

1.ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis ในโรงพยาบาลป่าพะยอม

2.สมาชิกทีม :

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| 1.นางสาวจริญญา พงษ์อนันต์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 2.นางสาวมยุรี รัชพันธ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |
| 3.นางสาวดัชนีพร นวลแก้ว | พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ |

3.บทนำ

การติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis) หมายถึง ภาวะที่มีการทำงานผิดปกติของอวัยวะจนเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในการควบคุมการตอบสนองของร่างกายจากการติดเชื้อ (life-threatening organ dysfunction caused by a dysregulated host response to infection)

ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดยังเป็นปัญหาสาธารณสุขและในระดับเขต 12 รวมถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย โรงพยาบาลพัทลุงตัวชี้วัดของระดับเขตยังปฏิบัติไม่ได้ตามเกณฑ์ และมีอัตราการส่งต่อ unplanned refer ของโรงพยาบาลป่าพะยอมซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ปี 2564 รวม 16 คน นอนโรงพยาบาลและส่งต่อ 3 คน คิดเป็น 18 % ปี 2565 รวม 8 คน นอนโรงพยาบาลและส่งต่อ 2 คน คิดเป็น 25% ปี ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 รวม 10 คน นอนโรงพยาบาลและส่งต่อ 2 คน คิดเป็น 20 % และนำมาซึ่งเสียชีวิตสูงสาเหตุเนื่องจากการเข้าถึงของผู้ป่วยและกระบวนการประเมินผู้ป่วย sepsis ผิดพลาดล่าช้า และเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานความรวดเร็ว และความปลอดภัยให้เกิดความปลอดภัย 2 Ps จึงได้มีการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ในหอผู้ป่วยในมีระบบ Triage ที่ได้มาตรฐานในการค้นหาผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เสี่ยงต่อภาวะ sepsis/septic shock ได้อย่างรวดเร็ว และมีแนวทางปฏิบัติมีการเฝ้าระวัง Alarm signs และ Early Warning Signs โดยใช้แบบประเมินแบบง่ายและรวดเร็วได้แก่ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) Modified Early Warning Score (MEWS) ,SOS score

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วย และวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า

1.การประเมิน / การประเมินซ้ำ ที่ล่าช้า ประเมินผิดพลาด ไม่นឹถึงภาวะ sepsis นำไปสู่การวินิจฉัยโรคที่ผิดพลาดล่าช้า ทำให้การรักษาผิดพลาดล่าช้าตามไปด้วย

2. กระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis /การรักษาตามมาตรฐานล่าช้า เนื่องจากการประเมินล่าช้า การวินิจฉัยที่ผิดพลาดล่าช้า จึงทำให้กระบวนการรักษาด้วยการทำ H/C การให้ยาปฏิชีวนะ ผิดพลาด ล่าช้า

3.มีการใช้เครื่องมือ/แบบประเมิน Early Warning Signs ได้แก่ Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) Modified Early Warning Score (MEWS) ,SOS score ไม่ครอบคลุม

4.โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

- 1.เพื่อให้ผู้ป่วย sepsis ได้รับการลดการส่งต่อ unplanned refer
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วย sepsis ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน CPG sepsis
- 3.นำเครื่องมือมาใช้ประเมินคนไข้ SIRS , MEWS score , SOS score

5.แนวคิด/ทฤษฎีที่ใช้

- 1.ความรู้เรื่องการส่งต่อ unplanned refer
2. CPG sepsis2023
- 3.ประเมินคนไข้ SIRS , MEWS score , SOS score

6. วิธีการดำเนินการ ใช้กระบวนการ PDCA ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้กระบวนการดังนี้

- 1.รวบรวมข้อมูลปัญหาอุปสรรคหรือความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการบริการ
- 2.จัดลำดับความสำคัญของปัญหา พบว่าขั้นตอนบริการที่ยังล่าช้าและซ้ำซ้อน
- 3.ประชุมทีมเพื่อวางแผนในการพัฒนาระบบติดตามการดำเนินงาน
- 4.ดำเนินการตามแผนที่วางไว้
- 5.สรุปและประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละปี
- 6.ทบทวนกระบวนการที่เป็นปัญหาและวางแผนเพื่อแก้ปัญหาในปีต่อไป

7. ผลการศึกษา

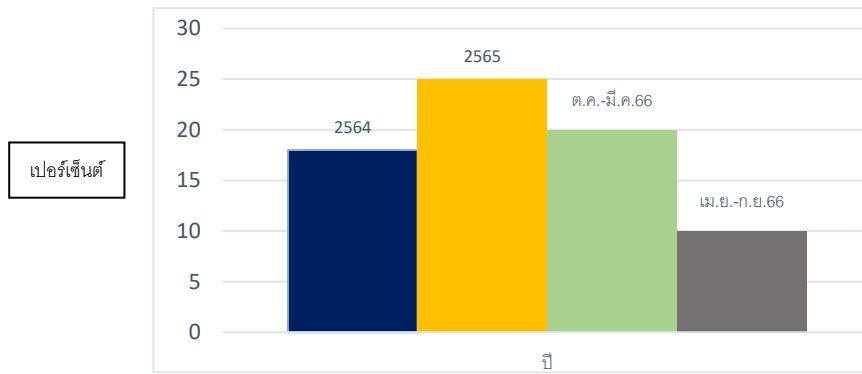
Plan	DO	Check	Act
ระยะที่1 (ต.ค. 63 - ก.ย 64) ทบทวน Case unplanned refer 18%	-ทบทวน caseที่เกิดอุบัติการณ์ unplanned refer -มีการใช้แบบประเมินคนไข้ SIRS -ทบทวนตัวชี้วัดของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย sepsis -ทบทวนแนวทางหรือ WI และเครื่องมือในการประเมินคนไข้ sepsis -จัดทำแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย sepsis สำหรับพยาบาลเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วย sepsis ให้เป็นแนวทางเดียวกัน	จากการทบทวนต่อเนื่องพบว่า -ไม่ได้นำกระบวนการดูแลผู้ป่วย sepsis มาใช้ในการคัดกรองแยกผู้ป่วย -ไม่ได้นำแบบประเมินคนไข้ที่ลงในโปรแกรมมาประเมินคนไข้ -ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางตัวชี้วัดของโรงพยาบาล	-ร่วมประชุมและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน เช่น ER ,OPD -รวบรวมอุบัติการณ์และรายงานพร้อมจัดเวทีทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วย -ทบทวนแบบประเมินคนไข้ SIRSในการปฏิบัติจริง -เพิ่มแบบประเมินการดูแลคนไข้ SOS Score ในโปรแกรม
ระยะที่2 (ต.ค. 64-ก.ย. 2565) ทบทวน Case unplanned refer 25%	-ทบทวน caseที่เกิดอุบัติการณ์ unplanned refer อย่างต่อเนื่อง -เพิ่มแบบประเมินการดูแลคนไข้ SOS Score ในโปรแกรม -ทบทวนความเสี่ยงที่มี case unplanned refer อย่างต่อเนื่อง -เพิ่มแบบประเมินการดูแลคนไข้ MAP,qSOFA ร่วมกับ SIRS,SOS Score -มีทีมสหวิชาชีพ ดำเนินการ	-ไม่มีการแจ้งกลับทีมแพทย์ พยาบาล และงานควบคุมการติดเชื้อเพื่อหาแนวทางพัฒนาและลดการมี unplanned refer -ขาดการฟื้นฟูวิชาการการดูแลผู้ป่วย 3S (Stroke ,Sepsis,	-ปรับปรุงแบบประเมินการดูแลคนไข้ sepsis อย่างง่ายเพื่อการใช้งานและเข้าถึงโปรแกรม -การจัดตั้งทำเอกสารสื่อประกอบการดูแลผู้ป่วย 3S ให้เข้าใจและง่ายต่อการเข้าถึงและผู้ป่วยที่มีกลุ่ม Case giver ได้รับความรู้ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย Sepsis

Plan	DO	Check	Act
	<p>-ทบทวนเกณฑ์การส่งต่อโรงพยาบาล ศูนย์ ประสานงานการดูแลการส่งต่อ ผู้ป่วยร่วมกับโรงพยาบาลป่าพะยอม</p> <p>-ประชุมแลกเปลี่ยนให้ความรู้พนักงาน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ในการใช้แบบ ประเมิน SOS Score</p> <p>-มีการ load application ในโทรศัพท์ เพื่อจ่ายต่อการประเมินคนไข้</p>	<p>STEMI)แก่เจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล</p> <p>-ขาดการนิเทศติดตาม ของหัวหน้างาน ,ICN อย่างต่อเนื่อง</p>	
<p>ระยะที่ (ต.ค. 2565-มี.ค. 2566)</p> <p>ทบทวน Case unplanned refer 20%</p>	<p>-ทบทวน caseที่เกิดอุบัติการณ์ unplanned refer อย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ได้นำแบบประเมินคนไข้ แบบ Mews Score ในระบบHos Merge เพื่อจ่าย ในการใช้งานและเข้าถึงโปรแกรม</p> <p>-มีการทบทวน case ที่เกิด Adverse Event (AE)</p> <p>-เพิ่มการทบทวนการใช้เครื่องมือในการทบทวน case โดยใช้ Trigger Tool</p> <p>-ร่วมประชุมขับเคลื่อนการพัฒนา ความรู้ในการเตรียมความพร้อมรองรับ การทำงานตอบสนองสาขา Sepsis กับ โรงพยาบาลพัทลุง</p> <p>-ร่วมประชุมกับทีม PCT ของ โรงพยาบาลกำหนดแนวทางเป็น standing order</p> <p>-ถ้า SOS Score ≥ 4 คะแนน ให้เพิ่ม lab lactate</p> <p>-การกำหนด LOS ที่ชัดเจน</p> <p>-มี Role Model ของโรค 3 S</p> <p>-ติดป้ายประกาศ STOP Sepsis 5 Steps</p>	<p>-มีการใช้แบบประเมิน คนไข้ sepsis</p> <p>-ปฏิบัติตามตัวชี้วัด ของเขต 12และ โรงพยาบาลพัทลุงได้</p> <p>-มีการลงแบบ ประเมินคนไข้ sepsis ในระบบ Hospital OS system</p>	<p>-จากการติดตามทบทวน case case unplanned refer อย่างต่อเนื่องมี แนวทางลดลง และไม่เกิดความเสีง</p> <p>-มีการใช้แบบประเมินคนไข้ sepsis</p> <p>-มีการปฏิบัติตามตัวชี้วัด</p> <p>-เจาะ H/C ก่อนให้ ATB</p> <p>-ให้ได้ ATB ไม่เกิน 1 ชั่วโมงตั้งแต่ วินิจฉัย</p> <p>-ได้รับสารน้ำ 30 cc/kg/hr</p> <p>-ประเมิน SOS Score ≥ 4 คะแนน สามารถเจาะ blood lactate</p>

ผลการดำเนินงานในการใช้ เครื่องมือในการประเมินการดูแลผู้ป่วย พบว่า

- เมษายน 2566 พบ case unplanned refer 2 case - พฤษภาคม 2566 ไม่พบ case unplanned refer
- มิถุนายน 2566 พบ case unplanned refer 1 case - กรกฎาคม 2566 ไม่พบ case unplanned refer
- สิงหาคม 2566 ไม่พบ case unplanned refer - กันยายน 2566 ไม่พบ case unplanned refer

กราฟแสดงผลการดำเนินงาน



8.วิจารณ์/สรุปผล

ผลการดำเนินงานจากการใช้แบบประเมินในการดูแลผู้ป่วย Sepsis

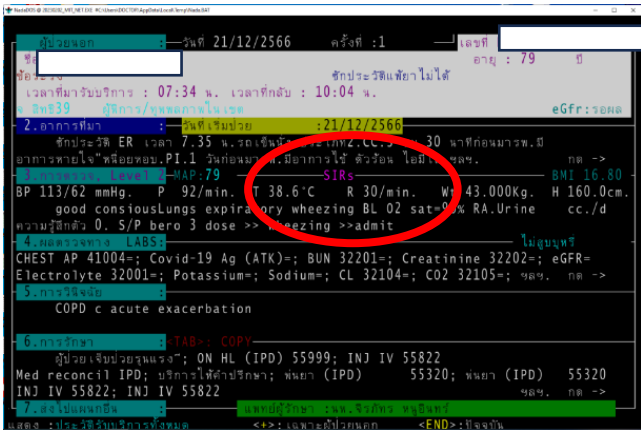
- มีการออกแบบในการใช้แบบประเมินคัดกรองผู้ป่วยได้ เช่น ER ,OPD,WARD
- มีการปฏิบัติตามตัวชี้วัดของเขต12
- มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตจะช่วยลดการส่งต่อผู้ป่วยได้
- การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงของผู้ป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย
- การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับทีมจังหวัด

จะเห็นว่าตั้งแต่ ธันวาคม จนถึง มีนาคม ไม่มี case unplanned refer (ล่าช้าในการส่งต่อ)ในผู้ป่วย sepsis และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ถึงแก่ชีวิต

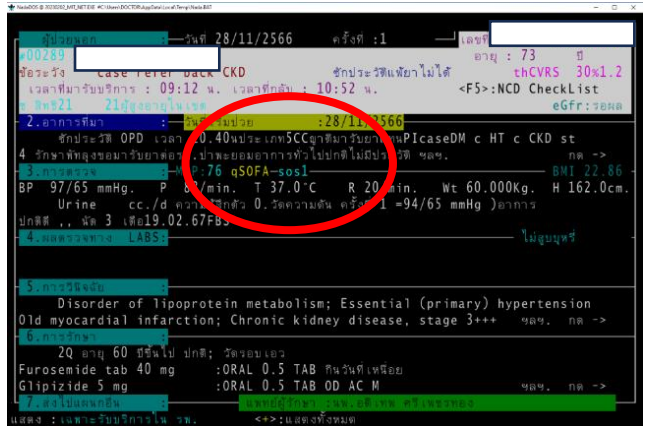
จากการนำเครื่องมือแบบประเมินคัดกรองคนไข้ Sepsis มาใช้และบรรจุในโปรแกรมของโรงพยาบาลและนำ case sepsis ที่เกิดจาก unplanned refer ทบทวน พบว่า

- การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะวิกฤตจะช่วยลดการส่งต่อผู้ป่วยได้
- การพัฒนาสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับทีมจังหวัด และมีการอบรมพัฒนาพื้นที่พู้กับทีมรักษาโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
- มีแนวทางปฏิบัติตามที่ได้กำหนดเป็นแบบมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย และเป็นโอกาสพัฒนาต่อไป
- มีการใช้เครื่องมือ/แบบประเมิน Early Warning Signs อย่างต่อเนื่อง และรวดเร็ว

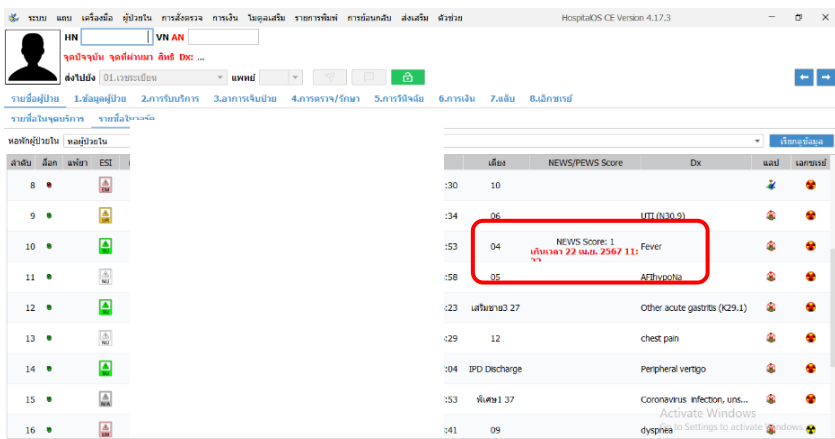
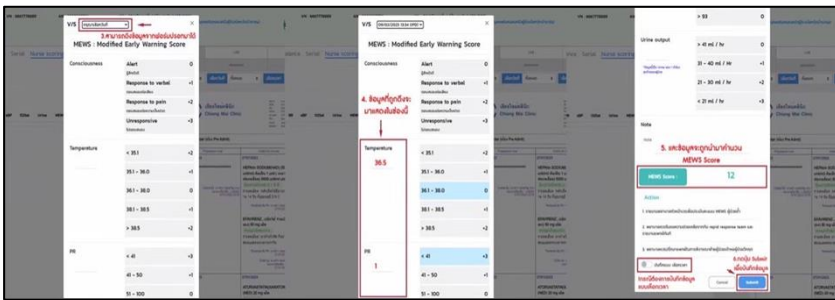
1.การนำ โปรแกรม SIRS ลงใน Met Net



2.พัฒนานำโปรแกรม SOS,qSOFA และคิดMAP



3.โปรแกรม Mews Score ใน ระบบ Hos Merge



STOP SEPSIS 5 STEPS

Hemoculture x II 1 hr

LOAD IV NSS 2,000 ML

Early ATB in 1 hour

LEVOPHED OR DOPAMINE
หลังจาก LOAD NSS 2000 ML

EARLY REFER/CONSULT

อย่าลืม! บันทึก Sepsis Recode form U-Case

SEPSIS หยุดได้ด้วยทุกคน

8.เอกสารอ้างอิง

- จากทีม PCT ของโรงพยาบาลป่าพะยอม
- จากทีมเวชระเบียน โรงพยาบาลป่าพะยอม