

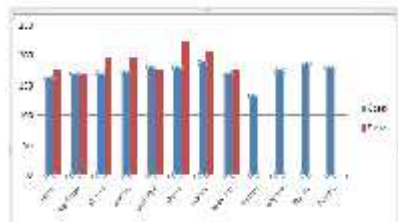
แบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2561

คณะที่ 2 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

รอบที่ 2 รับการตรวจราชการ ฯ วันที่ 27-28 มิถุนายน 2561

เป้าหมาย : พัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรเพื่อเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
สถานการณ์ / สภาพปัญหา

จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดง (ESI 1) มาด้วย
ระบบ EMS

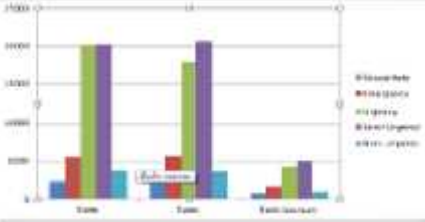


จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาโดย EMS

*ปี 2560 ผลงาน 19 %

* ปี 2561(ไตรมาส 1-2) ผลงาน 23.81%
เพิ่มขึ้น

ห้องฉุกเฉินแออัด (ER Crowding) > 60
เป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน + Violence



ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)

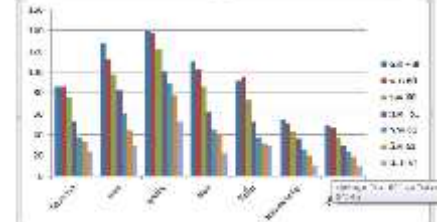
0 ผู้มารับบริการห้องฉุกเฉิน 24,500 ราย

0 ผู้ป่วยประเภท R/E คิดเป็น 17.92 %

0 ผู้ป่วย U/S/N คิดเป็น 81.24 %

0 ความไม่ปลอดภัยในห้องฉุกเฉิน

อัตราเสียชีวิตภายใน 24 ชม.ผู้ป่วย ESI 1
ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)



ปี 2561 (ไตรมาส 1-2)

0 จำนวนผู้ป่วยวิกฤตสีแดง ทั้งหมด 2993 ราย

0 ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงเสียชีวิตใน 24 ชม. 127 ราย
คิดเป็นร้อยละ 4.24 (เป้าหมาย 12%)

การดำเนินงาน / ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. การลดภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน
2. การพัฒนาคุณภาพการรักษาโดยใช้ ER Safety goal
3. การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศ TEA Unit มาตรฐาน

การลดภาวะแออัดในห้องฉุกเฉิน

-การลดแออัดในห้องฉุกเฉิน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการห้องฉุกเฉินตามคำสั่งที่ 173/2561
มีมาตรการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน โดยการเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง (Triage) ผู้ป่วยด้วย ESI (Emergency severity index) ในการแยกผู้ป่วยเข้ารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน รวมทั้ง OPD จัด ER โซนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและผู้ป่วยระบบช่องทางด่วน (fast track) พัฒนาระบบ stroke fast track จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบปัญหาผู้ป่วย stroke fast track ในช่วง onset to RTPA หลังกลับจาก CT > 60 นาที ซึ่งโรงพยาบาลแพร์ ทำได้ 73 นาที มีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย stroke fast track เพิ่ม Stroke nurse , พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลและแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง , แบบบันทึกเวลาการทำการกิจกรรม stroke fast track โรงพยาบาลแพร์ ลดระยะเวลาในการดูแลรักษาและแก้ไขภาวะวิกฤตในห้องฉุกเฉิน (Target 2-4 ชั่วโมง) ผลงาน 3 ชั่วโมง เพิ่มป้าย Inditified เพื่อการสื่อสารเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและญาติถึงขั้นตอนการดูแลรักษา ลดข้อร้องเรียนเพิ่มความพึงพอใจต่อการให้บริการ เพิ่มบริการ OPD นอกเวลา ช่วงเวลา 16.30 -22.30 น.ความพึงพอใจของผู้รับบริการที่ ER 79.59 %

- จัดมาตรฐาน ปรับปรุงภูมิทัศน์ห้องฉุกเฉินเพื่อรองรับการบริการผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บ (Pre- hospital care system / Definitive care) จัดอัตรากำลังให้มีแพทย์ EP ประจำในเวรเช้าและเวรบ่ายทุกเวร กรณีเวรตึกไม่มีแพทย์ EP ประจำการให้มีการทบทวน Audit OPD Card ในผู้ป่วย ESI 1-2 รวมถึงการดูแลผู้ป่วยตามหลักการอย่างครบถ้วนในโรงพยาบาล Audit Case ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่เสียชีวิตใน 24 ชั่วโมง ผล อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมงคิดเป็นร้อยละ 4.24 (เป้าหมาย 12)

- พัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และมีความพร้อมในการดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบ ECS อบรมหลักสูตรต่าง ๆ เช่น ICS /MERT / ATLS / ACLS / ENP / Trauma Nurse Co.

- พัฒนาระบบการส่งต่อ (Inter hospital care / Referral System) เครือข่ายเชื่อมโยง รพช. / รพสต. พัฒนาระบบส่งต่อโดยใช้โปรแกรม Thai refer การปรึกษาแพทย์เฉพาะทางก่อนส่งต่อ การพัฒนาคุณภาพการส่งต่อ ผลการดำเนินงาน ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) สถิติการรับส่งต่อ (refer in) 14,947 ราย สถิติการส่งออก (refer out) 3875 ราย สถิติการส่งออก (refer out) โดยรพพยาบาล 150 รายลดลงคิดเป็น 7.41 % สถิติการส่งกลับ (refer back) 4763 ราย ไม่พบสถิติการส่งออกนอกเขตในผู้ป่วย IPD

- อัตราส่วนผู้ป่วยระบบ Trauma สีแดง มาด้วยระบบ EMS ในปี 2560 คิดเป็น 19 % ในปี 2561 (ไตรมาส 1-2) เพิ่มขึ้น 4.81 % (ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาด้วยระบบ EMS 23.81 %)

2. Severe Traumatic Brain injury and Acute Neurosurgical Care : (อัตราการบาดเจ็บ

(Trauma) PS Score > 0.75 เป้าหมายน้อยกว่าร้อยละ 1 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย TBI ลดลง 20% อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 hr.)

- เก็บข้อมูล IS บูรณาการกับ Hos- xp ฐานข้อมูลในโรงพยาบาลโดยบันทึกในโปรแกรม ISWIN Online วิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มี PS Score > 0.75 ปี 2561 (ไตรมาส 1-2) สถิติ 0.2 นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 hr. ทั้งหมด 127 ราย อุบัติเหตุ 65 คิดเป็นร้อยละ 4.5

- Trauma fast track / Head injury จัดทำแนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง การประเมินผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระยะวิกฤต การส่งต่อที่เหมาะสม พัฒนาการเชื่อมโยงผู้ป่วยบาดเจ็บ ผู้ป่วยทางระบบประสาทศัลยศาสตร์ ระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย (TEA unit ล้านนา 2) ลดระยะเวลาในการ refer ผู้ป่วยทางระบบประสาท ผู้ป่วยปลอดภัย สถิติการปฏิเสธการรับส่งต่อผู้ป่วยลดลง การเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยสะดวกผ่าน line consult สามารถให้แผนการรักษาล่วงหน้าได้ เชื่อมโยงการดูแลกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บในราย Support จนถึงระยะฟื้นฟูสภาพ

ผลการดำเนินงาน : อัตราตายในผู้ป่วย Trauma PS >0.75 = 0.2 % จำนวนผู้ป่วย TBI ปี 2561(ไตรมาส 1-2) จำนวน 495 ราย ผู้ป่วย TBI เสียชีวิตภายใน 30 วัน จำนวน 35 ราย (*S06 , 07 ,08) คิดเป็น 7.07% / ระบบ APACHE Score และ MEWS ประเมินผู้ป่วยเพื่อเข้า หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโรงพยาบาลแพร่

- เชื่อมโยงข้อมูลการดูแลผู้ป่วยด้วยระบบ Intermediate care สถิติการดำเนินการ 104 ราย

3. TEA Unit : (รพ. M1 มี TEA unit และ รพ F2 ส่งข้อมูล แพ้ม Accident)

พัฒนาศูนย์บริหารจัดการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน TEA Unit มีการใช้ CPG พัฒนาระบบ Trauma fast

track Head injury , Trauma Audit , MM Conference วิเคราะห์หาจุดบกพร่องนำมา พัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บเรื่องการประเมินผู้ป่วย Trauma จัดอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินผู้ป่วย Trauma , รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอส่งคืนข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำสู่การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิต

สรุปประเด็นสำคัญที่เป็นความเสี่ยงต่อการทำให้การขับเคลื่อนนโยบายหรือการดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จ (Key Risk Area/ Key Risk Factor) ซึ่งได้จากการวินิจฉัย ประมวล วิเคราะห์ สังเคราะห์ จากการตรวจติดตาม

1. ระบบการจัดเก็บข้อมูลหลากหลาย Program ขาดการเชื่อมโยงกันทั้งจังหวัด การบูรณาการข้อมูล
3. ฐานไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลทำให้ยังมีข้อมูลแตกต่างกัน ไม่มีระบบฐานข้อมูลเพื่อใช้ติดตาม กำกับ วางแผนบูรณาการเชื่อมโยงระบบข้อมูลเข้าด้วยกันในการนำมาวิเคราะห์ และพัฒนางาน การเข้าถึงข้อมูลยาก ขาดการนิเทศติดตาม
2. สัดส่วนงานกับบุคลากรที่รับผิดชอบงานไม่สมดุล
3. การพัฒนาศูนย์บริหารจัดการข้อมูลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (TEA Unit) การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ยังมีปัญหาเรื่องระบบการทำงาน ภาระงาน โครงสร้างบุคลากร ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร ยังจำกัดงานอยู่ในเฉพาะโรงพยาบาลและระบบ Trauma เท่านั้น function เรื่องของ Prevention ยังไม่ถึงเป้าหมาย ไม่มีฐานข้อมูลเฉพาะ
4. ข้อจำกัดแพทย์เฉพาะทางด้านศัลยกรรมประสาท การดูแลผู้ป่วยระบบ Severe Traumatic Brain injury and Acute Neurosurgical Care ไม่สามารถพัฒนาให้บรรลุตามตัวชี้วัด การจัดตั้ง Neurosurgical Center
5. Case Trauma fast Track ไม่บรรลุเป้าหมายเท่าที่ควร เนื่องจากข้อจำกัดในการเลือก Case , การตัดสินใจของญาติในเรื่องการผ่าตัด , สภาพผู้ป่วยไม่ stable , การนิเทศติดตามอย่างต่อเนื่อง
6. การบริการ EMS ในกลุ่มผู้ป่วย Fast track / ผู้ป่วยสีแดง การเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย อัตราส่วนผู้ป่วยระบบ Trauma มาด้วยระบบ EMS คิดเป็น 19 % (ข้อมูลปี 2560) ในปี 2561 (ไตรมาส 1-2) เพิ่มขึ้น 4.81 % (ผู้ป่วยวิกฤตสีแดงมาด้วยระบบ EMS คิดเป็น 23.81 %)

ผู้สรุปรายงาน นางลักษณ ชัดแก้ว

โทร 086 -9132659

Noiems17@gmail.com

มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
ลดภาวะแออัด ห้องฉุกเฉิน	- กำหนดนโยบาย - แต่งตั้งคณะกรรมการ - ประเมิน ECS คุณภาพ 54% - มาตรการลดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน - กำหนดระยะเวลาผู้ป่วยวิกฤตในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 3 ชม.	- คะแนนประเมิน ECS 60% - จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการ ER ลดลง 10% - ระยะเวลาผู้ป่วยวิกฤตในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 3 ชม. ลดลง 10 %	- คะแนนประเมิน ECS 60% - จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินเข้ารับบริการ ER ลดลง 20% - ระยะเวลาผู้ป่วยวิกฤตในห้องฉุกเฉินไม่เกิน 3 ชม. ลดลง 20 %	- วิเคราะห์ ประเมินผล
มีการใช้ ER Safe Goal	- ทบทวนแนวปฏิบัติระบบ Fast Track - Audit ผู้ป่วยเสียชีวิต 24 ชม. - ESI การคัดแยกผู้ป่วย - จัดเก็บข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตใน 24 ชม. - แผนสาธารณสุขของโรงพยาบาล	- ผู้ป่วยระบบ Fast track ได้รับการดูแลตาม CPG 100 % - Audit ผู้ป่วยเสียชีวิต 24 ชม. เดือนละ 1 ครั้ง - อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจน้อยกว่า 1% - ทบทวนวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤต	- ผู้ป่วยระบบ Fast track ได้รับการดูแลตาม CPG 100 % - Audit ผู้ป่วยเสียชีวิต 24 ชม. เดือนละ 1 ครั้ง - อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดลงขณะรอตรวจน้อยกว่า 1% - นำข้อมูลวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวิกฤตส่งกลับผู้รับผิดชอบ - ซ้อมแผนสาธารณสุข 1 ครั้ง	- วิเคราะห์ ประเมินผล

มาตรการ	3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
การพัฒนาข้อมูลและระบบสารสนเทศห้องฉุกเฉิน	-สถานที่จัดตั้ง TEA Unit -Nurse Co. รับผิดชอบงาน สัปดาห์ละ 2 วัน -มีแผนการจัดการฐานข้อมูล รวบรวมวิเคราะห์	- สถานที่จัดตั้ง TEA Unit -Nurse Co. รับผิดชอบงาน สัปดาห์ละ 2 วัน -มีแผนการจัดการฐานข้อมูล รวบรวมวิเคราะห์ ส่งกลับ ข้อมูลหน่วยงานที่รับผิดชอบ 40 %	-สถานที่จัดตั้ง TEA Unit -Nurse Co. รับผิดชอบงาน สัปดาห์ละ 3 วัน -มีแผนการจัดการฐานข้อมูล รวบรวมวิเคราะห์	วิเคราะห์ประเมินผล

