**III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน :** การเข้าถึง ความครอบคลุม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง (เรือนจำ, IDU) ได้รับการคัดกรอง100% | | 100 | | N/A | | N/A | 100 | 100 | 100 |
| 2.ร้อยละของผู้ป่วยในที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางกายที่ส่งไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า | | ≤ 3 | | N/A | | N/A | 2.87 | 0.48 | 1.25 |
| 3.ร้อยละของผู้ป่วยในที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางจิตที่ส่งไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า | | ≤ 3 | | N/A | | N/A | 1.96 | 0.78 | 0.57 |
| 4.ระยะเวลาในการให้บริการขั้นแรกรับ | | ไม่เกิน 40 นาที | | 38 | | 38 | 36 | 35 | 35 |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง : Drugs dependence with Pulmonary TB เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด ก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกส่งตัวมาจากที่คุมตัวหรือเรือนจำประมาณ 45 วัน ผู้ป่วยอยู่ในเรือนจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ TB ได้ และกลุ่มเสี่ยงในกลุ่ม IDU ดังนั้น ผู้ป่วยทุกรายในกลุ่มนี้ต้องได้รับการคัดกรอง TB  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการเข้าถึงและเข้ารับบริการ** | | Drugs dependence with Pulmonary TB | เฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ  ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ  พัฒนาระบบการส่งต่อ |  * การตอบสนองปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพของชุมชน : เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการในการรับบริการ โรงพยาบาลได้วางแผนไว้ดังนี้ มีการคัดกรองผู้ป่วย และจัดโซนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด แยกกับกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ผู้ป่วยที่คัดกรองแล้วพบว่าเป็นกลุ่มสงสัยให้ปฏิบัติตามแนวทางการดูแล Contact precaution   (2) การประสานงานกับหน่วยงานที่ส่งผู้ป่วยมา: เพื่อเป็นการประสานงานที่ดีระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วยมา มีกระบวนการดังนี้ หน่วยงานที่ส่งต่อผู้ป่วย หากทราบว่าผู้ป่วยมี Pulmonary TB แทรกซ้อน ให้ประสานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยก่อนนำส่งโรงพยาบาลทุกครั้ง เพื่อทางโรงพยาบาลจะได้จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ หรือการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่สามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างเหมาะสม  • ผู้ป่วยระบบบังคับบำบัดควบคุมตัวแบบไม่เข้มงวด ที่มีอาการโรคร่วมทางกาย หรือทางจิตรุนแรง วางแผนการรักษาร่วมกับสำนักงานคุมประพฤติ เพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญ โดยในระหว่างที่รอส่งต่อ จะadmit อยู่ที่หอผู้ป่วยระยะบำบัดยา เพื่อดูแลเบื้องต้นจนกว่าจะพร้อมส่งต่อ  • ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทาง จะได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นก่อนส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษากับแพทย์เฉพาะทางได้รวดเร็วยิ่งขึ้น และมีแนวทางการประสานส่งต่อกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  (3) การคัดแยก (triage) การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินหรือเร่งด่วนอย่างเหมาะสม : เพื่อการคัดแยกผู้ป่วยที่มี Pulmonary TB แทรกซ้อน อย่างรวดเร็ว โรงพยาบาลกำหนดให้เจ้าหน้าที่ซึ่งผ่านการอบรมในการประเมินคัดกรองผู้ป่วย การใช้เครื่องมือ แบบคัดกรองวัณโรค  (4) การดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ : เพื่อการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่มี Pulmonary TB แทรกซ้อน ที่ไม่สามารถให้การรักษาได้ เนื่องจากโรงพยาบาลไม่มีห้องแยกที่ได้มาตรฐานสำหรับวัณโรคระยะแพร่กระจาย โรงพยาบาลได้ปรับปรุงกระบวนการ ให้การดูแลเบื้องต้นอย่างเหมาะสม โดยอธิบายให้คำแนะนำผู้ป่วยเข้าใจถึงโรค การปฏิบัติตัวเบื้องต้นตามแนวทางการดูแล Contact precaution ดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย และประสานข้อมูลดังกล่าวให้กับทางหน่วยงานที่รับส่งต่อซึ่งมีช่องทางด่วน คือ โรงพยาบาลจะนะ  (5) การรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:   * ไม่มี   (6) การให้ข้อมูลและการขอ informed consent : เพื่อให้มีการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลความยินยอมจากผู้ป่วยและครอบครัวไว้ในเวชระเบียนก่อนที่ให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา โรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงแบบฟอร์มการให้ข้อมูล และการขอ informed consent ปรับปรุงล่าสุดปี พ.ศ. 2562 เจ้าหน้าที่ได้มีการทบทวนความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติอีกครั้ง และมีเวลาให้พิจารณาในการตัดสินใจ ผลลัพธ์ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจด้านการให้ข้อมูลและการรักษามีคะแนนรวมความพึงพอใจอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (X =4.18) ร้อยละ 83.6  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  • ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Pulmonary TB ได้รับการคัดแยก (Triage) ได้ถูกต้องทุกราย  • มีการจัดโซนสำหรับกลุ่มเสี่ยง มีช่องทางด่วน เส้นทางการเดินเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ  • สร้างเครือข่ายอย่างไร้รอยต่อในการส่งต่อผู้ป่วยกับเครือข่ายโรงพยาบาลจะนะ  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | **3.5** | | **I** | | Fast tract ในแต่ละโรคที่มุ่งเน้น  การพัฒนาระบบ refer online  ห้องแยกโรค | | | | |
| 1. กระบวนการรับผู้ป่วย การให้ข้อมูล และ informed consent | **3.5** | | **I** | | นำระบบ IT มาใช้ในกระบวนการรับผู้ป่วย เพื่อลดระยะเวลา และความผิดพลาด และ informed consent | | | | |

**III-2 การประเมินผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว ปลอดภัย ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.ผู้ป่วยที่มีภาวะขาดสุรารุนแรงไม่เกิดภาวะปอดอักเสบแทรกซ้อน | | 0 ราย | | 1 | | 3 | 0 | 0 | 0 |
| 2. อัตราการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบภายใน 24 ชม. | | 90% | | NA | | NA | 100 | 100 | 100 |
| 3.ร้อยละของผู้ป่วยได้รับการประเมินจาก ทีมสหวิชาชีพ | | 80 | | 56.67 | | 56.67 | 50 | 44 | 80.48 |
| 4. ร้อยละของผู้ป่วย Pulmonary TB ได้รับการวินิจฉัยภายใน 3 วัน | | 100 | | NA | | NA | 100 | 100 | 100 |
| 5. จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง | | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 1 | 2 |
| **ii. บริบท**  ส่งเสริมการประเมินผู้ป่วยเมื่อแรกรับและเมื่อมีแนวโน้มอาการทรุดลงโดยมีประวัติ อาการและผลการตรวจร่างกายส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน ซึ่งทำโดยแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความผิดปกติ เพื่อให้การวินิจฉัยโรค และภาวะปัญหาที่ต้องการ การดูแลทั้งทางการแพทย์และพยาบาลครอบคลุม เป็นองค์รวม มีการบันทึกความก้าวหน้าและอาการเปลี่ยนแปลงในอาการของผู้ป่วยทันต่อสถานการณ์  กลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดปัญหาในการประเมิน : กลุ่มผู้ป่วยสุราที่มีเสี่ยงภาวะ DTs ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยอายุมากกว่า 30 ปี ดื่มสุรามานานกว่า 5 ปี ทำให้เกิด DTs นาน อาจทำให้เกิดภาวะ Aspiration Pneumonia ได้  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค** | | ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTs with Aspiration Pneumonia | ๑.แพทย์ออกแบบการบันทึกการตรวจร่างกายของผู้ป่วย  ๒.กำหนดแนวทางและการบันทึกการตรวจร่างกายของสารเสพติดประเภทสุรา  ๓.กำหนดแนวปฏิบัติในการประเมินให้เหมาะสมกับปัญหาผู้ป่วย (แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน, อาการขาดสุรา ,อาการทางจิต, ผลทางห้องปฏิบัติการ ประวัติโรคทางกาย อุบัติเหตุที่ศีรษะ การชัก  ๔. กำหนดค่าวิกฤติทางห้องปฏิบัติการ, EWS  ๔.อาการผิดปกติ/เร่งด่วนที่ต้องรายงานแพทย์ เช่น ไข้ หายใจเหนื่อยหอบ ไอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Benzodiazepine มากกว่า 100 mg ต่อวันต้องเฝ้าระวังการเกิด Aspiration Pneumonia  ๕. การติดตามการบันทึกการลงข้อมูลให้สมบูรณ์  ๖. พัฒนาแนวทางการประเมินของทีมสหวิชาชีพที่ต้องการประเมินตามความเร่งด่วนของสภาพอาการผู้ป่วย |   III-2 ก.การประเมินผู้ป่วย  (1) การประเมินที่ครอบคลุมรอบด้าน การเชื่อมโยงและประสานการประเมิน การระบุปัญหาเร่งด่วน :   * เพื่อให้ได้การประเมินผู้ป่วยที่ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และมีการประสานงานกันเพื่อลดความซ้ำซ้อน โดยมีกระบวนการประเมินผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ โดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา AWS ผลลัพธ์ ผู้ป่วยสุราทุกรายได้รับการประเมินอาการถอนพิษสุรา ด้วยการประเมิน AWS   (2) ความสมบูรณ์ของการประเมินแรกรับ (ประวัติ ตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตน ความชอบส่วนบุคคล จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ :   * เพื่อความสมบูรณ์และครอบคลุมของการประเมินแรกรับ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจสภาพจิต โดยแพทย์ พยาบาล การประเมินแบบแผนสุขภาพโดยใช้แบบประเมิน 11 แบบแผนของกอร์ดอน และการประเมินเศรษฐกิจ สังคม โดยนักสังคมสงเคราะห์ ผลลัพธ์ จากการทบทวนเวชระเบียน ในปี 2558 - 2562 พบว่าร้อยละของผู้ป่วย ได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 56.67, 56.67,50, 44, 80.48 ตามลำดับ   (3) ผู้ประเมิน วิธีการประเมิน สิ่งแวดล้อม ทรัพยากร การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการประเมิน (ยกตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น) :   * ใช้แบบประเมิน AWS ในผู้ป่วยสุรา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาตาม CPG การดูแลผู้ป่วยสุรา ทีมพยาบาลปฏิบัติตาม CPG ทำให้รู้ถึงความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย สามารถบริหารจัดการผู้ป่วยสุรา ที่มีภาวะ DTs ลดระยะเวลาการเกิด DTs ไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยพบผู้ป่วยที่มี DTs ไม่เกิน 72 ชั่วโมง ในปี 60 – 62 คิดเป็นร้อยละ 71.43, 100 และ 100 ตามลำดับ   (4)(5) การประเมินในเวลาที่เหมาะสม การบันทึกในเวชระเบียน การใช้ประโยชน์จากบันทึก การประเมินซ้ำ :   * การประเมิน AWS ซ้ำ ทำให้ทีมผู้ดูแล ได้ทราบถึงความก้าวหน้าและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ทำให้บริหารจัดการผู้ป่วยสุราที่มีภาวะ DTs โดยสามารถลดระยะเวลาการเกิด DTs ไม่เกิน 72 ชั่วโมงได้ * ผู้ป่วยเสพติดเฮโรอีน มีการประเมินเพื่อการป้องกันการเกิด OVER DOSE ในผู้ป่วยเฮโรอีนใช้แบบประเมิน COWS SCORE เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสม * การประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการฆ่าตัวตาย   (6) การอธิบายผลการประเมินให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว :   * อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจผลการประเมิน ดังนี้   ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น มีการจัดกิจกรรมวันครอบครัวทุกสัปดาห์ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพสื่อสารผลการประเมินและร่วมวางแผนการดูแลให้เหมาะสม  III-2 ข. การส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค  (1)(2) ผู้ป่วยได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคที่จำเป็น ในเวลาที่เหมาะสม ผลการตรวจมีความน่าเชื่อถือ :   * ผู้ป่วยสุรา มีการตรวจหา CBC , LFT, Electrolyte, BUN Cr ในผู้ป่วยสุราแรกรับทุกราย รายงานผลการตรวจภายใน 1 ชั่วโมง   (3) การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้น ผลการตรวจ :   * ระบบ HosXP ทำให้การสื่อสาร การบันทึก การสืบค้นผลการตรวจแบบ real time ลดข้อผิดพลาดในการรายงานผลการตรวจ   (4) การอธิบายผลการตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วย :  แพทย์ประจำหอผู้ป่วย อธิบายผลการตรวจและการวินิจฉัยโรคแก่ผู้ป่วยทุกราย  III-2 ค. การวินิจฉัยโรค  (1)(2) การวินิจฉัยโรคที่ถูกต้อง การมีข้อมูลเพียงพอสนับสนุน การบันทึกในเวลาที่กำหนด การบันทึกการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยโรค :   * การวินิจฉัยโรคในกลุ่มผู้ป่วยสุราและยาเสพติด มีการวินิจฉัยโรคที่ถูกต้องตาม ICD 10 ซึ่งมีข้อมูลการซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินภาวะสุขภาพและการประเมินภาวะถอนพิษยาตามประเภทสารเสพติด เป็นข้อมูลสนับสนุน   (3) การทบทวนความเหมาะสมและความสอดคล้องของการวินิจฉัยโรค:   * จากการทบทวนผู้ป่วยสารกระตุ้นที่มีอาการทางจิตพบว่า ผู้ป่วยหยุดการใช้ยามาแล้วหลายเดือน ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด ทีมสหวิชาชีพการดูแลผู้ป่วย (PCT) และองค์กรแพทย์ ร่วมกันทบทวนเกณฑ์ในการวินิจฉัยและรับผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต กรณีไม่ได้ใช้ยาเสพติดมานานเกิน 1 เดือน ผลการตรวจปัสสาวะไม่พบสารเสพติด ให้ส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับพยาธิสภาพ   (4) การกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรคเป็นเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วย :   * มีแผนกำหนดเรื่องการลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค ในปี 2563   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * CPG การดูแลผู้ป่วยแต่ละสารเสพติด * พัฒนามาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินยาเสพติดและกำหนดเกณฑ์ในการคัดแยกระดับความเร่งด่วนในการดูแล   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค | 3 | | l | | นำระบบ ITมาใช้ในการจัดการข้อมูลในการประเมินผู้ป่วยและการส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยโรค | | | | |
| 1. การวินิจฉัยโรค | 3 | | l | | - การวินิจฉัยแยกโรคในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น ยาบ้า/ไอซ์ที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วย Delirium ที่มีอาการทางจิต กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนด้วยโรคทางกาย  - การเปรียบเทียบการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลที่รับส่งต่อ  - การลดข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค | | | | |

**III-3 การวางแผน**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์ 3-3**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ความเหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ องค์รวม ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี 2558** | | **ปี 2559** | **ปี 2560** | **ปี 2561** | **ปี 2562** |
| ร้อยละของผู้ป่วย ได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ | | 50 | | 56.67 | | 56.67 | 56 | 44 | 80.48 |
| ร้อยละของผู้ป่วยสุราเกิดภาวะขาดสุรารุนแรงนานกว่า 72 ชั่วโมง | |  | | 20  (1/5) | | 11.11  (1/9) | 28.57  (2/7) | 0  (0/17) | 0  (0/17) |
| จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อ | |  | | 10 | | 13 | 16 | 5 | 6 |
| ร้อยละของผู้ป่วยในที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางกายที่ส่งไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า | | ≤ 3 | | N/A | | N/A | 2.87 | 0.48 | 1.25 |
| ร้อยละของผู้ป่วยในที่มีภาวะแทรกซ้อน ทางจิตที่ส่งไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า | | ≤ 3 | | N/A | | N/A | 1.96 | 0.78 | 0.57 |
| ร้อยละผู้ป่วยส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมง | | 0 | | NA | | NA | 0.09  (1/1085) | 0.1  (1/1016) | 0.19  (2/1037) |
| ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะ  แทรกซ้อนทางจิต | |  | | 8.03 | | 11.12 | 30.42 | 33.76 | 28.83 |
| จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มจิตเวชเกิดอาการ EPS | |  | | - | | - | - | - | 1 |
| ร้อยละผู้ป่วยสุรา / จิตเวช ย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | | เพิ่มขึ้น | | 1.09  (5/458) | | 3.61  (6/166) | 15.71  (55/350) | 22.31  (85/381) | 24.62  (81/329) |
| ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดระบบสมัครใจย้ายเข้าระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | | มากกว่าร้อยละ 50 | | NA | | 35.2 | 31.9 | 23.1 | 56.85 |
| ร้อยละของผู้ป่วย / ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดรักษา | | ร้อยละ100 | | 97.5 | | 98.00 | 98.0 | 96.5 | 95.0 |
| ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดและได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม | | ร้อยละ100 | | - | | - | - | 0  (0/1) | 50  (1/2) |
| **ii. บริบท**  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา มีการวางแผนการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่  แรกรับ บำบัดด้วยยา ฟื้นฟูสมรรถภาพจนกระทั่งจำหน่าย  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนดูแลมีความสำคัญ:  1. ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น Electrolyte imbalance, Pneumonia, Phlebitis, Sepsis, Anemia, Thrombocytopenia  2. ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการทางจิต  3. ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด  4. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญ:  1. ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน  2. ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช  3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง  4. ผู้ป่วยระบบสมัครใจปฏิเสธการเข้าบำบัดระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  5. ผู้ป่วยกลุ่ม Hardcore (รักษามากกว่า 3 ครั้ง ,ติดยานานกว่า 5 ปี)  **iii. กระบวนการ**  รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยแรกรับ / ปัญหาทางการพยาบาล นำไปวางแผนการดูแลร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วย / ครอบครัว มีส่วนร่วมให้ครอบคลุมแบบองค์รวม จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการดูแลตามแผนที่วางไว้ และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง หากประเมินผลแล้ว ผลการดูแลไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาผู้ป่วยต้องมีการทบทวนเพื่อปรับแผนการรักษาหรือส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ร่วมกับการให้ข้อมูลแก่ครอบครัว  III-3.1 การวางแผนการดูแลผู้ป่วย   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนการดูแลผู้ป่วย** | | ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย | กำหนดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสุรา โดยกำหนดข้อบ่งชี้ ผล Lab แผนการดูแลและเป้าหมายในการดูแล ติดตามอาการและอาการแสดง บทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การบันทึกข้อมูล ประเมินซ้ำหากมีอาการเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือในภาวะวิกฤติ ปรับแผนการรักษาหรือส่งต่อทีเหมาะสม | | ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการทางจิต | กำหนดข้อบ่งชี้ในการรับเป็นผู้ป่วยในและย้ายเข้าระยะฟื้นฟูฯ กำหนดแผนการดูแลและเป้าหมายในการดูแล ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การบันทึกข้อมูล ประเมินสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบ วางแผนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ประเมินซ้ำหากมีอาการเปลี่ยนแปลง ปรับแผนการรักษาหรือส่งต่อที่เหมาะสม | | ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด | กำหนดกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรควัณโรค การคัดกรอง การวินิจฉัย ประเมินอาการอย่างต่อเนื่อง กำหนดแผนการดูแล การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ประสานการดูแลจากหน่วยงานที่เหมาะสม ประเมินและปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม | | ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง | กำหนดข้อบ่งชี้ ผล Lab การเฝ้าระวังอาการเตือน อาการและอาการแสดง แผนการดูแลและเป้าหมายในการดูแล บทบาทของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง การบันทึกข้อมูล ประเมินซ้ำหากมีอาการเปลี่ยนแปลง การช่วยเหลือเบื้องต้น ปรับแผนการรักษาหรือส่งต่อที่เหมาะสม | | ผู้ป่วยไม่เข้ารักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | วางแผนการดูแลตาม Stage of change ในผู้ป่วยสมัครใจ วางแผนสร้างแรงจูงใจ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ ปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม | | ผู้ป่วยกลุ่ม Hardcore | กำหนดข้อบ่งชี้กลุ่ม Hardcore วางแผนการดูแลเป็นรายบุคคล การมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ จัดCase conference การมีส่วนร่วมของครอบครัว |   (1) การเชื่อมโยงและประสานแผนการดูแลผู้ป่วย:  ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย พบว่าผู้ป่วยสุราที่เข้าบำบัดรักษาส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 50 ปี ดื่มสุรามานานกว่า 10ปี และเกิดผลกระทบจากการดื่มสุราทั้งด้านร่างกาย ระบบประสาท ครอบครัว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง (Delirium) และอาจเกิดเป็นระยะเวลานานกว่าที่กำหนด (มากกว่า 72ชั่วโมง) ประเมินสภาพผู้ป่วย พบแพทย์ก่อนทุกราย เมื่อรับไว้ให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ แจ้งผลและรายงานแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง แผนกเภสัชจัดหา KCL Elixir สำหรับผู้ที่มีปัญหาค่า K ต่ำกว่าปกติ โภชนากรวางแผนการดูแลเรื่องอาหารเพิ่มความสมดุลของเกลือแร่ในร่างกาย เช่น กล้วยหอม ส้ม น้ำหวาน อาหารที่มีรสเปรี้ยว เพื่อกระตุ้นความอยากอาหารให้เกิดภาวะทางโภชนาการที่ดีขึ้น จัดเจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ดูแลผู้ป่วยกรณีผูกมัดกำหนดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและวางแผนการเฝ้าระวัง เป็นต้น   * ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เภสัชกรดูแลเรื่องการจ่ายยาเดิมให้แก่ผู้ป่วย แพทย์กำหนดแผนการรักษาที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพและยาเสพติด โภชนากรจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคเฝ้าระวังสัญญาณชีพ ผล Lab กำหนดค่าวิกฤติ อาการเตือน ติดตามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยขณะบำบัดรักษา ให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนเองกระทั่งจำหน่าย * ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช เมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัด ทีมสหวิชาชีพวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วย / ครอบครัว ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยพยาบาลรวบรวมข้อมูลจากการประเมินอาการและอาการแสดงเพื่อวางแผนการดูแล ในรายที่สงสัยประสานนักจิตวิทยาทำ Psycho test เพื่อเป็นข้อมูลในการวินิจฉัยของแพทย์และวางแผนในการดูแล กำหนดความเสี่ยงสำคัญและเฝ้าระวัง เช่น การดูแลตามการประเมิน SAVE การไม่รับประทานยา อารมณ์เปลี่ยนแปลง ทำร้ายตนเองและผู้อื่น เฝ้าระวังผลข้างเคียงจากยาที่ได้รับ ส่งเสริมการดูแลตนเอง เช่น กิจวัตรประจำวัน การทำกิจกรรมกลุ่ม การให้ความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไม่พบผู้ป่วยมีอาการ EPS จากการรับประทานยา แต่ในปี 2562 พบผู้ป่วยที่รับประทานยา CPZ ครั้งแรกมีอาการมึนศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หน้ามืด จำนวน 2 ราย รายงานแพทย์ปรับการรักษา ได้รับการดูแลจนอาการดีขึ้น ไม่เกิดอันตราย ผู้ป่วยเข้าใจและร่างกายปรับตัวกับฤทธิ์ของยาได้ * กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชต้องการฟื้นฟูสมรรถภาพ กำหนดข้อบ่งชี้ในการย้ายเข้าฟื้นฟู ประเมินความพร้อมโดยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ก่อนย้ายมีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญระหว่างตึกผู้ป่วย เช่น อาการ พฤติกรรม ยาที่ได้รับ เพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย เมื่อประเมินพบว่าแผนการดูแลไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา หรือพบสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบ ทีมสหวิชาชีพจะนำมาทบทวนร่วมกัน เพื่อปรับแผนการดูแลให้เหมาะสม เช่น ย้ายกลับตึกบำบัดด้วยยา หรือพิจารณาส่งต่อ โดยให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเพื่อร่วมรับรู้และตัดสินใจในการวางแผนการรักษา   (2) แผนตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วน:   * แผนการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกชนิดตามระยะบำบัดด้วยยา และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ในระยะบำบัดด้วยยาจัดบริการแยกสำหรับผู้ป่วยชายระบบสมัครใจ ผู้ป่วยชายบังคับบำบัด และผู้ป่วยชายระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับผู้ป่วยหญิงมีจัดบริการทุกระบบทั้งบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยตอบสนองต่อปัญหาของผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยมีสหวิชาชีพร่วมวางแผนการดูแล * แผนการดูแลผู้ป่วยสุรา ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยพบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการเลิกดื่มสุรา แต่วิตกกังวลกับอาการที่อาจเกิดขึ้นเมื่อขาดสุรา และต้องการให้ผู้ป่วยบำบัดให้นานที่สุด ปลอดภัยและหยุดดื่มสุราได้ การวางแผนการดูแลนำข้อมูลจากการซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการขาดสุรา (AWS) กำหนดแผนการรักษาตามระดับความรุนแรงของอาการขาดสุรา เพื่อลดความรุนแรงและลดระยะเวลาของอาการขาดสุรา ให้การดูแลเพื่อป้องกันความเสี่ยง เช่น พลัดตกหกล้ม ดูแลให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลตนเอง * ผู้ป่วยยาเสพติดทั้งสมัครใจและบังคับบำบัด มีการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยทุกรายทั้งด้านกาย จิต สังคม โดยเฉพาะผู้ป่วยบังคับบำบัดจะได้รับการประสานติดต่อญาติภายใน 24 ชั่วโมง วางแผนการดูแลช่วยเหลือตามการประเมิน Stage of change กิจกรรมกลุ่มบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้และทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง เช่น ทักษะปฏิเสธ ตัวกระตุ้นและการจัดการตัวกระตุ้น การจัดการอารมณ์ การแก้ปัญหา เป็นต้น จัดบริการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม มีช่องทางในการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการประเมินของทีมสหวิชาชีพ แนวทางการช่วยเหลือและการประเมินผลเพื่อสื่อสารข้อมูลของแต่ละวิชาชีพ จากการทบทวนเวชระเบียน ในปี 2558 - 2562 พบว่าร้อยละของผู้ป่วย ได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพ ดังนี้ 56.67, 56.67,50, 44, 80.48 ตามลำดับผู้ป่วยได้รับการวางแผนดูแลโดยทีมสหวิชาชีพเพิ่มขึ้น โดยวิชาชีพที่ได้มีการวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน คือ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข โภชนากร นักอาชีวบำบัด * ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่ม Hard core ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้าบำบัดรักษามากกว่า 3 ครั้ง ระยะเวลาการเสพนานกว่า 5 ปี คะแนนการประเมิน v2 ตั้งแต่ 27 คะแนนขึ้นไป การค้นหาปัญหามุ่งเน้นปัจจัยที่ทำให้เสพซ้ำ ปัจจัยส่งเสริมหรือสนับสนุน แรงจูงใจในการเลิกยาของผู้ป่วย เพื่อวางแผนการดูแล หากผู้ป่วยมีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ส่งพบแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ให้การช่วยเหลือ * วางแผนการดูแลผู้ป่วยบังคับบำบัดที่มาจากเรือนจำ และผู้ป่วยเฮโรอีนชนิดฉีด เนื่องจากเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อเป็นวัณโรค และอาจมีโรคเอดส์ร่วมด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับวินิจฉัยและการดูแลที่เหมาะสม รวดเร็ว โดยการคัดกรอง ทาง รพ.ได้ประสานการดูแลกับ รพ.จะนะ ตั้งแต่การวินิจฉัย การรักษา โดยมีช่องทางด่วนสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดจาก รพ.ธัญญารักษ์สงขลา นอกจากนี้ทุกตึกผู้ป่วยจะมีห้องแยกสำหรับผู้ป่วยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ 1 ห้อง วางแผนการดูแลตามมาตรการของ IC มีการให้ความรู้ในการป้องกันตนเอง การจัดการขยะ สิ่งคัดหลั่งต่างๆ การทำความสะอาดห้อง อุปกรณ์ เครื่องมือหลังให้บริการผู้ป่วยแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง กำกับติดตามโดยทีม IC * ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช ส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาเสพติดกลุ่มกระตุ้นประสาท หรือกัญชา หรือใช้หลายตัว ทำให้มีอาการกำเริบหรือไม่สามารถหยุดยาเสพติดได้ อีกทั้งบางรายส่งต่อมาจากโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลทางจิตเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการวางแผนการดูแลตามการประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตด้วย BPRS ,SAVE, 2Q, 9Q ,8Q เพื่อวางแผนการดูแลในระยะบำบัดด้วยยา เมื่ออาการดีขึ้นประเมินการย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล วางแผนการดูแลให้เหมาะกับสภาพของผู้ป่วย * กรณีผู้ป่วยเป็นกลุ่มพิเศษ เช่น ผู้ป่วยในที่รับไว้อายุต่ำกว่า 18 ปี วางแผนการดูแลเพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยโดยจัดให้ใกล้เคาท์เตอร์พยาบาล จัดพี่เลี้ยง ประสานนักจิตวิทยานักสังคมสงเคราะห์จัดกลุ่มบำบัดแยกจากผู้ป่วยปกติ ผู้ป่วยกลุ่มเพศทางเลือก เช่น ผู้ชายแปลงเพศ ทอม-ดี้ ชายรักชาย มีการค้นหาความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น วางแผนการดูแลให้เหมาะกับสภาพของผู้ป่วย   (3) การใช้ข้อมูลวิชาการเพื่อชี้นำการวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสม (ตัวอย่างโรคที่ใช้ CPG ในการประเมินและประโยชน์ที่เกิดขึ้น):   * การวางแผนการดูแลผู้ป่วยสุรา มีการประเมิน AWS ทุกรายเพื่อวางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับอาการขาดสุราอย่างเหมาะสม นำข้อมูลผลกระทบทางสุขภาพจากการดื่มสุรามากำหนดแนวทางการดูแล เช่น การให้ Thiamine เพื่อป้องกันการเกิด Wernicke–Korsakoff syndrome การเฝ้าระวัง Electrolyte imbalance การให้ KCL เพื่อให้ผู้ป่วยลดภาวะขาดสุรารุนแรง การประเมินอาการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น Peptic ulcer, Cirrhosis, Jaundice, GI bleed , โรคทางระบบประสาท เป็นต้น นำระยะของการขาดสุรามาวางแผนการดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วย เช่น ภาวะชักใน 24 ชั่วโมงแรก ภาวะขาดสุรารุนแรงใน 48-72 ชั่วโมงหลังขาดสุรา เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น กำหนดระยะเวลาการได้รับยากลุ่ม NSAIDs ในผู้ป่วยที่มีประวัติโรคกระเพาะ ผู้ป่วยสุรา * ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาท เมื่อหยุดใช้ยาเสพติด สมองไม่ได้รับการกระตุ้นจากฤทธิ์ของยาเสพติด ประกอบกับภาวะขาดยาทำให้มีอารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวายเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ จึงกำหนดให้ประเมินอาการขาดยา, SAVE, 2Q เพื่อเฝ้าระวังทุกราย วางแผนการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยต่อตนเองและผู้อื่น * วางแผนในการกำหนดกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อรุนแรง เช่น วัณโรค เนื่องจากวัณโรคเป็นอุบัติการณ์ใหม่ของโลกซึ่งกลุ่มผู้ป่วยในเรือนจำ ,พรบ.ซึ่งต้องฝากขังในเรือนจำอย่างมาก 45 วัน มีโอกาสสัมผัสเชื้อวัณโรคปอดได้ และในกลุ่มผู้ป่วยกลุ่ม IDU เป็นกลุ่มที่มีภูมิต้านทานต่ำและมีโอกาสเกิดโรคร่วม เช่น HIV ทำให้มีโอกาสรับเชื้อได้ง่าย ทาง รพ.จึงกำหนดให้เป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญ โดยมีการใช้แบบค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ นำไปสู่การวางแผนการรักษาที่เหมาะสมรวดเร็ว วางแผนการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อตามมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของ รพ. * ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวช วางแผนการดูแลตามการประเมิน BPRS ,SAVE, 2Q, 9Q ,8Q และประเมินการย้ายเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพโดยแพทย์ นักจิตวิทยา พยาบาล วางแผนการดูแลให้เหมาะกับสภาพของผู้ป่วย นำสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย * นำแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยใช้ แนวคิดCBT (Cognitive Behavior Therapy) มาออกแบบรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม การประเมิน Stage of change เพื่อวางแผนการช่วยเหลือให้เหมาะกับสภาพของผู้ป่วยแต่ละรายช่วยลดภาระของบุคลากร การใช้ MI (Motivation interviewing) เป็นการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจให้แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในขณะบำบัดรักษาและส่งผลต่อการบำบัดรักษาครบขั้นตอน พบว่าผู้ป่วยยาเสพติดที่สมัครใจย้ายเข้าระยะฟื้นฟูฯ เพิ่มขึ้น ปี 2559 – 2562 จำนวน 35.2, 31.9, 23.1, 56.85 ตามลำดับ   (4) การให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผน:   * กำหนดวันญาติเยี่ยมที่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมการเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ให้สุขศึกษา ให้คำปรึกษารายครอบครัว แจ้งความก้าวหน้าของการรักษา ส่วนครอบครัวที่ไม่สามารถมาได้เนื่องจากติดงาน แจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นและวางแผนการมีส่วนร่วมทางโทรศัพท์ ในปี 2558- 2562 พบว่าผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดรักษาเป็นร้อยละ 97.5,98, 98 , 96.5, 95 ตามลำดับ * ให้ผู้ป่วยและครอบครัวระบุปัญหาและความต้องการตั้งแต่แรกรับเพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลและแผนการจำหน่าย ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวถึงวิธีการรักษา ระยะเวลาการรักษา ผลการรักษาและการประเมินเข้าสู่ระยะฟื้นฟู ตลอดจนความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมตัดสินใจ พบว่า ในปี 2558-2562 ร้อยละ 82.26, 86.77 , 85.63, 81.91และ 90.69 ตามลำดับ พบว่าในส่วนของการที่ รพ.ไม่สามารถตอบสนองความคาดหวังของครอบครัวในกรณีที่ครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยอยู่บำบัดนานๆแต่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดในระยะฟื้นฟูฯ และกรณีเกิดอุบัติการณ์ เช่น ทะเลาะวิวาทจนไม่สามารถบำบัดต่อได้ * ผู้ป่วยในกลุ่ม พรบ. ส่วนใหญ่เป็นคนนอกพื้นที่ ระยะทางไกล และเป็นกลุ่มที่ครอบครัวเอือมระอากับพฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนถูกจับดำเนินคดี รวมทั้งฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้น้อย ทาง รพ.ได้เพิ่มช่องทางการติดต่อกับครอบครัวทางโทรศัพท์ และประสาน สนง.คุมประพฤติประสานครอบครัวร่วมด้วย   (5) แผนการดูแลผู้ป่วยระบุเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และบริการที่จะให้:   * การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดทุกชนิดระบุเป้าหมายให้ผู้ป่วยหยุดการใช้ยาเสพติดได้ ทาง รพ.จัดบริการรูปแบบต่างๆเพื่อลดความทรมานจากภาวะขาดยา ปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะบำบัดรักษา จูงใจเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ จัดกิจกรรมลุ่มบำบัด จิตบำบัด งานบำบัด กำหนดระยะเวลาในการบำบัด 4 เดือนเพื่อให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูสภาพ ผลลัพธ์ ในปี 2558 – 2562 พบว่า ผู้ป่วยบำบัดครบกำหนดร้อยละ 80.5, 82.58, 74.45, 70, 77.7 ตามลำดับ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 100   (6) การสื่อสาร ประสานงาน เพื่อนำแผนไปปฏิบัติ เข้าใจบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง:   * การสื่อสาร กำหนดให้มีช่องทางในการสื่อสารของทีมสหวิชาชีพ โดยให้แต่ละวิชาชีพบันทึกข้อมูล ปัญหาของผู้ป่วยตลอดจนแนวทางการช่วยเหลือและประเมินผลลัพธ์ ในแฟ้มผู้ป่วยแต่ละราย * มีการประสานงานและสื่อสารการดูแลผู้ป่วยโดยการนำ Case conference, ทบทวน 12 กิจกรรม , Grand round, RCA มีการแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหา แนวทางการช่วยเหลือ และให้ข้อเสนอแนะ * การทบทวนเวชระเบียนในรายที่ส่งต่อ หรือเกิดอุบัติการณ์ที่สำคัญ   (7) การทบทวนและปรับแผนตามสภาวะหรืออาการของผู้ป่วย:   * ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรารุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ป่วยสุราที่มีภาวะขาดสุรานานกว่า 24ชั่วโมง มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อค้นหาสาเหตุซึ่งบางรายพบว่า ค่า K ต่ำกว่าปกติ ปรับแผนการรักษาให้ KCL จนกว่าจะมีค่าปกติ ผู้ป่วยสุราที่ได้รับยาฉีด Valium เกินกว่า 100 mg ปรับแผนการรักษา เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ติดตามสัญญาณชีพ ระดับการรู้สึกตัว เพื่อวางแผนการรักษาหรือพิจารณาส่งต่อ * ผู้ป่วยที่มีอาการหรือสัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง ตาม EWS ที่กำหนดไว้ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเกินกว่าค่าวิกฤติ หรือคะแนน GCS น้อยกว่า 13 คะแนน หรือระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ถือว่าเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ภาวะแทรกซ้อนทางกาย ได้รับยาเกินขนาด อาการทางกายกำเริบ หรือผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการพลัดตกหกล้ม ถูกทำร้ายร่างกาย มีวางแผนการช่วยเหลือ ทบทวนแผนการดูแล และพิจารณาการส่งต่อ * ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าบางรายมีอาการหงุดหงิด ก้าวร้าว โวยวาย ไม่ยอมเชื่อฟัง นอนไม่หลับ สีแววตาเคร่งเครียดกังวล ประเมินพบสัญญาณเตือนอาการทางจิตกำเริบ รายงานแพทย์ส่งกลับตึกบำบัดด้วยยา กรณีมีอาการทางจิตควบคุมไม่ได้มีผลกระทบกับผู้ป่วยอื่น พิจารณาส่งต่อ * ผู้ป่วยทำผิดกฎระเบียบ เช่น หลบหนีไม่สำเร็จ ทะเลาะวิวาท ก้าวร้าว ซึ่งเกิดได้ทั้งผู้ป่วยสมัครใจและบังคับบำบัด วางแผนค้นหาสาเหตุของพฤติกรรมดังกล่าว พูดคุยให้ข้อมูล และทางเลือกผลกระทบหรือประโยชน์ที่จะได้รับ ประเมินแรงจูงใจ นำข้อมูลมาทบทวนวางแผนการรักษาเพื่อปรับแผนการรักษา หรือส่งต่อ หรือจำหน่าย   III-3.2 การวางแผนจำหน่าย   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการวางแผนจำหน่าย** | | 1. ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน | ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่ายทั้งทางกาย ทางจิตประสาท เช่น การดื่มสุราซ้ำ ,Peptic ulcer, Cirrhosis, Jaundice, สหวิชาชีพวางแผนให้การช่วยเหลือ การให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็น ติดตามประเมินผล ส่งต่อข้อมูล | | 2. ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช | ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการกำเริบ แหล่งที่สามารถขอรับความช่วยเหลือกรณีเร่งด่วน การเสพซ้ำ สหวิชาชีพวางแผนให้การช่วยเหลือ ให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นติด ตามประเมินผล ส่งต่อข้อมูล | | 3. ผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นกลุ่ม Hard Core | ประเมินปัญหาที่อาจเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เช่น การเสพซ้ำ การสังเกตอาการและพฤติที่แสดงถึงการเสพซ้ำ พัฒนาทักษะทางสังคม การเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกยา การลดอันตรายจากการใช้ยา สหวิชาชีพวางแผนให้การช่วยเหลือ ติดตามประเมินผล ส่งต่อข้อมูล |   (1) การกำหนดแนวทาง ข้อบ่งชี้ และโรคที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญสำหรับการวางแผนจำหน่าย (โรคที่วางแผนจำหน่ายล่วงหน้า หรือใช้ CareMap เพื่อการวางแผนจำหน่าย):   * กำหนดข้อบ่งชี้ของกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการวางแผนจำหน่าย เช่น โดยให้ความสำคัญกับผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทั้งผู้ป่วยสุราและยาเสพติดทั่วไป ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เสพซ้ำเนื่องจากการควบคุมกำกับตนเองไม่ดี ผู้ป่วยกลุ่ม Hard Core รักษาซ้ำ เป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจในการเลิกยาต่ำ * ผู้ป่วยทุกรายมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ โดยใช้ D METHOD และทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและความต้องการหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล และประเมินซ้ำเป็นระยะในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล   (2) การพิจารณาความจำเป็นในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยแต่ละราย:   * ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยสุราเป็นกลุ่มที่มีอัตราการ admit ซ้ำสูงกว่ายาเสพติดกลุ่มอื่นๆ ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยสุราส่วนใหญ่บำบัดไม่ครบขั้นตอนการรักษา และขาดคนดูแลอย่างต่อเนื่อง สุราเป็นสารเสพติดที่หาง่าย สังคมยอมรับทำให้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นความเสี่ยงต่อการถูกชวน และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางกายขึ้นแล้ว หากดูแลตนเองหลังจำหน่ายไม่ดีจะทำให้อาการของโรคทรุดลง และสุราอาจทำให้การรับรู้และการทำงานของสมองเสื่อมลงส่งผลให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ * ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสพซ้ำเนื่องจากความสามารถในการควบคุมกำกับตนเองไม่ดี เมื่อใช้ยาเสพติดก็จะทำให้กินยารักษาอาการทางจิตไม่ต่อเนื่องทำให้อาการกำเริบและรุนแรงขึ้นกว่าเดิมได้ พฤติกรรมเปลี่ยน ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น สร้างความเดือดร้อนให้แก่ครอบครัวและชุมชน * ผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นกลุ่ม Hard Core รักษาซ้ำ เป็นกลุ่มที่มีแรงจูงใจในการเลิกยาต่ำ และมีปัญหาซับซ้อนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม ผลจากโรคสมองติดยาทำให้กระบวนการคิดบกพร่อง ครอบครัวรู้สึกเบื่อหรือหมดพลังในการดูแล ทำให้ขาดผู้ดูแลหลัก ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา หรือเกิดปัญหาญาติทิ้ง เกิดปัญหาเสพซ้ำได้   (3) การมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย (แพทย์ พยาบาล วิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วย ครอบครัว):   * ผู้ป่วยทุกรายมีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ โดยแพทย์ให้ข้อมูลโรค พยากรณ์โรคแก่ผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข โภชนากร อาชีวบำบัด ให้ความรู้และจัดกิจกรรมตามบทบาทของแต่ละวิชาชีพ เช่น ให้ความรู้โรคสมองติดยา สอนและฝึกทักษะทางสังคมเพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ การสร้างสมดุลใหม่ในชีวิต การสร้างคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเองด้านอาหาร เตรียมครอบครัวเรื่องการทำหน้าที่ครอบครัว การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การฝึกอาชีพ ความรู้เรื่องการรับประทานยาเป็นต้น   (4) การประเมินปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย เพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่าย:   * มีการทบทวนปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยยาและสารเสพติดหลังจำหน่าย ได้แก่ มีโอกาสกลับไปเสพ / ดื่มซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการเลิกเสพ / ดื่ม เป้าหมายไม่ชัดเจน มีอาการอยากยา ไม่มีความมั่นใจในการปฏิเสธ ปฏิเสธสังคมไม่ได้ ไม่ตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุรา / ใช้ยาเสพติด ไม่มีงานทำ ครอบครัวแตกแยก ขาดคนดูแลอย่างต่อเนื่อง ปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม * ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ประเมินและระบุปัญหาของผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นหลังจำหน่าย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือตั้งแต่อยู่ใน รพ. รวมทั้งประเมินผล หากปัญหาใดยังไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไข นำมาทบทวนเพื่อวางแผนใหม่ และให้ระบุเพื่อสื่อสารทีมติดตามผลหรือส่งต่อ รพ.ในเครือข่ายที่ผู้ป่วยไปติดตามผล   (5) การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพและความมั่นใจในการดูแลตนเองหลังจำหน่าย เชื่อมโยงกับแผนการดูแลระหว่างอยู่ใน รพ.:   * เตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้และเข้าใจเรื่องโรคสมองติดยา เส้นทางการเลิกยา และระบุปัญหาของตนเองและครอบครัวหลังจำหน่าย * กำหนดกิจกรรมบำบัดให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และฝึกทักษะให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และเกิดความมั่นใจ เช่น ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการป้องกันการเสพยาซ้ำ เทคนิคการหยุดความคิด การจัดการตัวกระตุ้น เป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความมั่นใจในการกลับสู่สังคม * กำหนดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยตามวันที่กำหนด การให้ความรู้ครอบครัวศึกษา เช่น ทักษะการสื่อสาร การจัดการกับอารมณ์ การทำกลุ่มครอบครัว ครอบครัวสัมพันธ์ รายงานความก้าวหน้าในการรักษาและปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้ครอบครัวได้รับรู้และร่วมตัดสินใจ * มีการจัดตั้งกลุ่ม NA เพื่อเป็นกลุ่มสำหรับช่วยเหลือกันซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดหลังบำบัดรักษา   iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ   * การวางแผนการดูแลผู้ป่วยสุราที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง เกิดภาวะขาดสุรารุนแรงลดลงและระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง * ทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการประเมินและบันทึกการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยมากขึ้น   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การวางแผนการดูแลผู้ป่วย | **3.5** | | **D** | | - พัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ  **-** นำระบบสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารข้อมูลร่วมกับสหวิชาชีพ | | | | |
| 1. การวางแผนจำหน่าย | **3.5** | | **A** | | - วางแผนจำหน่ายครอบครัวมีส่วนร่วมอย่างน้อย 3 ครั้ง (แรกรับ ระหว่างบำบัด ก่อนจำหน่าย) | | | | |

**III-4 การดูแลผู้ป่วย**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:** ถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ทันเวลา ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง อย่างต่อเนื่อง | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | **ปี 2558** | | **ปี 2559** | **ปี 2560** | **ปี 2561** | **ปี 2562** |
| จำนวนผู้ป่วยสุรา | |  | 58 ราย | | 113 ราย | 48 ราย | 63 ราย | 80 ราย |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยสุราเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง (Delirium) | | ไม่เกินร้อยละ 10 | 8.62  (5/58) | | 7.96  (9/113) | 14.58  (7/48) | 26.98  (17/63) | 21.25  (17/80) |
| 1. ร้อยละผู้ป่วยที่เกิดภาวะ Delirium มีอาการนานเกิน 72 ชม. | | ไม่เกินร้อยละ 10 | 20  (1/5) | | 11.11  (1/9) | 28.57  (2/7) | 0  (0/17) | 0  (0/17) |
| 2.ร้อยละผู้ป่วยสุราที่เกิดภาวะ Delirium เกิดโรคร่วม Pneumonia | | ไม่เกินร้อยละ 10 | 1/5 | | 3/9 | 0 | 0 | 0/17 |
| 3.ร้อยละของผู้ป่วยสุราที่ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนทางกาย  3.1 Electrolyte imbalance | | 100 | NA | | NA | 100  (16/16) | 100  (21/21) | 100  (38/38) |
| 3.2 GI bleed | | 100 | 0 | | 100  (1/1) | 100  (1/1) | 0 | 0 |
| 3.3Sepsis | | 100 | 0 | | 0 | 0 | 100  (1/1) | 0 |
| 3.4 Anemia | | 100 | 0 | | 0 | 100  (1/1) | 0 | 0 |
| 3.5 Thrombocytopenia | | 100 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 100  (1/1) |
| 3.6 Phlebitis | | 100 | 0 | | 0 | 100  1/1 | 0 | 0 |
| 3.7 Falling | | 100 | 100  (1/1) | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 4.ร้อยละผู้ป่วยเฮโรอีนเกิดภาวะ Overdose ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาทีและปลอดภัย | | 100 | 0 | | 100  (1/1) | 0 | 0 | 0 |
| 4.จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะทางจิตทำร้ายตนเอง | |  | 2 | | 5 | 3 | 3 | 6 |
| 5 จำนวนอุบัติการณ์ระดับ E-I จาก RM | |  | 0 | | 1 | 4 | 3 | 7 |
| 6.อัตราคงอยู่ในการบำบัดรักษา (Retention rate) | | 80 | 90.66 | | 92.42 | 83.18 | 86.85 | 84.96 |
| 7.ร้อยละผู้ป่วยบำบัดครบตามกำหนด | | 80 | 80.51 | | 82.58 | 74.45 | 79.96 | 77.79 |
| 8. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่มจิตเวช ปลอดภัยจากการเกิดอาการ EPS | | 100 | 100 | | 100 | 100 | 100 | 100 |
| 9. ร้อยละของผู้ป่วยที่หลบหนี | | 10 | 10.64 | | 9.24 | 11.57 | 8.01 | 10.62 |
| 10.ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติดทั่วไปที่ต้องส่งต่อตึกผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนทางจิต | | 0 | NA | | NA | 1.06  (6/565) | 0.83  (4/474) | 1.36  (7/515) |
| 11.ร้อยละผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตบำบัดครบกำหนดในระยะฟื้นฟู | | 75 | NA | | NA | 69.09  (38/55) | 94.12 (80/85) | 85.19  (69/81) |
| 12.ร้อยละผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคะแนนผลการพัฒนาพฤติกรรมดีขึ้น | | 100 | NA | | 86.62 | 91.56 | 87 | 87.1 |
| 13.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก | | 80 | 82.94 | | 83.4 | 84.74 | 84.5 | 90.91 |
| 14.ร้อยละความพึงพอใจของผู้ป่วยใน | | 80 | 81.87 | | 81.32 | 82.17 | 82.14 | 85.33 |
| 15.ร้อยละความพึงพอใจของญาติ | | 80 | 82.26 | | 86.77 | 87.20 | 83.1 | 90.69 |
| **ii. บริบท**:  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ให้บริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาและสารเสพติดทุกชนิด มีเข็มมุ่งในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคทีมีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มสุราที่มีภาวะแทรกซ้อน และผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาททีมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวช โดยมีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยแต่ละยาเสพติด โดยมีเป้าหมายที่ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐานที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย หยุดเสพยาได้  **iii. กระบวนการ**  III-4.1 การดูแลทั่วไป   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทั่วไป** | | ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย | มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสุรา กำหนดค่าวิกฤติ ทบทวนการใช้แบบประเมิน แนวทางการประเมิน การวางแผนการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาล | | ผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการทางจิต | กำหนดข้อบ่งชี้ในการรับผู้ป่วยใน มีแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสารกระตุ้นประสาทที่มีอาการทางจิต ทบทวนการใช้แบบประเมิน พัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติ จัดทีมจำกัดพฤติกรม การกำหนด code เพื่อขอความช่วยเหลือ | | ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคปอด | คัดกรองกลุ่มเสี่ยงทุกราย มีแนวทางการดูแลผู้มีโอกาสสัมผัสโรควัณโรคปอด และผู้ป่วยวัณโรคปอดตามมาตรฐาน IC ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง | | ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง | ซักประวัติโรคประจำตัว อาการ การรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เฝ้าระวังติดตามอาการเตือน ประเมินซ้ำ วางแผนการรักษาต่อเนื่อง | | ผู้ป่วยไม่เข้ารักษาระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | ประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกยา ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว | | ผู้ป่วยกลุ่ม Hardcore | สหวิชาชีพประเมินระดับแรงจูงใจในการเลิกยา ให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม กลุ่มบำบัดเสริมสร้างแรงจูงใจ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว |   (1) การมอบความรับผิดชอบให้ผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม การดูแลตามหลักปฏิบัติซึ่งเป็นที่ยอมรับ:   * มีทีมคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ ทีมแพทย์ ทีมพยาบาล ทีม PCT, PTC, ENV, IC, RM, HRD * มีทีมแพทย์ ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์ ทันตแพทย์ สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้งปัญหาทางกาย ทางจิต และโรคทางช่องปาก * ทีมพยาบาล ดูแลผู้ป่วยในระยะแรกรับ ภาวะวิกฤติฉุกเฉิน ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีการสำรวจความต้องการในการอบรม พัฒนาศักยภาพ กำหนดแผนอบรมความรู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การดูแลผู้ป่วยสุรา, การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติฉุกเฉิน, การฟื้นฟูสมรรถภาพ, การให้คำปรึกษา, CBT, MI, Matrix program, Harm reduction, CBTX, เป็นต้น * พยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะให้เหมาะสมกับการปฏิบัติงาน เช่น ได้รับการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ใช้ยาและสารเสพติด หลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนตึกผู้ป่วยยาเสพติดชายระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพมีพยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยยาและสารเสพติด * พัฒนาบุคลากรกลุ่ม Non-medical ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด * ปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการค้นพบได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญตามแผนการดูแล ได้แก่ นักจิตวิทยา นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนากร นักอาชีวบำบัด เภสัชกร   (2) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลที่มีคุณภาพ ปลอดภัย คำนึงถึงศักดิ์ศรี เป็นส่วนตัว สะดวกสบาย ป้องกันอันตราย/สิ่งรบกวน:   * การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์ประเมินให้ส่งต่อโรงพยาบาลสงขลา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการรักษาที่เหมาะสม ทาง รพ.ได้ทบทวนและกำหนดแนวทางการส่งต่อโดยประสาน 1669 ปรับปรุงให้มีทางลาดของตึกผู้ป่วย สำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ต้อง Refer แต่ยังพบความไม่สะดวกในการเคลื่อนย้าย ส่วนตึกพุทธชาดอยู่ชั้น 2 ของอาคารไม่มีทางลาด จึงทบทวนแก้ไขโดยหากประเมินพบผู้ป่วยมีความเสี่ยงให้ย้ายตึกลีลาวดีก่อน และใช้เปลนอนในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ผลลัพธ์ ผู้ป่วยทุกรายปลอดภัยขณะส่งต่อ ระยะเวลาตั้งแต่ประสานรถ Refer ถึงเวลามารับผู้ป่วยไม่เกิน 15 นาที * กำหนด zoning ในการดูแลผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยสุรา ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงอยู่ใกล้เคาท์เตอร์พยาบาล จัดเตียง Fowler สำหรับผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ป่วยที่ต้องจำกัดพฤติกรรม มีราวผ้าม่านสำหรับป้องกันการเปิดเผยผู้ป่วยหรือขณะทำหัตถการ มีห้องแยกโรคสำหรับผู้ที่มีอาการเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ และกำหนดเส้นทางและจุดการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีโรคหรือเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ * การแจ้ง Code ฉุกเฉินไม่มีระบบเสียงตามสาย ใช้โทรศัพท์ภายในโดยให้หน่วยงานธุรการเป็นจุดศูนย์กลางในการประสานต่อ ส่วนนอกเวลาราชการกำหนดให้ตึกพุทธชาดเป็นจุดศูนย์กลางในการรับข้อมูลและประสานต่อ * ปรับปรุงระบบโทรศัพท์สายนอกประจำทุกตึกผู้ป่วยเพื่อให้สะดวกต่อการติดต่อประสานงานทั้งในและนอกเวลาราชการโดยเพิ่มจำนวนหมายเลขโทรศัพท์เพื่อให้ติดต่อประสานงานได้ทันท่วงที * กรณีผู้ป่วยทะเลาะวิวาทกันแต่ไม่มีห้องสำหรับแยกผู้ป่วย แก้ไขโดยประสานฝากนอนตึกอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยอารมณ์สงบ และประเมินความตั้งใจในการรักษาและความเสี่ยงในการก่อเหตุซ้ำ * มีการปรับปรุงเรือนนอนผู้ป่วยหญิงเป็นห้องสังเกตอาการสำหรับผู้ป่วยแรกรับ ผู้ป่วยมีอาการทางจิต หรือมีอาการอื่นที่ต้องเฝ้าระวังดูแลอย่างใกล้ชิด * มีการปรับปรุงเรือนนอนให้สามารถป้องผู้ป่วยหลบหนี กระโดดตึก โดยติดตั้งเหล็กดัดรอบอาคาร * จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด เช่น กำหนดพื้นที่ รพ.ปลอดบุหรี่ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้มาติดต่อ บริการห้องน้ำที่สะอาด มีห้องน้ำสำหรับผู้พิการ ห้องละหมาด จัดสวน พื้นที่สีเขียวให้บรรยากาศร่มรื่นผ่อนคลาย จัด รปภ.หมุนเวียนตรวจตราทุกตึกผู้ป่วย มีตู้ล๊อคเกอร์ให้ญาติฝากของก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยป้องกันญาติบางรายนำของผิดกฎระเบียบให้ผู้ป่วย เป็นต้น   (3) การจัดการกับภาวะแทรกซ้อน ภาวะวิกฤติ หรือภาวะฉุกเฉิน:   * ผู้ป่วยสุราที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย พบว่าผู้ป่วยสุราส่งต่อไป รพ.สงขลาเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะ Electrolyte imbalance ปี 2557 – 2559 จำนวน 10, 10,18 คน ทางรพ. จึงได้ปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยสุรา โดยจัดให้มี KCL Elixir ให้ผู้ป่วยที่มีค่า K ต่ำกว่าปกติจนกว่าผู้ป่วยจะมีระดับค่า K อยู่ในค่าปกติ ปี 2560 – 2562 ไม่พบผู้ป่วยส่งต่อ รพ.สงขลาด้วยภาวะ Electrolyte imbalance * ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยสุรา พบว่า ปี 2559-2560 มี GI bleed 1,1 ราย ส่งต่อ รพ.สงขลา จึงได้ทบทวนและปรับปรุงกระบวนการการดูแลดังนี้ ซักประวัติโรคในอดีต/ประวัติอาเจียนเป็นเลือด/ถ่ายดำในผู้ป่วยสุราทุกราย กำหนดระยะเวลาการสั่งจ่ายยากลุ่ม NSIADs ไม่เกิน 7 วัน ประเมินอาการที่เกิดจากการกินยาเพื่อวางแผนการดูแลต่อเนื่อง * ปี 2558 - 2562 พบว่ามีผู้ป่วยส่งต่อภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้าบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 1 (จิตเวช), 2(จิตเวช,ทางกาย),1(Brain abcess), 2 (จิตเวช,ทางกาย), 2 (ทางกาย)ราย ตามลำดับ ทางรพ.จึงได้ทบทวนและกำหนดเกณฑ์การรับผู้ป่วยตามศักยภาพของ รพ. กำหนดค่าวิกฤติ การเฝ้าระวังภาวะวิกฤติจาก EWS การสังเกตอาการเตือนในผู้ป่วยเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง * กรณีผู้ป่วยยาเสพติด/ผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิตเวชมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทาง รพ.ได้กำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัย ดังนี้ 1) จัดทีมจำกัดพฤติกรรมและซักซ้อมเตรียมความพร้อมของทีมทุกปี 2) ประสานความร่วมมือทีมจำกัดพฤติกรรมจากตึกต่างๆและผู้ที่เกี่ยวข้อง 3) ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) ให้ความสำคัญกับการปฐมนิเทศ และพัฒนาศักยภาพบุคลากรกำหนด Job specification ของผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด 5) การกำกับติดตามบุคลากร 6) จัดเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมในการจำกัดพฤติกรรม ผลลัพธ์ ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ปลอดภัยไม่เกิดการบาดเจ็บในการจำกัดพฤติกรรม ทีมจำกัดพฤติกรรมสามารถมาถึงที่เกิดเหตุภายใน 5 นาที * ปี 2560 - 2562 พบผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต ได้รับยารักษาอาการทางจิต จากการติดตามผลข้างเคียงของยา ไม่พบผู้ป่วยเกิด EPS แต่เกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้ม จำนวน 4 ราย จึงทบทวนพบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการได้รับยา CPZ และไม่เคยได้รับยามาก่อน มีอาการหน้ามืด อ่อนแรง ทำให้หกล้ม เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากอุบัติการณ์ดังกล่าวจึงได้กำหนดแนวทาง ดังนี้ 1) สอบถามประวัติการรับประทานยาในกลุ่มนี้ 2) เฝ้าระวังอาการหน้ามืด อ่อนแรง 3) ติดตามสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 วันจนกว่าผู้ป่วยจะปรับตัวได้หรือสัญญาณชีพปกติ * ประสานการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษา รพ.ที่เหมาะสม โดยประสาน 1669 ทีมพยาบาลให้การช่วยเหลือระหว่างการนำส่ง ให้สารน้ำ ยา ออกซิเจน ตามแผนการรักษาของแพทย์ * กำหนด code เพื่อความรวดเร็วในการแจ้งเหตุและขอความช่วยเหลือ ได้แก่ code1= CPR, code2 = ผู้ป่วยก้าวร้าว, code3 = ไฟไหม้ และสื่อสารให้ทราบทั้งองค์กร รวมถึงมีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง   (4) การตอบสนองความต้องการของครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย:   * ทาง รพ.ได้ประเมินความต้องการของครอบครัวก่อนเข้ารับการรักษา และตอบสนองโดยยึดหลักความปลอดภัย รวดเร็ว สร้างความประทับใจ สามารถตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ ได้แก่ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมรับรู้ถึงรูปแบบการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางการป้องกันความเสี่ยงนั้นๆ เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้สอบถามถึงอาการและความก้าวหน้าในการรักษา แจ้งแนวทางการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่น การเยี่ยม การฝากเงินให้ผู้ป่วย การให้กำลังใจหรือสนับสนุนแก่ผู้ป่วย ปรับเวลาจ่ายยาเมทาโดนในช่วงถือศีลอดของชาวมุสลิม จัดกิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ กำหนดวันญาติเยี่ยมให้ครอบครัวเห็นถึงสิ่งที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย มีช่องทางให้ครอบครัวได้ติดต่อสอบถามอาการของผู้ป่วย ช่องทางสำหรับแสดงความคิดเห็นหรือข้อร้องเรียน ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารความรู้ต่างๆ การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย การรักษาความลับ * จากการสำรวจความต้องการของครอบครัว พบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนครบระยะการบำบัด ได้ติดต่อกับผู้ป่วย ได้ทราบข้อมูลอาการของผู้ป่วย ได้เยี่ยมผู้ป่วย ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้บริการที่ดี ทาง รพ. ได้ให้ข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ใบยินยอมรับการบำบัด กำหนดรายชื่อญาติเยี่ยม ให้เบอร์โทรสำหรับติดต่อตึกผู้ป่วยได้ตลอด 24ชั่วโมง ข้อมูลของผู้ป่วยระบุรายชื่อและเบอร์โทรของญาติ ผู้ป่วยบังคับบำบัดที่ส่งตัวมาจากเรือนจำจะได้รับการติดต่อญาติภายใน 24 ชั่วโมง หากผู้ป่วยมีปัญหาขณะบำบัดพยาบาลเวร/พยาบาลเจ้าของไข้จะติดต่อให้ญาติมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา กำหนดวันญาติเยี่ยม ในวันญาติเยี่ยมมีกิจกรรมให้ความรู้แก่ญาติและพบเจ้าหน้าที่ประจำตึกเพื่อให้ญาติได้สอบถามและได้รับรู้ความก้าวหน้าของผู้ป่วย   (5) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสานการดูแลผู้ป่วยภายในทีมเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล:   * มีการบันทึกข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยในแฟ้มผู้ป่วยตั้งแต่การประเมินแรกรับ ระบุปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว กำหนดให้มีแบบฟอร์มสำหรับสหวิชาชีพบันทึกปัญหาที่ค้นพบ แนวทางการดูแลช่วยเหลือ และประเมินผลเพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสารการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย และติดตามหลังจำหน่าย * ทีมการพยาบาลมีการรับส่งเวรเพื่อส่งต่อข้อมูล Pre – Post Conference เพื่อวางแผนการดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย * มีการตั้งกลุ่มไลน์เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการให้ข้อมูลหรือประสานการดูแลผู้ป่วย * มีการจัด Case Conference โดยมีทีมสหวิชาชีพเข้าร่วม * มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM   III-4.2 การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลและบริการที่มีความ**  **เสี่ยงสูง** | | ผู้ป่วยสุราที่มีอาการขาดสุรารุนแรงร่วมกับภาวะปอดอักเสบ | กำหนดกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการขาดสุรารุนแรง  กำหนดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสุราที่มีอาการขาดสุรารุนแรงร่วมกับภาวะปอดอักเสบ  พัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติงาน  จัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ | | ผู้ป่วย overdose | มีแบบประเมินเฉพาะกลุ่มยาเสพติด  ผู้ประเมินมีความไว ใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้อง  มียากลุ่ม Antidote เช่น naloxone, valium สำหรับช่วยเหลือ  มีการกำหนดยา HAD มีแบบติดตามเฝ้าระวังและการดูแลการใช้ยา HAD  มีระบบสารสนเทศในการแจ้งเตือน | | ผู้ป่วยจำกัดพฤติกรรม | กำหนดกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการจำกัดพฤติกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยก้าวร้าว ทะเลาะวิวาท ทำร้ายตนเอง  สร้างสัมพันธภาพ ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือแก้ปัญหาตามบทบาทหน้าที่จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย จัดอุปกรณ์ให้เพียงพอ พร้อมใช้ | | ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี | - พิจารณาบำบัดรูปแบบผู้ป่วยนอก  - หากต้องการบำบัดรูปแบบผู้ป่วยใน ผู้ปกครองต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนเพียงพอต่อการตัดสินใจและให้ความยินยอม  - จัดเป็นกลุ่มพิเศษ จัดโซนดูแลอย่างใกล้ชิด  - แยกกลุ่มในการทำกิจกรรมบำบัด ให้คำปรึกษารายบุคคล |   (1) การวิเคราะห์และจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยและบริการที่มีความเสี่ยงสูง:   * ทางรพ.ได้วิเคราะห์และกำหนดให้ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ป่วยสุราที่มีประวัติเกิดภาวะขาดสุรารุนแรง ผู้ป่วยสุราที่มีคุณสมบัติตามข้องบ่งชี้ คือ อายุมากกว่า 50 ปี ดื่มสุรานานกว่า 5 ปี มีประวัติชักหลังหยุดดื่มสุรา มีประวัติอุบัติเหตุทางสมองหรือผ่าตัดสมอง ผู้ป่วยที่เกิดภาวะขาดสุรานานกว่า 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม * ผู้ป่วย overdose * ผู้ป่วยก้าวร้าว ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น * ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี * การจัดบริการที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การจำกัดพฤติกรรม การผูกยึด การให้ยาเพื่อสงบอาการในกลุ่ม HAD   (2) การฝึกอบรมการดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง และการนำมาปฏิบัติ:   * จัดอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพแก่บุคลากรทางการพยาบาลครอบคลุม 100 % ทุกปี และบุคลากรที่เกี่ยวข้องต่อเนื่องทุกปี * จัดอบรมการจำกัดพฤติกรรมและการดูแลผู้ป่วยขณะผูกยึด * มีการทบทวนการดูแลหลังเกิดเหตุการณ์   (3) การทำหัตถการที่มีความเสี่ยง:   * การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่อง AED ซึ่งมีประจำทุกตึกผู้ป่วย   (4) การเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงอาการผู้ป่วย เพื่อแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนแผนการรักษา:   * กำหนด EWS เพื่อเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และกำหนดแนวทางในการปฏิบัติ * กำหนดระดับความรุนแรงของการเกิด EPS เพื่อเป็นแนวทางในการเฝ้าระวังและรายงานแก่แพทย์ เภสัชกร * กำหนดระดับความรุนแรงของการประเมิน SAVE ,9Q, 8Q , BPRS สำหรับเป็นแนวทางในการรายงานแพทย์ปรับแผนการรักษาและทีมให้การดูแล * กำหนดค่าวิกฤติ   (5) การตอบสนองและความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะวิกฤติ (rapid response system):   * กำหนดค่าวิกฤติ/EWS ในการเฝ้าระวังผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินของโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา * กรณีผู้ป่วยก้าวร้าว ทีมจำกัดพฤติกรรม ได้แก่ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ รปภ. สามารถมาถึงที่เกิดเหตุภายใน 5 นาที * การช่วยฟื้นคืนชีพ มีการอบรมและซ้อมแผนปีละ 1 ครั้ง   (6) การติดตาม วิเคราะห์แนวโน้มของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อนำมาปรับปรุง:   * จากอุบัติการณ์ พบว่าเมื่อเกิดเหตุนอกเวลาราชการทีมจำกัดพฤติกรรมมาล่าช้ากว่าเวลาที่กำหนด และไม่ครบทีม   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * มีการพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยใช้โปรแกรมศิลปะบำบัดสำหรับผู้ป่วยยาเสพติดในโรงพยาบาลธัญญารักษ์และเครือข่ายผู้บำบัดรักษายาเสพติดในเขต 11 และ 12   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลทั่วไป | **3.5** | **A** | | - กำกับติดตามประเมินผลการนำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยไปใช้ | | | | |
| 1. การดูแลและบริการที่มีความเสี่ยงสูง | **3.5** | **A** | | - จัดหาและพัฒนาทักษะในการใช้เครื่อง AED แก่บุคลากรทุกระดับ  - พัฒนาทีม RRT | | | | |

**III-4.3 ก. การระงับความรู้สึก (ไม่มี)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยใช้บริการระงับความรู้สึก ที่มีความเสี่ยงสูง:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการระงับความรู้สึก** | |  |  |   (1) การประเมินความเสี่ยง การวางแผน การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการระงับความรู้สึกที่ปลอดภัย :  (2) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วย การให้ข้อมูล และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:  (3) การใช้กระบวนการระงับความรู้สึกที่ราบรื่น ปลอดภัยโดยบุคลากรที่มีคุณวุฒิ รวมถึงการฝึกอบรม/ฟื้นฟูทักษะของบุคลากรที่ทำหน้าที่ระงับความรู้สึก :  (4) การเฝ้าติดตามผู้ป่วยระหว่างระงับความรู้สึกและพักฟื้นการแก้ไขภาวะฉุกเฉิน การจำหน่ายจากบริเวณรอฟื้น:  (5) การปฏิบัติตามคำแนะนำของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์ (เครื่องมือ วัสดุ ยา):  การดูแลการใช้ deep sedation  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การระงับความรู้สึก |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ข. การผ่าตัด (ไม่มี)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ | | | | | | | | | |
| **ข้อมูล/ตัวชี้วัด (ตัวอย่าง)** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยผ่าตัดที่มีความเสี่ยงสูง:  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างผู้ป่วยที่เสี่ยงสูง** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพและความปลอดภัยของการผ่าตัด** | |  |  |   (1) การประเมินผู้ป่วย การประเมินความเสี่ยง การวางแผนการผ่าตัด การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ:  (2) การอธิบายข้อมูลให้ผู้ป่วย/ครอบครัว และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมตัดสินใจ:  (3) การเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนผ่าตัด:  (4) การป้องกันการผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่งผิดหัตถการ:  (5) การจัดสิ่งแวดล้อมและระบบงานของห้องผ่าตัดให้มีความพร้อม มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย (ดู SPA):  (6) บันทึกการผ่าตัดการใช้ประโยชน์เพื่อการสื่อสารและความต่อเนื่องในการดูแล:  (7) การดูแลหลังผ่าตัด และการติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด:  (8) การเฝ้าระวังการติดเชื้อแผลผ่าตัด:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การผ่าตัด |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ค. อาหารและโภชนบำบัด**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**ถูกต้อง เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้า**  **หมาย** | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| ร้อยละของผู้ป่วยที่ติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร | | 0 | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ร้อยละของผู้ป่วยเฉพาะโรคที่ได้รับอาหารและมีภาวะโภชนาการดีขึ้น | | >80 | 75 | | 81 | 81 | N/A | 83 |
| ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ | | >80 | 80.55 | | 81.77 | 87.34 | 85.39 | 87.34 |
| อัตราการเสริฟ์อาหารทันเวลา | | 100 | 95 | | 96 | 99 | 99 | 99 |
| ร้อยละของผู้ป่วยสุราจากการคัดกรองภาวะโภชนาการ (วัดค่าดัชนีมวลกาย) เมื่อได้รับโภชนบำบัดแล้ว มีภาวะ ดีขึ้น | | >85 | N/A | | 80 | 75 | N/A | 75 |
| **ii. บริบท**  ให้บริการอาหารที่มีคุณภาพ มีคุณค่าทางโภชนาการที่เหมาะสมกับโรค ถูกต้อง ในกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบผู้ป่วยใน และประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่ต้องการอาหารเฉพาะโรค เช่น ผู้ป่วยสุรา ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับอาหารที่เพียงพอ เหมาะสมตามหลักโภชนบำบัด และบริการอาหารที่มีคุณภาพ รสชาติอร่อย ตรงตามเวลา และสร้างความพึงพอใจในการรับบริการ  กลุ่มผู้ป่วยที่การดูแลทางโภชนาการมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว:   * ผู้ป่วยในกลุ่มสุรา * ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนเบาหวาน * ผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนความดัน   **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลทางโภชนาการ** | | ผู้ป่วยในกลุ่มสุรา | หอผู้ป่วยจะแจ้งมายังหน่วยงานโภชนาการ ทางงานโภชนาการก็ จะประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล มีการวัดดัชนีมวลการ และพลังงานที่ผู้ป่วยรายนี้ควรจะได้รับ แพลนการดูแลโภชนาการของผู้ป่วย มาผสานทางผู้ประกอบอาหาร สัดส่วนที่ผู้ป่วยรายนี้ควรจะได้รับ และบริการอาหาร มีการประเมินซ้ำอาทิตย์ละ 1 ครั้งของผู้ที่มีปัญหาด้านโภชนาการ |   (1) การจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการพื้นฐาน ระบบบริการอาหาร การป้องกันความเสี่ยง:   * การจัดอาหรที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้ผู้ป่วยที่มีสัดส่วนที่เหมาะสม เป็นส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากเดิมการจัดอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการให้ผู้ป่วยไม่ได้กำหนดสัดส่วนให้ผู้ป่วย ปัจจุบันมีการกำหนดสัดส่วนที่เหมาะสมและเพิ่มสีสัน หน้าตาอาหารให้ดูน่ารับประทานยิ่งขึ้นโดยเน้นผู้ป่วยที่มีปัญหา malnutrition ผู้ป่วยที่ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนในการบำบัดยาเสพติดเป็นส่วนช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูได้ดีขึ้น   (2) การคัดกรองภาวะโภชนาการ การประเมินอย่างละเอียดเมื่อมีข้อบ่งชี้การวางแผนและการดูแลทางโภชนาการ/โภชนบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยสำคัญ:   * มีการประเมินดัชนีมวลกายของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนจัดอาหารเฉพาะโรคให้กับผู้ป่วยเช่น อาหารงดหวาน มัน เค็ม อาหารอ่อน ให้เหมาะสมกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นและพร้อมกับการฟื้นฟูร่างกายอย่างเหมาะสม * ดำเนินการโดยการวัดค่า BMI เฉพาะราย ,จัดเมนูให้ตรงกับโรค เช่น ผู้ป่วยสุราส่วนมากจะมีค่า Potassium ต่ำ ก็จะจัดผลไม้ประเภท กล้วยเพิ่มทุกมื้อ พร้อมทั้งจัดอาหารประเภทรสเปรี้ยว(ยำต่างๆ) เพื่อเพิ่มความอยากรับประทานอาหารให้มากขึ้น,ผู้ป่วยที่มีค่า BMI ต่ำ จัดอาหารให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น ให้สูงกว่า 2,100 Cal/day   (3) การให้ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว:   * มีการดำเนินการในผู้ป่วย โดยการแนะนำความรู้เฉพาะโรค การรับประทานอาหารให้ตรงกับโรค เช่น อธิบายประโยชน์ของสารอาหารแต่ละชนิด พร้อมแจกแผ่นพับใบความรู้วางแผนดำเนินการกับญาติผู้ป่วย ที่ต้องมีการดูแลเพิ่มเติมร่วมกับสหวิชาชีพ   (4) บทเรียนเกี่ยวกับสุขาภิบาลอาหารในการผลิต จัดเก็บ ส่งมอบ จัดการของภาชนะและเศษอาหาร:   * การเลือกซื้อและเก็บวัตถุดิบ มีคณะกรรมการจัดซื้อ ตรวจรับประจำวัน เก็บในตู้เย็นโดยแยกจัดเก็บระหว่างเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ มีระบบการเก็บ First in First out และตรวจสอบวันหมดอายุอาหารแห้งประจำเดือน * มีแนวทางปฏิบัติสำหรับผู้ปรุงอาหาร ดังนี้ เจ้าหน้าที่ประกอบอาหาร 6 คน แบ่งเป็น 2 แผนก คือแผนกเตรียม 3 คน แผนกปรุง 3 คน ซึ่งมีการตรวจสุขภาพทุกปี ผลอยู่ในเกณฑ์ปกติ   - ตรวจ Stool exam เพิ่มในปี 2562 ผลเป็นปกติทุกคน  - ได้รับการสอนล้างมือจากทีม IC ของโรงพยาบาล  - มีการทำความสะอาดภาชนะ และอุปกรณ์ครัวโดยการล้างด้วยมือ  - จัดส่งตัวอย่างอาหารที่ปรุงสำเร็จ พร้อม ภาชนะ เพื่อส่งตรวจ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่12   * จังหวัดสงขลาซึ่งผลการตรวจเป็นปกติ * มีการสุ่มตรวจตรวจภาชนะอาหารสำเร็จ ผลปรากฏว่าได้รับการรับรองมาตรฐาน Clean food good taste โรงครัวของโรงพยาบาล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา พร้อมคำรับรอง 30 ข้อ * การปฏิบัติถูกหลักสุขาภิบาลอาหารในระดับดี เช่น * 1.บริเวณที่เตรียม-ปรุงอาหาร เหมาะสมถูกต้องตามบริบทที่เป็นอยู่ * 2.ตัวอาหารปลอดภัย   - มีการปกปิดอาหารด้วยการซีลกับพลาสติก พร้อมฝาปิดภาชนะ 2ชั้นก่อนส่งอาหารถึงหอผู้ป่วย   * 3.ภาชนะ อุปกรณ์ต่างๆเก็บได้ดี ฯลฯ   - กรณีตึกผู้ป่วย แจ้งว่ามีผู้ป่วยติดเชื้อ การจัดอาหารจะใช้ภาชนะประเภท Dispose ในการบริการผู้ป่วย  - การกำจัดเศษอาหารติดเชื้อโดยการใส่ถุงแดง เพื่อนำกำจัดต่อไป   * การจัดการเศษอาหาร   1. เสิร์ฟอาหารเป็นภาชนะรวม  2. เจ้าหน้าที่โภชนาการ จัด แบ่งอาหารที่ตึกผู้ป่วย  3. เศษอาหาร เก็บใส่ถุงดำทิ้งเป็นขยะทั่วไป  4. มีบ่อดักไขมัน กำจัดประจำวัน ประจำเดือน โดยเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล   * การทำความสะอาดบริเวณโรงเรือน   1. ติดมุ้งลวด มีคูระบายน้ำ ทำความสะอาดประจำวัน  2. ทำกิจกรรม 5ส ทุก 1 เดือน  3. พบปัญหาของภาหะนำโรค จัดการโดยการจัดทำ CQI การทำความสะอาดบริเวณประกอบ  ปรุงอาหาร  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * คู่มือเรื่องการประกอบอาหารให้ถูกหลักโภชนาการ โดยเน้นในเรื่องความสะอาด ทั้งพื้นที่ อุปกรณ์ วัสดุที่ใช้ในการประกอบอาหาร โดยจัดซื้ออาหารที่สด ใหม่ มีคุณภาพ ทุกวัน * มีการเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของโรคในระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วย ในปี 2562 หน่วยงานจึงส่งเสริมให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีของเจ้าหน้าที่ประกอบอาหารทุกคน ทุกปี * การสั่งอาหารจากตึกผู้ป่วยโดยระบบสารสนเทศและมีการตรวจซ้ำจากเจ้าหน้าที่จากหอผู้ป่วย ทำให้ ไม่เกิดอุบัติการณ์อาหารผิดประเภทและมีจำนวนครบถ้วน   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| * อาหารและโภชนบำบัด | **3.0** | **L,I** | | - ร่วมวางแผนให้ความรู้ด้านโภชนาการเฉพาะโรคแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่าย  - ให้ความรู้ด้านโภชนบำบัดแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง  - เพิ่มการจัดทำอาหารเฉพาะผู้ป่วยสุรา แยกจากอาหารเฉพาะโรคอื่นๆ | | | | |

**III-4.3 ง/จ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย/การจัดการความปวด (ไม่มี)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ รพ.ให้การดูแล:  กลุ่มเป้าหมายในการจัดการความปวด:  **iii. กระบวนการ**  III-4.3 ง. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย  (1) การสร้างความตระหนักแก่บุคลากรในความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:  (2) บทเรียนเกี่ยวกับการประเมิน/รับรู้ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย:  (3) การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอย่างรอบด้าน (ร่างกาย จิตสังคม อารมณ์ จิตวิญญาณ)และการให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ:  III-4.3 จ. การจัดการความปวด  (1) การคัดกรองและการประเมินความปวด:  (2) การแจ้งโอกาสที่จะเกิดความปวด และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีจัดการความปวด:  (3) การจัดการความปวด การเฝ้าระวังผลข้างเคียง และการจัดการความปวดในผู้ป่วยซึ่งรักษาตัวที่บ้าน:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย |  | |  | |  | | | | |
| 1. การจัดการความปวด |  | |  | |  | | | | |

**III-4.3 ฉ. การฟื้นฟูสภาพ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| i. ผลลัพธ์  ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน: เหมาะสม ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ต่อเนื่อง | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | **ปี 2558** | | **ปี 2559** | **ปี 2560** | **ปี 2561** | **ปี 2562** |
| 1. ร้อยละของผู้ป่วยยาและสารเสพติดระบบสมัครใจที่เข้าสู่ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ | | 50 | 24.87 | | 25.93 | 31.9 | 23.1 | 56.85 |
| 2.ร้อยละของผู้ป่วย / ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะฟื้นฟูสมรรถภาพ | | 80 | 97.5 | | 98 | 98 | 96.5 | 95 |
| 3.ร้อยละผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคะแนนผลการพัฒนาพฤติกรรมดีขึ้น | | 100 | NA | | 86.62 | 91.56 | 87 | 87.1 |
| 4. จำนวนผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและพัฒนาตนเองจนได้เป็น Ex staff หรือจิตอาสา | |  | 1 | | 1 | 2 | 1 | 2 |
| **ii. บริบท**  กลุ่มผู้ป่วยที่การฟื้นฟูสภาพมีความสำคัญต่อการฟื้นตัว: กลุ่มผู้ป่วยสุราเป็นกลุ่มที่มีผลกระทบด้านร่างกายจากการดื่มสุรา เนื่องจากการดื่มสุรานานๆทำให้ผู้ป่วยขาดวิตามิน B ส่งผลต่อการทำงานของสมอง ระบบทางเดินอาหารทั้งโรคกระเพาะ ตับ ถุงน้ำดี และผู้ป่วยยาเสพติดถือเป็นโรคเรื้อรับเช่นเดียวกับกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เนืองจากฤทธิ์ของยาเสพติดมีผลต่อการทำงานของระบบจิตประสาทและสมอง เป็นโรคสมองติดยา ส่งผลต่อพฤติกรรมการเสพยาเสพติด  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการฟื้นฟูสภาพ** | | ผู้ป่วยสุรา | ประเมินความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ วางแผนการฟื้นฟูโดยสหวิชาชีพทั้งในระยะบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ | | ผู้ป่วยยาเสพติด | ประเมินความบกพร่องที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเสพติดทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ วางแผนการฟื้นฟูโดยสหวิชาชีพทั้งในระยะบำบัดด้วยยาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เน้นระยะเวลา 4 – 6 เดือน |   (1) การประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพ:   * ประเมินและวางแผนฟื้นฟูสภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านใด ส่วนใหญ่พบว่าผู้ป่วยโรคสมองติดยาจะบกพร่องด้านหน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเอง ครอบครัว และหน้าที่การงาน ความซื่อสัตย์ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี จึงวางแผนการฟื้นฟูสภาพทั้งในระยะบำบัดด้วยยาและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และต่อเนื่องในระยะติดตามผลหลังจำหน่าย   (2) การให้บริการฟื้นฟูสภาพในสถานพยาบาล การช่วยเหลือผู้พิการและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยในชุมชน:   * การฟื้นฟูสภาพในระยะบำบัดด้วยยา จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวันให้ผู้ป่วยตื่น -เข้านอนให้เป็นเวลา รับประทานอาหารให้มีคุณภาพถูกสุขอนามัย ทำกิจวัตรประจำวัน ออกกำลังกาย ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและรับฟังผู้อื่น กิจกรรมทางศาสนา * การฟื้นฟูสภาพในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ มีการจัดโครงสร้างตามลำดับขั้น มีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบให้ผู้ป่วยแต่ละคน เช่น งานครัว งานประชาสัมพันธ์ งานเกษตร มีการประเมินผลงานและหมุนเวียนทุกเดือน สร้างอุดมการณ์สมาชิกเน้นความซื่อสัตย์ ความรับผิดชอบ ความรักความผูกพัน มีกฎระเบียบให้ผู้ป่วยใช้เป็นแนวทางในการควบคุมกำกับตนเอง จัดตารางกิจกรรมในแต่ละวัน มีพี่เลี้ยงและทีมงานที่เป็นที่ปรึกษาและแบบอย่างที่ดี * ทีมสหวิชาชีพวางแผนการฟื้นฟูสภาพ โดยการให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่มบำบัด งานบำบัด สร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยบำบัดให้นานอย่างน้อย 4 – 6 เดือนเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้การดำเนินชีวิตโดยที่ไม่ใช้ยาเสพติด * ในผู้ป่วยสมัครใจสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้ทดลองใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวครั้งละ 2 – 3 วัน ตามความเหมาะสม โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือและประเมินพฤติกรรมขณะลาเยี่ยมบ้าน   (3) การปฏิบัติตามมาตรฐาน กฎระเบียบ ข้อบังคับ:   * การปฏิบัติตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย, พรบ.ยาเสพติด   **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * เกิดจิตอาสาช่วยดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 3 คน สามารถพัฒนาตนเองเป็น Ex – staff จำนวน 2 ราย * ผู้ป่วยบำบัดครบขั้นตอนมากขึ้นและไม่กลับไปเสพซ้ำต่อเนื่อง 3 เดือนเพิ่มขึ้น   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การฟื้นฟูสภาพ | **3.5** | **L,I** | | - พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต | | | | |

**III-4.3 ช. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (ไม่มี)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**เหมาะสม ปลอดภัย ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี…** | | **ปี…** | **ปี…** | **ปี…** | **ปัจจุบัน** |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
|  | |  | |  | |  |  |  |  |
| **ii. บริบท**  : (ตามบริบทหน่วยงาน)  **iii. กระบวนการ**  (1) การปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่ได้มาตรฐาน:  (2) การปฏิบัติตามข้อแนะนำของคณะอนุกรรมการตรวจรับรองมาตรฐานการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม:  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง |  | |  | |  | | | | |

**III-5 การให้ข้อมูลและเสริมพลังแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**เหมาะสม ประสิทธิผล ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **2558** | | **2559** | **2560** | **2561** | **2562** |
| 1.ร้อยละของผู้ป่วย / ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยขณะบำบัดรักษา | | 80 | | 97.5 | | 98.0 | 98.0 | 96.5 | 95.0 |
| 2. ร้อยละของผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีคะแนนผลการพัฒนาพฤติกรรมดีขึ้น | | 100 | | N/A | | 86.62 | 91.56 | 87.0 | 87.1 |
| 4. ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวในการเข้ากลุ่มครอบครัวศึกษา | | 80 | | NA | | NA | 95.70 | 94.50 | 94.20 |
| 5. ร้อยละของครอบครัวที่เข้าร่วมกิจกรรมครอบครัวศึกษาสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย | | 80 | | NA | | NA | 94.0 | 93.6 | 97.2 |
| 6. ร้อยละความพึงพอใจของครอบครัวในการเข้ารับการติดตามผล | | 80 | | NA | | NA | 85.54 | 87.77 | 85.45 |
| 7. ร้อยละของครอบครัวที่เข้ารับการติดตามผลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วย | | 80 | | NA | | NA | 86.36 | 86.67 | 84.24 |
| **ii. บริบท** โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ให้ความสำคัญกิจกรรมการเสริมพลัง ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาและมีความต่อเนื่องในการดูแล เพื่อผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีและครอบครัวมีความสุขกับการดูแล โดยมีกิจกรรมตั้งแต่แรกรับในแผนกผู้ป่วยนอก เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางการแพทย์จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เข้าใจรูปแบบ กระบวนการบำบัดรักษา แลการตัดสินใจรักษา ซึ่งเมื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา จะมีการปฐมนิเทศผู้ป่วย และให้การดูแลตามแนวทางการรักษาแต่ละขั้นตอน ทั้งถอนพิษยา ฟื้นฟู และติดตามผล จนครบระยะรักษา 4 เดือน ส่วนครอบครัวจะได้รับข้อมูลในทุกขั้นตอนการรักษา มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยได้ทุกสัปดาห์ มีการเสริมความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมครอบครัวในระหว่างบำบัด และหลังบำบัดในกิจกรรมครอบครัวศึกษาในวันญาติเยี่ยม และหากผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนก็จะได้รับการทำกิจกรรมบำบัด ร่วมระหว่างผู้ป่วย และครอบครัว มีกิจกรรมเสริมสร้างความสัมพันธ์ คือ ครอบครัวสัมพันธ์, และกิจกรรมให้กับผู้ป่วยในวันสำคัญ เช่น สงกรานต์ ลอยกระทง ปีใหม่ เมื่อครบระยะการรักษา ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเสพซ้ำ และให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยหลังการบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จะนัดผู้ป่วยและครอบครัวมารับการติดตามดูแลภายหลังการรักษา 7 ครั้ง เป็นระยะเวลา 1 ปี ในระยะนี้ครอบครัวและผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำปรึกษา และทำกิจกรรมเสริมพลังให้กับครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อนยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดแล้วมีอาการทางจิตเวชร่วม จะมีการทำครอบครัวบำบัด เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วย และดูแลตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ  ตัวอย่างโรคที่คุณภาพการให้ข้อมูลและเสริมพลังมีความสำคัญ:  - ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิต มีการประเมินอาการตั้งแต่แรกรับ และตลอดการรักษา ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเอง มีการดูแลช่วยเหลือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อาการข้างเคียงจากยา การส่งพบนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อประเมินสภาพจิต อารมณ์ สังคมทุกราย  - ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางกาย ประเมินอาการผู้ป่วย ร่วมกับความสามารถในการดูแลของ รพ. มีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสมที่ รพ. สงขลา พร้อมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค และอาการแทรกซ้อนแก่ผู้ป่วย ครอบครัว เพื่อความเข้าใจ  - กลุ่มผู้ป่วยที่ Re-admitted มากกว่า 3 รอบ / เสพซ้ำ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ จะคุยให้คำปรึกษาแบบการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การกระตุ้นให้เข้าบำบัดในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสร้าง empowerment ค้นหาเป้าหมายชีวิต และเสริมศักยภาพในการเลิกยาได้สำเร็จ  - ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ / ญาติทอดทิ้ง มีการประสานนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อหาแนวทางร่วมกับชุมชน โดยเน้นชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา และการเสริมกำลังใจ  ลักษณะประชากร/ผู้รับบริการที่มีผลต่อการให้ข้อมูลและเสริมพลัง:  ผู้ป่วยยาเสพติด เป็นผู้ป่วยที่มีความเฉพาะ ต้องอาศัยการดูแลทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มีความรู้สึกเกี่ยวกับคุณค่าตนเอง และพลังใจต่ำ บางครั้งเกิดความรู้สึกท้อแท้ หมดพลังใจ เนื่องจากโรคสมองติดยา ที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดเสพยาเสพติดได้ยาก บางรายเข้ารักษาหลายรอบ บางรายมีโรคแทรกซ้อนทางร่างกาย และบางรายเกิดโรคจิต ที่ความสามารในการดูแลตนเองน้อย ดังนั้นผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลที่ต้องให้ทั้งความรู้ให้ความรัก ความเข้าใจ ให้การช่วยเหลือ และหากิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพลัง อีกทั้งต้องนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้อยู่ใกล้ชิด และช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยทั้งระหว่างบำบัด และหลังบำบัด โดยการสร้างความเข้าใจให้ครอบครัวร่วมปฏิบัติไปด้วยกัน  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการให้ข้อมูลและเสริมพลัง** | | ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิต | - การประเมินสภาพจิต  - การจัดกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น  - การจัดกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น ดนตรีบำบัด | | ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางกาย | - จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เรื่องโรค และผลกระทบ | | กลุ่มผู้ป่วยที่ Re-admitted มากกว่า 3 รอบ / เสพซ้ำ | - จัดกิจกรรมเสริมสร้าง EQ เช่น การตั้งเป้าหมายชีวิต, กิจกรรมการจัดการกับตัวกระตุ้น | | ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ / ญาติทอดทิ้ง | - การประเมินความเครียด และการจัดการกับความเครียด |   (1) การประเมิน การวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้:  เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วย และกำหนดกิจกรรมการเสริมพลังได้ครอบคลุมกับสภาพปัญหาผู้ป่วย จึงมีแนวทางในการประเมิน ดังนี้   * การประเมินผู้ป่วยเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ต้องให้มีการเสริมพลัง หรือเพิ่มกิจกรรมในการดูแลเป็น * พิเศษ รวมทั้งการประเมินครอบครัว * การประเมินปัญหา ความต้องการ ความสามารถ และความพร้อมของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มในการดูแล * ตนเอง และในการบำบัดรักษา ทั้งปัญหาด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยการนำข้อมูลที่ได้ซึ่งมาจากผลการประเมิน 11 แบบแผนของ Gordon จากครอบครัว จากการพูดคุยให้คำปรึกษา และจากการแสดงพฤติกรรมขณะบำบัดรักษา นำโดยข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อกำหนดกิจกรรมการเสริมพลังต่อไป * การกำหนดกิจกรรมการเสริมพลัง ส่วนใหญ่ จะเป็นกิจกรรมที่อยู่ในกระบวนการ FAST Mode ของ * การบำบัดรักษา ซึ่งเป็นกิจกรรมเสริมพลังเพื่อพัฒนาอารมณ์ ความคิด และกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมความรู้ทั้งแก่ผู้ป่วยและญาติ (กิจกรรมครอบครัวศึกษา) * ผลลัพธ์ : พบว่า กลุ่มที่ต้องมีกิจกรรมเสริมพลัง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิต ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางกาย เช่น โรคเอดส์ กลุ่มผู้ป่วยที่ Re-admitted มากกว่า 3 รอบ / เสพซ้ำ ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ / ญาติทอดทิ้ง ซึ่งอยู่ระหว่างการจัดทำแผนกิจกรรมเสริมพลังตามกลุ่มเป้าหมายที่จำแนก   (2) การให้ข้อมูลที่จำเป็น การสร้างการเรียนรู้ เพื่อการดูแลตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม:  เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค และวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกยาเสพติดได้ จึงมีกิจกรรมการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการตลอดการบำบัดรักษา ดังนี้   * ผู้ป่วย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยได้ให้ข้อมูลเรื่องโรค และสภาวะของโรค อีกทั้งวิธีการปฏิบัติตัวทั้งระหว่างอยู่ รพ. และหลังออกจาก รพ. เพื่อป้องกันการเสพยาซ้ำ * ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง เกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน มีความรับผิดชอบ และการปฏิบัติตัว   เพื่อป้องกัน และควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ โดยการล้างมือ การสวม Mask เมื่อมีการเจ็บป่วยเกี่ยวกับโรค  ระบบทางเดินหายใจ มีการเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วยโดยนักวิชาการสาธาณสุข สัปดาห์ละครั้ง   * ส่งเสริมให้ครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งระหว่างการบำบัด และหลังออกจากการบำบัด โดยให้ความรู้ในวันญาติเยี่ยมในกิจกรรมครอบครัวศึกษา สัปดาห์ละครั้ง เพื่อ   ครอบครัวสามารถดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยได้   * มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลการรักษาแก่ครอบครัว โดยทางโทรศัพท์ วันญาติเยี่ยม * มีการฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการรักษา และนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน * มีการติดตามประเมินผลการนำความรู้ไปปฏิบัติ ทุก 3 เดือน โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เพื่อการปรับปรุงแนวทางต่อไป   ผลลัพธ์ : ย้อนหลัง 3 ปี 2560, 2561, 2562 ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคตาม Target จำนวน 3410 ราย,  3075 รายและ 3039 ราย ตามลำดับ  ครอบครัวมีความพึงพอใจ ในการเข้ากลุ่มครอบครัวศึกษา 95.7, 94.5, 94.2 ตามลำดับ  (3) การให้ความช่วยเหลือด้านอารมณ์ จิตใจ และคำปรึกษา:  เพื่อสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวด้านอารมณ์ จิตใจได้อย่างเหมาะสม จากการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับสภาวะอารมณ์ และความรู้สึกที่เป็นผลมาจากการใช้ยาเสพติดแต่ละตัว เช่นอารมณ์เศร้า เหงา และจิตใจที่มีพลังใจต่ำ ความรู้สึกด้อยคุณค่า ความรู้สึกอยากยา รวมทั้งมีอารมณ์รุนแรงในผู้ป่วยบางราย โดยสภาวะอารมณ์ดังกล่าว จะส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ เช่น ก้าวร้าว หลบหนี ซึ่งทีมผู้ดูแลต้องให้การดูแล ช่วยเหลือร่วมกัน โดยมีกิจกรรมการช่วยเหลือ คือ การประเมิน Stage of change เพื่อทราบระยะการรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะได้ให้แนวทางส่งเสริมการบำบัดรักษาครบขั้นตอน ต่อไป การประเมินความเสี่ยง SAFE ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย และการให้การช่วยเหลือตามแนวทาง เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย การส่งพบนักจิตวิทยา เพื่อทำจิตบำบัด โดยบางรายต้องทำจิตบำบัดร่วมกับครอบครัว รวมทั้งบางรายต้องทำครอบครัวบำบัด ซึ่งมีทั้งในระหว่างบำบัด และหลังบำบัดในระยะติดตามผล นอกจากนี้มีการจัดสถานที่เป็นแบบบ้านให้กับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีการให้คำปรึกษา เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทุกราย  ผลลัพธ์: ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Stage of change ทุกราย ในวันรับใหม่ทั้งที่ โอพีดี และเมื่อเข้าตึกผู้ป่วยใน หลังจากนั้นจะประเมินสัปดาห์ละครั้ง และหากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบำบัดรักษาไม่ครบขั้นตอน จะประเมินอีกครั้งและให้การดูแลตาม Stage ผู้ป่วยได้รับการดูแลความเสี่ยง SAFE ทุกรายเป็นระยะเวลา 3 วันหลังเข้ารับการรักษา และติดตามเป็นระยะๆ ตลอดการรักษา  นอกจากนี้ผู้ป่วยยังได้รับการส่งพบนักจิตวิทยา เพื่อทำจิตบำบัดและนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้คำปรึกษา  (4) การร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยทีมผู้ให้บริการกับผู้ป่วย/ครอบครัว:  เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยครอบคลุม จึงร่วมกันกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วยโดยจัดทำแผนการจำหน่ายซึ่งร่วมกัน  ในทีมสหวิชาชีพตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่าย และการดูแลต่อเนื่องหลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน ส่วนผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคติดเชื้อ หรือป่วยเป็นโรคระบาด หรือโรคที่ต้องเฝ้าระวังของโรงพยาบาลจะดำเนินการตามแผนการดูแลโรคแต่ละโรคตามที่กำหนด  ผลลัพธ์: รพ. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วย ตามแผนการจำหน่าย ซึ่งครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยดำเนินการในผู้ป่วยทุกคน รวมทั้งมีแผนดำเนินการกับกลุ่มครอบครัวที่ชัดเจน ส่วนแผนการดูแล  ผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องเสริมพลังเป็นพิเศษ กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ  (5) การจัดกิจกรรมเสริมพลัง/เสริมทักษะให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง:  เพื่อให้ผู้ป่วย มีทักษะในการดูแลตนเองให้ปลอดจายาเสพติด และครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และผู้ป่วยได้ จึงจัดให้มีกิจกรรม ดังนี้  กิจกรรมสำหรับผู้ป่วย   1. การจัดกิจกรรมญาติเยี่ยม สัปดาห์ละครั้ง 2. กิจกรรมวันสำคัญต่างๆ เช่น วันพ่อ วันแม่ วันปีใหม่ วันสงกรานต์ ฯลฯ เป็นกิจกรรมเสริมพลังให้กับผู้ป่วย เรียนรู้วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันใน 3. กิจกรรมกีฬาสัมพันธ์สำหรับผู้ป่วย เพื่อเสริมพลัง ความรักผูกพัน ความสามัคคีในกลุ่มผู้ป่วย 4. จัดให้มีการฝึกอาชีพ โดยประเมินความต้องการของผู้ป่วย เพื่อฝึกอาชีพที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถผู้ป่วย โดยนักอาชีวะบำบัด ช่วยส่งเสริมในการฝึกอาชีพให้กับผู้ป่วย และสามารถส่งเสริมผู้ป่วยให้กลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้จัดกิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา เพื่อเสริมพลัง และเสริมความรู้ ทักษะในการดูแลผู้ป่วยกิจกรรมสำหรับครอบครัว 5. กิจกรรมครอบครัวสัมพันธ์ เน้นสัมพันธภาพในครอบครัว เข้าใจธรรมชาติของผู้ติดยา สามารถลดความ   ขัดแย้งในครอบครัว  6.กิจกรรมกลุ่มครอบครัวศึกษา เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวในการนำไปใช้ร่วมดูแลผู้ป่วยให้สามารถเลิกยาเสพติดได้ .  7. จัดให้มีกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว เช่นการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย การโทรศัพท์สอบถามอาการ การนำของฝาก ของเยี่ยม และการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา ทั้งการเตรียมความพร้อมในการเข้ารักษา และความพร้อมในการรับผู้ป่วยกลับบ้านเมื่อครบกำหนด หรือกรณีผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา โดยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับการรักษาได้ครบขั้นตอน สอดคล้องกับงานวิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติด, การสนับสนุนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและครอบครัว  (6) การประเมินผลกระบวนการเรียนรู้และเสริมพลัง:  เพื่อให้การจัดการเรียนรู้ และการเสริมพลังผู้ป่วย และครอบครัวมีคุณภาพ รพ. มีการวางแผนในการ  ประเมินติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการเสริมพลังทุก 3 เดือน โดยวางแผนปรับกิจกรรมการเสริมพลังให้ตรงกับสภาพปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องให้การดูแล เสริมพลังเป็นพิเศษ และกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**   * เกิดจิตอาสาจำนวน 3 ราย และสามารถพัฒนาตัวเองไปเป็น Ex-Staff จำนวน 2 ราย * ครอบครัวที่เข้ารับการติดตามผลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้มากกว่า ร้อยละ 80   **v. แผนการพัฒนา** | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 1. การให้ข้อมูลและเสริมพลัง | **3.5** | | **I** | | - จัดทำแผนกิจกรรมการเสริมพลังในผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องเสริมพลังเป็นพิเศษ เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางจิต, ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางกาย, กลุ่มผู้ป่วยที่ Re-admitted มากกว่า 3 รอบ / เสพซ้ำ, ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ / ญาติทอดทิ้ง  - การประเมินติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการ  เสริมพลังทุก 3 เดือน | | | | |

**III-6 การดูแลต่อเนื่อง**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **i. ผลลัพธ์**  **ประเด็นสำคัญที่ควรรายงาน:**เหมาะสม ประสิทธิผล องค์รวม ต่อเนื่อง | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **เป้าหมาย** | | **ปี 2558** | | **ปี 2559** | **ปี 2560** | **ปี 2561** | **ปี 2562** |
| ร้อยละของผู้ป่วย มีความพึงพอใจในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย | | 85.00 | | 96.80 | | 97.40 | 97.12 | 92.00 | 96.52 |
| ร้อยละของผู้ป่วย มีความพึงพอใจที่ได้รับการติดตาม | | 85.00 | | 94.60 | | 96.30 | 88.12 | 88.33 | 90.45 |
| ร้อยละของญาติ มีความพึงพอใจที่ได้รับการติดตามผู้ป่วย | | 85.00 | | 95.50 | | 96.30 | 85.54 | 87.77 | 85.45 |
| ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง3เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัด (Remission Rate) | | 80 | | N/A | | N/A | 77.42 | 80.74 | 83.24 |
| อัตราคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษา(Retention Rate) | | 80 | | N/A | | N/A | 84.72 | 96.50 | 97.01 |
| **ii. บริบท**  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา ให้บริการการบำบัดรักษา 4 ขั้นตอน ผู้ป่วยได้รับการบำบัดดูแลที่เหมาะสมในสถานการณ์การเจ็บป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน ผ่านระบบการส่งต่อได้อย่างต่อเนื่อง มีบริการเชื่อมกับภาคีเครือข่าย และการส่งต่อโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทาง ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่เข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเรียนรู้วางแผนแก้ปัญหาร่วมกัน จนกระทั้งผู้ป่วยจำหน่ายและกลับสู่สังคมได้อย่างปกติสุข ไม่กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ และใช้เวลาในการติดตามหลังการรักษาอย่างน้อย 4 ครั้งใน 1 ปี ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม  ระดับการให้บริการ:  ให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาและสารเสพติด ระดับตติยภูมิ  ลักษณะหน่วยบริการในเครือข่าย:  ให้บริการด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดที่ผู้ต้องการใช้บริการโดยตรงและตามระบบส่งต่อจากหน่วยงานต่างๆได้แก่ สำนักงานคุมประพฤติต่างๆในภาคใต้ จากโรงพยาบาลต่างๆตามระบบ SERVICE PLANและภาคเอกชน  ตัวอย่างโรคที่การดูแลต่อเนื่องมีความสำคัญต่อประสิทธิผลในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย:  การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในประเด็นที่สำคัญคือผู้ป่วยใช้สารเสพติดคือยาบ้าและมีอาการแทรกซ้อนทางจิตเวชต้องได้รับยาจิตเวช การรับยาจิตเวชจะต้องควบคู่กันไปกับการดูแลที่ถูกต้องโดยผู้ปกครองหรือครอบครัวและความร่วมมือกันกับโรงพยาบาล ดังนั้นการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยรายนี้เพื่อ การให้ผู้ป่วยสามารถ ดูแลตัวเองและอยู่ในสังคมได้อย่างปกติด้วยการดูแลติดตามผลอย่างต่อเนื่องโดยความร่วมมือของผู้ป่วยครอบครัวและโรงพยาบาล ตัวอย่างของผู้ป่วยรายนี้ ได้รับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลย่านตาขาวจังหวัดตรัง โรงพยาบาลย่านตาขาวได้ส่งต่อมาโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาเพราะเป็นผู้ติดสารเสพติดอย่างรุนแรงและมีอาการทางจิตเวชร่วม เมื่อมารักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ระยะหนึ่งผู้ป่วยอาการดีขึ้นและสามารถกลับไปอยู่ที่บ้านได้ เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านงานติดตามผลได้ติดตามผลเป็นระยะจนกระทั่ง ปรึกษากับแพทย์เจ้าของไข้แล้วส่งต่อเพื่อไปติดตามผลและรับยาที่โรงพยาบาลย่านตาขาว ผลปรากฏว่าผู้ป่วยรายนี้กลับไปติดตามผลและรับยาที่โรงพยาบาลย่านตาขาวได้ตามกำหนดทำให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ยังคงกินยาจิตเวชและไม่ใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบัน  **iii. กระบวนการ**   |  |  | | --- | --- | | **ตัวอย่างโรค (proxy disease)** | **การปฏิบัติที่ทำให้เกิดคุณภาพของการดูแลต่อเนื่อง** | | ผู้ป่วยเสพยาบ้ามีอาการทางจิตเวชร่วม | โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลามีเครือข่ายกับโรงพยาบาลอำเภอทุกอำเภอในภาคใต้กรณีนี้ คือโรงพยาบาลย่านตาขาวจังหวัดตรัง ได้ส่งผู้ป่วยมาบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา เมื่อผู้ป่วยเข้ามาที่โรงพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกพยาบาลและแพทย์ได้ประเมินเพื่อตรวจรักษา หลังจากนั้นผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ตึกลีลาวดี โดยการรับประทานยาและการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดตามแผนการรักษา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นและได้รับการประเมินแล้วว่าสามารถกลับบ้านได้ จึงจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากนั้นผู้ป่วยได้มาติดตามผลตามโปรแกรมที่ได้เตรียมการก่อนจำหน่ายให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมาติดตามผลที่โรงพยาบาล ทั้งหมด3 ครั้งอาการของผู้ป่วยเริ่มดีขึ้นตามลำดับ แพทย์และพยาบาลติดตามผลได้ประเมินแล้วว่าผู้ป่วยสามารถไปรับยาต่อที่โรงพยาบาลย่านตาขาวได้งานติดตามผลจึงประสานส่งตัวผู้ป่วยรับการติดตามผลที่โรงพยาบาลย่านตาขาวโดยความยินยอมของผู้ป่วยและผู้ปกครองในขณะนั้นภายหลังโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาได้ติดตามผู้ป่วยรายนี้กับพยาบาลที่ทำหน้าที่ติดตามผลที่โรงพยาบาลย่านตาขาวจนกระทั่งผู้ป่วยรายนี้หยุดใช้สารเสพติดได้ต่อเนื่องและได้รับการติดตามผลจากโรงพยาบาลย่านตาขาวซึ่งผู้ป่วยยังคงรับประทานยาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง |   (1) การระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ:  โรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลาโดยทีมงานการดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยในกรณีพิเศษ มุ่งเน้นการดูแลในกลุ่มผู้ป่วยสุราและกลุ่มผู้ป่วย ยาเสพติดที่มีอาการทางจิตเวชร่วม ทั้งนี้เพราะอาการของผู้ป่วยและการเสพติดยาเสพติดมีความรุนแรงอยู่ในระดับผู้ติดที่เป็นลักษณะรุนแรง อีกทั้งผู้ป่วย 2 กลุ่มนี้ก็มักจะมีโรคร่วม เช่นโรคร่วมทางจิตเวชและโรคร่วมทางกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาซับซ้อนในการดูแลซึ่งดูแลได้ยากจากครอบครัว ดังนั้นกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ ที่จุดพื้นฐานคือการดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาในโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจะต้องมีการประเมินคัดกรองอย่างดีและให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อความเข้าใจในการดูแลที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยมาเข้ารับการบำบัด การดูแลจึงเป็นลักษณะพิเศษที่ต้องให้ความสำคัญกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ดังนั้น การเยี่ยมของครอบครัวที่มาเยี่ยมผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลขั้นตอนสำคัญคือการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความพร้อมก่อนกลับบ้านและครอบครัวต้องมีความพร้อมในการดูแล อีกอย่างระบบการดูแลช่วงนี้จะสำคัญโดยเฉพาะ การนัดให้มาที่โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะไปรับการบำบัดต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเท่านั้นถึงจะให้ผู้ป่วยไปสู่ระบบการส่งต่อที่โรงพยาบาลชุมชนได้จากการดำเนินงานกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ปรากฏว่าได้รับการดูแลภายหลังการบำบัดรักษาด้วยการติดตามดูแลหลังรักษาอย่างต่อเนื่องที่ดี แต่ความยุ่งยากซับซ้อนคือ ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการควบคุมตัวเองได้น้อย อีกทั้งครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทำให้ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งกลับไปเสพซ้ำและมีอาการทางจิตเวชต้องมารักษาซ้ำ แต่ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งสามารถดูแลได้เหมาะสม ครอบครัวให้การกินยาดูแลการกินยาและให้มาตามนัดได้และดูแลไม่ให้ใช้สารเสพติดหรือยาเสพติด ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงสามารถอยู่ที่บ้านได้ ความสำเร็จจึงอยู่ที่ความร่วมมือของผู้ป่วยผู้ปกครองและระบบการดูแลที่ดีนั้นเองซึ่งจะส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยยาเสพติดในกลุ่มนี้  (2) การดูแลขณะส่งต่อ บุคลากร การสื่อสาร:  การติดตามดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อเป็นเรื่องที่สำคัญมาก โรงพยาบาล มีความมุ่งเน้น ในเรื่องนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังการรักษาที่เหมาะสมปลอดภัยจากปัญหายาเสพติดและมีคุณภาพชีวิตที่ดี บุคลากรที่ดำเนินงานเรื่องนี้ประกอบด้วย แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ดูแลติดตามผู้ป่วยหลังรักษาร่วมกับพยาบาลหอผู้ป่วยการสื่อสารเน้นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยครอบครัวและเจ้าหน้าที่ การดำเนินงานทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ที่บ้านได้ปลอดภัยจากยาเสพติดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยวิธีการ ดังนี้ ในขณะที่มารับการติดตามดูแลหลังรักษาโรงพยาบาลจะเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวหากผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะส่งต่อไปทำการติดตามดูแลหลังรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน โรงพยาบาลจะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ครอบครัวและโรงพยาบาลปลายทางที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยต่อ ฉะนั้นบุคลากรจึงประกอบด้วยหลายฝ่ายเหมือนที่กล่าวมาและการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้เกิดความเข้าใจทั้งผู้ป่วยครอบครัวเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลธัญรักษ์และเจ้าหน้าที่ที่ต้องรับดูแลผู้ป่วยต่อ ทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย  (3) ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการส่งต่อ:  สำหรับการดูแลในการส่งต่อผู้ป่วยนั้นโรงพยาบาลได้ใช้ยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ใน 3 ลักษณะคือ หนึ่งมุ่งเน้นการใช้บริการของรถ 1669 โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย จำเป็นจะต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลโรงพยาบาลจะใช้บริการรถ 1669  สองกรณีที่ผู้ป่วยมีการบาดเจ็บหรือไม่สบายที่ไม่รุนแรงแต่จำเป็นต้องส่งรักษาต่อ โรงพยาบาลจะใช้รถส่งต่อของโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ร่วมในการดูแล  สามกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาพฤติกรรม ที่รุนแรงเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่นโรงพยาบาลจะใช้รถส่งต่อของสำนักงานเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานทั้งนี้เพื่อประสิทธิภาพและคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการส่งต่อด้วยยานพาหนะและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ  (4) ระบบนัดหมายเพื่อการรักษาต่อเนื่องระบบช่วยเหลือและให้คำปรึกษาหลังจำหน่าย:  สำหรับการนัดหมาย และการช่วยเหลือ หลังการจำหน่ายนั้น โรงพยาบาล โดยทีมการรักษา ดำเนินงานกิจกรรมดังกล่าวเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง โดยวิธีการ การให้ข้อมูลปฐมนิเทศตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยและครอบครัว แต่ก่อนจำหน่ายจะมีกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งได้อธิบายการนัดให้มารับการติดตามดูแลหลังรักษาและ ให้การแนะนำปรึกษาโดยการติดต่อทางโทรศัพท์และเมื่อมารับการบำบัดรักษาแล้วสามารถปรึกษาได้ทั้งทางโทรศัพท์และทางระบบไลน์ที่เสริมจากการที่ต้องนัดให้ผู้ป่วยและครอบครัวมาที่โรงพยาบาล ซึ่งในการดำเนินงานมีการนัดเพื่อติดตามดูแลหลังรักษา 7 ครั้งใน 1 ปีแต่ระบบการติดตามโดยโทรศัพท์และระบบไลน์จะเป็นกิจกรรมเสริมประสิทธิภาพในการติดตามดูแลหลังรักษา  (5) ความร่วมมือกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ เพื่อความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย(รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพแก่หน่วยบริการที่ให้การดูแลต่อเนื่อง)และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ:  ในการติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจากการบำบัดรักษานั้นเป็นสิ่งที่โรงพยาบาลมุ่งเน้นความร่วมมือของผู้ป่วยผู้ปกครอง ชุมชนและองค์กรอื่นอย่างมาก เพื่อบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันระหว่างครอบครัวชุมชนและองค์กรอื่นๆและเสริมประสิทธิภาพของการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลโดยใช้กิจกรรมต่างๆได้แก่กิจกรรมการประสานงานกับองค์กรอื่นๆหมายถึงโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลจังหวัดที่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาตามบัตรประกันสุขภาพเพื่อใช้ในการส่งต่อ ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายทางการแพทย์และสาธารณสุขมานานแล้วทำให้ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆเป็นอย่างดี สำหรับองค์กรเอกชนในชุมชนนั้น ทางโรงพยาบาลมีบ้านโอโซนที่ช่วยดูแลผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่อำเภอจะนะช่วยติดตามดูแลโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยไปใช้บริการที่บ้านโอโซน สำหรับในชุมชนนั้นมีชุมชน ที่โรงพยาบาลได้ไปทำกิจกรรม การบำบัดในชุมชนโดยใช้ชุมชนเป็นฐานหรือ CBTxซึ่งผู้ป่วยจำนวนหนึ่งหลังจากการบำบัดรักษาแล้วชุมชนได้ดูแลต่อเนื่องโดย อสม.และครอบครัวของคนในชุมชน ซึ่งเป็นความพยายามบูรณาการการดูแลผู้ป่วยภายหลังการรักษาและได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ  (6) การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยแก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:  ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องการสื่อสารเป็นสิ่งที่สำคัญมาก โรงพยาบาลใช้การสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ วิธีการที่โรงพยาบาลได้ดำเนินการคือการพยายามให้ข้อมูลของผู้ป่วยที่จำเป็นถูกต้องและอยู่บนความยินยอมของผู้ป่วยและครอบครัว ตัวอย่างเช่นการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับการติดตามดูแลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยและครอบครัว ต้องยินยอมที่จะไปรับการติดตามผลต่อเนื่องที่โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในงานดังกล่าว ต้องยินยอมในการดูแลผู้ป่วย และโรงพยาบาลจะให้ข้อมูลโดยเป็นเอกสารคือการเอกสารการติดตามดูแลต่อเนื่องและเอกสารทางระบบการส่งต่อที่เรียกว่า บสต.ติดตามผล เพื่อการติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานของการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวและประสิทธิภาพสูงสุดของ การดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม  (7) การทบทวนการบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง:  เวชระเบียนถือเป็นเอกสารสำคัญอย่างหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง ในการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องหรือการติดตามดูแลหลังรักษาจะมีการบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยอยู่ในรูปแบบเอกสารคือ ในเวชระเบียนของผู้ป่วยนอกหรือที่เรียกว่า OPD Card และ เอกสาร บสต. ในระบบเพื่อการติดตามผล อีกส่วนหนึ่งคือเอกสารการติดตามผลที่ผู้ป่วยจะส่งข้อมูลนี้ให้กับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปติดตามดูแลหลังรักษา นี่คือกรณีของการติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งหมดคือสิ่งที่ปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมและมีข้อมูลที่ดีสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง สำหรับการทบทวนบันทึกเวชระเบียนเพื่อการดูแลต่อเนื่องนั้น ทีมเวชระเบียนจะดำเนินการทบทวนความถูกต้องครบถ้วนของการบันทึกนั้นเพื่อ ส่งกลับมายังทีมการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะการติดตามดูแลผู้ป่วยหลังรักษา หรือ เจ้าหน้าที่ที่หอผู้ป่วยจะได้เอาข้อมูลมาใช้ในการติดตามดูแลผู้ป่วยภายหลังส่งต่อไปที่โรงพยาบาลอื่น ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและสามารถพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจากสิ่งที่บันทึกไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ  (8) การติดตามผลการดูแลต่อเนื่องและนำผลการติดตามมาใช้วางแผน/ปรับปรุงบริการ:  โรงพยาบาลได้ให้ความสำคัญกับการปรับปรุงพัฒนาการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง โดยในช่วงแรกของการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องนั้นโรงพยาบาลได้ใช้การติดตามโดยการนัดผู้ป่วยและญาติมาติดตามผลที่โรงพยาบาลร่วมกับการใช้โทรศัพท์ ต่อมาโรงพยาบาลพยายามพัฒนาการดูแลโดยเพิ่มขึ้นโดยการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยที่สามารถไปเยี่ยมบ้านได้ แต่ภายหลังประสบปัญหาข้อจำกัดของบุคลากรและระยะเวลาของการไปเยี่ยมบ้านเลยไม่สามารถทำได้อย่างต่อเนื่อง จึงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นโดย เพิ่มช่องทางในการติดตามคือการใช้ Application LINE เพื่อใช้ในการติดตามผลและผู้ป่วยที่ อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา จะมีเครือข่ายการติดตามดูแลคือโรงพยาบาลชุมชนที่ผู้ป่วยมีสิทธิตาม สิทธิประกันสุขภาพ ทั้งหมดนี้คือความพยายามในการปรับปรุงพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่มีคุณภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปลอดภัยจากยาเสพติดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น  **iv. ผลการพัฒนาที่โดดเด่นและภาคภูมิใจ**  ทีมการดูแลผู้ป่วยได้ดำเนินงานการติดตามการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน แผนกการฟื้นฟูสมรรถภาพและการจำหน่ายเพื่อการติดตามผล ซึ่งสิ่งที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจคือโรงพยาบาลได้พัฒนา Application LINE เพื่อการเข้าถึงบริการในการดูแลที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วย จนกระทั่งสามารถให้บริการผู้ป่วยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อการบำบัดรักษาให้ข้อมูลสำหรับการติดตามผล ซึ่งเป็นวิธีการที่เสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการมากขึ้นปัจจุบันมีสมาชิกใน Application LINE มากกว่า 500 ราย การใช้ระบบไลน์ดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทำให้โรงพยาบาลได้รับรางวัลการเข้าร่วม พัฒนาระบบการให้บริการผู้ป่วยในรางวัลเลิศรัฐประจําปีพ.ศ.2562 ซึ่งเป็นความภาคภูมิใจของการทำงานการให้บริการและส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่อง  **v. แผนการพัฒนา**  การพัฒนาเครือข่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติดโดยเฉพาะภายหลังการรักษา กับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด แลละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรเอกชนที่ทำงานด้านการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด และชุมชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด ทั้งนี้เพื่อการทำงานที่ประสานกันและร่วมกันดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนา Application LINE หรือ Facebook หรือเทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้ามาใช้บริการได้มากขึ้น การพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และระบบเอกสารให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ดีและรายงานผลได้อย่างชัดเจน | | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | | **DALI Gap** | | **ประเด็นพัฒนาใน 1-2 ปี** | | | | |
| 74.การดูแลต่อเนื่อง | **3.0** | | **I** | | 1 .การพัฒนาเครือข่ายในการติดตามดูแลผู้ป่วยยาเสพติด  2 .การพัฒนา Application LINE หรือ Facebook หรือเทคโนโลยีสื่อสังคมออนไลน์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถเข้ามาใช้บริการได้มากขึ้น  3 .การพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์และระบบเอกสารให้สามารถบันทึกข้อมูลได้ดีและรายงานผลได้อย่างชัดเจน | | | | |