



FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY

รายงานตัวชี้วัดและผลการดำเนินการแผนกผู้ป่วยนอก3 ระยะ6เดือนปีงบประมาณ ๒558(ต.ค.57-มี.ค.58)

นาง ถนอม ชูงาน

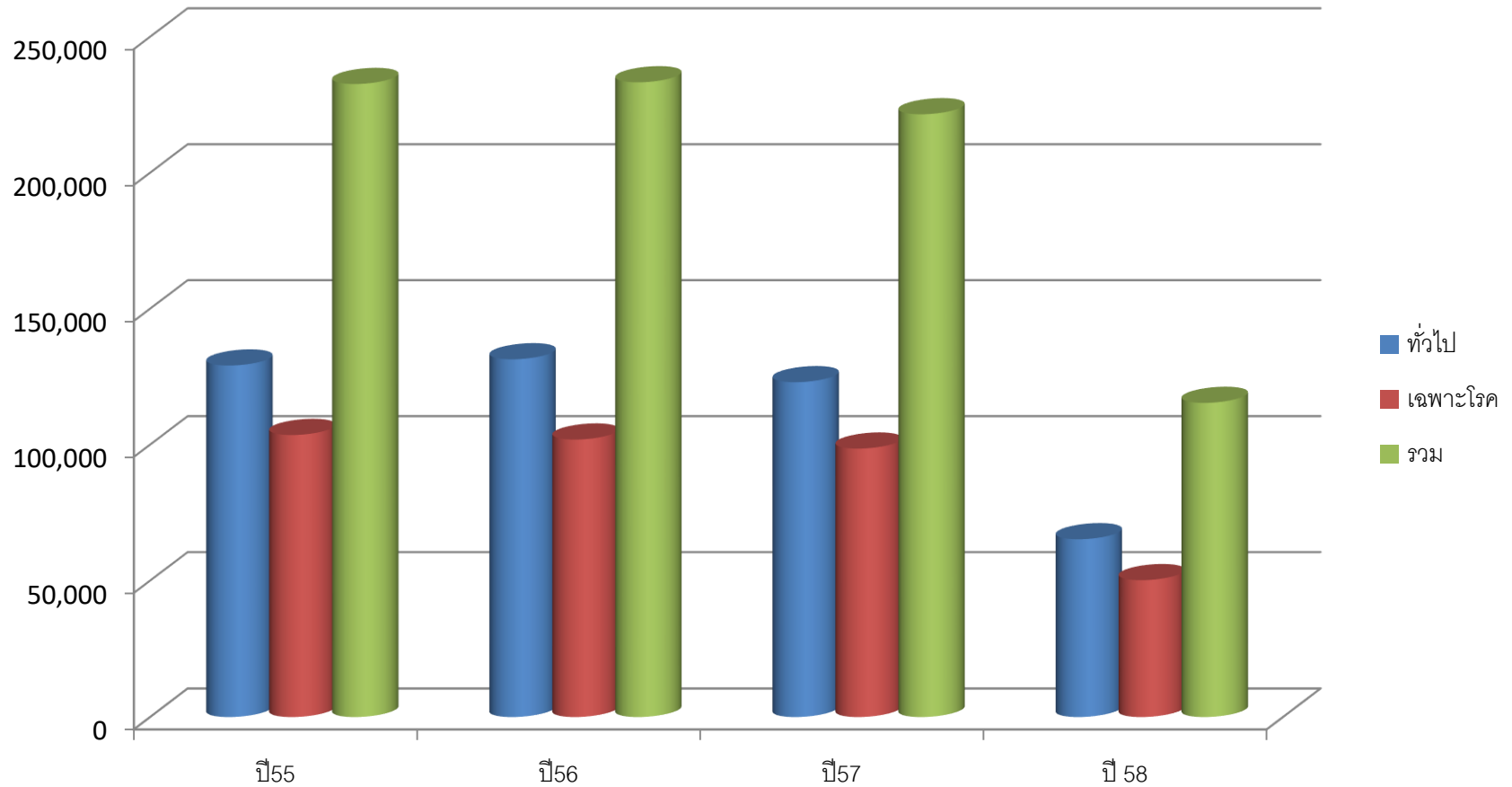
แผนกผู้ป่วยนอก 3

17 สิงหาคม 2558

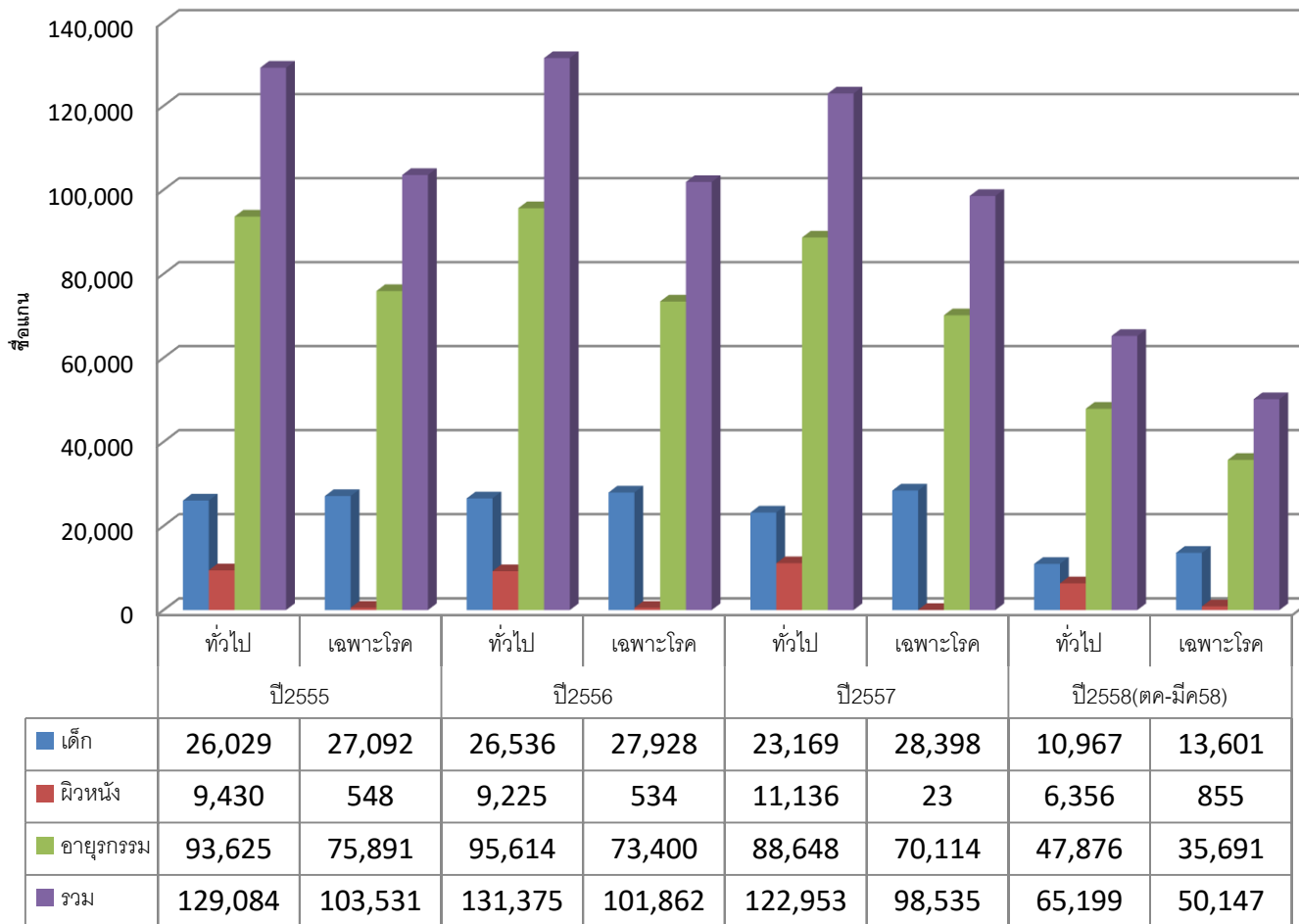
แผนกผู้ป่วยนอก 3 ประกอบด้วย

- คลินิกเด็ก
- คลินิกอายุรกรรม
- คลินิกผิวหนัง-ด้านหน้า
- จำนวน 50 ห้องตรวจ 100 โต๊ะตรวจ 9 เตียงหัตถการ
- อัตรากำลัง RN 17+OT 1 PN 11,Ord 27,เสมียน 3
- แม่บ้าน 6 คนใช้ร่วมกันทั้ง OPD1,OPD2,OPD3และSDC

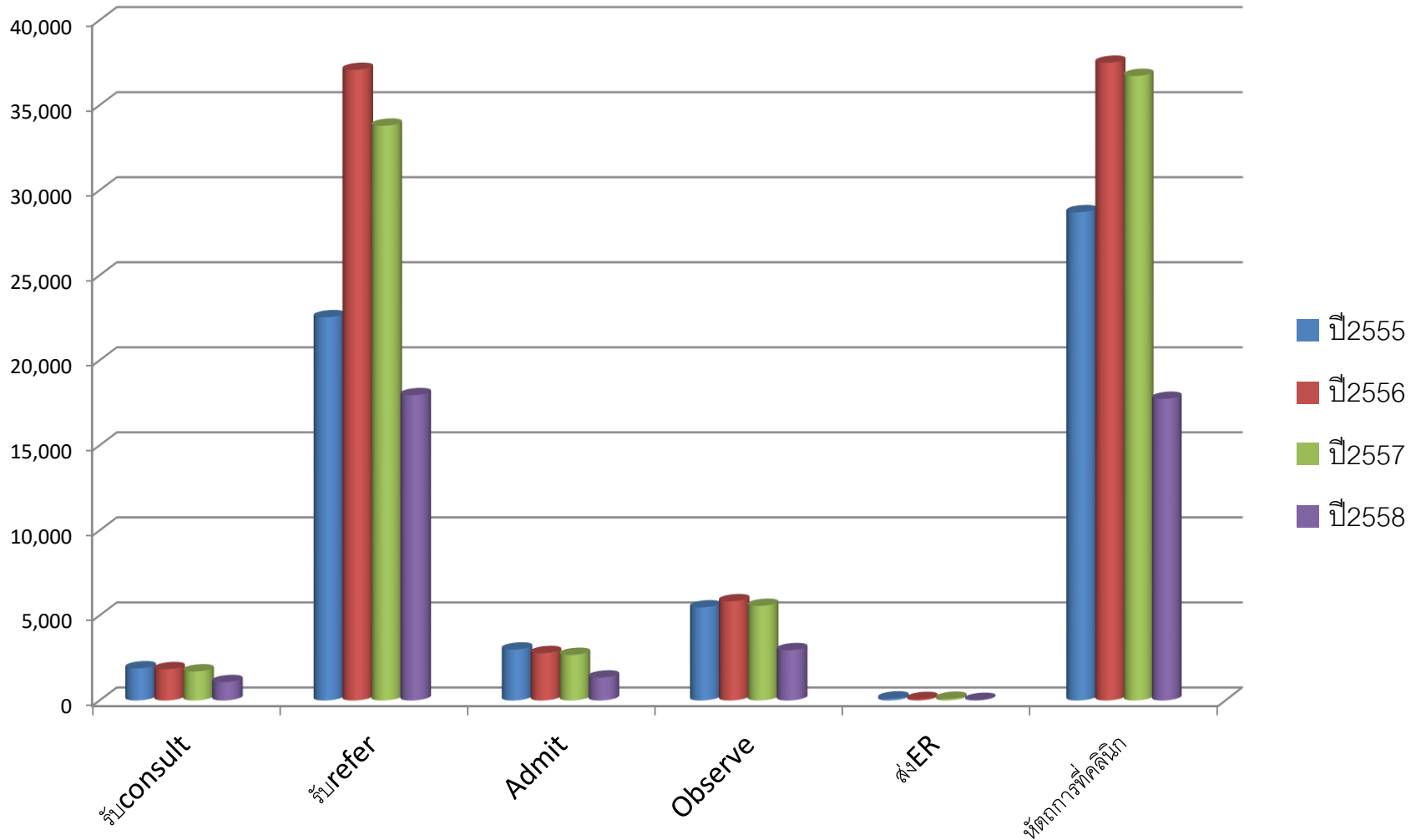
เปรียบเทียบสถิติแผนกผู้ป่วยนอก3ปี 55-58



สถิติผู้รับบริการแยกรายคลินิก

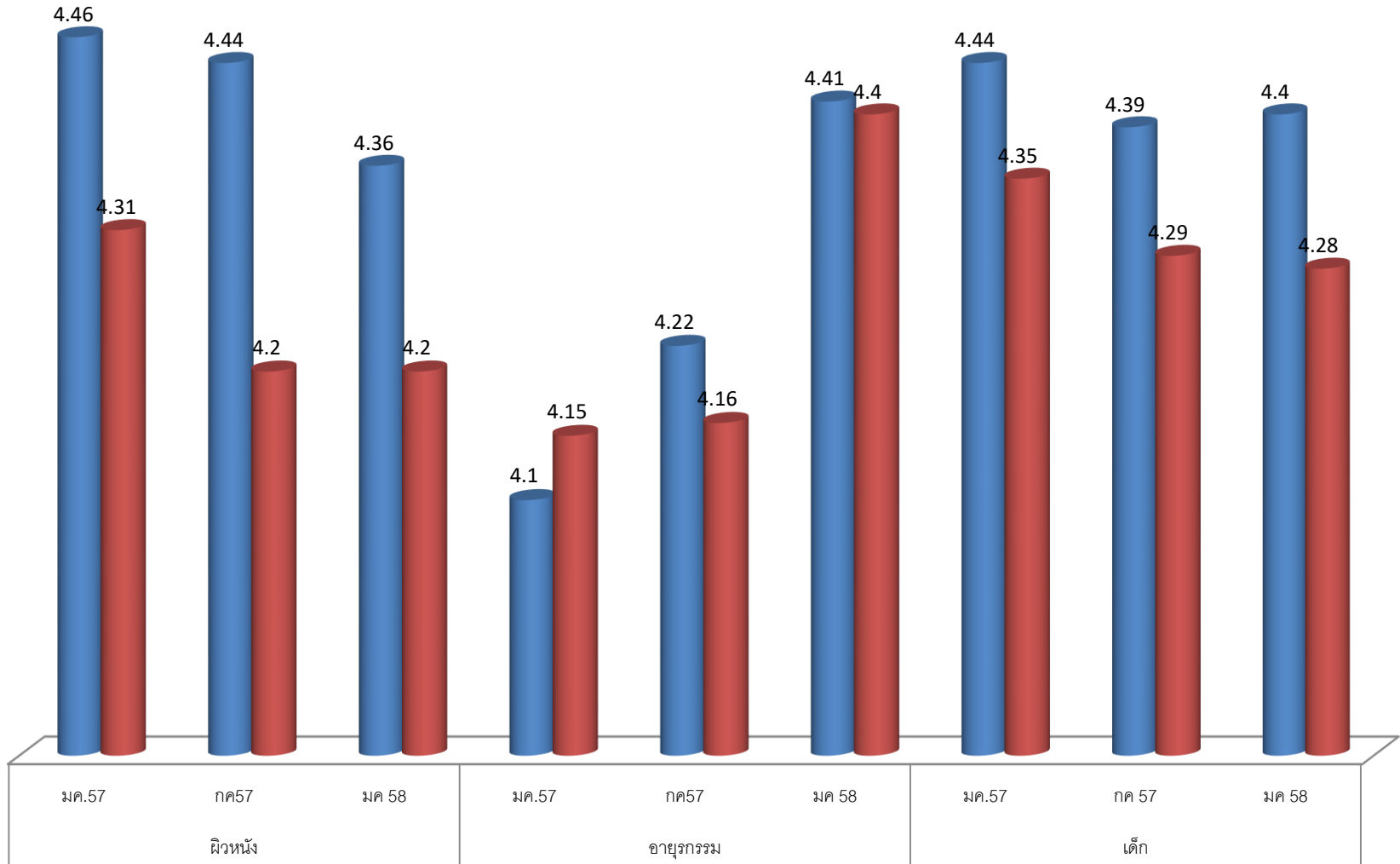


ผู้ป่วยซับซ้อนแผนกผู้ป่วยนอก3ปี 55-58

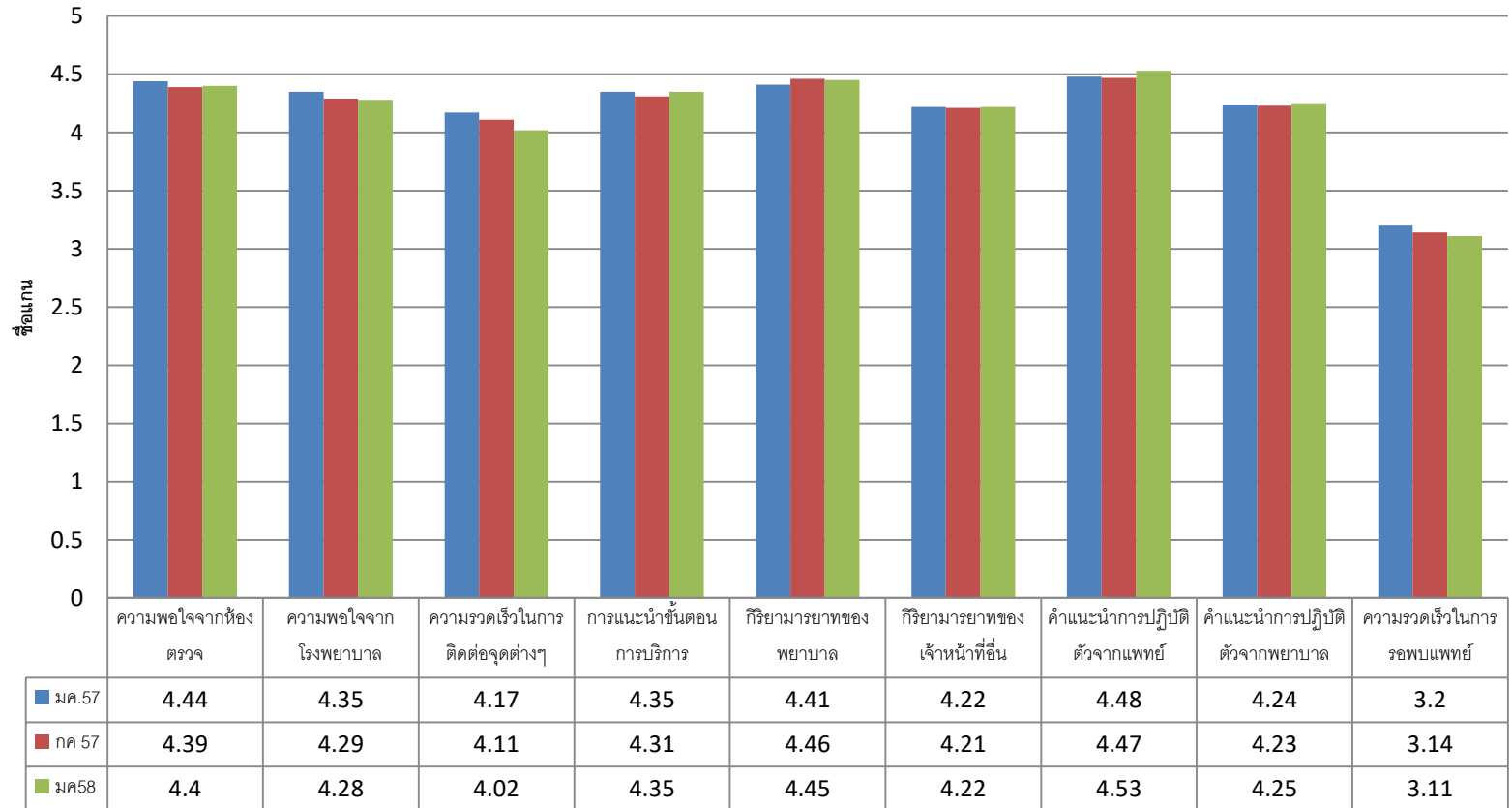


ความพึงพอใจเปรียบเทียบปี 57-58

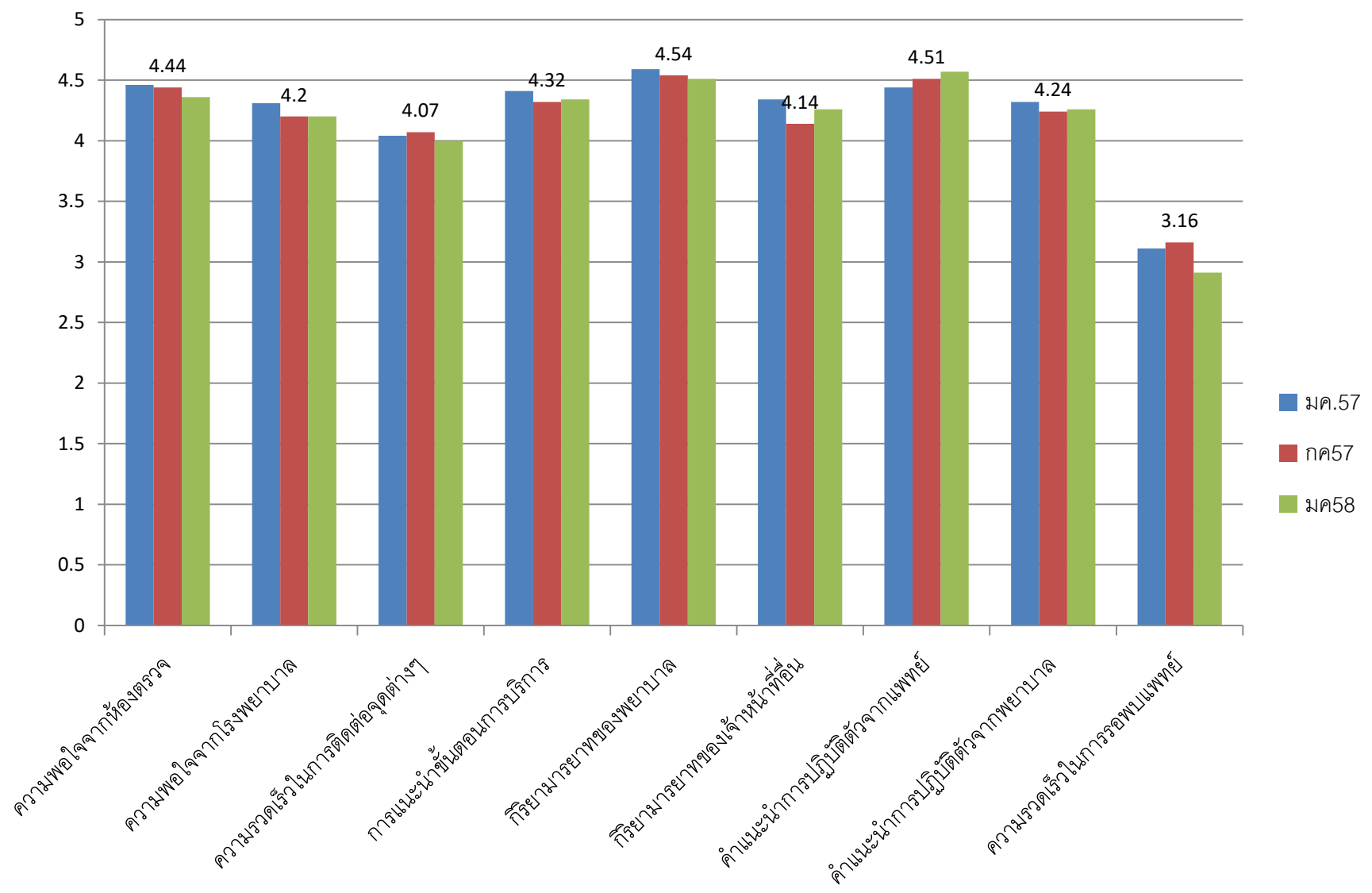
■ ความพึงพอใจจากห้องตรวจ ■ ความพึงพอใจจากโรงพยาบาล



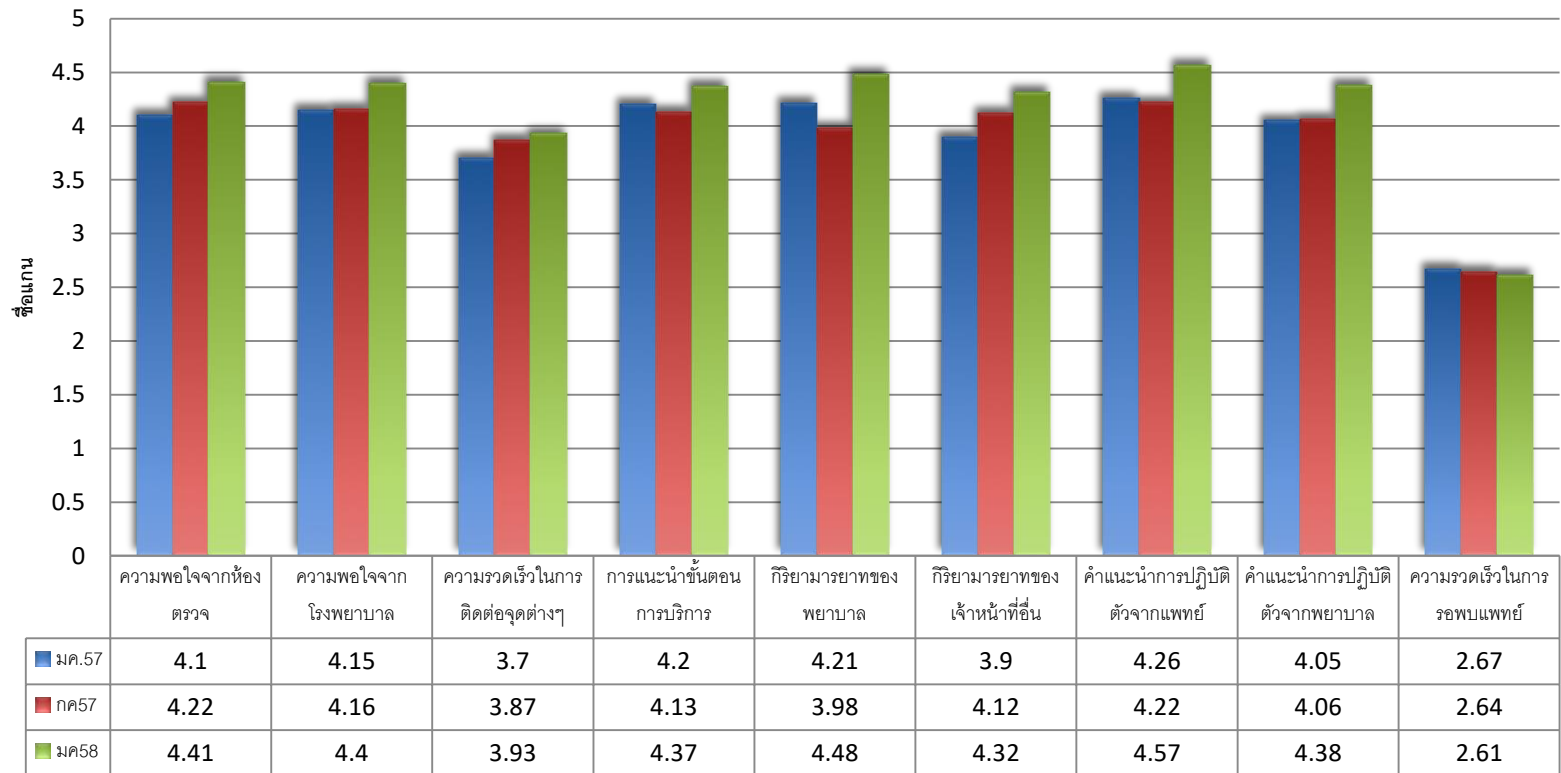
ความพึงพอใจคลินิกอายุรกรรม



ความพึงพอใจคลินิกผิวหนัง



ความพึงพอใจคลินิกเด็ก



ผลงานตามตัวชี้วัดปี55-57

ดัชนีชี้วัด	ปี2556	ปี 2557	ปี2558	เป้าหมาย
Clinical Risk				
อุบัติการณ์การให้ยา/สารน้ำผิด	0	0	0	0
จำนวนผู้ป่วยที่คัดกรองได้ว่ามีอาการเร่งด่วนส่ง ER	82	165	30	
คัดกรองได้ว่าอาการเร่งด่วนให้ตรวจก่อน	810	822	รอข้อมูล	
อุบัติการณ์ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินขณะส่งต่อ	0	1	0	0
จำนวนผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉินขณะรอตรวจ	0	2	1	0
จำนวนบุคลากรที่บาดเจ็บจากการทำงาน	0	0	0	0

ผลงานตามตัวชี้วัดปี55-58

Non-clinical Risk	ปี2556	ปี 2557	ปี2558	เป้าหมาย
ความพึงพอใจผู้รับบริการโดยรวม	4.38	4.34	4.39	≥ 4.12
อัตราการพบแพทย์ตามนัด	48.40 %	46.50%	42.54%	$\geq 60%$
อัตราการมาตามนัด	76.26 %	74.82%	75.38%	$\geq 80%$
จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรม	0	1	1	0
จำนวนข้อร้องเรียนระบบงาน	5	4	5	ลดลง 50%
จำนวนข้อชมเชย	7	3	1	เพิ่มขึ้น 50%
ร้อยละการบันทึกทางการแพทย์	87.67	100	100	$\geq 80%$

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3

ต.ค. 57-มี.ค58

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
โครงการยกระดับการบริหารจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยในหน่วยงาน	อุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนในการ ทำหัตถการ การให้ยา สารละลายทาง หลอดเลือดดำและการให้เลือด = 0	อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนการทำ หัตถการ = 1 ครั้ง โดยห้องขึ้นเนื้อโทร มาแข็งหลังจากที่มีการรับขวดขึ้นเนื้อไป แล้ว 2 วันว่าไม่มีขึ้นเนื้อในขวด อุบัติการณ์การให้ยา /ให้สารน้ำ/ให้ เลือดผิดพลาด = 0
สร้างวัฒนธรรมการป้องกันความเสี่ยง การเขียนรายงานอุบัติการณ์และ กิจกรรมการทบทวน	การรายงานอุบัติการณ์ $\geq 80\%$ การทบทวนอุบัติการณ์ $\geq 80\%$	จำนวนอุบัติการณ์ที่มี การเขียนรายงาน = 4 อุบัติการณ์ มีการทบทวนอุบัติการณ์ในคลินิกทุก เหตุการณ์

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3

ต.ค. 57-มี.ค58

โครงการ/กิจกรรม

โครงการคัดกรอง(Triage) ผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยง/ภาวะเสี่ยงหรือฉุกเฉิน ของ
คลินิก
อายุรกรรม คลินิกเด็ก และคลินิก
ผิวหนังโดยนำเกณฑ์การTriageจาก
ERมาปรับใช้

ดัชนีวัดความสำเร็จ

-มีเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยตามความ
เร่งด่วนที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
-อัตราการคัดกรองผิดพลาดผู้ป่วย
กลุ่มเสี่ยงของ
แต่ละคลินิก= 0
-อุบัติการณ์เกิดอาการฉุกเฉินขณะรอ
ตรวจ=0

ผลการดำเนินงาน

-ทุกคลินิกมีเกณฑ์การคัดกรองโดยใช้ESI
Level เป็นมาตรฐานเดียวกัน
-อุบัติการณ์การคัดกรองผิดพลาดในกลุ่ม
เสี่ยง = 1 ครั้งจากด่านหน้าส่งผู้ป่วย ESI
Level 2-3 ไปตรวจคลินิก ENT เวลา
7.30 นซึ่งยังไม่มีแพทย์ออกตรวจ
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินขณะ
รอตรวจที่คลินิกอายุรกรรม 1 รายเป็น
ผู้ป่วย refer โรคหัวใจ Old MI
Dx.NSTEMI case เก่าปี56ชนิด
CVT Refer เพื่อ CAG+/- PCI
V/S แกรับ8.29 น P=106 /min
BP=127 /82 mmHg ระหว่างรอ
ตรวจญาติเซ็นไปรอบริเวณทางเดินใกล้
ห้องนำบริเวณห้องยา แล้วเป็นลมไม่
รู้สึกตัวผู้ประคบเหตุนำส่ง ER แล้ว
Admit MICU

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3

ต.ค. 57-มี.ค58

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
โครงการพัฒนาระบบนัด	ผู้ป่วยได้ตรวจตามนัด(-10นัด+20นาที) $\geq 50\%$ อัตราการมาพบแพทย์ตามนัด = 80 %	ผู้ป่วยได้ตรวจตามนัดภาพรวมOPD3 = 42.54 % ผู้ป่วยได้ตรวจตามนัดแยกรายคลินิก ผิวหนัง = 56.86 %คลินิกเด็ก = 42.86%และคลินิกอายุรกรรม = 27.92% อัตราการมาพบแพทย์ตามนัดภาพรวม = 75.38 % อัตราการมาพบแพทย์ตามแยกราย คลินิกอายุรกรรม = 85.55 % คลินิกผิวหนัง = 76.24%และคลินิกเด็ก = 64.35%

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3

ต.ค. 57-มี.ค58

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยใหม่คลินิกอายุรกรรม (ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องตรวจ การรับตรวจผู้ป่วยใหม่ตามโควตา การดูแลผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจ)	สถิติผู้ป่วยใหม่ที่ได้ตรวจตาม โควตา สถิติผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจ /นัดไปวันใหม่ สถิติผู้ป่วย Refer ที่ไม่ได้ตรวจหลัง 11.00น /นัดไปวันใหม่	จำนวนผู้ป่วยใหม่(ผู้ป่วยไม่มีแพทย์เจ้าของไข้)ที่คำนวณว่าจะต้องตรวจในแต่ละวัน = 10949 ราย จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจจริง = 12064 ราย เพิ่มจากที่คำนวณ 1115 รายเฉลี่ย 9 ราย/วัน จำนวนผู้ป่วยรับ Refer หลัง 11.00น มี 57 รายตรวจที่คลินิกเอง 12 ราย นัดวันต่อไป = 37 รายส่ง ER = 7 ราย จำนวนผู้ป่วย Walk in ที่ต้องนัดเริ่มเก็บข้อมูลเดือนธันวาคม 57 = 490 ราย เฉลี่ย 6 ราย/วันส่วนใหญ่นัด 3 เดือนแต่จะแนะนำให้ไปทำใบ Refer มาจากรพใกล้เคียง บ้านและให้มาขึ้นวันราชการก่อน 11.00น ซึ่งจะรับทุกราย

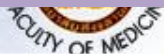
รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3

ต.ค. 57-มี.ค58

FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVER

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
โครงการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยทำหัตถการที่สำคัญแบบผู้ป่วยนอก(เจาะหลัง เจาะปอด เจาะท้อง และ เจาะไขกระดูก)	อุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ หลังทำหัตถการแบบผู้ป่วยนอก = 0 อุบัติการณ์การเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งทำหัตถการผิดพลาด $\leq 1\%$ จำนวนขั้นตอน/เวลาที่ลดลง	ในรอบ 6 เดือนไม่มีอุบัติการณ์ภาวะแทรกซ้อนหลังทำหัตถการ
โครงการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจในโรงพยาบาล	อุบัติการณ์การคัดแยกผู้ป่วยกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ผิดพลาด $< 1\%$ - อุตบัติการณ์บุคลากรติดเชื้อไวรัสโรคจากการทำงาน=0 - บุคลากรมีการล้างมือถูกต้อง	มีการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคผิดพลาดไม่ส่งตรวจศูนย์คัดกรอง 2 ราย 1.ผู้ป่วยนัดไม่ซักประวัติการไอ ผลตรวจ AFB +ve 2.ญาติเจ้าหน้าที่มาขอตรวจแนะนำตรวจที่ศูนย์คัดกรองแต่เจ้าหน้าที่หน่วยให้มาตรวจคลินิกนอกเวลาราชการผลตรวจ AFB +ve

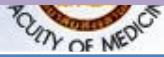
รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3 ต.ค. 57-มี.ค58



FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
<p>โครงการเพิ่มประสิทธิภาพจุดรับบัตรออก (Exit nurse)คลินิกอายุรกรรม</p>	<p>ระยะเวลาการรอคอยจุดรับบัตรออก (Exit nurse)ลดลง ข้อร้องเรียนการรอรับบัตรนัด = 0 ความพึงพอใจผู้รับบริการผู้ป่วยนอก > 4.25</p>	<p>โครงการเริ่มดำเนินการเมื่อเดือนกรกฎาคม 2558 ขณะนี้รอผู้รับผิดชอบเก็บข้อมูลสรุปโครงการ กลยุทธ์ที่ได้ดำเนินการไปแล้วคือ</p> <ul style="list-style-type: none"> • มีแผ่นรองแยกสีเป็น Visual ระหว่างผู้ป่วยนัดและผู้ป่วย Walk in • ปรับเคาน์เตอร์การรับบัตรให้ทุกคนรับบัตรได้ทั้งคลินิกทั่วไปและเฉพาะโรค • ปรับปรุงการมอบหมายงานโดยภาวะที่เป็นคอขวดปรับเจ้าหน้าที่จากเคาน์เตอร์ที่ลงทะเบียนมาช่วยรับ Order • ติดป้ายประชาสัมพันธ์แนะนำการรับบัตรออก ข้อร้องเรียนการรอรับบัตรออก = 0 ความพึงพอใจระยะเวลารอคอย = 3.11

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3 ต.ค. 57-มี.ค58



FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
<p>โครงการเพิ่มความปลอดภัยในการส่งต่อ (Safe Transfer)</p>	<p>อุบัติการณ์ผิดพลาดขณะส่งต่อ = 0 อุตบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการส่งต่อ = 0</p>	<p>อุบัติการณ์ผิดพลาดขณะส่งต่อ = 0 อุตบัติการณ์ข้อร้องเรียนเรื่องการส่งต่อ = 1 ครั้ง คือการส่งผู้ป่วยฉุกเฉินจากต่านหน้าไปตรวจ ENT ซึ่งยังไม่มีแพทย์ออกตรวจ</p>
<p>โครงการเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้ป่วยโรคยากซับซ้อนแก่บุคลากรทุกระดับตาม Specific clinical risk -ของแต่ละคลินิกเช่น โรคหัวใจ โรคมะเร็งที่เป็น 5 โรคหลัก การอบรม CPR</p>	<p>จัดกิจกรรม Inservice training ได้ตามแผน $\geq 90\%$ จำนวนบุคลากรของหน่วยงานเข้าร่วมกิจกรรมได้ $\geq 80\%$ บุคลากรมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการฝึกอบรม $\geq 90\%$</p>	<p>ยังไม่ได้ดำเนินการจัดอบรม แต่มีแผนจัดอบรม CPR ของบุคลากรคลินิกอายุรกรรมในวันที่ 20-21 สิงหาคม เวลา 14.30-16-00นโดยเชิญคุณสุภัทรา อุปนิสากร APN เป็นวิทยากรบรรยายและสาธิต</p>

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3 ต.ค. 57-มี.ค58

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
<p>โครงการ Quality Variety Club เพื่อสร้างบรรยากาศให้เกิดการเรียนรู้ ด้านวิชาการ จัดทำ Case study / Interesting case/journal conference/สรุปการ อบรมเล่าสู่กันฟังเดือนละ 1 ครั้ง</p>	<p>.จำนวนครั้งของการทำกิจกรรม - จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม - จำนวนเรื่องที่เรียนรู้ /สินทรัพย์ทาง ปัญญา</p>	<p>ยังไม่ได้ดำเนินการ</p>

รายงานตัวชี้วัดตามแผนปฏิบัติการแผนกผู้ป่วยนอก 3 ต.ค. 57-มี.ค58

โครงการ/กิจกรรม	ดัชนีวัดความสำเร็จ	ผลการดำเนินงาน
<p>โครงการสานสัมพันธ์ฉันท์พี่น้องของ เราชาวOPD(โครงการ Happy Birth Day OPD สัมพันธ์ การเยี่ยมไข้</p>	<p>จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> -จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม -การจัดกิจกรรมได้ตามแผน 	<p>กำหนดให้มีการจัด โครงการ Happy Birth Day ร่วมกันของบุคลากรในโซนเพื่อสร้างความรักความสามัคคี โดยกำหนดจัดในสัปดาห์ที่ 3 ของเดือนซึ่งได้ดำเนินการมาแล้ว ตั้งแต่เดือนมกราคม 2558 จัดOPDสัมพันธ์เมื่อ 7-8 กุมภาพันธ์2558 มีจำนวนผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 139 คน</p>
<p>โครงการพัฒนาจิตนำกาย ทำบุญตักบาตรประจำเดือนร่วมกันOPD 1-2-3 in ONE Plus SDC</p>	<p>จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรม</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม - จำนวนข้อร้องเรียนด้านพฤติกรรมลดลง - จำนวนข้อชมเชยเพิ่มขึ้น 	<p>ได้มีการจัดกิจกรรมทำบุญตักบาตรทุกเดือนโดยหมุนเวียนให้แต่ละOPD เป็นผู้รับผิดชอบเดือนละครั้ง</p>

ความท้าทายและโอกาสพัฒนา

- เป็นหน่วยงานที่อยู่ด้านหน้าของรพ. จุดแรกที่ผู้ป่วยเจอ
- ปริมาณผู้ป่วยมีมาก และผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนมีมากขึ้น
- บางวันห้องตรวจไม่เพียงพอต่อการออกตรวจของแพทย์
- การใช้พื้นที่ห้องตรวจยังกระจายไม่ดีบางวันห้องตรวจแน่นมากไม่เพียงพอบางวันห้องตรวจเหลือ
- พื้นที่สำหรับการเรียนการสอน รถนั่ง รถนอน ไม่เพียงพอ
- ระบบนัดยังไม่บรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ความท้าทายและโอกาสพัฒนา

- ความพึงพอใจการบริการเรื่องระยะเวลาการรอพบแพทย์ยังไม่บรรลุเป้าหมาย
- มีอุบัติการณ์ผิดพลาดการคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อไวรัส
- การให้บริการยังไม่แล้วเสร็จในเวลาทำให้เจ้าหน้าที่เกิดความเหนื่อยล้ามากขึ้น
- การบริหารจัดการผู้ป่วยไม่มีแพทย์เจ้าของไข้คลินิกอายุรกรรม

แผนการพัฒนาต่อไป

- พัฒนาการคัดกรองผู้ป่วยRefer ใหม่ด้านหน้า
- พัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพให้ครอบคลุมทั้งการส่งต่อภายในและภายนอก
- พัฒนาปรับปรุงการบริการที่เป็นคอขวด ปรับลดขั้นตอนการบริการที่ไม่มีคุณค่า
- พัฒนาแนวคิด ทักษะคติ มุมมอง ในการให้บริการ
- ปรับ Zoning เคาน์เตอร์การให้บริการ



FACULTY OF MEDICINE PRINCE OF SONGKLA UNIVERSITY

**โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล/
การคัดกรองผู้ป่วย Refer ใหม่
คลินิกด้านหน้า**

วัตถุประสงค์โครงการ

- เพื่อการคัดแยกผู้ป่วย Refer ใหม่ส่งตรวจถูกต้อง
ตรงแผนก
- เพื่อคัดกรองผู้ป่วย Refer ใหม่ส่งตรวจถูกต้องตาม
สภาพความเร่งด่วนของปัญหา
- เพื่อผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ดัชนีวัดผลสำเร็จ

- ผู้ป่วยReferใหม่ส่งตรวจถูกต้อง $\geq 95\%$
- อุบัติการณ์ผู้ป่วยฉุกเฉินเกิดภาวะวิกฤติขณะรอตรวจ = 0
- อัตราการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินผิดพลาด = 0



สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

- ปรับอัตรากำลังRN/PN ให้บริการด้านตั้งแต่ 07.30-12.00ทุกวัน
- กำหนดแนวปฏิบัติให้ผู้ป่วยรถนอนมีการประเมินโดยพยาบาลด้านหน้า
- จัดเตรียมอุปกรณ์ ที่จำเป็น เช่นถังออกซิเจน สายออกซิเจน เครื่องวัดBP เครื่องวัดO2 Sat

กำลังดำเนินการ

- ปรับปรุงคู่มือการบริการด้านหน้าให้เป็นปัจจุบัน
- กำลังปรับปรุงเกณฑ์การรับผู้ป่วยของแต่ละคลินิก เพื่อการจัดส่งผู้ป่วยตรวจได้ถูกต้อง
- ประมวลเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินของแต่ละคลินิกเพื่อปรับให้ง่ายต่อคลินิกด้านหน้า
- จัดอบรมความรู้เรื่องการคัดกรอง/คัดแยกแก่เจ้าหน้าที่ให้บริการด้านหน้า

ผลการดำเนินโครงการ

- ผู้ป่วยRefer ใหม่ส่งตรวจผิคนก 1 ราย
- ไม่มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติขณะรอ
ตรวจสอบสิทธิ์ที่ด้านหน้า
- คัดกรองผิคนก 1 รายโดยส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไป
ตรวจที่คลินิกENT
- อุตการณ์ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤติ Shock Aresst ที่
ด้านหน้า = 0

THANK YOU

