

36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired

1. รพร. สระแก้ว มีอายุรแพทย์ 8 คน และอายุรแพทย์โรคติดเชื้อที่จะจบอีกปี 2562) รพ. อรัญประเทศ มีอายุรแพทย์ 4 คน
2. รพร.สระแก้ว มี ICU 24 เตียง (ICU MED 8 , ICU SUR 8, ICU รวม 8) โรงพยาบาลอรัญฯ มี ICU รวม 8 เตียง
3. มีการพัฒนา Node โรงพยาบาลอรัญฯ ให้รับส่งต่อผู้ป่วยในเขต อำเภอตาพระยา อำเภอโคกสูง อำเภอคลองหาด ยกเว้น Case septic shock ที่มีภาวะแทรกซ้อน
4. มีระบบ sepsis fast track ในการส่งต่อ
5. มีการใช้ standing order เป็นแนวทางการดูแลรักษาเบื้องต้น
6. ข้อมูลเฉพาะ รพร.สระแก้วปี 2560 มีอัตราตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired = 48.27 % (332/667)
7. ปี 2561 มีการปรับลดรหัสที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (เหลือ R651 และ R572)

ชื่อตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงาน อัตรา/ร้อยละ
อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	< 30%	41.90 (87/210)

ปัญหา/อุปสรรค/ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่บรรลุวัตถุประสงค์	ข้อเสนอแนะ
<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ. ระดับ M1 ยังมีการส่งผู้ป่วยเข้า รพ. จังหวัด 2. ผู้ป่วย Septic Shock ไม่สามารถเข้า ICU ได้ทุกราย 3. มีการหมุนเวียนแพทย์ใช้ทุนที่ไม่ผ่าน รพ. จังหวัดมาก่อน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. พัฒนา รพ.M1 ให้มีอายุรแพทย์ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้และพัฒนาการดูแล Sepsis ขั้นรุนแรงพร้อมรับส่งต่อใน Node ช่วยกับ รพ. จังหวัด 2. พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทุก รพ. ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมทั้ง ICU และเตียงสามัญ 3. ลงนิเทศติดตาม รพช. ในจังหวัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และหาโอกาสพัฒนาต่อไป

37. Capture The Fracture

สถานการณ์

1. มีศัลยแพทย์ออร์โธปิดิกในรพ. สระแก้ว 3 คน ปี 2561 มาเพิ่มอีก 1 คน รพ.อรัญประเทศ 2 คน
2. มีการเตรียมแพทย์เพิ่มพูนทักษะตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างเป็นระบบ และมีระบบปรึกษาหลังจาก พชท.กลับไปทำงานที่รพช. มี CPG มีการ Update ทุกปี และนิเทศติดตาม กรณี miss diagnosis หรือมีภาวะแทรกซ้อน สามารถปรึกษาทางกลุ่ม Line ได้ 24 ชั่วโมง
4. มีการตรวจ dexa scan และให้การรักษาด้วย Biphosphanate มาแล้ว 10 ปี
5. พัฒนาร่วมกับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นและจิตอาสา พัฒนาโครงการการเปลี่ยนข้อสะโพก, Skin traction และ Spinal cord injury

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ) (ต.ค. 60-มี.ค.61)
1. จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม capture the fracture		
2. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ	< 30%	0 (0/553)
3. ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	> 50%	63.30 (38/61)

ปัญหาอุปสรรค

* เขตกำหนดให้มีทีม Capture the fracture จำนวน 1 รพ. ต่อ เขตสุขภาพ ปัจจุบันจังหวัดสระแก้วยังไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งทีม Capture the fracture

40. ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก

สถานการณ์

- การตรวจคัดกรองและค้นหามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก ส่วนมะเร็งลำไส้มีโครงการส่องกล้อง 112 ราย อายุ 50 ปีขึ้นไป คัดกรองวันที่ 20 ธันวาคม 2560 โดยใช้ Fit test ถ้าให้ผลบวกส่งทำ Colonoscope ที่ รพร. สระแก้ว โดย ศัลยแพทย์ 2 ท่าน ใช้สิทธิ์ UC งบสปสช.
- การรักษาด้วยการผ่าตัดทำได้อเอง ส่งปรึกษาเพื่อให้ยาเคมีที่ รพ.พระปกเกล้า และได้สูตรยาเคมีบำบัดมาให้เองที่ รพร.สระแก้ว มีเตียงให้ยาเคมีบำบัด 8 เตียง แบบ Daycare และส่งฉายแสง ส่งต่อในเขตหรือนอกเขต
- มี onconurse 2 คน

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ) (ต.ค. 60-มี.ค.61)
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	> 80%	90.57 (48/53)
2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	> 80%	70.43 (10/14)
3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	> 80%	52.94 (9/17)

ปัญหาอุปสรรค

- เนื่องจากขาด Onco Med ผู้ป่วยที่รักษาด้วยเคมีบำบัดต้องส่งไป รพ. พระปกเกล้าก่อนจึงจะกลับมาให้เคมีบำบัดที่ รพร. ได้ บางครั้งตัวผู้ป่วยเองเดินทางไปล่าช้า หรือบางรายก็กลับมารับการรักษาล่าช้า
- ผู้ป่วยที่ส่งไปรักษาด้วยรังสีรักษา รอคอยนานเนื่องจากมี รพ.มะเร็งชลบุรีเพียงแห่งเดียวในเขตสุขภาพ

45. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตายต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน รพ.

ผู้บริจาคน้อยไม่เพียงพอ

- มีการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบในแต่ละส่วนงาน เชิญนายกเหล่ากาชาดเป็นที่ปรึกษาแต่ยังไม่มี TC nurse full time ให้หัวหน้าตึก ศัลยกรรมเป็นผู้จัดการ ยังไม่มีสถานที่ที่เป็นศูนย์รับบริจาคชัดเจน ขณะนี้ใช้ตึก ER ศัลยกรรม และ ICU เป็นสถานที่รับบริจาคชั่วคราว
- จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต ปี 2560 = 1,223 คน คิดเป็นการขอบริจาคอวัยวะ 12 ราย (1:100) และดวงตา 60 ดวง (5:100)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลงาน (ร้อยละ) (ต.ค. 60-มี.ค.61)
1. อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล	0.7 : 100	เดือน มี.ค. 61 มีผู้เสียชีวิตบริจาคอวัยวะ 1 ราย เก็บได้ ไต หัวใจ และดวงตา 1 คู่

ปัญหาอุปสรรค

ญาติผู้บริจาคมีทัศนคติเดิม และไม่ยินยอมบริจาคอวัยวะ

ผู้ป่วยสมองตายอาการหนักมาก ไม่สามารถเก็บอวัยวะได้ เก็บได้แต่ดวงตา

47. Intermediate Care

อยู่ในขั้นตอนการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด ปัจจุบัน รพ. สระแก้ว กำลังจัดทำแผนการดูแล Care Map โดยเน้นในเรื่อง TBI, SCI และ Stroke มีแผนจัดตั้งให้ รพ. สระแก้วเป็น รพ.แม่ข่าย และมีลูกข่าย 2 แห่งคือ อรัญประเทศและวัฒนานคร โดยแต่ละแห่งเปิด Intermediate Ward และให้บริการแบบเยี่ยมบ้านลงพื้นที่ในชุมชน ด้านบุคลากรจังหวัดสระแก้วยังขาดบุคลากรในการดำเนินงาน เช่น พยาบาลฟื้นฟู แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักแก้ไขการพูด และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น

48. One Day Surgery

มีการจัดตั้งคณะกรรมการ จัดทำแนวทางการดำเนินงาน อยู่ระหว่างรอรับการประเมิน เพื่อเข้าร่วมโครงการจากเขต ปัจจุบันได้ทดลองดำเนินการโดยใช้แนวทางของ One Day Surgery ตั้งแต่การเตรียมรับการผ่าตัดของผู้ป่วยจากบ้าน การเข้านอนในโรงพยาบาลในเช้าวันผ่าตัด แต่ยังคงเป็นผู้ป่วยใน

45. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

สถานการณ์

1) การจรรยาบรรณแน่นช่วงเทศกาล

2) จำนวนแพทย์ฉุกเฉินมีน้อยมี Neurosurgery 1 คน และ EP จบปี 2561 และ 2563 อีกปีละ 1 คน เป้า 5 คน EN/ENP : RN = 2.20, มี EN 5 มี ENP 3 ขาด 7 คน, ไม่มี Paramedic

3) พื้นที่จำกัดแต่ใช้อย่างคุ้มค่ามีระบบ Trauma fast tract แผนรองรับและการซ่อมแผน จัดตั้ง

TEA unit ร่วมกับศูนย์ Refer ใน รพ.ระดับ S และพัฒนา รพ.ระดับ M1 อรัญประเทศมีพยาบาลแต่ขาดสถานที่ มีการประเมิน 3 มิติ 12 องค์ประกอบ

4) คนไข้ Non Trauma มาที่แผนกฉุกเฉินปี 2560 = 63.23 ด้วยปัญหา Sepsis>Cardiac Arrest>ICH>RF>AMI ซึ่งเป็นผู้ป่วย Level 4 และ 5 ทำให้เกิด Emergency Department Crowding ในขณะที่รพ. ไม่มีคลินิกนอกเวลา

ตัวชี้วัด

เป้าหมาย

ผลงาน (ร้อยละ) (ต.ค. 60-มี.ค.61)

1.อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

< 12 %

2.12 (364/17,159)จากรายงาน
4.83 (60/1,243)จากHDC

การพัฒนา

ลดความแออัดผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินและพัฒนาคุณภาพ TRIAGE โดยเปิด OPD คู่ขนานหรือ Premium คลินิกนอกเวลาและให้อยู่ใน ER น้อยกว่า 2 ชม.

- ทบทวน RCA ที่วิกฤติใน 24 ชม.

- พัฒนาระบบTrauma Fast Track การส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินมา รพ.และทบทวน PS score

- พัฒนามาตรฐาน TEA Unit จัดหาอุปกรณ์ อัตรากำลังแพทย์พยาบาลเฉพาะทาง