

รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานภาควิชา  
ครั้งที่ 62 (1/2551)

เรื่อง Best /Good Practice ในการบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

วันศุกร์ที่ 29 กุมภาพันธ์ 2551 เวลา 9.00-16.30 น.

ณ ห้องประชุม A501 อาคารบริหาร คณะแพทยศาสตร์

จำนวนผู้เข้าประชุมทั้งสิ้น 81 คน ประกอบด้วย

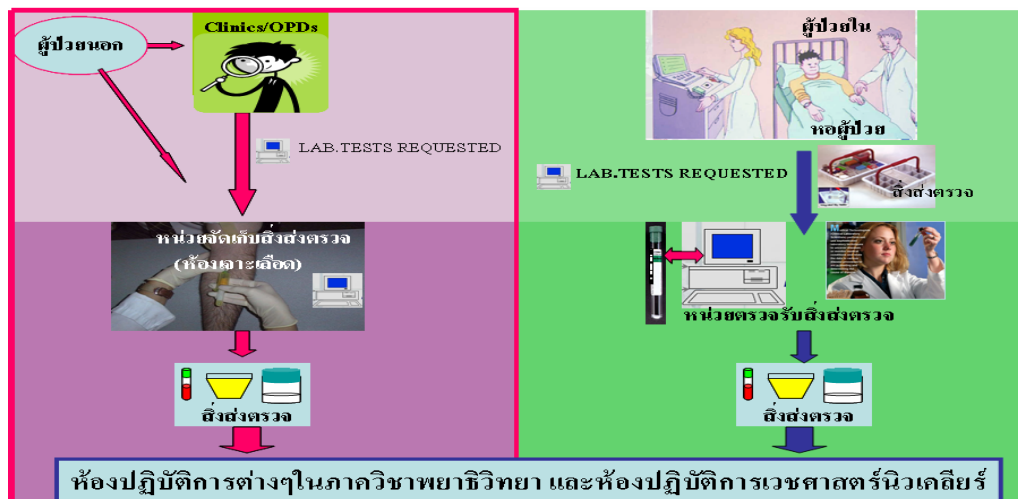
- กรรมการพัฒนาและประกันคุณภาพงานภาควิชา 28 คน
- ผู้เข้าร่วมประชุม 53 คน
- ผู้ดำเนินการประชุม : ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เรืองศักดิ์ ลิธนาภรณ์ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายโรงพยาบาล

ภาควิชาพยาธิวิทยา

นำเสนอโดย นายกลิน กาละ หัวหน้างานรับส่งตรวจ

เรื่อง การบริหารงานจัดเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยนอก

การบริหารงานจัดเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ป่วยนอก เป็นส่วนหนึ่งในการติดตามผลการดำเนินงาน Patient Safety ของภาควิชาพยาธิวิทยา ดังรายละเอียดต่อไปนี้



เป้าประสงค์ของการบริการ

1. เป็นศูนย์กลางการจัดเก็บส่งตรวจ เพื่อทดสอบทางห้องปฏิบัติการ
2. มีระบบ/กระบวนการจัดเก็บเพื่อให้ได้ส่งตรวจที่มีคุณภาพและมาตรฐาน
3. สนองตอบนโยบายการบริการ ได้แก่
  - การเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
  - Patient's safety
  - พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐานระดับประเทศและระดับสากล

**เป้าประสงค์แรก :** เป็นศูนย์กลางการจัดเก็บส่งตรวจเพื่อทดสอบทางห้องปฏิบัติการ

1. หน่วยจัดเก็บส่งตรวจเป็นหน่วยงานที่ให้บริการจัดเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่
  - ห้องปฏิบัติการต่างๆ ของภาควิชาพยาธิวิทยา
  - ห้องปฏิบัติการเวชศาสตร์นิวเคลียร์ ภาควิชารังสีวิทยา
  - ห้องปฏิบัติการของภาควิชาต่างๆ ภายในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
  - ส่งต่อห้องปฏิบัติการภายนอก ตามที่แพทย์ผู้รักษาประสงค์
  - รับส่งตรวจจากโรงพยาบาล/คลินิกอื่นๆ ทั้งของรัฐและเอกชน
2. จัดส่ง slide blood smear ซึ่งย้อมสี wright's ให้ห้องตรวจต่างๆ ตามที่แพทย์ requested เดิม ผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่จะต้องไปรับเอง

**ดัชนีชี้วัดการให้บริการจัดเก็บส่งตรวจ**

1. TAT ระยะเวลาารับบริการ (waiting time) : กำหนดไว้ที่ 35 นาที
2. TAT = เวลาที่ผู้ป่วยแสดงตัวมาขอรับบริการ (เวลาลงทะเบียน)

**ปริมาณผู้ป่วยนอกที่ให้บริการ**

| ปี   | จำนวน/ปี | รายปี           | จำนวน/วัน | รายวัน          |
|------|----------|-----------------|-----------|-----------------|
| 2548 | 159,220  | ไม่ได้วิเคราะห์ | 575       | ไม่ได้วิเคราะห์ |
| 2549 | 173,358  | เพิ่มขึ้น 8.9%  | 660       | เพิ่มขึ้น 14.8% |
| 2550 | 194,206  | เพิ่มขึ้น 12.0% | 737       | เพิ่มขึ้น 11.7% |

**การแก้ไขปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยเจาะเลือดเพิ่มมากขึ้น**

1. ขยายช่วงเวลาให้บริการ โดยเปิดบริการเร็วขึ้น ในวันปกติเริ่มเวลา 08:00น. เปลี่ยนเป็น 07:00 น.
2. เพิ่มจุดเจาะเลือดนอกห้องเจาะ / เพิ่มเจ้าหน้าที่เจาะเลือด ซึ่งปกติเน้นผู้ป่วยนั่งรถเข็น/นอนเตียง และผู้ป่วยสูงอายุ แต่จะปรับระบบการจัดคิวเป็นระยะเพื่อลดการกระจุกตัวของผู้ป่วยในห้องเจาะเลือด
3. มอบหมายให้เจ้าหน้าที่เฝ้าสังเกต สอบถามและช่วยเหลือผู้ป่วยรายที่สงสัยว่า มีระยะรอรับบริการนาน (random) > TAT (กำหนด  $\leq 35$  นาที)
4. ประสานงานกับห้องปฏิบัติการของภาควิชาพยาธิวิทยาเพื่อเปิดบริการเร็วขึ้น เช่น ห้องปฏิบัติการ
  - เคมีคลินิก 08:30น.(เดิม) ---> 07:30น. ---> **07:00 น.**
  - โลหิตวิทยา 08:30น.(เดิม) ---> 07:30น.
  - Microscopy (urinalysis) 08:30น.(เดิม) ---> **07:30 น.**

**เป้าประสงค์ที่สอง:** มีระบบ/กระบวนการจัดเก็บเพื่อให้ได้ส่งตรวจที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

1. **ความสำคัญเกี่ยวกับการจัดเก็บส่งตรวจมีความสำคัญ :**

ความผิดพลาดในขั้นตอนจัดเก็บส่งตรวจ (pre-analytical errors) จะเป็นหลักหรือสาเหตุใหญ่ที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดของ lab. จากรายงานของต่างประเทศ(USA) ได้แก่ ความผิดพลาดในขั้นตอนต่างๆ คือ จัดเก็บส่งตรวจ 46-68.2% การวิเคราะห์ 7-13 % และรายงานผล 18.5 – 47%

กระบวนการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ขึ้นตอนที่มีการเฝ้าระวังพิเศษ

1. การระบุผู้ป่วยไม่ถูกต้องหรือผิดคน
2. วิธีการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจไม่ถูกต้องกับข้อกำหนดที่ระบุตามชนิดการทดสอบนั้นๆ
3. จัดเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจจากผู้ป่วยได้ไม่ครบตามความการของแพทย์
4. ปริมาณตัวอย่างสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ/ไม่เหมาะสม
5. สิ่งส่งตรวจมีคุณภาพไม่เหมาะสม

ขั้นตอนที่เป็นข้อปฏิบัติมาตรฐาน : จะมีการประเมิน competency เป็นระยะ/ จัดอบรม-ประชุมเพื่อปรับให้เจ้าหน้าที่มีระดับมาตรฐานในทางปฏิบัติแนวเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน โดยยึดตามมาตรฐานสากล ดังนี้

- ลำดับขั้นตอนการเจาะเลือดผู้ป่วย/วิธีแนะนำผู้ป่วยในการจัดเก็บสิ่งส่งตรวจ
- ลำดับของการบรรจุเลือดที่เจาะลงในภาชนะบรรจุสิ่งส่งตรวจ
- ข้อปฏิบัติเกี่ยวกับผลคำนวณ/วิธีการจำแนกสิ่งส่งตรวจ

ผลการเฝ้าระวังเกี่ยวกับคุณภาพและมาตรฐานของสิ่งส่งตรวจที่จัดเก็บ

| ความผิดพลาด                    | ปี 2548 | ปี 2549 | ปี 2550 |
|--------------------------------|---------|---------|---------|
| 1. พิมพ์ใบเจาะเลือดผิดคน       | 0.00136 | 0.00000 | 0.00000 |
| 2. พิมพ์ใบเจาะเลือดไม่ครบ      | 0.00272 | 0.00024 | 0.00006 |
| 3. ไม่ติดสติ๊กเกอร์แยกห้อง Lab | 0.01772 | 0.00019 | 0.00016 |
| 4. เจาะเลือดผิดคน              | 0.00136 | 0.00000 | 0.00000 |
| 5. patch barcode ผิดหน่วย      | 0.00818 | 0.00000 | 0.00002 |
| 6. ไม่ได้ patch barcode        | 0.01227 | 0.00099 | 0.00053 |
| 7. ใส่ภาชนะผิดประเภท           | 0.00818 | 0.00061 | 0.00007 |
| 8. specimen clot               | 0.04499 | 0.00011 | 0.00009 |
| 9. เก็บ specimen ผิดประเภท     | 0.01499 | 0.00013 | 0.00007 |
| 10. เก็บ specimen ไม่ครบ       | 0.12045 | 0.00037 | 0.00006 |
| 11. ส่ง specimen ผิด           | 0.02999 | 0.00024 | 0.00066 |
| 12. พิมพ์ใบเจาะเลือดผิดวันที่  | 0.00242 | 0.00016 | 0.00004 |

หมายเหตุ ร้อยละของความผิดพลาด คำนวณจากจำนวนสิ่งส่งตรวจทั้งหมดที่หน่วยให้บริการ

เป้าประสงค์ที่สาม : สนองตอบนโยบายการบริการ เช่น เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และ Patient's safety

- ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ และข้อร้องเรียน

ผลการประเมินความพึงพอใจ

| ปี   | คะแนนผลสำรวจความพึงพอใจในการบริการ |                |
|------|------------------------------------|----------------|
|      | ร้อยละ                             | KPI(score1->5) |
| 2548 | 88.33                              | 4.41           |
| 2549 | 85.11                              | 4.25           |
| 2550 | 84.66                              | 4.23           |

## สรุปข้อร้องเรียน

1. มารยาทและการพูดจาของเจ้าหน้าที่
2. ความล่าช้าในการให้บริการ
3. ที่นั่งไม่เพียงพอ
4. ควรมีบริการน้ำดื่ม

## แนวทางการแก้ไข

โดยการกำชับผู้ปฏิบัติทุกคนเน้นจิตสำนึกในการให้บริการและพยายามลดขั้นตอนการบริการ ด้านสถานที่ได้จัดทำแผนเพิ่มห้องเจาะเลือดจะดำเนินการประมาณตุลาคม 2551 ส่วนเครื่องทำน้ำเย็นของเดิมชำรุดกำลังจัดซื้อเครื่องใหม่

ผลการของการแก้ไขปัญหากรณีที่มีจำนวนผู้ป่วยเพื่อมาขอรับบริการเพิ่มมากขึ้น

## ภาควิชาโสต ศอ นาสิกวิทยา

นำเสนอโดย นพ.โกวิทย์ พุกษานุกตฺตี

เรื่อง การพัฒนาระบบนัดผู้ป่วยนอก

การพัฒนาระบบนัดก่อนกำหนดเกิดจากการคิดร่วมกันของ PCT ENT ตั้งแต่ปี 2542 โดยเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดกระบวนการที่สำคัญของ OPD

ทีม PCT ENT ตั้งใจพัฒนาระบบนัด เพราะ

1. ต้องการลดการรอคอย
2. ต้องการลดความแออัดจุดคอย
3. ต้องการลดความเครียด ความขัดแย้ง
4. ต้องการสร้างวัฒนธรรมการนัดและการตรงต่อเวลา
5. ต้องการสร้างความประทับใจและความพึงพอใจของผู้ป่วย

สิ่งเหล่านี้ล้วนสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คือ

วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ : การสร้างความพึงพอใจและความภักดี

แผนปฏิบัติการ : 1. การพัฒนาระบบนัด 2. ลดระยะรอกอยของผู้รับบริการ

ตัวชี้วัดกระบวนการ

1. ร้อยละผู้ป่วยนัดที่ได้พบแพทย์ -10+20 นาที
2. ร้อยละผู้ป่วยที่รู้สึกว่าการรอ เร็ว ปานกลาง – เร็วที่สุด
3. ร้อยละผู้ป่วยที่ลงทะเบียนก่อนเวลานัด  $\leq 30$  นาที

ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอกด้านคุณภาพโดยรวม
2. ร้อยละผู้ป่วยที่จะกลับมารักษาเมื่อเจ็บป่วยครั้งต่อไป

เป้าหมาย

1. ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยนัดได้พบแพทย์ -10+20 นาที
2. ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยนัดมาลงทะเบียนภายใน 30 นาที
3. ร้อยละ 85 ของผู้ป่วย รู้สึกว่าการรอพบแพทย์ เร็ว- ปานกลาง-เร็วที่สุด
4. ความพึงพอใจของผู้ป่วยนอก 4.10
5. ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจะกลับมาอีกเมื่อเจ็บป่วยครั้งต่อไป

### Milestone การพัฒนาระบบนัด OPD หู คอ จมูก

|           |   |                                   |
|-----------|---|-----------------------------------|
| 2542-2544 | การดำเนินงานโดยการจับเวลาของคลินิกเอง           |                                   |
| 2545      | การเข้ามาของระบบสารสนเทศ โรงพยาบาล              |                                   |
| 2546      | เริ่มดำเนินการใหม่โดยทบทวนจากผลการดำเนินงานเดิม |                                   |
| 2546-2547 | PDCA รอบ 1                                      | 2547-2548 ผลครั้งที่ 1 PDCA รอบ 2 |
| 2547-2549 | ผลครั้งที่ 2 PDCA รอบ 3                         | 2550 ผลครั้งที่ 3 PDCA รอบ 4      |

#### PDCA (2546-2547)

- การฟื้นตัวขึ้นมาใหม่ของทีมพัฒนา OPD
- ค้นหาแนวทางกลยุทธ์โดยวิเคราะห์จากกระบวนการหลัก

#### กลยุทธ์สำคัญ

- ทำความเข้าใจกับทีม
- ประชาสัมพันธ์ระบบนัด
- ปฏิบัติต่อผู้ป่วยนัดตามเวลา
- ยืนยันนัดหลังเวลานัด ต้องต่อท้ายคนอื่น

#### แนวทางปฏิบัติปลีกย่อย (จุดลงทะเบียน)

- เตรียมเพิ่มและ Lab ให้พร้อมล่วงหน้า
- กำหนดจำนวนผู้ป่วยให้เหมาะสมตามชั้นปี
- กำหนดเวลาผู้ป่วย/รายได้เหมาะสม
- ลงทะเบียนตรวจ 9.15-12.10 น.
- ลงนัดตรวจตั้งแต่ 9.20 และทุก 20 นาที
- จัดระบบเลื่อนนัด

#### แนวทางปฏิบัติปลีกย่อย (แพทย์)

- การนัดไม่ระบุแพทย์ให้ทำเฉพาะจากห้องบัตรเท่านั้น
- มีตารางการรับตรวจพิเศษ ติดประจำทุกห้อง เพื่อได้นัดทุกคน
- ผู้ป่วยตรวจเลือด เอกซเรย์ ให้ลงนัดหลัง 11.00 น.
- การนัดจาก ward ให้ลงคอมพิวเตอร์ ด้วย
- ไม่อยู่ ลากิจ ลาป่วย ต้องแจ้งอย่างช้า 8.00 น.
- ทราบล่วงหน้าให้เลื่อนผู้ป่วยนัดออกไป

#### แนวทางปฏิบัติปลีกย่อย (ห้องหัตถการ)

- ภายใน 5 นาที ถ้าตามไม่มาจะตามแพทย์คิวอื่น
- เตรียมความพร้อมของเครื่องมือ ให้พร้อมใช้เสมอ
- จัดเจ้าหน้าที่เฉพาะ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยซับซ้อน
- ผู้ป่วยจาก ward ให้โทรศัพท์นัดเวลา

#### การปฏิบัติตามแผน

- แจ้งแนวทางโดยผ่านที่ประชุมภาควิชา
- เขียนรายงานการประชุม
- สร้าง Note Pad ใน โต้ะคอมพิวเตอร์ พร้อมรับทราบข้อเสนอแนะ

**การประเมินผล ผลการดำเนินงานครั้งที่ 1 (ก.ค.47-ธ.ค.48)**

|  | ก.ค.47 | ต.ค.47 | ม.ค.48 | มี.ค.48 | พ.ค.48 | ธ.ค.48 | เฉลี่ย |
|--|--------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| %การได้ตรวจตามเวลานัด<br>-10+20 นาที             | 36.36  | 47.36  | 50.00  | 46.00   | 47.00  | 44.70  | 45.05  |
| %การลงทะเบียนก่อนเวลานัดไม่เกิน 30 นาที          | 45.00  | 56.47  | 60.00  | 61.00   | 60.00  | 59.00  | 57.25  |
| %ที่รู้สึกว่าได้รับการตรวจเร็วปานกลาง-เร็วที่สุด | 79.90  | 87.00  | 74.70  | 74.70   | 78.80  | 78.80  | 80.00  |

**โอกาสพัฒนา**

- แพทย์เลิก activity ช้า
- walk in มารอแต่เช้าจำนวนมาก
- ผู้ป่วย clinics พิเศษขอมาตรวจคลินิกตอนเช้า
- ยังเข้าใจว่าขึ้นบัตรก่อน ได้ตรวจก่อน
- การเตรียมเอกสาร ไม่ครบถ้วน
- ผู้ป่วยนัดมาดูผล lab
- แพทย์ใช้เวลากับผู้ป่วยที่ต้อง admit นาน
- เจ้าหน้าที่ช่วยแพทย์ไม่พอเพียง

**แนวทางปฏิบัติ 2548-2549**

- ระบบกริ่งเตือนใน morning activity
- จัดระบบขึ้นชมแก่แพทย์ที่ทำได้ตามเป้า
- ปรับเปลี่ยนต้นแบบลงนัดเป็นทุก 10 นาที
- จัดระบบรายงานเวลาตรวจถึงแพทย์โดยตรงทุกเดือน
- จัดอาจารย์แพทย์ ออกตรวจ 8.00 น.
- เพิ่มอาจารย์แพทย์ออกตรวจจาก 1 เป็น 2 คน
- กระจายการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกเฉพาะโรค

**แตกโครงการพัฒนาเพิ่มเป็นโครงการย่อย ดังนี้**

1. โครงการเตรียมความพร้อมของแผนการรักษาผู้ป่วยนัดคลินิกหู คอ จมูก
2. โครงการบริการแจ้งผลตรวจทางโทรศัพท์

**การประเมินผล ผลการดำเนินงานครั้งที่ 2 (ม.ค.49-ธ.ค.49)**

|  | ม.ค.  | ก.พ.  | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค.  | มิ.ย. | ก.ค.  | ส.ค.  | ก.ย.  | ต.ค.  | พ.ย.  | ธ.ค.  | เฉลี่ย |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| %การได้ตรวจตาม<br>เวลานัด -10+20<br>นาที                 | 47.04 | 64.37 | 67.63 | 63.87 | 68.05 | 66.54 | 67.35 | 66.96 | 65.92 | 68.79 | 71.39 | 74.69 | 63.69  |
| %การลงทะเบียน<br>ก่อนเวลานัดไม่เกิน 30 นาที              | 64    | 69    | 70.60 | 67    | 73    | 76    | 73    | 71    | 70.34 | 69.47 | 69.47 | 74.69 | 70.90  |
| %ที่รู้สึกว่าได้รับ<br>การตรวจเร็วปาน<br>กลาง-เร็วที่สุด | 93.90 |       | 87.20 |       |       | 71.70 |       |       | 87.00 |       |       | 81.70 |        |

### โอกาสพัฒนา

- การเลื่อนนัดกรณีมีการลาของแพทย์
- ระบบการนำผู้ป่วยเข้า tumor conference
- การตรวจ BAER ในผู้ป่วยเด็กต้องมี sedative
- การช่วยแพทย์ของเจ้าหน้าที่ใหม่
- แพทย์บางท่านยังต้องการเวชระเบียน

### แนวทางปฏิบัติปี 2550

- แพทย์จะต้องนัดผู้ป่วยในวันที่ตนเองอยู่เท่านั้น
- ปรับระบบ tumor conference
- จัด พชท. คู่ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่โดยเฉพาะ
- ระบบ 5 ส.ในการเตรียมพร้อมห้องตรวจทุกวัน
- สั่งยา sedative ให้เด็กล่วงหน้าตาม guideline
- Knowledge sharing ระหว่าง จนท.เก่าและใหม่
- Paperless

### ผลการดำเนินงาน ปี 2550

|  | ม.ค.  | ก.พ.  | มี.ค. | เม.ย. | พ.ค.  | มิ.ย. | ก.ค.  | ส.ค.  | ก.ย.  | ต.ค.  | พ.ย.  | ธ.ค.  | เฉลี่ย |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| %การได้ตรวจตาม<br>เวลานัด<br>-10+20 นาที                 | 75.09 | 71.64 | 77.50 | 69.25 | 77.51 | 70.39 | 77.26 | 65.76 | 66.36 | 67.13 | 62.97 | 73    | 70.80  |
| %การลงทะเบียน<br>ก่อนเวลานัดไม่<br>เกิน 30 นาที          | 75.27 | 73.60 | 78.08 | 75.88 | 76.25 | 75.94 | 75.80 | 69.15 | 77.35 | 71.49 | 69.77 | 70.68 | 74.00  |
| %ที่รู้สึกว่าได้รับ<br>การตรวจเร็วปาน<br>กลาง-เร็วที่สุด | 89.60 |       |       | 82.00 |       |       | 73.40 |       |       | 71.00 |       |       | 83.00  |

### การเผยแพร่และแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1. การนำเสนอในที่ประชุมโครงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ ประสิทธิภาพการทำงานในหน่วย  
ผู้ป่วยนอกเมื่อ พ.ศ.2549
2. การนำเสนอต่อผู้เยี่ยมชมสำรวจ TQA เมื่อ 22 มกราคม 2551
3. การกำหนดเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน

### บทสรุปความสำเร็จ

1. Team works
2. Communications
3. Continuous Quality Improvement
  - 2542-2544 การดำเนินงานโดยการจับเวลาของคลินิกเอง
  - 2545 การเข้ามาของระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
  - 2546 เริ่มดำเนินการใหม่โดยทบทวนจากผลการดำเนินงานเดิม
  - 2546-2547 PDCA รอบ 1
  - 2547-2548 ผลครั้งที่ 1 PDCA รอบ 2

- 2548-2549 ผลครั้งที่ 2 PDCA รอบ 3
- 2550 ผลครั้งที่ 3 PDCA รอบ 4

#### 4. Leadership

- ท่านคณบดี
- ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- ประธาน PCT ENT
- หัวหน้าทีมพัฒนาคุณภาพ OPD
- หัวหน้า OPD ENT

#### 5. การสนับสนุนของระบบสารสนเทศ

##### บทสรุปของทีม PCT ENT

การพัฒนาคุณภาพถึงแม้จะเริ่มต้นด้วยประเด็นปัญหา ซึ่งมองดูเหมือนไม่ซับซ้อน แต่เมื่อได้ลงทำดูและวิเคราะห์อย่างต่อเนื่องแล้วจะพบว่า ในปัญหานั้นจะมีโอกาสที่จะพัฒนาคุณภาพอื่นๆ โยงใยเป็นเครือข่ายแมลงมุมเสมอ ทำให้การพัฒนาคุณภาพงานมีโอกาสพัฒนาไปได้อย่างต่อเนื่อง และเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

##### คำถาม/ข้อเสนอแนะ

1. ทำอย่างไรกับผู้ป่วยที่ไม่สนใจว่าจะมาช้าหรือเร็ว เพราะอย่างไรก็ได้ตรวจอยู่แล้ว  
: ผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นส่วนน้อยมาก ให้ตามระบบดั้งเดิม คือ ต่อท้ายคิวตรวจ
2. กำหนดเปอร์เซ็นต์ผู้ป่วยใหม่กับผู้ป่วยนัดอย่างไร  
: คนไข้นัด 10-12 คน คนไข้ใหม่แทรกไปที่ 10 นาที
3. นำข้อมูล feedback ของผู้ป่วยมาพัฒนาต่อหรือไม่  
: ดูจากข้อเสนอแนะของ OP voice ถ้าสิ่งที่เสนอมาทำให้ระบบดีขึ้น ก็นำมาพัฒนาต่อ

#### ภาควิชารังสีวิทยา

นำเสนอโดย นายเสรี ศักดิ์จิรพาพงษ์ สาขารังสีวินิจฉัย  
เรื่อง เอกซเรย์แบบเคลื่อนที่ (Portable x-ray)

##### ขอบเขตของงานบริการ

- ให้บริการ Portable x-ray ในหอผู้ป่วยต่างๆ
- ในจุดบริการที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาเอกซเรย์ที่แผนกได้ เช่น OR , ห้องเก็บศพ, OPD Chemo.etc.
- รongรับงานพิเศษ เช่น อุบัติเหตุหมู่

สิ่งที่ได้รับข้อเสนอจากผู้รับบริการ ได้แก่

- ความล่าช้า
- การติดต่อสื่อสาร
- คุณภาพ
- ระบบการส่งใบ Request
- การประสานงาน

สิ่งที่ดำเนินการปรับปรุงพัฒนา ได้แก่

ด้าน Computer system : - PACS - CR - Paperless-Request Online



**ระบบงานบริการ/บุคลากร :**

- เพิ่มเครื่อง X-ray portable จากเดิม 4 เครื่อง เป็น 5 เครื่องในปี 2551
  - บุคลากรปฏิบัติงานปรับเป็นบุคลากรหมวดกิ่งฝีมือนำตำแหน่งพนักงานผู้ช่วยรังสีเทคนิค และต้องผ่านการอบรม Basic Radiography , Training by doing , Coaching
  - ปรับระบบงานจากเดิม “อยู่เวรล่วงเวลา” เป็น “ระบบผลัด”
  - เพิ่มจุดบริการ CR Console ที่ ICU
  - การติดต่อประสานงาน ใช้ระบบวิทยุสื่อสารศูนย์แพทย์ แม่ข่ายวิทยุย่อยที่แผนก
  - ระบบ Request Online ที่โซว์คิว
  - การติดต่อประสานงาน เมื่อพบปัญหาใช้ระบบสายตรงหัวหน้างานทันที วันทำการถัดมาผ่านผู้ตรวจการพยาบาล/หน.ตึก และประชุมหารือร่วมผู้เกี่ยวข้อง
  - จัดระบบบริการเป็นรอบ (รอบปกติ) เวลา 05:00 10:00 14:00 18:00 22:00 ระบบรองรับ กรณี ขอด่วน
- คุณภาพงานบริการ**

- คน มีการสอนงาน/Film critique ประชุมทีม และAfter action Review
- เครื่องมือ ตรวจสอบโดยกรมวิทย์/หน่วยช่าง/user และPreventive Maintenance

**ปริมาณงานการบริการ**

- หน่วยงานที่ใช้บริการมาก 5 หน่วยงานแรก คือ ICU 1 , ICU 2 , RCU , Med ชาย , Med หญิง

**โอกาสพัฒนา**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| - Radiation Safety ให้กับ Nurse      | - การบริหารจัดการการใช้เครื่อง         |
| - การคิดค่าบริการต่อผู้ป่วยหอบพิเศษ? | - การทบทวนระบบการติดตาม (วิทยุสื่อสาร) |
| - การสร้างแรงจูงใจ ให้กับบุคลากร     | - Infectious Control                   |
| - การทบทวน Indication                | - Advances knowledge and skill         |
| - งานวิจัย                           | - Film Critique                        |
| - R2R2                               |  |

**สรุปความเห็น/ข้อเสนอแนะจากที่ประชุม**

- ขาดข้อมูลตัวเลขสนับสนุน
- ยังไม่เห็นมิติด้านคุณภาพในเชิงระบบ (PDCA)
- ประเด็นด้านคุณภาพของ x-ray เช่น ความถูกต้อง- ความรวดเร็วในการให้บริการ คุณภาพฟิล์ม การบำรุงรักษาเชิงป้องกัน competency บุคลากร และความเสี่ยงของผู้บริการและผู้ที่อยู่ใกล้เคียง

**ภาควิชาจักษุวิทยา**

นำเสนอโดย      อาจารย์แพทย์หญิงอรสา ห่อรัตนเรือง  
เรื่อง                แนวทางปฏิบัติการทำหัตถการในผู้ป่วยโรคเอดส์

## โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

วัฒนธรรม - การมุ่งเน้นคุณภาพ ขอมรับการเปลี่ยนแปลงและพร้อมรับการประเมิน

ค่านิยม - การมุ่งเน้นคุณภาพ (quality focus) - การมุ่งเน้นผู้รับบริการ (Customer focus)  
- การทำงานเป็นทีม (teamwork)

\* - จิตสำนึกด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย (risk and safety awareness)

โรงพยาบาลมีข้อกำหนดพิเศษด้านสุขภาพและความปลอดภัยสำหรับบุคลากร ได้แก่

- \* ข้อกำหนดด้านอาชีวอนามัยของกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงแรงงาน
- \* ข้อกำหนดเกี่ยวกับการควบคุมโรคติดต่อของกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข
- \* การควบคุมปริมาณการรับรังสีของสำนักงานปรมาณูเพื่อสันติ

เกณฑ์ TQA หมวด 5 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล (100 คะแนน)

5.3 ความผาสุกและความพึงพอใจของพนักงาน (30 คะแนน) ความปลอดภัย

คณะแพทยศาสตร์

- \* เป็นศูนย์บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ
- \* เป็นผู้นำในการพัฒนาและประกันคุณภาพ
- \* เกณฑ์การประเมินคุณภาพ

มาตรฐานที่ 5 มาตรฐานการพัฒนาสถาบันและบุคลากร

5.13 จำนวนครั้งความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน

ตัวชี้วัดหลักขององค์กรบรรลุผล

KPI ของโรงพยาบาล Leading KPI ข้อ 49

PDCA

P : จาก incidence การถูกเข็มตำ, caliper ทิ่มแทงใน Case ผู้ป่วย AIDS



รายงานภาควิชา, โรงพยาบาล



นำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการประกันคุณภาพและความเสี่ยง



จัดทำ “แนวทางปฏิบัติการทำหัตถการในผู้ป่วยโรค AIDS” ร่วมกันผ่าน PCT



แจ้งในที่ประชุมภาค, แจ้งพชท., พจบ., OR ติดไว้ในห้องผ่าตัดทุกห้องเพื่อนำไปใช้

แนวทางการปฏิบัติการทำหัตถการในผู้ป่วยโรคเอดส์ เริ่มปี 2547

D : นำไปปฏิบัติจริงใน OR และให้เจ้าหน้าที่ OR ลงข้อมูลในแบบประเมินผลทุก Case AIDS ที่เข้า OR และรายงานภาควิชาทุกเดือน

C : - สรุปผลการประเมิน การปฏิบัติตาม guideline ว่ามีความครบถ้วนหรือไม่ และนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการประกันคุณภาพและความเสี่ยงภาควิชา ทุก 3 เดือน

- ติดตามการรายงานอุบัติการณ์ เช่น ถูกเข็มตำ, Caliper ทิ่ม, เลือดกระเด็นเปื้อนร่างกาย
- A : ช่วงแรกที่เริ่มใช้ ยังมีความไม่ครบถ้วนของการปฏิบัติตาม ได้มีการนำเข้าที่ประชุม เพื่อหาแนวทางแก้ไข โดย
- แจ้งอาจารย์, พชท./พจบ. และพยาบาลรวมถึง เจ้าหน้าที่ในห้องผ่าตัดให้ตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตาม guideline
  - และได้ติดตามผลของการใช้ guideline และอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องจนปัจจุบัน

### Benchmark ผลการดำเนินงาน 3 ปี

#### 1. ความครบถ้วนของการปฏิบัติตาม Guideline

ปี 2547 < 100%      ปี 2548 100%      ปี 2549 100%      ปี 2550 100%

#### 2. อุบัติการณ์ การถูกเข็มตำ อุบัติเหตุอื่นใน Case AIDS

ปี 2547 4      ปี 2548 0      ปี 2549 0      ปี 2550 0

### เป็นตัวอย่างนำไปใช้

- มีการบันทึกเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Practice guideline) อยู่ที่ภาควิชา, PCT, ที่ห้องผ่าตัดตาทุกห้อง

### ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ฯ

นำเสนอโดย      อาจารย์ปรเมศวร์ สุวรรณโณ

เรื่อง      **Discharge Planning of Replantation**

#### พันธกิจของคณะ

- คณะ : ให้บริการด้านสุขภาพที่เป็นเลิศระดับมาตรฐานสากล
- ภาควิชา : ให้บริการผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพและเน้นการรักษาในระดับตติยภูมิ
- เพื่อสนับสนุนการเรียนการสอนและการวิจัย

#### Replantation : hand and finger

- รับ refer ผู้ป่วย จากโรงพยาบาล ทั่วภาคใต้ 100% ที่ส่งต่อ “ความคาดหวัง”

#### International standard

- 80 % success rate (Benchmark)
- DASH score 10-16
- Good nerve recovery : two point 8-11 mm
- grip strength
- ROM PIP 35 MCP-DIP 82 degree

#### นโยบายของภาควิชา “replantation”

- สนับสนุนการทำ PCT hand
- พัฒนาบุคลากร
- สนับสนุนให้เกิดทีมงานดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม

**KPI**

- Survival rate
  - sharp cut injury  $\geq 70\%$
  - crush injury  $\geq 50\%$
- Functional score
- Complication

**PDCA process**

- Plan
 

ได้จัดทำแผนการปฏิบัติงาน Discharge Planning Amputated hand and finger
- Do
  - พัฒนาบุคลากร : แพทย์ พยาบาล และทีมกายภาพบำบัด ให้มีความรู้ความเข้าใจและดำเนินการตาม Discharge Planning Amputated hand and finger
  - กระบวนการดูแล : ตาม Flow Chart Hand Replantation
- Check ตรวจสอบและประเมินผล
- Act การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใหม่

**PCT hand : ประกอบด้วย**

- Hand surgeon team
- ER team
- OR team
- Ward team
- Rehabilitation team
- Anesthesia team

**Succession : ประกอบด้วย**

- High performance skill team\*\*\*
- Referring system
- Cooperation\*\*
- Post-op care team
- Equipment
- 24 hours available

**ปริมาณผู้ป่วย**

| ประเภท | ปี 48 | ปี 49 | ปี 50 | ปี 51 |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| finger | 9     | 3     | 28    | 11    |
| hand   | 1     | 4     | 1     | 1     |

**Result Survival rate**

|           | ปี 48 | ปี 49 | ปี 50 |
|-----------|-------|-------|-------|
| นิ้ว      | 77.78 | 77.78 | 77.78 |
| ข้อมือ    | 100   | 100   | 100   |
| benchmark | 80    | 80    | 80    |

## Result ปี 2551

| เดือน      | ลักษณะ       | จำนวนที่ต่อ | สำเร็จ | ร้อยละ |
|------------|--------------|-------------|--------|--------|
| มกราคม     | Sharp cut    | 3           | 2      | 66.67  |
|            | Crush injury | 6           | 5      | 83.33  |
| กุมภาพันธ์ | Sharp cut    | 1 (wrist)   | 1      | 100    |
|            | Crush injury | 1           | 0      | 0      |

### Future outcome : team will be reach

- KPI success
- International Research
- Trauma hand team “the international center”

### Sharing

- Share Referring manual to other hospital
- Future education center for replantation (ปัจจุบันพัฒนาให้แพทย์ใช้ทุนสามารถผ่าตัดต่อนิ้วได้ด้วยตนเองสำเร็จ ซึ่งคาดว่าจะนำความรู้เหล่านี้ เพื่อไปพัฒนา ณ โรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป)

## ภาควิชาอายุรศาสตร์

นำเสนอโดย คุณประภัสสร จันทร์แก้ว หัวหน้าคลินิกอายุรกรรม

เรื่อง ระบบการ admission เข้าแผนกอายุรกรรม

ปัจจุบันโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยอายุรกรรมทำให้ประสบปัญหาคิวตรวจที่คลินิกอายุรกรรมเต็ม และการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลค่อนข้างทำได้ยากเนื่องจากเตียงเต็มทำให้ต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่น ภาควิชาเล็งเห็นความสำคัญถึงปัญหาดังกล่าวจึงได้คิดระบบการบริหารจัดการเตียงขึ้นเพื่อให้การบริหารจัดการผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เดิมผู้ป่วยอายุรกรรมเข้ารับการรักษาพยาบาลจะกระจายไปยังหอผู้ป่วย ICU RCU อายุรกรรมหญิง อายุรกรรมชาย (มีแนวทางการเข้ารับรักษาพยาบาลลักษณะ first come first serve มีทั้งผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยรอ Tx เช่น ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วย investigate ผู้ป่วยรอทำ IVR) เฉลิมพระบารมี 9 เฉลิมพระบารมี 10 นอกจากนี้การยืมเตียง จากหอผู้ป่วยอื่นๆ เช่น หอผู้ป่วยตา หอผู้ป่วยหู คอ จมูก หอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ชาย หอผู้ป่วยนรีเวช หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและหญิง โดยผู้ป่วยที่จะเข้านอนรักษาจะต้องเป็นผู้ป่วย Plan D/C อาการไม่หนัก ผู้ป่วยทำ IVR

### ปัญหาที่เกิดจากการบริหารจัดการเตียงในอดีต

1. ภาควิชาอื่นๆ งดรับฝากเตียงจากอายุรกรรมด้วยปัจจัยหลายประการ เช่น แพทย์บางท่านไม่รับฝัดชอบดูแลผู้ป่วยทำให้เพิ่มภาระงานแก่หอผู้ป่วยที่รับฝาก

2. ผู้ป่วยบางกลุ่มอยู่ในโรงพยาบาลนาน และมีจำนวนมาก เช่น Hematologic malignancy, respiratory failure
3. ผู้ป่วยบางกลุ่มเข้ารักษาพยาบาลไม่ทัน มีแผนการรักษาที่ชัดเจนแต่ไม่สามารถนอนโรงพยาบาลได้
4. ผู้ป่วยหนักแต่ไม่มีเตียงให้ผู้ป่วยรับการรักษาพยาบาลต้องส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลใกล้เคียง
5. ไม่มีระบบยืมเตียงต่างแผนกที่ชัดเจน
6. นอกเวลาราชการ ไม่มีผู้รับผิดชอบในการตามผู้ป่วยมาอนรับการรักษาที่โรงพยาบาล

#### ภาควิชาอายุรศาสตร์มีแนวทางการบริหารจัดการผู้ป่วยสามัญ ดังนี้

1. แบ่งผู้ป่วย admit ออกเป็นกลุ่มดังนี้
  - ผู้ป่วยทั่วไป - ผู้ป่วยโรคเลือด (Hematology) - ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด
  - ผู้ป่วยที่นัดมาเพื่อทำหัตถการ (investigation) หรือ IVR
2. จัดหอผู้ป่วยให้เหมาะกับผู้ป่วย
3. จัดระบบการเข้าพักรักษาพยาบาลแยกตามกลุ่มผู้ป่วย
4. จัดแพทย์ผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยแยกตามกลุ่มโรค
  - ผู้ป่วยทั่วไป ให้ ward staff เป็นผู้ดูแล
  - ผู้ป่วยโรคเลือด (Hematology) ให้แพทย์หน่วยโลหิตวิทยาเป็นผู้ดูแล (hemato staff)
  - ผู้ป่วยรับยาเคมีบำบัด ให้แพทย์ผู้สั่ง admit เป็นผู้ดูแล
  - ผู้ป่วยนัดทำหัตถการ (investigation) หรือ IVR ให้แพทย์ผู้สั่ง admit เป็นผู้ดูแล

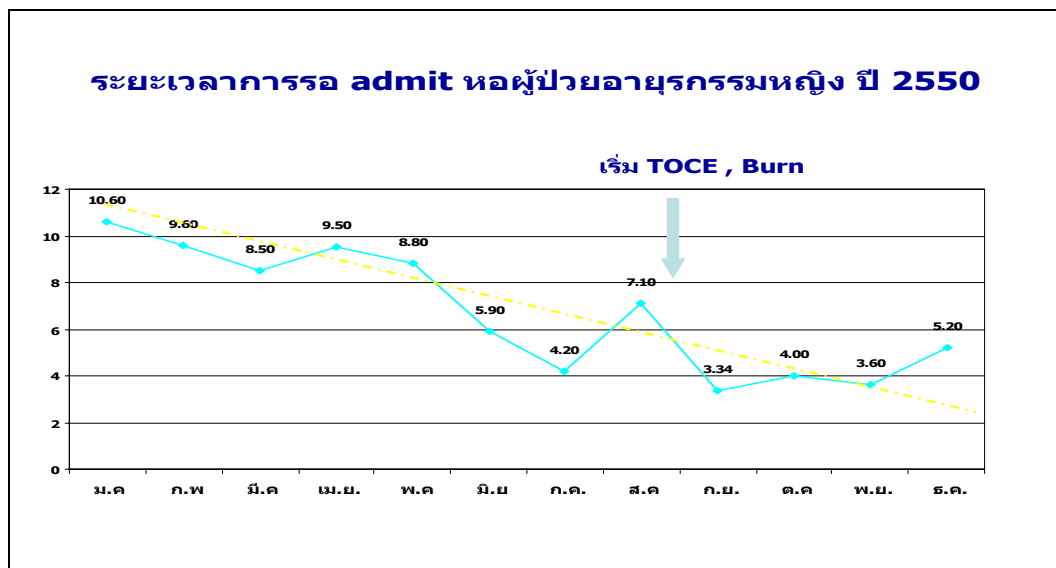
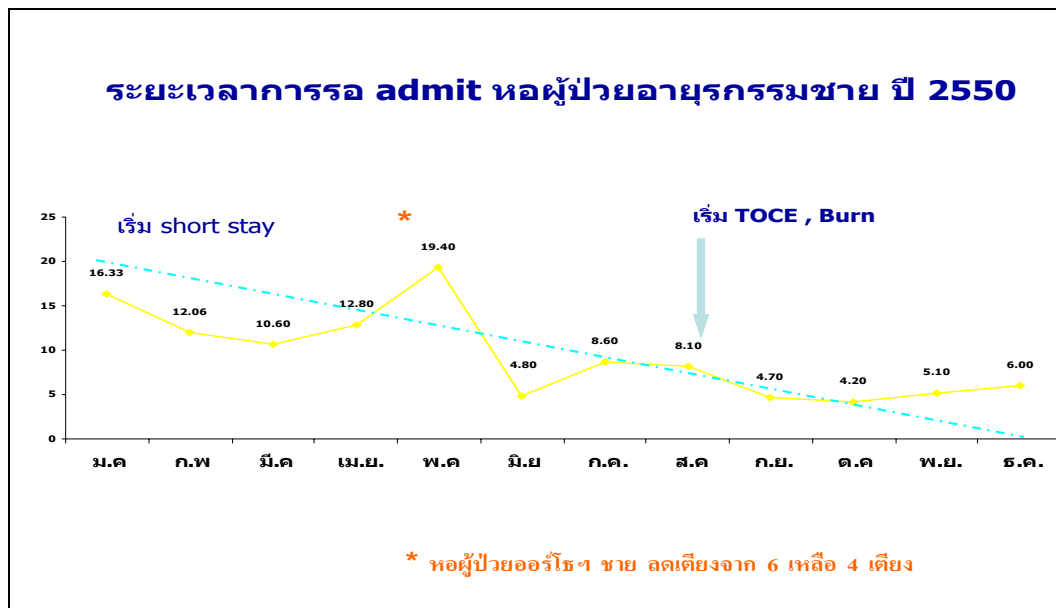
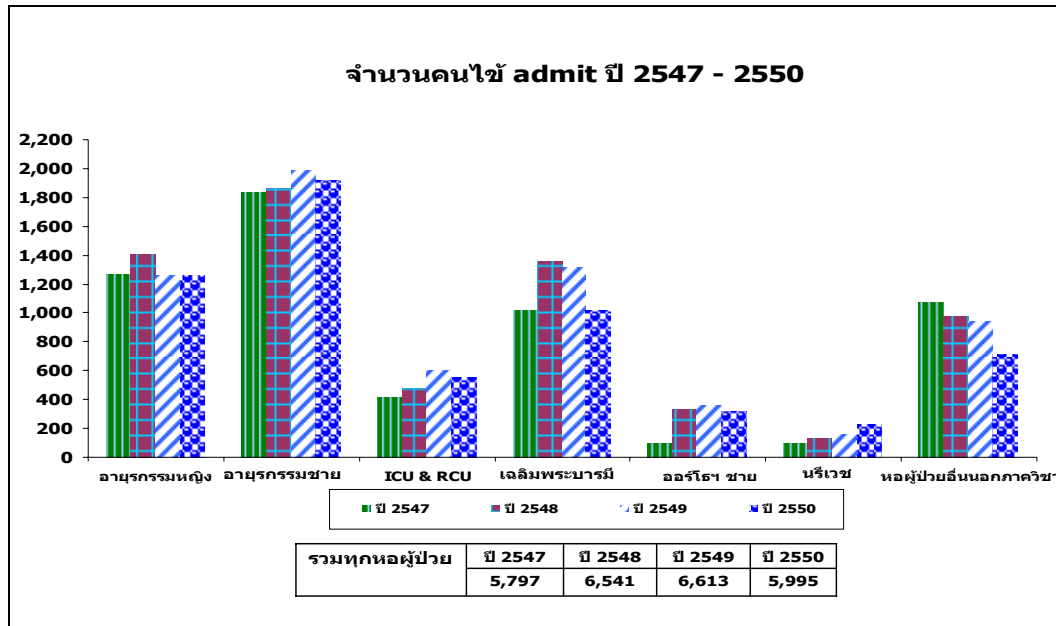
#### การบริหารจัดการเตียงในแผนก

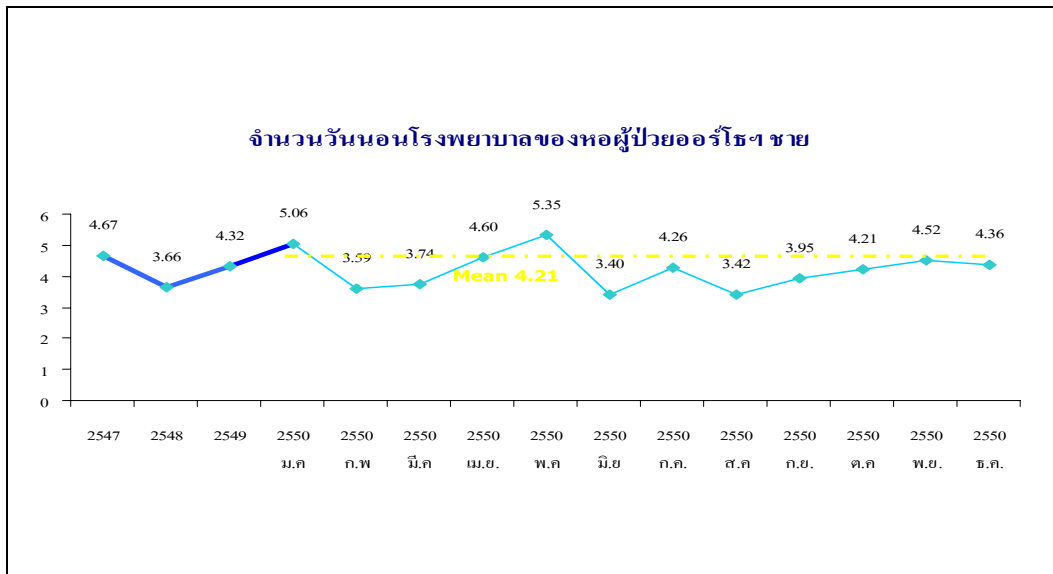
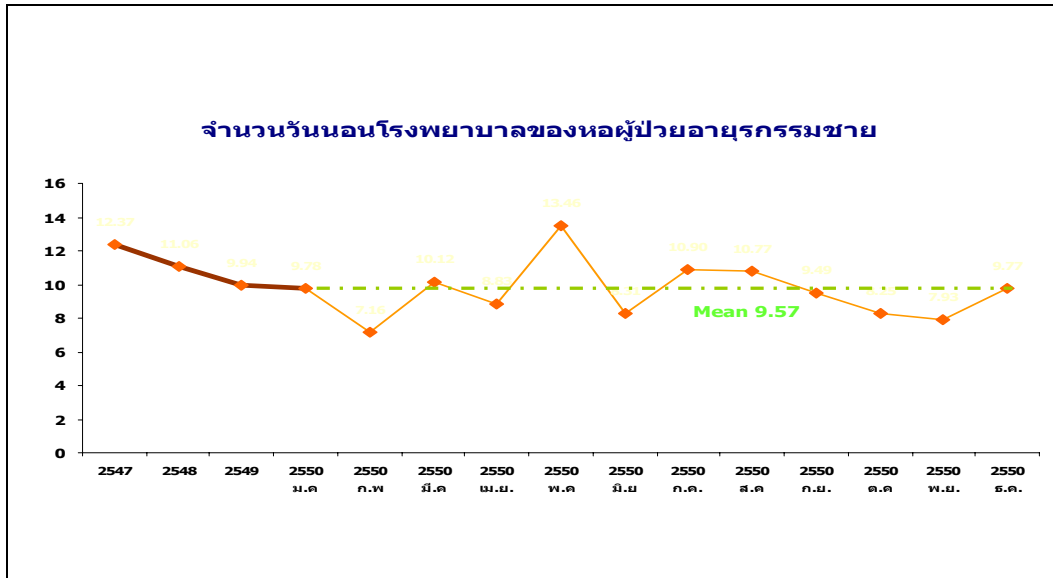
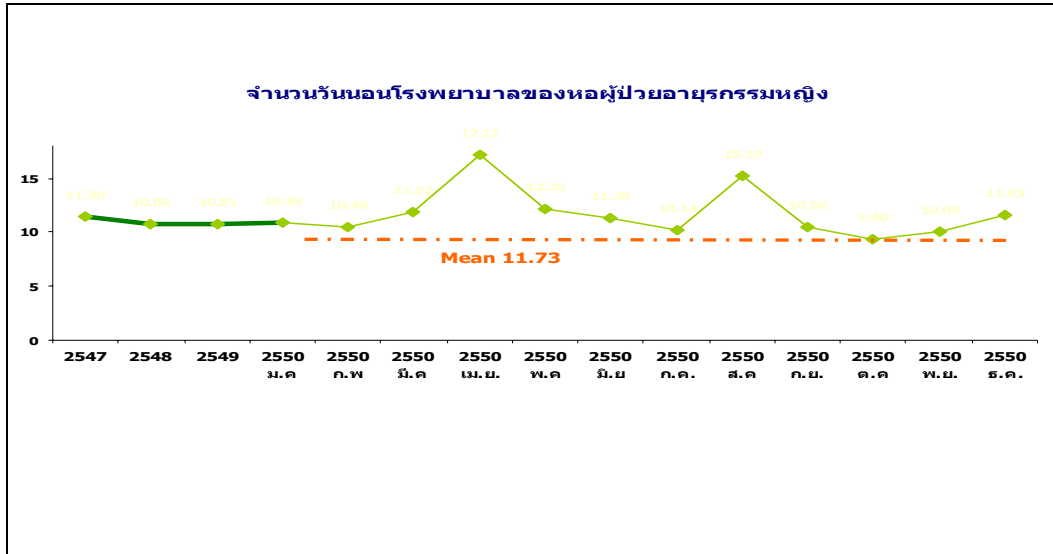
ในเวลาราชการคลินิกอายุรกรรมจะมีผู้บริหารจัดการเตียงหมุนเวียนทำหน้าที่สัปดาห์ละ 1 คน เพื่อทำหน้าที่กระจายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง (เตียงสามัญ, เตียง hemato 6 เตียง, เตียงทำหัตถการ TOCE 1 เตียง) หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย (เตียงสามัญ, เตียง hemato 10 เตียง, เตียงทำหัตถการ TOCE 1 เตียง) สำหรับนอกเวลาราชการศูนย์ห้องพิเศษจะเป็นผู้จัดการเตียงโดยจะทำหน้าที่กระจายเฉพาะผู้ป่วย hemato และ TOCE เท่านั้นสำหรับเตียงสามัญ แผนกฉุกเฉินจะเป็นผู้บริหารจัดการเตียง

#### การบริหารจัดการเตียงนอกแผนก (short stay)

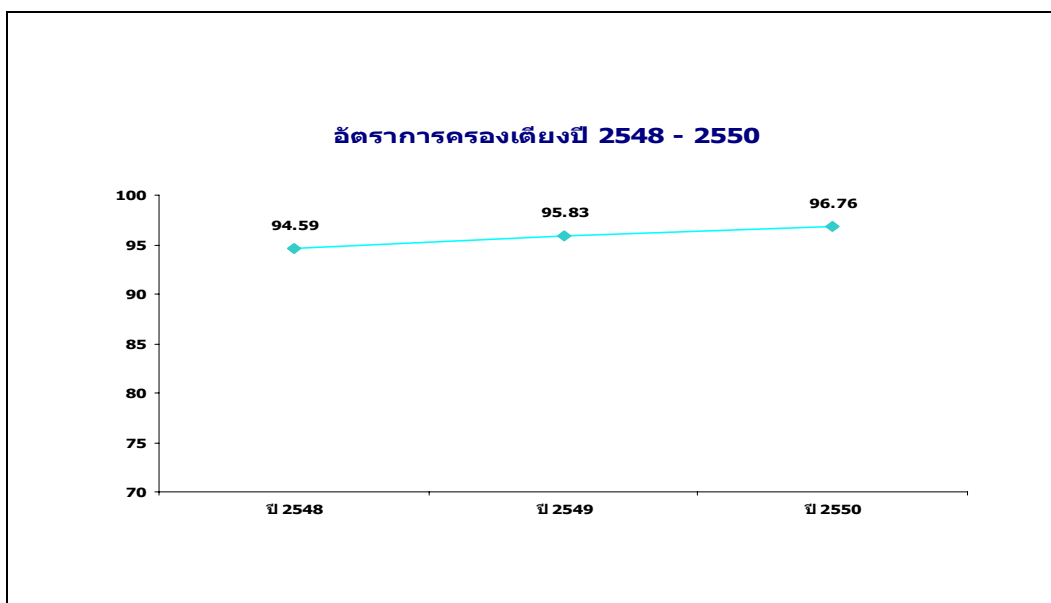
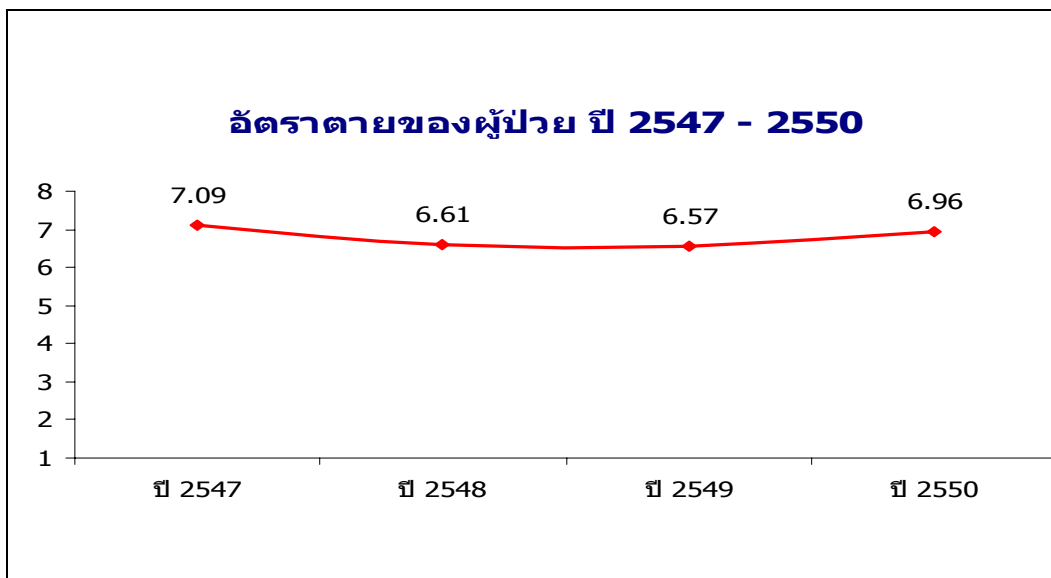
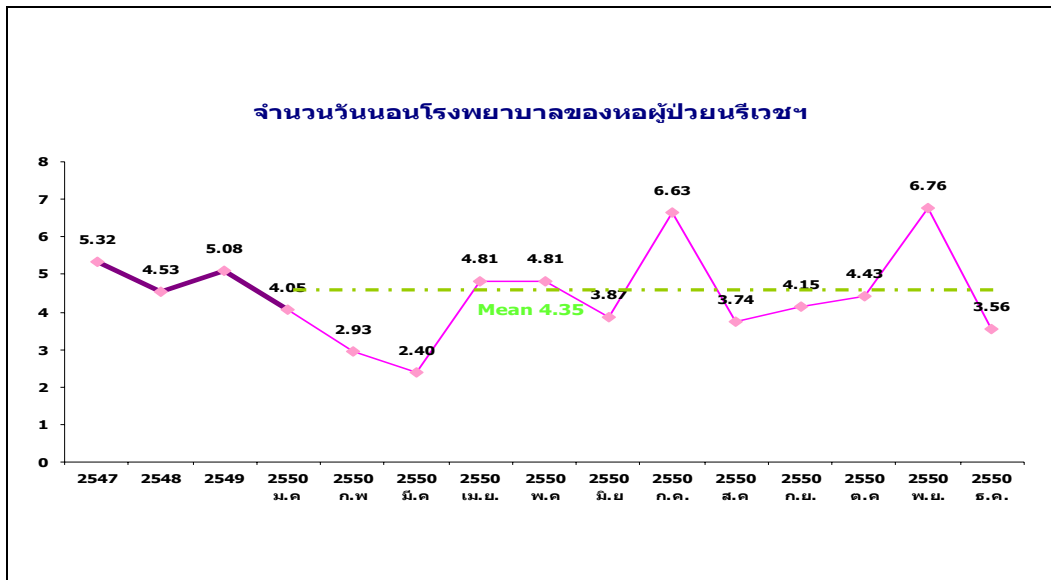
ในเวลาราชการคลินิกอายุรกรรมจะมีผู้บริหารจัดการเตียงหมุนเวียนทำหน้าที่สัปดาห์ละ 1 คน โดยทำหน้าที่กระจายผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วย short stay (หอผู้ป่วยนรีเวช 4 เตียง หอผู้ป่วยออร์โธฯ ชาย 4 เตียง และหอผู้ป่วยไฟไหม้น้ำร้อนลวก 1 เตียง เพื่อทำหัตถการ kidney biopsy) โดยผู้ป่วยที่จะนำเข้าพักรักษาพยาบาลที่ short stay ใต้นั้นต้องมีอาการของโรคไม่รุนแรง ไม่ซับซ้อน นอนโรงพยาบาลไม่เกิน 5 วัน สำหรับนอกเวลาราชการศูนย์ห้องพิเศษจะเป็นผู้จัดการเตียง ด้านการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วย แพทย์เจ้าของไข้ของอายุรกรรมจะเป็นผู้รับผิดชอบดูแลทั้งหมด

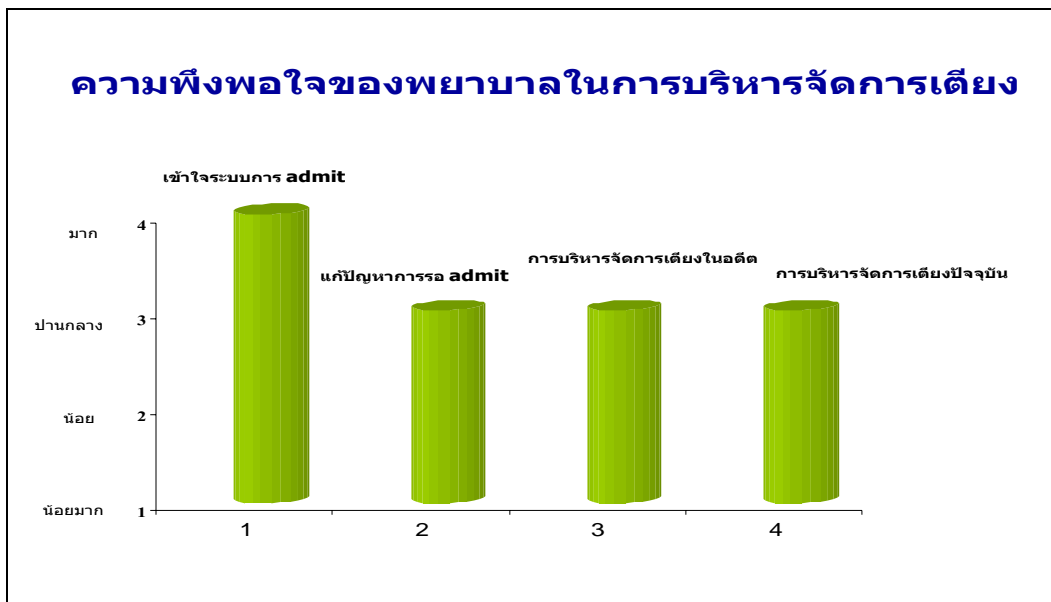
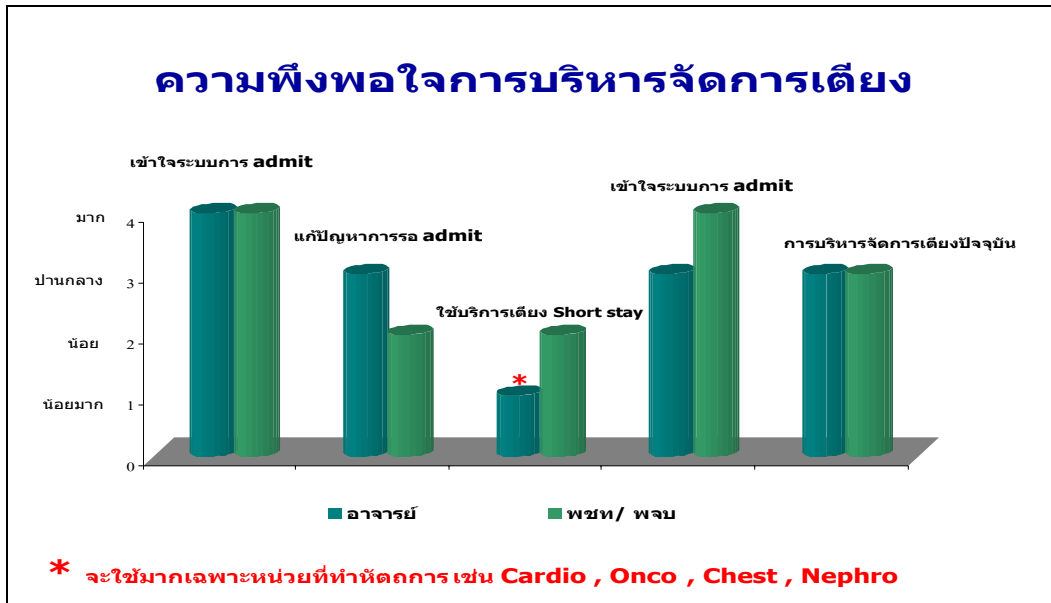
ระบบบริหารจัดการเตียงดังกล่าวเริ่มดำเนินการเดือนมกราคม 2551











#### สรุปผลการดำเนินการบริหารจัดการเตียง

1. ระยะเวลาคอย admit ต่ำลง 50%
2. จำนวนผู้ป่วย admit ลดลงไม่มาก
3. Hospital stay สำหรับ short stay ward เฉลี่ยไม่เกิน 5 วัน
4. Length of stay ผู้ป่วยสามัญชายเท่าเดิม แต่ผู้ป่วยสามัญหญิงเพิ่มขึ้น
5. อัตราการตายเพิ่มขึ้นเล็กน้อย
6. ความพึงพอใจของบุคลากรไม่เปลี่ยนแปลง

#### สิ่งที่ต้องพัฒนาในอนาคต

1. เพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ศูนย์ของห้องพิเศษในการบริหารจัดการด้าน admission นอกเวลาราชการในหน่วยงานต่างๆ มากขึ้น
2. ขยายเตียง short stay ในหอผู้ป่วยพิเศษ (คาดการณ์ว่าอาจจะเป็นชั้น 8 ตึก 13 ชั้น)

3. สร้างเครือข่ายการรับผู้ป่วยหนัก หรือเพิ่ม investigation และส่งต่อผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นหรือต้องพักรักษาตัว กลับไปรักษาพยาบาลยังโรงพยาบาลข้างเคียง โดยมีศูนย์บริหารจัดการ

#### ข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการ

1. เติงของโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัดแต่ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การใช้ระบบบริหารจัดการ เติงที่ดีถือเป็นปัจจัยสำคัญ
2. ในอนาคตจะไม่มีการจองคิวในระบบรอเตียง admit เนื่องจากแพทย์ผู้ admit จะทราบล่วงหน้าว่าไม่มีเตียงจึงไม่นัดผู้ป่วย ทั้งนี้จำนวนผู้ป่วยจะไม่ลดลงแต่จะไม่มีชื่อในระบบนัด
3. ในอนาคตกรณีไม่มีเตียงให้ผู้ป่วย อาจติดต่อไปยังโรงพยาบาลขนาดใหญ่เพื่อฝากผู้ป่วย สำหรับการดูแลทางโรงพยาบาลสงขลานครินทร์จะบริหารจัดการเอง
4. ภาควิชาอื่นๆ สามารถนำระบบบริหารจัดการเตียงของภาควิชาอายุรศาสตร์ไปใช้ได้ อาจทำให้ระบบบริหารจัดการเตียงทั้งโรงพยาบาลดีขึ้น

#### ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ผู้นำเสนอ      อาจารย์อานนท์ วิทยานนท์  
เรื่อง              Discharge Planning

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ ได้เริ่มทำ discharge planning อย่างชัดเจน เมื่อเดือนพฤศจิกายน 2550 เริ่มแรกภาควิชาได้เลือกผู้ป่วยที่มีอาการทางระบบประสาท ช่วงระยะเวลาใน 1 ปี การ readmission ที่น้อยกว่า 6 เดือน ดำเนินการโดยกลุ่ม multidisciplinary ซึ่งทำทุกสัปดาห์ ๆ ละ 1 วัน ประกอบด้วย จิตแพทย์ แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช/หอผู้ป่วยจิตเวช/คลินิกจิตเวช

#### เป้าหมาย

- : การ readmission > 6 เดือน = 90%
- : follow up ผู้ป่วยภายใน 6 เดือน หลังจำหน่ายผู้ป่วย = 100%

#### กระบวนการ

- มีการทบทวนการรักษาด้วยยา
  - การรักษาแบบองค์รวมคือ มีการประเมิน การวิเคราะห์ และการวางแผน เช่น การเยี่ยมบ้าน ค่ายครอบครัว กลุ่มจิตบำบัด การดูแลตนเอง การทำงานร่วมกับชุมชน
  - ดำเนินการอย่างครบวงจร ระหว่าง OPD หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มจิตบำบัด และภาควิชา
- ภาควิชาได้จัดตั้งชมรมศรีตรังสายสัมพันธ์ สมาชิกกลุ่มคือ ผู้ป่วยจิตเวช และญาติ ได้มีกิจกรรมกลุ่มทุกเดือน ๆ ละ 1 ครั้ง จากการจัดกิจกรรมกลุ่มดังกล่าว ทำให้เกิดการขยายกลุ่มไปสู่ชุมชนมากมาย เช่น กลุ่มทำข้ามใจดีสัมพันธ์ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชได้เข้าร่วมกิจกรรม เช่น กิจกรรมทาสีบนอุปกรณ์ต่าง ๆ การปลูกต้นไม้ เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์ญาติผู้ป่วยที่ผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทำข้ามใจดีสัมพันธ์

| เรื่อง   | ยังไม่ได้เข้ากลุ่มกิจกรรม  | เข้ากลุ่มกิจกรรม  |
|----------|--|---|
| การกินยา | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา</li> <li>- ผู้ป่วยบอกว่ากินยาแล้วลื่นจุกปาก</li> <li>- ถ้าผู้ป่วยไม่กินยาพอจะทำโทษด้วยการเขียนดี</li> <li>- พ่อต้องดูแลตลอดเวลา</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- กินยาได้เองตามที่หมอสั่ง</li> <li>- และไม่มีผลข้างเคียง</li> <li>- เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมจะรู้สึกดีขึ้น ได้ทำในสิ่งที่ดี ชอบมาก</li> <li>- อยากทำงานเหมือนเพื่อน ๆ</li> <li>- ไม่เป็นภาระของพ่อที่ต้องดูแล</li> <li>- บังคับให้ผู้ป่วยกินยา</li> </ul> |

### ผลลัพธ์

- 13 patients included in 7 months interval
  - 7 readmission : 1 patient f/u 6 months : no readmission
  - 4 readmission : 1 patient f/u 6 months : no readmission
- 2 readmission : 11 patients
  - f/u 6 months : 0/2pt . readmission
  - f/u 5 months : 0/1pt. readmission
  - f/u 4 months : 2/3pts. readmission
  - f/u 3 months : 0/4pts. readmission
  - f/u 2 months : 0/1pt. readmission

### ผลสรุป

- 100% ของผู้ป่วยที่มา follow up
- follow up 6 เดือน : 4/13 : ไม่มี readmission
- readmission นานกว่า 6 เดือน : 4/6 = 66.6% / 90%

จากการดำเนินการทำให้เกิดเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้และขยายไปสู่ชุมชนมากยิ่งขึ้น

### ภาควิชาวิสัญญีวิทยา

นำเสนอโดย รศ.นพ.ธวัช ชาญชฎานนท์

เรื่อง spinal anesthesia

#### หัวข้อการนำเสนอ

- มุมมองเชิงระบบ
- PDCA
- Benchmark
- Sharing

#### Key process

1. การจัดการคุณภาพในภาพรวม
2. Preoperative care
3. Intraoperative care
4. Postanesthetic care
5. Result

## มุมมองเชิงระบบ

- ❖ บริบทของภาควิชา
  - ให้ยาระงับความรู้สึกผู้ป่วยทั้ง GA และ RA ปีละประมาณ 14,000 ราย
  - ดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนทุกระดับอย่างมีมาตรฐาน เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย (anesthesia safety for all)
- ❖ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กลยุทธ์ของคณะ/โรงพยาบาล
  - ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอย่างปลอดภัย
  - นโยบาย patient safety goals เช่น การระบุตัวผู้ป่วย
- ❖ ทำให้ตัวชี้วัดหลักของโรงพยาบาลบรรลุผล
  - ผลการรักษารอคอยกและซับซ้อน
  - Patient safety goal

## PDCA

- ❖ Plan
  - กำหนดภาพความสำเร็จอนาคต ให้ผู้ป่วยปลอดภัย
  - model วิธีทำงาน (preoperative intraoperative and postoperative care)
- ❖ Do
  - การปฏิบัติตามแบบวิธีการ มีการจัดการคุณภาพในภาพรวม preoperative intraoperative and postoperative care
- ❖ Check
  - ประเมินผลวิเคราะห์เปรียบเทียบขั้นตอน ผลลัพธ์ THAI Study ต่างประเทศ
- ❖ Act
  - การปรับปรุงพัฒนา กำหนดกิจกรรมใหม่

## การจัดการคุณภาพในภาพรวม

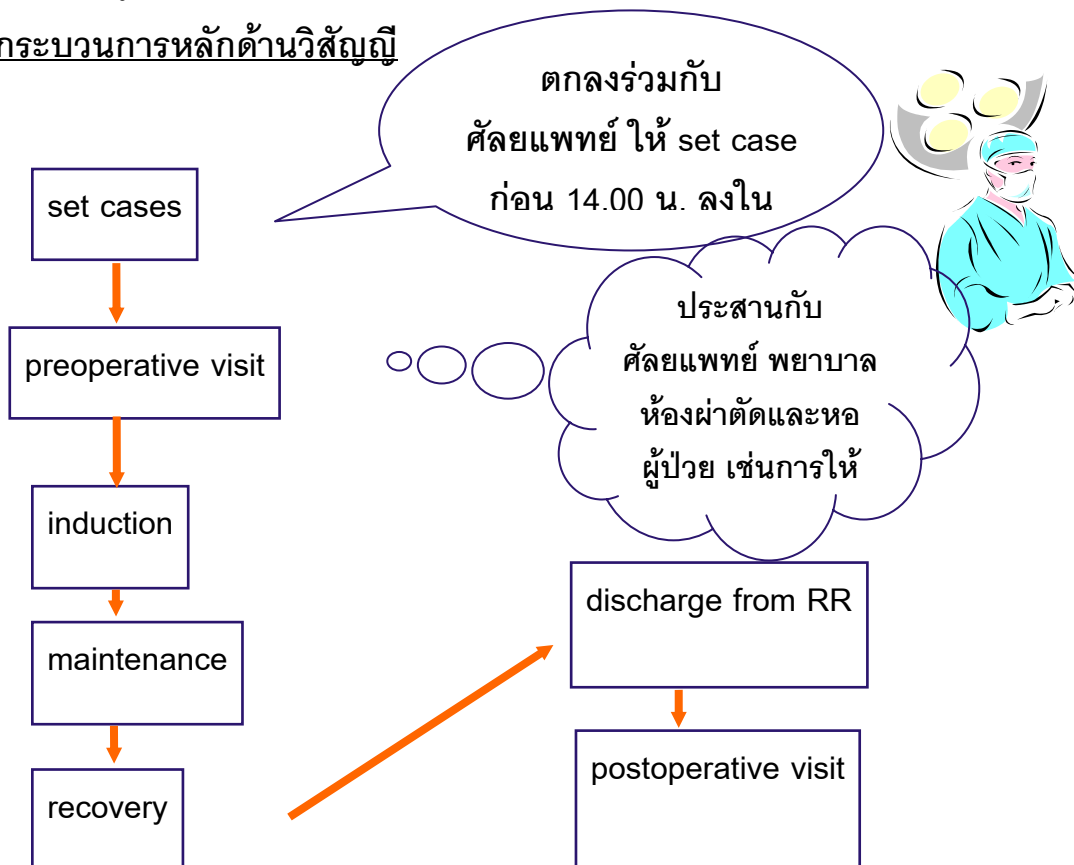
- ❖ มีอุปกรณ์ที่จำเป็น ยา อุปกรณ์อื่นๆ รวมทั้งอุปกรณ์ฉุกเฉินสำหรับช่วยฟื้นคืนชีพพร้อมใช้งานตลอดเวลา
- ❖ มีระบบกำจัดก๊าซส่วนเกินในห้องผ่าตัด
- ❖ การควบคุมเพื่อลดอันตรายจากไฟไหม้หรือการระเบิด มาตรฐานของอุปกรณ์ไฟฟ้า
- ❖ มีระบบการกำจัดทางการแพทย์ที่ได้มาตรฐานทั้งการระบุนิคมของก๊าซ โครงสร้างและการติดตั้ง มีมาตรฐานในการเตรียม เก็บ ระบุนิคมและใช้ก๊าซทางการแพทย์
- ❖ ยาระงับความรู้สึกและวัสดุที่เกี่ยวข้อง
- ❖ เครื่องผสมยาต้องมีอุปกรณ์วิเคราะห์ก๊าซออกซิเจน (oxygen analyzer) พร้อมอุปกรณ์ให้ยาผสมชนิดไอระเหยพร้อมอุปกรณ์ที่ใช้เติม (vaporizer) มีเครื่องช่วยหายใจที่มีสัญญาณเตือนเมื่อความดันของก๊าซที่เข้าเครื่องต่ำ

- ❖ อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพต่างๆ ต้องพร้อมใช้งานตลอดเวลา เช่น เครื่อง defibrillator ยาและอุปกรณ์ฉุกเฉินต่างๆ รวมทั้งเตรียมพร้อมในกรณีใส่ท่อช่วยหายใจยาก
- ❖ มีรถรับเด็กทารกผ่าตัดคลอดพร้อมอุปกรณ์ฉุกเฉิน
- ❖ มีระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยคนหนึ่งสู่ผู้ป่วยอีกคน

**คุณภาพด้านกระบวนการ**

- ❖ การกำหนดลำดับขั้นตอนที่สำคัญ และกิจกรรมด้านการประสานงานในทีมดูแลผู้ป่วยทั้งทีมภายในหน่วยงานและทีมคร่อมสายงาน
- ❖ การตรวจเยี่ยมและประเมินผู้ป่วยที่มารับการระงับความรู้สึกที่มีไข้ผู้ป่วยฉุกเฉินทุกรายก่อนให้ยาระงับความรู้สึก
- ❖ การวางแผนให้ยาระงับความรู้สึก (ร่วมกับผู้ป่วย/ญาติ)
- ❖ การบันทึกข้อมูลและติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดการผ่าตัดทั้งระบบไหลเวียนเลือดและการหายใจ รวมทั้งสังเกตการทำงานของอุปกรณ์ที่ใช้ในการระงับความรู้สึก
- ❖ มีข้อตกลงในวิธีต่างๆ ที่เลือกใช้ ข้อบ่งชี้ในการให้เลือด ให้ยา invasive monitoring
- ❖ การดูแลเรื่องการระงับระงับปวดหลังผ่าตัด

**กระบวนการหลักด้านวิสัญญี**



**Preoperative care (Spinal anesthesia)**

- ❖ Preoperative visit
  - History taking, physical examination and review lab. (minimal preoperative lab.)
  - Problems list

- วางแผนให้ยาระงับความรู้สึก (Plan of anesthesia) รวมทั้ง postoperative pain management ร่วมกับผู้ป่วย/ญาติ
- preoperative advice
- preanesthetic record
- Preanesthetic orders (NPO, premed. Drugs, other labs)

#### Intraoperative care (SA)

- ❖ เตรียมยา resuscitate
  - Ephedrine 6 mg/ml
  - Levophed<sup>R</sup> 5-10 microgram/ml
- ❖ Laryngoscope ไฟสว่าง
- ❖ Endotracheal tube test cuff
- ❖ Preloading fluid
  - crystalloid 15-20 ml/kg
  - colloid 8-10 ml/kg

TURP : 6 ml/kg

- ❖ วัดความดันเลือดทุก 1-2 นาที
- ❖ continuous monitoring : EKG, O<sub>2</sub> saturation, RR
- ❖ Test level ทุก 2 นาที จนกว่ายาจะ fix
- ❖ ให้ยาแก้ไขภาวะแทรกซ้อนทันที
  - Hypotension
  - Bradycardia
  - Nausea/vomiting
  - Shivering
  - etc

#### Patient Monitoring for RA

ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย กำหนดแนวทางการเฝ้าระวังในกรณีให้ยาระงับความรู้สึก เฉพาะส่วนดังต่อไปนี้

1. เฝ้าระวังภาวะของออกซิเจนในร่างกายผู้ป่วย (oxygenation) โดยสังเกตสีผิวหนัง เยื่อเมือกและสีเลือด ต้องมี pulse oximeter เพื่อทราบค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด
2. เฝ้าระวังเรื่องการหายใจ (ventilation) โดยสังเกตการขยายของทรวงอก นับอัตราการหายใจ ฟังเสียงหายใจ
3. เฝ้าระวังระบบไหลเวียนเลือด (circulation) โดยประเมินจังหวะและอัตราการเต้นของหัวใจอย่างต่อเนื่อง วัดความดันเลือดอย่างน้อยทุก 5 นาที ควรมีเครื่องวัดคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (electrocardiogram) เพื่อตรวจสอบการทำงานของหัวใจ
4. ประเมินอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยเป็นระยะๆ

### Postanesthetic CARE

- ❖ If clinically indicated, supplemental oxygen and appropriate monitoring devices should be applied during transport.
- ❖ การส่งข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องให้กับวิสัญญีพยาบาลที่ห้องพักฟื้น
- ❖ Discharge from the RR is the responsibility of the anesthesiologist.

### The Postanesthetic Period

- ❖ Supplemental oxygen and suction must be available for every patient in the PAR room
- ❖ Emergency equipment for resuscitation and life support are available in the RR.
- ❖ The monitoring used in the RR are appropriate to the patient's condition and a full range of monitoring devices are available
- ❖ The use of pulse oximetry in the initial phase of recovery is required
- ❖ An accurate record of the immediate recovery period
  - vital signs together with other aspects of treatment and observation
  - Any complications

### Postanesthesia discharge scoring system

- ❖ Modified Aldrete Scoring System
  - Activity: able to move voluntarily or on command
  - Respiration
  - Circulation
  - Consciousness
  - O<sub>2</sub> saturation (color)

### Postoperative visit/care

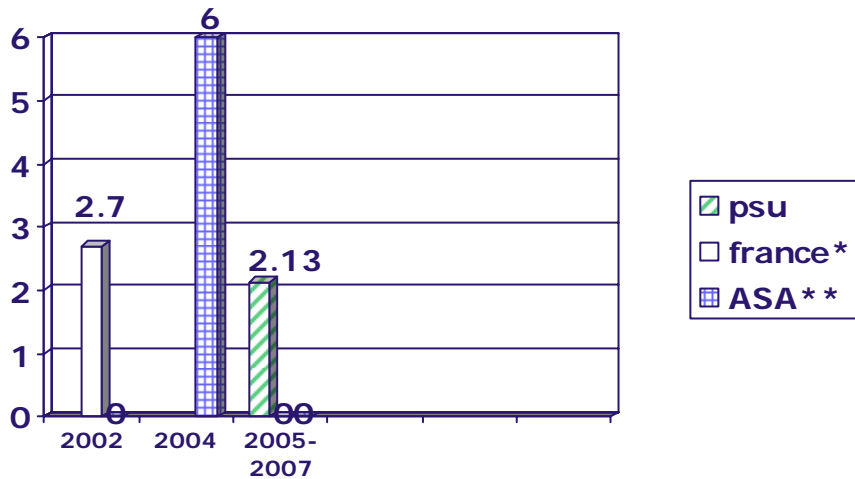
- ❖ Postoperative round
  - ติดตามผลการให้ยาระงับความรู้สึก ภาวะแทรกซ้อน แก้ไข
- ❖ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ❖ Postoperative pain management

### Results

|                             | THAI study*         | 2548        | 2549                        | 2550                      |
|-----------------------------|---------------------|-------------|-----------------------------|---------------------------|
| <b>Total cases</b>          | <b>40271</b>        | <b>3088</b> | <b>3132</b>                 | <b>3132</b>               |
| <b>Cardiac arrest</b>       | <b>No data</b>      | <b>0</b>    | <b>1</b>                    | <b>1</b>                  |
| <b>Total block</b>          | <b>1.49 : 10000</b> | <b>0</b>    | <b>0</b>                    | <b>0</b>                  |
| <b>hypoxia</b>              | <b>6.46 : 10000</b> | <b>0</b>    | <b>(1)<br/>3.19 : 10000</b> | <b>(1)<br/>3.19:10000</b> |
| <b>Pulmonary aspiration</b> | <b>0.25 : 10000</b> | <b>0</b>    | <b>0</b>                    | <b>0</b>                  |



## Cardiac arrest



\* Yves Auroy, et al. Major complications of regional anesthesia in France. *Anesthesiology*, Vol. 97, no 5, Nov 2002

\*\* Lorri A. Lee. Complications associated with regional anesthesia, *Review of ASA closed claims 2004*

## Sharing

- ❖ Guideline Spinal anesthesia for cesarean section in 6<sup>th</sup> HA national forum

### ข้อเสนอแนะ

- Best Practice ของวิสัญญีฯ ที่มอ. น่าจะมีอะไรที่แตกต่างจากที่อื่น ควรทำแบบ Over standard จากที่อื่นๆ
- วิสัญญีฯ มอ. มีระบบการบริหารจัดการและแบบฟอร์ม guideline ที่แตกต่างจากราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ทำให้สามารถเกิดผลลัพธ์ในทางที่ได้ผล มากขึ้น
- เนื่องจากข้อมูลที่น่าเสนอจะกล่าวถึงการจัดการในเชิงระบบ ซึ่งยังขาดรายละเอียดในเรื่องของ guideline

## ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน

นำเสนอโดย นพ.ธีรภาพ ลีวัลักษณ์

เรื่อง การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

### หลักการและเหตุผล

เนื่องจากปัจจุบันอุบัติการณ์ของโรคหลอดเลือดสมองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งในระดับประเทศและในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.มอ. ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนค่อนข้างสูง ปัญหาต่าง ๆ ไม่อาจดูแลเพียงคนไข้เพียงคนเดียวต้องดูแลอย่างครอบคลุมทั้งคนดูแลและครอบครัว และต้องดูแลทั้งด้าน กาย จิต สังคม ดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการ

## การวิเคราะห์จุดอ่อน-จุดแข็ง (SWOT Analysis)

**จุดเด่น** พยาบาลที่เข้าถึงชุมชน มีทักษะการเยี่ยมบ้าน

**จุดอ่อน** ความรู้ทักษะน้อยในการดูแลผู้ป่วย CVA การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังอ่อน ภาระ  
รับผิดชอบมากของเจ้าหน้าที่

**โอกาส** การทำงานแบบ multidisciplinary หรือ interdisciplinary มีสูง ชุมชนเห็นความสำคัญ สังคมไทย  
มีจิตอาสา

**ภาวะคุกคาม** ภาวะเศรษฐกิจที่แย่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วย

### วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน

1. ลด - อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพิ่ม - คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ
3. เผยแพร่- ความรู้สู่การปฏิบัติ

### ผลการดำเนินงาน

#### Plan

Case manager ทีมร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ป่วยตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาล ร่วมหาแนวทางการ  
ดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล จากนั้นส่งต่อผู้ป่วยให้กับทีม PCU → ทีม PCU ติดตามเยี่ยมบ้าน  
ประเมินผู้ป่วย และจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ปัญหาที่หลีกเลี่ยงการแก้ไขหรือไม่สามารถแก้ไขได้ จะ  
นำเข้าที่ประชุมปรึกษาหาแนวทางแก้ไขปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ ร่วมทบทวนและประเมินการดูแล → ลง  
เยี่ยมบ้าน เพื่อแก้ไขปัญหา ดูแลผู้ป่วยอีกครั้ง จากนั้นทบทวนและพัฒนาสิ่งที่ได้จากการปฏิบัติ ผลจากการ  
ปฏิบัติ ดังนี้

#### Do

1. สร้างแบบประเมินการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย CVA
2. สร้างมาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้ป่วย CVA
3. พบปัญหาครอบครัวไม่เอาใจใส่
4. พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
5. ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มหรือรายบุคคลเพื่อเรียนรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล
6. พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

#### Check

- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีจำนวนเพิ่มขึ้น(ปัจจุบัน 25 คน)
- โรคแทรกซ้อนลดลง
  - o แผลกดทับ
  - o การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
  - o ข้อติดแข็ง

- ปอดอักเสบ
- การกลับมาอนโรงพยาบาลใน 1 เดือน
- เกิดชมรม อ.ส.มอ. ร่วมใจ มีการฝึกอบรมอาสาสมัครการดูแลผู้ป่วย
- ส่งเสริมคนดี
- ขยายผลสู่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้
- ได้รับรางวัล BUPA award

#### Act

การติดตามระบบและการรองรับผู้ป่วยโรคเลือดสมองที่เพิ่มขึ้น

1. ขยายผลไปสู่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง
2. จัดอบรมให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน อาสาสมัครหมู่บ้าน
3. พัฒนาระบบการส่งต่อและดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

#### ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

ผู้นำเสนอ      พญ.กรัณท์รัตน์ สุนทรพันธ์

เรื่อง              การใช้ห้องผ่าตัดอย่างมีประสิทธิภาพ

**บริบท** ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยาเป็นภาควิชาที่มีการทำหัตถการในห้องผ่าตัดจำนวนมาก อยู่ในโรงพยาบาลที่เป็นรพ.ตติยภูมิซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยโรคซับซ้อน จำนวนผู้ป่วยมารับบริการมากขึ้นทุกปี และมีการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาแพทย์ แพทย์ใช้ทุน/แพทย์ประจำบ้าน ในขณะที่ห้องผ่าตัดมีจำนวนจำกัด เดิม การทำหัตถการทุกชนิดต้องทำในห้องผ่าตัด รวมถึงการขูดมดลูก ทำให้ผู้ป่วยต้องรอผ่าตัดนาน จึงได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ โดยเฉพาะหัตถการเล็กๆ ที่ไม่ต้องการการระงับความรู้สึกมาก **ขั้นตอนการปรับเปลี่ยน** เป็นลำดับดังนี้

| หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง | เดิม        | ปรับ 1   | ปรับ 2  |
|-----------------------|-------------|--|---|
| คลินิกผู้ป่วยนอก      | Admit       | Pre op lab.<br>นัดฟังผลเลือด<br>นัดมาวันผ่าตัด | Pre op lab.<br>นัดมาวันผ่าตัด   |
| หอผู้ป่วย             | Pre op lab. |  | <b>Day Surgical Care Unit:</b><br>Pre op evaluation, คู่มือ Lab<br>Pre op counseling<br>ร่วมกับคลินิกผู้ป่วยนอกตามผู้ป่วยหากมี<br>ปัญหา |
| ห้องผ่าตัด            | Operation   | แพทย์คู่มือ Lab<br>Operation                   | Operation   |

|                  |              |           |           |
|------------------|--------------|-----------|-----------|
|                  |              | นัดติดตาม | นัดติดตาม |
| หอผู้ป่วย        | Post op care |           |           |
| คลินิกผู้ป่วยนอก | Follow up    | Follow up | Follow up |

### ผลการปรับครั้งที่ 1

ข้อดี : ลดวันนอนโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่าย ลดงานเจ้าหน้าที่ รับผู้ป่วยหนักได้มากขึ้น

ข้อเสีย : ผลเลือดผิดปกติ เลื่อนผ่าตัดมาก เสียลำดับการผ่าตัด แพทย์ใช้เวลานานในการอธิบาย

### ปรับครั้งที่ 2 ได้จัดตั้งหน่วยดูแลผู้ป่วยทำหัตถการ ที่ไม่ต้องนอน โรงพยาบาล

#### ผลการปรับครั้งที่ 2

ข้อดี : ลดการเลื่อนผ่าตัดลง แต่ยังสูงอยู่ ลดค่าใช้จ่าย

ข้อเสีย : การเลื่อนผ่าตัดทำได้ยาก ยุ่งยากในการติดต่อแพทย์เจ้าของไข้

**ปรับครั้งที่ 3** คลินิกผู้ป่วยนอกประสานกัน เป็นผู้ผลเลือด และตามแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อผู้ป่วยต้องการเลื่อนผ่าตัดและสนับสนุนให้มีการทำ Endometrial biopsy ที่คลินิกผู้ป่วยนอกแทนการขุดมดลูกในห้องผ่าตัด โดยมีงานวิจัยแพทย์ใช้ทุน ตีพิมพ์ 1 เรื่องในวารสารนานาชาติ

Tansathit T, Chicchareon S, Tocharoenvanich S, Dechsukhum C.

Diagnostic valuation of Karman endometrial aspiration in patients with abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynecol Res 2005;31:480-5.

#### ผลการปรับครั้งที่ 3

ลดการเลื่อนผ่าตัด ผู้ป่วยหนักได้ทำหัตถการเร็วขึ้น จำนวนเพิ่มขึ้น

ยังมีผู้ป่วยไม่มาตามนัด ทำให้เสียลำดับผ่าตัด จำนวนไม่มาก

**ปรับครั้งที่ 4** คลินิกผู้ป่วยนอกโทรยืนยันกับผู้ป่วยก่อนวันผ่าตัด และมีการทำ endometrial biopsy และ Manual vacuum aspiration ที่คลินิกผู้ป่วยนอกมากขึ้น

| หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  | ปรับ 3                                    | ปรับ 4                                     |  |
|------------------------|---|--|--|
| คลินิกผู้ป่วยนอก       | Pre op lab.<br>นัดมาวันผ่าตัด<br>คูผล Lab | Pre op lab.<br>คูผลเลือด<br>นัดมาวันผ่าตัด | Endometrial biopsy<br>Manual vacuum aspiration |
| Day Surgical Care Unit | Pre op evaluation<br>Pre op counseling    | Pre op evaluation<br>Pre op counseling     | -  |
| ห้องผ่าตัด             | Operation<br>นัดติดตาม                    | Operation<br>นัดติดตาม                     | -  |
| คลินิกผู้ป่วยนอก       | Follow up                                 | Follow up                                  | Follow up                                      |

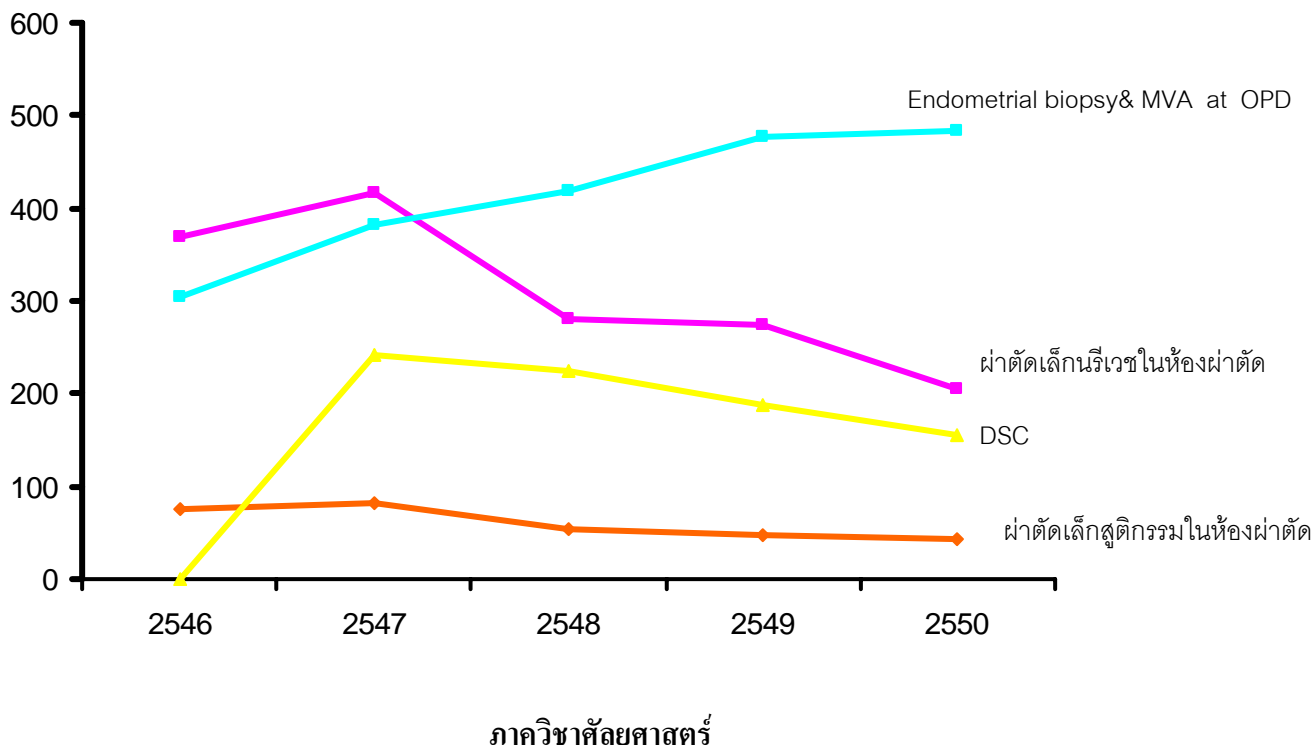
### ผลที่ได้จากการพัฒนา

- การบริการรวดเร็วขึ้น
- ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องผ่าตัดได้คิวเร็วขึ้น
- ใช้ห้องผ่าตัดคุ้มค่าขึ้น
- งานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารนานาชาติ

### หน่วยงานอื่น ๆ นำไปใช้

- ร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยจัดอบรมแพทย์ทั่วไปเรื่อง MVA
- จัดในการสอน Intensive course ของ Extern

### สถิติการผ่าตัดของภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา



นำเสนอโดย ศ.นพ. สงวนสิน รัตนเลิศ

เรื่อง AAR ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน (เริ่มตั้งแต่ กรกฎาคม 2549 – กันยายน 2550)

การทำ Trauma round ร่วมกัน ประกอบไปด้วย แพทย์ศัลยกรรมประสาท แพทย์ศัลยกรรมอุ้งเชิงกราน แพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ แพทย์เวชกรรมฟื้นฟูสภาพ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ พยาบาลเจ้าของไข้ นักเทคนิคกายภาพและกิจกรรมบำบัด ผู้ป่วยที่เข้าร่วมเป็นผู้ป่วย multiple injury ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ 6 กรกฎาคม 2549 ถึงปัจจุบัน โดย round ในวันอังคาร ครั้งละ 30 – 45 นาที ช่วงเวลา 12.30-13.00 หรือ 13.15 น. ในการ round ใช้ 3C เป็นหลัก โดยมีพยาบาลเจ้าของไข้ เป็นผู้นำ round ตั้งแต่ กรกฎาคม 2549 – กันยายน 2550 โดยมี Case Conference จำนวน 5 ครั้ง และ trauma round จำนวน 55 ครั้ง มีผู้ป่วยที่เข้าร่วม 155 ราย มีการเรียนรู้เกิดขึ้นในการ round ดังนี้

1. มีการส่ง CT ใน Multiple trauma มากขึ้น บางครั้งต้อง CT เกือบทุกวันในช่วงเวลา 2-3 วันแรก เพราะ CT ทำให้เห็น Lesion ได้ชัดเจน บอกถึงอวัยวะส่วนที่บาดเจ็บได้ดีกว่า โดยเฉพาะ CT chest บอกถึง cardiac injury , chest injury ซึ่งการตรวจร่างกายและ Plain filmธรรมดา อาจไม่เพียงพอสำหรับ investigate
2. ผู้ป่วยที่ complete cord หรือผู้ป่วยที่ต้องเป็นผู้พิการ (paraplegia) แน่นนอน ควรจะประสานงานหน่วยผู้พิการเพื่อขึ้นทะเบียนได้เลย
3. ได้แนวคิดประดิษฐ์อุปกรณ์ชั่วคราวเพื่อป้องกัน foot drop เพื่อให้ผู้ป่วย exercise เองได้
4. liver injury สามารถ ambulate ซึ่งขึ้นอยู่กับ grade และปัจจัยอื่นๆ grade I , II สามารถ ambulate ได้ grade III , IV ให้ bed rest ในระยะแรกก่อน grade V ให้ absolute bed rest
5. Aortic injury ห้ามเคาะปอด
6. การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติในการจัดหาอุปกรณ์สำหรับดูแลที่บ้าน ซึ่งพยาบาลสามารถนำมาทำเป็นรายการอุปกรณ์ โดยอาจตรวจสอบราคาให้กับญาติด้วย เพื่อหาราคา / อุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและญาติ
7. น่าจะนำเหตุการณ์ผู้ป่วยที่มี severe pelvic fracture และเกิด Infection ตรง pin ที่ยึดกระดูกไว้ในการ pin infection from colostomy มาเขียนบทความหรือจัดทำมาตรฐานอุปกรณ์ทำแผลหรือมาตรฐานการพยาบาลเพื่อรายงานเหตุการณ์และหาแนวทางป้องกัน infection กรณีต่อไป (ในทางปฏิบัติได้ประสานกับ colostomy team เพื่อร่วมดูแล พยาบาลหอผู้ป่วยเฝ้าระวังในผู้ป่วยบางรายต่อมาซึ่งไม่เกิดการติดเชื้อ โดยทำแผลบ่อย และใช้พลาสติกได้ปิดรอบ pin tract กับอุจจาระเปื้อน)
8. การประเมิน PTSD → อาจนำเครื่องมือเหตุการณ์สึนามิมาปรับใช้
9. prophylaxis DVT ใน case long term risk ส่วนใหญ่ให้ประมาณ 6 อาทิตย์
10. จัดทำแนวทางการส่งปรึกษาเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุ
11. ถ้า Endotracheal Tube ในผู้ใหญ่ต่ำกว่า 20 ให้ notify แพทย์

### ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

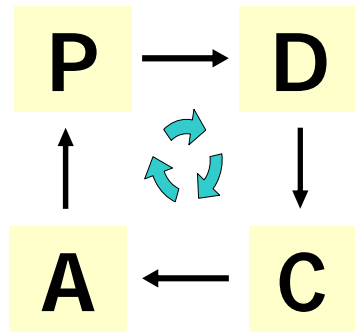
นำเสนอโดย พญ. พรพิมล พงษ์ประเสริฐ

เรื่อง การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดา / มารดา / ผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก

เป้าหมาย PCT กุมารเวชศาสตร์ : ให้การบริการแบบองค์รวม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วย อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ รวดเร็ว คุ่มค่า ประทับใจ

บริบท : ผู้ป่วยแรกเกิด - 15 ปี (ผู้ป่วยใน 129 เตียง คลินิกเด็ก คลินิกเฉพาะทาง )

NICU : ได้รับประกาศเกียรติคุณได้คะแนนสูงสุดด้าน “การสื่อสารที่ดีที่สุด” จากผลการประเมินความพึงพอใจผู้ป่วยใน ครั้งที่ 2/2546 ให้ไว้ ณ วันที่ 26 มกราคม 2547



## KM & KS

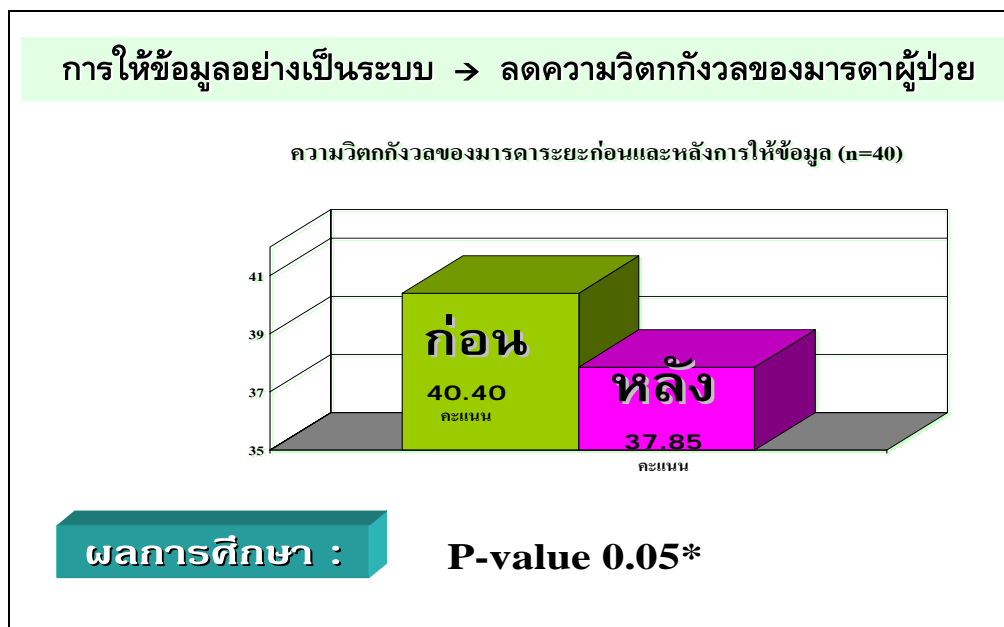
R ---> R

การพัฒนาคุณภาพงานโดยการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยเด็ก (PICU) โดย พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และ วิไล ตั้งสถิตพร

การวิจัยกึ่งทดลอง ผู้ป่วย 40 คน

ระยะเวลาศึกษา ธ.ค. 2547 – ก.พ. 2548

เครื่องมือ แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วยแบบวัดความวิตกกังวล\* ของ Spielberger (ผลการทดสอบ ความเชื่อมั่น = 0.83) \* State Trait Anxiety Inventory



ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดย จริญญา สายวารี และวันดี ชูชาติ

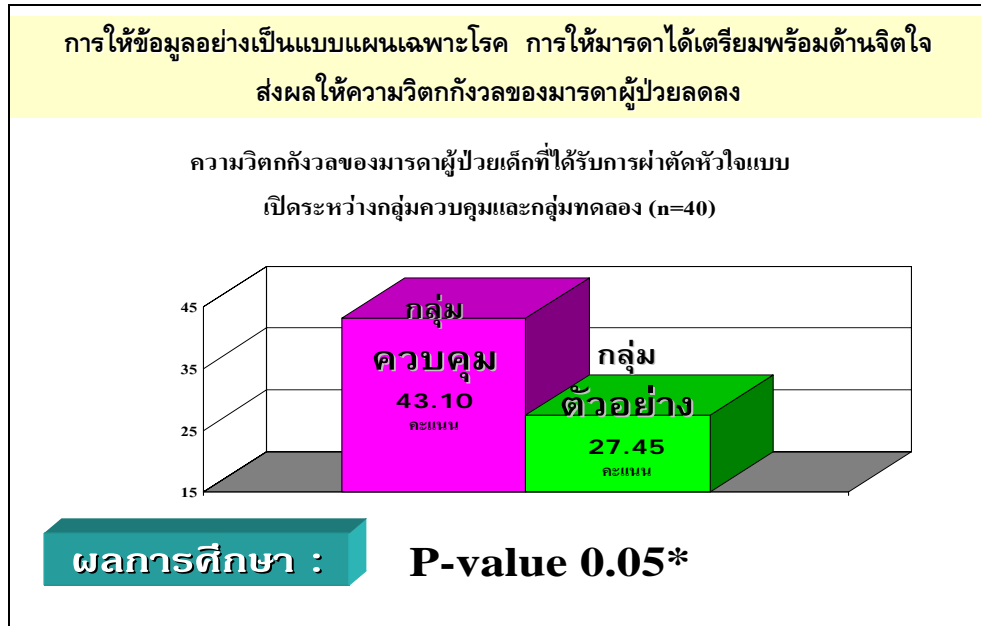
การวิจัยกึ่งทดลอง ผู้ป่วย 40 คน

ระยะเวลาศึกษา ต.ค. 2548 – เม.ย. 2549

เครื่องมือ

- แบบบันทึกการให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย
- แบบวัดความวิตกกังวล\* ของ Spielberger (ผลการทดสอบ ความเชื่อมั่น = 0.86)
- เอกสารแผ่นพับ

\* State Trait Anxiety Inventory



### PCT กุมารเวชศาสตร์

Knowledge Sharing Day ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการให้ข้อมูลร่วมกับหอผู้ป่วยเด็กทั้ง 5 (เด็ก 1, เด็ก 2, พิเศษเด็ก, PICU, NICU)

### NICU : แนวปฏิบัติในการให้ข้อมูล

1. บิดา-มารดา/ญาติของทารกแรกเกิดทุกรายต้องได้รับข้อมูลจากพยาบาลเจ้าของไข้ แพทย์ ใช้นุ้ และอาจารย์
2. บิดา-มารดา/ญาติต้องได้รับข้อมูลทุกครั้งที่มาเยี่ยมทารก
3. ให้ข้อมูลควรเริ่มจากอาการที่ดีก่อน ต้องไม่ให้ความหวังที่เกินจริงอย่างชัดเจนใช้ภาษาต่างๆ
4. ตรวจสอบความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ได้ซักถาม และระบายความรู้สึก
5. ติดป้ายชื่อพร้อมภาพของพยาบาลเจ้าของ case ที่เตียงของทารกทุกเวร เพื่อความสะดวกในการติดต่อสอบถามจากบิดามารดาและญาติ
6. บันทึกการให้ข้อมูลแบบบันทึก และในคอมพิวเตอร์เพื่อส่งต่อข้อมูลต่างๆ
7. เน้นส่งเสริมความผูกพันระหว่างครอบครัวและทารก
8. แจกเอกสารแผ่นพับ คำแนะนำสำหรับบิดามารดาและญาติของทารกที่เข้ารับการรักษาใน



หออภิบาลทารกแรกเกิด

9.จัดบอร์ดความรู้เกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิด

#### KM-KS การให้ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก พ.ศ. 2549

- แนวปฏิบัติในการให้ข้อมูล
- ประชุมบุคลากร เพื่อระดมความคิดหาแนวทางปฏิบัติ
- กำหนดแนวทางข้อมูล
- นำแนวทางไปปฏิบัติให้เหมาะสมกับหอผู้ป่วย

#### หลักการให้ข้อมูล

- เป็นระบบมีแบบแผน ตามระยะของการอยู่รพ.
- ไม่ซ้ำซ้อน แพทย์ ----> อาการเฉพาะโรคของผู้ป่วย  
พยาบาล----> อาการ + คำแนะนำทั่วไป  
เภสัช ----> ยา
- ต่อเนื่อง ----> ตั้งแต่ OPD ----> Ward ----> D/C ----> FU  
สามารถโทรกลับมาสอบถามอาการได้
- ครอบคลุม ----> แบบบันทึก ลงลายมือเป็นลายลักษณ์อักษร

#### สื่อการให้ข้อมูล

- วาจา พร้อมการสาธิต
- แผ่นพับ
- สื่อคอมพิวเตอร์

#### โอกาสพัฒนา

- การให้ข้อมูลเชิงรุก ญาติที่เฝ้า/โทรแจ้งที่บ้าน
- การปรับปรุงความครอบคลุมการให้ข้อมูล ใช้แบบบันทึกการส่งต่อ
- การปรับปรุงวิธีการ สื่อการให้ข้อมูล (IT:CAI VCD เอกสาร...ประชุมญาติ )
- การให้ข้อมูลเฉพาะโรค : รายกลุ่ม (ค่ายเด็กอ้วน 2551 ครั้งที่7)
- การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ระยะสุดท้าย