

Service Profile

หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
กลุ่มงานการพยาบาล
โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น

Service profile
หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น

1. บริบท

ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แก่ไขวภาวะวิกฤต บริการตรวจรักษาเบื้องต้นนอกเวลาราชการ บริการทำหัตถการต่างๆ ช่วยทำคลอดในเวลาราชการ ทำคลอดนอกเวลา ดูแลผู้ป่วยหลังคลอด

เป้าหมาย

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแก่ไขวภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน และผู้รับบริการพึงพอใจ
โดยยึดมาตรฐานวิชาชีพของสภาการพยาบาล ภายใต้กฎหมายประกอบวิชาชีพ

ข. ขอบเขตบริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทุกประเภทตลอด 24 ชั่วโมง
2. ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปเบื้องต้นนอกเวลาราชการหลัง 20.00 น. ในวันราชการ และ หลัง 12.00น. ในวันหยุดราชการ
3. ให้บริการผู้ป่วยส่งต่อการรักษาโรงพยาบาลอื่น
4. เป็นศูนย์รับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกเวลา
5. ให้บริการผู้ป่วยที่ต้องทำหัตถการต่อเนื่องตามแผนการรักษาตลอด 24 ชั่วโมง
6. เป็นศูนย์ประสานงานส่งต่อและให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) รับผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ
7. ออกหน่วยปฐมพยาบาลนอกสถานที่
8. ให้บริการผู้ป่วยคดี ชั้นสูตรพลิกศพร่วมกับแพทย์และนิติเวช

ผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นประชาชนในเขตอำเภอกุดข้าวปุ้นและผู้ป่วยส่งกลับจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ให้มารักษาใกล้บ้าน ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนเกินศักยภาพในการดูแลรักษาจะได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตระการพืชผล โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี

งานอุบัติเหตุมีเตียงสำหรับตรวจและสังเกตอาการไม่เกิน 4 ชม.จำนวน 2เตียง

ค. ผู้รับบริการและความต้องการสำคัญ

ลูกค้าภายใน (กรณีแต่ละหน่วยงานมีความต้องการไม่เหมือนกันไม่แยกเขียน)

ฝ่าย / หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	ความต้องการ (สำรวจปี 2561)
แพทย์	- เป็นผู้ให้การรักษา รับฟังปัญหาและร่วมแก้ไข ปัญหาสุขภาพร่วมกัน นอกเวลาราชการ on call ตามข้อตกลงที่กำหนด
ห้องคลอด	- ช่วยทำคลอดในเวลาราชการ กรณีฉุกเฉิน ให้บริการดูแลมารดาคลอด ทำคลอดนอกเวลา ราชการและดูแลมารดาทารกหลังคลอด
ห้องผ่าตัด	- ช่วยทำผ่าตัดทั้งในและนอกเวลาราชการ
ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน	- ใบเบิกยาชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน
ตึกผู้ป่วยใน	- มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยเมื่อมีผู้ป่วย Admit เป็นอัตรากำลังเสริมเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
กลุ่มงานเทคนิคบริการทางการแพทย์	- เก็บ Specimen ถูกต้อง ทันเวลา
ห้อง X-Ray	- มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่ต้อง X-Ray ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
ห้องบัตร	- มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ	- ให้บริการฝังยา และถอดยาฝังคุมกำเนิด
ฝ่ายบริหารงานทั่วไป	- ส่งใบเบิกวัสดุ ครุภัณฑ์ตามวันที่กำหนด ข้อมูล ใบเบิกถูกต้องชัดเจน

ฝ่าย / หน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	ความต้องการ (สำรวจปี 2561)
งานยานพาหนะ	- มีการแจ้งข้อมูลผู้ป่วยส่งต่อ ประเภทผู้ป่วย เวลา และสถานที่ส่งต่อ
ศูนย์ซ่อมบำรุง	- เขียนใบส่งซ่อมชัดเจนถูกต้อง ระบุความต้องการใช้งานชัดเจน
ฝ่ายทันตสาธารณสุข	- ส่งข้อมูลผู้ป่วยถูกต้อง ชัดเจน
ฝ่ายแผน ฯ	- ส่งรายงานภายในเวลาที่กำหนด
หน่วยจ่ายกลาง	- เบิกและส่งของครบถ้วน ถูกต้อง ตามเวลาที่กำหนด
งานอื่นๆ	- ประสานงานสะดวก มนุษย์สัมพันธ์ดี มีส่วนร่วมในการวางระบบงาน และหน่วยงานอื่นอย่างมีประสิทธิภาพ
ฝ่ายสุขาภิบาลและป้องกันโรค	- มีการแจ้งข้อมูลพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องรายงาน และต้องควบคุมโรค

ลูกค้าภายนอก

ลูกค้าภายนอกงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน	ความต้องการ (สำรวจปี 2560)
ความต้องการของผู้ป่วยและญาติด้านการรักษา	- ได้รับการบริการด้านการตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง รวดเร็ว ได้มาตรฐาน ได้รับการที่มีความปลอดภัย - ได้รับข้อมูลที่จำเป็นเพียงพอต่อการยินยอมให้ทำการรักษา และการนำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องได้อย่างเหมาะสม - ต้องการการบริการที่ดี น่าไว้วางใจ
ด้านการบริการและบุคลากร	-บริการดี มีมาตรฐาน มีการให้ข้อมูล/แนะนำดีด้วยความเต็มใจ มีจิตวิญญาณของผู้ให้บริการ
ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	-เปิดโอกาสให้ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะต่างๆลงในตู้ร้องเรียน และมีสิทธิตัดสินใจในการยินยอมให้ทำการรักษา
สภอ. กุดข้าวปุ้น	- จัดส่งรายงานใบขึ้นสูตร / พลิกศพ ใบคดีความต่างๆถูกต้อง ทันเวลา
สสจ. อุบลราชธานี	- ส่งรายงานต่างๆให้ครบถ้วน ทันเวลาที่กำหนด

ง. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

บริการรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

จ. ความเสี่ยงหรือความท้าทายที่สำคัญ

I ความท้าทาย

กระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

1. มีระบบการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย
2. มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ได้มาตรฐาน
3. มีระบบการบริหารยา เครื่องมือ วัสดุ-อุปกรณ์ที่ดีคุณภาพ
4. ระบบการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน
5. การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS 1669)ที่ได้มาตรฐาน
6. มีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

II ความเสี่ยงที่สำคัญ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER ด้วยโรค Sepsis	1.จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย sepsis early detect/ early treatment/early refer 2.จัดทำแนวทางการคัดกรองผู้ป่วย sepsis โดยการนำ SOS score มาใช้ 3.ให้ความรู้เกี่ยวกับประชาชน เกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษา 4.ให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยการใช้บริการ 1669	-สามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะsepsis ได้ตามมาตรฐาน -มีผู้ป่วย sepsis เสียชีวิต 2 ราย -ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการและการรักษา ได้รวดเร็ว
2.ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER ด้วยโรค Respiratory Failure	-จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะ Respiratory Failure โดยการใช้ Early Warning signs เช่น หายใจเร็ว retraction cyanosis poor air entry -ค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิด Respiratory Failure -ให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการของประชาชน โดยการใช้บริการ 1669	-สามารถให้การรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Respiratory Failure ได้เร็ว -มีผู้ป่วย Respiratory Failure เสียชีวิต 1 ราย
3.เจ้าหน้าที่ถูกเข็มทิ่มตำมือ	1.การค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด 2..การปฏิบัติงานด้วยวิธีการที่ปลอดภัยระมัดระวัง 3.การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่เพียงพอ 4.มีการใช้อุปกรณ์ในการป้องกัน 5.มีการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน	1. มีการรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไปยังผู้จัดการความเสี่ยง 2. มีการทบทวนเหตุการณ์เพื่อหาแนวทางป้องกัน และการแก้ไข เมื่อเกิดเหตุการณ์นั้นๆ 3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการถูกเข็มทิ่มตำที่ดีขึ้น

4. เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน - เครื่อง EKG เสีย ส่งซ่อม นานหลายเดือนต้องยืมจากตึกผู้ป่วยในมาใช้	- กำหนดแนวทางการตรวจสอบ และบันทึกความพร้อมใช้งานของเครื่องมือ อุปกรณ์ช่วยชีวิต และยาในทุกเวร - มีระบบสำรองเครื่องมือ หากเกิดชำรุดเสียหาย - มีการยืมเครื่องมือและอุปกรณ์จากหน่วยงานใกล้เคียง	- อุปกรณ์บางอย่างที่นำไปใช้บนรถ Refer บางครั้งนำกลับมาที่ ER ไม่ครบ - ลืมเก็บของบนรถ - ไม่มีน้ำเกลือบนรถ
ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
5.ผู้ป่วยส่งต่อ มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ ต้องแวะโรงพยาบาลข้างทาง	- ทบทวนการดูแลผู้ป่วยก่อนที่จะนำผู้ป่วยขึ้นบนรถส่งต่อ ว่าดูแลอย่างเหมาะสมหรือไม่โดยใช้แบบประเมินก่อนส่งต่อ และทบทวนการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ ตามโรคที่พบการทรุดลงระหว่างส่งต่อ - ประเมินอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด - ประเมินสัญญาณชีพทุก15นาที	1. ยังมีผู้ป่วยที่มีอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ 2ราย 2. มีการทบทวนเหตุการณ์เพื่อหาแนวทางป้องกัน และการแก้ไข เมื่อเกิดเหตุการณ์นั้นๆร่วมกัน 3.จัดอบรมวิชาการให้ความรู้เจ้าหน้าที่
6. ผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำด้วยโรคและอาการเดิมโดยมิได้วางแผน	- มีการกำหนดการวางแผนจำหน่าย โดยใช้หลักD METHOD - ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบถึงแผนการรักษาและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ -เพิ่มพูนทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่ในการซักประวัติ ,ตรวจร่างกาย, การพิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ , การรักษา	1. มีจำนวนผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำลดลง
7.ออกรับcase EMSตามพร.ได้ช้า และขณะออกรับcase ไม่ได้เปิดสัญญาณฉุกเฉินขอทาง	-กำหนดแนวทางและข้อตกลงร่วมกันกับ พร. ว่าถ้ามีcase ออกรับEMSให้โทรตามพร.ที่บ้านใกล้รพ.ที่สุดก่อนโดยระยะทางจากบ้านมารพ.ประมาณ5นาที -ขณะออกรับcaseให้พร.เปิดสัญญาณไฟและเสียงฉุกเฉินเพื่อขอทาง -พยาบาลผู้ออกรับcaseโทรติดต่อประสานกับญาติผู้ป่วยเพื่อความเร็วมากขึ้น	-ยังไม่พบอุบัติการณ์พร.มาช้า
8.ขาดอัตรากำลังในการปฏิบัติงานห้องคลอดนอกเวลา	- กำหนดแนวทางในการเรียกอัตรากำลังเมื่อมีเคสคลอดนอกเวลา - จัดให้มีเวรเรียกเสริมคลอดนอกเวลา - เพิ่มคนเพื่อรอเรียกเสริม	อุบัติการณ์ในการเรียกคนเสริมเมื่อมีเคสคลอดลดลง ยังมีเหตุที่ตามไม่ได้ ตามไม่ทันเนื่องจากมีเคสมาคลอดแบบฉุกเฉิน Active case
9.ไม่มีรถกู้ชีพสำหรับหน่วย ILS เนื่องจากรถหมดสัญญาเช่า จึงได้นำรถโฟล์กเก้มาใช้ออกรับเคสแทนซึ่งไม่สะดวก ไม่เหมาะสม	- หาจัดหาทดแทนก่อนเท่าที่สามารถทำได้ - เสนอซื้อรถที่จะนำมาใช้ในงานออกรับเคสที่เหมาะสม	รอการอนุมัติ งบประมาณ

ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
10.มารดา G2P1A0L1 GA=38+4 wks admit เวลา 02.40 มาด้วยเจ็บครรภ์คลอด ท้องป็นถี่ มีน้ำเดิน ประเมินแรก รับ PV:Cx.=2cms Eff=50% Station-2 MR ดูแลเฝ้าคลอด ตามระยะ เวลา05.30 ปวดท้อง มากขึ้น PV:Cx=3 cms Eff=80% Station=1- MR ดูแลต่อเนื่อง เวลา06.00 น. ขณะพยาบาลดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน ขณะนั้นไม่มีพยาบาล เฝ้าคลอด ผู้ป่วยจึงเบ่งคลอดบนเตียง	-ทบทวนแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคลอดในระยะต่างๆ -จัดทำเวร On call ห้องคลอด	-ยังไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยคลอดบนเตียง -มีเจ้าหน้าที่เพื่อดูแลผู้ป่วยคลอด
11.ขณะนำส่งผู้ป่วยด้วยรถ Ambulance ไปยัง รพ. ตระการพิชผล เวลาประมาณ 20.30น.เกิดอุบัติเหตุรถ Ambulance ชนกับรถมอเตอร์ไซด์ ที่ทางเข้า รพ. ตระการพิชผลพบคู่กรณีบาดเจ็บไม่สลบ กระดูกขาขวาหักต้องได้ Admit รถ Ambulance กันชนหน้าพังต้องส่งซ่อม	-ขับรถด้วยความระมัดระวัง ปฏิบัติตามกฎหมายจราจร -ติดกล้องหน้ารถเพื่อบันทึกเหตุการณ์ระหว่างการเดินทาง	-ยังไม่พบอุบัติเหตุเกี่ยวกับรถ Ambulance
ความเสี่ยงที่สำคัญ	แนวทางป้องกันและแก้ไข	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
12.ผู้ป่วยชายอายุ 67 ปี มาวันนัด 1/6/2562 ได้รับยา Gemfibrozil 100 tab แพทย์ให้ทาน 1*1 PO PC ผู้ป่วยทาน 1*2 PO PC ทำให้ยาหมดก่อนที่จะถึงนัดครั้งต่อไปคือ 1/9/2562	-ค้นหาปัจจัยเสี่ยงในการใช้ยาเกินขนาด -จัดทำแนวทางในการจ่ายยาสำหรับผู้สูงอายุ -จัดทำฉลากยาที่อ่านเข้าใจง่าย -ให้ญาติร่วมรับฟังขณะจ่ายยาและดูแลเวลาผู้ป่วยทานยา	-ผู้ป่วยสามารถใช้จ่ายได้อย่างถูกต้อง
13.เวลา 06.30 น.พบชายวัยกลางคนถือขวานเดินไปเดินมาบริเวณหน้า opd ไม่ทราบว่าเป็นใคร จึงแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจเพื่อตรวจสอบ จากการสอบประวัติพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช มาตามนัด กลัวขวานหายจึงได้นำติดตัวมาด้วย	-จัดทำแนวทางในการเข้ารับบริการที่ รพ.กุดข้าวปุ้น โดยให้ยามตรวจสอบความปลอดภัยก่อนให้ผู้ป่วยเข้ามาใน รพ. -จัดทำแนวทางในการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ -เจ้าหน้าที่ตำรวจจัดเวรตรวจการมารพ.ทุกเวรเช้า/บ่าย/ดึก	-ไม่พบเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง -ได้รับความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นอย่างดี

14.ผู้ป่วยมาด้วย ไข้ ไอเสมหะ เหนียว BP=80/50mmHg PR=110/min RR=24/min หลัง Load 0.9% NSS 1000 cc BP=100/60mmHg PR=104/min RR=22/min จึง ส่งผู้ป่วยด้วยเปลนอนให้ ออกซิเจนไป เพื่อไป X-Ray แต่ เมื่อถึงห้อง X-Ray เจ้าหน้าที่ให้ ผู้ป่วยยื่นเพื่อX-ray ผู้ป่วยมี อาการวิงเวียน หกล้ม ไม่สลบ นำส่งER เพื่อประเมินซ้ำ	-มีข้อตกลงร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ห้อง x-ray หากนำผู้ป่วย เปลนอนไป ห้ามนำผู้ป่วยลงเตียงเพื่อ x-ray -แจ้งเจ้าหน้าที่ x-ray หากผู้ป่วยมีภาวะวิกฤติ	-ไม่พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยพลัดตก หกล้มหรือมีอาการเปลี่ยนแปลง ในขณะที่ x-ray
--	--	--

III จุดเน้นในการพัฒนา

จุดเน้นโรงพยาบาล	จุดเน้นหน่วยงาน
ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ได้ มาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง	- พัฒนาระบบมีระบบการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มี ประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย - มุ่งให้มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วย - มีแนวทางการประเมินการใช้แบบประเมินผู้ป่วย - ผู้ป่วยได้รับการประเมินเบื้องต้นและส่งต่อเข้ารับการดูแลตาม ความเร่งด่วน ถูกต้อง ปลอดภัย เหมาะสม - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤติที่ได้มาตรฐาน - มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการแก้ไขทันเวลา - มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ - บุคลากรมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ - พัฒนาระบบการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน - ประสิทธิภาพในการดูแลขณะส่งต่อผ่านเกณฑ์มาตรฐาน - พัฒนาระบบบริการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS 1669)ที่ได้ มาตรฐาน - ประสิทธิภาพในการดูแลขณะนำส่งผ่านเกณฑ์มาตรฐาน - เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมขั้นพื้นฐานทุกคน - พัฒนาสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ให้ได้มาตรฐาน - จัดอบรมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่

ยุทธศาสตร์ที่ 2. สร้างภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพที่เข้มแข็งและส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ	1.การดำเนินงานร่วมกับรพสต. ในการให้ความรู้ด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพกรณีฉุกเฉิน 2.จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่อง ICS และดำเนินการซักซ้อมแผนการตอบโต้ภัยพิบัติร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นประจำ 3.เป็นหน่วยงานร่วมในการสร้างทีมตอบโต้ภัยพิบัติระดับอำเภอ (Mini MERT) 4.อบรม อสม เจ้าหน้าที่รพ.สต. ในการคัดกรองผู้ป่วย และให้ความรู้แก่ประชาชน 5.พัฒนาความรู้ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับทั้งใน รพ.สต. และ รพ. โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ โรคที่เป็นภาวะฉุกเฉิน เช่น Stroke, MI, Head injury, Sepsis รวมทั้งส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมที่ รพ.แม่ข่าย 6.การป้องกันส่งเสริมสุขภาพกรณีฉุกเฉินโดยการออกหน่วยร่วมจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในวันสำคัญ
จุดเน้นโรงพยาบาล	จุดเน้นหน่วยงาน
	ต่างๆซึ่งมีการให้ความรู้และการปฏิบัติทักษะดังต่อไปนี้ -การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน -การปฐมพยาบาล -การสังเกตภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลผู้ป่วย stroke, MI ,Head injury 7.มีระบบ Fast Track ในการดูแลผู้ป่วยโรคที่เป็นภาวะฉุกเฉินจาก รพ.สต.ถึง รพ. และจาก รพช.ถึง รพ.แม่ข่าย โดยมีการ Consult Case ผ่านระบบ Line และโทรศัพท์
ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถ เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และมีความสุขในการทำงาน	1. อบรมพยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต(ENP) และ ACLS 2.อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทุกปี 3.อบรมการช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล 4.ผู้ควบคุมมาตรฐานการกู้ชีพกู้ภัยและดับเพลิง 5.อบรมฟื้นฟูกู้ชีพทุกปี 6.ส่งบุคลากรเข้าร่วมประชุมวิชาการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน 7.เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของรพ.เช่น OD, ปีใหม่, สงกรานต์ ฯลฯ

1. ปริมาณงาน (ความเหนื่อยยากลำบาก)

งาน	ปริมาณงาน ปี 2560	ปริมาณงาน ปี 2561	ปริมาณงาน ปี 2562	ปริมาณงาน ปี 2563
จำนวนผู้ป่วย	23,761	24,127	25,890	24,772
ผู้ป่วยประเภทที่ 1	190	179	241	252
ผู้ป่วยประเภทที่ 2	1,922	1,598	2,906	2,861
ผู้ป่วยประเภทที่ 3	3,814	3,569	3,172	3,255
ผู้ป่วยประเภทที่ 4	7,289	7,626	7,660	6,861
ผู้ป่วยประเภทที่ 5	10,546	10,662	11,998	11,362
เฉลี่ยผู้ป่วย คน/วัน	67.41	66.1	70.9	67.8
จำนวนผู้ป่วย Admit นอกเวลา	1,852	1,988	2125	2245
อุบัติเหตุจราจร	471	418	456	600
อุบัติเหตุอื่นๆ	1,586	1,454	1652	1538
ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER	5	5	4	3
จำนวนผู้ป่วย Stroke	40	39	44	47
Stroke fast tract		12	12	16
จำนวนผู้ป่วย STEMI	2	3	4	5
STEMI ได้ SK	0	0	3	3
● ไม่ได้ยาเพราะมีภาวะแทรกซ้อน				
จำนวนผู้ป่วย non STEMI	10	14	16	18
productivity	72.63	143.89	83.95	79.04
หัตถการที่สำคัญ ฉีดยา	9,854	6,885	9528	9178
งาน	ปริมาณงาน ปี 2559	ปริมาณงาน ปี 2560	ปริมาณงาน ปี 2561	ปริมาณงาน ปี 2562
ทำแผล	5,385	5,496	5685	5567
เย็บแผล	578	536	652	657
I&D	107	76	95	98

O2/Inhaler	3,470	2,757	2687	2463
EKG	386	395	512	668
CPR	16	16	21	15
ETT	59	55	52	50
Debride(แผล)	11	6	8	7

5อันดับโรควิกฤติ

ปี	2559	2560	2561	2562
1	Septic shock	Septic shock	Respiratory Failure	Sepsis/Septic Shock
2	Cardiac Arrest	Cardiac Arrest	Septic Shock	-Respiratory Failure -Severe Head injury
3	Hypovolemic shock	Hypovolemic shock	Seizure	Alteration of conscious
4	Head injury	Head injury	Cardiac Arrest	Seizure
5	Respiratory Failure	Respiratory Failure	CHF	Cardiac Arrest

จำนวนผู้ป่วย Revisit 4ปี ย้อนหลัง

ปี	2559	2560	2561	2562
1	Bronchitis	Bronchiolitis	Bronchitis	COPD
2	Dyspepsia	Asthma/COPD	COPD	Bronchitis
3	Dizziness	Dyspepsia	Dyspepsia	Fever
4	Fever cause	Dyspepsia	Dizziness	Dyspepsia
5	Diarrhea	Dizziness	Fever	Dizziness

ผู้ป่วย 5 อันดับโรคแรกที่มาตรวจนอกเวลา

ปี	2559	2560	2561	2562
1	Dyspepsia	Dyspepsia	Bronchitis	COPD
2	Fever	Fever	COPD	Bronchitis
3	Open wound	Dizziness	Dyspepsia	Fever
4	Dizziness	Bronchiolitis	Dizziness	Dyspepsia
5	Muscle strain	Muscle strain	Fever	Dizziness

ผู้ป่วยส่งต่อ5อันดับโรคแรก

ปี	2559	2560	2561	2562
1	Close+Open Fx.	Dog bite	STROKE	STROKE
2	Dog bite	.Fx.+Teartendon	SEIZURE	Head Injury
3	Stroke	Stroke	Open Wound	Appendicitis

4	Pneumonia	HI	UGIB	UGIB
5	Appendicitis	Septicemia	Head injury	Alteration of conscious

ผู้ป่วยส่งต่อ(Case วิฤติ)

ปี	2559	2560(มิ.ย.)	2561	2562
1	Severe HI	Septic shock	Respiratory Failure	Septic Shock
2	Septic shock	Severe HI	Septic Shock	Alteration of conscious
3	STEMI,NSTEMI	Respiratory Failure	Seizure	CHF/Volume Over load
4	Respiratory Failure	Stroke	Cardiac Arrest	Severe Head Injury
5	Stroke	Hypovolemic shock	CHF	STEMI

ระบบงานEMS

ปี	ALS	ILS	Emergency	Urgent	Non-Urgent	ไม่พบเหตุ/ไม่ประสงค์ รพ.	รวม
2559	31	681	48	608	28	28	712
2560	93	988	122	885	42	30	1,081
2561	68	921	304	653	-	32	989
2562	77	789	415	409	-	42	866

II. อัตรากำลัง (บุคลากรในหน่วยงาน ให้มีหน้าที่เพื่อวิเคราะห์อัตรากำลัง)

ประเภทบุคลากร	จำนวน	จำนวนที่ต้องการ	ส่วนขาด	การบริหารจัดการเมื่อบุคลากรไม่เพียงพอ	หน้าที่
1. พยาบาลวิชาชีพ	9			1. เรียก อัตรากำลัง เสริมจากตึกผู้ป่วยใน	1. งานบริหารงานทั่วไปของหน่วยงาน 2. งานบริหารยา เวชภัณฑ์ของหน่วยงาน 3. งานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐานตามมาตรฐานวิชาชีพ 4. คัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา วินิจฉัยปัญหา ภาวะเสี่ยง เพื่อให้การพยาบาลอย่างถูกต้องและเหมาะสม 5. บันทึก รวบรวมข้อมูลด้านการพยาบาลเบื้องต้น 6.งานรับผู้ป่วย อุบัติเหตุ -ฉุกเฉิน ที่จุดเกิดเหตุ EMS

2. เจ้าพนักงานเวชกรฉุกเฉิน	1			ไม่มี	1. ออกรับ Case EMS ณ จุดเกิดเหตุ 2. ช่วยงานที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินตามที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้าเวร 3. Refer ร่วมกับทีมพยาบาล Refer 4. ลงข้อมูลตั้งเบิกของการออกรับ Case EMS
----------------------------	---	--	--	-------	--

ประเภทบุคลากร	จำนวน	จำนวนที่ ต้องการ	ส่วน ขาด	การบริหาร การจัดการ เมื่อ บุคลากรไม่ เพียงพอ	หน้าที่
3. พนักงานผู้ช่วยการพยาบาล	4			1.เรียกพนักงานผู้ช่วยตึกผู้ป่วยใน 2.เรียกพนักงานผู้ช่วย OPD	1. งานหลักประจำที่ห้องอุบัติเหตุ- ฉุกเฉิน ช่วยเตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือในการ ทำหัตถการต่างๆ เตรียมอุปกรณ์ต่างให้พร้อมใช้งาน 2. ช่วยรับส่งผู้ป่วยร่วมกับพนักงานเปล 3. ออกรับผู้ป่วยร่วมกับพยาบาล EMS
4. พนักงานกู้ชีพWEMS	4			1.ติดต่อพนักงานกู้ชีพหน่วยที่อยู่ใกล้	1.งานหลักออกรับผู้ป่วยฉุกเฉิน 2. เป็นพนักงานเปลถ้าไม่ออกรับcase 3.ช่วยงาน ER ร่วมกับพนักงานผู้ช่วยการพยาบาล
รวม	19				

โดยมีการกระจายอัตรากำลัง

- พยาบาลวิชาชีพ เวรเช้า 3 คน, เวรบ่าย 2 คน, เวรตึก 2 คน
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข(เวชกิจฉุกเฉิน) เวรเช้า 1 คน หรือเวรบ่ายบางวัน
ทุกวัน,เวรตึก ไม่มี เนื่องจาก มีจำนวนแค่ 2 คน ไม่สามารถจัดเวรได้
- ผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรเช้า,เวรบ่าย,เวรตึก เวิร์ด 1 คน
- พนักงาน EMS วันละ 2 คน เวรเช้า เวรบ่าย- ตึก เวิร์ด on call รอเรียกออกรับเคส

III เครื่องมือและเทคโนโลยี

ลำดับ	รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน	จำนวนที่จำเป็น	ส่วนที่ขาด	ระบบบริหารจัดการเมื่อเครื่องมือไม่พอใช้	ระบบดูแลรักษาเครื่องมือ
1.	เครื่องกระตุ้นหัวใจ	2			1.ติดต่อทีมงานผู้ป่วยในยืมเครื่องกระตุ้นหัวใจมาใช้	1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานโดยผู้รับผิดชอบทุกเวอร์ 2. กำหนดการทดสอบการใช้งานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง 3.มีการเปลี่ยนอุปกรณ์ต่างตามเวลาที่กำหนด 4.มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง
2.	เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	1			1.ติดต่อยืมทีมงานผู้ป่วยใน	1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกเวอร์ 2.มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง
3.	เครื่อง Infusion Pump	4			ยืมห้องคลอด	1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกเวอร์ 2.มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง
4.	เครื่องตรวจวัดระดับ O2 ในเลือด (O2 sat)	6			ยืมห้องคลอด	1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกเวอร์ 2.มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง
5.	เครื่องวัดความดันโลหิต	7			1.ดำเนินการขอสั่งซื้อ 2.ยืมทีมงานห้องคลอด	1. ตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกเวอร์ 2.มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง .

ลำดับ	รายการเครื่องมือที่สำคัญ	จำนวน	จำนวนที่จำเป็น	ส่วนที่ขาด	ระบบบริหารจัดการเมื่อเครื่องมือไม่พอใช้	ระบบดูแลรักษาเครื่องมือ
6.	เครื่อง suction	2			1.ยืมจากตึกผู้ป่วยใน 2.นำมาจากรถ Refer ใช้ก่อน	1.ตรวจสอบความพร้อมใช้ทุกเวอร์ 2.หลังใช้มีการทำความสะอาดในทุกเวอร์ 3 .มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง
7.	เครื่องจีไฟฟ้า	1	1			1 ตรวจสอบความพร้อมใช้งานทุกวัน 2.หลังใช้มีการทำความสะอาดในทุกเวอร์ 3 .มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือปีละ 1 ครั้ง

ข. การสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

กลุ่มผู้ป่วย : มีการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุต่างๆ รวมถึงวัคซีนป้องกันโรคใน

กลุ่มเสี่ยง เช่น ไวรัสตับอักเสบ ฉีดบาดทะยัก วัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้า

รวมถึงการให้คำแนะนำต่างๆ

กลุ่มเจ้าหน้าที่ : บริการให้ภูมิคุ้มกันแก่เจ้าหน้าที่ทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

2. กระบวนการสำคัญ (key Process)

กระบวนการ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเตรียมความพร้อม - อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องมือใช้ - เวชภัณฑ์ต่างๆ	- เพื่อให้เกิดความพร้อมในการทำงาน	- อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้งาน	- อุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือและอุปกรณ์
2. การประเมินผู้ป่วยแรก รับ - การประเมินสภาพเบื้องต้น	- ผู้รับบริการมีความปลอดภัย	- ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาผิดแผนก	- อุบัติการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยเข้าหน่วยบริการไม่เหมาะสม
กระบวนการ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)

- การคัดกรองตามความเร่งด่วน - การเคลื่อนย้าย	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินเบื้องต้นและส่งต่อเข้ารับการดูแลตามความเร่งด่วน - ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้ายอย่างถูกวิธีไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้าย	- เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	- ระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติ - อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการเคลื่อนย้าย
3.การดูแลรักษาพยาบาล - การประเมินผู้ป่วยซ้ำ - การแก้ไขภาวะวิกฤติ - การป้องกันความเสี่ยง - การบรรเทาอาการปวด/อาการรบกวน - การตรวจพิเศษ, ชันสูตร, การทำหัตถการ, การเฝ้าระวังและสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและการดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือแก้ไขภาวะวิกฤติ/ภาวะเสี่ยงได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพจากสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย - ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในกระบวนการรักษา - ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน	- เสี่ยงต่อการมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะรอตรวจรักษา - เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ - เสี่ยงต่อการติดเชื้อจากการทำหัตถการ Excision	- อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงหรือเสียชีวิตขณะรอตรวจรักษา - ประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ - ร้อยละของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยในแต่ละโรค - อัตราการเสียชีวิตใน ER - อัตราการติดเชื้อจากการทำหัตถการ Excision
4.การส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า - การประสานงานส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย - การเตรียมผู้ป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ - การเตรียมทีมส่งต่อทั้งยานพาหนะและบุคลากร	- ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อที่รวดเร็วปลอดภัย - ผู้ป่วยได้รับการดูแลและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นขณะส่งต่อ - ผู้รับผลงานมีความพึงพอใจ	- ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะส่งต่อ	- ร้อยละผลการประเมินประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ - อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างส่งต่อ

กระบวนการ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
5.การจำหน่ายผู้ป่วย - กลับบ้าน - Admit - เสียชีวิต - การเตรียมจำหน่าย - การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ - การให้คำแนะนำและ	จำหน่ายกลับบ้าน - ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนจำหน่าย - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้และเข้าใจในการสังเกตอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ - ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ในโรคที่	- การกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชม. - เสี่ยงต่อการมีอาการแทรกซ้อนขณะส่งเข้ารับรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน	- อัตราการ Re-visit ในผู้ป่วยในผู้ป่วย HI, Diarrhea, COPD, Bronchitis, Abdominal Pain ,DHF - ร้อยละของการปฏิบัติตัวถูกต้องจากการประเมินย้อนกลับ - อุบัติการณ์ผู้ป่วยมีการแทรกซ้อนขณะส่งเข้ารับรักษาที่ตึกผู้ป่วยใน

แจกเอกสารการปฏิบัติตัว/ การสังเกตอาการที่ต้อง กลับมาพบแพทย์ - การติดตามหลังการ จำหน่าย	เป็นและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หลังจำหน่าย		- ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ - ข้อร้องเรียนในการให้บริการ
6. กระบวนการคู่ขนาน - การตอบสนองความต้องการ ของผู้รับบริการ - การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร - การส่งเสริมสุขภาพและ สร้างความสุขในการทำงาน ของ บุคลากร	จำหน่าย Admit - ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษา จากสหวิชาชีพที่ได้มาตรฐาน - ผู้ป่วยและญาติได้รับทราบ ถึงแผนการรักษาและมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจ จำหน่ายเสียชีวิต - ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ - ญาติผู้ป่วยได้รับทราบสาเหตุ การเสียชีวิตและแนวทางการ ปฏิบัติการจัดการศพ - ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ในบริการ - ผู้รับผลงานภายในที่เกี่ยวข้อง ได้รับผลงานที่ดีและมีความ พึงพอใจในผลงานที่ได้ รับ - บุคลากรมีความรู้ความเชี่ยวชาญและทักษะในการปฏิบัติ งาน - บุคลากรได้รับการศึกษา / อบรม และ พัฒนาดตนเองอย่าง	- เสี่ยงต่อการเกิด ข้อร้องเรียน - การบาดเจ็บจาก การทำงานของ บุคลากร	- ร้อยละความพึงพอใจ - จำนวนข้อร้องเรียน - ร้อยละของบุคลากรทางการพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์การประเมินศักยภาพ - อุบัติการณ์การติดเชื้อ / บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร - ร้อยละของคะแนนบรรยากาศองค์กร ของหน่วยงาน - ร้อยละของบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ
กระบวนการ (Key process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ความเสี่ยงสำคัญ (Key risk)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
	ต่อเนื่อง - บุคลากรมีความรู้ ความสามารถและทักษะ ในการดูแลและช่วยชีวิตผู้ป่วย ภาวะวิกฤติ		

3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ระดับที่ปฏิบัติได้			
		2560	2561	2562	2563
1.ระยะเวลาที่ผู้ป่วยวิกฤติเข้ามาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติใน 4 นาที	100 %	100%	100%	100%	100%
2.ประสิทธิภาพการช่วยฟื้นคืนชีพ	>80%	50	60	75	66.66
3.จำนวนผู้เสียชีวิตในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน	0 ราย	8	5	4	3
4.อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรน้อยกว่าร้อยละ18ต่อแสนประชากร	≤ 8	2	2	5	5
5.จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการทรุดลงระหว่าง Refer	3 ราย	4	3	1	2
6. อัตราการประเมินผู้ป่วยAMI,ทำ EKGและรายงานแพทย์ภายใน10นาที	80%	90	95	100	100
7. ระยะเวลาผู้ป่วยAMIได้รับการวินิจฉัยและส่งต่อภายใน45นาที	>80%	92.30	100	82	84
8.อัตราการตายของผู้ป่วยAcute Stroke ในรพ.	<10%	0	0	0	0
9.อัตราผู้ป่วย Stroke ที่เข้าระบบ Stroke fast track ภายในเวลา 4 ชม.30นาที(ตั้งแต่มีอาการถึงรพ.สปล)	>50%	39.47	41.50	46.15	44.44
10.ร้อยละผู้ป่วย Stroke fast track ที่ส่งต่อภายใน 30 นาที	>80	100	100	100	100
11.อัตราการเสียชีวิตจาก septic shock ใน รพ.	0	2	1	0	2
12.อุบัติการณ์การเกิด septic shock ที่ ER	<15%	10.24	10	9.26	11.11
13.ผู้ป่วย sepsis ได้รับ ATB ภายใน 1 ชม.	100%	88.25	95.83	96.29	100
14. ผลการประเมินการตรวจรักษาเบื้องต้น	>80%	83.50	90	86	88

15.อัตราการมาตรวจซ้ำด้วยโรค/อาการเดิมโดยไม่ได้วางแผนใน 48 ชั่วโมง	≤3%	1.6	2.2	2.4	2.2
16.จำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการทำหัตถการ Excision	0	0	0	0	0
17.ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ	>80%	97.80	99.86	95	96
18.อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการ ER	>80%	79.35	79.55	82	79

3. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายคุณภาพ

3.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

CQI: การพัฒนาระบบการเข้าถึงยา SK ในผู้ป่วย STEMI

1. หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ให้บริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิระดับต้น ระยะห่างจาก โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 78 กิโลเมตร กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินที่สำคัญของหน่วยงานได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ (Acute coronary syndrome :ACS) ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญที่ต้องเฝ้าระวัง เพื่อค้นหาภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST elevation myocardial infarction (STEMI) อันเป็นสาเหตุสำคัญของความเจ็บป่วยและเสียชีวิตในหน่วยงาน

จากข้อมูลผู้ป่วย มีผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น STEMI และเสียชีวิตในปี 2556 จำนวน 1 ราย จึงได้เริ่มพัฒนาระบบงานสำคัญเพื่อใช้วินิจฉัยและส่งต่อผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่ได้กำหนดระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในทุกกระบวนการ ปี 2556 ได้จัดทำ CPG การดูแลผู้ป่วย STEMI ปี 2559 จำนวนผู้ป่วยกลุ่ม ACS ทั้งหมด 10 ราย วินิจฉัยเป็น STEMI 4 ราย NSTEMI 6 ราย ได้รับการส่งต่อทันที 9 ราย และได้ให้ยาละลายลิ่มเลือด Streptokinase 2 ราย ปี 2560 มีผู้ป่วย STEMI 3 ราย (ไม่มีการให้ยา SK เพราะผู้ป่วยทั้ง 3 รายมีภาวะแทรกซ้อนจึง Refer รพ.สพส.เพื่อทำ PCI) 3 ราย NSTEMI 8 ราย ปี 2561 มีผู้ป่วย STEMI 4 ราย ให้ SK 3 ราย (1 รายหลังให้ SK มี BP drop) 1 ราย มีภาวะแทรกซ้อน BP 190/112 mmHg Refer สพส.เพื่อทำ PCI (BP ต้อง < 180/110 mmHg) ผู้ป่วย NSTEMI 6 ราย ปี 2562 มีผู้ป่วย STEMI 5 ราย ให้ SK 3 ราย (หลังให้ยา มี BP Drop ทั้ง 3 ราย) แพทย์ให้ยา Inotropic Drug แล้ว Refer รพ.สพส.เพื่อทำ PCI ผู้ป่วย NSTEMI 18 ราย

2. เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน วินิจฉัย และการรักษาถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย
2. ผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด 100%
3. ผู้ป่วย STEMI ที่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลและส่งต่อ ภายใน 45 นาที
4. ผู้ป่วยที่มี STEMI ได้รับการประเมิน EKG ภายใน 10 นาที = 100%
5. การส่งตรวจ Trop-T ได้ผลภายใน 20 นาที
6. ผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีเมื่อเข้ารับบริการ

3. กิจกรรมการพัฒนา (Process Improvement)

1. จัดทำมาตรฐานการป้องกันและดูแลผู้ป่วย STEMI ให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย

2. พัฒนาระบบการค้นหาและคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจาก รพ.สต. โดยใช้ Color Chart ในการค้นหา ติดตามผู้ป่วย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงต่ำ เสี่ยงปานกลาง และเสี่ยงสูง โดยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงจะมีการติดตามอาการทุก 2 สัปดาห์
3. พัฒนาระบบการคัดกรอง โดยมีแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการคัดกรอง STEMI โดยพยาบาลวิชาชีพ
4. พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการประชาสัมพันธ์ติดเบอร์โทร 1669 ที่สมุด NCD ทุกราย พร้อมบัตรสมาชิกเครือข่ายป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการอย่างทันท่วงที
5. พัฒนาความรู้ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับทั้งใน รพ.สต. และ รพ. โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค STEMI และการอ่าน EKG เบื้องต้น รวมทั้งส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการให้ยาละลายลิ่มเลือดที่ รพ.แม่ข่าย
6. มีระบบ Fast Track ในการส่งต่อผู้ป่วย STEMI จาก รพ.สต.ถึง รพ. และจาก รพช.ถึง รพ.แม่ข่าย โดยมีระบบ Consult Case ผ่านระบบ Internet (Line และโทรศัพท์)
7. ใช้ระบบการประสานแพทย์เฉพาะทางกับรพ.แม่ข่าย
8. มีการตรวจสอบคุณภาพยาSK.ในรพ.
9. มีการเตรียมอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ในหน่วยงานและบนรถส่งต่อ
10. มีการทบทวนในการดูแลผู้ป่วย STEMI ทุกราย เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
11. ผู้ป่วย STEMI ที่ส่งกลับจาก รพ.แม่ข่าย ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีม COC

4.ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Performance)

1. ผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ Chest pain , Abdominal pain หรือสงสัยAMI ได้รับการคัดกรองตามแนวทางที่กำหนด ร้อยละ 100
2. ผู้ป่วยที่มีSTEMIได้รับการประเมินEKGภายใน 10 นาที = 100%
3. ผู้ป่วย STEMI ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้รับยาละลายลิ่มเลือด คิดเป็นร้อยละ 50
4. การประกันเวลา Door to EKG 10 min, Door to needle time<30 min ,Door to Ambulance 45 min ได้ร้อยละ 90
5. ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิตในผู้ป่วย AMI ในปีพศ. 2559-2562

4.แผนพัฒนาต่อเนื่อง

- พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยSTEMIโดยบูรณาการกับระบบEMSจัดตั้ง Member club
- พัฒนาระบบส่งต่อโดยใช้Fast trackในเครือข่ายบริการอย่างต่อเนื่อง
- นำข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนมาถึง โรงพยาบาลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกัน และให้ความรู้กับประชาชน
- เน้นการซักประวัติเพื่อคัดกรองภาวะChest painในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- ทบทวนเครื่องชีวิตให้เหมาะสมและสอดคล้องกับเป้าหมาย

CQI:การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Head injury

1.ปัญหา/โอกาสพัฒนา

การบาดเจ็บที่สมอง(Traumatic Brain Injury, TBI)เป็นปัญหาสำคัญของโลก อัตราการเกิดสมองบาดเจ็บสูงขึ้นทุกปีตามการเพิ่มจำนวนยานพาหนะ องค์การอนามัยโลก(WHO)คาดว่าภายในปี 2020 ถ้าไม่มีระบบการจัดการที่เหมาะสม การบาดเจ็บเนื่องจากอุบัติเหตุจราจรจะเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความพิการสะสม เป็นอันดับ 3จากสาเหตุทั้งหมด ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ (trauma patients) ทุกรายเมื่อถูกนำส่งโรงพยาบาล ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยจากทีมฉุกเฉินหรือทีมอุบัติเหตุของโรงพยาบาล เพื่อให้การประเมินขั้นต้น และให้การช่วยเหลือฉุกเฉินตามแนวทางการรักษาของ ATLS

ตามที่โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นได้เฝ้าระวังอัตราการตายจากอุบัติเหตุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี 2557,2558,2559,2560,2561 พบว่าเพิ่มขึ้นจาก 6 ราย 7 ราย 2 ราย 2 ราย 4 ราย ตามลำดับ และพบความรุนแรงระดับ Severe Head injury และ Moderate Head injury ได้รับการส่งต่อทุกราย การดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ เป็นการดูแลจากพยาบาลหลากหลายแผนกที่มาร่วมผลัดกันดูแล มีทั้งพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลแผนกผู้ป่วยใน พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ทำให้ทักษะการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน กระบวนการติดตามวินิจฉัยและผลการรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลปลายทาง และแนวทางการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องยังไม่มีระบบที่ชัดเจน

2.เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด

- 1) ผู้ป่วย Moderate head injury, Severe head injury ได้รับการส่งต่อทุกราย และได้รับการดูแลการส่งต่อตามความเหมาะสม
- 2) ผู้ป่วย Mild head injury ได้รับการเฝ้าสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทถูกต้อง มารับการรักษาทันเวลาเมื่อมีอาการผิดปกติ
- 3) ผู้ป่วย Moderate head injury, Severe head injury ได้รับการนำส่งโดย EMS ทุกราย

3.กิจกรรมการพัฒนา(Process Improvement)

การเข้าถึงบริการ

- 1)เพิ่มศักยภาพอาสาสมัครในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง การนำส่งที่รวดเร็วอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี
- 2)เพิ่มศักยภาพทีม EMS ของโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ ที่มีระดับความรุนแรงมากและการส่งต่อข้อมูลให้ ER เตรียมรับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยรักษาและการส่งต่อ

- 1)มีการประกันเวลาในการออกมารับเหตุ ภายในระยะทางไม่เกิน 10 กิโลเมตรในเขตเทศบาล หลังได้รับการแจ้งเหตุไม่เกิน 8 นาที
- 2)มีการประเมินผู้ป่วย วินิจฉัย และวางแผนการรักษาอย่างเป็นระบบ
- 3)พัฒนาปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อ
- 4)ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์(CT scan) และพบศัลยแพทย์ทางระบบประสาทและสมองตามความเหมาะสม โดยพิจารณาจากระดับความรุนแรงจากการประเมิน GCS

- 5)ระบบส่งต่อมีการเตรียมความพร้อม โดย พพร. และพยาบาล refer ประกันเวลาในการเดินทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลไม่เกิน 10 นาที ตรวจสอบความพร้อมของรถ ยา และอุปกรณ์การช่วยชีวิต
- 6)มีข้อตกลงร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลในการกำหนดแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและการประสานงาน โดยการ consult ก่อนส่งต่อ

การให้ข้อมูลและเสริมพลัง

กรณี mild head injury ที่แพทย์ให้กลับบ้านและสังเกตอาการด้วยตนเองหรือผู้ดูแล พยาบาลจะแนะนำการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลทันที การดูแลบาดแผล และให้บัตรคำแนะนำกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล

4.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1)พัฒนาการเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างส่งต่อให้ครอบคลุม
- 2)ประชาสัมพันธ์และรณรงค์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เพื่อให้ผู้ได้รับบาดเจ็บ ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง รวดเร็ว ปลอดภัย
- 3)เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยการอบรมเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติ
- 4)ลดระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่เกินศักยภาพในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ป่วยได้รวดเร็วยิ่งขึ้น

CQI :การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยStroke

1.หลักการและเหตุผล

จากการทบทวนการดูแลผู้ป่วยพบว่า มีผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการล่าช้า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มาหลังจาก Onset Time มากกว่า 4.5ชั่วโมง(นับรวมเวลาที่ถึง รพ.สปส.) ทำให้ไม่สามารถเข้าระบบ Stroke fast track ได้ ซึ่งพบปัญหาว่าผู้ป่วยมารับบริการล่าช้า เนื่องจากผู้ป่วยไม่รู้อาการแสดงที่จะต้องมาโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมาไม่ทันเวลา จึงทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการที่จะได้รับยาขยายหลอดเลือด ส่งผลให้เกิดความพิการตามมาและอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลจึงได้มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพมากขึ้น

2.เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้ชุมชนมีความรู้เรื่องหลอดเลือดสมอง (Stroke) และตระหนักถึงความสำคัญเพื่อเข้ารักษาให้ทันตามระยะเวลา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้เข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่ง่ายขึ้น และรวดเร็วและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 4.5 ชั่วโมง
3. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการฟื้นฟูและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

3.กิจกรรมการพัฒนา (Process Improvement)

1. จัดทำมาตรฐานการป้องกันและดูแลผู้ป่วย Stroke ให้ครอบคลุมทั้งเครือข่าย
2. จัดทำสื่อป้ายโมเดลประชาสัมพันธ์เพื่อความเข้าใจอาการสำคัญของโรคที่เข้าใจง่ายขึ้นตามที่สาธารณะ โรงพยาบาล และ รพ.สต.ทุกแห่ง
3. พัฒนาระบบการคัดกรอง โดยมีแนวทางการซักประวัติผู้ป่วยตามแบบฟอร์มการคัดกรอง Stroke โดยพยาบาลวิชาชีพ

4. พัฒนาระบบ EMS โดยการประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สายด่วน 1669 เมื่อเกิดอาการฉุกเฉินดังกล่าวและให้ความรู้กับบุคลากรเช่น เจ้าหน้าที่กู้ชีพชุมชน และ อสม. ประสานการคัดกรองกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM, HT, AF ที่มีคลินิกในโรงพยาบาลและใน รพ.สต. เพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติอย่างครอบคลุมทุกสัปดาห์ จัดทำนามบัตรอาการแสดงของโรค/เบอร์โทรติดต่อ EMS จัดทำ CD ทำเสียงตามสายประสานงานไปยังผู้นำหมู่บ้านให้เปิดเสียงตามสายตอนเช้าของทุกวัน
5. พัฒนาความรู้ สมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับทั้งใน รพ.สต. และ รพ. โดยการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับ โรค Stroke รวมทั้งส่งบุคลากรเข้าร่วมอบรมที่ รพ.แม่ข่าย
6. มีการประกันเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอน
7. มีระบบ Fast Track ในการดูแลผู้ป่วย Stroke จาก รพ.สต.ถึง รพ. และจาก รพช.ถึง รพ.แม่ข่าย โดยมีการ Consult Case ผ่านระบบ Line และโทรศัพท์
8. มีการเตรียมอุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ต่าง ๆ ให้พร้อมใช้ในหน่วยงานและบนรถส่งต่อ
9. มีการทบทวนในการดูแลผู้ป่วย Stroke ทุกราย เพื่อนำมาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น
10. ผู้ป่วย Stroke ที่ส่งกลับจาก รพ.แม่ข่าย ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยทีม COC
11. จัดทำแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke)เพื่อง่ายต่อการติดตามข้อมูลผู้ป่วย

4.ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (Performance)

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเข้ารับบริการทันเวลาที่กำหนด (Fast Track) ร้อยละ 34.04
2. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Fast Track) ได้รับการส่งต่อภายในเวลา 30 นาที ร้อยละ 100

บทเรียนที่ได้รับ

การประชาสัมพันธ์เชิงรุกและการให้ความรู้เรื่องโรค การทำนามบัตรและการใช้สื่อเสียงตามสาย ทำให้ประชาชนสามารถประเมินอาการเบื้องต้นและรีบเข้าการรักษาได้อย่างรวดเร็วแต่การนำส่งโดยระบบ EMS ยังน้อยมากเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรถยนต์ส่วนตัวซึ่งสะดวกต่อการมารับบริการได้ง่ายกว่า แต่โดยความเป็นจริงแล้วต้องการให้ผู้ป่วยที่เข้าข่ายโรคหลอดเลือดสมองได้รับการนำส่งโดย EMS เพื่อการดูแลที่ดีกว่า ทั้งนี้ต้องเน้นการเพิ่มการประชาสัมพันธ์ผ่านคลินิกโรคเรื้อรังที่มากขึ้น ประชาสัมพันธ์ซ้ำๆทุกสัปดาห์เพื่อให้เกิดการจดจำและเกิดการพึงระวังต่อโรคได้มากขึ้นจากการเก็บข้อมูลโดยแบบฟอร์มทำให้ได้เวลาในการนำส่งได้ถูกต้องแม่นยำ 100%

6.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- 1.มีการประชาสัมพันธ์การเลือกใช้ระบบ EMS 1669
- 2.มีการออกหน่วยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อาการ อาการแสดงที่ควรมารพ.ทันที
- 3.ร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง รวมถึงการเข้าถึงบริการ

เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Severe Sepsis และ Septic shock

1.ปัญหาและโอกาสพัฒนา

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นเป็นโรงพยาบาลขนาด30เตียงไม่มีอายุรแพทย์ จากสถิติการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ 3 ปีย้อนหลัง (ปี 2560-2562) พบผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ปี 2560-2562 และ 2559มี 48ราย, 50 ราย และ40 ราย ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงพบมากในผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังเดิม โดยเฉพาะในกลุ่ม

เบาหวาน และกลุ่มไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่จะมาจากภาวะปอดอักเสบ (Pneumonia), ภาวะติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (UTI) , ติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร (AGE) ตามลำดับพบ การส่งผู้ป่วย Septic shock ไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลจังหวัด ตั้งแต่ปี 2557-2559 จำนวน 17 ราย, 10 ราย, 21 ราย ตามลำดับ จากการทบทวนเวชระเบียนพบปัญหาการรักษาที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษา ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและการรักษาล่าช้า การประเมินและเฝ้าระวังติดตามดูแลยังไม่เหมาะสม ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากบุคลากรขาดความรู้และทักษะ รวมทั้งการสื่อสารแนวทางปฏิบัติ CPG sepsis ที่ทีมนำด้านการดูแลผู้ป่วยกำหนด ยังไม่ถึงผู้ปฏิบัติอย่างแท้จริง ได้พัฒนามาตรฐานการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะ Septic shock เริ่มด้วยการรักษาแบบ early goal directed therapy ซึ่งเน้นการวินิจฉัยอย่างรวดเร็ว การให้ยาปฏิชีวนะอย่างครอบคลุมและเหมาะสม การให้สารน้ำที่เหมาะสม ทันทีที่ก่อเกิดภาวะ multiple organ dysfunction และท้ายที่สุดคือ การปรับระบบ hemodynamic ให้คงที่อย่างรวดเร็วภายใน 6 ชม. โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและคุณภาพของผู้ป่วย

2.วัตถุประสงค์

- 1.ลดอัตราการเสียชีวิตจาก Severe Sepsis และ Septic shock
- 2.ผู้ป่วยวินิจฉัย Severe Sepsis และ Septic shock ได้รับการรักษาทันเวลา
- 3.อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง

3.กระบวนการ

- 1.สร้างทีมและทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย Sepsis/Septic shock
- 2.ส่งบุคลากรโรงพยาบาลเข้าร่วมทีม Service plan ของจังหวัดในการดูแลผู้ป่วย Sepsis
- 3.จัดทำแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย
- 4.พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ โดยเพิ่มศักยภาพของบุคลากร ในการคัดกรอง (Triage) ผู้ป่วย Sepsis เบื้องต้น
- 5.นำ SIRS score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่สงสัยมีภาวะ Sepsis
- 6.กำหนดระยะเวลาตรวจ Lab เพื่อการวินิจฉัย Sepsis ในการส่งตรวจ investigate ที่เหมาะสมและหาสาเหตุได้ทันเวลาตามแนวทางที่กำหนดภายใน 20 นาที
- 7.กำหนดระยะเวลาในการได้รับยา IV ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังแพทย์วินิจฉัย
- 8.มีระบบการเฝ้าระวังและติดตามอาการผู้ป่วย Sepsis โดยใช้ sos score ในการประเมินทุก 1-2 ชั่วโมงและป้องกันการเกิดภาวะ Severe sepsis /Septic shock ให้เร็วขึ้นเพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมและทันเวลา
- 9.พัฒนา Care map ทางโรงพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย Sepsis
- 10.เน้นบุคลากรปฏิบัติตามแนวทาง IC เพื่อป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลต่อเนื่อง
- 11.มีการทบทวน case การดูแลผู้ป่วย Sepsis ทุกครั้งร่วมกับ ทีม สหวิชาชีพ ทุก 3 เดือน
- 12.นำเสนอข้อมูลที่พบปัญหาให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในหน่วยงานได้รับทราบ และหาแนวทางการแก้ไข
- 13.พัฒนาเครือข่ายรพ.สต., อสม., เจ้าหน้าที่กู้ชีพ ซึ่งพบมากกว่าครึ่งของกลุ่มผู้ป่วยSeptic shockมาที่ ERแล้วได้refer โดยการให้ความรู้และนำส่งผู้ป่วยให้เร็วที่สุด

4.ผลลัพธ์

- 1.อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาลจากภาวะ Severe Sepsis <30 %
- 2.อัตราผู้ป่วยได้รับ IV antibiotic ภายใน 1 ชั่วโมง >ร้อยละ 80
- 3.อัตราการเกิด Septic shock/Severe sepsis ระหว่าง Admitted < ร้อยละ 10
- 4.อัตราการ Unplanned Refer ในผู้ป่วย Severe Sepsis < ร้อยละ 10

ผลการดำเนินงาน :

จากการดำเนินงานในช่วง 3 เดือนแรก เดือน ตุลาคม 2560 ถึงธันวาคม 2560จำนวนผู้ป่วย Sepsis ทั้งหมด 12 ราย และเกิดภาวะ Severe sepsis มีแนวโน้มลดลง เมื่อเทียบกับปี 2560 และยังพบจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตจากภาวะ severe sepsis จำนวน 1 ราย และข้อมูลอื่นๆ ดังต่อไปนี้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2560	2561	2562	2563
1	อุบัติการณ์เสียชีวิตจากSeptic shock	0	2	1	0	2
2	อุบัติการณ์การเกิดseptic shockระหว่างadmit unplan refer	<15%	10.24	10	9	11.11
3	ผู้ป่วยได้รับIV antibioticภายใน 1ชม.	100%	88.25	95.83	96.29	100
4	ประเมินความเพียงพอของสารน้ำ	>80%	50	60	88	100

บทเรียนที่ได้รับ

จากการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Sepsis เพื่อป้องกันภาวะ Severe Sepsis นั้น ส่งผลให้ผู้มารับบริการปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนลดน้อยลง ลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้ แต่จากการพัฒนาที่ผ่านมา พบว่า แม้จะมีแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน แต่ในการ Implement แนวทางปฏิบัตินั้น เป็นสิ่งที่ยากยิ่งกว่า เพราะบุคลากรยังมีความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติที่แตกต่างกัน เพราะฉะนั้น การ monitor ติดตามต่อเนื่องและมีการประเมินผลแนวทางปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้บุคลากรเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้ง่ายเหมือนงานประจำ เพื่อให้ผู้รับบริการปลอดภัย และลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยได้

แผนพัฒนาในปี 2562

1. ออกแบบระบบการประเมิน SIRs Score ในเวชระเบียน เพื่อให้บุคลากรเข้าถึงการประเมินได้ง่าย
2. ปรับระบบการให้ยา IV antibiotic ทันทีที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
3. ติดตามการ Monitor ผู้ป่วย Sepsis อย่างใกล้ชิดโดยใช้ MEWs ในการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะ Severe sepsis ขณะ Admitted
4. พัฒนาการติดตามและการรายงานผลการเพาะเชื้อในทันทีเพื่อให้ได้ยา IV antibiotic ให้ครอบคลุมเชื้อ

CQI :การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย

1.ปัญหา/โอกาสพัฒนา

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกรวมเฉลี่ย 214 คน/วัน มีหน่วยบริการที่รองรับผู้ป่วยหลายหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยที่มารับบริการต้องมาทำประวัติลงทะเบียนบริการที่ห้องบัตรทุกราย ระบบเดิมที่เคยใช้เมื่อลงทะเบียนห้องบัตรแล้ว ผู้ป่วยจะไปยังจุดบริการโดยจุดบริการจะทำการคัดกรองผู้ป่วยเอง ซึ่งแต่ละจุดจะพบปัญหาเมื่อผู้มารับบริการสัญญาณชีพที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ได้รับการประเมินล่าช้าหรือจุดบริการอยู่ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยแผนกผู้ป่วยนอก อยู่ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประมาณ 20 เมตร แผนกNCD อยู่ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประมาณ 50 เมตร แผนกกายภาพบำบัดอยู่ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประมาณ 50 เมตร แผนกทันตกรรม อยู่ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประมาณ 50 เมตร แผนก PCU อยู่ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประมาณ 50 เมตร และแผนกแพทย์แผนไทย อยู่

ห่างจากห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ประมาณ 300 เมตร เมื่อพบปัญหาเบื้องต้นดังกล่าว จึงมีแนวทางในการตั้งจุด Triage เพื่อคัดกรองผู้มารับบริการ โดยให้ผู้รับบริการได้รับการประเมินอย่างรวดเร็วสามารถเข้าถึงผู้รับบริการและช่วยเหลือได้ทันเวลา และสามารถคัดแยกไปยังจุดบริการต่างๆได้อย่างถูกต้อง

2.เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด

1. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคัดแยก/คัดกรอง > 95 %
2. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการคัดแยก/คัดกรอง ถูกต้องตามลำดับความรุนแรง
3. ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในการให้บริการของจุดคัดกรอง > 90 %
4. ผู้ให้บริการทุกหน่วยงานมีความพึงพอใจในจุดคัดกรอง/คัดแยก > 95%

3.กิจกรรมการพัฒนา (Process Improvement)

1. ประชุมทุกหน่วยบริการร่วมแลกเปลี่ยน ปัญหาและอุปสรรคในการให้บริการ
2. ทุกหน่วยบริการร่วมประชุมจัดวางแนวทางการคัดแยก เกณฑ์คัดกรองไปยังหน่วยบริการ
3. นำแนวทางการคัดกรอง/คัดแยก ไปสู่การปฏิบัติ เริ่มวันที่ 1 ตุลาคม 2562
4. สสำรวจความพึงพอใจของผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่แต่ละหน่วยบริการ

4.แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

- ทำความเข้าใจแนวทางปฏิบัติกับพยาบาลในหน่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินทุกคน เพราะทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการคัดกรอง/คัดแยกผู้มารับบริการได้ถูกต้อง แม่นยำ 100%

CQI: เรื่องการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

1.ที่มาและความสำคัญ

โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้นจัดให้มีระบบ EMS การออกให้บริการจะมีเฉพาะพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลทั้งอำเภอยกเว้น ตำบลโนนสว่างและให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุเป็นหลักการจัดบริการ มีตลอด 24 ชั่วโมง เรามีบุคลากรเพิ่มมากขึ้นมีโรงพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงมีเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์จึงได้เริ่มจัดบริการระบบ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง

2.ปัญหาจากการทบทวนผลการปฏิบัติการฉุกเฉินในปีงบประมาณ

2561พบว่าการทำงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินพบปัญหาในการดำเนินการดังนี้

- 1.ในการปฏิบัติการพื้นที่ปฏิบัติการที่ห่างไกลทุรกันดารหรือระยะทางมากกว่า 10 กม. Response Time มีมากกว่า 10 นาทีโดยเฉลี่ยใช้เวลา 14.37 นาที (ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน, 2557)
2. การประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุมประชาชนทั่วไปรวมทั้งหน่วยงานทุกภาคส่วนในเครือข่าย การดำเนินงานในเขตพื้นที่ยังขาดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
3. บุคลากรในทีมกู้ชีพยังขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน
4. ประชาชนยังขาดความรู้ในปฐมพยาบาลการช่วยฟื้นคืนชีพและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน
5. การดำเนินงานด้านอุบัติเหตุหมู่และสาธารณภัยของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่มีระบบที่ชัดเจนและขาดการบูรณาการร่วมกัน

3.กิจกรรมการพัฒนา

- 3.1. การประชาสัมพันธ์ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

- ป้ายประชาสัมพันธ์เรียกใช้บริการหมายเลข ๑๖๖๙

- นามบัตรประชาสัมพันธ์ระบบ EMS และ ๑๖๖๙ ติดที่สมุดผู้ป่วยเรือร่งและผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่รับที่รพ.กุดข้าวปุ้น

- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อสม. กลุ่มผู้นำชุมชนช่วยกันประชาสัมพันธ์และออกไปร่วมประชาสัมพันธ์ระบบ EMS

3.2. การพัฒนาผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเพื่อคุณภาพการปฏิบัติการฉุกเฉินโดยส่งเจ้าหน้าที่อบรมหลักสูตรด้านการแพทย์ฉุกเฉินเช่น

- พยาบาลดูแลผู้ป่วยวิกฤต(ENP) และ ACLS

- อบรมการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงทุกปี
- การช่วยชีวิตผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล
- ผู้ควบคุมมาตรฐานการกู้ชีพกู้ภัยและดับเพลิง
- อบรมฟื้นฟูกู้ชีพทุกปี

3.3. การป้องกันส่งเสริมสุขภาพกรณีฉุกเฉินโดยการออกหน่วยร่วมจัดกิจกรรมเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนในวันสำคัญต่างๆซึ่งมีการให้ความรู้และการปฏิบัติทักษะดังต่อไปนี้

- การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน
- การปฐมพยาบาล
- การสังเกตภาวะฉุกเฉินและการปฐมพยาบาลผู้ป่วย stroke, MI
- การโทรขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน

3.4. ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการซักซ้อมแผนอุบัติเหตุมุและสาธารณภัย

- การซ้อมแผนอุบัติเหตุมุร่วมกับ ตำรวจ หน่วยกู้ชีพระดับตำบล อบต. การไฟฟ้า อบต. เทศบาล ในอำเภอ กุดข้าวปุ้น

4. ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง

1.ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยผ่านหมายเลข 1669

2.เจ้าหน้าที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินได้รับการพัฒนาเพิ่มองค์ความรู้ใหม่ด้านการแพทย์ฉุกเฉินครบ100^๐

3.ประชาชนมีความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้น

4.มีรูปแบบขั้นตอนการประสานงานการตอบโต้สาธารณภัยและอุบัติเหตุมุที่รวดเร็วและเป็นแบบแผนเดียวกันในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยใช้ระบบ ICS

5. บทเรียนที่ได้รับ

5.1. มีหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินในรูปแบบ NGO ที่มีความเสียสละและอุดมการณ์ในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการช่วยชีวิตที่รวดเร็วยิ่งขึ้น

5.2 การประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการ EMS ได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงและเท่าเทียม

5.3 การพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉินยังคงเป็นเรื่องที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทันต่อเหตุการณ์ความเปลี่ยนแปลง

4.1 การพัฒนางานที่อยู่ระหว่างการดำเนินงาน

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1. พัฒนาระบบมีระบบการประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้การบริการที่รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย	1. การจัดทำแบบประเมินผู้ป่วยมาใช้ในการแยกประเภทผู้ป่วย 2. มีแนวทางการประเมินการใช้แบบประเมินผู้ป่วย 3. มีการนำอุบัติการณ์เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยมาทบทวน	- ผู้ป่วยรับบริการผิดจุดลดลง - มีการใช้แบบประเมินผู้ป่วยร้อยละ 100
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ได้มาตรฐาน	1. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 2. มีการประชุมวิชาการแก่เจ้าหน้าที่ เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต	- ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเข้ามาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤตใน 4 นาที คิดเป็นร้อยละ 100
3. พัฒนาระบบการส่งต่อที่ได้มาตรฐาน	1. มีแนวทางและเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วย 2. มีมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ	- ประสิทธิภาพในการดูแลขณะส่งต่อผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

1. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

แผน/แนวทางการดำเนินงาน	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา (ต.ค 61-ก.ย.62)
1. การพัฒนาระบบสารสนเทศ - การบันทึกเวชระเบียนในผู้ป่วยโรคต่างๆตามแนวทางการดูแล - การปรับปรุงแบบบันทึกทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับบริบทของงานและกลุ่มโรค - อบรมฟื้นฟูความรู้และทักษะการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้และการบันทึกทางการแพทย์	- ร้อยละความสมบูรณ์ของเวชระเบียน - ร้อยละการปฏิบัติตาม Clinical Practice Guideline - ร้อยละการปฏิบัติตาม Nursing Clinical Practice Guideline - ร้อยละผลการประเมินการนำกระบวนการมาใช้และการบันทึกทางการแพทย์	ต.ค 61-ก.ย.62
2. การประกันคุณภาพบริการการพยาบาลและการผดุงครรภ์ - อบรมการประกันคุณภาพการพยาบาล - การประเมินตนเอง - พัฒนาระบบงานที่เป็นปัญหา	ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 3 ทุกข้อ	ต.ค 61-ก.ย.62

6. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (12 กิจกรรม)

1. การดูแลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน

โดยมีการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย การบริหารจัดการให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย การเฝ้าระวังติดตามอาการเปลี่ยนแปลง และการช่วยเหลือฉุกเฉิน

ประเด็นสำคัญที่นำมาวิเคราะห์

1. ขาดการทบทวนแนวทางการปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง
2. การระบบการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง
3. ขาดการทบทวนแนวทางรักษาในผู้ป่วย Acute MI

การแก้ปัญหาและปรับปรุงระบบ

1. ปรึกษาทิพย์แพทย์ , ทีมการพยาบาล เพื่อหาแนวทางในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงที่ถูกต้อง
2. เสนอแนวทางการจัดทำคู่มือการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ให้เป็นระบบเดียวกัน
3. จัดอบรมโครงการช่วยฟื้นคืนชีพให้กับเจ้าหน้าที่การพยาบาลทุกระดับ

2. การทบทวนผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

ทบทวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีประวัติสลบ ใน ER เนื่องจากมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการแย่ลง จากการทบทวนผู้ป่วยได้รับการดูแลนานเกินไปในหน่วยงาน และถูกประเมินว่าจัดการได้ล่าช้า ความรู้ และทักษะของเจ้าหน้าที่แตกต่างกัน ไม่มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ชัดเจน

ประเด็นสำคัญที่นำมาวิเคราะห์

1. การซักประวัติอุบัติเหตุ เพื่อทราบกลไกของอุบัติเหตุ เช่น ถูกกระแทก , ไม่มีบาดแผล อาจทำให้มีการบาดเจ็บของอวัยวะภายในได้
2. การซักประวัติปวดท้องไม่หาย
3. เป็นลม ให้นึกถึงปัญหา Bleeding
4. สัญญาณชีพตัวที่บ่งภาวะ Shock ได้ดีที่สุที่สุดคือชีพจร > 100 ครั้ง/นาที
5. การประเมิน GCS

การแก้ปัญหาและปรับปรุงระบบ

1. ประชุมปรึกษาหารือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. ควรมีแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน
3. ควรมีการวางแผนให้การรักษาผู้ป่วยที่ภาวะ Shock อย่างถูกต้องและรวดเร็ว
4. มีแนวทางแก้ไขและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะ Shock
5. มีระบบติดตามความคืบหน้าของอาการผู้ป่วยหลังจากที่ส่งต่อผู้ป่วยและนำมาวิเคราะห์
6. ปรับปรุงเวชระเบียน ใบประเมินสมรรถนะในการขอข้อมูลผู้ป่วย รับทราบปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมไม่ซ้ำซ้อน เพื่อให้การดูแลและวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
7. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีความครบถ้วนมากขึ้น เพื่อสามารถสื่อสาร การดูแลรักษาต่อเนื่องได้อย่างมีคุณภาพ
8. ได้พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ให้เหมาะกับคุณลักษณะประจำตำแหน่ง
9. มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มีภาวะ Shock , วัฏปฏิบัติในงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การรักษผู้ป่วยได้มาตรฐานเดียว

3. การทบทวนการส่งต่อ

ในรอบ 1 ปี หน่วยงานอุบัติเหตุ – ฉุกเฉิน มีการส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมดส่วนใหญ่สาเหตุการส่งต่อคือ เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลที่จะให้การรักษาได้ ไม่มีเครื่องมือ เครื่องใช้ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ และขาดบุคลากรสาขาดังกล่าว

ประเด็นสำคัญที่นำมาวิเคราะห์

1. การประเมินผู้ป่วยแรกรับ
2. การดูแลผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ขณะส่งต่อ
3. การติดต่อประสานงาน

การแก้ปัญหาและปรับปรุงระบบ

1. จัดทำคู่มือในเรื่องการดูแลผู้ป่วยบนรถพยาบาล , การประเมินความพร้อมของผู้ป่วยในการส่งต่อ
2. อบรมให้ความรู้กับพยาบาลผู้ทำหน้าที่ให้การพยาบาลบนรถพยาบาล
3. ทบทวนพยาบาลในหน่วยงานในเรื่องการให้การปฐมพยาบาลก่อนการส่งต่อให้ครบถ้วน โดยเฉพาะในเรื่องการห้ามเลือด , การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ . การตามกระตุก และการให้ออกซิเจนอย่างถูกต้องเหมาะสม

4. มีการประเมินถึงคุณภาพความเหมาะสมของการส่งต่อ
5. จัดทำแบบประเมินการเตรียมความพร้อมในการส่งต่อ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อ
6. ใช้ใบประเมินความเหมาะสมของการดูแลรักษาก่อนส่ง ระหว่างส่ง และนำข้อมูลมาพัฒนาปรับปรุงในทีม
7. ปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ มีแบบบันทึกการดูแล เพื่อสื่อสารข้อมูล(ป่วยให้โรงพยาบาลรับส่งต่อทราบ
8. ทบทวนกิจกรรมการส่งต่อ เพื่อปรับปรุงระบบบริการให้ดีขึ้น
9. นำอุบัติการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมมาปรับปรุงพัฒนาระบบ

4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญการ

มีแนวทางปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ โดยพยาบาลซึ่งได้รับการควบคุมกำกับโดยแพทย์เวรในช่วงเวลานั้น มี Standing Order ในการใช้ทำการรักษาผู้ป่วย และแพทย์ผู้รับผิดชอบทบทวนการรักษาและประเมินผลการรักษาเป็นรายๆ

การวิเคราะห์การทบทวน

1. การบันทึกเวชระเบียน
2. อาการสำคัญ
3. อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน
4. สัญญาณชีพ
5. การตรวจร่างกาย
6. การประเมินผู้ป่วย
7. การดูแลรักษาพยาบาล

สรุปผลการทบทวน

1. การใช้ยาปฏิชีวนะไม่เหมาะสม
2. การตรวจร่างกายไม่ครอบคลุม
3. การซักประวัติไม่ครอบคลุม
4. การรักษาไม่สอดคล้องกับCondition
5. การประเมินผู้ป่วยหลังให้การรักษา
- 6.การให้คำแนะนำผู้ป่วยก่อนกลับบ้านยังไม่ครบถ้วน
- 7.การนัดF/U

การแก้ปัญหาและปรับปรุงระบบ

1. ประชุมปรึกษาหารือเจ้าหน้าที่
2. ประสานองค์กรแพทย์เพื่อให้แพทย์พิจารณา หาโอกาสทบทวนการตรวจรักษาโดยไม่ใช้แพทย์ให้เร็วที่สุด และลงนามยืนยันการตรวจรักษาที่ยอมรับได้
3. หาแนวทางแก้ไข ข้อผิดพลาด และบกพร่องที่ควรปรับปรุงแก้ไข
4. นำผลการทบทวนมาพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ให้เพิ่มมากขึ้น
5. มีการจัดทำ Standing Order เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรักษา
6. ติดตามเครื่องชี้วัดให้มีการทบทวน โดยผู้ชำนาญการ มากกว่า 80 %

5. การทบทวนคำร้องเรียน

สำหรับข้อร้องเรียนของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ส่วนใหญ่เป็นข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ ได้นำเหตุการณ์ที่เกิดข้อร้องเรียนมาทบทวน และหาแนวทางป้องกัน และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการให้ดีขึ้น อื่นๆ เช่น เติยงน้อยรอฉีดยานาน ไม่เรียงตามคิว ได้นำมาทบทวน เกิดเป็นระบบการคัดกรองผู้ป่วยแต่ละประเภท และมีหมายเลขชัดเจน มีป้ายบอกประเภทผู้ป่วย

1,2,3,4,5 เช่นผู้ป่วยวิกฤติ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยรอการส่งต่อ ผู้ป่วยรอผลตรวจเลือด X-ray โดยมีการแจ้งผู้ป่วยและญาติในทุกขั้นตอนของการให้บริการ

6. การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล

สำหรับการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในหน่วยงานมีระบบรายงานการติดเชื้อในโรงพยาบาล ให้กับทีม IC ทุกเดือน ทั้งจากเจ้าหน้าที่ถึงผู้ป่วยและจากผู้ป่วยสู่เจ้าหน้าที่ เช่นในกรณีถูกเข็มทิ่มตำ มีการรายงานอุบัติการณ์ไปยังทีมความเสี่ยง และทีม IC ตามแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้

7. การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา / ผลไม่พึงประสงค์จากยา

มีระบบการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยแพ้ยา ได้นำเหตุการณ์มาทบทวนและมีการวางระบบการซักประวัติการแพ้ยาทุกครั้งที่มา รพ. และยืนยันการแพ้ยาโดยตัวผู้ป่วยหรือบัตรแพ้ยาจาก รพ. หรือสถานพยาบาล มีการติดป้ายแจ้งการแพ้ยาแก่เจ้าหน้าที่

8. การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ / เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

ทบทวนเหตุการณ์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ นำเหตุการณ์สำคัญระดับ E-I มาหารากเหง้าของปัญหาแล้วนำมาเป็นระบบการดูแลผู้ป่วย

ตัวอย่าง ผู้ป่วยอาการทรุดลงและเสียชีวิตที่ ER

ประเด็นสำคัญที่นำมาวิเคราะห์

1. การซักประวัติที่ครอบคลุม ระยะเวลาที่แท้จริง
2. การประเมินผู้ป่วยสัญญาณชีพ อาการและอาการแสดง
3. การประเมิน GCS
4. การเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน

การแก้ปัญหาและปรับปรุงระบบ

1. ประชุมปรึกษาหารือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
2. ควรมีแนวทางในการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ปรับปรุงเวชระเบียน ใบประเมินสมรรถนะในการขอข้อมูลผู้ป่วย รับทราบปัญหาผู้ป่วยได้ครอบคลุมไม่ซ้ำซ้อน เพื่อให้การดูแลและวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยมีความครบถ้วนมากขึ้น เพื่อสามารถสื่อสาร การดูแลรักษาต่อเนื่องได้อย่างมีคุณภาพ
5. ได้พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ให้เหมาะกับคุณลักษณะประจำตำแหน่ง
6. มีการกำหนดระยะเวลาในการสังเกตอาการผู้ป่วยที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

9. การทบทวนเวชระเบียน

งานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีการบันทึกเวชระเบียนในระบบคอมพิวเตอร์ และมีบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ในผู้ป่วยที่เป็นประเภท 1 -3

10. การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ

ด้านข้อมูลวิชาการมีการอบรมวิชาการ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพในเจ้าหน้าที่ 100 % ทุกปีมีการประชุมวิชาการในเรื่องที่อื่นๆที่น่าสนใจ

11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร

มีการทบทวนการใช้ยา Antibiotic ในโครงการ Antibiotics Smart Use มีระบบการตรวจสอบการใช้ยาโดยเภสัชกร

12. การทบทวนตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่สำคัญของงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีทั้งหมด 34 ตัวชี้วัด ครอบคลุมงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน มีการทบทวนตัวชี้วัดในทุก 6 เดือน

