

# SERVICE PROFILE

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช



กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลพรหมพิราม



# Service Profile

## งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

วันที่ปรับปรุง 1 มิถุนายน 2568

### 1. บริบท (Context)

#### ก. หน้าที่และเป้าหมาย

หน้าที่: รักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และบริการในระบบส่งต่อทั้งในภาวะปกติและในภาวะที่เกิดสาธารณภัยหรือภัยพิบัติต่างๆ ตลอด 24 ชั่วโมง

เป้าหมาย: ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย พึงพอใจ และได้มาตรฐานวิชาชีพ

#### ข. ขอบเขตการให้บริการ

1. ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ดูแลรักษาระหว่างนำส่งโรงพยาบาล
2. ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ
3. ให้บริการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี ฯลฯ
4. ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ
5. ให้บริการจ่ายยาตามคำสั่งแพทย์นอกเวลาราชการ (20.30 – 08.30 น.)
6. ให้บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (point of care testing เช่น Blood gas, Blood lactate เป็นต้น) นอกเวลาราชการ (20.30 – 08.30 น.)
7. ให้บริการส่งรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถสูงกว่า
8. ให้บริการผู้ป่วยคดี และนิติเวช โดยร่วมชั้นสูตร กับเจ้าหน้าที่ตำรวจทั้งใน และนอกสถานที่
9. ให้บริการงานส่งเสริมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ และประชาชนทั่วไป ทั้งในและนอกโรงพยาบาล
10. ให้บริการงานหน่วยปฐมพยาบาลในงานต่างๆ ตามคำร้องขอ

ศักยภาพ : มีแพทย์ประจำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ในราชการเวลา 08.30 - 16.30 น. สำหรับนอกเวลาราชการ เวลา 16.30 - 00.30 น. ไม่มีแพทย์ประจำที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช เนื่องจากแพทย์เวรต้องให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยร่วมกับแผนกอื่นๆด้วยทั้งโรงพยาบาล แต่สามารถตามแพทย์ได้ทันที และแพทย์เวร On call เวลา 00.30 - 08.30 น. มีพยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) 2 คน, พยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP) 3 คน, พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้บาดเจ็บในห้วงก่อนถึงโรงพยาบาล (PHTLS) 4 คน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเชิงปฏิบัติการการช่วยชีวิตขั้นสูง (ACLS) 2 คน

ข้อจำกัด : ไม่มีแพทย์เฉพาะทางอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (EP), พยาบาลเฉพาะทางหลักสูตรการพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน (ENP) ไม่ครบทุกเวร

ค. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)  
ผู้รับผลงานภายใน

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการของผู้รับผลงาน
1.องค์กรแพทย์	1.คัดแยกประเภทผู้ป่วย (Triage) ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ได้ครอบคลุม อาการเบื้องต้น ตัดสินใจให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ถูกต้อง เหมาะสม 2.รายงานปัญหาของผู้ป่วยได้ชัดเจนตรงประเด็น รวดเร็วทันที่ 3.มีทักษะการดูแลผู้ป่วยวิกฤต/ฉุกเฉิน สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้เหมาะสม 4.ทีม CPR มีประสิทธิภาพ 5.เตรียมเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิต และอุปกรณ์ให้พร้อมใช้
2.งานผู้ป่วยนอก	1.การต้อนรับประสานงานผู้ป่วยอาการไม่คงที่ให้ตรวจที่ ER ตามเกณฑ์การคัดกรอง 2.ก่อนส่งผู้ป่วยตรวจ OPD ให้ชักประวัติ V/S และประสานงานก่อนส่ง
3.งานผู้ป่วยใน	1.ประสานงานก่อน Admit ทुरาย โดยใช้ SBAR 2.ทำหัตถการที่ ER แล้วให้ / และลงเวลาและชื่อผู้ทำใน Order ทุกครั้ง 3.ส่งผู้ป่วย X-Ray ก่อน Admit ทุกครั้ง (ถ้ามี) 4.ประเมินอาการซ้ำทุกครั้งก่อนส่งไป Admit
4.งานชันสูตร	1.เก็บ Specimen ส่งได้ถูกต้องครบถ้วน ติดป้ายชื่อให้ชัดเจน 2.บันทึกส่งตรวจ LAB ทาง Computer ได้ครบถ้วน ถูกต้อง
5.งานรังสีวิทยา	1.กรณีส่งผู้ป่วยอาการไม่คงที่มา ให้พยาบาลมากับผู้ป่วย 2.ส่งตำแหน่งการ X-Ray พร้อมชื่อ และ HN ให้ถูกต้อง ครบถ้วน
6.งานเภสัชกรรม	1.บันทึกการส่งจ่ายยา / เวชภัณฑ์มีใบยา ได้ถูกต้องครบถ้วนและตรงกับผู้ป่วย 2.ปฏิบัติตามหลักการจ่ายยาในกลุ่ม HAD 3.แจ้งเภสัชกรทุกครั้งที่มีผู้ป่วยแพ้ยา 4.Check ยาเพื่อป้องกันยาไม่พร้อมใช้จนเวลาราชการ 5.Re check วันหมดอายุ
7.งานทันตกรรม	1.ผู้ป่วยที่ความดันโลหิตสูงให้ส่งพบแพทย์ OPD ก่อน 2.ประสานและเขียนใบ Consult ก่อนส่งผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์
8.งานจ่ายกลาง	1.Set หัตถการต่างๆ ให้เก็บของมีคมที่ใช้แล้วทิ้ง ไม่ติดกับเครื่องมือลงไป 2.ส่งใบเบิกของตรงตามวันและเวลาที่กำหนดให้มีการเบิก
9.งานซักฟอก	1.แยกประเภทเป็นผ้าติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อได้อย่างถูกต้อง 2.ไม่มีสิ่งแปลกปลอม ติดในผ้า
10.งานยานพาหนะ	1.ทีม EMS, Refer พร้อมเคลื่อนย้ายเมื่อรถมาถึง
11.งานเวชปฏิบัติ ครอบครัว	1.กรณีมีโรคที่ต้องควบคุม ให้แจ้ง SRRT ตลอด 24 ชั่วโมง
12.งานสารสนเทศ	1.กรณาลง Diagnosis และข้อมูลพื้นฐานที่กำหนดทุกครั้ง
13.งานประกัน	1.ลงสิทธิการรักษาให้ถูกต้องทุกครั้ง
14.งานซ่อมบำรุง	1.แจ้งซ่อมทาง Program ทุกครั้ง 2.ตรวจเช็คความพร้อมใช้ของเครื่องมือตามตารางที่กำหนด

## ผู้รับผลงานภายนอก

ผู้รับผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
ผู้ป่วยและญาติ	1. การบริการที่รวดเร็ว เอาใจใส่ พุดจาตี ยิ้มแย้ม แจ่มใส 2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ 3. ได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่รวดเร็วและปลอดภัย ไม่มีอาการแทรกซ้อน 4. ได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตนที่บ้าน เป็นที่ปรึกษาที่ดี
สถานีตำรวจ	1. ได้รับใบคดีทันเวลา 2. ประสานแพทย์ร่วมชั้นสูตรศพที่เกิดเหตุด้วยความรวดเร็ว
มูลนิธิ/ผู้นำสงฆ์มาชั้นสูตร	1. ได้รับการประสานงานที่ดีและมีสถานที่ที่เป็นสัดส่วนในระหว่างรอกการชั้นสูตร 2. ได้รับใบส่งชั้นสูตรด้วยเวลาที่รวดเร็ว
หน่วยรับส่งต่อ/รพศ./รพ.อื่น	1. ผู้ป่วยที่ส่งต่อได้รับการแก้ไขภาวะวิกฤติที่เหมาะสม 2. ทีมมีทักษะการแก้ไขภาวะวิกฤติได้ดี 3. ประสานข้อมูลการส่งต่อตามระบบส่งต่อก่อนส่ง
หน่วยรับส่งต่อ รพ.สต.	1. ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน และการประสานงานที่ดี 2. ให้คำปรึกษาได้ตามเกณฑ์การปรึกษา
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการชินราช	1. สามารถออกเหตุได้ทันเวลา 2. ส่งต่อข้อมูลตามเกณฑ์
หน่วยกู้ชีพในพื้นที่	1. เป็นพี่เลี้ยงในการทำงานการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐาน 2. สามารถออกเหตุช่วยเหลือได้เมื่อได้รับการร้องขอ

## จ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ด้านผู้รับบริการ ได้รับบริการที่ รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

### 1. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่รวดเร็ว

- EMS Response time (ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งถึงออกเหตุ) ภายใน 5 นาที
- มีเกณฑ์การคัดแยกและแนวทางในการ Triage ที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจนเพื่อจัดลำดับ

ความสำคัญ และให้การช่วยเหลือตามความรุนแรง

- ผู้ป่วยวิกฤติสีแดง (Resuscitation) ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที
- ผู้ป่วยระบบ Fast track ได้รับการส่งต่อได้ทันเวลาและรวดเร็ว

### 2. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ถูกต้อง

- ผู้ป่วย Stroke, Sepsis, STEMI, และ Trauma Fast Track ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ
- ผู้ป่วยที่ออกกรีบ ณ จุดเกิดเหตุ ได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอย่างถูกต้องก่อนเคลื่อนย้าย
- ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาที่ถูกต้องตามหลักปฏิบัติ 7 R
- ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง ครบถ้วน จากการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์

### 3. ผู้ป่วยได้รับการบริการปลอดภัย

- ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่ปลอดภัย ปราศจากการติดเชื้อ
- อุปกรณ์ช่วยชีวิตเพียงพอ พร้อมใช้
- ผู้ป่วยได้รับการส่งต่ออย่างปลอดภัย (ทั้งภายในและภายนอกโรงพยาบาล)

### 4. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีมาตรฐาน

- มี Guideline โรคที่สำคัญ เช่น Stroke, STEMI, Sepsis, Trauma Fast Track, DM with Hypoglycemia

- บุคลากรผ่านการพัฒนาตามสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง

### 5. ผู้รับบริการพึงพอใจ

- มีพฤติกรรมการบริการที่ดี
- มีคะแนนอัตราความพึงพอใจที่ดี

### ด้านระบบการทำงานแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

1. มีระบบ Pre-hospital System
2. มีระบบ Intra-hospital System
3. มีระบบ Referral System
4. มีแนวทางปฏิบัติในกลุ่มโรค Fast Track ได้แก่ Stroke Fast Track, STEMI, SEPSIS และ Trauma Fast Track

### จ. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ

#### 1. ความท้าทาย

- 1) ผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินสามารถเรียกบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ได้ตามเป้าหมาย
- 2) ระบบ EMS Response time (ระยะเวลาตั้งแต่รับแจ้งถึงออกเหตุ) สามารถออกเหตุได้ภายใน 5 นาทีทุกครั้ง
- 3) ผู้ป่วย STEMI, Sepsis, Stroke และ Trauma Fast Track ได้รับการดูแลตามแนวทางและเข้าระบบ Fast Track ได้ทันเวลา
- 4) ผู้รับบริการปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาพยาบาล ได้แก่ อุบัติการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด, อุบัติการณ์ผู้ป่วยได้รับการระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- 5) ผู้ป่วยที่อาการทรุดลงกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. เข้าถึงบริการได้รวดเร็ว โดยผ่านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669
- 6) บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะที่ดีในการดูแลผู้ป่วย มีความพึงพอใจในงาน

#### 2. ความเสี่ยงทางคลินิก (Clinical Risk)

##### 2.1 ความเสี่ยงทางคลินิกทั่วไป (Common Clinical Risk)

- 1) ผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลือล่าช้า
- 2) ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนติดเชื้อจากการทำหัตถการ ติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยติดเชื้อเนื่องจากการทำหัตถการ (IV, Foley's) ติดเชื้อจากผู้ป่วยอื่น หรือ จากสิ่งแวดล้อม
- 3) ความคลาดเคลื่อนทางยา, สารน้ำ, เลือด, ผู้ป่วยแพ้ยา เช่นมีความผิดพลาดจาก ให้ยา, ให้เลือด, สารละลายผิดพลาด ผิดคน
- 4) การได้รับอันตรายจากเข็มทิ่มตำ/เศษแก้ว

- 5) การเกิดข้อผิดพลาดขณะส่งต่อภายในโรงพยาบาล
- 6) การเขียนใบนัดผิดพลาดไม่ครบถ้วน
- 7) ผู้รับบริการได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน
- 8) การเกิดความล่าช้าจากอุปกรณ์ เครื่องมือไม่พอใช้

## 2.2 ความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค (Specific Clinical Risk)

- 1) ผู้ป่วย Chest pain, STEMI เกิดภาวะ Sudden Cardiac arrest
- 2) ผู้ป่วย DM เกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia, DKA
- 3) ผู้ป่วย Head injury, severe HT เกิดภาวะ Increase intracranial pressure
- 4) ผู้ป่วย severe sepsis, DHF, Diarrhea, anaphylactic, heart เกิดภาวะ Shock
- 5) ผู้ป่วย epilepsy, severe alcohol withdraws, high fever เกิดภาวะ Seizure
- 6) ผู้ป่วย COPD, Asthma, Pneumonia เกิดภาวะ Air way obstruction ---> Respiratory

Failure

- 7) ผู้ป่วย Hypo-Hyponatremia เกิดภาวะ Alteration of conscious

## 3. ความเสี่ยงทั่วไป (non-clinical risk)

- 1) พลัดตก หกล้ม, ตกเตียง, ตกรถเข็น
- 2) ขงมีค่าสูญหาย
- 3) ผู้ป่วยและญาติไม่พึงพอใจเรื่องพฤติกรรมบริการไม่เหมาะสม
- 4) การประสานงาน/ติดต่อระหว่างแผนก/หน่วยงาน (รวมด้านInternet) ล่าช้า, ชัดข้อง, ไม่ประสาน
- 5) การเกิดอัคคีภัย

สถิติด้านการบริหารความเสี่ยง :

### ปี 2564

1. ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 12 อุบัติการณ์
  2. ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 15 อุบัติการณ์
  3. ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 2 อุบัติการณ์
- รวม จำนวน 29 อุบัติการณ์

### ปี 2565

1. ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 7 อุบัติการณ์
  2. ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 8 อุบัติการณ์
  3. ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์
4. รวม จำนวน 15 อุบัติการณ์

### ปี 2566

1. ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 23 อุบัติการณ์
  2. ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 15 อุบัติการณ์
  3. ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 2 อุบัติการณ์
4. รวม จำนวน 40 อุบัติการณ์

## ปี 2567

### 1.ความเสี่ยงด้านคลินิก

- 1.1 ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 17 อุบัติการณ์
  - 1.2 ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 12 อุบัติการณ์
  - 1.3 ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์
- รวม จำนวน 29 อุบัติการณ์

### 2.ความเสี่ยงทั่วไป

- 2.1 ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 3 อุบัติการณ์
  - 2.2 ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 1 อุบัติการณ์
  - 2.3 ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์
  - 2.4 ความเสี่ยงระดับ 1-5 จำนวน 6 อุบัติการณ์
- รวม จำนวน 10 อุบัติการณ์

## ปี 2568 (ต.ค. 2567 - มี.ค. 2568)

### 1.ความเสี่ยงด้านคลินิก

- 1.1 ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 3 อุบัติการณ์
  - 1.2 ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 3 อุบัติการณ์
  - 1.3 ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์
- รวม จำนวน 6 อุบัติการณ์

### 2.ความเสี่ยงทั่วไป

- 2.1 ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 0 อุบัติการณ์
  - 2.2 ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 0 อุบัติการณ์
  - 2.3 ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์
  - 2.4 ความเสี่ยงระดับ 1-5 จำนวน 3 อุบัติการณ์
- รวม จำนวน 3 อุบัติการณ์

## ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี :

### ศักยภาพ

#### สิ่งที่ทำได้คือ

1. ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตที่ใช้ความรู้ ทักษะ ความสามารถ มีแพทย์ประจำ สามารถรายงาน Case ได้ตลอด 24 ชั่วโมง
2. สามารถคัดกรอง วินิจฉัยปัญหาความรุนแรงภาวะเจ็บป่วยและดูแลรักษาพยาบาล เบื้องต้นได้
3. สามารถใช้เครื่องมือพิเศษทางการแพทย์ ได้แก่ Defibrillator, EKG, Pulse Oximeter, Ultrasound, Ultrasound mobile ช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจ (ET. Tube) เพื่อช่วยชีวิตฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง
4. มีพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ที่สามารถช่วยผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินแทนแพทย์นอกโรงพยาบาล (ออก EMS)
5. มีพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป, พยาบาลวิชาชีพ ตรวจสอบรักษาโรคทั่วไปตาม standing order ภายใต้การกำกับดูแลของแพทย์เวรนอกเวลาราชการ

6. มี Tele-med บนรถ refer สามารถดูแลผู้ป่วยตลอดเวลาขณะที่ส่งต่อผู้ป่วย
7. มี Lab point of care นอกเวลาราชการ เช่น เครื่องตรวจ Electrolyte, เครื่องตรวจ blood gas, เครื่องตรวจ Blood lactate เป็นต้น

**ข้อจำกัดคือ**

1. ด้านบริการ: ไม่มี Lab / ห้องจ่ายยา นอกเวลาราชการ ตลอด 24 ชั่วโมง
2. ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง
3. พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉินยังมีจำนวนไม่ครบทุกเวร

**ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :**

**สอนสุขศึกษารายบุคคล / แจกเอกสารแผ่นพับ**

เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วย / ญาติมีความเข้าใจในการปฏิบัติตนเองที่บ้าน

เรื่อง	รายละเอียด
โรคเบาหวาน เพื่อให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ด้วยHypoglycemia และ Hyperglycemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยการควบคุมรับประทานอาหาร</li> <li>-การใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและทวนสอบความเข้าใจในการใช้ยาฉีดเบาหวาน</li> <li>-การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-5 วันนานประมาณ 30 นาที เช่นการแกว่งแขน</li> <li>-การป้องกันภาวะแทรกซ้อน, การดูแลความสะอาดเท้า, การนวดเท้า, การใส่รองเท้าที่ไม่คับเกินไปและควรมีลักษณะนุ่ม ปิดปลายเท้า</li> <li>-การมาตรวจตามแพทย์นัด และอาการที่ควรมาพบแพทย์ทันที</li> <li>-ให้ความรู้เกี่ยวกับค่าระดับน้ำตาลในเลือดที่มีระดับสูง / ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด</li> <li>-แจ้งค่าระดับน้ำตาลของผู้ป่วยว่าสูงหรืออยู่ในเกณฑ์ทุกครั้งที่มาใช้บริการ และต้องเฝ้าระวังอะไรเป็นพิเศษในขณะนี้</li> </ul>
โรคความดันโลหิต สูง เพื่อให้ความรู้แก่ ผู้ป่วยที่มารับบริการ ด้วยภาวะ severe Hypertension	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การรับประทานยาสม่ำเสมอและต่อเนื่อง</li> <li>- การรับประทานอาหาร ควรลดอาหารรสเค็ม และอาหารไขมันสูง</li> <li>- การออกกำลังกายที่เหมาะสมและสม่ำเสมอ</li> <li>- ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ควรมาตรวจตามแพทย์นัดสม่ำเสมอ และแจ้งอาการที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่นปวดศีรษะรุนแรง, มีอาการแขน, ขาอ่อนแรง, พูดไม่ชัด</li> <li>- แจ้งค่าของความดันโลหิตที่สูงผิดปกติ และต่ำกว่าปกติว่าอยู่ในเกณฑ์ และบอกค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ทราบทุกครั้ง ที่มาใช้บริการ</li> <li>- แจกแผ่นพับเกี่ยวกับอาการ Stroke ให้กับผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูงนอนสังเกตอาการ</li> </ul>
โรค COPD / Asthma	<ul style="list-style-type: none"> <li>-ควรหลีกเลี่ยงสาเหตุและสิ่งก่อกำเนิดอาการหอบ เช่น ควรเลิกสูบบุหรี่, หลีกเลี่ยงฝุ่นละออง, เวลาอากาศเย็นทำร่างกายให้อบอุ่น</li> <li>-ทวนสอบการพ่นยาที่ถูกต้องวิธี</li> <li>-การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>-การกินยาสม่ำเสมอต่อเนื่อง</li> <li>-การออกกำลังกายที่เหมาะสม</li> <li>-แจ้งอาการที่ควรมาพบแพทย์</li> </ul>
<b>การดูแลบาดแผล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การดูแลแผลเพื่อป้องกันการติดเชื้อ โดยการมาทำแผลทุกวัน, การรับประทานยาปฏิชีวนะอย่างต่อเนื่องจนครบ</li> <li>- การรับประทานอาหารส่งเสริมการหายของแผล</li> <li>-การมาตัดไหม / ฉีดวัคซีนบาดทะยักตามนัด</li> </ul>
<b>การดูแลผู้ป่วย TBI</b> (ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ)	<p>ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ ขอให้รีบพาผู้ป่วยกลับมากพบแพทย์โดยทันที เพื่อรับการตรวจซ้ำอีกครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ง่วงซึมมากขึ้นกว่าเดิม หรือปลุกไม่ตื่น หรือหมดสติ</li> <li>- กระสับกระส่ายมาก การพูดหรือพฤติกรรมผิดปกติ</li> <li>- ชักกระตุก</li> <li>- กำลังแขนและขาตกลงน้อยกว่าเดิม</li> <li>- ชีพจรเต้นช้ามาก หรือมีไข้สูง</li> <li>- คลื่นไส้อาเจียนมาก อาเจียนพุ่ง หรืออาเจียนติดต่อกันหลายครั้ง</li> <li>- ปวดศีรษะรุนแรง รับประทานยาแก้ปวดแล้วไม่ทุเลา</li> <li>- มีน้ำใสหรือน้ำใสปนเลือด ออกจากหู หรือจมูก หรือไหลลงคอ (ไม่ควรสั่งน้ำมูก)</li> <li>- ปวดต้นคอ ก้มคอลำบาก ปวดท้ายทอย</li> <li>- วิงเวียนศีรษะมาก หรือมองเห็นภาพพร่ามัว ปวดตบๆ ในลูกตา</li> <li>- อาการผิดปกติอื่นๆ ที่น่าสงสัย</li> </ul>

## จ. ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ)

### 1. ด้านบุคลากร (อัตรากำลัง)

พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 10 คน แบ่งเป็น

- พยาบาลหัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 1 คน
- พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 คน
- พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติทั่วไป 3 คน
- พยาบาลวิชาชีพ 6 คน

เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน 1 คน

พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 5 คน

พนักงานเปล 3 คน

ตารางการจัดอัตรากำลังในแต่ละเวร

เวร	เจ้าหน้าที่	พยาบาลวิชาชีพ	เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน	พนักงานช่วยเหลือคนไข้	พนักงานเปล	รวม
เช้า		4 (ER 3 ทำแผล 1)	1	1	1	7
บ่าย		4	0	1	1	6
ดึก		2	0	1	1	4

มีจำนวนผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันที่ห้องฉุกเฉิน 95 ราย แยกประเภทคือ

- ผู้ป่วยภาวะวิกฤต เฉลี่ย 2-3 ราย/วัน
- ผู้ป่วยฉุกเฉิน เฉลี่ย 20 ราย/วัน
- ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน เฉลี่ย 76 ราย/วัน

### สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช (Specific Professional Nurse Competency)

สมรรถนะที่ 1 การประเมินและคัดกรองผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 2 การดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤติ - ฉุกเฉิน

สมรรถนะที่ 3 การใช้อุปกรณ์การแพทย์ฉุกเฉิน

สมรรถนะที่ 4 การตรวจรักษาพยาบาลเบื้องต้น

สมรรถนะที่ 5 การบันทึกข้อมูล

สมรรถนะที่ 6 การจำหน่ายผู้ป่วย

สมรรถนะที่ 7 การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

สมรรถนะที่ 8 การจัดการสาธารณภัย

สมรรถนะที่ 9 การใช้ยา High Alert Drug

สมรรถนะที่ 10 การทำหัตถการ

## 2. เครื่องมือ เทคโนโลยีและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ

เครื่องมือ	จำนวน
EKG	2
Defibrillator	2
Infusion pump	4
Ultrasound, Ultrasound mobile	1, 1
Monitor vital signs	4
Transport monitor EKG	2
AED	2
Auto CPR	1
Pulse oximeter	3
Tele-Med สื่อสารระหว่างรถ refer กับห้อง ER	1
รถ Emergency พร้อมอุปกรณ์ ยา วัสดุที่จำเป็น	2
ชุดเครื่องตรวจหาคอ จมูก	2

## 3. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน

งานการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ

### 3.1 งาน EMS ออกให้บริการผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ

ผลงาน	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)
จำนวนผู้ป่วยที่ ออกให้บริการ	350	393	380	577	573	366
Resuscitation / Emergency	325 (92.86%)	344 (87.53%)	304 (80%)	434 (75.22%)	433 (75.57%)	237 (64.75)
Urgent / Semi-Urgent	16 (4.57%)	44 (11.20%)	76 (20%)	95 (16.46%)	112 (19.55%)	99 (27.05)
Non urgent	9 (2.57%)	5 (1.27%)	0	48 (8.32%)	27 (4.88%)	30 (8.20)

### แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยที่ออกให้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น แต่เป็นผู้ป่วยประเภท Urgent, Semi-Urgent และ Non urgent จึงเร่งการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเชื่อมโยงไปถึงชุมชน ให้ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้เข้ารับบริการผ่านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ดังนั้นบุคลากรที่ออกเหตุต้องมีความพร้อม และมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทดังกล่าวได้อย่างดี

### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- กรณีฉุกเฉินมีระบบเรียกเจ้าหน้าที่ห้องคลอดหรืองานผู้ป่วยในมาช่วย
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

## 3.2 อันดับโรคที่ออกรับด้วยบริการ EMS

ลำดับ	ผลงาน (ราย)									
	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Hypoglycemia	38	Trauma	71	Trauma	73	Trauma	71	Trauma	75
2	Sepsis	36	Dyspnea	57	Hypoglycemia	53	Dyspnea	54	COPD c AE	19
3	Dyspnea	27	AOC	54	stroke	30	Hypoglycemia	54	Hypoglycemia	17
4	AOC	22	Hypoglycemia	38	Sepsis	28	Cardiac arrest	34	Cardiac arrest	16
5	Seizure	19	stroke	32	COPD	25	Stroke	23	AOC	12

### แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยที่ออกให้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นผู้ป่วยประเภท Trauma ดังนั้นบุคลากรที่ออกเหตุต้องมีความพร้อม และมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอุบัติเหตุ มีการให้ข้อมูลแก่ที่ประชุมศูนย์ถนนอำเภอทุกเดือนพร้อมร่วมวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข และมีการลงสอบสวนในกรณีที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรร่วมกับเครือข่าย
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ

- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

### 3.3 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568 (ต.ค.67- มี.ค.68)
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	มากกว่า ร้อยละ 26	13.23	11.52	17.60	13.77	17.18

#### แนวโน้ม

อัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของประชากรในอำเภอพรหมพิรามมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ผ่านเป้าหมาย ดังนั้นต้องมีการเร่งพัฒนาการประชาสัมพันธ์บริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยการเป็นวิทยากรการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติเบื้องต้น การประชาสัมพันธ์การใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เมื่อมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลและรพ.สต.ทุกแห่ง ติด sticker 1669 ที่สมุดประจำตัวของผู้ป่วยเรื้อรัง และบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการเป็นวิทยากรสอน CPR เบื้องต้นให้กับโครงการหมอบุ้บ้าน, โครงการอบรมสม.รุ่นใหม่, อบรม Care giver ในโครงการ Long term care ซึ่งจะส่งผลให้ตัวชี้วัดสามารถบรรลุเป้าหมาย และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

#### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรค Fast Tract และอาการเร่งด่วนฉุกเฉินที่ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล ร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

### 3.4 ผู้ป่วยในระบบ Fast Tract ที่มาด้วย EMS

ลำดับ	โรค	ปี2565			ปี2566		
		จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มาด้วย EMS	%	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มาด้วย EMS	%
1.	Trauma	138	71	51.4	295	73	24.75
2.	stroke	170	24	13.79	203	30	14.78
3.	STEMI	37	2	5.40	25	3	12
4.	sepsis	187	27	14.51	93	28	30.11

ลำดับ	โรค	ปี2567			ปี 2568 (ต.ค67.-มี.ค.68)		
		จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มาด้วย EMS	%	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	จำนวนผู้ป่วยที่มาด้วย EMS	%
1.	Trauma	249	74	29.72	609	75	12.32
2.	stroke	181	21	11.60	91	15	16.48
3.	STEMI	22	3	13.63	4	1	25.00
4.	sepsis	102	23	22.55	46	10	21.74

### แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยที่ออกให้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้น เป็นผู้ป่วย Stroke ดังนั้นบุคลากรที่ออกเหตุต้องมีความพร้อม และมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว แต่ผู้ป่วย STEMI และ Sepsis ยังมาใช้บริการในระบบ EMS น้อย เนื่องจากอาการและอาการแสดงเริ่มต้นของ STEMI และ Sepsis ไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ป่วยสามารถเดินทางมาโรงพยาบาลเองได้

### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรค Fast Tract ร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

### 3.5 จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ โดยแยกตามสาเหตุ

ชนิดอุบัติเหตุ	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)
จำนวนผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุทุกชนิด	4,258	3,906	4,315	9,058	2,785
จำนวนผู้ป่วยที่ได้อุบัติเหตุอื่นๆ	3,523	3,070	3,622	7,939	2,176
จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจากการจราจร	735	836	693	1,119	609

### แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยประเภท Trauma มีแนวโน้มจำนวนมากขึ้น ทั้งอุบัติเหตุทางการจราจรและอุบัติเหตุอื่นๆ ดังนั้นบุคลากรที่ออกเหตุต้องมีความพร้อม และมีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยประเภทดังกล่าวได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว

### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ

- มีการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอุบัติเหตุ มีการให้ข้อมูลแก่ที่ประชุมศูนย์ถนนอำเภอทุกเดือนพร้อมวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข และมีการลงสอบสวนในกรณีที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรร่วมกับเครือข่าย

- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

ผลงานปริมาณการให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการและให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทั่วไปนอกเวลาราชการ และการให้บริการทำหัตถการต่างๆ

### 3.6 ผลงานปริมาณผู้ป่วยแยกตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

ลำดับ	ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)
1.	Resuscitate	571	568	669	674	373
2.	Emergency	2,029	2,070	1,797	2,230	1,149
3.	urgency	2,482	2,653	2,707	3,938	2,565
4.	Semi urgent	4,184	5,962	5,166	6,929	3,679
5	Non urgent	13,844	18,985	18,702	20,649	11,423
รวม		23,110	30,494	29,041	34,448	19,189

### 3.7 ผลงานปริมาณผู้ป่วยแยกตามประเภทแผนกที่รับบริการของผู้ป่วย

ลำดับ	ประเภทผู้ป่วย	ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)
1.	อายุรกรรม	12,327	14,675	17,673	19,538	6,687
2.	ศัลยกรรม ศัลยกรรมกระดูก	11,470	13,679	9,811	9,058	9,091
3.	ผู้ป่วยเด็ก	2,532	2,561	1,319	5,060	2,951
4.	สูติ- นรีเวช	128	98	94	74	51
5	ผู้ป่วยตา หู คอ จมูก	148	119	16	409	275
6	จิตเวช	158	143	128	309	134
รวม		23,110	30,475	29,041	34,448	19,189

### แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยประเภท Resuscitate มีแนวโน้มจำนวนมากขึ้น และประเภทผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นประเภทที่มารับบริการมากที่สุด

### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคสำคัญต่างๆ และอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล ร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ

## 3.8 ผลงาน 5 อันดับโรคผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่มารับบริการ

ลำดับ	ผลงาน (ครึ่ง)									
	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Trauma	1,653	Trauma	1,903	Trauma	2,422	Trauma	2,147	Trauma	2,292
2	Dyspepsia	1,361	Dyspepsia	1,153	Hyper tension	1,015	Dyspepsia	1,137	Dizziness	546
3	Hyper tension	1,289	Dizziness	1,095	Dyspepsia	1,007	Dizziness	1,094	Dyspepsia	468
4	Dizziness	1,051	Hyper tension	1,074	Dizziness	946	Hyper tension	1,048	HT	286
5	Muscle strain	738	Muscle strain	778	Gastroenteritis	698	Muscle strain	765	Fever	270

### แนวโน้ม

ผู้ป่วยประเภท Trauma เป็นอันดับที่หนึ่ง โดยมีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น

### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคสำคัญต่างๆ และอาการที่ต้องรับมาโรงพยาบาล ร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ

### 3.9 ผู้ป่วยที่ช่วย CPR

ลำดับ	ข้อมูล	ผลงาน (ราย)				
		ปีงบประมาณ 2564	ปีงบประมาณ 2565	ปีงบประมาณ 2566	ปีงบประมาณ 2567	ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)
1	จำนวนผู้ป่วยที่ CPR	58	54	44	33	22
2	หลัง CPR แล้ว เสียชีวิต	45	31	41	19	13
3	หลัง CPR แล้วส่ง ต่อ รพ.ศูนย์	13	15	3	14	9
4	จำนวนผู้ป่วยที่ Arrest ก่อนถึง ER	45	40	36	26	20
5.	อัตราการรอดชีวิต ทั้งหมด	22.41	27.77	6.8	42.42	40.91

#### แนวโน้ม

ผู้ป่วยที่ Arrest ก่อนถึง ER ในปี 2567 พบว่ามีแนวโน้มอัตราการรอดชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ผู้ป่วย COPD, DM, HT, โรคหัวใจ โดยมีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคสำคัญต่างๆ และอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ และมีการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือทั้ง BLS และ ACLS

#### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคสำคัญต่างๆ และอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาลร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครื่องช่วยช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครื่องช่วยในพื้นที

### 3.10 5 อันดับโรคผู้ป่วยมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง

ลำดับ	ผลงาน (ครึ่ง)									
	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Acute upper respiratory infection	67	Dyspepsia	48	Acute upper respiratory infection	62	Fever	39	Trauma	26
2	Dyspepsia	27	Acute upper respiratory infection	26	Dyspepsia	29	Abdominal pain, Dyspepsia	31	Fever	24
3	Dizziness	23	Dizziness	23	Dizziness	24	Stroke	9	Abdominal pain	8
4	COPD c AE	18	COPD c AE	18	COPD c AE	20	Heart failure	7	Pneumonia	4
5	Bacterial intestinal infection	15	Fever	10	Bacterial intestinal infection	15	Cellulitis	6	COPD, CHF, URI	3
<b>จำนวนทั้งหมด</b>		<b>376</b>		<b>260</b>		<b>216</b>		<b>289</b>		<b>149</b>

#### แนวโน้ม

ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมง ปี 2567-2568 มีแนวโน้มเท่าๆ เดิม ประมาณ 20 ราย/เดือน และส่วนใหญ่เป็นอาการเกี่ยวกับอุบัติเหตุ Trauma และอาการไข้ Fever

#### แนวทาง/แผนพัฒนา

นำเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำที่ต้อง Admit และ Refer ให้กับทีม PCT ทำปฏิบัติการ (AE) ในขั้นตอนการรักษา เพื่อวางระบบ แนวทางในการรักษาผู้ป่วย โดยทำอย่างต่อเนื่อง

### 3.11 ผลงานการให้บริการส่งรักษาต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์ที่มีขีดความสามารถสูงกว่า

ลำดับ	ผลงาน (ราย)									
	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	กระดูกหัก จาก อุบัติเหตุ ต่างๆ	232	กระดูกหัก จาก อุบัติเหตุ ต่างๆ	212	กระดูก หักจาก อุบัติเหตุ ต่างๆ	295	กระดูกหัก จาก อุบัติเหตุ ต่างๆ	195	Trauma	253
2	Stroke	183	Sepsis	187	Stroke	203	Stroke	181	กระดูกหัก	44
3	Head injury	175	Stroke	174	Head injury	93	Head injury	143	Sepsis	25
4	Sepsis	92	Head injury	68	Sepsis	95	Abdo. pain	35	Head injury	23
5	Abdo. pain	89	Abdo. pain	40	Abdo. pain	38	Sepsis	32	UGIH	15
จำนวนผู้ป่วยที่ส่ง ต่อทั้งหมด		1,289		1,282		1,308		1,459		726

#### แนวโน้ม

จำนวนการ Refer ผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อันดับ 1 เป็นกลุ่มผู้ป่วยอุบัติเหตุต่างๆ เป็นผู้ป่วยกระดูกหักจากอุบัติเหตุต่างๆ

#### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาล Refer โดยส่งอบรมร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์
- พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลสำคัญในการดูแล ก่อนส่งต่อ - ขณะส่งต่อ และข้อมูลการประเมินขณะรับผู้ป่วยที่ รพ.ศูนย์ เพื่อประเมินผลการดูแล
- การประสานข้อมูลกับทีมผู้รับผิดชอบ รพ.ศูนย์ และเข้าร่วมประชุมกับทีมส่งต่อของจังหวัดเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาเกิดขึ้น
- พัฒนาระบบการเตรียมความพร้อมใช้ของยานพาหนะ (การตรวจสภาพรถ อัตรากำลัง)
- เสนอเครือข่ายด้านการพัฒนาระบบ Thai refer ให้เชื่อมโยงข้อมูลร่วมกับ รพ.ศูนย์

### 3.12 สรุปสาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วย (เสียชีวิตที่ER)

ลำดับ	ผลงาน (ราย)									
	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Cardiac Arrest	36	Cardiac Arrest	44	Cardiac Arrest	25	Cardiac Arrest	26	Cardiac Arrest	13
2	Trauma จราจร	3	UGIH	3	Respiratory failure	13	Trauma จราจร	5	CA lung	1
3	CHF	1	Trauma จราจร	2	Trauma จราจร	4	Res. failure	4	CA liver	1
4	MI	1	MI	1	MI	2			Met. Acidosis	1
5	Res. failure	1	Secretion Obstruct	1						
6	Sepsis	1	Drowning	1						
7			Hanging	2						
รวม		43 ราย		54 ราย		44 ราย		35 ราย		16 ราย

#### แนวโน้ม

จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER มีแนวโน้มลดลง ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย Sudden Cardiac arrest โดยมีการเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการช่วยเหลือทั้ง BLS และ ACLS

#### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการประสานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอุบัติเหตุ มีการให้ข้อมูลแก่ที่ประชุมศูนย์ถนนอำเภอทุกเดือนพร้อมร่วมวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไข และมีการลงสอบสวนในกรณีที่มีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรร่วมกับเครือข่าย
- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคสำคัญต่างๆ และอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

### 3.13 ผู้ป่วยมีอาการภาวะหัวใจหยุดเต้นก่อนถึง ER

ลำดับ	ผลงาน (ราย)									
	ปีงบประมาณ 2564		ปีงบประมาณ 2565		ปีงบประมาณ 2566		ปีงบประมาณ 2567		ปีงบประมาณ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)	
	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน	โรค	จำนวน
1	Head injury (จรรยา)	20	Cardiac Arrest	31	Cardiac Arrest	34	Cardiac Arrest	26	Cardiac Arrest	19
2	Unspecified cause	14	Hanging	1	Trauma จรรยา	5	Trauma จรรยา	5	CA lung	1
3	cardiac arrest	12	Trauma จรรยา	1	CHF	4	Res. failure	4	CA liver	1
4	Hanging	9	Res. failure	2					Met. Acidosis	1
5	Drawing	7							Res. failure	1
6	CA	3								
7	GSW	1								
8	Asphyxia	1								
9	sepsis	1								
	<b>จำนวนทั้งหมด</b>	68 ราย		35 ราย		43 ราย		35 ราย		23 ราย

#### แนวโน้ม

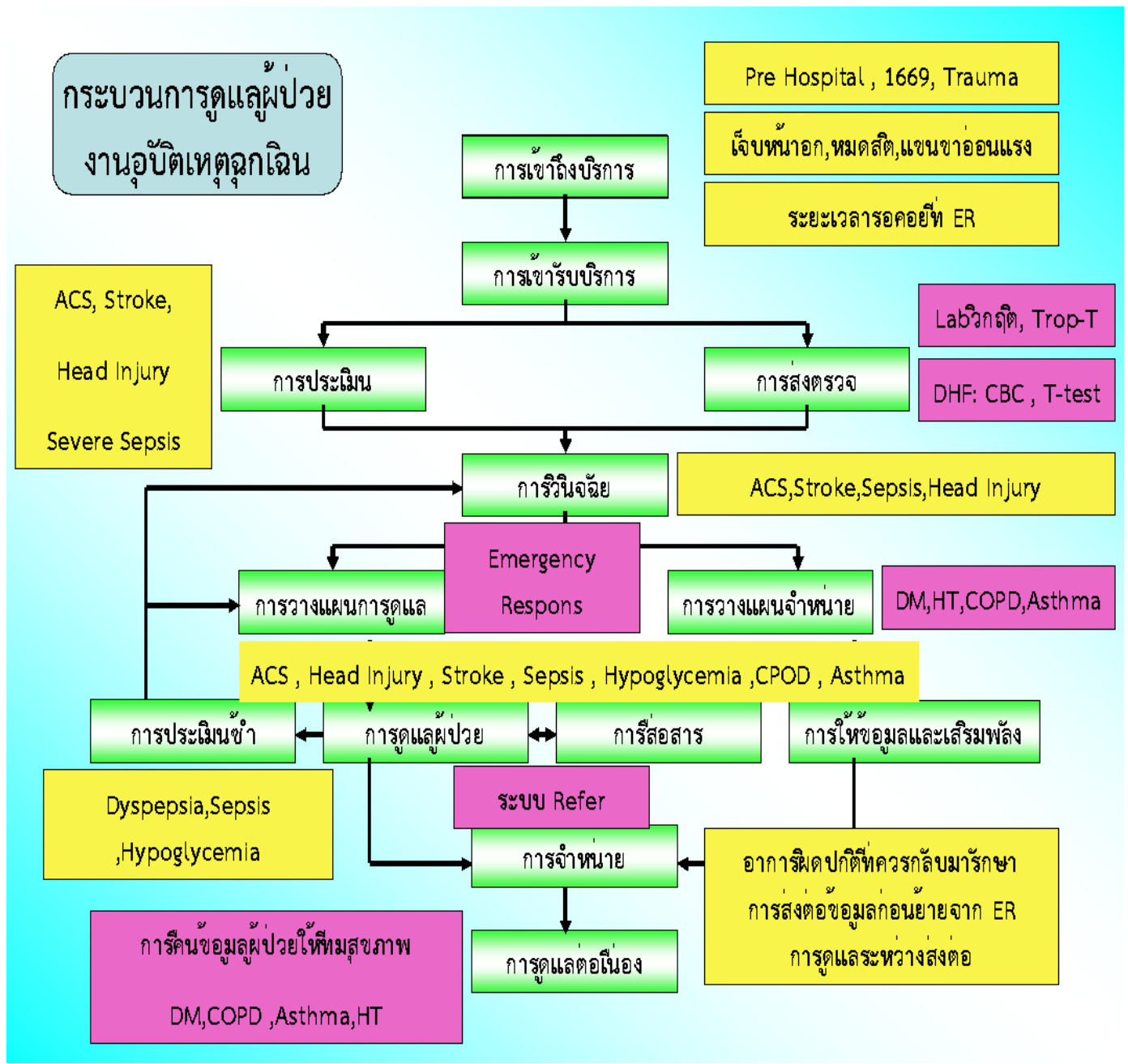
วิเคราะห์ผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะนำส่ง รพ. ก่อนถึง ER อันดับหนึ่งเป็นผู้ป่วยเสียชีวิตกะทันหัน (Sudden Cardiac arrest) ซึ่งเป็นผู้ป่วย โรคเรื้อรังซึ่งมีอาการในระบบทางเดินหายใจ

#### แนวทาง/แผนพัฒนา

- มีแผนพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
- มีการออกชุมชนให้ความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของโรคสำคัญต่างๆ และอาการที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล ร่วมกับงานสอนที่ได้เป็นวิทยากรในโครงการอบรมต่างๆ
- มีหน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายช่วยออกเหตุ
- มีแผนออกให้ความรู้แก่หน่วยกู้ชีพเอกชนและอบต. เครือข่ายในพื้นที่

## 2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)

### แผนภูมิกระบวนการทำงาน



กระบวนการหลัก	สิ่งที่คาดหวัง	ความเสี่ยงสำคัญ	ตัวชี้วัด
การเข้าถึงบริการ (Access)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ได้</li> <li>- การออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ได้ทันเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยอุบัติเหตุและผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินไม่ทราบการเรียกใช้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ทำให้เกิดความล่าช้าในการช่วยเหลือ</li> <li>- การออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ล่าช้า</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาในการออกให้บริการ EMS ภายหลังรับแจ้งเหตุ <math>\leq</math> 5 นาที = 100 %</li> </ul>
การรับบริการ (Entry)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตสามารถให้การช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว</li> <li>- ผู้ป่วย ASC, Stroke ที่มีภาวะฉุกเฉินสามารถส่งเข้าระบบ Fast Tack ได้ทันเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตได้รับการช่วยเหลือล่าช้า</li> <li>- ผู้ป่วย ACS, Stroke, Sepsis ที่มีภาวะฉุกเฉินส่งเข้าระบบ Fast Tack ไม่ทันเวลา</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยวิกฤตสามารถช่วยเหลือภายใน 4 นาที = 100%</li> <li>- ผู้ป่วย ACS, Stroke เข้าระบบ Fast Tack ทันเวลา <math>&gt;</math> 80 %</li> </ul>
การประเมิน (Assessment)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS, Stroke, Severe Sepsis, Head Injury ได้รับการประเมินอาการถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS, Stroke, Severe Sepsis, Head Injury ได้รับการประเมินอาการไม่ถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินอาการผู้ป่วย ACS, Stroke, Severe Sepsis, Head Injury ได้ถูกต้อง = 100 %</li> </ul>
การส่งตรวจ (Investigation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย ACS ได้ตรวจ EKG, Trop - I ทุกราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย ACS ไม่ได้ตรวจ EKG, Trop - I ทุกราย</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วย ACS ได้ตรวจ EKG = 100%</li> <li>Trop - I = 100%</li> </ul>
การวินิจฉัย (Diagnosis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS, Stroke, Severe Sepsis, Head Injury ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยกลุ่มโรค ACS, Stroke, Severe Sepsis, Head Injury ได้รับการวินิจฉัยไม่ถูกต้อง</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การกลับมาตรวจรักษาซ้ำ ภายใน 48 ชั่วโมงจากวินิจฉัยผิดพลาดในกลุ่มโรค ACS, Stroke, Severe Sepsis, Head Injury = 0 %</li> </ul>

<p>การวางแผนการรักษา (Plan of Care) และการดูแลรักษา (Care of Patient)</p>	<p>- ผู้ป่วยกลุ่ม ACS, Head Injury, Stroke, Sepsis, DM (Hypoglycemia) COPD, Asthma ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ</p>	<p>- ผู้ป่วยกลุ่ม ACS, Head Injury, Stroke, Sepsis DM (Hypoglycemia) COPD, Asthma ไม่ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ</p>	<p>- ผู้ป่วยกลุ่ม ACS, Head Injury, Stroke, Sepsis, DM (Hypoglycemia) COPD, Asthma ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ (CPG) &gt; 80 %</p>
<p>การประเมินซ้ำ (Re-assess)</p>	<p>- ผู้ป่วย Severe Sepsis, DM (Hypoglycemia), Dyspepsia ได้รับการประเมินซ้ำหลังให้การรักษาแล้วเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงและในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการ Dyspepsia อาจเป็นผู้ป่วย ACS ได้ - ผู้ป่วยทุกรายก่อนจำหน่าย Admit หรือ Refer ต้องประเมินอาการซ้ำทุกรายในเรื่อง Vital Signs, GCS, DTX</p>	<p>- ผู้ป่วย Severe Sepsis, DM (Hypoglycemia), Dyspepsia ไม่ได้รับการประเมินซ้ำ - ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินอาการซ้ำก่อน Admit, Refer อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงระหว่างนำส่ง</p>	<p>- ผู้ป่วยได้รับการประเมินซ้ำ ก่อน Admit 100 %</p>
<p>การวางแผนการจำหน่าย (Discharge Plan) และการสื่อสาร (Communication)</p>	<p>- ผู้ป่วยที่ Admit ต้องส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ IPD และเขียน Clinical Risk ผู้ป่วยทุกราย - ผู้ป่วยที่ Admit ได้รับการดูแลระหว่างนำส่งอย่างปลอดภัย - ผู้ป่วยในกลุ่มระบบ Fast Track ต้องได้การประสานข้อมูลก่อนการ Refer กับ ร.พ.ศูนย์ทุกราย</p>	<p>- ผู้ป่วยที่ Admit ไม่ได้ส่งข้อมูลผู้ป่วยให้ IPD และไม่เขียน Clinical Risk - ผู้ป่วยกลุ่มระบบ Fast Track ไม่ได้การประสานข้อมูลก่อนการ Refer</p>	<p>- จำนวนข้อบกพร่องในการส่งต่อผู้ป่วย (ภายใน, ภายนอก) = 0 ราย - อัตราผู้ป่วยกลุ่มระบบ Fast Track ได้รับการประสานข้อมูลก่อนการ Refer = 100 %</p>
<p>การให้ข้อมูลและเสริมพลัง (Information &amp; Empowerment)</p>	<p>- ผู้ป่วย กลุ่ม Head Injury, HT, DM ที่สามารถกลับบ้านได้ต้องได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบมาร.พ.</p>	<p>- ผู้ป่วย กลุ่ม Head Injury, HT, DM ที่กลับบ้านไม่ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การเฝ้าระวังอาการที่ผิดปกติที่ต้องรีบมาร.พ.</p>	<p>- ผู้ป่วย Head Injury, HT, DM กลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชั่วโมงด้วยอาการที่รุนแรงโดยไม่ทราบอาการผิดปกติ = 0 %</p>

<b>การดูแลต่อเนื่อง (Continuous)</b>	- ผู้ป่วยกลุ่ม DM, HT ที่มีภาวะวิกฤติที่มารักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องจากทีมคลินิก โดยได้รับข้อมูลส่งจากงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินทุกราย	- ผู้ป่วยกลุ่ม DM, HT ที่มีภาวะวิกฤติที่มารักษาไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่อง	- อัตราผู้ป่วย DM, HT ที่มีภาวะวิกฤติได้รับการส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่องไปทีมคลินิก > 80 %
--------------------------------------	--	--	--

### 3. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)

ประเด็น	เครื่องชี้วัดคุณภาพ	เป้าหมาย	ปีงบ 2564	ปีงบ 2565	ปีงบ 2566	ปีงบ 2567	ปีงบ 2568 (ต.ค.-มี.ค.68)
รวดเร็ว	1. อัตราผู้ป่วยวิกฤติได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที	100 %	100	100	100	100	100
	2. อัตราออกให้บริการ EMS ภายหลังรับแจ้งเหตุภายใน 5 นาที	100 %	89.82	80.37	81	84.39	89.11
	3. อัตราผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที	>80 %	25	45.45	50	57.14	100
	4. อัตราผู้ป่วย stroke ที่เข้าระบบ Fast tract ส่งต่อทันเวลา	>30 %	71.03	58.03	73	80.39	44.13
ถูกต้อง	5. อัตราผู้ป่วยที่รับ ณ จุดเกิดเหตุได้รับการปฐมพยาบาลเบื้องต้นที่ถูกต้องก่อนเคลื่อนย้าย	100 %	96.47	94.23	92.12	91.23	95.25
	6. อัตราความถูกต้องการคัดแยกผู้ป่วย (Triage)	>80 %	N/A	N/A	N/A	93.23	92.02
	7. อัตราความถูกต้องและครบถ้วนจากการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใบแพทย์	>90 %	99.88	99.88	99.5	100	99.18
	8. อัตราผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 48 ชม. ที่ ER	< 5%	1.23	1.32	1.22	1.35	0.65

	9. จำนวนผู้ป่วย รักษาพยาบาลผิดคน	0 ราย	1	3	3	0	0
	10. จำนวนความผิดพลาด ในการบริหารยา (Drug Administration Error)	0 ราย	0	1	0	1	0
ปลอดภัย	11.จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยไม่คาดคิด	0 ราย	2	0	1	0	1
	12.จำนวนข้อบกพร่องใน การส่งต่อผู้ป่วย (ภายใน, ภายนอก)	0 ราย	2	0	2	1	0
	13. อัตราความพร้อมของ เครื่อง อุปกรณ์ ในการ ช่วย CPR	100%	100	100	100	100	100
	14.จำนวนความไม่พร้อม ใช้ของเครื่องมืออุปกรณ์/ ยาและเวชภัณฑ์มีใช้ยาบน รถ Refer	0 ครั้ง	0	2	2	0	0
	15.อัตราการติดเชื้อของ แผลเย็บ - Clean wound - Contaminate wound - Dirty wound	0 % < 3% < 5%	2.38 0.2 0	3.0 0.04 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
พึงพอใจ	16.อัตราความพึงพอใจ ของผู้ป่วยและญาติจาก คะแนนการสอบถาม	> 80 %	84.5	85.7	89	89.7	85.8
	17.จำนวนข้อร้องเรียน เกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ ของเจ้าหน้าที่ทางการ พยาบาล	0 ครั้ง	3	3	3	1	0
	18.อัตราผู้ป่วยไม่สมัครใจ รักษา	< 1 %	0.32	0.36	0.34	0.29	0.48

วิเคราะห์งาน ตัวชี้วัดที่ยังไม่ผ่านเป้าหมาย คือ

1. อัตราออกให้บริการ EMS ภายหลังจากแจ้งเหตุภายใน 5 นาที = 89.11%

**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน**

- สาเหตุจากพร.ไป Refer ผู้ป่วยที่ รพ. ศูนย์ ซ้อนกันและมีภารกิจในการจัดรถออกหน่วยบริการหลายจุด บริการ ทำให้ไม่สามารถออกให้บริการทันเวลาเนื่องจากพนักงานขับรถติดงานพร้อมกัน และมีการจัดรถในการรับ case ผู้ป่วย COVID ทำให้ต้องและการใส่ชุด PPE และแยกรถแยกทีมในการดูแลความสะอาดใช้เวลามากกว่าปกติ

**แนวทาง/แผนพัฒนา**

- จัดเวรเสริมพร. Second call 1 คนในช่วงเวรบ่าย-ดึก และระบบเรียกอัตรากำลังสำรองจากหน่วยงานช่าง ในช่วงเวลาราชการ

2. อัตราผู้ป่วย stroke ที่เข้าระบบ Fast tract ส่งต่อทันเวลา

**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน**

เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการที่เข้าเกณฑ์โรคหลอดเลือดสมองแล้วหลังตื่นนอนทำให้ต้องนับเวลาที่ปกติก่อนเข้านอน ทำให้ไม่เข้าเกณฑ์เข้าระบบ Fast tract ทำให้ขาดโอกาสในการพิจารณาในการให้ยาเพิ่ม Perfusion ได้ทันเวลา

**แนวทาง/แผนพัฒนา**

การให้ความรู้ในการให้ความสำคัญในการมารับการรักษาให้ช่วงเวลาที่มีโอกาสได้รับการพิจารณาในการให้ยาเพิ่ม Perfusion ได้และประชาสัมพันธ์การใช้บริการ การแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนและในสถานพยาบาล

3. จำนวนข้อร้องเรียนเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์

**ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน**

พบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานแปล การใช้คำพูด การสื่อสารของทีมแพทย์ และพยาบาล

**แนวทาง/แผนพัฒนา**

สอบถามเหตุการณ์บุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ และร่วมวางแผนในการประชุมของหน่วยงานและในกลุ่มการพยาบาลในการปรับพฤติกรรมและระบบบริการ ดังนี้

- คำพูดที่ไม่ควรพูดแก่ผู้รับบริการ เช่น ทำไมเพิ่งมาเวลานี้ อาการไม่ฉุกเฉินทำไมไม่มาพุงนี้

- คำพูดที่ควรพูด ควรเป็นคำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย เช่น มีอะไรให้ช่วยก่อนที่จะแพทย์ไหมคะ/ครับ

- มีหน้าท่าทาง ควรมีสีหน้าที่แสดงถึงความห่วงใย ไม่หน้างอ

- ควรทำหน้าที่ของตนเอง เช่น ถ้าคนป่วยมาชักประวัติแล้วไม่ได้วัด vital signs มา ก็ควรมาวัดให้ ไม่ควรไล่ให้ออกไปวัดเองอีก

- หากมีการกระทำผิด จะให้หน. งาน เรียกมาตัดเตือนพร้อมกับบันทึกเป็นรายครั้ง หากยังผิดเรื่องเดิม ๆ เป็นครั้งที่ 2 ที่ 3 จะให้เป็นหน.ฝ่ายการพยาบาลเป็นผู้ตักเตือนพร้อมกับลงบันทึก หากยังผิดซ้ำอีกจะลงบันทึกไปยังผู้อำนวยการพ.

**ผลการพัฒนางานด้านอื่นๆ**

การบริการผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ COVID-19 มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบ New normal ด้านสิ่งแวดล้อม

- กำหนดโซนผู้ป่วยเสี่ยงออกจากผู้ป่วยปกติ

- จัดทำห้องแยกที่มีระบบดูดอากาศและขอสนับสนุนห้องระบบ negative pressure และจุดสวมใส่ PPE และห้องอาบน้ำหลังให้บริการผู้ป่วย PUI, COVID

- การกั้นฉากระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อเว้นให้มีระยะห่าง

- ทำระบบ one-way ในการจัดการขยะติดเชื้อและรับของใช้สะอาด
- กำหนดรถพยาบาลรับเฉพาะผู้ป่วยเสี่ยง COVID

#### ด้านบุคลากร

- กำหนดการจัดการหลังเสี่ยงสัมผัสเชื้อ การประเมินระดับความเสี่ยงการสัมผัส การทำงานแบบ Work from home และการตรวจ ATK

- กำหนดระดับการสวม PPE ให้เหมาะสมกับหัตถการ

#### ด้านระบบการบริการ

- การคัดกรองประวัติสัมผัส PUI ผู้รับบริการทุกคนที่เข้ารับบริการ
- การรับ case PUI, COVID จากบ้านกรณีมีอาการต้องรับการประเมินความรุนแรงและตรวจรักษา
- การใส่อุปกรณ์ป้องกันเหมาะสมกับหัตถการมีการฟุ้งกระจายเชื้อ

### 4. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

#### 4.1 ระบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพที่เสร็จสิ้นแล้ว)

กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยน/วิธีการใหม่ที่เกิดขึ้น	ผลลัพธ์หลังการพัฒนา
พัฒนาระบบเทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงาน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการใช้ QR code ในการเช็คยา อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ประจำเวร</li> <li>- มีการใช้ QR code ในการเช็ครถ refer รถ EMS</li> </ul>	- มีระดับความพึงพอใจในผู้ปฏิบัติงานในระดับดีมาก
พัฒนาหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง ให้เป็นไปตามประกาศคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินเรื่องหลักเกณฑ์และเงื่อนไขเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่และการกำกับดูแลหน่วยปฏิบัติการแพทย์ พ.ศ. 2564	- รับการประเมินที่มตรวจเยี่ยมเมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2566	- ผ่านเกณฑ์การตรวจประเมิน ให้เป็นหน่วยปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉินระดับสูง
พัฒนาการประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอพรหมพิราม	- รับการประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอพรหมพิรามร่วมกับภาคีเครือข่าย	- ผ่านเกณฑ์การประเมินรับรองระดับเงิน เมื่อปี 2564

พัฒนาระบบปรึกษาและส่งต่อระหว่างเครือข่ายรพ.สต. ในเขตอำเภอพรหมพิราม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีช่องโปรแกรม line ในการปรึกษาแพทย์ ER สำหรับ รพ.สต.</li> <li>- มีเกณฑ์การส่งต่อ</li> <li>- มีอบรมให้ความรู้เป็นระยะ</li> </ul>	- มีการปรึกษาในช่องทางที่กำหนด และมีการดูแลระหว่างส่งต่อได้ดี ไม่มีผู้ป่วยที่อาการทรุดลงระหว่างนำส่ง
--	--	--

#### 4.2 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างดำเนินการ

กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพ	การปรับเปลี่ยน/วิธีการใหม่ที่เกิดขึ้น	ผลลัพธ์หลังการพัฒนา
พัฒนาระบบการบริการ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- พัฒนาระบบพฤติกรรมบริการ โดยการเรียกประชุมทีม ER เพื่อหาข้อตกลง และบทลงโทษหากมีการกระทำผิดซ้ำๆ</li> <li>- พัฒนาระบบขั้นตอนการรับบริการ การ triage แยกระดับความเร่งด่วน พร้อมการสื่อสารให้ผู้รับบริการทราบ</li> </ul>	- อยู่ระหว่างประเมินผลลัพธ์การพัฒนา
พัฒนาระบบช่องทางการร้องเรียนของผู้รับบริการ	เพิ่มช่องทางการร้องเรียนจากเดิม มีแค่กล่องรับความคิดเห็น เพิ่มมี QR code ในการแสดงความคิดเห็นของหน่วยงาน และรายบุคคล	- อยู่ระหว่างประเมินผลลัพธ์การพัฒนา

## 5. แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Acute coronary syndrome เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินอาการ, การวินิจฉัย, รักษาที่รวดเร็วส่งต่อทันเวลา

### กิจกรรมพัฒนา

#### Pre-hospital

1. พัฒนาการเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ผ่านสายด่วน 1669 โดยการขยายผลการวิจัยโปรแกรมการบริหาร การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไปสู่ภาคประชาชนในรพ.สต. เครือข่าย ที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลพรหมพิราม เพิ่มอีก 1 แห่ง

2. พัฒนาเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่อำเภอ พรหมพิราม ให้ช่วยประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกลุ่มอาการฉุกเฉินโดยเฉพาะอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้เข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669

#### In-hospital

1. ทบทวนการประเมินและการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย ACS ตามแบบแผนระวัง Chest Pain ซึ่ง กำหนด Criteria for EKG เพื่อคัดกรองให้ครอบคลุมกลุ่มที่ไม่ได้มาด้วยอาการ Chest Pain

2. พัฒนาศักยภาพให้เข้ารับการอบรมหน่วยงานภายนอกเรื่องการแปลผล EKG เบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพ 2015 และนำความรู้มาถ่ายทอดแก่บุคลากรในหน่วยงาน

3. พัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพการดูแลผู้ป่วย ACS โดยเฉพาะการให้ยา Streptokinase แก่พยาบาลวิชาชีพใหม่ โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคลจากพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Stroke ได้รับการประเมินสภาพให้การรักษาตามแนวทางและส่งต่อเข้าระบบ Fast Track ทันเวลา

### กิจกรรมพัฒนา

1. ส่งข้อมูลให้กับทีมดูแลผู้ป่วยโรค HT เพื่อหาแนวทางการป้องกันการเกิด Stroke เพิ่มขึ้น

2. ร่วมกับทีมดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทำแบบสำรวจการรับรู้การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และอาการการเกิดภาวะ Stroke ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ร.พ., รพสต. เครือข่าย และกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. ให้คำแนะนำกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง DM, HT อาการที่เกิด Stroke ต้องรีบมาร.พ. ไม่เกิน 3 ชั่วโมง หลังมีอาการและ ประชาสัมพันธ์การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669

พัฒนาระบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึง ร.พ ได้รวดเร็วมากขึ้นถ้าเกิดเหตุฉุกเฉิน

### กิจกรรมพัฒนา

1. สำนวจความพร้อมทีมกู้ชีพพื้นฐานทุก อบต. เพื่อทำแผนติดตามการทำงานและการให้ความรู้กับทีมกู้ชีพ

2. จัดประชุมชี้แจงเพื่อแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาเครือข่ายการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับตำบลกับผู้บริหาร ของ อบต.

3. อบรมฟื้นฟูให้ความรู้กับทีมกู้ชีพ (EMR) ของอบต. เครือข่าย และกู้ชีพเอกชนเพื่อเตรียมความพร้อมในการ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน

4. ออกนิเทศติดตามหน่วยทีมกู้ชีพในเครือข่าย

พัฒนาระบบการให้บริการ เพื่อลดข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ

กิจกรรมพัฒนา

1. จัดตั้งคณะกรรมการจริยธรรมในรูปของกลุ่มการพยาบาล ในการนำนโยบายโรงพยาบาลคุณธรรม จริยธรรม ให้บริการ
2. สำรวจและประเมินตนเองการบริการด้วยจริยธรรม คุณธรรม ของบุคลากรในกลุ่มการพยาบาล
3. พัฒนาการสื่อสารกับผู้รับบริการอย่างมีจริยธรรม 6 ด้านในการให้บริการทุกจุดบริการ
4. ติดตามการปฏิบัติการพยาบาลด้วยจริยธรรม คุณธรรม

**6. การทบทวน 12 กิจกรรมของหน่วยงาน (ข้อมูลปี 2565-2568)**

การทบทวน	การปรับปรุงระบบที่เป็นผลจากการทบทวน
1.การทบทวนข้างเตียงผู้ป่วย (C3THER) -ทบทวน Case ระหว่างส่งเวรที่มีผู้ป่วยนอนสังเกตอาการ และหลังให้การรักษาใน Case ที่ต้องเฝ้าระวัง	-มีระบบการดูแลผู้ป่วย (CPG) รายโรคตามเข็มมุ่งของ ร.พ. คือ case ACS, Stroke, sepsis จะทบทวนทันทีที่เป็นราย case ที่ referไปและติดตาม case เพื่อประเมินผลการรักษาและการดูแลก่อนส่งต่อ -มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น (Standard Treatment)
ปี 2565 Case ผู้ป่วยชาย มาด้วยโดนทำร้ายร่างกาย มาตรวจเวรตึก มีอาการเมาสุรา เอะอะโวยวาย ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจ พยาบาลจึงให้นอนรอพบแพทย์ จนเวลาเช้า แพทย์มาตรวจพบเป็น Pneumothorax	ประชุมในคณะกรรมการ PCT ทบทวนระบบการดูแลผู้ป่วย
การทบทวน	การปรับปรุงระบบที่เป็นผลจากการทบทวน
2.การทบทวนคำร้องเรียน/ข้อคิดเห็น - พบข้อร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการของผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานเปล การใช้คำพูด การสื่อสารของทีมแพทย์และพยาบาล  -ระบบบริการนอกเวลาราชการล่าช้า	-เรียกพูดคุยตักเตือน ร่วมประชุมวางแผนร่วมกันในการประชุมของกลุ่มการพยาบาลในการปรับพฤติกรรมบริการ - มีระบบพิจารณาประเมินผลการปฏิบัติงานและพฤติกรรมบริการ - ชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติตามค่านิยมข้อ Service Mind  -มีแผนเปิดบริการนอกเวลาราชการช่วงเวรบ่ายเวลา16.30น.-20.00 น. ตรวจโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการเปิดให้บริการที่ OPD เพื่อลดระยะเวลาการคอยในการมารอตรวจในห้องฉุกเฉินช่วงนอกเวลา
3.การทบทวนการส่งต่อ - ทบทวนระบบการส่งต่อจากอุบัติเหตุผู้บาดเจ็บทุดลงระหว่างนำส่งโดยไม่ได้ E-T tube	1.ปรับระบบ Consultและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยทาง Lineและทั้งในระบบส่งต่อผู้ป่วยวิกฤติและในระบบ Fast Track โรค AMI , Septicemia , Stroke กับ ร.พ. พุทธา ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว

<p>- ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบ Fast Tack โรคที่ ร.พ. พุทธฯ กำหนด ได้แก่ AMI, Septicemia, Stroke</p> <p>- ทบทวนโรคและสาเหตุการที่ส่งต่อมาก เป็น 5 อันดับโรคของการส่งต่อ</p>	<p>2. เพิ่มการใช้ Tele-med บนรถ refer ในการปรึกษา case ขณะนำส่ง</p> <p>3. มีระบบตรวจสอบความพร้อมอุปกรณ์ เครื่องมือช่วยชีวิต ในรถ EMS และ Refer ทุกวันและก่อนออกรถไปปฏิบัติงาน ให้เตรียมพร้อมหลังกลับจาก ใช้รถทุกครั้ง</p>
<p>4. การตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญ</p> <p>- จะทบทวน Case กรณีผู้ป่วยนอกเวลาราชการหลังเวลา 20.00 น. กรณีที่พยาบาลตรวจเองโดยจะ Print ประวัติผู้ป่วยการตรวจรักษาให้แพทย์เวรตรวจเวรตอนเช้า เมื่อมีข้อแนะนำแพทย์ผู้ตรวจจะเขียนรายละเอียดการปรับปรุงในแต่ละ Case</p> <p>- เมื่อมีข้อ Comment จากแพทย์แจ้งเจ้าหน้าที่ขณะรับ-ส่งเวรหรือเวลาประชุมประจำเดือน</p>	<p>- มีแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น (Standing Treatment)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การใช้ยา Antibiotic</li> <li>- การประเมินภาวะ dehydration</li> <li>- การใช้ยาในเด็ก</li> <li>- การตรวจร่างกายในระบบทางเดินหายใจ</li> </ul> <p><b>ผลลัพธ์:</b> อัตราความถูกต้องจากการตรวจรักษาโดยผู้ที่มีใช้แพทย์ 98.75</p>
<p>5. การค้นหาความเสี่ยง, การทบทวนอุบัติการณ์</p> <p>- รายงานความเสี่ยงให้ทีม RM เมื่อพบความเสี่ยงตามระบบ</p> <p>- มีระบบการนิเทศทางการพยาบาลเพื่อค้นหาความเสี่ยง</p>	<p>- มีการรายงานความเสี่ยงตามระบบที่ถูกต้องเมื่อเกิดความเสี่ยงในหน่วยงาน</p> <p>- ทบทวนความเสี่ยงร่วมกันในหน่วยงานเมื่อเกิดอุบัติการณ์</p> <p><b>ปี 2564</b></p> <p>ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 10 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 14 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 2 อุบัติการณ์  รวม จำนวน 26 อุบัติการณ์</p> <p><b>ปี 2565</b></p> <p>ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 7 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 8 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์  รวม จำนวน 15 อุบัติการณ์</p> <p><b>ปี 2566</b></p> <p>ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 23 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 15 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 2 อุบัติการณ์  รวม จำนวน 40 อุบัติการณ์</p> <p><b>ปี 2567 (ต.ค. - ธ.ค. 2567)</b></p> <p>ความเสี่ยงระดับ A-B-C จำนวน 1 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ D-E-F จำนวน 8 อุบัติการณ์  ความเสี่ยงระดับ G-H-I จำนวน 0 อุบัติการณ์  รวม จำนวน 9 อุบัติการณ์</p>

<p>6.การทบทวนการติดเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>- แผลเย็บทั้ง Clean, contaminate, Dirty wound หลังการทำ Excision และแผลเย็บแล้วเสี่ยงแผลจะติดเชื้อ เนื่องจากบาดแผลมีการปนเปื้อนมากการล้างแผลให้สะอาดทำได้ยาก, ล้างแผลไม่สะอาดพบสิ่งตกค้างในแผล เช่น เศษดิน วัตถุคล้ายเหล็ก, การเย็บปิดที่แน่นเกินไป ไม่มีช่องระบาย จึงเกิดการติดเชื้อได้ ด้านผู้ป่วยและเกิดจากการปฏิบัติตัวด้านการดูแลบาดแผลไม่ถูกต้อง เช่น แผลเปียกน้ำ ทำแผลไม่ต่อเนื่อง ทำแผลเอง</p>	<p>- ใฝ่ระวังการติดเชื้อและติดตามการติดเชื้อจากการเย็บแผลทุกชนิด และทบทวน Case กรณีเกิดติดเชื้อร่วมกับทีม IC เพื่อหา RCA</p> <p>- มีแนวทางการปฏิบัติ (SP) ตามนโยบายทีม IC ทั้งการป้องกันการกระจายเชื้อและการติดเชื้อจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย</p> <p>- ทีม IC ร่วมกันทบทวนการดูแลแผลสะอาด สิ่งแวดล้อมในการทำแผลสะอาดรวมกับโซนทำแผล contaminate, Dirty wound ส่วนแผล contaminate ,Dirty wound ต้องตรวจสอบลักษณะบาดแผลความลึก สิ่งตกค้างในแผล ล้างแผลให้สะอาด ถ้าแผลสกปรกมากเย็บไม่ให้เห็นมากและไม่ให้เย็บปิดหมดให้ใส่ Drain ระบาย Discharge ออกเพื่อลดการติดเชื้อ</p>
<p>7.การทบทวนความคลาดเคลื่อนทางยา</p> <p>ปี 2564</p> <p>- ไม่ได้ให้ยา KCL iv ก่อน Admit</p> <p>- ได้รับยา ATB ล่าช้า</p> <p>ปี 2565</p> <p>-</p> <p>ปี 2566</p> <p>- จัดยาให้ผิดชนิด</p> <p>ปี 2567</p> <p>- ให้ยาผิดชนิด (แพทย์สั่งให้ยา Vit. B.co drip in NSS แต่พยาบาลให้ Vit. K drip in NSS แทน) ส่งไป Admit ห้องยาพบอุบัติเหตุการฉีกฉีดยาได้ จึงหยุดให้ยา รายงานแพทย์ ให้ Observe อาการ</p>	<p>- มีแนวทางการปฏิบัติในการให้ยาโดยใช้หลัก 5 หลัก</p> <p>- มีการตรวจสอบ order แพทย์ก่อน admit ทุกครั้ง</p> <p>- การตรวจสอบคำสั่งที่เป็นลายลักษณ์อักษรก่อนให้ยาผู้ป่วย และ-</p> <p>- Double check โดยทวนคำสั่งกับ Incharge</p> <p>ปรับเปลี่ยน Packet ยาให้พอดี dose ในแต่ละราย ไม่วางรวมกันหลายๆ dose</p>
<p>8.การทบทวนเวชระเบียน</p> <p>- หน่วยงานทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคตามเข็มมุ่งของ ร.พ. ร่วมกับทีม PCT</p>	<p>- มีระบบการทบทวนเวชระเบียนตามโรคเข็มมุ่งของ ร.พ. ทุก 1 เดือน ได้แก่ โรค ASC, Sepsis, COPD, Head Injury, Stroke, re-visit</p>
<p>9.การทบทวนการใช้ทรัพยากร</p>	<p>- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้</p> <p>9.1 การประหยัดค่าน้ำไฟฟ้า</p> <p>- ชี้แจงความจำเป็นในการช่วยกันประหยัดค่าน้ำ - ไฟฟ้าให้เจ้าหน้าที่ทราบ</p> <p>- เปิด - ปิด เครื่องปรับอากาศในเวลาที่กำหนดไว้และให้ปิดประตูห้องทุกห้องขณะเปิดแอร์</p> <p>- เปิดไฟตามความเหมาะสมในการทำหัตถการบริการผู้ป่วย</p> <p>- ไม่เปิดน้ำทิ้งไว้</p>

	<p>9.2 การตรวจสอบยาใน Stock ยา, เวชภัณฑ์ต่างๆห้อง ER เพื่อป้องกันยา และเวชภัณฑ์ต่างๆหมดอายุโดยมิได้ใช้</p> <p>9.3 ทบทวนการเบิกวัสดุ ครุภัณฑ์ ทุกชนิด โดยจัดทำบัญชีทุกรายการที่เบิกแต่ละครั้ง</p> <p><b>ผลลัพธ์</b></p> <p>- ไม่พบยา และเวชภัณฑ์หมดอายุค้างใน Stock</p>
<p>10.การทบทวนเครื่องชี้วัด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร่วมกันวิเคราะห์ในการเก็บตัวชี้วัดของหน่วยงาน</li> <li>- มอบหมายให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนเก็บตัวชี้วัดส่งทุกเดือน</li> <li>- ร่วมกันทบทวนตัวชี้วัดทุกเดือน</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีระบบการติดตามตัวชี้วัดและทบทวนตัวชี้วัดที่ไม่ได้ตามเป้าหมายทุกเดือน</li> </ul>
<p>12.การทบทวนการใช้ความรู้ทางวิชาการ</p> <p>-มีผู้รับผิดชอบทบทวนความรู้ทางวิชาการ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-มีแนวทางวิธีปฏิบัติการทำหัตถการต่างๆ (WI)</li> <li>- มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ</li> <li>-ทบทวนความรู้และแนวทางปฏิบัติเมื่อมีเจ้าหน้าที่ไปอบรมวิชาการแจ้งเวลาประชุมประจำเดือน</li> <li>-ประเมินสมรรถนะหาส่วนขาดของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานปีละ 1 ครั้ง</li> </ul>

## 7. การพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับ วิสัยทัศน์ พันธกิจ ของโรงพยาบาล

วิสัยทัศน์ (Vision) : “ โรงพยาบาลชุมชนต้นแบบ เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน”

พันธกิจ (Mission)

1. ต้นแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ
2. ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพและอนามัยของแม่และเด็กในพื้นที่
3. ต้นแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี
4. ต้นแบบการพัฒนางานทันตกรรมชุมชนและคลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง
5. ต้นแบบการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบครบวงจร
6. ต้นแบบของการพัฒนาเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)
7. ต้นแบบของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ
8. ต้นแบบของการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

### 1. ต้นแบบการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

#### การดำเนินการ

จากการทบทวนผลงานการดูแลผู้ป่วย ปี 2566 พบว่าผู้ป่วยที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชเป็นผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

#### แนวทางการพัฒนา

- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะวิกฤติและการส่งต่อ
- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### 2. ต้นแบบการพัฒนาสุขภาพและอนามัยของแม่และเด็กในพื้นที่

#### การดำเนินการ

จากการทบทวนผลงานการดูแลผู้ป่วย ปี 2566 พบว่าผู้ป่วยแม่และเด็กที่มารับบริการที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและเป็นโรคที่รุนแรงขึ้น

#### แนวทางการพัฒนา

- การดูแลผู้ป่วยแม่และเด็กในระยะวิกฤติและการส่งต่อ
- การดูแลผู้ป่วยแม่และเด็กเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการวางแผนจำหน่ายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

### 3. ต้นแบบการพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาเพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี

#### การดำเนินการ

พัฒนาเครือข่ายจิตอาสา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และรพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภอพรหมพิราม ให้ช่วยประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับกลุ่มอาการฉุกเฉินโดยเฉพาะอาการเจ็บแน่นหน้าอกให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินผ่านสายด่วน 1669 รวมทั้งการอบรมให้ความรู้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ในปี 2566 จำนวน 280 คน

#### แนวทางการพัฒนา

มีแผนพัฒนาเครือข่ายจิตอาสา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขั้นพื้นฐานให้ครบทุกตำบล และรพ.สต. ในเขตพื้นที่อำเภอพรหมพิราม

#### 4.ต้นแบบการพัฒนางานทันตกรรมชุมชนและคลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง

##### การดำเนินการ

- การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคทางช่องปากและทันตกรรม สามารถปรึกษาทันตแพทย์ได้ในเวลาราชการ และเวลา 16.30 – 20.30 น. ในวันจันทร์ - วันศุกร์ หากนอกเหนือจากเวลาดังกล่าว สามารถปรึกษาพ.ศุนย์ ได้

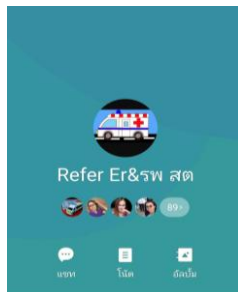
##### แนวทางการพัฒนา

มีแผนพัฒนาร่วมกันในระดับโรงพยาบาล

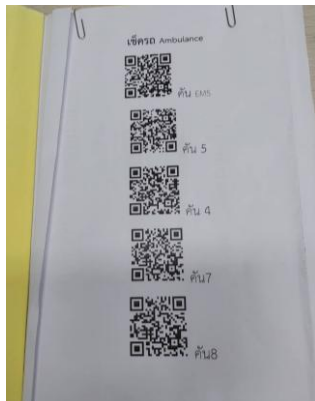
#### 7.ต้นแบบของการใช้ปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

##### การดำเนินการ

- พัฒนาระบบการปรึกษาแพทย์ของรพ.สต. เครือข่ายอำเภอพรหมพิราม ด้วยโปรแกรม line



- พัฒนาระบบการเช็คอุปกรณ์ประจำเวร ให้เข้าถึงง่ายขึ้นด้วย QR code



##### แนวทางการพัฒนา

มีแผนพัฒนานำปัญญาประดิษฐ์ (AI) ในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## 8.ต้นแบบของการพัฒนาระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล

### การดำเนินการ

- มีแผนพัฒนาการบันทึกเวชระเบียน อิเล็กทรอนิกส์ : ER paperless ดำเนินการหลังจาก IPD ดำเนินการ  
แนวทางการพัฒนา

-

## 8. การพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องหรือสอดคล้องกับค่านิยมของโรงพยาบาล

3 สุข 3ปลอดภัย ใน 3 กลุ่มเป้าหมาย: 1. ผู้ป่วย 2.ญาติผู้ป่วย 3. เจ้าหน้าที่บุคลากร



3 สุข แนวทางใช้หลักการ “พรหมวิหาร 4” ในการปฏิบัติงาน ซึ่งพรหมวิหาร 4 คือ หลักธรรมครองใจ ที่ทำให้คนปฏิบัติในทางที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ประกอบด้วยหลักปฏิบัติ 4 ประการ ประกอบด้วย เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา

1. **เมตตา:** ความปรารถนาให้ผู้อื่นมีความสุข คือ ความรักใคร่ ปรารถนาดี อยากให้เขามีความสุข มีจิตไมตรีและคิดทำประโยชน์แก่ส่วนรวม
2. **กรุณา:** ความปรารถนาให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ คือ ความสงสาร คิดช่วยเหลือให้ผู้อื่นพ้นทุกข์ ใฝ่ใจบำบัดความทุกข์ยาก ความเดือดร้อนของผู้อื่น
3. **มุทิตา:** ความยินดีเมื่อผู้อื่นได้ดี คือ ความยินดีเมื่อผู้อื่นอยู่ดีมีสุข มีจิตผ่องใสชื่นบานอยู่เสมอ ยินดีด้วยเมื่อผู้อื่นได้ดีมีสุข เจริญองกงามยิ่งขึ้นไป
4. **อุเบกขา:** การรู้จักวางเฉย ทำใจเป็นกลาง คือ ความวางใจเป็นกลาง มีจิตเรียบตรงเที่ยงธรรมดุจตาชั่ง ไม่เอนเอียงด้วยรักและชัง พร้อมทั้งจะวินิจฉัยและปฏิบัติไปตามธรรม รวมทั้งรู้จักวางเฉยสงบใจ



3 ปลอดภัย แนวทางใช้หลักการ : Prevent (ป้องกัน), Detect (รู้ไว้), Response (ตอบสนองได้ทันท่วงที)



การพัฒนาความรู้ ได้แก่ การสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการอบรมความรู้การดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ การดูแลผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วย Pre-hospital การดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการอบรมภายนอกหน่วยงาน ภายในหน่วยงาน การสอนงาน การเรียนรู้ด้วยตนเอง และ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสหสาขาที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาทักษะ ได้แก่ การอบรม การสอนงาน การฝึกปฏิบัติหน้างาน

การพัฒนาด้านคุณลักษณะเฉพาะบุคคล ค่อนข้างจะพัฒนายาก เนื่องจากเป็นลักษณะเฉพาะบุคคลที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ยาก การพัฒนาด้านนี้มีความสำคัญ เพราะการที่บุคคลที่มีคุณลักษณะเฉพาะบุคคลไม่เหมาะสมกับหน้าที่ มักจะก่อให้เกิดปัญหาในการทำงานและทำให้งานไม่ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมาย ไซการพัฒนาโดยการสร้างเจตคติที่ดีต่อการทำงาน การสร้างคุณค่าแห่งตน การกำหนดหน้าที่และมอบหมายงานที่ชัดเจน การควบคุมกำกับ การทำงานเป็นทีม การตักเตือน การลงโทษตามลำดับ

## 9. การพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบงานสำคัญของโรงพยาบาล

ผู้รับบริการได้รับบริการที่ รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

### 1. ผู้ป่วยได้รับบริการที่รวดเร็ว

EMS Response time ภายใน 5 นาที

มีเกณฑ์การคัดแยกและแนวทางในการ Triage ที่เป็นแนวทางเดียวกันชัดเจนเพื่อจัดลำดับความสำคัญ และให้การช่วยเหลือตามความรุนแรง

ผู้ป่วยวิกฤติ ได้รับการช่วยเหลือภายใน 4 นาที

ผู้ป่วยระบบ Fast track ได้รับการส่งต่อได้ทันเวลาและรวดเร็ว

### 2. ผู้ป่วยได้รับบริการที่ถูกต้อง

ผู้ป่วย Stroke และ Sepsis ได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติ

ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาที่ถูกต้องตามหลักปฏิบัติ 7 R

### 3. ผู้ป่วยได้รับบริการปลอดภัย

ผู้ป่วยได้รับการทำหัตถการที่ปลอดภัย ปราศจากการติดเชื้อ

อุปกรณ์ช่วยชีวิตเพียงพอพร้อมใช้

### 4. ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีมาตรฐาน

มี Guide line โรคที่สำคัญ เช่น Stroke, STEMI, Sepsis, DM c Hypoglycemia

บุคลากรผ่านการพัฒนาตามสมรรถนะ

### 5. ผู้รับบริการพึงพอใจ

มีพฤติกรรมการบริการที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง