

ชื่อผลงาน เบาหวาน เบาใจ ไม่ต้องอดอาหาร โรงพยาบาลอาจสามารถ

นางชนิษฐา เจริญนพกิจ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หลักการและเหตุผล

ระบบการให้บริการผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลอาจสามารถก่อนการพัฒนา ปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี อัตราการมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนเพิ่มสูงกว่ากลุ่มโรคอื่นและ เป็นกลุ่มที่ใช้เวลาในการมารับบริการนานที่สุดเมื่อเทียบกับผู้ป่วยทั่วไป เริ่มตั้งแต่จับบัตรคิว เจาะน้ำตาล วัดความดัน รอดตรวจ จนกระทั่งรับยากลับบ้าน โดยให้ผู้ป่วยอดอาหารอย่างน้อย 8 ชม. ก่อนมารับบริการทุกครั้ง ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ ความดันโลหิตขึ้นสูง ขณะรอเจาะเลือดบ่อยครั้ง ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถทนทานกับภาวะอดอาหารหลังตื่นนอนได้ ความต้องการเชิงควมมีมากขึ้น ความพึงพอใจลดลง เหนื่อยหน่ายใจกับการที่ต้องตื่นมารับบริการ และเดินทางมา โรงพยาบาลตั้งแต่เวลา 05.00น. และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการก็เกิดความอ่อนล้า เหน็ดเหนื่อย ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานลดลง

ฐานข้อมูลผู้ป่วยเบาหวาน ปี พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 2,739, 2,910 และ 2,963 ราย ตามลำดับ

วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว มาผิคนัดก็สามารถตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. ผู้ป่วยไม่ต้องทรมานกับการอดอาหารมาตรวจน้ำตาล ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวานซึ่งได้แก่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หน้ามืดเป็นลม หหมดสติ
3. ลดความแออัดในโรงพยาบาลเนื่องจากสามารถให้บริการใน รพ.สต. ช่วงบ่ายได้
4. สร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยและญาติ ป้องกันการเกิดข้อร้องเรียนจากความไม่พึงพอใจ

เป้าหมาย ผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ รพ.สต.ในอำเภออาจสามารถ

กิจกรรมการพัฒนา

1. ประชุมชี้แจงแผนงาน โครงการ ให้ผู้เกี่ยวข้องรับทราบ
2. ใช้ข้อมูลจากงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่าง HbA1c กับ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร จัดประชุมวิชาการดูแลผู้ป่วยโดยการใช้ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
3. พัฒนารูปแบบการเจาะวัดระดับน้ำตาลเป็นแบบ น้ำตาลหลังอาหาร 2 ชั่วโมง ในภาคเช้าจะให้ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ จับบัตรคิวตามเวลาปกติ (07.40น.) ไม่ต้องเร่งรีบโดยรับประทานอาหารเช้ามาจากบ้านตั้งแต่เวลา 06.00 น. ภาคบ่ายจะให้ผู้ป่วยเบาหวานมารับบริการ จับบัตรคิวตามเวลา 13.00 น. โดยรับประทานอาหารมื้อเที่ยงมาจากบ้านตั้งแต่เวลา 11.00 น.
4. ติดสติ๊กเกอร์ ปิงปอง 7 สี จราจรชีวิตในสมุดประจำตัวผู้ป่วย โดยปรับค่าน้ำตาลจาก FBS เป็น PPD ให้คำแนะนำ ค้นหาปัญหารายบุคคลจาก ทีมสหวิชาชีพก่อนตรวจรับยา
5. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ส่งต่อคลินิกเรื้อรังใกล้บ้าน ใกล้ใจ ที่ รพ.สต.ประจำพื้นที่

6. การเจาะเลือดประจำปีที่ต้องอดอาหาร ผู้ป่วยสามารถรับบริการเจาะเลือดที่รพ.สต. ใกล้บ้าน ตามปฏิทินคัดกรองจากการออกพื้นที่ของโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

ผลการพัฒนาระบบบริการ

1. การพัฒนารูปแบบการเจาะวัดระดับน้ำตาล เป็นแบบ น้ำตาลหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ช่วยให้ผู้ป่วยมารับบริการได้ตลอดทั้งวัน ไม่เฉพาะเจาะจงว่าจะต้องมาตอนเช้าเท่านั้น นอกจากนี้ยังสามารถจัดคลินิกเบาหวานช่วงบ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการมารับบริการที่ รพ.สต. เครือข่ายได้ด้วย
2. การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง ทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจไม่ต้องทนหิวกับการอดอาหารมาตรวจน้ำตาลในเลือด
3. ลดข้อขัดแย้งจากการขอแชนคิว ในรายที่แจ้งความประสงค์ว่าทนหิวไม่ไหว
4. การกระจายผู้ป่วยลงสู่ รพ.สต. ช่วยลดระยะเวลาการรอคอยในโรงพยาบาลและลดความแออัดลง
5. มีงานวิจัยรองรับ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับ HbA1c กับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร
6. ประหยัดค่าตอบแทน คลินิกรุ่งอรุณ

ผลผลิต/ผลลัพธ์	ก่อน	ปี2558	ปี2559	ปี2560
1.จำนวนผู้รับบริการต่อวัน (เฉลี่ยราย)	220	88.07	79.23	85.14
2.อัตราการเกิด Hypoglycemia ขณะรอตรวจ(ร้อยละ)	2	0	0	0
3.ระยะเวลาการรอคอย (นาที)	180	55.08	49.88	50.72
4.ความพึงพอใจของผู้ป่วย (ร้อยละ)	70.78	90.16	89.17	88.82
5.อัตราการส่งต่อรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต. เครือข่าย PCU ใน รายที่ควบคุมโรคได้ดี	≥50%	36.61	51.82	51.92
6.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่คุมน้ำตาลในเลือดได้ดี HbA1c <7	NA	38.43	30.68	21.77
7.อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่คุมความดันโลหิตได้ดี BP<140/90	NA	96.46	61.97	84.99

ปัญหา อุปสรรค แนวทางแก้ไข

ปีพ.ศ. 2550 เป็นระยะเริ่มแรกของการพัฒนายกเลิกการเจาะน้ำตาลแบบอดอาหาร 8 ชั่วโมง เปลี่ยนมาเป็น การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดหลังการรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมงแทน ในระยะแรกนี้ผู้ป่วยให้มารับบริการทั้งเช้าและบ่าย ปัญหาความแออัดของผู้ป่วยเบาหวาน ยังไม่ลดลง ปี พ.ศ. 2551 จึงกระจายผู้ป่วยบางส่วนให้ไปรับบริการที่ รพ.สต. ใกล้บ้านใกล้ใจ ปัญหาความแออัดพอจะบรรเทาบ้าง แต่ไม่เป็นที่น่าพอใจนัก ปี พ.ศ. 2554 จึงมีการทบทวนในทีม ให้เพิ่มจำนวนวันให้บริการผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาล เป็นสัปดาห์ละ 2 วัน ผลตอบรับเป็นที่น่าพอใจ และในเดือนสิงหาคม ปีพ.ศ. 2560 ได้แยกคลินิกเป็น One-stop service เชิญแพทย์มาตรวจผู้ป่วยที่คลินิกโรคเรื้อรัง ช่วยลดปัญหาความแออัดที่แผนกผู้ป่วยนอกได้มากขึ้น

แนวทางการพัฒนาปี 2561

1. พัฒนาคูณภาพการดูแลผู้ป่วย ในเรื่องการควบคุมระดับ HbA1c < 7
2. ลดระยะเวลาการรอคอย ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) โรงพยาบาลเกษรวิสัย

นพ.อดุลย์ ราชณูวงศ์, นางสาวอาภรณ์ ถนัดคำ

นางวรินทร์ธร อนุเวช, นางอัญชลี สิทธิธิดา

ความเป็นมา/ความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลเกษรวิสัย เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 ที่มีแพทย์เฉพาะสาขาด้านอายุรกรรม ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งในเขตความรับผิดชอบ และผู้ป่วยที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลลูกข่าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เป็นกลุ่มโรคอายุรกรรมที่มีค่าใช้จ่ายสูงของโรงพยาบาล Admission และ Re-admit บ่อย สาเหตุจากการเกิด Exacerbation จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบผู้ป่วยปี 2557-2559 ดังนี้ 58,61,71 ราย ตามลำดับ และพบอัตรา Admission และ Re-admit โดยคิดเป็นค่าใช้จ่ายในการ Admission เฉลี่ย/ครั้ง 7,554.19 บาท ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก Exacerbation และจากการทบทวนกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องพบว่า การเข้าถึงบริการในคลินิกยังไม่ครอบคลุม การวินิจฉัยโรคไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ผู้ป่วยใช้ยาไม่ถูกต้อง ขาดนัดเมื่ออาการสงบ มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ และรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไม่ชัดเจน ดังนั้นทีมพัฒนาคุณภาพทางคลินิกโรงพยาบาลเกษรวิสัย จึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย COPD ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
2. เพื่อลดอัตรา Admission ,Re-admit, ตาย

ผลการพัฒนาระบบบริการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน			
		ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
1. อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD	<130 ต่อแสน ปชก.	55.40	54.59	53.35	52.95
2. อัตราการ Admit ด้วย Exacerbation	< 10%	10.75	14.10	16.21	4.05
3. อัตราการ Re - Admitted ภายใน 28 วัน	< 10 %	10.00	18.18	5.26	0
4. อัตราการเสียชีวิต	< 2%	2.15	1.28	1.408	0
5. อัตราการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย COPD	>80%	100	100	100	100
6. อัตราการขาดนัด	<3%	2.5	2.01	1.87	1.32

กระบวนการพัฒนา

1. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลและคัดกรองผู้ป่วย COPD
2. พัฒนาแนวทางการวินิจฉัยโรค COPD การดูแลรักษา ตาม GOLD guideline 2014 และปรับใช้ตามบริบทของโรงพยาบาล โดยทีมสหวิชาชีพ
3. พัฒนาระบบบริการคลินิก COPD ร่วมกับ Easy Asthma Clinic แบบทีมสหสาขาวิชาชีพแบบ One stop service

4. พัฒนาระบบการให้ข้อมูลและส่งเสริมทักษะในการดูแลตนเองดังนี้

4.1 ชักประวัติ ให้ข้อมูล/เสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และประเมิน PEFR

โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิก

4.2 ส่งเสริมทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดเช่นการฝึกการหายใจ (Breathing Exercise) การออกกำลังกาย และประเมินสมรรถภาพปอดด้วย mMRC , 6MWD และ CAT score โดยนักกายภาพบำบัด

4.3 สอนเทคนิคการสูด/พ่นยา ประเมินการใช้ยา และผลข้างเคียงของยาโดยเภสัชกร และตรวจรักษาผู้ป่วยพร้อมปรับขนาดยาโดยแพทย์

5. จัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่ (คลินิกสีขาว) ร่วมกับ PCU และในเครือข่าย รพ.สต. 15 แห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ได้รับคำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ทุกราย

6. จัดทำแผน Discharge plan ในผู้ป่วย COPD มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา

7. พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่บ้าน

8. พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วย COPD

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารให้การสนับสนุน

2. มีแพทย์เฉพาะทางผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม และทีมสหวิชาชีพที่เข้มแข็ง

3. มีการออกแบบระบบบริการที่ชัดเจน โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ

4. การส่งเสริมการเรียนรู้และทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วย COPD เช่น การฝึกทักษะการประเมินสุขภาพตนเอง เทคนิคการสูด/พ่นยา ทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบโดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีส่วนร่วมถือเป็นสิ่งสำคัญ

ปัญหาอุปสรรค/แนวทางแก้ไข

ไม่มีเครื่อง Spirometer และ Pulse-oximeter เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรคให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

แนวทางการพัฒนาปี2561

ด้านบุคลากร

1. พัฒนานองค์ความรู้และทักษะเจ้าหน้าที่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยCOPD และการใช้ Spirometer

2. พัฒนาศักยภาพ อสม. ผู้ดูแลหลัก (Care giver) ในการดูแลผู้ป่วย COPD ที่บ้าน

ด้านอุปกรณ์

จัดหาเครื่อง Spirometer และ Pulse - oximeter เพื่อใช้ในการวินิจฉัยโรค และ ประเมินระดับความรุนแรง

ด้านข้อมูล

พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย COPD (Data center ทั้งระดับอำเภอ สสจ,และระดับเขต)

การดูแลรักษาโรค Asthma/COPD กับการตรวจสมรรถภาพปอดโดยใช้เครื่อง Spirometer

นางอรวรรณ โอชะพนม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

1. บริบท

โรงพยาบาลพนมไพรเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ซึ่งให้การรักษา Asthma/COPD ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และเป็นปัญหาสาธารณสุข การให้บริการที่เป็นระบบมาตรฐานสามารถช่วยลดความรุนแรงของโรคหืดได้จากสถานการณ์โรค Asthma/COPD ในปี พ.ศ.2560 คาดว่าจะมีผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลพนมไพรเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล และมลภาวะทางอากาศต่างๆ เช่น ฝุ่นละออง หรือควันจากก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ ที่เพิ่มมากขึ้นทุกๆปี รวมถึงการดำเนินชีวิตประจำวันที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้จำนวนผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มสูงขึ้น โดยทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว โรงพยาบาลพนมไพร มีจำนวนผู้ป่วยโรคหืดที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในปัจจุบันจำนวน 802 ราย จากข้อมูลตัวชี้วัดคลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลพนมไพรพบว่า อัตราผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้ ในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 39.6 ปี 2558 ร้อยละ 40.35 ปี 2559 ร้อยละ 39.28 และพบว่าอัตราค่าใช้จ่ายในปี 2559 มีมูลค่ารักษาพยาบาลในตึกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวน 817,479 บาท ค่าเฉลี่ยต่อรายเท่ากับ 789 บาทต่อราย พบว่ายังมีอัตราการเข้ารักษาในโรงพยาบาลที่สูงขึ้นซึ่งส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลพนมไพรได้เข้าร่วม การจัดตั้งคลินิกโรคหืดแบบง่าย (Easy Asthma Clinic with Easy COPD Clinic) ของ สปสช.ซึ่งต้องมีกระบวนการรักษา การประเมินด้านต่างๆตามเกณฑ์ และเนื่องจากโรงพยาบาลพนมไพร มีโครงการเล็งเห็นความสำคัญ จึงจัดส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมการทดสอบสมรรถภาพปอดด้วยเครื่องสไปโรเมทรี และดำเนินการจัดซื้อเครื่องสไปโรเมทรี ในปีงบประมาณ 2560

การตรวจสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Test/Spirometer) เป็นการตรวจที่สำคัญ และมีประโยชน์อย่างยิ่งในกระบวนการวินิจฉัย ประเมินและติดตามผลการรักษา โรคระบบทางเดินหายใจ และยังสามารถบ่งถึงการเสื่อมของการทำงานของปอด เป็นการทดสอบการหายใจโดยใช้เครื่องมือที่ เรียกว่า สไปโรเมทรี (Spirometer) ซึ่งจะวัดปริมาตรอากาศเข้าและออกจากปอด สามารถบันทึกเป็นกราฟ (Spirogram) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปริมาตรและเวลา ซึ่งการตรวจสมรรถภาพทางปอดมีประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคและติดตามการรักษาและการดำเนินของโรค ตามแนวทางการรักษาของ GINA guideline มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดำเนินงานในรูปแบบของ Easy Asthma Clinic และ Easy COPD Clinic โดยนำเอาเครื่องมือที่เรียกว่า สไปโรเมทรี (Spirometer)

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ

1. ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน GINA Guiline (Global Initiative for Asthma Guidelin) และควบคุมโรค (Total control) ได้มากขึ้น
2. ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
3. ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบได้รับการรักษาตามมาตรฐานและลดการกลับมารักษาซ้ำ
4. ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและติดตามการรักษาและการดำเนินของโรคตามแนวทางการรักษาของ GINA guideline มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยนำเอาเครื่องมือที่เรียกว่า สไปโรเมทรี (Spirometer)

กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

1. ให้บริการตามมาตรฐานสากลคือคือ GINA Guiline และ Gold Guiline ทั้งเครือข่าย
2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยและติดตามรักษาตามแนวทางการรักษาของ GINA guideline มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโดยนำเอาเครื่องมือ ที่เรียกว่า สไปโรเมทรี (Spirometer)
3. ประชุมพื้นฟูวิชาการเจ้าหน้าที่ รพ.สต. CUP พนมไพร และหัวหน้าเวรเกี่ยวกับการดูแลรักษาตามปฏิทินมาตรฐานการรักษาโรคหืด/COPD เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ใกล้บ้านและใกล้ใจให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
4. ค้นหาปัญหา ปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในกรณี Re - Admit และ O2 Home Therapy
5. จัดกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนเดือนละ 1 ครั้ง

3.ข้อมูลทั่วไปผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

รายการ	จำนวน			
	Asthma		COPD	
	คน	%	คน	%
ชาย	421	47.5	469	93.9
หญิง	464	52.4	30	6.0
ผู้ใหญ่	710	80.2	499	100
เด็ก	175	19.7	0	0
รวม	885	100	499	100

สรุปตัวชี้วัดคลินิกโรคหืดปีงบประมาณ 2560

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1.อัตราผู้ป่วยที่ควบคุมอาการได้	> 35 %	40.35	39.68	38.99
2.อัตราผู้ป่วย Re – Visit ER ใน 48 ชั่วโมง	> 5 %	8.05	5.47	4.66
3.อัตราผู้ป่วย Re – Admit ใน 28 วัน	< 20%	3.63	7.72	23.53

สรุปตัวชี้วัดคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปีงบประมาณ 2560

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560
1.อัตราผู้ป่วย COPD - Visit ER ใน 48 ชั่วโมง	> 7 %	5.97	5.21	4.01
2.อัตราผู้ป่วย Re – Admit ใน 28 วัน	> 20 %	19.72	22.22	17.21

4. ปัญหาอุปสรรค

ผู้รับบริการหืดและ COPD ยังไม่ได้รับการคัดกรองเข้ารับบริการก่อนการเกิดโรค และการดำเนินงานโครงการอดบุหรี่ยังไม่ประสบผลสำเร็จ ในการเชื่อมโยงให้การดูแลผู้ป่วย หืดและ COPD ให้มีคุณภาพ

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

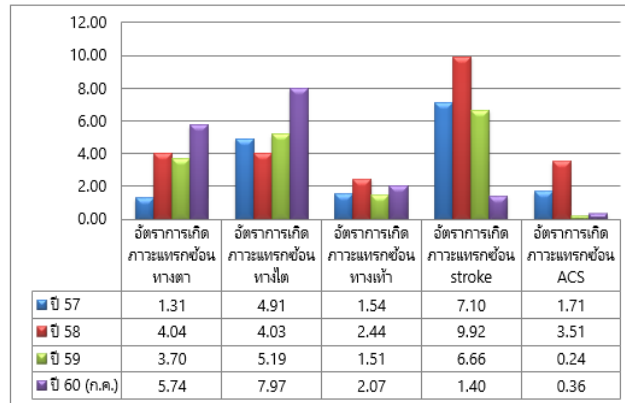
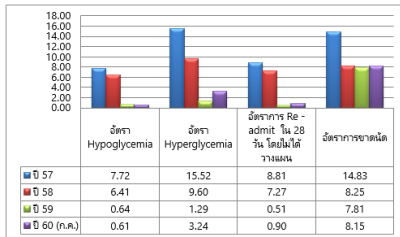
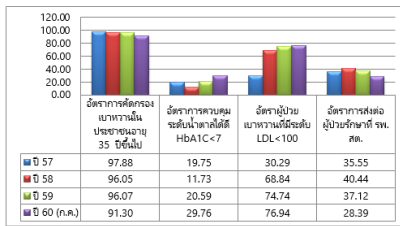
มีสิ่งสนับสนุนและกำลังคนเพียงพอในการให้บริการเชื่อมโยงกระบวนการดูแล ทั้งด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. เพิ่มความครอบคลุมในการค้นหาผู้ป่วยโดยร่วมกับเครือข่าย รพ.สต. และทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่เชี่ยวชาญ
2. จัดบริการและการตรวจวินิจฉัยโดยใช้เครื่องสไปโรเมทรี (Spirometer)
3. เพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย Asthma/COPD โดยใช้เครื่องสไปโรเมทรี (Spirometer)
4. พัฒนาและทบทวนการเสียชีวิตทุกรายและสม่ำเสมอเพื่อหาสาเหตุ และสะท้อนข้อมูลกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อการดูแลให้มีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง
5. พัฒนาโครงการตรวจสุขภาพประจำปีในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ โดยใช้เครื่องสไปโรเมทรี (Spirometer)
6. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเชื่อมโยงคลินิกอดบุหรี่

Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวาน) โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ



2. Key Success Factor

1. มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ในชุมชนร่วมกับเครือข่ายสุขภาพ
2. แบ่งระดับน้ำตาลของผู้ป่วยโดยใช้ปิงปองจรรยาจร 7 สี .
3. จัดกลุ่มผู้ป่วยระดับน้ำตาลสีส้มและสีแดงเข้ากลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสร้างความตระหนักเพื่อลดระดับน้ำตาลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
4. มีบุคคลต้นแบบแลกเปลี่ยนการปรับพฤติกรรม และสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
5. สร้างระบบสารสนเทศเตือนค่า GFR เพื่อประโยชน์ในการดูแลรักษา ส่งพบแพทย์เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และสร้าง Color chart เพื่อเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ
6. วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ Admit โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
7. มีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดให้มารับยาต่อเนื่อง
8. มีอายุรแพทย์ 1 คน อายุรแพทย์โรคไตจากโรงพยาบาลแม่ข่าย 1 คน และมี case manager DM, HT 2 คน

3. ปัญหา/อุปสรรค

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับน้ำตาลและลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่องและขาดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
2. โฆษณาชวนเชื่อสมุนไพร น้ำหมักผลไม้ลดระดับน้ำตาลทำให้ผู้ป่วยหยุดยาเองและรับประทานยาสมุนไพรและน้ำหมักผลไม้แทน
3. จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเบาหวานมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จำนวนบุคลากรน้อย ทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ทั่วถึง
4. แพทย์ที่มาตรวจผู้ป่วยมีการหมุนเวียนกันทุกอาทิตย์ทำให้แผนการปรับการรักษาผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง

4. แนวทางการรับ – ส่งต่อผู้ป่วย

1. รับผู้ป่วยที่ส่งต่อจาก รพ.สต.กรณีกลุ่มเสี่ยงคือ FPG \geq 126 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้งเพื่อยืนยัน FBS และวินิจฉัยโรค
2. ในกรณีกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับยาที่ รพ.สต.ระดับน้ำตาล \geq 200 mg/dl ติดต่อกัน 2 ครั้งส่งกลับมาปรับยาที่โรงพยาบาลและเข้ากลุ่มกิจกรรม พบทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อ control ระดับน้ำตาลได้ \leq 182 mg/dl ส่งกลับรับยาที่ รพ.สต.เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่มาปรับยาที่โรงพยาบาล และเพิ่มความสะดวกให้กับผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยที่ตรวจภาวะแทรกซ้อนประจำปี GFR \leq 59 พบพยาบาลเฉพาะทางโรคไต และอายุรแพทย์โรคไต เพื่อชะลอการเสื่อมของไต
4. มีระบบส่งต่อผู้ป่วย Fast track MI, Stroke ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย
5. มีระบบ consult จักษุแพทย์และส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ระดับ sever NPDR

5. แผนพัฒนาปี 2561

1. พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลและสร้างเครือข่ายสุขภาพของชุมชน ในการควบคุมระดับน้ำตาล และลดพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย
2. พัฒนาศูนย์ NCD ให้มีคุณภาพโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพิ่มการดูแลแบบผสมผสาน และต่อเนื่อง
3. พัฒนาระบบการแก้ปัญหาการขาดนัด

การดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลพนมไพร

นางนิทัศน์ ชินบุตร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพนมไพร

1. บริบท

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยอันดับ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพนมไพร มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ ปี 2557- 2559มีจำนวน 6,024 , 6397และ 6,768 คน ตามลำดับ จากการทบทวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าอัตราควบคุมระดับความดันโลหิต $\leq 140/90$ มิลลิเมตรปรอท มีแนวโน้มลดลง ปี 2559 ความครอบคลุมการคัดกรอง CVD Risk 91.96 พบภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 1.29 และภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 0.12 มีผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติ (Hypertensive urgency/emergency) มารับบริการในคลินิกพิเศษเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.46 และ Admit ด้วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ ร้อยละ 1.91 สาเหตุผู้ป่วยขาดนัด การขาดยา คิดเป็นร้อยละ 10.21 จากการสอบถามข้อมูลผู้ป่วยมีอาการทั่วไปปกติ ทำให้เข้าใจว่าหายจากโรคความดันสูงแล้วไม่จำเป็นต้องมารับการรักษา ผู้ป่วยที่มาตรวจไม่ได้กินยามื้อเช้าของวันที่มาตรวจ การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง เรื่องยา อาหาร การกินยาแก้ปวดกลุ่ม NSAID ยาสมุนไพร และการให้ความรู้เรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ชัดเจนให้บริการรวมทั้งผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

2. ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงสำคัญ

1. กระบวนการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม
2. การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับระยะของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้
3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมโรค และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน
4. ระบบการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพลดการขาดนัด/ขาดยา

3. เป้าหมายการพัฒนา

Treatment goal	objective	KPI
Good Controlled	-ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน -เพิ่มการเข้าถึงบริการ	-อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลอดเลือดสมอง -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต -อัตราการคัดกรองCVD Risk -อัตราการส่งกลับไปรับยาต่อที่รพ.สต.ใกล้บ้าน
Good Habitual	-ควบคุมโรคได้ -ลดการเกิดภาวะ Hypertensive urgency -ลดการขาดนัด	-ร้อยละ HT Controlled BP $\leq 140/90$ mmHg -ร้อยละ HT ที่มีภาวะ Hypertensive urgency -อัตราการขาดนัด

4. กระบวนการเพื่อให้ได้คุณภาพ

การวางแผนการดูแลผู้ป่วย

ทบทวนพื้นฟูวิชาการและจัดทำแนวทางการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน เน้นการปฏิบัติ

1. ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีความเฉพาะมากขึ้น โดยการจัดตั้งคลินิกความดันโลหิตสูง ให้บริการทุกวันศุกร์แยก จากคลินิกเบาหวาน

2. จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วย HT / Hypertensive urgency/emergency และ Implement แก่แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งแผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยใน รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องส่งต่อ

3. ปรับระบบการให้ความรู้ให้คำปรึกษาเฉพาะราย ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก (สีส้ม สีแดง) ส่วนมีความเสี่ยงน้อย ปานกลางสี (สีเขียว สีเหลือง) ให้ความรู้รายกลุ่ม ครอบคลุม ในเรื่อง พยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัว อาหารและยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การเลิกบุหรืที่มีการประสานส่งต่อ คลินิกเลิกบุหรื

4. วางระบบการดูแลแบบเครือข่ายให้ชัดเจน เน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ถึงอันตราย ช่องทางการเข้าถึงบริการ เน้นชุมชนมีส่วนร่วม เฝาระวังและความตระหนัก ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

5. เพิ่มความครอบคลุมการคัดกรอง CVD Risk โดยกลุ่มเสี่ยงสูงเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากควบคุมไม่ได้ ให้ยาควบคุมความดัน ยาลดไขมันและพิจารณาให้ยา ASA เฉพาะรายส่วนกลุ่มเสี่ยงสูงมาก และสูงอันตราย เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปรับยาความดันโลหิต ยาลดไขมัน และให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยทุกราย รวมถึงมีการประชาสัมพันธ์ถึงช่องทางติดต่อ 1669 เบอร์โทรโรงพยาบาล เมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ

6. มีแนวทางเฝาระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้แบบประเมินของกรมอนามัย ร่วมกับติดตามตรวจทางห้องปฏิบัติการประจำปี ให้ครอบคลุม

7. มีการตรวจเลือดและปัสสาวะอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต CKD1-3ให้ความรู้โดยพยาบาลประจำคลินิก เน้นการชะลอการเสื่อมของไต CKD 4-5 ส่งเข้า CKD Clinic

8. ส่งผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว สีเหลือง ที่มีความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ไปรับยาต่อ ที่ รพ.สต.ใกล้บ้านเพิ่มความสะดวกในการมารับบริการ ลดการขาดนัดขาดยา

9. ส่งต่อข้อมูลให้ศูนย์ HHC และเครือข่ายติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้มีระดับความดันโลหิตสูงรุนแรง (Severe hypertension) คือ $\leq 180/110$ mmHg และที่มาบริการ Re-admit ด้วยเรื่อง Hypertensive urgency

10. ให้เบอร์โทรศัพท์พยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก เพื่อใช้ในการโทรมาเลื่อนนัดในกรณีผู้ป่วยติดธุระ และขอเบอร์โทรศัพท์ผู้ป่วยและวางระบบประสานกับเครือข่าย รพ.สต.

5. ผลลัพธ์การพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2558	2559	2560 (ตค.-กค.60)
อัตรา Pt HT ที่ได้รับการรักษาแล้ว BP < 140/90 mmHg	> 50 %	37.87	34.60	46.23
อัตราผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงวิกฤติที่มารับบริการที่คลินิกลดลง	< 5 %	12.15	8.46	6.16
อัตราการ admit เข้าโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากโรค HT หรือภาวะแทรกซ้อนของ HT Hypertensive emergency/ urgency	< 1%	2.56	1.91	0.95
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดสมอง	< 5 %	2.41	1.29	0.8
อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต	< 5 %	6.42	6.13	5.03
อัตราการคัดกรอง CVD Risk	> 80 %	83.56	91.96	95.99
อัตราการส่งกลับรับยาต่อที่รพ.สต.	> 50 %	39.31	36.45	46.63
ร้อยละการผิมนัดของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง	< 10 %	9.87	10.21	7.61

วิเคราะห์ผลการพัฒนา

พบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ มีแนวโน้มลดลง จากมีการวางระบบการคัดกรองภาวะเสี่ยง ได้ครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เข้มข้นตามระดับความเสี่ยง และปรับแผนการรักษา และปี 2560 มีการปรับระบบนัด ผู้ป่วยตามโซน การเลื่อนนัดและติดตามนัดที่ชัดเจน

6. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

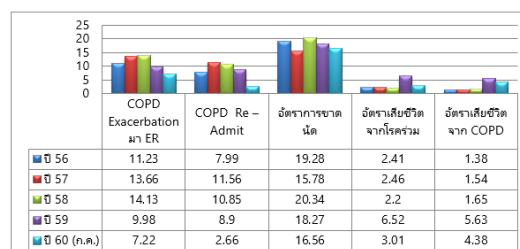
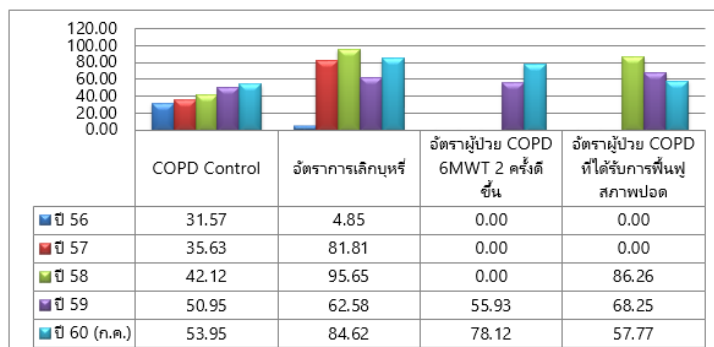
- ประชาชนตระหนักถึงการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
- มีทรัพยากรเพียงพอในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

7. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. จัดกลุ่มการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายและการทบทวนการดูแลรักษาในผู้ป่วยกลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายรวมทั้งกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
2. การอบรมและพัฒนาแกนนำ หรือ อสม. ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ให้มีความรู้และสามารถให้คำปรึกษาผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในชุมชนได้
3. ประสานงานคลินิกเล็บบุหรือกิจกรรมสร้างแรงจูงใจในการเข้าคลินิกเล็บบุหรือ
4. ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยใน Admit ด้วยภาวะ Hypertensive emergency/ urgency และมี Complication ทุกราย และส่งติดตามให้ศูนย์ดูแลต่อเนื่องทุกราย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคถุงลมปอดอุดกั้นเรื้อรัง) โรงพยาบาลสุพรรณภูมิ

1. ผลการพัฒนาระบบบริการ



2. Key Success Factor

- การทำงานเป็นทีม แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักวิทยาศาสตร์การกีฬา คลินิกเลิกบุหรี่
- พัฒนารูปแบบการให้บริการในคลินิก โดยการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยหรือ Uncontrolled เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด พบนักกายภาพบำบัดและเภสัชกร
- มีเครื่อง Spirometer ช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและติดตามประเมินผลการรักษา
- มีระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัด กับรพ.สต.
- มีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มี Lung function test ต่ำ ในรูปแบบของการใช้ Oxygen Therapy ที่บ้าน โดยทีม HHC
- ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยในคลินิกทุกสัปดาห์
- พัฒนาสมรรถนะบุคลากรด้านความรู้เรื่องโรคและการใช้เครื่อง Spirometer
- Key Success Factor ที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วย COPD คือ หัวใจ การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์

3. แนวทางการรับ-ส่งต่อ

- การส่งต่อในรายที่ Lung function test ต่ำหรือต้องใช้ Oxygen Therapy ส่งต่อ case ให้ HHC และรพ.สต. ติดตามเยี่ยมที่บ้าน

4. ปัญหา/อุปสรรค

- การขาดนัด ผู้ป่วยบางรายย้ายไปทำงานที่อื่น บางรายสูงอายุ ไม่มีญาติดูแล ไม่มีญาติพามารับยา
- การนำผล Spirometry ไปใช้ควบคู่กับการรักษา มีการนำผลไปใช้น้อยเนื่องจากยังขาดความชำนาญในการแปลผล

5. แนวทางการพัฒนาปี 2561

- การนำเครื่อง Spirometer มาใช้กับผู้ป่วย OPD คลินิกเลิกบุหรี่ และห้องตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อคัดกรอง และค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ เพื่อจะได้รับการรักษาตั้งแต่นั้นๆ ลดความรุนแรงของโรคได้
- สร้างเครือข่ายชุมชนเข้มแข็งระหว่าง รพ. รพ.สต. ชุมชน รวมถึง Care Giver เพื่อพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยชุมชนเอง โดยเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว