มาตรฐาน III – 2 การประเมินผู้ป่วย
PEF เวชศาสตร์ฟื้นฟู รพ.รร.6

มีความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพในการประเมิน และการเชื่อมโยงข้อมูลต่างๆเพียงใด?

พ.ค. 64

มีแบบประเมินทางการพยาบาล (nursing admission database) บันทึกในเวชระเบียน ในผู้ป่วย stroke และ spinal cord injury ทุกราย ใช้แบบประเมิน Assessment for PMR discharge planning need เพื่อประเมินในมิติด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสภาพแวดล้อม

การเชื่อมโยงข้อมูลจากการประเมินของแต่ละสาขา ได้แก่ แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การกีฬา นักวิทยาศาสตร์การสื่อความหมาย จิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ สื่อสารผ่าน progress note ร่วม และผ่านกิจกรรม team meeting ซึ่งเป็นการประชุมหารือร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อวางแผนการฟื้นฟูผู้ป่วยแต่ละราย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับทราบผลการประเมิน แผนการฟื้นฟู ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการฟื้นฟู

การประเมินแรกรับทำได้ครอบคลุมเพียงใด ทำได้ในเวลาที่กำหนดเพียงใด?

พ.ค. 64

การประเมินแรกรับ มีการประเมินทางกาย การคัดกรองอาการเจ็บปวด การประเมินจิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม รวมถึงการประเมินพิเศษด้านความพิการ ภายใน 24 ชั่วโมงหลังแรกรับ อย่างไรก็ดียังมีโอกาสในการพัฒนาด้านการประเมินภาวะโภชนาการ ซึ่งยังไม่มีการประเมินอย่างเป็นระบบ

มีระบบการตรวจความสมบูรณ์ในการบันทึกทางการพยาบาล โดยคณะกรรมการบันทึกทางการพยาบาล โดยสุ่มตรวจวันละ 1 เวชระเบียน พบว่ามีความสมบูรณ์ 86%

มีการใช้ข้อมูลวิชาการเป็นแนวทางในการตรวจประเมิน และการตรวจพิเศษเพื่อการวินิจฉัยเหมาะสมเพียงใด?

พ.ค. 64

ใช้ modified Barthel index เป็นมาตรฐานเดียวกันในการประเมินและติดตามผลการฟื้นฟูผู้พิการ
ใช้ ACR2010 ในการวินิจฉัยโรค fibromyalgia
การใช้ข้อมูลเชิงวิชาการในการตรวจประเมินโรคปวดอื่นๆ รวมถึงการตัดสินใจส่งตรวจพิเศษ ยังเป็นวิจารณญาณของแพทย์แต่ละคน
โอกาสในการพัฒนา – พัฒนามาตรฐานในแนวทางการประเมินผู้ป่วยโรคปวด และออกแบบกระบวนการกำกับดูแลให้กระบวนการเป็นไปตามมาตรฐานอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ

การ investigate เป็นไปตามข้อบ่งชี้ในเวลาที่เหมาะสม และทำได้เมื่อต้องการเพียงใด?

พ.ค. 64

ยังไม่มีการใช้ CPG ในการ investigation

การวินิจฉัยโรคมีความชัดเจน มีหลักฐานสนับสนุนเพียงใด?

พ.ค. 64

การวินิจฉัยโรคของอาจารย์แพทย์ ใช้วิจารณญาณของอาจารย์แพทย์แต่ละคน

การวินิจฉัยโรคของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 และ 2 ทุกรายต้องกระทำภายใต้การกำกับดูแลของอาจารย์แพทย์

การวินิจฉัยโรคของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ใช้วิจารณญาณของแพทย์ประจำบ้าน โดยมีระบบในการปรึกษาอาจารย์แพทย์ได้

มีกิจกรรมวิชาการ ส่งเสริมความรู้และทักษะในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ได้แก่ EMG conference, inter-department conference, inter-hospital conference, PO clinic, clinico-patho conference เป็นต้น

โอกาสในการพัฒนา – ยังไม่มีการใช้ CPG ในการวินิจฉัยและดูแลรักษาผู้ป่วย

การทบทวนนำไปสู่การปรับปรุงการวินิจฉัยโรคที่เป็นปัญหา (delayed, ill-defined, inappropriate, incorrect) อะไรบ้างอย่างไร ผลลัพธ์เปลี่ยนแปลงไปอย่างไร?

พ.ค. 64

มีกระบวนการทบทวนการวินิจฉัยและการดูแลผู้ป่วยในเรียกว่า service round และ bedside round เดือนละ 2 ครั้ง

มีกระบวนการทบทวนผ่านกิจกรรมวิชาการของแพทย์ประจำบ้าน เช่น EMG conference, clinic-patho conference

โอกาสในการพัฒนา - ยังไม่มีการวัดผลของกิจกรรมทบทวนการวินิจฉัยว่าช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการวินิจฉัยมากน้อยเพียงใด

การตรวจพิเศษต่างๆทำในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและมีทรัพยากร (เทคโนโลยี คน เครื่องมือ) เหมาะสมเพียงใด?

พ.ค. 64

การประเมินด้วยหัตถการลุกล้ำ ได้แก่ VDO fluoroscope, urodynamic, electrodiagnosis, neurolysis, ultrasound-guided injection การประเมินความลึกของแผล กระทำในห้องตรวจโดยเฉพาะของแต่ละหัตถการ มีการควบคุมมาตรฐานป้องกันการติดเชื้อโดยคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาล มีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ทำหัตถการลุกล้ำ ได้แก่

- อาจารย์แพทย์ทุกคนต้องมีวุฒิบัตรแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และประกาศนียบัตรรับรองการทำหัตถการเฉพาะ
- พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงด้านแผล มีการระบุคุณสมบัติของผู้ป่วยเมินใน job description

ยังมีโอกาสในการพัฒนาสำหรับ แพทย์ประจำบ้าน และนักศึกษาฝึกงานกายภาพบำบัด ซึ่งยังไม่มีการกำหนดนโยบายที่แน่ชัดถึงสิทธิในการทำหัตถการต่างๆ และยังไม่มีการจัดการอย่างเป็นระบบเรื่อง training risk

ความต้องการของผู้ป่วยได้รับการระบุไว้อย่างชัดเจนเพียงใด มีการนำไปใช้และทบทวนอย่างไร?

พ.ค. 64

มีระบบการสอบถามความต้องการของผู้ป่วยทุกคนตั้งแต่แรกรับ เพื่อประเมินความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย มีการบันทึกใน nursing admission database และใน advance wound care report มีการออกแบบประเมินความต้องการพิเศษสำหรับผู้ป่วย stroke และ spinal cord injury ทีมพยาบาลมีการตอบสนองต่อข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

โอกาสในการพัฒนา – การสื่อสารข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยยังอยู่ในการดูแลของบุคลากรพยาบาลเป็นหลัก ยังไม่มีการสื่อสารข้อมูลไปยังทีมผู้ให้การรักษาทุกคน อีกทั้งยังไม่มีกระบวนการนำข้อมูลความต้องการของผู้ป่วยมาทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อปรับปรุงการบริการให้ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย

การบันทึกมีความสมบูรณ์ถูกต้องและในเวลาที่กำหนดไว้เพียงใด?

พ.ค. 64

มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยในเมื่อจำหน่ายผู้ป่วย พบว่ามีคะแนนความสมบูรณ์อยู่ระหว่าง 84 - 86%

มีการประเมินความสมบูรณ์ของเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 75.3 - 86%

โอกาสในการพัฒนา - ปรับแบบประเมินให้สอดคล้องกับงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูให้มากขึ้น และการนำข้อมูลจากการประเมินมาพัฒนากระบวนการฟื้นฟูผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น ยังไม่มีการเซ็นชื่อในรายงานการทำหัตถการ