**สรุปผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565**

**อำเภอ แม่เมาะ**

**ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**

**1.ประเด็น** : **พัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม SERVICE PLAN คปสอ.แม่เมาะ**

**2.เป้าประสงค์ :** จัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน ครอบคลุม ประชนชนสามารถเข้าถึงบริการได้

**3.ตัวชี้วัด ระดับกระทรวงและจังหวัดลำปาง**

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดหลักและตัวชี้วัดรอง | หน่วยนับ |
| 1. ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด

(Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ 2. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ( STEMI ) 3. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ( STROKE ) 3.1 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Hemorrhage STROKE  3.2 อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Ischemic STROKE4.จำนวนผู้ป่วย Sepsis /Septic Shock ที่เสียชีวิต 5.จำนวนผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ได้รับยา Antibiotic ใน 1 ชั่วโมง  หลัง Triage ER 6.อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน( Severe head injury)ในรพ. ระดับ F2 ขึ้นไปน้อยกว่าร้อยละ 12 | ร้อยละ <ร้อยละ 8 < ร้อยละ 7 < ร้อยละ 25 < ร้อยละ 5 ไม่เกินร้อยละ 15 > ร้อยละ 95 < ร้อยละ 12 |

**4.กลยุทธ์ :**

**กิจกรรมที่ 1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม Service plan โรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง**

**1**.กิจกรรมการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ การรณรงค์คืนข้อมูลสถานการณ์โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองให้แก่ชุมชนในพื้นที่และระบบบริการ Fast trackโดยให้ผู้นำชุมชนประกาศเสียงตามสายเน้น 1669 ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองและระบบส่งต่อให้ อฉช,อปพร

รณรงค์และประชาสัมพันธ์ความรู้โรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง

2. คัดกรองปัจจัยเสี่ยงและให้การรักษาปัจจัยเสี่ยงประเมิน CVD risk กลุ่มผู้ป่วย DM,HT

2.1 แนะนำญาติในการสังเกตุอาการผิดปกติให้นำส่งรพ.เน้นอาการเร่งด่วนที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล

2.2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงมาก สูงอันตราย กลุ่มสูบบุหรี่

2.3 อบรมอสม. ในเรื่องโรคหลอดเลือดหัวใจและและโรคหลอดเลือดสมองการสังเกตอาการผิดปกติเน้นอาการ เร่งด่วนที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล

2.4 ส่งบัญชีรายชื่อให้ รพสต.เพื่อติดตามและเฝ้าระวัง คืนข้อมูลพื้นที่

2.5 การประสานความร่วมมือของอปท.ภาคีเครือข่ายในชุมชน

3. พัฒนาการเข้าถึงบริการ MI,Stroke

4. ทบทวน CPG ในการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง แนวทางการให้ยา Enoxaparin

5.ระบบบริการ Warfarin clinic

6 .การควบคุมกำกับ

**กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม Service plan โรคติดเชื้อในกระแสเลือด**

1. พัฒนาการคัดแยกที่ถูกต้อง รวดเร็วโดยใช้ NEWS Score
2. วางระบบ Sepsis Fast tract ในจุดที่เกี่ยวข้อง OPD , ER ,Ward
3. กำหนดให้มีระบบ Lab Fast Tract (เจาะ CBC ติดสติกเกอร์ ด่วน sepsis )โดยให้มีการรายงานผลCBC อย่างเร่งด่วนโดยใช้เวลาเฉลี่ยน้อยกว่า 20 นาที
4. กำหนดแนวทางการเจาะ Blood lactate
	1. SOS score ≥ 4 เจาะ Blood lactate ทันที
	2. SOS score < 4 ให้รอผล CBC ด่วน sepsis เพื่อรายงานแพทย์พิจารณาเจาะ Blood Lactate
5. เพิ่มบัญชียา Antibiotic เพื่อใช้ในผู้ป่วย Hx.แพ้ ceftriaxoneโดยใช้ Ciprofloxacin เข้ากรอบบัญชียารพ.แม่เมาะ
6. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วย Guideline for refer sepsis
7. พัฒนาบุคลากร โครงการ การประชุม Update ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย Sepsis ร่วมกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย
8. Conference case Sepsis ร่วมกันปีละอย่างน้อย 2 เคส ร่วมกับ รพ.แม่ข่าย
9. การควบคุมกำกับ กิจกรรมติดตามและดูแลการดำเนินงาน ติดตามตัวชี้วัด เดือนละ 1 ครั้ง

**กิจกรรมที่ 3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม SERVICE PLAN Trauma**

1. การจัดการความรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินแก่สถานศึกษา และประชาชนทั่วไปผ่านเครือข่ายภาคประชาชน
2. การเตรียมความพร้อมบุคลากร
	1. พัฒนาและขยายเครือข่ายโดยอบรมผู้ปฏิบัติการหลักสูตร EMR จำนวน 2 รุ่น
	2. อบรมหลักสูตรการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและการใช้ AED ให้กับผู้ปฏิบัติการ EMT-B จำนวน 2 รุ่น
	3. อบรมเชิงปฏิบัติการ ACLS หลักสูตร Provider จำนวน 1 รุ่น
	4. อบรมเชิงปฏิบัติการ PHTLS จำนวน 2 รุ่น
3. โครงการพัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ One ER ONE Province
	1. พัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยหมุนเวียนมาฝึกปฏิบัติงานที่ รพ.ลำปาง จำนวน 2 รุ่น รุ่นละ 1 คน
4. การควบคุมกำกับ กิจกรรมติดตามและดูแลการดำเนินงาน ติดตามตัวชี้วัด เดือนละ 1 ครั้ง

**5.ผลการดำเนินงาน**

**รหัสโครงการ** 020201 **ชื่อโครงการ** พัฒนาระบบบริการสุขภาพตาม Service Plan คปสอ.แม่เมาะ

5.1 เชิงปริมาณ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด | ปีงบประมาณ 2563 | ปีงบประมาณ 2564 | ปีงบประมาณ 2565 ( 6 เดือน ) |
| เป้า | ผลงาน | เป้า | ผลงาน | เป้า | ผลงาน |
| 1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ | ไม่เกิน10 ต่อแสนประชากร | 0 | ไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร | 0 | ไม่เกิน 10 ต่อแสนประชากร | 0 |
| 2.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | < ร้อยละ 5 | 0 | < ร้อยละ 5 | 0 | < ร้อยละ 5 | 0( เสียชีวิต ICH 12 ราย ) |
| 3.ร้อยละผู้ป่วย Sepsis/Septic shock ได้รับยา Antibioticใน 1 ชั่วโมงหลัง Triage ER | > 95 % |  68.93 | > 95 % | 89.06 | > 95 % | 92.50 |
| 4.อัตราการเสียชีวิตผู้เจ็บป่วยวิกฤติฉุกเฉิน( Severe head injury) | < 12 % | 20.02 | < 12 % | 20.22 | < 12 % | 30.46 |

5.2 เชิงคุณภาพ

 อุบัติเหตุจราจร ปี 2565 ( ต.ค64-ก.ค65) พบจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร จำนวน 519 รายเสียชีวิต จำนวน 10 ครั้ง จำนวน 12 ราย เสียชีวิตที่เกิดเหตุทั้งหมดจำนวน 12 ราย สาเหตุจาก การเฉี่ยวชนจำนวน 5 ครั้ง พลิกคว่ำ จำนวน 5 ราย แยกตามพาหนะ เกิดจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 86.32 รถ Pick up ร้อยละ 3.28 มีการใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 33.95 สวมอุปกรณ์นิรภัย ร้อยละ 25.55

 ผู้ป่วยsepsis 97 ราย และseptic shock 23 ราย ได้รับยา ABO ใน 1 ชม.หลังคัดแยก จำนวน111 รายคิดเป็นร้อยละ 92.50 (เป้าหมาย ร้อยละ 95 ) ให้ยา ABO ล่าช้าเกิน 1 ชม. หลังการคัดแยก จำนวน 9 ราย ปัญหาที่พบ เกิดจาก การเข้าถึงบริการล่าช้า 1 ราย,มี Case ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 6 ราย,ไม่เข้าเกณฑ์ SOS 1 ราย รับ Lab ล่าช้า 4 ราย ประเมิน MEWS ผิดพลาด(ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด) จำนวน 2 ราย อัตราการเสียชีวิตลดลง มีจำนวน 6 รายคิดเป็นร้อยละ 5 เป็น Dead ที่รพ.ลำปาง 6 รายสาเหตุจากการเข้าถึงล่าช้า

 ผู้ป่วย STEMI จำนวน 9 ราย Door to EKG ใน 10 นาที ร้อยละ100 ,Door to drug ภายใน 10 นาที

 ร้อยละ 0สาเหตุ , Door to refer ภายใน 30 นาที ร้อยละ 0 สาเหตุ รอ Consult แพทย์เฉพาะทางก่อนการรักษา

 ผู้ป่วย Stroke ทั้งหมด 108 ราย มารพ.ภายใน 3 ชั่วโมง จำนวน 48 ราย มาภายใน 4.5 ชั่วโมง จำนวน 57 ราย fast tract 19 ราย Door to refer ภายใน 30 นาที 16 รายคิดเป็นร้อยละ 84.21,อาการไม่คงที่ร่วมกับมีภาวะแทรกซ้อน ต้องได้รับการรักษาก่อนส่งต่อ จำนวน 3 ราย ,Exclude =42 ราย , มาช้า = 41 ราย ,ได้รับการส่งต่อมาทำกายภาพ 41 ราย เสียชีวิต ด้วย ICH จำนวน 12 ราย

**6.ปัญหาและแนวทางการพัฒนา**

|  |  |
| --- | --- |
| **ปัญหา** | **แนวทางการพัฒนา** |
| จากสถานการณ์โควิด-19 การดำเนินงานล่าช้าหรือเลื่อนออกไป เช่น การจัดประชุม/อบรม  | การดำเนินงานมีการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานตาม New Normal เช่น ประชุมโดยใช้ระบบZoom Conference |
| -อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนเกินเป้าหมายSepsis/Septic shock-การให้ยาปฏิชีวนะล่าช้าเกิน 1 ชั่วโมง ปัญหาความผิดพลาด ณ จุดคัดกรอง,การใช้เครื่องมือคัดกรอง SOS,การดูแลผู้ป่วยภายในห้องฉุกเฉิน,การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติSTEMI/STROKE-การเข้าถึงล่าช้า -การคัดกรองผิดพลาด-การซักประวัติและการประเมินไม่ครอบคลุม-การ Consult แพทย์ใช้เวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องรักษาให้อาการคงที่ก่อนการส่งต่อ | -ประสานกับภาคีเครือข่าย ในมาตรการการบังคับกฎหมายเพื่อควบคุมวินัยในการขับขี่ปลอดภัย-การปรับปรุงทางด้านวิศกรรมถนน มีการปรับปรุงพื้นผิวจราจร เนื่องจากมีการชำรุดหลายจุดซึ่งอยู่ในระหว่างการดำเนินการ- ปรับปรุงแนวทางการใช้ SOS score เป็น NEW Score เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ตั้งแต่ Triage จนถึงการดูแลในภาวะวิกฤติเริ่มใช้ทดลองใช้พ.ค 65 อบรมหลังประเมินการใช้งาน เดือน มิ.ย 65หลังใช้พบการประเมินผิดพลาด จำนวน 2 ราย-การคืนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบ หน่วยงานต่างๆ ทั้งท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่รพศต. เพื่อเป็นการเฝ้าระวังอาการและการเข้าถึงระบบ 1669 รวมทั้งการทำ Mapping เพื่อเข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ Care giver-การพัฒนาศักยภาพ บุคลากร การ Triage ,EKG,แนวทางการดูแลและการส่งต่ออบรมเมื่อ มิ.ย 65 |

ผู้รับผิดชอบ นางนุจรี ร่มโพธิ์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

กลุ่มงาน อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล

โทรศัพท์ 054-266032 ต่อ 232

E-mail er\_mmh@hotmail.com

วัน/เดือน/ปี 8 สิงหาคม 256**5**