**โรงพยาบาลสัตหีบกม.10**

**Service Profile: หน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช**

**1. บริบท(Context)**

**ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)**

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและนิติเวช ด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยและพึงพอใจ

**ข. ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)**

1. บริการตรวจและรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง

2. ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไปและบริการอื่นๆ นอกเวลาราชการ

3. ให้บริการ EMS ตลอด 24 ชั่วโมง

4. ประสานงานและให้บริการงานชันสูตรทางคดี

5. เป็นศูนย์ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย

6. บริการหน่วยปฐมพยาบาลระดับสูง

7. เป็นหน่วยประสานงานเตรียมความพร้อม ให้บริการในสถานการณ์อุบัติภัยและสาธารณภัย

**ค.ความต้องการของผู้รับผลงานสำคัญทั้งภายนอก/ภายใน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ผู้รับผลงานภายนอก | ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี | ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี |
| -ผู้ป่วยและญาติ | - ได้รับบริการด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย  - ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเสมอภาค  - คัดกรองได้ถูกต้อง | เจ้าหน้าที่บางท่านถูกร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ |
| -หน่วยงานอื่นๆ | -มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีส่งต่อข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ผู้รับผลงานภายใน | ความต้องการที่ตอบสนองได้ดี | ความต้องการที่ยังตอบสนองได้ไม่ดี |
| -ผู้ป่วยและญาติ | ได้รับบริการด้วยความรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย  - ดูแลเอาใจใส่ ให้ความเสมอภาค |  |
| -หน่วยงานอื่นๆ | -มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีส่งต่อข้อมูลครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน |  |

**ง.ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **รายการ/ปีงบประมาณ** | **2565** | **2566** | **2567** | **2568**  **(ต.ค.-ก.พ.)** |
| 1.การรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งหมด | 25,316 | 30,597 | 33,226 | 14,071 |
| Level 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Emergency (แดง) | 465 | 558 | 695 | 263 |
| Level 2 ผู้ป่วยฉุกเฉิน Urgent (ส้ม) | 1,090 | 1,966 | 2,617 | 1,291 |
| Level 3 ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน (เหลือง) มีกิจกรรม > 1 อย่าง  V/S ปกติ | 2,680 | 3,416 | 4,251 | 1,659 |
| Level 4 ผู้ป่วยทั่วไป (เขียว) มี 1 กิจกรรม | 3,373 | 5,666 | 7,582 | 3,129 |
| **รายการ/ปีงบประมาณ** | **2565** | **2566** | **2567** | **2568** |
| Level 5 ผู้ป่วยทั่วไป  ไม่มีกิจกรรม – บริการอื่นๆที่ไม่นับกิจกรรม (ขาว- ดำ) | 17,708 | 18,941 | 17,619 | 7,727 |
| 2.Trauma ทั้งหมด | 3,390 | 3,966 | 4,162 | 1,765 |
| 3.Non-trauma ทั้งหมด | 21,926 | 26,634 | 29,064 | 12,306 |
| 3.Admit ทั้งหมด (Level 1+2) | 697 | 960 | 1,274 | 626 |
| 4.ผู้ป่วยเสียชีวิต | 20 | 39 | 32 | 3 |
| 4.1 DBA (เสียชีวิตก่อนถึง) | 8 | 28 | 21 | 2 |
| 4.2 ER (เสียชีวิตใน ER) | 12 | 11 | 12 | 2 |
| 5. การสังเกตอาการ ≥ 2 ชม.  (มีการบันทึกแฟ้มเวชระเบียน) | 311 | 116 | 395 | 246 |
| 6.บริการการแพทย์ฉุกเฉิน(ออก EMS) | 269 | 281 | 358 | 176 |
| 7.การรับและส่งต่อ | 762 | 1,063 | 1,298 | 445 |
| 8.การชันสูตรและคดี | 192 | 255 | 275 | 122 |
| 8.1 ช่วยชันสูตรศพ | 67 | 52 | 51 | 21 |
| 8.2 บันทึกทางคดี | 125 | 192 | 224 | 101 |
| 9. ตรวจรักษานอกเวลาราชการ | 6178 | 8,523 | 9,174 | 3577 |
| 9.1 ตรวจโดยพยาบาล | 564 | 451 | 56 | 10 |
| 9.2 รายงานแพทย์/ตรวจโดยแพทย์ | 5614 | 8,072 | 9,118 | 3567 |
| 10. หน่วยรักษาพยาบาลเคลื่อนที่และปฐมพยาบาลระดับสูง | 4 | 12 | 14 | 17 |
| 10.1 หน่วยรับเสด็จฯ | 4 | 12 | 2 | 4 |
| 10.2 หน่วยปฐมพยาบาล | 21 | 8 | 41 | 13 |
| 10.3 จำนวนผู้รับบริการ | 25 | 8 | 12 | 20 |

**Key Clinical Population**

**จำนวนกลุ่มโรคสูงสุด 5 ลำดับแรก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **2565** | **2566** | **2567** | **2568** |
| 1.Hypertension I10 | 790 | 824 | 404 | 45 |
| 2.Dizziness | 680 | 541 | 31 | 4 |
| 3.Dyspepsia | 731 | 430 | 50 | 3 |
| 4.AGE | 664 | 431 | 32 | 5 |
| 5.UTI | 430 | 220 | 172 | 12 |

**จำนวนกลุ่มโรคเสียชีวิตสูงสุด 5 ลำดับแรก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **2565** | **2566** | **2567** | **2568** |
| 1.Cardiac arrest | 8 | 26 | 35 | 10 |
| 2.CHF | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 3.หลอดเลือดหัวใจ | 2 | 3 | 2 | 2 |
| 4.Sepsis | 1 | 2 | 1 | 1 |
| 5.Pneumonia | 2 | 3 | 3 | 1 |

**จำนวนกลุ่มโรคความเสี่ยงสูงสุด 5 ลำดับแรก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **2565** | **2566** | **2567** | **2568** |
| 1.STROKE | 161 | 188 | 128 | 98 |
| 2.PNEUMONIA | 209 | 381 | 269 | 94 |
| 3.SEPSIS | 31 | 31 | 61 | 31 |
| 4.UGI BLEEDING | 89 | 9 | 38 | 42 |
| 5.STEMI | 11 | 22 | 15 | 5 |

**จำนวนกลุ่มโรค refer out สูงสุด 5 ลำดับแรก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | 2565 | 2566 | 2567 | 2568 |
| 1.Stroke | 170 | 219 | 128 | 17 |
| 2.Appendecitis | 23 | 45 | 54 | 6 |
| 3.Head injury | 11 | 7 | 7 | 12 |
| 4.Pneumonia | 17 | 24 | 26 | 17 |
| 5.UGIB | 12 | 11 | 8 | 6 |

**จำนวนกลุ่มโรค REFER IN สูงสุด 5 ลำดับแรก**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **2565** | **2566** | **2567** | **2568** |
| 1.DM | **3** | **1** | **1** | **1** |
| 2.Anemia | **4** | **1** | **1** | **0** |
| 3.HT | **3** | **0** | **0** | **0** |
| 4.CKD stage 3 | **0** | **1** | **1** | **0** |
| 5. Pneumonia | **1** | **1** | **1** | **0** |

**จ. ทรัพยากร**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ทรัพยากร** | **สิ่งที่เข้มแข็ง** | **สิ่งที่ต้องพัฒนา** |
| สถานที่ | กว้าง โปร่ง | * ห้องแรงดันลบ เพิ่มระบบออกซิเจน ดูดเสมหะไปป์ไลน์พร้อมใช้งาน * ติดสติกเกอร์กระจกด้านหน้าห้อง * ปรับปรุงผนังห้องด้านหน้าห้องฉุกเฉินให้ทำความสะอาดง่าย |
| เทคโนโลยี |  | * เครื่องชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงดิจิตอลเชื่อมต่อบลูธูล บันทึกลงในระบบ mit-net ได้ทันที |
| เครื่องมือ | * Defibrillator 2 เครื่อง * Auto CPR 2 เครื่อง * EKG 2 เครื่อง * Pulse Oximeter 4 เครื่อง * AED 2 เครื่อง * Infusion pump 4 เครื่อง * เครื่องช่วยหายใจ ventilator 2 เครื่อง * รถ Emergency 2 คัน * Oxygen & Suction pipeline ที่เพียงพอ * รถพยาบาลฉุกเฉินระดับสูง 2 คัน | * Auto CPR สำหรับออก EMS * EKG Mobile สำหรับออก EMS * Patient Monitor พร้อมจอ monitor สำหรับ Refer |
| เวชภัณฑ์ | * เพียงพอพร้อมใช้ | * Collar mask |
| บุคลากร (ความรู้ สุขภาพ) | * แพทย์ทั่วไป 4 คน * กุมารแพทย์ 2 คน * มีแพทย์เวร อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช ตลอด 24 ชม. * แพทย์ประจำ ER 1 คน (เวรเช้า) * พยาบาลวิชาชีพ สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป(ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น 1 คน   (หัวหน้างาน)   * พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาล   เวชปฏิบัติฉุกเฉิน 3 คน   * พยาบาลวิชาชีพ 6 คน * AEMT 3 คน * พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ 5 คน   (ใช้ร่วมกับ LR)   * วันราชการ เวรเช้า มีพนักงานเปลประจำ 1 คน * นอกเวลาราชการ มีพนักงานเปลประจำ   2 คน | * เวร Second call * แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน * อายุรแพทย์ * แพทย์สูติกรรม * แพทย์ศัลยกรรม * แพทย์ตรวจนอกเวลาราชการตลอด 24 ชม. * พยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลเวชฉุกเฉิน * เพิ่มพยาบาลวิชาชีพ * พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ประจำหน่วยงาน |

**ฉ. นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ขององค์กร (ระบุเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องและได้ดำเนินการ)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| นโยบาย/จุดเน้น/ยุทธศาสตร์ | แนวทางตอบสนองที่มีอยู่ | สิ่งที่ต้องพัฒนา |
| 1 ผู้ป่วย Head injury วินิจฉัยที่ถูกต้อง | * แนวทาง Mild/Moderate Head injury * ระบบ fast track * การใช้ CODE Rainbow | แนวทางการดูแลให้ครอบคลุม  ส่งต่อรวดเร็สฃว |
| 2.**ผู้ป่วย** STEMI วินิจฉัยแม่นยำ | * การทำ EKG ได้ภายใน 10 นาที * การวินิจฉัยได้ภายใน 20 นาที * แนวทางส่งต่อภายใน 30 นาที |  |
| 3.ผู้ป่วย Stroke **ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง รวดเร็ว** | - Standing order Stroke  - Care Map stroke ในการดูแลผู้ป่วย | การซักประวัติให้ครอบคลุม |
| 4.ผู้ป่วย Sepsis วินิจฉัยได้ถูกต้องทันการณ์ ให้การดูแลรักษาได้เหมาะสม | - การใช้เครื่องมือ SiRs/qSofa /News score  - Standing order SEPSIS | 1.chart sepsis  2. ประเมิน SOS score |
| 5.ผู้ป่วย Appendicitis วินิจฉัยได้ถูกต้องทันเวลา | - Alvarado Score  - CT whole Abdomen เพื่อวินิจฉัย | การซักประวัติ ตรวจร่างกาย |
| 6.ผู้ป่วย UGIB ได้รับการประเมิน รักษา และส่งต่ออย่างเหมาะสม | * แนวทางการให้ยา * เกณฑ์การส่งต่อ รพ.ที่มีศักยภาพ |  |
| 7.ผู้ป่วย Pneumonia ได้รับการรักษาที่เหมาะสม**ทุกราย** | * การวินิจฉัยที่รวดเร็ว * Standing order Pneumonia * การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม | การใช้ chart Pneumonia |

**ช.ประเด็นคุณภาพและตัวชี้วัดที่สำคัญ (Key Quality Issues & Key Performance Indicator)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพ** | **ตัวชี้วัดที่สำคัญ** |
| **1.STEMI:**  - ประเมินผู้ป่วยได้ครอบคลุม ถูกต้อง ตรวจ EKG ได้เร็ว วินิจฉัยถูกต้อง เข้าถึงการรักษาด้วยยา SK/ PCI ลดการเสียชีวิต  - ระบบ Consult ที่รวดเร็วด้วยแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาลสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ กรมแพทย์ทหารเรือ และ โรงพยาบาลชลบุรี จะช่วยลดอุบัติการณ์การส่งต่อล่าช้า | - ร้อยละ STEMI ได้รับการทำ EKG ภายใน 10 นาที  - ร้อยละผู้ป่วย STEMIได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที > 70  - ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต miss/delay diagnosis เท่ากับ 0 |
| **2.Stroke**:  1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการล่าช้าทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการได้รับยาละลายลิ่มเลือด  2. การวินิจฉัยผิดพลาดหรือล่าช้า ทำให้เพิ่มอัตราการเกิดความพิการและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต  3. การดูแลอย่างต่อเนื่องและมีระบบการติดตามผู้ป่วยที่ผิดนัดขาดยา จะช่วยลด Recurrent stroke | * ร้อยละ Stroke fast track ส่งต่อถึงรพ. บางละมุง ไม่เกิน 4 ชม.> 50 * ร้อยละ Miss Diagnosis/delay diagnosis Stroke = 0 * ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าระบบ fast track ได้รับ rtPA > 10   - ร้อยละRecurrent Stroke < 15 |
| 3. Sepsis :  1. ผู้ป่วยมารับบริการล่าช้าไม่ทันการณ์  2. การวินิจฉัยสาเหตุของภาวะ Sepsis ล่าช้า  3. การใช้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสม  4. การบริหารจัดการสารน้ำเหมาะสม การประเมิน/ การประเมินซ้ำครอบคลุม | * ร้อยละการได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย > 80   - ร้อยละการเกิดภาวะ Septic shock และ complicationอื่นๆ หลังการรักษา< 10  - ร้อยละ Miss diagnosis เท่ากับ 0  - ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ shock<5 |
| **4.TBI**:  1.การประเมินที่ครอบคลุม Re-Assessment ที่รวดเร็วทำให้ วางแผนการรักษาได้เหมาะสม  2.ระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย | * ร้อยละผู้ป่วย HI revisit/Miss Diagnosis = 0 |
| **5.Appendicitis**  1. Education ของประชาชนช่วยลดการเข้าถึงด้วย Ruptured Appendicitis  2. การวินิจฉัยถูกต้องรวดเร็ว และรักษาเหมาะสม ลดการเกิด Ruptured Appendicitis  ขณะ admit หรือ re visit | * ร้อยละผู้ป่วยAppendicitis re -visit เท่ากับ 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| **8.UGIB**:  1. Education & Empowerment ไม่เหมาะสม ทำให้กลับมารักษาซ้ำ และ Shock ก่อนถึงโรงพยาบาลทำให้เสียชีวิตหลังส่งต่อ  2. การประเมินแรกรับเพื่อแยกกลุ่ม low risk/high risk การพิจารณา Refer ที่ ไม่ครอบคลุม ส่งผลให้อาการทรุดลง เกิดunplanned refer/delayed refer  3. การ Refer out ไม่สำเร็จ ทำให้ต้อง admit กลุ่ม high risk ไว้ ร่วมกับการประเมินซ้ำไม่ไวพอ ไม่ครอบคลุม ทำให้การวางแผนการรักษาไม่เหมาะสม/ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงด้วยภาวะ shock ทำให้เกิด unplanned refer | * ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ shock<5 |
| **9.Pneumonia:** ผู้ป่วย pneumonia ทุกรายได้รับการรักษาเหมาะสม ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิด respiratory failure (unplanned tube/ refer) ลดอุบัติการณ์ unexpected dead | * อัตราการเกิด unexpected dead เท่ากับ 0 |

**ซ.ความเสี่ยงสำคัญและมาตรการป้องกัน (สอดคล้องกับแผนความเสี่ยงและ risk profile)**

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเสี่ยง** | **มาตรการป้องกัน** |
| 1. การเกิด Medication Errors และ Adverse Drug Event | WI:การให้ยา |
| 2. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด | WI:การให้เลือด |
| 3. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด | WI: PI |
| 4. ข้อผิดพลาดในการวินิจฉัยโรค | ทบทวนร่วมกับ MSO |
| 5. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ / | WI: LAB |
| 6. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน | WI: Triage |
| 7. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ | WI: IC |
| 8.การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ | WI: การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ |
| **9.CPM205:Medication error : Administration (เกิดข้อผิดพลาด/อุบัติการณ์ในขั้นตอนการให้ยา)** | WI: **Medication error** |
| **11.GPM203:เกิดเรื่องร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์** | ทบทวนกระบวนการ**ร้องเรียนจากการบริการทางการแพทย์** |
| **12.CPP303:(Patient Assessment) ผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมิน/ประเมินผิด/ประเมินไม่ครบถ้วน ตามเกณฑ์ อาการหรือการดำเนินโรค** | WI : การประเมินผู้ป่วย |
| **13.CPL202:สิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม หรือไม่มีสิ่งส่งตรวจ** | WI : การเก็บสิ่งส่งตรวจ |
| **14CPP302:(Access & Entry) ผู้ป่วยเข้าถึงหรือได้รับบริการ ผิด/ล่าช้าไปจากเกณฑ์ หรือโรคที่เป็น** | WI: Triage |
| **CPP202:การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจหรือการรักษาทางรังสีวิทยาผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน** | WI : PI |
| **GPI102:บุคลากรสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งบริเวณเยื่อบุหรือผิวหนังที่มีแผล (mucous membrane and non-intact skin exposure to blood and body fluid)** | WI : IC |
| **CPE405:Delay Diagnosis and Delay treatment ในผู้ป่วย ฉุกเฉิน และผู้ป่วย Fast Track** | WI : Triage |

**2.กระบวนการสำคัญ(KEY Processes)**

| **กระบวนการสำคัญ**  **(Key Process)** | **สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ**  **(Process Requirement)** | **ความเสี่ยงสำคัญ**  **(Key Risk)** | **ตัวชี้วัดสำคัญ**  **(Performance Indicator)** |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | 1.ผู้ป่วย STEMI ทุกราย ได้รับการตรวจ EKG ภายใน 10 นาที  2.ผู้ป่วย STEMI ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที  3.ผู้ป่วย Stroke เข้าระบบ fast track เพิ่มขึ้น  4.ผู้ป่วย Sepsis ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย | 1.MISS Diagnosis STEMI /STROKE/SEPSIS  2.Delay refer STEMI/STROKE/Sepsis  3.Under triage | - ร้อยละกลุ่มเสี่ยง STEMI ทำ EKG ใน 10 นาที > 70  - ร้อยละผู้ป่วย STEMIได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที> 70  -ร้อยละผู้ป่วยที่เข้าระบบ fast track ได้รับ rTPA > 10  -ร้อยละ Stroke fast track ส่งต่อถึงรพ. บางละมุง ไม่เกิน 3 ชม.> 50  - อัตราการได้รับยา ATB ภายใน 1 ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย > 80 |
| 2. การประเมินผู้ป่วยและการวินิจฉัยโรค | 1.ผู้ป่วย TBI ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง  2.ผู้ป่วย Appendicitis ได้รับการวินิจฉัยถูกต้อง รวดเร็ว เหมาะสม  3.ผู้ป่วย STEMI ไม่พบเสียชีวิต miss/delay Diagnosis เสียชีวิต  4.ผู้ป่วย Sepsis ไม่เกิดภาวะ Septic shock และcomplication อื่นๆ หลังการรักษา  5.ผู้ป่วยStroke ไม่พบ Miss diagnosis  6.ผู้ป่วย UGIB ไม่เกิด ภาวะ shock |  | -อัตราผู้ป่วย HI revisit/Miss Dx.= 0  -ร้อยละผู้ป่วยAppendicitis re -visit เท่ากับ 0  -ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิต miss/delay diagnosisเท่ากับ 0  -อัตราการเกิดภาวะ Septic shock และcomplicationอื่นๆ หลังการรักษา< 10  -อัตรา Miss diagnosisเท่ากับ 0  -ร้อยละของผู้ป่วยที่เกิดภาวะ shock<5 |
| 3. การวางแผน  การวางแผนการดูแล/จำหน่ายผู้ป่วย | 1.ผู้ป่วย Stroke ไม่เกิด Recurrent stroke |  | - อัตราการre-visitใน 48 ชม.<5  - อัตราการre-visitใน 48 ชม.< 5/อัตรา  - อัตรา Recurrent stroke<15 |
| 4. การดูแลผู้ป่วย | 2.ผู้ป่วย STEMI ไม่เสียชีวิตในโรงพยาบาล  3.ผู้ป่วย STEMIได้รับการ EKG,dx.,refer ทันเวลา  4.ผู้ป่วย Pneumoniaไม่พบ unexpected dead  7.ผู้ป่วย Sepsis เสียชีวิตลดลง |  | -ร้อยละผู้ป่วยSTEMIเสียชีวิตในโรงพยาบาล<15  -อัตรา STEMI ที่ได้รับ EKG ภายใน 10 นาที >80  -อัตรา STEMI ที่ได้รับ Dx. ภายใน 20 นาที >80  -อัตรา STEMI ที่ได้รับ refer ภายใน 30 นาที >80  -อัตราการเกิด unexpected dead เท่ากับ 0  -อัตราการตายผู้ป่วย Sepsis< 30 |
| 5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง | 1.ผู้ป่วย Asthma revisit ลดลง  2.ผู้ป่วยCOPDเกิด acute exacerbation ลดลง |  | -อัตราการ re visit ER <5  -อัตราการเกิด acute exacerbation<5 |
| 6. การดูแลต่อเนื่อง | 1.ผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูมี Barthel index เพิ่มขึ้น  2.ผู้ป่วย Stroke เกิดRecurrent stroke ลดลง |  | - อัตรา Stroke ได้รับการฟื้นฟูมี Barthel index เพิ่มขึ้น >75  - อัตรา Recurrent stroke <15  -อัตราการเกิด Stroke รายใหม่ในผู้ป่วย HT< 1 |

**การวิเคราะห์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงาน**

|  |  |
| --- | --- |
| **ผลการวิเคราะห์ทบทวนกระบวนการที่ต้องการพัฒนา** | **การปรับปรุงกระบวนการ** |
| 1. การประเมินผู้ป่วย | Monitor ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ACS STROKE SEPSIS TBI |
| 2.การวางแผนการดูแล/จำหน่ายผู้ป่วย | วางแผนการดูแลต่อเนื่อง |

**3.การดำเนินการพัฒนาคุณภาพในรอบปีปัจจุบัน**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทายที่สำคัญ** | **เป้าหมาย/วัตถุประสงค์** | **ตัวชี้วัด** | **กิจกรรมพัฒนา** |
| การประเมินผิดพลาด ล่าช้า | ประเมินถูกต้องรวดเร็ว | Under triage | Monitor กลุ่มเสี่ยง |
| Admin error | ผู้รับบริการ ได้รับบริการที่ถูกต้อง ปลอดภัย | Admin error | Grand round |

**4.ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน (Performance Indicator)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **เป้าหมาย** | **ปี 2565** | **ปี2566** | **ปี 2567** | **ปี2568** |
| **ด้านความปลอดภัยทั่วไป** |  |  |  |  |  |
| **Pre Hospital** |  |  |  |  |  |
| 1.Response Time ระยะทาง 10 กม.ภายใน 10 นาที | 70% | 89.04 | 90.18 | 94.68 | 100 |
| 2.On Scene เกิน 10 นาที | < 10% | 11.85 | 37.44 | 9.62 | 11.36 |
| 3.การเข้าถึงระบบ EMS | > 5% | 19.82 | 21.45 | 22.78 | 11.00 |
| In- Hospital |  |  |  |  |  |
| 4.อุบัติการณ์การ Triage ผู้ป่วย Fast tract ผิดพลาด | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 5.อุบัติการณ์ความไม่พร้อมในการทำ CPR | 0 | 0 | 1.87 | 0 | 0 |
| 6.อุบัติการณ์ Med error | 0 | 2 | 2 | 1 | 5 |
| 7. ร้อยละของ ER re-visit ภายใน 48 ชม.  ที่ได้รับการ  7.1 Admit, Refer  7.2 เสียชีวิต | < 1  0 | 0.96  0 | 1.12  1 | 0.89  0 | 51  47.06  0 |
| **ด้านความปลอดภัยทางคลินิก** |  |  |  |  |  |
| **1. STEMI** |  |  |  |  |  |
| - ร้อยละ STEMI ได้รับการตรวจ EKG  ภายใน 10 นาที | >70% | 83.33 | 92.0 | 100 | 100 |
| - Door to Refer time ภายใน 30 min | > 70% | 100 | 90.91 | 100 | 100 |
| -อัตราการเสียชีวิตในโรงพยาบาล | <15 % | 0 | 0 | 0 | 0 |
| -อัตรา STEMI ที่ได้ทำ PCI | > 80% | 100 | 95.83 | 100 | 100 |
| **2. Acute Stroke** |  |  |  |  |  |
| - อัตราStrokeส่งต่อถึงรพ.ชลบุรีไม่เกิน 3 ชม | > 50% | 14.67 | 21.28 | 22.84 | 50 |
| - อัตราการได้รับ rtPA. | >10% | 0 | 5 | 5 | 1 |
| **ด้านความปลอดภัยทางคลินิก** |  |  |  |  |  |
| **3.Appendicitis** |  |  |  |  | **22** |
| -จำนวน Rupture Revisit / miss Dx | 0 | 3.03 | 12.96 | 14.86 | 27.27 |
| - จำนวน Revisit / miss Dx | 0 | 0 | 1 | 3.84 | 0 |
| **4.Sepsis** |  |  |  |  |  |
| -ร้อยละผู้ป่วย Sepsis ที่ได้รับยา ATB ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย  -ร้อยละ septic shock ที่ ER | > 80  < 20 | 100  NA | 100  NA | 98.39  41.94 | 100  17.39 |
| **5.UGIB** |  |  |  |  |  |
| -ร้อยละของผู้ป่วย unplanned / delay refer | 0 | 0 | 4.45 | 0 | 0 |
| **7. HI** |  |  |  |  |  |
| - จำนวน revisit /missed Dx. | 0 | 0/0 | 0/1 | 0/0 | 0/1 |
| **ความพึงพอใจ** |  |  |  |  |  |
| 1. อัตราความพึงพอใจ | ≥ 80% | 80.12 | 78.42 | 79.84 | 86.08 |

**5.กิจกรรมทบทวนคุณภาพ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **กิจกรรมทบทวนคุณภาพ** | **วิธีการ/ความถี่/ผู้เข้าร่วม** | **กรณีตัวอย่าง** | **การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น** |
| การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย/ทำงาน | C3THER/ขณะปฏิบัติงาน/ทบทวนกิจกรรม/เวชระเบียน  ความถี่: ทุกวัน/บุคลากรในหน่วยงาน  กรณีระดับ E ทบทวนร่วมคณะกรรมการ RM ทำ RCA | CMP203 ทบทวนกระบวนการจ่ายยา  CPM208 look-alike Sound Alike การจ่ายยาเสียงพ้อง รูปพ้อง | การปฏิบัติตามแนวทางการใช้ยา |
| การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา | สอบถาม เหตุผลการส่งต่อ ขอย้าย เกินศักยภาพ | ผู้ป่วยมีสิทธิ์การรักษา รพ.สก. รักษาอยู่ ชี้แจงแนวทางการรักษา ขั้นตอนการรักษา การเซ็นต์ปฏิเสธการรักษา | WI : การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา |
| การค้นหาความเสี่ยง | ขณะปฏิบัติงาน/ทบทวนกิจกรรม/เวชระเบียน | ค้นหาเชิงรุก/เชิงรับ | มาตรการการป้องกัน RM |
| การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ | ขณะปฏิบัติงาน/ทบทวนกิจกรรม/เวชระเบียน  ความถี่ ทุกครั้งที่มีข้อร้องเรียน บุคลากรในหน่วยงาน | ร้องเรียนพฤติกรรมบริการ  แจ้งบุคลากรในหน่วยรับทราบและปรับเปลี่ยน พัฒนาให้ดีขึ้น | ข้อร้องเรียนลดลง |
| การทบทวนโดยผู้ชำนาญกว่า | ทบทวนขณะส่งเวรทุกเวร ทุกวัน | การทำแผล สะอาดขนาดเล็ก |  |
| การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล | ขณะปฏิบัติงาน/นิเทศทางการพยาบาล | การล้างมือ/เข็มทิ่มตำ/covid19 |  |
| การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา | ขณะปฏิบัติงาน/รับ ส่งเวร ทุกวัน | เทคนิค 6R | WI :Medication error |
| การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน | โดย จนท.หน่วยงานที่ได้รับมอบหมายร่วมกับหัวหน้างาน เดือนละ 1 ครั้ง | การลงข้อมูลถูกต้อง | การลงข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน |
| ทบทวนการใช้ทรัพยากร | ทบทวนโดย หัวหน้างาน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง | การใช้ แผ่น AED | กำหนดแนวทางร่วมกัน |
| การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ | ส่ง จนท อบรม และนำวิชามานำเสนอในเวทีประชุมประจำเดือน | นำวิชาการใหม่ๆมาใช้ปฏิบัติงาน | WI:Triage |
| การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ | ติดตามทุก 3 เดือน | KPI Monitor | KPI Monitor |
| การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ | ขณะปฏิบัติงาน/นิเทศทางการพยาบาล | RCA :unplan CPR/ ME | ไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำWI/แนวทางปฏิบัติ |

**6.ผลงานที่ภาคภูมิใจ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ผลงาน** | **การเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงานที่ยังใช้ถึงปัจจุบัน** | **เริ่มเมื่อ** | **ผลลัพธ์** |
| ร้อยละ STEMI ได้รับการตรวจ EKG  ภายใน 10 นาที | การใช้ Early warning signs | 2564 | ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100 |
| Response Time EMS ระยะทาง 10 กม.ภายใน 10 นาที | ระยะทาง 1 กิโลเมตรต่อ 1 นาที | 2564 | ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100 |
| **อุบัติการณ์การ Triage ผู้ป่วย Fast tract ผิดพลาด** | **WI : Triage ESI** | 2564 | ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 0 |
| STEMI Door to Refer time ภายใน 30 min | **ระบบ fast track รพสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์** | 2564 | ผ่านเกณฑ์เป้าหมายร้อยละ 100 |