

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 6/2556

เรื่อง "เรียนรู้ผลงานด้วย ...KPI"

วันอังคารที่ 16 กรกฎาคม 2556 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องบรรยายสุขุม ภัทราคม ตึกจุฬชีวินวิทยา ชั้น 1

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ	ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ
	รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิวรรณ ทังสุบุตร	ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาหทัยวิทยา
นางสาวเสาวนีย์ เนาวพาณิช	พยาบาลชำนาญการ หอผู้ป่วย CCU
นางสาวอัจฉรา มุกดา	พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน (ER)
อาจารย์ นายแพทย์ระพีพัฒน์ นาคบุญนำ	ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด
ผู้ช่วยศาสตราจารย์เปรมจิตร เจริญกุล	ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด
ดร.จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์	หัวหน้าหน่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์
นางอโณชา ฉั่ววงศ์	พยาบาลหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันตก

ผู้ดำเนินการอภิปราย : รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ

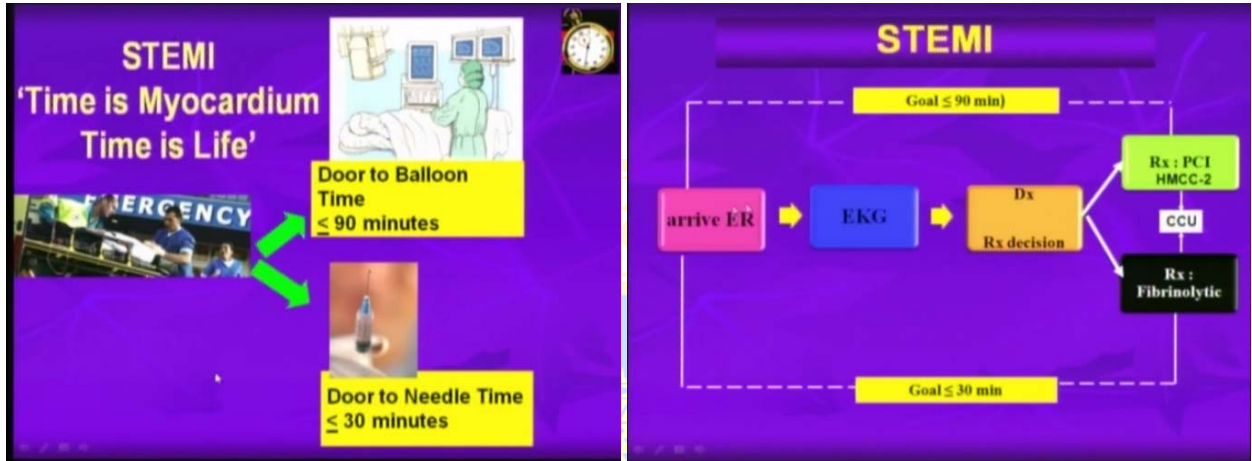
การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 6/2556 ได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์ นายแพทย์ **ประสิทธิ์ วัฒนาภา** รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช เป็นประธานในพิธีเปิดการประชุม และในการนี้รองคณบดีฯ กล่าวว่า “KPI หรือ Key Performance Indicator เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่หลายองค์กรใช้ในกระบวนการพัฒนาองค์กร KPI ที่ดี และมีการติดตาม จะทำให้ทราบถึงการดำเนินการขององค์กร ว่าอยู่ในขั้นตอนใด ทำให้ทราบว่าองค์กรเป็นอย่างไรเมื่อมีการเปรียบเทียบกับองค์กรอื่น และทำให้ทราบว่าที่ผ่านมา และขณะนี้องค์กรดีขึ้น เหมือนเดิม หรือแย่ลง นอกจากนี้ KPI สามารถบอกอนาคตได้ หากผู้บริหารรู้จักใช้ KPI ให้เป็นจะสามารถกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาองค์กรได้อย่างชัดเจน และ

KPI ยังเป็นตัวช่วยให้เกิดการเรียนรู้ในกระบวนการ เพราะ KPI บางตัวติดตามผล บางตัวช่วยติดตามกระบวนการ ที่สำคัญ จะเห็นได้ว่า KPI เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ แต่จุดเริ่มต้น KPI ที่สำคัญ คือ การค้นหา KPI ที่ชัดเจนและถูกต้อง ค้นหา KPI ที่มีคำว่า SMART ต้องเลือก KPI ให้ได้อย่างถูกต้อง และติดตามเพื่อผลประโยชน์ขององค์กร การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ในแต่ละครั้ง ไม่ใช่ One Way Traffic ไม่ใช่สิ่งที่มาจากวิทยากรพูดอย่างเดียว แต่กระบวนการจะเกิดขึ้น และเกิดผลประโยชน์อย่างมหาศาล หากได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน แบ่งปัน ประสบการณ์กัน และขอขอบคุณฝ่ายพัฒนาคุณภาพที่ได้ยกประเด็นเรื่องนี้ขึ้นมา และจะเป็นสิ่งที่มีผลกระทบกับทุกๆ หน่วยงาน ขอขอบคุณทีมงาน วิทยากร และสุดท้ายขอขอบคุณทุกท่านที่นั่งอยู่ในห้องนี้ เพื่อที่จะมาเรียนรู้สิ่งสำคัญด้วยกัน เพื่อขับเคลื่อนองค์กร และเพื่อให้โรงพยาบาลศิริราชไปสู่เป้าหมายในการเป็นสถาบันการแพทย์ของแผ่นดิน ที่มุ่งสู่ความเป็นสากล ความเป็นเลิศในระดับนานาชาติ”

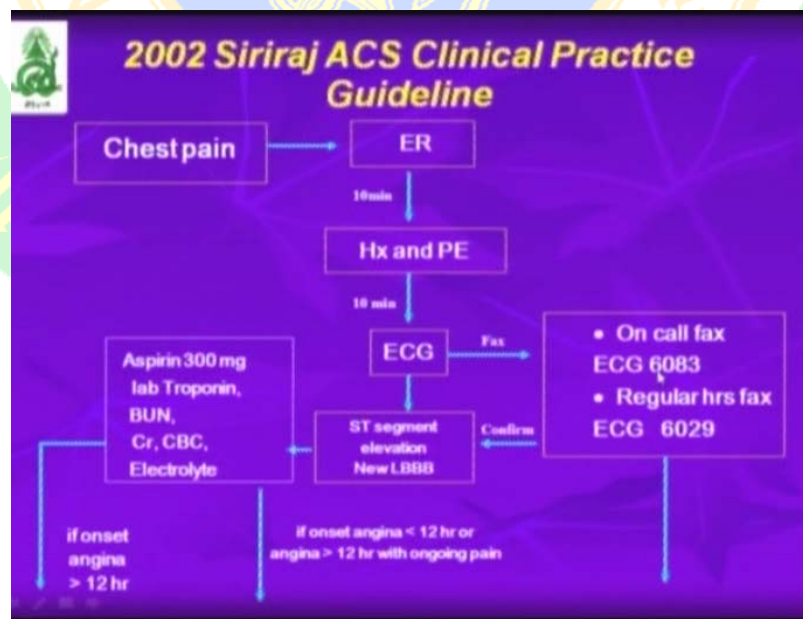
รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ และรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช ผู้ดำเนินการอภิปราย ได้กล่าวถึงตัวอย่างโครงการทำ KPI ที่ได้มีการเข้าสู่ Siriraj Clinical Tracer Plus (SiTC+) ซึ่งเป็นโครงการที่รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ได้ทำในกลุ่มที่เป็นรายโรค โดยศึกษาทั้ง Value Stream ว่าจะมีการปรับปรุงอย่างไรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการทำงาน และมีการวิจัย R2R ทั้งหมด เพื่อให้กระบวนการมีประสิทธิภาพสูงสุด โดยทางสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) หรือ สรพ.ได้มีการตอบรับ หากประสบผลสำเร็จจะเป็นตัวอย่างที่จะมีการรับรองเป็นรายโรค เหมือนกับ JCI Specific เพียงแต่ SiTC+ จะเป็นรูปแบบของ HA (Hospital Accreditation) ดังนั้นทีมที่จะมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในครั้งนี้ จะเป็นเรื่องการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มเฉพาะโรค ตั้งแต่กระบวนการเข้าจนถึงออก เพื่อให้เรียนรู้การนำตัวชีวิตมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งทีมแรกที่จะมาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำทีมโดย รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิวรรณ ทั้งสุบุตร จากภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาหทัยวิทยา และทีมงาน ได้แก่ คุณเสาวนีย์ เนาวพาณิชย์ พยาบาลชำนาญการดูแลผู้ป่วย CCU และคุณอัจฉรา มุกดา พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน(ER) โดยมีรายละเอียดเนื้อหาดังต่อไปนี้

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิวรรณ ทั้งสุบุตร ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาหทัยวิทยา กล่าวว่า Siriraj STEMI Quality Improvement Program เป็นโครงการที่เริ่มตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 โดยทีมงานจากภาควิชาอายุรศาสตร์ สำนักงานศูนย์โรคหัวใจ ฝ่ายการพยาบาล CCU, ICU และเจ้าหน้าที่ต่างๆ ความสำคัญของ ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) หรือสภาวะหัวใจขาดเลือดฉับพลัน นั่นคือ **ความรวดเร็ว** หากผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว จะสามารถลดอัตราเสี่ยงการเสียชีวิตได้มากขึ้น ผู้ป่วยที่เป็น

STEMI จะถูกส่งมาทางห้องฉุกเฉิน เนื่องจากเป็น Emergency ดังนั้นจึงมีการเลือกให้การรักษาว่า จะทำอย่างไรที่จะเปิดเส้นเลือด Coronary เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงที่หัวใจ โดยในปัจจุบันมี 2 วิธี คือ การให้ยา (Fibrinolysis) และการทำบอลลูน (Primary PCI) ซึ่งการจะเลือกวิธีใดนั้น ขึ้นอยู่กับสถานที่ ความพร้อมของเครื่องมือ และอาการผู้ป่วย



กระบวนการ STEMI จะต้องมีการ Guideline ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการรักษา ในต่างประเทศได้ให้นิยามไว้ว่า “Time is Myocardium Time is Life” ดังนั้นหากเลือกที่จะให้ยาผู้ป่วย กระบวนการตั้งแต่ที่รับผู้ป่วยจนถึงให้ยา ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 นาที และหากเลือกที่จะส่งผู้ป่วยไปทำบอลลูน กระบวนการตั้งแต่รับผู้ป่วยจนถึงทำบอลลูนนั้น ต้องน้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 นาที



สำหรับ Siriraj นั้น มี STEMI Fast Track ตั้งแต่ปี ค.ศ.2002 มีการเขียน Guideline ไว้ชัดเจนว่า เมื่อผู้ป่วยมาถึง ER จะต้องทำการตรวจร่างกายภายใน 10 นาที และทำ ECG ภายใน 10 นาที หากพบปัญหา

สามารถ Fax รายละเอียดได้ที่ใด และจากการประเมินผลกระบวนการที่ทำตาม Guideline พบว่าผลลัพธ์ที่ได้ดีขึ้น แม้จะยังไม่สามารถลดระยะเวลาให้ได้ตามที่กำหนด แต่ระยะเวลาในดำเนินการมีการลดลงทุกปีอย่างต่อเนื่อง ในปี ค.ศ. 2008 ได้เริ่มมองเห็นปัญหาของข้อมูลที่ได้รับ เนื่องจากแต่ละหน่วยงาน ทั้ง CCU, ICU, cath lab, ect. มีการเก็บข้อมูลไม่ตรงกัน แต่ละแห่งใช้วิธีเก็บที่แตกต่างกัน รวมทั้งข้อมูลที่ได้ ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มการรักษา จึงจัดให้มีการประชุมทุก 3-4 เดือน เพื่อพูดคุย แลกเปลี่ยน และสอบถามถึงปัญหาที่เกิดขึ้น โดยสรุปการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ. 2008 ได้ดังนี้

- มีการเชิญ Chief resident, fellow และ หน่วยเวรเปล เข้าร่วมประชุม เพื่อรับทราบปัญหาของผู้ที่อยู่หน้างาน

- ปรับเปลี่ยนการ Fax ECG โดยในปีค.ศ. 2011 ได้มีการยกเลิกการ Fax เนื่องจาก Fellow จะติดตามผู้ป่วยเพื่อดูอาการอยู่แล้ว

- มีการเปลี่ยนการเลือกวิธีการรักษาโดยให้พิจารณาว่า หาก cath lab พร้อมรับผู้ป่วยภายใน 30 นาที ให้ทำการ Primary PCI แต่หากพิจารณาแล้วพบว่า cath lab ไม่พร้อมภายใน 30 นาที ให้ดำเนินการให้ยาแก่ผู้ป่วย

จุดประสงค์ของโครงการ

- To improve the process of care in STEMI patients
- For complete data collection of STEMI patients

เป้าหมายของโครงการ

- door to balloon time $\leq$ 90 min
- door to needle time $\leq$ 30 min

ปัญหาที่พบ

- ผู้ป่วยที่ ER มีจำนวนมาก แต่แพทย์เวรมีจำนวนน้อย
- การเก็บข้อมูล Case Record Form (CRF) ใช้เวลานาน มีรายละเอียดค่อนข้างมาก เนื่องจากต้องการให้ได้ข้อมูลครอบคลุม KPI ของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- เนื่องจากมีการรักษา 2 ทางเลือก ทำให้ fellow ตัดสินใจช้า จึงได้กำหนดว่า กรณีที่ cath lab ไม่พร้อมภายใน 30 นาที ให้ดำเนินการให้ยาทุกราย กรณีที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยา

นางสาวเสาวนีย์ เนาวพานิช พยาบาลชำนาญการหอผู้ป่วย CCU กล่าวว่า กรณีที่ cath lab พร้อมจะดำเนินการส่งผู้ป่วยทำ Primary PCI แต่ถ้า cath lab ไม่พร้อมจะให้ผู้ป่วยทำ Fibrinolysis ซึ่งได้ทำ Flow แยกวิธีการดำเนินการอย่างชัดเจน รวมทั้งมีการระบุข้อห้าม เพื่อให้ resident หรือ fellow เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ทำให้ลดเวลาลง หลังจากมีการปรับปรุง Flow ปรากฏว่าระยะเวลาในกระบวนการลดลง ทำให้เกิดความมั่นใจได้ว่า Flow ที่มีการปรับปรุงจะช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้น ซึ่งทีมงานได้มีการเชื่อมโยงการทำงานกับ Siriraj Clinical Tracer Plus (SiTC+) ดังนี้

เป้าหมาย

- สามารถให้การวินิจฉัยที่รวดเร็ว แม่นยำ
- สามารถทำให้เลือดหล่อเลี้ยงหัวใจทันเวลาและป้องกันไม่ให้เกิดการตายของกล้ามเนื้อหัวใจ
- สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการทำ PCI หรือ Fibrinolytic agent
- สามารถลดอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

ตัวชี้วัด

- Door to EKG น้อยกว่า 10 นาที
- Door to balloon time น้อยกว่า 90 นาที (Benchmark กับสถาบัน AAC และ AHA)
- Door to needle time น้อยกว่า 30 นาที (Benchmark กับสถาบัน AAC และ AHA)
- อัตราตายภายใน 30 วัน (Benchmark กับสถาบัน AAC และ AHA)
- อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงภายหลังทำ PCI (Major bleeding)
- อัตราการเสียชีวิตจากการเกิดจังหวะการเต้นของหัวใจผิดปกติรุนแรงภายใน 48 ชั่วโมง
- อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วยและหรือญาติ
- ระยะเวลาในโรงพยาบาล
- ค่าใช้จ่ายรวม

นางสาวอัจฉรา มุกดา พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน (ER) กล่าวถึงกระบวนการเก็บข้อมูลว่า เมื่อผู้ป่วยมาถึงที่ ER จะมีการประเมินผู้ป่วย จากนั้นพยาบาลจะทำคัดกรองภาวะวิกฤต หากตรวจสอบประวัติและพบว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกจะต้องนำเข้า ER ทันที จากนั้นเริ่มทำการ record เวลา โดยปฏิบัติ ตามแนวทางปฏิบัติผู้ป่วย Acute STEMI ซึ่งบางครั้งผู้ป่วย ER มีจำนวนมาก ทำให้เกิดปัญหามันติดข้อมูลไม่ทัน แต่ในทางปฏิบัติ fellow จะเป็นผู้บันทึกเวลาในการมาถึงแต่ละครั้ง สำหรับปัญหาเรื่องเวลา ได้มีการเปลี่ยนให้

เป็นระบบดิจิทัล โดยให้ดูจากนาฬิกาของ ER โดยตรง และปัญหาจากการคัดกรองซึ่งพบว่า มีผู้ป่วยบางรายที่ไม่มีอาการเจ็บหน้าอก แต่เป็น STEMI ซึ่งประเด็นส่วนนี้จะต้องดำเนินการพัฒนาต่อไป เพื่อคัดกรองให้ได้ 100%
สรุปภาพรวม หลักการที่จะเลือกตัวชี้วัด ต้องเลือกจากสิ่งที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย

อาจารย์ นายแพทย์ระพีพัฒน์ นาคบุญนำ ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด ยกตัวอย่าง Siriraj Clinical Tracer Plus (SiTC+) จาก Total Knee Replacement โดยเสนอมุมมองที่เพิ่งรู้จัก ว่าควรคิดอย่างไร และจะนำมาใช้ประโยชน์อย่างไรในหน่วยงานได้บ้าง ทั้งนี้ได้กล่าวว่า ปัจจุบันโรคข้อเข่าเสื่อมจะเกิดได้ง่ายเมื่ออายุมากขึ้น จำนวน 30% ของคนอายุ 50-60 ปี อาจจะต้องรักษา และผู้หญิงมีโอกาสเป็นมากกว่าผู้ชายเท่าตัว สาเหตุในการเลือกเรื่องที่จะดำเนินการทำ Siriraj Clinical Tracer Plus (SiTC+) คือ มีผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก มี Volume ที่ดีและมีการ Record ที่ดีอยู่ ดังนั้นภาควิชาฯ จึงได้เสนอเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมขึ้นเพื่อเป็น Pilot

สิ่งที่ง่ายที่สุดของการคิดว่าจะทำอย่างไร คือเลิกคิดว่าเราอยากได้อะไร แต่ให้กลับไปคิดว่าผู้ป่วยอยากได้อะไร และสิ่งที่ง่ายที่สุดสำหรับการเลือกเป้าหมายการทำ Siriraj Clinical Tracer Plus (SiTC+) ที่จะพัฒนาคุณภาพ คือ สามารถบอกผู้ป่วยได้หรือไม่ว่า คุณจะได้รับมาตรฐานที่ดีในการมารักษา และไม่แตกต่างกันทุกครั้งที่มารับบริการ จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยต้องการพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ได้รับการผ่าตัดที่ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลรักษาที่ดี และกลับมาเดินได้ตามปกติ จึงได้จัดทำ Flow ออกเป็นแต่ละส่วน ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษา ผู้ป่วยรับการผ่าตัดจนถึงหลังผ่าตัด และพิจารณาสิ่งที่เป็นความพึงพอใจของทั้งทีมผู้รักษาและผู้ป่วย

การดำเนินการ เริ่มจากการประชุม ซึ่งทีมถือเป็นสิ่งสำคัญ การจะตั้งเป้าหมาย ตัวชี้วัด หรือเก็บข้อมูล จะต้องสอบถามจากทีมที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นต้องตั้งเป้าหมายว่าอะไรคือประเด็นหลัก และเลือก KPI จากอะไร ยกตัวอย่าง เรื่องความปลอดภัย ซึ่งประเมินเรื่องการเตรียมตัวก่อนการผ่าตัดต้องมีความปลอดภัย ผู้ป่วยไม่มีการเลื่อน หรือยกเลิกการผ่าตัด การป้องกันมีอะไรบ้าง โดยจะทำการสอดแทรกความรู้ของแต่ละโรคเข้าไป เมื่อสามารถตั้ง Safety ได้แล้วจะพิจารณาจากรอบข้างว่าใช้อะไรวัดผล และได้ผลดี ก็ให้นำมาตั้งเป็น KPI ดังนั้น KPI แต่ละโรคจะแตกต่างกัน โดยกำหนดเรื่องการผ่าตัดโรคข้อเข่าเสื่อมที่ศิริราช ในแต่ละด้านไว้ดังนี้

Safety

1. Pre-op evaluation: ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่มีปัญหาทาง medical condition

2. Prevent complication:

- 2.1 ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตในขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.3 ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Symptomatic DVT/PE ในขณะอยู่โรงพยาบาล
- 2.4 ผู้ป่วยได้รับยา Antibiotic ตาม CPG ก่อนผ่าตัด
- 2.5 แผลผ่าตัดไม่มีการติดเชื้อ

Functional outcome

1. ผู้ป่วยได้รับการ Pre-operation PT education ภายใน 3 เดือน ก่อนผ่าตัด
2. ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินภายใน 2 วันหลังผ่าตัด
3. ผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้ $\geq 90^\circ$ before discharge

Satisfaction

1. ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Pain score
 2. จำนวนวันนอนของผู้ป่วย ≤ 7 วัน
 3. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วย
- ซึ่งการวัดผลสามารถเทียบเคียงได้ 3 วิธีคือ 1. เทียบเคียงกับมาตรฐานสากล 2. เทียบเคียงกับข้อมูลทั่วไป และ 3. เทียบเคียงกับโรงพยาบาลหรือข้อมูลเดิมที่เคยทำในแต่ละปี

ดร.จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์ หัวหน้าหน่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์ กล่าวถึงกระบวนการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลศิริราชว่า ได้ปฏิบัติตามมาตรฐาน WHO Patient Safety Solutions, TJC: The Joint Commission, JCIA: National Patient Safety Goals, HA-Thailand Patient Safety Goals และ Siriraj's Patient Safety Goals โดยมาตรฐานสากลได้กำหนดว่า ผู้ป่วยที่จะลดการติดเชื้อจากแผลผ่าตัดได้ดีที่สุดควรจะได้รับ Prophylactic ATB ภายใน 60 นาที ก่อนลงมีด และควรมีการรัดห้ามเลือดการก่อนผ่าตัด สำหรับกลุ่มยา Vancomycin/FQs สามารถให้ได้ 2 ชั่วโมง ซึ่งก่อนที่จะดำเนินการ ทำตาม Surgical Safety Checklist และ Siriraj Clinical Tracer Plus (SiTC+) นั้น อัตราการได้รับ Prophylactic ATB อยู่ที่ร้อยละ 92.4 โดยตั้งเป้าหมายไว้ที่ 100%

Surgical Site Infection

1. Infection occurs within 1 year after the operation if implant is in place.
2. Validated parameters for Risk Index : Age, ASA, Duration of procedure, Gender

จากการเก็บข้อมูลพบประเด็นปัญหา คือ ข้อมูลสูญหาย การบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน ซึ่ง ณ ปัจจุบันอยู่ระหว่างพัฒนาแก้ไข โดย Benchmark กับมาตรฐานสากล และได้ร่วมประชุมกับ งานโรคติดเชื้อ เพื่อช่วยแก้ปัญหาข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน และสิ่งที่เป็นประเด็นก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ โดยทีมงานของอาจารย์ นายแพทย์ระพีพัฒน์ นาคบุญนำ ได้ร่วมกันพัฒนาโปรแกรม Siriraj Joint Registry เพื่อช่วยให้การได้มาซึ่งข้อมูลครบถ้วนมากยิ่งขึ้น

Surgical Site Infection Prevention High-Level Process Flow Map



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เปรมจิตร เจริญกุล ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด กล่าวว่า สิ่งที่ทำคือการเตรียมผู้ป่วยก่อนรับการผ่าตัด ซึ่งได้นำข้อมูลที่บันทึกมาพิจารณา ตั้งเป้าหมายว่าจะให้มี KPI เท่าไร หลังจากที่มีผู้ป่วยผ่าตัด และได้มีการ Benchmark กับ JOA ในปี 2010 นำเสนอการจัดเก็บข้อมูล Clinical Tracer โดยได้นำระบบสารสนเทศเข้ามาใช้ในการเก็บข้อมูล Siriraj Joint Registry โดยมีการกำหนดเป้าหมาย ดังนี้

1. ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินภายใน 2 วันหลังผ่าตัด
 2. ผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้ $\geq 90^\circ$ before discharge
- เมื่อได้ functional outcome ตามเป้าหมาย ทีมงานได้พัฒนาสู่งานวิจัย และจะพัฒนาเป็น Siriraj Exercise Programme สำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า หรือผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม

นางอโณชา อึ้งวงศ์ พยาบาลหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันตก เล่าว่า ในด้านของพยาบาลจะมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด เมื่อมีการผ่าตัด จะก่อให้เกิดความเจ็บปวด จึงได้เลือก KPI ด้าน Pain score โดยเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่หอผู้ป่วย จะให้ทำการประเมิน Pain score โดยสอนผู้ป่วย ตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยตอบ Pain score ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลทำให้พยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่ง KPI ด้าน Pain score นั้น มีหลายรูปแบบ จึงได้จัดการประชุมเพื่อเลือก KPI ที่เป็นสากล และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่เปลี่ยนข้อเข่าเทียม โดยได้ Pain score ≥ 6 ขึ้นไป 2 ครั้งขึ้นไปต่อวัน ภายใน 72 ชม. หลังผ่าตัด โดยในหอผู้ป่วย ได้นำ KPI Pain score ไปใช้ด้านต่างๆ ทั้งการคิดนวัตกรรม โครงการ และได้มีการจัดทำแฟ้มเพื่อการเก็บข้อมูลในแต่ละหอผู้ป่วยโดยเฉพาะ โดยได้มีการพัฒนาแบบเก็บข้อมูล หรือ KPI Checklist เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และง่ายต่อการเก็บข้อมูล ดังนี้

Clinical Tracer Plus Total Knee Replacement Checklist

เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วย (วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด.....)

Sticker ผู้ป่วย

เครื่องชี้วัด		เป้าหมาย	ผลการประเมิน		Information provider	หมายเหตุ
			Yes	No		
1. Safety	1.1 Pre-op evaluation การยกเลิกเลื่อนผ่าตัดด้วยปัญหา medical condition ที่ไม่พร้อม	≤ 2%			ward	
	1.2 Prevent complication	0			Surgeon/ward	
	1.2.1 Mortality rate* 1" อัตราการเสียชีวิตในขณะ admit				Surgeon/ward	
	1.2.2 Major morbidity : Stroke, MI, others				Surgeon/ward	
	1.2.3 อัตราผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ตาม CPG ก่อนผ่าตัด	100%			OR	
	1.2.4 อัตราการติดเชื้อ แผลผ่าตัดในข้อเข่าหลังผ่าตัด	1% Deep* require Sx Superficial infection			Surgeon/ward Surgeon/ward	
	1.2.5 อัตราการเกิด Symptomatic DVT/PE ขณะ admit	< 1%			Surgeon/ward	
2. Functional outcome	2.1 Pre-operation PT education	≥ 50%			PT	
	2. 2 ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินภายใน 2 วันหลังผ่าตัด	≥ 90%			ward/PT	
	2. 3 Flexion ≥ 90° before discharge	> 70%			PT	
3. Satisfaction	3.1 Pain score ≥ 6 ขึ้นไป 2 ครั้งขึ้นไป ต่อวัน ภายใน 72 ชม. หลังผ่าตัด	at rest On movement	< 20%		ward PT	
	3.2 Satisfaction score: Questionnaire		> 80%		ward	
4. การครองเตียง	LOS ≤ 7 วัน		> 80%		ward	

1. หอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง ติด checklist นี้ที่ด้านหลังฟอร์มโปรท กรอกข้อมูล และตรวจสอบความครบถ้วน

2. ส่ง checklist มาที่หน่วยเวชระเบียน ภาควิชา เพื่อรวบรวมเอกสารไว้

3. หน่วยพัฒนาคุณภาพ ภาควิชา ติดตามเก็บรวบรวม checklist จากหน่วยเวชระเบียน ภาควิชา เพื่อนำมาจัดทำสถิติ รายงานต่อไป

กรณีที่สงสัยเรื่องของการติดเชื้อแผลผ่าตัด กรุณาประสานงานมาที่หน่วยพัฒนาคุณภาพ ภาควิชา กษกร สุตเจริญ 7533, 7513 เพื่อประสานงานอาจารย์ต่อไป

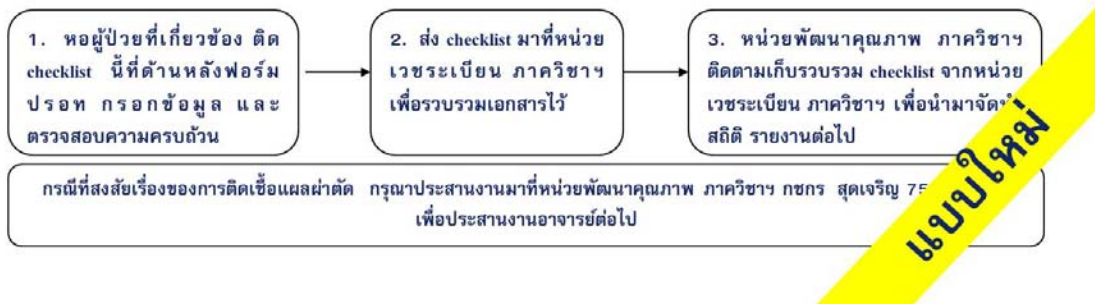
แบบเก่า

Clinical Tracer Plus Total Knee Replacement Checklist

เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วย (วันที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด.....)

Sticker ผู้ป่วย

เครื่องชีวิต		ผลการประเมิน		Information provider	หมายเหตุ
		Yes	No		
1. Safety	1.1 Pre-op evaluation ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดตามระยะเวลาที่กำหนดโดยไม่ มีปัญหาทาง medical condition			ward	
	1.2 Prevent complication			Surgeon/ ward	
	1.2.1 ผู้ป่วยไม่เสียชีวิตในขณะอยู่โรงพยาบาล			Surgeon/ ward	
	1.2.2 ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่ โรงพยาบาล (Major morbidity : Stroke, MI, others)			Surgeon/ ward	
	1.2.3 ผู้ป่วยไม่มีภาวะ Symptomatic DVT/PE ในขณะอยู่ โรงพยาบาล			Surgeon/ ward	
	1.2.4 ผู้ป่วยได้รับยา antibiotic ตาม CPG ก่อนผ่าตัด			OR	
	1.2.5 แผลผ่าตัดไม่มีมีการติดเชื้อ (Diag by Surgeon) (กรณีที่มีการติดเชื้อโปรดระบุ ☒ ในช่องหมายเหตุให้ชัดเจน)			Surgeon/ ward	☐ Deep* require Sx ☐ Superficial infection
2. Functional outcome	2.1 ผู้ป่วยได้รับการ Pre-operation PT education ภายใน 3 เดือนก่อนผ่าตัด			PT	
	2.2 ผู้ป่วยสามารถ ambulate ได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินภายใน 2 วันหลังผ่าตัด			PT	
	2.3 ผู้ป่วยสามารถงอเข้าได้ $\geq 90^\circ$ before discharge			PT	Heel slide
3. Satisfaction	3.1 ผู้ป่วยได้รับการประเมิน Pain score Pain score (at rest) < 6 หรือ Pain score > 6 ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน หมายเหตุ.....			ward	วงกลม yes/no Day1 Day2 Day3 yes / no yes / no yes / no
	Pain score (on movement) < 6 หรือ Pain score > 6 ไม่เกิน 1 ครั้ง/วัน หมายเหตุ.....			PT	ระบุคะแนน Day1 Day2 Day3
	3.2 อัตราความพึงพอใจของผู้ป่วย		%	ward	
4. การครองเตียง	จำนวนวันนอนของผู้ป่วย		วัน	ward	



โดยงานเวชระเบียน ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ฯ จะเป็นผู้เก็บรวบรวมส่งที่ภาควิชาฯ พร้อมกับ
รายงานผู้ป่วยใน หลังจากผู้ป่วยกลับบ้าน จากนั้น งานพัฒนาคุณภาพภาควิชาฯ จะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล

ต่อไป ซึ่ง คุณกชกร สุตเจริญ ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของ Back Office ในการรวบรวมข้อมูลและเก็บรายละเอียดต่างๆ จัดทำเป็น Flow และออกแบบ Checklist

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชิดชัย นพมณีจรัสเลิศ ได้กล่าวสรุป การกำหนดและติดตามตัวชี้วัด เพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องว่า เมื่อทราบข้อมูลจะสามารถนำตัวชี้วัดมาตรวจสอบสถานะได้ว่า ปัจจุบันมีการดำเนินการเป็นอย่างไร สามารถสื่อสารให้บุคคลในองค์กรยอมรับไปในทิศทางเดียวกัน และ จัดลำดับความสำคัญได้ว่า เรื่องใดที่ควรทบทวนและควบคุมการดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย รวมทั้งสามารถ เปรียบเทียบไปสู่ความเป็นเลิศได้

สิ่งสำคัญของ Indicators คือ

1. จะวัดอะไร (What to measure) ที่มาของการสิ่งที่วัด คือ Voice of Customer (VOC) เนื่องจากจุดสำคัญคือ ผู้รับบริการ และตัวชี้วัดที่ดีต้อง SMART คือ Specific (เฉพาะเจาะจง), Measurable (วัดได้), Attainable (สำเร็จได้), Relevant (เหมาะสม) และ Time bound (เวลา) ตัวชี้วัดจะต้องมี กระบวนการ (Output) และผลลัพธ์ (Outcome) ที่ดี เช่น การทำบะหมี่

ผลผลิต (Output) คือ บะหมี่เส้นนุ่ม น้ำรสกลมกล่อม

ผลลัพธ์ (Outcome) คือ อร่อย สะอาด

การวัดผลต้องวัดทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อให้ทราบสาเหตุว่าผลลัพธ์ที่ไม่ดีนั้น เกิดจาก กระบวนการใด และเพื่อให้สามารถพัฒนาและแก้ไขได้ตรงสาเหตุทันที โดยกระบวนการที่วัดจะต้องมีความหมายกับผลลัพธ์ ซึ่งตัวชี้วัดนั้นมีหลากหลายรูปแบบ การจะเลือกตัวชี้วัดต้องเลือกที่เป็น Key performance ที่สำคัญ การเลือกตัวชี้วัด ควรพิจารณาหาคู่เทียบ Benchmarking ด้วย

2. วัดอย่างไร (How to measure) คุณภาพของข้อมูล (Data) นิยามต้องถูกต้อง สมบูรณ์ครบถ้วน มีความเที่ยงตรง ทุกคนมีความเข้าใจตรงกัน

3. วิเคราะห์อย่างไร (How to analyze) หลังเก็บข้อมูลต้องทราบว่าแนวโน้ม การเปลี่ยนแปลง ความผันแปร และรูปแบบว่าเป็นอย่างไร เพื่อประโยชน์ในการหาโอกาสพัฒนา ติดตาม และประเมินผลให้บริการ

อ.นพ. อัครินทร์ นิมนานิตย์ ได้กล่าวว่า การที่จะ Improve อะไร หากไม่สามารถวัดผลได้ ก็คง เป็นไปไม่ได้ ที่จะพัฒนาให้ดีขึ้น บ่อยครั้งที่พบปัญหา แต่เพราะไม่เคยวัดผล จึงไม่สามารถที่แก้ไขได้ และแม้ว่า การมอนิเตอร์จะทำให้มีการพัฒนาที่ดีขึ้น แต่การมอนิเตอร์อย่างเดียวจะช่วยให้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นจึงควรมี การดำเนินการต่างๆ ต่อด้วย ดังจะเห็นตัวอย่างได้จากทั้ง 2 ทีม ที่ได้มีการพัฒนา และแก้ไขอย่างต่อเนื่อง โดย จะสังเกตได้ว่าสิ่งที่นำมาเป็นเกณฑ์นั้นจะคำนึงถึงประโยชน์ของผู้ป่วยเป็นหลัก

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน นางสาวชลิตา มิ่งขวัญ

ผู้ตรวจสอบบทเรียน นางสาวสมใจ เนียมหอม

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



รองศาสตราจารย์ นายแพทย์เชตชัย นพมนีจรัสเลิศ

ผู้ช่วยคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ

รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช



รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงวิวรรณ ทั้งสุขบุตร

ภาควิชาอายุรศาสตร์ สาขาหทัยวิทยา



นางสาวเสวนีย์ เนาวพานิช

พยาบาลชำนาญการหอผู้ป่วย CCU



นางสาวอัจฉรา มุกดา

พยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน (ER)



อาจารย์ นายแพทย์ระพีพัฒน์ นาคบุญนำ

ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด



ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เปรมจิตร เจริญกุล

ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด



ดร.จุฑาทิพย์ นันทวินิตย์

หัวหน้าหน่วยผ่าตัดออร์โธปิดิกส์



นางอโนชา ชูวงศ์

พยาบาลหอผู้ป่วย 84 ปี ชั้น 5 ตะวันตก