

## Service Profile

### หน่วยงาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลปากพ่อง

#### ๑. บริบท (Context)

##### ( ก.) หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และนิติเวช ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ประทับใจบริการ

##### ( ข.) ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

**ขอบเขตการให้บริการ :** ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) บริการผู้ป่วยนอกเวลาและบริการส่งต่อ ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

**ศักยภาพ :** แพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตลอด ๒๔ ชั่วโมง

: แพทย์เฉพาะทาง สูติ-นรีเวช ๓ คน / กุมารแพทย์ ๒ คน / อายุรแพทย์ ๒ คน

:พยาบาลวิชาชีพ ๑๐ คน ( พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ๓ คน, พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ๒ คน และกำลังศึกษาพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ๑ คน)

:เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ( เวชกิจฉุกเฉิน ) ๒ คน

**ข้อจำกัด :** ไม่มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

(ค.) ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

#### ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
แพทย์	-ต้องการให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เพียงพอ พร้อมใช้ เช่น เครื่อง Defibrillator, Monitor EKG , O๒ Sat ,Suction -เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ -ทีมการพยาบาลประเมินคัดกรองผู้ป่วย รายงานอาการ ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว -อำนวยความสะดวกในการดูแลรักษาผู้ป่วยและมีการประสานงานถูกต้อง รวดเร็ว
OPD	-มีการประสานงานที่ดีในกรณีที่จะส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่ er -มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง
ผู้ป่วยใน	-Admit ผู้ป่วยให้ตรงตามข้อบ่งชี้ของตึกผู้ป่วย -ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นครบถ้วนก่อนส่งเข้าตึก -มีการประสานงานให้ตึกเตรียมความพร้อมในกรณีที่มีการส่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเข้าไปในตึก มีการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง และมีพยาบาลนำส่งผู้ป่วย

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
หน่วยจ่ายกลาง	-Check Stock เครื่องมือก่อนส่งเบิกให้ตรงเวลาทุกครั้ง -แยกของมีคม ชยะติดเชื้อ แยกผ้าสะอาดกับผ้าสกปรก ถูกต้อง
ห้องบัตร	-ให้มีการตรวจสอบสิทธิบัตรทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรงให้ตรวจสอบการลงทะเบียนจ่ายตรง- -กรณีตรวจสอบสิทธิบัตรไม่ได้หรือผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการรักษา (เป็นสิทธิว่าง ) ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและนำใบเสร็จมาเบิก
ชั้นสูตร	-ทีมการพยาบาลมีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้องและเพียงพอในการตรวจชั้นสูตรรวมทั้งการเขียนใบนำส่งและการเก็บ Specimen ถูกต้อง
งานทันต สาธารณสุข	-ต้องการได้รับการติดต่อประสานงานได้รวดเร็ว ถูกต้อง -ได้รับความร่วมมือที่ดีในการปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วย
งานการเงิน	-ให้ส่งเอกสารหลักฐานทางการเงิน ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ทันเวลาและตรวจสอบก่อนส่งทุกครั้ง
ฝ่ายเภสัชกรรม	-เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาที่ใช้ไปผู้ป่วยแต่ละรายครบถ้วน -มีการจัดเรียงเวชภัณฑ์ ตามระบบ First in – First out สำรตรวจยาใกล้ Exp. ทุกวันที่ ๑ ของเดือน - สอบถามประวัติแพ้ยาทุกครั้ง -บริหารยาให้ผู้ป่วยตามหลัก ๑๐ R
งานรังสีวินิจฉัย	- มีการประสานงาน / ส่ง X-ray ถูกต้องกับอาการผู้ป่วย - กรณีผู้ป่วยหนักโทรแจ้งก่อนส่งผู้ป่วยไป X-ray และให้มีเจ้าหน้าที่ ดูแลระหว่างส่ง x - ray - ประสานให้ญาติผู้ป่วยรับ เลข film กรณีส่งต่อผู้ป่วย

### ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	-ได้รับการตรวจรักษาที่ รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย พร้อมร่วมวางแผนการรักษาต่างๆ -มีเจ้าหน้าที่รับผู้ป่วยอยู่ด้านหน้าตลอดเวลา กระตือรือร้นเต็มใจบริการ
โรงพยาบาลศูนย์	-ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัย มีใบนำส่ง และมีการประสานศูนย์ส่งต่อผู้ป่วย -แก้ไขปัญหาฉุกเฉินก่อนส่ง เช่น Case ที่ต้อง On ET ,ON Hard Collar, Splint, Stop Bleed และ X -ray ก่อนส่ง
ตำรวจ	-ได้รับใบชั้นสูตรทางคดีตามเวลาที่กำหนด
หน่วยกู้ชีพ	-ได้รับคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ขณะนำส่ง และรายงานอาการนำส่ง -ได้รับการสนับสนุนวัสดุการแพทย์

(ง.) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และนิติเวช ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ และดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

(จ.) ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

\* ความท้าทาย

๑. การประเมิน คัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย

๒.ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

๓. ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าถึงระบบ EMS และได้รับการดูแลถูกต้อง

ความเสี่ยงสำคัญ

๑.การจำแนกประเภทผู้ป่วยและคัดกรองโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อทางเดินหายใจคลาดเคลื่อน

๒.ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด/PCI ช้า

๓.ระบบ EMSไม่ครอบคลุมพื้นที่, ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินมาช้า/ไม่ได้มาด้วยระบบ EMS

๔.หน่วยอาสากู้ชีพดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑.	การคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ COVID-๑๙ คลาดเคลื่อน	๑.มีแนวทางในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อทางโทรศัพท์การออกรับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ .มีแนวทางการในการซักประวัติผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID -๑๙ ทุกราย ๒ จัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจไวโซน หน้าห้อง พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและอื่นๆ ๓.มีแนวทางในการตรวจรักษาและการช่วยชีวิตที่จำกัดจำนวนบุคลากรและทำหัตถการเท่าที่จำเป็น ๔.จัดอุปกรณ์ชุดป้องกันส่วนบุคคลให้พร้อมใช้และฝึกทักษะในการใส่และถอดชุดป้องกันและมีแผ่นป้ายชัดเจน ๕.จัดอุปกรณ์ในการรองรับขยะติดเชื้อที่ชัดเจน ๖.กำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อและการทำความสะอาดหลังให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อ ๗.มีแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เอ็กซเรย์ cohort ward ทีมเคลื่อนย้าย ทีมรับ ส่งต่อผู้ป่วย	๑.อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง ๙๙.๑%

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๒.	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดช้า	<p>๑. ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วย STEMI เน้นขั้นตอนการให้ยา SK</p> <p>๒. กำหนดหน้าที่ แพทย์ในการให้ข้อมูลการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาเพื่อลดระยะเวลารอคอย</p> <p>๓. มีระบบขอคำปรึกษา อายุรแพทย์และ รพ แม่ข่าย ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือ PCI</p> <p>๔. มีระบบการดูแลจาก รพ แม่ข่าย ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด และขณะส่งต่อหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งผู้ป่วยส่งทำ PCI</p> <p>๕. มีระบบให้ข้อมูลการใส่สายสวนหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติในขณะส่งต่อเพื่อความรวดเร็วในการรับทราบข้อมูลก่อนเซ็นยินยอมสวนหัวใจที่ รพ.มหาราช</p> <p>๖. มีระบบ register ประวัติผู้ป่วยก่อนนำส่งเพื่อความรวดเร็วเมื่อไปถึง รพ มหาราชได้ส่งผ่านห้องฉุกเฉินไปห้องสวนหัวใจ</p>	<p>ปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ Door to needle time ๒๔.๗ นาที, ๒๐ นาที</p> <p>ปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๕ ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK /PCI ร้อยละ ๙๓.๓๓, ๑๐๐</p> <p>ปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๕ ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา ๓๐ นาทีตามเวลามาตรฐาน ร้อยละ ๘๐, ๑๐๐</p>
๓.	ระบบ ems ไม่ครอบคลุมพื้นที่	<p>๑. ประสาน อบต ในการจัดหน่วย อาสากู้ชีพเข้าให้บริการ ems ในแต่ละพื้นที่โดยเซ็น MOU จัดโซนพื้นที่ที่รับผิดชอบของหน่วยอาสากู้ชีพ</p> <p>๒. อบรมอาสากู้ชีพเตรียมพร้อมในการจัดตั้งหน่วย</p> <p>๓. ประชาสัมพันธ์ระบบบริการ EMS แก่ประชาชนในพื้นที่</p>	<p>-หน่วยอาสากู้ชีพเดิม ๓ หน่วย</p> <p>-หน่วยอาสากู้ชีพเพิ่มใหม่ ๖ หน่วย</p> <p>*หน่วยกู้ชีพทางน้ำ ๑ หน่วย</p> <p>การเข้าถึงระบบ ems ร้อยละ ๒๐.๓๘</p>
๔.	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ไม่ได้มาด้วยระบบ ems	<p>-ประชาสัมพันธ์เชิงรุก หมายเลขแจ้งเหตุ การบริการ ems โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว</p> <p>ให้เข้าถึงการมาด้วยระบบ ems</p> <p>-อบต แต่ละพื้นที่ ประชาสัมพันธ์ การออกรับเหตุแก่ประชาชนในพื้นที่</p>	<p>-ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน มาด้วยระบบ ems ร้อยละ ๑๖.๗๐ %</p>
ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

๕.	อาสาสมัครกู้ชีพดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง	-อบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ แก่อาสาสมัคร ๑ ครั้ง/ปี -ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลทุกราย -ประชุมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและส่งต่อ ประเด็นข้อผิดพลาดการดูแล แนวทางการพัฒนาแก้ไข	-การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อของหน่วยอาสาสมัครกู้ชีพถูกต้อง ร้อยละ ๙๗.๕๖
----	---	---	---

**\*จุดเน้นในการพัฒนา**

๑. พัฒนาระบบการประเมิน คัดกรอง ตาม MOPH ED. TRIAGE และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๕๖๔
๒. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีตามเวลามาตรฐาน
๓. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ให้ครอบคลุมพื้นที่และการเข้าถึง

**ฉ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง**

**เจ้าหน้าที่**

๑. ด้านร่างกาย มีการตรวจสุขภาพทุกปี พบว่าเจ้าหน้าที่สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัวเพิ่มขึ้น
๒. เจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็น เช่น วัคซีนไขหวัดใหญ่ วัคซีนหัดเยอรมัน วัคซีนไข้ไวรัสโคโรนา ๒๕๖๔
๓. ด้านจิตใจมีการประเมินความสุขในการทำงาน ผลการประเมินพบมีความสุขร้อยละ ๖๕.๐๗

**ประชาชน**

๑. ให้ความรู้แก่ประชาชน อสม. ผู้นำชุมชน และนักเรียนพระราชทานเรื่องการช่วยชีวิตฉุกเฉิน
๒. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเรียกใช้หมายเลข ๑๖๖๔ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง HT DM โรคหัวใจ
๓. อบรมการปฐมพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป อสม. ผู้นำชุมชน นักเรียนในพื้นที่ และร้านค้าริมชายหาด
๔. ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุในอำเภอลงสู่ตำบลกับผู้นำท้องถิ่นโดยร่วมรณรงค์ ในเรื่อง การขับขี่ปลอดภัย
๕. ให้ความร่วมมือในโครงการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย ๑๐๐ % ทั้งจังหวัด

สถิติข้อมูลหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

จำนวน(ราย) รายละเอียด	๒๕๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
จำนวนผู้ป่วย (รวม)	๔๐๑๗๗	๓๖๙๑๔	๓๙๓๕๘	๓๖๓๒๙	๓๐๗๐๗	๑๔๓๘๔
จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามความรุนแรง						
-Resuscitate	๘๐๕	๑๐๕๔	๑๐๘๕	๑๐๖๔	๘๘๒	๔๑๕
-Emergent	๑๓๐๔	๑๔๐๖	๒๕๕๐	๒๔๖๙	๑๔๖๔	๕๘๑
-Urgent	๖๓๓๑	๕๖๔๓	๗๕๕๗	๖๓๔๑	๕๒๗๖	๒๑๙๕
-Ac.illness	๔๘๙๘	๑๙๐๐	๒๘๐๔	๓๓๐๗	๓๔๖๙	๒๐๐๙
-Non- Ac.illness	๒๖๘๓๙	๑๗๗๒๐	๒๕๓๖๒	๒๓๑๔๘	๑๙๖๑๖	๙๑๘๔
จำนวนผู้ป่วยแยกตามประเภทการมารับ บริการ						
๑.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด	๑๘๗๓	๓๑๗๖	๓๗๖๔	๓๗๔๗	๒๔๖๗	๑๓๓๔
๒.ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร	๗๕๗	๗๗๒	๑๑๓๐	๘๔๗	๖๔๘	๓๒๐
๓.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไป	๑๑๑๖	๒๔๐๔	๒๘๑๘	๒๘๙๘	๑๘๑๙	๑๐๑๔
๔.ผู้ป่วยส่งต่อ	๘๐๗	๙๙๒	๑๐๙๖	๙๙๘	๑๐๔๒	๕๙๙
๕.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต						
-ในโรงพยาบาล(นับ๒๔ชม.)	๔๔	๔๓	๕๒	๖๔	๗๓	๒๑
-นอกโรงพยาบาล	๕๐	๕๐	๕๔	๒๙	๔๔	๑๕

๕ อันดับโรคที่มาห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ปี๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
Dyspepsia ๑๔๖๐	Dyspepsia ๑๓๗๕	Dizziness ๑๕๔๖	Dizziness๑๓๕๙	Dyspepsia ๑๑๐๕	Local infection of skin๔๔๗
Dizziness ๑๓๓๑	Dizziness ๑๓๗๑	Dyspepsia ๑๔๔๖	Dyspepsia๑๑๙๕	Dizziness ๑๐๗๕	Dizziness ๓๒๘
Common cold ๖๙๔	Appendicitis ๔๓	Fever ๘๖๔	Local infection of skin๑๐๐๕	Local infection of skin๙๙๐	Dyspepsia ๓๐๐
Fever ๕๙๔	Fever ๒๑	Common cold ๕๖๘	Fever๙๖๑	Fever ๔๓๙	NIDM ๙๗
NIDM ๒๔๕	Gastroenteritis๔๕๙	Ac bronchitis๕๕๔	NIDM ๔๘๕	NIDM ๓๘๑	HT ๙๖

๕ อันดับโรคที่ส่งรักษาต่อ

ปี ๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕
Fracture ๑๘๓	Fracture ๑๒๗	Fracture ๑๑๓	Stroke ๑๖๒	Stroke ๑๕๒	Stroke ๘๒
Stroke ๑๔๒	Stroke ๑๓๓	Stroke ๒๓๑	Fracture ๑๕๑	Fracture ๑๒๔	Fracture ๖๔
Appendicitis ๖๐	Appendicitis ๑๐๑	Appendicitis ๘๙	Respiratory failure ๑๓๗	Appendicitis ๘๓	Appendicitis ๕๖
MHI ๕๖	Pneumonia ๑๙	Pneumonia ๒๒	HI ๘๓	MHI ๖๐	MHI ๔๐
Pneumonia ๓๓	STEMI ๑๘	MHI ๓๕	Appendicitis ๗๕	Pneumonia ๕๑	Respiratory failure ๕

๕ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

ปี๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕
Unknown cause ๙	Cardiac arrest ๒๑	Unknown cause ๑๗	Cardiac arrest ๓๐	Cardiac arrest ๒๐	Unknown cause ๙
Cardiac arrest ๗	Ischemic heart disease ๔	Cardiac arrest ๑๒	ACS ๑๒	Unknown cause ๕	ACS ๕
Ischemic heart disease ๕	Unknown cause ๕	Ischemic heart disease ๗	Unknown cause ๘	AMI ๓	Cardiac arrest ๔
Transport accident ๓	Transport accident ๔	Transport accident ๕	Respiratory failure ๗	Drowning ๓	SHIอุบัติเหตุ จราจร ๓
Asphyxia ๒	Unknown cause ๓	Hanging ๔	Severe head injury ๕	Hypoxia ๓	Hypoxia ๑

## ๕ โรคที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล

ปี๒๕๖๐	ปี๒๕๖๑	ปี๒๕๖๒	ปี๒๕๖๓	ปี๒๕๖๔	ปี๒๕๖๕
จมน้ำ ๑๐	อุบัติเหตุ จราจร ๑๕	อุบัติเหตุจราจร ๑๕	ไม่ทราบสาเหตุ ๑๓	จมน้ำ ๑๐	ไม่ทราบสาเหตุ ๗
อุบัติเหตุ จราจร ๗	ไม่ทราบ สาเหตุ ๑๓	โรคประจำตัว ๑๐	ผุ้กคอก ๘	ผุ้กคอก ๑๐	จมน้ำ ๓
ไม่ทราบ สาเหตุ๑๔	จมน้ำ ๗	ผุ้กคอก ๗	จมน้ำ ๔	ไม่ทราบสาเหตุ ๙	SHI อุบัติเหตุ จราจร ๒
โรค ประจำตัว ๗	โรคประจำตัว ๕	จมน้ำ ๖	ได้รับบาดเจ็บที่ ศีรษะ ๒	อุบัติเหตุ ๗	ผุ้กคอก ๑
ผุ้กคอก ๕	ผุ้กคอก ๕	ไม่ทราบสาเหตุ ๔	อุบัติเหตุจราจร ๑	โรคประจำตัว ๕	GSW ๑

## ๒. อัตรากำลัง

พยาบาลวิชาชีพ ๑๐ คน

เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ๒ คน

พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ๑ คน

### การจัดอัตรากำลัง

เวร	RN	EMT-I	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
เข้าวันราชการ	๕	๑	๑
เข้าวันหยุดราชการ	๓	๑	๑
เข้าวันหยุดนักขัตฤกษ์	๓	๑	๑
ป่วย	๒ ๑/๒	๑	๑/๒
ดึก	๓	-	๑/๒

## การเสริมอัตรากำลัง

ช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เสริมอัตรากำลัง พยาบาล ๑ คน ในเวรเช้าและเวรป่วย

กรณีมีเหตุการณ์สำคัญ เช่น อุบัติเหตุหมู่ เรียกเสริมตามแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่

## ๓.เทคโนโลยี

มีระบบ LAND , INTERNET, SMART QUEUE

## ๔.เครื่องมือที่สำคัญ

มีการดำเนินการทำแผนจัดหาเครื่องมือและควบคุม ตรวจสอบให้เพียงพอและพร้อมใช้งานทุกเวร

เครื่องมือสำคัญ มีดังนี้ -Defibrillator ๒ เครื่อง เครื่องติดตามสัญญาณชีพ ๓ เครื่อง EKG ๑ เครื่อง Suction ๓ เครื่อง Infusion pump ๒ เครื่อง รถพยาบาล ๖ คัน(ใช้ร่วมกับผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ ๒ คัน)



## ๒.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

### ๒.๑ กระบวนการหลัก

๒.๑ กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
<p>การรับผู้ป่วย</p> <p>๑.๑ การคัดกรองผู้ป่วยโรคทั่วไปและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p> <p>๑.๒ การเคลื่อนย้าย</p> <p>๑.๓ การจำแนกประเภทผู้ป่วย</p> <p>๑.๔ การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกประเภทตามระดับความรุนแรงของโรคอย่างรวดเร็วและถูกต้อง</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย</p> <p>-ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุตามแนวทางการดูแลโรคทั่วไปและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p>	<p>๑. ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคัดกรองภายใน ๔ นาทีโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ระยะเวลาารอคอยแพทย์ตรวจ (Treatment Time)</p> <p>-Resuscitate ๐-๔ นาที</p> <p>-Emergency ๑๐ นาที</p> <p>-Urgent ๑๕-๓๐ นาที</p> <p>-Non Urgent ๖๐ นาที</p> <p>๓. อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง มากกว่าร้อยละ ๙๐</p>
<p>๒..การดูแลรักษาพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินปัญหาซ้ำ</li> <li>- การช่วยชีวิตฉุกเฉิน</li> <li>- การบรรเทาอาการรบกวน</li> <li>- การทำหัตถการ</li> <li>- การส่ง Investigation</li> <li>-การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง</li> </ul>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน/CPG เฉพาะโรคอย่างเหมาะสม</p> <p>- ผู้ป่วยปลอดภัยจากClinical risk/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น</p> <p>- ทีมบุคลากรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวทางที่หน่วยงานกำหนดในโรคทั่วไปและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา</p> <p>- หน่วยงานมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยด้วยแนวคิด C๓THER เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย</p>	<p>๓.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ (Preventable death)</p> <p>๔.อุบัติการณ์ผู้ป่วยอยู่ห้องฉุกเฉิน นานเกิน๔ ชั่วโมงในผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>๕.อัตราการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>๖.อุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง</p> <p>๗.อุบัติการณ์การรักษายาผิดพลาด/ผิดคน</p> <p>๘.อัตราความพึงพอใจ</p> <p>๙.อุบัติการณ์ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา</p> <p>๑๐.อุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้</p>
๒.๑ กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
<p>๓. การจำหน่ายผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งต่อผู้ป่วย</li> <li>- Admit</li> <li>- Refer</li> <li>- เสียชีวิต</li> </ul>	<p>ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง</li> <li>- ผู้รับผลงานพอใจ</li> </ul> <p>-หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลในการเตรียมความพร้อมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง</p>	<p>๑๑.อัตราข้อบกพร่องในการส่งต่อ</p> <p>๑๒.อัตราความพึงพอใจ</p> <p>๑๓.อัตราผู้ป่วยอยู่ห้องฉุกเฉินนานเกิน ๒ ชั่วโมง ในผู้ป่วย admit</p>
<p>๔. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (กลับบ้าน)</p>	<p>- ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>- ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเองหลัง</p>	<p>๑๔. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน ๔๘ ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุไม่รู้วิธีการ</p>

	การจำหน่ายได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย	ปฏิบัติตน
--	---	-----------

กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
๑.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร - การอบรม/ประชุม/สัมมนา/การวิจัย - หน่วยงานแห่งการเรียนรู้	บุคลากรได้รับการศึกษา/อบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง -บุคลากรมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน -ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ -ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้องได้ระบุผลงานที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ	- ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์
๒.การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ - การให้ข้อมูล - พฤติกรรมบริการ ๓. บันทึกทางการพยาบาล ๔.การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร - การทำงานเป็นทีม -การตรวจสุขภาพ -การป้องกันการติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงาน	-มีการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย -เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี -บันทึกทางการพยาบาลใช้ประโยชน์เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ สามารถสะท้อนคุณภาพทางการพยาบาลได้ เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ - บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีม -บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ/การบาดเจ็บอย่างถูกต้อง	-ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร - จำนวนข้อร้องเรียน/ฟ้องร้อง - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน -ร้อยละของบรรยากาศองค์กรของหน่วยงาน -ร้อยละบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ - อุบัติการณ์การติดเชื้อ/ บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร

### ๓.กิจกรรมทบทวนที่ผ่านมา

การทบทวน๑๒ กิจกรรม

กิจกรรมทบทวน	วิธีทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
๑.การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน	-พบข้อร้องเรียนในเรื่องการบริการ พบประเด็นทำแผลผู้ป่วย ใช้กรรไกรตัดผ้าก๊อสนี้กรรไกรถากเนื้อผู้ป่วยเป็นแผลถลอก ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้พยาบาลห้องฉุกเฉินทราบแต่เขียนหนังสือแจ้งที่ตึกผู้ป่วยนอก (หลังทำแผลไปพบแพทย์) ทบทวนโดยเมื่อตัดผ้าก๊อสนี้ให้ใช้นิ้วรองระหว่างกรรไกรและเนื้อผู้ป่วย ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ
๒.ทบทวนการส่งต่อ ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	ทบทวนผู้ป่วยส่งต่อ ๕๕๓ ราย พบการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ ๓.๒ ในประเด็นการดูแลต่อเนื่องไม่ครบถ้วน ได้แก่ ผู้ป่วย stroke ประเมิน GCS ไม่ครบถ้วน ไม่ประเมิน motor power ระหว่างส่งต่อ ,ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไม่ประเมิน GCS , การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ประเมินความลึกของท่อช่วยหายใจ ระหว่างส่งต่อ ปรับปรุงโดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคแก่พยาบาลส่งต่อ -ผู้ป่วย STEMI ส่งทำ PCI มีภาวะ cardiac arrest ระหว่างส่งต่อ ทบทวนพบมีการส่งต่อล่าช้า ปรับปรุงให้มีการนำส่งที่รวดเร็วภายใน ๓๐ นาที โดยการเตรียมพร้อมทีมเคลื่อนย้าย ทันทีหลัง รพ.มหาราช แจ้งส่งทำ PCI และมีการประสานอาการผู้ป่วยระหว่างส่งต่อกับ รพ แม่ข่ายเป็นระยะ -ผู้ป่วยไม่รอดตรวจ พบเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินหลังเวลา ๒๐.๐๐ น รอดตรวจนานเนื่องจากมีผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน ปรับโดยการแจ้งให้ทราบประเภทผู้ป่วยและระยะรอคอยหลังจากซักประวัติทุกราย
๓.การทบทวนการตรวจการรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า	-ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ตรวจโดยพยาบาล ในเดือนตุลาคม๒๕๖๔ จำนวน ๘ รายไม่พบประเด็นในการรักษาผิดพลาด หลังจากนั้นแพทย์ทำการตรวจทุกราย
๔.ทบทวนการใช้ยา	-จากสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ป้องกันการฟุ้งกระจายเนื่องจากอยู่ระหว่างการสร้างห้องความดันลบ จึงปรับเปลี่ยนการพ่นยา แบบ neubilizer เป็นแบบ MDI
๕.ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อ	-จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ป้องกันการติดเชื้อโดย จัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจโซนหน้าห้องฉุกเฉิน จำกัดบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย / ฝึกทักษะในการใส่และถอดชุด PPE / การทิ้งขยะติดเชื้อ / กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อในการคัดกรองและประเมินแยกโรคและการระบายอากาศในหน่วยงาน/จัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันเมื่อใส่ท่อช่วยหายใจ
๖.การทบทวนความเสี่ยง	-พบความเสี่ยงที่พบบ่อย คือ ส่งสิ่งตรวจบกพร่อง/ไม่ครบ ปรับโดยกำหนดขั้นตอนในการตรวจสอบตั้งแต่พยาบาลผู้เจาะเลือด ผู้เขียนใบส่งตรวจ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ตรวจสอบ ชื่อ สกุลและความถูกต้องของ tube ใส่เลือดซ้ำ และต้องตรวจทานสอบกับพยาบาลอีกครั้งก่อนส่งแต่ ยังคงพบอุบัติการณ์ร้อยละ ๐.๐๒ จากเหตุไม่ได้ทวนสอบก่อนส่งตรวจ -การคัดกรองผู้ป่วยและญาติแยกการติดเชื้อไวรัสโคโรนา๒๐๑๙ พบว่าซักประวัติไม่มีความเสี่ยง แต่ตรวจ ผู้ป่วยพบ atk positive เมื่อเข้านอนในตึกผู้ป่วยในจึงปรับโดยตรวจ

	atk ก่อนส่ง admit พบผู้ป่วยมีผลบวกแม้ไม่มีประวัติเสี่ยง จึงมีการปรับเปลี่ยนโดย ในผู้ป่วยทางเดินหายใจและผู้ป่วยที่ประเมินอาการมีภาวะเสี่ยงตามพื้นที่ ให้ตรวจ atk ตั้งแต่แรกเริ่ม ผลลัพธ์ ทำให้ค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส ๒๐๑๙ ได้ตั้งแต่แรกเริ่ม และไม่มี เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จากการปฏิบัติงาน
๗. ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	ทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิด -ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเสียชีวิตก่อนถึง รพ ด้วยอาการเจ็บหน้าอก ปรับด้วยการส่งข้อมูล กลับคลินิกเรื้อรังเพื่อให้ความรู้ทางการแพทย์และหลอดเลือดพร้อมแจกเอกสาร ผู้ป่วยทุกราย -ทบทวน ผู้ป่วย STEMI พบปัญหาผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเกินเวลามาตรฐาน ผลการทบทวน พบว่า ระยะเวลาในการขอคำปรึกษาจาก รพ มหาราชนาน ๑๐ นาที ปรับเป็น ติดตามหลังขอคำปรึกษา ทุก ๑๐ นาที ระหว่างที่รอให้เตรียมพร้อมผู้ป่วยและ
๘. ทบทวนเวชระเบียน	-ทบทวนเวชระเบียน พบ Under และ over triage ปรับโดยมีการทบทวนการจำแนก ประเภทผู้ป่วย ตาม MOPH ED TRIAGE ทุกเดือน -ติดตามแนวทางจำแนกประเภท ในที่เห็นชัดเจน
๙. ทบทวนข้อมูลวิชาการ	-ทบทวนการใช้ยาในผู้ป่วยช่วยฟื้นคืนชีพ เพิ่มการตัวเลือกใช้ยา lidocaine กรณี EKG VF /VT
๑๐. ทบทวนการใช้ทรัพยากร	-ทบทวนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยบาดแผลสะอาด และติดตามการหาย ของแผล
๑๑. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย	-พบผู้ป่วยให้ยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะแทรกซ้อน arrhythmia, cardiac ,arrest ปรับโดยให้ มีการเตรียมพร้อมผู้ป่วย (ให้สารน้ำ ๒ เส้น ใส่ไม้กระดานรองหลัง Retain foley cath ) เตรียมเครื่องมือให้พร้อมในการช่วยชีวิต และให้มีพยาบาลติดตามอาการตลอดเวลา ๑ คน
๑๒. ทบทวนตัวชี้วัด	-พบผลการดำเนินงานไม่ได้ตามเป้าหมาย คือ ผู้ป่วย STEMI Door to needle time ยา ละลายลิ่มเลือดมากกว่า ๓๐ นาที มีการทบทวนในระดับจังหวัดปรับตัวชี้วัดโดยนับเวลา ให้ยาละลายลิ่มเลือดหลังการวินิจฉัยหลังจากการขอคำปรึกษาจาก รพ มหาราช ผลลัพธ์ปี ๒๕๖๔ ,๒๕๖๕ ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที ร้อยละ ๘๐, ๑๐๐ ระยะเวลาเฉลี่ย การให้ยาละลายลิ่มเลือด ๒๔.๗ นาที ปี ๒๕๖๕ ระยะเวลาเฉลี่ย ๒๐ นาที

๔.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator) ควรนำเสนอเป็นกราฟและอธิบายว่าเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้นหรือลดลงเพราะอะไร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน						
			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ต.ค.-มี.ค.	
บริการที่รวดเร็ว									
๑.	ร้อยละผู้ป่วย CPR ได้รับการตรวจจากแพทย์ภายใน ๔ นาที	๑๐๐%	๙๙%	๙๙.๗%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	
๒.	ระยะเวลาการคอยเฉลี่ยแพทย์ตรวจในผู้ป่วยฉุกเฉิน	<๑๕ นาที	๒๓ นาที	๒๐ นาที	๙ นาที	๕ นาที	๗ นาที	๗.๐๕ นาที	
๓.	Door to needle time ในผู้ป่วย STEMI ที่ได้ SK ภายใน ๓๐ นาที	>๘๐%	๘.๓๔%	๑๑.๑๒%	๑๖.๖๗%	๐%	๘๐%	๑๐๐%	
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI	>๘๐%	๖๐	๖๐.๘๖	๘๓.๓๓	๑๐๐	๙๓.๓๓	๑๐๐%	
๔.	ผู้ป่วย Stroke FAST Track ส่งต่อรพ. มหาราชภายใน ๓๐ นาที	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	๑๐๐%	
๕.	ระยะเวลาการออกเหตุ ภายใน ๕ นาที	>๘๐%	๕๔.๔๙%	๖๔.๖%	๖๔.๖%	๖๗.๒%	๗๕.๑๒%	๗๓.๑๖%	
๖.	Response time ใน ๑๐ นาที	>๘๐%	๖๐.๘๒%	๔๒.๓๗%	๕๕.๘๑%	๔๑.๑๓%	๔๖.๙๒%	๖๓.๔๖%	
ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน						
บริการที่รวดเร็ว			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ต.ค.-มี.ค.	
๑.	อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วย	>๙๕%	๙๘.๕%	๙๗%	๙๙.๕	๙๙.๗%	๙๙.๔%	๙๙.๑%	
๒.	ร้อยละผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้รับการดูแลถูกต้อง	>๙๐%	๑๐๐%	๙๖.๗%	๙๗.๒%	๙๗.๕%	๙๘.๒%	๙๖.๙๕%	
บริการที่ปลอดภัย			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ต.ค.-มี.ค.	
๑.	อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน	๐%	๐.๐๑ %	๐.๐๒ %	๐.๐๓ %	๐.๐๒ %	๐.๐๑๓%	๔.๓%	
๒.	อัตราข้อบกพร่องในการส่งต่อ	<๒%	๒.๓%	๓%	๒.๖%	๒.๔%	๒.๒%	๒.๒%	
๓.	อัตรา ROSC	>๓๐%	๑๙.๒%	๓๔%	๒๔%	๒๐.๙	๑๗%	๑๗.๓๙%	
๔.	ร้อยละการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	>๒๖%	๑๙.๔%	๔.๒๕%	๔.๘๒%	๑๑.๒%	๒๑.๒๐%	๒๐.๓๘%	
บริการประทับใจ			เป้าหมาย	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ต.ค.-มี.ค.
๑.	อัตราความพึงพอใจ	>๘๕%	๘๘.๘%	๘๘.๕%	๘๖.๒%	๘๖.๓%	๘๕.๖%	๙๑.๘๙%	
๒.	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	๐	๐	๐	๑	๒	๑	๐	
ดูแลต่อเนื่อง			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕ ต.ค.-มี.ค.	
๑.	ร้อยละผู้ป่วย Revisit ภายใน ๔๘ ชั่วโมง โดยไม่รู้วิธีปฏิบัติตน	<๑%	๐ %	๐.๕%	๐.๓๕ %	๐.๐๕ %	๐.๐๒%	๐.๐๑%	

๕.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

๕.๑ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
๑	การเพิ่มประสิทธิภาพ CPR	-ฝึกทักษะการปฏิบัติการ ACLS ทุกหกเดือน - กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในทีม - ประเมินการปฏิบัติทีมหลัง cpr ทุกราย	อัตรา ROSC ๑๗.๓๙%
๒	พัฒนาระบบส่งต่อปลอดภัย	- ทบทวนการดูแล ผู้ป่วยส่งต่อทุกรายที่มีอาการไม่พึงประสงค์ - ส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนแก่กลุ่มการพยาบาล - ประชุมชี้แจงในการประชุมกลุ่มการพยาบาลเนื่องจากเป็นเวรรีเฟอร์รวมของโรงพยาบาล	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างส่งต่อถูกต้อง ปลอดภัย -อัตราข้อบกพร่องระหว่างส่งต่อ ร้อยละ๓.๒
๓	พัฒนาการจำแนกประเภทผู้ป่วย	- ชี้แจงแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตาม MOPH ED TRIAGE และแยกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ - ทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย - Audit	-ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาตามประเภทผู้ป่วย - อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วย ถูกต้อง ร้อยละ๙๙.๑

๕.๒. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง<sup>๖</sup>

โครงการ/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
-พัฒนาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดตามเวลามาตรฐาน ๓๐ นาที ในผู้ป่วย STEMI -พัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ทำ PCI ภายในเวลา ๓๐ นาที	๒๕๖๕	๑.ประชุมฟื้นฟูแนวทางการดูแลผู้ป่วย STEMI และการให้ยาละลายลิ่มเลือด ๒.ให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาทีหลังการวินิจฉัย /consult รพ มหาราช ๓.เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขทันเวลา ๔.เตรียมทีมส่งต่อทันทีหลังวินิจฉัยหรือระหว่างให้ยาละลายลิ่มเลือด	Door to needle time ภายใน ๓๐ นาที -ผู้ป่วย STEMI ให้ SK/PCI  -อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	>๘๐%  >๘๐%  <๑๐%	โสพิศ
-พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙		๕.ส่งต่อผู้ป่วย ทำ PCI ภายใน ๓๐ นาทีหลังรับ consult จาก รพ มหาราช	-ผู้ป่วยส่ง PCIได้รับการส่งต่อภายใน ๓๐ นาที	๑๐๐%	

-พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	๒๕๖๕	๑. ทบทวนการจำแนกประเภท ๒. มีแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙	ร้อยละการจำแนก ประเภทผู้ป่วย ถูกต้อง	๑๐๐%	จิตติพร
	๒๕๖๕	-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้คลินิก เรื้อรังให้ความรู้ถึงอาการโรค หลอดเลือดสมองแก่ผู้ ผู้รับบริการคลินิกเรื้อรัง -ประชาสัมพันธ์เชิงรุกอาการ โรคหลอดเลือดสมองติดทุก รพ สต -ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมองมา ภายใน ๒ ชั่วโมง  ร้อยละผู้ป่วย stroke มาด้วย ระบบ EMS	มากกว่า ๖๐%	ก้องยศ  พรทิพย์
	๒๕๖๕	-ติดตามการฉีดวัคซีนตามนัด	ร้อยละผู้ป่วยฉีด วัคซีนตามนัด	๑๐๐%	อลิษา
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Simple close fx	๒๕๖๕	-มีconsultทาง line กับ แพทย์เฉพาะทาง orthro. ให้ คำแนะนำในการทำหัตถการ, การให้ยาและการทำกายภาพ	ผู้ป่วย Simple close simple fx ส่งต่อน้อยกว่า ๓๐%	รักษาได้ มากกว่า ๗๐%	ธนาภรณ์
พัฒนาระบบ EMS	๒๕๖๕	-ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรัง -ประชาสัมพันธ์เชิงรุก อาการ ฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ ๑๖๖๙ ใน ทุกรพสต -ประชาสัมพันธ์และแจก เอกสารอาการและการแจ้งเหตุ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใน ผู้ป่วย วิกฤติ ฉุกเฉินที่มาห้อง ฉุกเฉิน ทุกราย	ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน มาด้วยระบบ EMS	มากกว่า ๖๐%	พรทิพย์ อาริยา
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Multiple trauma	๒๕๖๕	-ประชุมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วย Multiple trauma ตาม แนวทางจังหวัด -ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและ บันทึกข้อมูลการดูแลตามแบบ บันทึกพร้อมส่งต่อข้อมูลให้ รพ มหาราช	ผู้ป่วย Multiple Trauma ได้รับการ ดูแลตามแนวทาง	มากกว่า ร้อยละ ๙๐	ภัสสร
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis	๒๕๖๕	-ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis	ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามแนวทาง ผู้ป่วยได้รับยา ปฏิชีวนะภายใน ๑ ชั่วโมง	ร้อยละ ๑๐๐	ก้องยศ

พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ระหว่างส่งต่อ	๒๕๖๕	- ทบทวนและจัดทำแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อในโรค ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น STEMI , STROKE	ผู้ป่วยได้รับการดูแล ระหว่างส่งต่อ ถูกต้อง	มากกว่า ร้อยละ ๙๐	วิญ อาริยา
--------------------------------------	------	--	--	-------------------------	---------------



