แบบรายงานการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ รอบที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

เขตสุขภาพที่ 1 จังหวัดแพร่ ระหว่างวันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2562 และวันที่ 1 มีนาคม 2562

คณะที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ประเด็น Trauma

KPI : 17) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level 1) ภายใน 24 ชม. ใน รพ.ระดับ A, S, M1 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 12 )

* มาตรการสำคัญ
1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care
2. ลดอัตราการเสียชีวิตของโรคที่เกิดจากอุบัติเหตุที่สำคัญและมีความรุนแรง
3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน
* สถานการณ์

 ในปี 2562 (ต.ค 61 – ธ.ค 61 ) พบว่ามีผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 11,589 ราย (เฉลี่ย 129 รายต่อวัน ) แยกเป็น Trauma3,398 รายและ Non trauma 6,414ราย เป็นกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (ESI 1-2 ) คิดเป็น 20.21 %เป็นผู้ป่วยกลุ่มไม่ฉุกเฉิน (ESI 4-5 ) คิดเป็นร้อยละ 43.99 %จำนวนบุคลากร แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 4 คนพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ( EN /ENP) 6/4 คน พยาบาลผู้จัดการระบบ(TNC)2 คน พยาบาลวิกฤต 1 คน พยาบาล(RN) 5คน นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (Paramedic) 4 คน นักปฏิบัติการแพทย์ฉุกเฉิน (EMT-I) 2 คน

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมงพบอัตรา 5.21 % อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายเมื่อวิเคราะห์เชิงลึกพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติ (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้ป่วย Non – Trauma 3.4 % ผู้ป่วย Trauma พบ 24.05 %พบอัตราการเสียชีวิตที่สูงในผู้ป่วย Trauma

การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินน้อย พบอัตราผู้ป่วยสีแดงที่มาด้วยระบบ EMS ปี 2562 (ไตรมาสแรก) 348/1468 รายคิดเป็น 16.85 %

จึงมุ่งเน้นการเพิ่มประสิทธิภาพและลดระยะเวลาการเข้าถึงบริการ definite care การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาห้องฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่ทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ การจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระบบ กำหนดใช้แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง 12 องค์ประกอบ ตามแบบฟอร์มการประเมิน Hospital Based Emergency Care System (ECS คุณภาพ) ครอบคลุมทั้งในการดำเนินงานในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติเชื่อมโยงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ

* ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | เป้าหมาย | ผลการดำเนินการ | ร้อยละ |
| 1 | อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Triage level 1) ภายใน 24 ชั่วโมง  | <12 % | 940 / 49 | 5.21 |
| 2 | อัตราผู้ป่วย ESI 1 ข้อบ่งชี้สามารถผ่าตัดได้ใน 1 ชั่วโมง | >80 | 1/2 | 50 |
| 3 | อัตราผู้ป่วย ESI 1-2 อยู่ในห้องฉุกเฉินภายใน 2 ชั่วโมง | >60 | 1.8 ชั่วโมง | 100 |
| 4 | อัตราตายผู้ป่วย PS score >0.75 และได้ทำ root cause analysis | 100 | 3/3 | 100 |
| 5 | อัตราตายผู้ป่วย Severe TBI ที่เสียชีวิต  | <45 | 14/28 | 50 |
| 6 | อัตรา TEA Unit ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ | >80 | 1 แห่ง | 60 |
| 7 | อัตราของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS  | >80 | 50 | 50 |

* มาตรการและกลวิธี Essential task
1. มาตรการในการลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน

- พัฒนาศักยภาพในการคัดแยกผู้ป่วยด้วยระบบ National Triage

- การแบ่งโซนพื้นที่ดูแลผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน

- แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินในเวรเช้าและเวรบ่าย , แพทย์เวร consult ทุกสาขาตลอด 24 ชั่วโมง

- แผนฉุกเฉินรองรับกรณีผู้ป่วยล้นห้องฉุกเฉินทั้งภาวะปกติและเทศกาล

- OPD นอกเวลา

- Audit case ผู้ป่วยระบบ Fast track ทุกระบบ

2. การพัฒนาคุณภาพของห้องฉุกเฉิน

- ร่วมภาคีเครือข่ายในการรณรงค์อุบัติเหตุ / การเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่าย เช่น EMR , อฉช

- ปรับปรุงห้องฉุกเฉินพร้อมอุปกรณ์ที่ทันสมัย

- ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยระบบ fast track และกลุ่มผู้ป่วยเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน

- ไม่ Set OR ใน case ไม่ฉุกเฉิน

- ER safety goal ติดตั้งระบบความปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน กริ่งสัญญาณ, กล้องวงจรปิด, ระบบความเสี่ยงสำคัญจัดทำแผนรองรับพร้อมมีการซ้อมแผนเตรียมความพร้อม

 - Ambulance safety ศูนย์ส่งต่อรับผิดชอบโดยตรง, มาตรฐานรถพยาบาลการติดตั้งเข็มขัด, สายรัดอุปกรณ์ในรถพยาบาล, GPS monitor รถพยาบาล , พนักงานขับรถปลอดแอลกอฮอล์ , พัฒนาติดตั้งระบบ Tele

3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศในห้องฉุกเฉิน

 - ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่จัดประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการดำเนินงานปี 2562 โดยให้โรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 ขึ้นไป ทำการวิเคราะห์ตนเอง (Internal Assessment ) ECS 12 องค์ประกอบพร้อมทั้งจัดทำแผนแก้ไขปัญหา พัฒนาร่วมกันในภาพรวมจังหวัด ทั้งในเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย, การส่งต่อ การส่งกลับรวมทั้ง Intermediate care เมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2562 ได้แนวทางการประเมิน ECS คุณภาพ , ข้อตกลงในการดูแลและการ Consult ในเครือข่าย, การเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

 - พัฒนาฐานข้อมูลให้สามารถจัดเก็บได้เป็นระบบเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูล / ศูนย์คอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสร้างฐานข้อมูล สามารถจัดเก็บเข้าถึงได้ง่าย นำมาวิเคราะห์ พัฒนางาน นำระบบ ISOnline เชื่อมโยง PHIR ข้อมูลอุบัติเหตุให้เป็นระบบเดียวกัน

 - พัฒนา TEA Unit ให้ได้มาตรฐาน มีโครงสร้างและคำสั่งกรรมการ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Trauma fast track ให้เป็นระบบเดียวกัน เพิ่มการดูแลผู้ป่วย TBI เพิ่มขึ้นเนื่องจากมีศัลยแพทย์ประสาทเพิ่ม 1 คน รวมทั้งการนำ APACHE Score ประเมินผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมAudit ผู้ป่วยทุกรายที่มี PS Score > 0.75 และเสียชีวิตทุกราย จัดทำระบบการเก็บข้อมูลให้ครอบคลุม บริหารจัดการนำมาวิเคราะห์พัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

* สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบความสำเร็จ (Key Risk Area / Key Risk factor ) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์

1. การเกิดอุบัติเหตุมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การใช้กฎหมายไม่เข้มแข็ง รวมทั้งการรณรงค์ป้องกันอุบัติเหตุไม่ต่อเนื่องเน้นย้ำเฉพาะช่วงเทศกาล รวมทั้งการจำกัดในบุคลากรและอุปกรณ์ที่สำคัญ จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ห้องฉุกเฉินแออัด การดูแลผู้ป่วยวิกฤตไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

2. ระบบข้อมูลหลากหลาย Program ขาดการเชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลทำให้ยังมีข้อมูลแตกต่างกัน ECS / ER คุณภาพ โรงพยาบาลทุกระดับยังเข้าใจการประเมินไม่ตรงกันรวมทั้งไม่มีบุคลากรรับผิดชอบชัดเจน ไม่มีระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตาม กำกับ วางแผนและบูรณาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลเข้าด้วยกันในการนำมาวิเคราะห์และพัฒนางาน การเข้าถึงข้อมูลยาก ขาดการนิเทศ ติดตาม

3. สัดส่วนงานกับบุคลากรไม่สมดุลกัน

* ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

| ปัญหาอุปสรรค | แนวทางแก้ไข |
| --- | --- |
| ER มีความแออัดจากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก | จัดตั้ง OPD นอกเวลาครอบคลุมรองรับผู้มาใช้บริการ/ การจัดทำระบบการนัดหมายการตรวจล่วงหน้ากรณีผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน  |
| การเข้าถึงบริการในระบบการแพทย์ฉุกเฉินน้อย ผู้ป่วยสีแดงมาด้วยระบบ EMS คิดเป็น 16.85 % (ไตรมาส 1) | สนับสนุนการเพิ่มหน่วยสนับสนุน การมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนจังหวัดรวมทั้งภาคีเครือข่าย / การประชาสัมพันธ์ / การเพิ่มทักษะความรู้  |
| ระบบการจัดเก็บข้อมูลหลากหลาย Program ขาดการเชื่อมโยง ไม่มีระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตาม กำกับ วางแผนบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลเข้าด้วยกัน | เชื่อมโยงฐานข้อมูลภายในจังหวัด การนิเทศ ติดตาม สม่ำเสมอ |
| การพัฒนาศูนย์บริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit)ปัญหาเรื่องระบบการทำงาน ภาระงาน โครงสร้างบุคลากร ฐานข้อมูล | พัฒนาศูนย์ TEA Unit / จัดเก็บข้อมูล วิเคราะห์ นำเสนอพัฒนางาน / จัดสรรบุคลากรได้ตามที่กรอบกำหนด |
| การ Refer back /IMC  | เพิ่มศักยภาพบุคลากร / อุปกรณ์ โรงพยาบาลชุมชนรวมทั้งการจัดตั้ง node  |

* ข้อเสนอแนะต่อนโยบาย / ส่วนกลาง / ต่อผู้บริหาร / ต่อระเบียบ กฎหมาย

 การบริหารจัดการระบบส่งต่อ รถพยาบาลปลอดภัย มีนโยบายหรือกฎหมายที่สอดคล้องกัน มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความปลอดภัยทำได้ง่ายและยั่งยืน

* นวัตกรรมที่สามารถเป็นแบบอย่าง

- ทีม ACLS ที่เข้มแข็ง แหล่งสอน CPR บุคลากรทุกคนในห้องฉุกเฉินผ่านการอบรม ACLS แพทย์ EP ผ่านหลักสูตร ACLS Provider ทำให้ อัตราผู้ป่วยที่มี OHCA และมี ROSC คิดเป็น 32.53% (ไตรมาส1 )

- ระบบ Ambulance Safety ศูนย์ส่งต่อรับผิดชอบงานโดยตรง รถพยาบาลได้มาตรฐานปลอดภัย บุคลากร อุปกรณ์พร้อม ระบบTele ติดตามอาการผู้ป่วย, มีระบบ GPS ติดตามการออกปฏิบัติงานของรถพยาบาลรวมทั้งการ Monitor ตลอด, พนักงานขับรถปลอดแอลกฮอล์

 ผู้รายงาน นพ.ณัฐพงศ์ ศรีติสาร

 ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ