



ประเด็นคำถามและข้อเสนอแนะ

การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการ
คุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า

(Advanced HA)

วันที่ 24-26 ธันวาคม 2562

ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สารบัญ

| | |
|---|----|
| สารบัญ | ก |
| รายชื่อทีมการเยี่ยมชมสำรวจขั้นก้าวหน้า (Advanced HA) | 1 |
| I-6 การปฏิบัติการ Leadership Interview | 2 |
| แผนกผ่าตัด | 3 |
| CLT ศัลยศาสตร์ | 5 |
| ศูนย์โรคหัวใจ | 6 |
| ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด Team Interview | 7 |
| หลังทำหัตถการสวนหัวใจ (Post Cath) | 9 |
| แผนกฉุกเฉิน | 11 |
| หอผู้ป่วยสังเกตอาการ | 12 |
| หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ | 13 |
| หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท | 15 |
| CLT รังสีวิทยา/รังสีรักษา Team Interview | 16 |
| คลินิกอายุรกรรม | 18 |
| หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU) | 20 |
| หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง | 22 |
| CLTอายุรกรรม | 23 |
| OPD อายุรกรรม, MICU, หน่วย Endocrine, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2, หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง | 23 |
| CLT สูติศาสตร์ -นรีเวชวิทยา | 28 |
| หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 | 29 |
| หอผู้ป่วยจิตเวช | 31 |
| คลินิกจิตเวช | 32 |
| CLT ER | 35 |
| องค์กรพยาบาล: รายงานการประชุมทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล | 36 |

| | |
|---|----|
| ศูนย์ถันยเวชช์ Team Interview | 42 |
| ห้องคลอด | 44 |
| หอผู้ป่วยสูติกรรม | 46 |
| CLT จักษุวิทยา และหอผู้ป่วยตา | 47 |
| CLT ENT | 49 |
| หอผู้ป่วยหู คอ จมูก | 51 |
| CLT กุมารเวชศาสตร์ | 53 |
| หออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU) | 55 |
| หอผู้ป่วยเด็ก 2 | 57 |
| II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ | 58 |
| ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ | 60 |
| II-7.3พยาธิวิทยากายวิภาค | 61 |
| การวัดวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานองค์กร | 62 |
| หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง-พิเศษ | 63 |
| หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย | 64 |
| CLT Orthopedic | 65 |
| คลินิกกระดูกและข้อ คลินิกเฟือก | 67 |
| คลินิกหูคอจมูก | 69 |
| ระบบยา | 70 |
| หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 | 73 |
| หอผู้ป่วยเด็ก 1 | 76 |
| คลินิกเด็ก | 78 |
| I-3 ระบบลูกค้า | 82 |
| I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ | 85 |
| I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล: KM, HR, IT | 86 |
| II- 5 ระบบเวชระเบียน | 91 |

รายชื่อทีมการเยี่ยมสำรวจชั้นก้าวหน้า (Advanced HA)

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์
2. อาจารย์เรวดี ศิรินคร
3. นาวาอากาศโทหญิง ภัคกร โลงนระวงศกร
4. นายแพทย์สุรชัย ปัญญาพฤทธิ์พงศ์
5. อาจารย์ ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

I-6 การปฏิบัติการ Leadership Interview

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562

เวลา : 9.00 -10.00 น. ณ ห้องประชุมชั้น 14

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม

1. ที่อาจารย์บรรยายมาทั้งหมด ใครเป็นผู้ดูแลกระบวนการหรือภาพ การ Implementation ระบบ อาจารย์ ออกแบบกระบวนการเหล่านี้อย่างไร
2. เรามีการบูรณาการให้กรรมการ ซึ่งกรรมการแต่ละกรรมการก็มี function อยู่ เราจะขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายเดียวกันขององค์กรอย่างไร เช่น เป้าหมายสู่ความเป็นเลิศ เราทำอย่างไร
3. มีเรื่องอะไรที่เป็นปัญหา จุด *PeakPoint* ที่ต้องแก้ปัญหาเชิงระบบ ใครจะเป็นผู้ที่ต้องเข้าไปมอง ว่าเป็นจุด *PeakPoint* แล้วนำมาออกแบบแก้ไขเชิงระบบ
4. เรา supply chain มีการประเมิน supplier อย่างไร เราคาดหวังอะไรกับ supplier
5. อาจารย์เสนอแนะว่า เราจะทำอย่างไร ที่จะสามารถดึง supplier หรือ out source ให้เข้ามามีส่วนร่วม เข้าถึง วิสัยทัศน์ ค่านิยม ทำอย่างไรให้ supplier ให้เขามีความผูกพัน ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับอาจมีมากกว่า เช่น การมาตั้ง Lab ให้
6. อาจารย์มีวิธีการอย่างไรทำให้มั่นใจว่าการเรียนการสอน ไม่ทำให้คุณภาพการรักษาตกลง
7. อาจารย์ถามว่า resident กับอาจารย์รักษาเท่ากันมั๊ย
8. มีการวัด out come ในกลุ่ม resident มั๊ย เช่น การทำ MM conference เอาคะแนนวิเคราะห์และปรับปรุง กระบวนการอย่างไร

แผนกผ่าตัด

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562

เวลา : 15.00-16.30 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม : ช่วงการนำเสนอที่ห้องประชุม 14C

1. อัตราการงดผ่าตัดที่ยังมีจำนวนมากในขณะที่มีห้องผ่าตัดเพียงพอ ควรมีการวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วยที่งดผ่าตัด ที่สามารถจัดการแก้ไขได้ กับที่ไม่สามารถแก้ไขได้
2. การผ่าตัดซ้ำ (สถิติของจักษุ กับ CVT มีจำนวนมาก) ควรแยกแบ่งกลุ่มในการนำเสนอให้ชัดเจนว่าทำผ่าตัดโดยใคร เป็นอาจารย์แพทย์ หรือแพทย์ฝึกหัด เพื่อจะได้ทบทวนว่าเกิดจาก Complication หรือ Competency
3. Surgical Safety Checklist เป็นมาตรฐานที่ทุกคนต้องทำด้วยความเข้าใจ ต้องทำให้อัตราการการทำ และอัตราความสมบูรณ์เท่ากับร้อยละ 100 เนื่องจากถ้าทำครบถ้วนทุกข้อจะสะท้อนความปลอดภัยของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี ควรเป็นนโยบายโรงพยาบาล การกำกับกระบวนการ อย่างไรก็ตามจะทำให้มีการปฏิบัติ เช่น ถ้า Surgical Safety Checklist ไม่สมบูรณ์ ไม่อนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากห้อง เป็นต้น
4. ด้วยโรงพยาบาล ม.อ.เป็นโรงเรียนแพทย์ การนำเครื่องมือใหม่ๆ มาใช้ในห้องผ่าตัด มีแนวทางการปฏิบัติหรือการจัดการอย่างไรบ้าง และแนวทางปฏิบัติในการนำเครื่องมือ Disposable มาผ่านกระบวนการ reprocessing และนำมาใช้ซ้ำเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย เป็นอย่างไร

คำถาม : ช่วงการเดินเยี่ยมชมหน่วยงานในห้องผ่าตัด

1. OR Environment
 - โครงสร้างบริเวณห้องรับส่งผู้ป่วยควรมี double door อีก 1 ชั้น เพื่อให้การ zoning ห้องผ่าตัด เป็น Zone sterile อย่างแท้จริง
 - การจัด zoning ควรแยกให้ชัดเจน เช่น ห้องรับส่งผู้ป่วย เพลรับผู้ป่วย ออกไปรับผู้ป่วยภายนอกแล้วกลับมาห้องผ่าตัด ควรจะเข้าไปถึงในห้องที่ทำผ่าตัดหรือไม่ กรณีใช้ Sticky mat เพื่อตักฝุ่นควรนำขนาดของรอบวงล้อเปลมาพิจารณาว่าแต่ละแผ่นตักฝุ่นได้มากน้อย ควรเปลี่ยนแผ่น Sticky mat เมื่อใด หรือจะใช้วิธีการเปลี่ยนเปล รวมทั้งการขนส่งผ้าเช็ดทำความสะอาดเครื่องมือจากภายนอก (CSSD) ควรเข้ามาในห้องผ่าตัดหรือไม่
2. ภายในห้องผ่าตัด (ภายใน OR แต่ละห้อง) (อ.สอบถามแต่ละวันมีการตรวจสอบความพร้อมอะไรบ้าง)
 - มีการ Monitor ประจำวัน/ตรวจเช็คความพร้อมใช้งานของห้องผ่าตัด (อุณหภูมิ ความชื้น Air-change)

- การตรวจ check ที่ทำอยู่แล้ว ถ้าไม่ได้ตามมาตรฐาน เราทำอย่างไร ควรกำหนดเป็นPolicy หรือข้อตกลงร่วมกันเพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ข้อเสนอแนะ :

1. ห้องเก็บเครื่องมือ/วัสดุอุปกรณ์ Sterile

- ควรมีการ Monitor อุณหภูมิ ความชื้น บันทึกลงเพื่อการวัดวิเคราะห์ทุกวัน

2. Surgical safety checklist

- เสนอแนะให้พัฒนาต่อยอดเป็น surgical safety checklist เฉพาะโรค เช่น การผ่าตัด Open heart อาจเพิ่มการทำ time-out ตรวจสอบความพร้อมของเครื่อง Heart Lung Machine

CLT ศัลยศาสตร์

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 เวลา 09.00 – 10.15 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

1. บทบาทหลักของ CLT คือการขับเคลื่อนนโยบาย ควรเพิ่มการนำเสนอข้อมูลจาก 3 จังหวัดภาคใต้ และการนำ 2P Safety เชื่อมโยงสู่หน่วยงาน เพราะแสดงให้เห็นเฉพาะ Surgical Safety Checklist
2. Consistence Care ทุกโรคต้องได้รับการดูแลที่เหมือนกัน ต้องเรียนรู้จากโรคที่นำเสนอ 3 โรคว่าผลลัพธ์ดีขึ้นจากกระบวนการใด แล้วนำกระบวนการนั้นไปขยายผล
3. Excellent Outcome ใน CLT ศัลยศาสตร์มีโรคอื่นๆอีกหลายสาขา ควรนำเสนอให้ครอบคลุม ภาพรวมควรมีอย่างน้อย 10 โรค ขอผลการดูแลรักษาแต่ละโรคเพิ่มเติมด้วย

ศูนย์โรคหัวใจ

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 เวลา 10.20 – 11.50 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

1. ควรมีการประชุม conference ร่วมกัน ระหว่างสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยุ่งยาก ซับซ้อน โดยกำหนด criteria ให้ชัดเจน
2. ควรนำข้อมูลระยะเวลารอคอยก่อนได้รับการทำหัตถการซึ่งยังคงค่อนข้างนาน มาทบทวนร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยปลอดภัยระหว่างรอ
3. กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สัมพันธ์กับโรค NCD หรือสิ่งแวดล้อมเช่น การสูบบุหรี่ อยู่น้อยเพียงใด มีการเชื่อมโยงกลุ่มเหล่านี้ในเชิงป้องกันหรือไม่ เพราะศูนย์โรคหัวใจควรมองเห็นภาพรวมของทั้งหมด และนำข้อมูลจากทีมอายุรศาสตร์ ทีม ER ทีม PCU ที่ลงเยี่ยมบ้าน มาเชื่อมโยงกัน กรณีผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เป็น DM HT แล้วเกิด stroke โรคหัวใจ ควรแยกข้อมูลส่งต่อ Primary Care เพื่อทบทวนกระบวนการดูแล

ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด Team Interview

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 10.00 -12.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

ศูนย์โรคหัวใจ ผัง Non-invasive

1. ใช้อะไรในการ screening ผู้ป่วยที่เคาน์เตอร์ด้านหน้าของศูนย์โรคหัวใจ? และใครเป็นคนทำ?
2. มีคนใช้กลุ่ม High risk มาใช้บริการหรือไม่? มีวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างไร?
3. ขอตัววัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการ CPR
 - ทำหรือไม่ใช้ CPR kit?
 - ควรปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาลให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการจัดระบบยา ได้แก่ ยา Emergency และยา Stock
 - กุญแจยาเสพติดควรมีผู้รับผิดชอบในการเก็บเพียงคนเดียว เมื่อจะใช้ต้องให้ผู้เก็บกุญแจมาเปิด หากยาหายผู้ที่เก็บกุญแจจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบ

ศูนย์โรคหัวใจ ผัง Invasive

1. ควรกำหนด Competency ของผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในห้อง observe อาการ ให้ชัดเจนว่าต้องเป็นใคร ต้องผ่านการ train อะไรมาบ้าง
2. ควรกำหนด Protocol ให้ชัดในเรื่องเกณฑ์การพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยหลังทำการหัตถการ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย และควรมีการติดตาม Incident ว่ามีผู้ป่วยจำนวนกี่รายที่ส่งกลับหอผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม
3. แผ่นดักจับฝุ่นที่พื้นควรมีขนาดที่เพียงพอที่จะสามารถดักจับฝุ่นที่ลื้อของเปลเช่นผู้ป่วย (ต้องคำนึงถึงขนาดของลื้อเปล)
4. ควรมีการแยกเปลที่เช่นผู้ป่วยเข้าในโซน sterile
5. ควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจนในการดูแลห้อง Hybrid
 - ระบบ Monitor ความชื้น เมื่อความชื้นของห้องเกินที่กำหนดจะอย่างไร หากความชื้นเกินควรประกาศการปิดใช้ห้อง และควรมีการกำหนดว่าจะเปิดใช้ห้องได้อีกเมื่อไร
 - ระบบการจัดการเรื่องความ Sterile ของห้อง Hybrid เช่น เมื่อห้องมีแมลงหวี่ หรือแมลงวันจะมีวิธีการจัดการอย่างไร การทำความสะอาดห้องต้องมีแนวทางที่ชัดเจน โดยเฉพาะห้องมีการเก็บของจำนวนมากไว้ ต้องกำหนดว่าอะไรบ้างที่ต้องดูแลจัดการรายวัน หรือรายสัปดาห์ (ควรปรึกษา IC และ OR)

- ให้พึงระลึกไว้เสมอว่า ห้อง Hybrid เป็น OR ไม่ได้เป็นห้องกึ่ง OR กึ่ง Intervention เพราะฉะนั้นต้องคำนึงถึงเรื่องความ Sterile ให้มาก และต้องมีระบบการดูแลที่ชัดเจน
 - ควรมีการ Monitor ความชื้นและอุณหภูมิบริเวณทางเดินหน้าห้อง Hybrid ด้วย เพราะความแตกต่างของอุณหภูมิภายในกับภายนอกห้องจะมีผลต่อความชื้นของห้อง Hybrid
6. ไม่ควรนำกล่องใส่วัสดุการแพทย์จากภายนอกเข้ามาในห้องจัดเก็บ ควรแกะวัสดุอุปกรณ์ออกจากกล่อง บริเวณโซนด้านนอกก่อนนำมาจัดเก็บในห้อง และควรมีระบบการ Monitor ความชื้นภายในห้องจัดเก็บ เพราะความชื้นจะมีผลต่อการทำให้วัสดุการแพทย์หมดอายุก่อนเวลาได้

หลังทำหัตถการสวนหัวใจ (Post Cath)

วันที่: 25 ธันวาคม 2562 เวลา: 10.00-12.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ: ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม:

1. ใช้อะไรในการ screening ผู้ป่วยที่เคาน์เตอร์ด้านหน้าของศูนย์โรคหัวใจ? และใครเป็นคนทำ?
2. มีคนใช้กลุ่ม High risk มาใช้บริการในโซน Non-invasive ของศูนย์โรคหัวใจหรือไม่? มีวิธีการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างไร?
3. ขอคว้สาคูอุปกรณ์ที่ใช้ในการ CPR ของศูนย์โรคหัวใจ ทำไมไม่ใช้ CPR kit?

ข้อเสนอแนะ:

1. ศูนย์โรคหัวใจควรปฏิบัติตามนโยบายของโรงพยาบาล ในการปฏิบัติให้เป็นมาตรฐานเดียวกันในการจัดระบบยา ได้แก่ ยา Emergency และยา Stock
2. ศูนย์โรคหัวใจควรจัดผู้รับผิดชอบในการเก็บกุญแจยาเสพติดเพียงคนเดียว เมื่อมีการใช้งาน ต้องให้ผู้เก็บกุญแจมาเปิด เพราะกรณียาหายจะสามารถตามได้ง่ายจากผู้เก็บกุญแจ
3. ข้อเสนอแนะสำหรับศูนย์โรคหัวใจ ผัง Invasive
 - 3.1 ควรกำหนด Competency ของผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยในห้อง observe อาการ ให้ชัดเจนว่าต้องเป็นใคร ต้องผ่านการ train อะไรมาบ้าง
 - 3.2 ควรกำหนด Protocol ให้ชัดเจนเรื่องเกณฑ์การพิจารณาความพร้อมของผู้ป่วยหลังทำหัตถการ ก่อนส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วย และควรมีการติดตามว่ามี Incident ของการส่งผู้ป่วยกลับหอผู้ป่วยใน ขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อมเกิดขึ้นหรือไม่ จำนวนกี่ราย
 - 3.3 แผ่นดักจับฝุ่นที่พื้นควรมีขนาดที่เพียงพอที่จะสามารถดักจับฝุ่นที่ล่อของเปลเซ็นผู้ป่วย (ต้องคำนึงถึงขนาดของล่อเปล)
 - 3.4 ควรแยกเปลที่เซ็นผู้ป่วยเข้าโซน sterile กับเปลจากภายนอก
 - 3.5 ควรกำหนดแนวทางในการดูแลห้อง Hybrid ที่ชัดเจน โดยต้องคำนึงว่า ห้อง Hybrid เป็น OR ไม่ได้เป็นห้องกึ่ง OR กึ่ง Intervention เพราะฉะนั้นต้องคำนึงถึงเรื่องความ Sterile และต้องมีระบบการดูแลที่ชัดเจนด้านต่าง ๆ ดังนี้
 - 3.5.1 ระบบ Monitor ความชื้น เมื่อความชื้นของห้องเกินที่กำหนดจะอย่างไร หากความชื้นเกินควรประกาศการปิดการใช้ห้อง และควรกำหนดว่าจะเปิดใช้ห้องได้อีกเมื่อไร
 - 3.5.2 ระบบการจัดการเรื่องความ Sterile ของห้อง Hybrid เช่น เมื่อห้องมีแมลงหวี่ หรือแมลงวัน จะมีวิธีการจัดการอย่างไร การทำความสะอาดห้องต้องมีแนวทางที่ชัดเจน โดยเฉพาะห้องมี

การเก็บของจำนวนมากไว้ ต้องกำหนดว่าอะไรบ้างที่ต้องดูแลจัดการรายวัน หรือรายสัปดาห์ (ควรปรึกษา IC และ OR)

3.5.3 ควรมีการ Monitor ความชื้นและอุณหภูมิบริเวณทางเดินหน้าห้อง Hybrid ร่วมกับ เพราะความแตกต่างของอุณหภูมิภายในกับภายนอกห้องจะมีผลต่อความชื้นภายในห้อง Hybrid

3.6 ในห้องเก็บวัสดุการแพทย์ ไม่ควรนำกล่องใส่วัสดุการแพทย์จากภายนอกเข้ามาในห้อง ควรเอาวัสดุการแพทย์ออกจากกล่องบริเวณโซนด้านนอกก่อนนำมาจัดเก็บในห้อง และควรมีระบบการ Monitor ความชื้นภายในห้องจัดเก็บ เพราะความชื้นจะมีผลต่อการทำให้วัสดุการแพทย์หมดอายุก่อนเวลาได้

แผนกฉุกเฉิน

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562

เวลา : 13.00-14.00น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ. ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม :

1. Triage ผู้ป่วย Under triage มีเยอะหรือไม่ เราจัดการอย่างไร
 - ผู้ป่วย ESI 4-5 ตรวจรักษาที่ไหน คลินิกนอกเวลาเปิดถึงกี่โมง
 - Case ที่ Under triage ที่ส่งไป OPD ส่วนใหญ่เป็น case อะไร
 - มี Protocol การส่งผู้ป่วยจาก OPD มา ER หรือไม่
 - มีปัญหาในการคัดแยกผู้ป่วยกลุ่ม Respiratory disease หรือไม่ ถ้าคัดแยกผิดพลาดเข้าไปด้านในจัดการอย่างไร
 - ผู้ป่วย MERS CoV/ SARS เคยหลุดการคัดแยกเข้าไปด้านในหรือไม่
2. ห้อง Resuscitation ทำไม่ถึงเปิดใช้เพียงแค่ห้องเดียว ความพร้อมของทีมและอุปกรณ์ต่างๆ มี staff ตลอด 24 ชั่วโมง?
3. ผู้ป่วย ESI 1-2 ได้เจอแพทย์ภายในคืนที่มี central monitor?
4. มาตรฐานตู้เก็บเลือด ใครรับผิดชอบในการดูแลอย่างไร
5. ยา HAD /ยาควบคุมพิเศษ/ ยา stat A
 - ใครพิจารณาการstock ยา
 - แนวทางการใช้ยา HAD /ยาควบคุมพิเศษ/ ยา stat A แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
 - ขั้นตอนการใช้ยา HAD /ยาควบคุมพิเศษ/ ยา stat A
 - ทำไม่ถึงต้องมี stock ยา stat A

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรมี protocol กำหนดว่ายาใดควรผ่านระบบ HIS ก่อนให้หรือไม่
2. คำจำกัดความของ life-threatening condition
3. life-threatening condition ใดบ้างที่สามารถรับ order ยาได้ผ่าน verbal order ควรมีข้อกำหนดให้ชัดเจน
4. ต้องระมัดระวังและมีความรู้เรื่อง drug interaction

หอผู้ป่วยสังเกตอาการ

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562

เวลา : 14.00 – 14.05 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม :

1. รับผู้ป่วยกี่เตียง มีพยาบาลกี่คน การบริหารอัตรากำลังเพียงพอหรือไม่
2. หอผู้ป่วยมีความเสี่ยงอะไรบ้าง
3. มีเคสที่มีอาการแยลงบ้างหรือไม่และทำอย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

- ควรมีการนำเคสที่มีอาการแยลงในหอผู้ป่วยมาทบทวนร่วมกัน

หอผู้ป่วยอุบัติเหตุ

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 15.30-16.30 น

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ. ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม :

1. หอผู้ป่วยนี้ มีการจัดโซนนิ่งชายหญิงอย่างไรบ้าง
2. อัตราการครองเตียงมากน้อยกี่เปอร์เซ็นต์
3. Trauma round มีวันไหนบ้าง มีใครบ้างเข้าร่วม
4. ที่ผ่านมาใส่ tube มีกี่ราย ใส่นานแค่ไหน
5. จะบอกอะไรกับผมบ้างเกี่ยวกับหอผู้ป่วย
6. CAUTI คิดว่าน่าจะมี หลาย factor หลาย condition ไม่ควรโทษตัวเองที่ทำไม่ดี ให้ร่วมปรึกษาหา RCA ร่วมกับแพทย์ อาจารย์ท่านอื่นคิดเห็นอย่างไรครับ
7. ตัวอย่าง case ทำไมถ่ายเหลว ปัญหานี้คุยกับแพทย์บ้างหรือไม่ เพราะว่าบาง case อาจเกิดจากคนไข้ หรือจากปัจจัยอื่น ทำไมถึงไม่สามารถ off foley ได้
8. โรคบางโรคต้องอาศัยแพทย์พยาบาลมาร่วมกันหาทางออก เช่น บาดเจ็บไขสันหลังการทำ cystos ไม่ควรไปโทษเรื่อง care อย่างเดียว เพราะจาก compliance เราก็ทำดีอยู่แล้ว แต่ทำให้เราหาวิธีการแก้ไข ด้วย bundle แทน หาก review evidence แล้ว ถ้าไม่พอควรให้วิจัยเพิ่ม
9. Pain ใน trauma มี protocol มั้ย ตอบว่ามีและเสนอให้ดู
10. มี pain management สำหรับ case general หรือไม่ และใครเป็นผู้ดูแลผลของการปฏิบัติตาม protocol
11. ขอยกตัวอย่าง case >> ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ
12. พยาบาลดูปัญหาผู้ป่วยที่แพทย์บันทึกได้จากที่ใดบ้าง ขอให้เปิดให้ดู
13. ขอช่วยเปิดบันทึกทางการพยาบาลว่าเป็นปัญหาเดียวกันกับแพทย์บันทึกไว้หรือไม่
14. จากตัวอย่าง case พยาบาลทราบมั้ยว่า specific risk ในผู้ป่วยรายนี้คืออะไร มีการสื่อสารจากแพทย์หรือไม่ ขอให้เปิดดู
15. แม้ว่าผู้ป่วยกรณีตัวอย่างรายนี้ ใน 2 วันถัดมา ได้รับการวางแผนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่ในวันอื่นที่ไม่มีทีมสหสาขามาดูแล จะทำอย่างไร
16. ถามแพทย์ว่าผู้ป่วยรายนี้มี specific risk อะไรบ้าง อย่างเช่นกังวลเรื่อง leakage มีอะไรที่ต้องระวังเป็นพิเศษหรือไม่ ควรสื่อสาร ปัญหา เป้าหมายและ early warning sign ให้ชัด เพื่อให้พยาบาลและทีมสหสาขาเห็นปัญหาได้ชัดเจนขึ้น พยาบาลสามารถนำมาเขียน เชื่อมโยงได้

ข้อเสนอแนะ :

1. แนะนำให้แพทย์ควรเขียนปัญหาของผู้ป่วยในบันทึกให้ชัดเจน รวมถึง specific risk, early warning sign ในผู้ป่วยรายนี้มีอะไรบ้างที่ต้องระวัง มีอะไรบ้างที่ให้ทีมสหสาขาวิชาชีพเฝ้าระวังบ้าง
2. แนะนำให้โซนนิ่งชายหญิง ห้องน้ำแยก จัดให้เดินผ่านแยกกันอย่างชัดเจน และควรให้โรงพยาบาลเข้ามามีส่วนออกแบบ เพราะหอผู้ป่วยที่มีชายหญิงปนกัน มีอีกหลายหอผู้ป่วย
3. ปัญหาของ CAUTI ควรวิเคราะห์ RCA ร่วมกันทั้งแพทย์และพยาบาล ทีมสหสาขา
4. แนะนำการส่งต่อข้อมูล ระหว่างหน่วยงาน เช่น ผู้ป่วยที่ย้ายจาก SICU มา หอผู้ป่วย โดยให้วิชาชีพแพทย์บอกให้ได้ว่าต้องดูแลอะไรต่อเนื่องบ้าง และให้พยาบาลทราบสามารถนำมาตั้งเป็นบันทึกทางการพยาบาลให้ลือกันไป
5. การติดตามการปฏิบัติตาม protocol ควรมีผู้ดูแลจากส่วนกลาง ควบคุมติดตาม

หอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 16.30 -17.00 น.

ผู้เยี่ยมชม : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

คำถาม :

1. หน่วยงานมีกลยุทธ์อย่างไรที่จะทำ Innovation เพราะต้องใช้เวลาส่วนตัวนอกเหนือจากเวลางาน
2. Innovation ที่เข้ามาได้รับการยอมรับในทีมสุขภาพที่จะนำไปใช้หรือไม่

ข้อเสนอแนะ :

1. การทำ Innovation ไม่ได้วัดความสำเร็จจากจำนวนชิ้น แต่ควรให้ความสำคัญกับการทำให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กร
2. ชื่นชมการสร้าง Innovation ที่เริ่มต้นจากปัญหาหน้างาน

CLT รังสีวิทยา/รังสีรักษา Team Interview

วันที่ : 26 ธันวาคม 2562 เวลา : 08.30 -10.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ผศ.นพ.ฉัตรชัย มิ่งมาลัยรักษ์

อาจารย์ขึ้นชมทีมที่ Present

คำถาม :

1. การรักษาที่ต้องเชื่อมโยงกับจุดอื่น มีการ conference ร่วมกันหรือเปล่า
2. มาตรฐานการผ่าตัด เหมือนกันหรือเปล่า เช่นการผ่าตัด Thyroid ของภาควิชาศัลยศาสตร์ กับ หู คอ จมูก อาจารย์เสนอแนะถ้า มาตรฐานการผ่าตัด ไม่เหมือนกันให้มานั่งคุยกัน ก่อนที่มาถึงเวชศาสตร์ ไม่ได้บังคับแต่เพื่อจะได้ออก Guild line เดียวกัน เพราะเราต้องเลือก best option ที่ดีให้กับผู้ป่วย
3. เรื่องการ Training Risk ของภาควิชามีหรือเปล่า
4. มีกระบวนการกำกับติดตามที่ชัดเจนหรือไม่
5. มีการนำงานวิจัยมาบูรณาการ ในการเรียนการสอนหรือไม่

Trace Patient Care รังสีวิทยา/รังสีรักษา (1.X Ray อรุพงศ์ 2.ห้องฉายแสง 3. 2BEAM)

คำถาม :

X Ray อรุพงศ์

1. x ray อ่านจริงได้ผลไม่ผิดพลาดเท่าไร
นำผลมาพัฒนาอย่างไร
2. บุคลากรที่ทำงานได้รับรังสีจากการทำงาน มีการตรวจวัดอย่างไร
3. เคยมีปัญหา เช่นมีcaseที่อาการทรุดลงที่นี้มัย?
มี case Emergency มาที่นี้มัย มีรถCPR. มีซ้อมมัย
4. ตัวcontrast มี monitor มัย มีติดตามหลังใช้contrast มัย เช่นมี Effect หรือไม่ แนะนำถึงมีน้อยก็ให้มีการติดตามดูบ้าง
5. ผู้ป่วยแพ้contrast ทราบได้อย่างไร

ห้องฉายแสง

1. กองทุนเสริมอาหารในผู้ป่วยยากไร้ ได้เงินมาจากไหน
 2. ประเมิน complication อย่างไร
 3. มีรถCPR. เครื่องDefib. มีการซ้อมมัย
 4. เวชระเบียนที่นี้แยกต่างหากมัย ทำไมยังมีเวชระเบียนกระดาษจำนวนมาก
 5. คนไข้ใส่แร่เสร็จอยู่ตรงไหน มีการดูแลมัยหลังใส่
 - 6.มี การcheck รังสีมัยว่ามีการกระจายออกมาหรือไม่
 - 7.ซ้อมดับเพลิงมัย ซ้อมอะไรบ้าง มีอะไรพิเศษมัย เช่นเครื่องมือบางชนิดจะระเบิดรุนแรงมัย เช่นเครื่องฝังแร่ เป็นต้น
 8. กัมมันตรังสี leak จุดรวมพลอยู่ตรงไหน แนะนำให้ซ้อม แนะนำให้เอา out source มาร่วมซ้อมแผนอัคคีภัย
- 2BEAM

ชื่นชมการบริหารจัดการ บริการผู้ป่วยได้มีประสิทธิภาพมาก

คลินิกอายุรกรรม

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562

เวลา : 13.00- 13.30 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ทีม 3: อ.เรวดี ศิรินคร

สรุปประเด็นขึ้นชม/โอกาสพัฒนา ตามมาตรฐาน

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ประเด็นคำถาม | โอกาสพัฒนา |
|---|--|--|
| 3-1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | <p>1.การรับ Refer in มาจากที่ใด โรคอะไร</p> <p>2.ระบบการรับ consult ทั้งภายนอกและภายในเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้รับผิดชอบ อาจารย์/แพทย์ใช้ทุนมีระบบการรับปรึกษาทั้งภายนอกและภายในเป็นเอกสารชัดเจนจากภาควิชาทางคลินิกมีการกำหนดห้องประจำวันให้แพทย์ใช้ทุนที่รับปรึกษา....</p> <p>3.สถิติการรับconsult จากต่างแผนก มาจากแผนกใดบ้าง เรื่องอะไร โรคอะไร ที่พบมากที่สุดนำมาปรับใช้พัฒนาอย่างไร</p> <p>4.กรณีระบบ E-consult ในผู้ป่วย Onco(อ.อรุณี) เป็นสิ่งที่ดี เสนอแนะแนะนำให้ขยายไปทำในโรคอื่น ๆ ด้วย และควรให้มีการส่งข้อมูลกลับไปให้เครือข่ายที่ส่งมาให้รับทราบเรื่องการวินิจฉัยผิดพลาด การส่งต่อล่าช้า เพื่อเป็นการพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง</p> | <p>-พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Refer กลุ่ม Consultให้เป็นสารสนเทศ โดยแยกเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - Refer in - Refer out - Refer back <p>-จัดทำเกณฑ์การรับ Refer การรับ Consult ที่ชัดเจน</p> <p>-ภาควิชาอายุรศาสตร์มีการขยายระบบ E-consult ให้ครอบคลุมสาขาวิชาอื่น เพิ่มจากสาขามะเร็ง Oncology</p> |
| II-4.2 การป้องกันการติดเชื้อ -แนวทางการแยกผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อจากผู้ป่วยและบุคลากรซึ่งมีภูมิต้านทานต่ำ หรือความเสี่ยงด้วยเหตุอื่นๆ และได้รับการนำไปปฏิบัติ | <p>ความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยภูมิต้านทานอ่อนรับเลือดอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป</p> <p>ความยุ่งยากในการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีเร่งด่วนในห้องเปลนอนซึ่งมีความแออัด</p> | <p>- จัดระบบ Zoning และมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มรอนอน ที่มีพื้นที่แออัด เช่นการใส่ Mask ให้ผู้ป่วยทุกราย</p> |
| 3-6. การดูแลต่อเนื่อง | 1.การRefer out/Refer backด้วยประเด็นอะไรบ้าง | พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเพื่อ |

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ประเด็นคำถาม | โอกาสพัฒนา |
|----------------------|--|---|
| | 2.คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นอย่างไร สถิติผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้าและหัวใจ | ป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเช่นผู้ป่วย DM ,HT,โรคไต |

ข้อชื่นชม

1. กรณีระบบ E-consult ในผู้ป่วย Onco (อ.อรุณี) เป็นสิ่งที่ดี
2. ภาควิชามีระบบ Consult ที่ชัดเจน มีการมอบหมายแพทย์รับปรึกษาประจำวัน OPD ทำให้ผู้ป่วยโรคยากซับซ้อนเข้าถึงบริการได้สะดวก

แผนพัฒนาต่อยอด

1. พัฒนาระบบการเก็บข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม Refer กลุ่ม Consult ให้เป็นสารสนเทศโดยแยกเป็น - Refer in, Refer out, Refer back
2. จัดทำเกณฑ์การรับ Refer การรับ Consult ที่ชัดเจน
3. ภาควิชาอายุรศาสตร์มีการขยายระบบ E-consult ให้ครอบคลุมสาขาวิชาอื่นเพิ่มจากสาขามะเร็ง Oncology
4. จัดระบบ Zoning และมีมาตรการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มรณอนที่มีพื้นที่แออัด เช่นการใส่ Mask ให้ผู้ป่วยทุกราย
5. พัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลตนเอง ในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังเพื่อป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นเช่นผู้ป่วย DM ,HT,โรคไต
6. ทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงานให้สอดคล้องกับ CLT, ออกแบบการเก็บตัวชี้วัดและนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนา

หออภิบาลผู้ป่วยอายุรกรรม (MICU)

วันที่ : 24-12-2562

เวลา : 13.40-14.50 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อ.เรวัต ศิรินคร

คำถาม :

1. กลุ่มผู้ป่วยหลักของ MICU คือผู้ป่วยกลุ่มใด
2. กลุ่มผู้ป่วย sepsis ส่วนใหญ่รับจากที่ไหน
3. จะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยที่ควรเข้า ICU ได้เข้า และผู้ป่วยที่ควรเข้า ICU แต่ไม่ได้เข้า
4. อัตราการเกิด sepsis ใน ICU มีเท่าไร
5. นำเสนอการดูแลผู้ป่วยในการใช้ FASTHUG and BANDAIDS เป็น Daily checklist ระหว่างแพทย์กับ

พยาบาล

6. หน้าทีของเภสัชใน ICU มีหน้าที่อะไรบ้าง
7. เราทำ Med reconcile เพื่ออะไร มีกระบวนการอะไรบ้าง
8. การจัดการผู้ป่วยเชื้อดื้อยา

ข้อเสนอแนะ :

1. นำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วย sepsis เกี่ยวกับ ATB time อาจารย์ว่าน่าจะเป็นตัวชี้วัดของต้นทางที่ส่งผู้ป่วยเข้ามา ซึ่งแจ้งอาจารย์ว่าหอผู้ป่วยต้องเฝ้าระวังการเกิดครั้งใหม่เช่นเดียวกัน และใช้ one hour bundle เช่นเดียวกัน
2. แนะนำว่าควรเก็บข้อมูลแยกกลุ่มผู้ป่วย sepsis ที่เป็นกลุ่ม Community infection กับกลุ่ม Hospital infection เนื่องจากสองกลุ่มนี้มีความแตกต่าง
3. พัฒนาการลงบันทึก med reconcile ให้มีประสิทธิภาพ และการระบุ last dose รวมถึงการส่งต่อข้อมูลกลับให้ รพ.ต้นสังกัด
4. พัฒนาระบบการเก็บยา อ.เรวัต ยกตัวอย่าง ผู้ป่วยมียาเก็บที่บ้านปริมาณมากเมื่อรับยามาจะทราบได้อย่างไรว่ามีคุณภาพ แนะนำการเก็บยาอย่างไร
5. แลกเปลี่ยนเรียนรู้กลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา CRE กับ อ.ศรัณยู ชูศรี อาจารย์ชื่นชมกับการจัดการ การทำ Active servillance การถือการสั่ง ATB โดยใช้ระบบ IT และแนะนำให้ไปช่วยเหลือชุมชนในการจัดการ ซึ่งเป็นปัญหาที่ใหญ่และมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ

สรุปคำถามจากการตรวจเยี่ยม AHA ที่หอผู้ป่วย MICU โดย อ.เรวดี ศิรินคร
วันที่ 24-12-2562 เวลา 13.40-14.50 น.

1. คำถาม : กลุ่มผู้ป่วยหลักของ MICU คือผู้ป่วยกลุ่มใด
คำตอบ : ผู้ป่วย severe sepsis/septic shock ร้อยละ 40
2. คำถาม : กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่รับจากที่ไหน
คำตอบ : ลำดับหนึ่งจะเป็นผู้ป่วยจาก ER และรองลงมาจะเป็นหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย
3. คำถาม : จะรู้ได้อย่างไรว่าผู้ป่วยที่ควรเข้า ICU ได้เข้า และผู้ป่วยที่ควรเข้า ICU แต่ไม่ได้เข้า
คำตอบ : ยังไม่มีข้อมูลตัวเลขนี้ที่ชัดเจน เนื่องจากการจองเตียงจะติดต่อกัน อ.แพทย์ แต่จากข้อมูลที่มีเบื้องต้นพบว่าร้อยละ 70 ICU จะมีเตียงว่างพร้อมรับผู้ป่วย แต่จะมีความล่าช้าในกระบวนการของการส่งผู้ป่วยเนื่องจากต้อง resuscitation CT หรือทำหัตถการ CVC เป็นต้น
4. หอผู้ป่วย : นำเสนอข้อมูลการดูแลผู้ป่วย sepsis เกี่ยวกับ ATB time
อ.เรวดี : แนะนำว่า ATB ภายใน 60 นาทีควรจะเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ใน ER หรือไม่
หอผู้ป่วย : จะมีกรณีแพทย์ order ATB ตัวใหม่ทาง ICU จะมีติดตามข้อมูลให้ได้ตามตัวชี้วัด
5. อ.เรวดี : แนะนำว่าควรเก็บข้อมูลแยกกลุ่มผู้ป่วย sepsis ที่เป็นกลุ่ม Community infection กับกลุ่ม Hospital infection เนื่องจากสองกลุ่มนี้มีความแตกต่าง อ.เรวดี สอบถามอัตราการเกิด sepsis ใน ICU
หอผู้ป่วยตอบ : อัตราการเกิด sepsis ใน MICU ไม่เกิน 20 ราย/เดือน
6. หอผู้ป่วย : นำเสนอการนำกรอบแนวคิด FASTHUG and BANDIADS มาใช้ในการดูแลผู้ป่วย ICU ระหว่างทีมแพทย์และพยาบาล
7. อ.เรวดี : หน้าทีของเภสัชใน ICU มีหน้าที่อะไรบ้าง
อ.สิริมา : ตรวจสอบยา / การทำ medication reconciliation
8. อ.เรวดี : อธิบายกระบวนการ medication reconciliation 4 ประการ คือ
 1. Verification การบันทึกรายการยา อาหารเสริม สมุนไพรที่ผู้ป่วยได้รับ
 2. Clarification ทวนสอบความถูกต้องของยาที่บันทึก
 3. Reconciliation เปรียบเทียบยาผู้ป่วยที่ได้ใหม่ กับยาเดิมที่ผู้ป่วยเคยได้รับ
 4. Transmission เมื่อผู้ป่วยจำหน่าย สื่อสารรายการยาล่าสุดที่ผู้ป่วยได้รับกับผู้ป่วยเองหรือผู้ดูแล

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562

เวลา : 15.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อ.เรวดี ศิรินคร

คำถาม :

1. มีผู้ป่วย stroke มากน้อยแค่ไหน เรามีการ วางแผนการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างไรเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยที่กลับบ้านแล้วสามารถดูแลตนเองได้ อาการไม่แย่งลงจนเข้าสู่ end of live หรือ ไม่เกิดความพิการได้อย่างไร จำนวนผู้ป่วยที่ readmit มากมัย
2. มีมาตรการการเฝ้าระวังหรือดูแลผู้ป่วยกลุ่ม DM HT อย่างไรไม่ให้เกิด stroke แต่การสอนคงไม่พอ
3. อ.เสนอแนะให้มี stroke unit เพราะคิดว่าด้วยภาระงานของหอผู้ป่วยไม่น่าดูแลผู้ป่วย stroke ได้ดีพอ
4. เสนอแนะว่าควรมีแผนการดูแลผู้ป่วย stroke โดยแบ่งตามระดับความรุนแรง ได้แก่ mide moderate sever ยกตัวอย่างกลุ่ม mide นอน 2-3 วัน ส่งต่อ รพ.ใกล้บ้าน เป็นต้น
5. นำเสนอนวัตกรรม Griffy fit

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

1. นำเสนอ NEWs. ขอดูการบันทึกในComp.
2. มีการสุ่มการบันทึกหรือไม่
3. ถามแพทย์ว่าเคยเจอมัยว่าข้อมูลที่ลงไม่ตรง
ถามว่าเมื่อแพทย์ได้รับการรายงาน ทำอย่างไร
- 4.ทำไมถึงเลือกใช้ NEWs
NEWs กับ Sofra ต่างกันอย่างไร
5. การดูแลผู้ป่วยStroke
เสนอแนะ ward stroke ผลลัพธ์การดูแลต่างกันในแต่ละระยะ

CLTอายุรกรรม

OPD อายุรกรรม, MICU, หน่วย Endocrine, หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2, หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562

เวลา : 13.00-16.30 น.

ผู้เยี่ยมสำรวจ : อ.เรวดี ศิรินคร

สรุปประเด็นขึ้นชม/โอกาสพัฒนา ตามมาตรฐาน

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ประเด็นขึ้นชม | โอกาสพัฒนา |
|---|--|---|
| 2-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพ ด้านการพยาบาล (2) ระบบบริหารการพยาบาล สร้างความมั่นใจว่าจะมีบุคลากร ทางการพยาบาลที่มีความรู้ ความสามารถและ ปริมาณเพียงพอสำหรับบริการ | | -การวิเคราะห์อัตรากำลังให้สอดคล้องกับภาระ งาน โดยใช้ข้อมูลในกลุ่มโรคสำคัญในหอผู้ป่วยที่ ต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีเกณฑ์เข้า ICU แต่ไม่ได้ เข้า (ต้องมีการเก็บข้อมูลจำนวนผู้ป่วยวิกฤตที่มี เกณฑ์เข้า ICU แต่ไม่ได้เข้า) |
| 2-4.2 การป้องกันการติดเชื้อ -การประเมินแนวทางและ มาตรการป้องกันการติดเชื้อ ใน รูปแบบต่างๆเป็นอย่างไร -แนวทางการแยกผู้ป่วยที่เป็น โรคติดต่อจากผู้ป่วยและบุคลากร ซึ่งมีภูมิคุ้มกันต่ำหรือความ เสี่ยงด้วยเหตุอื่นๆ และได้รับการ นำไปปฏิบัติที่ OPD | - Surveillance CRE ทำได้ ดีมาก | -การวิเคราะห์ข้อมูลการล้างมือกับ MDR เพื่อหา โอกาสพัฒนา เช่น MDR เกิดในวอร์ดไหนเยอะ อัตราการล้างมืออย่างไร -จัดระบบ Zoning และมีมาตรการป้องกันการติด เชื้อในผู้ป่วยกลุ่มรอนอนที่มีพื้นที่แออัด เช่นการใส่ Mask ให้ผู้ป่วยทุกราย เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ |
| 2-6 ระบบจัดการด้านยา -ระบบ Med Reconcile มี ประสิทธิภาพเพียงใด ป้องกันปัญหาได้เท่าไร -การสั่งจ่ายยาผ่านระบบ คอมพิวเตอร์ (CPOE) มี ฐานข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่ช่วย สนับสนุนการตัดสินใจในการสั่ง ใช้ยา | - โปรแกรม MR สามารถใช้ ร่วมกันได้ 3 วิชาชีพ มีการ ลงข้อมูล last dose ยา HAD | - การลงข้อมูล last dose ควรทำในทุกกลุ่มยา เพื่อลดความซ้ำซ้อน การได้รับยาต่อเนื่อง การ ป้องกัน drug interaction |

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ประเด็นขึ้นชม | โอกาสพัฒนา |
|----------------------------------|---|--|
| 3-1.การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | -การเข้าถึงแพทย์เฉพาะทาง โดยการจัดระบบแพทย์รับ consult ทุกวัน ระบบ e consult ของอายุร- Onco | - การเข้าถึง ICU เนื่องจากจำนวนเตียงมีน้อย ส่งผลให้มีผู้ป่วยหนักบางรายต้องอยู่ในหอผู้ป่วย ทั่วไป เพิ่มภาระงาน - องค์การพยาบาลควรวิเคราะห์ส่วนขาดของ อัตรากำลังในหน่วยงานที่มีความเสี่ยงต่อผู้ป่วย สูง/วิกฤติแต่เข้า IUC ไม่ได้ และวางมาตรการ เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยในหน่วยงาน ดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย |
| 3-2. การประเมินผู้ป่วย | - กระบวนการดูแลในผู้ป่วย ภาวะวิกฤต ทำงาน เชื่อมโยง มีการนำ นวัตกรรม Evidence มา ใช้พัฒนาระบบการดูแล: NEWS, qSOFA | - ควรมีการตรวจสอบค่า NEWS ว่ามีความเที่ยง |
| 3-3. การวางแผน/วางแผน จำหน่าย | - การวางแผนการดูแล ร่วมกับทีมสหสาขา: พยาธิ คลั่งเลือด ฝ่ายเภสัช แพทย์ พยาบาล มีการ ประเมินซ้ำ และปรับ แผนการรักษาเป็นระยะ มี การแจ้งผู้รับบริการ และ การบันทึกในเวชระเบียน - มี guideline การดูแล ผู้ป่วยในกลุ่มโรคสำคัญ - การวางแผนจำหน่ายใน กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งร่วมกับ เครือข่ายตามสภาพปัญหา ของผู้ป่วย | - การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น stroke ควรมีการประเมินผลการจำหน่ายและ ปรับแผนให้เหมาะสม |
| 3-4. การดูแลผู้ป่วย | - ผลลัพธ์การดูแลโรคยากใน กลุ่มโรคสำคัญของ CLT ทำได้ดี - นวัตกรรมในการดูแล โรคมะเร็ง Grippy Fit, | - ติดตามผลการใช้ early warning signs ว่า เป็นตามแนวทางหรือไม่ มีความเที่ยงหรือไม่ - การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วย สามัญ ทำให้ภาระงานเกิน ส่งผลต่อผลลัพธ์การ ดูแลผู้ป่วย |

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ประเด็นขึ้นชม | โอกาสพัฒนา |
|---|--|--|
| | - การใช้ early warning signs ในแต่ละกลุ่มโรค | |
| 3-5. การให้ข้อมูลและการเสริมพลัง | - การให้ข้อมูลเสริมพลัง สอนการดูแลผู้ป่วยผ่าน ครัว Hematology | |
| 3-6. การดูแลต่อเนื่อง | - การดูแลต่อเนื่องในกลุ่ม โรคมะเร็ง | <ul style="list-style-type: none"> - ควรมีการติดตามข้อมูลการ refer ควรแยกเป็น refer in มาจากพื้นที่ไหน, refer out ด้วยเรื่องอะไร, refer back - ควรเชื่อมโยงกับเครือข่าย เพื่อตอบสนองเรื่องการขึ้นนำสังคม -ระบบ e consult ควรสะท้อนข้อมูลกลับสู่เครือข่ายว่ามีการวินิจฉัยถูกต้องเท่าไร การส่งต่อเข้าหรือไม่ เพื่อให้เครือข่ายได้ทบทวนและพัฒนาตนเอง |
| <p>IV. ผลการดำเนินงานของ CLT อายุรศาสตร์</p> <p>V-1 ผลด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัยในกลุ่มโรคยากซับซ้อน และกลุ่มโรคเรื้อรังที่สำคัญ</p> | <p>CLT อายุรศาสตร์แสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านผลลัพธ์ กระบวนการ ความปลอดภัยในกลุ่มโรคยากซับซ้อน กลุ่ม Acute care ทำได้ดี</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ขอให้วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเรื้อรังที่สำคัญและมีปริมาณผู้ป่วยมากเช่น DM/ HT ที่ turn เป็น ACS มีมากน้อยแค่ไหน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์การดูแล นำมาออกแบบกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนทั้งในระดับ secondary & tertiary prevention การทำงานร่วมกับชุมชนแบบ Integration, Networking & Collaboration ทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล - การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย sepsis แยกเป็น 3 ส่วน คือ ที่มาจาก ER วรรต ใน ICU (การได้รับยา ATB) และวิเคราะห์อัตราการตายในผู้ป่วย sepsis ควรแยกผู้ป่วย palliative ออกไป - การพัฒนาระบบการดึงข้อมูลจาก HIS มาใช้โดยไม่ต้องมาเก็บข้อมูลเพิ่มเติม -ควรนำข้อมูลภาระงานในหอผู้ป่วยสามัญมา ทบทวน เชื่อมโยงกับความผูกพันต่อองค์กร |

Trace ตาม องค์ประกอบของ AHA 4 ด้าน 1) Excellence performance 2) systematic process performance 3) quality improvement & Innovation 4) การใช้ core value ขับเคลื่อน

CLT อายุรกรรม

ประเด็นชื่นชม

1. ผลลัพธ์การดูแลโรคยากทำได้ดี
2. Accessibility เพื่อให้การส่งต่อเข้าถึงได้ง่าย : ระบบ e- consult, ตารางการรับ consult ที่คลินิกอายุรกรรม
3. กระบวนการดูแลในผู้ป่วยภาวะวิกฤต ทำงานเชื่อมโยง มีการนำนวัตกรรม Evidence มาใช้พัฒนาระบบการดูแล: NEWS, qSOFA
4. การพัฒนาโปรแกรม med reconcile
5. Surveillance CRE ทำได้ดีมาก
6. การดูแลร่วมกับทีมสหสาขา: พยาธิ คลังเลือด ฝ่ายเภสัช แพทย์ พยาบาล มีการบันทึกในเวชระเบียน และการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มโรคมะเร็ง
7. นวัตกรรมในการดูแลโรคมะเร็ง Grippy Fit, คริว Hematology

โอกาสพัฒนา

1. CLT ควรใช้ข้อมูลรายโรคในการพัฒนา Integration, Networking & Collaboration ทั้งภายนอกและภายในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วย DM HT ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจมีมากน้อยเท่าไร (ไม่มีข้อมูล)เชื่อมโยงการดูแลโรคเรื้อรังและการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย (ตอบSO networking และการขึ้นนำสังคม) การล้างมือกับอัตราการติดเชื้อควรทบทวนว่ามีปัญหาที่วอร์ดไหนเพื่อนำสู่การพัฒนา
2. ผู้ป่วยที่เกณฑ์ต้องเข้า ICU ไม่ได้เข้า ICU มีเท่าไร ควรมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ นำสู่การวิเคราะห์อัตราค่าล้างที่เหมาะสม เชื่อมกับข้อมูลความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร หากภาระงานหนักเกินไปคนทำงานไม่ไหว อัตราการลาออก
3. การดูแลผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ (โรคเลือด) นอนรวมอยู่ในห้องสังเกตอาการ และมีรณนอนอยู่ด้านนอก >>มีการควบคุมการติดเชื้ออย่างไร และผู้ป่วยรณนอนมากมีการวิเคราะห์อัตราค่าล้างอย่างไร
4. การเก็บข้อมูล refer ควรแยกเป็น refer in มาจากพื้นที่ไหน, refer out ด้วยเรื่องอะไร, refer back
5. ระบบ e consult ควรสะท้อนข้อมูลกลับสู่เครือข่ายว่ามีการวินิจฉัยถูกต้องเท่าไร การส่งต่อเข้าหรือไม่เพื่อให้เครือข่ายได้ทบทวนและพัฒนาตนเอง
6. อายุรกรรมหญิงผู้ป่วยหนัก ระดับ 4 มาก ปัญหาการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ภาระงานมากกว่า competency ของบุคลากร

7. แยกข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานที่คุณได้กับคุณไม่ได้ มีผู้รับผิดชอบเฉพาะที่ดูแลข้อมูลเชิงระบบทั้งในผู้ป่วยที่ดูแล special และทั่วไป (หากไม่มีข้อมูลให้เชื่อมโยงกับ PCU นำเสนอให้ครอบคลุม)
8. มีผู้ป่วย stroke ในหอผู้ป่วย >กระบวนการฟื้นฟูทำอะไร ภาควิชาเสนอว่ามีแผนสร้างความเข้มแข็งให้แพทย์แผนไทย มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ อย่างไร
Surveyor เสนอ ให้แยกเป็น 3 กลุ่ม คือ mild moderate severe กำหนดพื้นที่ดูแลให้ชัดเจน มีการติดตามผลการฟื้นฟู การได้รับยา
9. การนิเทศ ติดตาม กำกับการประเมิน NEWS ว่ามีความเที่ยงหรือไม่
10. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย sepsis แยกเป็น 3 ส่วน คือ ที่มาจาก ER วอร์ด ใน ICU (การได้รับยา ATB) และวิเคราะห์อัตราการตายในผู้ป่วย sepsis ควรแยกผู้ป่วย palliative ออกไป
11. การพัฒนาระบบการดึงข้อมูลจาก HIS มาใช้โดยไม่ต้องมาเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

CLT สูติศาสตร์ -นรีเวชวิทยา

วันที่ 24 ธันวาคม 2562

1. ผู้เยี่ยมสำรวจจะคุยกับ CLT ใน 3 ประเด็นหลักคือ

- Management
- Service
- Alignment Direction

2. บทบาทสำคัญของ CLT คืออะไรและประสานการทำงานกับหัวหน้าภาควิชาอย่างไร

บทบาทสำคัญของ PCT ในการบริหารจัดการในภาพรวม มี 5 ด้านคือ

2.1 Alignment Direction ขององค์กร โดยใช้ 2P Safety และนวัตกรรม ทำความผ่องฉกรให้เป็นที่
พึงของสังคมภาคใต้ มี Model อะไรบ้างที่ทำให้มีการ Management ได้ง่าย

2.2 มองคุณภาพในภาพรวม เช่นการเข้าถึง OR ICU

- 2.3 พัฒนากลุ่มโรคสำคัญ พบว่า CLT นำเสนอยังมองไม่เห็นkey สำคัญที่จะเป็นRole Modelใน
การมีบทบาทเพื่อสังคมไทย มี refer in มาก เราสามารถตอบโจทย์ การมองภาพรวมเชิงบริหาร
จัดการ

จากการนำเสนออัตราตายของมารดาซึ่งมีแนวโน้มสูงทุกปี เพื่อโอกาสพัฒนาให้แยกวิเคราะห์
ข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่รับ refer จาก 2 อำเภอ ในจ.สงขลา มีต้นทุนที่ดี

มะเร็งนรีเวช มีความเร่งด่วนในการรักษาต่างกัน CLT ต้องมี Collaboration กับหน่วยงาน

อื่นๆ มีการตัดสินใจภายใต้Data base มีความเชื่อว่าต้อง design management

2.4 เป็นที่พึงของสังคม สร้างเสริมสุขภาพ

2.5 Efficiency

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อ.เรวดี ศิรินคร

1. ขอดูสภาพห้องพักผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร
2. ผู้ป่วยที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลได้รับการดูแลต่อเนื่อง มีการส่งต่อเครือข่ายอย่างไร
3. อาจารย์ใช้อะไรเป็นในการบ่งบอกผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทางโลหิตวิทยา (ถามแพทย์)
4. ขอดูเวชระเบียนมีการบันทึกปัญหา สื่อสารกันในทีมอย่างไร (แพทย์เปิด progress note)
5. ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยคืออะไร มีแนวทางการจัดการอย่างไร

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน :Palliative care Team

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก อ.เรวดี

1. การ Review standard ควรจะบรรจุอยู่ใน สรพ.
2. Palliative care มี 3 ระดับ ให้อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
3. อยากให้มีการประเมิน Provincial Network Certification ซึ่งจะเป็นโยบายขึ้นมากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีต้นทุนอยู่แล้ว
4. เจ้าหน้าที่ทุกระดับในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ในการดูแล palliative care เท่าไหร่ พัฒนาอย่างไร
5. มีการดูแลผู้ป่วย Training Risk ให้โรงพยาบาลอื่น และทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลหรือไม่
6. ชื่นชม การนำ Narrative interview มาซักประวัติในผู้ป่วย ให้มองในการสร้างคนรุ่นใหม่ มีการขยายวิธีการนี้ให้ครอบคลุมอย่างไร

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

- อาจารย์เข้าเยี่ยม ผู้ป่วย Case AML และมาเชื่อมโยงกับการบันทึกทางการแพทย์
 1. Case แบบไหนที่เข้าข่าย Palliative และมี criteria อย่างไร ทำอย่างไรจึงจะรู้ความต้องการของผู้ป่วย palliative care
 2. การใช้ Palliative Performance Scale (PPS) บอกได้อย่างไรว่าเป็น Case Palliative
 3. หากเทียบประสบการณ์ของอาจารย์ เมื่อเทียบกับ Palliative Performance Scale ใน Level ไหน

ที่บอกได้ว่าเป็น Case Palliative

4. อาจารย์จะทราบได้อย่างไรว่ามี Case Palliative อยู่ในหอผู้ป่วยไหนบ้าง

5. ด้าน Palliative ของพยาบาลทำอะไรบ้าง
6. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่มารับรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์อยู่ในระยะไหนบ้าง ใช้เวลาในการรักษามากน้อยแค่ไหน
7. การใช้ Palliative Performance Scale เข้ามาช่วยวิเคราะห์ ส่งไป Network ที่ไหนบ้าง
8. การเขียน Progress Note และ Nurse Note ในผู้ป่วย Palliative ต่างจากผู้ป่วยอื่นอย่างไร
9. เมื่อแพทย์คนอื่นๆที่ไม่ได้ดูแลผู้ป่วยรายนี้เข้ามาดูเวชระเบียน มีอะไรแสดงให้เห็นว่าเป็น Case Palliative
10. หากมีการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอื่น เขาสามารถเห็นข้อมูลเหมือนกับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์หรือไม่
11. เรื่อง Pain ของผู้ป่วยมีการปรึกษาใคร
12. มีการ Train Risk Palliative care อย่างไร

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการเก็บข้อมูลการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้ในการพัฒนาคุณภาพในการดูแล เช่น การใช้ Palliative Performance Scale (PPS) บอกระดับการดูแล มีผู้ป่วยในแต่ละระดับกี่ราย ต้องการดูแลแตกต่างกันหรือไม่ คุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ระยะเวลาที่สามารถมีชีวิตอยู่ มีกระบวนการและผลลัพธ์อย่างไร เพื่อจะบอก Performance ในเชิงระบบ อาจจะสุ่มดูทุก 6 เดือน ทำแล้วเจออุปสรรคอะไร R2R ต่อ
2. การพัฒนาระบบบันทึกเพื่อสื่อสารให้ผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลประจำรับรู้ว่าเป็นผู้ป่วย palliative care รวมทั้งการให้การดูแลในภาวะฉุกเฉิน

หน่วยชีวิตภิบาล (Palliative care Team)

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จาก อ.เรวัติ

1. การ Review standard ควรจะบรรจุอยู่ใน สรพ.
2. Palliative care มี 3 ระดับ ให้อธิบายรายละเอียดเพิ่มเติม
3. อยากให้มีการประเมิน Provincial Network Certification ซึ่งจะเป็นประโยชน์มากขึ้น เนื่องจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีต้นทุนอยู่แล้ว
4. มีการดูแลผู้ป่วย Training Risk ให้โรงพยาบาลอื่น และทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลหรือไม่
5. การนำ Narrative interview มาซักประวัติในผู้ป่วย ให้มองในการสร้างคนรุ่นใหม่

หอผู้ป่วยจิตเวช

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 13.00-15.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อ.เรวัต ศิรินคร

คำถาม :

1. มีการนำแบบวัดมาใช้ในการประเมินหรือไม่
2. การเก็บข้อมูลต่าง ๆ ได้นำมาใช้ประโยชน์อย่างไรบ้าง
3. การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำอย่างไรบ้าง
4. บันทึกทางการพยาบาลมีประโยชน์ต่อการสื่อสารระหว่างทีม และส่งต่อหรือไม่
5. ถามเกี่ยวกับ Incident ที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย และดู service profile
6. ปัญหาทางกายและโรคร่วมทางกายในผู้ป่วยจิตเวช มีการดูแลรักษาอย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรนำแบบประเมินมาใช้วัดผลของการรักษาพยาบาล
2. ควรปรับการเก็บข้อมูลต่าง ๆ ให้เป็นไปตามPhase ของโรค เพราะบางอย่างมากเกินไปจนความจำเป็น
3. สร้างระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ทำ ECT เช่น เรื่อง side effect ของการทำ ECT และช่วงเวลาการ recovery ของ side effect เพื่อนำมาพัฒนางานวิจัยเพื่อการบริการ
4. การใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการพยาบาล เนื่องจากตอนนี้มีหน้าต่างจำนวนมาก แต่ไม่ได้เชื่อมโยงการใช้งานระหว่างแพทย์กับพยาบาล การบันทึกของจิตเวชควรใช้แบบฟอร์มที่เฉพาะของจิตเวช
5. การเก็บข้อมูล service profile ของหอผู้ป่วย ควรรายงาน incident เรื่องความ คลาดเคลื่อนของ Incident ให้เป็นหมวดหมู่ เช่น แยก incident ระหว่างยาและสารน้ำอย่างชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาต่อไป
6. ควรจัดทำฐานข้อมูลปัญหาทางกายและโรคร่วมทางกายในผู้ป่วยจิตเวช แล้วทำแผนพัฒนาการป้องกันการเกิด หรือพัฒนาเป็นงานวิจัยต่อไป

คลินิกจิตเวช

วันที่ : วันที่ 25 ธันวาคม 2562

เวลา : 13.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ทีม 3: อ.เรวดี ศิรินคร

คำถาม/ข้อเสนอแนะ/โอกาสพัฒนา

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ตัวอย่างคำถาม | โอกาสพัฒนา |
|---|---|--|
| <p>3-1 การเข้าถึง เข้ารับบริการ</p> <p>-ระบบการคัดแยก (triage)</p> <p>ผู้ป่วย การช่วยเหลือและการส่งต่ออย่างปลอดภัย</p> <p>-การบ่งชี้ผู้ป่วยอย่างถูกต้อง</p> | <p>- ผู้ป่วยฉุกเฉินทำอะไร</p> <p><u>ตอบ</u> ผู้ป่วยฉุกเฉินของจิตเวชตรวจที่ ER ภาควิชา ประกันเวลาพบแพทย์ได้ที่ 15 นาที และเปิดคิวด่วน ให้ ER ส่งผู้ป่วยมาตรวจที่ OPD ได้ทุกวัน จันทร์ พุธ ศุกร์ วันละ 1 คิว</p> <p>- ใครเป็นคนคัดกรองผู้ป่วย</p> <p><u>ตอบ</u> PN</p> <p>- การคัดกรองทำอะไร</p> <p><u>ตอบ</u> แสดงเอกสารที่ใช้คัดกรองประจำวัน</p> <p>- แล้วทำอะไรต่อ</p> <p><u>ตอบ</u> แสดงหน้าจอลงทะเบียน</p> <p>-ถามเรื่องตัวบ่งชี้ที่ 2 เรื่องการระบุตัวผู้ป่วย</p> <p><u>ตอบ</u> แสดงหน้าจอลงทะเบียน ที่มีรูปหน้าผู้ป่วย</p> | <p>-รูปถ่ายไม่เป็นปัจจุบัน</p> <p>ควรถ่ายรูปในวันที่มาตรวจลงในระบบ HIS</p> |
| <p>3-4.2 การดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง</p> <p>1-5.1 ค.สุขภาพและความปลอดภัยของกำลังคน (การจัดการกับความรุนแรงความก้าวร้าว และการคุกคาม)</p> <p>-ระบบการประเมินผู้ป่วยก้าวร้าว</p> <p>-GPG Violent</p> <p>-Rapid Response Team/System และการประเมินผล</p> | <p>- คนใช้ก้าวร้าวทำอะไร</p> <p><u>ตอบ</u> ใช้ GPG Violent , แสดงสถิติ ผู้ป่วยที่ใช้ GPG Violent</p> <p>- มีคนใช้ที่ประเมินก้าวร้าวไม่ได้หรือไม่</p> <p><u>ตอบ</u> มี จึงเกิดมีการติดสัญญาณไฟฉุกเฉินในห้องแพทย์เพิ่มเติมจาก GPG เดิม</p> <p>-อาจารย์ทดลองกดสัญญาณไฟฉุกเฉินในห้องแพทย์</p> <p><u>ตอบ</u> เจ้าหน้าที่ติดต่อทางโทรศัพท์ครั้งแรกสายไม่ว่าง หลังโทรศัพท์ติดต่อได้ มีการจับเวลา ทีม รปภ. คนแรกมาภายใน 1 นาที ครั้ง คนที่ 2 ตามมาหลังจากนั้น อีก 1 นาที</p> <p>-ถาม รปภ. เรื่องการฝึกควบคุมสถานการณ์</p> | <p>-เพิ่มให้กดปุ่มแล้วส่งสัญญาณไปปรากฏที่ห้องควบคุมของหน่วยรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลทันที</p> |

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ตัวอย่างคำถาม | โอกาสพัฒนา |
|--|---|--|
| | รพภ. ตอบ มีการฝึกตามระบบของทีม รพภ. | |
| <p>4-1 ผลลัพธ์ด้านการดูแลสุขภาพ (1) ระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญด้านการดูแลผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานอื่นทั้งใน ด้านผลลัพธ์ ด้านกระบวนการและความปลอดภัย</p> <p>4-2 ผลลัพธ์ด้านการมุ่งเน้นผู้ป่วยและผู้รับผลงานอื่น ระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัดสำคัญเกี่ยวกับความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ</p> | <p>-ขอ ดู Service Profile</p> <p>ตอบ แสดงตัวชี้วัดด้าน เวลารอคิวนัดพบแพทย์ของผู้ป่วยใหม่ ด้านอัตราการมาตามนัด การตรวจตรงเวลานัด ผล OPV และอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากภาวะก้าวร้าว</p> | <p>-เพิ่มตัวชี้วัดทุกกลุ่มโรคเพื่อที่จะบอกว่าผู้ป่วยที่ OPD ทุกรายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ</p> |

แผนการพัฒนาต่อเนื่อง

1. พัฒนาตัวชี้วัดทุกกลุ่มโรคเพื่อที่จะบอกว่าผู้ป่วยที่ OPD ทุกรายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพเช่น Drug compliance, Follow up, Functional recovery
2. เพิ่มความสมบูรณ์ของระบบเตือนภัยในห้องตรวจ เป็นระบบคู่ขนานกับระบบโทรศัพท์เดิม โดยให้กดปุ่มแล้วส่งสัญญาณไปปรากฏที่ห้องควบคุมของหน่วยรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลทันที
3. การ identify ผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้าน cognition ทำให้ไม่สามารถบอกชื่อและรายละเอียดของตนเองได้ ควรมีก้องเพื่อถ่ายรูปปัจจุบันของผู้ป่วยและบันทึกลงในระบบเวชระเบียนได้
4. แก้ไข service profile ให้แสดงผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับ CLT จิตเวช เช่น อัตราการมาตามนัดแยกรายโรคตามกลุ่ม 5 โรคหลัก ตาม ICD 10 ดังนี้ F10 , F11-F19 , F20 และ F25, F 31 และ F603

รับการประชุม AHA โดย ทีม 3 อ.เรวัต เมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2562

แผนการพัฒนา

1. ทีม CLT จิตเวชจะต้องวางแผนกลุ่มโรคสำคัญตาม Phase ของการรักษาในแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งจะสามารถระบุความเสี่ยงในแต่ละ Phase เป็นผลลัพธ์ที่จับวัดได้ในแต่ละ Phase โดย Design เครื่องมือวัดออกมาเป็น Score เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพอื่นๆที่ไม่ใช่แพทย์เข้าใจได้และสามารถปฏิบัติงานต่อเนื่องได้ทันทีตาม Phase ที่ Design ไว้
2. กำหนด High alert drug ของยาจิตเวช ได้แก่ clozapine, carbamazepine, lamotrigine, lithium และจัดทำ Guideline ยาแต่ละตัว ให้เสร็จสิ้นภายในระยะเวลา.....
3. สร้างแผนพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น มีแผนสร้างระบบการดูแลในเชิงรุก ได้แก่ School mental health เพื่อให้บุคลากร นักเรียน ผู้ปกครอง มีองค์ความรู้ detect ผู้ป่วยและมาเข้ารับการรักษาได้ทันทีที่ นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบการดูแลเพื่อเป็น Model ให้กับสถานพยาบาลอื่น

OPD

1. พัฒนาตัวชี้วัดทุกกลุ่มโรคเพื่อที่จะบอกว่าผู้ป่วยที่ OPD ทุกรายได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ เช่น Drug compliance, Follow up, Functional recovery
2. เพิ่มความสมบูรณ์ของระบบเตือนภัยในห้องตรวจ เป็นระบบคู่ขนานกับระบบโทรศัพท์เดิม โดยให้กดปุ่มแล้วส่งสัญญาณไปปรากฏที่ห้องควบคุมของหน่วยรักษาความปลอดภัยของโรงพยาบาลทันที
3. การ identify ผู้ป่วย กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้าน cognition ทำให้ไม่สามารถบอกชื่อและรายละเอียดของตนเองได้ เสนอให้คลินิกจิตเวชควรมีกล้องเพื่อถ่ายรูปปัจจุบันของผู้ป่วยและบันทึกลงในระบบเวชระเบียนได้
4. แก้ไข service profile ให้แสดงผลลัพธ์ที่สอดคล้องกับ CLT จิตเวช

หอผู้ป่วย

1. สร้างระบบเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ทำ ECT เช่น เรื่อง side effect ของการทำ ECT และช่วงเวลาการ recovery ของ side effect เพื่อนำมาพัฒนางานวิจัยเพื่อการบริการ
2. พัฒนาแบบวัดเฉพาะโรคสำหรับผู้ป่วยรับใหม่ทุกรายเพื่อดู progress ของอาการตาม phase ต่างๆ แบบวัดที่มีอยู่แล้วคือ AWS, TMSE, MOSAIC, MADRS ซึ่งยังขาดโรค Schizophrenia, Bipolar disorder ดังนั้นอาจใช้ Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) และ Young Mania Rating Scale (YMRS) ตามลำดับ อีกทั้งยังขาดการเชื่อมโยงถึงการใช้งาน score เหล่านั้น นอกจากนั้นควรระบุความถี่ในการใช้ score วัดอาการต่างๆในแต่ละ phase ให้ชัดเจน
3. การใช้ประโยชน์จากการบันทึกทางการแพทย์ เนื่องจากตอนนี้มีหน้าต่างจำนวนมาก แต่ไม่ได้เชื่อมโยงการใช้งานระหว่างแพทย์กับพยาบาล
4. การเก็บข้อมูล service profile ของหอผู้ป่วย ควรรายงาน incident เรื่องความคลาดเคลื่อนของยาให้เป็นหมวดหมู่ โดยแยกระหว่างยาและสารน้ำอย่างชัดเจน
5. การจัดการปัญหาทางกายและโรคร่วมทางกาย แผนพัฒนาคือหาข้อมูลพื้นฐานโดยทำการศึกษาวิจัยเรื่องภาวะการเสียสมดุลของแร่ธาตุต่างๆ ในผู้ป่วยในจิตเวช

Day hospital

1. จัดทำตารางระบุกิจกรรมประจำวันในห้อง
2. ระบุเป้าหมายที่ผู้ป่วยจะได้รับของแต่ละกิจกรรมให้ชัดเจนเพื่อพัฒนาเป็นตัวชี้วัด เช่น self-development, creativity, ventilation, group-cohesion เป็นต้น
3. พัฒนากลุ่มบำบัดที่เฉพาะกับโรคเพื่อพัฒนาทักษะบางอย่างของผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้ายกัน

CLT ER

จุดแข็ง เสนอได้ดีเห็น 3 P มีการใช้ DALI บูรณาการตาม ตาม 3 พันธกิจของคณะ

จุดอ่อน ไม่ได้เสนอว่ามี innovation มีหรือไม่

คำถาม

1. ER ดูแล emergency นอก ER หรือไม่
2. ฉุกเฉินนอกER ใครดูแล
3. ROSC ควรแยก trauma และ non trauma เพื่อเอาข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนาได้ตรงจุด
4. มี miss DX. แล้วแผนพัฒนาต่ออย่างไร
5. มีการเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วย ในกลุ่ม High risk, กลุ่มดูแลต่อเนื่อง กับ CLT อื่นๆ หรือไม่
6. ควรมีข้อมูลของผป. Link กับเรามา้ย กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินเพื่อให้เขาเข้าถึงเราเร็วขึ้น เพื่อให้ครบ loop
7. เวชศาสตร์ฉุกเฉินของเราเมื่อเทียบกับรามา จุฬา เป็นอย่างไร
8. ให้บอกสิ่งที่เราทำดี 3 เรื่อง
9. CPR เป็นทีมกลางหรือไม่

องค์กรพยาบาล: รายงานการประชุมทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล

ครั้งที่ 49 / 2562

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 ณ ห้องประชุมฝ่ายบริการพยาบาล

การเยี่ยมชมสำรวจเพื่อรับรองกระบวนการคุณภาพสถานพยาบาลขั้นก้าวหน้า (Advanced HA): องค์กรพยาบาล

ผู้มาประชุม

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ อาจารย์เรวดี ศิรินคร

ทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล

- | | | |
|---------------------|------------|---|
| 1. นางสาวจันทร์ฉาย | แช่ตั้ง | หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล |
| 2. นางจารุวรรณ | บุญรัตน์ | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 3. นางพนิดา | เตชะโต | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 4. นางสาวกัญชลี | พุ่มน้อย | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 5. นางสาวนิตยา | ไกรวงศ์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 6. นางสาวสิรินทร์ | ศาสตราวุธ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 7. นางสาวอรทัย | ชยาภิวัฒน์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 8. นางสาวทัศนาศ | หิรัญสาย | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 9. นางณัฐรุจาณี | สุกแดง | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 10. นางยุพา | แก้วมณี | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 11. นางสาววิลาวัลย์ | จอมทอง | รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 12. นางลักขมีย์ | สารบรรณ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |

| | | |
|----------------------|--------------|---|
| 13. นางสาวคณิณีดิษฐ์ | วงศ์พจน์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 14. นางนันทา | เกลี้ยงเกิด | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 15. นางอุไรวรรณ | พลจร | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 16. นางนงลักษณ์ | ว่องวิชญพงศ์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 17. นางสาวมณฑนา | คงวิจิตร | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 18. นางสาวสุมาลี | วังธนากร | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 19. นางเยาวรัตน์ | ทวิวงศ์ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |
| 20. นางวัชรีย์ | แสงมณี | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย นวัตกรรมและการจัดการความรู้ |
| 21. นางโสมนัส | นาคนวล | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย นวัตกรรมและการจัดการความรู้ |
| 22. นางสาวรัชณี | แสงสว่าง | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย นวัตกรรมและการจัดการความรู้ |

ผู้ไม่มาประชุม

| | | |
|---------------|--------------|---|
| 1. นางพรทิพย์ | ลิ้มภราดรกุล | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 2. นางนารี | ปานทอง | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากรและสารสนเทศ |
| 3. นางพรทิวา | มีสุวรรณ | ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านพัฒนาคุณภาพบริการ |

ผู้เข้าร่วมประชุม

หัวหน้าหอผู้ป่วย หัวหน้าหน่วยงาน และพยาบาลประจำการ รวม 25 คน

เริ่มประชุมเวลา 15.35 น.

นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล กล่าวต้อนรับอาจารย์เรวดี ศิรินคร ผู้เยี่ยมสำรวจ และนำเสนอการนำองค์กรพยาบาล ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ดังรายละเอียดแนบท้ายรายงาน

อาจารย์เรวดี ศิรินคร ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมบริหารฝ่ายบริการพยาบาล พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะ สรุปดังนี้

อ.เรวดี : ตั้งแต่ทำ Advanced HA ได้เกิดการเรียนรู้อะไรที่มาช่วยเรา

ทีมบริหารฝ่ายฯ : - มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้น มีความเชื่อมโยงกับทีมสหสาขา/PCT

- ฝ่ายบริการพยาบาล นำตัวชี้วัดมาวิเคราะห์ว่าบรรลุเป้าหมายหรือไม่ ไม่บรรลุเพราะอะไร และผู้รับผิดชอบนำไปพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้อง

- ระบบนิเทศ มีการติดตามและบันทึกในระบบ IT สามารถใช้ข้อมูลร่วมกัน

- มีแผนการนิเทศทางการพยาบาล โดยมีการทบทวนหัวข้อทุกปี เช่น ประเด็นจากปัญหาหน้า

งาน

แต่บางเรื่องต้องนิเทศทุกปี เช่น MERS CoV เนื่องจากมีผู้ประกอบพิธีฮัจญ์กลับจากเมกกะ

นำเสนอโปรแกรมนิเทศในระบบ Intranet ฝ่ายฯ โดยนำเสนอตัวอย่าง

1) การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย หากพบว่าเรื่องใดมีข้อติดขัดจะนำไปแก้ไขเชิงระบบ

2) การนิเทศของผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ เช่น เดือนธันวาคม 2562 เรื่องความปลอดภัย มีแบบสอบถามบุคลากร สอบถามผู้ป่วย สุ่มตรวจเวชระเบียน และลงข้อมูลในโปรแกรม

Intranet

บางเรื่องผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ แก้ปัญหาที่พบหน้างาน และในภาพรวมทีม

บริหาร

ฝ่ายฯ นำประเด็นที่พบมาพัฒนา/แก้ไขเชิงระบบ

- เรียนรู้ระบบการบริหารความเสี่ยง ซึ่งเดิม Feedback ช้า หัวหน้าฝ่ายฯ จึงทำ Rapid Response Team

- การรายงานอุบัติการณ์ เดิม รายงานในกระดาษ ปัจจุบันพัฒนาโดยรายงานในระบบ HIS จากการทบทวนอุบัติการณ์ของหอผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่วิเคราะห์ว่าไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน ไม่ได้แก้ไขเชิงระบบ ทำให้เกิดอุบัติการณ์ซ้ำๆ เพราะ RCA ไม่ตรงจุด จึงพัฒนาให้มีคนนอกเข้าไปร่วมวิเคราะห์ คือ Rapid Response Team (RRT) ประกอบด้วย Risk owner ผู้ตรวจการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง และทีมบริหารฝ่ายฯ โดยช่วงเช้า หากได้รับรายงานอุบัติการณ์จากผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการ RRT จะลงหน้างานที่เกิดเหตุการณ์และร่วมวิเคราะห์ ทำให้ปิด GAP

และแก้ไขเชิงระบบได้มากขึ้น น้องๆได้เรียนรู้มากขึ้น และพึงพอใจ

สรุป ประโยชน์ของการทำ AHA

1. ได้ความคิดเชิงวิเคราะห์/เชิงระบบมากขึ้น
2. ไม่โดดเดี่ยว ทำให้ voice ของวิชาชีพพยาบาลมีพลังมากขึ้น เชื่อมโยงกับสหสาขามากขึ้น
3. มองคุณภาพเชิงมิติต่างๆ มากขึ้น
4. หันกลับมามองตัวเอง เห็นตัวเองมากขึ้น เช่น performance กระบวนการใดทำได้ดี กระบวนการใดทำได้ไม่ดี หาสาเหตุและแก้ไข

ตัวอย่าง Fall ทำไม่ไม่บรรลุเป้าหมาย พบว่า มาตรการป้องกันออกแบบรวม ต้องปรับโดย ออกแบบเฉพาะ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภท เช่น ผู้ใหญ่ เด็ก จิตเวช Ortho

อ.เรวดี

: - จากการนำเสนอทั้งหมด โกล์เป้าหมายขององค์กรหรือไม่ ตอบสนองต่อภารกิจและทิศทางที่เรา จะไปจริงหรือไม่ อะไรที่ทำให้บอกว่าเป็น Excellent

- Specific Competency ของพยาบาลคืออะไร ที่ทำให้ดูแลผู้ป่วยรายโรคได้ดี
- ทำอย่างไรให้เห็นว่าพยาบาลเก่งจริงหรือไม่ ทุกสาขา ทุกกลุ่ม ต้องถอดบทเรียน ถ้าได้ พยาบาลใหม่มาจะทำให้เก่งอย่างไร
- ถ้าเข้าไปหน่วยงานเฉพาะ พบว่า competency ของพยาบาลห่างจากแพทย์เยอะมาก

ตัวอย่าง หอผู้ป่วยจิตเวช พบว่า performance เป็นแบบ general มาก ไม่บอก competency เฉพาะทาง ไม่แสดงถึงผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง พยาบาลมีความรู้ แต่ฝ่ายๆ จะดึงออกมา ได้อย่างไร เช่น

- การประเมินผู้ป่วย ฝ่ายๆ ออกแบบเหมาะสมหรือไม่ การออกแบบต้องคุยกับแพทย์ นักจิตวิทยา นำองค์ความรู้ของแพทย์มาใช้ประโยชน์ เป็นโอกาสพัฒนา งานอะไรที่ไม่จำเป็น ลดความซ้ำซ้อน แบบประเมินควรสั้น กระชับ
 - บันทึกทางการพยาบาล พบว่า ไม่สะท้อนคุณภาพการดูแลผู้ป่วย เช่น เขียนว่าสร้างแรงจูงใจ สร้างความสัมพันธ์ ไม่เห็นการ care ว่าเป็นอย่างไร บันทึกควรเป็นเชิงคุณภาพสัมพันธ์และ สอดคล้องกับโรค ประเมินเชิงลึกทาง clinical เป็นโอกาสพัฒนา ทำให้เกิด care of excellence
 - Productivity hour ต้องแบ่งประเภทผู้ป่วย ซึ่งให้การพยาบาลทั้งด้านกายและด้านจิตใจ ต้องปรึกษาแพทย์ด้วย
 - KPI ของฝ่ายๆ เรื่องอะไรที่สะท้อนสาขา เป็นโอกาสพัฒนา Re-Design ทั้งการบริหารและการปฏิบัติ
 - Productivity ต้องหาตัวใหม่ และทำวิจัยไปด้วยในแต่ละส่วน (เรา study เชิงวิจัย จะขึ้น่า สภาการพยาบาลได้)
- (น้องรุ่นใหม่จะไม่รอช้าแบบเรา วิเคราะห์ gen ถ้าไม่ชัดเจน น้องเขาจะไป เช่น จากข้อมูล พยาบาลอายุงาน 10 ปี เริ่มลาออก หากมีการขยายงานเรื่อยๆ จะลำบากมากขึ้น)
- การจัดการบริการของอายุรกรรม มีทั้งผู้ป่วย refer และผู้ป่วย consult มีการใช้ข้อมูลในการ จัดบริการอย่างไร เช่น จัด counter รับ consult
 - NKC ผู้ป่วย refer จำนวนมาก มีพยาบาล 2 คน การคัดกรองผู้ป่วยต้องรอนาน สถานที่คับแคบ

ผู้ป่วยให้ IV มีทั้งนั่งและนอน ต้องคิดวิธีใหม่ Re-Design หนีจากแบบเดิม เพิ่ม value ได้อย่างไร

- ถึงเวลา ฝ่ายฯ Re-Design วิเคราะห์งานใหม่ เช่น NCD วางระบบอย่างไร ร่วมกับสหสาขา
- หอผู้ป่วยอายุรกรรมสามัญ ควรเก็บข้อมูลอย่างไร กรณีผู้ป่วยเข้า ICU ไม่ได้ จะประกันคุณภาพอย่างไร (ผู้ป่วยทรุดลง เนื่องจากเข้า ICU ไม่ได้ เก็บข้อมูลอย่างไร และวิเคราะห์ข้อมูลว่าการดูแลทำได้ดี/ไม่ดีอย่างไร)

- การใช้กรอบมาตรฐาน II-2.1 การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล ฝาก study เพิ่มขึ้น evaluate ใหม่ ทบทวน policy และเพิ่มคุณภาพมากขึ้น

- ชื่นชม ทำเยอะ อยากรให้ต่อยอด เพื่อให้คนของเรามีความสุขในการทำงาน

- เรา collaboration กับคนอื่น ไม่สามารถทำได้รวดเร็ว แม้ว่าจะรู้ปัญหา/จุดอ่อนก็ตาม

หัวหน้าฝ่ายฯ : - ขอขอบคุณอาจารย์เรวดี ชี้แนะให้เห็นมากขึ้น เช่น core competency รายโรค แต่ละโรคต้องมี competency อะไร ต้องทำตั้งแต่ Assessment → Care

- ศูนย์ Excellent Center ไม่ได้สังกัดฝ่ายฯ เช่น NKC, ศูนย์โรคหัวใจ

อ.เรวดี : - ศูนย์ Excellent Center กับฝ่ายฯ พัฒนาร่วมกันได้หรือไม่ เป็นการเพิ่ม competency เกิดการดูแลผู้ป่วยได้ดี เพราะดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องกัน

- ฝากเรื่องผู้ป่วยจิตเวช ต้องเกาะติดร่วมกับแพทย์ การ classify ผู้ป่วยด้านกายและด้านจิตใจ แยกอย่างไร

- Post Cath ต้อง learning กับสหสาขา เราจะ care อย่างไร หัตถการบางอย่าง พยาบาลไม่ต้องทำ

- แยกผู้ป่วย complicate กับ ไม่ complicate ให้การพยาบาลอย่างไร, Design หอผู้ป่วยใหม่ เช่น ผู้ป่วย end of life โดยใช้ข้อมูลคุยกับแพทย์ อาจใช้อัตรากำลังพยาบาลจำนวนน้อย และใช้อัตรากำลัง Non-Nurse

- ขอเป็นกำลังใจ ทำไม่่ง่าย นำเข้าแผนไปเรื่อยๆ เพื่อให้คนของเรา care of excellence และมีความสุขในการทำงาน

หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล กล่าวขอบพระคุณอาจารย์เรวดี ศิรินคร ที่เป็นเสมือนโค้ชให้คำแนะนำ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างสูงสุด

เลิกประชุมเวลา 17.10 น.

นางสาวลลววรรณ เจริญวรรณพงษ์

นางสาวจันทร์ฉาย แซ่ตั้ง

นางสาววันสิริ ชูแก้ว

ผู้จัดรายงานการประชุม

ผู้ตรวจและแก้ไขรายงานการประชุม

ศูนย์ถันยเวช Team Interview

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562 เวลา : 10.00 -12.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท.หญิงภัคกร โลงนะวงศกร

สรุปนำเสนอ AHA

Survivor : สรุปหลังการนำเสนอ Investigation เชื่อมการเรียนการสอน การวิจัย ได้ตามประเด็นเพียงพอและมี ข้อมูลที่ดีที่จะเสนอคณะกรรมการ

คำถาม

1. ความเพียงพอของรังสีแพทย์ plan point เพียงพอน้อยแค่ไหน (ต้องเพิ่มเป็น 4 คน ตอนนี้ มี 2 คน)

ประเด็นที่ 1 เห็นจุดเด่นของอาจารย์ความเที่ยงตรง ของการ Investigation เมื่อเทียบกับผลพยาธิ ถ้าใช่ คือใช่

ข้อ 1. อะไรเป็น Factor ที่ทำให้ลด Variation หรือ Control ตัวนี้สามารถที่จะเที่ยงตรง/ความแม่นยำสูงที่ได้อะไร เป็น key success Factor (ใช้ imaging guide ประสบการณ์)

- จะทำอย่างไร ให้ success (เครื่องมือซื้อได้ แต่ประสบการณ์แพทย์)
- มีวิธีการ Control Process อย่างไรบ้าง (การ Monitor Audit Bi-RADs)
- มีการ Independent ระหว่างอาจารย์แพทย์ กับ fellow ในทุกกรณีใหม่ค่ะหรือเลือกทุกรายใหม่ (ทำตาม guild line)
- มีความคงอยู่หรือเปล่า ไม่ว่าใครมาก็ตาม success able

สรุปประเด็นแรก เบื้องหลังการหา systematic process control กับ พยาธิแพทย์ ค่อนข้าง 100% มีความ สอดคล้องที่ดี ในอนาคต ถ้าลาคลอดไป อีก process ยังคงอยู่ เป็น success able เป็นผลลัพธ์ที่ดี มีการ Design ใดๆ ในอนาคตข้างหน้า Process ยังคงอยู่ใหม่

ข้อ 2. อาจารย์จากประสบการณ์ที่ Investigation ค่อนข้างมากและจำนวนเยอะ เป็น center เฉพาะของเต้านมมี มุมมองอะไรหรือ Change การเข้าถึง การตรวจเต้านม เห็นมุมมองอะไรเห็นองค์ความรู้บางอย่างที่จะชี้นำสังคม/ วิจัย เห็นประเด็นอะไรที่ความเปลี่ยนแปลงในเรื่องนี้ มีความเปลี่ยนแปลงอย่างไร การเข้าถึงเพื่อชี้นำสังคม มีโอกาส ที่จะชี้นำสังคมอย่างไร และถ้ามีเรื่องอะไร (มี Process การรักษารังสีแพทย์ร่วมกับศัลแพทย์) (ตอบชูประเด็นใน การ axillary lymph node เพื่อลดการผ่าตัดของศัลยกรรม) ศัลแพทย์เสริมคำตอบ

ข้อ 3.

ระบบ รพ แบ่งชุมชนออกเป็น 4 กลุ่ม อาจารย์มีมุมมองอย่างการเข้าถึงดูแลชุมชน

การดูแลชุมชนสอดคล้องกับ รพ ในด้านไหน

ก่อนลงพื้นที่ เน้นการเข้าถึงชุมชนมุสลิม

ความท้าทายอาจารย์ในข้างหน้าเชิงรุกมากขึ้น ลงในชุมชน

การเชื่อมต่อข้อมูลในการออกชุมชนเลย จะลุย หรือจะเชื่อม

มีความคิดเห็นอย่างไรกับชาวชุมชนอย่างไร กับ มอ

การเข้าถึงบริการ

Segment ของชุมชน

ชื่นชม ความเก่งสามารถค้นได้ก่อนเล็กน้อย สามารถที่จะโชว์ ถ้า 0.5 ความเป็นไปได้การดูแลตรงนี้

- มุสลิมเป็นจุดหนึ่งที่เข้าถึง ทางเลือกที่ 1 วางแผนอย่างไร หรือ การเข้าถึง Segment area ถ้าทีมจะบอกความสำเร็จร่วมกัน ได้ คุณภาพดีเป็นความสำเร็จของที่นี่ด้วยหรือไม่

คำถามลงพื้นที่ ณ ศูนย์ถันยเวช

ข้อ 1. รพ มีระบบ 2P Safety เต้านมมี 2 ช้าง จะรู้ได้อย่างไรว่าเจาะได้ถูกเต้า มีกระบวนการ Mark site ตำแหน่งก่อนตัดชิ้นเนื้ออย่างไร

ตอบ พยาบาลร่วมกับ รังสีแพทย์ อธิบายกระบวนการมี 8 ขั้นตอน

คำถาม การลด Invกระบวนการทำหัตถการที่ตอบมาทั้ง 8 ขั้นตอน ขั้นตอนไหนที่หลุดไม่ได้เลย

ข้อ 2. รพ.มีความเข้มแข็งในการทำ CPR กรณีผู้ป่วยเกิดภาวะที่ต้อง CPR มีกระบวนการอย่างไร

ข้อคำถามเพิ่มเติมเรื่องงานวิจัย

คำตอบ งานวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงของโรคมะเร็งเต้านมของเพศหญิงในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย

Risk factors of breast cancer in the lower Southern women, Thailand

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาความแตกต่างในการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงไทยพุทธและไทยมุสลิมในภาคใต้ ตอนล่างของประเทศไทย

2. หาสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งเต้านมในผู้หญิงในภาคใต้ตอนล่างของประเทศไทย

โดยศึกษาจากกลุ่ม คือ ผู้ที่ได้รับการตรวจและยืนยันจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และ อาศัยอยู่ในจังหวัดใด จังหวัดหนึ่งต่อไปนี้ จังหวัดสตูล พัทลุง สงขลา ปัตตานี ยะลา และ นครศรีธรรมราช

ผลสรุปจากการเก็บข้อมูลเบื้องต้นของจังหวัดสงขลาพบว่า : ผู้ป่วยมุสลิมจะมีอายุน้อยกว่า เป็นระยะที่มากกว่า และที่สำคัญคือมีอัตราการรอดชีวิตที่น้อยกว่าไทยพุทธ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมุสลิม มะเร็งเต้านมจะเป็นชนิด triple negative มากกว่า ซึ่งมีความรุนแรงของโรคมะเร็งมากกว่า เมื่อเทียบกับไทยพุทธ จึงมีงานวิจัยเปรียบเทียบความแตกต่างระดับโมเลกุล ในประชากร 2 กลุ่ม โดยมีการเก็บเลือด ชิ้นเนื้อของผู้ป่วย และเปรียบเทียบกับประชากรที่ไม่ได้เป็นมะเร็ง ในชุมชนนั้นๆ ซึ่งยังคงรอผลการวิเคราะห์ต่อไป

ห้องคลอด

วันที่ 24 ธันวาคม 2562

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ นาวาอากาศโทหญิง ภักธร โฉจนะวงศกร

คำถาม

1. สิ่งที่ residence ได้รับการส่งเวรมากที่สุดก่อนเข้าหน่วยงานห้องคลอด (training risk)/ 3 เดือนก่อนเข้าห้องคลอดได้รับการเตรียมอะไรบ้าง
2. Case complication กรณีไหนที่ต้องรายงานแพทย์ใช้ทุนรุ่นพี่ และกรณีไหนต้องรายงาน staff เวร/ ด้วยข้อมูลพื้นฐานอะไร
3. กรณีรับเคสกลางคืน จะรายงานใคร (ถามแพทย์)
4. ขอดูตัวอย่างเคสที่นอนรอคลอดอยู่
 - สำหรับเคสนี้ กรณีไหนบ้างที่ต้องรายงาน chief เวร
 - เคสนี้รับมาเมื่อไหร่ พชท.ได้รายงาน chief หรือไม่
 - chief manage อย่างไร
 - staff เวรว่ามีความเห็นอย่างไรกับสิ่งที่ chief manage
 - case นี้มีความเสี่ยงอย่างไร และถาม staff ด้วยคำถามเดียวกัน
5. Response time ที่แพทย์ใช้ในการมาประเมินผู้ป่วยหลังได้รับ notify/ มี gap อะไรบ้างในการ notify/ เกิด variation ไหม/ ขอดูการ record เวลา notify และเวลา response/ มีการออกแบบการบวนการ analysis ข้อมูลการตามแพทย์อย่างไรในการ notify/ ดูในระบบ HIS ได้หรือไม่
6. ขอดูการบันทึก MEWS score
7. ใครเป็นผู้ใช้ MEWS score บ้าง
8. RN ใช้ MEWS score อย่างไรในการตามแพทย์
9. สิ่งที่ยากเห็นมากที่สุดเกี่ยวกับการบันทึกข้อมูล attend labor อยากให้เป็นอย่างไร
10. ข้อมูล attend labor ใน chart กับข้อมูลในระบบ HIS เป็นข้อมูลชุดเดียวกันไหม/ ทำสองครั้งทั้งในกระดาษและ HIS เสียเวลาหรือไม่
11. อยากเห็น paper less ก็เปอร์เซ็นต์ และมีโอกาสเป็นไปได้หรือไม่/มีความสำคัญมากน้อยแค่ไหนที่จะทำ CQI เรื่องนี้/ ทีมบริหารกับผู้ปฏิบัติงานมีการวางระบบในการบันทึกร่วมกันหรือไม่
12. กรณีไหนที่ staff ต้องทำคลอด/ ถามเกี่ยวกับระบบ training risk
13. Case alert ทั้งทีมได้ alert ร่วมกันหรือยัง/problem list ของแพทย์และพยาบาลเป็นอันเดียวกันไหม/ RN วางแผนการดูแลสอดคล้องกันแผนการรักษาแพทย์ไหม โดยขอดู problem list ของ RN
14. มั่นใจอย่างไรว่าจะไม่เกิดการสลับแม่ สลับลูกกัน

15. มั่นใจอย่างไรว่าไม่เกิดการสวมสิทธิ์ กรณี คนไข้มาคลอดโดยไม่มีบัตรประชาชน/ไม่มีเอกสารใดๆ/ไม่ฝากครรภ์/พูดไทยก็ไม่ได้/กรณีต่างชาติ
16. มีระบบ control process เรื่อง identify อย่างไร
17. อยากเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมห้องคลอดอย่างไรภายใต้เป้าหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

****สรุปคำแนะนำจากผู้เยี่ยมชมสำรวจ**

1. พัฒนาระบบการ record เรื่องการ notify แพทย์เพื่อสะดวกแก่การนำข้อมูลมา analysis
2. ประเมินปัญหาผู้ป่วยของพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหาแพทย์
3. เสนอการ monitor risk
4. ควรมีแนวทาง/มาตรการป้องกันการสวมสิทธิ์มาคลอด
5. Identify ควรให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนคลอดว่าต้องได้รับการอ่านป้ายชื่อมือชื่อเท้าลูก ถ้าไม่ได้อ่านต้องทักท้วง

หอผู้ป่วยสูติกรรม

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562 เวลา : 11.20-12.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท.หญิง ภัคภร โลงณะวงศกร

คำถาม :

1. ความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของหอผู้ป่วยคืออะไร และมีมาตรการการป้องกันอย่างไร – ตอบ ทารกถูกขโมย
 - จากการที่ไม่มีเหตุการณ์ทารกถูกขโมย มั่นใจได้อย่างไรว่ามี process ที่ดี หรือเพราะความบังเอิญ
 - ผู้บริหารจะช่วยในการป้องกันทารกถูกขโมย และการที่จะให้มี Censer barcode ได้หรือไม่อย่างไร
2. ขอดูความเชื่อมโยงระหว่างห้องผ่าตัด กับหอผู้ป่วย เรื่อง Pain ในผู้ป่วย Caesarean section
 - Pain แรกรับของผู้ป่วยเป็นอย่างไร สัมพันธ์กับคำสั่งแพทย์หรือไม่ และเราจะให้ยาแก้ปวดได้อย่างไร
3. การจัดเก็บ ยาเสพติดและ HAD เป็นอย่างไร
4. การให้ยา ATB ได้มีการรายงาน IC ทุกรายหรือไม่
5. การล้างมือของบุคลากร แพทย์ ทำได้ดีเพียงไร และที่สำคัญมารดาหลังทำความสะอาดอุจจาระ และปัสสาวะของบุตรเสร็จแล้ว มั่นใจได้อย่างไรว่าล้างมือทุกครั้ง
6. การ Empowerment การให้นมแม่ มีการบันทึกในระบบ HIS อย่างไร
7. การ Empowerment ต่างกับ Education ในการส่งเสริมการให้นมแม่อย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

1. แนะนำให้มี Censer barcode ที่ป้ายชื่อมือทารก เพื่อป้องกันเด็กถูกขโมย โดยมีสัญญาณร้องเตือนเมื่อมีผู้นำเด็กออกจากหอผู้ป่วย
2. พยายามในการจัดเก็บยาเสพติดและ HAD
3. สร้างค่านิยมของบุคลากรในหน่วยงาน แพทย์ และมารดาหลังคลอด ให้เห็นความสำคัญของการล้างมือ
4. การ Empowerment การให้นมแม่ ต้องเริ่มตั้งแต่คลินิกฝากครรภ์ และต้องซักประวัติให้ทราบถึงความตั้งใจในการให้นมแม่ตั้งแต่มาฝากครรภ์

CLT จักษุวิทยา และหอผู้ป่วยตา

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ผู้เยี่ยมชมตรวจ น.ท.หญิง ภัคภร โลงณะวงศกร

จุดเด่นของ CLT จักษุวิทยา

1. การใช้ care process ในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง
2. ระบบ Training risk ของแพทย์

คำถาม

1. จากวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล “เป็นคณะแพทยศาสตร์เพื่อสังคมไทย ที่เป็นเลิศระดับสากล” หน่วยงานยังมีปัญหาอะไรบ้างที่สามารถพัฒนาต่อไปได้

ตอบ - การให้ความรู้สู่ประชาชน เช่น ในโรค RB เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ และสามารถรักษาได้อย่างรวดเร็ว , โรค ROP จากข้อจำกัดของเด็ก ROP เช่น เด็กยังอยู่ใน incubator, เด็กภาวะ sepsis และปัญหาแพทย์จักษุเด็กมีน้อย ซึ่งมี plan จะทำ Telemedicine ในอนาคต

2. มีการวิเคราะห์ปัญหาอย่างไร เพื่อให้สามารถเกิดการขับเคลื่อนงานต่อไปได้

ตอบ - มีการประสานงานกับโรงพยาบาลรอบนอก เรื่องการ refer ผู้ป่วยมารักษาต่อ, เน้นการให้ความรู้เข้าสู่ชุมชน เช่น เรื่อง RB เพื่อให้ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความตระหนักในการเข้ามารักษามากขึ้น

- การใช้นวัตกรรมมาช่วยเช่น RetCam ในการตรวจ ROP กำลังพัฒนานวัตกรรมการถ่ายรูป retina จากมือถือ เพื่อให้สามารถส่ง Line ก่อนการ refer

- และ plan จะพัฒนาการตรวจโดยใช้ AI ในอนาคต อยู่ในแผนของราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แล้วเช่นกัน

3. Direction ของผู้ป่วยกลุ่ม DM ในการ screening DR ยังมีปัญหาอะไรบ้าง

ตอบ - การ screening DR ยังไม่ถึงชุมชน และ ร.พ.ห่างไกล

- plan ทำ Telemedicine ในอนาคต

4. การบริหารจัดการของ CLT ในอีก 5 ปีข้างหน้า คาดการณ์ว่า เงิน, คน, ของ ประเด็นไหนจะเป็นปัญหาในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางตา

ตอบ - คิดว่าทั้ง 3 ปัจจัยรวมกัน เนื่องจากในอนาคตจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น โรคที่มีความยากซับซ้อนสามารถรักษาได้เพิ่มมากขึ้น อาจจะทำให้บุคลากรไม่เพียงพอต่อภาระงานในอนาคต

- ปัญหาหลักของภาควิชาจักษุ คือ ในอีก 5 ปีข้างหน้า อาจารย์แพทย์จะลดจำนวนลงตามการเกษียณทางภาควิชาจึงเน้นการผลิตแพทย์เพื่อให้เพียงพอและทันต่อการเกษียณ

- โดยรวมของโรงพยาบาลมีนโยบายว่า staff ใหม่ ควรมีศักยภาพเทียบเท่ากับแพทย์รุ่นก่อนหน้า โดยเน้นให้มีการทำวิจัย และผลงานต่างๆ

ซึ่งทั้งหมดสอดคล้องกับนโยบายคณะอยู่แล้ว

5. การบริหารจัดการผู้ป่วยโดยใช้หลัก 2P safety

ตอบ - Patient safety : ใช้หลัก Simple ในการดูแลผู้ป่วย หาวิธีกำกับดูแลไม่ให้ risk ต่างๆ เกิดขึ้น และมีการประสานงานกันในทีม เพื่อให้การดูแลไปตามแนวทางของโรงพยาบาล กรณีมี incident เกิดขึ้น จะมีการ feedback กลับ โดยมีการชี้แจง เพื่อนำไปปรับปรุงต่อ เช่น ใน case Endophthalmitis จะมีการปรึกษาร่วมกันระหว่าง IC และ เภสัชกร ตั้งแต่ pre - op, intra- op. post-op เพื่อร่วมหาแนวทางในการปรับปรุงและแก้ปัญหา และมีการให้ข้อมูลผู้ป่วยในการดูแลตนเองหลังผ่าตัด โดยการดู VDO

- Personal safety : เน้นความปลอดภัยของบุคลากร โดยมีการ check list ในกรณี case HIV , มีการ pre op Lab เพื่อคัดกรองผู้ป่วยก่อน Admit เช่น ในกรณีผู้ป่วย TB, sepsis, มีการให้ความรู้กับบุคลากร และมีการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร

- ในภาพรวมของโรงพยาบาล จะมีการให้วัคซีนกับบุคลากรทุกคน

6. Risk register (monitor & management) จะไม่ลงซ้ำกันในแต่ละหน่วยงาน ในเรื่องเดียวกัน

7.กรณีผู้ป่วยให้ยา chemo ในเรื่องคุณภาพของการให้ยาจะควบคุมโดยใคร

ตอบ -โดยศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ส่วนเรื่องตัวโรคของผู้ป่วยจะควบคุมโดยภาควิชา

- การประสานงานการดูแลผู้ป่วยระหว่าง CLT ต่างๆ

เยี่ยมหอผู้ป่วยตา

- 1.เรื่องความรวดเร็วในการเข้าถึงการรักษาของผู้ป่วย เช่น ระยะเวลาในส่งผู้ป่วยจาก OPD มา WARD มีผลต่อการรักษา หรือการผ่าตัดของผู้ป่วยหรือไม่ ควรมีการเก็บข้อมูลค่าเฉลี่ยระยะเวลาในการรอผ่าตัด
2. มีการบริหารจัดการที่ดี กรณี case ที่มาตรวจเจอปัญหาทางตา แล้วสามารถผ่าตัดได้ ณ วันที่มา admit
3. ในส่วนของพยาบาลใหม่ที่ ward จะมีการสอนหน้างาน การ conference ความรู้ในเรื่องโรคต่างๆ และมีระบบพี่เลี้ยงในการ training โดย training ตาม job description ของผู้ป่วย
- 4.อาจารย์ให้พยาบาลอายุน้อยที่สุดมาตอบคำถามถามว่า ฅป.DKC ฝ้าระว่างอะไรบ้าง อาจารย์จะทดสอบเพื่อดู IDP ขอแผนพัฒนารายบุคคลแต่ละระดับและขอดู job description ของพยาบาล อาจารย์เสนอ เน้นให้พยาบาลจักษุ มีความรู้ในเรื่องโรคร่วมของผู้ป่วยด้วย เช่น DM, HT
- 5.ดูเรื่องสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เช่น เตียงผู้ป่วย แสง สี เสียง ท้องน้ำ และเมื่อเทียบกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการมองเห็นในระดับสากล ที่หอผู้ป่วยยัง gap อะไรอีกบ้าง

CLT ENT

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 เวลา 13.00 – 16.00 น.

ผู้เยี่ยมชม น.ท.หญิง ภัคกร โลงนระวงศกร

จุดเด่นจากการนำเสนอ :

1. แสดงให้เห็นถึงการสร้างเสริมสุขภาพ
2. มีการทำงานวิจัยมาใช้ประกอบการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. นำเสนอให้เห็น Training Risk และ Risk Register

คำถามจากผู้เยี่ยมชม :

1. การนำไปสู่ความเป็นเลิศระดับสากล ภาควิชามี Gap อะไรและจะปิด Gap นั้นได้อย่างไร

คำตอบ สิ่งที่สามารถพัฒนาได้ คือ

- ในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอให้มีการ Early detection มากขึ้นถ้า Early detection ผลการรักษาจะดี กำลังดำเนินการอยู่ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือกับโรงพยาบาลสาธารณสุข และฝ่ายทันตกรรม
- ในทารกแรกเกิด ปัจจุบันกระทรวงกำหนดรายการในสมุดวัคซีนมีการเพิ่มเติม เรื่องการแนะนำให้ตรวจคัดกรองการได้ยินซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ทารกได้รับบริการการตรวจการได้ยินมากขึ้น แต่เนื่องจากการคัดกรองการได้ยินในเด็กทารกแรกเกิด ผู้ปกครองต้องแบกรับค่าใช้จ่ายในการตรวจเองจึงมีผู้เข้ารับบริการการตรวจไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

2. จากการดำเนินการบริหารจัดการในอีก 5 ปีข้างหน้า คน เงิน ของ อะไรที่จะเป็นอุปสรรคในการบริหารจัดการ

คำตอบ ทั้งคน เงิน ของ เป็นปัจจัยที่ต้องพัฒนาไปพร้อมๆกันทั้งหมด และให้มีการพัฒนา competency ของคนในยุคถัดไป

3. 2P Safety ในมุมมองของภาควิชา

คำตอบ 1. Patient Safety ล้อไปตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เช่น Sing in, Time out, Sing out ส่วนที่เพิ่มเติมของหู คอ จมูก คือ Tube/Line โดย มีแนวปฏิบัติการดูแลท่อเจาะคอ ตรวจสอบคุณภาพท่อเจาะคอทุกปี และมีการทบทวนระบบ Training การทำหัตถการ

2. Personal safety มีการให้ความรู้ 2P Safety ในงานสัมมนาภาควิชาทุกปีกับบุคลากร, การติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรหู คอ จมูก ยังไม่พบการติดเชื้อเนื่องจากมีระบบคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อวัณโรคที่ดี ปฐมนิเทศบุคลากรที่เข้ามาใหม่ในเรื่องดังกล่าว ซึ่งคณะให้การสนับสนุนมาตลอด

4. Risk Register เป็นของส่วนกลางหรือของ CLT

คำตอบ เป็นของ CLT ENT ที่ Monitor และบริหารจัดการภายในภาควิชา

5. ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัดผู้ป่วยใครเป็นเจ้าของภาพในการดูแล

คำตอบ เล่ากระบวนการของการทำงานในการดูแลผู้ป่วยให้ยาเคมีบำบัด โดย CLT ENT จะเป็นผู้วางแผนวิธีการรักษา กรณีไม่ต้องนอนรพ.ให้ยาที่ศูนย์เคมีบำบัด

เยี่ยมหอผู้ป่วยหู คอ จมูก

1. นำเสนอเคส CA Oral cavity Stage IV admit เพื่อผ่าตัด

- ตั้งแต่ขั้นตอนการเข้าถึงบริการ การวางแผนการรักษาร่วมกับทีมสหสาขาจนได้รับการรักษา
- ทีมให้ความสำคัญเรื่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการประเมินภาวะโภชนาการและใช้แบบประเมิน SGA ที่เป็นสากลมาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยแผนกหูคอจมูก ส่วนของแพทย์มีการเพิ่ม competency เรื่องการประเมินภาวะโภชนาการ
- ภาวะทุพโภชนาการ มีการดูแลจัดการเพื่อแก้ไขให้มีโภชนาการที่ดีขึ้นโดยการใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG Tube) หรือผ่านทางหน้าท้อง (PEG) ซึ่งมีการประสานงานกับหน่วยอายุรกรรมทางอาหาร
- มี Intensive post-operative monitoring ในเคสหลังผ่าตัดทำ Free flap พัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในการดูแลเคสหลังผ่าตัด (Semi-ICU) ในส่วนของแพทย์ฝึกหัด พยาบาล
- การประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัดนอกจากผู้ป่วยหายจากตัวโรคแล้วยังพบว่าผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถพูดได้ กลืนได้ กินได้ โดยมีการประเมินความสามารถในการกลืนของผู้ป่วยทุกเคส (ซึ่งอยู่ในขั้นตอนการทำวิจัย) ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลผลการผ่าตัดในเรื่องของคุณภาพชีวิตเพิ่มเติมต่อไป
- มีการทำงานเป็นทีม โดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผู้เยี่ยมสำรวจชื่นชม เรื่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็งทางหูคอจมูก

หอผู้ป่วยหู คอ จมูก

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 15.50-16.15 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท.หญิง ภัคภร โลจนะวงศกร

คำถาม :

1. ให้หอผู้ป่วยนำเสนอ case มา 1 case ทางที่นำเสนอ case CA Oral cavity Stage IV admit เพื่อผ่าตัด

2. ให้เล่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยรายนี้ตั้งแต่ OPD จนถึง admit โดยเปิดให้ดูในระบบ HIS

2.1 ตั้งแต่การประเมิน การวางแผนตั้งแต่ OPD การเข้า Tumor conference อาจารย์ถามว่าใช้เวลานานแค่ไหน ที่ได้เข้า Tumor conference

ตอบ ผู้ป่วยรายนี้ได้เข้า Tumor conference ประมาณ 1 วันหลังพบแพทย์ โดย case ทั่วไปภายใน 2 อาทิตย์จะต้องได้รับการวางแผนการรักษาเรียบร้อยแล้ว

2.2 การประเมินด้านภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมิน SGA โดยประเมินตั้งแต่ก่อนผ่าตัดเพื่อ improve nutrition อาจารย์ถามว่า case นี้ประเมินแล้วเป็นอย่างไร

ตอบ ผู้ป่วยรายนี้ประเมินแล้วต้อง improve nutrition ก่อนผ่าตัด คือนัดมาทำ PEG ก่อน ซึ่งเป็นไปตามแผนการรักษา

2.3 แบบประเมินภาวะโภชนาการสำหรับภาควิชาโสต แตกต่างจากแบบประเมินภาวะโภชนาการของโรงพยาบาลอย่างไร

ตอบ แบบประเมิน SGA ที่ใช้เป็นแบบประเมินที่เป็นสากล ซึ่งผู้ป่วยทางหู คอ จมูก มีความจำเป็นต้องประเมินภาวะโภชนาการ เพราะส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านกรกลืน ซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป และมีการดูแลจัดการเพื่อแก้ไขให้มีโภชนาการที่ดีขึ้นโดยการใส่สายให้อาหารทางจมูก (NG Tube) หรือผ่านทางหน้าท้อง (PEG) ซึ่งมีการประสานงานกับหน่วยอายุรกรรมทางเดินอาหาร

3. ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีการ monitoring อะไรบ้าง

ตอบ มีการ Monitoring ตาม CPG ในการดูแลผู้ป่วยผ่าตัด free flap เช่น การประเมินภาวะ flap loss, ภาวะ Hypovolemic shock, ภาวะ Hypothermia เป็นต้น ซึ่งทางหอผู้ป่วยมีการพัฒนา competency ระบบการมอบหมายงาน การเตรียมความพร้อมด้านอัตรากำลัง ด้านอุปกรณ์เครื่องมือแพทย์ เป็นต้น เพื่อให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม Semi ICU

4. การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด free flap มีเป้าหมายสูงสุดคืออะไร

ตอบ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถมี function การดูแลตนเองได้ดี สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หลังจำหน่าย อาจารย์มนุพลยกตัวอย่าง case ที่ผ่าตัดไปก่อนหน้านี้ สามารถกลับไปเรียนหนังสือได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามอัตรภาพ

5. ปัญหาที่พบโดยส่วนใหญ่หลังการรักษาคืออะไร

ตอบ โดยส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการกลืน ซึ่งอยู่ระหว่างขั้นตอนการประเมินการกลืนในผู้ป่วย (อยู่ในขั้นตอนการทำวิจัย)

ข้อชี้แจง

1. ทีมให้ความสำคัญเรื่องโภชนาการในผู้ป่วยมะเร็ง โดยมีการประเมินภาวะโภชนาการและใช้แบบประเมิน SGA ที่เป็นสากล
2. ทีมรักษาพยาบาล ไม่ได้มองแค่การรักษาให้หายจากตัวโรค แต่มองไปถึงการดูแลด้านคุณภาพชีวิต การตระหนักในการดูแลช่วยเหลือให้มีความสามารถในการใช้ชีวิตได้ตามอัตรภาพหลังจำหน่าย
3. มีการทำงานร่วมกันเป็นทีม โดยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่อื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะ :

1. ควรมีการทำวิจัย เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง/คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ภายหลังการผ่าตัด

CLT กุมารเวชศาสตร์

วันที่ 25 ธันวาคม 2562

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท.หญิงภัคกร โลงณะวงศกร

ความประทับใจหลังจากได้อ่าน SAR 2 ประเด็น ได้แก่

1. CLT กุมารเวชศาสตร์ เด็กแทรกอยู่ในทุกระบบของโรงพยาบาล เช่น ENV, IC และทีมนำ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อ.แพทย์ ได้ให้ความสำคัญกับงานคุณภาพ
2. อ.แพทย์และแพทย์ทุกคนทำเพื่อเกียรติภูมิของมอ. และเพื่อประเทศชาติ และควรประกาศให้คนอื่นรู้ว่า มอ.ไม่ได้ด้อยไปกว่าที่อื่น และได้สร้างคุณค่าของการเป็น อ.แพทย์ ทำให้นักศึกษาแพทย์ มีความภาคภูมิใจที่จบจากสถาบันแห่งนี้ รวมถึงผู้ป่วยและเด็กที่คลอดที่ มอ.

จุดเด่นของ CLT

1. Structure – มีการทำงานร่วมกับผู้อื่น

ผู้ป่วยเด็ก มีทั้งเด็กเล็กและเด็กโต การบริหารจัดการควรแบ่งให้ชัดเจน และ จะ Monitor แบบไหน เช่น

- แบบ Regular
- แบบก้าวกระโดด ดู OKRs ให้เหมาะสม และตัวไหนที่ต้องการปรับเปลี่ยนทุก 3

หรือ 6 เดือน เพื่อต่อยอดในอนาคต

2. การขมวดเกลียว ระหว่าง 3 พันธกิจร่วมกัน ได้แก่ การเรียนการสอน บริการ และงานวิจัย แสดงให้เห็นถึงความชัดเจนและการเชื่อมโยง ซึ่งเป็น รพ.แรกๆ ที่มีการนำเสนอให้เห็นถึงการทำให้วิจัยอะไร เพื่อรองรับเรื่องอะไร การเรียนการสอนมีการ Training risks เพื่อสร้างหลักประกันให้นักศึกษาแพทย์ได้รับความปลอดภัยจากการเรียน การสอน

3. Benchmark ชัดเจน - ทาง CLT ได้มีการ Benchmark กับ International ทุกสิ่งอย่าง ทำเพื่อสังคม และความเป็นเลิศระดับสากล ที่เด่นชัดในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ยุงยาก ซับซ้อน

4. Innovation – ส่วนใหญ่เป็นเชิงปฏิบัติ (Operative) ซึ่งสามารถนำมาใช้ได้จริงในการดูแลผู้ป่วย ในอนาคตอาจจะมี Innovation เชิงบริหารจัดการ และเป็นตัวอย่างให้กับที่อื่นๆ

5. ให้ความสำคัญในการการติดเชื่อ – อ.แพทย์ ได้สอนแพทย์ และนักศึกษาแพทย์ ให้ in กับเรื่องการติดเชื่ออย่างไร จะลงไปดูหน้างานอีกที่

6. มีการทำควบคู่กันระหว่าง Effective และEfficiency การดูแลรักษาดีและต้นทุนต่ำ Value base health care และ Quality Management ซึ่งในยุคปัจจุบันการดูแลรักษาที่ดีไม่เพียงพอ เราต้องทำอย่างไรเพื่อให้เห็นคุณภาพชัดเจนมากขึ้นและเป็นตัวอย่างของทีมอื่นๆ

ประเด็นแรกเปลี่ยน

1. Collaboration - มีการทำงานที่เอื้ออาทร ที่ทำกับทีมอื่นมีอะไรบ้าง ?

- สติศาสตร์ มีการ Conference ร่วมกัน เพื่อให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และทำ Discharge plan

- ศัลยกรรม การรักษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหัวใจ

2. อาจารย์มีความเห็นอย่างไรในเรื่องของการ Collaboration กับ family medicine และกับเวชกรรมสังคม (Community Medicine) ? ----> เสนอแนะควรมี Collaboration กับ family medicine

- มีการร่วม Train พัฒนาการเด็ก เช่น โรงพยาบาลเทพา และโรงพยาบาลจะนะ

3. สิ่งที่ได้ดียังอยู่ในระดับโรงพยาบาล แล้วเราจะเชื่อมโยงกับชุมชนอย่างไร ?

ซึ่งผู้ป่วยเด็กเป็นระดับ Secondary ที่ต้องดูแลต่อเนื่อง เน้นการดูแลแบบ Long term ซึ่งได้เห็นความสำเร็จตั้งแต่แรกเกิดจนเจริญเติบโต ให้อาจารย์ออกแบบร่วมกันว่ามี บริบทแบบไหน และออกแบบ แบบไหน มีความเห็นอย่างไร เพื่อเพิ่มโอกาสให้เด็กรอด และเป็นเด็กที่มีคุณภาพในอนาคต CLT กุมารเวชศาสตร์ น่าจะทำให้เป็น Model ให้กับที่อื่น (จะทำหรือไม่ทำก็ได้ ให้ อาจารย์ดูว่าสิ่งที่ทำเหมาะสมหรือไม่) ในเรื่องสำคัญเหล่านี้

3.1 การ Terminate Case อย่างไร เชื่อมโยงอย่างไร ?

- สรุปรูป Chart ให้รายละเอียด ส่งต่อเรื่องยา
- Inter department

3.2 เรามีกระบวนการส่งมอบเด็กของเราไปสู่สาขาผู้ใหญ่อย่างไร มีการส่งต่อข้อมูล สภาพจิตใจ ผู้ป่วยจาก case เด็ก เป็นผู้ใหญ่ จาก โรงพยาบาล มอ. ไปโรงพยาบาลอื่นอย่างไร ?

3.3 ทำอย่างไรให้เป็น Systematic เราจะมีระบบที่สามารถขยายไปให้โรงพยาบาลอื่นใช้ได้ด้วย

3.4 อาจารย์คิดว่าโรงพยาบาลอื่นมี Systematic หรือไม่ เขาทำอย่างไร ?

3.5 มีเรื่องอะไรที่เรามีศักยภาพที่ทำได้เทียบเท่ากับผู้อื่นแต่ยังทำไม่ได้ทำ และในอนาคตเราจะทำอะไรร ?

- การประเมินผลเมื่อเปรียบเทียบกับสิ่งที่เราทำ (ต้องผ่านการประมวล และประเมิน)
- มีอะไรที่เราประเมินแล้วเป็น GAP และเราต้องพัฒนาต่อเนื่อง
- กลุ่ม Thalassemia, HIV และ COPD เรามีการเชื่อมต่อการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างไร

4. เรามีการประกันคุณภาพการรักษา โดยจะไม่เกิดเรื่องที่เป็นอันตราย (Zero defect) อย่างไร ?

- อะไรที่อยู่ตามการรักษา ไม่มีปัจจัยของผู้ป่วย เข้ามาเกี่ยวข้อง
- ทำอย่างไรให้คณะแพทย์ ไม่มีการประนีประนอมกับความเสี่ยงของผู้ป่วยในเรื่องการตัดสินใจ ให้เป็น

Zero defect

5. Evaluation เทียบกับสิ่งที่ยากจะไป เช่น ความเป็นเลิศทางระดับสากล

- มีอะไรบ้างที่เป็นเลิศ
- ระบบ Structure อะไรบ้างที่ยังไปไม่ได้
- มีอะไรที่จะขอความช่วยเหลือจากผู้บริหารเพื่อให้ไปถึงเป้า

6. การจัดการความรู้ – กลไกการสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้

- ควรหาองค์กร หน่วยงาน ที่ชัดเจน เฉพาะระบบที่เราต้องทำร่วมกัน

หออภิบาลทารกแรกเกิด (NICU)

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 16.30-16.45 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท. หญิง ภัคกร โลงนะวงศกร

อาจารย์อนุชา present

เรื่องการรับผู้ป่วยโรคหัวใจ และเรื่อง preterm มีการส่งเสริม developmental care โดยการใช้ผ้าคลุมตัวเพื่อลดการรบกวนจากแสงสีเสียง การทำ kangaroo care มีการนำจุกนมหลอกสำหรับเด็ก preterm มาใช้ และมีเกสซ์ประจำหอผู้ป่วย

คำถาม :

1. การนำ developmental care มาใช้ในการดูแลทารก เกี่ยวกับผ้าคลุมตัวว่าหากทารกมีอาการเปลี่ยนแปลงจะทราบได้อย่างไร อาจารย์อนุชา present ผ้าคลุมตัวพยาบาลเป็นผู้ประดิษฐ์เอง ชั้นในใช้ผ้าสีทึบ
2. โอกาสที่พยาบาลจบใหม่จะมาเข้ามาทำงานมีหรือไม่
3. สอบถามแพทย์ R1 และ R3 เกี่ยวกับการมา training และการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย และการนำความรู้กลับไปใช้เมื่อเรียนจบ
4. พยาบาลคิดว่าเกสซ์เข้ามาช่วยในเรื่องใดบ้าง พยาบาลได้ยกตัวอย่างยา small dose อาจารย์จึงขอให้เปิดโปรแกรมยา และสอบถามเกี่ยวกับวิธีการเตรียมยา และดูประวัติการจ่ายยา

Ex. Morphine 0.7 mg +5%D/W upto 10 ml rate 0.6 ml/hr และจากประวัติการจ่ายยามีการจ่ายยา 2 ครั้งใน 1 เวน

อาจารย์สอบถามว่า

- สั่งยามาจำนวนกี่ syringe
- ทราบได้อย่างไรว่าเกสซ์เตรียมยามาให้ถูก
- วิธีการเตรียมยาของพยาบาลให้คำนวณให้ดู

พยาบาลได้อธิบายเพิ่มเติมว่าการเตรียมยา dose แรกมีการไล่สาย extention จึงทำให้ยาหมดเร็วขึ้น อาจารย์มองเห็น weak point ว่ายาที่หายไปอาจทำให้คนไข้ได้รับยา over dose ไป หรือเป็นการไล่สายจริง และสอบถามว่าทราบได้อย่างไรว่าผู้ป่วยได้รับยาจริงเท่าไร จึงถามเกสซ์ว่าแบบนี้เป็น med error หรือไม่ สามารถรับได้หรือไม่ เกสซ์ตอบว่ากำลังพัฒนาการเตรียมยา unit dose เพื่อให้สามารถให้ผู้ป่วยได้เลย

อาจารย์ได้สรุปเรื่องยา small dose ว่า ที่ปฏิบัติอยู่ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิด med error ได้ สามารถพัฒนาระบบให้ดีขึ้นไปได้อีก

5. อาจารย์ผู้เยี่ยมชมตรวจใช้เวลา 5 นาทีเราอยากพูดเรื่องอะไร พยาบาลเสนอ HFNC อาจารย์ผู้เยี่ยมชมตรวจถามว่า ถุงใส่น้ำ (sterile water) คืออะไร

ประเด็นที่อาจารย์ผู้เยี่ยมชมตรวจได้ชื่นชม

- การที่มีทั้งอาจารย์แพทย์และพยาบาล senior ในการบ่มเพาะและสอนทั้งพยาบาลและแพทย์ให้ตระหนักถึง safety ของผู้ป่วยและการใส่ใจในรายละเอียดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็น safety culture ขององค์กร
 - นวัตกรรม HHHFNC และถุงใส่ขวด sterile water แขนงไว้ข้างเครื่องช่วยหายใจสำหรับเติมในหม้อทำความชื้นของเครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากเกิด incident น้ำทันเข้าไปในหม้อทำความชื้นจากการวางขวดน้ำบนหรืออยู่สูงกว่าตัวเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งพยาบาลเป็นผู้คิดและประดิษฐ์เอง
- อาจารย์อนุชา present ถึงการนำสาย heated แบบใหม่เข้ามาเพื่อลดหยดน้ำในสายที่อาจเข้าสู่ผู้ป่วย ซึ่งใช้ได้ผลดีช่วยลด VAP ได้ดีขึ้นโดยเฉพาะในทารกน้ำหนักตัวน้อย
- บุคลากรมีความใส่ใจในรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ ทำให้มีการนำนวัตกรรมมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ : จากผู้เยี่ยมชมสำรวจ

1. ยา small dose ที่ปฏิบัติอยู่ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิด med error ได้ สามารถพัฒนาระบบให้ดีขึ้นไปได้อีก
2. การที่มีทั้งอาจารย์แพทย์และพยาบาล senior ในการบ่มเพาะและสอนทั้งพยาบาลและแพทย์ให้ตระหนักถึง safety ของผู้ป่วยและการใส่ใจในรายละเอียดในการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดเป็น safety culture ขององค์กร
3. บุคลากรมีความใส่ใจในรายละเอียดเล็กๆ น้อยๆ ทำให้มีการนำนวัตกรรมมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี
4. การนำ developmental care มาใช้ในการดูแลทารกซึ่งเห็นจากนางงานที่ผู้เยี่ยมชมสำรวจไม่ค่อยได้เจอจากการเยี่ยมโรงพยาบาลอื่น

หอผู้ป่วยเด็ก 2

วันที่ : 25 ธันวาคม 25462

เวลา : 17.00 น.

ผู้เยี่ยมสำรวจ : นท.หญิง ภัคกร โลจนะวงศกร

คำถาม :

1. ALL ในผู้ป่วยเด็ก ใช้ protocol อะไร
- 2.ให้เล่า process ของการทำ Empowerment ในผู้ป่วยเด็กALL
- 3.ให้สรุปส่ง process ของการทำ Empowerment ในผู้ป่วยเด็กALL ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ครึ่งหน้ากระดาษA4 เพื่อเอาไปแนบในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งALL (เพราะ อ.มีเวลาน้อย แค่ 10น.แต่ อ.ยังขาดข้อมูลหัวข้อEmpowerment จึงขอลงดูในผู้ป่วยเด็ก ALL) -(แนบอีกFile)

ข้อเสนอแนะ : ไม่มี

1. อ.ชื่นชมในกระบวนการทำงาน ฟังจากการเล่า ว่าทำจริงแน่นอน แต่ อ.มีเวลาน้อย ขอให้สรุปส่ง process ของการทำ Empowerment ในผู้ป่วยเด็กALL ที่เป็นลายลักษณ์อักษร ครึ่งหน้ากระดาษA4 เพื่อเอาไปแนบในการดูแลผู้ป่วยเด็กมะเร็งALL
2. หอผู้ป่วยสะอาด โล่ง อากาศสบายตา
3. ทีมเข้มแข็งมากมกกันหลายท่าน (อ.มาช่วง17น.จะมีทั้งเวรเช้าที่อยู่ต้อนรับ และมีเพิ่มทีมเวรบ่าย)

II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ

วันที่ : 26 ธันวาคม 2562 เวลา 08.40-10.10 น. ณ ห้องเวชศาสตร์ฯ ชั้น 2

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท.หญิงภัคกร โลงนะวงศกร

คำถาม

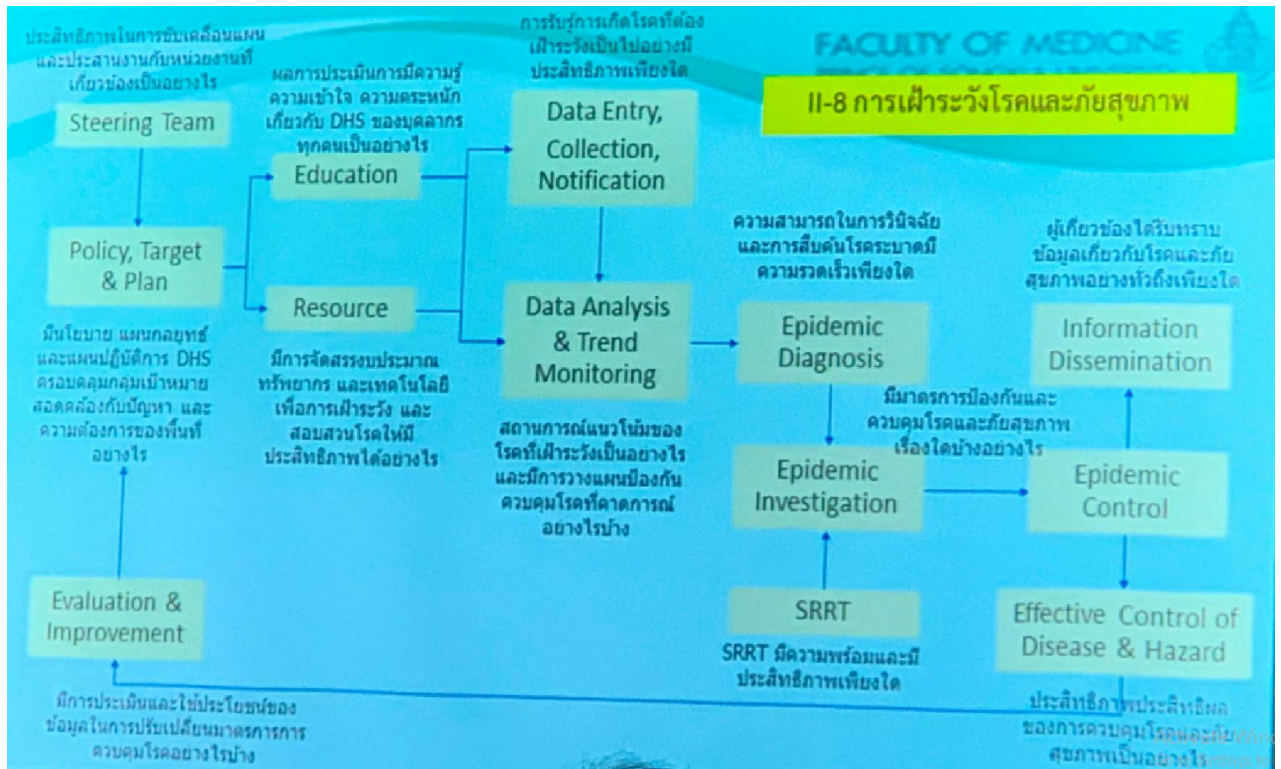
1. อะไรที่ยังทำได้ไม่ดี เมื่อเทียบกับสิ่งที่คาดหวัง
2. อะไรที่ทำได้ดี เมื่อเทียบกับสิ่งที่คาดหวัง
3. เมื่อเรามีองค์ความรู้ ประสบการณ์ เทคโนโลยี ทีม แล้วจะขึ้นนำสังคมสู่ระดับประเทศอย่างไร และในเรื่องใดบ้าง
4. ระบบการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ จะ Monitor/ติดตาม ในเรื่องอะไรบ้าง ทั้งระยะสั้น และระยะยาว
5. Effective Control of disease & Hazard เราจะมองที่ประเด็นไหน

ข้อเสนอแนะ :

1. มีเรียนรู้จาก Mapping แล้วนำไป grouping จะทำให้มองภาพได้ชัดเจนขึ้น
2. อาจารย์แยก scenario ขึ้นมา แต่เราเองที่จะเป็นคนตัดสินใจทำตามสิ่งที่จำเป็นและสิ่งที่ เป็นมาตรฐาน

สิ่งที่ชื่นชม

1. องค์กรรับรู้เร็ว กำจัดเร็ว และมีการป้องกัน
2. เองงานคุณภาพมาเทียบ (frame work II-8 การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ) โดยเทียบจากสิ่งที่เป็นและสิ่งที่คาดหวัง
3. มี policy ที่ชัดเจน สอดคล้อง ครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมาย
4. มี resource : technology
5. ให้ education จริง และมองต่อไปถึงความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายและความไวต่อการรายงาน
6. เข้าร่วม/ประสานงาน กับหน่วยงานภายนอก (จังหวัด) ทำให้สามารถแจ้งเหตุได้รวดเร็ว



ศูนย์บริการสุขภาพปฐมภูมิ

วันที่ : 26 ธันวาคม 2562

เวลา : 10.00-12.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : น.ท.หญิงภัคภร โลงนะวงศกร

ชื่นชม

1. ชุมชนมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายชัดเจน (ชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบ และนักศึกษา)
2. มีการใช้ community base และ hospital base ชัดเจน โดยเฉพาะการฉีดวัคซีนในนักศึกษาเพื่อป้องกันการเกิดโรค

คำถาม :

1. ปัญหาสำคัญของชุมชนคหงส์มีอะไรบ้าง (ไข้เลือดออก ,โรค NCD , ยาเสพติด) การทำงานชุมชนอยู่ใน stage ไต (work with / work for)
2. มีวิธีการรับรู้ปัญหาสุขภาพ และมีการทำงานร่วมกับชุมชนอย่างไร รวมทั้งชุมชนอื่น ในบริเวณ ใกล้เคียง มีความเข้มแข็งในเรื่องใดบ้าง อย่างไร
3. ในฐานะเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีแนวคิด/นโยบาย คุณภาพการดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรัง (DM,HT) เป็นอย่างไร
 - การออกแบบการทำงานร่วมกับ CLT
 - มีการส่งต่อและรายงานผลการดูแลให้กับ CLT อื่นๆ
 - มีการพัฒนากระบวนการทำงานอย่างไร
4. การประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลต่อเนื่อง (DM,HT) อย่างไร (การออกแบบระบบ กระบวนการ ความคุ้มค่า ลด LOS หรือไม่)
5. การดูแลที่เป็นมาตรฐานในผู้ป่วย chronic disease (DM,HT) ที่ตรวจหลายคลินิกทำอย่างไร มีวิธีการอย่างไรในการดูแลคุณภาพร่วมกัน
6. ชุมชนกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการควบคุมผลลัพธ์การดูแลอย่างไร
7. มี model ชี้นำสังคมการสร้างเสริมสุขภาพในเรื่องใดบ้าง

ข้อเสนอแนะ :

การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในภาพรวมทั้งโรงพยาบาล ควรมีการดูแลอย่างครอบคลุม ได้แก่ การรับส่งต่อ การส่งเสริมและป้องกันโรคเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน (ผลลัพธ์) เพื่อให้การบริการที่มีคุณภาพ

II-7.3พยาธิวิทยากายวิภาค

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562 เวลา : 14.30 – 17.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : นายแพทย์สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์

คำถาม และข้อเสนอแนะ

เรื่อง การปฏิบัติตามมาตรฐานพยาธิวิทยากายวิภาคที่จัดทำโดยราชวิทยาลัยแพทย์ แห่งประเทศไทย

1. ความพอเพียงของพยาธิแพทย์กับปริมาณงานเหมาะสมหรือไม่
2. ความทันเวลาในการรายงานผล(ตอบรายงานภายใน 8วันคิดที่80%)ควรแยกกลุ่มที่มีความเร่งด่วนกับไม่เร่งด่วนในการรายงานผล
3. มีเทคโนโลยีอะไรที่ช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้นหรือเร็วขึ้นในเวลาทีลดลงในจำนวนคนที่จำกัดกับปริมาณงาน
4. แผนการพัฒนาในอนาคต

ตรวจเยี่ยมหน่วยงานห้องชันสูตร พบโอกาสพัฒนาในเรื่องการนำ Near missมาวิเคราะห์ เพื่อหาทางแก้ไข

เรื่องกระบวนการทำงาน ยังไม่มี consistency ยังเป็น style ทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ทั้งเรื่อง Identify และ verify ยังไม่เป็นone process owner

การวัดวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานองค์กร

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562 เวลา : 13.00 – 14.30 น

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : นายแพทย์สุรชัย ปัญญาพฤทธิพงศ์

ข้อเสนอแนะ : อ.สุรชัย ได้แยกข้อเสนอแนะ เป็น 2 หัวข้อย่อย คือ

1. การกำหนดตัวชี้วัด คือตัวชี้วัดระดับองค์กร ซึ่งต้องวัดตรงประเด็น สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และใช้ประโยชน์ได้ เป็นตัวชี้วัดหลักๆ ที่เราสามารถดึงมาจาก CLT ได้ แต่เราต้องมาวิเคราะห์ให้เกิดการแก้ไขเชิงกลยุทธ์ และไม่ต้องเอาหลายตัว

2. การวิเคราะห์ เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมขององค์กร โดยทีมบริหารซึ่งจะนำไปสู่การปรับเชิงกลยุทธ์หรือปรับระบบงานภาพรวม การวิเคราะห์ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น แล้วปัจจุบันเราทำอะไรอยู่ และจะทำอะไรต่อ

สรุป การกำหนดตัวชี้วัดระดับองค์กรซึ่งต้องวัดให้ตรงประเด็น สอดคล้องกับพันธกิจ วิสัยทัศน์ และใช้ประโยชน์ได้ เป็นตัวชี้วัดหลักๆที่เราสามารถดึงมาจาก CLT ได้แต่เราต้องมาวิเคราะห์ให้เกิดการแก้ไขเชิงกลยุทธ์และไม่ต้องเอามาหลายตัว ประเด็นการวิเคราะห์เป็นการวิเคราะห์ภาพรวมขององค์กร โดยทีมบริหารซึ่งจะนำไปสู่การปรับกลยุทธ์หรือปรับระบบงานภาพรวม การวิเคราะห์ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้น ปัจจุบันทำอะไรและจะทำอะไรต่อ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อหญิง-พิเศษ

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 13.00 -14.00 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : นายแพทย์ สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์

คำถาม :

1. โรคและตัวชี้วัดที่ดูแลได้ดีและภาคภูมิใจ
2. Problem list และ Diagnosis ต่างกันอย่างไร (สอบถามแพทย์) เมื่อสั่งยาแล้ว ยามีผลอะไรบ้าง
กระทบต่อการผ่าตัดไหม อย่างไร ใช้คู่กับยาอะไรแล้ว โอกาสเกิดอะไรบ้าง
3. Med reconcile ขบวนการสั่งยา จนถึงผู้ป่วยได้รับยา การตรวจสอบใน 3 วิชาชีพ คือ แพทย์ เภสัช
และพยาบาล เภสัชจะ check ยาตรงไหนว่า เหมาะสม ไม่มีปฏิกิริยาต่อกัน
4. การซักประวัติ ตรวจร่างกาย และ progress note ของแพทย์ ใครที่เหมาะสมสำหรับการตรวจสอบ
ควรมีวุฒิ อะไร
5. ความสมบูรณ์และคุณภาพ ในการตรวจเวชระเบียน จากการ audit เวชระเบียน (สอบถามแพทย์) ท่าน
ได้ปรับอะไร เช่น ผู้ป่วย re-admit เพราะอะไร แก้ไขอย่างไร วางแผนอย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

1. Diagnosis ไม่สามารถวางแผนการรักษา แต่ Problem list ใช้ในการวางแผนการรักษา
2. D/C planning คือ การวางแผนแก้ไข ปรับช่วย ข้อจำกัดผู้ป่วย เมื่อกลับไปอยู่บ้าน
3. ควรมีการตรวจสอบกระบวนการสั่งยา จนกระทั่งผู้ป่วยได้รับยา ทั้ง 3 วิชาชีพ

หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562 เวลา : 14.30 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงศ์

คำถาม :

1. ให้เสนอเรื่องที่ต้องการเล่า (ที่ไม่ตรงกับหอผู้ป่วยกระดูกและข้อหญิง ที่เสนอเรื่องการดูแลผู้ป่วยTKA)
เสนอเรื่อง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการempowerment ผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลตนเองได้
2. เป้าหมายในการวางแผนจำหน่ายคืออะไร.
3. มีการบันทึกที่ไหน อย่างไร
4. เรวางแผนจำหน่ายทุกcase หรือไม่ ใช้อะไรเป็นตัวกำหนด case ในการวางแผนจำหน่าย
5. มีการติดตามผลลัพธ์ของการวางแผนจำหน่ายอย่างไร และนำมาใช้ประโยชน์อย่างไร
6. เคยได้รับข้อมูลย้อนกลับจากโรงพยาบาลใกล้บ้านหรือไม่
7. ถามอาจารย์แพทย์ว่า ใน 1 ปี ที่ผ่านมาได้มีการทบทวน กันในที่มในเรื่องอะไรบ้างเช่น การทำMM conference ร่วมกัน
8. หอผู้ป่วยเล่าเรื่องการทบทวน อุบัติการณ์ fall และการนำแผ่นกันลื่นในห้องน้ำมาใช้เพื่อ ป้องกันการลื่น
9. หอผู้ป่วยเสนอการนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้ป่วยกระดูกกรยางค์ล่างหักแบบไร้น้ำหนัก

ข้อเสนอแนะ :

1. ในการ การวางแผนจำหน่าย เสนอแนะว่าการใช้คะแนนประเมินความต้องการในการวางแผนจำหน่าย ไม่แน่ใจว่า จำเป็นหรือไม่ ให้ดูเป็นรายโรคเลย หรือ ให้ทำในcase ที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้
2. ในเรื่องนวัตกรรม แนะนำให้หาบริษัทซึ่งพร้อมที่จะช่วยโรงพยาบาลอยู่แล้ว ให้ทำเป็น CSR คือทำแจก เพื่อให้คนอื่นใช้ หรือโรงพยาบาลรอบ ๆ ใช้ แทนที่จะทำในเชิงพาณิชย์

CLT Orthopedic

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562

เวลา : 9.00-15.30 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : นายแพทย์สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงษ์

คำถาม และข้อเสนอแนะ

1. แสดงผลลัพธ์การถ่ายทอดแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ ที่ตอปโจทย วิสัยทัศน์เป็นเลิศ สาขาสังคมไทย ยกตัวอย่าง เช่นการต่อนิว ตอปโจทย สังคมไทย ควร มีเกณฑ์ ในการเทียบเคียงนานาชาติมาด้วย

2. clinical outcome

วัดมิติคุณภาพที่สำคัญในแต่ละโรคพร้อมเสนอKPIและผลลัพธ์ด้วย ไม่จำเป็นต้องวัดทุกมิติในทุกโรค

3. driver diagram ควรใช้กับเรื่องที่ยากแสดงเรื่อง innovation หรือchange idea(how to)ที่ต้องการแสดง ปัญหา/ปัจจัยหลัก เช่นต่อนิว มาซามีปัจจัยอะไร จะทำให้ดีขึ้นจะอย่างไร

4. ให้นำเสนอการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในช่วง3ปีที่ผ่านมา จากการมีกระบวนการทบทวนกิจกรรมทั้งหมด(2คะแนน) ในรอบ3ปีที่ผ่านมามีอะไรเกิดขึ้นใหม่ๆบ้าง ผลลัพธ์ เป็นอย่างไร ดีขึ้นอย่างไร เช่นDVT มีการจัดการให้ยาป้องกันพบว่าไม่เกิดอีกเลย เพื่อแก้ไขภาวะin spine injury เราได้ดำเนินการอะไรบ้างผลที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร

ถ้าไม่ดีก็บอกว่าปัจจัยอะไร และมีแผนจะพัฒนาอะไรต่อ

Action plan

ให้เสนอย่อกรอยไปตอป 3ประเด็นตาม 3P

คลินิกเพื่อนำเสนอทำได้ดี

1. ปรับกระบวนการรับใบreferทุกราย ทำให้เข้าถึงได้เร็วขึ้น

2. pre admit elective เตรียมความพร้อม ก่อนเช่น consult โรคร่วม ทันตกรรม อุปกรณ์ rehab.สอน ล่วงหน้า เป็นต้น

3. นวัตกรรม ห้องเฝือกอุปกรณ์ช่วยตัดเฝือก

◦ การดูแลทั่วไปที่ดีมี3ประเด็นที่ต้องตอป

◦ 1. ทำโดยบุคลากรตามวุฒิ มีกระบวนการทราบได้เรียนรู้สิ่งที่จำเป็นเท่ากันทุกคนกรณีที่ไม่ม่มีประสบการณ์ หรือไม่มีเคสจะทำอย่างไรและประเมินอย่างไร

◦ 2. ในฐานะสถานฝึกอบรมต้องตอปประเด็น คุณภาพ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย

◦ 3. การบันทึกเวชระเบียนที่เขียนโดย นศพ. จะกลายเป็นหลักฐานทางกฎหมาย ควรมีชื่อstaffและมี กระบวนการaudit

การ triage ประเด็นโรคติดเชื้อ คนไข้ atypical

◦ ความปลอดภัยจากจริยธรรม เช่น ความเป็นส่วนตัว ไม่เปิดเผย

◦ สิ่งแวดล้อม ทางหนีไฟ กรณีฉุกเฉิน อุปกรณ์ คน มีการซ้อมสม่ำเสมอ ผลลัพธ์เป็นอย่างไรจะพัฒนาอะไรต่อ

□ สิ่งที่ต้องดำเนินการ ข้อมูลการมาตามนัด ในกลุ่มโรคสำคัญเป้าหมายเป็นdaily assessment มีการติดตามและกำหนดตัวชี้วัดอย่างไร

สรุป

สิ่งที่ทำได้

- 1.ตอบสนองความต้องการสังคม
- 2.การเข้าถึงเฉพาะทางได้ทุกวัน assesibility
- 3.ค่านิยมทำงานเป็นทีมทดแทนกันได้team
- 4.มีนวัตกรรมที่ช่วยในการทำงานinnovation
กระดุกและข้อหญิงและชาย
- 1.เรียนรู้ ประเด็นอุบัติการณ์และความเสี่ยง Fall
- 2.การบันทึกเวชระเบียนของแพทย์ครบถ้วน diagnostic progress note problem list planning การ
ทบทวนบันทึก ผลลัพธ์
- 3.drug reconcile ต้อง 3 วิชชีพ clarify verify และ reconcile
- 4.เป้าหมายของการทำD/Cเพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลตนเองได้ และแก้ไขข้อจำกัดของผป. ถ้าผป. ช่วยเหลือ
ตัวเองไม่ได้ ต้องทำอะไรบ้างมีเครื่องมือหลากหลายที่เลือกมาใช้ เช่นการพัฒนาเทคโนโลยี มาช่วย เป็นต้น

คลินิกกระดูกและข้อ คลินิก폐อก

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562

เวลา : 11.00 - 12.00น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : นพ.สุรัชย์ ปัญญาพฤทธิพงษ์

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ตัวอย่างคำถาม |
|--|--|
| 1-6.1 จ. การจัดการเรียนการสอนทางคลินิก, Training Risk มาตรฐาน II-1 การบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัย คุณภาพ | - การดูแลรักษาคนไข้โดยบุคลากรตามวุฒิ เช่น นศพ. แพทย์ใช้ทุน มีมาตรการอย่างไร/ผลลัพธ์ การรักษา เป็นอย่างไร - เนื่องจากเราเป็นสถาบันฝึกอบรม นศพ.ได้เรียนรู้สิ่งต่างๆ เท่ากันทุกคนหรือไม่ (อธิบาย)/ คุณภาพการรักษาพยาบาลเป็นไปตามมาตรฐานหรือไม่ ชี้แจงเรื่องการละเมิดสิทธิ์ของผู้ป่วยให้ชัด |
| 1-6.2 ข. การเตรียมพร้อมด้านความปลอดภัยและภาวะฉุกเฉิน Rapid response | การสอน CPR ดีหรือไม่ (จำเป็นต้องมีการซ้อมสถานการณ์) |
| มาตรฐาน II-4.2 การปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อ IC (2) ตรวจสอบโอกาสที่จะมีการแพร่กระจายเชื้อในระบบระบายอากาศและดำเนินการปรับปรุง เช่น การควบคุมฝุ่นละอองในอากาศ, การติดตามประสิทธิภาพของการกรองอากาศ, การป้องกันการปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination) | - สิ่งแวดล้อมปลอดภัยหรือไม่ ในเรื่องของ IC ระบบระบายอากาศ ที่ OPD Ortho ใช้ระบบแอร์แบบไหน - โรคระบบติดเชื้อทางเดินหายใจมีวิธีแก้อย่างไร เนื่องจากสถานที่ของโรงพยาบาลเข้าได้ทุกทาง การคัดกรองโรคระบบทางเดินหายใจทำอย่างไร |
| มาตรฐาน II-5.2 เวชระเบียนผู้ป่วย | ใบบันทึกเวชระเบียน ถือเป็นหลักฐานทางกฎหมาย อาจารย์แพทย์ไม่ใช่แค่เซ็นชื่อ จะต้องตรวจด้วย มีการออกแบบระบบ Result เพื่อให้ได้มาตรฐานอย่างไร |
| มาตรฐาน III-1 การเข้าถึงและเข้ารับบริการ | ผู้ป่วย walk in ได้รับการตรวจหมดหรือไม่ การ Triage ทำโดยพยาบาลนั้นมีขั้นตอนอย่างไร |
| มาตรฐาน III-4.2 การดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง | คนไข้ Criteria ที่มีความเสี่ยงสูง ดูแลอย่างไร |
| มาตรฐาน III-6 การดูแลต่อเนื่อง | - การ follow up case เป็นหน้าที่ของใคร ให้หา ระบบ มาตรการ |

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ตัวอย่างคำถาม |
|----------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - เป้าหมายของการมีระบบนัดคืออะไร ต้องเป็น process real time case ไหนที่สำคัญต้องติดตามเพื่อแนะนำประเด็นต่อไป สามารถตอบข้อมูลรายวันคืออะไร มีผู้ป่วยกลุ่มไหนมา/ไม่มาบ้าง - โรคหลัก ใครจะเป็นคนบอกว่าโรคนี้ต้องมาพบแพทย์ตามนัด - ทราบได้อย่างไรว่าเมื่อวานคนไข้ไม่มาตามนัดที่รายได้ติดตามหรือไม่ใน Case ที่ไม่มาตรวจ Case ไหนที่ไม่ได้มาตามนัดและจะต้องโทรตาม |

สิ่งที่ชื่นชม :

1. รับผิดชอบต่อสังคม โดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ส่งต่อมา
2. ผู้ป่วยได้รับการเข้าถึงเฉพาะโรคได้ทุกวัน
3. มีนวัตกรรมเพื่อ support ในการทำงาน เช่น มีटकแต่งเฟือกใช้สำหรับटकแต่งเฟือก อุปกรณ์ช่วยใส่เฟือกขา ใส่เฟือกแขน อุปกรณ์รองขาขณะใส่เฟือก อุปกรณ์ช่วยถอดเฟือกเด็กโรคเท้าปุกด้วยตนเองมาจากบ้าน อุปกรณ์ช่วยเข้าเฟือกลำตัวเด็ก รถเข็นสำหรับใส่ตุ้มน้ำหนักและอุปกรณ์ใส่เฟือก

ข้อเสนอแนะ :

1. มีการติดตามผู้ป่วยและมีผลลัพธ์การรักษาที่ดี อาจไม่จำเป็นต้องตามทุกโรค ให้เลือกมา
2. หาผู้บริจาคหรือบริษัท/แหล่งทุน นำงบมาผลิตอุปกรณ์ที่เป็นนวัตกรรมของคลินิกเฟือก เพื่อแบ่งจ่ายแพทย์ใช้ทุนแพทย์ประจำบ้าน เพื่อนำไปเผยแพร่ใช้ที่โรงพยาบาลต่าง ๆ

แผนพัฒนาต่อยอด

1. ทบทวนระบบระบายอากาศ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อปนเปื้อนทางอากาศ (airborne contamination)
 2. ทบทวนตัวชี้วัดของหน่วยงานให้สอดคล้องกับ CLT, ออกแบบการเก็บตัวชี้วัดและนำข้อมูลมาใช้ในการพัฒนา
 3. ทบทวนกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง และกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญในการติดตาม ระบบติดตามผู้ป่วยที่จำเป็นต้องมาตามนัด
 4. การติดตามประเมินผลระบบ Triage
- ระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยและการให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง

คลินิกหูกอจุมก

วันที่ 26 ธันวาคม 2562

เวลา 11.00 – 11.30 น.

ผู้เยี่ยมชมตรวจ น.พ. สุรัชชัย ปัญญาพฤทธิพงษ์ค์

Trace system II-5.2 เวอร์ชันผู้ป่วยผ่านระบบ HIS

วิธีการ ชมการสาธิตการเข้า ระบบ HIS นำเสนอโดยอาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุน และพยาบาล

| มาตรฐาน/ประเด็นสำคัญ | ตัวอย่างคำถาม/คำตอบ |
|---|--|
| II-5 เวอร์ชันผู้ป่วยผ่านระบบ HIS การรักษาความปลอดภัยและความลับ มีข้อมูลเพียงพอต่อการสื่อสารและเชื่อมโยง ผลการตรวจ ระบบยา ที่มดูลสามารถดูข้อมูล ข้อมูลผู้ป่วยที่จำเป็นเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - การระบุตัวผู้ป่วย - มีข้อมูลสนับสนุนการวินิจฉัยโรค - ประเมินความเหมาะสมของการดูแล รักษา - ทราบความเป็นไป การเปลี่ยนแปลง และผลการรักษา - เข้าถึงความต่อเนื่องในการดูแล - ให้รหัสได้อย่างถูกต้อง - การใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย - ความสะดวกและใช้งานง่าย | 1. ถามอาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุนว่าใช้งานง่ายหรือไม่ ตอบ ใช้งานง่าย 2. ส่วนของพยาบาลมาเชื่อมโยงตรงไหนกับแพทย์ แพทย์ เห็นหรือไม่ ตอบ - เห็นส่วนของพยาบาล เชื่อมโยงผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการกับแพทย์ โดยอาจารย์แพทย์ เข้าระบบ computer show ระบบHIS โปรแกรม เอกซเรย์ โปรแกรม การสั่ง lab สั่งยา และเปิดระบบที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยใน การ เปิดย้อนหลังเข้าไปดูประวัติเก่าที่ IPD และ OPD และดู ระบบการเตือนระบบแพ้ยาในระบบHIS - พยาบาลนำเสนอ การเข้าระบบของพยาบาลที่ต้อง ใช้ password ในการเข้าระบบ นำเสนอในส่วนการชัก ประวัตินของพยาบาล และระบบการรายงาน incident ใน ระบบ HIS ระบบขอแปล และสามารถดูประวัติของผู้ป่วยในที่ เชื่อมโยงกับผู้ป่วยนอก |

สิ่งที่ชื่นชม

ระบบ computer ที่ใช้งานง่าย ดีใจและเป็นเกียรติที่ได้มาดูระบบ computer ของรพ.ที่มีการพัฒนา
 ระบบได้เองและใช้งานง่ายเหมาะกับบริบทและมีความทันสมัย

ระบบยา

วันที่: 24 ธันวาคม 2562 เวลา 13.25 – 16.30 น. ณ ห้องประชุมเภสัชกรรม

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ภก. ประมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

สรุปจากการเยี่ยมชมสำรวจ

1. เน้นการพัฒนาการประเมิน คุณด้นทุนที่มีอยู่และจุดดแข็ง
2. การสร้างคุณค่าในวิชาชีพ ทำให้คนทำงานอย่างมีความสุข
3. การทำงานร่วมกันของ 3 สาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล) โดยใช้ IT และเวชระเบียนเป็นตัวเชื่อมโยง
4. การใช้ IT เพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน เน้น user friendly (เปลี่ยนจากการใช้ computer มาเป็น Ipad) และการตามรอยที่หน้างาน
5. Keyword สำคัญ มีแผนที่ชัดเจนจากผู้บริหาร มี time line สถานที่ ทรัพยากร ที่เพียงพอ (สถานที่ คน technology capital)
6. การทำงานอ้างอิงมาตรฐาน เน้น learning มากกว่าการ audit
7. จุดแข็งของระบบยาคือ IT , ศูนย์รวมยาเคมีบำบัด ที่มีส่วนลด cost ของโรงพยาบาลเพิ่ม effective ซึ่งสอดคล้องกับพันธกิจ การมองเห็นความสำคัญ chemo spill kit ระบบ RDU , มี plan เรื่องการบริหารยาของเด็ก , IV mixture และสามารถเห็นประวัติการใช้ยาที่อาจจะเกิด drug interaction กัน

ข้อเสนอแนะจาก Surveyor (ประเด็นพื้นฐานสำคัญระบบยา)

1. มีกรรมการบริหารจัดการยา แต่ขาดการมองภาพรวมของระบบยา การนำลงสู่หน้างาน - ต้องมีการตามรอยนำไปสู่การพัฒนา
2. มีการพัฒนา specialist ด้านเภสัชกร แต่ละสาขาให้สอดคล้องกับความเป็น Supertertery
3. การเก็บสำรองยา หลักการทำเหมือน Benner's Model / เหมือนระบบ IV โดยใช้ barcode เชื่อมเข้าระบบ IT
4. ออกแบบระบบเพื่อให้เภสัชได้เข้ามามีบทบาทในการทบทวนการใช้ยาของแพทย์ ก่อนการบริหารยาโดยพยาบาล (โดยมองเห็น/ใช้งานร่วมกันในหน้าตาเดียว ของ 3 วิชาชีพ)
5. ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา under report ควรมีการค้นหาเชิงรุก
6. ADR ดูระบบการดักจับให้มีประสิทธิภาพ (intensive monitoring) วิเคราะห์ความเสี่ยง เน้นเชิงรุก
7. ระบบการกระจายยา : one day dose ลด error ในการจ่ายยา มี visual control ลดภาระงานในการเช็คยา คินยา ลดการยืมยาผู้ป่วยอื่น (robin hood)

8. Reconcile เน้นในกลุ่ม Surgical สูตินรีเวช ENT ตา จิตเวช ไม่ควรเน้นในกลุ่มอายุรกรรม และเด็ก ที่มียาเยอะและมีความละเอียดในการใช้งานยาอยู่แล้ว
9. ยาเคมีบำบัดดีอยู่แล้ว เนื่องจากการรวมศูนย์
10. แยกกลุ่มยาตามกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินอ้างอิงตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ได้แก่กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ฉุกเฉินเร่งด่วน ฉุกเฉินไม่รุนแรง ผู้ป่วยทั่วไป จัดทำเป็น kit เพื่อให้สะดวก รวดเร็ว และ safety ต่อผู้ป่วย และเน้นการดูปริมาณยาให้เพียงพอ ดูความสมดุลระหว่างการเข้าถึงและความปลอดภัย
11. ควรมีการแยกห้องยาผู้ป่วย IPD, OPD, และ D/C
12. การติดตามยา HAD ไม่ได้บอกเป้าหมายการเฝ้าระวัง complication นโยบายเขียนไม่ชัดเจน ทบทวนเชิงรุก เช่น alert ในประเด็นอะไร ช่องทางไหน เป็นต้น

สิ่งที่ระบบยาต้องทำภายใน 2 สัปดาห์ (กำหนดส่งแผนให้สรพ.ภายใน 1 เดือน)

1. การปรับโครงสร้างห้องยา
2. กระบวนการจัดยา one day dose
3. การทบทวนการสั่งยาของแพทย์
4. รอ IT ปรับระบบหน้าจอที่เห็นการทำงานของ 3 วิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล)
5. แยกห้องยาผู้ป่วยกลุ่ม IPD / OPD / D/C
6. แยก specialist ของเภสัชกร
7. การเตรียมยา IV mixture / small dose มีในแผนแล้ว
8. Verify ยากลุ่มอะไรบ้าง เพิ่มการดักจับและวิเคราะห์ ME (ทำเชิงรุก ไม่ใช่รอ incident)

แผนการพัฒนาคัดเจนเพื่อความเป็น Excellence ในระยะ 3 ปี

1. ลำดับความสำคัญจากการวิเคราะห์ GAP ในประเด็นพื้นฐานสำคัญระบบยาข้อ 1-13
2. ข้อเสนอแนะของสมาคมวิชาชีพ
3. ข้อเสนอแนะจากสรพ.
4. วิเคราะห์ข้อมูล ME
5. ปัญหาจากการตามรอย - แผนระยะสั้น Role model ไม่เกิน 1 ปี
- แผนระยะยาว

หมายเหตุ ลงเยี่ยมหน้างานที่หอผู้ป่วยกระดูกและข้อชาย อายุรกรรมชาย 1 และ PICU ตามลำดับ

ประเด็นพื้นฐานสำคัญระบบยา

1. บทบาทคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด
2. เภสัชกรต้องมีใบประกอบวิชาชีพ

3. การเก็บการสำรองยา
4. เภสัชกรเข้าถึงคำสั่งแพทย์โดยตรง ลบทบทวนคำสั่งการใช้ยาทุกรายการ
5. การส่งมอบยาต้องโดยเภสัชกร
6. ระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา
7. ระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์การใช้ยา (แพ้ยาลูกช้าง Type A ADR)
8. ระบบกระจายยาผู้ป่วยใน & วงรอบการบริหารยา
9. การจัดการกับยาความเสี่ยงสูง
10. Medication Reconciliation & Discharge counselling
11. งานผลิตยา (ทั่วไป เคมีบำบัด TPN)
12. การจัดการกับยาฉุกเฉินกับยาด่วน
13. งานบริหารทางเภสัชกรรม (ผู้ป่วยนอก & ผู้ป่วยใน)

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1

วันที่ : 24 ธันวาคม 2562

เวลา : 14.30น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

(เข้าเยี่ยม ระบบยา)

1. คำถาม :ยาเสพติด

- มีกระบวนการตรวจสอบยาหลายครั้ง มีระบบอย่างไร เช่น การใช้ Innovator ในกระบวนการตรวจสอบ เพื่อรวบรวมปริมาณการใช้/ปริมาณการทิ้งยา
- การจัดเก็บยาเสพติดในลิ้นชักเดียวกัน อาจส่งผลให้หยิบผิดคนได้ ควรมีการออกแบบระบบโดยการใช้ Barcode Identify
- ยาเสพติดที่สำคัญตัวไหนบ้างที่จะขยายผลเป็น ready use
- จำนวนยาเสพติดที่แพทย์สั่งควรจะ lock โดยระบบ โดยพยาบาลไม่สามารถแก้ไขได้ เพื่อป้องกันการใช้ยาเสพติด (drug abuse)
- ระบบควรมีการ order ทั้งชนิดยา การใช้ยา และปริมาณที่สั่งให้อยู่ในหน้าเดียวกัน เพื่อ easy for user

2. HAD

- การสั่ง KCL solution ควรสั่งเป็น Meq เพื่อง่ายต่อการ trigger ในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
- ต้องใช้ independent double check คือ การเริ่ม process ทุกอย่างต้องงูมมือไปด้วยกัน 2 คนและทำในเวลาเดียวกัน
- ประเด็นคำถามยา KCL ในรูปแบบยาเกิน จำเป็นต้องเป็น HAD หรือไม่ สอบถามแพทย์อาจารย์แพทย์ช่วยตอบในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรมอาจมีความจำเป็น เนื่องจากผู้ป่วยอายุรกรรมมีโรคซับซ้อน
- การติดตามหลังการให้ยากลุ่ม HAD ต้องมีการตรวจสอบบ่อยแค่ไหน
- มีการกำหนด policy ในการสั่งใช้ยา KCL หรือไม่ อย่างไร เช่น การสั่ง KCL เป็น order one day ไม่ควร order เป็น continuous
- ยา HAD ที่พยาบาลบริหารควรมีการ trigger อย่างไร คำตอบ คือ LAB, symptom and V/S parameter
- แบบฟอร์มการติดตามหลังให้ยา HAD ที่กำหนดมีความเหมาะสมหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยได้รับยา fentanyl กำหนด RR < 10 ครั้ง/นาที ซ้ำไปหรือไม่
- ข้อมูล HAD ในระบบ HIS เนื้อหามากเกินไป ยากต่อการใช้งาน
- การ monitor ติดตามยา HAD แต่ละตัวควรมีเกณฑ์ที่ชัดเจน เนื่องจากไปติดตาม monitor ที่ใช้ใน ปัจจุบันไม่เฉพาะเจาะจง

วันที่ : 25 ธันวาคม 2562

เวลา : 13.30น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ : อาจารย์โกเมธ นาควรรณกิจ

(เข้าเยี่ยม ENV)

1. การจัดเก็บ ถัง O₂ ไว้ด้านหลัง ward ไม่ปลอดภัย และสอบถามปริมาณการใช้งาน ซึ่งทางหอผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องใช้ถัง O₂ ขนาดใหญ่ มี 4 ถัง เนื่องจาก ระบบ pile Line ไม่เพียงพอสำหรับใช้งาน มีระบบใดที่มาช่วยจัดการ การทำ pile line ให้เพียงพอ
2. สอบถามระบบการเติม O₂ ไปเติมที่ไหน ใครเป็นผู้ไปเติม มีระบบในการช่วยสนับสนุนใดบ้างหรือไม่
3. การใส่เกย์ O₂ ไว้กับถังเป็นความเสี่ยง ทำให้ O₂ รั่ว ไหลออกได้
4. เคาน์เตอร์พยาบาล (โต๊ะคอมพิวเตอร์) จัดวางขวางทางหนีไฟ ซึ่งระบบการทำงานหอผู้ป่วย จัดเป็นทีมย่อย ดูแลผู้ป่วยแบบ Total care ซึ่งจัดวางเคาน์เตอร์ ไว้ในบริเวณใกล้เตียงผู้ป่วย
5. กริ่งขอความช่วยเหลือที่ห้องน้ำผู้ป่วย ไม่สามารถบอกตำแหน่งที่กดได้ ไม่มีสัญลักษณ์แสดงให้เห็นว่าตำแหน่งที่กดมาจากห้องไหน
6. การแยกโซนผู้ป่วยติดเชื้อ CRE ไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ เนื่องจากผู้ป่วยนอนหัวเตียงติดกัน

หอผู้ป่วยเด็ก 1

วันที่ 25 ธันวาคม 2562

เวลา 13.00 – 14.30 น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ: ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

คำถาม (เริ่มต้น โดย อาจารย์ให้ทีม HR และ KM ตามรอยหน่วยงานด้านบุคลากร และการจัดการความรู้ของหน่วยงาน ...)

1. จำนวนพยาบาลแต่ละระดับคิดเป็นกี่ % ของจำนวนทั้งหมด (จากการคำนวณของหอผู้ป่วย)
 2. คิดว่าจากลักษณะของบุคลากร ฐานและยอดกว้าง ตรงกลางแคบ ต่อไปน่าจะเกิดปัญหาอะไรได้บ้าง วางแผนไว้อย่างไรว่าก็จะเกิดปัญหา
 3. รองหัวหน้าหอผู้ป่วยทำหน้าที่อะไรบ้าง/ช่วยหัวหน้าฯ เรื่องอะไรบ้าง
 4. การจัดคนขึ้นเวร การกระจายคน บ่าย-ดึก ทำอย่างไร
 5. การเป็นหัวหน้าเวรได้อะไรบ้าง เช่น ค่าตอบแทน
 6. การขึ้นเวร ถ้าทำไม่ทัน มีงานที่ไหลต/เกินอัตรากำลัง เราทำอย่างไร เบื้องบน/ผู้บริหารทราบได้อย่างไร
 7. การขึ้นเวรเฉลี่ยกี่วันต่อเดือน รู้หรือไม่เวลามีคนไปทำโอทีต่อที่อื่น หรือคนมีความเหนื่อยล้าเกิดขึ้น
 8. การประเมิน Competency ประเมินอย่างไร รู้ได้อย่างไรว่าคนนี้ได้คะแนน 3/4/5 วัต้อย่างไร
 9. ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีทั้งหมดกี่ตัว อะไรบ้าง
 10. ตัวชี้วัดที่พูดถึง Service มีอะไรบ้าง (เช่น ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียน คำชม ความรวดเร็วในการ Admit/Discharge การพูดคุยก่อน D/C)
 11. ตัวชี้วัดที่พูดถึง Care ทั่วไป ได้แก่ pain การติดเชื้อ อุบัติการณ์และมีอะไรบ้าง
 12. Care ที่เป็นตติยภูมิมีอะไรบ้าง
 13. โรคหัวใจนอกจาก CHD แล้วมีอะไรบ้าง
 14. เมื่อไหร่ถึงจะถือว่าเป็น Unplanned ICU / เคยส่งผู้ป่วยไป ICU เวรบ่าย/ดึกหรือไม่
 15. สิ่งที่เราเรียนรู้จากตัวชี้วัด/อุบัติเหตุทั้งหมด เราจะทำอย่างไรให้เป็น Positive feedback การใช้ Negative feedback ไม่เกิดการเรียนรู้
 16. การสอนผู้ป่วยเรื่องการป้องกันการเกิด Diarrhea เป็นบทบาทของหอผู้ป่วยหรือ OPD (หอผู้ป่วยน่าจะเป็น การป้องกันภาวะ Dehydration)
 17. การทบทวนอุบัติเหตุแต่ละครั้ง หอผู้ป่วยใช้เวลาานานเท่าไร
- (อาจารย์จบด้วยการสอนเรื่องการทำ RCA 5 ขั้นตอนและการทำ MOU เรื่อง Ward ต้นแบบ)

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมิน competency ควรเปลี่ยนจากการสอบเป็นแบบวัดจากหน้างาน/ KPI รายโรค

2. ให้แบ่งตัวชี้วัดเป็นกลุ่มๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำมาเรียนรู้ผลการปฏิบัติงานของเราและบริบทของเราเอง
 3. การกำหนด LOS ที่ชัดเจน เช่น ภาวะ Dehydration ควรดีขึ้นภายใน 6 ชม. หากไม่สามารถทำได้ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ทีมจะต้องช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุ ทำให้เกิดการเรียนรู้และร่วมกันแก้ปัญหาเป็นทีม
 4. ควรให้รางวัลผู้รายงานอุบัติการณ์ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการติดตาม ต่อยอด เพื่อการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน หรือสิ่งใหม่ๆ ให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กร
 5. เมื่อมีผู้ป่วย 1 ราย เข้ามา Admit เราต้องรู้ว่า เราจะเฝ้าระวังเรื่องอะไร ต้องให้เกิด Awareness
 6. แนวคิดการทบทวนเมื่อเกิดอุบัติการณ์ ด้วย RCA 5 ขั้นตอน
 - Story & Timeline กำหนดผู้เขียน (ประมาณ 2 คน/ward เลือกคนที่เขียนเก่งที่สุด) เขียนทบทวนเหตุการณ์ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ามาจนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์
 - Potential Change ให้ทบทวนเหตุการณ์ย้อนหลัง ถ้าเราสามารถกลับไปแก้ไขได้ เราจะแก้ไขอย่างไร
 - Listen to Voice of staff การรับฟังข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติ/พนักงาน เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมสอดคล้องกับ Core value
 - Swiss Cheese หามองหาช่องโหว่
 - Creative Solution ไม่โทษที่ตัวบุคคล คิดหาวิธีการช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ
 7. เมื่อเกิดอุบัติการณ์ หลักคิดคือ ห้ามโทษกัน และเสนอให้ใช้วิธี Risk & The Just Culture (Design-Coaching-Discipline/Sanction)
 - Re- Design ออกแบบใหม่ เพื่อป้องกันผู้ที่มีพฤติกรรมสุ่มเสี่ยง
 - Coaching ผู้ที่มีพฤติกรรมสุ่มเสี่ยง
 - Discipline ลงโทษคนที่ไม่มีวินัย ที่ทำตามใจ
- อ. ประเมินทรัพยากรให้เวลา 1 ปี ในการดำเนินการ Ward ต้นแบบของ HR
- อ. เรื่องศักดิ์ ให้เวลา 6 เดือนในการดำเนินการนำร่อง เป็นต้นแบบหน่วยงานแห่งการเรียนรู้

คลินิกเด็ก

วันที่ 25 ธันวาคม 2562

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ภก.ปรมินทร์ วีระอนันตวัฒน์

Trace System 1-3 ระบบลูกค้า ระบบบริการผู้ป่วยนอก

Trace ระบบบริการผู้ป่วยนอก คลินิกเด็ก ตั้งแต่แรกเข้าจนจำหน่าย โดยบูรณาการทีมผู้เกี่ยวข้องดังนี้

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. HR คณะแพทย์
3. CLT กุมารเวชศาสตร์
4. ทีม IT
5. ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าคลินิก
6. เวชระเบียนและผู้รับบริการสัมพันธ์

ประเด็นคำถาม :ซึ่งต่อเนื่องกับการบริการด้านหน้า

1. จากด้านหน้า ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแล้วมีขั้นตอนอะไรบ้าง มีกี่ขั้นตอน สามารถลดลงได้ไหม
2. คลินิกเด็กโต๊ะข้างหน้าเอาไว้ทำอะไร : คลินิกเด็กตอบว่าเอาไว้ซักประวัติคัดกรองผู้ป่วย พร้อมทั้งเอาแบบฟอร์มการซักประวัติซึ่งเป็นกระดาษให้ดู อาจารย์ถามว่าทำไมต้องมาถามอีกเพราะผู้ป่วยก็ถูกถามมาจากด้านหน้าแล้ว
3. คำถามเคาน์เตอร์ด้านในเอาไว้ทำอะไร ทำงานต่างจากด้านนอกอย่างไร
4. เคาน์เตอร์ Exit เอาไว้ทำอะไร จะ Exit จากในห้องตรวจได้หรือไม่

ประเด็นการเรียนรู้

1. การมารับบริการในแต่ละครั้งผู้รับบริการต้องมีขั้นตอนและการติดต่อหลายจุดบริการ
2. การทำงานในแต่ละจุดยังมีการทำงานที่ซ้ำซ้อนกันอยู่เช่นการตรวจสอบสิทธิ์
3. ยังมีการใช้แบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ
4. มีเคาน์เตอร์การให้บริการหลายจุด ทำให้เปลืองพื้นที่ และทำให้ดูแออัด

ข้อเสนอแนะเพื่อต่อยอดการพัฒนา ให้คลินิกเด็กเป็น model นำร่อง Smart OPD โดยการลดขั้นตอนการทำงานต่างๆ โดยอาจารย์ปรมินทร์จะเป็นที่ปรึกษา มีประเด็นที่ต้องการพัฒนาดังนี้

- การซักประวัติคัดแยก /คัดกรอง จากด้านหน้า คนไข้ที่มา OPD จะเป็น level 3-5
- การ ชั่งน้ำหนัก วัด v/s ให้ link เข้าระบบ HIS เลยไม่ต้อง Key ข้อมูลซ้ำ
- ซักประวัติและพิมพ์ลงคอมเลยไม่ต้องใช้กระดาษ

- ให้ Exit ผู้ป่วยจากห้องตรวจเลยโดยพยาบาลอยู่ในห้องตรวจไม่ต้องมีเคาน์เตอร์ Exit และ ใช้ ipad ช่วยในการทำงาน
- แผ่นพับต่าง ๆ ทำเป็น QR code

แผนที่จะทำต่อ

ทีมทำงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ Smart OPD นัดคุยกันเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงาน

OPD

1. OPD.ตอนได้HAกับ OPD. AHAต่างกันอย่างไร

ระบบEntry triage ระบบการส่งต่อ ระบบconsult เป็นอย่างไร

2. การConsult ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการเท่าไร ทั้งภายในและภายนอก

3. ขอคูสตีติCase refer การเก็บข้อมูล refer ควรแยกเป็น refer in มาจากพื้นที่ไหน, refer out ด้วยเรื่องอะไร, refer back

4. ขอคูตารางการConsult

5. อ.อรุณี นำเสนอ Onco. tumor ใช้ระบบE consult. อาจารย์ชื่นชม ลดcostค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย เสนอแนะ ขยายในโรคอื่นๆ และระบบ e consult ควรสะท้อนข้อมูลกลับสู่เครือข่ายว่ามีการวินิจฉัย ถูกต้องเท่าไร การส่งต่อซ้ำหรือไม่ เพื่อให้เครือข่ายได้ทบทวนและเป็นการพัฒนาเครือข่ายให้เข้มแข็ง เช่นวินิจฉัยผิด การส่งต่อล่าช้า

ฐานข้อมูลในระบบช่วยเรา เราต้องการอะไรบ้างจัดการให้เป็น systematic

6. รับconsult แผนกไหนมากที่สุด เรื่องอะไร โรคอะไรมากที่สุด ชื่นชมระบบทำให้ผู้รับบริการเข้าถึงแพทย์ เฉพาะทางมากขึ้น

7. การดูแลผู้ป่วยภูมิคุ้มกันต่ำ (โรคเลือด) นอนรวมอยู่ในห้องสังเกตอาการ และมีรณนอนอยู่ด้านนอก มีการควบคุมการติดเชื้ออย่างไร และผู้ป่วยรณนอนมากมีการวิเคราะห์อัตราค่าอย่างไร

MICU

1. มีผู้ป่วยSepsisกี่%

ส่วนมารับSepsisจากไหน

2. ขอคูข้อมูลการเก็บสถิติsepsis

3. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย sepsis แยกเป็น 3 ส่วน คือ ที่มาจาก ER วอร์ด ใน ICU (การได้รับยา ATB) และ วิเคราะห์อัตราตายในผู้ป่วย sepsis ควรแยกผู้ป่วย palliative ออกไป

4. ถามเรื่องMed.reconcile ขอคูการลงข้อมูลในComp.ของพยาบาล และในส่วนของแพทย์

เสนอแนะการลงข้อมูลlast doseไม่ได้ ป้องกันความเสี่ยงอย่างไร. กลับบ้านยังนำยาเดิมไปใช้ต่อหรือไม่ มั่นใจ อยากรู้อย่างไรว่ายาเดิมยังมีคุณภาพ

คำแนะนำการบริหารยา เราสอนการรับประทานยามีสอนการเก็บยาด้วยหรือไม่

5. คนไข้ติดเชื้อมีใคร จัดไว้บริเวณไหน

6. ผู้ป่วยที่เกณฑ์ต้องเข้า ICU ไม่ได้เข้า ICU มีเท่าไร ควรมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ นำสู่การวิเคราะห์ อัตราค่าที่เหมาะสม เชื่อมกับข้อมูลความพึงพอใจและความผูกพันกับองค์กร หากภาระงานหนักเกินไป คนทำงานไม่ไหว ส่งผลกับอัตราการลาออก

หน่วย Endocrine

ตามรอย case DM. HT ที่เกิดโรค ACS พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมาก ประมาณ3,000 ราย/วัน

ไม่สามารถเก็บข้อมูลสถิติได้

ข้อเสนอแนะ :

IT.เข้ามาช่วยเก็บข้อมูลสถิติ เชื่อมโยงการดูแลโรคเรื้อรังและการวางแผนการดูแลต่อเนื่องและสร้างความเข้มแข็งให้เครือข่าย

พัฒนาระบบการดึงข้อมูลจาก HIS มาใช้โดยไม่ต้องมาเก็บข้อมูลเพิ่มเติม

หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2

1. CRE ส่วนใหญ่พบที่%
2. ดูการบันทึกการดูแลต่อเนื่องของแพทย์ อาจารย์ชั้นชมการบันทึกต่อเนื่องดีมาก
3. ward นำเสนอ case ที่เราต้องดูแลรักษาเอง และที่ส่งต่อได้ และระบบเครือข่าย
4. นำเสนอนวัตกรรมในการดูแลโรคมะเร็ง Grippy Fit, คริว Hematology ชั้นชม. ทั้งทีมแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญ

หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

1. นำเสนอ NEWS. ขอดูการบันทึกใน Computer
2. มีการสุ่มการบันทึก NEWS หรือไม่
3. ถามแพทย์ว่าเคยเจอมั้ยว่าข้อมูล NEWS ที่ลงไม่ตรง ถามว่าเมื่อแพทย์ได้รับการรายงาน ทำอย่างไร
4. การนิเทศ ติดตาม กำกับการประเมิน NEWS ว่ามีความเที่ยงหรือไม่
5. ทำไมถึงเลือกใช้ NEWS NEWSกับSOFA ต่างกันอย่างไร
6. การดูแลผู้ป่วย Stroke กระบวนการฟื้นฟูทำอย่างไร ภาควิชาเสนอว่ามีแผนสร้างความเข้มแข็งให้แพทย์แผนไทย มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ อย่างไร

ข้อเสนอแนะ :

1.อายุรกรรมหญิงผู้ป่วยหนัก ระดับ 4 มาก ปัญหาการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่ภาระงานมากกว่า competency ของบุคลากร

2. เสนอ ให้แยกเป็น 3 กลุ่ม คือ mild moderate severe กำหนดพื้นที่ดูแลให้ชัดเจน มีการติดตามผลการฟื้นฟู การได้รับยา

I-3 ระบบลูกค้า

หอผู้ป่วย/หน่วยงาน: คลินิกเด็ก

วันที่ 25 ธันวาคม 2562

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ภก.ประมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

Trace Flow ระบบบริการผู้ป่วยนอก คลินิกเด็ก ตั้งแต่แรกเข้าจนจำหน่าย โดยบูรณาการทีมผู้เกี่ยวข้องดังนี้

- 7.
8. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
9. HR คณะแพทย์ และ HR ฝ่ายบริการพยาบาล
10. CLT กุมารเวชศาสตร์
11. ทีม IT
12. ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าคลินิก
13. เวชระเบียนและผู้รับบริการสัมพันธ์

มาตรฐาน/ประเด็นที่เข้าเยี่ยมชม: 1-3.1 ก. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย / ผู้รับผลงาน

(3) องค์กรใช้ความเห็นและเสียงสะท้อนของผู้ป่วย / ผู้รับผลงานเพื่อเป็นองค์กรที่มุ่งเน้นผู้ป่วย/ ผู้รับผลงานมากขึ้น, ตอบสนองความต้องการและทำให้ผู้ป่วย/ ผู้รับผลงาน พึงพอใจมากขึ้น, และเพื่อค้นหาโอกาส สร้างนวัตกรรม.

| มาตรฐาน/ประเด็นที่เข้าเยี่ยมชม | ตัวอย่างคำถาม | โอกาสพัฒนา |
|--|---|---|
| -1 ถึง 3-6 Flow ระบบบริการผู้ป่วยนอก คลินิกเด็ก ด้านหน้าจุดคัดแยกผู้ป่วยหน้าโรงพยาบาล | ผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลแล้วมีขั้นตอนอะไรบ้าง ก่อนส่งไปคลินิกต่างๆ มีกี่ขั้นตอน สามารถลดลงได้ไหม | พบว่าผู้ป่วยยังมีขั้นตอนยุ่งยาก หลายขั้นตอน การส่งต่อข้อมูลไปยังจุดต่างๆ ยังใช้กระดาษ ผู้ป่วยทุกรายไม่ได้ผ่านจุดนี้ ควรหาเทคโนโลยีมาช่วยในการลดขั้นตอน และเพิ่มการสื่อสาร |
| โต๊ะข้างหน้าคลินิกเด็ก | จุดนี้เอาไว้ทำอะไร : คลินิกเด็กตอบว่าเอาไว้ซักประวัติคัดกรองผู้ป่วย พร้อมทั้งเอาแบบฟอร์มการซักประวัติซึ่งเป็นกระดาษให้ดู อาจารย์ถามว่าทำไมต้องมาถามอีกเพราะผู้ป่วยก็ถูกถามมาจากด้านหน้าแล้ว | จุดลงทะเบียนคลินิกเด็กแยกเป็น 2 จุดทำให้ผู้ป่วยต้องเข้าคิว 2 ครั้ง และลงข้อมูลการซักประวัติในกระดาษ นำไปยื่นรอคิวลงทะเบียนที่เคาน์เตอร์ด้านใน |

| มาตรฐาน/ประเด็นที่เข้าเยี่ยม | ตัวอย่างคำถาม | โอกาสพัฒนา |
|------------------------------|--|---|
| เคาน์เตอร์ด้านใน | เคาน์เตอร์ด้านในเอาไว้ทำอะไร ทำงานต่างจากด้านนอกอย่างไร | ป่วยนำใบซักประวัติในกระดาษไปยื่นลงทะเลียนที่เคาน์เตอร์ด้านใน เป็นการเพิ่มขึ้นตอนการทำงาน และมีการทำงานซ้ำซ้อน ส่งผลให้การลงทะเลียนล่าช้า ควรทบทวนให้เหลือจุดเดียว |
| เคาน์เตอร์ Exit | เคาน์เตอร์ Exit เอาไว้ทำอะไร จะ Exit จากในห้องตรวจได้หรือไม่ | ผู้ป่วยต้องมารอพบ Exit Nurse ทำให้เพิ่มขึ้นตอนและจุดบริการหลายจุด ทำให้พื้นที่นั่งของผู้ป่วยมีน้อยลง จุดนี้จะสามารถปรับให้ผู้ป่วยบางกลุ่มสามารถ Exit ในห้องตรวจได้หรือไม่ |

ประเด็นการเรียนรู้

5. การมารับบริการในแต่ละครั้งผู้รับบริการต้องมีขั้นตอนและการติดต่อหลายจุดบริการ
6. การทำงานในแต่ละจุดยังมีการทำงานที่ซ้ำซ้อนกันอยู่เช่นการตรวจสอบสิทธิ์
7. ยังมีการใช้แบบฟอร์มที่เป็นกระดาษ
8. มีเคาน์เตอร์การให้บริการหลายจุด ทำให้เปลืองพื้นที่ และทำให้ดูแออัด

ข้อเสนอแนะเพื่อต่อยอดการพัฒนา ให้คลินิกเด็กเป็น model นำร่อง Smart OPD โดยการลดขั้นตอนการทำงานต่างๆ โดยอาจารย์ปรินทร์จะเป็นที่ปรึกษา มีประเด็นที่ต้องการพัฒนาดังนี้

- การซักประวัติคัดแยก / คัดกรอง จากด้านหน้า คนไข้ที่มา OPD จะมีเครื่องมือที่ช่วยคัดแยกกลุ่มที่ส่ง ER และกลุ่ม level 3-5 ส่ง OPD
- การ ชั่งน้ำหนัก วัด v/s ให้ link เข้าระบบ HIS เลยไม่ต้อง Key ข้อมูลซ้ำ
- ซักประวัติและพิมพ์ลงคอมเลยไม่ต้องใช้กระดาษ
- ให้ Exit ผู้ป่วยจากห้องตรวจเลยโดยพยาบาลอยู่ในห้องตรวจไม่ต้องมีเคาน์เตอร์ Exit และ ใช้ ipad ช่วยในการทำงาน
- แผ่นพับต่าง ๆ ทำเป็น QR code

แผนพัฒนาต่อยอด

1. ผู้บริหารรับเป็นนโยบายพัฒนาระบบ Smart OPD โดยเริ่มพัฒนาที่คลินิกเด็กเป็นคลินิกนำร่องนัดคุยกันเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานทีมงานที่เกี่ยวข้อง และสนับสนุนด้านงบประมาณ เครื่องมือ อุปกรณ์

2. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนด้านการนำ IT มาใช้ในการออกแบบการลงข้อมูล โปรแกรมอัจฉริยะ ที่จุดคัดแยก โปรแกรมช่วยในการตัดสินใจของพยาบาล แพทย์ เภสัช เพื่อลดขั้นตอนการติดต่อของผู้ป่วย
3. CLT กุมารเวชศาสตร์ พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัดที่ต้องการในระบบเก็บอัตโนมัติ สารสนเทศที่ต้องการสนับสนุนการตรวจและการรักษา เป็นผู้นำในการออกแบบบันทึกที่ใช้ร่วมกันในสาขาและทีมเวชระเบียน
4. HR คณะแพทย์ และ HR ฝ่ายบริการพยาบาล วิเคราะห์ภาระงาน และสนับสนุนอัตรากำลังให้เหมาะสม
5. ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าคลินิก นำลงสู่การปฏิบัติ ดูแล กำกับและเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผล
6. ผู้รับบริการสัมพันธ์ร่วมออกแบบระบบเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับลูกค้า การเก็บข้อมูลความพึงพอใจของลูกค้ารายเก่าและลูกค้ารายใหม่ การจัดการความไม่พึงพอใจ

I-4.2 การจัดการความรู้และสารสนเทศ

วันที่ 25 ธันวาคม 2562

KM

1. Tacit Knowledge เป็นบทเรียนที่สะสม เคล็ดลับวิชา ใช้สูตร 70-20-10 ซึ่งเป็น Model เพิ่มประสิทธิภาพการเรียนรู้
2. ถ้าอยากให้เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ต้องเชื่อมโยง KM กับ HR และ IT
3. ออกแบบอย่างไรให้ KM อยู่ในงานประจำ
4. มีปัญหาอะไรที่ทำให้มีการลาออกมากที่สุด หน่วยงานไหน มีการนำมาเรียนรู้และมีการใช้กลไกKM มาแก้ปัญหา
5. KMจะเห็นผลได้ชัดเจนเมื่อนำมากำปัญหาในภาวะวิกฤต

IT

1. กำหนดให้ IT อยู่ในแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาล
2. IT เป็นตัวเชื่อมระหว่างวิชาชีพให้เป็นเนื้อเดียวกัน ปัจจุบันยังเป็นแบบต่างคนต่างทำ
3. Keyword สำคัญ IT ต้อง ทันสมัย ตอบสนองความต้องการของลูกค้า Frainly
4. ปัจจุบัน ยังมองไม่เห็นความเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น
5. การออกแบบต้องเอามาตรฐานตอนที่1-3และ1-4 มาตรฐานทุวิชาชีพมาเชื่อมโยง

I-5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล: KM, HR, IT

วันที่ 25 ธันวาคม 2562

เวลา 13.00 - 14.30น.

เริ่มด้วย อาจารย์ให้ HR และ KM ตามรอยการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคล และการพัฒนาคนของหน่วยงาน

1. จำนวนพยาบาลแต่ละระดับคิดเป็นกี่ % ของจำนวนทั้งหมด คิดว่าจากลักษณะของรูปร่าง ฐานและยอดกว้าง ตรงกลางแคบ วางแผนต่อไปน่าจะเกิดปัญหาอะไรได้บ้าง

2. หอผู้ป่วยจัดการคนขึ้นเวรอย่างไร การกระจายคน บ่าย-ดึก จะให้หน่วย IT สามารถช่วยออกแบบช่วยได้อย่างไร

3. การทำหน้าที่เป็นรองหัวหน้าเวรทำหน้าที่อะไร การเป็น Incharge เหวr ได้อะไรบ้าง

4. การขึ้นเวร ถ้าทำไม่ทัน มีงานที่ไหลตเกินอัตรากำลัง เราทำอย่างไร สื่อสารเบื้องบนผู้บริหารทราบได้อย่างไร

5. กาะขึ้นเวรเฉลี่ยที่กี่วันต่อเดือน ทราบหรือไม่ว่ามีบางคนไปขึ้นทำงานต่อที่อื่น มีความเหน้อยล้าเกิดขึ้นหรือไม่

6. การประเมิน functional competency ประเมินอย่างไร รู้ได้อย่างไรว่าคนนี้ได้คะแนนที่ผ่าน วัดอย่างไร วัดอะไรบ้าง เปลี่ยนจากการสอบเป็นแบบวัดจากหน้างาน ุบัติการณ์

7. ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีทั้งหมดกี่ตัว ตอบว่า มี 12 ตัว อะไรบ้าง มีตัวไหนที่บอกถึง ความเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ เช่น

8. ให้แบ่งตัวชี้วัดเป็นกลุ่มๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำมาเรียนรู้ผลการปฏิบัติงานของเรา และบริบทของเราเอง

- ผู้รับบริการ (Service) คือ ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียน คำชม ความรวดเร็วในการadmit การได้กลับบ้านเร็ว (Discharge) การมาเยี่ยมพร้อมของฝาก

- การดูแลทั่วไป (Care) คือ ุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา, Fall, pain, ติดเชื้อต่าง ๆ

- การดูแลที่เฉพาะของหน่วยงาน คือ KPI 5 โรค unplanned PICU, Diarrhea ภาวะ dehydration
CHD: spell HF: การกำหนด LOS ที่ชัดเจน เช่น ภาวะ Dehydration ควรดีขึ้นภายใน 6 ชั่วโมง ทำให้เกิดการเรียนรู้ เรียนรู้ผลลัพธ์ และเกิดการแก้ปัญหาาร่วมกันเป็นทีม (Team) ช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุได้หากไม่สามารถทำตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

9. มีโรคอะไรอีกที่บอกถึงความเป็นตติยภูมิ

10. โรคหัวใจนอกจาก CHD แล้วมีอะไรอีก

11. เมื่อไหร่ถึงจะถือว่าเป็น Unplanned ICU เคยส่งผู้ป่วยไป ICU ในเวรบายตึกหรือไม่
 12. สิ่งที่เราเรียนจากตัวชี้วัดอุบัติการณ์ทั้งหมด เราจะทำอย่างไรให้เป็น Positive feedback การใช้ Negative feedback ไม่เกิดการเรียนรู้ และควรให้รางวัลผู้รายงานอุบัติการณ์ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการติดตาม ต่อยอดเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กร
 13. มีผู้ป่วย 1 ราย เข้ามา Admit เราต้องรู้ว่า เฝ้าระวังเรื่องอะไร ต้องให้เกิด Awareness
 14. การที่หอผู้ป่วยสอนเรื่องป้องกันการเกิด Diarrhea เป็นบทบาทของหอผู้ป่วยหรือ OPD หรือที่หอผู้ป่วยเป็นการป้องกันภาวะ Dehydration
 15. สอนแนวความคิดการแก้ไขเมื่อมีอุบัติการณ์ ด้วย RCA 5 ขั้นตอน
 - Story and timeline กำหนดผู้เขียน เขียนบททวนเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มจนจบ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์
 - Identify Potential spot หรือ Change ให้บททวนเหตุการณ์ ใหม่มองย้อนหลัง ถ้าเรากลับไปแก้ไข เราจะแก้อย่างไร
 - Listen to voice of staff: ฟังข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติ ทำงานเป็นทีม work สอดคล้องกับ Core value
 - Swiss cheese hole ทหารูรั่ว มองหาช่องโหว่
 - Creative Solution ไม่โทษที่ตัวบุคคล คิดหาวิธีการช่วยเหลือ
1. ให้ออกแบบระบบ วิเคราะห์ว่าเกิดบุคลากรกลุ่มเสี่ยงหรือไม่ ถ้าใช่ให้ออกแบบระบบใหม่ ช่วยแก้ปัญหา
2. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงให้ Coaching
3. ลงโทษคนที่ไม่มีวินัยทำตามใจด้วยวิธีการ discipline อาจารย์ให้ถ่ายภาพจากโทรศัพท์มือถือ
- อาจารย์
- อ.ปรมินทร์ใช้เวลา 1 ปี ในการดำเนินกร เพื่อเป็นต้นแบบของ HR
- อ. เรืองศักดิ์ ใช้เวลาในการ 6 เดือนในการดำเนินการนำร่อง เป็นต้นแบบหน่วยงานแห่งการ
- เรียนรู้

หอผู้ป่วย/ หน่วยงาน: เด็ก 1

วันที่ 25 ธันวาคม 2562 เวลา 13-14.30น.

ผู้เยี่ยมชมสำรวจ ภก.ปรมินทร์ วีระอนันต์วัฒน์

Trace System เริ่มด้วย อาจารย์ให้ HR และ KM ตามรอยการประเมินผลการปฏิบัติงานรายบุคคล และการพัฒนาคนของหน่วยงาน โดยบูรณาการทีมผู้เกี่ยวข้องดังนี้

14. ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการโรงพยาบาล
15. HR คณะแพทย์ และ HR ฝ่ายบริการพยาบาล
16. CLT กุมารเวชศาสตร์
17. ทีม IT
18. ผู้ตรวจการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าคลินิก
19. เวชระเบียนและผู้รับบริการสัมพันธ์

คำถาม/คำตอบ/ข้อเสนอแนะ

1. จำนวนพยาบาลแต่ละระดับคิดเป็นกี่ % ของจำนวนทั้งหมด คิดว่าจากลักษณะของรูปร่าง ฐานและยอดกว้าง ตรงกลางแคบ วางแผนต่อไปน่าจะเกิดปัญหาอะไรได้บ้าง
2. หอผู้ป่วยจัดการคนขึ้นเวรอย่างไร การกระจายคน บ่าย-ดึก จะให้หน่วย IT สามารถช่วยออกแบบช่วยได้อย่างไร
3. การทำหน้าที่เป็นรองหัวหน้าเวรทำหน้าที่อะไร การเป็น Incharge เวร ได้อะไรบ้าง
4. การขึ้นเวร ถ้าทำไม่ทัน มีงานที่ไหลตเก็นอัตรากำลัง เราทำอย่างไร สื่อสารเบื้องบนผู้บริหารทราบได้อย่างไร
5. กะขึ้นเวรเฉลี่ยที่กี่วันต่อเดือน ทราบหรือไม่ว่ามีบางคนไปขึ้นทำงานต่อที่อื่น มีความเหน้อยล้าเกิดขึ้นหรือไม่
6. การประเมิน functional competency ประเมินอย่างไร รู้ได้อย่างไรว่าคนนี้ได้คะแนนที่ผ่าน วัดอย่างไร วัดอะไรบ้าง เปลี่ยนจากการสอบเป็นแบบวัดจากหน้างาน ปฏิบัติการณ์
7. ตัวชี้วัดของหน่วยงานมีทั้งหมดกี่ตัว ตอบว่า มี 12 ตัว อะไรบ้าง มีตัวไหนที่บอกถึง ความเป็นโรงพยาบาลตติยภูมิ เช่น
8. ให้แบ่งตัวชี้วัดเป็นกลุ่มๆ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการนำมาเรียนรู้ผลการปฏิบัติงานของเรา และบริบทของเราเอง

- ผู้รับบริการ (Service) คือ ความพึงพอใจ ข้อร้องเรียน คำชม ความรวดเร็วในการ admit การได้กลับบ้านเร็ว (Discharge) การมาเยี่ยมพร้อมของฝาก

- การดูแลทั่วไป (Care) คือ อุบัติการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา, Fall, pain, ติดเชื้อต่าง ๆ

- การดูแลที่เฉพาะของหน่วยงาน คือ KPI 5 โรค unplanned PICU, Diarrhea ภาวะ dehydration CHD: spell HF: การกำหนด LOS ที่ชัดเจน เช่น ภาวะ Dehydration ควรดีขึ้นภายใน 6 ชั่วโมง ทำให้เกิดการเรียนรู้ เรียนรู้ผลลัพธ์ และเกิดการแก้ปัญหาาร่วมกันเป็นทีม (Team) ช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุได้หากไม่สามารถทำตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้

9. มีโรคอะไรอีกที่บอกถึงความเป็นตติยภูมิ

10. โรคหัวใจนอกจาก CHD แล้วมีอะไรอีก

11. เมื่อไหร่ถึงจะถือว่าเป็น Unplanned ICU เคยส่งผู้ป่วยไป ICU ในเวรบายดึกหรือไม่

12. สิ่งที่เราเรียนจากตัวชี้วัดอุบัติการณ์ทั้งหมด เราจะทำอย่างไรให้เป็น Positive feedback การใช้ Negative feedback ไม่เกิดการเรียนรู้ และควรให้รางวัลผู้รายงานอุบัติการณ์ ที่ทำให้เกิดการเรียนรู้และมีการติดตาม ต่อยอดเกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนการทำงาน หรือสิ่งใหม่ๆ เพื่อให้เป็นวัฒนธรรมขององค์กร

13. มีผู้ป่วย 1 ราย เข้ามา Admit เราต้องรู้ว่า เฝ้ารวังเรื่องอะไร ต้องให้เกิด Awareness

14. การที่หออผู้ป่วยสอนเรื่องป้องกันการเกิด Diarrhea เป็นบทบาทของหออผู้ป่วยหรือ OPD หรือที่หออผู้ป่วยเป็นการป้องกันภาวะ Dehydration

15. สอนแนวความคิดการแก้ไขเมื่อมีอุบัติการณ์ ด้วย RCA 5 ขั้นตอน

- Story and timeline กำหนดผู้เขียน เขียนบทบาทเหตุการณ์ตั้งแต่เริ่มจนจบ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์

- Identify Potential spot หรือ Change ให้บทบาทเหตุการณ์ ให้มองย้อนหลัง ถ้าเรากลับไปแก้ไข เราจะแก้อย่างไร

- Listen to voice of staff: ฟังข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง ผู้ปฏิบัติ ทำงานเป็นทีม work สอดคล้องกับ

Core value

- Swiss cheese hole หารูรั่ว มองหาช่องโหว่

- Creative Solution ไม่โทษที่ตัวบุคคล คิดหาวิธีการช่วยเหลือ

The Just Culture Model- Atmosphere of Trust

| Human Error | At-Risk Behavior | Reckless Behavior |
|---|---|--|
| Inadvertent action: slip, lapse, mistake | A choice: risk not recognized or believed justified | Conscious disregard of a substantial and unjustifiable risk |
| Manage through changes in: • Processes • Procedures • Training • Design • Environment • Behavioral Choices | Manage through: • Removing incentives for at-risk behaviors • Creating incentives for healthy behaviors • Increasing situational awareness | Manage through: • Remedial action • Disciplinary action • Punitive action |
| Design | Coach | Sanction |

1

Source: David Marx, Outcome Engineering President

การจัดการหลังจากทำ RCA แบ่งเป็น 3 กลุ่มตามปัจจัยที่เป็นสาเหตุดังนี้

1. Human Error ให้ออกแบบระบบใหม่ การฝึกอบรม การจัดสิ่งแวดล้อม
2. At-Risk Behavior บุคลากรกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยงให้ Coaching , เพิ่ม situational awareness งด incentives หากมีพฤติกรรมเสี่ยง เพิ่ม incentives กรณีบุคลากรมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันความเสี่ยงและความปลอดภัย รายงานอุบัติการณ์ ให้ข้อเสนอแนะ
3. Reckless Behavior กลุ่มพฤติกรรมต่อต้าน ทราบ/เข้าใจแต่ไม่ทำ ให้กำหนดบทลงโทษทางวินัย หรือวิธีการอื่นๆตามข้อตกลงหรือระเบียบการปฏิบัติงาน ข้อนี้จะเป็นข้อสุดท้ายเมื่อมีการพิสูจน์ได้ว่าไม่ได้เกิดจากปัจจัยข้อ 1 และข้อ 2

แผนพัฒนาต่อยอด

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเห็นด้วยในหลักการ พัฒนาหอผู้ป่วยเด็ก 1 เพื่อเป็นต้นแบบของ HR การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล ใช้เวลาในการ 6 เดือนโดยจัดให้มีทีมผู้เกี่ยวข้องประชุม ทบทวน เพื่อดำเนินการนำร่อง เป็นต้นแบบหน่วยงานแห่งการเรียนรู้
- อ.ปรมินทร์ใช้เวลา 1 ปี ในการดำเนินการและติดตามผล

II- 5 ระบบเวชระเบียน

วันที่ 26 ธันวาคม 2562 เวลา 10.00 น.

1. นโยบายที่วางไว้มีการติดตามประเมินผลอย่างไร
2. การปรับ Inform consent รายโรคแต่ละภาควิชา ควรมีการจัดการนโยบาย ประกาศ ติดตาม ประเมินผล
3. ระบบเวชระเบียนต้อง Friendly กับผู้ใช้ และมีระบบที่ต้องปลอดภัย ควรมีการประเมินผลว่าผู้ใช้รู้สึกอย่างไร
4. จากผลการประเมินพบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างผลการประเมินจากภาควิชา และสปสช ควรไปประเมินดูว่าต่างกันประเด็นไหนจะได้มาช่วยกันปรับ
5. ในการประเมินต้องประเมินทั้งผู้ป่วย ผู้ส่งการรักษา แพทย์ พยาบาล
6. High Valued Medication Record ต้องมีการประเมินผู้ที่เกี่ยวข้อง
7. มีการประกันเวลาใน การสรุปข้อมูล ของแต่ละภาควิชา ดูค่าเฉลี่ย ปรับให้ทำหาย
8. การมีแพทย์อาวุโสคอยให้คำแนะนำเป็นสิ่งที่ดี เสนอแนะว่าให้ลงให้ได้แนะนำเรื่องอะไรบ้าง และเป็นการดูคุณภาพว่าข้อมูลนี้เอาไปใช้อะไรบ้าง