

รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบที่ ๒
ประเด็นที่ ๔ ลดแออัด ลดรอคอย

๑. ประเด็นตรวจราชการ : ลดแออัด ลดรอคอย

๒. หัวข้อ : Fast Track (Trauma)

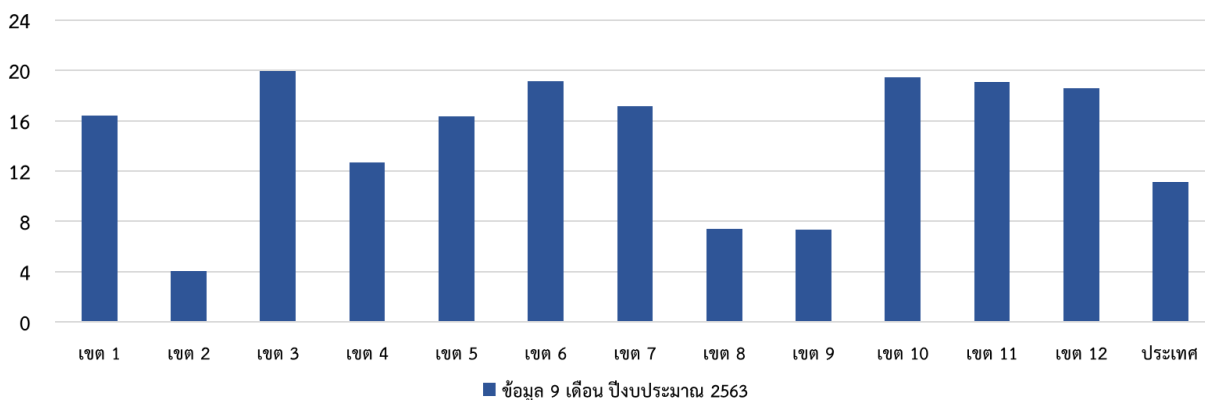
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ (กรม/กอง/ศูนย์วิชาการ)

หน่วยงานผู้รับผิดชอบหลัก : กรมการแพทย์

หน่วยงานผู้รับผิดชอบร่วม : -

๔. วิเคราะห์สถานการณ์

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit)
(เป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ ๑๒)



ปี 63 รอบที่ 2	เขต 1	เขต 2	เขต 3	เขต 4	เขต 5	เขต 6	เขต 7	เขต 8	เขต 9	เขต 10	เขต 11	เขต 12	ประเทศ
	16.42	4.03	19.95	12.67	16.34	19.14	17.18	7.44	7.32	19.44	19.06	18.57	11.16

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง (A) = ๔,๓๙๔ ราย

จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด (B) = ๓๙,๓๗๔ ราย

ที่มาข้อมูล : Health Data Center วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑		
ไม่สามารถเข้าห้องผ่าตัด ได้ภายใน ๖๐ นาที เนื่องจาก รอ Investigation รอ Resuscitation รอแพทย์ ผ่าตัดซึ่งเดินทางมาจาก นอกโรงพยาบาล	ให้มีการทบทวนระบบ Investigation Resuscitation และระบบการดูแลผู้ป่วย ร่วมกัน	ร้อยละ ๑๖.๔๒ A = ๒๙๓ ราย B = ๑,๗๘๔ ราย
เขตสุขภาพที่ ๒		
- ความล่าช้าในขั้นตอน การวินิจฉัย และ resuscitation - ไม่มีโปรแกรมในการ เก็บข้อมูลด้าน อุบัติเหตุและงาน การแพทย์	- ทบทวนและพัฒนาระบบ Fast track กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อปรับปรุง แก้ไขและพัฒนาให้เกิดประโยชน์สูงสุด - พัฒนาเครือข่ายระบบ Pre-Hospital เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุและขณะนำส่งในโรงพยาบาล - พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ACLS, ATLS, PHTLS	ร้อยละ ๔.๐๓ A = ๔๙๐ ราย B = ๑๒,๑๔๔ ราย
เขตสุขภาพที่ ๓		
- ภาวะฉุกเฉินจากโรค ไม่ติดต่อ ได้แก่ Stroke STEMI มี จำนวนเพิ่มขึ้น - ผู้ป่วยที่ต้องทำ หัตถการจากคลินิก นอกเวลาส่งมาทำที่ ER - ระบบการันตีเวลา ตรวจผู้ป่วยไม่รุนแรง ไม่สามารถใช้งานได้ จริง - ทีมห้องฉุกเฉินและ ทีมคลินิกนอกเวลา เป็นทีมเดียวกัน	- พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิให้ มีทีมหมอครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นด่านหน้าให้สามารถดูแล Case ที่ไม่ฉุกเฉิน - พัฒนา Smart Hospital เพื่อใช้ ประโยชน์ในการสร้างความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Health Literacy) แก่ ประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ อย่างถูกต้อง รวมถึงความตระหนักรู้ถึง ภาวะที่ไม่ฉุกเฉิน และการมารับบริการ ในเวลา	ร้อยละ ๑๙.๙๕ A = ๖๕๖ ราย B = ๓,๓๘๘ ราย - จำนวนผู้ป่วยในห้อง ฉุกเฉินลดลง - ผู้ป่วย Case Emergency ได้รับการดูแลที่ดีขึ้น - หน่วยบริการปฐมภูมิผ่าน เกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติด ดาว และสามารถดูแล ผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินได้อย่างมี ประสิทธิภาพ

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๓		
- เจ้าหน้าที่ในการให้บริการมีไม่เพียงพอ	<ul style="list-style-type: none"> - มีวางแผนในการอัตรากำลังคน โดยเตรียมเปิดสอนแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉินร่วมวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชา รักษาในการเปิดสอนพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน - เพิ่มอัตรากำลังเวชกิจฉุกเฉินทางการแพทย์ - จัดอบรมการดูแลผู้ป่วยระหว่างส่งต่อในเขตสุขภาพที่ ๓ ๒ รุ่น จำนวน รุ่นละ ๔๐ คน 	
เขตสุขภาพที่ ๔		
ผู้ป่วย level ๔,๕ ยังสูงอยู่โดยเฉพาะใน รพช. และไม่สามารถจัดOPDนอกเวลาได้ การทำแผลยังคงต้องทำใน ER	<ul style="list-style-type: none"> - รพ.ที่มีศักยภาพมีการจัดOPDนอกเวลา - รพ. ชุมชน แยกผู้รับบริการฉีดยา ทำแผลออกจาก ER 	<p>ร้อยละ ๑๒.๖๗</p> <p>A = ๔๓๙ ราย</p> <p>B = ๓,๔๖๔ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๕		
อัตราของผู้ป่วย trauma level ๑ มีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ผ่านเกณฑ์	<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนกรณีผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดไม่ได้ภายใน ๖๐ นาทีเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาเช่น ระบบปรึกษา, ระบบตรวจวินิจฉัย, การบริหารจัดการห้องผ่าตัด - พัฒนาระบบปรึกษาระหว่างแผนกใน Multiple Trauma เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัดได้เร็วขึ้น - การ Sharing ทรัพยากร ระดับจังหวัด / เขต โดยเฉพาะด้านบุคลากร - พัฒนาระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ฝ่ายสารสนเทศควรช่วยสนับสนุนงานบริการ 	<p>ร้อยละ ๑๖.๓๔</p> <p>A = ๓๖๗ ราย</p> <p>B = ๒,๒๔๖ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๖		
ER มีความแออัด จากการใช้บริการของผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก	<ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาระบบประสานการส่งต่อระหว่างห้องผ่าตัดกับห้องฉุกเฉินโดยเน้นเรื่อง Trauma Brain Injury - พัฒนาระบบสนับสนุนการวินิจฉัยโรค - เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน <ul style="list-style-type: none"> - พัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ (ER Service Delivery) - นโยบายลดแออัด - นโยบายไม่ยอมรับความรุนแรง 	<p>ร้อยละ ๑๙.๑๔</p> <p>A = ๖๖๐ ราย</p> <p>B = ๓,๔๔๘ ราย</p>
เขตสุขภาพที่ ๗		
<ul style="list-style-type: none"> - การเข้าถึงบริการ ER ที่มีประสิทธิภาพ: โดยระบบ EMS ๖๘% และกลุ่มที่ใช้บริการ EMS ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วย trauma - ด้านบุคลากร: ยังไม่ได้สัดส่วนกับจำนวนประชากรและภาระงาน 	<ul style="list-style-type: none"> - การรณรงค์ fast tract alert/awareness : stroke, stemi - มีระบบ GPS รถพยาบาล มีระบบ Telemedicine เชื่อมโยงกับแม่ข่าย รพ.ขอนแก่น และระบบปรึกษาแพทย์ผ่าน ER Call center - ทบทวนและเพิ่มความเข้มแข็งในการจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ รพ. (ECS คุณภาพ) - การวางแผนกำลังคนของแพทย์ - เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จัดสรรอัตรากำลังที่เหมาะสมและพัฒนาแหล่งฝึกภายในเขต - มีการพัฒนาบุคลากรตามมาตรฐาน ER Service Delivery โดย รพ.ขอนแก่นมีการส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน ENP ปีละ ๒ คน จัดระบบการสอบประเมินทักษะของพยาบาลห้องฉุกเฉินเป็นประจำทุกปี 	<p>ร้อยละ ๑๗.๑๘</p> <p>A = ๒๖๔ ราย</p> <p>B = ๑,๕๓๗ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๗ (ต่อ)		
<ul style="list-style-type: none"> - ER แอ้อัดจากการใช้บริการของผู้ป่วย - การดูแลผู้ป่วย In-hos Case level ๑-๒ ที่อยู่ในห้อง ER นาน > ๒ ชม. 	<ul style="list-style-type: none"> - นำระบบ MOPH triage เพื่อแยกกลุ่มผป.และจัดบริการผป.ระดับ ๔,๕ (สี เขียว-ขาว) ออกจาก ER - เพิ่มศักยภาพของ รพ. ระดับ M๑ และ M๒ การ Refer Back ผู้ป่วยกลับ รพ. ที่เป็น Node บูรณาการกับ IMC - พัฒนา In-hos (Transfer ใน รพ.) - จัดระบบและลดระยะเวลาในการปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง - ส่งข้อมูลผู้รับบริการห้องฉุกเฉินทุกรายผ่านแฟ้ม “ACCIDENT” ในระบบข้อมูลทาง IS Online 	
เขตสุขภาพที่ ๘		
<ul style="list-style-type: none"> - ความพร้อม และ ความครอบคลุมของการให้บริการ EMS - ความปลอดภัยทางด้านโครงสร้างของสถานที่ปฏิบัติงานยังไม่ครอบคลุม - Delay on set to treatment ในบางพื้นที่ - ความครอบคลุมของการมี AED ในแหล่งชุมชน - การสอน BLS และการติดตาม ประเมินผล 	<ul style="list-style-type: none"> - เตรียมรถ Emergency ให้มีความพร้อมใช้เพื่อ รองรับบริการผู้ป่วยฉุกเฉิน เพื่อเพิ่มโอกาสใน การรอดชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉิน - ควรมีแผนการ Training ของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติการให้มีความรู้ที่เป็นปัจจุบัน - พิจารณาเพิ่ม Double door ของห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลที่ยังไม่มี - Improved onset to treatment (ทำ RCA เพื่อหาสาเหตุของความล่าช้า แล้วแก้ไขที่สาเหตุในพื้นที่ ที่ยังคงมีปัญหา - เพิ่มความครอบคลุมของ AED ในแหล่งชุมชน - เพิ่มเติมการสอน BLS พร้อมทั้งมีการติดตาม และการประเมินผล 	<p>ร้อยละ ๗.๔๔</p> <p>A = ๔๐๘ ราย</p> <p>B = ๕,๔๘๔ ราย</p>

ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/ ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๘ (ต่อ)		
<ul style="list-style-type: none"> - ปริมาณคนไข้ไม่ฉุกเฉินที่มาใช้ บริการห้องฉุกเฉิน - การลดจำนวนผู้ป่วย Trauma จากอุบัติเหตุบนท้องถนน - ฐานข้อมูลมีความหลากหลายทำให้เกิดการทำงานซ้ำซ้อน - ขาดแคลน แพทย์ EP และ EP Nurse 	<ul style="list-style-type: none"> - ขยายเวลาของ OPD หรือเปิดเป็นคลินิกพิเศษ นอกเวลา เพื่อลดความแออัดของการใช้บริการ ER - เสนอเรื่องการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อ ลดอุบัติเหตุบนถนน - พัฒนารฐานข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง - สนับสนุนการพัฒนาทักษะ ความเชี่ยวชาญ ของบุคลากร ทั้งในด้านงบประมาณ และหน่วยงานการ Training 	
เขตสุขภาพที่ ๙		
<ul style="list-style-type: none"> - นครราชสีมา การขาดบุคลากรที่ปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินที่มีทักษะการปฏิบัติงานเฉพาะด้าน - บุรีรัมย์ รพ.บุรีรัมย์ยังขาดห้อง Isolated Room ที่ ER สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรง - สุรินทร์ ห้องฉุกเฉินมีผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ที่ไม่ฉุกเฉิน (non trauma) คิดเป็น ๖๑.๑๓ % 	<p>นครราชสีมา</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑.การพัฒนางาน EMS คุณภาพ การประชาสัมพันธ์ และให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชนให้รับรู้อาการเจ็บป่วยฉุกเฉินที่ควรเรียก ๑๖๖๙ เช่น อาการของผู้ป่วย Stroke STEMI เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ทันเวลา (Alarm Alert Alive), การอบรมให้ความรู้ เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ๒.การพัฒนา ECS คุณภาพ แบ่งการประเมินออกเป็น ๕ โซน ผลที่ได้จากการประเมินจะนำเสนอต่อผู้บริหาร และจัดทำเป็นแผนการปรับปรุง พัฒนาต่อไป ๓.การพัฒนา ER คุณภาพ พัฒนาอาคารสถานที่ให้มี Double Door ห้องรอตรวจ/ห้องแยกโรค มีการเชื่อมโยงข้อมูลด้านการแพทย์ฉุกเฉินผ่านระบบ Telemedicine ส่งข้อมูลผ่านแฟ้ม Accident หรือ IS 	<p>ร้อยละ ๗.๓๒</p> <p>A = ๒๐๐ ราย</p> <p>B = ๒,๗๓๒ ราย</p>
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/

		ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๙ (ต่อ)		
	<p>บุรีรัมย์ <u>ระดับจังหวัด</u></p> <p>๑. กำหนดเป็นนโยบายของจังหวัด ดำเนินการในการลดตายจาก RTI</p> <p>๒. รพศ./ รพท. กำหนดมาตรการลดแออัด ให้ชัดเจน</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u></p> <p>๑. สื่อสารแนวทางในการลดแออัดในห้องฉุกเฉิน</p> <p>๒. Review case เสียชีวิตเพื่อพัฒนาระบบ การเข้าถึง Pre/In Hosp./ระบบบริการ</p> <p><u>ระดับตำบล</u></p> <p>๑. พัฒนาศักยภาพ FR เพื่อเพิ่มทักษะ/ เข้าถึงบริการของผู้ป่วยในชุมชน</p> <p>๒. เชื่อมโยงภารกิจป้องกันอุบัติเหตุจราจร ทางถนน โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน</p> <p>สุรินทร์</p> <p>แผนปีงบประมาณ ๒๕๖๓</p> <p>✓ โครงการพัฒนาบุคลากรเรื่องการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งจังหวัด</p> <p>✓ โครงการพัฒนาระบบ EMS</p> <p>๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ EMS</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพ และคุณภาพการบริการ</p> <p>๓. พัฒนาหน่วยปฐมพยาบาลให้ได้มาตรฐาน</p> <p>ชัยภูมิ</p> <p>๑. นโยบาย ER Target time < ๒ hr เพื่อลด ER Crowding</p> <p>๒. โครงการพัฒนาระบบ EMS</p> <p>- พัฒนาระบบบริการงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน</p> <p>- พัฒนาระบบ Consult ระบบ Fast track เช่น Stroke STEMI Sepsis Trauma</p> <p>๓. พัฒนาระบบการส่งต่อ-ส่งกลับ จังหวัด ชัยภูมิ/ เขตสุขภาพที่ ๙</p>	
ปัญหา/สาเหตุ	แผน/กิจกรรมการแก้ไขปัญหา	ความก้าวหน้า/

		ผลการดำเนินงาน
เขตสุขภาพที่ ๑๐		
แพทย์ EP ไม่สามารถ อยู่เวรได้ ๒๔ ชั่วโมง	Management EP ๒๔ ชม./Triage	ร้อยละ ๑๙.๔๔ A = ๒๑๗ ราย B = ๑,๑๑๖ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๑		
๑. การประชาสัมพันธ์ การใช้บริการ ๑๖๖๙ ยัง ไม่ทั่วถึง ๒. ระยะเวลาการรอคอย เพียงก่อนข้างนาน ๓. ขาดการนำข้อมูลไปใช้ ในทางวิชาการ	- ใช้กลไก ผู้นำชุมชน อสม. สื่อออนไลน์ ใน การประชาสัมพันธ์ - พัฒนาระบบบริหารเตียง หรือการมีระบบ สำรองเตียง สำหรับผู้ป่วย triage level ๑,๒ - ควรมีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งาน ER คุณภาพระดับเขต	ร้อยละ ๑๙.๐๖ A = ๑๖๓ ราย B = ๘๕๕ ราย
เขตสุขภาพที่ ๑๒		
๑. ผู้ป่วย Trauma ได้รับ การบริการล่าช้า ๒. การเข้าถึงการแพทย์ ฉุกเฉินยังไม่ครอบคลุม ๓. ขาดแพทย์ศัลยกรรม อุบัติเหตุ Neurosurgeon (สตูล) ๔. ช่องว่างการพัฒนา ข้อมูลตัวชี้วัดใน HDC	- การสร้างความเข้าใจ การให้ข้อมูลถึง ขั้นตอนการให้บริการของระบบ ๑๖๖๙ ให้ทั่วถึง - การประชาสัมพันธ์การเข้าใจถึงภาวะ ฉุกเฉินที่ต้องเข้ารับบริการใน ER ผ่าน ช่องทางต่างๆ - การสรรหาและบริหารจัดการแพทย์ ภายในเขต - บันทึกข้อมูลให้เป็นปัจจุบันโดยการ จัดสรรบุคลากรในหน่วยงานในการคีย์ ข้อมูล	ร้อยละ ๑๘.๕๗ A = ๒๓๗ ราย B = ๑,๒๗๖ ราย

ปัญหาที่พบจากการดึงข้อมูลจาก HDC			
รายจังหวัดไม่มีข้อมูล (B=๐)		จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด < ๔๐ ราย	
- ลำพูน	- นครราชสีมา	- ลำพูน	- บึงกาฬ
- เชียงใหม่	- มหาสารคาม	- กำแพงเพชร	- บุรีรัมย์
- กำแพงเพชร	- อุบลราชธานี	- อุทัยธานี	- ศรีสะเกษ
- นนทบุรี	- บึงกาฬ	- นนทบุรี	- มุกดาหาร
- นครปฐม	- สุราษฎร์ธานี	- นครปฐม	- กระบี่
- ราชบุรี	- กระบี่	- สมุทรสงคราม	- ปัตตานี

- สมุทรสงคราม		- จันทบุรี	
- จันทบุรี		- มหาสารคาม	

๕. นวัตกรรม/ตัวอย่างที่ดี (ถ้ามี)

เขตสุขภาพที่ ๑	<p>จังหวัดลำพูน</p> <p>๑. พัฒนาอาคารสถานที่ จัดให้มี Double door with access control, โชนรถตรวจ และห้องแยกโรครวมทั้งการจัดให้มีห้องเอกซเรย์ใกล้กับห้องฉุกเฉิน ระบบการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการผ่านท่อสุญญากาศ</p> <p>๒. มีการปรับเกณฑ์การ activate fast track ได้เร็วขึ้นของเครือข่าย</p> <p>จังหวัดลำปาง</p> <p>๑. ระบบ Fast track</p> <p>๒. ระบบ ER Fast pass</p> <p>๓. TEA unit และ service delivery</p>
เขตสุขภาพที่ ๒	<p>๑. จังหวัดตากมีสารสนเทศที่แสดงสถานะของผู้ป่วยแต่ละราย (Patient Tracking) และมีระบบ Ambulance Telemedicine</p> <p>๒. จังหวัดเพชรบูรณ์มีการจัดกิจกรรมรณรงค์การสวมหมวกนิรภัยรวมทั้งการปิดจุดเสี่ยงอุบัติเหตุจราจร</p>
เขตสุขภาพที่ ๓	<p>๑. จังหวัดนครสวรรค์ มีระบบ Telemedicine ทุกโรงพยาบาลในจังหวัด เริ่มมีการนำระบบ Double door มาใช้ที่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์</p> <p>๒. มีการพัฒนาบุคลากร เป็นศูนย์ฝึกอบรมพยาบาล ER ในระดับเขต</p> <p>๓. มีแพทย์ประจำศูนย์รับแจ้งเหตุและศูนย์ส่งต่อตลอดเวลา</p> <p>๔. มีการเปิดคลินิกนอกเวลาและ SMC ที่รับผู้ป่วยทุกสิทธิการรักษาถึง ๒๐:๐๐ น.</p> <p>๕. มีการเก็บค่ารักษาพยาบาลกรณีรับบริการนอกเวลาราชการด้วยอาการที่ไม่รุนแรง ๕๐ บาท</p> <p>๖. มีการคัดกรองระดับความรุนแรงที่ต้องปฏิบัติตามอย่างเข้มงวด</p> <p>๗. สามารถ Set OR ได้โดยตรงจากแพทย์เวร ER ผ่านการ Consult</p>
เขตสุขภาพที่ ๕	<p>ราชบุรี</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบ Fast track severe head injury ทำให้ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วย - มี SMC คลินิกคู่ขนาน ลดจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน
เขตสุขภาพที่ ๖	<p>๑. ระบบการทำงาน AOC</p> <p>๒. EMS protocol / TEMSA (Thailand Emergency Medical Service Accreditation)</p> <p>๓. พัฒนาระบบ Medical Director/ พัฒนาศูนย์สั่งการระดับเขต</p> <p>๔. สถาบันฝึกอบรมแพทย์ EP ๒ ตำแหน่ง, แหล่งร่วมผลิต ENP, Paramedic</p>

<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ขอนแก่น กิจกรรมพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง (Trauma Quality Improvement Program) และกิจกรรม Trauma Audit เพื่อทบทวนผลการทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ และพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ๒. ขอนแก่น ระบบ AOC & Telemedicine และ Medical director ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรบน Ambulance ๓. ขอนแก่น ระบบ Refer Bypass ทั้งจังหวัด ส่งต่อโดยตรงเข้า รพ.ขอนแก่น ๔. มหาสารคาม การสร้างทีมงานและจัดให้มีระบบการคัดกรองร่วมกันระหว่าง OPD-ER เพื่อจัดบริการ Triage level ๔,๕ ๕. ร้อยเอ็ด การวางแผนและนำสู่ปฏิบัติทั้งระบบ สถานที่ และกำลังคน เพื่อยกระดับ ER เป็น excellence center
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. นครราชสีมา นวัตกรรม Telemedicine – Ambulance Operation Center (AOC) เต็มพื้นที่ครบทั้ง ๓๒ อำเภอ ๒. บุรีรัมย์ มีระบบ Consultation ที่ดี Lean ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยช่วยลดระยะเวลาผู้ป่วยในห้องฉุกเฉินได้ ๓. สุรินทร์ ระบบบัตรคิวแยกประเภทผู้ป่วยที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน Triage ๑-๓ เข้า ER ได้เลย ๔. ชัยภูมิ เป็นจังหวัดนำร่องพัฒนาระบบการส่งต่อ – ส่งกลับ (R๙ Refer) ทดแทน Thai Refer ในเขตสุขภาพที่ ๙ นครชัยบุรินทร์ (รพ.ชัยภูมิ ร่วมกับ รพ. ภูเขียว)
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๐</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ทุกจังหวัดสามารถตรวจ OPD นอกเวลาได้ /SMC, PCC เมือง ๒. จังหวัดอุบลราชธานีมี Telemedicine ๓. จังหวัดศรีสะเกษ และ อ.นาจ มี Moph ED Triage ๔. มี Fast track > ๔ กลุ่ม และ Pass Fast system
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๑</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มีระบบ Investigation ที่เข้าถึงง่าย ทั้งที่ รพ.สุราษฎร์ธานี และ รพ.วชิระภูเก็ต ๒. จ.สุราษฎร์ธานี รพช. ส่วนใหญ่มีการพัฒนา ECS คุณภาพ ท าให้มีระบบการดูแลรักษาเบื้องต้นเป็นอย่างดี ๓. จ.ภูเก็ต มีการพัฒนาระบบ AOC ได้ครอบคลุมทั้งจังหวัด ท าให้การส่งต่อมีประสิทธิภาพ
<p>เขตสุขภาพที่ ๑๒</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. มีเครื่อง CT Scan ครอบคลุมทุกจังหวัดในเขต ๒. เปิดบริการคลินิกนอกเวลาครอบคลุมทุกจังหวัดเพื่อลดการแออัด ๓. มีการแยก จัดโซนประเภทของผู้ป่วยและข้อบ่งชี้การ Admit ผู้รับบริการอย่างชัดเจน (แดง ชมพู เหลือง)

๖. ข้อเสนอแนะของผู้นิเทศ

<p>เขตสุขภาพที่ ๓</p>	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนเครือข่าย PCU, รพ.สต. ให้รองรับ บริการผู้ป่วยนอกเวลาให้มากขึ้น - ควรประชาสัมพันธ์และให้ความรู้อย่างจริงจังกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ที่เจ็บป่วยเล็กน้อยเข้ารับบริการในเวลาทำการ - ควรมีการจัดพื้นที่สำหรับทำหัตถการเล็กน้อย แยกออกจากระบบของ ER <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร่วมประชาสัมพันธ์ในระดับประเทศให้ผู้ป่วยรุนแรงระดับ ๔ และ ๕ มาใช้บริการ โรงพยาบาล ในเวลาราชการ
<p>เขตสุขภาพที่ ๕</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. กาญจนบุรี วิเคราะห์สถานการณ์ ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด ๒. ราชบุรีและสมุทรสาคร ทบพวกรณณ์ผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดไม่ได้ภายใน ๖๐ นาที เพื่อหาแนวทางแก้ไข ๓. นครปฐมและเพชรบุรี การประเมินเกณฑ์ ER คุณภาพ ผ่านเกณฑ์ ๕ แห่ง ใน ๘ แห่ง ควรเพิ่มมาตรการและแนวทางระดับ จังหวัดในการพัฒนา เพื่อให้ได้ ER คุณภาพ ผู้ป่วยประเภท ๔ และ ๕ ในห้องฉุกเฉิน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีการพิจารณาในการเปิดขยายเวลา OPD นอกเวลาคู่ขนาน ผู้ป่วย admit ส่วนหนึ่งรอคอยในห้องฉุกเฉินเกิน ๒ ชั่วโมง ควรวางแนวทางบริหารจัดการผู้ป่วยที่ต้อง admit ๔. ประจวบคีรีขันธ์ วิเคราะห์สถานการณ์ ของการผ่าตัดที่ไม่เป็นไปตามเวลาที่กำหนด และหามาตรการแก้ไข ๕. สมุทรสงคราม ผู้ป่วย trauma level ๑ เข้าห้องผ่าตัดภายใน ๖๐ นาทีที่ยังทำได้น้อย เนื่องจากแพทย์ประจำห้องฉุกเฉินไม่ใช่แพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมหรือเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จากกรณีวิเคราะห์ปัญหา นำมาวางแนวทางในการแก้ไข โดยการสนับสนุนจากผู้บริหาร เช่น ระบบการปรึกษาที่ห้องฉุกเฉิน ๖. สุพรรณบุรี ทบพวกรณณ์ผู้ป่วย trauma Triage level ๑ เข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที น้อยเพื่อหาแนวทางแก้ปัญหา เช่นระบบปรึกษา, ระบบตรวจวินิจฉัย, การบริหารจัดการห้องผ่าตัด
<p>เขตสุขภาพที่ ๖</p>	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. พัฒนาโครงการ sky doctor มีการติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหาการดำเนินงาน ของทีมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดข้อจำกัดในการส่งต่อผู้ป่วยให้มากขึ้นทั้งในด้านเวลาและสถานที่ ๒. เน้นระบบ การ Prevention ด้วย แอปพลิเคชัน ดาต้า คือ โครงการพัฒนารายงานจุดเกิดอุบัติเหตุบ่อย รวมถึงจุดที่มีผู้เสียชีวิต เพื่อช่วยเตือนผู้ที่สัญจรให้ระวังเส้นทางที่เสี่ยง โดยแพลนข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้งานร่วมกับ Google street view ให้ผู้ใช้งานระมัดระวังเส้นทางจราจร โดยได้เริ่มทำโครงการนำร่องในเขตเส้นทาง กรุงเทพ-ชลบุรี และแพลนขยายให้ครอบคลุมให้ทั่วในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและระดับประเทศต่อไป

<p>เขตสุขภาพที่ ๗</p>	<p>สำหรับพื้นที่ :</p> <p>(๑) กำหนดมาตรการจัดบริการ Triage level ๔, ๕ ร่วมกันระหว่าง OPD ER PCC</p> <p>(๒) ทบทวนและวางแผนการเข้าถึงบริการ ER: Trauma + Non trauma เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อโอกาสรอดชีวิตผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) มากขึ้น</p> <p>(๓) ทบทวนและเพิ่มความเข้มแข็งการจัดการเชิงระบบตามมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ รพ. (ECS คุณภาพ) รพ.ระดับ F ๒ ขึ้นไปในระดับเขต</p> <p>สำหรับส่วนกลาง :</p> <p>(๑) กำหนด Career Path Nurse Coordinator TEA Unit ให้ชัดเจน</p> <p>(๒) จัดทำแผน ER ระดับเขต: ผลักดันการดำเนินงานประเมิน ECS คุณภาพ เป็นนโยบายของจังหวัดและเขตสุขภาพ เพื่อหาจุดบกพร่องหรือโอกาสพัฒนาให้เหมาะสมตามบริบทแต่ละ รพ.</p> <p>(๓) วางแผนพัฒนาระดับ รพท. ระดับ S เป็น Trauma Center Level ๒ เพื่อตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วย Trauma</p> <p>(๔) เพิ่มความครอบคลุมของหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เพื่อการเข้าถึงบริการของประชากร ร่วมขับเคลื่อน D-RTI และ RTI Team กับเครือข่ายสหวิชาชีพเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ/ อัตรการตายทางถนน</p> <p>(๕) พัฒนาศักยภาพห้องฉุกเฉิน รพช. ทุกระดับด้วย ER service delivery</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๘</p>	<p>สำหรับพื้นที่ : พัฒนารฐานข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงให้เป็นฐานข้อมูลเดียวกัน เพื่อนำไปวางแผนในการแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้อง</p> <p>สำหรับส่วนกลาง : สนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อรองรับการพัฒนาความครอบคลุมของการบริการในด้านต่าง ๆ ของห้องฉุกเฉิน</p>
<p>เขตสุขภาพที่ ๙</p>	<p><u>นครราชสีมา</u></p> <p>๑. ทบทวนข้อมูลtrauma level ๑ เข้า OR ใน ๖๐ นาที (๒.๖๑%)</p> <p>๒. ควรมีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยที่รอadmit ใน ER >๒ ชม. และนำมาพัฒนาระบบร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้องพื้นที่แยกโรคที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ควรต่อท่อระบายอากาศที่เหมาะสม</p> <p><u>บุรีรัมย์</u></p> <p>ควรมีการสนับสนุน วัสดุ ครุภัณฑ์ สำหรับ TEA Unit ให้มีความพร้อมในการใช้งาน</p> <p><u>สุรินทร์</u></p> <p>๑. ควรพัฒนาระบบเพื่อลดจำนวนผู้เจ็บป่วยไม่ฉุกเฉิน (Level ๔, ๕) ใน ER ลง (กำลังดำเนินการอย่างต่อเนื่อง)</p> <p>๒. ควรจัดให้มี Decontamination zone ที่เหมาะสม</p> <p>๓. พื้นที่แยกโรคที่ติดต่อผ่านทางเดินหายใจ ควรต่อท่อระบาย อากาศที่เหมาะสม</p> <p>๔. ควรมีการเน้นย้ำหลัก Universal precaution เพิ่มเติม</p> <p>๕. ควรเพิ่มจำนวน EN/ENP (กำลังดำเนินการ)</p> <p>๖. Tele-Consultation / Clinic / AOC</p>

	<p>ชัยภูมิ</p> <ol style="list-style-type: none">๑. เปิดรับ paramedic เพื่อสนับสนุนการให้บริการ Pre-Hospital care๒. ER target time ไม่เกิน ๒ ชม. ควรลดขั้นตอน กระบวนการ Consultation๓. ควรให้การสนับสนุนหน่วย TEA unit ในเรื่องสถานที่ และบุคลากรสนับสนุนเพิ่มเติม
--	---