pt.stroke ไม่ได้ถูกคัดกรอง-อัตราตายสูงเกินเป้า-อัตราเข้าถึง Fast tract ยังต่ำ-ร้อยละภาวะแทรกซ้อนเกินเป้าหมาย-ปชช.ขาดความรู้ | รพร. สระแก้ว รับ Refer case Stroke ทุกราย ในเวลาราชการ โดย Consult Staff ก่อนนอกเวลาราชการให้ รพช. ส่งต่อมาที่ รพร. สระแก้ว ยกเว้น คนไข้จาก รพ. อรัญประเทศ หาก CT Scan แล้วพบว่าเป็น Case หลอดเลือดสมองแตก ให้ รพ. อรัญประเทศ หาที่ส่งต่อเองได้เลย มีปัญหาในการ Refer Case ไปที่อื่นยาก ทั้งในเขตและนอกเขต เป็นปัญหาของทั้ง รพ. อรัญ และ รพร.  | ให้ผู้บริหารหรือมีอำนาจหารือกับเขตสุขภาพที่ 6  | นางสาวประคองแก้ว นวลสาลี |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาในการReferจาก รพช.และข้อเสนอแนะรายSP** | **สรุปข้อตกลงที่สำคัญ** | **สรุปประเด็นการพัฒนาในปี 62** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| **9.Sepsis**1.ให้Antibiotic ล่าช้า และ รพช.บางแห่งไม่ได้Septic work up ก่อนให้Antibioic2..ให้Volume resuscitationไท่เพียงพอเฉลี่ยให้มาเพียง 200-500ml.แล้ว Inotropeเลย4.การประเมินและการสังเกตอาการผู้ป่วยทั้งก่อนและระหว่างRefer ยังไม่ครบถ้วนทำให้ผู้ป่วยหลายรายมี Prolong shock5.ขาดการประเมินOrgan failure ในหลายๆด้าน เช่น Hypoglycemia,AKI,Urine output,ในกรณี Septic shock6.บันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วนและไม่Recordอาการที่เหมาะสม เช่นมีการประเมินV/Sแต่ไม่มีการบันทึกที่เหมาะสม |  | 1.ปรับ กม.sp sepsis เดิมเป็น PCT medเป็นร่วมกันทุก PCT2.วางแนวทางการดูแลผู้ป่วยsepsis-sepsis fast tract-sepsis แรกรับที่ ER-sepsis ใน รพ.3.ปรับปรุง Standing order4.นำ qSOFA,mSOS scoreมาช่วยในการประเมินและดูแลผู้ป่วย5.มีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน |  |

**ใบสรุปผลการประชุมกลุ่ม 2 COC**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ปัญหาระบบ COC และข้อเสนอแนะ** | **สรุปข้อตกลงที่สำคัญ** | **สรุปประเด็นการพัฒนาในปี 62** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| -ต่างคนต่างทำ ไม่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ-ขาดระบบการกำกับติดตามสนับสนุน ประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง | -พัฒนาระบบให้มีความเชื่อมโยงกันและจัดระบบสนับสนุนเรื่องคน เงิน ของให้สอดคล้องตามความจำเป็น-พัฒนาระบบการกำกับติดตามสนับสนุน ประเมินและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง | 1.จัดทำ flow ระบบ COC ระดับ CUP และระดับจังหวัดให้มีความเชื่อมโยงกันบนมาตรฐาน Care process เขียนบทบาทหน้าที่แต่ละจุดให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งบริการและข้อมูล2.สั่งการให้ทุกระดับ จัดคนรองรับการดำเนินการตาม flow ที่กำหนด3.กำหนดขอบเขตโรคที่ต้องดูแลและจัดทำมาตรฐานการดูแลต่อเนื่อง4.Training FCT/ศึกษาดูงานเรื่องการจัดการเชิงระบบจากโรงพยาบาลสุรินทร์5.พัฒนาระบบIT/Thai COC 6.พัฒนาศูนย์กายอุปกรณ์7.พัฒนาระบบยา8.พัฒนาตัวชี้วัดและกำกับติดตาม สนับสนุนประเมินผลและปรับปรุง อย่างต่อเนื่อง(สสจ) | นพ.สุขุม พิริยะพรพิพัฒน์นพ.วิทยา หอมฉุนนพ.วัฒนพล จิลิลาภะนพ.ธีรพล พัฒนาพิศาลศักดิ์ |