

Service Profile PCT ศัลยกรรม

วันที่ สรุบบแบบประเมินตนเองวันที่ 31 พฤษภาคม 2558

ส่วนที่ 1

1. บริบท (Context) ลักษณะของทีมนำทางคลินิก ประกอบด้วย

1. หน้าที่หลักและเป้าหมายที่สำคัญ

PCT ศัลยกรรม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ให้บริการผู้ป่วยทางด้านศัลยกรรม ทั้งผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและโรคทั่วไป ตามศักยภาพโรงพยาบาลตติยภูมิระดับ ผู้รับบริการส่วนใหญ่ เป็นประชาชนในเขตอำเภอเมือง และเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน เช่น รพ.สรรพยา รพ.สรรคบุรี รพ.หันคา รพ.วัดสิงห์ รพ.มโนรมย์ รพ.หนองมะโมงและโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียง เช่น โรงพยาบาลตากสิน จ.นครสวรรค์ โดยมีผู้รับบริการทั้งสัญชาติไทยและ แรงงานต่างด้าว (พม่า เขมร ลาว) โดยทีมบริการมีเป้าหมายคือให้การดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ แบบองค์รวมด้านศัลยกรรมที่ได้มาตรฐาน มีคุณภาพ (ปลอดภัย ได้ผล ภาวะแทรกซ้อนน้อย) ผู้รับบริการพึงพอใจ บุคลากรมีความสุขดี มีความสุขในการปฏิบัติงาน

2. ขอบเขตการให้บริการ กลุ่มโรค / กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ศักยภาพ และข้อจำกัดบริการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่แรกรับจนถึงจำหน่าย โดยแบ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายบริการดังต่อไปนี้

1. บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไปทางด้านวินิจฉัยผ่าตัด รักษาพยาบาล และดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด รวมทั้งเฝ้าติดตามหลังการผ่าตัดรักษา
2. บริการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ ทางด้านวินิจฉัยผ่าตัด รักษาพยาบาล และดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด ตลอดจนรับผู้ป่วยไว้ดูแลเพื่อสังเกตอาการจากอุบัติเหตุ
3. บริการดูแลผู้ป่วยระบบทางเดินปัสสาวะ ทางด้านวินิจฉัยผ่าตัด รักษาพยาบาลและ ดูแลผู้ป่วยหลังการผ่าตัด รวมทั้งเฝ้าติดตามหลังการผ่าตัดรักษา
4. บริการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมองโดยส่งต่อผู้ป่วยไปสู่วิทยาศาสตร์ที่มีศักยภาพทางด้านสมองรวมทั้ง เฝ้าสังเกตอาการผู้ป่วยทางสมองที่ไม่จำเป็นต้องผ่าตัดและรับดูแลต่อเนื่องหลังการผ่าตัดทางด้านสมอง

สถิติผู้ป่วยนอก

กิจกรรม	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1. ศัลยกรรมทั่วไป(รวมศัลยกรรมประสาท) (ราย/ครั้ง)	31,699/35,376	29,384/32,004	29,555/32,877	14404/16525
2. ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ(ราย/ครั้ง)	NA	3,822/4,213	4,635/5,197	2,742 /3,101

สถิติผู้ป่วยใน

กิจกรรม	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1. ศัลยกรรมทั่วไป (ราย)	2,257	2,485	2,359	1,164
2. ศัลยกรรมประสาท (ราย)	479	583	646	388
3. ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ(ราย)	NA	302	276	177

อันดับโรค

ผู้ป่วยนอก

อันดับ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1	Hyperplasia of prostate	Hyperplasia of prostate	Hyperplasia of prostate
2	Malignantneoplasm of breast	Malignant neoplasm of breast	Malignant neoplasm of breast
3	Unspecified lump In breast	Calculus of kidney and ureter	Malignant neoplasm of rectum
4	Calculus of kidne and ureter	Unspecified lump In breast	Unspecified lump In breast
5	Dyspepsia	Malignant neoplasm of rectum	Calculus of kidney and ureter

ผู้ป่วยใน

อันดับ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1	Intracranial injury	Intracranial injury	Intracranial injury
2	Acute Appendicitis	Acute Appendicitis	Acute Appendicitis
3	Inguinal hernia	Inguinal hernia	Inguinal hernia
4	Cellulitis	Intracerebral hemorrhage	Cholelithiasis
5	Hyperplasia of prostate	AC cholecystitis	Malignant neoplasm Colon &Rectum

อันดับการเสียชีวิต

อันดับ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค.-มิ.ย.)
1	Intracerebral hemorrhage	Intracerebral hemorrhage	Intracerebral hemorrhage
2	Intracranial injury	Malignant neoplasm Colon& Rectum	Intracranial injury
3	Malignant neoplasm Colon & Rectum	Acute GU with hemorrhage	Intrahepatic bile duct carcinoma
4	Necrotizing Fascitis	Intrahepatic bile duct carcinoma	Acute GU hemorrhageและ Intestinal obstruction
5	Ducubitus Ulcer and Pressure sore	Intestinal obstruction	-

สถิติการผ่าตัด

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค. – มิ.ย.)
1.	งานผ่าตัดใหญ่ทางศัลยกรรม	2,832	2,759	2,571	1,291
2.	งานผ่าตัดเล็ก	1,139	1,451	1,548	1,020
3.	สถิติส่งชิ้นเนื้อ	1,690	1,992	1,927	1,048

อันดับการผ่าตัดทางศัลยกรรม

การผ่าตัดใหญ่

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค. – มิ.ย.)
1.	APPENDECTOMY	264	288	277	119
2.	EXPLOR LAP	123	160	267	79
3.	HERNIORRHAPHY & HERNIOTOMY	116	191	189	117
4.	AMPUTATION TOE,TRAN MT	49	40	42	14
5.	CHOLECYSTECTOMY/LC	42/46	56/88	28/55	35/39
6.	MRM+ MASTECTOMY	41	40	35	21
7.	HEMORRHOIDECTOMY WITH BARONG'GUN LIGATION	29	35	51	31
8.	SCRUB BURN	48	39	42	9
9.	SIMPLE SUTURE WITH OMENTAL GRAFT	35	36	44	15
10.	CIRCUMCISION	28	13	47	79
11.	TURP&TUR(B)T&TUI	11	110	20	49

การผ่าตัดเล็ก

ลำดับ	กิจกรรม	ปี 2555	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558 (ต.ค. – มิ.ย.)
1.	DEBRIDEMENT, Vacuum dressing	412	353/95	353/95	158/48
2.	EXCISION	189	305	272/78	89/36
3.	I&D,MULTIPLE I&D	203	238	170	53

4.	SUTURE LACERATION WOUND	53	59	59	24
5.	PRIMARY,SECONDARY SUTURE	58	79	104	38

3. ผู้รับผลงานและความต้องการที่สำคัญ (จำแนกตามกลุ่มผู้รับผลงาน)

ความต้องการของผู้รับมอบผลงาน

ผู้รับมอบผลงาน	ความต้องการที่สำคัญ
1. ผู้รับมอบผลงานภายในที่สำคัญ(ระบุเป็นกลุ่ม) 1.1 PCT อื่นๆ/หน่วยงานสนับสนุนการรักษา 1.2 ผู้ให้บริการ	1. การปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติของแต่ละ PCT 2. การประสานงานที่ดี การส่งต่อข้อมูลที่ต้องชัดเจน ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา - ต้องการให้หน่วยงานมีการบริการอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการพึงพอใจ ไม่มีข้อร้องเรียน ให้เจ้าหน้าที่มีความสามัคคี และได้รับค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับภาระงาน
2. ผู้รับมอบผลงานภายนอกที่สำคัญ(ระบุเป็นกลุ่ม) 2.1 ผู้รับบริการ(ผู้ป่วย/ญาติ) 2.2 ประชาชน/หน่วยราชการ/องค์กรภายนอก ร.พ.	1.ต้องการความรวดเร็ว/ปลอดภัยจากการรักษาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการพิทักษ์ตามสิทธิ 2.ต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษา 1.ต้องการความรวดเร็ว/ปลอดภัยจากการรักษาไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการพิทักษ์ตามสิทธิ 2.ต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษา

ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ

ให้บริการด้วยกระบวนการในการดูแลรักษา สร้างเสริมสุขภาพ แบบองค์รวมด้านศัลยกรรมที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ ผู้รับบริการพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีสุขภาพดี มีความสุขในการทำงาน

4. ความท้าทาย ความเสี่ยงสำคัญจุดเน้นในการพัฒนาของทีมนำทางคลินิก

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Thoraco – Abdominal injury ให้ได้ตามมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Renal colic – Ureteric calculi
4. การเกิดแผลกดทับรายใหม่
5. แผลสะออดติดเชื้อ
6. ความปลอดภัยด้าน: การผ่าตัด,ยา ,การให้เลือด , การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน

ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย TAI ให้ได้มาตรฐาน 1.1 ได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง/ล่าช้า 1.2 เสียชีวิต	- การวินิจฉัยที่ถูกต้องและรวดเร็ว	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	- อัตราการทำ FAST - อัตราการส่งต่อข้อมูล - อัตราการผ่าตัดทันเวลา - อัตราการเสียชีวิต - อัตราการขอใช้เตียง ICU ได้
2. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง	เพิ่มศักยภาพในการรักษา ทั้งด้านการผ่าตัดและการให้ยาเคมีบำบัด	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน	- อัตราการส่งต่อผู้ป่วย - อัตราผู้ป่วยได้รับยาเคมีหลังการผ่าตัด - ระยะเวลารอคอยการรักษา - คุณภาพชีวิต
ความเสี่ยง / ความท้าทายที่สำคัญ	จุดเน้นในการพัฒนางาน	เป้าหมาย / วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดที่สำคัญ
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Renalcolic-Ureteric calculi	เพิ่มศักยภาพในการรักษา	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐานและลดการส่งต่อ	- อัตราการวินิจฉัยและรักษาที่ไม่เหมาะสม - อัตราการส่งต่อ
4. การเกิดแผลกดทับรายใหม่	ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการเกิดแผลกดทับ	ไม่เกิดแผลกดทับรายใหม่	อัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่ ระดับ 2-4
5. แผลสะเก็ดติดเชื้อ	กระบวนการดูแลแผลผ่าตัด สะอาดมีประสิทธิภาพ	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผลผ่าตัดสะอาด	- อัตราแผลสะเก็ดติดเชื้อ
6. ความปลอดภัยด้าน 6.1 การผ่าตัด 6.2 ยา 6.3 การให้เลือด 6.4 การตอบสนองต่อภาวะฉุกเฉิน	ปฏิบัติตามนโยบายด้านความปลอดภัยของโรงพยาบาล	เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	- อัตราการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดคน / ผิดตำแหน่ง - อัตราการเกิดอาการคลื่นไส้ของยา HAD จากการบริหารยาระดับ E ขึ้นไป - จำนวนการให้เลือดผิดคน/ผิดหมู่ - อัตรา Unplan ICU ของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด - อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัด ภายใน 48 ชม.

5. ปริมาณงาน

ด้านบุคลากร

บุคลากร (คน)	ปี 2555 (คน)	ปี 2556 (คน)	ปี 2557 (คน)	ปี 2558 (คน)	ศักยภาพ/ความเชี่ยวชาญเฉพาะ	ข้อจำกัด
1. แพทย์	4	6	5	5	- ศัลยกรรมทั่วไป - ศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ	เรียนต่อ/ย้าย 1 คน 1 มิ.ย. 58

2. พยาบาลวิชาชีพ 2.1 หอผู้ป่วยสามัญ (2 หอ)	26	25	25	25	- การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยมะเร็ง - การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลและรูเปิดทางหน้าท้อง(ET nurse) - การพยาบาลเฉพาะทางผู้ป่วยประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ - ผู้ป่วยส่องกล้อง - ศัลยกรรมทั่วไป	ศึกษาต่อ ปี 25581 คน
2.2 ห้องผ่าตัด	21	22	21	20		ศึกษาต่อ ปี2558
2.3 วิสัญญี	13	11	11	12		1 คน
3. ลูกจ้างชั่วคราว	11	13	13	12		ลาออก
4. ลูกจ้างประจำ	4	4	4	4		มีปัญหาสุขภาพ/อายุมาก

เครื่องมือ /เทคโนโลยี

เครื่องมือ /เทคโนโลยี	จำนวน	ศักยภาพ	ข้อจำกัด
1. เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจ(Defibillator)	3	ใช้งานได้ดี	ใช้ร่วมกัน ศัลยกรรมหัตถ์ 1-4 หน่วยให้เคมีบำบัด
2. เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG)	1	ใช้งานได้ดี	ใช้ร่วมกัน ศัลยกรรมหัตถ์ 1-4
3. เครื่องควบคุมการให้สารละลาย	9	ใช้งานได้	บางเครื่องอายุงานมากกว่า 5 ปี อุปกรณ์ชำรุด ต้องเปลี่ยนใหม่ ใช้ร่วมกัน ศัลยกรรมหัตถ์ 1-4 หน่วยให้เคมีบำบัด
4. ตู้เตรียมยาเคมีบำบัด	1	ใช้งานได้ดี	ใช้เฉพาะหน่วยให้ยาเคมีบำบัด
5. เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพ	5	ใช้งานได้ดี	มีไม่เพียงพอให้บริการผู้ป่วย
6. อุปกรณ์การผ่าตัดนิวเบบกล้องส่อง(LC)	1	ใช้งานได้ดี	ต้องใช้ร่วมกับการผ่าตัดร่วมกับแผนกอื่นด้วยและใช้ผ่าตัดได้วันละ 1 ราย
7. เครื่องส่องกระเพาะอาหารและลำไส้(EGD)	1	ใช้งานได้ดี	ไม่มีสำรองกรณีชำรุด/เสีย
8. กล้องส่องลำไส้ (Colonoscope)	1	ใช้งานได้ดี	ไม่มีสำรองกรณีชำรุด/เสีย
9. กล้องส่องกระเพาะอาหาร(Gastroscope)	1	ใช้งานได้ดี	ไม่มีสำรองกรณีชำรุด/เสีย
10.เครื่องTURP	1	ใช้งานได้ดี	ไม่มีสำรองกรณีชำรุด/เสีย
11.กล้องสลายนิ่วที่ท่อไต	1	ใช้งานได้ดี	ไม่มีสำรองกรณีชำรุด/เสีย

ข. ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ (ที่เกี่ยวข้องกับบริบทของหน่วยงาน) ครอบคลุมด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพเจ้าหน้าที่

- ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายของโรงพยาบาล เช่น กีฬาสีของ รพ.กีฬา สาธารณสุขในจังหวัด เต้นแอโรบิก โยคะ ปั่นจักรยาน เดิน-วิ่ง

2) ตรวจสุขภาพประจำปี

- 3) ตรวจคัดกรองโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มเติมโดยการตรวจ Mammogram
 - 4) เข้าร่วมโครงการปรับพฤติกรรมสัปดาห์ชีวิตสดใส ในเจ้าหน้าที่ที่มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน
 - 5) ส่งเสริมการเดินกรณีขึ้น –ลงชั้นเดียวใช้บันได โดยการติดป้ายเชิญชวน
2. การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย/ผู้รับบริการ
- 1) ผู้ป่วยหลังการผ่าตัดเต้านมมีการสอนให้บริหารแขนและข้อไหล่เพื่อป้องกันแขนและข้อไหล่ติด
 - 2) จัดทำนวัตกรรมในการบริหารแขนและข้อไหล่
 - 3) ส่งเสริมการเดินกรณีขึ้น –ลงชั้นเดียวใช้บันได
 - 4) จัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับอาหาร การออกกำลังกายโรคต่างๆ
3. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
- 1) จัดกิจกรรมณรงค์ให้ความรู้และคัดกรองโรคมะเร็ง เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ มะเร็งปากมดลูก
 - 2) การออกกำลังกายโดยการปั่นจักรยาน เดินแอโรบิค

2. กระบวนการหลักที่สำคัญ (Key Processes)

กระบวนการสำคัญ (Key Process)	ความเสี่ยง	ตัวชี้วัดสำคัญ (Performance Indicator)
1. การเข้าถึงบริการ - ประเมินเบื้องต้น /การระบุตัวผู้ป่วย/รับไว้ในหน่วยวิกฤต หอผู้ป่วยใน/พิเศษ/ส่งต่อ - การให้ข้อมูลการยินยอมการรักษา/หัตถการ	- ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับข้อมูล/รับไม่เพียงพอเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย แผนการรักษา - ให้การรักษาพยาบาลล่าช้า ไม่ทันท่วงที ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตหรือเกิดความพิการ - อุปกรณ์ไม่พร้อมใช้ หรือไม่เพียงพอ/เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญ และทักษะในการใช้อุปกรณ์ที่ไม่ได้ใช้ประจำ	- อัตราความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการ - อัตราการไม่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล/การฟ้องร้อง - อัตราการให้การรักษาพยาบาลผิดคน - จำนวนครั้งการยืมอุปกรณ์เนื่องจากไม่พอ/ชำรุด
2.การประเมินผู้ป่วย (ซักประวัติ ตรวจร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม,เศรษฐกิจ) - การวินิจฉัยโรค	- ผู้ป่วยได้รับการประเมินล่าช้า และประเมินไม่ครบถ้วน ผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานหรืออาจเสียชีวิตได้	- อัตราการวินิจฉัยโรคผิดพลาด - อัตราการเสียชีวิตโดยไม่สมควร/คาดหวัง
3. การวางแผน การดูแลรักษา โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	- ผู้ป่วยและญาติไม่ได้รับทราบข้อมูลทั่วไปที่จำเป็นอย่างครบถ้วน รวมทั้งไม่เข้าใจแนวทางการรักษา	- การบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน ที่มีคุณภาพ - อัตราความพึงพอใจของผู้เข้ารับบริการ
1. การดูแลผู้ป่วย - การดูแลต่อเนื่องและการวางแผนจำหน่าย	- ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือเกิดผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการให้การดูแลรักษา	- อัตราการเสียชีวิตโดยไม่คาดหวัง - การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากหัตถการ - จำนวนข้อร้องเรียน

	- ขาดความต่อเนื่องในการค้นหาปัญหา ความเสี่ยงสำคัญ	
2. การให้ข้อมูลเสริมพลัง	- ผู้ป่วยและญาติได้รับข้อมูลไม่ ครบถ้วน ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ/การดูแลผู้ป่วยได้	- อัตราการ Re – admit ด้วยโรคหรือ อาการเดิม
3. การดูแลต่อเนื่อง	- ผู้ป่วย/ญาติ ได้รับคำแนะนำและการ เตรียมตัวก่อนกลับบ้านไม่เพียงพอ - ขาดการประสานงานกับหน่วยงาน ในการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปรักษา ต่อเนื่องใกล้บ้าน - นัด F/U ผิดพลาด/ไม่มาตามนัด	- อัตราผู้ป่วยไม่มาตรวจตามนัด - อัตราการนัดผู้ป่วยไม่ถูกต้อง/

3. กิจกรรมทบทวนคุณภาพ (ที่สอดคล้องกับบริบท)

กิจกรรม ทบทวนคุณภาพ	ยกตัวอย่างเหตุการณ์/ เรื่องที่มีการทบทวนอย่าง เป็นรูปธรรม	ผลลัพธ์/ การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญที่เกิดขึ้น (เน้นเชิงระบบ)
1. ทบทวนเหตุการณ์สำคัญ ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยไม่คาดคิด	ผู้ป่วยหลังผ่าตัดไส้ติ่งเสียชีวิต สาเหตุของปัญหาเกิดจาก - ขาดการ monitor V /S + Oxygen sat หลังการผ่าตัด ขาดการประเมินแรกรับ / ประเมินต่อเนื่อง - ขาดการประเมินความเสี่ยงเนื่องจากอ้วน มาก นอนกรน มีหยุดหายใจเป็นพักๆ ขณะหลับ	- เน้นการปฏิบัติตามแนวทางการ ดูแลผู้ป่วยโดย - ทบทวนการใช้กระบวนการ พยาบาล / การประเมินต่อเนื่อง/ ทบทวน Guideline / การรายงาน แพทย์ / การสังเกตอาการผิดปกติ - สอนให้ความรู้
2. ทบทวนอุบัติการณ์ /ความเสี่ยง /คำร้องเรียน	- การให้เลือดผิดคน	- นิเทศ ติดตาม ไม่พบเหตุการณ์
3. ทบทวนการปฏิเสธการรักษา	- การไม่ยินยอมรักษาและไม่สมัครใจอยู่ โรงพยาบาล	- ปรับปรุงแนวการปฏิบัติในการขอ และให้เลือด : ไม่พบเหตุการณ์
4. การทบทวนการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	- การติดเชื้อแผลผ่าตัดสะอาด - การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะของผู้ป่วยที่ใส่สาย สวนปัสสาวะ - การวางสาย TK ในผู้ป่วย ESRD	- เน้นการสื่อสารการให้ข้อมูลเป็น ระยะ - เน้นการปฏิบัติตามแนวทางการ ป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล อย่างเคร่งครัด - นิเทศ ติดตาม ให้สม่ำเสมอ

4. ตัวชี้วัดและผลการดำเนินการที่สำคัญ¹ (Key Performance Indicator)

4.1 ตัวชี้วัดคุณภาพ

1.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้า (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558 (ตค - มิ.ย.)
1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Thoraco-Abdominal injury ให้ได้ตามมาตรฐาน	ผู้ป่วยได้รับการรักษา ตามมาตรฐาน	- อัตราการทำ FAST - อัตราการส่งต่อข้อมูล(D to D) - อัตราการส่งต่อข้อมูล(N to N) - อัตราการผ่าตัดทันเวลา(1/2 ชม.จากแพทย์setOR) - อัตราการเสียชีวิตที่ ER - อัตราการขอใช้เตียง ICUได้	100% 100% 100% 100% <2% 100%	96.1% 98.0% 100% 100% 2.35 % 98.50%	97.5% 100% 100% 100% 2.05 % 95.62%	100% 100% 100% 100% 1.95% 98.50%	100% 100% 100% 100% 1.85 % 100%
2. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วย มะเร็ง	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม มาตรฐาน	- อัตราการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาสถานพยาบาลอื่น - อัตราผู้ป่วยได้รับยาเคมีหลังการผ่าตัด - คุณภาพชีวิตที่ดี	ลดลง 10% > 80% > 80 %	13.13 71.18 NA	14.54 68.91 NA	12.96 79.31 69.23	13.98 80.55 60.0
3. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Renal colic-Ureteric calculi	ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม มาตรฐานและลดการส่งต่อ	- อัตราการวินิจฉัยและรักษาที่ไม่เหมาะสม - อัตราการส่งต่อสถานพยาบาลอื่น	< 20% < 5%	58.33 9.67	36.36 7.6	22.22 3.4	รอReview 0.91%
4. การเกิดแผลกดทับรายใหม่	ไม่เกิดแผลกดทับรายใหม่	อัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่ ระดับ2-4	<5 ครั้ง/ 1000วันนอน	3.38	2.77	2.0	1.84
5. แผลสะอาดติดเชื้อ	ไม่เกิดการติดเชื้อของแผล ผ่าตัดสะอาด	- อัตราแผลสะอาดติดเชื้อ	<0.5 %	0.11 (1ราย)	0.19 (1 ราย)	0	0.26 (1 ราย)
6. การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	ไม่เกิดการติดเชื้อทางเดิน ปัสสาวะในรายที่คาสายสวนไว้	อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	< 2 ครั้ง/1000 catheter day	1.69%	1.88%	1.02%	0%

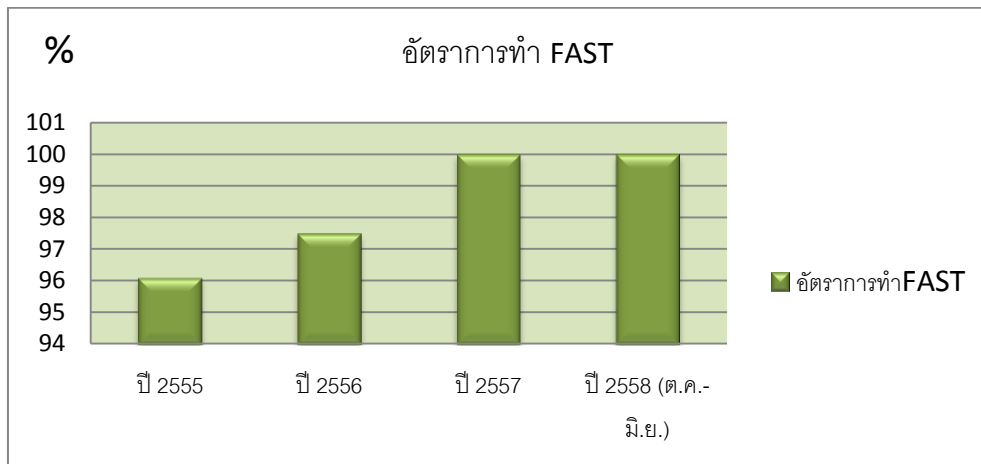
1.ประเด็นคุณภาพที่สำคัญ/ ความท้าทายที่สำคัญ	2) เป้าหมาย/วัตถุประสงค์	3) ตัวชี้วัด	เป้า (Target)	ระดับที่ปฏิบัติได้			
				2555	2556	2557	2558 (ตค - มิ.ย.)
6. ความปลอดภัยด้าน	เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	- จำนวนการผ่าตัดผิดข้าง/ผิดคน/ผิดตำแหน่ง					
6.1 การผ่าตัด		- Near miss	0 ครั้ง	10	12	5	5
		- Miss	0 ครั้ง	1	0	0	0
6.2 ยา		- จำนวนครั้งของการเกิดความคลาดเคลื่อน จากการใช้ยา ระดับ D>>>I	<0.5 ครั้ง/ 1000วัน นอน				
		- PE		4.43	2.23	0.01	0
		- DE		0.60	0.5	0.005	0
		- AE		1.11	0.9	0.05	0.04
6.3 การให้เลือด		- จำนวนการให้เลือด ผิดคน/ผิดหมู่	0 ครั้ง	0	2	0	0
6.4 การตอบสนองต่อภาวะ ฉุกเฉิน		- อัตรา Unplan ICU ของผู้ป่วยที่ทำผ่าตัด	0 %	0	0.05	0.05	0
		- อัตราการเสียชีวิตหลังผ่าตัดภายใน 48 ชม.	ไม่เกิน 3 %	1.81	2.71	2.44	2.36

4.2 ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดที่สำคัญ

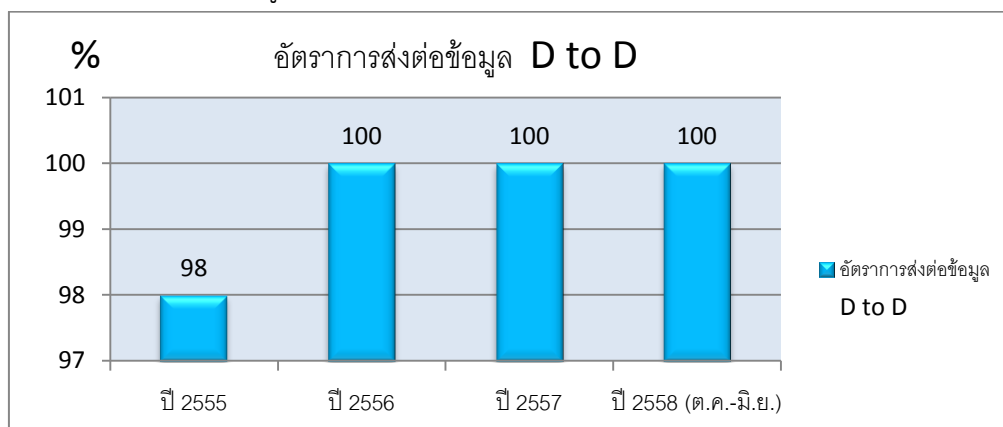
ชื่อตัวชี้วัด

1. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย Thoraco-Abdominal injury ให้ได้ตามมาตรฐาน

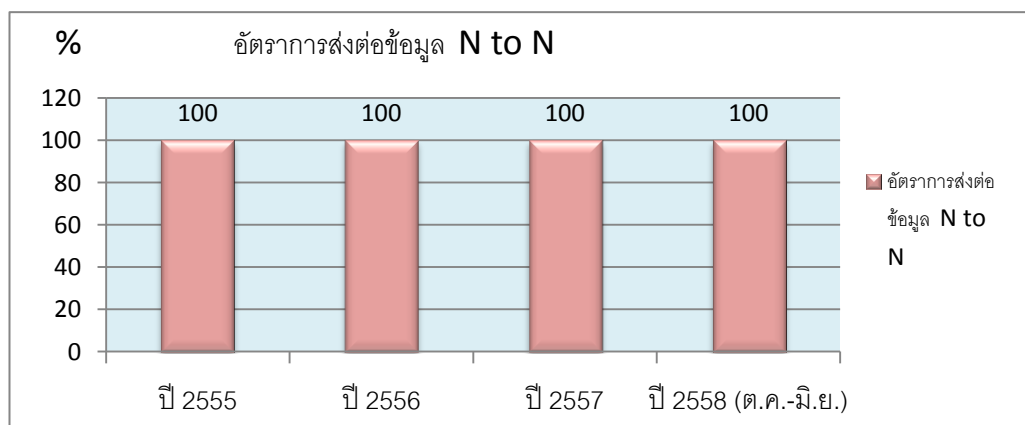
อัตราการทำ FAST



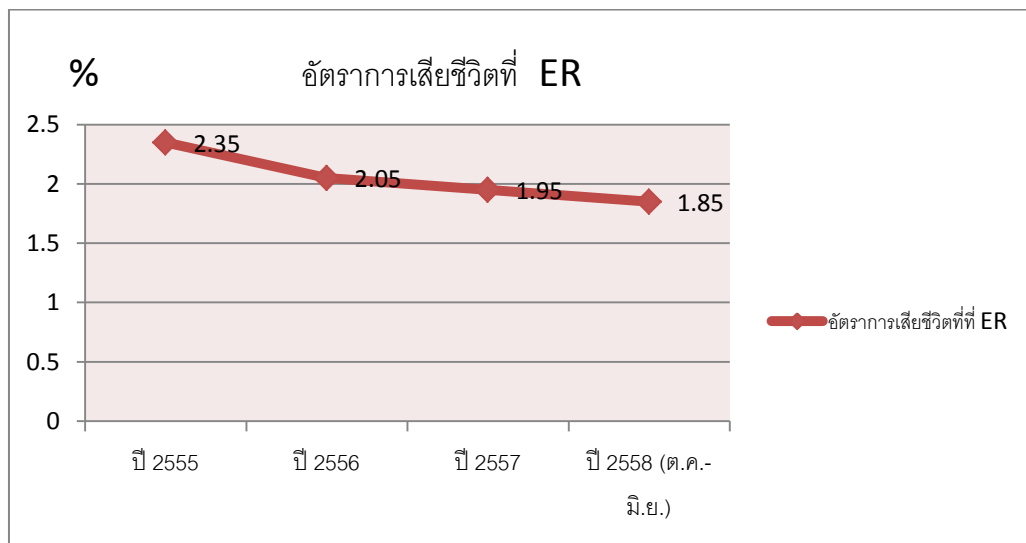
อัตราการส่งต่อข้อมูล(D to D)



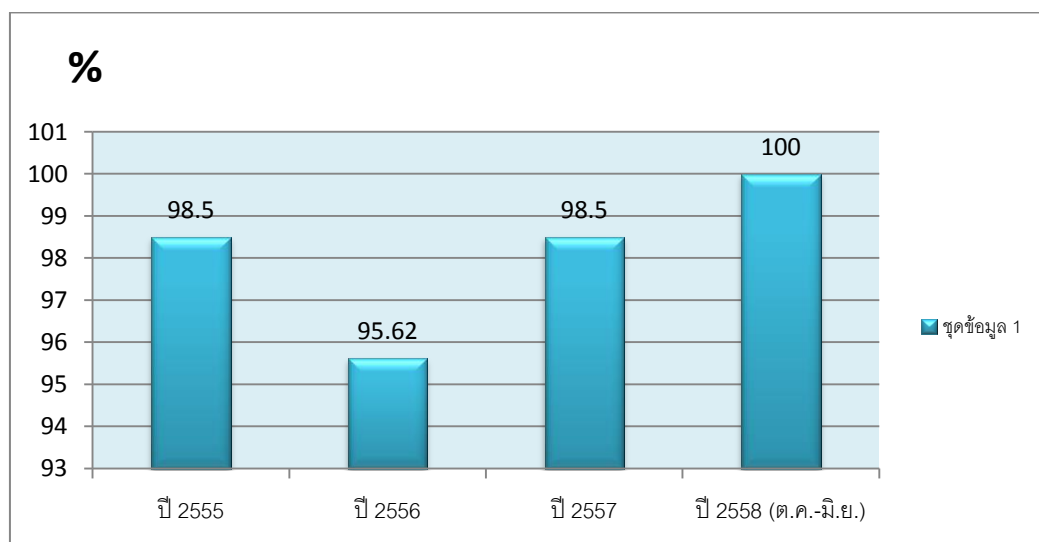
อัตราการส่งต่อข้อมูล(N to N)



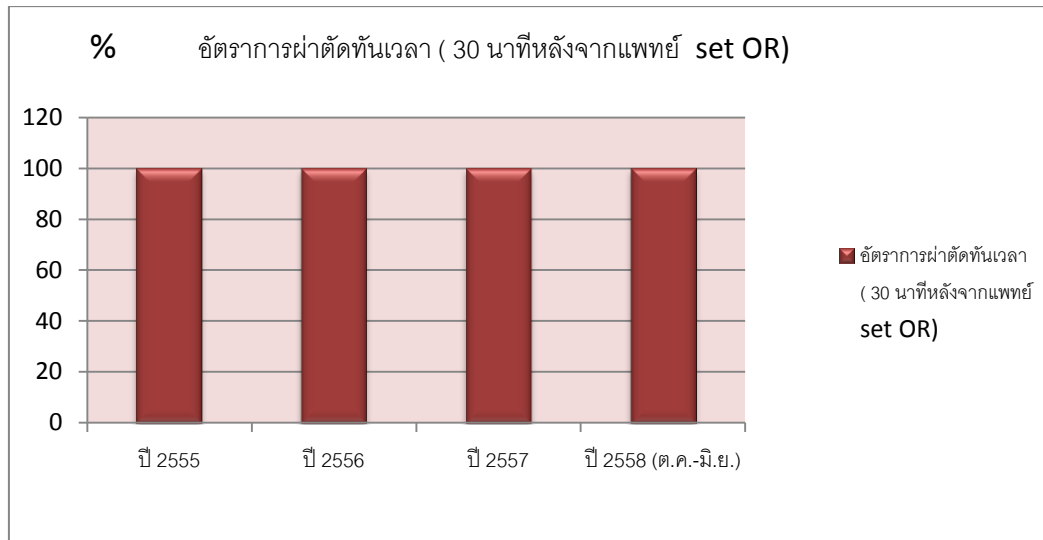
อัตราการเสียชีวิตที่ ER



อัตราการขอใช้เตียง ICU ได้



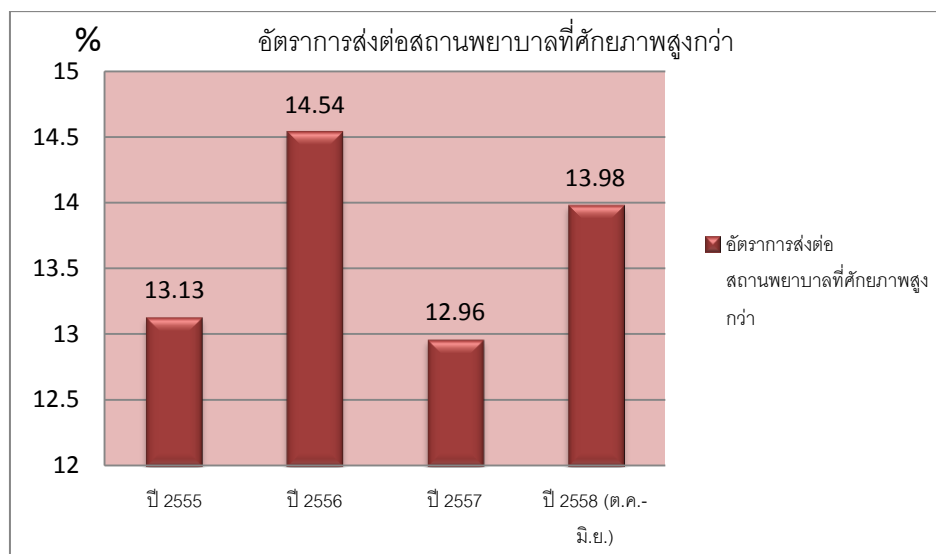
อัตราการผ่าตัดทันเวลา (30 นาทีหลังจากแพทย์ set OR)



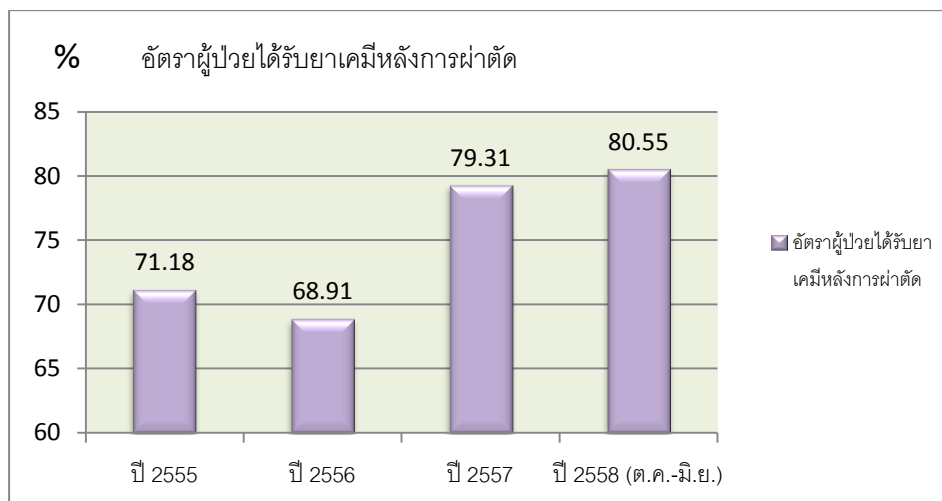
ตัวชี้วัดทั้งหมด 6 ตัว ผลลัพธ์อยู่ในเป้าหมายที่ตั้งไว้ทั้งหมด จากการวิเคราะห์พบว่าอัตราการเสียชีวิตใน ER นั้นได้นำมาทบทวน พบว่าเกิดจากสภาพของผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากไม่สามารถช่วยชีวิตไว้ได้ทั้งที่ได้ดูแลรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพแล้วและทบทวนเพื่อพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บบริเวณทรวงอกและช่องท้อง (T-A-I) โดยคณะกรรมการ PCT พบว่า ผลการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นไปตามแผนที่ได้กำหนดไว้ปรับตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยที่ส่งผ่าตัดภายใน 1 ชั่วโมง (ตั้งแต่แพทย์มีคำสั่ง Set OR - เวลาลงมีดผ่าตัด) เป็นอัตราผู้ป่วยที่ส่งผ่าตัดภายใน 30 นาที (ตั้งแต่แพทย์มีคำสั่ง Set OR - ถึงห้องผ่าตัด) ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2554 จนถึงปัจจุบันผลการปฏิบัติได้ 100% อัตราการทำ FAST สามารถทำได้ครบ 100 % แล้วโดยทำตั้งแต่ ER และมีการประเมินซ้ำกรณีที่ต้องสังเกตอาการในหอผู้ป่วยการขอใช้เตียง ICU ได้ 100 % จากการปรับระบบการรับผู้ป่วยร่วมกับ ICU นอกจากนี้ได้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการดูแลผู้ป่วยแบบ Multidisciplinary Team การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่าง ๆ ของผู้ป่วย และพัฒนาศักยภาพแพทย์เพิ่มพูนทักษะในการทำ FAST โดยเฉพาะที่งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและที่ รพช.

2. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วยมะเร็ง

อัตราการส่งต่อสถานพยาบาลอื่น



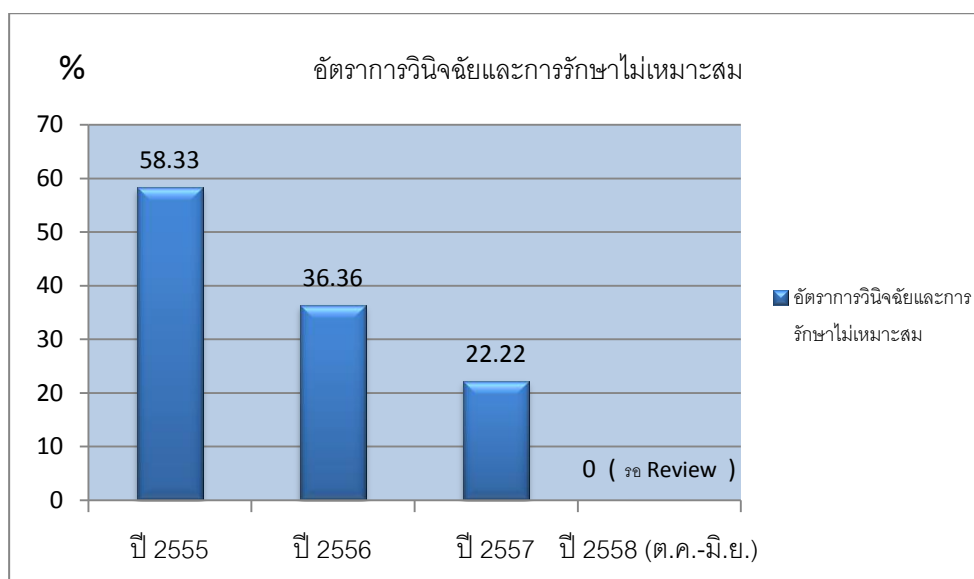
อัตราการได้รับยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด



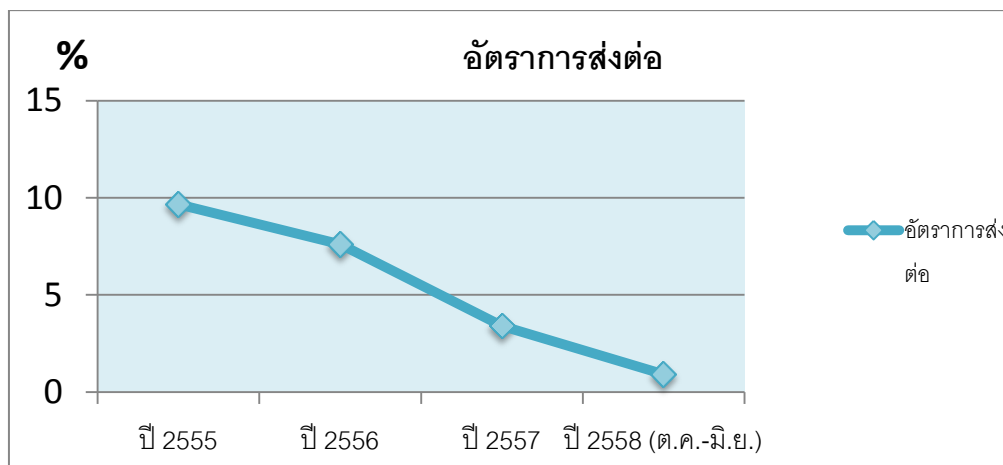
จากการทบทวนตัวชี้วัดพบว่าอัตราการส่งต่อสถานพยาบาลอื่นพบว่าเป็นข้อมูลที่ใกล้เคียงกันซึ่งเป็นการส่งต่อที่จำเป็นเนื่องจากเป็นการส่งต่อไปรักษากรณีต้องฉายแสงหรือให้ยาเคมีบำบัดในสูตรยาที่ รพ.ชยันตเรนทร ไม่มีแนวทางแก้ไขคือปรับเพิ่มสูตรยาให้มากขึ้น และอัตราการได้รับยาเคมีบำบัดหลังการผ่าตัด มีแนวโน้มที่ดีขึ้นบางรายไม่สามารถให้ยาได้ต้องฉายแสง

3. พัฒนาระบบการรักษาผู้ป่วย Renal colic - Ureteric calculi

อัตราการวินิจฉัยและการรักษาไม่เหมาะสม



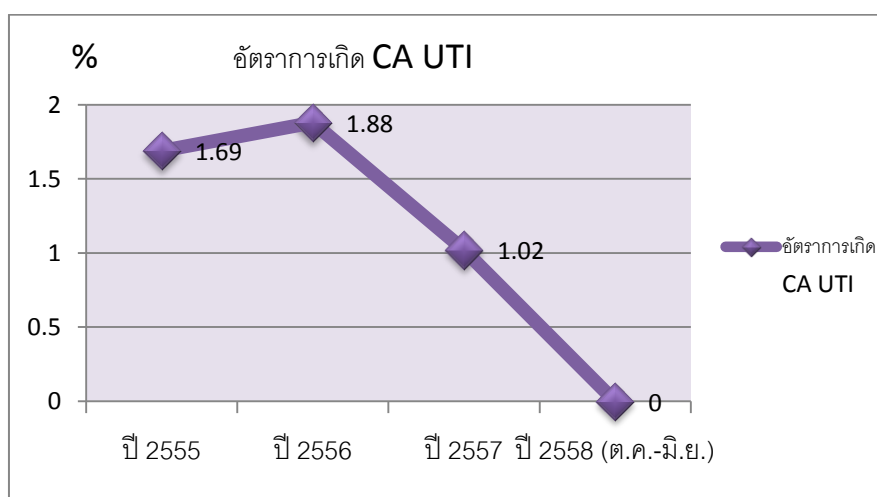
อัตราการส่งต่อไปสถานพยาบาลอื่น



จากข้อจำกัดเดิมของศัลยกรรมไม่มีศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ เมื่อมีศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะมาปฏิบัติงาน ได้มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยพบว่าปัญหา ส่วน ใหญ่ เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการรักษายังไม่เหมาะสม ได้แก่ การวินิจฉัยในผู้ป่วยบางคนยังขาดความถูกต้อง ขาดการส่งตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยา การส่งยาไม่ถูกต้องและเหมาะสม การนัดการติดตามผลการรักษา ยังมีการส่งตรวจเพิ่มเติมไม่ครบถ้วน จึงได้มีการพัฒนาระบบ โดยพัฒนาทักษะความรู้ให้กับ แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้น เป้าหมายคือแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องลดอัตราการส่งต่อและลดการผ่าตัดทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็น จัดให้มีการการใช้เครื่องมือในการสลายนิ่วภายนอกร่างกาย (ESWL : Extracorporeal Shock Waves Lithotrisy) และรักษาโดยการส่องกล้องเพื่อสลายนิ่วที่ท่อไตโดยตรง (URS : Ureteroscope with Pneumatic Lithotrisy) ส่งผลให้ตัวชี้วัดคุณภาพทั้ง 2 ตัว มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนและผู้ป่วยบริการพึงพอใจมาก

4. อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ

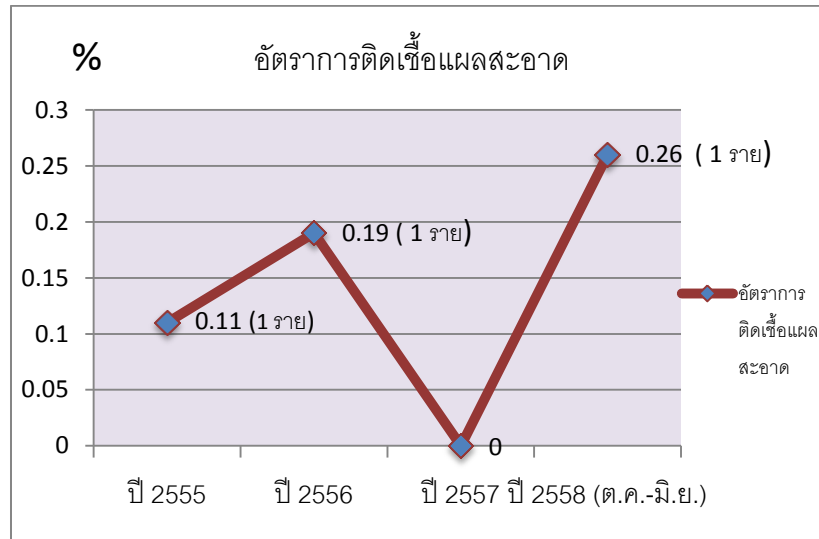
อัตราการเกิด UTI



อัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในรายที่คาสายสวนไว้ (Retained catheter) พบว่าอัตราการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มีแนวโน้มที่ดีขึ้นทุกปี มีสาเหตุมาจาก

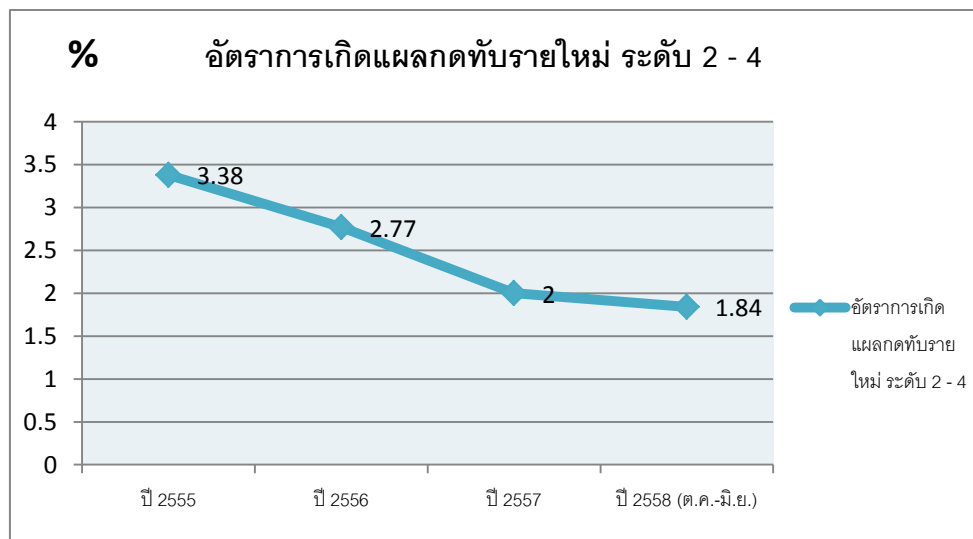
1. บุคลากรที่ให้การดูแลทบทวนและปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติของการดูแลผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะอย่างเคร่งครัด

2. สอนให้ผู้ป่วย/ญาติรู้จักวิธีการดูแล/การแปรงสวาระออกจากถุง/การวางตำแหน่งไม่ให้ปัสสาวะในถุงไหลย้อน
3. เน้นการล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาลทุกครั้ง
4. อัตราการติดเชื้อแผลสะอาด



การติดเชื้อแผลสะอาดพบแล้วพบว่า 3 ปี ย้อนหลังนี้พบปีละ 1 ราย เป็นผู้ป่วยทำผ่าตัด Excision OPD case หลังการทำผ่าตัดแล้วสามารถกลับบ้านได้ นัดมาตัดไหมพบว่าไม่มีแผลแยก ต้องให้ยาปฏิชีวนะรับประทาน

6. อัตราการเกิดแผลกดทับรายใหม่



พบว่าอัตราการเกิดแผลกดทับระดับ 2-4 รายใหม่ มีแนวโน้มลดลง แต่ก็ยังพบว่ามีเกิดขึ้นซึ่งมีสาเหตุมาจากด้านผู้ป่วย พยาธิสภาพของผู้ป่วยเอง เช่น เป็น CVA มาจากบ้าน ไข้สูง ทุกโภชนาการ น้ำหนักตัวมาก Poor hygiene มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว การพลิกตะแคงตัว ผู้ป่วย/ญาติหมดหวัง ทำให้ไม่เห็นความสำคัญ ญาติขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย /เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีภาระงานมา และไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดอย่างเคร่งครัด แก้ไขโดยให้กำลังใจและเสริมพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วย ให้ความรู้/สอน/สาธิตการดูแลผู้ป่วย จัดอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน สร้าง

ความตระหนักและกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพิเศษ/ติดตาม/ดูแลกำกับอย่างใกล้ชิด/ใช้อุปกรณ์ในการช่วยลดการเกิดแผลที่ถูกต้อง

5. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

5.1 สรุประบบงานที่ใช้อยู่ในปัจจุบันที่ได้จากความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาคุณภาพที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว²

ก. พัฒนาระบบบริการของศัลยกรรม

ปัจจุบันมีศัลยแพทย์ทั่วไป 4 คน ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ 1 คน รวมเป็น 5 คน จัดระบบในการตรวจผู้ป่วยนอก, ผู้ป่วยใน และการผ่าตัด/หัตถการ

1. ผู้ป่วยนอก

- ศัลยศาสตร์ทั่วไป วันจันทร์ – วันพฤหัสบดี เวลา 9.00 – 12.00 น
- ศัลยศาสตร์ทางเดินปัสสาวะวันอังคาร-วันศุกร์ 13.00-16.00น และบริการสลายนิ่วโดยใช้คลื่นช็อกเป็นพลังงานกระแทกนิ่วภายนอกในร่างกายวันอังคาร

2. ผู้ป่วยใน

- ตรวจรักษาผู้ป่วยโดยใช้ระบบเจ้าของไข้ ดูแลตั้งแต่รับจนกระทั่งจำหน่าย
- การรับปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยจากแผนกต่างๆ ในเวลาราชการให้ปรึกษาแพทย์ใช้ทุนก่อนนอกเวลาราชการปรึกษาตามตารางเวรประจำเดือน
- การ Admit ต้องปรึกษาศัลยแพทย์ก่อนทุกราย กรณีที่ไม่ได้ให้ Admit โดยศัลยแพทย์
- การย้ายไป หอผู้ป่วยพิเศษ ต้องให้แพทย์เจ้าของไข้ (Staff) อนุญาตก่อนจึงจะย้ายไปได้

3. เพิ่มศักยภาพในการรักษาและผ่าตัดเชื่อมโยงกับชุมชนโดยจัดให้มีบริการเชิงรุกโดยการบริการออกตรวจผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกและการทำผ่าตัดที่โรงพยาบาลชุมชน นำร่องที่รพ.สรรคบุรี เข้า OPD , บ่าย ผ่าตัดทุกวันศุกร์ ตามโครงการเลขที่ 7/2558 ชื่อโครงการ ให้บริการผู้ป่วยศัลยกรรมเชิงรุกในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดชัยนาท เริ่มเดือนตุลาคม 2557 - ปัจจุบัน มีการประชุมเพื่อประเมินผลตามโครงการ 1 ครั้ง มีผลสรุปให้ดำเนินการเพิ่มเติมดังนี้

- ให้วิสัญญีพยาบาลรพ.สรรคบุรีและสรรพยา มาฝึกปฏิบัติประสบการณ์เพิ่มเติมที่งานวิสัญญี รพ. ชัยนาทนเรนทร สัปดาห์ละ 1-2 วันเวรเช้าวันราชการ
- ให้แพทย์ที่ รพ.สรรคบุรีเพิ่มศักยภาพในการตรวจพิเศษให้กับผู้ป่วยโดยประสานงานขอยืมเครื่องมือจากห้องผ่าตัด รพ.ชัยนาทนเรนทร
- ให้พยาบาลหอผู้ป่วยใน รพ.สรรคบุรีมาฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมมติดล 4 เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคได้ เช่น การทำผ่าตัดเต้านม
- นัดผู้ป่วยF/U ที่ รพ.สรรคบุรี โดยจัดทำใบนัดใหม่เพื่อส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น ยกเว้นต้องใช้ข้อมูลที่ รพ.ชัยนาทนเรนทร และความสนใจของผู้ป่วย โดยไม่ต้องขอใบส่งตัวใหม่

4. เพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ในจังหวัดชัยนาท ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพและผู้เกี่ยวข้องงานศัลยกรรมอุบัติเหตุฉุกเฉิน ตามโครงการเลขที่57/2557 ชื่อโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง (ATLS) เมื่อวันที่ 2-3 กันยายน 2557

5. ศัลยแพทย์และพยาบาลอุบัติเหตุฉุกเฉินเข้าร่วมเป็นวิทยากร การอบรมเชิงปฏิบัติการช่วยชีวิตผู้ป่วยบาดเจ็บขั้นสูง(ATLS)สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขเขตบริการสุขภาพที่3 ปี2558 วันที่ 26-27 พฤษภาคม 2558

ข. พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง.

เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยพัฒนาให้สอดคล้องกับแผนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา โรคมะเร็ง (Service plan)

1. จัดบริการคลินิกมะเร็งที่งานผู้ป่วยนอก ทุกวันศุกร์ เวลา 9.00 – 12.00 น. ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 – 4 โดยมีศัลยแพทย์ออกตรวจ

2. จัดตั้งคลินิกบรรเทาอาการปวดงานผู้ป่วยนอก วันศุกร์สัปดาห์ที่ 3 เวลา 9.00 – 12.00 น. ออกร่วมกับคลินิกมะเร็งโดยวิสัญญีแพทย์ เริ่มวันที่ 20 มีนาคม 2558

3. มีพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมเฉพาะทางมะเร็ง 4 เดือน ปฏิบัติงานประจำทุกวัน เวลา ราชการ ที่หน่วยให้ยาเคมีบำบัดและศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็ง

3.1 หน่วยให้ยาเคมีบำบัด มีห้องให้บริการ 3 ห้อง เตรียมยา 1 ห้อง โดยเภสัชกรตามมาตรฐานความปลอดภัยห้องบริหารยาเคมี 2 ห้อง 9 เตียงโดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้ยา 2 สัปดาห์ โดยใช้ Program HOSXP ในการสั่งยา/คำนวณยา ลงทะเบียนและนัดผู้ป่วย

3.2 ศูนย์ส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งทุกระบบทั้งโรงพยาบาลไปที่ รพ.มะเร็งลพบุรี โดยใช้การติดต่อส่งข้อมูลผ่าน Web site

4. เพิ่มศักยภาพในการรักษาหลังจากการผ่าตัดในการให้ยาเคมีบำบัด

4.1 ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เดิมมี 1 สูตร(CMF)ได้มีการเพิ่มสูตรยาเคมีอีก 2 สูตร(AC , FAC)รวมเป็น 3 สูตร

4.2 มีการประเมินการทำงานของหัวใจ (Echo) ผู้ป่วยทุกรายที่จะได้รับยาเคมี Doxorubicin โดยแพทย์เฉพาะทางหัวใจ (Cardiologist)

5. เพิ่มศักยภาพในการทำผ่าตัด

5.1 การผ่าตัด SLNBX

5.2 การผ่าตัด Breast Reconstruction (LD flap , TRAM flap)

6. จัดทำสมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และเต้านม เริ่มใช้ปี 2555 หลังจากใช้มาประมาณ 2 ปี ปรับปรุงสมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วย 1 ครั้ง และปี 2558ปรับปรุงครั้งที่ 2 เฉพาะมะเร็งเต้านม มีรายละเอียดดังนี้ ข้อมูลส่วนตัว ชนิดการผ่าตัด, การรักษา, การปฏิบัติตัวและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ,การบริหารยาเคมี, ปรับปรุงครั้งที่ 3 เพิ่มข้อมูลการรับยา Tamoxifen

7. การดูแลแบบ Pallative care มีการประเมิน PPS scoreกรณีผู้ป่วยในระยะสุดท้ายจัดห้องแยกให้เฉพาะ

8. การติดตามอาการและผลการรักษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์จากหน่วยให้ยาเคมีบำบัด

9. การติดตามเยี่ยมบ้านโดยสหสาขาวิชาชีพในรายที่ต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ

10. จัดอบรมฟื้นฟูวิชาการให้ความรู้เจ้าหน้าที่โดยมีการเชิญวิทยากรภายนอกโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์และเชี่ยวชาญการดูแลการรักษาผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

11. ติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

12. จัดตั้ง line group Chainat cancer เป็นช่องทางในการติดต่อ- ปรึกษา เช่น ติดตามข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การนัดประชุมกรณีฉุกเฉิน

ค. พัฒนาระบบการผู้ป่วย Renal colic-Ureteric calculi

1. จากข้อจำกัดเดิมของศัลยกรรมไม่มีศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ เมื่อมีศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะมาปฏิบัติงาน ได้มีการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยพบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับกระบวนการในการรักษายังไม่เหมาะสม ได้แก่ การวินิจฉัยในผู้ป่วยบางคนยังขาดความถูกต้อง ขาดการส่งตรวจเพิ่มเติมทางรังสีวิทยา การสั่งยาไม่ถูกต้องและเหมาะสม การนัดการติดตามผลการรักษายังมีการส่งตรวจเพิ่มเติมไม่ครบถ้วน จึงได้มีการพัฒนาระบบ โดยพัฒนาทักษะความรู้ให้กับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้น เป้าหมายคือแพทย์เพิ่มพูนทักษะที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องลดอัตราการส่งต่อและลดการผ่าตัดทางหน้าท้องโดยไม่จำเป็น

2. พัฒนา CPG เน้นการประเมิน การตรวจวินิจฉัยให้ครอบคลุมและการนัดติดตาม

3. การใช้เครื่องมือในการสลายนิ่วภายนอกร่างกาย(ESWL:Extracorporeal Shock Waves Lithotripsy) = 188 ราย

4. การรักษาโดยการส่องกล้องเพื่อสลายนิ่วที่ท่อไตโดยตรง (URS :Ureteroscopy with Pneumatic Lithotripsy)

ง. พัฒนาระบบการดูแลแผล

1. นำความรู้/วิธีการการทำแผลที่โรงพยาบาลยังไม่เคยใช้มารักษาผู้ป่วย เช่น Vacuum dressing มาใช้อย่างต่อเนื่อง

2. นำผลิตภัณฑ์ที่ช่วยในการหายของแผลมาใช้ สามารถช่วยลดค่าใช้จ่าย จำนวนวันนอน ภาระงานผู้ป่วย/ญาติ พึงพอใจ

3. จัดประชุมวิชาการและอบรมเชิงปฏิบัติการ Update Surgery ในโครงการเฉลิมพระเกียรติ” ศัลยศาสตร์เพื่อแผ่นดิน” ร่วมกับสมาคมวิทยาลัยศัลยแพทย์นานาชาติแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในจังหวัดชัยนาทเขตบริการสุขภาพที่ 3 และจังหวัดใกล้เคียงตามโครงการที่ 23/2556 วันที่ 27-28 กุมภาพันธ์ 2556

4. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ Wound management ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในจังหวัดชัยนาทเขตบริการสุขภาพที่3 และจังหวัดใกล้เคียงตามโครงการที่ 13/2557 วันที่ 23 กรกฎาคม 2557

จ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

เน้นผู้ป่วยมะเร็งให้สอดคล้องกับการพัฒนา SP มะเร็ง ประเมิน PPS score จัดห้องพิเศษเฉพาะและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การจัดการความปวด ดูแล End of life care และมีโครงการศึกษาดูงานที่ศูนย์ Hospice จังหวัดปทุมธานี เดือน มิถุนายน

5.2 ความภาคภูมิใจ / รางวัลที่ได้รับ (โครงการCQI / และอื่น ๆ)

ความภาคภูมิใจ/ รางวัลที่ได้รับ	ชื่อ/ประเภทผลงาน	ประเด็นที่ตอบสนอง จุดเน้น/ค่านิยมของ โรงพยาบาล	ปีที่ได้รับรางวัล
1. เพิ่มศักยภาพในการรักษาและการผ่าตัดเชื่อมโยงกับชุมชน 2. พัฒนางานด้านมะเร็ง 3. พัฒนาศักยภาพด้านศัลยกรรมทางเดินปัสสาวะ 4. พัฒนาระบบการดูแลแผล 5. การผ่าตัดโดยการส่องกล้อง	1. โครงการศัลยกรรมเชิงรุก 1. จัดทำสมุดประจำตัวผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ 1. การใช้เครื่องมือในการสลายนิ่วภายนอก ร่างกาย (ESWL : Extracorporeal Shock Waves Lithotrisy) 1. วิธีการการทำแผลที่โรงพยาบาลยังไม่เคยใช้มา รักษาผู้ป่วย เช่น Vaccum dressing มาใช้ อย่างต่อเนื่อง 1. การผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี 2. การวางสาย TK ในผู้ป่วย ESRD		

5.3 การพัฒนาคุณภาพที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ต่อเนื่อง / อยู่ระหว่างดำเนินการ	ระยะเวลา ดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ	ผลการดำเนินการ (ตค 57- มีค 58)	ปัญหา / อุปสรรค
1. โครงการศัลยกรรมเชิงรุกทีมประกอบด้วย - ศัลยแพทย์ - วิสัญญีแพทย์ - วิสัญญีพยาบาล - พยาบาลห้องผ่าตัด	1 ต.ค. 57- 30 ก.ย.58	PCT ศัลยกรรม	1. ตรวจผู้ป่วยนอก 235 ราย 2. ผ่าตัด 60 ราย - OPD 32 ราย - IPD 28 ราย	- ทักษะ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อน ของ รพช. - อุปกรณ์ เครื่องมือในการทำผ่าตัด/หัตถการมีไม่เพียงพอ - วิสัญญีพยาบาล/พยาบาลห้องผ่าตัดของ รพ.ชยันนาท ไม่สามารถออกไปปฏิบัติได้ทุกครั้ง

6. แผนการที่จะพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

แผนงาน / กิจกรรม	ตัวชี้วัด	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ
1. การออกเยี่ยม ให้คำปรึกษา /ให้ความรู้เฉพาะทางศัลยกรรม เช่น การทำ FAST กับแพทย์,การพยาบาลผู้ป่วยทำผ่าตัดด้านม, การใช้ผลิตภัณฑ์ชนิดต่างๆในการทำแผลรพช.ทุกแห่งในจังหวัด ชยันนาท 1-2 ครั้ง/ ปี	- อัตรา รพช. ที่ได้รับการเยี่ยมไม่น้อยกว่า 1 ครั้ง/ปี - อัตราความพึงพอใจของ รพช.ที่ได้รับการเยี่ยม	ตค.58 –กย.59	PCT ศัลยกรรม
2. การตรวจประเมินคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ ในชุมชน	- อัตราผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรอง - อัตราผู้ป่วยที่พบผิดปกติต้องได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติม	ตค.58 –กย.59	PCT ศัลยกรรม