การพัฒนาระบบส่งต่อ ปี 2562

SEPSIS

STEMI

Trauma

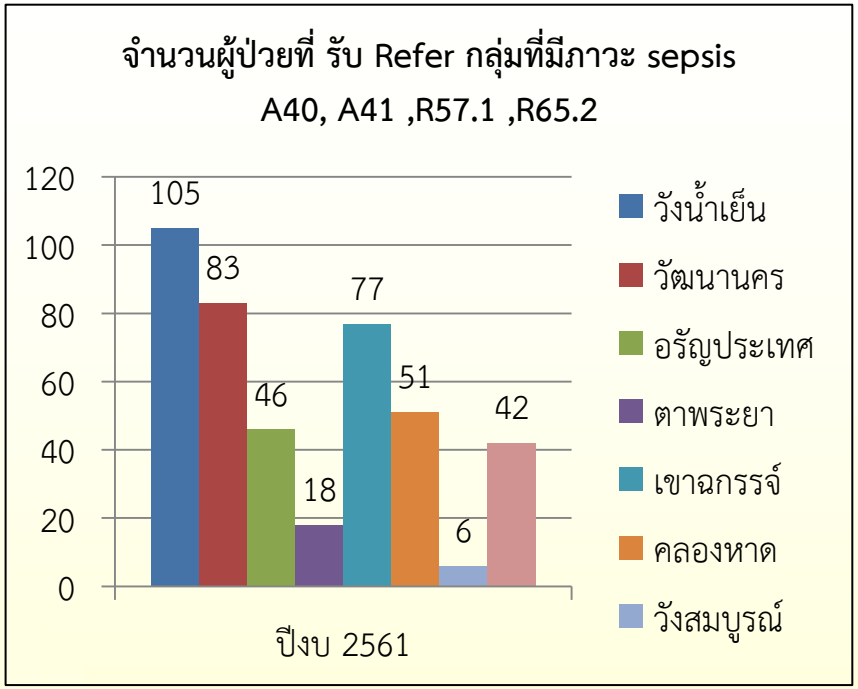
STROKE

Intermediate Care

Sepsis

<u>ปัญหา</u>

- ให้ Antibiotic ล่าช้า และ รพช. บางแห่งไม่ได้ Septic Work Up ก่อนการให้Antibiotic
- ให้ Volume resuscitation ไม่เพียงพอ เฉลี่ยให้มาเพียง 200-500ml. แล้ว Inotrope เลย
- การประเมิน และสังเกตอาการผู้ป่วยทั้งก่อนและระหว่าง Refer ยังไม่ครบถ้วน ทำให้ผู้ป่วยหลายรายมี Prolong shock
- ขาดการประเมิน Organ failure ในหลายๆด้าน เช่น Hypoglycemia ,AKI , Urine Output ในกรณี Septic shock
- บันทึกเวชระเบียนไม่ครบถ้วน และไม่มี Record อาการที่เหมาะสม เช่นมีการประเมิน V/S แต่ไม่มีบันทึกที่เหมาะสม

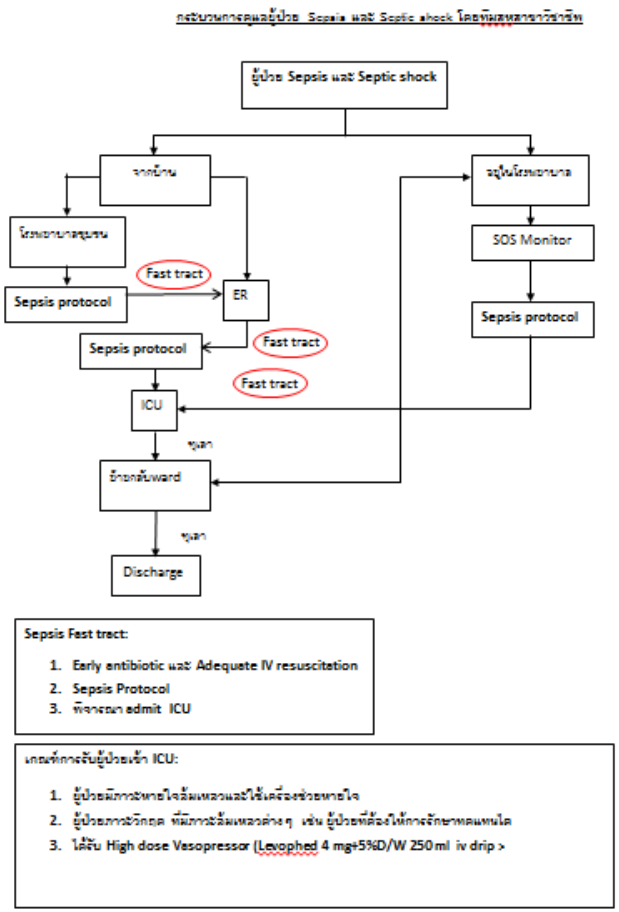


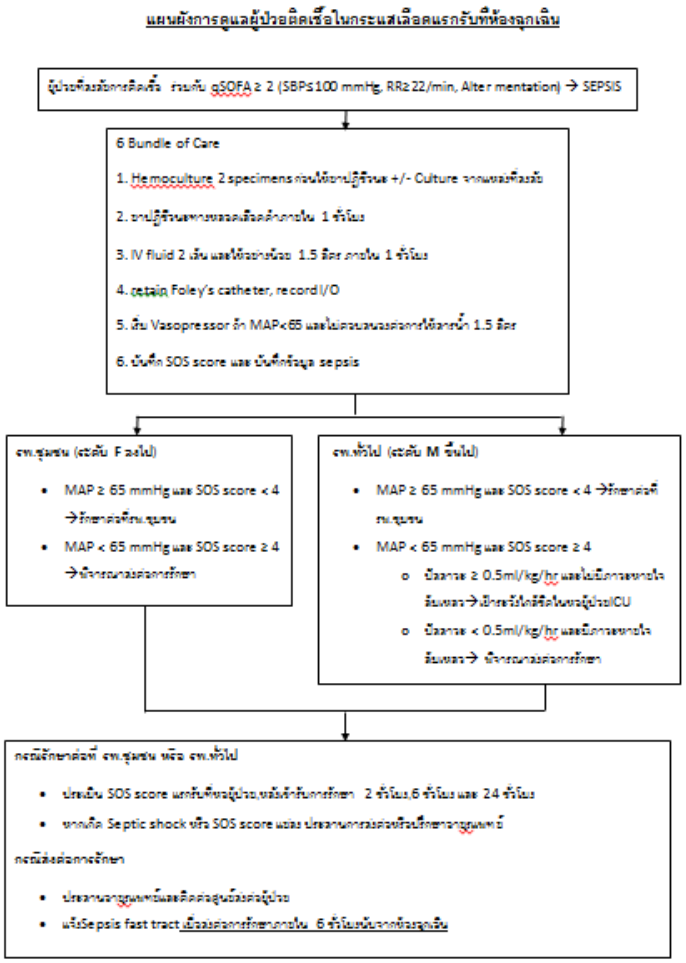
เป้าหมายการพัฒนาปี 2562

- พัฒนารพ. M1 มีอายุรแพทย์ สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้และพัฒนาการดูแล sepsis ขั้นรุนแรง พร้อมสามารถรับส่งต่อช่วยกับ รพ.จังหวัด และมี ICU 8 เตียง
- จัดทำแนวทางการส่งต่อและส่งกลับผู้ป่วยที่ชัดเจนเพื่อให้ รพช.ดูแลรักษา

Sepsis

แนวทางการส่งต่อและดูแลผู้ป่วย Sepsis 2562

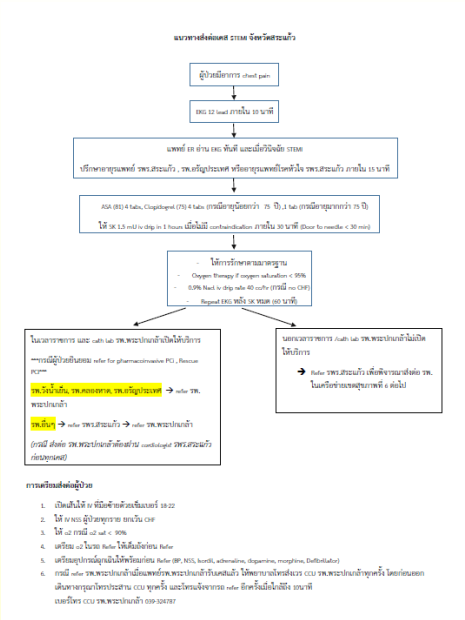




STEMI

- อัตราการเข้าถึง Streptokinase 81.43 % (Goal > 80%)
- Delay Total ischemic time เฉลี่ย 555.75 นาที เข้าถึงบริการล่าช้า
- Delay Door to needle time เฉลี่ย 171.62 นาที (Goal < 30 นาที)
- จำนวนผู้ป่วย Dead 13.64% (Goal < 10%)
- รพ. F2 ให้ SK ได้ 100%
- Wafarin Clinic 100%
- การลงรหัส ICD-10 ผิดพลาด
- ขาดบุคลากร อุปกรณ์ สถานที่

แนวทางการส่งต่อปี 2562



<u>เป้าหมายการพัฒนาปี 2562</u>

- เพิ่มอัตราการเข้าถึง Streptokinase โดยเน้นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (NCD , Smoking)
- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้เข้าถึงบริการได้เร็วขึ้น
- เพิ่มความรวดเร็วในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ใน รพช.
- สร้าง Cardiac center ใน รพร. สระแก้ว
  - อยู่ระหว่างการสร้างห้องตรวจพิเศษโรคหัวใจ เพื่อ Echocardiography , Exercise stress test , Holter monitoring
- ส่งเรียนพยาบาลเฉพาะทางโรคหัวใจเพิ่ม

การพัฒนาระบบ

Fast track blunt abdominal injury

วิเคราะห์ผลการพัฒนาBlunt Abdomen injury

ผู้ป่วย fast track blunt abdomen injuru ที่มี ps score > 0.75 เสียชีวิตมากขึ้น จากการทบทวน พบว่า

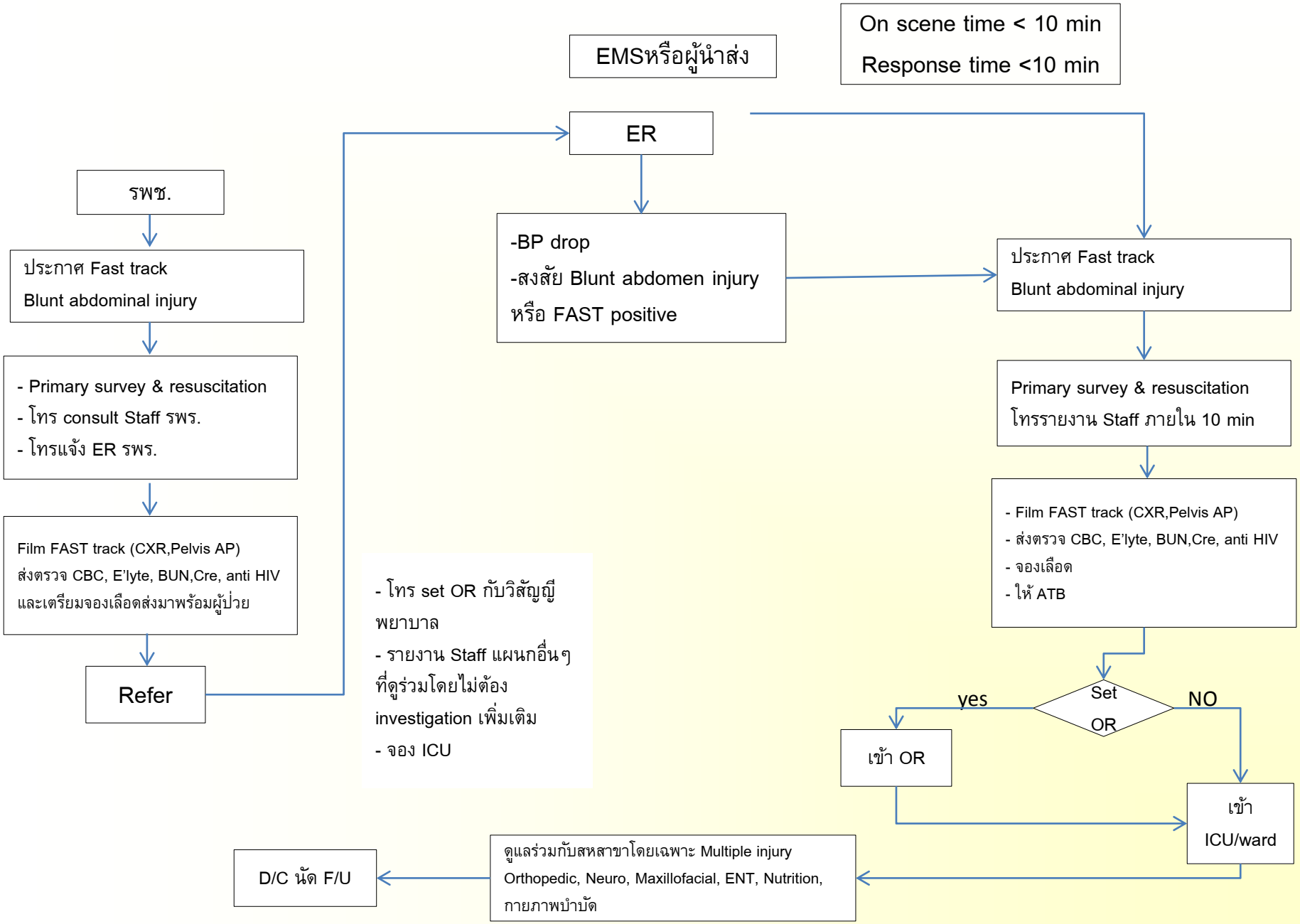
1. กระบวนการจัดการในกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ ขาดการกระจายผู้ป่วยไปรักษา ในโรงพยาบาลใกล้เคียง 2. การแก้ไขผู้ป่วยอุบัติเหตุตามหลัก ATLS ไม่ดีพอ

3. พบปัญหาเรื่องระบบการโทรปรึกษาศัลยแพทย์หรือแพทย์เวร ER ของรพร.สระแก้ว

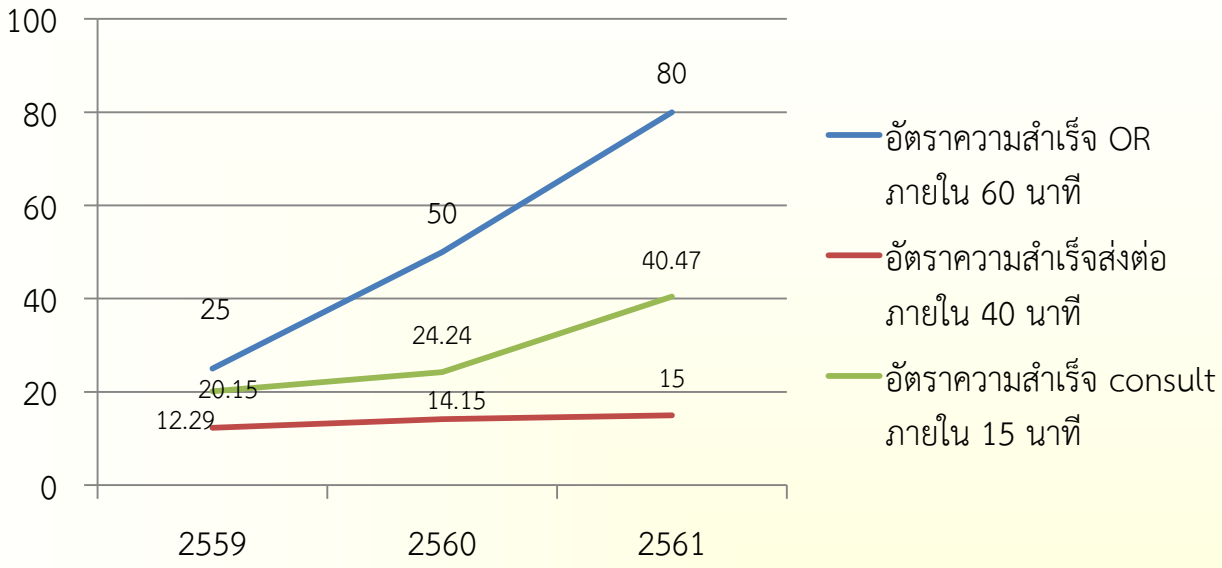
4. Refer ล่าช้าในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บหลายระบบ เนื่องจากรอ investigate และ รพร.สระแก้ว ยังคงพบว่า ER Over Crowding

จากปัญหาที่พบ ได้มีการทบทวนและค้นหาแนวทางแก้ไขโดยการหารือกับสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดแนวทางปฏิบัติ blunt abdomen injury การประกาศ fast track แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย blunt abdomen injury ให้ครอบคลุมทุก รพช.ในเครือข่าย

Flowchart Blunt abdomen injury



ผลการดำเนินงาน Fast track blunt abdominal injury



การพัฒนาปี 2562

Response Time ภายใน 10 นาที ในระยะ 10 km = 100%

ผู้ป่วย Trauma วิกฤตฉุกเฉิน มาด้วยระบบ EMS > 30 %

ER Crowding
2P Safety
MOPH Triage

HR+HRD

สาขาโรคหลอดเลือดสมอง

สถานการณ์

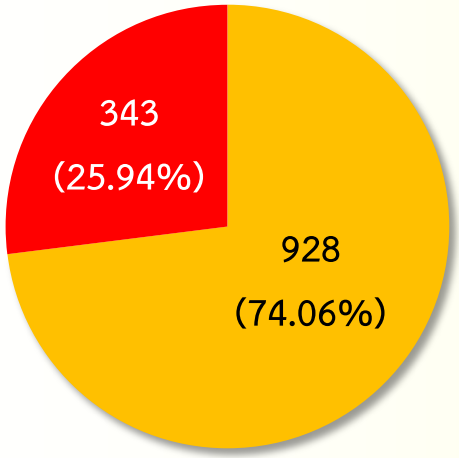
- Stroke Unit จำนวน 7 เตียง
- Stroke Corner ที่ รพ. อรัญประเทศ จำนวน 4 เตียง
- ระบบ Stroke Fast Track ทำงานเชื่อมโยงในเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว
- Stroke Nurse 2 คน
- Neuromed 1 คน

สภาพปัญหา

- อัตราตายโรคหลอดเลือดสมองยังสูงเกินกว่าเป้าหมาย
- อัตราการเข้าถึงระบบ Fast track ยังอยู่ในระดับที่ยังไม่น่าพอใจ
- ประชาชนยังขาดความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง
- ร้อยละภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองยังเกินเป้าหมาย
- Thai COC ยังไม่ได้ 100%

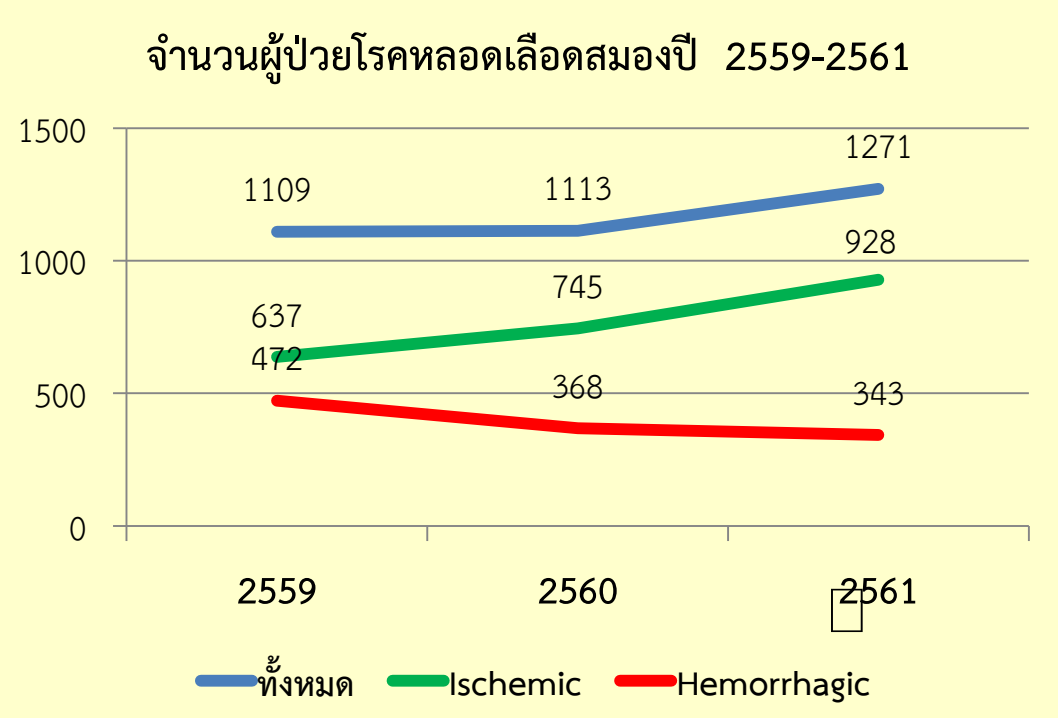
จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ปี 2561



จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด 1,271 ราย

- Ischemic
- Hemorrhagic



กระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเครือข่ายจังหวัดสระแก้ว

Pre-hospital

1. ระบบการเข้าถึง
2. ระบบการป้องกันโรค
3. ระบบ Refer ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

Hospital

4. ระบบบริหารจัดการภายใน รพ. สระแก้ว
5. ระบบการรักษาพยาบาล
6. ระบบการฟื้นฟูและรับบริการแพทย์แผนไทย
7. Intermediate Care**

Community

8. ระบบการติดตามการเยี่ยมบ้าน
9. ระบบการเยี่ยมและการส่งต่อข้อมูล

พัฒนาระบบงานผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์สาขาโรคหลอดเลือดสมอง 2562

Pre-hospital

1. การประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อให้ประชาชนเกิด Stroke Alert, Stroke Awareness
2. คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองใน NCD Clinic
3. พัฒนาระบบ Stroke Fast track

Hospital

1. ปรับปรุง Standing Order, Guideline
2. Stroke grandround
3. ทบทวนผู้ป่วย Stroke ที่เสียชีวิต
4. ทบทวน Care Map ในการดูแลทางการพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน
5. การดูแลผู้ป่วย Hemorrhagic Stroke ใน Stroke Unit
6. กระตุ้นการจัดตั้ง Stroke Unit (รพ. อรัญประเทศ)

***พัฒนาระบบ Intermediate care ในเครือข่าย จ. สระแก้ว

Community

1. เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่าง รพ. กับชุมชน ผ่านระบบ Intermediate care & COC
2. การประสานงานไปยังผู้นำชุมชนเพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมอง

INTERMEDIATE CARE

กลุ่มเป้าหมายหลัก

- ✓ stroke
- ✓ traumatic brain injury
- ✓ spinal cord injury
- ✓ **ผ่าตัดกระดูกข้อสะโพก**

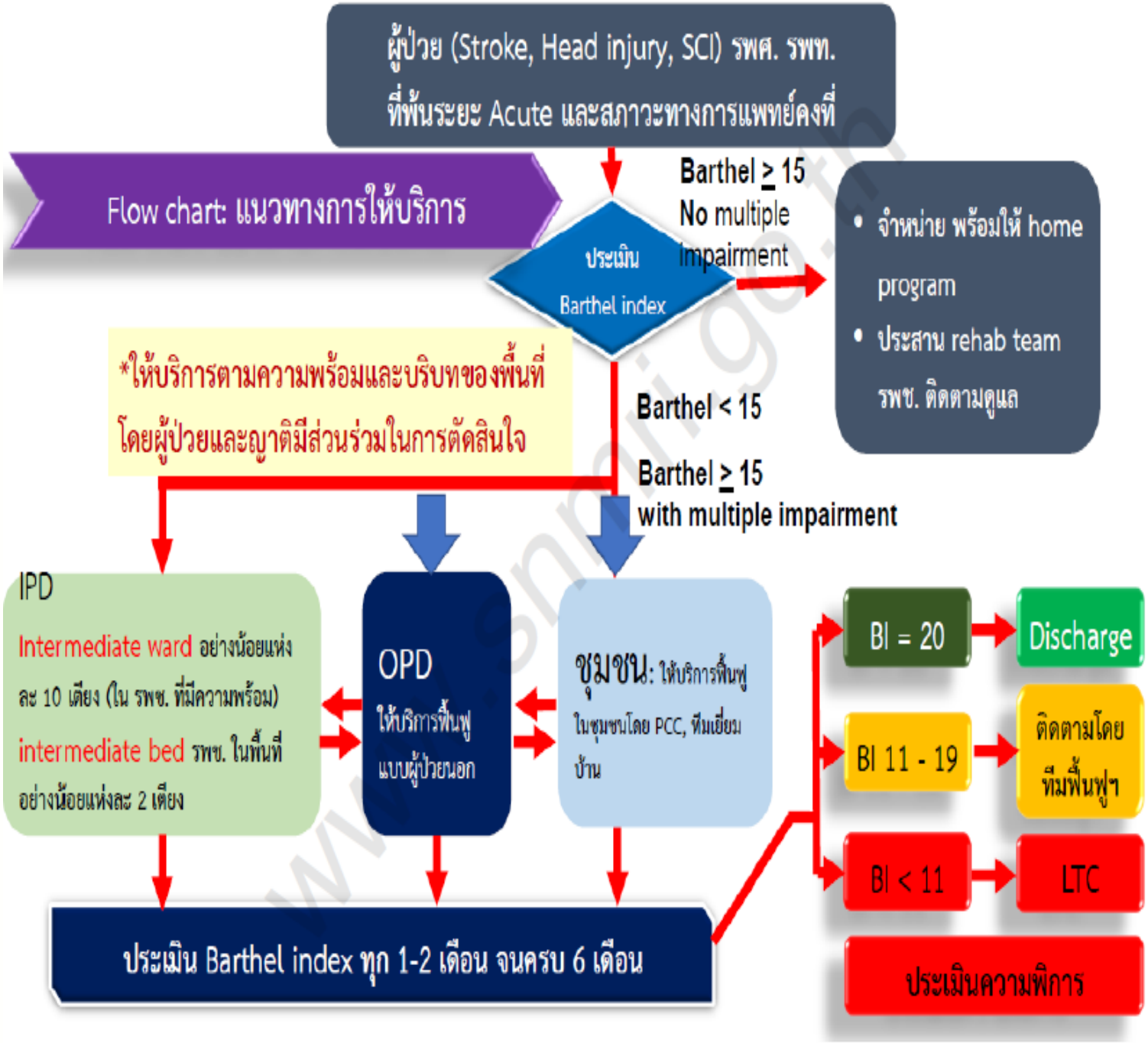
เป้าหมายหลัก	ระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่อง • Stroke • traumatic brain injury • spinal cord injury
เป้าหมายรอง	• ลดความแออัด รพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียง รพช. • ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น post-surgery, chronic wound, chemotherapy
ระยะเวลา	• 6 เดือน นับจากวันที่พ้นภาวะวิกฤตและมีอาการคงที่
รูปแบบบริการ	• IPD (intermediate care ward/bed) • OPD • community

nmri.go.th

INTERMADIATE CARE

จุดเน้นพัฒนาบริการ

- **ลดการแออัดของรพศ.รพท./เพิ่มอัตราครองเตียงรพช.**
- ระบบส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น
  - post operative
  - chemotherapy
  - chronic wound / ATB
- ป้องกันและชะลอการเกิด complication ต่างๆเช่น
  - UTI , bedsore ,pneumonia, re-admit


ผู้ป่วย (Stroke, Head injury, SCI) รพศ. รพท.
ที่พ้นระยะ Acute และสภาวะทางการแพทย์คงที่
Flow chart: แนวทางการให้บริการ
ประเมิน
Barthel index
Barthel ≥ 15
No multiple impairment
• จำหน่าย พร้อมให้ home program
• ประสาน rehab team รพช. ติดตามดูแล
*ให้บริการตามความพร้อมและบริบทของพื้นที่
โดยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
Barthel < 15
Barthel ≥ 15
with multiple impairment
IPD
Intermediate ward อย่างน้อยแห่งละ 10 เตียง (ใน รพช. ที่มีความพร้อม)
intermediate bed รพช. ในพื้นที่อย่างน้อยแห่งละ 2 เตียง
OPD
ให้บริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอก
ชุมชน: ให้บริการฟื้นฟูในชุมชนโดย PCC, ทีมเยี่ยมบ้าน
BI = 20
Discharge
BI 11 - 19
ติดตามโดยทีมฟื้นฟูฯ
BI < 11
LTC
ประเมินความพิการ
ประเมิน Barthel index ทุก 1-2 เดือน จนครบ 6 เดือน

INTERMEDIATE CARE

บทบาทความก้าวหน้า

- กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ IMC มีคณะทำงานเครือข่ายสระแก้ว
- กำหนดแนวทางการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ เชื่อมโยง ตั้งแต่ระบบตติยภูมิ ทุติยภูมิ ลงไปถึงปฐมภูมิเพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยในรพ.ศูนย์รพ.รพ.ทั่วไป ในรพช.(มี 2wardคือรพ.แพทย์แผนไทยวัฒนา,รพ.อรัญประเทศ,และ2BEDในรพช.)
- สนับสนุนละกำหนดแนวทางบริการจัดการเตียงที่มีอยู่ในสถานบริการให้มีบริการในทุกระดับเพื่อเพิ่มศักยภาพให้รพ.ชุมชนให้มีศักยภาพในการดูแลให้สูงขึ้น

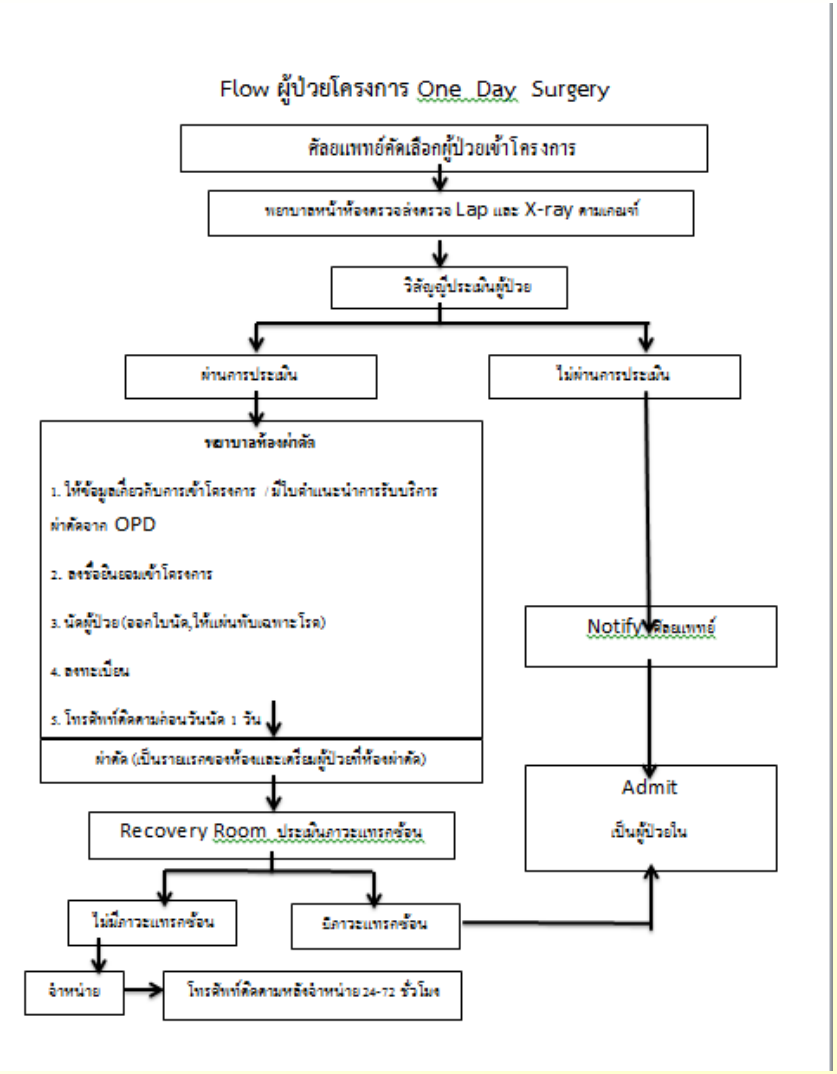
INTERMEDIATE CARE

บทบาทความก้าวหน้า

- มีCPG,KPIที่สะดวกต่อการทำงาน
- มีระบบrefer back IMCโดยThai COC
- ติดตามความก้าวหน้าและผลการดำเนินงานเพื่อให้ข้อเสนอแนะแก้ไขปัญหาต่างๆๆ

สาขา One Day Surgery

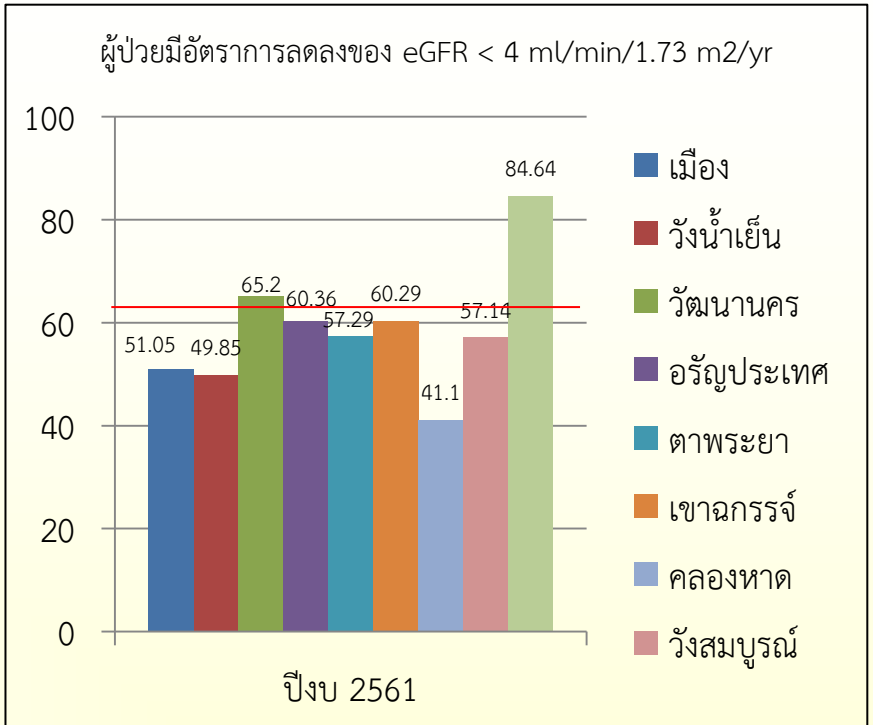
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ได้ผ่านการเกณฑ์การประเมินการผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ หรือ One Day Surgery (ODS) ในวันที่ 16 สิงหาคม 2561 ซึ่งในปัจจุบันได้จัดตั้งศูนย์การผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ หรือ One Day Surgery (ODS) โดยเป็นความร่วมมือกันระหว่าง ศัลยแพทย์ พยาบาลผู้ป่วยนอก พยาบาลห้องผ่าตัด วิสัญญีแพทย์และวิสัญญีพยาบาล
- มีการจัดทำเอกสารสำหรับ ODS ใบแสดงความยินยอม แบบฟอร์มบันทึกการให้บริการแบบ ODS, Standing Order



CKD

<u>ปัญหา</u>

- จำนวนผู้ป่วยไตวายเรื้อรังมากขึ้น
- ขาดบุคลากรสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะนักกำหนดอาหาร, พยาบาล CKD, Clinic Case Manager และสถานที่ไม่เพียงพอ
- ขาดการประสานงานด้านการส่งต่อ
- ผู้ป่วยปฏิเสธ รักษาจำนวนมาก ปฏิเสธ RRT
- ผู้ป่วยขาดความตระหนักก่อนและหลังปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr = 56.38 % (เป้าหมาย = ร้อยละ 66)
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว ดู Case CKD stage 3,4 และ 5 และเกิดปัญหาภาวะแทรกซ้อน



<u>เป้าหมายการพัฒนาปี 2562</u>

- ขับเคลื่อนงานร่วมกับ ภาคีเครือข่าย PCC รพช./รพสต.
- พัฒนาคุณภาพ CKD Clinic และเชื่อมโยงกับ PCC
- พัฒนาระบบฐานข้อมูล
- เพิ่มการคักครองในกลุ่ม NCD เพื่อค้นหาผู้ป่วย CKD รายใหม่ และดูแลป้องกัน
- อบรม Case manager CKD Clinic
- พัฒนาระบบส่งต่อ Case CKD จาก รพช.ให้มีประสิทธิ์ภาพกว่าเดิม
- เน้นสร้างแรงใจแก่ผู้ป่วยและญาติหลายๆรอบ เพื่อความเข้าใจเกิดความตระหนักดูแลจัดการตนเองได้

สาขารับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

- มีการเก็บข้อมูลส่งเขตทุกเดือน
- ประชาชนทั่วไปยังมีทัศนคติเดิมๆ เกี่ยวกับการบริจาคอวัยวะและดวงตา
- ยอดผู้แสดงความจำนงบริจาคดวงตา = 52 ราย
- ยอดผู้แสดงความจำนงบริจาคอวัยวะ = 91 ราย
- ยังขาดบุคลากรด้านนี้ เช่น พยาบาลจัดเก็บดวงตา เจ้าหน้าที่ Counseling เป็นต้น

ผลการดำเนินงานปี 2561

Hospital death	เป้าหมายการจัดเก็บระดับเขต ดวงตา = 1.2 : 100 อวัยวะ = 0.7 : 100	การได้รับการบริจาค (ผู้เสียชีวิต)
1,037	ดวงตา = 12.44	1 ราย (2 ดวง)
	อวัยวะ = 7.30	1 ราย (ไตและหัวใจ)

มาตรการ/แนวทางการพัฒนา

- เพิ่มการประชาสัมพันธ์ และให้คำปรึกษาประชาชนเรื่องการบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ
- มีแผน ส่งพยาบาลอบรม TC nurse หลักสูตรสภาการพยาบาล 4 เดือน จำนวน 1 คน/ปี
- รพร.สระแก้ว และ รพ. อรัญ ส่งพยาบาลอบรมการจัดเก็บดวงตาของสภากาชาดไทย ระยะเวลา 2 สัปดาห์
- ให้ทุก รพ. มีโต๊ะรับบริจาคอวัยวะและดวงตา 1 จุดที่ OPD

Node รพร. สระแก้ว = รพ. วัฒนานคร ,รพ. เขาฉกรรจ์ ,รพ. วังน้ำเย็น และรพ. วังสมบูรณ์

Node รพร. อรัญประเทศ = รพ. ตาพระยา, รพ. คลองหาด และ รพ. โคกสูง

ระดับความสำเร็จในการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

R

D

U

เป้าหมาย 2561

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
RDU ขั้นที่ 1 **60%** **RDU ขั้นที่ 2** **5%**	RDU ขั้นที่ 1 70% RDU ขั้นที่ 2 10%	RDU ขั้นที่ 1 80% RDU ขั้นที่ 2 15% มีระบบจัดการ AMR บูรณาการ 40%	RDU ขั้นที่ 1 80% RDU ขั้นที่ 2 20% มีระบบจัดการAMR บูรณาการ 70%

√ <u>RDU ขั้นที่ 1</u> RDU1 : ผ่าน 8 แห่ง RDU2 : ผ่านทุกแห่ง

× <u>RDU ขั้นที่ 2</u> RDU1 : ยังไม่มี รพ. ใดผ่าน RDU2 : ผ่านทุกแห่ง

× <u>RDU ขั้นที่ 3</u> (ในภาพรวม ต้องมีรพ.ผ่าน 20% ปี 63 และ 80% ปี 64) : ยังไม่รพ.ใดผ่าน

เป้าหมาย Rational Drug Use (RDU) 5 ปี

เป้าหมายการดำเนินการ ภายในระยะเวลา 5 ปี (ปี 2560 - 2564) ดังนี้

ประเด็น	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
RDU	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่ง และ ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 1 ทุกแห่ง และ ขั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่ง และ ขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของ รพ. ทั้งหมด	รพ. RDU ขั้นที่ 2 ทุกแห่ง และ ขั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ. ทั้งหมด
AMR	- รพ. ระดับ A, S และ M1 มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) ในโรงพยาบาล - มีข้อมูล (Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 10 จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 20 จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 30 จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 จาก Baseline Data

<u>Service Outcome</u> โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์เป้าหมาย

<u>Health Outcome</u> 1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย 2. ลดอัตราป่วยและอัตราตายจากการติดเชื้อดื้อยา ต้านจุลชีพ 3. ลดค่าใช้จ่ายด้านยาและลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจ

Thank you!