

Service Profile

หน่วยงาน อุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล ปากพั่ง

1. บริบท¹ (Context)

(ก.) หน้าที่และเป้าหมาย

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ประทับใจบริการ

(ข.) ขอบเขตการให้บริการ สักยภาพ ข้อจำกัด

ขอบเขตการให้บริการ : ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน บริการรถพยาบาลฉุกเฉิน (EMS) บริการผู้ป่วยนอกเวลาและบริการส่งต่อ ตลอด 24 ชั่วโมง

ศักยภาพ : แพทย์ประจำแผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน ตลอด 24 ชั่วโมง

: พยาบาลวิชาชีพ 11 คน (พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 คน)

: เจ้าหน้าที่งาน เวชกิจฉุกเฉิน 2 คน

ข้อจำกัด : ไม่มีแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ฉุกเฉิน

(ค.) ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)ฯ

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
แพทย์	-ต้องการให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เพียงพอ พร้อมใช้ เช่น เครื่อง Defibrillator, Monitor EKG , O2 Sat ,Suction -เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต -ทีมการพยาบาลประเมินคัดกรองผู้ป่วย รายงานอาการ อำนวยความสะดวกในการดูแลรักษาผู้ป่วยและมีการประสานงานถูกต้อง
OPD	-มีการประสานงานที่ดีในกรณีที่จะส่งผู้ป่วยมารับการรักษาที่ er -จำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง
ผู้ป่วยใน	-Admit ผู้ป่วยให้ตรงตามข้อบ่งชี้ของตึกผู้ป่วย -ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสมก่อนส่งเข้าตึก -มีการประสานงานให้ตึกเตรียมความพร้อมในกรณีที่มีการส่งผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติเข้าไปในตึก และมีการบันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง
หน่วยจ่ายกลาง	-Check Stock เครื่องมือก่อนส่งเบิกให้ตรงเวลาทุกครั้ง -แยกของมีคม ขยะติดเชื้อ แยกผ้าสะอาดกับผ้าสกปรก ถูกต้อง -ไม่มีเครื่องมือ re - sterile

¹ เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

ฝ่าย / หน่วยงาน	ความต้องการ
ห้องบัตร	-ให้มีการตรวจสอบสิทธิบัตรทุกราย โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่ ผู้ป่วยสิทธิจ่ายตรงให้ตรวจสอบการลงทะเบียนจ่ายตรง -กรณีตรวจสอบสิทธิบัตรไม่ได้หรือผู้ป่วยไม่มีสิทธิในการรักษา (เป็นสิทธิว่าง) ให้ผู้ป่วยสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อนและนำไปเสร็จมาเบิก
ชั้นสูตร	-ทีมการพยาบาลมีการเก็บสิ่งส่งตรวจที่ถูกต้องและเพียงพอในการตรวจชั้นสูตรรวมทั้งการเขียนใบนำส่งและการเก็บ Specimen ถูกต้อง
งานทันต สาธารณสุข	-ต้องการได้รับการติดต่อประสานงานได้รวดเร็ว ถูกต้อง -ได้รับความร่วมมือที่ดีในการปรึกษา หรือส่งต่อผู้ป่วย
งานการเงินการบัญชี	-ให้ส่งเอกสารหลักฐานทางการเงิน ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ ทันเวลาและตรวจสอบก่อนส่งทุกครั้ง
ฝ่ายเภสัชกรรม	-เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ไปในผู้ป่วยแต่ละรายครบถ้วน -มีการจัดเรียงเวชภัณฑ์ ตามระบบ First in – First out สำรตรวจยาใกล้ Exp. ทุกวันที่ 1 ของเดือน - สอบถามประวัติแพ้ยาทุกครั้ง -บริหารยาให้ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตามหลัก 10 R
งานรังสีวินิจฉัย	- มีการประสานงานที่ดี การส่ง X-ray ถูกต้องกับอาการผู้ป่วย - กรณีผู้ป่วยหนักโทรแจ้งก่อนส่งผู้ป่วยไป X-ray และให้มีเจ้าหน้าที่ ดูและระหว่างส่ง x - ray - ให้ญาติผู้ป่วยประสานรับ เลข film

ลูกค้าภายนอก

ผู้รับบริการ	-ได้รับการตรวจรักษาที่ รวดเร็ว ปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วยและร่วมวางแผนการรักษา -มีเจ้าหน้าที่รับผู้ป่วยอยู่ด่านหน้าตลอดเวลา กระตือรือร้นเต็มใจบริการ
โรงพยาบาลศูนย์	-ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัย พร้อมใบนำส่ง มีการประสานศูนย์ส่งต่อ -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 -ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างส่งต่อถูกต้อง

(ง.) ประเด็นคุณภาพที่สำคัญของหน่วยงาน

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ผู้รับบริการพึงพอใจ และดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

(จ.) ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ (จุดเน้นในการพัฒนา)

* ความท้าทาย

1. การประเมิน คัดกรองและการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างถูกต้อง รวดเร็ว
2. ประเมินผู้ป่วยที่มาด้วยกลุ่มอาการ ACS .Stroke ได้รวดเร็วและส่งต่อทันเวลา
3. ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้รับการช่วยเหลือด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
4. ผู้ป่วย Multiple trauma ได้รับการรักษาถูกต้องและส่งต่อทันเวลา
5. หน่วยอาสาสมัครฯ ดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งถูกต้อง

ความเสี่ยงสำคัญ

1. การจำแนกประเภทไม่ถูกต้อง
2. ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด/PCI ช้า
3. ระบบ EMS ไม่ครอบคลุมพื้นที่, ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉินมาช้า/ไม่ได้มาด้วยระบบ EMS
4. ผู้ป่วย Mutiple trauma ไม่ได้ได้รับการรักษาตามแนวทางและส่งต่อภายใน 30 นาที
5. หน่วยอาสาสมัครฯ ดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและระหว่างนำส่งโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง

*จุดเน้นในการพัฒนา

ลำดับ	ความเสี่ยง	แนวทางป้องกัน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1.	การจำแนกประเภทผู้ป่วยไม่ถูกต้อง	1.มีแนวทางการจำแนกตาม MOPH TRIAGE 2.ทบทวนแนวทางการจำแนกประเภททุกเดือน 3.มีแนวทางการจำแนกคิดให้เห็นชัดเจน 4. Triage Audit ทุกเดือน 5.Re triage ระหว่างดูแลผู้ป่วย	1.อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง 99.2%
2.	ผู้ป่วย STEMI เข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด /CI ช้า	1 ทบทวนแนวทางการดูแล ผู้ป่วย STEMI ขั้นตอนการให้ยา SK 2. กำหนดหน้าที่ แพทย์ในการให้ข้อมูลการให้ยาละลายลิ่มเลือด พยาบาลเตรียมผู้ป่วยก่อนให้ยาเพื่อลดระยะเวลา 3.มีระบบขอคำปรึกษา อายุรแพทย์และ รพ แม่ข่าย ในการให้ยาละลายลิ่มเลือดหรือ PCI ปี 2564 มีการปรับระบบการขอคำปรึกษาโดยประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อให้ได้รับปรึกษาจากแพทย์ Staff โดยตรงแทนประสาน ccu	Door to needle time 47.8 นาที

		<p>4. มีระบบการดูแลจาก รพ แม่ข่าย ขณะให้ยาละลายลิ่มเลือด และขณะส่งต่อหลังให้ยา หรือรายเตรียมส่ง PCI</p> <p>5. มีระบบให้ข้อมูลการใส่สายสวนหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติในขณะส่งต่อเพื่อความเร็วในการยินยอมก่อนเข้าห้องสวนหัวใจ</p> <p>6. มีระบบ register ประวัติผู้ป่วยก่อนนำส่งเพื่อความรวดเร็วเมื่อไปถึง รพ มหาราช</p>	
3.	ระบบ ems ไม่ครอบคลุมพื้นที่	<p>-ประสาน อบต ในการจัด อาสากู้ชีพมูลนิธิเข้าให้บริการ ems ในแต่ละพื้นที่โดยเซ็น MOU</p> <p>-ประสาน อบต ที่พร้อมในการจัดตั้งหน่วยอาสากู้ชีพ</p> <p>-อบรมอาสากู้ชีพเตรียมพร้อมในการจัดตั้งหน่วย</p>	<p>-หน่วยอาสากู้ชีพเดิม 3 หน่วย</p> <p>-หน่วยอาสากู้ชีพเพิ่มใหม่ 4 หน่วย</p> <p>*หน่วยกู้ชีพทางน้ำ 1 หน่วย</p> <p>*หน่วยอาสามูลนิธิใหม่ 3 หน่วย</p>
4.	ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติไม่ได้มาด้วยระบบ ems	<p>-ประชาสัมพันธ์เชิงรุก หมายเลขแจ้งเหตุ 1669 การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว ให้เข้าถึงการมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>-อบต , รพสต แต่ละพื้นที่ ประชาสัมพันธ์ หมายเลขการแจ้งเหตุ 1669 การออกรับเหตุแก่ประชาชนในพื้นที่</p>	<p>-ผู้ป่วยวิกฤติ ฉุกเฉิน มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 29.90%</p>
5.	ผู้ป่วย Multiple trauma ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางและส่งต่อช้า	<p>-ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยเดียวกันกับ รพ แม่ข่าย</p> <p>-ประชุมชี้แจงในทีม PCT</p> <p>-ประชุม แพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทาง</p> <p>-Audit เวชระเบียนเพื่อหาโอกาสพัฒนา</p>	<p>-ผู้ป่วย Multiple trauma ได้รับการส่งต่อ ภายใน 30 นาที ร้อยละ 0</p>
6.	อาสากู้ชีพดูแลผู้ป่วยระหว่างนำส่งโรงพยาบาลไม่ถูกต้อง	<p>-อบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ แก่อาสา กู้ชีพ 1 ครั้ง/ปี</p> <p>-ประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อโรงพยาบาลทุกราย</p> <p>-ประชุมพัฒนาการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและส่งต่อ ประเด็นข้อผิดพลาดการดูแล แนวทางการพัฒนาแก้ไข</p>	<p>-ผู้ป่วยได้รับการดูแล ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างส่งต่อถูกต้อง ร้อยละ</p>

จุดเน้นในการพัฒนา

1. พัฒนาระบบการคัดกรอง ตาม MOPH ED. TRIAGE
2. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ACS การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือด/PCI
3. พัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

จ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่

1. ด้านร่างกาย มีการตรวจสุขภาพทุกปี พบ เจ้าหน้าที่ที่มีภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง 2 คน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดย ออกกำลังกายและ ควบคุมอาหาร
2. ด้านจิตใจมีการประเมินความสุขในการทำงาน ผลการประเมินพบมีความสุขร้อยละ 74

ประชาชน

1. ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินและเรียกใช้หมายเลข 1669 โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง HT DM โรคหัวใจ
2. อบรมการปฐมพยาบาลให้กับประชาชนทั่วไป อสม ผู้นำชุมชน กลุ่มนักเรียน โรงเรียนมัธยม และ ลูกเรือประมง
3. ดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุในอำเภอลงสู่ตำบลกับผู้นำท้องถิ่นให้ร่วมรณรงค์ ในเรื่อง ง่วง เมาไม่ขับ สวมหมวกนิรภัย สสภาพรถมอเตอร์ไซด์ดี คาดเข็มขัดนิรภัย มีใบขับขี่ ลดความเร็วในทุกช่วงเวลา

สถิติข้อมูลหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

(ราย) รายละเอียด	จำนวน	ปี 2558	2559	25560	2561	2562	2563
จำนวนผู้ป่วย (รวม)		45013	46792	40177	36914	39358	36329
จำนวนผู้ป่วยจำแนกตามความรุนแรง							
-Resuscitate		493	586	805	1054	1085	1064
-Emergent		926	1025	1304	1406	2550	2469
-Urgent		4435	5523	6331	5643	7557	6341
-Ac.illness		10863	12323	4898	1900	2804	3307
-Non- Ac.illness		28324	27335	26839	17720	25362	23148
จำนวนผู้ป่วยแยกตามประเภทการมารับ บริการ		4724	5703	1873	3176	3764	3747
1.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั้งหมด							
2.ผู้ป่วยอุบัติเหตุจราจร		1035	757	757	772	1130	847
3.ผู้ป่วยอุบัติเหตุทั่วไป		3707	4436	1116	2404	2818	2898
4.ผู้ป่วยส่งต่อ		985	1048	807	992	1096	1101
5.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต							
-ในโรงพยาบาล(นับ24ชม.)		40	44	44	43	52	64
-นอกโรงพยาบาล		39	50	50	54	54	29

5 อันดับโรคที่มาห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

ปี 2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
Common cold 2198	Dyspepsia 1460	Dyspepsia 1375	Dizziness 1546	Dizziness 1359
Dyspepsia 1815	Dizziness 1331	Dizziness 1371	Dyspepsia 1446	Dyspepsia 195
Dizziness 1339	Common cold 694	Appendicitis 43	Fever 864	Local infection of skin 1005
Fever 853	Fever 594	Fever 21	Common cold 568	Fever 961
Ac tonsillitis 613	NIDM 245	Gastroenteritis 459	Ac bronchitis 554	NIDM 485

5 อันดับโรคที่ส่งรักษาต่อ

ปี 2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
Fracture 125	Fracture 183	Fracture 127	Fracture 113	Stroke 162
Stroke 92	Stroke 142	Stroke 133	Stroke 231	Fracture 151
Appendicit 43	Appendicitis 60	Appendicitis 101	Appendicitis 89	Respiratory failure 137
Pneumoni 21	MHI 46	Pneumonia 19	Pneumonia 22	HI 83
STEMI 19	Pneumon 33	STEMI 18	MHI 35	Appendicitis 75

5 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

ปี 2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
Cardiac arrest	Unknown cause 9	Cardiac arrest 21	Unknown cause 17	Cardiac arrest 30
Asphyxia 7	Cardiac arrest 7	Ischemic heart disease 4	Cardiac arrest 12	ACS 12
Unknown cause 6	Ischemic heart disease 5	Unknown cause 5	Ischemic heart disease 7	Unknown cause 8
Alterlation of conscious 5	Transport accident 3	Transport accident 4	Transport accident 5	Respiratory failure 7
Asphyxia 2	Asphyxia 2	Unknown cause 3	Hanging 4	Severe head injury 5

5 โรคที่เสียชีวิตนอกโรงพยาบาล

ปี 2559	ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563
ไม่ทราบสาเหตุ 14	จมน้ำ 10	อุบัติเหตุจากรถ 15	อุบัติเหตุจากรถ 15	ไม่ทราบสาเหตุ 13
อุบัติเหตุจากรถ 7	อุบัติเหตุจากรถ 7	ไม่ทราบสาเหตุ 13	โรคประจำตัว 10	ผูกคอ 8
จมน้ำ 5	ไม่ทราบสาเหตุ 14	จมน้ำ 7	ผูกคอ 7	จมน้ำ 4
ผูกคอตาย 5	โรคประจำตัว 7	โรคประจำตัว 5	จมน้ำ 6	ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ 2
ถูกทำร้ายร่างกาย 3	ผูกคอ 5	ผูกคอ 5	ไม่ทราบสาเหตุ 4	อุบัติเหตุจากรถ 1

2. อัตรากำลัง

พยาบาลวิชาชีพ	10 คน
เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	2 คน
พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้	1 คน

การจัดอัตรากำลัง

เวร	RN	EMT-I	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
เช้าวันราชการ	5	1	1
เช้าวันหยุดราชการ	3	1	1/2
เช้าวันหยุดนักขัตฤกษ์	3	1	1/2
บ่าย	3	1	1/2
ดึก	3	-	1/2

การเสริมอัตรากำลัง

ช่วงเทศกาลปีใหม่ สงกรานต์ เสริมอัตรากำลัง พยาบาล 1 คน ในเวรเช้าและเวรบ่าย
กรณีมีเหตุการณ์สำคัญ เช่น อุบัติเหตุหมู่ เรียกเสริมตามแผนรองรับอุบัติเหตุหมู่

3.เทคโนโลยี

มีระบบ LAND , INTERNET

4.เครื่องมือที่สำคัญ

มีการดำเนินการทำแผนจัดหาเครื่องมือและควบคุม ตรวจสอบให้เพียงพอและพร้อมใช้งานทุกเวร
เครื่องมือสำคัญ มีดังนี้ –Defibrillator 2 เครื่อง เครื่องติดตามสัญญาณชีพ 3 เครื่อง EKG 2 เครื่อง
Suction 1 เครื่อง Infusion pump 3 เครื่อง รถพยาบาล 4 คัน

2.กระบวนการสำคัญ (Key Process)

2.1 กระบวนการหลัก

2.1 กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
การรับผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกประเภทตามระดับความรุนแรงของโรคอย่างรวดเร็วและถูกต้องตั้งแต่แรกรับ	1 ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการคัดกรองภายใน 4 นาทีโดยพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 100
1.1 การคัดกรองผู้ป่วย	- ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลโดยมีการเคลื่อนย้ายอย่างถูกต้องเหมาะสม	2. ระยะเวลาการรอคอยแพทย์ตรวจ (Treatment Time)
1.2 การเคลื่อนย้าย	- ผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลโดยทีม EMS	-Emergency 4 นาที
1.3 การจำแนกประเภทผู้ป่วย		-Urgent 20 นาที
1.4 การช่วยเหลือผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ		-Non Urgent 60 นาที
		3. อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง มากกว่าร้อยละ 90

<p>2..การดูแลรักษาพยาบาล โดยทีมสหวิชาชีพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินปัญหาซ้ำ - การช่วยชีวิตฉุกเฉิน - การบรรเทาอาการรบกวน - การทำหัตถการ - การส่ง Investigation - การเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐาน/CPG เฉพาะโรคอย่างเหมาะสม - ผู้ป่วยปลอดภัยจากClinical risk/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น - ทีมบุคลากรให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโดยปฏิบัติตามมาตรฐาน/แนวทางที่หน่วยงานกำหนด - หน่วยงานมีระบบการทบทวนการดูแลผู้ป่วยด้วยแนวคิด C3THER เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วยได้เป็นเฉพาะราย 	<p>3.อุบัติการณ์ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ที่เสียชีวิตในห้องฉุกเฉินที่สามารถป้องกันได้</p> <p>(Preventable death)</p> <p>4.อัตราผู้ป่วยอยู่ห้องฉุกเฉินนานเกิน4 ชั่วโมงในผู้ป่วยกลับบ้าน</p> <p>5.อุบัติการณ์การมาตรวจรักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงด้วยอาการรุนแรงจากสาเหตุไม่รู้วิธีการเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติและการดูแลตนเอง</p> <p>6.อุบัติการณ์ที่เกิดจากการผิดพลาดจากการประเมินความรุนแรงผู้ป่วย</p> <p>7.อุบัติการณ์การให้การพยาบาลผิดพลาด/ผิดคน</p> <p>8.อัตราความพึงพอใจ</p> <p>9.อัตราผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา</p> <p>10.อุบัติการณ์ความล่าช้าในการให้บริการเนื่องจากเครื่องมือไม่พร้อมใช้</p>
<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 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราข้อบกพร่องในการส่งต่อ - อัตราความพึงพอใจ - อัตราผู้ป่วยอยู่ห้องฉุกเฉินนานเกิน 2 ชั่วโมง ในผู้ป่วย admit
<p>4. การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (กลับบ้าน)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเตรียมพร้อมในการจำหน่าย โดยทีมสหวิชาชีพ - ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเองหลังการจำหน่ายได้ถูกต้องเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราการกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 48 ชั่วโมง โดยปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
<p>1.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 	<ul style="list-style-type: none"> -ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลการเจ็บป่วย การรักษา และการดูแลต่อเนื่อง 	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนข้อร้องเรียน/ฟ้องร้อง
<p>3. บันทึกลงทางการพยาบาล</p>	<p>บันทึกทางการพยาบาลใช้ประโยชน์เป็นเครื่องมือสื่อสารในทีมสหวิชาชีพ สามารถสะท้อนคุณภาพทางการพยาบาลได้ เป็นเอกสารอ้างอิงทางกฎหมายได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจในการทำงานร่วมกันเป็นทีม -บุคลากรได้รับการตรวจสอบสุขภาพประจำปี 	<ul style="list-style-type: none"> - อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน -อัตราเจ้าหน้าที่ตรวจสอบสุขภาพประจำปี
<p>4.การส่งเสริมสุขภาพและการสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - การทำงานเป็นทีม -การตรวจสอบสุขภาพ -การป้องกันการติดเชื้อ/บาดเจ็บจากการทำงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันการติดเชื้อ/การบาดเจ็บอย่างถูกต้อง 	<ul style="list-style-type: none"> -ร้อยละของบรรยากาศองค์กรของหน่วยงาน -ร้อยละบุคลากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพ - อุบัติการณ์การติดเชื้อ/ บาดเจ็บจากการทำงานของบุคลากร

3.กิจกรรมทบทวนที่ผ่านมา

การทบทวน 12 กิจกรรม

กิจกรรมทบทวน	วิธีทบทวน/ความถี่/การปรับปรุงระบบที่เกิดขึ้น
1.การทบทวนความคิดเห็น/ข้อร้องเรียน	-พบข้อร้องเรียนในเรื่องการบริการด้วยวาจา ในผู้ป่วยที่มารอทำแผลนอกเวลาราชการ ปรับปรุง โดย ในผู้ป่วยทำแผลทุกราย ให้คำแนะนำในการดูแลบาดแผล การนัด และ เวลาของบริการทำแผล
2.ทบทวนการส่งต่อ ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	-ทบทวนผู้ป่วยส่งต่อ 1110 ราย พบการดูแลผู้ป่วยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 0.72 ในประเด็น การตาม การห้ามเลือด 7 ราย และการประเมินผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ไม่ถูกต้อง 1 ราย ปรับปรุงโดย ก่อนและระหว่างส่งต่อ ให้มีการตรวจสอบ ลักษณะบาดแผลภายนอก หาก การตามไม่ถูกต้อง หรือมีเลือดออกมานอกแผล ให้ทำแผลและตามใหม่/การประเมินการ ผู้ป่วยก่อนส่งต่อ ในผู้ป่วย วิฤติที่สัญญาณชีพไม่คงที่หรือมี โอกาสที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ให้ Resuscitate ผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยก่อนส่ง -ผู้ป่วยไม่รอตรวจ พบเป็นกลุ่มไม่ฉุกเฉินรอตรวจนานเนื่องจากมีผู้ป่วยฉุกเฉินใน หน่วยงาน ปรับ โดยการแจ้งให้ทราบระยะรอคอยหลังจากซักประวัติทุกราย
3.การทบทวนการตรวจการ รักษาโดยผู้ชำนาญกว่า	-แพทย์เวรทบทวนเวชระเบียนที่ตรวจโดยพยาบาลทุกราย พบความคลาดเคลื่อนในการ รักษา ร้อยละ 4.25 การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน ร้อยละ 2.12 -Dyspepsia in pregnancy ให้หลีกเลี่ยงการใช้Alum milk -AGEในเด็ก หลีกเลี่ยงการใช้Deolin ในเด็กเนื่องจากเชื้อแบคทีเรียเจริญเติบโตในลำไส้ นานขึ้น -การวินิจฉัยมาด้วยปวดท้องถ่ายเหลวควรเป็นDiarrhea แทนAGE
4.ทบทวนการใช้ยา	-พบมีการใช้ยา Diclofenac /Ceftriazoneที่แพ้ซ้ำแต่ไม่มีอาการผื่นปกติ เนื่องจาก ไม่ได้ดูประวัติการแพ้ยาใน Hos xp ที่ขึ้น pop up ปรับ โดยต้องดูประวัติการแพ้ยาในคอม พิวเตอร์ทุกครั้งก่อนฉีดDiclofenac/Ceftriazone และยกเลิก stock ยาดังกล่าวในหน่วยงาน -ปี 2563 มีประกาศให้ Diclofenac มีความเสี่ยงสูง จึงให้หีดยาโดยแพทย์ -การให้ยาความเสี่ยงสูงให้มีใบกำกับจากห้องยา
5.ทบทวนการป้องกันการติดเชื้อ	-ในสถานการณ์โรคระบาด COVID 19 มีทบทวนระบบและปรับดังนี้ ผู้ป่วยทางเดินหายใจ ซักประวัติการเจ็บป่วย การเดินทาง ซักประวัติหน้าห้อง บริเวณรักษา จัดบริเวณรอตรวจเป็นจุดรักษา และพ่นยา อุปกรณ์ในการป้องกัน เตรียมพร้อมในห้องและมีภาพประกอบในการแต่งกาย ผู้ป่วยใส่ท่อหายใจใส่แผ่น Filter ทุกราย
6.การทบทวนความเสี่ยง	-พบความเสี่ยงที่พบบ่อย คือ ส่งสิ่งตรวจบกพร่อง/ไม่ครบ ปรับ โดยกำหนดขั้นตอนใน การตรวจสอบตั้งแต่พยาบาลผู้เจาะเลือด ผู้เขียนใบส่งตรวจ ผู้ช่วยเหลือคน ไข้ที่ตรวจ สอบ ชื่อ สกุลและความถูกต้องของ tube ใส่เลือดซ้ำ และตรวจทานสอบกับพยาบาลอีก ครั้งก่อนส่ง ทำให้จำนวนอุบัติการณ์ลดน้อยลง

7/ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	<p>-ทบทวนทุกครั้งเมื่อเกิด เช่น ผู้ป่วยเสียชีวิต พบ ผู้ป่วยกลุ่ม โรคเรื้อรังเสียชีวิตก่อนถึงรพ ด้วยอาการเจ็บ หน้าอก ปรับด้วยการส่งข้อมูลกลับคลินิกเรื้อรังเพื่อให้ความรู้ทางการแพทย์ โรคหัวใจและหลอดเลือดพร้อมแจกเอกสาร</p> <p>-ทบทวน ผู้ป่วย STEMI หลังให้ยา SK 30 นาทีแล้วให้ยาต่อในรพพยาบาล พบขวดยาแวกซ์เกิดฟองซึ่งอาจทำให้ปริมาณยาที่ได้รับไม่ครบ ปรับโดยการให้ยาหมดที่ ER จึงขึ้นรถ refer ปี 2563 ในรายที่ส่งต่อทำ PCI ให้ข้อมูลการใส่สายสวนหัวใจแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อความรวดเร็วในการรับทราบข้อมูลและเซ็นยินยอมที่ รพ มหาราช และมีการประสานเวลาที่ใกล้ถึงเพื่อเตรียมพร้อมเครื่องมือ</p> <p>-ทบทวนการดูแล ผู้ป่วย HT urgency พบผู้ป่วยได้รับยาแล้วมีอาการทรุดลง ปรับปรุงโดยหลัง ให้ยาลดความดันโลหิตให้สังเกตอาการนานอย่างน้อย 2 ชั่วโมงตามแนวทางหากอาการไม่ทุเลาพิจารณา admit</p> <p>-ทบทวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มคลัง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.ประสานตำรวจ มูลนิธิในการนำส่งรพ. 2.เข้ารับรักษาในห้องฉุกเฉินตามแนวทาง เจาะเลือด consult จิตแพทย์รพ.มหาราช ให้ยาดูแลต่อเนื่องและส่งต่อ โดยรถambulance เท่านั้น 3.ไม่ใส่กุญแจมือยกเว้นควบคุมไม่ได้และมีตำรวจอยู่
8.ทบทวนเวชระเบียน	<p>-ทบทวนเวชระเบียน พบ Under และ over triage ปรับ โดยมีการทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตาม MOPH ED TRIAGE ทุกเดือน</p> <p>-พบมีติดตามอาการผู้ป่วยเป็นระยะตามกำหนดและบันทึกทางการแพทย์ 99.7% แต่พบประเด็นที่ต้องพัฒนา ในเรื่องการบันทึกให้ครบทุกกิจกรรม</p>
9.ทบทวนการใช้ข้อมูลทางวิชาการ	<p>-ทบทวนการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ในเรื่องการให้ยา adrenaline วิธีเดิม หลังฉีดยกแขนสูง ปรับเปลี่ยนเป็นไม่ต้องยกแขน แต่ push น้ำตาม 20 ml</p> <p>-ทบทวนการให้ยา adenosine ในผู้ป่วย SVT เดิมให้ยาที่แขนซ้าย เป็นให้แขนขวา โดยใช้ dooble syringe technique เนื่องจากยาจะเข้าหัวใจได้เร็วกว่า</p>
	<p>-ทบทวนการให้ rabies vaccine กรณีผู้ป่วยฉีดนัดให้เลื่อนการฉีดเข็มถัดไปโดยไม่เริ่มฉีดใหม่ และการฉีดเซรุ่มฉีดรอบบาดแผลให้ได้มากที่สุด ยกเลิกการฉีดยาที่เหลือเข้ากล้ามเนื้อ</p>
10.ทบทวนการใช้ทรัพยากร	<p>-การทำไม่ตาม ต้องซื้อไม่ทำไม่ตามทุกปี ได้นำปัญหาเข้าที่ประชุมจังหวัด ปรับให้แต่ละโรงพยาบาลหยิบ ไม่ตามคืนเฉพาะของตนเอง ส่งผลให้ ปี 2562 -2563 มีไม่ตามใช้เพียงพอ</p> <p>-การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลในผู้ป่วยแผลสะอาด</p> <p>-การใช้สำลี gauze เพิ่มเติมจากใน set แบ่งส่วนที่เหลือเก็บใน tray</p>
การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วยขณะดูแลผู้ป่วย	<p>-ทบทวนผู้ป่วยให้ยาละลายลิ่มเลือดมีภาวะแทรกซ้อน arrhythmia , cardiac arrest ปรับโดยเตรียมผู้ป่วย , เครื่องมือ พร้อมทำการช่วยฟื้นคืนชีพ และให้มิพยาบาลตามอาการและสัญญาณชีพผู้ป่วยตลอดเวลา 1-2 คน พบผู้ป่วยมีภาวะ cardiac arrest ขณะ</p>

	<p>ให้ยา streptokinase ปรับเปลี่ยนโดยกำหนดให้พยาบาลเฝ้าดูแลใกล้ชิด 1 คน ติดตาม อาการ สัญญาณชีพ และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ พร้อมทั้ง monitor EKG mode AED ไว้ตลอดการให้ยา และหลังให้ยา</p> <p>-ผู้ป่วย hyperglycemia พบแพทย์ให้การรักษหลายแนวทาง ฉีด RI ทางเส้นเลือดดำสลับท ศิวหนัง มีการทบทวนในทีมสหวิชาชีพ ให้ NSS load 1000 ml ฉีด RI 10 U ทางเส้นเลือดดำ</p>
12. ทบทวนการติดตามตัวชี้วัด	<p>-พบผลการดำเนินงานไม่ได้ตามเป้าหมาย คือ ผู้ป่วย STEMI Door to needle time ยาละลายลิ้มเลือดมากกว่า 30 นาที ทบทวนในทีม PCT ปรับปรุงโดยแพทย์ให้ข้อมูลการรักษาผู้ป่วยและให้เซ็นยินยอม พยาบาลเตรียมให้ยาและเตรียมผู้ป่วย พบว่า ปี 62 ระยะเวลาเฉลี่ย 47.8 นาทีปรับอีกครั้งโดยให้แพทย์โทร consult ร่วมกับการส่ง line ในปี 2564 ปรับอีกครั้งทั้งจังหวัดโดยการประสานศูนย์ส่งต่อเพื่อประสานแพทย์ staff โดยตรง เพื่อลดระยะเวลา consult ทำให้ได้รับยาเร็วขึ้น (อยู่ระหว่างการติดตามผล)</p> <p>-ผู้ป่วย Stroke onset to door มากกว่า 2 ชม ทบทวนและปรับโดยให้ความรู้อาการของโรคในผู้ป่วยคลินิกเรื้อรัง และแจกเอกสารอาการของโรคให้ติดที่บ้านตำแหน่งที่เห็นชัด ทุกคนในบ้านรับทราบ และประชาสัมพันธ์อาการของโรคและแนวทางการค้นหาผู้ป่วย แก่สม ที่รับผิดชอบแต่ละครอบครัว เดือนตุลาคม พบผู้ป่วยภายใน 3 ชั่วโมง เพิ่มขึ้น จาก 33% เป็น 70 %</p>

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน⁴ (Performance Indicator) ควรนำเสนอเป็นกราฟและอธิบายว่าเป็นแนวโน้มที่ดีขึ้นหรือลดลงเพราะอะไร

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เป้า หมาย	ผลการดำเนินงาน					
			2558	2559	2560	2561	2562	2563
บริการที่รวดเร็ว								
1.	ร้อยละผู้ป่วย CPR ได้รับการตรวจจากแพทย์ภายใน 4 นาที	100%	97%	99%	96%	99.7%	100%	100%
2.	ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยแพทย์ตรวจในผู้ป่วยฉุกเฉิน	<15 นาที	11 นาที	16 นาที	23 นาที	20 นาที	9 นาที	5 นาที
3.	Door to needle time ในผู้ป่วย STEMI ที่ได้ SK	30 นาที	NA	NA	43.14	52.64	47.8	38.0
บริการที่รวดเร็ว			2558	2559	2560	2561	2562	2563
4.	ผู้ป่วย Stroke ส่งต่อภายใน 30 นาที	100	92%	80.5%	95.91%	100%	100%	100%
5.	ระยะเวลาการออกเหตุ ภายใน 5 นาที	>80%	67.70%	61.29%	54.49%	64.6%	67.2%	76.2%
6.	Response time ใน 10 นาที	>80%	67.7%	61.29%	59.49%	64.6 %	67.2%	64.69%

บริการที่ถูกต้อง								
1.	อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วย	>95%	95.8%	98.5%	97%	99.5	99.7%	99.2%
2.	ร้อยละผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุได้รับการดูแลถูกต้อง	>90%	99.7%	100%	96.7%	96.8%	97.5%	97.55%
บริการที่ปลอดภัย								
1.	อัตราเสียชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉิน	0	0.14 %	0.01 %	0.02 %	0.03 %	0.02 %	0.24%
2.	อัตราข้อบกพร่องในการส่งต่อ	<1%	0.1%	0.23%	0.3%	0.26%	0.24	0.72%
3.	อัตรา ROSC	>30%	32.5%	19.2%	34%	24%	20.9	14.49%
บริการประทับใจ								
1.	อัตราความพึงพอใจ	>85%	87.34%	88.8%	88.5%	86.2%	86.3%	85.65%
2.	อุบัติการณ์ข้อร้องเรียนพฤติกรรมบริการ	0	1	0	0	1	2	0
ดูแลต่อเนื่อง								
1.	ร้อยละผู้ป่วย Revisit ภายใน 48 ชั่วโมง โดยไม่รู้วิธีปฏิบัติตน	<1%	0%	0 %	0.5%	0.75 %	0.02 %	0

5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

1.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

ลำดับ	เรื่อง	การปรับเปลี่ยน	ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น
1	การเพิ่มประสิทธิภาพ CPR	-ฝึกทักษะการปฏิบัติการ ACLS ทุกหกเดือน - กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจนในทีม	อัตรา OHCA 18%
2	พัฒนาระบบส่งต่อปลอดภัย	- ทบทวนการดูแล ผู้ป่วยส่งต่อทุกราย - ส่งข้อมูลการดูแลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนแก่กลุ่มการพยาบาล - ประชุมชี้แจงในการประชุมกลุ่มการพยาบาลเนื่องจากเป็นเวรรีเฟอรวม	-ผู้ป่วยได้รับการดูแลระหว่างส่งต่อถูกต้อง 99.3 %
3	พัฒนาการจำแนกประเภทผู้ป่วย	- ชี้แจงแนวทางการจำแนกประเภทผู้ป่วย ตาม MOPH ED TRIAGE-ของกรมการแพทย์ - ทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วย	-ผู้ป่วยได้รับการจำแนกถูกต้องร้อยละ 99.2%

5.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

โครงการ/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Multiple trauma	2564	-ประชุมชี้แจง แพทย์ พยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้ CPG เดียวกับ รพ แม่ข่าย -ส่งต่อผู้ป่วยภายใน เวลา 30 นาที	ผู้ป่วยได้รับการ ส่งต่อ ภายใน 30 นาที	100%	ภัสสร
2. พัฒนาระบบการแพทย์ ฉุกเฉิน	2564	-ประชาสัมพันธ์ระบบการแพทย์ ฉุกเฉินให้ครอบคลุมพื้นที่ อำเภอปากพนัง	ผู้ป่วยฉุกเฉินมา ด้วยระบบการ แพทย์ฉุกเฉิน -ประชาชนรับรู้ หมายเลขการแจ้ง เหตุ 1669	25% 80%	พรทิพย์ โสพิศ
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Hypoglycemia /hyperglycemia	2564	-ประชุมชี้แจง แพทย์ พยาบาล ในการใช้ CPG -audit เวชระเบียนติดตามการ รักษาตามแนวทาง	ผู้ป่วยได้รับการดูแล ตามแนวทาง	100%	โชติรส
4. พัฒนาการดูแลผู้ถูกกระทำ รุนแรง one stop service	2564	-จัดทำแนวทางการดูแลผู้ถูกกระทำ รุนแรง นอกเวลาราชการให้ เป็น one stop service ในหน่วยงาน	ผู้ถูกกระทำรุนแรง ได้รับการดูแลเป็น แนวทางเดียวกัน และได้รับการพิ ทักษ์สิทธิ์	100%	เสาวลักษณ์

5.3. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

โครงการ/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
1. พัฒนาการเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI และการเฝ้าระวังระหว่างและหลังการให้ยา	2564	1.การเข้าถึงยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที ,เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขทันเวลา	-ผู้ป่วย STEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือด /PCI -ผู้ป่วย ACS ได้รับยา ASA ภายใน 20 นาที -ผู้ป่วย ACS ได้อ่านผล EKG ภายใน 10 นาที	มากกว่า 70 % 100 % 100%	โสพิศ
2. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Sepsis	2564	นำ SOS Score มาใช้ในการประเมินผู้ป่วย ,เฝ้าระวังคุณภาพในการดูแลรักษาพยาบาลและการให้ยาปฏิชีวนะ	ผู้ป่วยได้รับยา ATB ภายใน 1ชม	100%	ก้องยศ
3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Stroke	2564	-ส่งต่อข้อมูลให้คลินิกเรื้อรังให้ ความรู้ถึงอาการ โรคหลอดเลือดสมอง -รพ สต เครื่องข่ายมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกอาการโรคหลอดเลือดสมอง -ประสานผู้ใหญ่บ้านในการประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย -ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS	ร้อยละ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มาภายใน 3 ชั่วโมง ร้อยละผู้ป่วย stroke มาด้วยระบบ EMS	มากกว่า 60% มากกว่า 70%	ก้องยศ พรทิพย์
4. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย สงสัยสัมผัส โรคพิษสุนัขบ้า	2564	-ติดตามการฉีดวัคซีนตามนัด	ร้อยละผู้ป่วยฉีดวัคซีนตามนัด	100%	อลิษา
5. พัฒนาการดูแลผู้ป่วย Orthopedics	2564	-มีconsultทาง line กับแพทย์เฉพาะทาง orthro ให้คำแนะนำในการทำหัตถการ,การให้ยา และการทำกายภาพ -Case close simple fx รักษาตามแนวทาง	ผู้ป่วย Simple close simple fx ส่งต่อน้อยกว่า 30%	รักษาได้ มากกว่า 70%	ธนาภรณ์

โครงการ/วัตถุประสงค์	ระยะเวลา	วิธีดำเนินการ	เครื่องชี้วัด	เป้าหมาย	ผู้รับผิดชอบ
6.พัฒนาระบบ EMS	2564	-ประชาสัมพันธ์ระบบ EMS ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โรคเรื้อรัง -ประชาสัมพันธ์เชิงรุก อาการฉุกเฉิน การแจ้งเหตุ 1669 ในทุกจุด ทุกพื้นที่ในหมู่บ้าน -ประชาสัมพันธ์และแจกเอกสารอาการและการแจ้งเหตุระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในผู้ป่วย วิกฤติ ฉุกเฉินที่มาห้องฉุกเฉิน ทุกสาย	ผู้ป่วยฉุกเฉินมาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน -ประชาชนรับรู้หมายเลขการแจ้งเหตุ 1669	มากกว่า 60%	พรทิพย์ โสพิศ อลิษา อรุณี
7.พัฒนาการจำแนกประเภทผู้ป่วย	2564	-ทบทวนการจำแนกประเภทผู้ป่วยตาม MOPH TRIAGE -audit เวชระเบียน ผู้ป่วย Level 1-2 ทุกสาย	อัตราการจำแนกประเภทผู้ป่วยถูกต้อง	มากกว่า 90%	จิตติพร
8.พัฒนาประสิทธิภาพการช่วยเหลือผู้ป่วย OHCA	2564	-ฝึกทักษะ ACLS ทุก 6 เดือน -ประเมิน CPR TEAM -อบรมอาสาสมัคร การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	อัตรา OHCA	มากกว่า 30%	อาริยา

