

ตัวชี้วัด	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการผ่าตัดแบบ One Day Surgery (ร้อยละ 15)			
สถานการณ์ /ข้อมูล พื้นฐาน	1. ปัจจุบันเป็นมีการจัดตั้ง ONE Day Surgery Unit ที่โรงพยาบาลอุดรธานี เริ่มดำเนินการ กุมภาพันธ์ 2559 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 1,200 ราย 2. ในเขต 8 มีโรงพยาบาลระดับ A จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ อุดรธานีและสกลนคร 3.. หัตถการสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ Colonization, Colonoscopy, Excision, Remove plate-K-wire, Herniorrhaphy ตามลำดับ			
มาตรการ	มาตรการ 1 พัฒนาและจัดตั้ง One day Surgery Unit	มาตรการ 2 พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลการบริการผ่าตัดแบบวันเดียว	มาตรการ 3 พัฒนาเครือข่ายในการจัดตั้ง One day Surgery Unit	
กิจกรรมหลัก	1. สำรวจ ประเมินความพร้อมและอนุมัติให้สถานบริการดำเนินงานตามโครงการ 2. จัดตั้งศูนย์ ONE Day Surgery Unit ใน รพศ. / รพท. / M1 ที่มีศัลยแพทย์/ศัลยแพทย์เฉพาะทาง 3. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้แพทย์ พยาบาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit 4. สร้างความรู้ความเข้าใจประโยชน์การให้บริการแบบ One Day Surgery แก่ประชาชนในเขตสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ	1. เพิ่มจำนวนแพทย์/พยาบาล และกำหนดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับการพัฒนา One day Surgery Unit 2. จัดทำ Patient Selection Criteria and Guideline เป็นแนวทางเดียวกันในเขตสุขภาพ 3. เชื่อมโยงระบบการรายงานความเสี่ยง (Risk Management) ในโรงพยาบาลและเครือข่ายในเขตสุขภาพ 4. อบรมพัฒนาศักยภาพศัลยแพทย์	1. ส่งเสริมให้มีการจัดตั้ง ONE Day Surgery Unit ใน รพศ. / รพท. / M1 ที่มีศัลยแพทย์/ศัลยแพทย์เฉพาะทาง 2. จัดให้โรงพยาบาลที่สนใจและมีความพร้อมเพื่อเตรียมความพร้อมการจัดตั้ง One Day Surgery Unit มาดูงาน/ Training 3. รพศ. เป็นพี่เลี้ยง/ให้คำปรึกษา 4. สนับสนุนให้โรงพยาบาลในระดับ S / M1 ทุกแห่งมีศัลยแพทย์/เครื่องมือ MIS	
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 1. มีข้อมูล One Day Surgery ที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด 2.เขตสุขภาพมีความเข้าใจแนวทางการดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นระบบ 3. ประชุมกรรมการระดับเขต ชี้แจงนโยบาย	ไตรมาส 2 1. มี Patient Selection Criteria and Guideline 2. มีระบบการรายงานความเสี่ยง (Risk Management)	ไตรมาส 3 โรงพยาบาลระดับ S สามารถดำเนินการ One Day Surgery : ODS ได้อย่างน้อย 1 แห่ง/เขตสุขภาพ	ไตรมาส 4 ข้อมูลในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงาน และการประเมินประสิทธิภาพโครงการ

ตัวชี้วัด	1. ร้อยละของผู้ป่วยที่เสียชีวิตภายในโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขาหรือแขน (< 15%) 2. ร้อยละของการถูกตัดขาตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมาของผู้ป่วยภาวะขาดเลือดที่ขา (< 20%)			
สถานการณ์ /ข้อมูลพื้นฐาน	1. ปีงบประมาณ 60 ภาพรวมเขต มีอัตราการเสียชีวิต= 10.19% (เกินเป้า สกลนคร:40%, หนองบัวลำภู:33.33%) อัตราการตัดขา=8.93% (เกินเป้า สกลนคร:60%, บึงกาฬ:37.50%) 2. เขต 8 มีแพทย์เฉพาะทางศัลยกรรมหลอดเลือด 2 จังหวัดเฉพาะจังหวัดอุดรธานี/หนองคาย ส่วน Node ต่างๆ มีเพียงบางแห่งที่มี ศัลยแพทย์ 3. การลงรหัสโรคศัลยกรรม และหัตถการ มาตรฐานในการวินิจฉัยโรคทางศัลยกรรม หลายโรคๆ ยังไม่ชัดเจน			
มาตรการ	มาตรการ 1 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง	มาตรการ 2 พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ	มาตรการ 3 พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล	
กิจกรรมหลัก	1. เสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มโรคเป้าหมาย เช่น จัดประชุม/อบรมฟื้นฟูวิชาการ 2. จัดทำ workshop การตรวจวินิจฉัยภาวะรายค์แขนขาขาดเลือดให้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ ทั้งเขตสุขภาพ 3. บรรจุการสอนเรื่องรายค์แขนขาขาดเลือด ให้ นศพ.ทุก Rotation ทั้งเขตสุขภาพ 4. ออกนิเทศและจัดวิชาการสัญจรไปตามจังหวัดในเครือข่ายเพื่อเปิดโอกาสให้ รพช/รพสต ลูกข่ายได้เข้ารับการอบรมมากขึ้น 5. สนับสนุนให้โรงพยาบาลระดับ A มี Vascular Surgeon	1. จัดทำ CPG Limb Ischemia เชื่อมการดูแลผู้ป่วยรายค์แขนขาขาดเลือดทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง ใช้ร่วมกันในเขต 2. ให้บริการอย่างรวดเร็วและไร้รอยต่อตาม Seamless Fast Track Acute Limb Ischemia Guideline และครอบคลุม Traumatic vascular injury 3. จัดหาอุปกรณ์การผ่าตัดสำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการผ่าตัดทางศัลยกรรม 4. จัดซื้อ Hand-held Doppler Ultrasonography รพ.ที่มีศัลยแพทย์ 5. บรรจุยา Unfractionated Heparin ไว้ที่ตู้เย็นที่ ER ทุก รพ.	1. พัฒนาระบบการลงข้อมูล และระบบสืบค้นข้อมูล ที่เป็นข้อมูลรวมของเขต 2. พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูลและการคืนข้อมูล 3. สร้างเครือข่ายโดยการกำหนดผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบ Case manager ประจำรพ. คอยประสานเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย 4. จัดบริการการปรึกษาในระบบ Line เพื่อส่งข้อมูลที่เป็นรูปภาพ 5. จัดประชุมทำความเข้าใจกับ Coder ในการลงรหัสโรค/หัตถการให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งเขต	
ระดับความสำเร็จ	1. ทบทวนข้อมูลตามตัวชี้วัด 2. จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงนโยบาย 3. ชี้แจง Fast Track Acute Limb Ischemia Guideline และครอบคลุม Traumatic vascular injury	1. จัดประชุม/อบรมฟื้นฟูวิชาการสัญจร 2. จัดทำ Workshop ให้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 3. ออกนิเทศโรงพยาบาลลูกข่าย	1. พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูล 2. ให้แพทย์ที่มีความสนใจเข้ามาฝึกผ่าตัด 3. จัดประชุมวิชาการสำหรับเครือข่าย ผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบในทุกโรงพยาบาลในจังหวัด	1. คืนข้อมูล 2. ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปและประเมินผลงาน

ตัวชี้วัด	1. ร้อยละการแตกของภาวะไส้ติ่งอักเสบและแตกของเยื่อช่องท้องทั่วไป < 20% 2. ระยะเวลา Door to incision ≤ 12 ชั่วโมง 3. อัตราตายเฉลี่ยในโรงพยาบาลของผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ (< 4%)						
สถานการณ์ /ข้อมูลพื้นฐาน	1. จำนวนผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบในเขตโดยเฉลี่ย ปีละ 6,000 ราย ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2560 อัตราการแตกของไส้ติ่ง =9.01%, อัตราการเสียชีวิตใน Acute abdomen=3.01% (ทุกโรงพยาบาลไม่มีเกินเป้า) 2. สาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยปวดท้องเฉียบพลัน 5 ภาวะ ได้แก่ภาวะติดเชื้อ (Surgical sepsis) ซึ่งในโรงพยาบาลระดับ M บางแห่ง /F ยังไม่มี ICU unit ในการรองรับผู้ป่วย 3. การจัดการตั้งแต่ต้นทางจากโรงพยาบาลชุมชนเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าได้รับการจัดการที่รวดเร็ว ถูกต้องและครบถ้วนจะทำให้เพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้น						
มาตรการ	มาตรการ 1 พัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง		มาตรการ 2 พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ		มาตรการ 3 พัฒนาระบบการจัดการข้อมูล		
กิจกรรมหลัก	1. เสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มโรคเป้าหมาย เช่น จัดประชุม/อบรมฟื้นฟูวิชาการ 2. จัดทำ workshop การตรวจวินิจฉัยภาวะฉุกเฉินทางช่องท้องโดยใช้ Ultrasound ให้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 3. พัฒนาศักยภาพ โรงพยาบาลระดับ M1 ให้สามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤตได้ 4. ส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ไปอบรมเพิ่มพูนทักษะ 5. ออกนิเทศและจัดวิชาการสัญจรไปตามจังหวัดในเครือข่ายเพื่อเปิดโอกาสให้ รพช/รพสต ลูกข่ายได้เข้ารับการอบรมมากขึ้น		1. กำหนดอัตรากำลังให้สอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์ในการให้บริการผู้ป่วยวิกฤต/ศัลยกรรม 2. ทบทวนการส่งต่อผู้ป่วย Fast Track Appendicitis ที่ใช้ Alvarado scale / Fast Track Sepsis ให้เป็นปัจจุบัน 3. จัดหาอุปกรณ์การผ่าตัดสำหรับโรงพยาบาลที่มีความพร้อมในการผ่าตัดทางศัลยกรรม 4. จัดให้โรงพยาบาลลูกข่ายมี Ultrasound 5. ขยาย Intensive Care Unit ในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตใน M		1. พัฒนาระบบการลงข้อมูล และระบบสืบค้นข้อมูล ที่เป็นข้อมูลรวมของเขต 2. พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูลและการคืนข้อมูล 3. สร้างเครือข่ายโดยการกำหนดผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบ Case manager ประจำรพ. คอยประสานเชื่อมข้อมูลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย		
ระดับความสำเร็จ	ไตรมาส 1 1. ทบทวนข้อมูลตามตัวชี้วัด 2. จัดประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงนโยบาย 3. ทบทวน Fast Track Appendicitis / Fast Tract Sepsis		ไตรมาส 2 1. จัดประชุม/อบรมฟื้นฟูวิชาการ 2. จัดทำ Workshop ให้แก่แพทย์เพิ่มพูนทักษะ 3. ออกโรงพยาบาลลูกข่าย		ไตรมาส 3 1. พัฒนาโปรแกรมการเชื่อมโยงข้อมูล 2. ให้แพทย์ที่มีความสนใจเข้ามาฝึกผ่าตัด 3. จัดประชุมวิชาการสำหรับเครือข่าย ผู้ประสาน/ผู้รับผิดชอบในทุกโรงพยาบาลในจังหวัด		ไตรมาส 4 1. คืนข้อมูล 2. ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปและประเมินผลงาน