

## สรุปประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ Re - Accreditation ครั้งที่ 4

วันที่ 25 - 26 มกราคม 2561

วันที่ 25 มกราคม 2561

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
Opening Meeting & Hospital presentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเยี่ยมชมสำรวจจะประเมินภาพรวมของ PCT, ENV. การประเมินหน่วยงานจะเน้นการดูแลที่ครอบคลุมทุกองค์ประกอบการทำงานที่สอดคล้องกันทั้งระบบ (Systematic Control Bundle care ) เช่น การ Identify , Early warning sign และการใช้ข้อมูลตัวชี้วัดต่างๆมาต่อยอดการพัฒนา</li> <li>- การวางแผนยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ควรมีการกำหนดระยะเวลาที่คาดว่าจะบรรลุตามวิสัยทัศน์ที่วางไว้</li> <li>- ประเด็นความก้าวหน้าของการพัฒนาที่ ผอ. เน้นมีทั้งหมด 4 เรื่อง และยังเป็นสิ่งที่ต้องพัฒนาต่อ               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การลดความแออัด พัฒนา Smart OPD สิ่งที่ทำหายคือการทำให้บุคลากรยอมรับการใช้ระบบ Electronic</li> <li>2. การบริหารการเงินการคลัง ทำได้ดีแล้วแต่ยังต้องหา Intervention ใหม่ๆเพื่อความคงอยู่</li> <li>3. Smart Hospital</li> <li>4. HR</li> </ol> <p>ประเด็นที่ ผอ.ตอบไม่พบในการตอบแบบประเมิน SAR ซึ่ง Model ความคิดนี้เป็นประโยชน์ให้กับรพ.อื่นๆในการพัฒนา เป็นการยกระดับ Volume care กลายเป็น value care ได้อีกด้วย</p> </li> </ul>
อ.ปริญญา สันติชาติงาม งานอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน	<p><u>กระบวนการดูแลผู้ป่วย</u> การดูแลผู้ป่วย Pre hospital care, การคัดกรอง, กระบวนการดูแลผู้ป่วยในห้อง Observe และความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การทบทวน case revisit ,ความแตกต่างของการให้ IV ในผู้ป่วย Ac. diarrhea แต่ละคน</p> <p><u>ความเสี่ยง</u> การทบทวนความเสี่ยง ,MM conference ควรมีทีมอื่นเข้าร่วม ทบทวนแล้วควรเน้นการแก้ไขระบบ มอบหมายผู้รับผิดชอบ ผู้ติดตามกำกับ และมีการประเมินผล</p> <p><u>ระบบยา</u> HAD ไม่ควรมีหลายรายการ ต้องคำนึงถึงการเข้าถึงยา / การประกันเวลาในการเบิกจ่ายยา</p> <p><u>เครื่องมือ</u> ถ้าระบบดีทุกหน่วยงานต้องทำเหมือนกัน เช่น ระบบการตรวจสอบเครื่อง Defib. ถ้าหน่วยงานอื่นยืมไปใช้ต้องมีการตรวจสอบได้เหมือนที่ ER ปฏิบัติ</p> <p><u>HR/อัตรากำลัง</u> การจัดอัตรากำลังในแต่ละช่วงเวลา ควรคำนึงถึง อายุ ,ความชำนาญ และความซับซ้อนของผู้ป่วยแต่ละ case</p> <p>ควรมีแนวทางการประเมินผู้ที่มาปฏิบัติงานที่ ER เช่น Intern เวิร์ดก และมีการทบทวนข้อมูลบริการช่วงที่ไม่มี EP.</p>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p><u>เวชระเบียน</u> จากแบบฟอร์ม OPD ของ ER ชวนคิดต่อถึงการบันทึก Progress note เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลให้ทีมแต่ละจุดที่ผู้ป่วยไปตรวจจนจบกระบวนการตรวจรักษา เพราะการประเมินครั้งแรก คล้าย Provisional Diag แต่ไม่ใช่ Definite Diag</p>
OR & Anesth	<p><u>เครื่องมือ</u> ทบทวนอุบัติการณ์ความไม่พร้อมใช้ ครอบคลุมถึงเครื่องมือที่ยืมจากบริษัท เพื่อป้องกันการการเลื่อนผ่าตัด และต้องมีการตรวจสอบมาตรฐานการ Sterile , การอบนึ่ง Sterile ของตามหลัก IC หากมีการกระจายหลายที่ต้องมั่นใจว่าได้มาตรฐาน , ระบบ FIFO ห้องเก็บเครื่องมือ และระบบการ Reuse อุปกรณ์</p> <p><u>ความเสี่ยง</u> ระบบ Sign in , Time out และการ Mark site</p> <p>การประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยในแต่ละวันและควรทบทวน Risk โดยใช้เครื่องมือเชิงรุก ENV. การตรวจสอบระบบ Gas , ความชื้น และแรงดันในห้องผ่าตัด ทำตอนไหน ความถี่ในการตรวจสอบ</p> <p><u>ระบบยา</u> HAD ทบทวนระบบการเข้าถึงและความถูกต้องของยา HAD ที่มีแบ่งใช้ อยากรู้ให้เภสัชกร มีบทบาทในวิสัยทัศน์เหมือน ward</p> <p><u>ระบบงาน</u> การ set ผ่าตัดในแต่ละวันควร Balance เพื่อให้เกิดคุณภาพ ควรมีการวิเคราะห์ DOWNTIME เพื่อหา waste ทบทวน case ที่ตกกระดานมากที่สุด ว่า เป็น case อะไร มีสาเหตุจากอะไร</p>
ICU ศัลยกรรม	<p><u>กระบวนการดูแลผู้ป่วย</u> ศัลยกรรมควรมี Fast Tract Sepsis</p> <p>ควรมีแนวทาง / เกณฑ์ ในการรายงาน Staff</p> <p><u>ระบบยา</u> HAD ความรู้ในการบริหารยาและการ Monitor</p> <p>การสั่งยาให้ปลอดภัย ควรมี Protocol ที่เหมือนกันทั้ง รพ.</p> <p>ควรมี ระบบการป้องกัน AME.</p> <p>Drug interaction มีใหม่ ป้องกันอย่างไร</p> <p><u>ความเสี่ยง</u> ET- tube เลื่อนหลุด ควรทบทวนอุบัติการณ์ การที่ tube มองได้ 2 แฉก หลุดแล้วต้องใส่ใหม่ มองในแง่การ Prevention แต่หากหลุดแล้วไม่ต้องใส่ใหม่ มองเรื่องการ Wean การประเมิน weaning ควรทำร่วมกัน แพทย์และพยาบาลควรใช้ข้อมูลร่วมกัน</p> <p>การประเมิน wean อาจใช้เครื่องมือช่วย เช่น ใช้หลักการ Visual management</p>
ศัลยกรรมอุบัติเหตุ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบ Alert critical lab ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ การให้ Antibiotic ให้เมื่อไหร่ ให้หลังได้ผล Culture มีการปรับอย่างไร เหมาะสมไหม</li> <li>- Fast tract ของ Trauma เป็นเรื่องเด่น แต่ ตัวชี้วัดยังไม่สะท้อนคุณภาพ ควรทบทวนและพัฒนาต่อยอด</li> <li>- การดูแลผู้ป่วย เจ้าของเคส ควรรู้ว่า เคสนั้นมีปัญหาอะไร ต้องเฝ้าระวังอะไร การบันทึกทางการพยาบาลควรสอดคล้องกับอาการทาง Clinical เช่น Chart นี้ เขียนว่า</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน แต่ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้ว อย่าง VAP หมดไปหรือยัง เคส End of life การดูแลครอบครัวครอบคลุม Spiritual ด้วย ควรนำ C3THER +HELP มาใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Case trauma ทั้งหลาย ถ้า Severe Multiple injury ต้องพบใคร เคสนี้ควรเจอ แพทย์ศัลยกรรมตอนไหน ถ้าหมอยู่ใน OR มี Second loop ใหม่ ควร Design ระบบให้ aware ในส่วนนี้</li> <li>- ควรทบทวนและ Re- design ระบบการดูแลผู้ป่วย เช่น Primary &amp; Secondary survey ไม่ควรเป็นคนเดียวกันเป็นผู้ประเมิน</li> <li>- แบบ Trauma check list ต้องรู้เป้าหมายว่าต้องการอะไรจากการใช้ เป็น Critical care Re- concern ถ้าแค่ ✓ โดยเฉพาะ ✓ ล่วงหน้า 90 % ไม่มีประโยชน์ ต้องพิจารณาการประเมินตามแบบที่ใช้ด้วย เช่น คนใช้ใส่ ET tube แล้ว ระบบการหายใจ ไม่มีปัญหา ใช่หรือไม่ หากเปลี่ยนมาใช้ MEWS กำหนด MEWS score 3 ขึ้นไป แพทย์จะต้องมี Intervention, MEWS score 7 แพทย์ต้องมาทันทีเป็นต้น จะชัดเจนกว่าไหม</li> <li>- Early warning sign เวลารายงานแพทย์จะรายงานอย่างไรให้แพทย์รู้ว่าไม่ไหวแล้ว จะเอา EWS อันไหนมาใช้ ขึ้นกับอะไรบ้าง ถ้าบอกว่า RR &gt; 20 รายงาน RR 23 จะรายงานไหม Standardize เป็นอย่างไร</li> <li>- ทักษะต่างๆของพยาบาลสำคัญ เป็น Variation /ความแปรปรวนในกระบวนการดูแล หากมีความแปรปรวน ส่งผลถึงการดูแล ดังนั้น ควรทบทวน กระบวนการดูแล ควรใช้ ระบบการดูแลที่สื่อสารแล้วเกิดเข้าใจตรงกัน เช่น ประเมินโดยใช้ MEWS score รายงานเป็นตัวเลข กำหนดแนวทางให้ชัด</li> <li>- ทบทวนการใช้ยาซ้ำซ้อนในผู้ป่วยที่เข้าหลายตัว</li> </ul>
<b>ศัลยกรรมหญิง</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบการดูแลผู้ป่วย CA การได้รู้ผล Patho ใน 7 วันการรอม่าพึงผลตามนัด F/U บางครั้งเข้าไป อาจใช้วิธีอื่นช่วยในการปรับกระบวนการ เช่น ใช้ Social media มาช่วย เช่น ระบบ Line /โทร.แจ้ง+ ปรับแผนการดูแลควรมี Early screening ในเรื่อง CA และเชื่อมโยง ส่งเสริมลงไปถึง PCU</li> <li>- ผู้ป่วยนอนนาน/ เรื้อรัง ควรมีการประเมิน Nutrition + แก้ไข</li> <li>- แพทย์ควรเขียน Progress note ให้มากขึ้นเพื่อสื่อสารการประเมินและแผนการรักษา ให้ทีมทราบ และผู้ที่เกี่ยวข้องที่บันทึกเวชระเบียนควรใช้ข้อมูลร่วมกันในการวางแผนการดูแล</li> <li>- ยาเคมีบำบัด มั่นใจได้อย่างไรว่าเตรียมมาถูกต้อง มีการตรวจสอบหรือไม่ อยากรู้เคยมี AME ไหม</li> <li>- Dose ยาเคมีบำบัดให้ต่างกันหาก Aimในการรักษาต่างกัน ผู้บริหารยาควรทราบ</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยาที่มีผลต่อระบบต่างๆของคนไข้ เช่น Colistin, warfarin ควรมี เกสซ์กรมีการร่วมดูแล</li> <li>- ยา Stock ไม่ควรมีมากชนิด ควรคำนึงถึงการเข้าถึงยา ควรมีการประกันเวลา ในการบริหารยา ตั้งแต่ การเบิกยา จนถึงให้ยาคนไข้ เพื่อลดยา Stock ward</li> </ul>
<b>ศัลยกรรมกระดูก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเตรียมcase Elective ที่มีโรคร่วม การจัดระบบบริการเตรียมผ่าตัด เช่น การให้เอกสารแนะนำการปฏิบัติตัว ควรปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ</li> <li>- การบริหารยา แพทย์ควรมีส่วนร่วม โดยเฉพาะ Med reconcile ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่สำคัญคือการที่แพทย์พิจารณาสั่งการใช้ยา ให้เหมาะสมกับอาการคนไข้ ณ ขณะนั้น ไม่ควรใช้คำว่า “ยาเดิมผู้ป่วย” ใน Order อาจกำหนดกลุ่มโรคที่ต้อง Reconcile 100 % เช่น HT</li> <li>- ควรปฏิบัติตามแนวทางควบคุมกำกับ Extern, การ รศส. ตามที่ รพ.กำหนด</li> <li>- แพทย์จะส่งข้อมูลที่เหมาะสม/วางแผนให้พยาบาลทราบอย่างไร วิธีไหน</li> <li>- การบันทึกควรมีการสื่อสารระหว่างวิชาชีพ และใช้ข้อมูลร่วมกัน บันทึกสอดคล้องกัน</li> <li>- Pain management</li> <li>- การบันทึกของ Re-hab กำหนดระยะเวลาใหม่ของแต่ละคน แต่ละคอร์สต้องใช้เวลากี่วัน แต่ละครั้งที่ทำ ใช้เวลาเท่าไร มีการนำ IT เข้ามาช่วยในการบริการหรือไม่อย่างไร</li> <li>- Discharge planning มีไหม อย่างไร ควรวางแผนให้เหมาะสมกับคนไข้แต่ละคน</li> <li>- คลินิก Osteoporosis ที่มี ควรนำผู้ป่วยที่มาผ่าเปลี่ยนข้อ /ผ่าหลัง เข้าด้วยเพื่อเป็นการส่งเสริมป้องกันการ Re- fracture /L-S spond ซ้ำ</li> <li>- ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์คนไข้ เช่น คนไข้อุบัติเหตุ ต้มสุรา ไม่สวมหมวกนิรภัย ส่งต่อข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้องนำไปพัฒนาป้องกัน</li> <li>- การที่เป็น Ward รวมชาย- หญิง มีการจัดบริการเพื่อ Patient safety /พิทักษ์สิทธิคนไข้อย่างไรโดยเฉพาะห้องน้ำ</li> </ul>
<b>PCT ศัลยกรรม</b>	<p><b>ประเด็นที่ PCT ควรทบทวน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คุณภาพการดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมในภาพรวม ของ PCT ศัลยกรรม ประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิผลได้อย่างไร จาก waste , succession rate, Re-operation, Re admit, AE ต่างๆ, เช่น infection, decompressive survival rate, DOT, AdjRW, OR efficiency, Demand site ของผู้ป่วยจาก Patient experience, Operation cost และผลจากการประเมินคุณภาพข้างต้น ควรพัฒนาอย่างไรต่อ เพื่อพัฒนาระบบ เปลี่ยนแปลงระบบ</li> <li>- ความปลอดภัยและความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่ PCT concern คืออะไร มีการพัฒนาอย่างไร ควรนำเสนอด้าน Care process based มากกว่า issue based ควร</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>นำเสนอในภาพ System process control</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ควรทบทวน Care process เช่น Nutritionist ควรทำอะไรในคนไข้บ้าง เพื่อสร้างความมั่นใจในระบบบริการ</li> <li>- ควรนำ OR efficiency มาทบทวนและประเมินวางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง เช่น นำมา Run chart เพื่อให้เห็น Variation การใช้ OR ของแพทย์แต่ละคนดู wasting time</li> <li>- ทุกวิชาชีพควรมีการบูรณาการนำข้อมูลมาใช้เพื่อแก้ปัญหาาร่วมกัน</li> <li>- การเชื่อมโยงใน Med- Surge ในการร่วมดูแล</li> </ul>
PCT Orthopedics	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ความไม่ปลอดภัยของผู้ป่วยที่ PCT ortho concern มีอะไรบ้าง 3 อันดับแรก <ul style="list-style-type: none"> <li>- หากทบทวนกระบวนการดูแล เช่น ใน Elective ควรมองตั้งแต่ระยะผู้ป่วยอยู่บ้าน ก่อนผ่าตัดระหว่างผ่า หลังผ่า ก่อนจำหน่ายและหลังจำหน่าย จะมองเห็นความเสี่ยง/ปัญหาหากมีสิ่งที่แพทย์ Concern สิ่งที่ยาบาล Concern นำมาคุยและบูรณาการร่วมกันพัฒนาต่อ</li> </ul> </li> <li>2. ประสิทธิภาพ ประสิทธิผลของ PCT Ortho มีอะไรบ้าง <p>เช่นการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงหลากหลาย มี re – operation, Complication , AdjRW อย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การมองประสิทธิภาพ รวมถึง wasting time ทำอย่างไรจะให้การผ่าตัดปลอดภัย</li> <li>- การมี คลินิกวิสัญญีที่ OPD มีการคำนึงถึง Patient journey ใหม่ ว่า คนไข้ที่มาหลัง 14.30 น จะมีระบบรองรับอย่างไร</li> </ul> </li> </ol>
NSO (อ.ฉกษณาปัญญาชีวิน)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัด Zoning เกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณวิชาชีพอย่างไร <ul style="list-style-type: none"> <li>○ จะวัดได้อย่างไรว่า Isolation precaution เกี่ยวข้องกับจรรยาบรรณ</li> <li>○ คนไม่จัด Zoning มีจรรยาบรรณต่างกับคนจัด Zoning อย่างไร มีวิธีไหนวัดได้ชัด</li> <li>○ แต่ละหน่วยงานมีการประเมินจรรยาบรรณเหมือนกันหรือไม่ อย่างไร</li> </ul> </li> <li>- อัตราความพึงพอใจเกี่ยวข้องกับการลาออกอย่างไร</li> <li>- กลุ่มการพยาบาลมีเป้าหมายอย่างไรจะไปถึงได้อย่างไร</li> <li>- จากครั้งที่แล้ว มี Recommend ด้านการจัดอัตรากำลัง จากSlide มีแผนอัตรากำลังถึงปี 2560 หลังจากนั้นเป็นอย่างไร <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ความท้าทายด้านแผนการจัดอัตรากำลังคืออะไร</li> </ul> </li> <li>- SIMPLE <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Safe surgery พยาบาล เกี่ยวข้องอย่างไร</li> <li>○ Incident ที่เก็บ มีการวิเคราะห์และบูรณาการอย่างไร</li> <li>○ ทราบเจตนาของ SIMPLE จริงๆหรือไม่ คืออะไร</li> </ul> </li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีแนวทางปฏิบัติตาม SIMPLE แล้วทำไมยังมีอุบัติการณ์ซ้ำๆ เคยวิเคราะห์ Gap หรือไม่ว่ามีตรงไหน แนวทางที่สามารถป้องกัน AE ในบริบทของอยุธยาหรือไม่ เหมาะสมกับการปฏิบัติหรือไม่เปล่า หรือเกิดจากคน เคยวิเคราะห์และปรับแก้ไหมอย่างไร</li> <li>○ ในความคาดหวังของทีมนำทางการพยาบาล อยากเห็นอะไร</li> <li>○ มีแผนที่จะช่วยน้องพยาบาลให้สามารถทำงานเพื่อป้องกัน AE ตาม SIMPLE อย่างไร ทำไงให้เขาทำงานได้ง่ายขึ้น เพราะถ้าแนวทางดี ปฏิบัติตามดี AE ระดับ E ขึ้นไปต้องไม่เกิด</li> <li>- Falling <ul style="list-style-type: none"> <li>○ สถิติยังสูงขึ้นๆ ควรวิเคราะห์แยกว่า เกิดจากอะไร ที่ไหนมากที่สุด แล้ววางแผนแก้ เพื่อป้องกัน</li> <li>○ ถ้าจะใช้ Falling เป็นหลัก ต้องมีการ Monitor ทุกหน่วย และมีการ ทบทวนทุกหน่วย</li> </ul> <p>ถ้ากลุ่มการ Monitor ต่อเนื่องทุกสัปดาห์ อุบัติการณ์น่าจะลดมากกว่านี้</p> </li> <li>- กลุ่มการพยาบาล ควรมอง SIMPLE เป็นภาพใหญ่ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ แล้ว Re- design ระบบ/แผนของกลุ่มการ ในการจัดระบบบริการ ถ้า Context เปลี่ยน แต่กลุ่มการยังจัดระบบการบริการ/มีแผนแบบเดิมๆจะเอื้อต่อการพัฒนา บริการพยาบาลหรือไม่</li> <li>- กรณีผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้เข้า ICU ในบทบาทของทีมนำกลุ่มการพยาบาล มีความคิดเห็นอย่างไร <ul style="list-style-type: none"> <li>○ มีที่ Area ที่ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้เข้า ICU</li> <li>○ ในฐานะผู้บริหารการพยาบาล จะ Monitor กลุ่ม ward เหล่านี้อย่างไร</li> <li>○ ผู้บริหารกลุ่มการพยาบาล Concern ความไม่ปลอดภัย ประเด็นใดบ้าง ในหน่วยงานที่มีผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้เข้า ICU</li> <li>○ กลุ่มการฯมีการประเมินผลหน่วยงานที่มีผู้ป่วยวิกฤต ไม่ได้เข้า ICU ด้านใดบ้าง Monitor อย่างไร ประเมินผลแล้วเป็นอย่างไร นำมาปรับอะไร</li> <li>○ ในฐานะผู้บริหารทางการพยาบาล Monitor อย่างไรในภาพรวม</li> <li>○ จะสร้างความมั่นใจเรื่องความปลอดภัยผู้ป่วยด้านสมรรถนะของพยาบาล อย่างไม่รู้มีแผนพัฒนาอย่างไร หากพยาบาล ward ต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ไม่ได้เข้า ICU อย่างนี้ตลอดไป</li> <li>○ ใน Area เหล่านี้ มีการเก็บอุบัติการณ์ใหม่ มีการวิเคราะห์อย่างไร เช่น ET tube เลื่อนหลุด, Unplanned ICU</li> </ul> </li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ ไม่ว่าจะผู้ป่วยจะอยู่ Area ไหน ต้องได้รับการดูแลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน</li> <li>- <b>กรณีที่มีข้อมูลที่ไม่ safety ต้องมีการ Monitor ของกลุ่มการพยาบาล แต่จากการเยี่ยม ยังไม่เห็น</b></li> <li>- KPI ที่นำเสนอเยอะมาก ควร Select เอาเฉพาะ KPI ที่ Impact สูงๆ/มากๆ แล้วตามรอยไปดูว่าเกิดที่ไหน จะจัดการอย่างไร</li> <li>- ประเด็นการบันทึกทางการพยาบาล <ul style="list-style-type: none"> <li>○ เลือก Focus charting ทำไม่ถึงเลือก แล้วบรรลุเป้าหมายหรือยัง วิเคราะห์ใหม่ ว่าเกิดจากอะไร</li> <li>○ ปัญหาที่บันทึกไม่มีคุณภาพ คือองค์ความรู้ การที่ผู้บันทึกขาดความรู้ จะบันทึกได้สอดคล้องกับปัญหาทางการพยาบาลที่ควรต้อง Focus ใหม่ ควรหา Root cause แล้ววิเคราะห์ แก้ไข</li> <li>○ แบบบันทึกอะไรก็ไม่สำคัญหากพยาบาลมีความรู้ จะดูแลผู้ป่วยได้ดี และคาดว่าจะบันทึกได้ดีมี คุณภาพ</li> </ul> </li> </ul> <p>สรุป ประเด็นที่อยากฝากให้ผู้บริหารกลุ่มการฯ ทบทวน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การวางแผนและจัดอัตรากำลัง</li> <li>2. ภาพใหญ่ของกลุ่มการที่ควรมอง วิเคราะห์และบูรณาการปรับปรุงระบบการบริหาร/บริการ</li> <li>3. ความเชื่อมโยงของระบบบริหาร/บริการพยาบาลกับ AE</li> <li>4. การบันทึกทางการพยาบาลที่มีคุณภาพ</li> </ol>
<p>น.ท.หญิงภัคกร โลงนระวงศกร</p> <p>OPD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทบทวนระบบการนัด ดูจากใบนัด ช่วงเวลายังมีความทับซ้อนกัน 8.00-8.30, 8.30-10.00, 8.30-11.00 , ทำให้ช่วงเวลา 8.00 มีผู้ป่วยมาแน่นที่หน้าห้องตรวจ คนไข้ที่นั่งรอควรขึ้นเบอร์ว่าถึงคิวอะไร เพื่อให้คนนั่งรอสามารถไปไหนก่อนได้</li> <li>- ทบทวนการดูแลผู้ป่วยที่ขาดนัด โดยเฉพาะ case ที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งควรมีระบบ TI และเวชระเขียนมาช่วยในการค้นหาผู้ป่วยที่ขาดนัด(เดิมใช้ระบบ Manual )</li> <li>- ทบทวนระบบการเจาะ LAB ล่วงหน้า มีแค่ 15%เพราะอะไรแสดงว่าผู้ป่วยไม่ไป เพราะอะไรต้องนำมาทบทวน</li> <li>- คลี่ Process analysis ดีๆ นำFlow มาทบทวน การแก้ปัญหาอย่าทำคนเดียวต้องให้หน่วยงานอื่นช่วยกันแก้</li> <li>- ควรนำ case Refer มาทบทวนถึงความเหมาะสมในการ Refer</li> </ul>
<p>ไต่เทียม 1</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตามรอยการแก้ไขตาม recommended อัตรากำลังพยาบาลผ่านการอบรมเฉพาะทางห้องเก็บน้ำยา ระบบการตรวจสอบระบบน้ำ</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การติดตามประสิทธิภาพการฟอกเลือด</li> <li>- การทำงานสหสาขา การเพิ่มความปลอดภัยระบบยา IC</li> <li>- ประเด็นความร่วมมือของแผนกอื่นๆ เช่น ศัลยกรรม Palliative care(ในกรณีแพทย์มีความเห็นไม่ตรงกัน )</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำอย่างไรจะทำให้การใช้ยาในผู้ป่วยโรคไตมีความปลอดภัยป้องกันการใช้ยาที่ซ้ำซ้อน</li> <li>- ทบทวนระบบยาฝากของผู้ป่วย</li> <li>- ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะฟอกเลือด</li> </ul>
<b>อญ.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตามรอยHADเลvelophedการผสมยา การปรับขนาดยาคุมมือให้ปรับ 3-5 cc/ hr เมื่อไหร่จะปรับ 3 เมื่อไหร่จะปรับ 5 การ monitorระบบการใช้ยา stock การยืมและคืนยา</li> <li>- Case sepsis มีระบบ early detect ที่บอกว่าเรา monitor ทั้งqSOFA SIRS เครื่องมือที่ปฏิบัติตามได้จริงแค่ไหนให้คิดต่อทำอะไรไม่ให้ detect ผู้ป่วยล่าช้า</li> <li>- การทบทวนความเสี่ยงมีการทบทวนหลายเหตุผลหลายเหตุการณ์แต่ artificial changes ที่ได้คือการพูดคุยสร้างสัมพันธภาพซึ่งปกติเราก็ทำกันเป็นroutineอยู่แล้ว ควรดึง Solutionเด่นๆที่ไม่ใช่มีอยู่เดิมและ แก้ได้จริง ทบทวนแล้วควรแก้ให้ถึงระบบ</li> <li>- การตัดสินใจปรึกษา Palliative ล่าช้าใหม่caseที่ก้ำกึ่ง dilemmaทำอย่างไร</li> <li>- ดูระบบStock ยาการกระจายยา ยาฝากคนไข้ในตู้เย็น เราจะลดME ได้อย่างไร</li> <li>- เราจะสร้างความมั่นใจได้ว่าMEจะไม่เกิดการ ควรให้งานเภสัชกรรมมาช่วยหน่วยงาน ื่อต่อการทำงานของวิชาชีพอื่น</li> <li>- ถามการIdentify ใช้ชื่อสกุลกับHNง่ายและเพียงพอไหม ( หรือจะใช้ ชื่อ นามสกุล อายุ /วันเดือนปีเกิด )</li> <li>- MDR E.coli ESBLคนไข้ดูแลอย่างไร Alert MDR cohortเมื่อไหร่เมื่อมีการรายงานว่ามีผลเพาะเชื้อขึ้นจะเข้าไปใหม่หรือควร Alertตั้งแต่สงสัยว่ามีการติดเชื้อ MDR,ญาติต้องใส่PPEใหม่</li> <li>- ถามน้องหมอ Intern ทำงานมีความกังวลไหม เวิร์บายติก น้องหมอดตอบไม่มีอาจารย์ถามต่อว่าหากได้มันต์พิเศษที่ต้องการจากStaffจะขออะไร(น้องหมอดตอบว่าไม่มีแต่อยากให้ดูแลที่พยาบาลให้ดีที่สุดเพราะเขามีความกดดันกับการทำงานภาระงานมาก)</li> </ul>
<b>ไตเทียม2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทบทวน Unplanned CPR ผป.Hypoglycemia ไม่ทานข้าวทำให้ arrest วิเคราะห์ทบทวนข้อมูลรายนี้แล้วดูประวัติรายอื่นๆ หาสาเหตุปัจจัยส่งเสริมให้คนไข้ Hypoglycemia แล้วออกแบบระบบ ให้ทุกคน Alert ตรวจจับให้ได้ ปฏิบัติเหมือนกัน (เป็นประเด็นที่อาจารย์ฝากให้ หัวหน้ามาดูแลกำกับ)</li> <li>- ดู stock ยา Adrenalin หายไป 2 amp</li> </ul>
<b>Stroke Unit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- case ที่มาเลย onset ทำอย่างไรกับคนไข้กลุ่มนี้ แล้วสำหรับรายนี้แพทย์</li> </ul>



หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>ตั้งเป้าหมายแค่ไหน สื่อสารให้ทีมรู้ตรงไหนขอคู่มือหลักฐานว่าได้วางแผนการดูแลร่วมกันสรุปแล้วยังเป็นการแยกส่วนกันดูแลเพราะเป้าหมายคนละอันต่างคนก็ต่างไม่รู้ว่ามีแพทย์คาดหวังแค่ไหนแต่ละทีมสหสาขาทำอะไรเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมิน การ re access บันทึกไว้ตรงไหน</li> <li>- ป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอย่างไร คนใช้สบู่อะไร ทานอาหารทอดๆ มีนักโภชนากรมาไหม</li> <li>- กายภาพหากเป็นHome program แล้วติดตามว่าบรรลุ goal ใหม่ใน หรือรอวัน F/U</li> <li>- ถ้าจะบอกความสำเร็จของการดูแลStroke จะบอกตัวไหนอาจารย์แนะนำว่าตัวชีวิต อัตราตายตัวเดียวไม่บอกอะไร ไม่รู้จะปรับปรุงอะไรต้องไปทาบกับตัวชีวิตอีกหลายๆตัว ต้องวิเคราะห์อีก เช่นไปmap กับระยะเวลาให้ยา rtPA</li> </ul> <p>สรุป การวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกัน หมายถึงการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน สื่อสารเป้าหมายและออกแบบในcondition เดียวกันเข้า track เดียวกัน เพื่อให้รู้ว่าแต่ละสาขาทำได้แค่ไหน มีbase line เดียวกัน</p>
RCU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ตามรอย VAP ขอคู่มือStandard vap มีWHAP bundle ดู MDR เชื้ออะไร เชื้อ ทำอะไรบ้าง Pseudomonas aeruginosa จะพบได้เพราะสาเหตุอะไร เชื้อชอบสภาวะแบบไหน มากับน้ำ? ถ้าเราารู้เราก็จะป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้ดีถูกต้องตรงประเด็น การเปลี่ยน Circuit ต้องทำเองเราทำได้ตามมาตรฐานหรือไม่ ถ้าเปลี่ยนตามมาตรฐานทำไมยังพบการติดเชื้อบ่อย</li> <li>- ดูประเด็นการติดเชื้อ MDR แขนงปาย CP ทุกเตียงในlock แสดงถึงการระบาดหรือไม่</li> <li>- ขอคู่มือStandard MDR ต้องใส่อุปกรณ์อะไรบ้าง ทุกคนต้องปฏิบัติตามที่กำหนด เช่นใส่แมส หมวกเอี่ยม เหมือนกัน แต่ไม่ใช่ว่าผู้visitใส่แต่แมส ส่วนหมอไม่ใส่หมวกหมอสวมเสื้อกาวน์สีขาว และก็ยังใส่เสื้อนี้ไปนอกหน่วยงาน การปฏิบัติไม่เหมือนกัน</li> <li>- การตามรอย Systematic Process Control เราจะมองว่าStandard ของMDR กำหนดไว้อย่างไรทุกคนต้องทำเหมือนกันหมด ไม่มีข้อยกเว้น หรือถ้ามีข้อยกเว้นต้องอ้างอิงว่าของใครมีstandardยืนยันใหม่ Policy ชัดเจนมีหลักการอ้างอิง</li> </ul>
EENT	<p>พินัยกรรมชีวิต กับ Palliative care</p> <p>การดูแลผู้ป่วย palliative care มีการตั้งเป้า EPB ไว้อย่างไร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งต่อข้อมูลกับชุมชนเชื่อมโยง ทางLine มีการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยอย่างไร</li> <li>- การพัฒนาสมรรถนะพยาบาล Palliative nurse คัดเลือกอย่างไร ต้องส่งไปอบรมไหม</li> <li>- ทีม palliative care ได้รับการสนับสนุนเครื่องมือ มีศูนย์ให้ยืมเครื่องมือ การลงเยี่ยมชุมชน ทำด้วยใจรัก(อาจารย์จะนำสิ่งเหล่านี้ไปเขียนตอบให้)</li> <li>- หากให้ยกตัวอย่างRisk 2 อันดับ คืออะไร (อาจารย์ต้องการทราบการรับรู้ความเสี่ยง มารับรู้วิธีคิด)สาขาตอบว่า High risk คือ Endophthamitis</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อยากรู้ได้เครื่องมือสนับสนุนการตรวจรักษา แพทย์สาขาอื่นจะเน้นดูแลลำคอแค่ฟังแต่สาขาจักษุจำเป็นต้องใช้เครื่องมือในการinvestigate ซึ่งเครื่องมือมีราคาสูงอย่างไรก็ตามผู้บริหารได้ เห็นความสำคัญนำเข้าบรรจุอยู่ในบัญชีแล้วสาขาจักษุมีผลงานคัดกรองต่อกระจก มีโครงการเชิงรุกไปชุมชน เครือข่ายเข้มแข็ง</li> <li>- ส่วนด้านEENTความเสี่ยงคือ Upper Airway Obstruct complication ได้จากการผ่าตัด</li> <li>- อาจารย์ถามหากผู้ป่วย need ICU สามารถเข้าได้ไหม ทีมตอบว่าไม่มีปัญหา มีการSelect case ไว้ก่อนเที่ยง จึงไม่มีปัญหา</li> <li>- อาจารย์ขอดูENV พบว่าผู้ป่วยชายนอนรวมกับผู้หญิง ค่อนข้างอันตราย มีวิธีป้องกันอย่างไร</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวหลายโรค ระบบconsultต่างแผนก</li> </ul>
ICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ความชัดเจนของเกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้า ICU การนำ case ที่ จองแล้วไม่ได้เข้ามา ทบทวนหรือผู้ป่วยที่อยากได้ICU แต่ไม่ได้ มีมากน้อยแค่ไหน อัตราเสียชีวิต ที่ โรคเสียชีวิตมากที่สุด ลองไปวิเคราะห์ เช่น ติดตาม case severe sepsis ที่ไม่ได้เข้าICU เพื่อนำมาปรับเกณฑ์การจองหรือปรับแนวทางการดูแลผู้ป่วย Sepsis</li> <li>- การช่วยเหลือบุคลากรในหน่วยงานอื่นที่ต้องรับผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มที่เข้าICUไม่ได้ด้วยมากกว่าแค่รับconsultเชิงรุกทำอะไรบ้าง</li> <li>- กลุ่มที่ออกจากICU แล้วกลับเข้ามาอีกโดยไม่ได้วางแผนภายใน72ชม.</li> <li>- จับตัวชีวิตมากกว่าหนึ่งตัวแล้วมา linkกัน</li> </ul> <p>อาจารย์เสนอแนะว่า ให้ลองคิดว่า</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.คนไข้ที่need ICU แต่ไม่ได้เข้า เราจะไปช่วยเขาอย่างไรเพราะที่อาจารย์เข้าไปดู หน่วยงานสามัญ เขาอัตรากำลังน้อย Input ต่างๆมีน้อย Capacityก็น้อย จุดรอยต่อวิกฤตที่เร่งด่วนยัง Detectไม่ได้ หากICU ไปช่วยได้เรียกว่ามีเชิงรุกไปคิดว่าจะช่วยได้อย่างไร</li> <li>2.กลุ่มผู้ป่วยที่ Re ICU สะท้อนอะไรบ้าง</li> <li>3.อัตราการตายตัวชีวิตอย่างเดียวบอกไม่ได้ ขอเก็บตัวชีวิตแบบDynamic แทน static จับตัวชีวิตมากกว่าหนึ่งตัวแล้วมา linkกัน</li> </ol> <p>(ทีมเสนอแนะว่ามีแผนที่กำลังศึกษาอัตราตายเทียบกับAPACHE)</p>
PTC.EENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจารย์จะขอ ดู Alignment เห็นการมองภาพรวมของการดูแลการดูแลเฉพาะโรค สำคัญๆ</li> <li>- การมองภาพรวมของการดูแลสาขา EENTระยะเวลาการลดเลื่อนผ่าตัด การลดภาวะแทรกซ้อนทางPCT EENT</li> <li>ภาพรวมอะไรจะเป็นตัวแทนของความสำเร็จของการดูแลกลุ่มนี้ โดยไม่ได้แบ่งกลุ่มโรค</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มุมมองของ PCT.ที่มี ต่อนโยบายมุ่งเน้นระบบบริการ จะลดระยะรอคอยบริการ ระบบนัดความสำเร็จนี้เราได้ตามที่เราคาดหวังหรือยัง เราทำได้อย่างไร</li> <li>- การมองภาพทั้งจังหวัดอาจารย์เสนอแนะให้ติดตามKPI อาจารย์ตั้งข้อสังเกตว่า PCT EENT มองภาพรวมที่ยังไม่ลงเฉพาะโรค ในมุมบริการภาพรวมทั้งหมด การติดตามภาวะแทรกซ้อนความรวดเร็ว ความพึงพอใจ เป็นตัวชี้วัดที่ยังไม่ลงโรค</li> <li>- จากที่ ผอ.เน้นว่าจะพัฒนาจะระบบนัดระยะเวลารอคอยเรามีระบบการติดตามให้เป็นตามนั้นอย่างไร เรามีส่วนอย่างไร</li> <li>- (ทีมนำเสนอการนัดผ่าตัดเพื่อไม่ต้องเลื่อนผ่าตัด มีการยืนยัน ระยะเวลาสั้นลง Lean R2R)</li> <li>- การติดตามภาพรวมนอกเหนือการลดระยะเวลา เป็นการบอกว่าเรากำลังทำงานที่สนองต่อวิสัยทัศน์องค์กร</li> <li>- case OPD EENT สามารถการติดตามภาพรวม เป็น Process Key ที่อยากบอกคือ monitoring evaluation</li> <li>- จากรพ.มียุทธศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเครือข่ายตรงนี้เรามีความคิดเห็นอย่างไรการเสริมศักยภาพ เรานึกถึงเครือข่ายแต่เราไม่มี KPI เราทำ monitor ติดตามแต่ยังไม่เห็นผลลัพธ์ เวลานำเสนอแต่ Intra hospital เราทำแต่ในTracer ไม่มีจึงต้องมาคุยกัน เชื่อมโยง direction ขององค์กร กับสิ่งที่เราทำ เช่นคัดกรองต่อกระจกภาพรวมมองได้หลายมิติ สิ่งนี้คือการมองภาพรวม เช่นห้องผ่าตัดไม่พอ</li> <li>- การนำเสนอเฉพาะโรค PCT EENT ตัวไหนหายไปหนึ่งตัว (ตัว E หายไปไม่ครอบคลุม) เพิ่มข้อมูลเช่น การตรวจการได้ยิน capacityได้ไหม align องค์กร+management forecastอะไรบ้าง บทบาทว่าเครื่องมือไม่พอ กำหนด responseให้ชัดแล้วเราก็จะครอบคลุม</li> <li>- ขอลงรายละเอียดการดูแลผู้ป่วยกลุ่ม head neck การประเมินภาวะ nutrition ถ้า severity ก็จะไปconsult โภชนากร แสดงว่า severity จะมีผลต่อการบริการตรงนี้ แลกเปลี่ยนว่าจะเห็นโอกาสพัฒนา เช่นฉายแสง ตัวชี้วัดที่เป็นกราฟ การฉายแสงภายใน 6 สัปดาห์ลดลง ส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าฉายแสงซ้ำจะส่งผลอย่างไร staging</li> <li>- จะเปลี่ยนไหม หรืออาจไม่เปลี่ยน หรือนอกเหนือการcontrol เริ่มลึกจริงๆเราไม่ได้ปรับแค่สามข้อ แต่เราปรับอย่างไร ให้เร็วขึ้น พอเราได้ตัวชี้วัดมาเพื่อเป็นประโยชน์ ตัวชี้วัดนี้ส่งผลต่อความปลอดภัยผู้ป่วยหรือไม่เราจะลึกขึ้นเรื่อยๆ clinical process เราcontrolได้ บางอันไม่สามารถ control ได้</li> <li>- การวิเคราะห์ KPI บางครั้งบอกค่าเฉลี่ยอย่างเดียวไม่ได้ อาจต้องวิเคราะห์รายบุคคล เป็นการแลกเปลี่ยน การโชว์แค่นี้ไม่แฟร์กับรพ.เรา เราทำมากกว่านั้นเช่นเดียวกับ</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>Cataract มองการรักษา แต่จริงๆ เรามอง prevention ด้วย cataract intra hospital รายงานเพียงแค่นี้จะขาดทุนเราทำมากกว่านั้น ปรับtracer ก็ได้ มีเวลา เต็ม ข้อมูลลงไปซึ่งแล้วแต่เรา</p> <p>สรุป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Role &amp; Responsibility การติดตามภาพรวมของ PCT เช่นระยะเวลารอคอย MEถ้าเกี่ยวกับเรา เราก็เอามาด้วยจากภาพรวม และรายโรคเราก็ต้องครอบคลุม ในรพ. และHPH ด้วย</li> <li>- ความสอดคล้องกับ Alignment ขององค์กรให้เป้าหมายบรรลุความสำเร็จการวิเคราะห์เนื้อหา ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดตัวเลขลงส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยใหม่ และมีมุมมองmanagement ด้วย เพื่อ archive วิสัยทัศน์</li> </ul>
PCT. อายุรกรรม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เสนอแนะการทบทวน การพัฒนาเฉพาะโรค</li> <li>- accreditครั้งแรกถึงครั้งที่ 4 มีภาพอะไรของทีมนำทางคลินิกที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น คุณภาพดีขึ้น อยากให้ประมวลตัวเอง ทีมตอบการให้การดูแล STEMI SK ดีขึ้น อัตราตายน้อยลงอาจารย์ถามว่าปีนี้มีมันมากกว่าปีที่แล้วทีมตอบเราจะเพิ่มศักยภาพให้สามารถเริ่มให้SKได้ตั้งแต่ที่ รพช ER ในอดีตต้องให้ที่ICU รพชเท่านั้น แต่ปัจจุบันเราเริ่มให้SKณ จุดเกิดเหตุ จุดที่ให้ยังไม่ได้ดีมี รพช ระดับ3จุดอ่อนก็คือการรอการตอบกลับ รอการประสานงาน รพช กลัวเขาประสานงานไม่ได้แต่เขาจะส่งมาเราต่อทำให้delay PCI</li> <li>- อาจารย์บอกว่า PCT Monitor ที่เราบอกความสำเร็จกับเครือข่ายเรายังไม่เห็นตัวเลขซึ่งจะเป็นหลักฐานการทำ เราพูดแต่Intra hospital ข้อสังเกต นอกเหนือจากเฉพาะโรค ที่เปลี่ยนแปลงไปภาพรวมของการควบคุม ตัวชี้วัดภาพรวมเช่น การติดเชื้อ การเข้าถึง ICU ความแออัด ที่ไม่ได้ระบุโรคแล้วเราทำได้ดีเพียงใด เป็นประเด็นท้าทาย ที่เราทำได้ดีที่บอกว่าดีขึ้นกว่าเดิมแต่ยังไม่ดีที่สุด เป็นเพราะอะไร อัตราการรอคอยICU การวิเคราะห์ การวัดเป็นperception การรับรู้ คนไข้ Good dead วัดเชิง description วัด แล้วต้อง evaluate ไม่รู้สูงขึ้นเพราะอะไร สูงขึ้นในช่วงเวลาไหน ถูไปไม่ลวง อาจนำอัตราตายไปเทียบกับเวลาที่ตายการตายไปเทียบกับ CMI ที่เกิดขึ้น ที่เรานำเสนอเรายังไม่evaluation เพราะเรายังไม่เทียบกับอะไรเช่นอัตราตายไปเทียบกับ areaที่ตายคือนอกICUหรือไม่ทำให้เรามองเห็นประเด็นบางอย่างมองภาพรวม</li> <li>- จุดเด่นคือการพยายามติดตามภาพรวม เห็นการทบทวนเห็นการพัฒนากลุ่มโรคสำคัญ และโรคสำคัญเห็น Progression ควรเพิ่มevaluation system อาจทำControl chart เห็นการนำเสนอ Trigger tool ทำให้เราได้อะไรบางอย่างจากการทบทวน trigger tool (PCT. ยังตอบไม่ได้ว่าทำ trigger tool แล้วพบประเด็นอะไรบ้าง)</li> <li>- เห็นการทำRCAในทีมนำทางคลินิกอายุรกรรม ซึ่งไม่ค่อยเห็นในการนำเสนอPCT</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>ทุกๆไปในกรณี การให้เลือดผิดคน ทบทวนแล้วเกิดอะไรสรุป รพ.ทบทวน RCA แต่เป็นงานซ้ำเดิมหรือเป็นการกำหนดpolicyขึ้นใหม่พบว่าส่วนใหญ่เป็น week recommended เป็น independent check เราต้องการมาตรการที่มาสสร้างความมั่นใจให้เราได้ว่าระบบได้ standardizeว่าจะไม่ให้เกิดอุบัติเหตุกรณีนั้นซ้ำ การแก้ปัญหาโดยมีป้ายสื่อสาร เป็น week recommendedแต่หากบอกว่าการแก้ การแพร่เชื้อโดยมีplan เปิดตึกแยกโรคแบบนี้เป็น strong recommendation หรือ เกิด artificial change ทำไงให้คนทำงานง่ายขึ้น การแก้ปัญหาการให้เลือดผิดเช่นการยิง barcode ทั้ง order ทั้งที่ตัวคนไขก่อนที่จะทำคือ standardize แบบนี้เรียกว่ามี strong recommendation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจารย์ถามสถิติคนไข้อายุรกรรมเป็นกี่ %ของทั้งหมด สภาวะการณ์ตอนนี้มีจำนวนมาก แพทย์need จริงๆ 20 เรามีแนวคิดmanagementเรื่องราวแบบนี้อย่างไรที่มันได้ช่วยตอบเรื่องเครือข่าย การเพิ่มศักยภาพชุมชนการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอผู้บริหาร เพราะผู้บริหารให้ความสำคัญรับรู้ปัญหาที่จะManagement by fact คนไข้ CAPDเป็นส่วนน้อย เราลดความแออัด เปิด node ที่ การstraining คนไข้ เต็มแน่นๆ จากภาระงานคนไข้นอกกับคนไข้ในมีมาก การพัฒนาศักยภาพ รพช คนไข้OPD ศูนย์แพทย์ก็จะช่วย screen ได้ส่วนหนึ่ง</li> </ul> <p>สรุป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทึมนำทางคลินิกตัวเลขน่าสนใจมันน้อยมาก ความคลาดเคลื่อนทางยาน้อยมาก ว่ามัน Under report ไหม ถ้าเราไม่มั่นใจ เราต้องลงไปดูการเก็บ</li> <li>- ตัวชี้วัดส่วนใหญ่เราเก็บเป็นค่าเฉลี่ย แล้ววิเคราะห์ตัวต่อตัวเรายังไม่รู้ว่าอัตราตายออกมาแบบนี้หมายถึงอะไร</li> <li>- มีข้อมูลที่ซ่อนอยู่ในองค์กร การใช้ข้อมูลคือการต่อยอด evaluationเชื่อมกับส่วนกลางด้วย เช่นเราพบว่าเรามีความแออัด มี refer back ความเข้มแข็งของเครือข่ายเป็นอย่างไร การติดตามภาพรวมจะง่ายขึ้นเป็นการวิเคราะห์ภาพรวมของรพ.อยุธยาหรือไม่</li> <li>- เราหลีกเลี่ยงไม่ได้ว่าสถานที่เราคับแคบ warning การรับรู้อย่างไร มีผู้ป่วยทรุดลงมากไหมการเก็บตัวเลขยังงั้นไม่ให้เหนียวคือเอาไปใช้ประโยชน์ได้จริงความครอบคลุมตัวชี้วัด</li> <li>- มีการพัฒนากลุ่มโรคสำคัญภายใต้ทรัพยากรจำกัด ต้องเอาไปใช้ประโยชน์ได้จริง การ Designจะอย่างไร ให้ใช้ Data ในการติดตาม เพื่อการขอรับการประเมินครั้งหน้า เราจะได้ลุ่มลึก เป็นชุดข้อมูล เข้าใจ และเห็นการพัฒนาตรงส่วนนี้</li> </ul> <p>เราแออัดเราจะทำอย่างไรให้ Flow managementด้วย บาง Processไปได้ถ้าเราเก็บแบบชุดข้อมูล การตัดสินใจ การพัฒนาเชิง Process จะชัด</p>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การทำอะไรให้investigateได้เร็ว</li> <li>- การทบทวนเป็นจุดเด่น แต่ต้องพัฒนาความสามารถในการออกแบบระบบสรุป</li> </ul> <p>อาจารย์เข้าใจข้อจำกัดของโรงพยาบาลเรื่องอัตรากำลัง เช่นอายุแพทย์เหลือ13need 20 แม้ภาระงานมากแต่ก็มีการพัฒนาคุณภาพ มีการทบทวน มี Tracer ชัดเจนให้กลับไปทำความเข้าใจกับ monitor &amp; evaluation</p>
<b>อ.จักษณา ปัญญาชีวิน</b> <b>ANC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อกำหนด/เกณฑ์ในการ Refer เพื่อการฝากครรภ์จาก รพช. อย่างไรบ้าง</li> <li>- แนวทางการส่งพบแพทย์ใน ANC</li> <li>- การรับผู้ป่วยรายใหม่วันละ 15 ราย ถ้าเกินมีแนวทางอย่างไร</li> <li>- การวิเคราะห์ข้อมูลสถิติใน ANC เช่น โรคแทรกซ้อนอะไรมากเป็น High Risk : Anemia, Preterm,DM</li> <li>- การวิเคราะห์ต่อ High Risk เกิดจาก walk in/หรือ Refer มา</li> <li>- กรณี Case Thalassemia มีการติดตามหรือแปลว่ามีการตั้งครรภ์ซ้ำไหม</li> <li>- Pregnancy with DM : มีแนวทางการดูแลเขียน Flow ให้ชัดเจน และ empowerment เรื่องอะไรบ้าง</li> <li>- เวชระเบียน ANC มียอดการ Admit เท่าไหร่</li> </ul>
<b>OPD Gyne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การ Up Date ข้อมูลต่างๆ เช่น เรื่องสิทธิผู้ป่วย</li> <li>- การคัดกรอง/ส่งต่อมะเร็งปากมดลูก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ มีการติดตาม Case อย่างไร ได้รับการรักษาทันเวลาหรือเปล่า ที่คัดกรองที่เราเจอ stage ไหน Delay Treatment เรื่องอะไร</li> <li>- Flow ectopic pregnancy ที่ OPD ทำอย่างไร</li> </ul>
<b>OPD เด็ก</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ให้อาจารย์วิเคราะห์ข้อมูลของ OPD : สถิติจำนวนผู้ป่วยเด็ก ข้อมูลการเจ็บป่วย ข้อมูลการ admit หน่วยงานต้องรู้</li> <li>- คลินิก TB มีการติดตามอย่างไร และมีการเชื่อมข้อมูลให้กับงานระบาดรับทราบ มีการติดตาม Case ใหม่มี recurrent ใหม่/ re visit</li> <li>- คลินิก Thalassemia มีการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างไร ติดตาม case จนถึงวัยรุ่น : ถือว่าเป็นผลงานเด่น น่านำเสนอ Clinical tracer Highlight ส่งอาจารย์มีปัญหาเรื่องการให้เลือดตัดสินใจอย่างไร เลือกลงใน case ไหน มีการประสาน blood bank อย่างไร กรณีไม่มีเลือด</li> </ul>
<b>LR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การตกเลือดหลังคลอด : มากขึ้นเกิดในระดับไหน grade 1-4 มีแนวทางการป้องกันไม่ให้เกิดอย่างไร มีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือไม่</li> <li>- ให้อาจารย์วิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพว่าสาเหตุ PPH เกิดจากอะไร</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กรณีที่เกิดการตกเลือดไม่ควรจะเกิดภาวะ shock เพราะอยู่ในมือของผู้เชี่ยวชาญ</li> <li>- ห้องแยก : พบ set ทำคลอดหมดอายุ และผ้าห่อ set เป็นรู</li> <li>- Pain Management ของ LR ของ LR กับของ รพ. เหมือนกันหรือเปล่า</li> <li>- ความเพียงพอของเครื่องมือ : NST</li> <li>- การจัดสรรอัตรากำลังของ LR</li> </ul>
Ward NICU	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดตามเรื่อง excellent new born</li> <li>- การทำ Head cooling : criteria การติดตาม case ทำในเชิงรุก</li> <li>- VAP Bundle ในทารกแตกต่างจากผู้ใหญ่อย่างไร</li> <li>- Sepsis ให้อาหารที่ปัญหาในเชิงลึก เช่น ANC ที่เราคลอดที่เรา /case walk in / ON ANC, Refer เพื่อจะได้ออกแบบระบบถูกต้อง ควรทำ control chart</li> <li>- การจัดอัตรากำลัง ดู severity อาจจะเป็น 1:1</li> <li>- Medication : small dose</li> </ul>
Ward เด็ก	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การแบ่ง Zoning เด็กติดเชื้อ</li> <li>- มาตรฐานการส่องไฟเด็กตัวเหลือง : ระยะห่าง</li> <li>- ภาวะทารกตัวเหลืองจาก Breast milk jaundice มีการเชื่อมโยงข้อมูลถึงชุมชนด้วย</li> <li>- การแบ่ง Zoning เด็กติดเชื้อ</li> <li>- มาตรฐานการส่องไฟเด็กตัวเหลือง : ระยะห่าง</li> <li>- ภาวะทารกตัวเหลืองจาก Breast milk jaundice มีการเชื่อมโยงข้อมูลถึงชุมชนด้วย</li> </ul>

วันที่ 26 มกราคม 2561

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
<p>นพ.ปริญญญา สันติชาติงาม เภสัชกรรม คลังยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ยา Stock จัดไว้กี่เดือน               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ผากทบทวน ในยาที่สำคัญ ยามี Range ต่างกัน ยาที่ Range สั้นๆ อาจ stock ไม่เท่ายาอื่น</li> </ul> </li> <li>- ในการทำงาน ควรใช้ Situation awareness อะไรที่เป็นความเสี่ยง ป้องกันไม่ให้เกิด ยาที่ระวังตกแตก เอาวางไว้ชั้น 3 ของชั้นวาง เสี่ยงหรือไม่</li> <li>- กระบวนการส่ง- ตรวจรับยา เป็นอย่างไร เหมือนหรือต่างกับการตรวจรับทางพัสดุ การตรวจรับต้องมีการฉีก/เปิดกล่องตรวจนับ? จะมั่นใจในระบบตรวจรับอย่างไร</li> <li>- การตรวจรับยา ต้องดูใบ Liability ทุกล็อตใหม่ ล็อตไหนไม่ต้องดู</li> <li>- Lot ที่ Control จะเริ่มจากตรงไหน เภสัชจะรู้ได้อย่างไรว่า คนไข้ได้รับยา Lot นั้นแล้วแพ้ไหม ถ้าคนไข้แพ้ จะสามารถเช็คได้ไหมว่ายาที่ได้เป็น Lot ไหน</li> <li>- Lot tracking ทำใหม่ ทำในยาประเภทไหน</li> <li>- ควรทำให้การบริหาร Lot tracking เป็นระบบเหมือนกันหมด ควรหลีกเลี่ยง Manual เช่น ใช้ Barcode</li> <li>- ยาเก็บในตู้เย็น มีระบบการดูแลอย่างไร</li> <li>- ที่นี่มีไฟดับใหม่ ดับนานมากที่สุดที่นาที่ เกิดปัญหาใหม่ เคยตรวจสอบคุณภาพยาหลังไฟดับใหม่ อย่างไร</li> <li>- Alert alarm ที่ตั้งระบบไว้ เป็นทุก ชม. แล้วถ้าเกิดในระหว่าง ชม.จะ alarm ใหม่ ช่วงไหน หรือ ครึ่งชม.ไหนที่ต้อง Aware สูงสุด</li> <li>- คลังยา ร้อนไปไม่ตี เย็นไปไม่ตี ในมุมมองของเภสัช เป็น Critical issue ใหม่ มีแผนแก้ไขอย่างไร</li> </ul>
<p>เคมีบำบัด</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ใครเป็นคนคำนวณขนาดยา จะรู้ได้อย่างไรว่า คำนวณมาถูก</li> <li>- CBC ควรต้องมีข้อมูล ANC เพื่อความสะดวกในการพิจารณาให้เคมีบำบัด</li> <li>- เภสัชกร ตรวจสอบได้อย่างไรว่าแพทย์สั่งขนาดยาถูกต้อง</li> <li>- ที่นี่ให้ยาสูตรไหนบ้าง</li> <li>- Protocol ของ Mayo ไม่มี Pre med แต่ที่มี Pre med เกิดจากการทบทวน AE หลังให้ แล้วจึงมาปรับ แต่เราก็อาจปรับได้อีกในทางปฏิบัติ เช่น Plasil อาจไม่ต้องให้ผู้ป่วยที่ประเณินแล้วพบว่า ไม่มีอาการ</li> <li>- การดูแลผู้ป่วยที่มาให้เคมีบำบัด ควรรู้ชนิด ตำแหน่งที่เป็น stage การรักษาที่ได้รับไปแล้ว อาการ/ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยหลังได้รับ</li> <li>- ควร Re-design แบบฟอร์มให้มีข้อมูลครบถ้วนเพื่อสามารถนำข้อมูลไปวิเคราะห์และนำมาวางแผนการดูแลได้</li> </ul>



หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เวชระเบียน CA ควรมีการระบุ No. ที่ลงทะเบียนไว้ด้วย</li> <li>- ข้อมูลคนไข้ CA ลงทะเบียนได้กี่ %</li> <li>- Competency ของพยาบาลผู้ดูแลให้ยาเคมีบำบัด ต้องรู้ Patho ,Evaluate stage ได้ เพื่อนำไปวางแผนการรักษาพยาบาล การดูแลคนไข้แต่ละ Stage ไม่เหมือนกัน ปริมาณยาไม่เท่ากัน และการดูแลต่อเนื่องก็ต่างกันเช่น CA colon Rt side/ Lt side หลังตัดลำไส้ มีอาการแสดง ระบบการขับถ่ายต่างกัน กรณีที่มีถ่ายเหลว / Diarrhea มา พยาบาลเคมีบำบัดควรรู้ว่าเกิดจากอะไร</li> <li>- ห้องเตรียมยาอากาศดูดออกไปไหนมีการตรวจสอบหรือไม่ อย่างไร</li> <li>- ในมุมมองของเภสัชกร เคยมี AME ใหม่ Prescribe error มีไหม</li> <li>- มีแนวทางการดูแลผู้ปฏิบัติงานเตรียมยาเคมีบำบัดอย่างไร มีการตรวจประเมิน ป้องกันเชิงรุกไหม เช่น หากผู้เตรียมเป็นหญิง ้วยเจริญพันธ์ อาจตั้งครรภ์ ก่อนจะรู้ว่าตั้งครรภ์ มีการตรวจสอบป้องกันอย่างไร</li> <li>- การเก็บข้อมูล AME ควรเก็บเชิงรุก และเก็บให้ครบถ้วน ครอบคลุม แล้วนำมาวิเคราะห์ แก้ไข</li> </ul>
ห้องยาผู้ป่วยใน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การพิจารณาเลือกชนิดยา หากมีการเสนอนำเข้า ควรพิจารณา Outcome + cost และควรมีคณะกรรมการ/ Board เป็นผู้พิจารณาเพื่อdecision making</li> <li>- การกระจายยาที่เป็นอย่างไร ฝากเภสัช <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Test ระบบ ว่า One day dose มีระบบดีหรือยัง หากระบบดี ทำไมยังมีการเขียน Label ยาเอง เพราะจากสภาเภสัชประเมิน มีการคัดลอกผิด เป็น Human error ถ้าคิดว่า ระบบที่วางไว้ดี ต้องดูว่ามี Gap ตรงไหน แล้วนำมาแก้ไข</li> <li>○ การ Stock ยา MO Pethidine รวมทั้ง ยา stock อื่นๆใน ward มีเยอะมาก ควรมีระบบการบริหารยา ให้มีประสิทธิภาพปลอดภัย ควรวิเคราะห์ว่าทำไมต้อง Stock เยอะ เภสัชมีระบบสนับสนุนการใช้ยาดีหรือยัง ถ้าดี ถ้าเร็วพอ ทำไมหน่วยงาน ต้องมี Stock มากอย่างที่เห็น</li> <li>○ ทบทวนระบบการตรวจสอบยา Stock ว่า เภสัชกร มีบทบาทใหม่อย่างไร จะมั่นใจในความปลอดภัยด้านยาอย่างไร</li> <li>○ ทบทวนการป้องกันการเข้าถึงของยา ที่ ward มีการป้องกันเรื่อง KCL แต่ในห้องยา มีระบบการป้องกันอย่างไร</li> </ul> </li> <li>- การเรียงยา เรียงอย่างไร ทำไมต้องเรียงตามตัวอักษร เคยมี AE เรื่อง LASA ใหม่ ฝากทบทวน</li> <li>- ห้องยาในมีระบบการรายงาน AME อย่างไร</li> <li>- AME ควรรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์ แก้ไขเชิงระบบ</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
<p>กายภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลงานเด่นของงานกายภาพมีอะไรน่าสนใจบ้าง</li> <li>- สายธารแห่งคุณค่า ของกระบวนการที่พัฒนาใหม่ กับกระบวนการเก่าต่างกันอย่างไร</li> <li>- ลองดู Visual stream mapping ตามหลักการ Lean เพื่อหาคุณค่าของงาน</li> <li>- มีการติดตามผลการฟื้นฟูของคนไข้ที่มารับบริการหรือไม่ มีผลอย่างไร</li> </ul> <p><b>ประเด็นที่ฝากพิจารณา</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ในมุมมองของนักกายภาพบำบัด มีอะไรที่ยังเป็นห่วงเรื่องความปลอดภัย/ความไม่ปลอดภัย บ้าง 2P safety ควรเอา Care process มาคลี่ จะเห็น Gap จะเห็นว่าอะไรคือความเสี่ยงที่นักกายภาพควร Concern ที่สุด ที่ควรพูดคุยและร่วมกันปรับปรุง ป้องกันทุกเดือน</li> <li>- อะไรคือสิ่งที่แสดงว่า งานกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากกว่างานกายภาพบำบัดที่อื่น</li> <li>- ควรใช้ Situation analysis หากเกิดAE <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ผู้ป่วยเกิด Shock/ Sudden MI attack งานกายภาพบำบัดมีความพร้อมในการรับมือหรือไม่ อุปกรณ์เครื่องมือช่วยเหลือขั้นต้น พร้อมใช้ไหม การขอความช่วยเหลือ ได้จากไหน ผู้ช่วยเหลือจะมาถึงภายในเวลาที่ กี่นาที Safety กับผู้ป่วยหรือไม่</li> <li>○ จุดลงทะเบียน มีความจำกัดในมุมมอง จะมีแนวทางแก้ไขอย่างไร เช่น ที่ติดกล้องวงจรปิด ปรับแก้ไขมุมได้หรือไม่</li> </ul> </li> <li>- ควรมีการบันทึกให้ครอบคลุมเพื่อคุณภาพของงานกายภาพบำบัด เช่น ครอบคลุมตามประเด็นประเมินคุณภาพของเกณฑ์การบันทึกตามแนวทางของ สปสช. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ อาจปรับปรุงแบบฟอร์มใหม่เพื่อให้เอื้อต่อการบันทึกและประโยชน์ในการวางแผนการดูแล</li> </ul> </li> <li>- ควรนำข้อมูลการให้บริการมาวิเคราะห์เพื่อหาโอกาสพัฒนา ปรับปรุงระบบการบริการ</li> </ul>
<p>ทัศนกรรม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อาจารย์ให้เล่าผลงานเด่น และมีแผนจะพัฒนาอะไร ทีมตอบมีแผนบริการเชิงรุก ปากแหวงเพดานโหว่ มีแพทย์ Maxillo ก็อยากขยายบริการตอบสนองการเป็นตติยภูมิ</li> <li>- อาจารย์ถามต่อว่าหากจะเพิ่มบริการจะต้องเตรียมอะไร เพื่อลดความเสี่ยง ทีมตอบใช้ข้อมูลเสนอผู้บริหาร ผอ. จะให้การสนับสนุน อาจารย์จึงถามต่อว่า หากเปลี่ยนผู้บริหาร แม้ผอ.เกษียณแล้วจะอย่างไร เพื่อให้ระบบบริการมีศักยภาพ สิ่งเหล่านี้ต้องการการวิเคราะห์วางแผนเชิงรุก ป้องกันความเสี่ยงรอบด้าน คน เทคโนโลยีหากเตรียมพร้อมจะช่วยเบาบางความเสี่ยง</li> <li>- เสนอแนะให้วิเคราะห์ปริมาณคนไข้ทั่วไปที่รักษา รพช ชุมชนได้ไม่ต้องมาเรา กับ</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>ปริมาณคนไข้ที่เหมาะสมกับการเป็นตติยภูมิ มีอัตราส่วนต่างกันอย่างไรร</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตามรอยประเด็นความเสี่ยง อาจารย์ถามเรื่องที่มีความเสี่ยงที่กังวลใจเรื่องอะไร ทิมตอบเรื่อง IC เรื่องศักยภาพความไม่เพียงพอของผู้ช่วยทันตแพทย์ แต่อย่างอื่นยังมองไม่ค่อยออกกว่าอะไรเป็นความเสี่ยงสำคัญทั้งที่เกิดขึ้นแล้วและที่ยังไม่เกิด</li> <li>- อาจารย์ได้สอน เรื่อง Risk Access Risk analysis โดยการคลี่Flow แบบ scenario เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดกรอง เนื่องจากไม่มีพยาบาลวิชาชีพ การคัดกรองอย่างไร สัมภาษณ์จุดคัดกรอง ว่าIdentify ผู้ป่วยอย่างไร ทิมตอบใช้ชื่อกับนามสกุล บางที่ซ้ำกัน ก็ดูชื่อกับ อายุ บางทีก็ชื่อกับอาการ เพราะ HN ดูยากไม่สะดวก อาจารย์จึงชี้ให้เห็นว่า WHO ระบุว่าการระบุตัวผู้ป่วยระหว่างOPD IPD ไม่ต้องเหมือนกัน เพื่อให้คนทำงานง่ายต้องแหกกฎบ้าง อาจารย์ชวนให้มองว่าความเสี่ยงอื่นมีอะไรอีก อาจารย์ถามว่าทำไมต้องมีระจกตรงจุดคัดกรอง ทิมตอบว่าบางครั้งมีคนไข้ติดต่อกันการปะทะ เคยมีคนไข้เขวี้ยงปากกาใส่ สรุปว่าพบความเสี่ยงแล้ว คือ Personal Violence</li> <li>- ตามรอยIC การล้างเครื่องมือ สิ่งแวดล้อมแบบนี้ให้คิดความเสี่ยงคนละข้อทิมตอบว่ามีพัฒนา มีการปนเปื้อนเนื่องจากทางออกทางเดียวการมองหาrisk เราจะรู้ได้จากการนำมาตรฐานไปจับเช่น Safety Gole เอาFlowเป็นตัวยืนแล้วหาGAP พยายามปรับปรุงพัฒนา prove ลด GAPให้มากที่สุดตามCapacity ดูBalance</li> <li>- Impactต่างๆ ซึ่งตัวหน่วยงานเองจะรู้เองว่าเมื่อไหร่จะเหมาะสม แต่เราจะไม่ยอมจำนนกับมัน</li> <li>- การจัดการ risk มีทั้ง ยอมรับความเสี่ยงแล้วพยายามลดความเสี่ยง ผ่องถ่ายความเสี่ยง หลีกเสี่ยงความเสี่ยงสิ่งแวดล้อมอื่นๆ คือตู้เก็บของSterile มาตรฐานต้องเป็นพื้นเรียบ เพราะทำความสะอาดง่ายหากไม่มีงบประมาณลองหาเปลี่ยนกับตู้อื่น แก้อ้อไม่ควรมี มืออยู่ชำรุดเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค</li> <li>- การถอดรองเท้าเข้าห้องสะอาดไม่ช่วยอะไรมากเพราะเข้าออกทางเดียว</li> </ul> <p>สรุป</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การมาทันตกรรมใช้เทคนิค การ Empower ให้นำงาน ด้วย Quick Question ถามจุดเด่นจุดด้อย</li> <li>- ถ้าตอบยากต้องเปลี่ยนStep เป็นสร้าง scenario ให้หน่วยงานเรียนรู้ การประเมินความเสี่ยงได้</li> <li>- เมื่อพบแล้วจะจัดการอย่างไรได้บ้าง เช่น พบว่ามี Violence เราต้องเสนอผู้บริหารว่าไม่ใช่เฉพาะ ER นะที่เจอเหตุการณ์แบบนี้ เราจะได้ป้องกัน</li> </ul>
จิตเวช	<p>เสนอแนะประเด็นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานที่ใกล้คลินิกวัณโรค</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดการกรณีฉุกเฉินและทางเข้าออกกรณีผู้ป่วยฉุกเฉิน ก้าวร้าว เหตุการณ์วิกฤต</li> <li>- การทบทวนการใช้ยาให้เภสัชมาช่วย</li> <li>- การซ้อม เพื่อเตรียมRapid responseกรณีต้องCPR</li> <li>- การเก็บตัวเลขที่สะท้อนระบบงาน ความสำเร็จของงาน</li> <li>- การช่วยแพทย์ภายนอกโรงพยาบาลที่ชุมชนทำได้ดี</li> <li>- ขอให้เพิ่มการดูแลแพทย์ในโรงพยาบาลให้ช่วยเราดูแลคนไข้กลุ่มป่วยทางจิตให้เราด้วย</li> </ul>
FA	<p>บทบาท FA ศูนย์คุณภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การประสาน Patient safety ความปลอดภัยและคุณภาพ systematic system designในส่วนที่ยังไม่มีเจ้าภาพ(เจ้าภาพยังไม่มี เจ้าภาพกลาง หมายถึง ในส่วนที่ยังไม่มีนโยบาย Standard เช่น Warning sign เจ้าภาพ มีหรือยัง นโยบาย มีหรือยัง ใคร monitor ตามเรื่องถ้ายังไม่มีเราต้องทำให้มี) เช่น ถ้าดูจากSAR เข็มมุ่งเป็นเครือข่าย มีทีมทำอยู่ ดูว่า เครือข่ายอยู่ในStatus ไหน เรากำลังติดตามใช้ทักษะโค้ช แต่ละทีมเข้าไปในลักษณะโค้ช</li> <li>2) เป็นคนประสานทีมระหว่างสาขา ระหว่างหน่วยงาน เช่น Medเคลื่อนแคลงกับER สิ่งนี้เป็นหน้าที่เรา</li> <li>3) การนำเครื่องมือ ต่างๆที่พัฒนาคุณภาพไปให้หน่วยงานใช้ เช่น การหาAEการจัดการลดความเสี่ยงด้วยการปรับใหม่เลย หรือใช้ HFE การจัดการที่ดีควรเป็น Artificial Change ยกตัวอย่างการให้เลือดโดยใช้ยิง Bar code ผ่านก็ใช้ได้ การทำ RCA เพื่อกำหนด Strong Recommendation เช่นการ mark site โดยแพทย์ อาจใช้วิธี independence check ใน OR เรียกว่าเสียงที่สอง มีคนคอยห้ามคอยแทรกคอยตะโกนถ้าไม่โอเค voice นี้จะเกิดขึ้นเพื่อให้ถูกกระทำ Standard จะถูก drive กล้าที่จะทักท้วง โดยมีระบบมาซ้อนอีกระบบ คนที่จะ voice ต้องมีหน้าที่ช่วยเตือน การนำเครื่องมือมาช่วยรวบรวมประเมินข้อมูลแบบชุดข้อมูลเพื่อสะท้อนผู้บริหารว่าสิ่งที่ทำสำเร็จหรือไม่สำเร็จ เป็นตัวเลี่ยม ไม่ใช่แค่เก็บ monitor อย่างเดียวไม่evaluation เช่นอัตราเสียชีวิตไม่ได้บอกอะไร ถ้าวิเคราะห์ว่าเสียชีวิตในหรือนอกไอซียูไปวิเคราะห์พบตายข้างนอก แล้วตายช่วงบ่ายดึก ผู้บริหารไม่มาดูทีละตัวเราจะไปทาบชุดข้อมูลเพื่อให้ผู้บริหารตัดสินใจได้ว่าไม่ได้ตายที่CUหรือยกตัวอย่างการมีInternมาใหม่ พบตาย มีย.ซ้ำๆ ถ้าพบว่ามีแบบนี้ เราจะไม่แก้ปัญหแบบนี้ไม่รายงานว่าตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองปอดอักเสบควรดูวิเคราะห์ลงไปลึกๆ หลายๆปีอาจพบว่าเกิดจาก Intern มาใหม่ แบบนี้เป็นต้น</li> <li>4) การช่วยเหลือทีมให้ผ่าน re accredit เพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพอาจารย์สอนว่า ถ้าเรารู้ บทบาทเราชัดเราจะดูความเข้มแข็งได้ วัดความสำเร็จของเราได้ สุดท้ายอาจารย์ชื่นชมว่าโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา มีลักษณะเด่นที่อื่นไม่มีคือ “ผู้</li> </ol>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<p>ตาย”โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาจะ “ขอให้มีการรับรอง โดยไม่ให้เกินเวลาเสมอ” และชื่นชมว่าปีนี้เห็นการพัฒนาทีมสหสาขา มาร่วมมือมากขึ้น มีหมอมมา เราล่อหลอกได้ มากขึ้นการคุยวันนี้เป็นการต่อยอดการพัฒนาซึ่งไม่ได้ง่าย อาจารย์เห็นความทุ่มเททุกอย่างก็ต้องหาโอกาสพัฒนาเมื่อเวลาผ่านไปมันจะทำให้เราล่ง ขอให้กำลังใจ บทบาทที่ขอเราจะให้มีหลักมีแนวเดิน</p>
RM.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- จากวัตถุประสงค์คิดว่าเราทำอะไรได้ดี และจะบอกความสำเร็จของเราอย่างไร ทีมตอบข้อแรกบุคลากรตระหนักรายงานมากขึ้น จากที่ได้อ่านใบรายงานความเสี่ยงมีมากขึ้นแสดงว่าเขาเห็นคุณค่าของการรายงาน</li> <li>- ไม่มีความรู้สึกว่าปิดบัง สามารถนำเสนอความเสี่ยงของตัวเองมีการแก้ปัญหาเบื้องต้นที่หน้างานได้เองบ้างแล้ว</li> <li>- อ.สมจิตต์ชี้แนะ การวัดความสำเร็จ หากประเมินเมื่อเทียบกับวัตถุประสงค์ที่ขอของการบริหารความเสี่ยงนี้ (ประเมินได้ ในเชิงปริมาณ)การรายงานความเสี่ยงมาโชว์ กับ Safety Culture การรายงานความเสี่ยงขึ้นกับ P4P เราจะได้ คุณค่าของการรายงาน หรือมูลค่าของการรายงานดังนั้นระยะแรกนี้เราจะขับเคลื่อนคุณค่าด้วยมูลค่าก่อนไม่ว่ากัน</li> <li>- จากข้อมูลวัฒนธรรมความปลอดภัย AHRQ 3 ปีบอกได้ใหม่ว่าหากผู้บริหารทราบจะทำอะไร การเชื่อมโยงข้อมูลสู่นโยบาย หากบุคลากรรายงานความเสี่ยงของตัวเองจะดีที่สุดจะแปลงโรงพยาบาลคุณธรรมไปสู่eventอย่างไร (เราใช้ การประเมินเชิงคุณภาพมาอธิบาย)</li> <li>- การจัดการการออกแบบมาตรการป้องกัน เช่นพอรายงานอุบัติการณ์ เหนื่อยเก็บข้อมูลแล้วทำไมยังเกิดซ้ำ การทำ RCA CPR ที่นอนลม เราแก้ไม่ตรงจุด ก็จะเกิดซ้ำๆ เราวิเคราะห์แต่เราไม่มีมาตรการป้องกันที่เป็น Strong Recommendation</li> <li>- แนะนำว่าเราทำRCAเฉพาะความเสี่ยงที่เป็น GHI และที่เป็น Near miss ที่เป็น Potential และ Sentinel risk ไม่ว่าจะเป็นการปรับระบบการprintใบสั่งยาเดิม กรณีงูกัด Score แบบนี้ต้องมี intervention อะไร ความเสี่ยงหากถูกแก้แบบเดิมๆ ก็จะเกิดซ้ำ ฉะนั้นการออกแบบมาตรการ การป้องกันจัดการความเสี่ยงต้องเป็นแบบ Strong Recommendation แล้วซึ่งให้ตั้ง เช่นออกแบบ Early warning sign แบบนี้แล้วทุกคนต้องปฏิบัติเหมือนกันไม่ Vary</li> <li>- การเลื่อนผ่าตัด ดู efficiency มาดูหาบกัน waiting list มาดู การออกแบบนี้ใช้ความร่วมมือใช้ข้อมูลเชื่อมกันหลายอย่าง วิธีใหม่ของการบริหารความเสี่ยง หา incident report การค้นหาอุบัติการณ์เชิงรุก A B C เสียหายเรียก Accident การค้นหาหลายๆ</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มิติใหม่ ทำอย่างไรให้ RCA safety ให้เป็น strong collective action adaptive design incident ให้มี safety design มันมีวิธีแบบใหม่ incident ก็ทำต่อ ปรับหวังว่าความเสี่ยงจะลดลง อีกประเด็นคือ Risk register การหาเชิงรุก และวัฒนธรรมความปลอดภัย คนจะมั่นใจเกิดนิสัย risk awareness การเผชิญความเสี่ยงอะไร risk perception เราจะรับรู้ เพื่อเกิด risk management หาทางจัดการสิ่งเหล่านั้น อย่งไรต่อไป</li> </ul>
<p>อ.ศุภรัตน์ ไก่ฟ้า กลุ่มงานรังสีวิทยา</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบแจ้งเตือนเวลาผลการตรวจผิดปกติ (แพทย์ต้องตัดสินใจให้การรักษาทันที) มีแนวทางที่รังสีแพทย์อธิบายได้ อาจารย์ให้เพิ่มในแบบประเมินตนเอง และเพิ่มระบบประเมินความถูกต้องของการแปลผล การประเมินความคุ้มค่าที่ ผล Positive</li> <li>- การแบ่งระดับความรุนแรงผู้ป่วย</li> </ul>
<p>นิรนาม</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การเดินของผู้ป่วย ระบบระบายอากาศไม่ดี สภาพตึกค่อนข้าง ทำให้ระบบการถ่ายเทอากาศไม่ดี</li> <li>- ควรจัดพื้นที่แยกเฉพาะสำหรับคลินิกนี้</li> </ul>
<p>สาระสนเทศ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หากใช้ EMRS ทั้งระบบ การตรวจเยี่ยมของแพทย์ในการสืบค้นเวชระเบียนทำอย่างไร</li> <li>- CCTV มีจุดมอนิเตอร์กี่จุด มีระบบมอนิเตอร์ไว้เพื่อประโยชน์ใด เคยสามารถตรวจจับผู้ร้ายขณะปฏิบัติการได้หรือไม่ (ไม่เคย) อาจารย์แจ้งว่าระบบมอนิเตอร์ใช้ในการเฝ้าระวังได้น้อย</li> </ul>
<p>ER</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบ Telemedicine ที่มีเป็นอย่างไรบ้าง การมีเจ้าหน้าที่ใหม่ ระบบรายงานที่กำหนดไว้มีอะไรที่เสี่ยงบ้าง</li> <li>- เครื่องมือใช้บ่อยไหม มีอุบัติการณ์อะไรบ้าง</li> </ul>
<p>ยานพาหนะ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 3P ของงานยานพาหนะคืออะไร (ผู้รับบริการถึงที่หมายปลอดภัย ทันเวลา และพึงพอใจ)</li> <li>- วางระบบดูแลรถอย่างไร การตรวจประจำ การเข้าศูนย์ตามรอบ และมีการบันทึกประวัติรถใหม่เข้าศูนย์ได้เปลี่ยนอะไรบ้าง จากข้อมูลที่จะจัดเก็บหากศึกษา จะพบแนวทางในการวางแผนบำรุงรักษา คาดการณ์ปัญหาของรถได้</li> <li>- Battery ยางรถยนต์ต้องเปลี่ยนทุกเท่าไร</li> <li>- จาก Performance มีตัวชี้วัดอะไรบ้างที่ใช้กำกับงาน เช่น อุบัติการณ์ ความพึงพอใจ</li> <li>- ยานยนต์สามารถให้บริการที่มากกว่าความพึงพอใจได้ เป็นความประทับใจ เช่น มีทิชชู น้ำดื่ม และถังขยะเล็กๆในรถ การรู้เส้นทางล่วงหน้า การรู้ร้านอาหารอร่อย ห้องน้ำสะอาดระหว่างทาง</li> <li>- ควรมีแบบประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการประจำรถ พร้อมปากกา ให้ลูกค้าช่วยประเมิน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางาน</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
Exit	<p><b>สิ่งที่ชื่นชม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนำองค์กร: การนำที่เข้มแข็ง มุ่งมั่น โดยผู้อำนวยการเป็น Role model ชี้ นำบุคคล เน้นทรัพยากรบุคคล ผลักดันกิจกรรมครอบคลุมทุกเรื่องในมาตรฐาน เพื่อให้เกิดพลังขับเคลื่อน</li> <li>- การบริหารความเสี่ยง: มุ่งมั่นจนมีความก้าวหน้าในความเสี่ยงอย่างน่าชื่นชม การพยายามสู่ safety design ทีมแสดงให้เห็นว่ามีความสามารถต่อยอดเครื่องมือใหม่ๆ ได้</li> <li>- ENV: มีความพยายามสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยแม้ว่าเก่า แต่เห็นความใส่ใจการอนุรักษ์พลังงานจนเกิดวัฒนธรรมเป็นส่วนที่ร่วมไปกับระบบอื่น</li> <li>- งาน IC: สามารถป้องกันควบคุมการติดเชื้อให้ดำรงคงอยู่ มีแนวโน้มที่ดี ควบคุมโรคติดเชื้อที่ตีน่าชื่นชม</li> <li>- งานชุมชน: มีทีม PCC มีกระบวนการทำงานกับชุมชนได้อย่างเข้มแข็งทำให้ชุมชนมีการใส่ใจสุขภาพ</li> <li>- ด้านกระบวนการ: การเข้าถึงบริการ หลายเรื่องเป็นเรื่องโดดเด่น AOC เป็นลักษณะ pioneer ของเครือข่าย One OPD One Province one stop tele med fast track OR ทำได้อย่างดี</li> <li>- กระบวนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย: รพ. มีความมุ่งมั่นทุ่มเทให้ผู้ป่วยระยะสุดท้าย แม้มีหลายเรื่องที่เราไม่สามารถดูแลได้แต่ก็ทำให้การจากไปอย่างมีความสุข การดูแลไต่สายระยะสุดท้ายมีเรื่องราวดีๆ ดูแลด้วยหัวใจที่เป็นมนุษย์จริงๆ</li> </ul> <p><b>ข้อเสนอแนะ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การบริหารเชิงกลยุทธ์: ส่งเสริมให้เอาข้อมูลรอบด้านมาใช้เพื่อกำหนดแผน ใช้ KPI ที่เหมาะสม</li> <li>- การวิเคราะห์ข้อมูลบางที่ยังทำได้บ้างที่ทำได้น้อย ให้เรียนรู้จากหน่วยงาน ER IC ทำได้ดีนำมาเรียนรู้ได้</li> <li>- การจัดการกระบวนการ: ให้ทีมสามารถรู้เข้าใจอย่างต่อเนื่องร่วมกันได้จะดียิ่งขึ้น</li> <li>- ทีมนำเฉพาะด้าน การประเมินภาพรวม ใช้ role &amp; responsibility จะทำให้เราบูรณาการได้</li> <li>- RM: ทบทวนสาเหตุรากได้ดีพอสมควร แต่การจัดการควรหาวิธีที่เป็น Moderate to strong recommendation และการทำ risk register</li> <li>- ระบบยา: ควรให้ความสนใจการต่อยอดทำตามคำแนะนำที่สมาคมประเมิน</li> <li>- กระบวนการดูแล: พัฒนาการประเมินแรกรับ การประเมินซ้ำ การปฏิบัติตาม CPG ที่กำหนด</li> </ul>

หน่วยงาน	ประเด็นจากการเยี่ยมชมสำรวจ
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ในกลุ่มเสี่ยงสูง หัตถการเสี่ยงสูง ในแนวทางนี้ควรกำหนด ว่าใครควรทำใครควรกำกับดูแลบุคลากรติดตามความเสี่ยงเพื่อครอบคลุมความปลอดภัยมากขึ้น</li> <li>- รอบนี้เราเน้นProgression มากกว่า Perfection ผลครั้งนี้เป็น momentum ให้แก่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งถือเป็นแผ่นดินศักดิ์สิทธิ์ต่อไป</li> </ul>