โรงพยาบาลโคกสูง

ยินดีต้อนรับ

โรงพยาบาลโคกสูง

กรอบในการนำเสนอ

๑. ข้อมูลทั่วไป

๒. Performance ๖ องค์ประกอบ

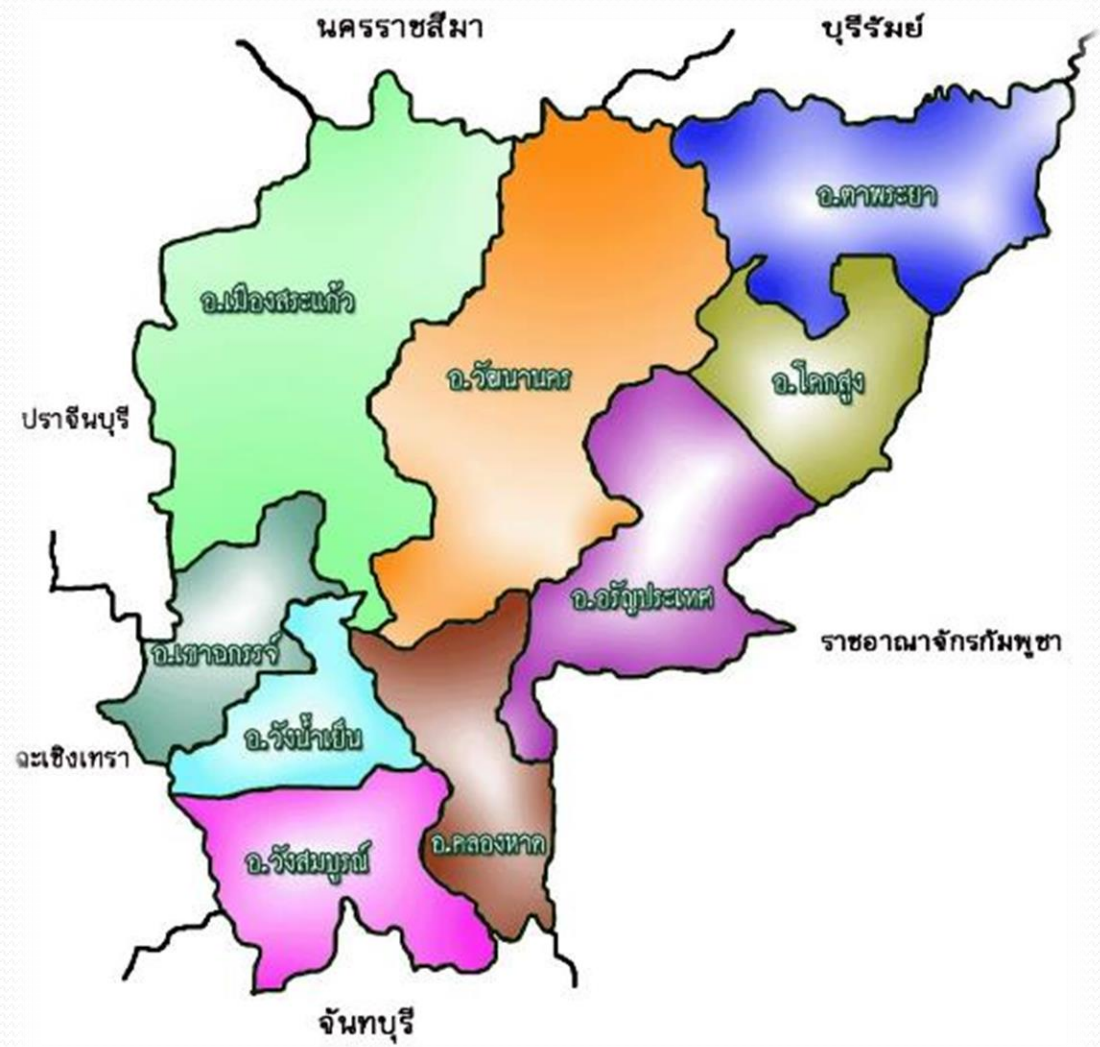
๓. Performance Quality

๔. แผนพัฒนา

ข้อมูลทั่วไป

- โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F3เปิดให้บริการ 21มีนาคม 2556
- ER 24 ชม. วันที่ 1 กพ 60 และ IPD 9 เตียง 1 กค 60
- ผู้ป่วยนอก 160 visit/ วัน
- ผู้ป่วยใน อัตราครองเตียง 56.89%
- เจ้าหน้าที่ 74 คน (แพทย์ 3 ทันตแพทย์ 2 พยาบาล 21 เภสัชกร 2)
- ประชากร 27,193 คน

แผนที่ตั้งรพ.โคกสูง



ที่ตั้งและอาณาเขตอำเภอโคกสูง

- ทิศเหนือ >> ติดกับอำเภอตาพระยา
- ทิศตะวันออก >> ติดกับ จังหวัดบันเตียเมียนเจย ประเทศกัมพูชา
- ทิศตะวันตก >> ติดกับ อำเภอวัฒนานคร
- ทิศใต้ >> ติดกับ ต.หนองสังข์ อ.อรัญประเทศ

5 อันดับ ผู้ป่วยนอก

2560	2561
1. HT 2.DM type 2 without complicate 3. Hypertensive with renal failure 4. Acute Pharyngitis 5. Dyspepsia	1.DM type 2 without complicate 2.Primary hypertension 3.Acute nasopharyngitis (common cold) 4.DM type2 with renal complication 5. Hypertensive with real failure

5 อันดับ ผู้ป่วยนอก

1 .DM

2. Hypertension

3. Common cold

4. Need for immunization against rabies

5.Dyspepsia

โรงพยาบาลโคกสูง

กลุ่มป่วยโรคCKD อำเภอโคกสูง

Stage	ปี ๒๕๕๙(ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๐(ร้อยละ)	ปี ๒๕๖๑(ร้อยละ)
CKD stage ๑	NA	๑.๑๗	๓.๐๓
CKD stage ๒	NA	๘.๙๓	๑๗.๓๒
CKD stage ๓	NA	๗๘.๐๖	๗๒.๕๘
CKD stage ๔	NA	๙.๓๒	๕.๖๓
CKD stare ๕	NA	๒.๕๒	๑.๔๔
HD	NA	๗.๕๖(๙)	๔.๘๓(๖)
CAPD	NA	๐.๘๔(๑)	๐.๘๐(๑)
ESRD	NA	๔.๒๐(๕)	๓.๒๒(๔)

โรงพยาบาลโคกสูง

CKD Clinic (คลินิกชะลอไตเสื่อม)

โรงพยาบาลโคกสูง

เป้าประสงค์

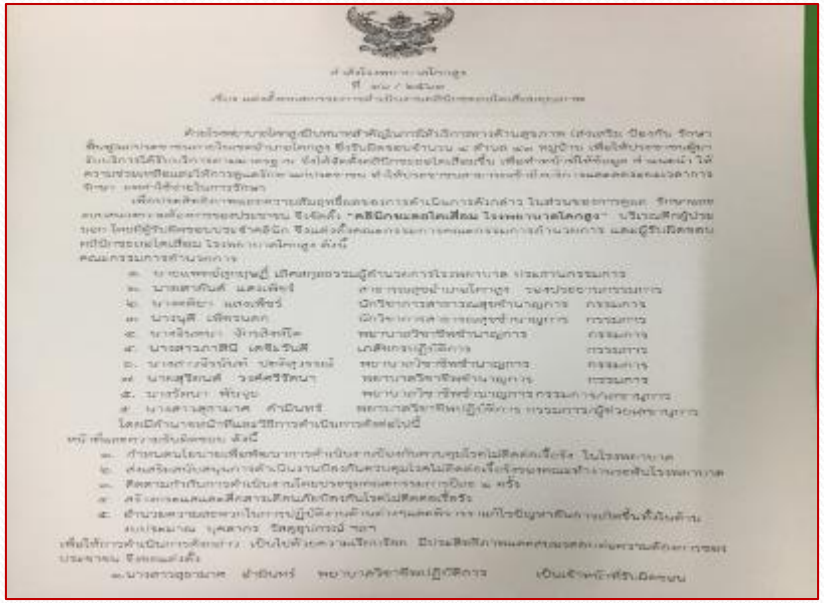
ส่งเสริม	ป้องกัน	รักษา	ฟื้นฟู
<u>กลุ่มปกติ</u> ๑.หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๒.ชมรมสร้างสุขภาพ ๓.ส่งเสริมสุขภาพด้วย ๓อ. ๒ส.	<u>กลุ่มปกติ+กลุ่มเสี่ยง</u> ๑.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๒.ส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ๓.ชมรมสร้างสุขภาพ	<u>กลุ่มป่วย</u> ๑.รักษาตามมาตรฐาน ๒.การคัดกรอง ๓.การเข้าถึงรวดเร็ว ๔.ทีมสหวิชาชีพ	<u>กลุ่มป่วยภาวะแทรกซ้อน</u> ๑.มีภาวะแทรกซ้อน(ไต,หัวใจ,หลอดเลือด)ส่งต่อรพ.อรัญ ๒.เยี่ยมบ้าน ๓.ทีมสหวิชาชีพ

องค์ประกอบที่ ๑

ทิศทาง นโยบาย เป้าประสงค์

๑.๑ ทิศทาง / นโยบาย / เป้าประสงค์รวมถึงการสื่อสารทิศทางการดำเนินงาน

อำเภอโคกสูงรับนโยบายป้องกันควบคุมโรคไตเรื้อรัง (CKD) สื่อสารและดำเนินการทั้งภายในโรงพยาบาลและเครือข่าย



- คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน
- คัดเลือกบุคลากรCKD manager
- จัดทำทะเบียนผู้ป่วย ชะลอไตเสื่อม
- มีนโยบายในการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม
- มีแผนการจัดสรรบุคลากร มีการติดตามทุก 6 เดือนและมีการรายงานผลการประเมินผล

วางแผนปฏิบัติการและทำข้อตกลงทำงานร่วมกัน

- แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบการจัดการโรคเรื้อรัง (CKD BOARD) ระดับอำเภอร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- จัดประชุม ทีม NCD/CKD ทุกไตรมาส

๑.๒ องค์กรจัดให้มี สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์การบริการ CKD Clinic

สถานที่ เครื่องมือและอุปกรณ์ ที่เหมาะสมและเอื้อต่อการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม

๑.๓ องค์กรสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรของคลินิกชะลอไตเสื่อมในการดำเนินงาน

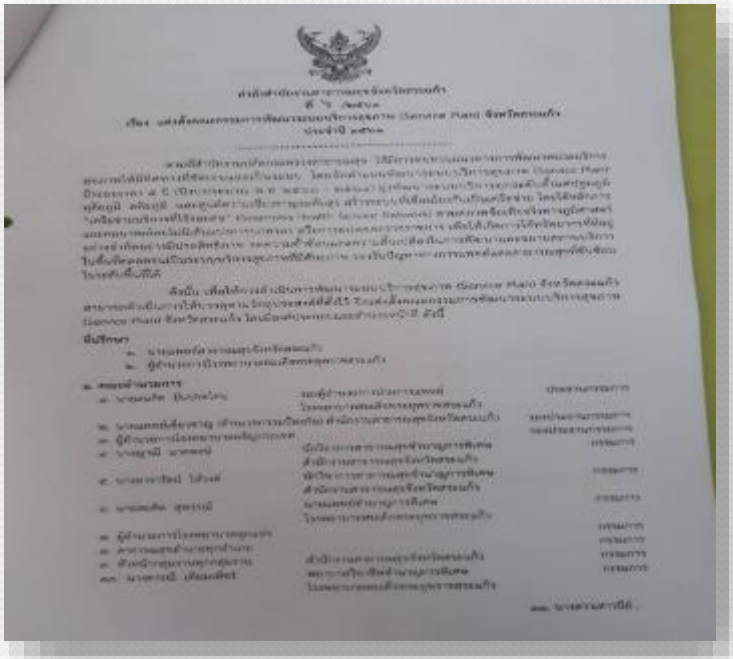
บุคลากรเพื่อการให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ประกอบด้วย

- แพทย์ ๒ คน
- พยาบาล (ในคลินิก ๕ คน)/-พยาบาล(ใน รพสต. ๔ คน)
- เภสัชกร ๑ คน
- กายภาพบำบัด ๑ คน

จัดบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม ทุกวันศุกร์ CKD ตั้งแต่ stage ๓ ขึ้นไป

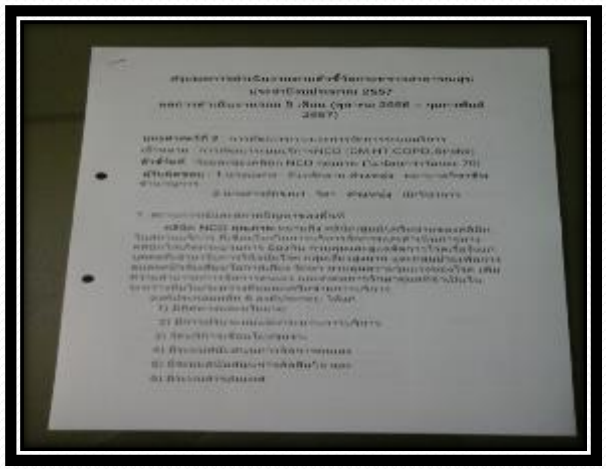
พัฒนาบุคลากรของคลินิกชะลอไตเสื่อม

มีแผนส่งพยาบาลอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาพยาบาลเวชปฏิบัติการบำบัดทดแทนไต(การล้างไตทางช่องท้อง)



๑.๔ ติดตามความก้าวหน้า ทิศทางการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม

ดำเนินงานตามแผนงานอย่างสม่ำเสมอ ติดตาม รายงานผลการดำเนินงานและประเมินผล



องค์ประกอบที่ ๒

ระบบสารสนเทศ

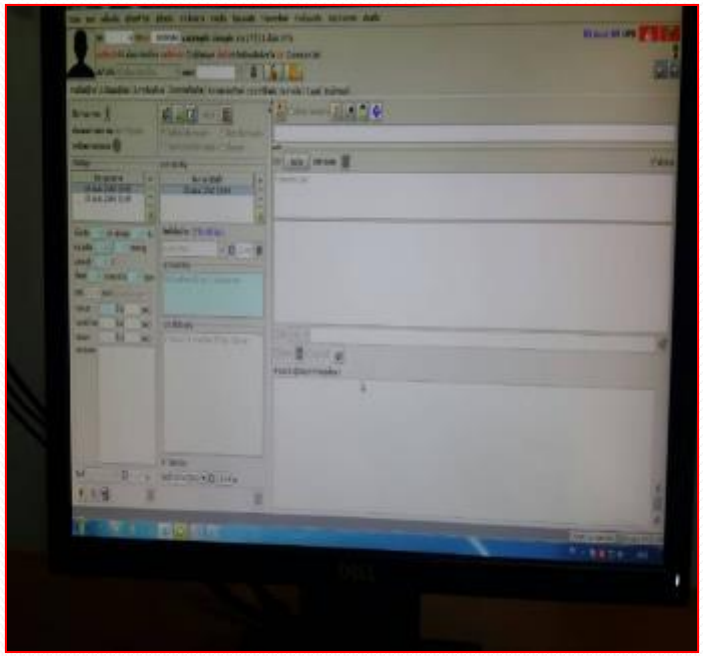
๒.๑ ระบบข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และสามารถนำมาใช้ได้ทันถ่วงที

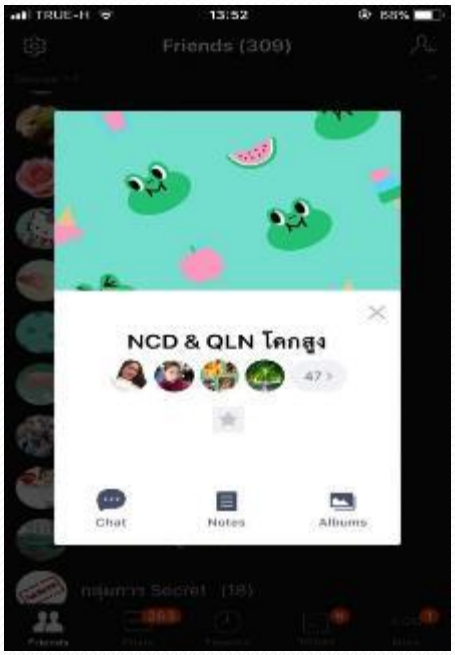
ระบบทะเบียนข้อมูล

ระบบทะเบียนข้อมูล

๒.๒ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงเพื่อการให้บริการต่อเนื่องในเครือข่ายและสามารถเชื่อมโยงกับ Data center

มีระบบข้อมูลเชื่อมโยงData Center ระดับอำเภอและจังหวัด

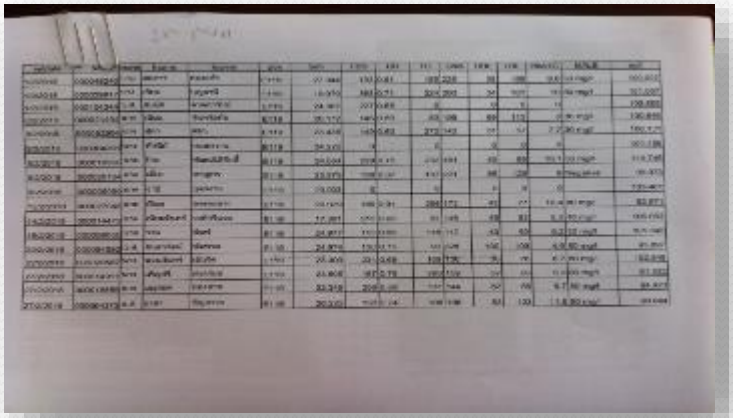




๒.๓ การใช้ประโยชน์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพคลินิกชะลอไตเสื่อม

มีการจัดเก็บข้อมูลและระบบรายงานผลรายเดือน รายไตรมาส และรายปีเพื่อติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

การประมวลผลการตรวจ Cr ด้วยวิธี Enzymatic method ๑๐๐%



นำข้อมูลมาวิเคราะห์

นำข้อมูลจาก HDC มาวิเคราะห์ พบว่าผู้ป่วย CKD Stage ๓ - ๔ มีการลดลงของeGFR เพิ่มขึ้น จากการตรวจคัดกรองและซักประวัติผู้ป่วย CKD Clinic รายใหม่และรายเก่า พบว่า

๑. ผู้ป่วยเคยมีประวัติการได้รับยาในกลุ่ม NSAIDs

๒. มีพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มการเสื่อมของไต เช่น การใช้ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาลูกกลอน

๓. ผู้ป่วย CKD Stage ๓ - ๔ ไม่ได้รับการเปลี่ยนใช้ยาในกลุ่ม ACEI/ARB ทุกราย

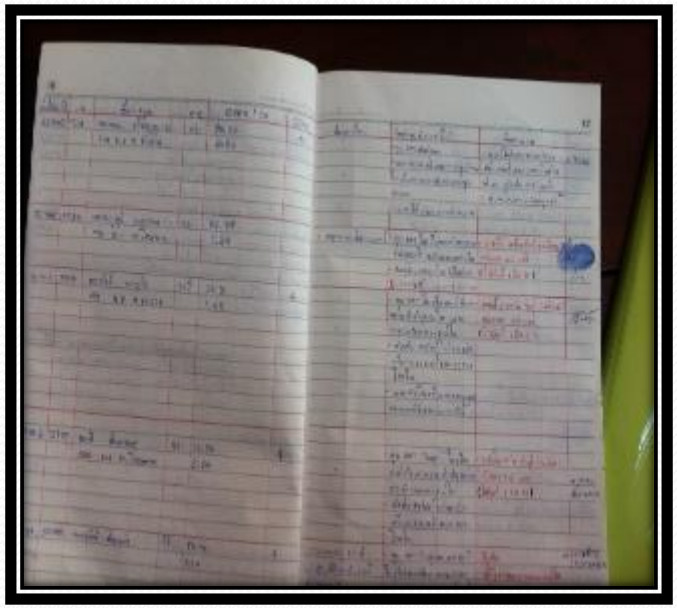
๔. พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนเรื่องอาหารได้ไม่ดีเท่าที่ควร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลและผลลัพธ์ที่ได้ตามระยะของโรคนำมาวางแผนและให้บริการทั้งรายกลุ่ม/เดี่ยว

- โดยให้สุขศึกษาการชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๑ - ๒ และระยะ ๓ – ๓ B ที่ควบคุมได้ดี

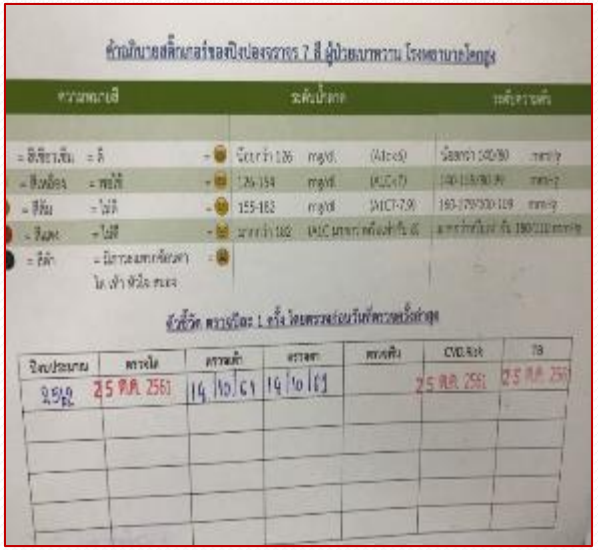
โรงพยาบาลโคกสูง

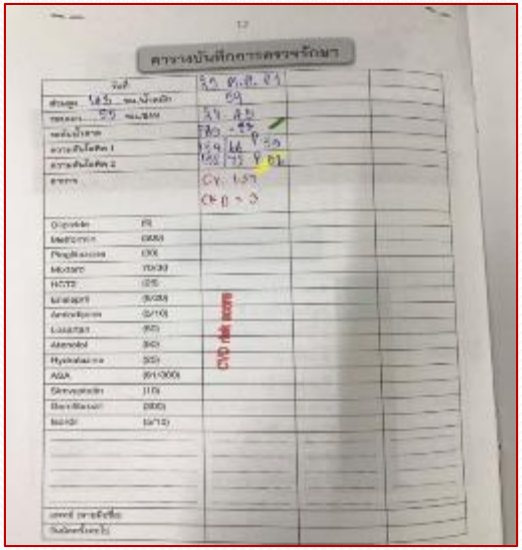
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๔ -๕ พบ Case manage,พบเภสัชกร และส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางโรคไตที่รพ.อรัญ
- ติดตามแผนการรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรค หลังการพบแพทย์เฉพาะทางไต



โรงพยาบาลโคกสูง

<u>ระบบ Double check</u> แพทย์,พยาบาล,เภสัชกร โดยแจ้งเตือนค่า eGFR และ CKD Stage โดยการการติดนวัตกรรม “ปากกา เอ๊ะ” บนปกสมุดประจำตัวในกลุ่มผู้ป่วย NCD เพื่อเฝ้าระวังการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs และการเพิ่มยากลุ่มACEI/ARB เพื่อชะลอการเสื่อมของไต





๒.๔ ระบบการสอบทวนความถูกต้องของข้อมูล ผลงานผ่าน HOSOS / ผลงานผ่าน JHCIS

มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการเปรียบเทียบข้อมูลในระบบรายงานของ HDC กับข้อมูลทะเบียนผู้ป่วย CKD Clinic และนำข้อมูลมาหาแนวทางแก้ไข

ส่งออกข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

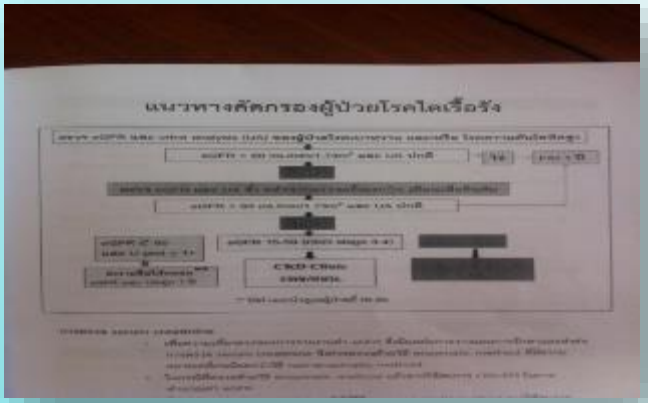
ประมวลผลรายงาน HDC

องค์ประกอบที่ ๓

การปรับระบบ

และกระบวนการบริการ

๓.๑ คัดกรองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง



<u>โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง</u>

- มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว
-อายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป
-โรคภูมิแพ้ตนเอง ได้แก่ Vasculitis , SLE
-โรคหลอดเลือด
-โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนซ้ำกันหลายครั้ง (> ๓ ครั้ง/ปี)
-ตรวจพบนิ่วในระบบทางเดินปัสสาวะ
-ตรวจพบมีความผิดปกติของไตแต่กำเนิดหรือมีประวัติโรคไตในอดีต
-ผู้ได้รับยาแก้ปวดในกลุ่ม NSAIDs หรือสารที่ทำลายไต
-โรคเก๊าท์หรือมีระดับยูริคในเลือดสูง
-ตรวจพบถุงน้ำในไตมากกว่า ๓ ตำแหน่งขึ้นไป

คัดกรองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง

รพ.สต.	รพช./ศสม.	รพท. หรือ รพศ.
DM,HTที่ควบคุมได้และไม่มีภาวะแทรกซ้อน(ตา ไต เท้า หัวใจ หลอดเลือดตีบ)	DM,HTที่ควบคุมไม่ได้หรือมีภาวะแทรกซ้อน(ตา ไต เท้า หัวใจ หลอดเลือดตีบที่ไม่รุนแรง ควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้)	DM,HTที่มีภาวะแทรกซ้อน (ตา ไต เท้า หัวใจ หลอดเลือดตีบที่รุนแรงหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนไม่ได้)
CKD ระยะ ๑-๒ และCKD ระยะ ๓ที่ได้รับการดูแลจน eGFRคงที่ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต (ควรได้รับการตรวจจากแพทย์ในระดับ รพช อย่างน้อยปีละครั้ง)	CKD ระยะที่ ๓ในช่วง ๑ ปีแรก หรือมี eGFR ไม่คงที่ และCKD ระยะที่๔ ที่eGFR คงที่และสามารถควบคุมภาวะแทรกซ้อนทางไตได้ (ควรได้รับการตรวจประเมินจากแพทย์อายุรกรรมโรคไตอย่างน้อยปีละครั้ง	CKD ระยะ ๔ ที่ eGFRคงที่ หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางไตที่ควบคุมไม่ได้ CKDระยะ ๕ จัดบริการเช่นเดียวกับระดับ รพช เพื่อดูแลผู้ป่วย CKD ระยะ ๓-๔

๓.๒ การปรับรูปบริการในคลินิก

คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง

ตรวจ LAB/ ตรวจตา /ตรวจเท้า ประจำปี

ให้สุขศึกษาผู้ป่วยCKD stage ๓-๕ พบ CM

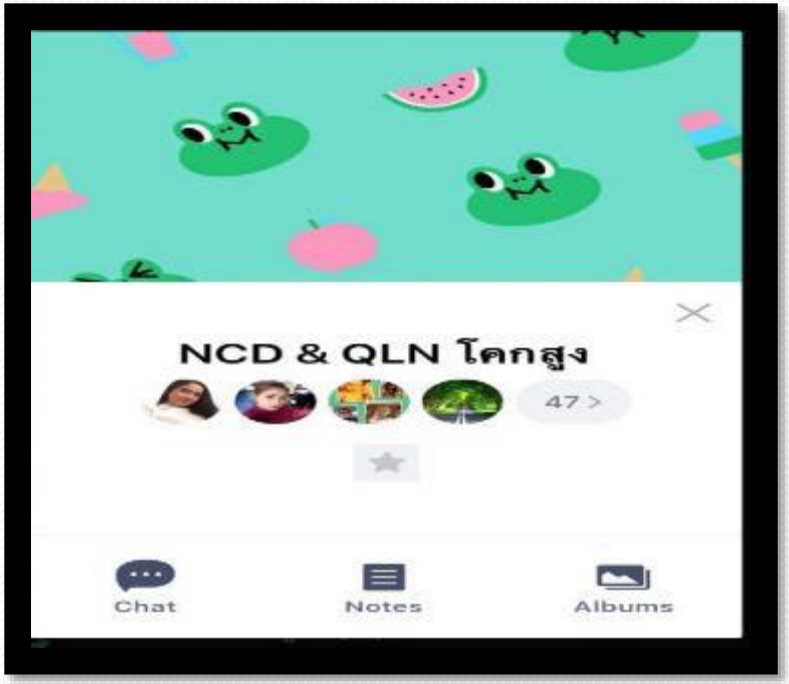
แพทย์แจ้งผลการตรวจรักษาพบเภสัชกร

๓.๓ การให้ความรู้ที่จำเป็น เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

- ให้การบริการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู สอดคล้องกับระยะของโรค โดยทีมสหวิชาชีพ
- ชะลอความเสื่อมของไตในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ ๑-๒ และระยะ๓ ที่ควบคุมได้ดีโดยให้สุขศึกษา / มีสมุดคู่มือการบริโภคอาหารทานอย่างไรไม่ให้ไตเสื่อม

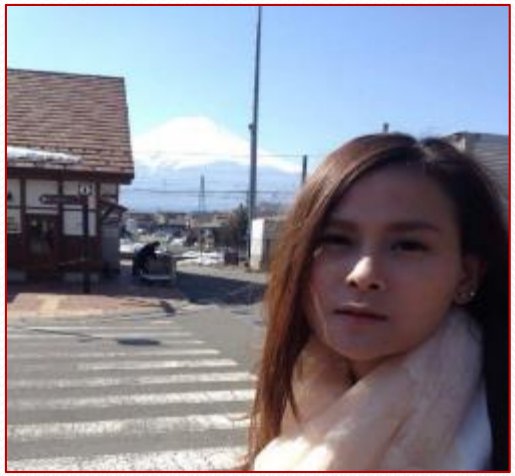
๓.๔ ผู้ประสานงาน CKD Coordinator ร่วมกับทีมสหสาขา

ผู้ประสานงาน CKD



๓.๕ ทีมสหสาขา

แพทย์

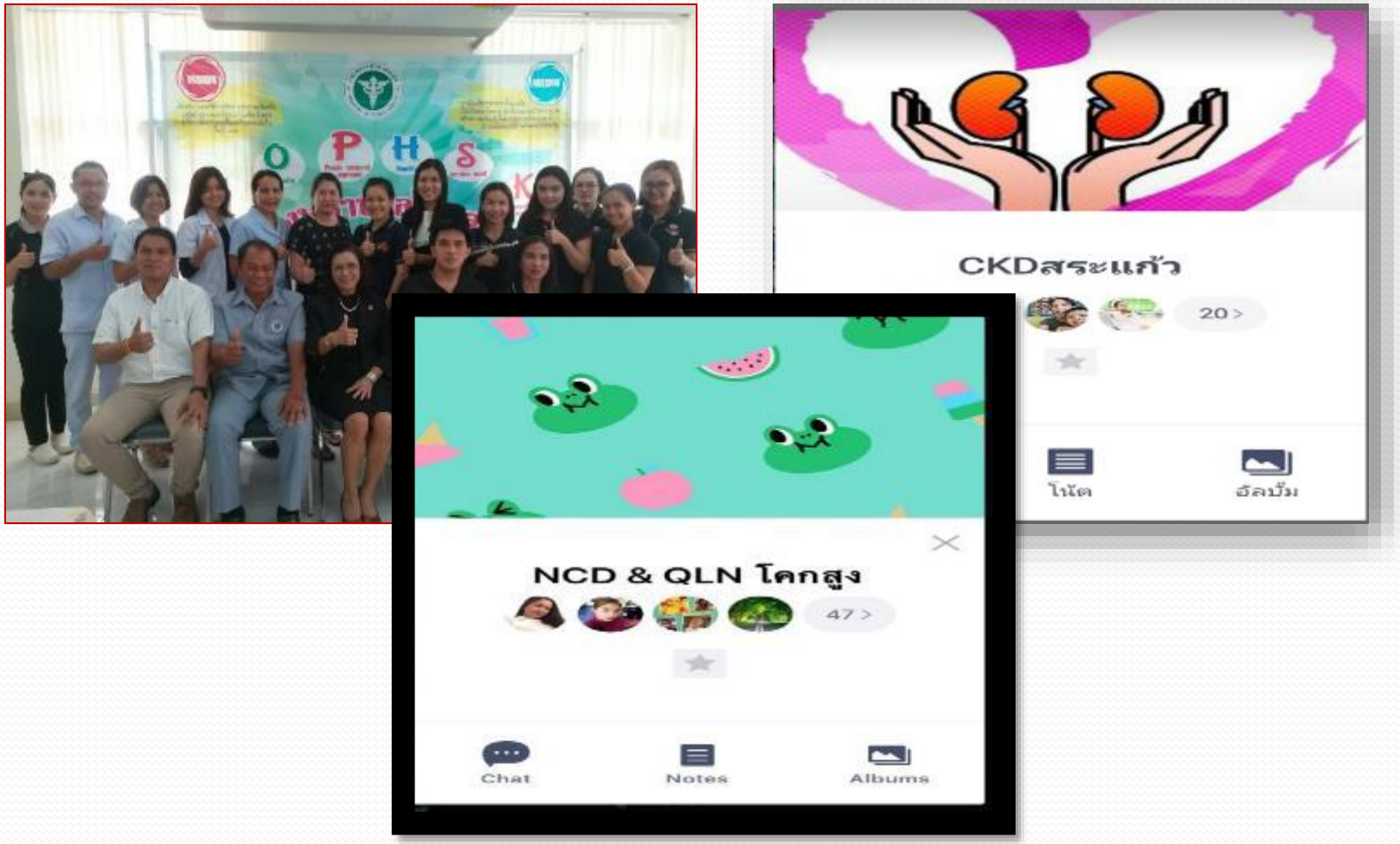


เภสัชกร

พยาบาลผู้จัดการ

นักกายภาพ

๓.๖ เครือข่ายร่วมดูแล ร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไต



๓.๗ การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

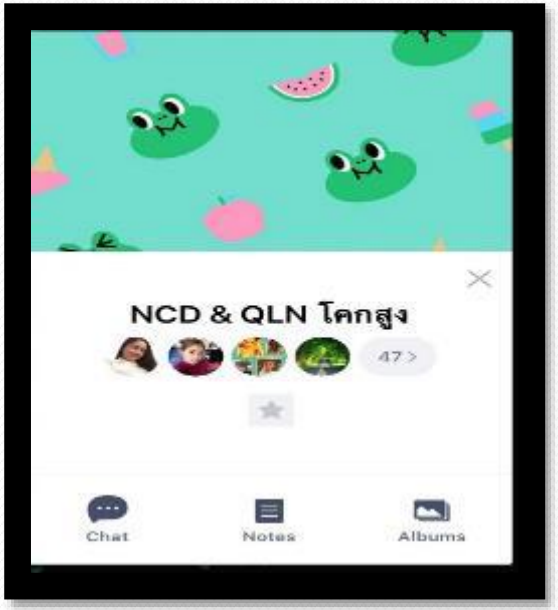
<u>แผนการพัฒนา</u>

จัดตั้งทีมรักษ์ไต ร่วมกับทีมสหสาขา โดยกำหนดแผนการติดตามเยี่ยมกลุ่มผู้ป่วย CKD ดังนี้

๑. CKD Stage ๔,๕ ไม่มีผู้ดูแล

๒. CKD Stage ๕ ปฏิเสธ RRT

๓. CKD Stage ๕ พร้อม RRT



องค์ประกอบที่ ๔

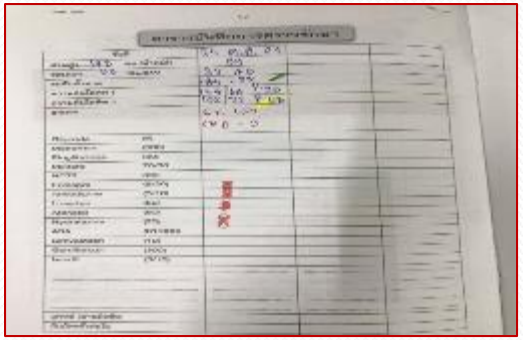
มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

๔.๑ มีการจัดบริการเพื่อส่งเสริมทักษะความรู้

กิจกรรมที่สนับสนุนการจัดการตนเอง ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูล

คืนและแลกเปลี่ยนข้อมูล รวมทั้งการแนะนำการใช้ยา แก่ผู้รับบริการ/ บุคคลในครอบครัว เพื่อการตัดสินใจใน การสร้างเสริมพฤติกรรม การ Double check ป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยง/ โอกาสเสี่ยง/ความต่อเนื่องในการใช้ยาที่จำเป็น และเทคนิคการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ประกอบการตั้งเป้าหมาย เพื่อการวางแนวทาง/แผนปรับตัว การเปลี่ยนแปลง และการดำรงพฤติกรรมเพื่อการป้องกัน รักษาและฟื้นฟู



๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกับภาคี

แผนงาน/กิจกรรม
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการ
จัดการตนเอง

๔.๔ จัดทำสื่อที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเอง

คู่มือ แนวทางเพื่อการจัดการตนเองที่จำเป็น

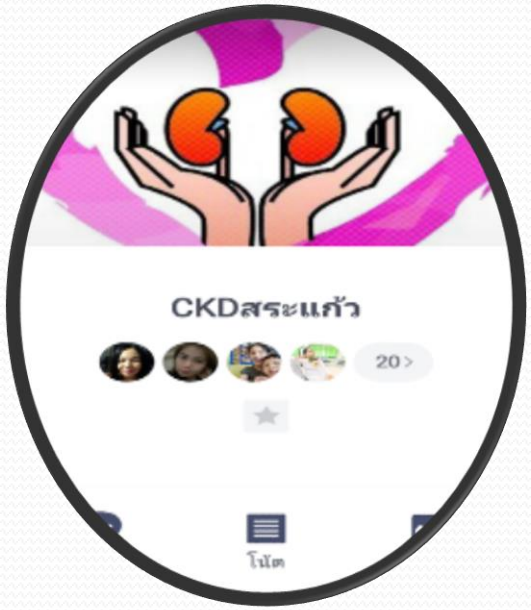
องค์ประกอบที่ ๕
ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจ

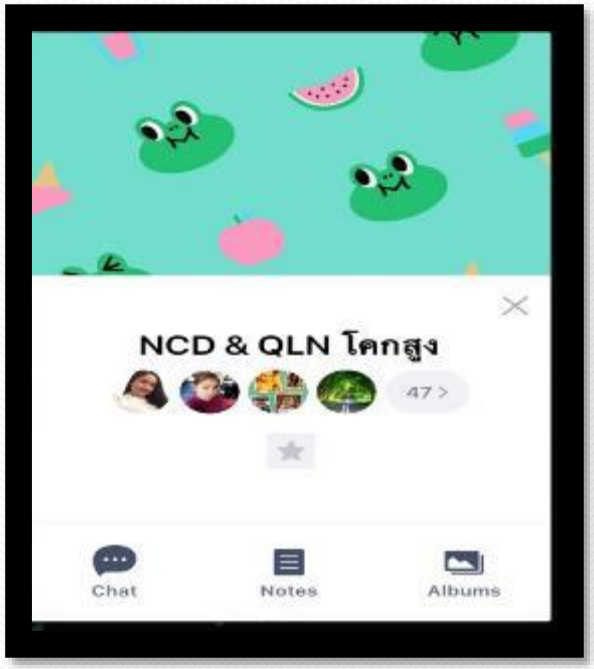
๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ ที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับจังหวัดและCUP

แนวเวชปฏิบัติอิงหลักฐาน(CPG)ในการดำเนินงาน

๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษา

เครือข่ายให้คำปรึกษาทั้งภายในและภายนอกโดยผู้ชำนาญกว่า





องค์ประกอบที่ ๖
จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงลดโรคให้แก่ชุมชน

วิเคราะห์และจัดทำแผนงานกิจกรรมเพื่อเสริมทักษะในลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคในชุมชน

การประเมินคุณภาพ

โรงพยาบาลโคกสูง

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	คะแนนที่ได้
๑.ร้อยละของผู้ป่วย DM,HT ที่ได้รับการคัดกรองCKD	≥ ๘๐	๔๘.๓๑
๒.ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage ๑-๔ และเป็นที่ควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ดี	≥ ๔๐	๒๒.๖๘
๓.ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage ๑-๔ ที่ควบคุมความดันโลหิต	≥ ๕๐	๖๙.๗๑
๔. ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage ๑-๔ ที่ได้รับยา ACEI/ARB	≥ ๕๐	๕๘.๔๙
๕. . ร้อยละของผู้ป่วย CKD stage ๑-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	≥ ๖๖	๘๔.๖๘

แผนการพัฒนา

มีระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย CKD ในเขตของรับผิดชอบไปยังชุมชนแต่ละท้องถิ่น เพื่อดำเนินการวางแผน ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ที่ลดการเกิดโรคไตวายเรื้อรังตามกลุ่มเสี่ยง และพัฒนารูปแบบการป้องกันการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวาน กรณีศึกษาอำเภอโคกสูง จังหวัดสระแก้ว

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. รพ.เปิดใหม่ สามารถสร้างระบบงานโดยมีโรงพยาบาลต่างๆเป็นพี่เลี้ยง
2. ทีมงานเรียนรู้งานและสามารถทำงานแทนกันได้ทุกคน
3. เชื่องโยงกันระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ส่งต่อ รพ.สต. และชุมชน
4. วิเคราะห์ข้อมูลอย่างรวดเร็วและทันเวลา
5. เจ้าหน้าที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลติดตามผู้ป่วย CKD ทั้งใน รพ. และชุมชน

จบการนำเสนอ

Thank you