**III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ประเด็นคุณภาพ/ความเสี่ยงที่สำคัญ:** | | | | | | | | |
| ข้อมูล/ตัวชี้วัด | | | เป้าหมาย | 2556 | 2557 | 2558 | 2559 | 2560 |
| ระยะเวลารอคอยที่แผนกผู้ป่วยนอก  (ทำบัตรเสร็จจนถึงรับยา) | | | 120 นาที | 119 | 124 | 127 | 108 | 102 |
| ร้อยละความทันเวลาในการให้บริการที่ ER ภายใน 15 นาที | | | <15 นาที | 92.9 | 92.95 | 93.15 | 93.05 | 91.87 |
| ร้อยละ Door to hospital ภายใน 90 นาทีในผู้ป่วย MI | | | 100 | 50  (3/6) | 20  (1/5) | 60  (6/10) | 81.81  (9/11) | 83.33  (10/12) |
| ร้อยละของระยะเวลาตอบสนองต่อการเรียกใช้ EMS ไม่เกิน 10 นาที | | | 100 | 25.58 | 60.40 | 62.33 | 64.62 | 70.66 |
| ร้อยละผู้ป่วย AMI ได้รับการส่งต่อหลังรับ Fast Track ภายใน 30 นาที | | | 100 | 100  (6 ราย) | 100  (5 ราย) | 90  (9 ราย) | 100 | 100 |
| **บริบท:** โรงพยาบาลหนองบุญมาก เป็นโรงพยาบาลขนาด 60 เตียง มีพื้นที่ทั้งหมด 590 ตารางกิโลเมตร พื้นที่มีลักษณะคล้ายทรงกลม ประกอบด้วย 9 ตำบล พื้นที่ไกลโรงพยาบาลที่สุดระยะทาง 40 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทาง 50 นาที - 1 ชั่วโมง ถนนในหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นถนนลูกรัง และบางพื้นที่ไม่มีสัญญาณโทรศัพท์ หรือสัญญาณไม่ชัดเจน ในเขตอำเภอหนองบุญมาก มีรถโดยสารประจำทาง 1 สาย คือ สายสารภี-โรงพยาบาลหนองบุญมาก ซึ่งจะมีวันละ 1 เที่ยว วัยทำงานบางส่วนอพยพไปทำงานต่างจังหวัด บางส่วนทำงานในพื้นที่ เนื่องจากมีโรงงานอุตสาหกรรมขยายตัวเข้ามาในพื้นที่และอำเภอใกล้เคียง ประชาชนส่วนใหญ่จะเป็นประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 320.3 คน/วัน แผนกห้องคลอดเฉลี่ย 2 คน/วัน ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยในเฉลี่ย 27.8 คน/วัน (ข้อมูล ณ สิงหาคม 2560) แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินเฉลี่ย 69.93 คน/วัน และในจำนวนนี้มีผู้ป่วยประเภท Resuscitation และ Emergency เฉลี่ยวันละ 11 ราย  **5 อันดับโรคของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน**  5 อันดับโรคของผู้ป่วยนอก   1. Hypertension 2. URI 3. DM 4. Acute bronchitis 5. Dyspepsia   5 อันดับโรคของผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน   1. Head injury 2. Seizure 3. UGIB 4. Stroke 5. Snake bite   **กลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเข้าถึง:**   * ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด * ผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งบุตรหลานไปทำงาน * ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช * ผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล ไม่มีพาหนะเดินทางมาโรงพยาบาล   **กระบวนการ:**  **ตัวอย่างโรคที่สะท้อนคุณภาพของการเข้าถึงและการเข้ารับบริการ (ระบุรายละเอียดใน clinical tracer highlight):**   * Head injury * Myocardial infraction * Stroke * โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง * คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช   **การปรับปรุงการเข้าถึงในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา:**   * **Head injury** ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมา นับได้ว่าเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินมากอันดับ 1 ใน 5 ของผู้ป่วยฉุกเฉินมากทั้งหมด ซึ่งมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จากที่มีถนนเส้นหลักโชคชัย-เดชอุดม ผ่ากลางตัวอำเภอ ดังนั้นอุบัติเหตุที่รุนแรงจะเกิดขึ้นที่ถนนเส้นหลักมากกว่าเกิดที่ถนนเส้นรองในเขตตำบลต่างๆ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงได้ปรับปรุงการเข้าถึงบริการ ดังต่อไปนี้  1. ผลักดันนโยบายป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเป็นนโยบายระดับอำเภอในนามศูนย์ป้องกันอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.) โดยนายอำเภอเป็นประธาน และสร้างเครือข่ายระดับตำบล โดยดำเนินนโยบายด้านการกำหนดจุดเสี่ยงและแก้ไขจุดเสี่ยงในระดับตำบล รวมถึงการรณรงค์สร้างจิตสำนึกในการป้องกันอุบัติเหตุจากหลายๆ ช่องทาง เช่น ป้ายรณรงค์ ขบวนรณรงค์ ให้ความรู้ในกลุ่มเสี่ยง 2. มีระบบ Pre-hospital โดยเพิ่มหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมบริการ EMS มากขึ้น และในเขตตำบลซึ่งยังไม่มีหน่วย EMS ขั้นพื้นฐาน ได้จัด Zone ให้บริการ เพื่อให้มีหน่วย EMS ดูแลประชาชนในพื้นที่ครบทุกตำบล 3. จัดอบรมฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วย Head injury เป็นส่วนหนึ่งของการฟื้นฟูวิชาการแก่หน่วยทุกชีพขั้นพื้นฐาน ทุกปี 4. จัดทีมการคัดกรองผู้รับบริการโดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพและเวรเปลประเมินผู้บาดเจ็บตั้งแต่ญาตินำส่งที่หน้าห้องฉุกเฉินเพื่อคัดกรองและช่วยเหลือ 5. กำหนดเกณฑ์การคัดกรองผู้รับบริการซึ่งมีประวัติ Head injury ที่มีภาวะเสี่ยงตามเกณฑ์ ESI เป็นผู้ป่วยระดับ Urgent ขึ้นไป และผู้บาดเจ็บที่ศีรษะซึ่งไม่รู้สึกตัวเป็นระดับ Emergency และ Resuscitation เพื่อให้บริการที่รวดเร็วตามระดับการคัดกรอง 6. ปรับปรุงห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยขยายห้องให้กว้างขึ้น และมีประตูเพียง 1 ชั้น ก็สามารถเข้าถึงโซน CPR ได้เลย 7. ปรับปรุง CPG การดูแลผู้ป่วย Head injury และกำกับให้ใช้ CPG ในผู้ป่วย Head injury ทุกราย ผ่านทีม PCT 8. กำหนด Warning sign ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ต้องรายงานแพทย์  * **Myocardial infraction และโรค Stroke**เป็นโรคเน้นการเข้าถึงและเข้ารับบริการตามนโยบาย ผู้ป่วยจะมาด้วยไม่รู้สึกตัวเป็นส่วนใหญ่ ญาติมักให้ประวัติว่าวิงเวียนที่ศีรษะ จุกแน่นอึดอัดท้อง ระคายเคืองหน้าอก พูดจาสับสน หรือพูดไม่ชัด ลิ้นแข็ง ก่อนเป็นลมและไม่รู้สึกตัว ดังนั้นแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จึงได้ปรับปรุงการเข้าถึงดังต่อไปนี้  1. มีระบบ Pre-hospital โดยเพิ่มหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับพื้นที่ให้ครอบคลุมบริการ EMS มากขึ้น และในเขตตำบลซึ่งยังไม่มีหน่วย EMS ขั้นพื้นฐาน ได้จัด Zone ให้บริการ เพื่อให้มีหน่วย EMS ดูแลประชาชนในพื้นที่ครบทุกตำบล 2. ให้ความรู้เรื่องโรคและอาการแสดงของโรค ความรุนแรง และผลข้างเคียงของโรคในกลุ่มผู้ป่วยและญาติในคลินิกโรคเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลินิก Warfarin และคลินิกโรคไต และคลินิกผู้สูงอายุของทุกตำบลและแจกสติ๊กเกอร์อาการของโรค เพื่อให้ผู้ป่วยนำไปติดไว้ที่ประตูบ้าน ประจำบ้าน เพื่อจะได้ใช้ในการประเมินอาการของบุคคลกลุ่มเสี่ยงในบ้าน 3. จัดระบบคัดกรองความเสี่ยงโรค CVD แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงโดยเริ่มที่กลุ่ม Uncontrol และออกบัตรความเสี่ยง พร้อมทั้งแจ้งให้ญาติผู้ดูแล หรือ Care giver ทราบความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อช่วยในการดูแลใกล้ชิดเมื่อมีอาการและเรียกขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลได้ทันที 4. จัดทีมการคัดกรองผู้รับบริการโดยกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพและเวรเปลประเมินผู้บาดเจ็บตั้งแต่ญาตินำส่งที่หน้าห้องฉุกเฉินเพื่อคัดกรองและช่วยเหลือ 5. กำหนดเกณฑ์การคัดกรองที่ชัดเจน และอาการแสดงของโรค ให้พยาบาลคัดกรองได้ทราบ เพื่อคัดกรองได้ถูกต้อง 6. ปรับปรุงห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน โดยขยายห้องให้กว้างขึ้น และมีประตูเพียง 1 ชั้น ก็สามารถเข้าถึงโซน CPR ได้เลยกำกับการใช้ CPG MI และ Stroke ในผู้ป่วยทุกราย ผ่าน KPI ของหน่วยงาน 7. กำหนด Warning sign ในผู้ป่วย MI และ Stroke ที่ต้องรีบรายงานแพทย์  * **โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง**ในแต่ละปีจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง นับเป็นโรคไม่ติดต่อที่มีผู้ป่วยเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี ปีละ 5-10% ทำให้ผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก เกิดปัญหาผู้ป่วยขาดนัด ไม่มารักษาต่อเนื่อง จากเหตุผลไม่สะดวกในการเดินทาง และการให้บริการที่ล่าช้าโรงพยาบาลหนองบุญมากเห็นความสำคัญของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว จึงจัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสะดวกในการเข้ารับบริการ ดังนี้  1. จัดตั้งคลินิกโรคเรื้อรังสู่ชุมชนครบทุก รพ.สต. และกำหนดแพทย์และทีมการดูแลรับผิดชอบชัดเจนโดยในปีที่ผ่านมาขยายหน่วยบริการเพิ่มขึ้น 1 หน่วยบริการ ส่งผลให้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้ครอบคลุมขึ้น 2. กำหนดตารางออกให้บริการแต่ละ รพ.สต. เป็นรายปีงบประมาณชัดเจน 3. กำหนดให้มีสหสาขาวิชาชีพออกให้บริการผู้ป่วยตามปัญหาของแต่ละพื้นที่ 4. จัดระบบตรวจสุขภาพประจำปี ตรวจตา เท้า แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ รพ.สต. เพื่ออำนวยความสะดวกและเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยการโทรศัพท์ติดตาม หากยังไม่มาใน 1 สัปดาห์ จะให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ออกติดตาม ผลลัพธ์ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงขาดนัด ปี 2560 = 1.33% 5. จัดระบบคัดกรองโดยใช้ระบบ ESI เพื่อคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินของโรคเบาหวานและ   ความดันโลหิตสูง เพื่อให้บริการที่รวดเร็วและเหมาะสม   1. กำหนด Warning Sign ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งมีภาวะวิกฤต เพื่อให้การดูแลที่ทันท่วงที ผ่านการคัดกรองโดยใช้โปรแกรมปิงปอง 7 สี 2. กำกับให้ใช้ CPG ในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง 3. จัดระบบคัดกรองความเสียงโรค CVD แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เริ่มที่กลุ่ม Uncontrol และออกบัตรความเสี่ยงพร้อมทั้งแจ้งให้ญาติผู้ดูแล หรือ Care giver ทราบความเสี่ยงดังกล่าว เพื่อช่วยในการดูแลใกล้ชิดเมื่อมีอาการ และเรียกขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลได้ทันที  * **คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช** พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเวชขาดนัดและไม่รักษาต่อเนื่อง ก่อให้เกิดปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเวชมีอาการที่ควบคุมไม่ได้ จากการหา RCA พบว่าเกิดปัญหาไม่มีญาตินำมารับยาที่โรงพยาบาล คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช จึงปรับปรุงระบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้  1. จัดระบบติดตามผู้ป่วยขาดนัดผ่านทางโทรศัพท์ติดต่อญาติโดยตรง และติดต่อผ่าน รพ.สต. ซึ่งผู้ป่วยสังกัดเพื่อติดตามซ้ำ 2. กรณีผู้ป่วยลำบากในการเดินทางมารับยา จะมีระบบส่งยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน โดยผ่าน รพ.สต. ซึ่งผู้ป่วยสังกัด 3. จัดให้มีระบบเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจิต เพื่อวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยไม่มารับยา กรณีพบว่าผู้ป่วยมีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช จะประสานเจ้าหน้าที่ตำรวจ และเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อรับตัวมารักษาที่โรงพยาบาล   **บทเรียนจากการทบทวนความรวดเร็วในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน:**   * **Head injury**พบว่าเกิดปัญหาในการใช้ CPG ในกรณีแพทย์ฝึกหัด (In turn) ซึ่งมา Turn ที่โรงพยาบาล 1-3 เดือน จะเปลี่ยนแพทย์ In turn ประจำ เกิดความไม่เข้าใจใน CPG Head injury ซึ่งได้จัดทำไว้ แก้ไขโดยแพทย์ประจำซึ่งเป็นแพทย์พี่เลี้ยงต้องอธิบาย CPG และกำกับให้ใช้ CPG ผ่านทีม PCT ทุก Case อีกทั้งยังพบว่าการประเมิน Glasgow coma score ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะถูกต้อง แต่เกิดอาการเปลี่ยนแปลงโดยที่พยาบาลไม่ทราบ เกิดความล่าช้าในการดูแล ดังนั้นจึงได้ปรับลดการประเมิน Glasgow coma score ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บเมาสุราโดยหักค่าคะแนนลดลง 1 คะแนน เพื่อประเมินผู้บาดเจ็บเป็นผู้ป่วย Emergency และปรับการดูแลแบบใกล้ชิดต่อไป ส่งผลให้ผู้บาดเจ็บที่ศีรษะได้รับการดูแลที่ดีขึ้น รวดเร็ว และส่งต่อทันเวลา จัดช่องทางการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้หน่วยบริการระดับตำบลประชาสัมพันธ์ในพื้นที่รับผิดชอบ จัด Zone การให้บริการ EMS แก่ทีมระดับรองในการออกตรวจสอบเหตุ และเรียกทีมระดับ Advance ช่วยเหลือ * **Myocardial infraction**จากการดูแลพบว่าการประเมินอาการ Chest pain ผิดพลาดทำให้วินิจฉัยเกือบพลาดจากการให้ประวัติของผู้ป่วยและญาติ จากการทบทวนพบว่าอาการดังต่อไปนี้ ซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงให้ประวัติต้องคำนึงถึงโรค MI ด้วย ได้แก่ อาการเหนื่อยเพลีย ปวดแน่นท้อง หายใจไม่ทั่วท้อง ระคายเคืองท้อง อึดอัดท้อง พูดจาสับสน พูดไม่ชัด มีประวะติโรค NCD และโรคหัวใจทุกชนิดเจ็บแน่นสะบักขวา อาการซึ่งผู้ป่วยแจ้งเหล่านี้ให้คาดว่าผู้ป่วยอาจมีอาการ Chest pain ให้ดูแลเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย Chest pain โดยใช้ CPG หลังปรับการดูแลทำให้คัดกรองผู้ป่วยโรคหัวใจและผู้ป่วย MI ที่ ER ไม่ส่งตรวจที่ OPD * **Stroke** จากการทบทวนอุบัติการณ์พบปัญหาการจัดยานพาหนะไม่เหมาะสมกับโรคและอาการของผู้ป่วย จากการสื่อสารได้แก่ ผู้ป่วย Stroke เสี่ยงต่อภาวะหยุดหายใจ จัดรถส่งต่อที่ไม่มีเครื่องมือตรวจติดตามการเต้นของหัวใจ ทำให้ต้องเปลี่ยนรถส่งต่อเกิดความล่าช้าในการส่งต่อ ดังนั้นจึงได้จัดทำแนวทางการเรียกใช้บริการรถส่งต่อ โดยกำหนดระดับรถ และแนวทางการขอใช้ที่ชัดเจนและผู้ป่วยได้รับการนำส่งโดยรถที่มีอุปกรณ์การแพทย์ที่เหมาะสม และกำหนดแนวทางการส่งต่อที่จำเป็นต้องใช้บุคลากรระดับต่างๆ ที่จะดูแลขณะส่งต่อให้เหมาะสม * **โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง**จากการทบทวนที่ทีมคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล พบว่าส่งผู้ป่วยที่มีอาการ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia ไปตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนั้น จึงปรับปรุง Warning Sign และคัดกรองโดยระบบ ESI (Emergency Severity Index)โดยที่คลินิกโรคเรื้อรังจะคัดกรองอาการผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและตรวจ DTX เบื้องต้นทันที โดยไม่รอผล FBS และเมื่อพบว่ามีภาวะ Hypoglycemia หรือ Hyperglycemia จะดูแลโดยใช้ CPG กรณีผู้ป่วย HT แล้วมีอาการผิดปกติจะคัดกรองก่อนและให้การดูแลที่ ER เมื่อพบมีภาวะความดันโลหิตสูง หรือต่ำกว่าเกณฑ์ จากการทบทวนทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวได้รับการดูแลที่รวดเร็ว เหมาะสม * **ผู้ป่วย Sepsis** จากการทบทวนผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลล่าช้า เนื่องจากมีการประเมิน sos scoreไม่ถูกต้อง วินิจฉัยผิดพลาด การให้ยาล่าช้า จึงได้มีการพัฒนา การประเมิน Sepsis ด้วยความรวดเร็ว มีการให้ยาทันที่เมื่อวินิจฉัย   **บทเรียนในการดูแลเบื้องต้นและส่งต่อ สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้การรักษาได้:**   * **Head injury** กรณีส่งต่อพบปัญหาในเรื่องการจัดทีมส่งต่อไม่เหมาะสม จึงได้ปรับปรุงการส่งต่อในกรณี Head injury ดังนี้  1. ปรับปรุงทีมส่งต่อผู้ป่วย Head injury ให้เหมาะสมโดยจัดทีมตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน 2. จัดรถที่เหมาะสมซึ่งมีอุปกรณ์การแพทย์ที่ครบถ้วนสำหรับส่งต่อผู้ป่วย Head injury 3. ประสาน Case กับโรงพยาบาลมหาราชให้เรียบร้อยทุกราย 4. ประกันเวลารถส่งต่อ และพยาบาลส่งต่อ  * **Myocardial infraction และ Stroke** จากการททวนพบปัญหาการเตรียมรถ Refer ไม่พร้อมทำให้ล่าช้าในการ Refer และการส่งข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วน จึงได้มีการปรับปรุง ดังนี้  1. จัดเตรียมข้อมูลของผู้ป่วยในระบบ Fast tack ให้ครบถ้วนทุก Case โดยเฉพาะเลขบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย 2. ปรับปรุงระบบการจัดรถ Refer เป็น 3 ระดับ และจัดข้อบ่งชี้ของผู้ป่วยในการใช้รถในแต่ละระดับให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย  * **คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช** พบปัญหาการส่งต่อ คือ ผู้ป่วยอาการไม่สงบขณะอยู่บนรถส่งต่อ จึงได้มีการปรับแนวทางในการส่งต่อ ดังนี้  1. ประสานโรงพยาบาลปลายทางก่อนเสมอ 2. จัดทีมการดูแลให้เหมาะสมกับอาการผู้ป่วย ได้แก่ ผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ให้จัดญาติผู้ชาย 1 คน พนักงานเปลชาย 1 คน หรือประสานขอความร่วมมือเจ้าหน้าทีตำรวจร่วมในการส่งต่อกับเจ้าหน้าที่พยาบาล 3. ให้ยาผู้ป่วยจนสามารถสงบอาการของผู้ป่วยได้ 4. Restrain ผู้ป่วยให้เหมาะสมกับอาการและล็อครถในห้องโดยสารทันทีที่นำผู้ป่วยขึ้นรถ 5. เคลื่อนย้ายโดยใช้ Long spinal board พร้อมเตรียมอุปกรณ์สำหรับ CPR ไว้เสมอ หลังจากผู้ป่วยได้ยาสงบอาการก่อนส่งต่อ 6. ต้องมีญาติสายตรงผู้ป่วยไปด้วยทุกครั้ง  * **Severe Birth asphyxia** พบเด็ก Birth asphyxia มีภาวะ Hypothermia จึงมีการปรับปรุงดังนี้  1. กรณีเด็ก Severe Birth asphyxia On ET-Tubeต้องนำเด็กใส่รถ Transfer ที่มีระบบควบคุมอุณหภูมิระหว่างนำส่ง โดยรถพยาบาลทุกครั้ง เนื่องจากเกิดอุบัติการณ์ Hypothermia ระหว่างนำส่ง หลังปรับปรุงระบบการดูแลไม่พบเด็ก Severe Birth Asphyxia เกิด Hypothermia ขณะนำส่ง 2. กรณีเด็ก Severe Birth asphyxia On ET-Tubeส่งต่อโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เกิดอุบัติการณ์ ET-tube หลุดบนรถส่งต่อจากเทคนิคการ Fix tube ขณะบีบ Ambubag จึงปรับให้มีพยาบาลวิชาชีพขณะนำส่ง 2 คน และเพิ่มเทคนิคการ Fix tube และไม่พบอุบัติการณ์ซ้ำอีก   **บทเรียนในการรับผู้ป่วยเข้าในหน่วยบริการวิกฤติหรือหน่วยบริการพิเศษ:**   * จากอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคลมชักมารับบริการที่ OPD แล้วมีอาการชักซ้ำ ขณะรอตรวจ พบเกิดจากการขาดยาและมีอาการชัก ภายใน 10 ชม. ก่อนมา จึงปรับแนวทางการคัดกรองผู้ป่วยโรคที่มาด้วยอาการชัก ภายใน 24 ชม. เป็นประเภท 2 และส่ง ER โดยมีพยาบาลนำส่ง เพื่อเฝ้าระวังอาการชัก   **บทเรียนเกี่ยวกับการให้ข้อมูลและการขอ informed consent:**   * ผู้ป่วยสูงอายุที่มีอาการหลงลืม ทำให้ไม่สามารถลงลายมือชื่อในใบยินยอมรับการรักษาได้ จึงได้ปรับโดยกรณีไม่มีญาติมาด้วย ให้การดูแลตามมาตรฐานและประสานติดตามญาติมาลงลายมือภายหลัง * ในผู้ป่วยระยะสุดท้ายพบปัญหาว่า ญาติไม่เข้าใจแนวทางการรักษา จึงมีการปรับการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วยซ้ำที่แผนกผู้ป่วยในอีกครั้ง เพื่อเป็นการทวนสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติ เพื่อร่วมมือในการตัดสินใจรักษา * จากการทบทวนความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติเรื่องการขอ Informed consent พบว่าข้อที่ผู้ป่วยและญาติไม่เข้าใจ คือ ไม่ทราบว่าป่วยเป็นโรคอะไรจะรักษาแบบใดและต้องรักษานานเท่าไร จึงแจ้งแก่จุดบริการที่ Admit จึงได้มีการแจ้งผู้ป่วยซ้ำเรื่องข้อมูลก่อนขอ Informed consent 3 ข้อเบื้องต้น ให้ชัดเจนแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย หรือ Care giver และวางแนวทางให้แผนกผู้ป่วยในให้ข้อมูลซ้ำในประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง และติดตามเก็บข้อมูลต่อเนื่องเพื่อพัฒนา   **ผลการพัฒนาที่สำคัญ:**   * ร้อยละของผู้ป่วย Stroke ที่เข้าสู่ระบบ Fast tract ได้รับการส่งต่อภายใน 30 นาที ปี 2560 = 100%   - ร้อยละผู้ป่วย Stroke รายใหม่มาถึง โรงพยาบาลภายใน 155 นาที ปี 2559 = 53.42 ปี 2560 = 46.51  - ผู้ป่วย MI เข้าถึงบริการ Door to hospital ภายใน 90 นาที ปี 2559 = 81.81 ปี 2560 = 83.33   * ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้รับการประเมินและได้รับการดูแลเบื้องต้นก่อนส่งต่อ ภายใน 30 นาที คิดเป็นร้อยละ 100 ในปี 2559 และ 2560 * พัฒนาระบบให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ระยะเวลารอคอยลดลงจาก 108 นาที เป็น 102 นาที ในปี 2559 และปี 2560 * อัตราการคัดกรองตามระบบการคัดกรองแบบ ESI ที่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ปี 2560 ในระดับ Resuscitation ถูกต้อง 100%, ระดับ Emergency ผิดพลาด 3.40% | | | | | | | | |
| **มาตรฐาน** | **Score** | **ประเด็นในแผนการพัฒนา 1-2 ปีข้างหน้า** | | | | | | |
| 1. การเข้าถึงบริการที่จำเป็นและบริการเร่งด่วน | 3 | * พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการในผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ โดยการให้ความรู้และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน * พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่รับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | | | | | |
| 1. กระบวนการรับผู้ป่วย | 3 | * พัฒนาระบบ EMS ให้สามารถเข้าถึงผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทุกตำบลในเขตอำเภอหนองบุญมาก * พัฒนาระบบส่งต่อในกรณีต่างๆ ทุกด้าน เช่น บุคลากร, อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่สำคัญ และการประสารขอความร่วมมือเครือข่าย * ประเมินความเหมาะสมของการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล | | | | | | |
| 1. การให้ข้อมูลและ informed consent | 3 | * กลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว, ผู้ป่วยจิตเวช, ผู้ป่วยเด็ก, ผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้พิการทางสมอง จัดให้มีแนวทางการพัฒนา การสื่อสารกับญาติสายตรง/ผู้ปกครอง/ผู้พิทักษ์ ลงนามในการรักษาแทน * ประเมินผลตามความเข้าใจเรื่องข้อมูลด้านการยินยอมการรักษา | | | | | | |