

SERVICE PROFILE

งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช

ปีงบประมาณ 2568

ปรับปรุงล่าสุด 1 ตุลาคม 2568

Service Profile
งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช

1. บริบท¹ (Context)

ก. ความมุ่งหมาย (Purpose)(หน้าที่และเป้าหมาย):

ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ

ข.ขอบเขตการให้บริการ (Scope of Service)

1.Pre-hospital

การบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ALS BLS FR) รับแจ้งเหตุ ออกปฏิบัติการ ดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุ เจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ดูแลระหว่างนำส่ง ส่งต่อข้อมูลให้สถานพยาบาล

2.In-hospital

2.1ให้บริการผู้ป่วยอุบัติเหตุ (Trauma) เจ็บป่วยฉุกเฉิน (Non-trauma) กลุ่มโรค Fast track ผู้ป่วย ให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งในและนอกเวลาราชการโดยมีแพทย์ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง ตามลำดับความเร่งด่วน

2.2ให้บริการทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ฉีดยา ทำแผล เย็บแผล ผ่าฝี เข้าเฝือก ฯลฯ

2.3ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา 20.30 น.-08.30 น.

2.4 RRT (ทีมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินในโรงพยาบาล)

2.4ให้บริการผู้ป่วยคดีและนิติเวช โดยร่วมชั้นสูตรกับแพทย์

3.Interfacility

เป็นศูนย์ประสานส่งต่อ ให้บริการ refer in จาก รพสต. และ รพ.ในเครือข่ายจังหวัดยะลา (Node แผนกจิตเวช ศัลยกรรม) refer out ผป. Unstable, High risk,Moderate risk, low risk ไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า รพ.ในเขตสุขภาพ รพ.จิตเวชสงขลาธาราชนรินทร์

4.MCI

4.1ให้บริการอุบัติเหตุหมู่จากอุบัติเหตุจราจร อัคคีภัย อุทกภัย สถานการณ์ความไม่สงบ

4.2 ทีม DMAT,DMERT,Mini MERT ระดับจังหวัด

5.งานอื่น ๆ เช่น

5.1ให้บริการความรู้ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพ การใช้เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ อัตโนมัตให้กับ กู้ชีพ กู้ภัย ประชาชน นักเรียน ในอำเภอยะหา และหน่วยงานที่ขอสนับสนุน

5.2ครูพี่เลี้ยง หลักสูตรนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี,หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน (EMR 40 ชม.),หลักสูตรปฐมพยาบาลและช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง (EMT 115 ชม.)

ค. ความต้องการของผู้รับผลงานที่สำคัญ : (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน):

ลูกค้าภายใน

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการสำคัญ
แพทย์	-มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน -ห้องแยกระบบทางเดินหายใจ isolate room -ต้องการให้มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นในการช่วยชีวิต เพียงพอ พร้อมใช้ เช่น เครื่อง Defibrillator, Monitor EKG, ultrasound, VDO larynge,O2 Sat สำหรับเด็ก -ทีมการพยาบาลมีความรู้และทักษะในการ Triage ,Resuscitation ,ใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิต, การแปรผลคลื่นไฟฟ้าหัวใจ,ยาHAD ยาฉุกเฉิน, ทำหัตถการพิเศษ เช่น ICD, C-line,สูติ

¹ เขียนอย่างสรุป ความยาวไม่เกิน 1 หน้า สามารถใช้ตารางสรุปในบางเรื่องได้

ฝ่าย/หน่วยงาน	ความต้องการสำคัญ
	ศาสตร์หัตถการ -ทีมพยาบาลรายงานอาการผู้ป่วย แบบ ISBAR ได้ตรงประเด็นรวดเร็ว ถูกต้อง ชัดเจน มีการแก้ไขภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น
OPD	-คัดกรองผู้ป่วยถูกต้อง -มีการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย การส่งตรวจต่าง ๆ ถูกต้อง -มีการประสานงานที่ดี ส่งต่อข้อมูลแบบ ISBAR
ผู้ป่วยใน	-Admit ผู้ป่วยให้ตรงตามข้อบ่งชี้ของตึกผู้ป่วย -ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสม พ้นภาวะวิกฤติ ก่อนส่งเข้าตึก -มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยตามหลัก ISBAR มีการประสานงานที่ดี -บันทึกเวชระเบียนที่ถูกต้อง ระบุเวลาทำหัตถการที่ชัดเจน ส่งตรวจ lab ถูกต้อง
หน่วยจ่ายกลาง	-Check Stock เครื่องมือก่อนส่งเบิกให้ตรงเวลาทุกครั้ง -แยกของมีคม ขยะติดเชื้อ แยกผ้าสะอาดกับผ้าสกปรก ถูกต้อง -ไม่มีเครื่องมือ re – sterile
ห้องบัตร	-ให้มีการตรวจสอบสิทธิบัตรทุกรายเข้า โดยเฉพาะผู้ป่วยรายใหม่/สิทธิ พรบ.ร/ผู้ป่วยสิทธิ จ่ายตรงให้ตรวจสอบ การลงทะเบียนจ่ายตรง -บันทึกเวชระเบียนถูกต้อง ครบถ้วน /ส่งใบนัดตรงตามเวลาที่กำหนด
ห้องชันสูตร	-มีการเก็บส่งตรวจที่ถูกต้อง ถูกคน และเพียงพอในการตรวจชันสูตรรวมทั้งการเขียน ใบนำส่งและการเก็บ Specimen ถูกต้อง -มีการบันทึกข้อมูลการส่งตรวจ ถูกต้อง
งานทันตกรรม	-มีทีมช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน
งานเภสัชกรรม	-เบิกยาและเวชภัณฑ์ที่ใช้ไปในผู้ป่วยแต่ละรายครบถ้วน ถูกต้อง -มีการจัดเรียงเวชภัณฑ์ ตามระบบ First in –First out สำรวจยาใกล้ Exp. ทุกวันที่ 1 ของเดือน -สอบถามประวัติแพ้ยาซ้ำทุกครั้ง/ประวัติยาเดิม -บริหารยาได้ถูกต้องตามหลัก 10 R
งานการเงินและบัญชี	-ให้ส่งเอกสารหลักฐานทางการเงิน ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ทันเวลาและตรวจสอบก่อนส่งทุกครั้ง
งานรังสีวินิจฉัย	- มีการประสานงานที่ดี - การส่ง X-ray ถูกต้อง ถูกคน

ลูกค้าภายนอก	ความต้องการสำคัญ
ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติ	มีความต้องการบริการแรกรับที่รวดเร็ว ประเมินสภาพถูกต้อง คำแนะนำที่ถูกต้องชัดเจน เป็นที่เข้าใจ สัมพันธภาพที่ดี ได้รับยาถูกต้อง และได้รับการช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะ ฉุกเฉิน รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ได้รับการดูแลภาวะเจ็บป่วยตลอดเวลา ทราบ ข้อมูลทางการเจ็บป่วยเป็นระยะ ๆ ปลอดภัยขณะส่งต่อ ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเท่า เทียม ร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา ทราบแนวทางการดูแลตนเองให้เคารพสิทธิของ ตนเอง
โรงพยาบาลศูนย์ รพช.ในเครือข่าย	-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง ครบถ้วน -ส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ปลอดภัย พร้อมใบนำส่ง มีการประสานศูนย์ส่งต่อก่อนนำส่ง

ลูกค้ายานนอก	ความต้องการสำคัญ
	-แก้ไขปัญหาลูกเดินก่อนส่ง เช่น Case ที่ต้อง On ET ,ON Hard Collar,Splint, Stop Bleed และ on line X-ray
ตำรวจ	-ได้รับใบขึ้นสูตรทางคดีตามเวลาที่กำหนด
หน่วยกู้ภัย	ได้รับคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ขณะนำส่ง และรายงานอาการนำส่ง -ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างส่งต่อถูกต้อง
จนท.รพสต.	-ได้รับการปรึกษา การประเมินสภาพ การรักษา การส่งต่อ และคำแนะนำที่ดี รวมทั้งผลตอบกลับการรักษาผู้ป่วย
หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย	-ได้รับคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ขณะนำส่งและรายงานอาการ นำส่ง -ให้การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ และระหว่างส่งต่อถูกต้อง
ชุมชน	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน การควบคุมโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ง. ความต้องการในการประสานงานภายในที่สำคัญ : การสื่อสารที่ดี ข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน รวดเร็ว

จ. ลักษณะสำคัญของงานบริการและปริมาณงาน :

ผู้ป่วย	ปี2564	ปี2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
Level 1 Resuscitate	585	930	882	986	1205
Level 2 Emergency	2808	5929	6645	6000	6649
Level 3 Urgency	11098	10950	10152	10783	10303
Level 4 Semi-urgency	8361	6560	6396	5619	5903
Level 5 Non urgency	3846	2920	2837	2640	2105
รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	26698	27289	26912	26028	26165
เฉลี่ยต่อวัน	73	74	73	71	72
% Productivity	128 (24)	138(26)	149 (27)	144(26)	173 (31)

5 อันดับ ของผู้ป่วยอุบัติเหตุ		5 อันดับ ของผู้ป่วยฉุกเฉิน	
ปี 2564		ปี 2564	
1. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	568	1. ACS	91 Death 14
2. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน	368	2. MTI	19 Death 5
3. พลัดตกหกล้ม	293	3. CHF	69 Death 5
4. อุบัติเหตุจราจร	193	4. HI	105 Death 5
5. สัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช	84	5. pneumonia	221 Death 4
5 อันดับ ของผู้ป่วยอุบัติเหตุ		5 อันดับ ของผู้ป่วยฉุกเฉิน	
ปี 2565		ปี 2565	
1. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	580	1. Pneumonia	462 Death 2
2. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน	422	2. COPD	355 Death 2
3. อุบัติเหตุจราจร	321	3. Sepsis	191 Death 2
4. พลัดตกหกล้ม	295	4. Stroke	95 Death 0
5. สัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช	142	5. ACS	73 Death 16 (OHCA)
5 อันดับ ของผู้ป่วยอุบัติเหตุ		5 อันดับ ของผู้ป่วยฉุกเฉิน	
ปี 2566		ปี 2566	
1. พลัดตกหกล้ม	512	1. Pneumonia	315 (DBA2)
2. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน	397	2. COPD	282
3. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	283	3. Sepsis	158(DBA 1)
4. อุบัติเหตุจราจร	427	4. Stroke	98
5 อันดับ ของผู้ป่วยอุบัติเหตุ		5 อันดับ ของผู้ป่วยฉุกเฉิน	
ปี 2567		ปี 2567	
1. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	1023	1. Pneumonia	502
2. พลัดตกหกล้ม	560	2. Asthma	457
3. อุบัติเหตุจราจร	545	3. COPD	329
4. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน	420	4. Stroke	124
5. สัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช	333	5. ACS	107

5 อันดับ ของผู้ป่วยอุบัติเหตุ		5 อันดับ ของผู้ป่วยฉุกเฉิน	
ปี 2568		ปี 2568	
1. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของวัตถุสิ่งของ	791	1. Pneumonia	485
2.พลัดตกหกล้ม	605	2. Asthma	476
3.อุบัติเหตุจราจร	544	3. COPD	338
4. อุบัติเหตุสัมผัสกับแรงเชิงกลของสัตว์/คน	484	4. CHF	146
5. สัมผัสพิษจากสัตว์หรือพืช	386	5. Stroke	144

งานบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การปฏิบัติการ การแพทย์ฉุกเฉิน	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
ALS	41	112	88	204	222
BLS	24	42	26	11	4
FR	402	984	619	643	623
ประเภทของเหตุ					
บริการผู้ป่วยฉุกเฉิน	602	671	465	568	650
บริการอุบัติเหตุจราจร	145	135	108	112	138
บริการอุบัติเหตุอื่นๆ	74	66	64	54	57
บริการ VIS	8	0	0	0	0
บริการผู้มาคลอด	122	106	184	124	104
บริการ ฌป. covid-19	3887	20	0	0	0

ฉ. ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ (Key Quality Issues) :

1. ความถูกต้องในการคัดกรองประเมินสภาพผู้ป่วยกลุ่มโรคในภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ ได้แก่ ACS, Stemi, Head Injury, Multiple trauma, Hypovolemic Shock, Stroke, PIH, PPH, BA, Sepsis และตามการแพร่กระจายเชื้อ ในโรค covid-19 ,TB
2. ความถูกต้องและรวดเร็วในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคในภาวะฉุกเฉินที่สำคัญ ได้แก่ ACS, Head Injury, Multiple trauma, Hypovolemic Shock, Stroke, PIH, PPH, BA, Sepsis
3. ความถูกต้องและรวดเร็วในการปรึกษาแพทย์
4. ความถูกต้องและรวดเร็วในการตามแพทย์กรณีวิกฤติ ที่ห้องฉุกเฉิน เช่น cardiac arrest, Respiratory failure, Septic shock, Cardiogenic shock
5. ความถูกต้องและรวดเร็วในการแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต
6. ความถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่อ
7. บุคลากรมีสมรรถนะในการประเมินผู้ป่วยภาวะฉุกเฉินอย่างแม่นยำ ตลอดถึงการบันทึกข้อมูล และการให้การดูแลรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัยตามบทบาทของวิชาชีพ

ข. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญ :

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ความท้าทาย	กิจกรรมพัฒนา	เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดและผลลัพธ์
1.ผู้ป่วย ACS, HI, Stroke, Multiple trauma, Sepsis Miss/Delay diagnosis, Delay refer และเสียชีวิต	- Tracer ACS - Tracer HI - Tracer Stroke - Tracer Multiple trauma - Tracer Sepsis	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐาน	-ปี 2568 ผู้ป่วย ACS พบMiss/Delay diagnosis 2 ราย, Delay refer 0 ราย, เสียชีวิต 5 ราย คิดเป็น 14.70% -ปี 2568 ผู้ป่วย Stroke พบ Miss diagnosis 0 ราย, Delay refer 0 ราย, เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็น 0.69% ญาติ ปฏิเสธการรักษา -ปี 2568 ผู้ป่วย HI พบ Miss diagnosis 0 ราย, Delay refer 0 ราย, เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็น 5% -ปี 2568 ผู้ป่วย Multiple trauma พบ Miss diagnosis 0 ราย, Delay refer 2 ราย, เสียชีวิต 4 ราย คิดเป็น 5%
2.ผู้ป่วยเสียชีวิตขณะส่งต่อและภายใน 24 ชม.	- การทบทวนการส่งต่อและเสียชีวิต	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลขณะส่งต่อ ที่ถูกต้องเหมาะสม	- ปี 2568 จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตขณะนำส่งและภายใน 24 ชม.: 2 ราย เป็น case MTI STEMI ร้อยละ 0.1%
3. ผู้ป่วยอาการทรุดลงขณะรอรับการรักษาและขณะเคลื่อนย้าย	-ดูแลผู้ป่วยตามมาตรฐาน -ประเมิน competency -กำหนดเครื่องมือ 4 รู้	-เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงที่ไวและต่อเนื่อง	- ปี 2568จำนวนผู้ป่วยที่ทรุดลงขณะรอรับการรักษา และขณะเคลื่อนย้าย 1 ราย เป็น case STEMI
4. ผู้ป่วย revisit ภายใน 48 ชั่วโมง ด้วยอาการทรุดลง	- การทบทวนเหตุการณ์สำคัญ	- เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการค้นหา ประเมินความรุนแรง ได้ถูกต้องเหมาะสม	- ปี 2568 จำนวนผู้ป่วย revisit 48 ชั่วโมง ด้วยอาการทรุดลง 3 ราย ด้วยโรค COPD Asthma และ pneumonia

ณ. ศักยภาพและข้อจำกัดในด้านผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ เทคโนโลยี (ปริมาณงานและทรัพยากร (คน เทคโนโลยี เครื่องมือ) : facilities & limitation :

	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
พว. AEMR เสมียนตึก ผู้ช่วยเหลือคนไข้	10 4 1 1	อบรมเฉพาะทาง ENP 4 คน MERT,mini -mert,DMERT	ER over crowding เรียกตามแผน อัตรากำลังเสริม MCI เรียกตามแผนรองรับ MCI นอกเวลาราชการ และวันหยุด นักชัตฤกษ์ พยาบาล refer มาเป็น อัตรากำลังสำรอง
เครื่องมือ Defibrillator Auto CPR HFNC Ventilator Monitor vital sign EKG 12 lead Ultrasound Vdo Laryngeal	 2 1 2 2 4 1 1 1	ใช้ได้ดี สอบเทียบครั้งล่าสุด มีนาคม 2568	มีแผนสำรองยืมจากหน่วยงานอื่น
เทคโนโลยี		Hosmerge,Hos-xp,thai-refer, MOPH refer,line, A-med, YCPH Connect,Hosoffice,Yaha happiness,Telemedicine,telehealth,PHER plus	สัญญาณ wifi

ญ. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง :ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

1. มาตรการป้องกันอุบัติเหตุ
 - ประชาสัมพันธ์การให้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โดยจัดทำสติ๊กเกอร์ ป้ายไว้นิล ติดบริเวณแหล่งชุมชน โรงพยาบาล/รพสต. และจัดให้มีรถประชาสัมพันธ์ในตลาดยะหาทุกวันพฤหัสบดี วันตลาดนัด ,ผ่านสื่อออนไลน์ webpage รพร.ยะหา วิทยุประชาสัมพันธ์
 - สนับสนุนให้มีหน่วยกู้ชีพ ระดับตำบลทุกตำบล ให้การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ
 - จัดทำโครงการป้องกันอุบัติเหตุจราจรในช่วงเดือนรอมฎอน รายอ เทศกาลปีใหม่ สงกรานต์
 - คณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ/ตำบล ทำประชาคม ค้นหาสาเหตุของอุบัติเหตุจราจรเชิงลึก ลงสอบสวนสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อร่วมกันแก้ไขจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยเน้นมาตรการชุมชน
 - มาตรการรณรงค์ให้เจ้าหน้าที่สวมหมวกกันน็อค คาดเข็มขัดนิรภัย
2. เจ้าหน้าที่ป้องกันและลดการแพร่กระจายเชื้อโรคของโรค covid-19
 - เน้นการล้างมือ 7 ขั้นตอน 5 moment
 - เน้น DMHTT
 - เน้นการสวมชุดอุปกรณ์ตามมาตรฐาน IC

- เน้นเรื่องการคัดแยกผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ
- บุคลากร 20 คน ได้รับวัคซีน covid-19 /ป้องกันไข้หวัดใหญ่ 2012: 100 %

2. กระบวนการสำคัญ (Key Processes)²

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. Entry&Access 1.1 การรับผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ	- ผู้ป่วยวิกฤติถูกเจิญมาด้วยระบบ EMS - มีหน่วยบริการในเครือข่ายที่รับผิดชอบครอบคลุม - มีอุปกรณ์พร้อมสำหรับใช้งานในการเคลื่อนย้าย/ช่วยเหลือ ผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ - ผู้ป่วยได้รับการเคลื่อนย้าย ณ.จุดเกิดเหตุ อย่างถูกวิธี รวดเร็ว ปลอดภัย - เจ้าหน้าที่กู้ชีพ มีความรู้และทักษะในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยและการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ.จุดเกิดเหตุ	- อุบัติการณ์ข้อบกพร่องขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย :0 - จำนวนครั้งการออกเหตุล่าช้า: 0 - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ 0 ราย - ความครอบคลุมของหน่วยบริการ EMS 57.14% - อัตราผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มารับโดย EMS > 50%
1.2 การคัดกรองผู้ป่วย	- การคัดกรองรวดเร็วถูกต้อง - ประเมินอาการและบันทึกการคัดกรองผู้ป่วยตามลำดับความรุนแรงของอาการและปัญหาที่คุกคามชีวิตได้ถูกต้อง ครบถ้วน	- อัตราการคัดกรองผู้ป่วย Level 1,2 ผิดพลาด 0.01
1.3 การระบุตัวผู้ป่วย	- มีการระบุตัวผู้ป่วยถูกต้องในกระบวนการดูแลรักษา ได้แก่ การให้ยา เลือด การเก็บส่งตรวจ เป็นต้น - กรณีผู้ป่วย Admit ให้ผู้ป่วยข้อมือ - การระบุตัวผู้ป่วยถูกต้องกรณีอุบัติเหตุหมู่ , ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว	- อับัติการณ์การระบุตัวผู้ป่วย ผิดพลาด 15 ครั้ง - อับัติการณ์ข้อผิดพลาดจากการรักษา , การให้ยา,สารน้ำ และ การทำหัตถการ 0 ครั้ง
1.4 พฤติกรรมบริการ	- มีพฤติกรรมที่ดี สุภาพ มีความเสมอภาค คำนึงถึงสิทธิผู้รับบริการ	- อับัติการณ์ข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการ 0 ครั้ง
2. Assessment 2.1 การประเมินอาการแรกรับ	- ประเมินอาการ ปัญหาสำคัญที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยถูกต้อง รวดเร็ว โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด, บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง, หอบหืด, ปวดท้องรุนแรง , ช็อก , หมดหายใจ โดยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด - บุคลากรในหน่วยงานมีความรู้ ทักษะ ประสพการณ์ในการประเมินอาการเป็นอย่างดี สามารถตัดสินใจในการช่วยเหลือได้รวดเร็ว ถูกต้อง	- ติดตามตัวชี้วัด - ผู้ป่วย ACS ที่ Miss/Delay Diag - ผู้ป่วย ACS Delay refer - ผู้ป่วย Moderate & Severe Head injury Delay treatment / refer - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย Mild Head injury 0 ราย - อัตราตายใน ER ของผู้ป่วย PPH ที่เกิดภาวะ Hypovolemic shock :0 ราย - อัตราการชักซ้ำในผู้ป่วย

² สรุปภายใน 1 หน้า วิเคราะห์โดยเน้นผู้รับผลงานเป็นศูนย์กลาง เช่น หอผู้ป่วย ให้พิจารณาว่ามีกระบวนการดูแลผู้ป่วยอย่างไร โดยทุกวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีเฉพาะกระบวนการที่พยาบาลรับผิดชอบ

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
		Febrile convulsion
2.2 การเตรียมเครื่องมือ พิเศษในการประเมิน ได้แก่ Monitor EKG , EKG 12 Lead ,Pluse Oxymeter , Infusion pump ,เครื่อง Suction, high flow เป็นต้น	- ความพร้อมของเครื่องมือมีเพียงพอและพร้อมใช้งาน - มีการตรวจสอบเครื่องมือและดูแลความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ -บุคลากรมีความรู้ในการใช้เครื่องมือตลอดจนการดูแลรักษา	-อุปกรณ์ข้อบกพร่องความไม่พร้อมใช้ของเครื่องมือ:3 ครั้ง
3. Plan of care /care delivery การให้บริการตรวจรักษา 3.1 การดูแลรักษาผู้ป่วย Emergency 3.2 การดูแลรักษาผู้ป่วย Urgency	- มีความรวดเร็วในการช่วยเหลือภาวะคุกคามชีวิตภายใน 4 นาที โดยใช้หลัก CAB และการทำงานเป็นทีม -มีการนำมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยลงสู่การปฏิบัติ -มีการรายงานแพทย์มาดูแลอาการภายใน 5 นาที - มีการประสานงานและปรึกษาแพทย์เฉพาะทางกรณีส่งต่อผู้ป่วย - มีการดูแลผู้ป่วยขณะส่งต่ออย่างต่อเนื่อง	- อุปกรณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตที่ ER - อุปกรณ์ข้อบกพร่อง/ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ,ทำหัตถการ ,ให้ยา ,ให้เลือด :0 - ภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CPR:0 - delay treatment/delay refer จำนวน 2 ครั้ง ผป. - Stroke ต้อง resuscitation
3.3 การดูแลรักษาผู้ป่วย Non acute illness	- มีการจัดลำดับการตรวจอย่างเหมาะสม - ได้รับการตรวจรักษาอย่างเสมอภาคตามสิทธิผู้ป่วย -ได้รับข้อมูล และให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง	-ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 86%
3.4 EMS 3.4.1การรับแจ้งเหตุ	- มีเครื่องมือสื่อสารสำหรับการรับแจ้งเหตุ เช่น โทรศัพท์ วิทยุสื่อสารที่พร้อมใช้งาน - เจ้าหน้าที่ EMS มีความรู้ ทักษะ ในการใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง -การรับข้อมูลศูนย์สั่งการ/จากจุดเกิดเหตุถูกต้องครบถ้วน	-อุปกรณ์ข้อบกพร่องของเครื่องมือสื่อสารขณะใช้งาน - อุปกรณ์การออกปฏิบัติงานไม่พบผู้ป่วย
3.4.2 การบริการ ณ. จุดเกิดเหตุ	- เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็ว พร้อมให้การช่วยเหลือทันที - ให้การช่วยเหลือเบื้องต้น/เคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยความถูกต้องรวดเร็ว - การนำส่งผู้ป่วยจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาลรวดเร็ว ปลอดภัย ทั้งผู้ป่วย และญาติ ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน -มีการประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ข้อมูลและเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วย	- ระยะเวลาในการออกปฏิบัติงานภายใน 10 นาที หลังรับแจ้งเหตุ -อุปกรณ์ข้อบกพร่องขณะออกปฏิบัติงาน

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	สิ่งที่คาดหวังจากกระบวนการ (Process Requirement)	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
4. Continuity of care 4.1 การส่งต่อผู้ป่วย - ตึกผู้ป่วย - รพ.ทั่วไป/ศูนย์ - COC	- มีการติดต่อสื่อสารข้อมูลชัดเจน ครบถ้วน ตามหลัก SBAR - มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและประเมินอาการก่อนนำส่งหากผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินที่จะมีอาการเปลี่ยนแปลงให้มีพยาบาลติดตามในการส่งต่อผู้ป่วยด้วย -กรณีส่งต่อ รพ.ทั่วไป/ศูนย์ มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยส่งต่อ ก่อนส่งต่อ ระหว่างส่งต่อ หลังส่งต่ออย่างต่อเนื่องและบันทึกอาการขณะส่งต่อให้ถูกต้องสมบูรณ์ -คืนข้อมูลผู้ป่วย Fast track สู่ COC	- จำนวนข้อบกพร่องขณะส่งต่อ - อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลง/เสียชีวิต ขณะส่งต่อ/ย้ายเข้าตึก -ร้อยละการคืนข้อมูลผู้ป่วย COC
4.2 จำหน่ายกลับบ้าน	- ผู้ป่วย/ญาติได้รับข้อมูลคำแนะนำในการดูแลตนเอง	- อัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัด
4.3 การดูแลกรณีเสียชีวิต	- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม -ญาติได้รับการดูแลด้านจิตใจอารมณ์จากการสูญเสีย -มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้อง เหมาะสม	จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาล : 0
6. Information & empowerment 6.1 การบันทึกทางการพยาบาล 6.2 การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย	- การบันทึกทางการพยาบาล ถูกต้อง ครบถ้วน - ผู้ป่วยและญาติได้รับการดูแลตามสิทธิที่ควรได้	- อัตราความสมบูรณ์ของเวชระเบียน > 80 % - จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมพยาบาล

3. แผนพัฒนาคุณภาพ ประจำปี 2567

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
การพัฒนาศักยภาพของ พยาบาลในการดูแลผู้ป่วย	- เพื่อให้ผู้ป่วย อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ได้รับการดูแล รักษาอย่าง รวดเร็ว ปลอดภัย	- อัตราของผู้ป่วยภาวะ วิกฤติที่ไม่ได้รับการ ดูแลรักษาภายใน 4 นาที - อัตราการจำแนก ประเภทผู้ป่วย ผิดพลาด - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต โดยไม่คาดฝัน	- โครงการอบรม ACLS, ATLS PALS NALS 100% - จัดทำแผน/ ซ้อมแผนรองรับ สถานการณ์ฉุกเฉินและอุบัติภัย - สอน แนะนำ/ทดสอบ การใช้ เครื่องมือ และยาช่วยชีวิตฉุกเฉิน - ทบทวนอุบัติการณ์การเสียชีวิต โดยไม่คาดฝัน เพื่อปรับปรุง พัฒนาการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน - จัดทำเครื่องมือคัดแยกประเภท

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
			ผู้ป่วย MOPH ED TRIAGE -พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการ ดูแลผู้ป่วย covid-19
พัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม โรค ACS	- เพื่อลดการ Miss diagnosis /Delay refer - ลดการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนไม่สมเหตุ สมผล - อัตราผู้ป่วย ACS เสียชีวิตใน โรงพยาบาลและ - ขณะส่งต่อ-1 ชม. หลังส่งต่อ -อัตราผู้ป่วย ACS ที่ miss/delay diagnosis	อัตราผู้ป่วย STEMI onset to ER ภายใน 3 ชั่วโมง - อัตราผู้ป่วย STEMI Door to Needle time ภายใน 30 นาที	ปรับปรุง CPG การคัดกรอง แนวทางการซักประวัติผู้ป่วย Chest pain การดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ACS โดยสหสาขาวิชาชีพ กำหนดข้อบ่งชี้ทำ EKG อบรมพยาบาลในการอ่านและแปลผล EKG เบื้องต้น ติดตั้งเครื่อง Fax เพื่อปรึกษา EKG และเพิ่มสมรรถนะห้อง Lab. ให้ตรวจ Cardiac enzyme - ปี 2568 ได้ทบทวนความรู้และ การใช้แบบคัดกรองให้เข้าใจ ตรงกัน และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มภาวะ ACS ตาม Fast track AMI ของจังหวัดยะลา - ปี 2568 พัฒนาระบบการรับผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล โดยมีการ Mapping บ้านผู้ป่วยเพื่อให้รถ E MS ออกไปรับผู้ป่วยได้รวดเร็ว
1.2 พัฒนาการดูแลผู้ป่วย กลุ่ม โรค ACS (ต่อ)	- เพื่อลดการ Miss diagnosis/Delay refer - ลดการเสียชีวิต และภาวะแทรกซ้อนไม่สมเหตุสมผล	-อัตราผู้ป่วย AMI ที่ delay refer -อัตราผู้ป่วย Old MI เกิด AMI	- ปี 2568 -มีอุมรแพทย์ประจำ รพ. -ได้จัดทำ CPG ACS -เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ RCA ทุกสัปดาห์ -PCT สาขา ACS -จัดตั้ง OPD อยุรกรรม ,clinic warfarin -จัดตั้ง Mini icu ดูแล ผป. NSTEMI UA -พัฒนาระบบการคืนข้อมูล ACS -พัฒนาระบบ Triage - เพิ่มศักยภาพในการให้ยา SK พยาบาลจบใหม่ จัดทำโครงการ STEMI Alert EMS spot map - จัดโครงการกู้ชีพประจำบ้าน

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
			พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่กู้ชีพกู้ภัย พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วย ACS EMS medical online พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย ACS การใช้ยา HAD metalyse / heparin -จัดทำ zoning resuscitation เพื่อทราบบทบาทหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ACLS และขยายลงสู่ รพสต.ทุก รพสต. ในการช่วยเหลือผู้ป่วย BLS -จัดตั้ง RRT ในโรงพยาบาล -health literacy ในคลินิก NCD -เปิดบริการ mini-ICU
1.3 พัฒนาการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มอาการ Sepsis	- เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย Sepsis ที่ delay treatment	- อัตราผู้ป่วย Sepsis ที่ Delay treatment	- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis - พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Sepsis ในระดับ รพ, รพสต. Sepsis alert ในชุมชน -SOS pop up -ปรับปรุงใบซักประวัติให้มี sos score แยกทั้ง adult และ pediatric -มีอยู่รแพทย์ประจำ รพ. -เปิดบริการ mini-ICU -ปรับปรุง CPG sepsis, EWS sepsis -PCT sepsis
1.4 พัฒนาการประเมินและดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ	- เพื่อลดจำนวนผู้ป่วย Head injury ที่ delay treatment	- อัตราผู้ป่วย Moderate & Severe Head injury Delay refer - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย Mild HI	- ทบทวนปรับปรุง CPG Head injury - ค้นหาสาเหตุของอุบัติเหตุจราจรเชิงลึก และแก้ปัญหาในรูปแบบคณะกรรมการป้องกันอุบัติเหตุระดับอำเภอ/ตำบล - ประชุม Trauma audit ทุกราย -สร้างไลน์อุบัติเหตุจราจรระดับอำเภอ ค้นข้อมูลให้พื้นที่ ร่วมทบทวนแบบบูรณาการ
1.5 พัฒนาการประเมินและ	- เพื่อให้ผู้ป่วย	- ร้อยละของผู้ป่วย	- จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
ดูแลผู้ป่วย Stroke	Stroke ได้รับการ ประเมินและดูแล รักษาอย่าง รวดเร็ว	Stroke ที่ได้รับการ ประเมินและดูแลล่าช้า	Stroke - คัดกรองกลุ่มเสี่ยง Stroke ใน คลินิก NCDและกลุ่มประชาชน ทั่วไป - จัดกิจกรรม Stroke day ใน รพ. - CNPG Stroke แนวทางเดียวกัน ทั้งจังหวัด - คืบข้อมูลผู้ป่วย stroke ให้ nurse manager - คืบข้อมูล COC - พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ ช่องทางด่วน ผป.STROKE
1.6 เพิ่มประสิทธิภาพในการ ออกให้การพยาบาลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ	- เพื่อให้ผู้ป่วย วิกฤติฉุกเฉินมา ด้วยระบบ EMS - เพื่อเพิ่มหน่วย บริการใน เครือข่ายที่ รับผิดชอบ	- จำนวนครั้งการออก เหตุล่าช้า - จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ - จำนวนหน่วยบริการ ในเครือข่ายรับผิดชอบ - อัตราผู้เจ็บป่วย ฉุกเฉินวิกฤติที่มาโดย EMS	- มอบหมายบทบาทหน้าที่ชัดเจน พพร.เพื่อออกรับมือเหตุ, ส่งต่อผู้ป่วย - ประสาน อบต. จัดอบรม โครงการอบรมความรู้ให้กับหน่วย บริการการแพทย์ฉุกเฉิน - มีการประเมินผลการดำเนินงาน แต่ละ อบต. และพัฒนาการบริการ ให้ได้มาตรฐาน EMS สัญจร - รณรงค์ให้ประชาชนรู้จักระบบ EMS โดยอบรมกู้ชีพประจำบ้าน - EMS meeting EMS สัญจร - โครงการกู้ชีพประจำบ้าน
1.7 เพิ่มประสิทธิภาพในการ บริหารยา / สารน้ำ และการ ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง	เพื่อลดอุบัติการณ์ การคลาดเคลื่อน จากการใช้ยา	- จำนวนการเกิด Medication Error, Admin Error	- ทำ CQI ของหน่วยงาน CBIG K drop การให้ยาภาวะ hyperkalemia - มีแนวทางการใช้ยาความเสี่ยงสูง - Med error round โดย หัวหน้างาน - มีการ double check - ยา stat real time
1.8 ลดอุบัติการณ์การติดเชื้ ในการทำหัตถการ	- ลดอุบัติการณ์ การติดเชื้ในการ ทำหัตถการ เย็บ แผล	- อัตราการติดเชื้ของ แผลเย็บ	- ทบทวนการประเมินบาดแผล - เพิ่มประสิทธิภาพการดูแล บาดแผลที่ delay Suture /dirty wound
1.9 พัฒนาการประเมินและ ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บหลาย ระบบ	- เพื่อลดจำนวน ผู้ป่วย Multiple trauma ที่	- อัตราผู้ป่วย Multiple trauma ที่ delay treatment	- มีคัลยแพทย์ประจำ รพ. - มี nurse manager เพื่อจัดการ พัฒนาการประเมินและดูแลผู้ป่วย

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ /ความท้าทายที่สำคัญ	เป้าหมาย/ วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	กิจกรรมพัฒนา
	delay treatment และ Delay refer	และ Delay refer	บาดเจ็บหลายระบบ - จัดทำ CPG Multiple trauma - พัฒนาศักยภาพบุคลากร ATLS PHTLS - ทำ Trauma audit ในรายที่ เสียชีวิต

4. ตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน³ (Performance Indicator)

ด้านความปลอดภัย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
on scene ภายใน 10 นาที	> 90%	98.72	99.64	98.51	98.82	100
Response time ภายใน 10 นาที	> 90%	93.16	93.99	93.48	96.56	100
อัตราการติดเชื้อของแผลเย็บ						
- SSI	< 2%	0	0	0	0	0
- Contaminate	< 5%	0	0	0	0	0
- dirty wound	< 10%	0	0	0	0	0
อัตราผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำใน 48 ชั่วโมง โดยไม่ได้นัด	≤ 2%	0.02 (4 ราย)	0.02 (18 ราย)	0.09 (6 ราย)	0.02 (4 ราย)	0.01 (3 ราย)
จำนวนภาวะแทรกซ้อนจากการทำ CPR	0	0	0	0	0	0
จำนวนการคัดกรองผู้ป่วย Level 1,2 ผิดพลาด	<5%	0.52 (13 ราย)	0.06 (22 ราย)	0.08 (10 ราย)	0.05 (8 ราย)	0.01 (5 ราย)
อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยา	<5:1000 ใบสั่งยา	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	<1:1000 ใบสั่งยา	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยา/สาร น้ำ/เลือด	<1:1000 ใบสั่งยา	3	2	3	2	0
อัตราผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน/อาการทรุดลง/ เสียชีวิต ขณะส่งต่อ	0	1	1	0	1	2
จำนวนของการเกิดข้อบกพร่องขณะส่งต่อ						
- การดูแลทางเดินหายใจ	0	1	0	0	2	1
- การดูแลการหายใจ	0	1	0	0	2	1
- การดูแลระบบไหลเวียนโลหิต	0	1	1	0	1	1
- การดูแลบาดแผลและส่วนที่หัก	0	0	1	0	1	0

³ นำเสนอกราฟแสดงข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ (ก) ตัวชี้วัดของหน่วยงานที่สอดคล้องกับเป้าหมายของหน่วยงานและมีการติดตามวัดผลอย่างต่อเนื่อง (พร้อมคำอธิบายการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นประกอบภาพอย่างสั้นๆ) (ข) ข้อมูลผลการพัฒนาตามโครงการสำคัญในรอบ 2-3 ปีที่ผ่านมา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
ร้อยละความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล	> 80	98	95.8	94.36	96.56	94.20
จำนวนผู้ป่วยไม่สมัครใจรักษาต่อโดยไม่พึงพอใจในการบริการ	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา High Alert Drug	0	1	0	0	0	0

ด้านความรวดเร็ว

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
อัตราผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับการตรวจโดยแพทย์ภายในเวลา 4 นาที	100	100	100	100	100	100

ด้านความพึงพอใจ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
อัตราความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	> 80%	86.33	88.84	88.36	86.87	87.98
จำนวนข้อร้องเรียน ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมทางการแพทย์พยาบาล	< 1 เรื่อง	2	0	0	0	0

เฉพาะโรคนานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
ร้อยละผู้ป่วย STEMI onset to ER <3 ชม	80	76.2	78.57	82	78.44	78.22
ร้อยละการใช้ CPG STEMI	100%	100	100	100	100	100
ร้อยละผู้ป่วย STEMI เสียชีวิตในโรงพยาบาลและขณะส่งต่อ – 24 ชม. หลังส่งต่อ	<9%	0	0	0	10.52% 2 ราย	14.70% 5 ราย
ร้อยละผู้ป่วย ACS ที่ miss/delay diagnosis	0	0	0	0	0	5.88% 2 ราย
ร้อยละผู้ป่วย ACS ที่ miss/delay refer	0	0	0	0	0	2
ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to EKG ภายใน 5 นาที	100%	100	100	100	100	100
ร้อยละผู้ป่วย STEMI Door to Needle time	<30 นาที	100	100	100	100	100
ร้อยละผู้ป่วย HI มา รพ.ด้วยระบบ EMS	ร้อยละ 60	76.22	78.52	82	86.14	94.46
ร้อยละการใช้ CPG HI	100%	100	100	100	100	100
ร้อยละผู้ป่วย moderate & severe HI delay refer and Delay diagnosis	0	0	0	0	0	0
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย mild HI	0	0	0	0	0	0

เฉพาะโรคงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	2564	2565	2566	2567	2568
จำนวนผู้ป่วย HI เสียชีวิตในโรงพยาบาลและ ขณะส่งต่อ 24 ชั่วโมงหลังส่งต่อ	5%	1	0	0	2	2.5%
ร้อยละผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชม. หลังมีอาการ	ร้อยละ 60	34.32	36.84	35.29	56.45	57.63% 83 ราย
อัตราการใช้ CPG Stroke	100%	100	100	100	100	100
จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่เกิดภาวะแทรกซ้อน	0	1	0	0	0	0
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่ miss/delay diagnosis	0	1	0	0	0	0
ร้อยละผู้ป่วย Stroke ที่ delay refer	0	1	0	0	0	1.20% 1 ราย
ร้อยละผู้ป่วย Stroke เสียชีวิตในโรงพยาบาล และขณะส่งต่อ-24ช.ม. หลังส่งต่อ	0	0	0	0	1 1.1%	0.69% 1 ราย
ร้อยละการเสียชีวิตใน ER ของผู้ป่วย PPH ที่ เกิดภาวะ Hypovolemic shock	0	0	0	0	0	0
ร้อยละการเสียชีวิตผู้ป่วยเจ็บป่วยวิกฤต อุบัติเหตุ ภายใน 24 ชั่วโมง	<12	4	2	3	3	2
ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดย EMS	ร้อยละ 60	52.31	50.12	34.56	54.25	52.64%
จำนวนครั้งการมี ROSC, Survival to Refer, Survival to Admit ในผู้ป่วย OHCA>30นาที		0	2	0	0	0
ร้อยละผู้ป่วยกลุ่ม fast track ที่มาโรงพยาบาล ด้วยระบบ EMS	60%	48.46	56.24	34.58	54.25	53.45%

5. กระบวนการหรือระบบงานเพื่อบรรลุเป้าหมายและมีคุณภาพ

ชื่อผลงาน :

การพัฒนากระบวนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา จังหวัดยะลา

(Development of a system for accessing Stroke Fast Track at Yaha Crowns Prince Hospital)

ผู้จัดทำผลงาน น.ส.ชยันะ สาและ ตำแหน่ง พว.ชำนาญการ,นางศกวรรณ อารีบุหงา ตำแหน่ง พว.ชำนาญการพิเศษ

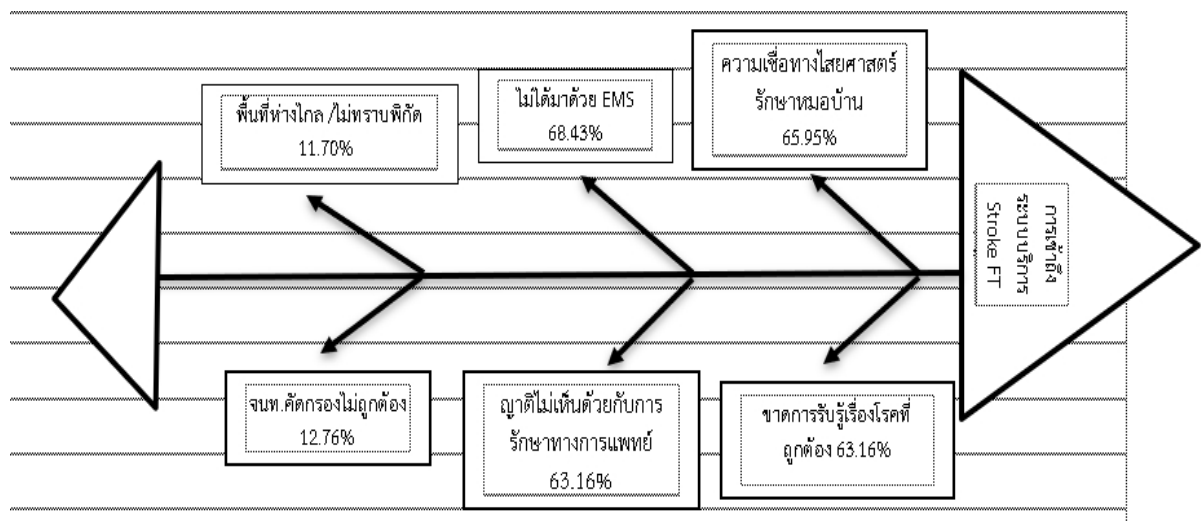
หน่วยงาน งานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา อำเภอยะหา จังหวัด ยะลา

มือถือ ๐๘๙๔๖๓๐๔๙๑ e-mail habibi_ps@hotmail.com

สถานการณ์ปัญหา

ปัจจุบันงานอุบัติเหตุ อุบัติเหตุโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะลา จังหวัดยะลา ยังพบปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหา โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่จะต้องเข้าถึงบริการที่ได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน รวดเร็วให้ทันกับเวลาที่จำกัดของผู้ป่วยที่จะสามารถให้การรักษาด้วยยาได้ คือโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนที่สมองจะเสียหายจากการขาดเลือด เวลาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เลือดกลับไปเลี้ยงสมองส่วนที่ขาดเลือดให้เร็วที่สุด การรักษาที่เร็วจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นตัวได้เร็ว ข้อมูลผู้ป่วย Stroke ที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุ อุบัติเหตุในปี พ.ศ. 2563-พ.ศ.2565 มีจำนวน 87,67,95 ราย Stroke Fast track เข้าถึงบริการภายใน 4.5 ชม.คิด

เป็นร้อยละ 35.95, 34.32, 36.84 ได้รับยา Rt-PA คิดเป็นร้อยละ 37.5, 17.39 25.71 hemorrhagic stroke คิดเป็นร้อยละ 8.9, 10.4, 11.6 เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 35.16 ,37.31, 31.57 พบในกลุ่มผู้ป่วย NCD คิดเป็นร้อยละ 53.93, 40.29, 36.84 ผู้ป่วยสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 32.63, 22.40, 10.52 พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากที่สุดได้แก่ตำบลยะหา ตำบลปะแตและตำบลบาโงยซิแน จำนวน 65, 49 และ 35 ราย ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 3.44,4.61 และ 0 พิกการ คิดเป็นร้อยละ13.79,18.46,12.51 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการของเส้นเลือดในสมองตีบหรือตันจนมาถึงโรงพยาบาล ใช้เวลาเฉลี่ย 17.75 ชั่วโมง จากผลการวิเคราะห์พบว่าสาเหตุที่เข้าถึงบริการล่าช้า การรับรู้เรื่องโรค ญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจปรึกษากับหมอบ้านไม่ได้มาด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน จึงได้มีแนวคิดพัฒนากระบวนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น จากผลการวิเคราะห์สาเหตุ (RCA)



2.วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อเพิ่มอัตราการเข้าถึงระบบFast track
- 2.เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
- 3.ลดอัตราการเกิดความพิการและเสียชีวิต

3.ตัวชี้วัด

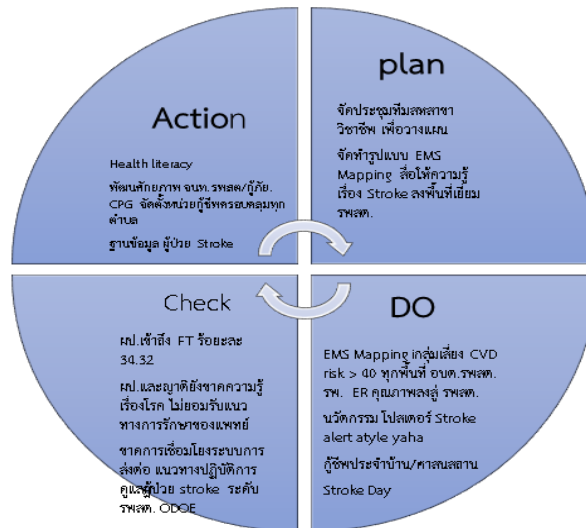
- 1.ผู้ป่วย Stroke เข้าระบบ Fast Track (4.5 ชม.) ร้อยละ 60
- 2.ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินร้อยละ
- 3.อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย Stroke เท่ากับ 0

4.วิธีการดำเนินการ

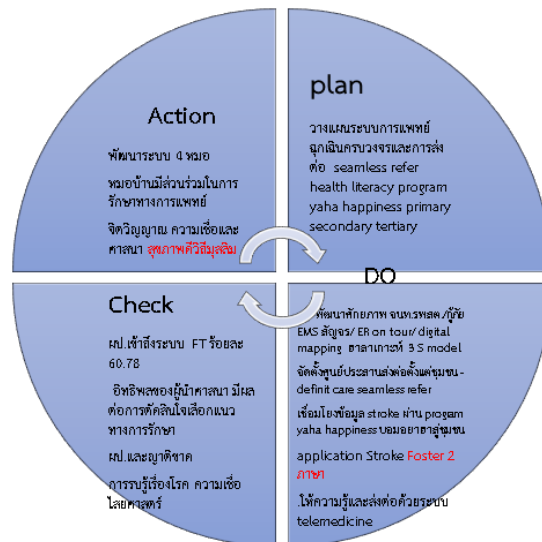
การดำเนินงาน ครั้งที่ 1 ปี 2563-2564



การดำเนินงานครั้งที่ 2 ปี 2565-2566



การดำเนินงานครั้งที่ 3 ปี 2567- ปี 2568 (ตุลาคม 2567- มีนาคม 2568)



5.ผลการดำเนินงาน

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
จำนวนผู้ป่วย Stroke	67	95	102	124	56
ร้อยละ ผล. Stroke เข้าระบบ Fast Track (4.5 ชม.)	34.32	36.84	60.78 62 ราย	62.90 (78 ราย)	71.42 (40 ราย)
ระยะเวลาเฉลี่ย ผู้ป่วย Stroke เข้าระบบ Fast Track (270 นาที)	204 นาที	192 นาที	108 นาที	73 นาที (1.ชม.13 นาที)	62 นาที
ร้อยละ ผล. Stroke FT มาด้วยระบบ EMS	37.31	31.57	61.29 38 ราย	69.23 (54ราย)	80 (32 ราย)
ร้อยละ ผล. Stroke ได้รับยา Rt-PA	17.39	25.71	100 30 ราย	100 (20ราย)	100

ตัวชี้วัด	ปี 2564	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567	ปี 2568
ร้อยละ ฃป.Stroke เกิด Hemorrhagic stroke	10.4	11.6	12.74 13 ราย	15.68 (8 ราย)	5.35 (3 ราย)
อัตราผู้ป่วย Stroke เสียชีวิต	4.61	0	0	1.96 (1 ราย)	0
ร้อยละ ฃป.Stroke มี Barthel ADL index > 5	81.54	87.49	95.17	96.07 (49 ราย)	96.03

6.สรุป

จากผลการดำเนินงานในปี 2566 จำนวนผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการจำนวน 102 ราย เข้าระบบ Fast track ร้อยละ 60.78 ระยะเวลาเฉลี่ย 1.8 ชั่วโมง ได้รับยา Rt-PAคิดเป็นร้อยละ 48.70 Hemorrhagic stroke มีแนวโน้มสูงกว่าปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 12.08 เนื่องจากยังมีความเชื่อ จิตวิญญาณ และศาสนา ไปรับการรักษาหมอบ้าน เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 61.29 พบในกลุ่มผู้ป่วย NCD คิดเป็นร้อยละ 70.96 เสียชีวิตร้อยละ 0 พิกการคิดเป็นร้อยละ 4.83

จากผลการดำเนินงานในปี 2567 จำนวนผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการจำนวน 124 ราย เข้าระบบ Fast track ร้อยละ 62.90 ระยะเวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 13 นาที ได้รับยา Rt-PAคิดเป็นร้อยละ 100 Hemorrhagic stroke มีแนวโน้มสูงกว่าปีที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 15.68 เนื่องจากยังมีความเชื่อ จิตวิญญาณ และศาสนา ไปรับการรักษาหมอบ้าน เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 69.23 พบในกลุ่มผู้ป่วย NCD คิดเป็นร้อยละ 70.96 เสียชีวิตร้อยละ 1.96 พิกการคิดเป็นร้อยละ 4.83

จากผลการดำเนินงานในปี 2568 จำนวนผู้ป่วย Stroke เข้าถึงบริการจำนวน 56 ราย เข้าระบบ Fast track ร้อยละ 71.42 ระยะเวลาเฉลี่ย 1 ชั่วโมง 2 นาที ได้รับยา Rt-PAคิดเป็นร้อยละ 100 Hemorrhagic stroke Ischemic stroke คิดเป็นร้อยละ 94.65 Hemorrhagic stroke คิดเป็นร้อยละ 5.35 เนื่องจากยังมีความเชื่อ จิตวิญญาณ และศาสนา ไปรับการรักษาหมอบ้าน เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินคิดเป็นร้อยละ 80 พบในกลุ่มผู้ป่วย NCD คิดเป็นร้อยละ 70.96 เสียชีวิตร้อยละ 0

7.ข้อเสนอแนะ /โอกาสพัฒนา

- 1.ความเชื่อ จิตวิญญาณ และศาสนา มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต้องใช้แกนนำ ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เป็นต้นแบบด้านการรักษาทางการแพทย์ Stroke model หมอบ้านมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา เพื่อให้ผู้ป่วย stroke เข้าถึงระบบ Fast Track มากที่สุด
- 2.เรื่อง Stroke awareness. ผู้ป่วยและญาติให้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องเรื่องระยะเวลาที่เกิดอาการ (last seen normal) ซึ่งมีผลต่อการวินิจฉัย Stroke Fast Track
- 3.สู้งานวิจัย R2R
4. MSU (Mobile Stroke Unit) แผนปีงบประมาณ 2567- 2568

เอกสารอ้างอิง

<https://cimjournal.com/confer-update/system-stroke-fast-track/>

เสกสรร จวงจันทร์และคณะ. (2562).การพัฒนารูปแบบการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารส นักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10.17(2). สืบค้นเมื่อ มีนาคม 2566,จาก

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/odpc10ubon/article/view/249077>

การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหาโดยใช้ บาโงยซิแน โมเดล

Development of emergency medical service access system in Yaha district Bangoysinae model

คำสำคัญ: การเข้าถึง ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน โมเดล

สรุปผลงานโดยย่อ: เพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ลดอัตราการเสียชีวิต ลดภาวะทุพพลภาพ
บทนำ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา เป็นโรงพยาบาลระดับ F1 ขนาด 60 เตียง ปี พ.ศ. 2568 ขยายบริการเป็นระดับ S plus ขนาด 90 เตียง มี 7 ตำบล 49 หมู่บ้าน จำนวนหน่วยปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน ที่ปฏิบัติการในพื้นที่จำนวน 5 หน่วยบริการ คิดเป็นร้อยละ 57% พื้นที่ที่ไม่มีหน่วยปฏิบัติการขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ตำบลละแ ต่ำบลตาชี 71.43 การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเครือข่ายอำเภอยะหาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564-2566 ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิฤติ ถูกนำส่งด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ร้อยละ 9.28, 11.33 และ 14.48 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ ตัน ร้อยละ 21.22, 31.58 และ 25.49 ,ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ร้อยละ 12.24, 14.62 และ 21.48 และการบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรง ร้อยละ 18.44, 20.35 และ 28.68 ผลจากการวิเคราะห์พบว่าผู้ป่วยไม่ทราบหมายเลขฉุกเฉิน 1669 หน่วยปฏิบัติการขั้นพื้นฐานไม่มีทุกพื้นที่ ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการเอง เกิดความล่าช้า ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงห้องฉุกเฉิน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ส่งต่อและเสียชีวิตในเวลาต่อมา จากการประชุม ทบทวน EMS meeting , EMS สัญจร พบว่าหน่วยปฏิบัติการขั้นพื้นฐานในเครือข่าย มีปัญหา ไม่สนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ขาดแคลนเรื่องทรัพยากรบุคคล เจ้าหน้าที่มาปฏิบัติงานที่หน่วยเป็นแค่จิตอาสาชั่วคราว เมื่อได้งานใหม่ ลาออก การอบรมไม่เพียงพอ เจ้าหน้าที่ขาดการฝึกฝน อบรมอย่างต่อเนื่อง การจัดการข้อมูล การสื่อสารและสารสนเทศ สื่อสารไม่ชัดเจน ข้อมูลไม่ครบถ้วนระหว่างออกปฏิบัติการ ข้อมูลสุขภาพไม่ได้ถูกบันทึกหรือแชร์อย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ จึงได้มีการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหาโดยใช้รูปแบบ “ EMS บาโงยซิแน โมเดล” เพื่อให้หน่วยปฏิบัติการขั้นพื้นฐานเป็นองค์กรที่ได้มาตรฐาน ผู้ป่วยในพื้นที่เข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัย **วัตถุประสงค์** 1.เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินพื้นที่ตำบลบาโงยซิแน 2.เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยพื้นที่ตำบลบาโงยซิแน **รูปแบบการศึกษา** วิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) **ประชากรที่ศึกษา** ผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกหน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ตั้งแต่ปี 2564-2567 **เครื่องมือที่ใช้** แบบบันทึกข้อมูลออกปฏิบัติการ EMS, ระบบ Hos Xp,ระบบ ITEMS แบบสอบถามความพึงพอใจ **การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม **ผลลัพธ์ทางคลินิก** ใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ **การดำเนินงาน** 1.รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน 2. EMS สัญจร, EMS meeting ณ หน่วยปฏิบัติการ ประชุมชี้แจงสถานการณ์การเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระดมสมอง หาแนวทางพัฒนาระบบงาน 3. กำหนดผู้รับผิดชอบพื้นที่ตำบลบาโงยซิแนเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 4. จัดทำ EMS Spot MAP กลุ่มโรคฉุกเฉินเร่งด่วน STROKE STEMI SEPSIS ทะเบียนกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อข้อมูลไปยัง รพสต.,หน่วยกู้ชีพกู้ภัยบาโงยซิแน 5.นวัตกรรมโปสเตอร์ Stroke Stemi alert style Yaha เป็นภาษายาวี คาราวีโอเกะ Sepsis alert ติดตั้งที่ อบต. รพสต. แหล่งชุมชน 6.ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ 1669 กิจกรรมฮาลาเกะทีในศาสนสถาน มัสยิดทุกวันศุกร์, ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์, แกนนำผู้นำชุมชน หมอบ้าน ,แกนนำ อสม.,กลุ่มเยาวชนต้นกล้า,ระบบ Telemedicine, Application stroke alert กู้ชีพประจำบ้าน 7.Program yaha happiness เชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วย NCD Stroke สู่ รพสต. 8.มีแนวทางปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย CBD 10.เพิ่มศักยภาพ จนท.รพสต. จนท.กู้ชีพกู้ภัย บาโงยซิแน 11. ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่าน Group line EMS YAHA, เก็บข้อมูล ติดตามประเมินผลการดำเนินงาน ประชุมวิเคราะห์หาสาเหตุการเข้าถึงบริการล่าช้า นำไปพัฒนาปรับปรุงดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง **ผลการศึกษา** ผลการดำเนินงานในปี 2567 หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ระดับพื้นฐาน องค์การบริหารส่วนตำบลบาโงยซิแน ผู้ป่วยเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 62.07 ผู้ป่วยฉุกเฉิน วิฤติ เข้าถึงบริการ

การแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 88.25 ได้รับการปฏิบัติการการฉุกเฉิน ภายใน 8 นาที (Response time) ร้อยละ 100 ผู้ป่วย OHCA มี ROSC คิดเป็นร้อยละ 66.67 โรคหลอดเลือดสมอง ตีบตัน เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 100 โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 88.88 โรคติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 66.67 ผู้ป่วยอุบัติเหตุบาดเจ็บที่สมองรุนแรง เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 100 คุณภาพการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ ร้อยละ 100 ผู้ป่วยและญาติมีความพึงพอใจ ร้อยละ 96 %

สรุป การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหาโดยใช้รูปแบบ EMS บาโงยซิแน โมเดล ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ผู้ป่วย Fast track ผู้ป่วยอุบัติเหตุ ในพื้นที่ตำบลบาโงยซิแนเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็ว ปลอดภัย และพึงพอใจ

การใช้ประโยชน์ของการวิจัย การพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอยะหาโดยใช้รูปแบบ EMS บาโงยซิแน โมเดล เป็นต้นแบบให้กับหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ระดับพื้นฐานพื้นที่อื่น ในอำเภอยะหา และจังหวัดยะลา

ข้อเสนอแนะ

1. เพิ่มความครอบคลุม ให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินทุกพื้นที่ในอำเภอยะหา
2. พัฒนาคุณภาพการบริการ ปรับปรุง มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้มีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง
3. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย
4. การอบรมและพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่
5. การสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนเกี่ยวกับการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน
6. ความเชื่อ จิตวิญญาณ และศาสนา มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องใช้แกนนำผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เป็นต้นแบบด้านการรักษาทางการแพทย์
7. การใช้เทคโนโลยีทางด้านสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น Telemedicine Application, google map, IDEMS จะส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการรวดเร็ว ปลอดภัย ได้มาตรฐาน

เอกสารอ้างอิง

ศุภชาติ เขมวดีพงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึง บริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน จังหวัดตรัง .วารสารการแพทย์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต] 2566. [สืบค้นเมื่อ ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://he03.tci-thaijo.org > article download>.
สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://ws.niems.go.th/items_front/index.aspx

6. แผนพัฒนาต่อเนื่อง

พัฒนาระบบ EMS คุณภาพเชิงระบบ (Quality-Network-Coverage)

- พัฒนา EMS Quality Indicator Dashboard
(Response time, on-scene time, ROSC, stroke pre-notify, STEMI pre-ECG)
- เชื่อมโยง อปท. + หน่วยกู้ชีพ + รพช.เครือข่าย แบบ MOU ครบทุกตำบล
- พัฒนาศักยภาพ First responder / อสม.ฉุกเฉิน ในพื้นที่เสี่ยง

พัฒนาระบบ Fast Track แบบครบวงจร (Pre-hospital → ER → Refer)

- Pre-hospital Fast Track
 - Stroke FAST / LAMS
 - STEMI pre-ECG
 - Sepsis early warning

- ER Fast Track Zone / Pathway ชัดเจน
- Refer Fast Track (door-in–door-out ≤ 30–60 นาที)
- **พัฒนาระบบ Triage ขั้นสูง (Advanced Triage System)**
 - ใช้ ESI / MOPH Triage อย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน
 - พัฒนา Triage Audit / Inter-rater reliability
 - ใช้ Digital Triage / Alert สีสัญญาณ (ถ้ามี HIS รองรับ)
 - เชื่อม Triage กับ RRT activation
- **พัฒนาระบบ RRT เชิงรุก (Proactive RRT)**
 - RRT ไม่ใช่แค่ใน IPD → ER + EMS + OPD
 - ใช้ Early Warning Score (NEWS / MEWS) ร่วมกับ triage
 - ทบทวนเคส Unplanned ICU / Cardiac arrest / Death in ER
 - ซ้อมแผน RRT + Code blue อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง
- **พัฒนาระบบ AOC – Ambulance Operation Center**
 - ควบคุม Ambulance, EMS, Refer, Disaster ในศูนย์เดียว
 - มี Call flow / Decision support ชัดเจน
 - เชื่อมข้อมูลกับ
 - 1669
 - รพช. node
 - ศูนย์ refer จว.
 - มี After action review ทุกเคสสำคัญ
- **พัฒนาศูนย์ประสานส่งต่อ Node รพช. (Hub–Node Excellence)**
 - กำหนด Role ชัดเจนของ Hub / Node
 - พัฒนา Standard Refer Package (CT, lab, ECG, vital trend, time stamp)
 - Tele-consult / Line official / Video call
 - ติดตาม Refer outcome & feedback loop
- **พัฒนาศักยภาพ บุคลากรเฉพาะทางฉุกเฉิน**
 - พยาบาล ER / EMS / Stroke / Trauma / Critical care
 - แผนอบรม ACLS, PALS, ATLS, Stroke nurse
 - Career pathway + competency based
- **พัฒนาระบบ Clinical Governance & Patient Safety ER**
 - RCA / Sentinel event / Near miss
 - Trauma & Medical audit
 - HA tracer: STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma
 - ลด Death / Deterioration in ER
- **พัฒนาระบบ ข้อมูลและดิจิทัล (Digital ER & EMS)**
 - EMS–ER dashboard แบบ real-time
 - Time stamp อัตโนมัติ (door-to-ECG / needle / CT)
 - เชื่อมข้อมูล 1669 → HIS → Refer
- **พัฒนาแผน Disaster & MCI Readiness**
 - ER เป็น command center

- ซ้อมแผน MCI / Flood / Violence / Mass casualty
- เชื่อม AOC + EMS + อปท. + ทหาร/กู้ภัย

แผนที่จะดำเนินการ ต่อไปในการพัฒนาหน่วยงาน

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
1.พัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาล	พัฒนาสมรรถนะ Clinical Competency ด้านฉุกเฉินและวิกฤต แนวทาง พัฒนาความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma, HI, PIH, PPH ฝึกทักษะสำคัญ: triage, airway, resuscitation, rapid assessment ใช้ Competency-based assessment พัฒนาศักยภาพ พยาบาลเฉพาะทาง (Specialty Nursing) แนวทาง ส่งเสริมพยาบาลเฉพาะทาง Emergency nurse / Trauma nurse / Stroke nurse สร้าง Nurse Champion ในแต่ละ Fast Track ถ่ายทอดความรู้ในหน่วยงาน (In-house training) พัฒนาศักยภาพ ด้านนิติเวช (Forensic Nursing) แนวทาง อบรมการดูแลผู้ป่วยคดี อุบัติเหตุ การเก็บหลักฐาน พัฒนาการบันทึกเวชระเบียนและ chain of custody ประสานงานตำรวจและหน่วยงานกฎหมาย พัฒนาทักษะ Leadership & Team-based Care แนวทาง พัฒนา charge nurse / team leader ฝึกการสื่อสารในทีมสทวิขาชีพ (SBAR) Simulation scenario: resuscitation, MCI พัฒนาทักษะ Digital & Health Information Literacy แนวทาง ใช้ระบบ HIS / EMS / AOC / Dashboard บันทึกข้อมูลตามมาตรฐาน ER & นิติเวช ใช้ข้อมูลเพื่อ CQI / RCA พัฒนาคุณภาพ Patient Safety & HA	พยาบาล ER ผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ $\geq 80\%$ อัตรา error ทางการพยาบาลใน ER ลดลง ตัวชี้วัด Fast Track เป็นไปตามเกณฑ์ มีพยาบาลเฉพาะทางอย่างน้อย 1 คน/สาขาหลัก บุคลากรได้รับการถ่ายทอดความรู้ $\geq 80\%$ ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคดีขึ้น พยาบาล ER ผ่านการอบรมนิติเวช $\geq 70\%$ เวชระเบียนนิติเวชครบถ้วนถูกต้อง $\geq 95\%$ ไม่พบข้อร้องเรียนด้านเอกสารคดี มีพยาบาลผ่านการอบรมผู้นำ เวอร์ $\geq 80\%$ การสื่อสารคลาดเคลื่อนลดลง ผลการซ้อมแผนผ่านเกณฑ์ทุกครั้ง การบันทึกข้อมูลครบถ้วน $\geq 95\%$ พยาบาลใช้ระบบดิจิทัลได้ตามบทบาท $\geq 90\%$ มีโครงการ CQI จากข้อมูลอย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี อุบัติการณ์ลดลง

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
	Competency แนวทาง อบรม HA, Risk management, Infection control ทบทวนอุบัติการณ์/near miss อย่างเป็นระบบ สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย	มีการทบทวน RCA อย่างน้อย 2 เรื่อง/ปี ผ่านการประเมิน HA tracer ER
2. การสร้างภาพลักษณ์งานบริการที่ดีเพื่อความประทับใจของผู้รับบริการและญาติ	พัฒนามาตรฐาน Service Mind & Communication in ER แนวทาง กำหนดแนวปฏิบัติการสื่อสารกับผู้ป่วยและญาติในภาวะฉุกเฉิน AIDET (การแนะนำตัว การอธิบายขั้นตอน การให้ข้อมูลระหว่างรอ) อบรม Service Mind, De-escalation, การสื่อสารในภาวะวิกฤต ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมพื้นที่ พัฒนาระบบ Information & Expectation Management แนวทาง จัดทำป้าย/สื่ออธิบายขั้นตอนการรักษา ระยะเวลารอ แจ้งข้อมูลผู้ป่วยแก่ญาติอย่างต่อเนื่องในกรณีวิกฤต มีเจ้าหน้าที่/จุดประสานญาติในช่วงเวลาที่เหมาะสม พัฒนาสภาพแวดล้อม Friendly & Safe ER แนวทาง จัดพื้นที่รอญาติให้เหมาะสม สะอาด เป็นระเบียบ แยกพื้นที่ผู้ป่วยวิกฤต/ไม่วิกฤตชัดเจน เพิ่มความปลอดภัยและความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย พัฒนาระบบ Complaint Management & Service Recovery แนวทาง รับฟังข้อร้องเรียนอย่างเป็นระบบและรวดเร็ว มีแนวทาง Service Recovery เมื่อเกิดความไม่พึงพอใจ นำข้อร้องเรียนมาทบทวนและปรับปรุงบริการ พัฒนาวัฒนธรรมองค์กร ER Professional & Compassionate Care แนวทาง ส่งเสริมบุคลากรเป็นแบบอย่างด้านจริยธรรมและความสุภาพ สร้างทีมเวิร์กและการช่วยเหลือกันในภาวะเร่งด่วน	ความพึงพอใจของผู้รับบริการและญาติมากกว่า 80% บุคลากร ER ผ่านการอบรม Service Mind $\geq 80\%$ คะแนนความพึงพอใจด้านการสื่อสาร $\geq 85\%$ อัตราข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมบริการลดลง ญาติรับทราบข้อมูลการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง $\geq 80\%$ ข้อร้องเรียนเรื่อง “ไม่ได้รับข้อมูล” ลดลง คะแนนความเข้าใจในกระบวนการรักษา $\geq 85\%$ คะแนนความพึงพอใจด้านสภาพแวดล้อม $\geq 85\%$ ไม่พบอุบัติการณ์ความรุนแรงใน ER อัตราความแออัดใน ER ลดลง ข้อร้องเรียนได้รับการตอบสนองภายใน 7 วัน $\geq 90\%$ ข้อร้องเรียนซ้ำเรื่องเดิมลดลง มี CQI ด้านบริการอย่างน้อย 1 เรื่อง/ปี คะแนนความผูกพันของบุคลากร ER เพิ่มขึ้น อัตราการลาออก/ย้ายหน่วยงานลดลง มีบุคลากรได้รับการยกย่องด้านบริการอย่างน้อยปีละ 1

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
	ชื่นชมเชิดชูบุคลากรที่มีพฤติกรรมบริการดีเด่น	ครั้ง
3.พัฒนาระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	พัฒนาระบบ EMS ครอบคลุมและมีคุณภาพทุกพื้นที่ แนวทาง สนับสนุนให้มีหน่วยกู้ชีพ/กู้ภัยทุกตำบล ร่วมกับ อปท. พัฒนาศักยภาพ First responder และอาสาสมัคร สร้างระบบกำกับคุณภาพ EMS ระดับอำเภอ พัฒนาระบบ Pre-hospital Care & Pre-notification แนวทาง ใช้การประเมินผู้ป่วยมาตรฐาน (Stroke FAST, STEMI, Sepsis) Pre-notification ล่วงหน้าก่อนถึง ER ใช้ Tele-consult ในพื้นที่ห่างไกล พัฒนาระบบ Fast Track ฉุกเฉินแบบครบวงจร แนวทาง เชื่อม EMS → ER Fast Track STEMI, Stroke, Sepsis, Trauma, HI, PIH, PPH กำหนด Care pathway และ timeline ชัดเจน ประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง พัฒนาระบบ Triage & ER Readiness แนวทาง ใช้ triage มาตรฐานเดียวกันทั้ง EMS และ ER เชื่อม triage กับ RRT พัฒนา ER ให้พร้อมรับผู้ป่วยวิกฤต 24 ชม. พัฒนาศักยภาพ บุคลากร EMS & ER แนวทาง อบรม ACLS, PALS, ATLS, FT, EMS refresher ซ้อมแผน EMS / Disaster / MCI พัฒนาสมรรถนะตามบทบาทหน้าที่ EMS meeting / สัญจร พัฒนาระบบ Quality, Safety & Governance แนวทาง ทบทวนอุบัติการณ์ EMS อย่างเป็นระบบ RCA / CQI สำหรับเคสสำคัญ	ร้อยละตำบลที่มีหน่วย EMS ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน $\geq 80\%$ ร้อยละประชาชนเข้าถึงบริการ EMS $\geq 28\%$ อัตราการเสียชีวิตก่อนถึง โรงพยาบาลลดลง ร้อยละผู้ป่วยวิกฤตมี pre- notification $\geq 80\%$ เวลาจากแจ้งเหตุถึงถึงจุดเกิด เหตุ (Response time) เป็นไปตามเกณฑ์ $\geq 80\%$ คุณภาพการดูแล ณ จุดเกิด เหตุผ่านเกณฑ์ $\geq 90\%$ Door-to-ECG (STEMI) ≤ 10 นาที Door-to-CT (Stroke) ≤ 30 นาที ร้อยละผู้ป่วย Fast Track ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ $\geq 80\%$ ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับ triage ภายในเวลามาตรฐาน $\geq 95\%$ อัตราการ triage ผิดพลาด ลดลง อุบัติการณ์ผู้ป่วยทรุดใน ER ลดลง บุคลากร EMS/ER ผ่านการ อบรมตามเกณฑ์ $\geq 80\%$ การซ้อมแผน EMS/MCI อย่าง น้อยปีละ 1 ครั้ง คะแนนประเมินสมรรถนะ $>80\%$ มีการทบทวนคุณภาพ EMS อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี ไม่พบอุบัติการณ์รุนแรงจาก ระบบ EMS

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
	ใช้ข้อมูล EMS สำหรับ HA tracer	
4.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ - การบันทึกทางการแพทย์	พัฒนาระบบ ER Information System & Real-time Data แนวทาง พัฒนาการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ER แบบครบถ้วนใน HIS ใช้ Time stamp อัตโนมัติ (arrival, triage, doctor seen, disposition) PPL HM พัฒนาระบบ Digital Triage & Clinical Alert แนวทาง ใช้ระบบ triage มาตรฐาน (สี/ระดับ) เชื่อม HIS ตั้ง Alert อัตโนมัติสำหรับผู้ป่วยวิกฤต (Red / Pink) เชื่อม triage กับ RRT พัฒนาระบบ EMS-ER-Refer Data Linkage แนวทาง เชื่อมข้อมูล 1669 / EMS กับ ER IDEMS ใช้ Pre-notification และ refer form ดิจิทัล MOPH REFER รับ-ส่งข้อมูลกับ รพช. node แบบมาตรฐานเดียวกัน พัฒนาระบบ AOC & Ambulance Tracking แนวทาง ใช้ dashboard ควบคุมรถพยาบาล / EMS / Refer บันทึกเวลาออก-ถึง-ส่งต่ออัตโนมัติ ใช้ข้อมูลวิเคราะห์ Response time พัฒนาระบบ Forensic Information System แนวทาง บันทึกข้อมูลนิติเวชในระบบอิเล็กทรอนิกส์ จัดเก็บภาพถ่าย/เอกสารอย่างเป็นระบบและปลอดภัย เชื่อมข้อมูลกับงานกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบ Dashboard & Data for Quality Improvement แนวทาง จัดทำ ER dashboard แสดง KPI สำคัญ	ร้อยละของเวชระเบียน ER บันทึกครบถ้วนตามมาตรฐาน $\geq 80\%$ เวลาการบันทึกข้อมูลผู้ป่วย ER หลังให้บริการ ≤ 24 ชม. อัตราข้อมูลซ้ำซ้อน/ตกหล่น ลดลง $\geq 20\%$ ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินได้รับ triage ภายในเวลามาตรฐาน $\geq 95\%$ อัตราการ triage คลาดเคลื่อน ลดลง RRT activation จากระบบ alert เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ที่เหมาะสม ร้อยละผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตมาด้วย EMS $\geq 26\%$ Refer form ดิจิทัลครบถ้วน $\geq 90\%$ เวลารอส่งต่อ (DIDO time) ลดลงตามเกณฑ์ Response time EMS เป็นไปตามเกณฑ์ $\geq 80\%$ ร้อยละการใช้ระบบ AOC ครบทุกภารกิจ $\geq 90\%$ อุบัติการณ์รถ/ภารกิจซ้ำซ้อน ลดลง เวชระเบียนนิติเวชบันทึกครบถ้วน $\geq 95\%$ ไม่พบข้อมูลสูญหายหรือรั่วไหล ระยะเวลาค้นคืนข้อมูลลดลง มี dashboard ใช้งานจริง ≥ 1 ระบบ มีการนำข้อมูลไปใช้พัฒนาคุณภาพอย่างน้อย 2 เรื่อง/ปี

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
	ใช้ข้อมูลสำหรับ RCA / CQI / HA tracer รายงานผลต่อทีม PCT / CLT อย่างสม่ำเสมอ	ผลลัพธ์ตัวชี้วัดสำคัญดีขึ้นตามเป้าหมาย
5.สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่ทุกระดับในหน่วยงาน	การส่งเสริมสุขภาพกาย (Physical Health) ตรวจสุขภาพประจำปีตามความเสี่ยงของงาน ER (เช่น ความดันโลหิต น้ำตาล ไขมัน การได้ยิน/สายตา) ส่งเสริมกิจกรรมออกกำลังกายในหน่วยงาน เช่น ER stretching, exercise break, เดิน-วิ่งสะสมก้าว ปรับสภาพแวดล้อมการทำงานให้เหมาะสม เช่น แสงสว่าง การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยอย่างปลอดภัย การดูแลสุขภาพจิตและความเครียด (Mental Health) คัดกรองความเครียดและภาวะหมดไฟของบุคลากร ER อย่างสม่ำเสมอ จัดกิจกรรม Psychological First Aid (PFA) / การดูแลใจเพื่อนร่วมงาน เปิดช่องทางให้คำปรึกษาแบบเป็นมิตร (Peer support / ทีมสหวิชาชีพ) จัดกิจกรรมคลายเครียด เช่น กิจกรรมศาสนา กิจกรรมสันทนาการ การส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงาน (Occupational Health & Safety) ป้องกัน การบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น Needle stick injury, การถูกทำร้ายใน ER ฝึกทักษะการป้องกันตนเอง การสื่อสารกับผู้ป่วย/ญาติที่ก้าวร้าว จัดหาและใช้ PPE อย่างเหมาะสมตามความเสี่ยง การบริหารจัดการเวลางานและความสมดุลชีวิต (Work-Life Balance) บริหารเวรให้เหมาะสม ลดเวรต่อเนื่องยาวเกินไป ดูแลเวลาพักผ่อนระหว่างปฏิบัติงาน (rest area) สนับสนุนบรรยากาศการทำงานแบบทีม มีการรับฟังความคิดเห็น การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy ER Culture) ผู้บริหารและหัวหน้าหน่วยงานเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ ส่งเสริมวัฒนธรรม ดูแลกันและกัน ไม่ตำหนิ เชื่อมโยงกิจกรรมสุขภาพกับ KPI ด้านคุณภาพและ	ร้อยละของบุคลากร ER ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพกาย/ใจ $\geq 80\%$ อัตราการลาป่วย/อุบัติเหตุจากการทำงานลดลง คะแนนความพึงพอใจและความผูกพันของบุคลากรเพิ่มขึ้น ไม่พบเหตุการณ์รุนแรง/บาดเจ็บจากการทำงานที่ป้องกันได้

การพัฒนาคุณภาพ	กิจกรรมที่จะดำเนินการพัฒนาคุณภาพ	ตัวชี้วัด
	ความปลอดภัยผู้ป่วย	

7. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
การทบทวนขณะ ดูแลผู้ป่วย	1.2 Severe TBI c R/O C -spine injury 2.MTI	-แนวทางปฏิบัติการย้ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่ สพฉ.กำหนด -การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ -ขับเคลื่อนงาน RTI -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย PHTLS ATLS -ทบทวน RCA -มาตรฐานสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล -มาตรฐานการส่งต่อ ผป. Trauma level 1 -ระบบ PHER plus -จัดกิจกรรมโครงการกู้ชีพประจำบ้าน -รณรงค์ ปชส. 1669 ผ่านสื่อ Social -อบรม พื้นฟู หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย -Easy YCPH ED TRIAGE -มาตรฐาน ACLS -มาตรฐานการแจ้งข่าวร้าย
2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียน ของผู้รับบริการ		ผลการทบทวน 20.42 น.ผู้ป่วย มารดา G8P7A0 GA 33 wks มีเลือดออกทางช่องคลอด 45 นาทีก่อนมา รพ. Fully dilate คลอดทำกัน ที่ER Apgar score 8-10-10 O2sat: 100% RA แพทย์และพยาบาลกำลัง resuscitation ทารกแรกคลอด การให้สารน้ำเนื่องจากไม่สามารถหาเส้นเลือดได้ ดูแลแลมารดาหลังคลอด และวางแผนส่งต่อ รพ.แม่ข่าย AE 1. การ Triage ----- Access & entry 2. อัตรากำลังไม่เพียงพอ----- planning of care 3. การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกว่า ----- planning of 4. แนวทางการดูแลผู้ป่วย Preterm สูติศาสตร์ หักถถการ, Breech presentation -----care

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
		delivery 5.การทำหัตถการ การให้สารน้ำ----care delivery 6.การสื่อสารข้อมูลผู้ป่วย----Information & empowerment แนวทางการพัฒนา 1.พัฒนาระบบการ Triage, การสื่อสาร AIDET Plus 2.ทบทวนแนวทางการเรียกอัตรากำลังสำรองพยาบาลส่งต่อ กรณีไม่มีการส่งต่อให้มา standby ที่ ER 3.จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย Preterm , สูติศาสตร์หัตถการ, Breech presentation 4.แนวทางการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกว่า 5.เพิ่มพูนทักษะการให้สารน้ำในเด็กแรกคลอด 6.จัดซื้อเครื่องมือ อุปกรณ์ในการให้สารน้ำ เช่น vein seeking , I/O
การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา	STEMI เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน รพ.ยะลา หลังจากส่งต่อ 4 นาที	การให้ health literacy โรค STEMI อาการฉุกเฉินกับประชาชน ในด้าน alert/awareness และการ เข้าถึงการรักษา -รณรงค์ ปชส. 1669 -จัดตั้ง หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยทุกพื้นที่ -KPI ผป.วิกฤติ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ร้อยละ 26 -Telemedicine -แนวทางการประเมิน CVD risk -จัดตั้งคลินิกฉุกเฉิน -ผป.STEMI onset to ER ภายใน 3.5 ชม. ร้อยละ 80 -CPG STEMI -แนวทางปฏิบัติการติดตามต่อเนื่อง ผป. STEMI - KPI ผป. STEMI ได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง ร้อยละ 100 -แนวทางปฏิบัติสิทธิผู้ป่วย -การให้ข้อมูล แผนการรักษา -จัดทำแผนครุภัณฑ์ เครื่อง defibrillator ประจำปี 2568 -Medication reconciles

กิจกรรมบทบาท คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
การทบทวนการ ตรวจรักษาโดยผู้ ชำนาญกว่า	G7P6A0 GA 25+3 wks c CHT cPIH c HF	Case high riskpregnancy -พัฒนาระบบแนวทางการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด -กำหนดให้CaseNCD ที่วางแผนตั้งครรภ์ต้องปรึกษาแพทย์สาขาอายุรกรรม -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC -ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ มีระบบนัดแพทย์สาขาอายุรกรรมร่วมกับสูติ นรีเวช - แพทย์บันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยในสมุด ANC และใบนัด ให้ครบถ้วน - ผป.ตั้งครรภ์ ที่มีโรคทาง NCD ต้อง consult med ทุกราย -เพิ่มช่องทางการปรึกษาผ่านระบบไลน์ แพทย์ทางอายุรกรรมร่วมกับแพทย์สูติ -นรีเวช -สร้างระบบเชิงรุกหลังจำหน่ายผู้ป่วย ให้มีการติดตาม case หลังคลอดอย่างต่อเนื่อง -พัฒนาระบบ seamless refer ใน ผป. High risk pregnancy -พัฒนาระบบการสื่อสารตามหลัก ISBAR -การบันทึกเวชระเบียน -การดูแลผู้ป่วยแบบ one stop service เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง -พัฒนาแนวทางการดูแล case High risk pregnancy -การดูแลของ ANC ,ER,LR -แนวทางการรักษาโดยการให้ MgSO4 - มีระบบการปรึกษาแพทย์อายุรกรรมก่อนการวางแผนครอบครัว -แนวทางการเรียกอัตราค่าล้างแพทย์วอร์ด -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC -ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ มีระบบนัดแพทย์สาขาอายุรกรรมร่วมกับสูติ นรีเวช -พัฒนาระบบประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ANC,LR,ER,รพสต. -แนวทางการคุมกำเนิดใน ผป. กลุ่ม High risk pregnancy

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
5.การค้นหาและ ป้องกันความเสี่ยง	CPP101:Patient Identification	กำหนด มาตรฐานการระบุตัวผู้ป่วยขององค์กร ใช้ตัวชี้บ่งอย่างน้อย 2 รายการ (เช่น ชื่อ-สกุล / HN / วันเดือนปีเกิด/CID/ชื่อ บิดา มารดา) จัดให้มีสายรัดข้อมือหรือป้ายชื่อผู้ป่วยที่ชัดเจน อ่านง่าย กรณี admit refer ปรับระบบเอกสาร/อิเล็กทรอนิกส์ให้สนับสนุน การยืนยันตัวตนก่อนทำกิจกรรมสำคัญ กำหนดให้มีการ ยืนยันตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อน ให้ยา ทำหัตถการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี กำหนดแนวทางเฉพาะกรณี ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้ Checklist / Audit tool ตรวจสอบการปฏิบัติ ตาม Patient Identification ทบทวนอุบัติการณ์ CPP101 ในที่ประชุม หน่วยงานและ PCT เพื่อเรียนรู้เชิงระบบ อบรม/ทบทวนแนวทาง Patient Identification อย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และบุคลากรหมุนเวียน ใช้กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์จริงเพื่อสร้าง ความตระหนัก การระบุตัวผู้ป่วยมีความถูกต้องและเป็น มาตรฐาน ลดความคลาดเคลื่อนด้านการให้ยาและการ รักษา เพิ่มความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย และญาติ ส่งเสริมการเตือนกันในพื้นที่เมื่อพบการระบุตัว ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA) ติดตามตัวชี้วัดด้าน Patient Identification เป็นรายเดือน/ไตรมาส รายงานผลต่อคณะกรรมการ Patient Safety / PCT

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
6.การป้องกันและ เฝ้าระวังการติดเชื้อ ในโรงพยาบาล	CPI204:การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้าง มือ)	จัดให้มี PPE เพียงพอและพร้อมใช้ ณ จุด ให้บริการทุกเตียงฉุกเฉิน จัดวาง Sharps box ตามมาตรฐาน ไม่เกิน ¾ ของความจุ จัดทำสื่อแนวทาง Standard Precautions สำหรับ ER ในรูปแบบสั้น กระชับ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบด้าน IC ประจำห้องฉุกเฉิน (ER IC Champion) จัดอบรม/ทบทวน Standard Precautions สำหรับบุคลากร ER อย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางเลือกใช้ PPE ตามระดับความ เสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน นิเทศงานและติดตามการปฏิบัติจริงระหว่าง การเข้าเวร ทบทวนอุบัติการณ์ CPI204 ในที่ประชุม ER และ PCT เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงระบบ ใช้ Audit & Feedback เป็นเครื่องมือกำกับ ติดตามอย่างสม่ำเสมอ อุบัติการณ์ CPI204 ในห้องฉุกเฉินลดลง บุคลากรมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่ เหมาะสมกับบริบท ER ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากร การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความ ปลอดภัย (HA Culture) ส่งเสริมวัฒนธรรมการเตือนกันอย่างสร้างสรรค์ (Speak-up culture) ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (Learning from Incident) ไม่มุ่งเน้นการตำหนิรายบุคคล แต่ปรับปรุงเชิง ระบบ ชื่นชมหน่วยงานและบุคลากรที่ปฏิบัติตาม มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA) ติดตามผลตัวชี้วัดเป็นรายเดือน รายงานผลต่อคณะกรรมการ IC / PCT นำผลการประเมินเข้าสู่การปรับปรุงรอบถัดไป ตามวงจร PDCA

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
7. การป้องกันและ เฝ้าระวังความ คลาดเคลื่อนทางยา	CPM208:ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics ระบบสำรองยา- stock น้อยเกินไป/ ไม่มีใน stock ระบบสำรองยา- ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง ระบบสำรองยา-prepack ผิดlot,วันหมดอายุ/ ไม่ลง lot,วันหมดอายุ ระบบสำรองยา- พบยาหมดอายุ Pre-administrative error	แนวทางการแก้ไขและพัฒนาเชิงระบบ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) กำหนด รายการยาสำรองประจำ ER (ER Drug List) พร้อม ปริมาณขั้นต่ำ-สูงสุด (Min-Max stock) แนวทางการใช้ยา (Guideline/Quick reference) จัดระบบจัดเก็บยาใน ER ให้แยกชัดเจน ติด ฉลากครบถ้วน กำหนดผู้รับผิดชอบระบบยาใน ER (เช่น ER Medication Champion) ใช้ Prepack มาตรฐานจากเภสัชกรรมเท่านั้น 2) ด้านกระบวนการ (Process) 2.1 ระบบสำรองยา / Stock ตรวจ stock ยา ER เป็นประจำตามรอบ (เช่น รายสัปดาห์/รายเดือน) เมื่อพบยา stock น้อย/ไม่มีใน stock ให้มีระบบ แจ้งและเติมยาอย่างชัดเจน ปฏิบัติตามแนวทางการสำรองยาที่กำหนด ร่วมกับเภสัชกรรม 2.2 Prepack / Lot / วันหมดอายุ Prepack ทุกชนิดต้องระบุชื่อยา ความแรง Lot และวันหมดอายุชัดเจนห้ามใช้ prepack ที่ผิด lot / ไม่ระบุวันหมดอายุ ตรวจสอบวันหมดอายุ ยาและ prepack เป็นประจำแยกและทำลาย ยาหมดอายุทันทีตามแนวทาง 2.3 Pre-administrative error ก่อนให้ยา ต้องมีการตรวจสอบอย่างน้อย ชื่อ ยา ขนาดยา วิธีและเวลาให้ใช้หลัก Double check ในยาที่ใช้บ่อยหรือเสี่ยงใน ER บันทึกการให้ยา ตามจริงในเวชระเบียนทุกครั้ง 3) ด้านบุคลากร (People) ทบทวนแนวทางการใช้ยาและระบบสำรองยา ใน ER อย่างสม่ำเสมอ ปลูกนิเทศบุคลากรใหม่/หมุนเวียนเรื่องการใช้ ยา การจัดเก็บยา การตรวจสอบก่อนให้ยา ใช้กรณีศึกษา CPM208 และ pre- administrative error เพื่อเรียนรู้เชิงระบบ

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
		4) ด้านการกำกับติดตามและความเสี่ยง (Governance) Audit ระบบสำรองยาและ prepack ใน ER เป็นระยะ ทบทวนอุบัติการณ์ CPM208 และ pre-administrative error ในที่ประชุม ER ใช้ผลการทบทวนเพื่อปรับปรุงระบบ ไม่มุ่งตำหนิรายบุคคล การติดตามและปรับปรุง (PDCA) ติดตามผลเป็นรายเดือน/ไตรมาส รายงานต่อ PCT / TC / Patient Safety ปรับปรุงระบบอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA
8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ	STEMI c cardiac arrest	-รณรงค์ ปชส. 1669 -HL กลุ่มโรค NCD -Moph ED Triage -แนวทางการดูแล ผป. ACS -CPG STEMI ACS -แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ ACLS -แนวปฏิบัติการติดตามต่อเนื่อง ผป. กลุ่ม NCD -การคืนข้อมูล ผป. กลุ่ม ACS -แนวทางปฏิบัติสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลแผนการรักษา
9. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน	ปัญหาที่พบบ่อยจากการทบทวนเวชระเบียน (ER) การบันทึก ไม่ครบถ้วน เช่น Chief complaint / เวลาเริ่มอาการ การประเมินซ้ำ (Re-assessment) การบันทึก ล่าช้า หรือบันทึกย้อนหลัง การบันทึกแผนการรักษาและผลการดูแล ไม่ชัดเจน การบันทึกการให้ยา/หัตถการ ไม่ครบหรือไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง การบันทึกการส่งต่อ/เปลี่ยนเวร ไม่ครบสาระสำคัญ	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา ด้านโครงสร้าง (Structure) ปรับแบบฟอร์มเวชระเบียน ER ให้ กระชับครอบคลุมประเด็นสำคัญ ใช้ ER Documentation Checklist เช่น CC / เวลาเริ่มอาการ Assessment / Re-assessment Treatment / Medication Disposition / ส่งต่อ ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดให้บันทึกเวชระเบียน ครบถ้วนและทันเวลา หลังให้การดูแลเน้นการบันทึกประเด็นสำคัญก่อน (สิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยและการส่งต่อ) ใช้ checklist ตรวจทานเวชระเบียนเป็นระยะ ทบทวนเวชระเบียนและอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้อง

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
		ในที่ประชุม ER ด้านบุคลากร (People) ทบทวนแนวทางการบันทึกเวชระเบียน ER ให้บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่/หมุนเวียนเรื่องการบันทึกเวชระเบียน ใช้ตัวอย่างเวชระเบียนที่ดีเป็น Best practice ด้านการกำกับติดตาม (Governance) Audit ความสมบูรณ์ของเวชระเบียน ER เป็นระยะ Feedback เชิงพัฒนา ไม่มุ่งตำหนิรายบุคคล นำผลการ audit เข้าสู่วงจร PDCA ตัวชี้วัด (HA-Oriented) ร้อยละเวชระเบียน ER ที่บันทึกครบถ้วนตามเกณฑ์ $\geq 90-95\%$ จำนวนประเด็นบกพร่องด้านการบันทึกเวชระเบียนลดลง ไม่พบอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยที่มีสาเหตุจากการบันทึกไม่ครบถ้วน การติดตามและปรับปรุง ติดตามผลการ audit รายเดือน/ไตรมาส รายงานผลในที่ประชุม ER / PCT ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA
10. การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ	ACS STEMI STROKE SEPSIS HI MTI PIH PPH	ACS STEMI STROKE SEPSIS HI MTI PIH PPH
11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร	1. การใช้ทรัพยากรบุคคล 2. การใช้เวลาในการให้บริการ	ทบทวนการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณและความรุนแรงของผู้ป่วย (Acuity-based staffing) ปรับการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสมรรถนะบุคลากร ทบทวนเวลารอคอย การประเมิน และการให้การรักษา ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการ

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
	3. การใช้ยา 4. การใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น HFNC Laryngo scope infusion pump Ambulance 5. การใช้ห้องตรวจและเตียงผู้ป่วย 6. การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 7. การใช้การตรวจทางรังสีและวินิจฉัยพิเศษ 8. การใช้ระบบส่งต่อและการ Refer 9. การใช้ทรัพยากรด้านข้อมูลและเวชระเบียน 10. การใช้ทรัพยากรด้านการควบคุมการติดเชื้อ 11. การใช้ทรัพยากรด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล 12. การใช้ทรัพยากรด้านงบประมาณและ	ดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทบทวนการใช้ยาตาม Guideline ของ ER ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และป้องกัน medication error เชื่อมโยงกับ Medication Safety Program ทบทวนการใช้เวชภัณฑ์ให้เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ ป้องกันการใช้สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น ส่งเสริมการใช้ตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน ทบทวนการใช้เตียง ER ให้เหมาะสมกับระดับความเร่งด่วน การบำรุงรักษาเครื่องมือ ระบบสำรองเครื่องมือ ศูนย์เครื่องมือแพทย์ ลดการครองเตียงที่ไม่จำเป็น และสนับสนุน patient flow ทบทวนการส่งตรวจให้ตรงข้อบ่งชี้ทางคลินิก RLU ลดการส่งตรวจซ้ำหรือเกินความจำเป็น สอดคล้องกับ Clinical Indication ทบทวนการส่งตรวจ X-ray / CT / Ultrasound ตามแนวทาง ป้องกันการตรวจซ้ำซ้อน และลดการได้รับรังสีโดยไม่จำเป็น ทบทวนความเหมาะสมของการส่งต่อผู้ป่วย ลดการ refer ที่ไม่จำเป็น และเพิ่มประสิทธิภาพการประสานงาน ทบทวนความครบถ้วนของการบันทึกเวชระเบียน ลดการสูญเสียข้อมูลที่มีผลต่อการรักษาและการส่งต่อ ทบทวนการใช้ PPE และอุปกรณ์ป้องกันให้เหมาะสมกับความเสี่ยง ป้องกันการใช้เกินหรือขาดความจำเป็น ทบทวนการสื่อสารภายในทีม ER และการเปลี่ยนเวร ใช้การสื่อสารแบบมีโครงสร้าง (SBAR) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทบทวนต้นทุนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน EMS

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
	ต้นทุน	เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลกับทรัพยากรที่ใช้ ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Cost-effectiveness)
12. การติดตาม เครื่องชีวิตสำคัญ	EMS ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการแพทย์ ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สี แดง+สีชมพู) ถูกนำส่งด้วยระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ณ ห้องฉุกเฉิน ผลลัพธ์ 16%	ทำสื่อสารเชิงรุกแบบ “ง่าย-ตัดสินใจเร็ว” (ใช้คำสั้น) เจ็บหน้าอก หายใจลำบาก ซึมลง ชัก อ่อนแรงครึ่งซีก อุบัติเหตุรุนแรง เลือดออกมาก = โทร 1669 สื่อสารผ่าน social media ทำกิจกรรมเฉพาะกลุ่มเสี่ยง กลุ่ม NCD/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคหัวใจ-หลอดเลือด: แจก “บัตรเตือนโทร 1669” ทำ “Fast Track สำหรับโรคที่ต้องใช้ EMS” เพื่อให้คนเห็นว่าเข้า EMS แล้วได้เร็วจริง เพิ่มความพร้อมรถและอุปกรณ์สำหรับเคส วิกฤต จัดหน่วย EMS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
	ร้อยละความครอบคลุมขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมายร้อยละ 80 ผลลัพธ์ 71.42 %	พัฒนาความพร้อมของ อปท. จัดทำ ฐานข้อมูลความพร้อมด้าน EMS ของ อปท.ทุกแห่ง (รถ บุคลากร งบประมาณ) สนับสนุน อปท.ที่ยังขาดความพร้อมให้เข้าร่วม รูปแบบ “อปท.เครือข่าย EMS ร่วมพื้นที่” ประสานแผนบรรจุ EMS ใน แผนพัฒนา ท้องถิ่น 3-5 ปี ใช้ อปท.ต้นแบบด้าน EMS เป็นพี่เลี้ยง (Mentor model) จัดทำ MOU ความร่วมมือด้าน EMS ระดับ อำเภอ

กิจกรรมทบทวน คุณภาพ	เหตุการณ์/เรื่องที่มีการทบทวน	ผลลัพธ์/การเปลี่ยนแปลง
	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality) น้อยกว่าร้อยละ 5 ผลลัพธ์ 5%	สรุปสถานการณ์การบาดเจ็บจากระดับอำเภอ/พขอ. /ศปถ. ขับเคลื่อนการดำเนินงาน RTI ปฏิบัติตามแนวทาง Trauma L1 /เพิ่มทักษะ ATLS สอบสวนเสียชีวิตอุบัติเหตุ รายงาน DCIR ทันเวลา ปชส.ความรู้ผ่าน FB web รพ. วัคซีนจราจรในโรงเรียน
	ผป. STROKE เข้าถึงระบบ FT ภายใน 4.5 ชม. ร้อยละ 80 ผลลัพธ์ 59.29 %	ให้ความรู้ผ่าน Telemedicine ใน ผป. กลุ่ม CVD risk >40 ทุกสัปดาห์ Application stroke /QR code Rt-PA กู้ชีพประจำบ้าน STROKE day /Clinic NCD ให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ YAHA Happiness, Health station DATA CENTER
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (STEMI)น้อยกว่าร้อยละ 9 ผลลัพธ์ 19%	ให้ความรู้ผ่าน Telemedicine ใน ผป. กลุ่ม CVD risk >40 ทุกสัปดาห์ Application STEMI QR code PCI,rt-Pa STROKE/STEMI day /Clinic NCD YAHA HAPPINESS/Health STATION CPG ACS แนวทางการรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รับ ADMIT NSTEMI UA----SeMI-ICU COC ---ACS