

Service Profile

หน่วยงาน อุบัติเหตุ ฉุกเฉิน และนิติเวช โรงพยาบาลปากพ่อง

1. บริบท¹ (Context)

(ก.) หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และนิติเวช ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ประทับใจบริการ

(ข.) ขอบเขตการให้บริการ ศักยภาพ ข้อจำกัด

ขอบเขตการให้บริการ : ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ทั้งทางบกและทางน้ำ และบริการส่งต่อ ตลอด 24 ชั่วโมง บริการด้านอื่น ๆ ในการออกหน่วยพยาบาล เป็นวิทยากร ภายนอก

ศักยภาพ : แพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน สามารถให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง

: แพทย์เฉพาะทางรับconsultสูติ-นรีเวช 3 คน,กุมารแพทย์ 2 คน,อายุรแพทย์ 2 คนและ ศัลยแพทย์ทั่วไป 1 คน

: พยาบาลวิชาชีพ 10 คน (พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 4 คน)

:เจ้าพนักงานสาธารณสุข (AEMT) 2 คน

ข้อจำกัด : ไม่มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

(ค.) ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
แพทย์	-ต้องการให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิตเพียงพอ พร้อมใช้ เช่น เครื่อง Defibrillator, Monitor EKG , O2 Saturation ,Suction -เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ -ทีมการพยาบาลประเมินคัดกรองผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว -อำนวยความสะดวกในการดูแลรักษาผู้ป่วยและมีการประสานงานถูกต้อง รวดเร็ว
OPD	-มีการประสานงานที่ดีในการส่งผู้ป่วยมารับการรักษาระหว่างแผนก -มีการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง
ผู้ป่วยใน	-Admit ผู้ป่วยให้ตรงตามข้อบ่งชี้ของตึกผู้ป่วย -ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นครบถ้วนก่อนส่งเข้าตึก -มีการประสานงานให้ตึกเตรียมความพร้อมในกรณีที่มีการส่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเข้าไปในตึก มีการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง และมีพยาบาลนำส่งผู้ป่วย
ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
หน่วยจ่ายกลาง	-Check Stock เครื่องมือก่อนส่งเบิกให้ตรงเวลาทุกครั้ง -แยกของมีคม ขยะติดเชื้อ แยกผ้าสะอาดกับผ้าสกปรก ถูกต้อง
ห้องบัตร	-ให้มีการตรวจสอบสิทธิบัตรทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรงให้ตรวจสอบการลงทะเบียนจ่ายตรง

¹ เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

	-กรณีตรวจสอบสิทธิบัตรไม่ได้หรือผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการรักษา (เป็นสิทธิว่าง) ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและนำใบเสร็จมาเบิก
ชั้นสูตร	-ทีมการพยาบาลมีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้องและเพียงพอในการตรวจชั้นสูตรรวมทั้งการเขียนใบนำส่งและการเก็บ Specimen ถูกต้อง
งานทันต สาธารณสุข	-ต้องการได้รับการติดต่อประสานงานได้รวดเร็ว ถูกต้อง -ได้รับความร่วมมือที่ดีในการปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วย
งานการเงิน	-ให้ส่งเอกสารหลักฐานทางการเงิน ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ทันเวลาและตรวจสอบก่อนส่งทุกครั้ง
ฝ่ายเภสัชกรรม	-เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่มีใบยาที่ใช้ไปในผู้ป่วยแต่ละรายครบถ้วน -มีการจัดเรียงเวชภัณฑ์ ตามระบบ First in – First out สำรองยาใกล้ Exp. ทุกวันที่ 1 ของเดือน - สอบถามประวัติแพ้ยาทุกครั้ง -บริหารยาให้ผู้ป่วยตามหลัก 10 R
งานรังสีวินิจฉัย	- มีการประสานงาน / สั่ง X-ray ถูกต้องกับอาการผู้ป่วย - กรณีผู้ป่วยหนักโทรแจ้งก่อนส่งผู้ป่วยไป X-ray และให้มีเจ้าหน้าที่ ดูและระหว่างส่ง x - ray - ประสานให้ญาติผู้ป่วยรับผล film กรณีส่งต่อผู้ป่วย

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	-ได้รับการตรวจรักษาที่ รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย พร้อมร่วมวางแผนการรักษาต่างๆ -มีเจ้าหน้าที่รับผู้ป่วยอยู่ด่านหน้าตลอดเวลา 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
ปลัดอำเภอ	-รับบริการการตรวจผู้ใช้สารเสพติดเพื่อส่งบำบัดได้รับการช่องทางด่วนตามเกณฑ์การตรวจ

(ง.) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน และนิติเวช ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ และดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

(จ.) ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

* ความท้าทาย

1. การประเมิน คัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย
2. ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
3. ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าถึงระบบ EMS และได้รับการดูแลถูกต้อง

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การจำแนกประเภทผู้ป่วยและคัดกรองโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่ติดต่อทางเดินหายใจคลาดเคลื่อน
2. ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด/PCI ช้า
3. ระบบ EMSไม่ครอบคลุมพื้นที่, ผู้ป่วยวิกฤติ ถูกเดินมาช้า/ไม่ได้มาด้วยระบบ EMS
4. หน่วยอาสากู้ชีพดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.	การคัดกรองผู้ป่วยโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ COVID-19 คลาดเคลื่อน	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีแนวทางในการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงโรคติดเชื้อทางโทรศัพท์การออกมารับผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ มีแนวทางการในการซักประวัติผู้ป่วยและญาติที่มาใช้บริการ ณ ห้องฉุกเฉินเพื่อคัดกรองโรคติดเชื้อ COVID-19 ทุกราย 2. จัดพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจไวโซน หน้าห้อง พร้อมอุปกรณ์ช่วยชีวิตและอื่นๆ 3. มีแนวทางในการตรวจรักษาและการช่วยชีวิตที่จำกัดจำนวนบุคลากรและทำหัตถการเท่าที่จำเป็น 4. จัดอุปกรณ์ชุดป้องกันส่วนบุคคลให้พร้อมใช้และฝึกทักษะในการใส่และถอดชุดป้องกันและมีแผ่นป้ายชัดเจน 5. จัดอุปกรณ์ในการรองรับขยะติดเชื้อที่ชัดเจน 6. กำหนดแนวทางการจัดการขยะติดเชื้อและการทำความสะอาดหลังให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อ 7. มีแนวทางการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เอ็กซเรย์ cohort ward ทีมเคลื่อนย้าย ทีมรับ ส่งต่อผู้ป่วย 	ปี2563-2566อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง 99.2,99.4,99.5และ 99.1%
ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

2.	<p>ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดช้า สาเหตุ ให้อาลดความดันโลหิตก่อนได้รับยาSK</p>	<p>1. ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วย STEMI เน้นขั้นตอนการให้ยา SK มีการสอนและควบคุมพยาบาลจบใหม่โรการเตรียม บริหารยา</p> <p>2. จัดทำแบบบันทึกทางการพยาบาลผู้ป่วยACS แบบบันทึกการประเมินการให้ยาThrombolytic agentโดยกำหนดหน้าที่แพทย์ในการให้ข้อมูลการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาเพื่อลดระยะเวลารอคอย</p> <p>3.มีระบบขอคำปรึกษา อายุรแพทย์และโรงพยาบาลแม่ข่าย ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือ PCI</p> <p>4. มีระบบการดูแลจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด และขณะส่งต่อหลังให้ยาละลายลิ่มเลือด รวมทั้งผู้ป่วยส่งทำ PCI</p> <p>5.มีระบบให้ข้อมูลการใส่สายสวนหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติในขณะส่งต่อเพื่อความรวดเร็วในการรับทราบข้อมูลก่อนเซ็นยินยอมสวนหัวใจที่ รพ.มหาราช</p> <p>6.มีระบบ register ประวัติผู้ป่วยก่อนนำส่งเพื่อความรวดเร็วเมื่อไปถึง โรงพยาบาลแม่ข่ายได้ส่งผ่านห้องฉุกเฉินไปห้องสวนหัวใจ</p>	<p>1.ปี 2563-2566 ผู้ป่วย STEMI ได้รับ SK /PCI ร้อยละ 100,93.33,100และ100</p> <p>2.ปี2563-2566ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายในเวลา 30 นาทีตามเวลามาตรฐาน ร้อยละ0,80,100และ 100</p>
3.	<p>ระบบ ems ไม่ครอบคลุมพื้นที่</p>	<p>1.ประสานองค์การบริหารส่วนตำบล ในการจัดหน่วยอาสากู้ชีพเข้าให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในแต่ละพื้นที่โดยเซ็นMOU จัดโซนพื้นที่ที่รับผิดชอบของหน่วยอาสากู้ชีพ</p> <p>2.อบรมอาสากู้ชีพเตรียมพร้อมในการจัดตั้งหน่วย และมีการอบรมฟื้นฟูการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทุกปี</p> <p>3.ประชาสัมพันธ์ระบบบริการ EMS แก่ประชาชนในพื้นที่</p>	<p>-มีรถALS เตรียมตรวจขึ้นทะเบียนในระบบสถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน 5 คัน (ยกเล็กที่เคยขึ้นทะเบียนเดิม 2 คัน เนื่องจากรถจอดเสีย ไม่คุ้มค่าซ่อมและอีกคันให้โรงพยาบาลหัวไทรยืมใช้)</p> <p>-หน่วยอาสากู้ชีพ 7 หน่วย</p> <p>-หน่วยกู้ชีพทางน้ำ 1 หน่วย</p> <p>ปี2562-2565การเข้าถึงระบบ ems ร้อยละ4.82,11.03,21.2 และ11.2</p>
ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

4.	ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤติไม่ได้มา ด้วยระบบ ems	-ประชาสัมพันธ์เชิงรุก หมายเลขแจ้งเหตุ การบริการ ems โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ให้เข้าถึงการมาด้วยระบบ ems -อบต แต่ละพื้นที่ ประชาสัมพันธ์ การออกรับมือเหตุแก่ ประชาชนในพื้นที่	-ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ มาด้วย ระบบ ems ร้อยละ 11.19 %
5.	อาสากู้ชีพดูแล ผู้ป่วยระหว่าง นำส่งโรงพยาบาล ไม่ถูกต้อง	-อบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ แก่อาสา กู้ชีพ 1 ครั้ง/ปี -ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ โรงพยาบาลทุกราย -ประชุมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและส่ง ต่อ ประเด็นข้อผิดพลาดการดูแล แนวทางการพัฒนา แก้ไข	การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อของ หน่วยอาสากู้ชีพถูกต้อง ร้อยละ 98.55

***จุดเน้นในการพัฒนา**

1. พัฒนาระบบการประเมิน คัดกรอง ตาม MOPH ED. TRIAGE และโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีตามเวลายามาตรฐาน
3. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ให้ครอบคลุมพื้นที่และการเข้าถึง
- ฉ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่

1. ด้านร่างกายมีการตรวจสุขภาพทุกปี พบเจ้าหน้าที่ที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง 1 คน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย ออกกำลังกายและ ควบคุมอาหาร
2. เจ้าหน้าที่ได้รับวัคซีนที่จำเป็น เช่น วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนหัดเยอรมัน วัคซีนไข้ไวรัสโคโรนา 2019
3. ด้านจิตใจมีการประเมินความสุขในการทำงาน ผลการประเมินพบมีความสุขร้อยละ 76 ปีล่าสุด กำลังดำเนินการ วางแผนจัดกิจกรรมพัฒนาองค์กรสร้างสัมพันธภาพนอกโรงพยาบาลในปี 2566
4. สนับสนุนกิจกรรมกีฬาสาธารณสุขและอุปกรณ์ เวลา ในการแข่งขัน
5. ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก 4 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44

ประชาชน

1. ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องการช่วยชีวิตฉุกเฉิน
2. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเรียกใช้หมายเลข 1669 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง โรคStroke โรคหัวใจ HT DM
3. อบรมการปฐมพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป อาสาสมัครชุมชน ผู้นำชุมชน และร้านค้าริมชายหาด
4. ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุในอำเภอลงสู่ตำบลกับผู้นำท้องถิ่นโดยร่วมรณรงค์ ในเรื่องการขับขี่ปลอดภัย
5. ให้ความร่วมมือในโครงการรณรงค์สวมหมวกนิรภัย 100 % ทั้งจังหวัด

สถิติข้อมูลหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

จำนวน(ราย) รายละเอียด	2561	2562	2563	2564	2565	2566
จำนวนผู้ป่วย (รวม)	36914	39358	36329	30707	29826	8375
จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามความรุนแรง						
-Resuscitate	1054	1085	1064	882	834	271
-Emergent	1406	2550	2469	1464	1368	500
-Urgent	5643	7557	6341	5276	4588	1285
-Ac.illness	1900	2804	3307	3469	4319	1076
-Non- Ac.illness	17720	25362	23148	19616	18717	5243
จำนวนผู้ป่วยแยกตามประเภทการมารับบริการ						
1.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด	3176	3764	3747	2467	2952	603
2.ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร	772	1130	847	648	743	162
3.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไป	2404	2818	2898	1819	2209	441
4.ผู้ป่วยส่งต่อ	992	1096	998	1042	1205	289
5.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต						
-ในโรงพยาบาล(นับ24ชม.+refer)	43	52	64	73	40	7
-นอกโรงพยาบาล	50	54	29	44	28	13

5 อันดับโรคที่มาห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี 2564	ปี 2565	ปี2566
Dyspepsia 1375	Dizziness 1546	Dizziness 1359	Dyspepsia 1105	Dizziness 710	Local infection of skin 189
Dizziness 1371	Dyspepsia 1446	Dyspepsia 1195	Dizziness 1075	Dyspepsia 689	Dizziness 143
Appendicitis 43	Fever 864	Local infection of skin1005	Local infection of skin990	Local infection of skin673	Dyspepsia 123
Fever 21	Common cold 568	Fever 961	Fever 439	Common cold 244	Common cold 88
Gastroenteritis 459	Ac bronchitis 554	NIDM 4 85	NIDM 381	Gastroenteritis 242	Fever 77

5 อันดับโรคที่ส่งรักษาต่อ

ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
Fracture 127	Fracture 113	Stroke 162	Stroke 152	Stroke 77	Respiratory failure 12
Stroke 133	Stroke 231	Fracture 151	Fracture 124	Appendicitis 35	Appendicitis 8
Appendicitis 101	Appendicitis 89	Respiratory failure 137	Appendicitis 83	Respiratory failure 35	Stroke 6
Pneumonia 19	Pneumonia 22	HI 83	MHI 60	Concussion 19	Concussion 4
STEMI 18	MHI 35	Appendicitis 75	Pneumonia 41	CHF 17	AMI 4

5 อันดับโรคที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
Cardiac arrest 21	Unknown cause 17	Cardiac arrest 30	Cardiac arrest 20	Unknown cause 16	ACS 2
Ischemic heart disease 4	Cardiac arrest 12	ACS 12	Unknown cause 5	Cardiac arrest 9	MCA c massive blood loss 2
Unknown cause 5	Ischemic heart disease 7	Unknown cause 8	AMI 3	ACS 9	Unknown cause 1
Transport accident 4	Transport accident 5	Respiratory failure 7	Drowning 3	Severe head injury 3	Cardiac arrest 1
Unknown cause 3	Hanging 4	Severe head injury 5	Hypoxia 3	Hypoxia 2	Sepsis 1

5 โรคที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล

ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	ปี2565	ปี2566
อุบัติเหตุจากรถ 15	อุบัติเหตุจากรถ 15	ไม่ทราบสาเหตุ 13	จมน้ำ 10	ไม่ทราบสาเหตุ 12	ฆ่าตัวตาย 5
ไม่ทราบสาเหตุ 13	โรคประจำตัว 10	ผุกคอ 8	ผุกคอ 10	ผุกคอ 6	ไม่ทราบสาเหตุ 2
จมน้ำ 7	ผุกคอ 7	จมน้ำ 4	ไม่ทราบสาเหตุ 9	จมน้ำ 4	อุบัติเหตุจากรถ 2
โรคประจำตัว 5	จมน้ำ 6	ได้รับบาดเจ็บที่ ศีรษะ2	อุบัติเหตุ 7	อุบัติเหตุจากรถ 2	ฆาตกรรม 1
ผุกคอ 5	ไม่ทราบสาเหตุ 4	อุบัติเหตุจากรถ 1	โรคประจำตัว 5	ฆาตกรรม 1	จมน้ำ 1

2. อัตรากำลัง

พยาบาลวิชาชีพ	10 คน
เจ้าพนักงานสาธารณสุข(เวชกิจฉุกเฉิน)	2 คน
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	1 คน

การจัดอัตรากำลัง

เวร	RN	EMT-I	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
เช้าวันราชการ	4	1	1
เช้าวันหยุดราชการ	3	1	1
เช้าวันหยุดนักขัตฤกษ์	3	1	1
บ่าย	2 ½(ช่วยOPDนอกเวลา ½)	1	1/2(ช่วยLR ½)
ดึก	3	-	1/2(ช่วยLR ½)

การเสริมอัตรากำลัง

ช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เสริมอัตรากำลัง พยาบาล 1 คน ในเวรเช้าและเวรบ่าย กรณีมีเหตุการณ์สำคัญ เช่น อุบัติเหตุหมู่ เรียกเสริมตามแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่

3.เทคโนโลยี

มีระบบ LAND , INTERNET, เสียงตามสาย

4.เครื่องมือที่สำคัญ

มีการดำเนินการทำแผนจัดหาเครื่องมือและควบคุม ตรวจสอบให้เพียงพอและพร้อมใช้งานทุกเวรเครื่องมือสำคัญ มีดังนี้ -Defibrillator 2 เครื่อง เครื่องติดตามสัญญาณชีพ 5 เครื่อง EKG 1 เครื่อง Suction 2 เครื่อง Infusion pump 2 เครื่อง รถพยาบาล 5 คัน

2.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

2.1 กระบวนการหลัก

2.1 กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
<p>1.การรับผู้ป่วย</p> <p>1.1 การคัดกรองผู้ป่วยโรคทั่วไปและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p> <p>1.2 การเคลื่อนย้าย</p> <p>1.3 การจำแนกประเภทผู้ป่วย</p> <p>1.4 การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกประเภทตามระดับความรุนแรงของโรครวดเร็วและถูกต้อง</p> <p>-ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019</p> <p>- ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างปลอดภัย</p> <p>-ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุตามแนวทางการดูแลโรคทั่วไปและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019</p>	<p>1 ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคัดกรองภายใน 4 นาทีโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100</p> <p>2.ระยะเวลารอคอยแพทย์ตรวจ (Treatment Time)</p> <p>-Resuscitate 0-4 นาที</p> <p>-Emergency 10 นาที</p> <p>-Urgent 15-30 นาที</p> <p>-Non Urgent 60 นาที</p> <p>3. อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 90</p>
<p>2. การดูแลรักษาพยาบาลโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินปัญหาซ้ำ - การช่วยชีวิตฉุกเฉิน - การบรรเทาอาการรบกวน - การทำหัตถการ - การส่ง Investigation -การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 	<p>- ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน/CPG เฉพาะโรคอย่างเหมาะสม</p> <p>- ผู้ป่วยปลอดภัยจากClinical risk/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น</p> <p>- ทีมบุคลากรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวทางที่หน่วยงานกำหนดในโรคทั่วไปและโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา</p> <p>- หน่วยงานมีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยด้วยแนวคิด C3THER เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยเฉพาะราย</p>	<p>3.อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้ (Preventable death)</p> <p>4.อุบัติการณ์ผู้ป่วยอยู่ในห้องฉุกเฉินนานเกิน4 ชั่วโมงในผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>5.อัตราการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน</p> <p>6.อุบัติการณ์ที่เกิดจากการประเมินผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง</p> <p>7.อุบัติการณ์การรักษาพยาบาลผิดพลาด/ผิดคน</p> <p>8.อัตราความพึงพอใจ</p> <p>9.อุบัติการณ์ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา</p> <p>10.อุบัติการณ์เครื่องมือไม่พร้อมใช้</p>

2.1 กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
<p>3. การจำหน่ายผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - การส่งต่อผู้ป่วย - Admit - Refer - เสียชีวิต 	<p>ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลอย่างถูกต้องครบถ้วน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัยและถูกต้อง - ผู้รับผลงานพอใจ -หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้รับทราบข้อมูลในการเตรียมความพร้อมดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง 	<p>11. อัตราข้อบกพร่องในการส่งต่อ</p> <p>12. อัตราความพึงพอใจ</p> <p>13. อัตราผู้ป่วยอยู่ที่ห้องฉุกเฉินนานเกิน 2 ชั่วโมง ในผู้ป่วย admit</p>
<p>4. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (กลับบ้าน)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย 	<p>14. อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุไม่รู้วิธีการปฏิบัติตน</p>
<p>5. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การอบรม/ประชุม/สัมมนา/การวิจัย - หน่วยงานแห่งการเรียนรู้ 	<p>บุคลากรได้รับการศึกษา/อบรมและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> -บุคลากรมีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน -ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจในบริการ -ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้องได้ระบุผลงานที่ดีและมีความพึงพอใจในผลงานที่ได้รับ 	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์
<p>2. การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้ข้อมูล - พฤติกรรมบริการ <p>3. บันทึกทางการแพทย์พยาบาล</p> <p>4. การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานเป็นทีม - การตรวจสุขภาพ - การป้องกันการติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> -มีการให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติทุกราย -เจ้าหน้าที่มีพฤติกรรมบริการที่ดี -บันทึกทางการแพทย์พยาบาลใช้ประโยชน์เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ สามารถสะท้อนคุณภาพทางการแพทย์พยาบาลได้ เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้ -บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีม -บุคลากรได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี -บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ/การบาดเจ็บอย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -ร้อยละความพึงพอใจของบุคลากร - จำนวนข้อร้องเรียน/ฟ้องร้อง - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน -ร้อยละของบรรยากาศองค์กรของหน่วยงาน -ร้อยละบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ - อุบัติการณ์การติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร

3.กิจกรรมทบทวนที่ผ่านมา

การทบทวน12 กิจกรรม

กิจกรรมทบทวน	วิธีทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
1.การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน	-พบข้อร้องเรียนในเรื่องการบริการ พบประเด็นทำแผลผู้ป่วย ใช้กรรไกรตัดผ้าก๊อสนักกรรไกรถากเนื้อผู้ป่วยเป็นแผลถลอก ผู้ป่วยไม่ได้แจ้งให้พยาบาลห้องฉุกเฉินทราบแต่เขียนหนังสือแจ้งที่ตึกผู้ป่วยนอก (หลังทำแผลไปพบแพทย์) ทบทวนโดยเมื่อตัดผ้าก๊อสนี้ให้ใช้นิ้วรองระหว่างกรรไกรและเนื้อผู้ป่วย ผลลัพธ์ ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำ
2.ทบทวนการส่งต่อ ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	-ทบทวนผู้ป่วยส่งต่อ 1,205 ราย พบการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ ในประเด็นการดูแลต่อเนื่องไม่ครบถ้วน ได้แก่ ผู้ป่วย stroke ประเมินGCS ไม่ถูกต้อง ไม่ประเมิน motor power ระหว่างส่งต่อ ,ผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ ไม่ประเมิน GCS , การดูแลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ไม่ครบถ้วน ปรับปรุงโดยทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรค -ผู้ป่วยไม่รอตรวจ พบเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินหลังเวลา 20.00 น รอตรวจนานเนื่องจากมีผู้ป่วยฉุกเฉินในหน่วยงาน ปรับโดยการแจ้งให้ทราบประเภทผู้ป่วยและระยะรอคอยหลังจากซักประวัติทุกราย
3.การทบทวนการตรวจการรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า	-ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ตรวจโดยพยาบาล พบประเด็นในการรักษาในผู้ป่วยดังนี้ โรค Dyspepsia เพิ่มการตรวจ EKG เพื่อวินิจฉัยแยกโรค / หลีกเลี่ยงการใช้ Alum milk ในหญิงตั้งครรภ์ โรค AGE เลี่ยงการใช้ยา deolin ในเด็ก สัตว์กัด ให้อาหาร rabies vaccine ตามสูตรยาได้ ปัจจุบันแพทย์ทำการตรวจทุกราย
4.ทบทวนการใช้ยา	-จากสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ป้องกันการฟุ้งกระจายเนื่องจากอยู่ระหว่างการสร้างห้องความดันลบ จึงปรับเปลี่ยนการพ่นยา แบบ neubilizer เป็นแบบ MDI -พบอุบัติการณ์ใช้ยาพ่นผิดทางครอบทางจมูกและปาก นิเทศพยาบาลจบใหม่การใช้ยาพ่นทางtracheostomy ได้เลย
5.ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อ	-จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ป้องกันการติดเชื้อโดยจัดพื้นที่สำหรับผู้ป่วยทางเดินหายใจโซนหน้าห้องฉุกเฉิน จำกัดบุคลากรในการดูแลผู้ป่วย/ทักษะในการใส่และถอดชุด PPE/การทิ้งขยะติดเชื้อ/กำหนดแนวทางในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และการระบายอากาศในหน่วยงาน สร้างห้องแรงดันลบแต่ยังพบการดึงแอร์จากภายในห้องฉุกเฉินไม่เพียงพอจนหายใจลำบาก แก้ไขโดยการปิดแอร์ เปิดประตูระบายอากาศ ใช้เวลาในการดูแลให้รวดเร็วครบถ้วน

กิจกรรมทบทวน	วิธีทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
6.การทบทวนความเสี่ยง	<p>พบความเสี่ยงที่พบบ่อย คือ ส่งสิ่งตรวจบกพร่อง/ไม่ครบ ปรับโดยกำหนดขั้นตอนในการตรวจสอบตั้งแต่พยาบาลผู้เจาะเลือด ผู้เขียนใบส่งตรวจ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ตรวจสอบ ชื่อ สกุลและความถูกต้องของ tube ใส่เลือดซ้ำ และต้องตรวจทานสอบกับพยาบาลอีกครั้งก่อนส่งแต่ คงพบอุบัติการณ์ จากเหตุไม่ได้ทวนสอบก่อนส่งสิ่งส่งตรวจ เพิ่มเติม โดยมีสมุดจดบันทึกรายการส่ง การคัดกรองผู้ป่วยและญาติแยกการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019พบว่าซีกประวัติไม่มีความเสี่ยง แต่ตรวจผู้ป่วยพบ atk positive เมื่อเข้าอนในตึกผู้ป่วยในจึงปรับโดยตรวจatk ก่อนส่ง admit พบผู้ป่วยมีผลบวกแม้ไม่มีประวัติเสี่ยงปรับเปลี่ยนโดยในผู้ป่วยทางเดินหายใจและผู้ป่วยที่ประเมินอาการมีภาวะเสี่ยงตามพื้นที่ให้ตรวจ atkตั้งแต่แรกรับ ผลลัพธ์ ทำให้ค้นหาผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส 2019 ได้ตั้งแต่แรกรับ และไม่มีเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น</p>
7/ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	<p>ทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิด</p> <ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยอาการเจ็บหน้าอก ปรับด้วยการส่งข้อมูลกลับคลินิกเรื้อรังเพื่อให้ความรู้้อการโรคหัวใจและหลอดเลือด พร้อมแจกเอกสารผู้ป่วยทุกราย -ทบทวน ผู้ป่วย STEMI พบปัญหาผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือดเกินเวลามาตรฐาน ผลการทบทวน พบว่าระยะเวลาในการขอคำปรึกษาจากโรงพยาบาลแม่ข่ายนาน 10 นาที ปรับเป็น ติดตามหลังขอคำปรึกษา ทุก 10 นาที ระหว่างที่รอให้เตรียมพร้อมผู้ป่วยและญาติในการให้ยาละลายลิ่มเลือด พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงในการรับยาและเซ็นยินยอม -ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มคลั่ง <ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานตำรวจ มูลนิธิในการนำส่งรพ. 2. เข้ารักษาในห้องฉุกเฉินตามแนวทาง เจาะเลือดตรวจแยกโรคทางกาย 3. consult จิตแพทย์ โรงพยาบาลมหาราช 4. กรณีส่งต่อให้ส่งโดยรถ ambulance 5. ไม่ใส่กุญแจมือยกเว้นควบคุมไม่ได้และมีตำรวจอยู่
8.ทบทวนเวชระเบียน	<ul style="list-style-type: none"> -ทบทวนเวชระเบียน พบ Under และ over triage ปรับโดยมีการทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตาม MOPH ED TRIAGE ทุกเดือน -ติดแนวทางจำแนกประเภท ในที่เห็นชัดเจน

4.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน⁴ (Performance Indicator)ควรนำเสนอเป็นกราฟและอธิบายว่าเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้นหรือลดลงเพราะอะไร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลการดำเนินงาน					
			2561	2562	2563	2564	2565	2566 ต.ค.-ธ.ค.
บริการที่รวดเร็ว								
1.	ร้อยละผู้ป่วย CPR ได้รับการตรวจจากแพทย์ภายใน4นาที	100%	99.7%	100%	100%	100%	100%	100%
2.	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยแพทย์ตรวจในผู้ป่วยฉุกเฉิน	<15 นาที	20 นาที	9 นาที	5นาที	7 นาที	6.4 นาที	5.91 นาที
3.	Door to needle time ในผู้ป่วย STEMI ที่ได้ SK ภายใน 30 นาที	60%	11.12%	16.67%	0%	80%	100%	100%
	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด/PCI	>80%	60.86%	83.33%	100%	93.33%	100%	100%
4.	ผู้ป่วย Stroke FAST Track ส่งต่อรพมหาราชภายใน 30 นาที	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5.	ระยะเวลาการออกเหตุ ภายใน 5 นาที	>80%	64.6%	64.6%	67.2%	75.12%	91.60%	รอรระบบ สพฉ.
6.	Response time ใน 10 นาที	>80%	42.37%	55.81%	41.13%	46.92%	64.68%	รอรระบบ สพฉ.
7.	อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วย	>95%	97%	99.5%	99.7%	99.4%	99.5%	99.1%
8.	ร้อยละผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้รับการดูแลถูกต้อง	>90%	96.7%	97.2%	97.5%	98.2%	92.66%	95.15%
บริการที่ปลอดภัย			2561	2562	2563	2564	2565	2566
1.	อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน	0%	0.02 %	0.03 %	0.02 %	0.013 %	0.05 %	0 %
2.	อัตราข้อบกพร่องในการส่งต่อ	<2%	3 %	2.6 %	2.4 %	2.2 %	2.5 %	2 %
3.	อัตรา ROSC	>30%	34%	24%	20.9%	17%	20%	0 %
4.	ร้อยละการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน	>26%	4.25%	4.82%	11.2%	21.20%	11.2%	รอรระบบ สพฉ.
บริการประทับใจ			2561	2562	2563	2564	2565	2566
1.	อัตราความพึงพอใจ	>85%	88.5%	86.2%	86.3%	85.6%	91.94%	89.7%
2.	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	0	0	1	2	1	0	0
ดูแลต่อเนื่อง			2561	2562	2563	2564	2565	2566
1.	ร้อยละผู้ป่วย Revisit ภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่รู้วิธีปฏิบัติตน	<1%	0.5%	0.75 %	0.05 %	0.02%	0.01%	0%

5.กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

5.1ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	การเพิ่มประสิทธิภาพ CPR	<ul style="list-style-type: none"> -ฝึกทักษะการปฏิบัติการ ACLS ทุกหกเดือน - กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในทีม -ประเมินการปฏิบัติทีมหลัง CPR ทุกราย 	<ul style="list-style-type: none"> -ผลการประเมินทีมปฏิบัติการ ACLS ถูกต้อง 100% -อัตรา ROSC 22.8 %
2	พัฒนาระบบส่งต่อปลอดภัย	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนการดูแล ผู้ป่วยส่งต่อทุกรายที่มีอาการไม่พึงประสงค์ - ส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนแก่กลุ่มการพยาบาล -ประชุมชี้แจงในการประชุมกลุ่มการพยาบาลเนื่องจากเป็นเวรรีเฟอร์รวม 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างส่งต่อถูกต้อง ปลอดภัย -อัตราข้อบกพร่องระหว่างส่งต่อ ร้อยละ 2 % -อบรมพยาบาลจบใหม่และฟื้นฟูการดูแลขณะส่งต่อปีงบประมาณ 2566 1 ครั้ง -มีการฝึกปฏิบัติพยาบาลจบใหม่ในการส่งต่อผู้ป่วย
3	พัฒนาการจำแนกประเภทผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> - ชี้แจงแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตาม MOPH ED TRIAGE และแยกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 -ทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย -Audit เวชระเบียน 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาตามประเภทผู้ป่วย -อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วย ถูกต้อง ร้อยละ 99.1 -ปรับปรุงเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจากทีม PCT เมื่อ 1 ธันวาคม 2565

5.2. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง⁶

โครงการ/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
-พัฒนาการเข้าถึงยาละลาย ลิ่มเลือดตามเวลามาตรฐาน 30 นาที ในผู้ป่วย STEMI -พัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย STEMI ทำ PCI ภายในเวลา 30 นาที -พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วย ทั่วไปและผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 -พัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง	2566	1.ประชุมฟื้นฟูแนวทางการดูแล ผู้ป่วย STEMI และการให้ยา ละลายลิ่มเลือด 2.ให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหลังการวินิจฉัย /consult รพ มหาราช 3.เฝ้าระวังการเกิด ภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไข ทันเวลา 4.เตรียมทีมส่งต่อทันทีหลัง วินิจฉัยหรือระหว่างให้ยา ละลายลิ่มเลือด 5.ส่งต่อผู้ป่วย ทำ PCI ภายใน 30 นาทีหลังรับ consult จาก รพ มหาราช	Door to needle time ภายใน 30 นาที -ผู้ป่วย STEMI ให้ SK/PCI -อัตราการเกิด ภาวะแทรกซ้อน -ผู้ป่วยส่ง PCI ได้รับ การส่งต่อภายใน 30 นาที	>80% >80% <10% 100%	โสพิศ
	2566	1.ทบทวนการจำแนกประเภท 2.มีแนวทางการคัดแยกผู้ป่วย เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	ร้อยละการจำแนก ประเภทผู้ป่วย ถูกต้อง	100%	จิตติพร
	2566	-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยให้คลินิก เรื้อรังให้ความรู้ถึงอาการโรค หลอดเลือดสมองแก่ผู้ ผู้รับบริการคลินิกเรื้อรัง -ประชาสัมพันธ์เชิงรุกอาการ โรคหลอดเลือดสมองติดทุก รพ.สต -ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS	ผู้ป่วยโรคหลอด เลือดสมองมา ภายใน 2 ชั่วโมง ร้อยละผู้ป่วย stroke มาด้วย ระบบ EMS	มากกว่า 60% มากกว่า 50%	ก้องยศ พรทิพย์
	2566	-ติดตามการฉีดวัคซีนตามนัด	ร้อยละผู้ป่วยฉีด วัคซีนตามนัด	100%	อลิษา

โครงการ/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Simple close fx	2566	-มีconsultทาง line กับ แพทย์เฉพาะทาง orthro ให้ คำแนะนำในการทำหัตถการ, การให้ยาและการทำกายภาพ	ผู้ป่วย Simple close simple fx ส่งต่อน้อยกว่า 30%	รักษาได้ มากกว่า 70% มากกว่า	ธนาภรณ์
พัฒนาระบบ EMS	2566	-ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรัง -ประชาสัมพันธ์เชิงรุก อากาศฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ 1669 ใน ทุก รพ.สต -ประชาสัมพันธ์และแจก เอกสารอาการและการแจ้งเหตุ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ใน ผู้ป่วย วิกฤติ ฉุกเฉินที่มาห้อง ฉุกเฉิน ทุกราย	ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน มาด้วยระบบ EMS	60%	พรทิพย์ อาริยา
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Multiple trauma	2566	-ประชุมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วย Multiple trauma ตาม แนวทางจังหวัด -ดูแลผู้ป่วยตามแนวทางและ บันทึกข้อมูลการดูแลตามแบบ บันทึกพร้อมส่งต่อข้อมูลให้ โรงพยาบาลแม่ข่าย	ผู้ป่วย Multiple Trauma ได้รับการ ดูแลตามแนวทาง	มากกว่า ร้อยละ 90	ภัสสร
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis	2566	-ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis	ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามแนวทาง ผู้ป่วยได้รับยา ปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง	ร้อยละ 100	ก้องยศ
พัฒนาการดูแลผู้ป่วย ระหว่างส่งต่อ	2566	-ทบทวนและจัดทำแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อในโรค ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น STEMI , STROKE	ผู้ป่วยได้รับการดูแล ระหว่างส่งต่อ ถูกต้อง	มากกว่า ร้อยละ 90	วิญ

