

12 กิจกรรมทบทวน

ปี 2568

หน่วยงานอุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช
โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชยะหา

1. การทบทวนขณะดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

- 1) ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม
- 2) ทีมงานได้เรียนรู้จากของจริง ใช้เวลาทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ปฏิบัติจนเป็นปกติ ประจำวัน สมาชิกมีความไวต่อการรับรู้ปัญหา

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
อุบัติเหตุ ฉุกเฉินและนิติเวช	1.2 Severe TBI c R/O C -spine injury 2.MTI	-แนวทางปฏิบัติการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด -การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ -ขับเคลื่อนงาน RTI -รณรงค์การสวมหมวกกันน็อค, รณรงค์การรวบชายประโปรง สวมกางเกงเวลาขับ MC -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย PHTLS -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ATLS -ทบทวน RCA -มาตรฐานสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล -มาตรฐานการส่งต่อ ผป. Trauma level 1 -การส่งต่อข้อมูล RTI ในชุมชน -ระบบ PHER plus -การสอบสวนอุบัติเหตุ จราจร

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	CHF	-แนวทางปฏิบัติการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด -การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ -จัดกิจกรรมโครงการกู้ชีพประจำบ้าน -รณรงค์ ปชส. 1669 ผ่านสื่อSocial -อบรม พื้นฟู หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย -Easy YCPH ED TRIAGE -มาตรฐาน ACLS -มาตรฐานการแจ้งข่าวร้าย
	Pneumonia c severe sepsis c DIC c coagulopathy Unstable bradycardia -- complete heart block	-รณรงค์ ปชส. 1669 -HL กลุ่มโรคฉุกเฉิน -แนวทางการดูแลผู้ป่วย CHF -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล Refusal of Treatment -แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย -แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล -แนวทางการส่งต่อข้อมูล COC
	NF with septic shock	-การให้ health literacy โรค Sepsis อาการฉุกเฉินกับประชาชน ในด้าน alert/awareness และการ เข้าถึงการรักษา -จัดตั้ง หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยทุกพื้นที่

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-KPI ผป. วิภฤติ อุกฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ร้อยละ 26 -CPG Sepsis -แนวทางการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง -แนวทางการแจ้งข่าวร้าย -การส่งต่อข้อมูลให้COC
	STEMI	-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 การให้ข้อมูล แผนการรักษา
	Enteritis R/O early gut obstruction	-ผป.วิภฤติ อุกฉิน เข้าถึงบริการด้วยระบบ ALS -KPI ผป.วิภฤติ อุกฉิน เข้าถึงบริการด้วยระบบ ALS ร้อยละ 26 -แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย -แนวทางการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกว่า -ทบทวน RCA - Audit เวชระเบียน

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	STEMI	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 -จัดตั้งคลินิกเล็กบูหรี -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
	PIH c HF	Case high risk pregnancy -พัฒนาระบบแนวทางการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด -กำหนดให้ Case NCD - ที่วางแผนตั้งครรภ์ต้องปรึกษาแพทย์สาขาอายุรกรรม -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-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 -แนวทางการเรียกอัตราค่าลงแพทย์วอร์ด -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC -ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ มีระบบนัดแพทย์สาขาอายุรกรรมร่วมกับสูติ นรีเวช -พัฒนาระบบประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ANC,LR,ER,รพสต. -แนวทางการคุมกำเนิดใน ผป. กลุ่ม High risk pregnancy

ทบทวน 12 กิจกรรม

2. การทบทวนความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์:

- 1) ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม
- 2) ความคิดเห็น/คำร้องเรียนของผู้รับบริการนำไปสู่การปรับปรุงระบบงานเพื่อป้องกันปัญหา
- 3) เพิ่มความไวในการรับรู้และการตอบสนองโดยทีมงาน

หน่วยงาน	ความคิดเห็น/คำร้องเรียน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช วันที่ 12 ตุลาคม 2568	ข้อร้องเรียนการบริการทางการแพทย์ ผ่านทาง Social พี่เจมาสดๆร้อนๆเมื่อกี้เลยคะ #โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในยะหาพาลูกไปโรงพยาบาลเวลา22:00 จนถึง 23:00ไม่สนใจด้วยอาการไข้สูงติดต่อกัน 4วัน ไอ และมีเลือดออกจมูก ในขนาดรอน้ำห้องฉุกเฉินลูกเราได้ อาเจียนออกเลือดเป็นก้อน คนที่กำลังรอคิวต่างกันพบบอกหมอ พยาบาล แต่ทำเป็นมองๆยิ้มๆแล้วใส่หน้าเซๆ ลูกเรานั่งรอเป็นเวลา 1ชั่วโมงรอไม่ไวอ่อนเพลียเพราะน้องอาเจียนออกเลือด เรียกพยาบาล ให้เร่งเรียก 2/3ครั้งก็ยังไม่มาดูแล แจ้งแคว่รอคะ มีเคสฉุกเฉิน เราเข้าใจนะ แต่คุณมายิ้มๆขำๆมองๆแล้วไปมันคืออะไร?? พยาบาลในห้องก็ไม่ได้มีแค่คนเดียว อยู่กันหลายคนนี่เคสเด็กนะ เข้าใจนะว่าต้องช่วยชีวิตคนอื่นก่อน แต่ลูกชั้นอาเจียนออกเลือดเขาเป็นเด็กไว้ยัย นั้นชีวิตลูกเราทั้งคน ตัดสินใจพาลูกกลับคะ ถึงรอต่อไปลูกเราได้ตัวซิด	ผลการทบทวน 20.42 น.ผู้ป่วย มารดา G8P7A0 GA 33 wks มีเลือดออกทางช่องคลอด 45 นาทีก่อนมา รพ. Fully dilate คลอดท่าก้น ที่ER Apgar score 8-10-10 O2sat: 100% RA แพทย์ และพยาบาลกำลัง resuscitation ทารกแรกคลอด การให้สารน้ำ เนื่องจากไม่สามารถหาเส้นเลือดได้ ดูแลมารดา หลังคลอด และวางแผนส่งต่อ รพ.แม่ข่าย AE 1. การ Triage ---- Access & entry 2.อัตรากำลังไม่เพียงพอ---- planning of care 3.การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่า ----planning of 4.แนวทางการดูแลผู้ป่วย Preterm สูติศาสตร์ หัตถการ, Breech presentation ----care delivery

หน่วยงาน	ความคิดเห็น/คำร้องเรียน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	แน่นอนตัดสินใจจะพาไปโรงพยาบาลยะลา #ทุกคนออกความคิดเห็นยังไงบ้างคะกับเรื่องแบบนี้ ควรทำไ้คะ	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

ทบทวน 12 กิจกรรม

3. การทบทวนการส่งต่อ/ขอย้าย/ปฏิเสธการรักษา

วัตถุประสงค์: เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของโรงพยาบาล รวมทั้งความเหมาะสมในการดูแลก่อนที่จะมีการส่งต่อ

หน่วยงาน	โรค/ปัญหาที่พบ	มาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนด
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 20 พฤศจิกายน 2567	STEMI เสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน รพ.ยะลา หลังจากส่งต่อ 4 นาที	การให้ health literacy โรค STEMI อาการฉุกเฉินกับประชาชน ในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา -รณรงค์ ปชส. 1669 -จัดตั้ง หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยทุกพื้นที่ -KPI ผป.วิกฤติ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ร้อยละ 26 -Telemedicine -แนวทางการประเมิน CVD risk -จัดตั้งคลินิกเล็กบูห์ -ผป.STEMI onset to ER ภายใน 3.5 ชม.ร้อยละ 80 -CPG STEMI -แนวทางปฏิบัติการติดตามต่อเนื่อง ผป. STEMI - KPI ผป. STEMI ได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง ร้อยละ 100 -แนวทางปฏิบัติสิทธิผู้ป่วย

หน่วยงาน	โรค/ปัญหาที่พบ	มาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนด
		-การให้ข้อมูล แผนการรักษา -จัดทำแผนครุภัณฑ์ เครื่อง defibrillator ประจำปี 2568 -Medication reconciles
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช 9 มิถุนายน 2568	CHF c respiratory failure ญาติผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา ปฏิเสธ ETT ,CPR ขอกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน	-รณรงค์ ปชส. 1669 -HL กลุ่มโรคฉุกเฉิน -แนวทางการดูแลผู้ป่วย CHF -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล Refusal of Treatment -แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ -แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย -แนวทางการส่งต่อข้อมูล COC

ทบทวน 12 กิจกรรม

4. การทบทวนการตรวจรักษาโดยผู้ชำนาญกว่า

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยที่มารับบริการจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและปลอดภัยในทุกช่วงเวลาของการรับบริการ

หน่วยงาน	โรค/ปัญหาที่พบ	มาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนด
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	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 และใบนัดให้ครบถ้วน - 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

หน่วยงาน	โรค/ปัญหาที่พบ	มาตรฐานการปฏิบัติที่กำหนด
		-การบันทึกเวชระเบียน -การดูแลผู้ป่วยแบบ one stop service - เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง -พัฒนาแนวทางการดูแล case High risk pregnancy -การดูแลของ ANC ,ER,LR -แนวทางการรักษาโดยการให้ MgSO4 - มีระบบการปรึกษาแพทย์อยู่ก่อนการวางแผนครอบครัว -แนวทางการเรียกอัตราค่าล้างแพทย์วอร์ด -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC -ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ - มีระบบนัดแพทย์สาขาอยู่รวมกับสูติ นรีเวช -พัฒนาระบบประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน - ANC,LR,ER,รพสต. -แนวทางการคุมกำเนิดใน ผป. กลุ่ม High risk pregnancy

ทบทวน 12 กิจกรรม

5.การค้นหาและป้องกันความเสี่ยง

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วย ผู้รับบริการ และผู้ปฏิบัติงาน จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์น้อยที่สุด

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
	CPI204:การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรค ในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	มาตรการพัฒนาเชิงระบบ (Structure – Process – Outcome) 7.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) จัดให้มี PPE เพียงพอและพร้อมใช้ ณ จุดให้บริการทุกเตียงฉุกเฉิน จัดวาง Sharps box ตามมาตรฐาน ไม่เกิน ¼ ของความจุ จัดทำสื่อแนวทาง Standard Precautions สำหรับ ER ในรูปแบบสั้น กระชับ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบด้าน IC ประจำห้องฉุกเฉิน (ER IC Champion) 7.2 ด้านกระบวนการ (Process) จัดอบรม/ทบทวน Standard Precautions สำหรับบุคลากร ER อย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางเลือกใช้ PPE ตามระดับความเสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		นิเทศงานและติดตามการปฏิบัติงานจริงระหว่างการเข้าเวร ทบทวนอุบัติการณ์ CPI204 ในที่ประชุม ER และ PCT เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงระบบ ใช้ Audit & Feedback เป็นเครื่องมือกำกับติดตามอย่างสม่ำเสมอ 7.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcome) อุบัติการณ์ CPI204 ในห้องฉุกเฉินลดลง บุคลากรมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมกับบริบท ER ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากร 8. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (HA Culture) ส่งเสริมวัฒนธรรมการเตือนกันอย่างสร้างสรรค์ (Speak-up culture) ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (Learning from Incident) ไม่มุ่งเน้นการตำหนิรายบุคคล แต่ปรับปรุงเชิงระบบ ชื่นชมหน่วยงานและบุคลากรที่ปฏิบัติตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง 9. การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA)

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		ติดตามผลตัวชี้วัดเป็นรายเดือน รายงานผลต่อคณะกรรมการ IC / PCT นำผลการประเมินเข้าสู่การปรับปรุงรอบถัดไปตามวงจร PDCA
	CPP203:การสื่อสารเพื่อการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผิดพลาด/ไม่ครบถ้วน	มาตรการแก้ไขและพัฒนาเชิงระบบ (CQI Action Plan) 7.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) ปรับปรุงแบบฟอร์ม/ระบบสั่งตรวจให้มี Mandatory fields (ชื่อ-สกุล, HN, ชนิดสิ่งส่งตรวจ, เวลาเก็บ, ข้อมูลทางคลินิกที่จำเป็น) จัดทำแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งองค์กร จัดทำสื่อสรุปขั้นตอนการส่งตรวจ (Quick guide) ประจำหน่วยงาน 7.2 ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดแนวทางการสื่อสารเพื่อการส่งตรวจ โดยใช้หลักSBAR / Structured communication ทบทวนขั้นตอนตั้งแต่ สั่งตรวจ → เก็บตัวอย่าง → ติดฉลาก → ส่งตรวจ → รับผล

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		กำหนดระบบ Double check ข้อมูลผู้ป่วยและสิ่งส่งตรวจก่อนส่ง กำหนดแนวทางการสื่อสารผลตรวจที่ผิดปกติหรือ Critical value อย่างชัดเจน ทบทวนอุบัติการณ์ CPP203 ในที่ประชุมหน่วยงาน/คณะกรรมการคุณภาพ 7.3 ด้านบุคลากรและสมรรถนะ (People) อบรม/ทบทวนแนวทางการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ใช้กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์จริงเพื่อเรียนรู้และป้องกันการเกิดซ้ำ ประเมินความรู้ความเข้าใจหลังการอบรม 7.4 ด้านผลลัพธ์ (Outcome) การส่งตรวจมีความถูกต้อง ครบถ้วน และลดการตรวจซ้ำ ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยและการรักษา เพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วยและประสิทธิภาพการดูแลรักษา 8. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (HA Culture)

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		ส่งเสริมการสื่อสารเชิงทีมและการสอบถามข้อมูลร่วมกัน ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (Learning from Incident) ไม่มุ่งเน้นการตำหนิรายบุคคล แต่ปรับปรุงเชิงระบบ 9. การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA) ติดตามตัวชี้วัดเป็นรายเดือน รายงานผลต่อคณะกรรมการ PCT / TC / IC
	CPM208:ไม่มี/ไม่ปฏิบัติตามมาตรฐาน หรือ Guideline ของการใช้ยา ยกเว้น HAD, Fatal drug, Look-Alike Sound-Alike, Antibiotics	7. มาตรการแก้ไขและพัฒนาเชิงระบบ (CQI Action Plan – ER) 7.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) จัดทำ/ทบทวน Guideline การใช้ยาสำคัญใน ER (ยาที่ใช้บ่อย/เสี่ยง แต่ไม่รวม HAD, LASA, Antibiotics) รับรองแนวทางโดยคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง (TC / PCT / ER Committee) จัดทำ Guideline ในรูปแบบ Quick reference / Flowchart ติดประจำ ER และในระบบอิเล็กทรอนิกส์ กำหนด ER Medication Champion ร่วมกับเภสัชกร 7.2 ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดให้การสั่งใช้ยาใน ER เป็นไปตาม Guideline ที่กำหนด

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		ส่งเสริมบทบาทเภสัชกรในการทบทวนคำสั่งใช้ยาใน ER กรณีจำเป็นต้องใช้ยานอก Guideline ให้มีการบันทึกเหตุผลทางคลินิกอย่างชัดเจน ดำเนินการ Drug Use Evaluation (DUE) เฉพาะยาหรือกลุ่มยาที่พบความเสี่ยงใน ER ทบทวนอุบัติการณ์ CPM208 ในที่ประชุม ER และ PCT เพื่อปรับปรุงระบบ 7.3 ด้านบุคลากรและสมรรถนะ (People) อบรม/ทบทวน Guideline การใช้ยาใน ER อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และบุคลากรหมุนเวียนเกี่ยวกับมาตรฐานการใช้ยาใน ER ใช้กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์จริงใน ER เพื่อการเรียนรู้ 8. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยาใน ER (Medication Safety Culture) ส่งเสริมการสื่อสารและปรึกษาหารือระหว่างแพทย์-พยาบาล-เภสัชกร เปิดโอกาสให้ตั้งคำถามเมื่อพบการใช้ยานอก Guideline ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (Learning from Medication Incident)

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		มุ่งเน้นการปรับปรุงเชิงระบบ ไม่ตำหนิรายบุคคล 9. การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA) ติดตามตัวชี้วัด CPM208 และการใช้ยาใน ER เป็นรายไตรมาส รายงานผลต่อคณะกรรมการ TC / PCT / Patient Safety นำผลการประเมินเข้าสู่วงจร PDCA เพื่อพัฒนาต่อเนื่อง
	CPP101:Patient Identification	มาตรการแก้ไขและพัฒนาเชิงระบบ (CQI Action Plan) 7.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) กำหนด มาตรฐานการระบุตัวผู้ป่วยขององค์กร ใช้ตัวชี้บ่งอย่างน้อย 2 รายการ (เช่น ชื่อ-สกุล / HN / วันเดือนปีเกิด/CID/ชื่อบิดามารดา) จัดให้มีสายรัดข้อมือหรือป้ายชื่อผู้ป่วยที่ชัดเจน อ่านง่าย กรณี admit refer ปรับระบบเอกสาร/อิเล็กทรอนิกส์ให้สนับสนุนการยืนยันตัวตนก่อนทำกิจกรรมสำคัญ 7.2 ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดให้มีการ ยืนยันตัวผู้ป่วยทุกครั้งก่อน

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		ให้ยา ทำหัตถการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ/รังสี กำหนดแนวทางเฉพาะกรณี ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ใช้ Checklist / Audit tool ตรวจสอบการปฏิบัติตาม Patient Identification ทบทวนอุบัติการณ์ CPP101 ในที่ประชุมหน่วยงาน และ PCT เพื่อเรียนรู้เชิงระบบ 7.3 ด้านบุคลากรและสมรรถนะ (People) อบรม/ทบทวนแนวทาง Patient Identification อย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่และบุคลากรหมุนเวียน ใช้กรณีศึกษาจากอุบัติการณ์จริงเพื่อสร้างความตระหนัก 7.4 ด้านผลลัพธ์ (Outcome) การระบุตัวผู้ป่วยมีความถูกต้องและเป็นมาตรฐาน ลดความคลาดเคลื่อนด้านการให้ยาและการรักษา

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		เพิ่มความเชื่อมั่นด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยและญาติ 8. การสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัย (Patient Safety Culture) ส่งเสริมการเตือนกันในห้องเมื่อพบการระบุตัวผู้ป่วยไม่ครบถ้วน สนับสนุน Speak-up culture ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (Learning from Incident) ไม่มุ่งเน้นการตำหนิรายบุคคล แต่เน้นการปรับปรุงเชิงระบบ 9. การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA) ติดตามตัวชี้วัดด้าน Patient Identification เป็นรายเดือน/ไตรมาส รายงานผลต่อคณะกรรมการ Patient Safety / PCT นำผลเข้าสู่วงจร PDCA เพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
	CPP204:การสื่อสารหรือส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลผู้ป่วยผิดพลาด เช่น ไม่สื่อสาร/สื่อสารผิด/สื่อสารไม่ครบถ้วน/สื่อสารล่าช้า	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา 1) โครงสร้าง (Structure) กำหนดรูปแบบการสื่อสารมาตรฐานของ ER (เช่น SBAR / ISBAR)

หน่วยงาน	ความเสี่ยง	การป้องกัน
		จัดทำแบบฟอร์ม/แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ER → IPD / Refer / เหวต่อ กำหนดผู้รับผิดชอบการส่งต่อข้อมูลในแต่ละช่วงเวรอย่างชัดเจน 2) กระบวนการ (Process) ใช้การสื่อสารแบบมีโครงสร้าง (SBAR) ทุกครั้งในการเปลี่ยนเวร ส่งต่อผู้ป่วย Refer ผู้ป่วย ยืนยันข้อมูลสำคัญก่อนส่งต่อ เช่น การวินิจฉัยเบื้องต้น การรักษาที่ได้รับ ยาที่ให้แล้ว/กำลังให้ แผนการดูแลต่อเนื่อง บันทึกข้อมูลการสื่อสารและการส่งต่อในเวชระเบียนทุกครั้ง ทบทวนอุบัติการณ์ CPP204 ในที่ประชุม ER เพื่อปรับปรุงเชิงระบบ 3) บุคลากร (People) ทบทวนทักษะการสื่อสารเชิงโครงสร้างสำหรับบุคลากร ER อย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่/หมุนเวียนเรื่องการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ER

ทบทวน 12 กิจกรรม

6. การป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์: เพื่อสร้างหลักประกันว่าผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลในระดับต่ำที่สุด

หน่วยงาน	ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	การป้องกัน
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	การไม่ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการแพร่กระจายเชื้อก่อโรคในสถานพยาบาล Standard Precautions (ยกเว้นการล้างมือ)	มาตรการพัฒนาเชิงระบบ (Structure – Process – Outcome) 7.1 ด้านโครงสร้าง (Structure) จัดให้มี PPE เพียงพอและพร้อมใช้ ณ จุดให้บริการทุกเตียงฉุกเฉิน จัดวาง Sharps box ตามมาตรฐาน ไม่เกิน ¾ ของความจุ จัดทำสื่อแนวทาง Standard Precautions สำหรับ ER ในรูปแบบสั้น กระชับ แต่งตั้งผู้รับผิดชอบด้าน IC ประจำห้องฉุกเฉิน (ER IC Champion) 7.2 ด้านกระบวนการ (Process) จัดอบรม/ทบทวน Standard Precautions สำหรับบุคลากร ER อย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางเลือกใช้ PPE ตามระดับความเสี่ยงของการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน

หน่วยงาน	ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	การป้องกัน
		นิเทศงานและติดตามการปฏิบัติงานจริงระหว่างการทำงาน เข้าเวร ทบทวนอุบัติการณ์ CPI204 ในที่ประชุม ER และ PCT เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงระบบ ใช้ Audit & Feedback เป็นเครื่องมือกำกับติดตาม อย่างสม่ำเสมอ 7.3 ด้านผลลัพธ์ (Outcome) อุบัติการณ์ CPI204 ในห้องฉุกเฉินลดลง บุคลากรมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อที่เหมาะสมกับ บริบท ER ลดความเสี่ยงการติดเชื้อในผู้ป่วยและบุคลากร 8. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพและความปลอดภัย (HA Culture) ส่งเสริมวัฒนธรรมการเตือนกันอย่างสร้างสรรค์ (Speak-up culture) ใช้การเรียนรู้จากอุบัติการณ์ (Learning from Incident) ไม่มุ่งเน้นการตำหนิรายบุคคล แต่ปรับปรุงเชิงระบบ ชื่นชมหน่วยงานและบุคลากรที่ปฏิบัติตามมาตรฐาน อย่างต่อเนื่อง 9. การติดตาม ประเมินผล และปรับปรุง (PDCA)

หน่วยงาน	ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ	การป้องกัน
		ติดตามผลตัวชี้วัดเป็นรายเดือน รายงานผลต่อคณะกรรมการ IC / PCT นำผลการประเมินเข้าสู่การปรับปรุงรอบถัดไปตาม วงจร PDCA

ทบทวน 12 กิจกรรม

7. การป้องกันและเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยได้ใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ/ความคลาดเคลื่อนทางยา	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	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 erro	แนวทางการแก้ไขและพัฒนาเชิงระบบ 1) ด้านโครงสร้าง (Structure) กำหนด รายการยาสำรองประจำ ER (ER Drug List) พร้อม ปริมาณขั้นต่ำ-สูงสุด (Min-Max stock) แนวทางการใช้ยา (Guideline/Quick reference) จัดระบบจัดเก็บยาใน ER ให้แยกชัดเจน ติดฉลาก ครบถ้วน 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 ให้มีระบบแจ้งและเติมยาอย่างชัดเจน

หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ/ความคลาดเคลื่อนทางยา	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		ปฏิบัติตามแนวทางการสำรองยาที่กำหนดร่วมกับเภสัชกรรม 2.2 Prepack / Lot / วันหมดอายุ Prepack ทุกชนิดต้องระบุชื่อยา ความแรง Lot และวันหมดอายุชัดเจนห้ามใช้ prepack ที่ผิด lot / ไม่ระบุวันหมดอายุ ตรวจสอบวันหมดอายุยาและ prepack เป็นประจำแยกและทำลายยาหมดอายุทันทีตามแนวทาง 2.3 Pre-administrative error ก่อนให้ยา ต้องมีการตรวจสอบอย่างน้อย ชื่อยา ขนาดยา วิธีและเวลาให้ใช้หลัก Double check ในยาที่ใช้บ่อยหรือเสี่ยงใน ER บันทึกการให้ยาตามจริงในเวชระเบียนทุกครั้ง 3) ด้านบุคลากร (People) ทบทวนแนวทางการใช้ยาและระบบสำรองยาใน ER อย่างสม่ำเสมอ ปฐมนิเทศบุคลากรใหม่/หมุนเวียนเรื่องการใช้ยา การจัดเก็บยา การตรวจสอบก่อนให้ยา ใช้กรณีศึกษา CPM208 และ pre-administrative error เพื่อเรียนรู้เชิงระบบ

หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ/ความคลาดเคลื่อนทางยา	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		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

ทบทวน 12 กิจกรรม

8. การทบทวนการดูแลผู้ป่วยจากเหตุการณ์สำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อเรียนรู้และปรับเปลี่ยนวิฤติให้เป็นโอกาส ใช้ความสูญเสียที่เกิดขึ้นมาสร้างหลักประกันว่าจะไม่เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำ โดยเน้นการป้องกันไปที่การวางระบบงานที่ดี

หน่วยงาน	เหตุการณ์ที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	1.2 Severe TBI c R/O C -spine injury 2.MTI	-แนวทางปฏิบัติการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่ สพฉ. กำหนด -การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ --ขับเคลื่อนงาน RTI -รณรงค์การสวมหมวกกันน็อค, รณรงค์การรวบชายประโปรง สวมกางเกงเวลาขับ MC -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย PHTLS -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ATLS -ทบทวน RCA -มาตรฐานสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล -มาตรฐานการส่งต่อ ผป. Trauma level 1 -การส่งต่อข้อมูล RTI ในชุมชน -ระบบ PHER plus -การสอบสวนอุบัติเหตุ จราจร

หน่วยงาน	เหตุการณ์ที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	CHF	-แนวทางปฏิบัติการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่สพฉ.กำหนด -การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ -จัดกิจกรรมโครงการกู้ชีพประจำบ้าน -รณรงค์ ปชส. 1669 ผ่านสื่อSocial -อบรม พี่นฟู หน่วยกู้ชีพ ภูภัย -Easy YCPH ED TRIAGE -มาตรฐาน ACLS -มาตรฐานการแจ้งข่าวร้าย
	Pneumonia c severe sepsis c DIC c coagulopathy Unstable bradycardia -- complete heart block	-รณรงค์ ปชส. 1669 -HL กลุ่มโรคฉุกเฉิน -แนวทางการดูแลผู้ป่วย CHF -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล Refusal of Treatment -แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย -แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล -แนวทางการส่งต่อข้อมูล COC
	NF with septic shock	-การให้ health literacy โรค Sepsis อาการฉุกเฉินกับประชาชนในด้าน alert/awareness และการ เข้าถึงการรักษา -จัดตั้ง หน่วยกู้ชีพ ภูภัยทุกพื้นที่

หน่วยงาน	เหตุการณ์ที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-KPI ผป. วิภฤติ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ร้อยละ 26 -CPG Sepsis -แนวทางการรักษาแพทย์เฉพาะทาง -แนวทางการแจ้งข่าวร้าย -การส่งต่อข้อมูลให้COC
	STEMI	-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 การให้ข้อมูล แผนการรักษา
	Enteritis R/O early gut obstruction	-ผป.วิภฤติ ฉุกเฉิน เข้าถึงบริการด้วยระบบ ALS -KPI ผป.วิภฤติ ฉุกเฉิน เข้าถึงบริการด้วยระบบ ALS ร้อยละ 26 -แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย -แนวทางการรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ -ทบทวน RCA - Audit เวชระเบียน

หน่วยงาน	เหตุการณ์ที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	STEMI	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 -จัดตั้งคลินิกเล็กบูทรี -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
	PIH c HF	Case high risk pregnancy -พัฒนาระบบแนวทางการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด -กำหนดให้ Case NCD - ที่วางแผนตั้งครรภ์ต้องปรึกษาแพทย์สาขาอายุรกรรม -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC

หน่วยงาน	เหตุการณ์ที่พบ	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ มีระบบนัดแพทย์สาขาอายุรกรรมร่วมกับสูตินรีเวช แพทย์บันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยในสมุด ANC และใบนัดให้ครบถ้วน 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 มีระบบนัดแพทย์สาขาอายุรกรรมร่วมกับสูตินรีเวช

หน่วยงาน	เหตุการณ์ที่พบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-พัฒนาระบบประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ANC,LR,ER,รพสต. -แนวทางการคุมกำเนิดใน ผป. กลุ่ม High risk pregnancy

ทบทวน 12 กิจกรรม

9. การทบทวนความสมบูรณ์ของการบันทึกเวชระเบียน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้สามารถใช้ประโยชน์จากเวชระเบียนสำหรับการสื่อสารระหว่างการดูแลผู้ป่วย และการประเมินคุณภาพของการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่

หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	ปัญหาที่พบบ่อยจากการทบทวนเวชระเบียน (ER) การบันทึก ไม่ครบถ้วน เช่น Chief complaint / เวลาเริ่มอาการ การประเมินซ้ำ (Re-assessment) การบันทึก ลำบาก หรือบันทึกย้อนหลัง การบันทึกแผนการรักษาและผลการดูแล ไม่ชัดเจน การบันทึกการให้ยา/หัตถการ ไม่ครบหรือไม่สอดคล้องกับการปฏิบัติจริง การบันทึกการส่งต่อ/เปลี่ยนเวร ไม่ครบสาระสำคัญ	แนวทางการแก้ไขและพัฒนา ด้านโครงสร้าง (Structure) ปรับแบบฟอร์มเวชระเบียน ER ให้ กระชับ ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ใช้ ER Documentation Checklist เช่น CC / เวลาเริ่มอาการ Assessment / Re-assessment Treatment / Medication Disposition / ส่งต่อ ด้านกระบวนการ (Process) กำหนดให้บันทึกเวชระเบียน ครบถ้วนและทันเวลา หลังให้การดูแลและเน้นการบันทึกประเด็นสำคัญก่อน (สิ่งที่มีผลต่อความปลอดภัยและการส่งต่อ) ใช้ checklist ตรวจสอบเวชระเบียนเป็นระยะ ทบทวนเวชระเบียนและอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องในที่ประชุม ER

หน่วยงาน	ปัญหาที่พบ	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		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 $\geq 90-95\%$ จำนวนประเด็นบกพร่องด้านการบันทึกเวชระเบียน ลดลง ไม่พบอุบัติการณ์ด้านความปลอดภัยที่มีสาเหตุจากการบันทึกไม่ครบถ้วน การติดตามและปรับปรุง ติดตามผลการ audit รายเดือน/ไตรมาส รายงานผลในที่ประชุม ER / PCT ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA

ทบทวน 12 กิจกรรม

10. การทบทวนการใช้ข้อมูลวิชาการ

วัตถุประสงค์: เพื่อเป็นหลักประกันว่าจะมีการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ บนพื้นฐานของข้อมูลวิชาการที่ทันสมัย น่าเชื่อถือ

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	1.2 Severe TBI c R/O C -spine injury 2.MTI	-แนวทางปฏิบัติการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่สพฉ.กำหนด -การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ --ขับเคลื่อนงาน RTI -รณรงค์การสวมหมวกกันน็อค, รณรงค์การรวบชายประโปรงสวมกางเกงเวลาขับ MC -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย PHTLS -มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ATLS -ทบทวน RCA -มาตรฐานสิทธิผู้ป่วย การให้ข้อมูลการรักษาพยาบาล -มาตรฐานการส่งต่อ ผป. Trauma level 1 -การส่งต่อข้อมูล RTI ในชุมชน -ระบบ PHER plus -การสอบสวนอุบัติเหตุ จราจร
	CHF	-แนวทางปฏิบัติการจ่ายงานบริหารผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์ที่สพฉ.กำหนด

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-การสื่อสารระหว่างส่งต่อผู้ป่วย -กำหนดจุดเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ -จัดกิจกรรมโครงการกู้ชีพประจำบ้าน -รณรงค์ ปชส. 1669 ผ่านสื่อSocial -อบรม พี่นฟู หน่วยกู้ชีพ กู้ภัย -Easy YCPH ED TRIAGE -มาตรฐาน ACLS -มาตรฐานการแจ้งข่าวร้าย
	Pneumonia c severe sepsis c DIC c coagulopathy Unstable bradycardia -- complete heart block	-รณรงค์ ปชส. 1669 -HL กลุ่มโรคฉุกเฉิน -แนวทางการดูแลผู้ป่วย CHF -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล Refusal of Treatment -แนวทางการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย -แนวทางการช่วยฟื้นคืนชีพ -แนวทางการปฏิเสธการรักษาพยาบาล -แนวทางการส่งต่อข้อมูล COC
	NF with septic shock	-การให้ health literacy โรค Sepsis อาการฉุกเฉินกับประชาชน ในด้าน alert/awareness และการเข้าถึงการรักษา -จัดตั้ง หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยทุกพื้นที่

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-KPI ผป. วิกฤติ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ร้อยละ 26 -CPG Sepsis -แนวทางการรักษาแพทย์เฉพาะทาง -แนวทางการแจ้งข่าวร้าย -การส่งต่อข้อมูลให้COC
	STEMI	-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 การให้ข้อมูล แผนการรักษา
	Enteritis R/O early gut obstruction	-ผป.วิกฤติ ฉุกเฉิน เข้าถึงบริการด้วยระบบ ALS -KPI ผป.วิกฤติ ฉุกเฉิน เข้าถึงบริการด้วยระบบ ALS ร้อยละ 26 -แนวทางการป้องกันความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัย -แนวทางการรักษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกว่า -ทบทวน RCA

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		- Audit เวชระเบียน
	STEMI	การให้ health literacy โรค STEMI อาการฉุกเฉินกับประชาชน ในด้าน alert/awareness และการ เข้าถึงการรักษา -รณรงค์ ปชส. 1669 -จัดตั้ง หน่วยกู้ชีพ กู้ภัยทุกพื้นที่ -KPI ผล.วิกฤติ ฉุกเฉินเข้าถึงบริการด้วยระบบ EMS ร้อยละ 26 -Telemedicine -แนวทางการประเมิน CVD risk -จัดตั้งคลินิกเล็กบูหรี -ผล.STEMI onset to ER ภายใน 3.5 ชม.ร้อยละ 80 -CPG STEMI -แนวทางปฏิบัติการติดตามต่อเนื่อง ผล. STEMI - KPI ผล. STEMI ได้รับการติดตาม ต่อเนื่อง ร้อยละ 100 -แนวทางปฏิบัติสิทธิผู้ป่วย -การให้ข้อมูล แผนการรักษา -จัดทำแผนครุภัณฑ์ เครื่อง defibrillator ประจำปี 2568 -Medication reconciles
	PIH c HF	Case high risk pregnancy -พัฒนาระบบแนวทางการฝากครรภ์ตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		-กำหนดให้ Case NCD ที่วางแผนตั้งครรภ์ต้องปรึกษาแพทย์สาขาอายุรกรรม -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC -ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ มีระบบนัดแพทย์สาขาอายุรกรรมร่วมกับสูติ นรีเวช แพทย์บันทึกข้อมูลประวัติผู้ป่วยในสมุด ANC และใบนัดให้ครบถ้วน 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

หน่วยงาน	โรค	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		มีระบบการปรึกษาแพทย์อยู่ก่อนการวางแผนครอบครัว -แนวทางการเรียกอัตราค่าล้างแพทย์เวิร์ด -พัฒนาระบบนัด Hos xp ให้เชื่อมโยงกับระบบ ANC -ผป. NCD ที่ตั้งครรภ์ มีระบบนัดแพทย์สาขาอยู่รวมกับสูติ นรีเวช -พัฒนาระบบประสานส่งต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ANC,LR,ER,รพสต. -แนวทางการคุมกำเนิดใน ผป. กลุ่ม High risk pregnancy

ทบทวน 12 กิจกรรม

11. การทบทวนการใช้ทรัพยากร

วัตถุประสงค์: เพื่อให้การตัดสินใจใช้ทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเหมาะสม คุ่มค่า อยู่บนพื้นฐานทางวิชาการ

หน่วยงาน	ทรัพยากรที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	1. การใช้ทรัพยากรบุคคล 2. การใช้เวลาในการให้บริการ 3. การใช้ยา 4. การใช้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น HFNC Laryngo scope infusion pump Ambulance	ทบทวนการจัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับปริมาณและความรุนแรงของผู้ป่วย (Acuity-based staffing) ปรับการมอบหมายงานให้เหมาะสมกับสมรรถนะบุคลากร ทบทวนเวลารอคอย การประเมิน และการให้การรักษา ลดขั้นตอนที่ซ้ำซ้อน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทบทวนการใช้ยาตาม Guideline ของ ER ลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็น และป้องกัน medication error เชื่อมโยงกับ Medication Safety Program ทบทวนการใช้เวชภัณฑ์ให้เหมาะสมกับข้อบ่งชี้ ป้องกันการใช้สิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น ส่งเสริมการใช้ตามมาตรฐานและแนวทางเดียวกัน ทบทวนการใช้เตียง ER ให้เหมาะสมกับระดับความเร่งด่วน

หน่วยงาน	ทรัพยากรที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	5. การใช้ห้องตรวจและเตียงผู้ป่วย 6. การใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ 7. การใช้การตรวจทางรังสีและวินิจฉัยพิเศษ 8. การใช้ระบบส่งต่อและการ Refer 9. การใช้ทรัพยากรด้านข้อมูลและเวชระเบียน 10. การใช้ทรัพยากรด้านการควบคุมการติดเชื้อ	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

หน่วยงาน	ทรัพยากรที่ทบทวน	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	11. การใช้ทรัพยากรด้านการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล 12. การใช้ทรัพยากรด้านงบประมาณและต้นทุน	ใช้การสื่อสารแบบมีโครงสร้าง (SBAR) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ทบทวนต้นทุนการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน EMS เปรียบเทียบผลลัพธ์การดูแลกับทรัพยากรที่ใช้ ส่งเสริมการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า (Cost-effectiveness)

ทบทวน 12 กิจกรรม

12. การติดตามเครื่องชี้วัดสำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ทุกหน่วยงานและทุกระดับมีข้อมูลที่ใช้สะท้อนคุณภาพของการทำงานตามหน้าที่และเป้าหมายสำคัญ

หน่วยงาน	เครื่องชี้วัดที่ติดตาม	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
อุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช	EMS ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 28 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต Level 1 และ Level 2 (สีแดง+สีชมพู) ถูกนำส่งด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (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 เพิ่มความพร้อมรถและอุปกรณ์สำหรับเคสวิกฤต จัดหน่วย EMS ให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
	ร้อยละความครอบคลุมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการบริการแพทย์ฉุกเฉิน เป้าหมายร้อยละ 80 ผลลัพธ์ 71.42 %	พัฒนาความพร้อมของ อบต. จัดทำ ฐานข้อมูลความพร้อมด้าน EMS ของ อบต. ทุกแห่ง (รถ บุคลากร งบประมาณ) สนับสนุน อบต. ที่ยังขาดความพร้อมให้เข้าร่วมรูปแบบ “อบต. เครือข่าย EMS ร่วมพื้นที่”

หน่วยงาน	เครื่องชี้วัดที่ติดตาม	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
		ประสานแผนบรรจุ EMS ใน แผนพัฒนาท้องถิ่น 3-5 ปี ใช้ อปท.ต้นแบบด้าน EMS เป็นพี่เลี้ยง (Mentor model) จัดทำ MOU ความร่วมมือด้าน EMS ระดับอำเภอ
	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 ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ YAHA Happiness, Health station DATA CENTER
	ร้อยละอัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (STEMI)น้อยกว่าร้อยละ 9	ให้ความรู้ผ่าน Telemedicine ใน ผป. กลุ่ม CVD risk >40 ทุกสัปดาห์

หน่วยงาน	เครื่องวัดที่ติดตาม	การปรับปรุงที่เกิดขึ้น
	ผลลัพธ์ 19%	Application STEMI QR code PCI,rt-Pa STROKE/STEMI day /Clinic NCD YAHA HAPPINESS/Health STATION CPG ACS แนวทางการปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ รับ ADMIT NSTEMI UA---SeMI-ICU COC ---ACS

