

12th HA National Forum Proceedings

A26

Clinical Outcome Performance

16 มีนาคม 2554 เวลา 10.30-12.00 น.

ห้อง Saffie 6



Lean ระบบนัด คลินิกหูดอกจุก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์



จากความไม่พึงพอใจร้องเรียนโรงพยาบาล แล้วก็มีปัญหาต้องรอเพิ่มเวชระเบียน ก่อนหน้านี้
เวลาเราตรวจ เราต้องใช้เพิ่มเวชระเบียนในการตรวจผู้ป่วยทุกราย เพิ่มเวชระเบียนหาย ค้นไม่เจอ ก็ทำให้
การตรวจล่าช้าไปอีก

สภาพปัญหา

- ความแออัดของคลินิก
- จำนวนผู้ป่วยมากเฉลี่ย 250 คน/วัน (150-380คน)
- รอตรวจนาน
- รอเพิ่มเวชระเบียน
- เพิ่มเวชระเบียนหาย/ค้นไม่เจอ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



วัตถุประสงค์



สร้างระบบนัดผู้ป่วย

- เพื่อกระจายผู้ป่วย (Leveling) ให้ได้ตรงตามเวลานัด
- ลดความสูญเสียเปล่าเรื่องการรอคอย (waiting) ของผู้ป่วยและญาติ
- ลดความแออัดของ OPD
- สร้างความประทับใจในบริการ
- ยกย่องการบริการให้อยู่ในระดับดีเลิศ (Best Practice)
- ลดความเครียด ความขัดแย้ง ของผู้ที่เกี่ยวข้อง
- สร้างวัฒนธรรมการนัด และตรงต่อเวลานัด

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

วัตถุประสงค์ของการทำระบบนัด เพื่อสร้างระบบนัดผู้ป่วย กระจายผู้ป่วยให้ได้ตรงตามเวลานัด ลดความสูญเสียเปล่าเรื่องการรอคอยของผู้ป่วยและญาติ ลดความแออัดจุดคอขวดของ OPD สร้างความประทับใจการบริการ ยกย่องการบริการให้อยู่ในระดับดีเลิศ ลดความเครียด ความขัดแย้งของผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด สร้างวัฒนธรรมการนัด และการตรงต่อเวลานัด

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้ป่วยที่เราตรงตามเวลานัด เป้าหมาย 70% มีการ Flow ของคนใช้ในห้องตรวจได้ดี ไม่มีความแออัดดังรูป



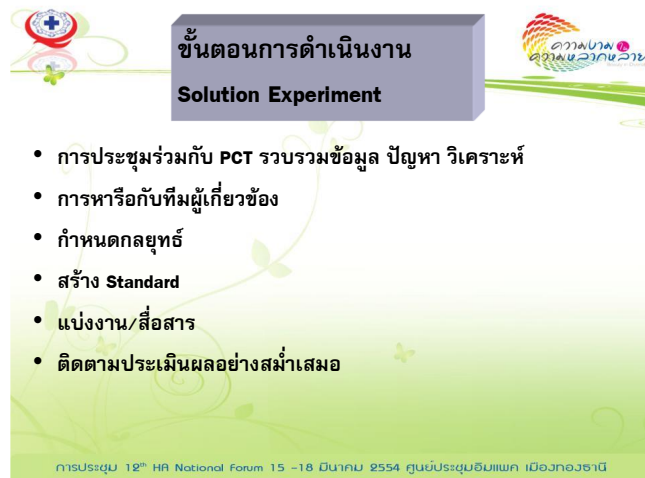
เป้าหมาย



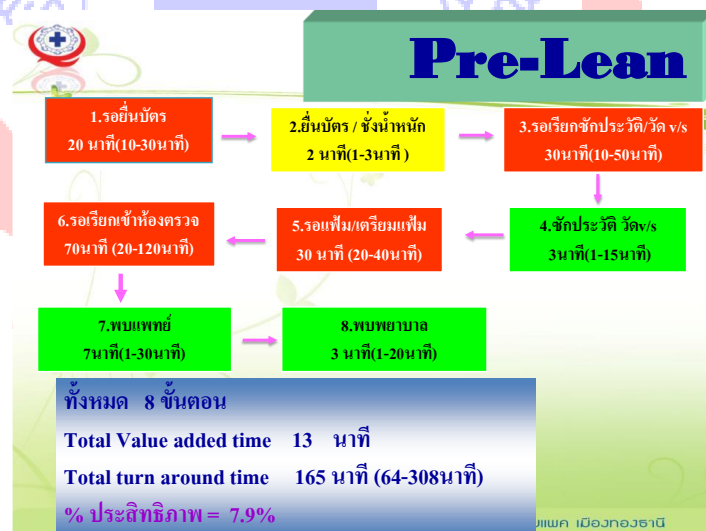
ผู้ป่วยนัดได้ตรงตามเวลานัด > 70 %



การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี



เรามีขั้นตอนการดำเนินงานตั้งแต่ เรามีประชุมระหว่างภาควิชาสต คอ นาสิก มารวบรวม ปัญหา และวิเคราะห์ปัญหา พร้อมกับทีมผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด กำหนดเป็นกลยุทธ์สร้าง Standard drive work ขึ้นมาแบ่งงาน และสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านรับทราบ และก็ติดตามประเมินผลอย่างสม่ำเสมอสำคัญที่สุด



ที่นี่เรามาดู เราวิเคราะห์กระบวนการตั้งแต่คนไข้เข้ามาห้องตรวจจนกระทั่งออก หรือ Value Stream Mapping เรามีทั้งหมด 8 ขั้นตอน

ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 เมื่อมาถึงโรงพยาบาลก็ต้องมาเข้าคิวเพื่อรอยื่นบัตร แล้วก็ใช้เวลาเฉลี่ยอยู่ที่ 20 นาที ขั้นตอนที่ 2 ยื่นบัตร/ชั่งน้ำหนัก เฉลี่ย 2 นาที แล้วก็ 3 รอชักประวัติวัด vital signs 30 นาที และก็ชักประวัติวัด vital signs 3 นาที รอแฟ้ม เตรียมแฟ้มเฉลี่ย 30 นาทีและรอเรียกห้องตรวจเฉลี่ย 70 นาที และไปพบแพทย์ 7 นาที และพบแพทย์เฉลี่ย 13 นาทีแล้วก็ออกจากห้องตรวจจะเห็นได้ว่า Total Value added time กล่องสีเขียวที่มีคนใช้กับที่มีค่ากับคนไข้จริงๆ แค่ 13 นาที แต่เวลาทั้งหมดที่ใช้ไป Total

turn around time 165 นาที คิดออกมาเป็นเปอร์เซ็นต์ประสิทธิภาพ ได้ 7.9% จากที่เรากระบวนการตั้งแต่คนไข้ที่เข้าแล้วก็ออก วิเคราะห์ดูว่า เกิดจากอะไรบ้าง

ประเด็นปัญหา/การแก้ไข Lean 1		
Pre-Lean	Post-Lean1	Lean Tool
•นัดช่วงเวลาเดียวกันทุกคน (9.00-12.00น. หรือ 13.00-15.00น.) •ต้องมารับคิวเข้าตรวจใหม่ •มาก่อนได้ตรวจก่อน/ได้ตรวจตามคิวที่มาคิดต่อขึ้นบัตร •ต้องรอเพิ่มเวชระเบียน	•นัดเป็นช่วงเวลา 9.00-10.00 น. ตรวจผู้ป่วยใหม่ 10.00-11.00 น. ตรวจผู้ป่วยนัด 11.00 น. เป็นต้นไป ตรวจผู้ป่วยที่เหลือ •เตรียมแฟ้ม และ lab ให้พร้อมล่วงหน้า 1 วัน	- Workload Leveling - Quick Set-up

ปัญหาเกิดจากว่า เรานัดคนไข้ช่วงเวลาเดียวกันทุกคน ในบัตรนัดเราจะเขียนว่า ให้มายื่นบัตรเวลา 9 -12 น.หรือช่วงบ่ายก็ 13-15 น.คนไข้ก็ต้องมาเข้าคิวใหม่ ใครมาก่อนก็ได้ตรวจก่อน เกิดการแย่งคิว แย่งที่ยืนกัน เราแก้ไขโดยใช้เครื่องมือ Workload Leveling ระยะแรกสุดที่ทำ lean เรานัดคนไข้เป็นช่วงเวลา 9-10 โมง ตรวจคนไข้ใหม่ 10-11 โมง ตรวจคนไข้นัด 11 โมง เป็นต้นไปเราตรวจคนไข้ที่เหลือแล้วจากประเด็นปัญหาที่เราต้องเพิ่มเวชระเบียน รอ Lab เราใช้เครื่องมือ Lean ที่เรียกว่า Quick Set-up เราเตรียมพร้อม Lab ,แฟ้มล่วงหน้า 1 วัน

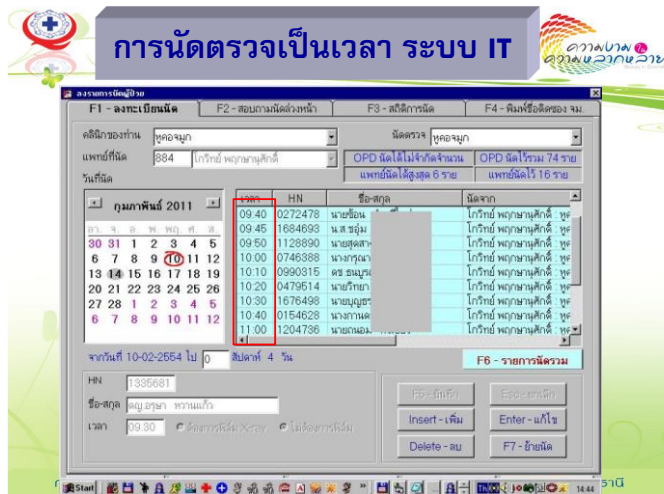


จากทำแก้ปัญหาไปใน Lean 1 ขั้นตอนยังมี 8 ขั้นตอนเหมือนเดิม ในส่วนขั้นตอนการรอ เรียกชื่กประวัติ รอหาแฟ้ม รอเรียกเข้าห้องตรวจ เวลาลดลง Total turn around time 120 นาที เปอร์เซ็นต์ ประสิทธิภาพ 10.83% ที่นี้เรามาทำ Lean 2 ต่อ Lean 2 เรานำระบบ IT มาใช้การนัดหมายคนไข้เป็นเวลา ขอทำความเข้าใจเรื่องการตรวจตามเวลานัด คำจำกัดความ หมายถึง เวลาคนไข้เข้าพบแพทย์ก่อนเวลานัด 10 นาทีหรือเวลานัดไม่เกิน 20 นาที หรือ -10 + 20 อย่างเช่น ถ้าบอกนัด 10 นาทีถ้าเขาได้เข้าเจอหมอ 9.50-10.20 น.ถือว่าได้ตามเวลานัด นี่เป็นข้อตกลงที่เราทำ

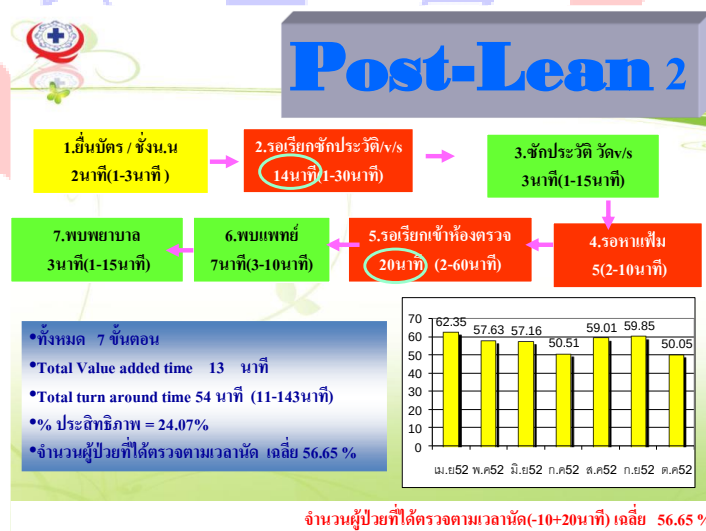


Lean 1	Lean2	Lean Tool
• นัดเป็นช่วงเวลา	นัดระบุเป็นเวลา โดยใช้ระบบ IT	Workload Leveling
• ผู้ป่วยที่ต้องตรวจเลือด หรือ เอกซเรย์ต้องรอผลก่อนเข้าตรวจ	• นัดหลังได้ผล (หน่วยพยาธิ / X-ray ประกันเวลารายงานผล)	Quick Set-up
• ไม่กำหนดจำนวนผู้ป่วยให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของแพทย์	• กำหนดจำนวนผู้ป่วยให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของแพทย์	Takt time Cycle time
• ไม่กำหนดเวลาตรวจผู้ป่วย ต่อรายให้เหมาะสม	• กำหนดเวลาตรวจผู้ป่วย ต่อรายให้เหมาะสม	

ที่นี้พอมาวิเคราะห์ปัญหาใน lean 2 ยังมีปัญหาว่า เรานัดเป็นช่วงเวลาแต่เป็นเวลาสั้น ที่นี้พอเราใช้เครื่องมือ lean เข้าช่วยก็คือ Workload Leveling โดยนัดเป็นเวลาโดยใช้ IT แล้วก็คนไข้ที่ต้องเจาะเลือดหรือ X-ray ก่อนหน้านั้นเราจะนัดโดยไม่ได้ดูว่าผลเลือด ผล Lab เขาจะออกตอนไหนแก้ปัญหาโดยใช้เครื่องมือ Lean ที่เรียกว่า Quick Set-up เราจะนัดหลังได้ผล Lab ห้อง Lab ห้อง X-ray จะประกันเวลาออก เราจะนัดคนเหล่านี้ออก แล้วก็ไม่มีกำหนดจำนวนคนไข้ให้เหมาะสมกับเกณฑ์ความสามารถการตรวจคนไข้ของแพทย์ ดูว่า แพทย์ใช้ทุนปี 1 ตรวจซ้ำ ถ้านัดนาทีต่อคน เป็นไปไม่ได้ที่หมอจะตรวจทัน เราก็กำหนดคนไข้ให้เหมาะสมกับขีดความสามารถของแพทย์ และก็จากที่เราไม่ได้กำหนดระยะเวลา คนไข้ต่อรายที่เหมาะสม เราก็กำหนดเกณฑ์คนไข้ต่อรายให้เหมาะสม โดยใช้เครื่องมือ Takt time,Cycle timeเข้ามาช่วยแจ้งในส่วนคนไข้ที่ทำหัตถการคลินิกหู คอ จมูก ส่วนใหม่จะต้องรักษาทำหัตถการ อย่างเช่นส่องกล้อง หรือ ทำหัตถการอื่นๆ ที่นี้คนไข้ที่ตรวจจากห้องหมอเสร็จ เพื่อไปทำหัตถการเหล่านี้ คนไข้ต้องรอเจ้าหน้าที่ เพื่อเตรียมคนไข้ และอุปกรณ์ เราก็นำเครื่องมือ Lean System มาใช้ คือ เจ้าหน้าที่ที่จะต้องเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์ให้พร้อม แล้วใช้หลัก 5 ส เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย แล้วหมอที่รอตรวจก็ไม่ต้องรอให้คนไข้ส่องกล้องเสร็จ ถ้าในห้องส่องกล้องไม่พร้อม ก็สามารถตรวจคนไข้รายอื่นตัดไปได้ใช้หลักของ Good system นี้ให้ดูตัวอย่างของการนัดเป็นเวลาด้วยระบบ IT



คอมพิวเตอร์ได้มีการเสนอส่วนนี้ไปแล้ว ก็คือในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ในห้องตรวจของหมอ ก็เป็นระบบ IT ที่ช่วย หมอสามารถระบุคนไข้ได้ว่า ต่อไปนี้จะต้องใช้เวลารวังกี่นาที สามารถระบุเวลานัดได้เลยว่า จะนัดเวลาไหน และจะมีคนไข้ที่นัดไว้ทั้งหมดกี่ราย หมอหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงเวลาได้ ถ้าคนไข้ไม่พร้อมที่จะมาเวลานั้น

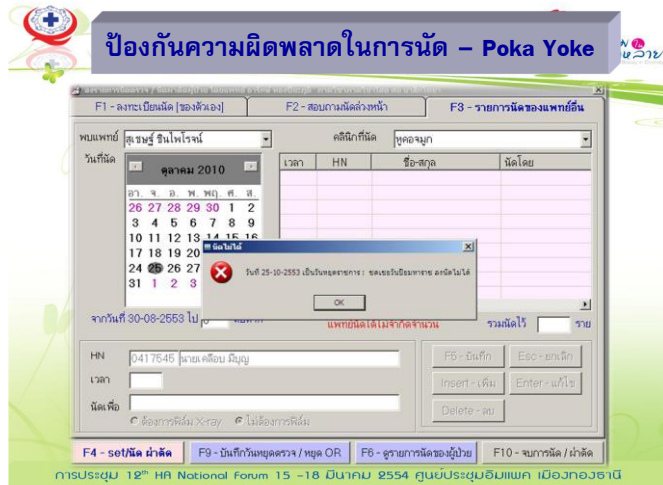


หลังจาก Lean 2 เราจะพบว่า ขั้นตอนจาก 8 จะเหลือ 7 ขั้นตอนระยะเวลา Total turn around time เหลือเวลาประมาณ 54 นาทีเปอร์เซ็นต์ประสิทธิภาพ 24.07% แล้วเมื่อใช้ระบบ IT มาช่วยเราก็ได้คนไข้ -10 + 20 คนไข้ที่ได้ตรวจตามนัดเฉลี่ย 56.65%

ประเด็นปัญหา/การแก้ไข Lean3		
Lean 2	Lean3	Lean Tool
-แพทย์บางท่านยังเขียนใบแฟ้มฯ	. นำเรื่องเข้าที่ประชุม PCT ภาควิชา ขอให้แพทย์ทุกท่านบันทึกการตรวจรักษาในระบบ HIS ไม่ต้องใช้แฟ้มเวชระเบียน	Eliminate/ Re- design
-แพทย์ลงตรวจสาย	• การกดครั้งเดือนใน morning activity เวลา 8.45 น. • บันทึกเวลาตรวจของแพทย์ รายงาน ภาควิชา	Sound-Kanban
• ภาควิชาไม่แจ้งล่วงหน้าเมื่อแพทย์ไปประชุม/อบรม	• ภาควิชาแจ้ง OPD ให้ทราบเพื่อ Lock วันไม่ให้ลงตารางนัด หากนัดอยู่แล้วเลื่อนเข้ามา หากเลื่อนนัด ไม่ได้ หรือจำเป็นต้องให้โอนให้แพทย์สายชั้นเดียวกัน	Poka Yoke (Error Proofing)

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

ที่นี้เรามาวิเคราะห์ปัญหาต่อว่า เปอร์เซนต์เรายังได้น้อยไป ก็มาดูปัญหาว่า ถ้ามีระบบ IT เข้ามาช่วย แพทย์ยังเขียนด้วยลายมือในแฟ้มเวชระเบียน เรามาใช้เครื่องมือที่เรียกว่า lean Eliminate, Re- design ก็คือเอาเรื่องเข้าประชุม PCT โสต ศอ นาสิก ขอให้หมอบันทึกการตรวจทั้งหมดในระบบ HIS ของโรงพยาบาล ไม่ต้องใช้เวชระเบียนใช้ระบบ paperless ทั้งหมด และก็ปัญหาหมอลงตรวจสาย คิดว่าเป็นปัญหาของทุกที่ เราก็จะได้ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Lean Sound-Kanban มีการกดครั้งเดือนใน Morning activity ของหมอเดือนตอน 8.45น. มีระบบการบันทึกการลงตรวจของหมอ รายงานต่อภาควิชา ต่อหัวหน้าภาคโดยตรง แจ้งก็ในกรณี ที่ภาควิชาไม่แจ้งเมื่อหมอไปประชุม อบรม เราก็จะมีการกำหนดให้มีการแจ้ง เมื่อภาควิชาแจ้งมาถึง พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่ห้องตรวจ สามารถล๊อควันของหมอได้เลย ไม่มีการนัดในวันที่หมอไปประชุม อบรม หรือไปปฏิบัติราชการ ก็จะใช้เครื่องมือ Lean ที่เรียกว่า Poka Yoke เข้ามาอันนี้เป็นตัวอย่าง ถ้าหมอไปประชุมอบรม ระบบเราจะล๊อคไว้ หมอไม่สามารถลงได้ หรือเป็นวันหยุดราชการ อย่างเช่น วันที่ 25 ตุลาคม 2553 เป็นวันหยุดราชการ เนื่องจากเป็นวันหยุดชดเชยวันปิยมหาราช ระบบจะถูกล๊อคแบบนี้ เราไม่สามารถลงนัด คนไข้ก็ไม่มาในวันหยุด



ที่นี้เราวิเคราะห์กันอีกเรามีปัญหาสื่อสารกับแพทย์ยังน้อย ที่นี้เราก็ใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Standard work ขึ้นมา เราทำให้ดูว่าหมอให้ความร่วมมือกับเราไม่ดีเท่าที่ควร เนื่องจากหมอเขาไม่ทราบวิธีปฏิบัติของเรา เราก็เขียนคู่มือขึ้นมา วิธีปฏิบัติการของเจ้าหน้าที่ในแต่ละระดับตั้งแต่หมอ คนช่วยตรวจ พยาบาลว่าจะทำอะไรให้คนไข้ได้ตรวจตามเวลา

ประเด็นปัญหา/การแก้ไข Lean3		
Lean2	Lean3	Lean Tool
•การสื่อสารกับแพทย์ในทีมยังน้อย	•จัดทำคู่มือวิธีปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้ตรวจตามเวลา/Orientation แพทย์ใหม่ •ประชุมเรื่องระบบนัดทุกเดือนนำปัญหาเข้าที่ประชุมภาควิชา •รายงานผลระบบนัดถึงแพทย์โดยตรงทุกเดือนกำหนดมาตรการ ลดสิทธิพิเศษใน พชท.เช่นการลาช่วงเทศกาล การใช้วันอบรม	Standard work

ในส่วนของแพทย์ใช้ทุนใหม่ ที่เข้ามาเราก็มีการ Orientation แพทย์ใช้ทุนใหม่แล้วก็ประชุมเรื่องระบบนัดทุกเดือน ทีมที่เกี่ยวข้องระบบนัดมีพยาบาลเป็นหัวหน้า และมีอาจารย์แพทย์ แพทย์ใช้ทุนที่เกี่ยวข้องเข้ามาประชุมว่า จะทำอย่างไรให้เปอร์เซ็นต์ ในระบบนัดเพิ่มขึ้น แล้วก็มีการรายงานผลระบบนัดโดยตรงทุกเดือน และก็กำหนดเป็นมาตรฐานและสิทธิพิเศษของแพทย์ใช้ทุน ว่าใครปฏิบัติตามกติกาเราจะให้ค่าตอบแทน อย่างเช่น ลาในช่วงเทศกาล วันหยุดราชการ หรือมีสิทธิใช้วันอบรมมากกว่าคนที่ทำไม่ได้

ประเด็นปัญหา/การแก้ไข Lean3		
Lean2	Lean3	Lean Tool
• การประมวลผลระบบนัด ออกผลต่อเนื่องกันทำให้ วิเคราะห์ข้อมูลได้ซ้ำ	• ทำ Daily management เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทันที	Standard work

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

เราประมวลผลระบบนัดต่อเนื่องกัน ระบบ IT จะออกให้เราต่อเนื่องกัน ว่าเข้าไปเราก็
ทำ Daily Management แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นทันที ที่นี้ดูตัวอย่างที่เราจะเปรียบเทียบคือ พอหมดตรวจ
เราก็เปิดในหน้าจอ Menu ของรายงานก็จะเห็นได้เลยว่าหมอท่านใด ทำได้ตามเวลาบ้าง

รายงานเปรียบเทียบเวลาลงทะเบียน/นัด/พบแพทย์							
รายชื่อนัด	ลงทะเบียน	เวลานัด	พบแพทย์	<10	-10+20	>20	หมายเหตุ
พ.ศ. ๒๕๕๓	๑๘:๐๐	๑๘:๑๕	๑๘:๓๐	๑	๖	๔	๒
- ดศ. ศุภวัฒน์ อังคศิริวรรณ	๐๘:๕๕	๐๙:๐๐	๐๙:๑๗	๑	๑๗		
- ดศ. อานาณี ใจะกิม	๐๘:๐๑	๐๙:๒๐	๐๙:๑๘		-๒		
- ร.อ. สมนึก ศรีสุวรรณ	๐๗:๐๙	๐๙:๑๐	๐๙:๒๒		๑๒		
- นางพิมพ์ คล้ายนิ่ม	๐๘:๔๙	๐๙:๓๐	๐๙:๒๘				
- พ.ญ. ยุกานา แดงฮ่อ	๐๘:๑๙		๐๙:๔๗				
- นางอัมม ใยทอง	๐๗:๕๗	๐๙:๕๐	๐๙:๔๙				
- นส. ณภัฏพร ใจศิริวรรณ	๐๗:๔๓	๑๐:๑๐	๐๙:๕๐				
- นางเบญจพร สิทธิพันธุ์	๐๗:๐๕		๑๐:๐๗				
- ดศ. วรพจน์ สิงห์โต	๐๙:๔๙	๑๐:๐๐				๒๔	
- นางสุพิชฌา เจริญศักดิ์	๐๗:๐๔		๑๐:๐๕				
- นส. เพ็ญภา ฤทธิมาศ	๑๐:๑๑		๑๐:๕๐		-๑๐		
- นางจิราภา ดมพรเพชร	๐๗:๑๔		๑๐:๕๑				
- นายณณม รามวงศ์	๐๗:๒๓		๑๑:๐๓				
- นายอรรถา นามศิริ	๐๙:๒๔	๐๙:๑๐	๑๑:๐๘				๑๑๘
- นางนิตยา ภูมิคุ้ม	๐๙:๔๑		๑๒:๐๘				
- นส. ณภัฏพร ใจศิริวรรณ	๑๑:๒๑	๐๙:๑๐	๑๒:๑๕				๑๘๕
- นางระพีมา เสงขม	๐๗:๑๗	๑๑:๐๐	๑๒:๓๘			๙๘	
- ดศ. มติศ ปานมิ่ง	๑๐:๓๑		๑๒:๔๔				
- นายชิน ฌ. เติบทอง	๑๓:๓๙		๑๓:๔๐				

แล้วในส่วนเรายังมีปัญหาอีกว่า เราจะมีคนใช้ Walk in เข้ามาด้วยคนใช้ Walk in ที่จะ
มาแทรกเวลานัด ก็จะทำให้ระบบนัดรวนไปหมดเลย เราก็ใช้เครื่องมือ เรียกว่า Work load levering ต่อ

ประเด็นปัญหา/การแก้ไข Lean3		
Lean2	Lean3	Lean Tool
• Walk in มาแทรกเวลานัด	• จัดแพทย์ตรวจผู้ป่วย walk in โดยเฉพาะ แยกจากระบบนัด	Workload Leveling
• แพทย์นัดเวลาไม่เหมาะสมและเจ้าหน้าที่ไม่แก้ไขเวลานัดใหม่	• จนท.เปลี่ยนแปลงเวลานัดของแพทย์ได้ หากนัดไม่ตามข้อตกลง	

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

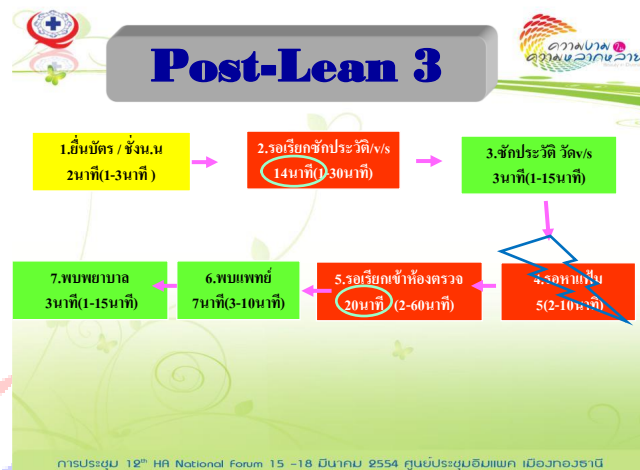
ตั้งแต่เราจัดแพทย์แยกตรวจ Walk in คนไข้นัด หรือว่าหมอที่นัดออกมาไม่ได้สอบถามคนไข้ก่อน เจ้าหน้าที่ที่อยู่เคาน์เตอร์รับบัตร เขาสามารถแก้ไขได้ มีสิทธิ์แก้ไขนัดตามข้อตกลง

ประเด็นปัญหา/การแก้ไข Lean3		
Lean2	Lean3	Lean Tool
• ผู้ป่วยอาการซับซ้อนใช้เวลาตรวจนาน	• กระจายการนัดผู้ป่วยเข้าคลินิกเฉพาะโรค • มอบหมายแพทย์ให้ตรวจ case consult , refer , admit , มะเร็งรายใหม่	using staff talents
• ไม่กำหนดให้ชัดเจนระหว่างผู้ป่วยนัด/walk in	• กำหนดให้ชัดเจนโดยใช้สีแยก ระหว่างผู้ป่วย นัด-สีเขียว • walk in-สีขาว	visual control

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

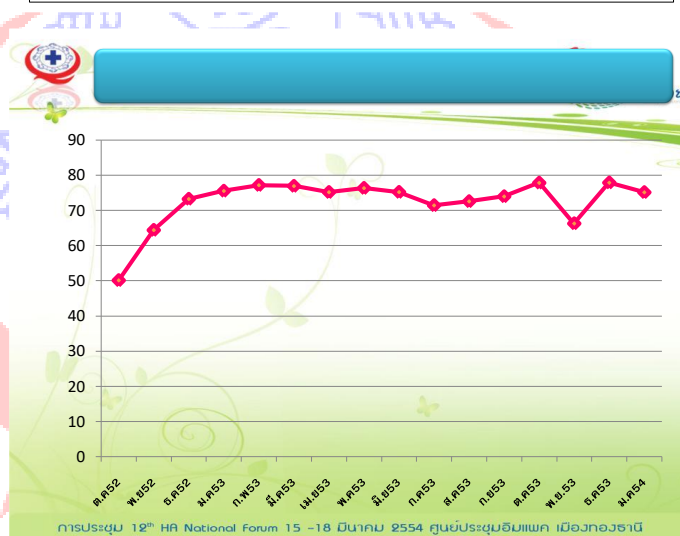
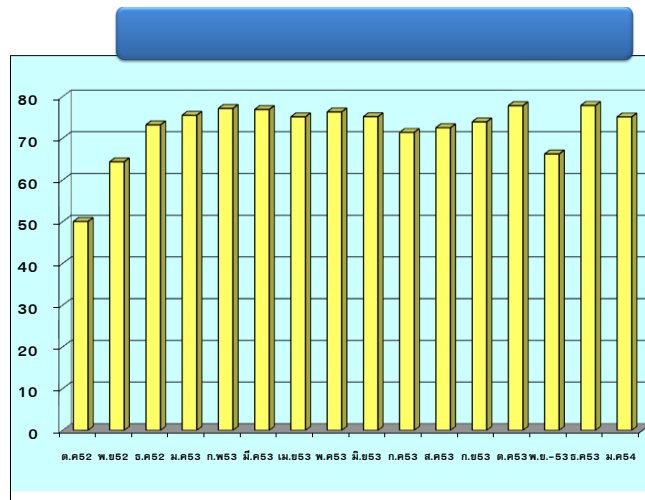
คนไข้ที่มีอาการซับซ้อนแล้วต้องตรวจนาน ทีนี้ถ้าคนไข้ที่อาการซับซ้อนถ้าอยู่ในระบบนัดทั้งหมด จะมีปัญหาว่าคนไข้ที่ระบบนัดจะไม่ได้ตามเวลา ปัญหาก็จะเป็นลูกโซ่ไปหมด เราก็ใช้เครื่องมือ Lean ที่เรียกว่า Usage staff talent คือเราจะกระจายนัดคนไข้เข้าไปในคลินิกเฉพาะโรค คนไข้ไหนที่ตรวจนาน เราจะไม่ได้อยู่ในระบบนัดในช่วงเช้า แต่ในช่วงบ่าย อย่างเช่น Rhinochima ที่ต้องตรวจนานจะไปอยู่ในคลินิก Special และแต่ละวันเราจะมอบหมายให้มีแพทย์ตรวจเฉพาะ อย่างเช่น ใน Case refer รายใหม่ที่จะต้องใช้เวลาของแพทย์ เราอาจจะให้แพทย์ใช้ทุนระดับสูงขึ้นไป แล้วก็ Consult อาจารย์แพทย์อีกครั้ง เพื่อตรวจ แล้วก็ก่อนหน้านี้เราจะไม่ได้กำหนดให้ชัดเจน ระหว่างคนไข้นัด กับคนไข้ Walk in ทีนี้มีปัญหาที่คนเรียก คนเรียกก็จะไม่ทราบ ทีนี้เรามาใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Visual Control เรากำหนดให้

ชัดเจน โดยใช้สีเขียวระหว่างคนไข้นัด เราใช้สีเขียวคือ ไบรอนไบรอนอีกที ส่วนคนไข้ Walk in เราใช้ไบรอนสี
ขาว



ที่นี้ Post lean 3 เมื่อเราตัดขั้นตอนไม่ได้ใช้ เป็น Paperless หมัดก็จะเหลือขั้นตอนแค่ 6
ขั้นตอน Total turn around time ทั้งหมด 49 นาที เปอร์เซ็นต์ประสิทธิภาพ 26.53%





จะให้ดูเปอร์เซ็นต์การได้ตรวจตามนัดดูเป็นเส้นอีกที จะเห็นได้ว่า เราได้เปอร์เซ็นต์ที่ได้ตรวจตามเวลานัด 50% ที่นี้แนวโน้มก็สูงขึ้น ปัจจุบันนี้ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 74 กว่า% ในช่วง พ.ย.นี้ตกลงไปน้ำท่วมหัดใหญ่ เรายังทำได้ช่วงนั้นก็ะตกลงไป



เปรียบเทียบ Pre-Post Lean

กิจกรรม	Pre-Lean	Post-Lean1	Post-Lean2	Post-Lean3	ผลที่ได้
ขั้นตอน	8 ขั้นตอน	8 ขั้นตอน	7 ขั้นตอน	6 ขั้นตอน	↓ 2 ขั้นตอน
ระยะเวลา	165 นาที	120 นาที	54 นาที	49 นาที	↓ 116 นาที
%ประสิทธิภาพ	7.9%	10.8%	24.07%	26.53 %	↑ 18.63 %
%ได้ตรวจตามเวลานัด	-	-	56.65%	74.4%	↑ 17.80%

ที่นี้ผลสรุป ในระบบนัดจะลดขั้นตอนได้ 2 ขั้นตอน เราลดระยะเวลา จากที่คนไข้ใช้
ระยะเวลาประมาณเกือบ 3 ชั่วโมงลดลงมาได้ 49 นาทีเปอร์เซ็นต์ประสิทธิภาพจาก 7.9% เพิ่มขึ้น
26.93% เพิ่มขึ้นมาเป็น 88.33% เปอร์เซ็นต์ที่ได้ตรวจตามเวลานัดตอนนี้ประมาณ 74.4%



Plan Lean 4



cycle time



%การได้ตรวจตามเวลานัด (> 80%)

ที่นี้เราก็ Plan lean 4 เราคิดว่าเราจะลด Cycle time เพิ่มเปอร์เซ็นต์การได้ตรวจตามเวลา
นัดให้มากกว่า 80%

บทเรียนที่ได้

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

- นโยบายและการสนับสนุนจากผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง
- ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ / ทีม
- การประเมินติดตามผลระบบรายวัน (Daily Management)
- การสื่อสาร / การแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- วัฒนธรรมองค์กรที่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง
- เทคโนโลยีสารสนเทศที่สนับสนุน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

บทเรียนที่เราได้รับ ปัจจัยสำเร็จที่เราได้รับ เรามีนโยบายผู้สนับสนุน ก็คือ ผู้บริหาร โรงพยาบาลทุกระดับให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ มีความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด และพยาบาล คนไข้ เพราะเราสื่อสารให้ทราบ แล้วก็เรามีการติดตาม ประเมินผลรายวัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ไม่ใช่ ทำแค่คลินิกหูก คอ จมูก เป็น Best practice แต่เราก็สามารถ KM ไปให้กับคลินิกอื่นๆ วัฒนธรรมองค์กร เราจะยอมรับการเปลี่ยนแปลง และก็เทคโนโลยีสำคัญที่สุด นี่ก็เป็นตัวอย่างใน 3 report ที่เรามาวิเคราะห์ ข้อมูลว่ามีปัญหาอะไร แล้วเราจะแก้ไขยังไง

Problem solving (A3 Report)

ชื่อโครงการ: ลด WAITING TIME ของคลินิกหูคอจมูก หน่วยงาน: คลินิกหูคอจมูก หน่วยผู้รับผิดชอบ: ผู้รับผิดชอบ: นพ.พรทิวา มีสุวรรณ PROJECT ที่: Eliminate ขั้นตอนการดำเนินการระบุประเด็นปัญหา

1. Reason for Action ผู้ป่วยที่มาตรวจเพื่อเวลาในการรอเพิ่มระยะเวลารอคอย	4. Gap Analysis ผู้ป่วยต้องรอเพิ่มก่อนพบแพทย์ RC ดำเนินการที่การตรวจในเคาะ	7. Outstanding Actions ดำเนินการตามแผน ไม่ได้ออกเพิ่ม ระยะ 100% By When -แพทย์ -RN -OPD By Date
2. Initial State ในการรอเพิ่มระยะเวลารอคอย 20-40 นาที	3. Target State ผู้ป่วยไม่ได้ออกเพิ่มระยะ	DO
PLAN	PLAN	CHECK
6. Solution Experiment Eliminate 1. ใช้โปรแกรม PCT วิเคราะห์ความจำเป็นของ การวินิจฉัยเพิ่ม 2. ปรับระบบงานให้ใช้เอกสารข้อมูลการตรวจของแพทย์ในคอมพิวเตอร์	DO	ACT

ตย.A3 REPORT

ก็เป็นตัวอย่างแรกของการนำ lean มาใช้ในเรื่องของคลินิกหูก คอ จมูก ท่านที่เข้าประชุมมี สงสัยจะต้องมี Dictionary เพราะมีศัพท์ตั้งแต่ Work load levering ก็คือ การเกลี่ยการเข้าถึงผู้รับบริการ โดยที่มีเทคนิคอันหนึ่ง ที่เราจะเกลี่ยตามความสามารถในการตรวจของแพทย์ ถ้าเป็น Intern เป็นปี 2 ปี 3 ก็อาจจะตรวจช้าหน่อย เราก็จะนัดอีกระบบหนึ่ง การ Eliminate, การ Re-design เรื่องของการใช้ Kanban Kanban หนึ่งที่จะเป็นเครื่องช่วยเตือนการนัดที่เราใช้ เราใช้

Sound-Kanban เป็นการเตือนว่าเริ่ม Conference กันได้แล้วจะได้ไปตรวจ OPD คราวนี้ Poka Yoke ก็คือ error prove จะมีเครื่องมือช่วย เราใช้ error prove ในการลงนัดของแพทย์ในวันที่หยุดราชการบ้าง วันที่ประกาศหยุดเพิ่ม ก็เริ่มงง ก็จะมีตัวช่วยให้เราหัดไม่ผิดวัน เรื่องของการ Re-standard work เรื่องของการใช้ Staff talent และเรื่องของการใช้ Visual control ก็มีสารพัดในเรื่องของเครื่องมือ อย่าลืมเรื่องสัญลักษณ์ ก็จะมีสีเหลือง สีเขียว สีแดง Remind นิดหนึ่ง

สีเขียวจะเป็นเรื่องของ Value time เป็นช่วงขั้นตอนคิดว่าจะมีประโยชน์

สีเหลืองจะเป็น Non value time เป็นเรื่องคิดว่าจะจำเป็น

ส่วนสีแดง จะเป็นช่วงเวลาที่ไม่มีประโยชน์ เราก็เอาสีเขียว เป็นตัวตั้งแล้วก็หารด้วย Total turn around time ก็จะเป็นเรื่องของเปอร์เซ็นต์ Productivity

Lean : การบริหารจัดการเตียงเพื่อรับผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อ

อีกเรื่องหนึ่งที่จะเป็นเรื่องที่ 2 ที่จะนำเสนอ ก็จะเป็นในเรื่องของ โครงการบริหารของเตียงของหอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชาย โดย คุณกัญชลี พุ่มน้อย



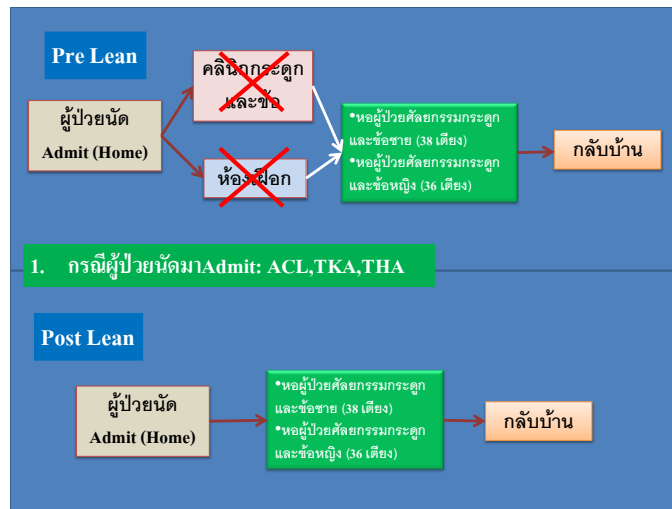
ชื่อเรื่องการบริหารจัดการเตียง เราจะมีอยู่ 3 กรณี ในกรณีที่นัดผู้ป่วยมา Admit 3 โรค ACL, TKA, THA ในกรณีที่ 2 กรณี Admit ผู้ป่วยโดยไม่ได้นัดล่วงหน้า ดิฉันเป็นตัวแทนของกลุ่มศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งประกอบไปด้วยหน่วยที่รับผู้ป่วย และหน่วยที่ส่งผู้ป่วยมา



ที่มาของปัญหาคือ เรามี 2 หอผู้ป่วยที่จะรับผู้ป่วย ortho จะมี ortho ชาย 38 เตียง ortho หญิง 36 เตียงรวมแล้วเป็น 74 เตียง



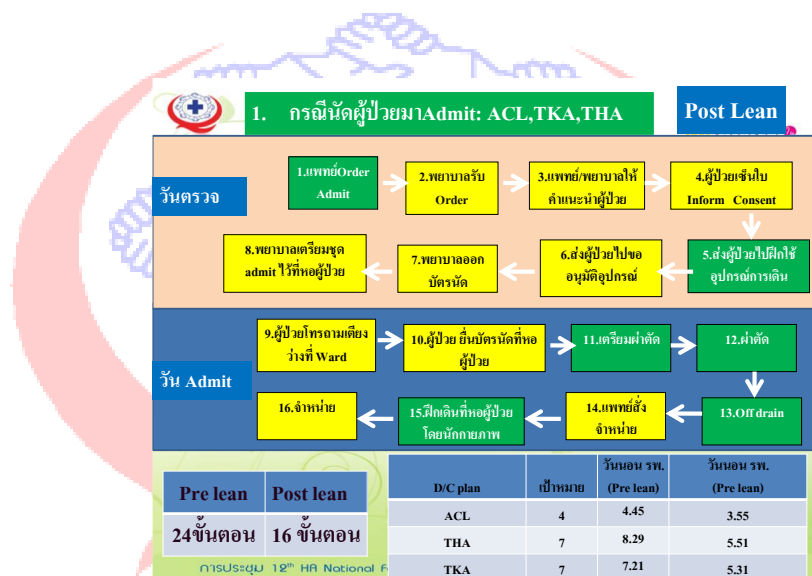
แต่เราต้องรับผู้ป่วยจากคลินิกกระดูกและข้อ มาจากห้องเฟือก ห้องฉุกเฉิน และก็กรณีที่ผู้ป่วยที่เรานัด Admit ที่นี้เดิมแต่ละที่ก็ทำงานไม่เหมือนกัน ห้องเฟือกก็ทำแบบหนึ่ง OPD ortho ก็แบบหนึ่ง orthoชายก็ทำแบบหนึ่ง orthoหญิงก็ทำแบบหนึ่ง เราก็เลยมาทำ lean เรื่องนี้ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ได้นัดมา Admit ก็จะมาได้จาก 3 ทางก็คือ มาจากคลินิกกระดูกและข้อ ห้องเฟือกและห้องฉุกเฉิน กรณีที่ผู้ป่วยนัดมา Admit ใน lean ผู้ป่วยจะนัด Admit มาจากบ้านและจะต้องมาที่คลินิกกระดูกและข้อ ห้องเฟือก ก่อนเข้าสู่หอผู้ป่วย ตรงนี้เราต้องมา lean โดยที่เราตัดตรงที่ผู้ป่วยไม่ต้องมาที่คลินิกกระดูกและข้อ และไม่ต้องมาที่ห้องเฟือก ผู้ป่วยก็สามารถมาเข้า Admit ที่ ward ได้เลย



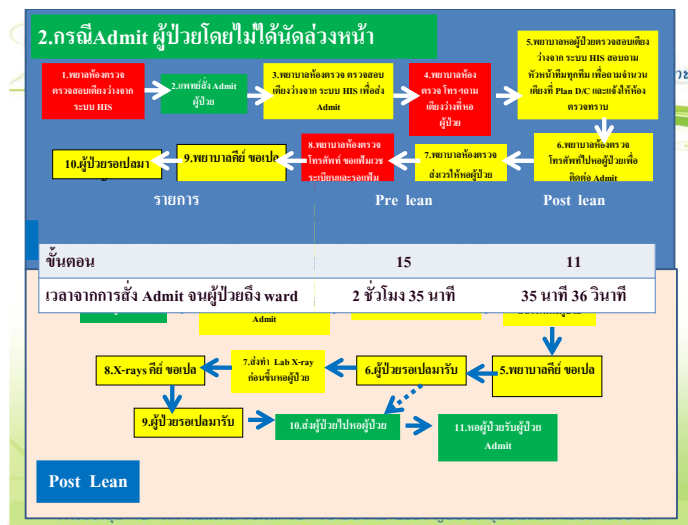
ที่นี้ก็มาดูขั้นตอนในส่วนของการนัดผู้ป่วยมา Admit เดิมเมื่อผู้ป่วยมา มี order admit พยาบาลก็จะรับ order แพทย์ พยาบาลก็จะให้คำแนะนำผู้ป่วย ผู้ป่วยก็เซ็นไป Inform consent พยาบาลออกบัตรนัดให้ เดิมเราต้องมี OPD card จริงๆแล้วโรงพยาบาล มอ. เราเป็น IT แต่เรายังมีปัญหาว่า บางที่ยังมี OPD card เราต้องมาเอาตรงนี้ออกว่า มันเป็นขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ก็คือเดิมเราต้องขอ OPD card มา ก่อน ซึ่งตรงนี้จะในช่วงการรอคอย แล้วหลังจากนั้น พยาบาลก็จะเตรียมชุด Admit ไว้เพื่อที่จะไปห้องตรวจ พอวันที่ Admit ผู้ป่วยจะต้องโทรมาถามเตียง หรือห้องว่างที่ห้องเผือกหรือ OPD ที่ห้องเผือกหรือ OPD ก็จะต้องโทรมาถามที่ Ward ว่ามีเตียงว่างหรือเปล่า พยาบาลก็โทรมาแจ้งผู้ป่วยว่า มีเตียงว่างให้มา Admit ที่ห้องตรวจหลังจากนั้นก็จะต้องมีการส่งเวร ขอเปล แล้วก็ส่งผู้ป่วยมาที่ ward หลังจากนั้นก็เข้ามา กระบวนการ pre-operative จากที่ผ่าตัดไปแล้ว เราก็มีขั้นตอนของการที่เข้ามา ก็จะมีการให้คนไข้ฝึกเดิน ผ่าตัดเสร็จจะต้องไปฝึกเดินที่กายภาพ แล้วก็ต้องส่งคนไข้ไปกายภาพ จนกระทั่งแพทย์จำหน่ายผู้ป่วย



และในขั้นตอนเดิมที่เราจะมี 24 ขั้นตอน Post lean ในวันตรวจเมื่อแพทย์ order พยาบาล รับ order ก็จะทำให้คำแนะนำผู้ป่วยแล้วก็เซ็น Inform consent เสร็จก็ส่งผู้ป่วยไปฝึกเดินเลย ฝึกเดินไว้ตั้งแต่ ล่วงหน้าเลย ก็ส่งไปไปยังขออนุมัติอุปกรณ์ เพราะ... จะมีอุปกรณ์เยอะแยะมากมาย ตรงนี้เราทำให้เสร็จ ก่อนจะ Admit แล้วหลังจากนั้นพยาบาลก็จะออกบัตรนัด ก็เตรียมชุด Admit ไปรอที่หอผู้ป่วยเลย ในวันที่ Admit ผู้ป่วยก็จะโทรมาที่ ward เรามีเตียง เราก็บอกคนไข้มาที่ ward ได้เลย ผู้ป่วยก็มานับที่ ward จากนั้นก็เข้ากระบวนการเตรียมผ่าตัด เมื่อ off drain แล้ว เช่น ผู้ป่วยสั่ง Discharge เราก้เชิญเจ้าหน้าที่ กายภาพบำบัด ขึ้นมาฝึกเดินที่ ward ได้เลย เป็นแค่ Confirm ว่าคนไข้เดินได้ดีหรือเปล่า ก็เป็นผลของ lean มาจากกายภาพบำบัด แล้วก็จากนั้นก็จำหน่ายผู้ป่วย



เราก็จะลดขั้นตอน จาก 24 ขั้นตอนมาเป็น 16 ขั้นตอน ในส่วนของวันนอนโรงพยาบาล เราก็ทำให้วันนอนโรงพยาบาลสั้นขึ้นด้วย เดิมที ACL จะมีเป้าหมายว่า เราจะให้นอนโรงพยาบาล 4 วัน เดิมเราทำได้ 4.45 วัน หลังจากทำ lean เราทำได้ 3.55 วัน Total hip เดิมเราตั้งเป้าหมายไว้ที่ 7 วัน เดิมเราทำได้ 8.29 วัน หลังจากทำ lean เราทำได้ 7.51 , Total Knee เดิมเราทำได้ 7.21 วันจากเป้าหมาย 7 วัน หลังจากทำ lean จะเหลือ 5.31 วัน



อีกหนึ่งกรณี ที่ผู้ป่วย Admit โดยที่ไม่ได้นัด Admit ล่วงหน้า ก็คือ walk-in เข้ามาพยาบาลห้องตรวจ ก็จะต้องดูเตียงว่าง หรือไม่ต้องโทรมาถาม ward ก็จะมีเตียงว่างรับคนไข้หรือเปล่านั้น ward ก็จะต้องมีหลายขั้นตอนที่จะรู้ว่า เตียงจะว่างหรือไม่ว่าง จนกระทั่งพยาบาลรู้ว่าเตียงว่างแน่ๆ พยาบาลก็ส่งเวรให้หออผู้ป่วย แล้วก็โทรศัพท์ขอแฟ้มเวชระเบียน จากเวชระเบียน อีกแล้วก็คีย์ ขอเปล แล้วก็บอกผู้ป่วยรอเปลมารับ ส่งไปทำ lab ,x-ray ก่อนขึ้นหออผู้ป่วย ตรงนี้เราจะมี 2 กรณีคือ บางกรณีก็จะขึ้นตรงไปที่ ward เลยโดยไม่ต้องทำ x-ray ถ้ามี x-ray อยู่ก่อนหน้านี้แล้ว ตรงนี้จะมีขั้นตอนของการรอคอยอีก ก็คือมีการรอเปลแล้วก็ส่งผู้ป่วยไปที่ ward ทั่วๆก็รับผู้ป่วย Admit ในกรณีที่ เป็น closed knee เมื่อแพทย์สั่งผู้ป่วย Admit พยาบาลห้องตรวจก็จะตรวจสอบระบบเดิม ในระบบ Assessable ว่าสามารถส่งผู้ป่วยมา Admit ได้หรือเปล่านั้น ward มีเตียงว่างไหม แล้วก็โทรศัพท์ไปส่งเวร Admit เลยก็ขอเปลส่งมาที่ ward ได้แต่ถ้ามี lab ,x-ray ก็ไปทำก่อน ถ้าไม่มีก็ส่งไปที่ ward ได้เลย ตรงนี้ขั้นตอนจาก 35 ขั้นตอน post lean จะเหลือ 11 ขั้นตอน เวลาในการส่ง Admit จนถึงหออผู้ป่วย เดิมใช้เวลา 2 ชั่วโมง 35 นาทีหลังจากที่ทำการจะเหลือ 35 นาที 30 วินาที

ประเด็นปัญหา ณ คลินิกกระดูกและข้อ /ห้องเฝือก

Pre-Lean	Post-Lean	Lean Tool
• ผู้ป่วยเสียเวลาขึ้นบันไดที่ห้องตรวจ	• ผู้ป่วยที่นัดมาผ่าตัดให้ติดต่อเข้านอนโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วย	• Eliminate
• ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน เนื่องจากต้องรอฝึกเดิน	• สอนการออกกำลังกาย สอนการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	• Re-arrangement
• ผู้ป่วยต้องเสียเวลารออนุมัติอุปกรณ์	• เตรียมและขออนุมัติอุปกรณ์ก่อนการ admit	• Quick set up
• ผู้ป่วยบางรายอาจมีผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ	• แก้ปัญหาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติให้เรียบร้อยก่อน Admit	• Quick set up

ประเด็นปัญหา ณ คลินิกกระดูกและข้อ ห้องเฝือก ประเด็นแรกก็คือ ผู้ป่วยเสียเวลามาขึ้นบันไดที่ห้องตรวจ ตอนนี้ผู้ป่วยก็ไม่ต้องมาขึ้นบันไดที่หน้าห้องตรวจ ก็คือเข้ามานอนโรงพยาบาล ที่หอผู้ป่วยเลย lean 2 ก็คือ lean Eliminate เรื่องที่ 2 ก็คือผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนาน เนื่องจากต้องรอฝึกเดิน ตรงนี้เราก็สอนออกกำลังกาย สอนการใช้เครื่องช่วยเดินก่อน ตรงนี้ใช้ Re-arrangement และเรื่องที่ 3 ก็คือ ผู้ป่วยจะต้องเสียเวลารออนุมัติอุปกรณ์ ตรงนี้เราก็ต้องเตรียมและขออนุมัติอุปกรณ์ให้เรียบร้อยก่อนที่จะมานอน Admit ตรงนี้ก็จะเรียกว่า Quick Set-up และก็ผู้ป่วยบางราย อาจมีผลทางห้องปฏิบัติการผิดปกติ ตรงนี้เราก็จะแก้ปัญหามาของผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติให้เรียบร้อยก่อน Admit ตรงนี้ก็จะเรียกว่า Quick Set-up

ประเด็นปัญหา ณ คลินิกกระดูกและข้อ /ห้องเฝือก/หอผู้ป่วย

Pre-Lean	Post-Lean	Lean Tool
• หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำงานไม่เหมือนกัน	• จัดให้มีแบบฟอร์มการจัดการเตียง • แบบฟอร์มการฝากเพิ่ม Admit • กำหนดให้มีผู้จัดการเตียงในหอผู้ป่วย	• Re- arrangement • Standardize work
• แต่ละหน่วยงานไม่ทราบสถานะเตียงที่เป็นปัจจุบัน	• ประสานงาน IT ให้สามารถลงสถานะเตียงได้ทุกรูปแบบ	• Visual control • IT
• ห้องผ่าตัด วัสดุอุปกรณ์การเงินยังมีความต้องการใช้เพิ่มเวชระเบียน	• ประสานงานกับทุกหน่วยงานยกเลิกใช้ใหม่เวชระเบียน	• Eliminate

ประเด็นปัญหาการจัดการให้มีเตียงรับผู้ป่วย

Pre-Lean	Post-Lean	Lean Tool
• ระยะเวลาอน โรงพยาบาลนาน เนื่องจาก ไม่ได้กำหนดแนวทางการ รักษาร่วมกัน	• มีการวางแผนการ จำหน่ายเฉพาะโรค เช่น ACL THA TKA	Standardized work



ประเด็นที่ 2 ก็คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทำงานไม่เหมือนกัน ตรงนี้เราก็จะมีการจัด
แบบฟอร์มให้มีการจัดการเตียง แบบฟอร์มการฝากแ่ม Admit และให้มีผู้จัดการเตียงในหอผู้ป่วย ซึ่งทำ
ให้เหมือนกันในทุกๆที่ตรงนี้เรียกว่า Re-arrangement หรือ Standard drive work

แนวปฏิบัติในการฝากแ่ม Admit ที่หอผู้ป่วย

1. สามารถฝากแ่ม Admit ได้ทุกวัน แต่ไม่เกิน 1 เดือน
2. ชุด Admit ประกอบด้วย
 - ใบปลอนฝากแ่ม Admit
 - ใบ Inform consent
 - ใบสรุปข้อมูล ผู้ป่วยเออร์โรติกส์ A.
 - ใบ general summary
3. การเตรียมเอกสาร และ ทำ Admit Online
 - ใบปลอนฝากแ่ม Admit : ครอบงอมเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนด หรือแบบฟอร์ม
โครงการที่เตรียมเอกสารผู้ป่วยได้
 - ใบ Inform consent : ศัลยแพทย์หรือ- สกัล HCP ผู้ป่วยที่เขียนบน ของใบ
Inform ตรวจสอบถูกต้องสมบูรณ์
 - ใบสรุปข้อมูล ผู้ป่วยเออร์โรติกส์ A. - ศัลยแพทย์หรือ- สกัล
 - ใบ general summary : ศัลยแพทย์หรือ- สกัล ที่มีชื่อ ward หมายเลข
 - ศัลยแพทย์หรือ- สกัล ที่มีชื่อ ward ที่จะ Admit : 1 ใบ
4. ลงชื่อผู้ป่วย รายละเอียด ในสมุดฝากแ่ม Admit ของหน่วยงาน
5. เจ้าหน้าที่ (orderly) นำชุด Admit ไปฝากที่ ward ผู้ป่วยผู้ฝากที่หอผู้ป่วย
คือกรรมการและชื่อเขา ผู้ป่วยผู้ฝากที่หอผู้ป่วยคือกรรมการและชื่อหญิง
โดย ศัลยแพทย์หรือ- สกัล
HCP ที่เตรียมไว้ คือในสมุดฝากแ่มที่ประจำเตียงของ ward

[illegible][illegible]

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

เตียง	HN	ชื่อผู้ป่วย	แพทย์ Staff	หมายเหตุ (สีแดง)
ด12	168-57-48	นาย		ใช้สิทธิเงินสด
ด13	153-55-66	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด14	168-53-87	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด15	148-40-45	นาย		ใช้สิทธิใบส่งตัว
ด16	168-49-23	นาย		ใช้สิทธิผู้ป่วยระยะ
ด17				
ด18	166-54-46	Mr.		ใช้สิทธิผู้ป่วยระยะ
ด19	167-20-82	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด20	168-36-29	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด21	168-56-93	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด22	160-92-65	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด23	168-32-72	นาย		ใช้สิทธิผู้ป่วยระยะ
ด24	079-23-30	นาย		ใช้สิทธิผู้ป่วยระยะ
ด25	168-26-95	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด26	148-22-76	นาย		อยู่ป่วย/ญาติ
ด27	168-30-44	นาย		ใช้สิทธิเงินสด
ด28	167-61-39	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี
ด29	165-44-78	นาย		Plan Discharge
ด30	167-62-02	นาย		ใช้สิทธิสุขภาพดี

เตียงรวม 38 (เตียงว่าง 1)

Click หัว Column = เชิงข้อมูลใน Column ที่ Click HIS1184 2/2/2011 11:27

ส่วนนี้เป็นหน้านี้ เป็นหน้าจอแรกที่เราจะเห็นหอผู้ป่วยก็คือ เราจะรู้คนไข้ทั้งหมดว่ามีกี่คน แล้วเดิมนั้นจะมีเตียงรวม 38 เตียงนั้น มีว่างอยู่ 1 นอนนี่คือจบ เราก็คงไม่รู้อะไร หลังจากนั้นเราก็ประสานงาน ให้เราสามารถที่จะดูสถานะเตียง สามารถดูได้ว่า เตียงมีทั้งหมดกี่เตียง

แพทย์ Staff	หมายเหตุ (สีแดง=ตรวจจองสิทธิ์โดยการเงิน)
กอง	ใช้สิทธิสุขภาพดีหน้า Refer ยกเว้นค่าธรรมเนียม จ.อ.
กรรณ	ใช้สิทธิตรวจสุขภาพ
ก.อ.	ใช้สิทธิสุขภาพดีหน้า ER ยกเว้นค่าธรรมเนียม จ.อ.
ว.อ.	ใช้สิทธิผู้ป่วยประกันสังคม Refer (รพ.รัฐ)
ร.อ.	ใช้สิทธิผู้ป่วยประกันสังคม Refer (รพ.รัฐ)
ช.อ.	ใช้สิทธิสุขภาพดีหน้า ER จ.อ.
อ.อ.	อยู่ป่วย/ญาติ ติดต่อการเงิน
อ.อ.	ใช้สิทธิเงินสด
อ.อ.	ใช้สิทธิสุขภาพดีหน้า Refer จ.อ.
อ.อ.	Plan Discharge
อ.อ.	ใช้สิทธิสุขภาพดีหน้า Refer จ.อ.
อ.อ.	ใช้สิทธิผู้ป่วยประกันสังคม Refer (รพ.รัฐ)
อ.อ.	ใช้สิทธิสุขภาพดีหน้า ER จ.อ.
อ.อ.	จองเตียง : HN 0694047 นายพรหมแดง ทัพเจริญ
อ.อ.	ใช้สิทธิใบส่งตัว (หลังจังหว.)
อ.อ.	ใช้สิทธิเงินสด
อ.อ.	ใช้สิทธิใบส่งตัว (คลังจังหวัด)
อ.อ.	ใช้สิทธิใบส่งตัว (คลังจังหวัด)
อ.อ.	ใช้สิทธิผู้ป่วยประกันสังคม Refer (รพ.รัฐ)

เตียงรวม 38 (เตียงว่าง 1) (กำลังว่าง 1) (จองแล้ว 1) (Plan D/C 1)

Click หัว Column = เชิงข้อมูลใน Column ที่ Click HIS1184 2/2/2011 11:28

เตียงว่างเท่าไรและกำลังจะว่างเท่าไร จองแล้วก็เตียง Plan discharge ก็เตียงแล้ว ตรงนี้คนไข้แต่ละคน เราจะได้รู้สถานะตรงนี้คือ คนไข้ discharge รอผู้ป่วยและญาติติดต่อการเงิน เพื่อจะกลับบ้านนี่คือ จะว่างแน่ๆถ้า Plan discharge เราก็คงไล่ได้ว่าคนไข้ discharge หรือเราจะจองเตียงไว้ให้คนไข้ อันนี้ถือว่าไม่ว่างแล้ว ถ้า OPD หรือห้องฉุกเฉิน หรือที่อื่นๆมาดู เขาจะเห็นว่า ward เราสามารถรับคนไข้ได้เท่าไร หน้าจอนี้จะเห็นได้ทุกหน่วยงาน จะรู้ ณ ขณะนี้สถานะหอผู้ป่วยว่าง หรือมีสถานะเป็นอย่างไร

หอผู้ป่วย	จำนวนเตียง	ห้องว่าง	กำลังจะว่าง	จองแล้ว	ปิดซ่อมแซม	Plan D/C
พิเศษสูติกรรม	16	3		2		
ไฟไหม้ไม่รื้อหลัก	5	2				
แยกโรคติดเชื้อ 1	4	4				
ศัลยกรรมชาย 1	40	5				
ศัลยกรรมชาย 2	35	1				
ศัลยกรรมเด็ก	20					
ศัลยกรรมประสาท	25					
ศัลยกรรมหญิง	40	6	3			
ศูนย์ห้องพิเศษ	1	1				
สูติกรรม	25	14	1			
หน่วยสลายนิ่ว	1	1				
ห้องคลอด	17	13				
ห้องผ่าตัด	10	10				
หูดงมูก	32	12				
ออร์โธชาย	38	1	1	1		1
ออร์โธหญิงพิเศษ	36	5				1
อายุรกรรมชาย 1	41					
อายุรกรรมชาย 2	16					
อายุรกรรมหญิง	41	4	1			
อุบัติเหตุ	26	3	1			
ไอไอตั้น 131	4					
โดยรวม 891 (ว่าง 176) (กำลังจะว่าง 16) (จอง 9) (Plan D/C 3)						

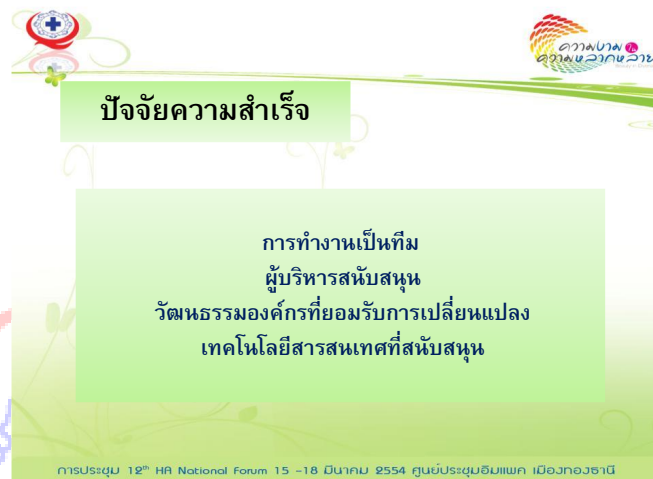
ในส่วนของห้องผ่าตัด วิสัญญี เดิมทีผู้ที่ต้องการ OPD card จะมี 3 ท่าน เราก็คูณกับท่านทั้ง 3 ว่าเราไม่ใช่ได้ไหม ถ้าเป็นคนไข้ ortho เราไม่ใช่เลย ก็สรุปว่า ทุกคนบอกว่าไม่ใช่ได้ตรงนี้ก็ Emidate ไป

Results	เป้าหมาย	Pre lean	Post lean
การลดขั้นตอน			
• กรณีนัดผู้ป่วยมา Admit: ACL, TKA, THA		26	16
• กรณี Admit ผู้ป่วยโดยไม่ได้นัดล่วงหน้า		15	11
การลดเวลา			
• จากห้องตรวจ ถึงหอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่ได้นัด Admit		2 ชั่วโมง 35 นาที	35 นาที 36 วินาที (ลดลง 72 %)
ลดวันนอนโรงพยาบาลกรณีแผนการจำหน่าย			
ACL(วัน)	4	4.45	3.55
THA(วัน)	7	8.29	5.51
TKA(วัน)	7	7.21	5.31

ประเด็นปัญหาของการจัดการเตียงในการรับผู้ป่วย ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลนาน เนื่องจากไม่ได้กำหนดแนวทางการรักษาร่วมกัน ตรงนี้เราก็ได้ทำร่วมกับ PCT โดยเฉพาะใน 3 โรคนี้คือ ACL, TKA, THA จริงๆแล้วเรามีมากกว่า 3 โรคนี้ แต่ให้เป็นตัวอย่างเป็น standard drive work

ผลในการลดขั้นตอน ถ้าในกรณีที่ผู้ป่วยมา Admit ที่เรา plan ไว้ล่วงหน้าใน 3 โรคนี้จาก 26 ขั้นตอนเราก็จะเหลือ 16 ขั้นตอน กรณี Admit ไม่ได้นัดล่วงหน้าจาก 15 ขั้นตอนเหลือ 11 ขั้นตอน การลดเวลาจากห้องตรวจถึงหอผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่ได้นัด Admit จาก 2 ชั่วโมง 35 นาที ก็ลดลงเหลือ

35-36 นาที ลดลง 72% ลดวันนอนโรงพยาบาลกรณีมีแผนการจำหน่าย เราก็สามารถลดเวลาวันนอนลง ACL เราจะลดลงเหลือ 3.55 , THA 5.51 และ TKA 3.51 วัน



ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ในเรื่องของการทำงานเป็นปัจจัยที่สำคัญ และที่สำคัญมาก ๆ ก็คือ ผู้บริหารสนับสนุน และวัฒนธรรมองค์กรของเรา เป็นที่รับทราบของเรายอมรับการเปลี่ยนแปลง ผู้บริหารจะไปทางไหน ผู้ตามสามารถ แล้วก็ที่สำคัญก็คือ เทคโนโลยีสารสนเทศของเราดีมาก สามารถสนับสนุนเราได้ทุกอย่าง

ขอบคุณคุณกัญชลี พุ่มน้อยมาแล้วให้ฟังเรื่องบริหารจัดการเตียง อันที่จริงไม่ได้จัดการเตียงอย่างเดียว คือจัดการทุกระบบ สุดท้ายผู้รับบริการทั้งโรคหลัก โดยเฉพาะโรค ACL, Re-pair, เรื่องของการเปลี่ยน Hip เปลี่ยน knee ก็สามารถที่จะลดวันนอนได้ และก็มีการบริหารจัดการที่ดี เริ่มจากเป้าหมายร่วมกัน เราอยากจะเห็นผู้รับบริการของเราได้รับประโยชน์สูงสุด คนให้บริการก็มีความสุข ได้จัดการในเรื่องของคน จัดการเตรียมผู้ป่วยเช่น การหัดเดิน การจัดการกระบวนการที่ดี ขั้นตอนที่ค่อนข้างสูญเสียเปล่าเราก็เอาออก เรื่องของการบริหารเตียง เรื่องของการใช้เครื่องมือที่สำคัญ เช่น เรื่องของการใช้เครื่องมือ Quick set-up , IT ที่เป็น Real time ที่สามารถบอกสถานะของเตียงได้ ทำให้เราสามารถบริหารจัดการเตียงได้ดีขึ้น

ก็จบไปแล้ว 2 เรื่องขออนุญาตต่อไปเรื่องที่ 3 ที่ 4 เพื่อที่จะได้ต่อเนื่องกัน เรื่องที่ 3 ได้รับเกียรติจากอาจารย์ จากสงขลานครินทร์อีกเช่นเดียวกัน ก็จะเป็นหัวข้อในเรื่องของการดูแลผู้ป่วยในหออภิบาล ผู้ป่วยที่ต้องดูแลระบบทางเดินหายใจในศัลยกรรม นำเสนอโดย คุณภมร แซ่มรักษา ปัจจุบันคุณภมร เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยทางเดินหายใจศัลยกรรม หรือที่เรียกว่า Surgical RCU มีประสบการณ์เรื่องของ

การทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยศัลยกรรมมากมาย เคยเป็นหัวหน้าศัลยกรรมชาย1 เมื่อปี 2545 ปัจจุบันเป็นหัวหน้าหอผู้ป่วย SRCU เมื่อปี 2552 หอผู้ป่วย SRCUของเรา จะเป็นหอผู้ป่วยประมาณ 8-10 เตียง ก็ดูแลผู้ป่วยศัลยกรรมที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจอย่างต่อเนื่อง ปัญหาที่เราเจอ ก็ผู้ป่วยของเรามีปัญหาเรื่องการติดเครื่อง แต่มีความจำเป็นว่า โรคทางศัลยกรรมที่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจนานขึ้น ฟังคุณภรณ์แล้วว่าเราจะดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างไร วิธีการอย่างไรที่เราจะใช้ weaning protocol เพื่อให้ผู้ป่วยของเรา ได้หย่าเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้นแล้วก็มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การนำโปรแกรมหย่าเครื่องช่วยหายใจมาใช้ในหอผู้ป่วย ศัลยกรรมทางเดินหายใจ (Lean Weaning Program)



ดิฉันขอนำเสนอแนวคิด lean ลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วย ซึ่งก็จะแตกต่างจากวิทยากรทั้ง 2 ท่านที่ผ่านมา เพราะว่าในกระบวนการที่เราทำ การนำ program การใช้เครื่องช่วยหายใจมาใช้ในหอผู้ป่วย เป็นการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เรามารู้จัก SRCUคืออะไร



SRCU คือ surgical Respiratory Care Unit เราจะรับคนไข้ผู้ใหญ่อายุ 25 ปีขึ้นไป และที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นผู้ป่วยศัลยกรรม เราเปิดให้บริการมาตั้งแต่เดือน ก.ค. 2552



ในกระบวนการ Patient care process เริ่มตั้งแต่ Admit เราจะรับผู้ป่วย ward สามัญ ,พิเศษ,ห้องฉุกเฉิน ในกระบวนการดูแล เราก็จะทำตามกระบวนการพยาบาลโดยการประเมิน, Care และ ประเมินผลลัพธ์



ในกระบวนการสำคัญในหอผู้ป่วยที่เป็นกระบวนการสำคัญที่สุดโดยตรงก็คือ การ Weaning คนไข้ที่ได้รับเครื่องช่วยหายใจ จะต้องได้รับการหย่าเครื่องช่วยหายใจให้เร็วที่สุด หลังจากนั้นก็จะย้ายออกจากหอผู้ป่วย



เรามาดู Pre-lean แต่ก่อนที่เราจะพบปัญหาว่า ผู้ป่วยของเราทุกรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เราต้องรอแพทย์มาตรวจเยี่ยม ก็ต้องรอแพทย์มาตรวจตอนเช้า ซึ่งเวลาตรวจเยี่ยมก็เวลา 7.30-9.30น. เรา จะเห็นว่ากระบวนการนี้เป็นสีแดง คือเป็นกระบวนการที่คนไข้รอแพทย์อย่างเดียว พอหลังจากนั้นแพทย์ก็ จะมา Round และประเมินอาการและก็พิจารณาว่า คนไข้พร้อมที่จะหย่าเครื่องช่วยหายใจแล้วหรือยัง ก็ จะสั่งแผนการรักษาในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ หลังจากนั้นก็จะไปหน้าห้องพยาบาลในการเฝ้าระวัง และก็ wean คนไข้ตามแผนการรักษาของแพทย์ แล้วเราก็จะพบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาหย่าเครื่องช่วยหายใจ พอหลังจากที่คนไข้มีปัญหาขึ้นมา โดยธรรมชาติสลับแพทย์กับวิสัญญีแพทย์ จะมีกิจกรรมที่ต้องอยู่ใน ER เพราะฉะนั้นผู้ที่รับผิดชอบ ก็จะเป็นพยาบาลเจ้าของไข้ พยาบาลพอเห็นว่าคนไข้มีปัญหา ก็หยุด wean แล้วจะโทรรายงานแพทย์แต่แพทย์ไม่สามารถออกมาดูคนไข้ได้ แพทย์ก็จะสั่ง order ทางโทรศัพท์ บอกว่า

ให้หยุดกระบวนการหย่าไว้ก่อน ก็จะเข้าไปโปรแกรมเดิมคือ คนไข้ก็ต้องรออีกครั้งหนึ่ง ซึ่งเมื่อเราเก็บวันในกระบวนการนี้ก็พบว่า มีวันเฉลี่ยในการใช้การหย่าเครื่องช่วยหายใจถึง 8 วัน



พอ Post lean มาจะเห็นว่าเป็นสีเขียวทั้งหมด ซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างคุณค่าให้กับคนไข้ เราก็ตัดเปลี่ยนเป็นว่า ตั้งแต่ 6 โมงเลย เราจะมอบหมายให้พยาบาลเวรตึก เป็นผู้ประเมินความพร้อมผู้ป่วย โดยเราสร้าง check list ขึ้นมาพอคนไข้ผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อม เราก็ตัดเปลี่ยน โดยที่เราสร้าง weaning program ขึ้นมา พอหลังจากนั้น คนไข้ก็จะหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ ซึ่งเวลาเฉลี่ยที่คนไข้จะน้อยลง เหลือแค่ 5 วัน คราวนี้เรามาดูว่า ประเด็นปัญหาของ Pre-leanทางแก้ปัญหาของ Post lean ทำอย่างไรบ้าง

ประเด็นปัญหา / การแก้ไข		
Pre-Lean	Post-Lean	Lean Tool
รอแพทย์เพื่อมาสั่ง weaning	- ไม่ต้องรอแพทย์ - พยาบาลประเมินความพร้อมตามแบบประเมิน	Standardized work (Check list) Use staff talent
กระบวนการหย่าเครื่องของแพทย์แต่ละท่านต่างกัน	ใช้ weaning program ทำให้มีมาตรฐานเดียวกัน	Standardized work

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

จากPre-leanตามที่กล่าวมาแล้ว ถือว่าผู้ป่วยต้องรอแพทย์เพื่อมาสั่ง wean พอ Post lean เราไม่ต้องรอแพทย์ เราให้พยาบาลนี้แหละ ประเมินความพร้อม โดยสร้าง Standard drive work ขึ้นมาทำ

เป็น check list แล้วเราใช้ศักยภาพความรู้ ความสามารถของพยาบาลในหอผู้ป่วย เป็นผู้ประเมิน แล้วเราก็คพบว่า Pre-leanที่เราต้องแพทย์มาประเมินคนไข้ แล้วส่งแผนการรักษา ในแต่ละท่านก็แตกต่างกัน บางท่านก็จะใช้ตามความถนัดเฉพาะตนในความรู้ ความสามารถของตนเอง แต่พอหลังจากที่ Post lean เราก็อสร้าง weaning programขึ้นมา ทุกคนก็ใช้มาตรฐานนี้เดียวกัน lean2 ก็เป็น Standard drive work

ประเด็นปัญหา / การแก้ไข		
Pre-Lean	Post-Lean	Lean Tool
พยาบาลหมุนเวียนในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร	กำหนดพยาบาลทีมเดิมในการดูแลผู้ป่วยรายเดิม	Case Management
ผู้ป่วยมีปัญหาขณะ wean หยุด wean และรายงานแพทย์ รอประเมินใหม่ วันรุ่งขึ้น	มีผู้ชำนาญเฉพาะทาง (พยาบาลบำบัดทางเดินหายใจ) ร่วมพิจารณาและดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ขณะ wean	Staff Talent

ส่วนพยาบาลที่เป็นเจ้าของไข้ เดิมเราก็จะมอบหมายให้พยาบาลคนไหนก็ได้ ดูแลคนไข้รายใดก็ได้ แต่พอหลังจากที่เราทำ post lean ก็มี commitment ของหอผู้ป่วยมาเลยว่า เราจะจ่ายให้พยาบาลดู case เดิมดูแลผู้ป่วยรายเดิมในล๊อคของการปฏิบัติงานเวร ยกตัวอย่างเช่น คุณ A ขึ้นเวรเช้า, เช้า, บ่าย, ดึก ได้รับมอบหมายให้ดูแลคนไข้เตียง 1, 2 ก็หมายความว่า ในล๊อคเวรนั้น คุณ A จะต้องดูแลคนไข้เตียง 1, 2 ก็ใช้เป็นระบบ Case management ในการมอบหมายงาน ส่วนปัญหาของผู้ป่วยที่มีปัญหาในขณะ wean แล้วพยาบาลเวรโทรรายงานแพทย์แล้วต้อง off wean ไปแล้วต้องรอกระบวนการใหม่ในวันใหม่ เราใช้เครื่องมือ Staff talent ใช้ศักยภาพพยาบาลเจ้าของไข้ เราจะเป็นพยาบาลบำบัดทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการเฉพาะทาง พิจารณาร่วมกันกับคนไข้ขณะ wean คราวนี้เรามาดูขั้นตอนการดำเนินงานมีอะไรบ้าง

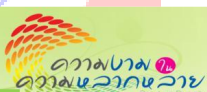


ขั้นตอนการดำเนินงาน

- สํารวจข้อมูลจํานวนวันในการห้ยาเครื่องช่วยหายใจ ก.ค.-ส.ค.52
- ส.ค. 52 นำเสนอโครงการและผ่านการเห็นชอบจาก SRCU Committee
- จัดตั้งทีมที่ปรึกษา ประกอบด้วย
 1. พ.ญ สุณิสา ฉัตรมงคลชาติ อาจารย์แพทย์วิสัญญี
 2. คุณ สุภาวดี ชํานาญแทน พยาบาลบำบัดทางเดินหายใจ
 3. คุณ จันทรเพ็ญ อ่องแก้ว พยาบาลบำบัดทางเดินหายใจ
- ต.ค.52 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลหอผู้ป่วย

การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เริ่มตั้งแต่หอผู้ป่วยเปิดให้บริการ ก.ค. ปี 2552 เราก็มาสํารวจวันที่เรามีการใช้เครื่องช่วยหายใจ ก็ปรากฏว่าพบปัญหาอย่างทีบอกและก้ใช้จํานวนวันที่มาก แล้วก็นำเสนอโครงการนี้เข้ามา โดยเราตั้งทีมผู้ปรึกษา ซึ่งประกอบไปด้วย อาจารย์วิสัญญีแพทย์ พยาบาลบำบัดทางเดินหายใจ พอหลังจากนั้น wean เราจะจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพยาบาลในหอผู้ป่วย



อบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลหอผู้ป่วย





ในการอบรมเชิงปฏิบัติการให้พยาบาลหอผู้ป่วย เราก็ดำเนินการตั้งแต่เราปูความรู้พื้นฐาน การดูแลคนไข้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในขณะที่ยกตัว และในขณะ wean บทบาทในการให้ข้อมูลของทีม การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติในขณะ wean ด้วย และก็มีกิจกรรมในการตรวจร่างกายเบื้องต้น ไม่ว่าจะเป็นการฟังปอด การดู film x-ray, การอ่านผล Arterial Blood Gas

ขั้นตอนการดำเนินงาน

- ต.ค.52 ร่าง แบบประเมินความพร้อม และ weaning program นำเสนอ ผู้ทรงคุณวุฒิ และปรับแก้ไขตามคำแนะนำ
- ต.ค.- ธ.ค.52 นำแบบประเมินความพร้อม และ weaning program มาใช้ ในผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยกลุ่มศัลยกรรมประสาท อุบัติเหตุที่ไม่มีการบาดเจ็บช่องอก และ ศัลยกรรมทั่วไป
- ม.ค.- ธ.ค.53 นำแบบประเมินความพร้อมมาใช้ในผู้ป่วยทุกรายและนำ weaning program มาใช้กับผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์

พอหลังจากนั้นเราก็ร่างแบบประเมินความพร้อม ซึ่งได้บอกไปแล้วว่าเป็น check list แล้วก็ทำ weaning program เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิของเราก็คือ วิทยาลัยแพทย์ แล้วก็มีการแก้ไขปรับคำแนะนำ พอหลังจากนั้นต.ค.-ธ.ค. 52 เราก็ดำเนินการแบบประเมินความพร้อมแล้วก็ weaning program มาใช้ เริ่มเรานำมาใช้ในกลุ่มที่ไม่ซับซ้อน ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะเป็นกลุ่มผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท จะเป็นพวก Neuro disease พวก Tumor เป็นส่วนใหญ่และก็มีคนไข้ Trauma ที่ไม่มีการบาดเจ็บของช่องอก แล้วก็คนไข้ศัลยกรรมทั่วไป พอหลังจากนั้น เราเห็นผลว่าใช้ผลได้ค่อนข้างดี ม.ค.-ธ.ค. 53 เราก็เลยมาใช้อย่างเต็มรูปแบบ แบบประเมินความพร้อมก็หมายถึง คนไข้ทุกคนที่เข้ามาสู่หอผู้ป่วย SRCU ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเราจะทำ Daily Screening

แบบประเมินความพร้อม
Daily screening

- 1.พ้นจากภาวะฉุกเฉินที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ
- 2.มีการไหลเวียนความดันโลหิตคงที่ หรือได้รับ Dopamine น้อยกว่า 5 microgram/kg/นาที หรือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายใน 48 ชั่วโมง (มากกว่า 90 mmHg หรือ MAP มากกว่า 65)
- 3.ระดับความรู้สึกตัวปกติ ตื่นขึ้น หรือคงที่
- 4.ไม่ได้รับยากดประสาทหรือยากล่อมกล้ามเนื้อ
- 5.อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 38.5 องศาเซลเซียส
- 6.ที่ระดับออกซิเจนที่ให้ $\leq 40\%$, PEEP ≤ 5 ซม.น้ำ , ค่า O₂ Saturation สูงกว่า 93 %
- 7.อัตราการหายใจน้อยกว่า 35 ครั้ง/นาที
- 8.ปริมาตรหายใจด้วยตนเอง ≥ 5 cc./น.ตัว 1 กก.

12
การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

โดยทำ check list ขึ้นมา 8 หัวข้อ ซึ่งคนไข้ที่จะใช้ weaning program ในขั้นตอนต่อไป จะต้องผ่าน Daily Screening ทั้ง 8 หัวข้อ โดยลักษณะ check list จะเป็นแบบนี้ เราขอแนะนำให้เวรตึกจะเป็นคนประเมินคนไข้ทุกเช้า

การประเมินความพร้อมผู้ป่วย
ในการเริ่มหย่าเครื่องช่วยหายใจ

หัวข้อการประเมิน	เวลา ว.ด.ป.	เวลา ว.ด.ป.	เวลา ว.ด.ป.	หมายเหตุ
1.พ้นจากภาวะฉุกเฉินที่ต้องใส่เครื่องช่วยหายใจ				
2.มีการไหลเวียนความดันโลหิตคงที่ หรือได้รับ Dopamine น้อยกว่า 5 microgram/kg/นาที หรือ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงภายใน 48 ชั่วโมง (systolic ≥ 90 mmHg , MAP ≥ 65 mmHg)				
3.ระดับความรู้สึกตัวปกติ ตื่นขึ้น หรือคงที่				
4.ไม่ได้รับยากดประสาทหรือยากล่อมกล้ามเนื้อ				
5.อุณหภูมิร่างกายต่ำกว่า 38.5 องศาเซลเซียส				
6.ที่ระดับออกซิเจนที่ให้ $\leq 40\%$, PEEP ≤ 5 ซม.น้ำ , ค่า O ₂ Saturation สูงกว่า 93 %				
7.อัตราการหายใจน้อยกว่า 35 ครั้ง/นาที				
8.ปริมาตรหายใจด้วยตนเอง ≥ 5 cc./น.ตัว 1 กก.				
ผู้ประเมิน				14

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า จะเกี่ยวกับภาวะ Hemodynamic แล้วก็ปัญหาที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ แล้วก็ระดับความรู้สึกตัว และก็สัญญาณชีพ และก็ปริมาตรหายใจด้วยตนเอง ก็ไม่มีไขด้วย แล้วก็ On ที่ระดับ 02 ที่เราจะ wean ได้ คนไข้ต้อง On 02 ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40%, ค่า O₂ sat >93% ส่วนการ weaning program พอคนไข้ผ่านเกณฑ์ประเมินความพร้อมทั้ง 8 ข้ออย่างทีกล่าวนมา เราก็ค

จะเริ่มจาก CPAP ให้ค่า pressure support 16, และใน weaning program เราจะลด pressure support ลงทีละ 2 เรื่อยๆ เมื่อถึงขั้นตอนใด คนไข้มีปัญหา เราก็จะกลับไป On setting ก่อนหน้านั้นที่คนไข้ไม่มีปัญหา



ซึ่งแต่ละ step คนไข้ก็จะใช้เวลาที่แตกต่างกัน แต่ว่าโดยส่วนใหญ่ เราก็อยู่ใน 2-4 ชั่วโมง ในขณะที่เรา wean คนไข้ พยาบาลเจ้าของไข้ จะต้องมีการเฝ้าระวังติดตามอาการคนไข้ ซึ่งใน 6 ข้อนี้ ถ้าข้อใดข้อหนึ่ง คนไข้เกิดอาการขึ้นมา เราก็จะหยุด wean เราก็จะดูเรื่อง ระดับความรู้สึกตัว การหายใจลำบาก สัญญาณชีพที่เปลี่ยนไป ดูค่า O2Sat ด้วย ตัวชี้วัดในโครงการของเราคือผู้ป่วยทุกรายต้องได้รับการประเมิน หมายถึง ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จะได้รับการประเมิน และการเตรียมความพร้อมร้อยละ 100 มันก็หมายความว่า คนไข้ทุกราย On เครื่องจะต้องได้รับการประเมินเกณฑ์ความพร้อม เพราะหลังจากผ่านเกณฑ์การประเมินความพร้อมก็ต้องใช้ weaning program กับผู้ป่วยรายนั้นเราทราบอยู่แล้ว ก่อนที่เราจะทำ Port lean เทียบกับของเก่าเราก็เอาที่ 5 วัน

ตัวชี้วัด

1. ผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ
2. ผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินได้รับการดูแลตาม weaning program ทุกราย
3. Weaning day น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 วัน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

คราวนี้มาสรุปการดำเนินงานของ lean ที่ผ่านม.ค.-ธ.ค. 53 จะเห็นได้ว่าตั้งแต่ ม.ค. ถึง ธ.ค. วันก็อาจจะสูงกว่า 5 วันนิดหน่อยแล้วก็น้อยกว่า 5 วันลงมานิดหน่อย อยู่เฉลี่ยก็ตามเป้าที่กำหนดไว้

ผลการดำเนินงาน มค.-ธค.53

month/year	Total (ราย)	On vent (ราย)	No vent (ราย)	Pass dialy screen (ราย)	Non-pass (ราย)	≤ 5day (ราย)	> 5 day (ราย)	ค่าเฉลี่ย (วัน)
มค.53	24	21	3	11 (52.4 %)	10 (47.6%)	7 (63.6%)	4 (36.4%)	4.2
กพ.53	28	26	2	12 (46.2 %)	14 (53.8 %)	9 (75 %)	3 (25 %)	5.3
มีค.53	30	28	2	19 (67.9 %)	9 (32.1 %)	14 (73.7 %)	5 (26.3 %)	5.4
เมย.53	29	27	2	12 (44.4 %)	15 (55.6 %)	9 (75 %)	3 (25 %)	3.5
พค.53	24	22	2	11 (50 %)	10 (50 %)	10 (90.9 %)	1 (9.1 %)	3.8
มิย.53	16	16	0	4 (25 %)	12 (75 %)	3 (75 %)	1 (25 %)	4.3
กค.53	27	24	3	11 (45.8 %)	13 (54.2 %)	7 (63.6 %)	4 (36.4 %)	5.5
สค.53	24	22	2	8 (36.4 %)	14 (63.6 %)	6 (75%)	2 (25 %)	4.6
กย.53	26	24	2	11 (45.8 %)	13 (54.2 %)	8 (72.7 %)	3 (27.3 %)	5.3
ตค.53	30	26	4	10 (38.5 %)	16 (61.5 %)	8 (80 %)	2 (20 %)	4
พย.53	27	26	1	15 (57.7 %)	11 (42.3 %)	9 (60 %)	6 (40 %)	4.4
ธค.53	30	29	1	11 (37.9 %)	18 (62.1 %)	7 (63.7 %)	4 (36.3 %)	3.4

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

คราวนี้สรุปในภาพรวม เราก็คงเห็นว่า คนไข้ของเรา ประเภทที่เราต้อง observe การ68. หายใจที่อาจจะ off tube มาจากหอบหืดผู้ป่วย และก็ผ่าน Daily Screening 135 ราย คิดเป็น 68.89% กลุ่มที่ไม่ผ่าน Daily Screening เราดูปัญหาที่เกิดขึ้นจะพบว่า เป็นคนไข้วิกฤติ คนไข้ pariative ที่เราไม่ต้องการที่จะ weaning แล้วให้คนไข้อยู่อย่างสงบ ไม่ทุรทุหมาน หรือคนไข้ No CPR แต่ญาติ full medicationอยู่ คนไข้ประเภทนี้ก็ยังอยู่ในหอผู้ป่วย เพราะถ้าย้ายผู้ป่วยขึ้นไป ward ผู้ป่วยสามัญ ก็จะทำให้ Work load ของผู้ป่วย wardสามัญ เพิ่มมากขึ้น หรือคนไข้ที่ย้ายออก หรือคนไข้ที่ไม่ได้เข้าสู่กระบวนการ lean แต่มีความจำเป็นที่จะต้องเตียง



ผลที่ได้รับ

จำนวนผู้ขออาหารช่วยเหลือรายเดือน

Month	Number of people (in thousands)
Jan-12	8.5
Feb-12	7.9
Mar-12	6.8
Apr-12	10.4
May-12	7.8
Jun-12	5.2
Jul-12	4.2
Aug-12	5.3
Sep-12	5.4
Oct-12	3.5
Nov-12	3.8
Dec-12	4.3
Jan-13	5.5
Feb-13	4.6
Mar-13	5.3
Apr-13	4
May-13	4.4
Jun-13	3.4

การประชุม 12th HA National Forum 15 -18 มิถุนายน ๒๕54 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

เรามาดูผลลัพธ์ของการที่ใช้ leanning weaning program productivityจำนวนผู้ป่วยที่หย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จในตอน pre lean มีแค่ 28 ราย แต่ post lean ในแต่ละไตรมาสจะเห็นว่า จำนวนคนไข้ก็เพิ่มขึ้น จำนวน wean น้อยลง แต่ในเดือน ก.ค. ปี53 นี้ไม่น่าเสนอ เพราะฐานของเตียงไม่เท่ากัน เพราะว.ค. ปี53 เราขยายเตียงเพิ่มขึ้นก็คือเวลาที่เรานอนวันไว้จาก 8 วันก็ลดลง 5 วัน

ผลลัพธ์ Lean Weaning Program			
		Pre-Lean	Post-Lean
Productivity	จำนวนผู้ป่วย หย่าเครื่องสำเร็จ	ก.ค. – ก.ย. 52 28 ราย	ต.ค.-ธ.ค.52 31 ราย ม.ค.-มี.ค.53 42 ราย เม.ย-มิ.ย.53 34 ราย
Delivery	เวลา	8 วัน	5 วัน
Cost	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย/คน	ค่าห้องและบริการ + ค่าเครื่องช่วยหายใจ (600 บาท + 1,900 บาท) x 8 วัน = 20,000 บาท	ค่าห้องและบริการ + ค่าเครื่องช่วยหายใจ (600 บาท + 1,900 บาท) x 5วัน = 12,500บาท ลดลง 7,500 บาท
Ethic	ผู้ป่วยที่ต้องเข้า SRCU	ต้องรอนาน	ลดเวลารอลง 3 วัน

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ส่วนในเรื่องของค่าใช้จ่ายของ 8วันก็ประมาณ 20,000 บาท แต่พอลดเหลือ 5 วัน ก็ลดลงเหลือ12,500 บาท ซึ่งก็ลดค่าใช้จ่ายไปได้ถึง 7,500 บาท ในผู้ป่วยที่ต้องมาเข้าคิวรอที่จะเข้าหอผู้ป่วย SRCU จากเดิมที่ต้องรอนานหนึ่ง ก็ลดเวลารอลงอีก 3 วัน ก็สิ่งที่ตัวเองคิดว่าจะพัฒนาต่อ ก็คงมีการทบทวนเกณฑ์การประเมิน อาจจะต้องทำ CQI ต่อเพื่อที่ว่าจะพัฒนาเกณฑ์การประเมินผลให้เหมาะสมมากขึ้น เพราะเรามีคนไข้ในกลุ่มหนึ่งคือ opened heart อาจต้องใช้ยาที่เพิ่มความดัน ซึ่งเกี่ยวกับพวก Hemodynamic ก็ Plan เอาไว้แล้วว่า เราจะปรึกษากับอาจารย์เจ้าของไข้ ซึ่งเป็นอาจารย์ CVT แล้วก็จากคำแนะนำการ Re-accredit ครั้งที่ 3 ที่ผ่านมา อาจารย์ที่เยี่ยมสำรวจก็บอกเราว่า เราควรจะแยกตัวชีวิตตามกลุ่ม ตาม Severity ของคนไข้ เราจะเห็นว่าคนไข้บางคนมีจำนวนวัน wean ที่น้อย บางทีก็มากทำให้แยก Severity ของกลุ่มให้ชัดเจนมากขึ้น

ขอบคุณ คุณภมร แซ่มรักษา สิ่งที่น่าจะเป็น key successor factor ของเรื่องนี้จะเป็น Empowerment เราเรียกว่า Use staff talent ก็คือ ใช้ความเชี่ยวชาญ ใช้ความสามารถ ก็ Empower โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มี Nurse respiratory care therapy ก็คือพยาบาลบำบัดทางเดินหายใจก็มีอยู่ 2 ท่าน และก็มี Consultant ที่เข้มแข็งก็คือ อาจารย์วิมลัญญ์แพทย์ ที่มาช่วยดูแล

ในเรื่องของ Protocol แต่ถ้าท่านสังเกตอย่างห้อยเราก็มีผู้ป่วยที่สำเร็จประมาณ 80 กว่า % แปลว่าเรายังมีโอกาสพัฒนาอยู่ 20 กว่า % ก็เห็นด้วยว่า ต้องมาลง Segment ในเรื่องของผู้ให้บริการ คนใช้ส่วนหนึ่งที่ไม่สำเร็จ ก็จะมีในเรื่องของ เช่น อายุมาก ในเรื่องของปัจจัยที่เกิดขึ้นระหว่างการ weaning ในเรื่อง Renal failure เหล่านั้น ก็คงต้องไปพัฒนาต่อ ต้องบอกว่าจริตของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ในการ wean เราเปลี่ยนไปจากเดิม เรา wean โดยใช้ SIMV หรือ pressure support ปัจจุบันเราใช้ SVT กับ Spontaneous จากกลางคืนใช้ pressure support เข้าขึ้นมา เมื่อพยาบาลประเมินแล้วเข้าสู่ weaning protocol เราก็ใช้ SVT ก็คือใช้ CPAP ที่เราใช้เพียงพอที่จะ maintain tidal volume ได้กับส่วน pressure support จะให้ volume ที่สามารถหายใจได้ กลางคืนไม่ไหวก็ full support เราก็ทำหน้าที่ โดยที่พยาบาลของเรา สามารถที่จะจัดการกับตรงนี้ได้ อาจารย์วิสัญญีก็จะเป็นที่ปรึกษา อนาคตคงจะต้องวัดผลลัพธ์เพิ่มเติม อย่างที่ผู้นำเสนอได้ทำในเรื่องของ CQI เราอยู่แล้วว่า Total Hospital cost น่าจะลดลง เนื่องจากคนไข้อยู่ ICU สั้นลง จากเดิมต้องมีค่า ICU 20,000 บาทเหลือประมาณ 12,000 บาท อย่างน้อยก็ประหยัดไปแล้ว 7,500 บาท จะต้องไปวัดตัวชี้วัดอื่น เช่น คุณภาพชีวิตของ VAP ที่เกิดขึ้น Predict ว่าจะลดน้อยไปด้วย ในเมื่อคนไข้ใช้เครื่องช่วยหายใจ

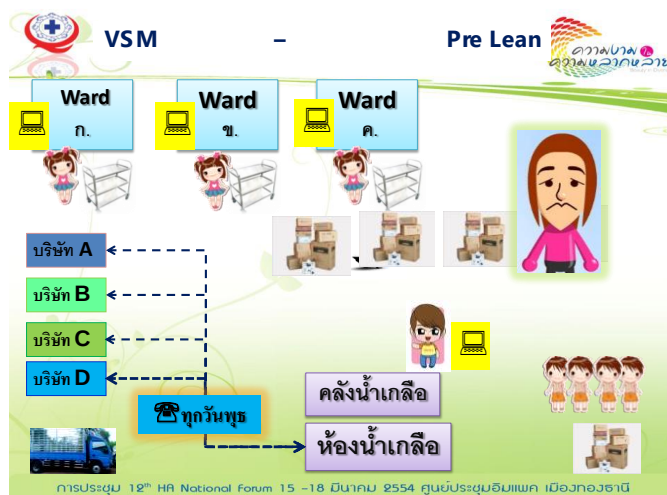
ส่วนอีกท่านหนึ่งจะนำเสนอในเรื่องของ lean งานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ภาณุ.หญิง นันทิดา หวังคะพินธุ์ ปัจจุบันอาจารย์เป็นเภสัชกร ระดับ 5 ประจำศูนย์เวชเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีประสบการณ์ในเรื่องของการทำงานการผลิตยา ของฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาล และมีหน้าที่เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์เคมีบำบัด ก็ขอเชิญพวกเรารับฟังในเรื่องของการจัดการ lean ของงานเภสัชกรรมของโรงพยาบาล



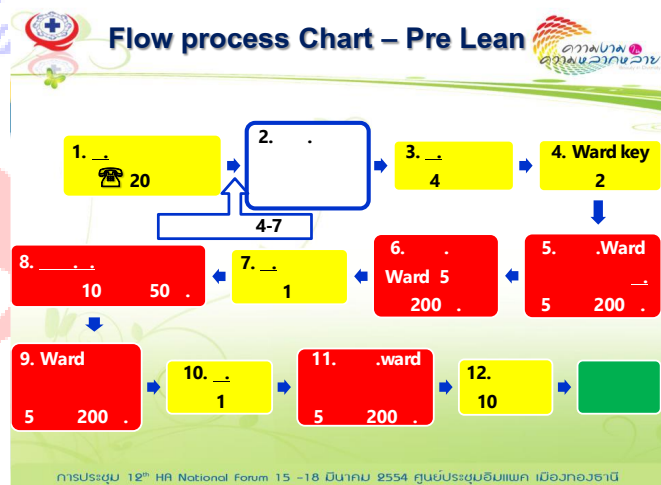
สวัสดิ์ผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่าน ดิฉันเกสัชกร เป็นตัวแทนฝ่ายการผลิตยา ฝ่าย
เภสัชกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะนำเสนอผลงานคุณภาพในการพัฒนางานด้าน lean ของระบบ
จัดซื้อ-จัดจำหน่ายน้ำเกลือ



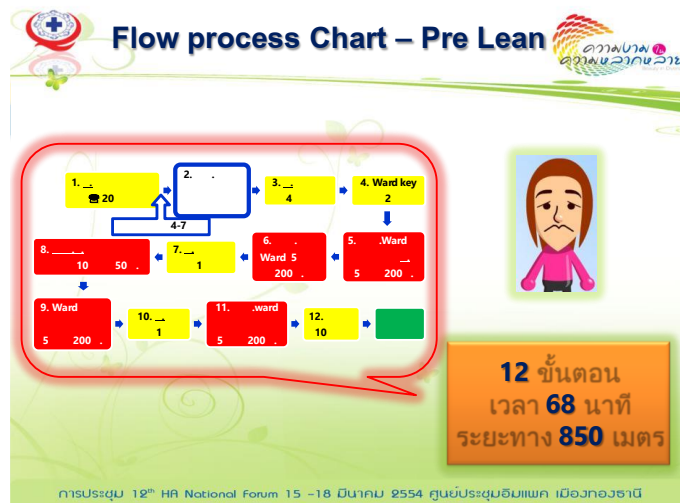
สภาพปัจจุบันก่อนการพัฒนางานด้าน lean ก็งานฝ่ายเภสัชกรรมดูแลและให้บริการ
เบิกจ่ายน้ำเกลือแก่หน่วยงานในโรงพยาบาล โดยให้เบิกจ่ายทุกวันทำการ ในแต่ละวันจะมีหน่วยงานที่
ให้บริการเบิกจ่ายโดยเฉลี่ย 40 หน่วยงานต่อวัน ซึ่งน้ำเกลือที่ให้บริการแจกจ่ายก็จะมีหลากหลายชนิด
ด้วยกัน จะมีน้ำเกลือ 40 ชนิด และน้ำยาล้างไตสำหรับทำ hemodialysis อีก 2 ชนิด ในส่วนของการสั่งซื้อ
ก็จะทำการสั่งซื้อจาก 4 บริษัทด้วยกัน เป็นการสั่งซื้อทางโทรศัพท์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ปริมาณของการสั่งซื้อ
และส่งน้ำเกลือโดยเฉลี่ยต่อสัปดาห์ ก็จะอยู่ที่ 15,000 ขวด/สัปดาห์ และน้ำยาล้างไตอยู่ที่ 300 แกลลอน/
สัปดาห์



Value Stream Mapping ของระบบจัดซื้อ เบิกจ่ายน้ำเกลือ ก่อนการพัฒนางานด้าน lean ก็จะเริ่มจากขั้นตอนการสั่งซื้อผ่านทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ของเภสัชกร และระยะเวลาของการขนส่งของบริษัทที่ใช้ประมาณ 4-7 วัน ของการสั่งซื้อ ก็จะมาส่งยังห้องน้ำเกลือ เจ้าหน้าที่ของบริษัทก็ทำการขนน้ำเกลือไปเก็บไว้ในคลังของน้ำเกลือ เภสัชกรก็จะตรวจรับ ตรวจสอบความถูกต้องของน้ำเกลือที่นำส่ง ส่วนขั้นตอนของการเบิกน้ำเกลือ ก็จะสั่งจากแต่ละ ward แต่ละหน่วยงาน ก็จะทำการเบิกน้ำเกลือ ผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาล เป็นระบบ IT เมื่อมีคนเบิกน้ำเกลือ ก็จะส่งเจ้าหน้าที่ของ ward เพื่อที่จะนำรถเข็นมายังห้องน้ำเกลือ แล้วจากนั้น เจ้าหน้าที่ ward ก็เดินกลับไปยัง ward เพื่อกลับไปทำงานตามปกติ หลังจากนั้นเภสัชกร ก็จะทำการพิมพ์ใบเบิก และส่งใบเบิกให้กับเจ้าหน้าที่เภสัช เพื่อที่จะจัดน้ำเกลือตามรถเข็น ตามใบเบิก และเจ้าหน้าที่ ward ก็เดินกลับมายังห้องน้ำเกลืออีกครั้ง เพื่อที่จะนำรถเข็นและน้ำเกลือไปเก็บยัง ward แล้วก็จัดเก็บเข้า stock ของแต่ละ ward อีกครั้ง เพื่อที่จะนำรถเข็น และน้ำเกลือนำไปเก็บยัง ward แล้วก็จัดเก็บเข้า Stock ของแต่ละ ward จากการนำเสนอตรงนี้



สามารถสรุปเป็น Process chart ก่อนการทำ lean ในต่อไปนี้จะเห็นได้ว่า สีแดง เป็น waste ที่เกิดจากการทำงาน ก็เป็นขั้นตอนของเจ้าหน้าที่ ward ที่จะต้องนำรถเข็น เดินไปเดินมา ระหว่างห้องน้ำเกลือกับ ward 2 รอบด้วยกันของการเบิกของหน่วยงาน และ waste ที่เกิดขึ้นอีกอย่างหนึ่งก็คือ การจัดน้ำเกลือลงรถเข็น หลังจากจัดเก็บ น้ำเกลือจากรถเข็นแล้ว ก็ต้องจัดเก็บเข้าไปใน stock ของ ward อีก



เราสามารถสรุปเป็นขั้นตอนการทำงานทั้งหมดได้เป็น 12 ขั้นตอน ใช้เวลาในการทำงานของ 1 ครั้ง การเบิก 1 หน่วยงานคือ 68 นาที และระยะทางที่เกิดขึ้นจากการทำงาน 850 เมตร จากที่กล่าวมาทั้งหมด

ประเด็นปัญหาระบบจัดซื้อ-เบิกจ่าย

Pre-Lean	Post-Lean 1	Lean Tool
- ขั้นตอนการทำงานซ้ำซ้อน เสียเวลาโดยสูญเปล่า -จนท.เภสัช ชวนน้ำเกลือลงรถเข็น -จนท.ward ชวนน้ำเกลือเก็บเข้า ward -จนท.ward นำรถเข็นส่งห้องน้ำเกลือ ↔ ward (800 ม.) • เจ้าหน้าที่ยกของหนัก มีปัญหาสุขภาพ	• จนท. บริษัทขนส่ง น้ำเกลือและจัดเก็บให้ หน่วยงานนำร่อง	• Decrease over-processing • Eliminate transportation • Decrease motion

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

สามารถสรุปประเด็นปัญหา ของระบบจัดซื้อเบิกจ่ายได้ ต่อไปนี้ก็คือ อันดับแรก ก็เป็น ปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าขั้นตอนของการทำงาน จะเป็นขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนกัน เป็นการเสียเวลาโดยสูญเปล่า ก็คือ ดังที่กล่าวไปแล้ว ก็คือ ขั้นตอนการทำงานของเจ้าหน้าที่ ward ที่มีการเดินไปเดินมา ระหว่างห้องน้ำเกลือกับ ward 2 รอบด้วยกันของครั้งที่มีการเบิก และก็นั่นตอนคือน้ำเกลือลงจากรถเข็น แล้วพอเจ้าหน้าที่ ward นำน้ำเกลือไปที่ ward เจ้าหน้าที่ ward ต้องขนกลับเข้าไปเก็บใน Stock ของ ward อีก ซึ่งการขนขึ้น-ขนลง ก็จะมีผลที่ตามมาคือ ปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ก็จะมีปัญหาเรื่อง การปวดหลัง จากปัญหาที่เกิดขึ้นตรงนี้ ก็มีการพัฒนาปรับปรุงงาน โดยใช้แนวทาง lean เพื่อที่จะปรับปรุงแก้ไข

งานที่เกิดขึ้น โดย lean tool ที่นำมาใช้ก็ได้แก่ ลดขั้นตอนการทำงานที่ซับซ้อน กำจัดขบวนการขนส่ง และลดการเคลื่อนไหวที่ไม่จำเป็นของคนปฏิบัติงาน ซึ่งตรงมาตุกันว่า เราจะมาใช้วิธีการดำเนินงานอย่างไร

LEAN 1 : นาร่อง

- หน่วยงานมีการเบิกหลากหลาย สูงสุด **23** ชนิด
ต่ำสุด **3** ชนิด
- นาร่องหน่วยงานที่เบิกน้อยชนิด ไม่เกิน **5** ชนิด

ห้องผ่าตัด หน่วยวิสัญญี
หน่วยไตเทียม ศูนย์โรคหัวใจ

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

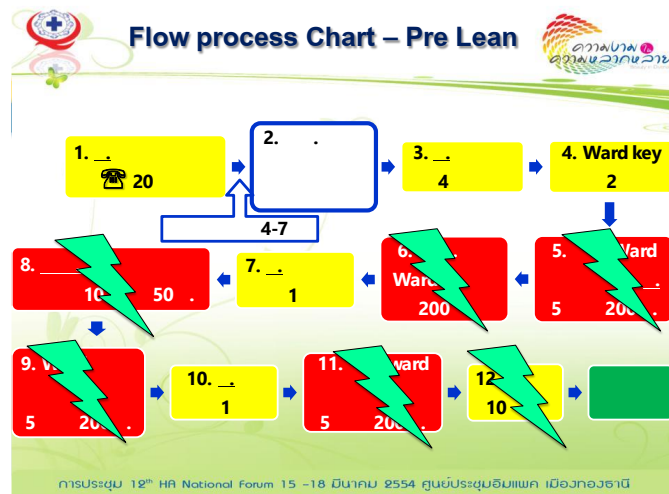
ครั้งแรกก็จะเป็นการดำเนินงานนาร่อง lean ที่ 1 ก็มีการย่นดูข้อมูลของหน่วยงานในโรงพยาบาล ที่มีการเบิกน้ำเกลือ แต่ละ ward ก็จะมีการเบิกสูงสุด หลากหลายชนิด อยู่ที่ 23 ชนิดด้วยกัน และต่ำสุดจะอยู่ที่ 3 ชนิด เราจึงเลือกนาร่องในหน่วยงานที่มีการเบิกน้อยชนิดก่อน ก็คือ เบิกไม่เกิน 5 ชนิดด้วยกัน ได้แก่ ห้องผ่าตัด หน่วยวิสัญญี หน่วยไตเทียม และศูนย์โรคหัวใจ

วิธีการดำเนินงาน

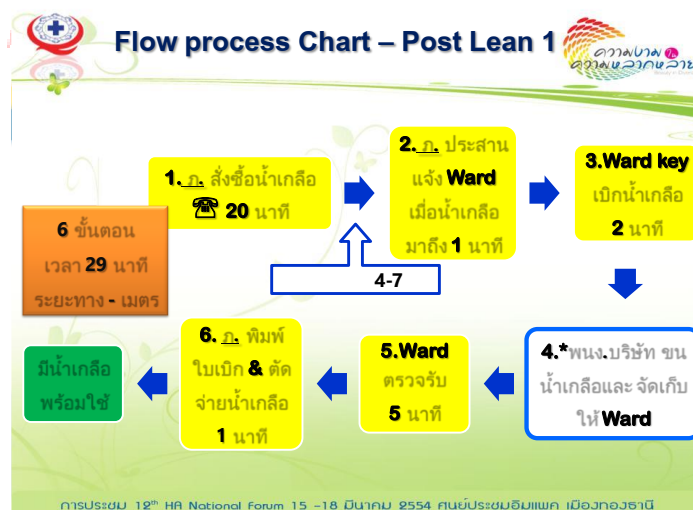
- ประสานหารือ หัวหน้า ward และบริษัท
- พนักงานของบริษัทบริการขนส่งน้ำเกลือพร้อมจัดเก็บให้กับหน่วยงานนาร่องที่เบิก
- บริการขนส่งสัปดาห์ละ **1** ครั้ง

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

หลังจากที่เราเลือกหน่วยงานนาร่อง ทำการประสานหารือกับหัวหน้า ward และหัวหน้าหน่วยงานดังกล่าว เกี่ยวกับการพัฒนางานปรับปรุง โดยใช้ lean มาจะพัฒนา หัวหน้า ward ก็เห็นด้วยในการแก้ไขตรงนี้



หลังจากนั้นก็ทำการปรึกษารื้อกับบริษัท บริษัทให้ข้อเสนอว่าจะจัดส่งพนักงานของบริษัท ทำการส่งน้ำเกลือให้กับหน่วยงานนำร่อง ให้กับหน่วยงานทั้ง 4 หน่วยงานนั้น วิเคราะห์กับจัดเก็บให้กับหน่วยงานด้วย แต่ ward ให้บริการจัดขนส่งสัปดาห์ละ 1 ครั้งเราก็สามารถตัดขั้นตอนที่ waste ก็คือสีแดงได้ทั้งหมดทั้ง 4 ขั้นตอน รวมถึงขั้นตอนการจัดเก็บตรงนี้ด้วยเกิดเป็นขั้นตอนหลักการทำ lean ครั้งที่ 1 ก็คือ เกสซกรก็ยังทำหน้าที่สั่งซื้อน้ำเกลือ และเมื่อน้ำเกลือมาถึง ก็จะประสาน ward เพื่อที่จัดเตรียมสถานที่ สำหรับเก็บน้ำเกลือ ward ก็จะมีการเบิกน้ำเกลือ และพนักงานของบริษัทก็จะทำการขนน้ำเกลือ และจัดเก็บให้กับ ward ๆ ก็ตรวจรับ ตรวจสอบความถูกต้อง เกสซกรก็พิมพ์ใบเบิกตัดจ่ายน้ำเกลือ ward ก็จะมีน้ำเกลือพร้อมใช้



สรุปเป็นขั้นตอนทั้งหมด ก็เหลือเป็นแค่ 6 ขั้นตอน ใช้เวลาในการทำงาน 29 นาที ซึ่งเวลาในการทำงานตรงนี้ คือหมายถึง เวลาของบุคลากรในองค์กร ที่ทำงานในการเกี่ยวกับ ขวดน้ำเกลือ ระยะทางที่เกิดขึ้นไม่มี

ผลลัพธ์ LEAN 1

กิจกรรม	Pre Lean	Post Lean1	ผลที่ได้	ร้อยละ
()	12	6	6	↓ 50 ↓
Cycle time ()	68	29	39	↓ 57.35 ↓
()	850	0	0	↓ 100 ↓
(.)	1,600	0	0	↓ 100 ↓

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

สรุปเป็นผลลัพธ์ของการทำ lean ครั้งที่1เทียบก่อนการทำ lean ขั้นตอนการทำงานลดลง จาก 12 ขั้นตอนเหลือเพียง 6 ขั้นตอน สามารถลดลงได้ 50% และ cycle time หรือรอบการเบิกจ่าย น้ำเกลือจาก 68 นาที เหลือเพียง 39 นาที สามารถลดลงได้ 57.35% ระยะทางและการยกของหนักก็เหลือ เป็น 0 ก็คือสามารถลดได้ 100% เลย จากผลการนำเสนอดังกล่าว ก็ประสบความสำเร็จมากพอสมควร จึง มีแนวคิดที่จะขยายผลไปยังหน่วยงานอื่นๆที่เหลือ

LEAN 2 : ขยายผล

- จากผลสำเร็จ Lean 1 → ขยายผลไปสู่หน่วยงานที่เหลือ
- ปัญหาที่พบ
 - ใช้ได้เฉพาะ ward ที่เบิกน้ำเกลือไม่มากชนิด
 - ต้องมีพื้นที่จัดเก็บมากเพียงพอสำหรับใช้ 4-7 วัน

↓

ไม่สามารถขยายผลต่อได้

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

ซึ่งพอกำลังจะขยายผลพบว่า เกิดปัญหาเกิดขึ้น จาก lean ครั้งที่1 ก็คือวิธีการ lean ครั้งที่ 1 ใช้ได้เฉพาะกับ ward หรือหน่วยงานที่มีการเบิกน้ำเกลือจำนวนไม่มากชนิดเท่านั้น แล้วก็ในแต่ละ ward แต่ละหน่วยงาน จะต้องต้องมีพื้นที่ในการ stock น้ำเกลือให้มากเพียงพอ สำหรับการใช้ 4-7 วัน จากปัญหาที่พบตรงนี้ จึงไม่สามารถขยายผลต่อได้ ก็จากปัญหาที่ได้กล่าวไปแล้ว



จึงมีการคิดพัฒนาปรับปรุงงานใหม่สักครั้งหนึ่ง โดยมีการจัดระบบให้ Supplier มีส่วนร่วม ในการพัฒนา Supplier ก็เสนอแนวทางการพัฒนาจาก 4 บริษัทก็มีการเสนอมา 3 บริษัทด้วยกัน บริษัทที่ 1 ได้เสนอแนวทางดังต่อไปนี้ ปัญหาที่เจอจาก lean ครั้งที่ 1 ก็คือในเรื่องของพื้นที่จัดเก็บไม่เพียงพอ เพราะว่า มีการส่งเก็บสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

LEAN 2 : ขยายผล

Supplier เสนอแนวทางการพัฒนา

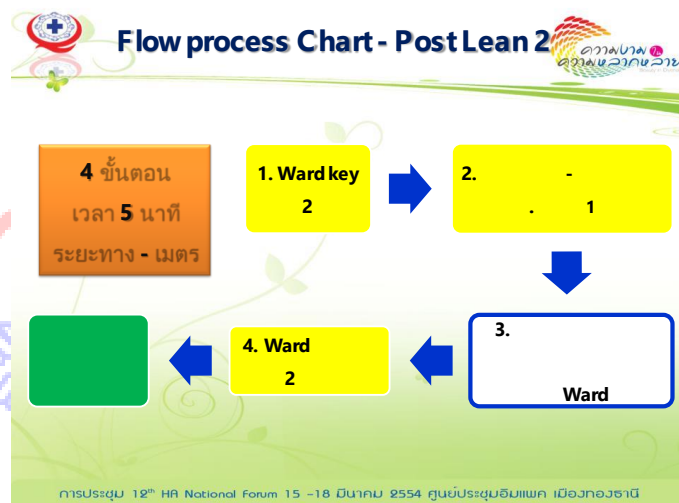
บริษัท 1	บริษัท 2	บริษัท 3
เพิ่มรอบ 2 ครั้ง/สัปดาห์	บริการส่งทุกวันทำการ	บริการส่งทุกวันทำการ
ไม่ครบทุกชนิด	ครบทุกชนิด	ครบทุกชนิด
ค่าใช้จ่าย 40 สต./ขวด	ค่าใช้จ่าย 5 หมื่น/เดือน	ไม่คิดค่าใช้จ่าย

ชื่อน้ำเกลือทั้งหมดจากบริษัท
ขายในราคาเดิมที่เคยซื้อ

การประชุม 12th HA National Forum 15 –18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพค เมืองทองธานี

บริษัทที่ 1 ก็เสนอว่าเพิ่มรอบการจัดส่งน้ำเกลือจาก 1 ครั้ง /สัปดาห์ เป็น 2 ครั้ง/สัปดาห์ แต่ว่าจะขอคิดค่าใช้จ่าย ในการส่งคิดเป็นน้ำเกลือ 40 สตางค์/น้ำเกลือ ขวด และบริษัทที่ 1 จะยินดีขนส่ง น้ำเกลือให้เฉพาะน้ำเกลือที่บริษัทเท่านั้น รวมน้ำเกลือที่เราสั่งซื้อจากบริษัทที่ 1 ก็ไม่ครบทุกชนิด ความ ต้องการของโรงพยาบาล ส่วนบริษัทที่ 2 ก็เสนอว่า จะให้ส่งน้ำเกลือทุกวันทำการ ward สามารถเบิก น้ำเกลือได้ทุกวันเหมาะกับการทำ lean เลย กับบริษัทที่ 2 ก็มีน้ำเกลือไม่ครบทุกชนิด เช่นเดียวกัน แต่ บริษัทที่ 2 ยินดีที่จะจัดหา น้ำเกลือให้ครบทุกชนิด ตามความต้องการของโรงพยาบาล แต่ขอคิดค่าบริหาร จัดการแบบเหมาจ่าย 50,000 บาท/เดือน และบริษัทที่ 3 ก็เสนอว่าจะให้บริการขนส่งทุกวัน ทำการ เช่นเดียวกับบริษัทที่ 2 เหมือนกัน และบริษัทที่ 3 จะมีน้ำเกลือครบทุกชนิด ทุกความต้องการที่

โรงพยาบาลต้องการใช้ และไม่ขอคิดค่าใช้จ่ายใดๆเพิ่มขึ้น แต่เงื่อนไขของบริษัทที่ 3 ก็คือ เสนอว่าจะให้
ชื้อน้ำเกลือทั้งหมดจากบริษัท และบริษัทจะยืมตู้ขายในราคาเดิมที่เคยซื้อ ซึ่งจากแนวคิดในบริษัทที่ 3 ที่ให้
service กับโรงพยาบาลแล้วก็เรื่องค่าใช้จ่ายไม่เพิ่มขึ้น ทางโรงพยาบาลจึงเลือกแนวคิดของบริษัทที่ 3 มา
พัฒนาเป็น lean ครั้งที่ 2 ก็กระบวนการทำงาน



หลังจากการทำ Lean ครั้งที่ 2 ก็จะเริ่มต้นจากการค่อยๆ เบิกน้ำเกลือของ ward หลังจากนั้น
เภสัชกรก็จะพิมพ์ใบเบิกแล้วก็จะส่งใบเบิกให้กับเจ้าหน้าที่บริษัท แล้วพนักงานของบริษัทก็จะทำการส่ง
น้ำเกลือ พร้อมกับจัดเก็บให้กับ ward ทั่วทั้งตัวรับ ตรวจสอบความถูกต้องและ ward ก็จะมีน้ำเกลือพร้อม
ใช้ ก็จะเหลือขั้นตอนทำงานเพียงแค่ 4 ขั้นตอน เวลาที่เกิดจากบุคลากร ก็คือ เหลือเพียง 5 นาทีระยะทาง
ที่เกิดขึ้นไม่มี



ที่นี้ก็จะ เป็นภาพเส้นทางของบริษัทที่ทำการขนส่งน้ำเกลือ จัดเก็บน้ำเกลือ ให้แก่ ward

ผลลัพธ์ LEAN 2

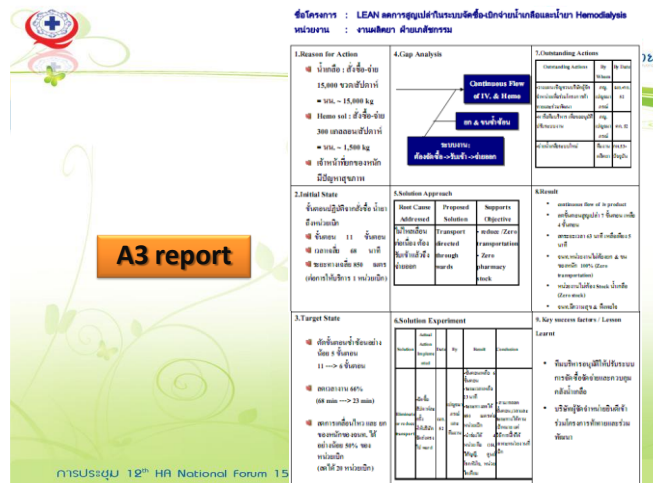
กิจกรรม	Pre Lean	Post Lean1	ร้อยละผล ที่ได้ Lean1	Post Lean2	ร้อยละผล ที่ได้ Lean2
()	12	6	50	4	↓ 66.67
Cycle time ()	68	29	57.35	5	↓ 92.65
()	850	0	100	0	↓ 100
(.)	1,600	0	100	0	↓ 100

การประชุม 12th HA National Forum 15 – 18 มีนาคม 2554 ศูนย์ประชุมอิมแพ็ค เมืองทองธานี

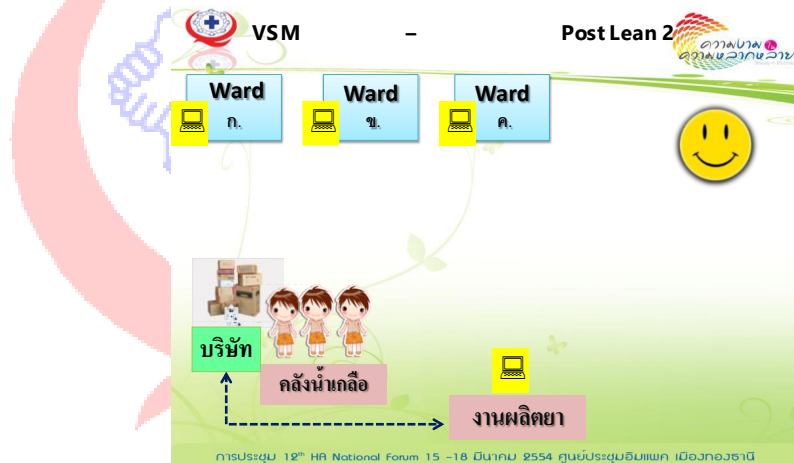
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากทำ lean ครั้งที่ 2 เทียบกับก่อนการทำ lean ขั้นตอนการทำงาน ก่อนการทำ lean 12 ขั้นตอนลดลง เหลือ 4 ขั้นตอน สามารถลดลงได้ 66.67% และ cycle time หรือรอบ ของการทำงานจาก 68 นาที เหลือเพียง 5 นาทีที่สามารถลดลงได้ 92.65% และในเรื่องของระยะเวลาการ ทำงาน และการยกของหนักก็สามารถลดลงได้ 100% ก็จะทำให้เห็นว่าผลลัพธ์จาก lean ครั้งที่ 2 ประสบ ความสำเร็จมากพอสมควร



โดยสรุปก็คือ จากที่ได้กล่าวมาแล้วเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทั้งบุคลากรทั้งหน่วยเบิกและ หน่วยจ่ายก็ไม่ได้มีความพึงพอใจกับการทำ Lean ในครั้งนี้ก็คือไม่ต้องยกของหนักมีเวลามากขึ้นในการ ทำงานอย่างอื่นมากขึ้น ขั้นตอนการทำงาน และ cycle time สามารถลดลงได้ในขณะที่ cost ยังเท่าเดิม ค่าใช้จ่ายไม่ได้เพิ่มขึ้น



ตัวอย่าง A3 Report ของโดยรวม lean ของการผลิตยา รายละเอียดก็ได้ดังกล่าวไปแล้ว



และสุดท้ายก็จะเป็น Value steam Mapping ของระบบจัดซื้อ เราเบิกจ่ายน้ำเกลือ หลังจากการทำ lean ครั้งที่ 2 ก็จะให้ท่านได้ดูว่าขั้นตอนที่เกิดขึ้นคือ ward ก็จะเบิกน้ำเกลือผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์แล้วก็ทางฝ่ายผลิตยา เกสซักรก็จะทำการพิมพ์ใบเบิก และก็จะจัดส่งให้เบิกให้กับบริษัท ซึ่งบริษัทจะขอใช้เป็นต้นทุนของงานผลิตยาที่จะ Stock น้ำเกลือของบริษัท และบริษัทก็จะทำการจัด น้ำเกลือตามใบเบิกและก็จะกระจายให้กับ Ward แก่หน่วยงาน ก็ขอจบการนำเสนอเท่านี้ละคะ

ก็เป็นตัวอย่างของการลด waste อีกอันหนึ่งที่สำคัญก็คือเรื่องของ Emotion อาจจะสูญเสียความสามารถของพนักงานหยกน้ำหนักของเรา แต่เราก็ใส่ใจเรื่องของรอยยิ้ม win ๆ ทั้งคู่ win ๆ ทั้ง Supplier ทั้ง ร.พ. ในการทำงานที่จะ supply น้ำเกลือในหน่วยงานที่สามารถใช้ได้ อาจารย์อ. กิตติสรุบให้พวกเราได้ฟังนิดหนึ่งว่า เรามีตัวอย่างแล้วละ อย่างน้อย 4 ตัวอย่างในเรื่องการทำ lean ในขณะซึ่งเริ่มจาก lean ของอุตสาหกรรม อาจารย์ช่วยสรุปให้เราฟังนิดหนึ่ง สัก 5-10 นาที ในเรื่อง

ของ ภาพทั้งหมดว่าจริง ๆ และ รพ.ที่เป็น **health care service lean** ไม่ใช่เรื่องยากที่เราสามารถทำได้ กระผมเรียนเชิญ อ.กิตติ

คือระบบนับตั้งแต่เริ่มแรก เราทำตั้งแต่ 8 ปีแล้วแต่ก่อนที่เรารู้จัก lean มันไม่ก้าวหน้าเลยมันอยู่ที่ 30-40% ตลอดหลังจากที่เรารู้จัก lean มันสามารถทำให้ขยับจาก 30% ขึ้นมาเป็น 60 กว่า% เราจะก้าวไปคู่ 70-80% จริง ๆ การนัดผู้ป่วยผมเห็นว่า รพ.ทุกรพ. ของประเทศไทยควรที่จะต้องใช้ระบบนี้แล้วไม่ใช่ระบบแบบโบราณประเภทเป็นตลาดนัด เราต้องเปลี่ยนตลาดนัดในโรงพยาบาลให้หมด ต้องไม่เห็นตลาดนัดแล้ว แต่ฟังๆ แล้วระบบนั้นเราเนีย เราก็จะไม่ได้ทำทุกคลินิก เพราะบางคลินิกคนไข้เยอะมากยังทำไม่ได้ต้องค่อยๆ จัดการไป lean เป็นวิธีที่ประหลาดมากเลยมันทำให้เราเกิดดวงตาดวงใหม่ที่มองเห็น waste ที่มองเห็นมันเป็นประจำแต่เราไม่เห็น waste ผมว่าเป็นความพิสดารของระบบ lean มาก ผมคิดว่า health care นี้จะต้องรับนำ lean เข้าสู่ระบบเรา ที่จะเรียนรู้แล้วก็ tool ของ lean มันง่ายไม่มีอะไรซับซ้อนเลย มันไม่ต้องการคำนวณเหมือนพวก six sigma มันเป็นเรื่องที่ Simple process มากเลยขอให้คุณเข้าใจแล้วทำ แล้วความสำเร็จ ก็จะเกิดขึ้น เห็นทันตา มันเร็วมากเลยคิดวันนี้ วันรุ่งขึ้นจบแล้ว อย่างเช่นเราตกลงกับบริษัทได้ เดือนหน้าเขาก็มาขอให้เราแล้วเราก็ไม่ต้องขงเลย เป็นต้น แล้วก็ tool หลายอย่างที่เรายังไม่สามารถใช้เต็มที่ ทั้งพูดต่อไปได้ช่วงที่มอบหมายให้พูด ก็ lean นี้เป็นประโยชน์แก่ healthcare จริงๆ ขอสรุป

คำถาม ผมหมอวิโรจน์ จากกรุงเทพ ะยองมีคำถามเกี่ยวกับท่านวิทยากรหลายท่าน ถามทีเดียวละกันสำหรับท่านแรกที่พูดว่า ระบบนัดของ OPD คือชื่นชมท่านสามารถจัดระบบนัดอันใหม่ได้ แต่ที่มีปัญหาที่จะเรียนถามเนื่องจาก อาจารย์จะมีหมอไว้ 1 ท่านหรือหลายท่านสำหรับตรวจคนไข้ walk in ก็เลยจะเรียกว่าคนไข้ walk in จะมีสักกี่ % สมมุติว่า % บ่อยเราจะ waste หมอคนนั้นมารอ แล้วคนไข้ walk in เพื่อเราจะไม่รู้เลยว่าเขาจะมาตอนเช้า, กลางวัน หรือยังงี้ แล้วหมอกคนนี้จะทำอย่างไร productivity ของหมอกคนนี้เป็นอย่างไร ถ้าเทียบในระบบของรัฐบาล จะทำได้ แต่พอมามองในมุมของเอกชนแล้ว เอ้! เรา Apply ตรงนี้คนไข้ที่มาเนี่ยต้องมี % พอสมควร walk in เพราะฉะนั้นแล้วความคุ้มค่าก็อาจจะน้อย

ตอบ คนไข้ walk in กับคนไข้นัดของคลินิกหูกอจุมก จะ 50:50 เลยที่ระบบ walk in ที่คนไข้มาแต่เช้า และในส่วนหน้าที่ต้องอยู่ก็คือ ตกลงกับภาควิชาเลยว่า จัดหมอมาตรวจตั้งแต่ 8 โมงเช้า ก็จะช่วย walk in ไปส่วนหนึ่ง แล้วในแต่ละวันเราจะจัดตารางเป็นเลขนะว่า เราจะล็อก walk in ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ว่า หมอมาตรวจคนไข้ walk in ไม่ต้องตรวจคนไข้ นัด เราจะเอาคนไข้ เข้ามามาตรวจและคนไข้ wi จะรอเวลาคอยตอนที่ เรา Register เข้ามา และก็วันส่วนของหมอแต่ละท่านเวลาเรา set เวลาเราก็จะมีเพื่อเวลาเราก็จะมีเพื่อไว้ตรวจคนไข้ wi ในบางส่วน คนที่ขอหมอเรียกเข้าห้องตรวจ ก็จะบริหารจัดการตรงนี้ค่อยๆ ก็บางครั้งคนไข้ที่มาไม่ได้มา 100% พอช่องคนไข้ที่ไม่มาเนี่ยเราจะมีระบบตามคนไข้อยู่แล้ว แต่มีบางส่วน ไม่มาแต่ เขามีรายชื่อนัดอยู่แล้ว เราสามารถไปแทรกในวันนี้ได้ด้วยคนที่ Register สามารถ

ทราบว่าคนไข้ walk in มีอาการไม่มาก มาแทรกช่องนี้ ตรงนี้ต้องออกแรงในระบบหน่วยจัดการกรงนี้เยอะ อยู่เหมือนกัน

อาจารย์ช่วยขยายความว่า walk in ก็มีระบบนัดเหมือนกับตรงนี้อย่างไรครับ

คนไข้ walk in ที่จะมาจะจ่ายเวลาประมาณ ที่เขาจะได้ตรวจได้เลยหมอ เราจะใช้ระบบคอมพิวเตอร์ มันส่งว่าคนไข้ wi คนนี้จะได้ตรวจเวลาประมาณกี่โมง เรากะเวลาประมาณนี้เราก็สามารถไปทำอะไรได้ พอถึงใกล้ๆเวลา เขาก็จะบอกเหมือนกันเพียงแต่ว่าเขาไม่ได้นัดไว้ล่วงหน้า เขาก็ได้เวลานั้นเลย

คำถาม แล้วใช้หมอกี่ท่าน ครับ

ที่คลินิก หูคอจมูกเพื่อหมอประมาณ 16-17 ท่านตรวจ WI ประมาณ 3 ท่าน volume load เมื่อ 50:50 แต่ว่าในส่วนของ WI ใช้หมอ 3 ท่าน แต่ว่าคนไข้เพื่อใช้ประมาณ 2 ท่าน ทุกท่านมีคนไข้นัดทุกวัน และที่อาจารย์วัดประสิทธิภาพเฉพาะที่คนไข้นัดหรือว่าเฉพาะนัดด้วยหรือ WI ด้วยเฉพาะนัด เพราะฉะนั้นอาจารย์ก็วัด value ของอาจารย์แค่ 50% อีก 50% อาจารย์ยังไม่ได้วัด

ตอบ คือเราทำระบบนัดเราทำนัดหมายไว้ล่วงหน้า เค้ามาตามเวลาที่เรานัด เค้ามาขึ้นบัตรก่อนเวลาแค่ 15-20 นาที

คำถาม สำหรับคำถามของอาจารย์ท่านที่ 2 ที่นี้ผมดูแล้วว่า อาจารย์มี Innovation คืออาจารย์มีผู้จัดการในแผนก ใน ward แล้วก็สงสัยว่าสงขลานครินทร์ไม่มี Admission center แล้วเพื่อเรา Pool ผู้จัดการของแต่ละ ward มาที่ Admission center คนไข้ก็จะมา Admit แล้วก็มา Admission center ก็ขึ้นบัญชีและส่งคนไข้ขึ้น ward เลยคิดว่าจะใช้กันแค่ 3-5 คน กับที่เราจะไป ortho, Surg, สูติ, med, เด็ก ถ้าทำทั้งโรงพยาบาลผมว่า 100 ward 100 ผู้จัดการ ก็เลยสงสัยว่า Admission center มีไหม

ตอบ Admission center ของเรามี แต่ว่าหลังจากมี IT แล้วทุกอย่างมันเป็น one stop service หมดยุคตอนนี้นั้นไปข้างหน้ามากแล้ว Admission center สมัยก่อน ทุกคนต้องผ่าน ตอนนั้นไม่จำเป็น ไปคลินิกไหนๆก็ทำได้ เพราะระบบ IT ของเรา Support คือ Admission center เนื่องจากเราเป็น Hospital Y เพราะฉะนั้นทุกที่ OPD ทุก ward สามารถเป็น Admission center และวัดประสิทธิภาพ เพราะทุกคนที่ทำงาน เรารู้ว่า ไม่ต้องมาหาใครอีกคนมารับรู้ข้อมูลของเราอีกที และตรงด้าน concept ของการทำงานตรงนี้ คนที่ทำงานเป็นผู้รู้เรื่องงานโดยตรง แล้วก็สามารถคุยข้อมูลเหล่านี้ทางคอมพิวเตอร์ได้ด้วย แล้ว Admission center ของผอ.ไม่มีนะครับ เพราะสมัยก่อนเรามี Admission center แต่ตอนนั้นเราไม่มี คนไข้ที่มา 200-300คน มันจะได้ไม่มีคือขาด

คำถาม พอได้เห็น Slide มีผู้จัดการ Admitting อยู่ใน ward ก็เลยสงสัยว่าเขาจะทำหน้าที่ Admitting หรือเปล่า

ตอบ เขาเป็นหัวหน้าพยาบาลที่ทำหน้าที่ ดูแลเตียงเป็นงานของ ward อยู่แล้ว เพราะฉะนั้น เป็นภาระงานเพิ่ม

เพราะฉะนั้นเข้าใจ ดูคำถามของอาจารย์ท่านที่ 3 พอดู Check list แล้วดู weaning program แล้วก็ทิ้ง แล้วก็คิดว่า ตรงนี้เป็น Standard ที่โรงพยาบาลต่างๆ สามารถ Apply ได้ที่นี้ก็เลยสงสัยว่า บทบาทของแพทย์ในการ wean มันยังมีไหม คือ หมอไปอยู่ตรงไหน เพราะถ้าดูตามโปรแกรมแล้ว หมอไม่ต้องมา Round เลย พยาบาล wean ให้หมดตั้ง check o2 ดู Artery blood gas อ่าน x-ray ก็คิดว่ามันมี talent ที่สูงแต่ว่าบุคลากรอีกส่วนหนึ่ง get out ออกไปหรือเปล่า

ตอบ การทำงานเป็นทีมของเรายังเหมือนเดิม ช่วงเช้าเวลา 8.30-9.00น. เวลาที่แพทย์มา Round เราก็มีการตรวจสอบกับแพทย์ ให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า ตั้งแต่เช้าที่เรา wean มาอาการคนไข้เป็นอย่างไรตอนนี้ stable มากน้อยแค่ไหน แล้วพอหลังจากนั้นเราก็ wean ต่อ แต่ว่าพอตอนเย็น ตอนที่หมอมา round เราก็มีการ round ในระบบเดิมเลย เพียงแต่ว่าในการติดตาม ในการที่เราประเมินคนไข้ ก็จะมีประโยชน์อย่างเช่น เราดู film x-ray เป็นในการที่เรา rehab คนไข้ ในการเคาะปอด ในการ suction ก็จะมีประโยชน์มากกับคนไข้ หลังจากที่เราดูผล Artery blood gas เป็นก็จะทำให้รู้สถานะคนไข้มากขึ้น อาการ การติดตามเผื่อระวังก็จะเป็นเหมือนกับว่า เรามีศักยภาพในการดูแลคนไข้ ได้ดีขึ้น ในส่วนที่เราทำงานเป็นทีมร่วมกับแพทย์ ก็ยังเหมือนเดิม ในการที่จะ off tube การพิจารณา off tube เป็นหน้าที่ของแพทย์ที่ต้องมาประเมินซ้ำ

ผมกลัวว่าแพทย์จะแต่สั่ง IV และ off ATB สำหรับอาจารย์ท่านที่ 4 คือ ที่อาจารย์บอกว่า ลดจาก 65 เหลือ 29 นาที่ เหลือ 5 นาที่ ก็สงสัยว่าตรงตรวจนับ เราตรวจนับที่ ward หรือตรวจนับที่ stock เพราะว่าขั้นตอนการนับของ ward มันก็สำคัญว่า สั่งไป 20 ชนิด 20ชนิดแล้วที่กล่อง แต่ละกล่องครบไหม อะไร ก็คือว่า กล่องนั้น pack 10 กล่องหรือ pack โหล ได้ตรวจนับ อาจารย์นับเวลาใหม่ มันไปอยู่ตรงไหน มันไปนับที่ปลายทางหรือเราไปนับที่ต้นทาง และคนนับคือคนบริษัท หรือเป็นคนของเรา แล้วเราเชื่อใจเขาได้มากแค่ไหน

ในส่วนของขั้นตอนการตรวจนับ จะเป็นส่วนขั้นตอนของ Ward ที่มีการเบิกเหมือนกับการ lean ครั้งสุดท้ายก็คือ คีย์เบิกทุกวัน ward ก็เบิกจำนวนไม่มาก ปริมาณไม่เยอะก็สามารถตรวจรับได้เลยในเวลาสั้น