



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงาน

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

☒ ผลงานใหม่ ☐ ผลงานเดิมต่อยอด/ขยายผล (พัฒนา ปรับปรุง)	สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม...../..... วันลงทะเบียน.....
การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☒ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก ☐ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด เรื่องที่...../... ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวด และที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
☐ ไม่ต้องการต่อยอดผลงานเป็น R2R	
☒ *ต้องการต่อยอดผลงานเป็น R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☒ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

ชื่อกลุ่ม	Rapid response for 2P Safety in OCC					
	รหัส	ชื่อ-นามสกุล	หน่วยงาน	ภาควิชา / ฝ่าย	เบอร์	เบอร์มือถือ
หัวหน้ากลุ่ม	006111	พว.รัตนกรณ ธานีรัตน์	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	ฝ่ายการพยาบาล	0484,0488	0896228607
สมาชิกกลุ่ม	003335	พว. บัณฑิต เวชพันธ์	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	ฝ่ายการพยาบาล	0484,0488	0830917315
	015844	พว.ธีราภรณ์ กลิ่นอำพร	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	ฝ่ายการพยาบาล	0484,0488	0843231542
	015845	พว.ณัฐกานต์ ดาราเย็น	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	ฝ่ายการพยาบาล	0484,0488	0827178773
ผู้ประสานงานกลุ่ม	001084	พว.นันทยา เอี่ยมมงคล	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	ฝ่ายการพยาบาล	0484,0488	0830917315
Email address	ultraman_koo@hotmail.com					
Facilitatorของทีม	003126	ผศ.เอกภพ สิมะชัยนันท์	สาขามะเร็งวิทยา	ภาควิชาอายุรศาสตร์	2071,2072	0891794281
*ชื่อตัวแทนรับเงิน	006111	พว.รัตนกรณ ธานีรัตน์	หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง	ฝ่ายการพยาบาล	0484,0488	0896228607

*หมายเหตุ: กรณีที่ผลงานผ่านเกณฑ์และได้รับเงินรางวัล คณะฯ จะโอนเงินรางวัลเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านทางรหัสบุคคลที่ท่านได้ให้ไว้ โดยขอให้ระบุตัวแทนการรับเงินเพียง ๑ ท่าน

สรุปปัญหาเชื่อมโยงสอดคล้องกับข้อใด		
ด้านคลินิก (Clinical)	☐ Safe Surgery	☒ Patient Care Process
	☐ Infection Control	☐ Line , Tube & Catheter
	☐ Medication Safety	☐ Emergency Response
	☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....	
ด้านสนับสนุน (Non Clinical)	☒ ความปลอดภัย [Safety]	☐ คุณภาพ / สิ่งสูญเปล่า [Quality (waste)*]
	☐ ต้นทุน / ความคุ้มค่า [Cost]	☐ ลดรอบเวลาการทำงาน / การส่งมอบ [Delivery]

ส่วนที่ 2

ชื่อเรื่อง / โครงการ Rapid response for 2P Safety in OCC

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งให้บริการผู้ป่วยโรคมะเร็งรายเก่าและรายใหม่ประมาณ 250- 320 คน/ วัน เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งที่อยู่ในกระบวนการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ยาฮอร์โมน ยาพุ่งเป้า ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะการติดตามอาการตลอดจนผู้ป่วยระยะประคับประคอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติของระบบเลือด สารเกลือแร่ และสารชีวเคมีต่างๆในร่างกาย เนื่องจากผลข้างเคียงของการรักษา และสภาวะร่างกายที่ทรุดลง จากการลุกลามของโรค ตลอดจนการมีโรคประจำตัวต่างๆร่วมด้วย จากสถิติของหน่วยงาน พบว่าผู้ป่วยที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่อยู่ในภาวะวิกฤต (lab วิกฤต) เฉลี่ย 40-60 ราย/ เดือน ซึ่งค่า lab ที่ผิดปกติส่วนใหญ่พบว่า เป็นภาวะที่เม็ดเลือดขาวต่ำ สารเกลือแร่ผิดปกติ สารชีวเคมีที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของหัวใจ ไต ผิดปกติ ภาวะผิดปกติต่างๆเหล่านี้ ถ้าได้รับการประเมินตรวจรักษาที่ล่าช้า ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงที่จะส่งผลให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น

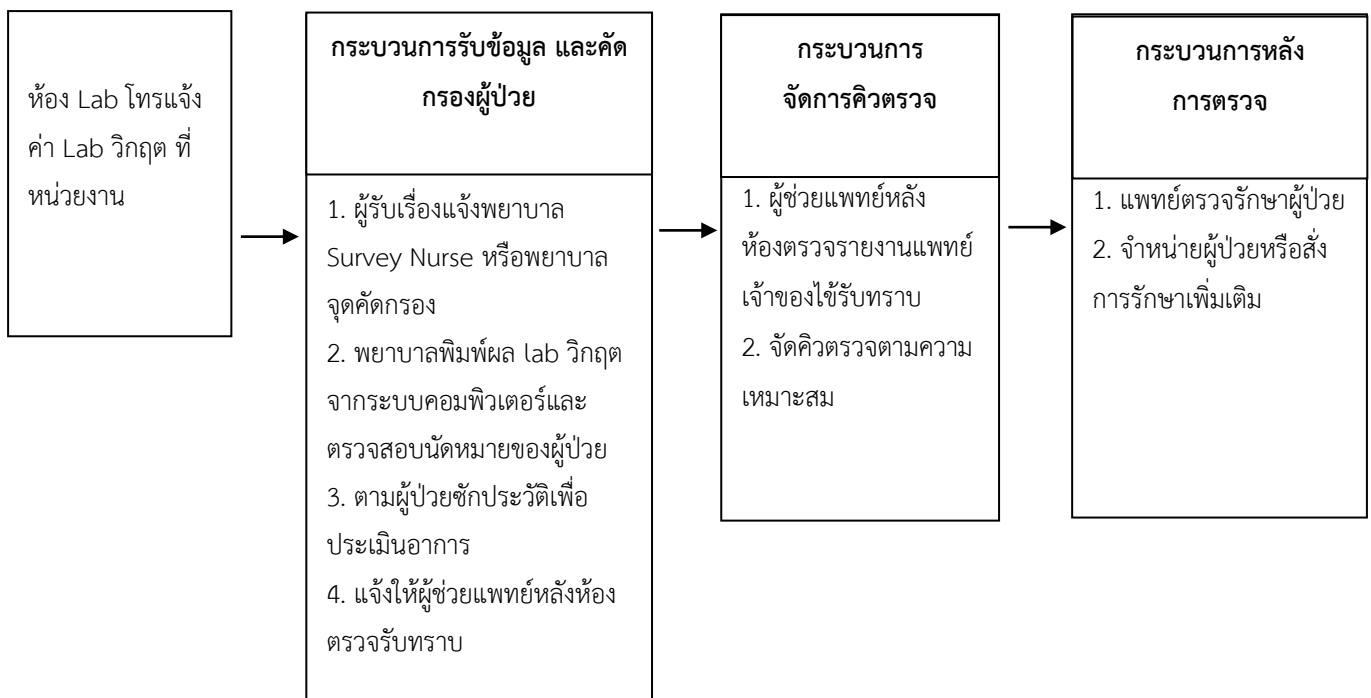
หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงมีการพัฒนาบริหาร จัดการกระบวนการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจรักษาอย่างรวดเร็ว ถูกต้อง และปลอดภัย เป็นการลดอุบัติเหตุการณจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้มารับบริการ ตลอดจนลดความขัดแย้ง ข้อร้องเรียน ที่อาจเกิดขึ้น ในกระบวนการรอแพทย์ตรวจ

2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow)

กระบวนการเดิมของหน่วยงาน เมื่อได้รับแจ้งค่า lab วิกฤตยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และผู้ช่วยแพทย์ปฏิบัติงานไม่เหมือนกัน ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤต ได้รับการตรวจที่ล่าช้า

รูปที่ 1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีผล Lab วิกฤตเดิมช่วงเดือน 1 ก.ค.61 – 30 ก.ย. 61

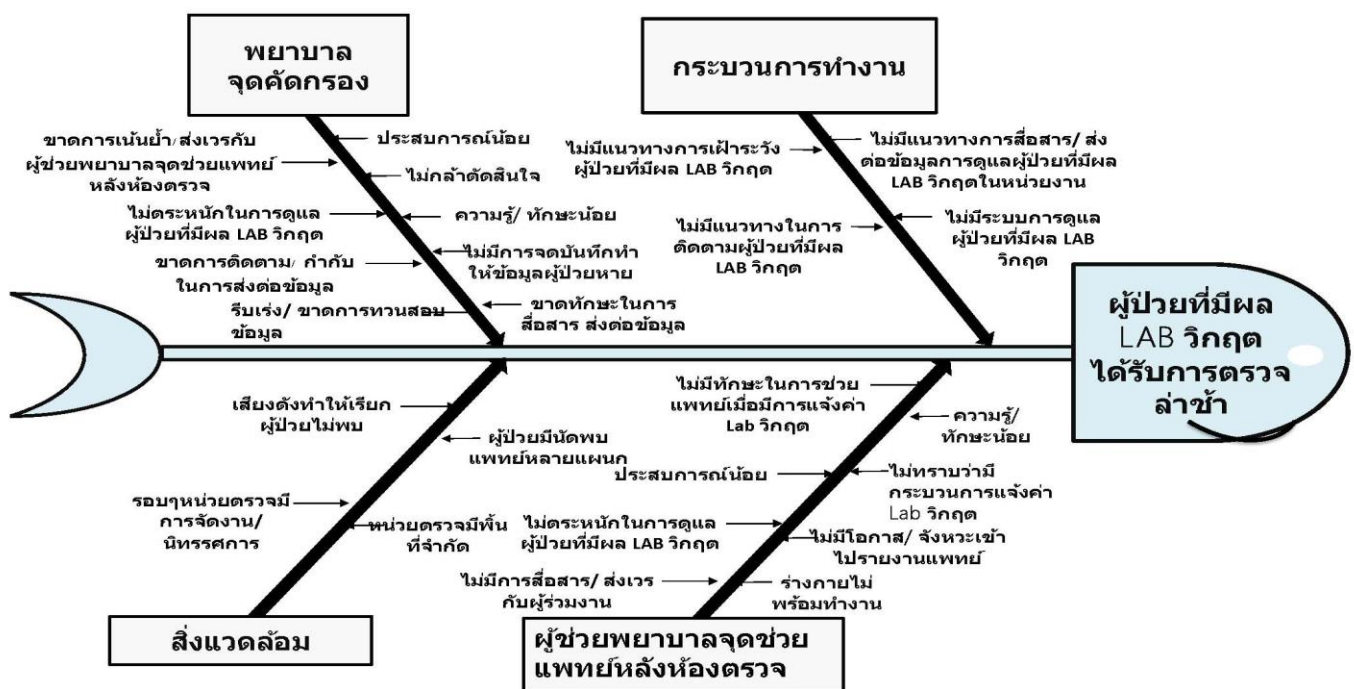


จากกระบวนการที่นำมาปฏิบัติเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วย lab วิกฤต ได้รับการตรวจที่ล่าช้า ผลการวิเคราะห์กระบวนการพบว่า เกิดจากสาเหตุ

1. กระบวนการรับข้อมูล และคัดกรองผู้ป่วย
 - 1.1 การประเมินผู้ป่วยไม่ครอบคลุม
 - 1.2 ไม่มีการบันทึกข้อมูล ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการส่งต่อผู้ป่วย
 - 1.3 ขาดการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากภาระงานประจำในการบริการผู้ป่วย
 - 1.4 การปฏิบัติงานในหน่วยงาน ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
2. กระบวนการจัดการคิวตรวจผู้ป่วย lab วิกฤต
 - 2.1 ผู้ช่วยแพทย์หลังห้องตรวจไม่รายงานให้แพทย์รับทราบ
 - 2.2 ผู้ช่วยแพทย์หลังห้องตรวจไม่ตระหนักถึงความเร่งด่วนในการติดตามผู้ป่วยเข้ารับการตรวจ
 - 2.3 การบริหารจัดการคิวตรวจ กรณีผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤต ไม่เป็นแนวทางเดียวกัน
 - 2.4 ผู้ช่วยแพทย์หลังห้องตรวจไม่ประสานงานส่งต่อผู้ป่วย

2.2 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ

รูปที่ 2 กระบวนวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยที่มีผล Lab วิกฤตได้รับการตรวจล่าช้า



นิยามศัพท์ ค่าวิกฤต คือ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีความแตกต่างจากช่วงค่าปกติมาก หรือผลการตรวจที่ผิดปกติซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้ป่วย ถ้าไม่ได้รับการประเมินอาการ แก้ไข และการรักษาอย่างรวดเร็ว

3. วัตถุประสงค์และกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์

- 3.1.1 เพื่อให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤตได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง ปลอดภัย
- 3.1.2 เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีผล lab วิกฤตได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว
- 3.1.3 เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤต
- 3.1.4 เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในการให้บริการของผู้ป่วยและญาติ

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

หน่วยตรวจได้นำปัญหาจากกระบวนการดูแลผู้ป่วย Lab วิกฤติ มาปรับปรุง ครั้งที่ 2 ทดลองปฏิบัติในช่วง 1 ต.ค.61 – 31 ต.ค.61

ประสานงานห้อง Lab	กระบวนการรับข้อมูล และคัดกรองผู้ป่วย	กระบวนการผู้ช่วยพยาบาลจุดช่วยแพทย์หลังห้องตรวจ	กระบวนการหลังการตรวจ
ประสานงานห้อง Lab โทรแจ้งค่า lab วิกฤติที่จุดคัดกรองผู้ป่วย โทร 0484	1. พยาบาลจุดคัดกรองเป็นผู้รับเรื่องแจ้งค่า lab วิกฤติ 2. พิมพ์ผล lab วิกฤติจากระบบคอมพิวเตอร์ 3. ตรวจสอบนัดหมายของผู้ป่วย 4. ตามผู้ป่วยซักประวัติเพื่อประเมินอาการ และประเมินสัญญาณชีพซ้ำ 1 ครั้งพร้อมทั้งบันทึกลงใน Progress Note 5. ให้ผู้ป่วยนั่งรอในโซนรอนอน แจ้งพยาบาลโซนรอนอน รับผู้ป่วยดูแลต่อเนื่องแบบ case management 6. แจ้งพยาบาลจุดจำหน่ายผู้ป่วย ประจำโซนตรวจรับทราบ 7. ประสานงานแจ้งผู้ช่วยพยาบาลจุดหลังห้องตรวจรับทราบ	1. ผู้ช่วยพยาบาลจุดช่วยแพทย์หลังห้องตรวจรายงานแพทย์เจ้าของไข้รับทราบ 2. ผู้ช่วยพยาบาลจุดช่วยแพทย์หลังห้องตรวจวัดสัญญาณชีพ แร่รับที่มีสัญญาณชีพผิดปกติ พร้อมบันทึกข้อมูลและเวลา	1. พยาบาลจุดจำหน่ายผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงานตาม WI ของหน่วยงาน 1.1 กรณีที่แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน/ ส่งต่อไปหน่วยงานอื่น/ รับผู้ป่วยเข้านอนโรงพยาบาล 1.2 กรณีที่แพทย์สั่งหัตถการที่สามารถทำในหน่วยงานเช่น ให้สารน้ำ/ สังเกตอาการต่อเนื่อง/ ให้ยาปฏิชีวนะ 1.3 พยาบาลเจ้าของไข้โซนรอนอนดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

4. แผนการดำเนินกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) กรณาระบุช่วงเวลาที่ยึดเหนี่ยว

กิจกรรม		ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)							ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
		มิ.ย. 61	ก.ค. 61	ส.ค. 61	ก.ย. 61	ต.ค. 61	พ.ย. 61	ธ.ค. 61	
1. ประชุม วิเคราะห์ปัญหา	P1	↔							พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
	P2				↔				
2. ปรับปรุงกระบวนการคัดกรองดูแลผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤติ	D1		↔						พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
	D2					↔			
3. ประชุมทีมงานเพื่อบันทึกสถิติทุกวันศุกร์	S		←	-----				→	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
ปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีผล Lab วิกฤติใหม่	A				←	-----	→		พยาบาลหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
ประชุมคณะทำงาน เดือนละครั้ง		←	-----					→	พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
ประเมินผล รวบรวมสถิติ								↔	รัตนภรณ์, บัณฑิต, ธีราภรณ์, ณัฐกานต์

↔ วางแผนงาน

↔ ปฏิบัติจริง

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินการ (ที่ระบุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ในรูปแบบตารางหรือกราฟ)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
		ก่อนดำเนินการ	หลัง		
			ครั้งที่1 (1 ก.ค. - 30ก.ย.61)	ครั้งที่2 (1ต.ค. - 31 ต.ค.61)	ครั้งที่3 (1 พ.ย. - 31 ม.ค.62)
1. อัตราการประเมินผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤตถูกต้อง	มากขึ้น	90%	95.5%	97%	99%
2.ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีค่า lab วิกฤต ได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว (เวลาเฉลี่ย)	ลดลง	> 90 นาที	85.54 นาที	52.48 นาที	31.3 นาที
3. ความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ	มากขึ้น	85%	89%	95%	100%

5. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

จากการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤต หน่วยงานจึงบริหารจัดการระบบได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ได้แก่

- 6.1 ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤตได้รับการประเมินอย่างถูกต้อง ร้อยละ 99
- 6.2 ผู้ป่วยมะเร็งที่มีผล lab วิกฤตได้รับการดูแลอย่างรวดเร็วภายใน 1 ชั่วโมง เฉลี่ยร้อยละ 87.67
- 6.3 เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีผล lab วิกฤต (ผู้ป่วยที่มีผล lab วิกฤตสามารถให้บริการหัตถการภายใน หน่วยงานได้ร้อยละ 41.21 / ส่ง ER ร้อยละ 12.12)
- 6.4 ผู้ป่วยและญาติพึงพอใจที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ลดข้อร้องเรียนการบริการที่ล่าช้า
- 6.5 บุคลากรในหน่วยงานมีทักษะในการประเมิน/ คัดกรอง ความรีบด่วนของผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤต

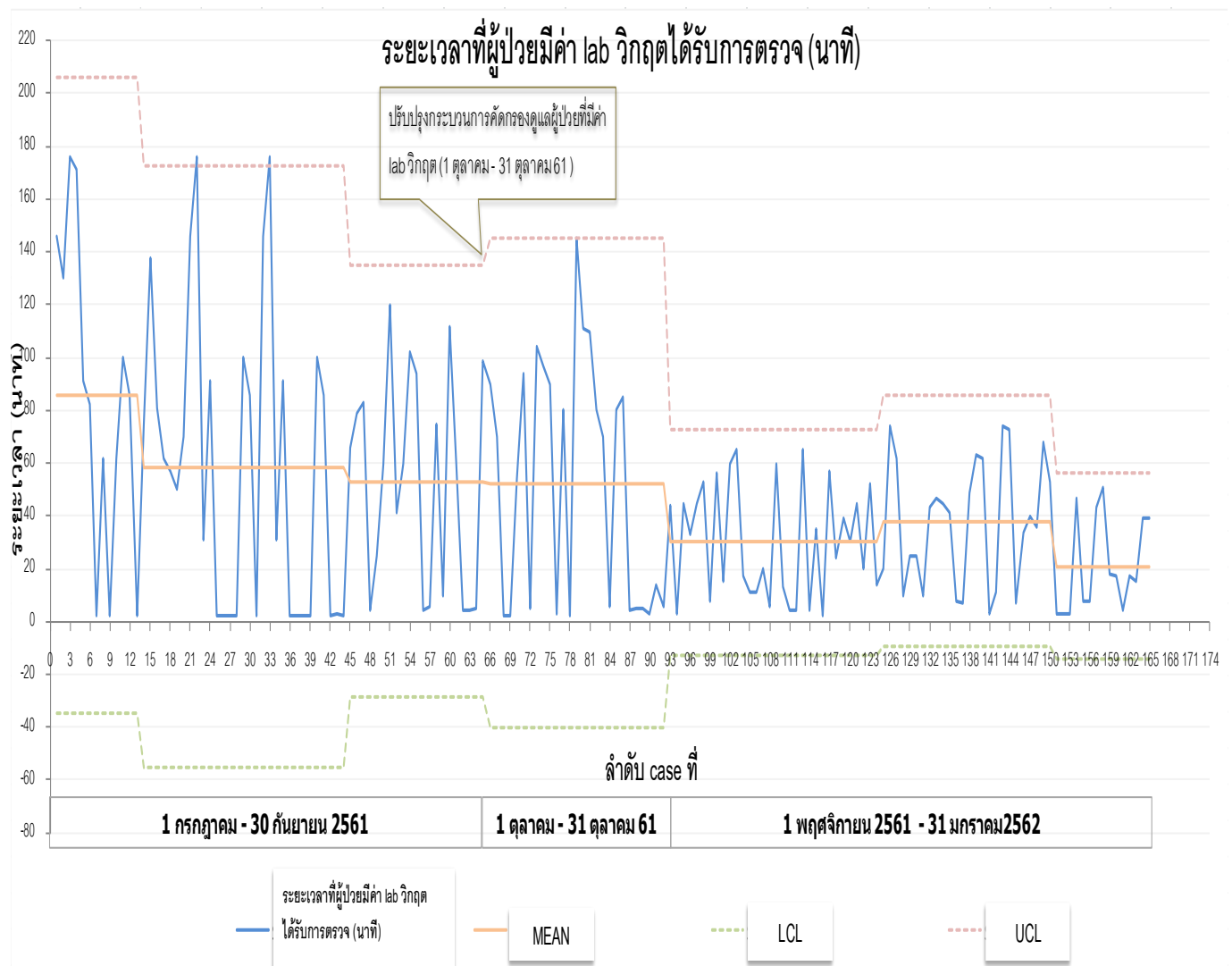
7. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

- 7.1 ผู้ป่วยที่มีค่า lab ผิดปกติ ถ้าได้รับการตรวจรักษาที่รวดเร็วจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา สามารถรับบริการการรักษาแบบผู้ป่วยนอกได้ และลดความแออัดในการที่ผู้ป่วยต้องมาหน่วยตรวจฉุกเฉิน
- 7.2 การพัฒนาระบบกระบวนการ ต้องมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและบุคลากรปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย

8. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

8.1 ติดตามตัวชี้วัด/ กระบวนการทำงานในหน่วยงานทุก 6 เดือน ด้วย Control Chart

รูปที่ 3 ติดตามกระบวนการคัดกรอง/ การตรวจผู้ป่วยที่มีค่า lab วิกฤตด้วย Control Chart



9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

- 9.1 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเม็ดเลือดขาวต่ำ ในขณะรอตรวจ
- 9.2 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องออกซิเจน ในขณะรอตรวจ
- 9.3 กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ ในขณะรอตรวจ

ลงชื่อ(หัวหน้ากลุ่ม) นางรัตนารณ์ ธาณิรัตน์

ลงชื่อ นางนันทยา เอี่ยมมงคล

(หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง)

สังกัด งานพยาบาลบริการเฉพาะ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ

25 เมษายน 2562