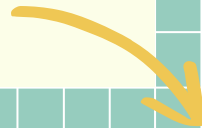
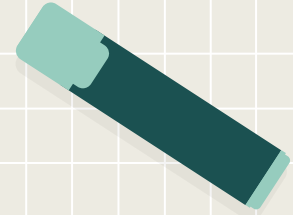
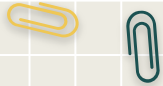




การดำเนินงาน RLU
โรงพยาบาลสระบุรี



Contents



บริษัทโรงพยาบาลสระบุรี

01

02

ขั้นตอนการเตรียมการ

การดำเนินการ

03

04

การวัดผล

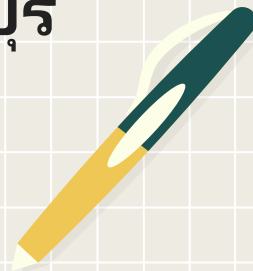




01

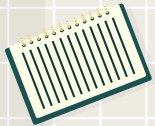


บริษัทโรงพยาบาลสระบุรี



ข้อมูลทั่วไปโรงพยาบาลสระบุรี

- โรงพยาบาล 700 เตียง (active bed 820+ เตียง)
 - ICU, CCU, NICU, PICU 48 เตียง
 - ห้องผ่าตัด 13 ห้อง
 - ห้องตรวจ 57 ห้อง 72 โต๊ะแพทย์
 - หันตกรรม 20 ยูนิต
- ศูนย์เชี่ยวชาญระดับสูง 5 ด้าน
 - อุบัติเหตุ
 - โรคหัวใจและหลอดเลือด
 - โรคมะเร็ง
 - ทารกแรกเกิด
 - บริจาคอวัยวะ
- บุคลากรทั้งหมด 2,211 คน (แพทย์ 154 คน)
- ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก



02 ชั้นเตรียมการ



ทบทวนข้อมูลการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- ข้อมูลปริมาณการส่งตรวจ ทั้ง lab ใน และ lab นอก
- ข้อมูลมูลค่าการส่งตรวจ ทั้ง lab ใน และ lab นอก
- นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาโอกาสพัฒนา



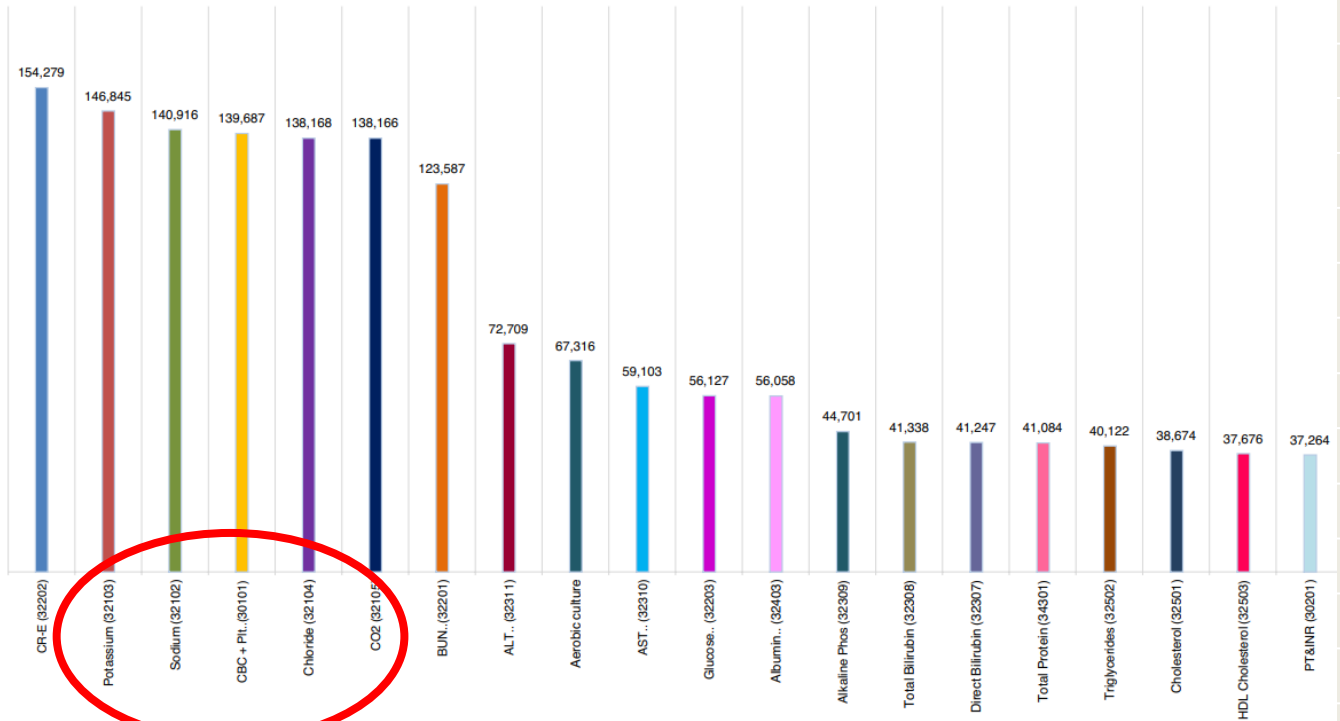
ประเมินข้อจำกัดด้านระบบ IT

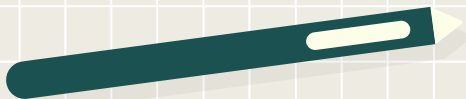
- ระบบ SSB
- OPD paperless ในการบันทึกทางการแพทย์ และ ส่งยา แต่ยังมีการส่ง lab ผ่าน กระดาษบางส่วน
- Function ระบบ IT ยังมีข้อจำกัด



ปริมาณการส่งตรวจ ปี 2565 (lab ใน)

ปรมารการส่งตรวจ



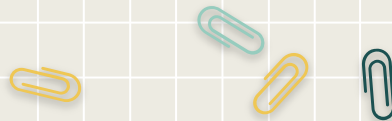


HbA1C 65



ข้อมูลการส่งตรวจ HbA1C ปี 2565

- ส่งตรวจทั้งหมด 35,820 รายการ
- มีการส่งตรวจเข้าภายใน 120 วัน **8,366** รายการ คิดเป็น **23.35%**
→ เป็นการส่งเข้าภายใน 20 วัน **681** รายการ



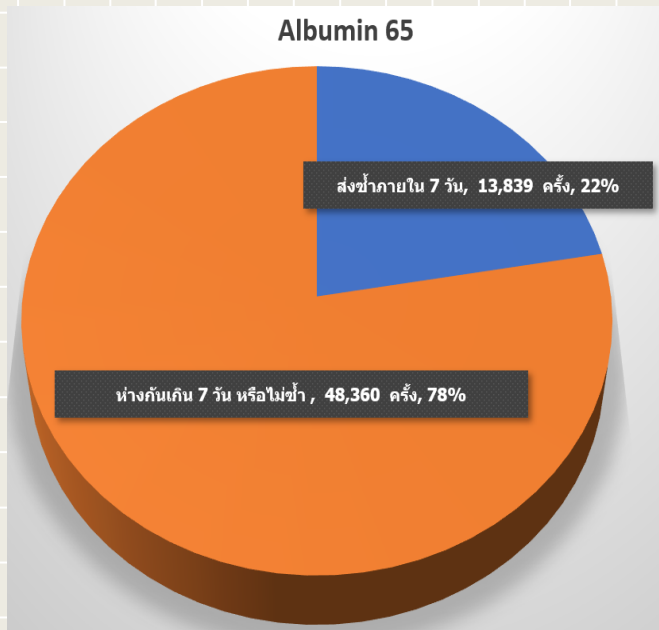
HbA1c ราคา 230 บาท

ข้อมูลการส่งตรวจ albumin ปี 2565

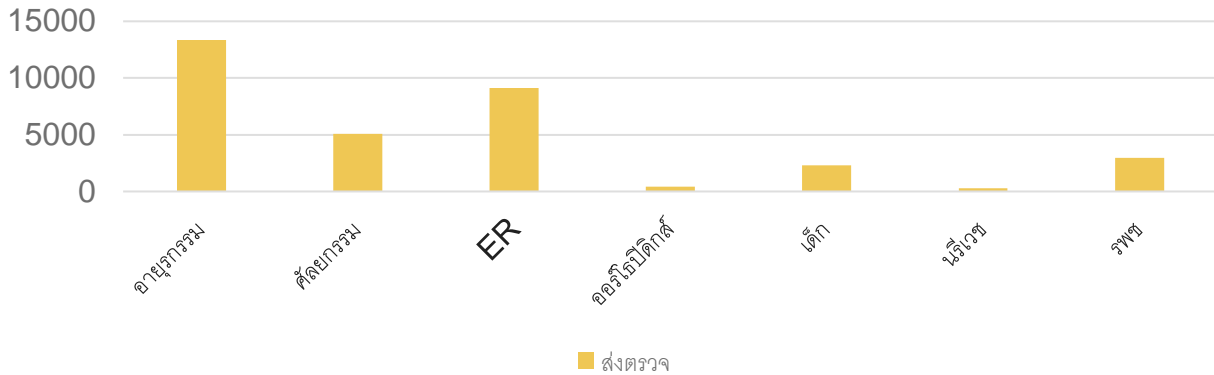
- ส่งตรวจทั้งหมด 62,199 รายการ
- มีการส่งตรวจซ้ำภายใน 7 วัน
13,839 รายการ คิดเป็น **22.24%**
เป็นการส่งซ้ำภายใน 6 สัปดาห์
22,823 รายการ



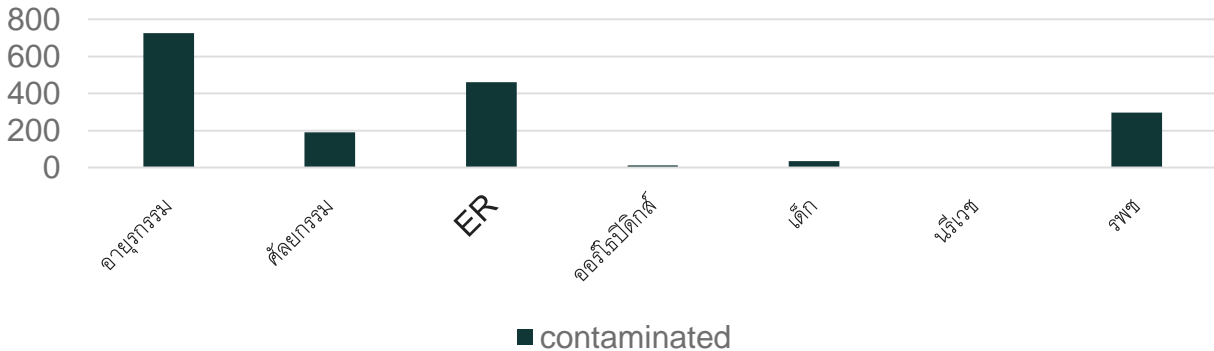
Albumin ราคา 60 บาท



ปริมาณการส่งตรวจ hemoculture



contaminated



จัดตั้งคณะกรรมการ Lab Utility Committee



คำสั่งโรงพยาบาลสระบุรี
ที่ ศ ๒๕๖๖

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจหาห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล

ด้วยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายผลักดันให้เกิดระบบการตรวจหาห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล โดยโรงพยาบาลสระบุรี ได้รับคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลนำร่องของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบายดังกล่าวเกิดประสิทธิภาพสูงสุด จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจหาห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล ดังมีรายชื่อดังต่อไปนี้

- | | |
|---|---------------------------------|
| ๑. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี | ที่ปรึกษา |
| ๒. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ ๑ | ที่ปรึกษา |
| ๓. รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ คนที่ ๒ | ที่ปรึกษา |
| ๔. รองผู้อำนวยการด้านพัฒนาระบบและสนับสนุนบริการสุขภาพ | ประธาน |
| ๕. รองผู้อำนวยการด้านบริการหัตถ์ - ศัลยกรรม | รองประธาน |
| ๖. รองผู้อำนวยการด้านการจัดการพยาบาล | กรรมการ |
| ๗. ประธานองค์การแพทย์ | กรรมการ |
| ๘. หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม | กรรมการ |
| ๙. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรม | กรรมการ |
| ๑๐. หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรม | กรรมการ |
| ๑๑. หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม | กรรมการ |
| ๑๒. หัวหน้ากลุ่มงานศัลยกรรมรย์อโรดิคัลส์ | กรรมการ |
| ๑๓. หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม | กรรมการ |
| ๑๔. ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการ | กรรมการ |
| ๑๕. นางชมนิตา หิ้นหา | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๑๖. นางสาวสุณี ศุภลักษณ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๑๗. นางสิริพรหม พงษ์พาณิชย์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๑๘. นางสาววิวิศิทธิ์ สระอินทิพงษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๑๙. นางสิริกุล ปานทอง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ |
| ๒๐. นายทรงพล ศรีวิทยานนท์ | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ |
| ๒๑. นายเกียรติกร กลัประจันต์ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการพิเศษ |
| ๒๒. นางสาวจันทิมา ไรสินธุ์ | นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ |

- ให้กรรมการมีหน้าที่ดังนี้
- กำหนดนโยบาย / แนวทางการสำรวจหาห้องปฏิบัติการ และกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยส่งตรวจในโรงพยาบาลสระบุรี
 - จัดทำแนวทางการตรวจหาห้องปฏิบัติการ และการใช้เกิดอย่างสมเหตุผล โดยอ้างอิงข้อมูลของโรงพยาบาลสระบุรี
 - กำหนดแนวทางพัฒนาประสิทธิภาพการให้บริการ ทั้งทางด้านความปลอดภัยต่อบุคลากร ผู้ให้บริการ และสิ่งแวดล้อม
 - ร่วมพิจารณา/บาทงานข้อมูลการส่งตรวจหาห้องปฏิบัติการและอันตรายเมื่อ ด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นและการจัดซื้อวัสดุ
 - ร่วมกำหนดแผนพัฒนากระบวนการคุณภาพ อย่างเหมาะสม
 - อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทำนี้ ตั้งแต่วันที่ขึ้นเป็นไป

ถึง ณ วันที่ ๓๑ กุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๖

(นายอนันต์ กมลเสนา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสระบุรี



03



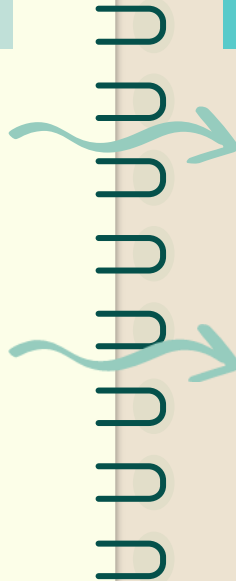
การดำเนินการ



การดำเนินการ

ระยะสั้น (ทำได้ทันที)

- ปรับ โใบ request pre lab imaging for renal function evaluation
- เพิ่ม awareness ของ แพทย์ ผู้สั่งการส่งตรวจ



วิธีการ

- ปรับการสั่ง BUN/Cr เป็นตรวจเฉพาะ Cr
- แนะนำ ให้มีการกำกับ ติดตามการสั่งส่งตรวจ ทางห้องปฏิบัติการของ นักศึกษาแพทย์ แพทย์ ประจำบ้าน โดย อาจารย์แพทย์
- หลีกเลี่ยงการสั่ง lab ชุด profile ต่างๆ

การดำเนินการ

ระยะยาว

- กรรมการ lab utility committee ประชุมสื่อสาร ติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

วิธีการ

- ประชุมร่วมกันหาการส่งตรวจที่มีความซ้ำซ้อนในโรงพยาบาลเพิ่มเติม เช่น tumor marker รวมทั้ง การส่งตรวจที่ไม่ควรมีการส่งซ้ำเลย เช่น Hb typing
- มอบหมายแต่ละกลุ่มงานหาแนวปฏิบัติแต่ละบริบทงานเพิ่มเติม
- มีวาระติดตามการดำเนินงานทุก 3 เดือน

การประชุม lab utility committee



Gyne



จัดทำ Pre-Op test recommendation ตาม กลุ่มอายุ co-morbid disease และ special condition ร่วมกับ วิศวแพทย์ และ อายุรแพทย์



Fammed



ในเชิงการดูแลผู้ป่วยปฏุมภูมิเพื่อป้องกัน และการชะลอ การเกิดโรคเรื้อรัง ระดับรุนแรง เน้นการสร้างแนวทางการส่งตรวจ ที่ครอบคลุม ลดการ under investigation ให้ได้ well controlled DM HT



Med / Sx.



ขอทบทวนการส่งตรวจ culture ต่างๆ เพื่อหาแนวทางการลดการส่งตรวจโดยไม่ได้ แผลผล หรือไม่เปลี่ยนแปลงการรักษา



การสื่อสาร



เน้นการสื่อสารเชิงบวก ปรับที่ mind set การส่งส่งตรวจแบบสมเหตุผล ลดความซ้ำซ้อนและประโยชน์เพื่อคนไข้ **ไม่เน้น** ที่การจำกัดการส่ง หรือการประหยัดงบประมาณเป็นหลัก

การดำเนินการ



ER



กำกับ และ ตรวจสอบการส่งตรวจที่ไม่จำเป็น ในผู้ป่วย
ฉุกเฉิน เริ่มต้นที่ การส่งตรวจ Pro BNP ในผู้ป่วยที่มา
ด้วยอาการเหนื่อย



กลุ่มการพยาบาล



ประสานงานร่วมกับ งาน IC ของโรงพยาบาล ในการ
ให้ความรู้ทบทวนในการ เก็บส่งตรวจ hemoculture
ด้วย sterile technique ให้ถูกต้อง ลดการเก็บส่งตรวจ
ที่ contaminated โดยกำกับเน้นในพื้นที่ที่มีปัญหา

การดำเนินการ

Culture

- กำกับเรื่อง adequate specimen ก่อนส่ง culture เช่น UA → UC sputum G/s → culture

วิธีการ

- ให้ ทาง lab ประเมิน ถ้า inadequate specimen ให้ reject และเก็บส่งตรวจใหม่

การดำเนินการ

ระยะยาว

- นำระบบ IT (HIS) เข้ามาช่วยดำเนินการ

วิธีการ

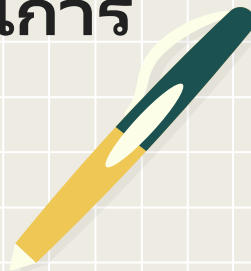
- การแจ้งเตือนการส่ง lab ซ้ำซ้อน รวมทั้งแสดงการส่งตรวจล่วงหน้าที่มีโอกาสซ้ำซ้อน
- ดำเนินการให้ส่ง lab ผ่าน computer 100% (on going)



04

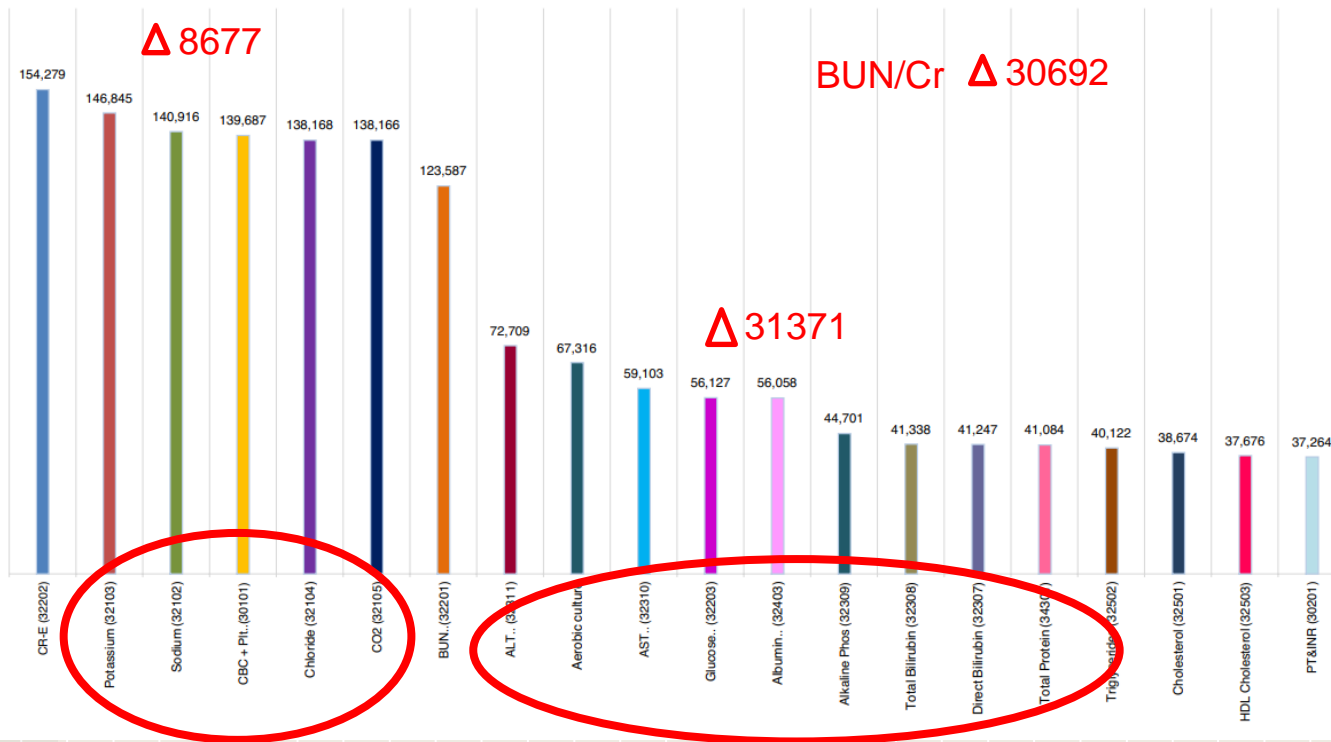


การติดตามผลการดำเนินการ



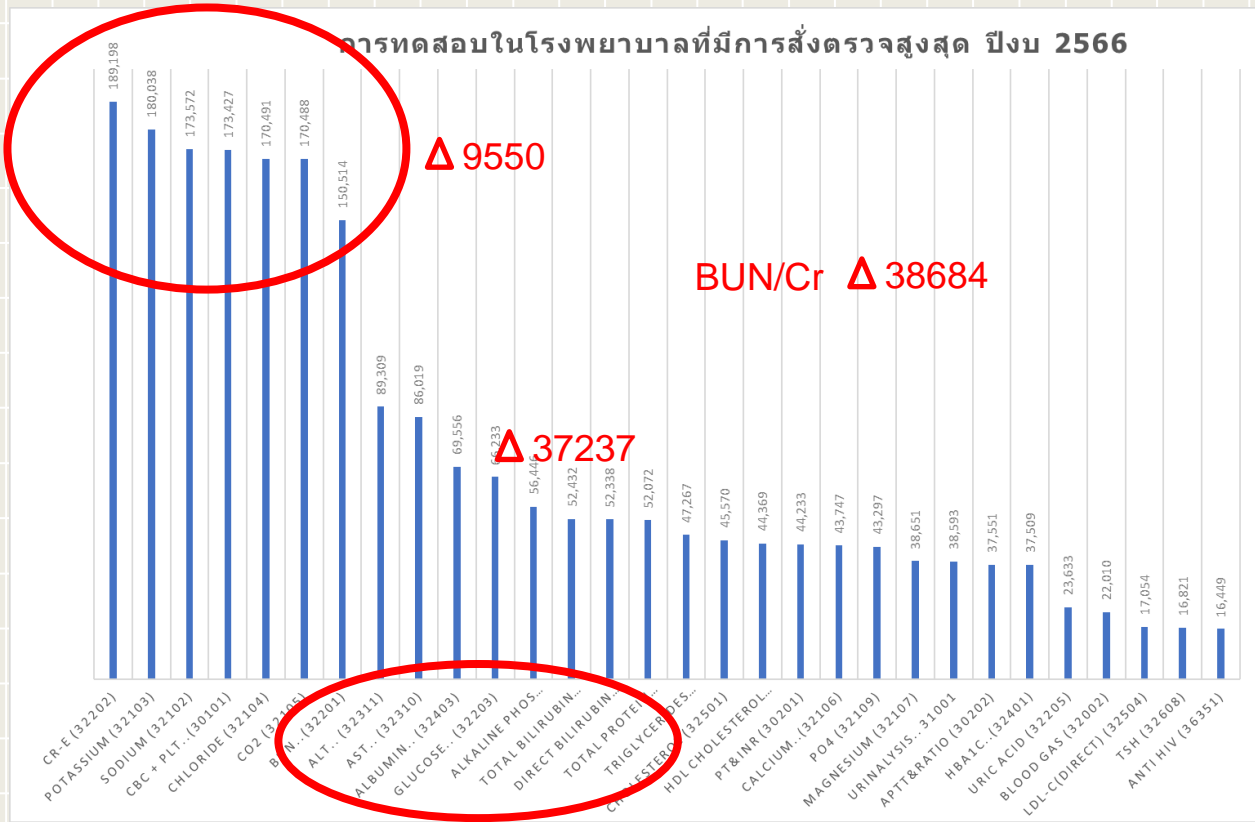
ปริมาณการส่งตรวจ ปี 2565 (lab ใน)

ปรมารการส่งตรวจ



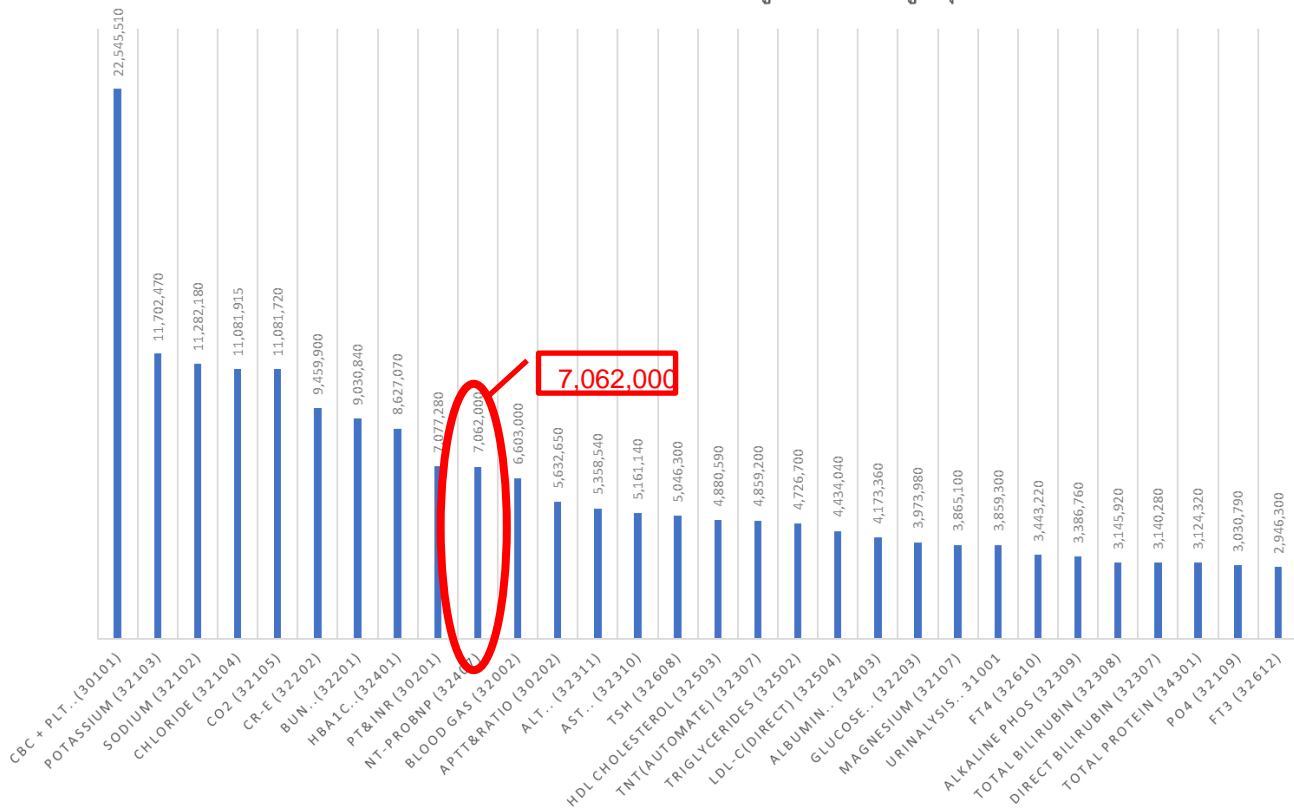
ปริมาณการส่งตรวจ ปี 2566 (lab ใน)

การทดสอบในโรงพยาบาลที่มีการส่งตรวจสูงสุด ปีงบประมาณ 2566



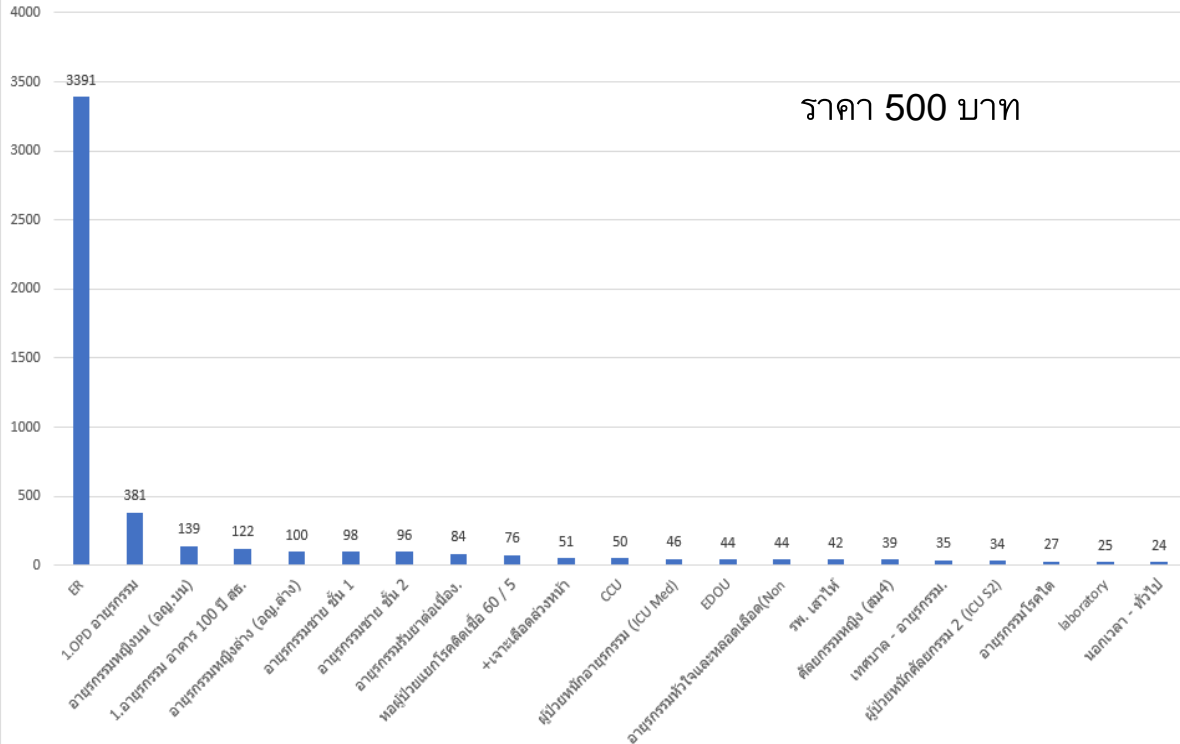
มูลค่าการส่งตรวจ ปี 2566 (lab ใน)

การทดสอบในโรงพยาบาลที่มีมูลค่าLAB สูงสุด

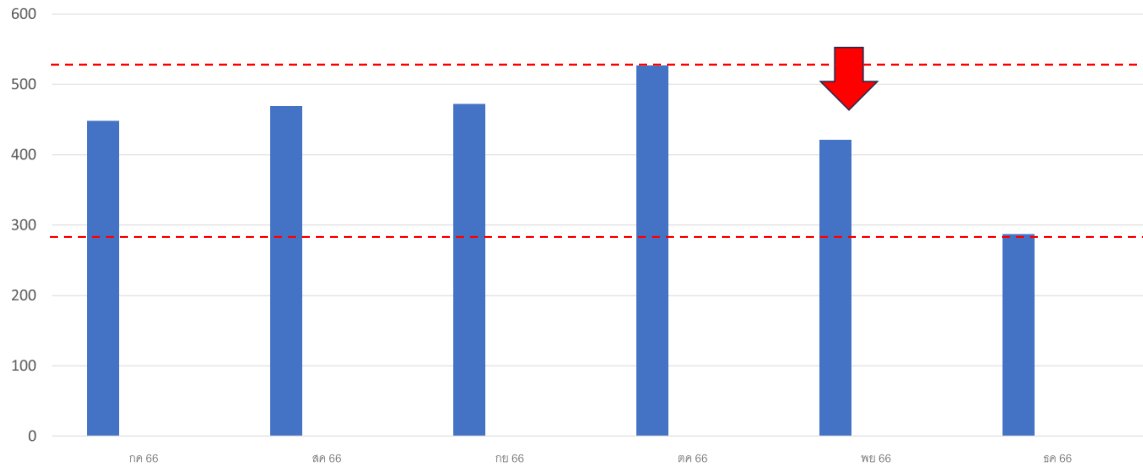


ปริมาณการส่ง Pro BNP

การส่ง Pro BNP แยกตามห้องตรวจ



RLU : ปริมาณการส่ง NT-pro BNP





Take home message

- ❖ เน้นการสื่อสารเชิงบวก ปรับที่ mindset การสั่ง
สั่งตรวจแบบสมเหตุสมผล และใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์
- ❖ ปรับในทุกจุดของระบบบริการ ทั้ง
 - ขั้นตอนการสั่งจากแพทย์
 - ขั้นตอนการเก็บส่งตรวจ
 - ขั้นตอนการตรวจ
 - ขั้นตอนการแปลผลมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องเพื่อนำมาพัฒนา
- ❖ เป้าหมาย คือ ความเหมาะสม ไม่ใช่เพื่อการ
ประหยัด เพียงอย่างเดียว

