



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน

กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง

PDCA (F-QF-001)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วน)

การเผยแพร่ผลงานในทุกรูปแบบ ☒ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต	สถานภาพกลุ่ม ☐ เริ่มกิจกรรมครั้งแรก/ผลงานใหม่ ☒ กลุ่มกิจกรรมต่อยอด/ขยายผล ☐ ผลงานเรื่องนี้เคยส่งประกวดและที่ได้รับรางวัลมาแล้ว จาก.....
ประเภทกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน ☒ CQI ☐ CQI → R2R (ระบุ ประเภทของโครงการวิจัย) ☒ ระบบบริการสุขภาพ ☐ งานสนับสนุนบริการสุขภาพ ☐ การสร้างเสริมสุขภาพ ☐ การศึกษา ☐ วิทยาศาสตร์ทางการแพทย์และเครื่องมือทางการแพทย์ ☐ งานบริหารและธุรการ ☐ อื่นๆ.....	

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน
เลขที่
กลุ่ม.....

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

ส่วนที่ 2 ขอให้พิจารณา “คู่มือการเขียนผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน” อย่างละเอียดเพื่อประโยชน์ต่อเจ้าของผลงาน
ชื่อเรื่อง / โครงการ การเข้าถึงบริการผู้ป่วยมะเร็งตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการบริการอย่างเหมาะสม

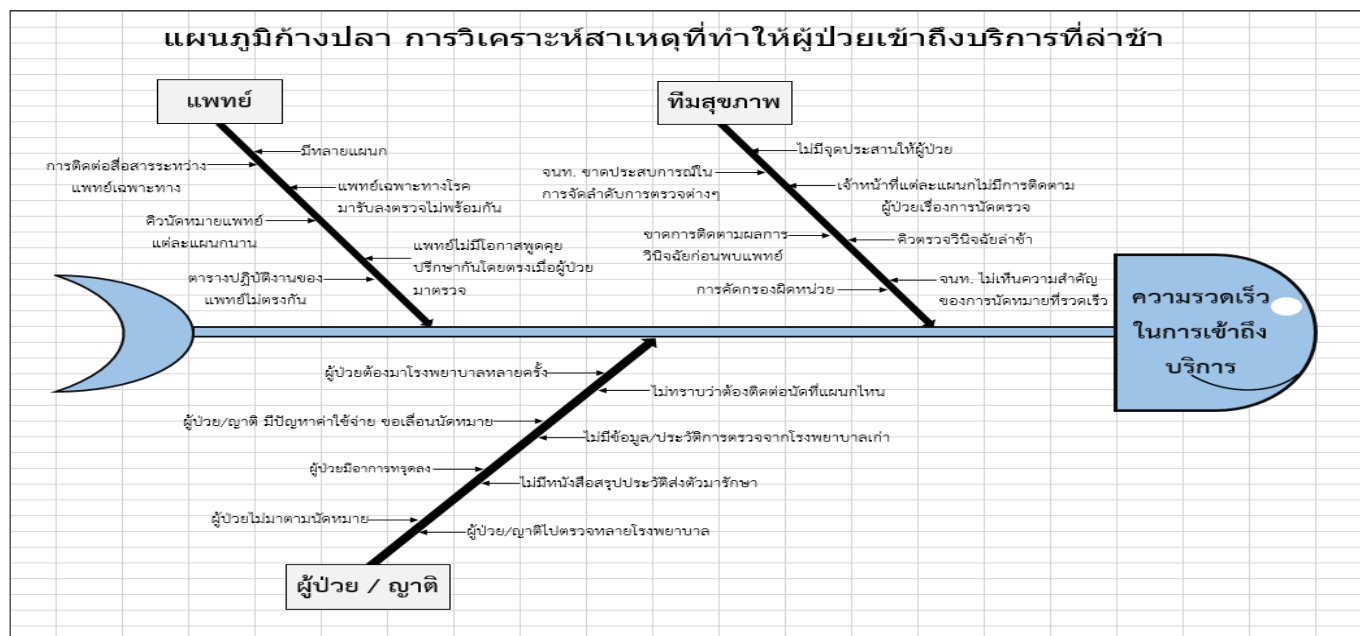
1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ การรักษาโรคมะเร็งและโรคต่างๆ อยู่ในระดับมาตรฐานสากล หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งมีเป้าหมายการเป็นต้นแบบด้านบริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็งตามมาตรฐานสากล มะเร็งกลุ่มโรค High cost-high volume มีความซับซ้อน ต้องการตรวจวินิจฉัยรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ด้วยการขับเคลื่อนพัฒนาระบบการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งแบบทีมสหสาขา ให้ผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงการบริการรวดเร็วมีประสิทธิภาพ ได้ดำเนินโครงการพัฒนาการเข้าถึงบริการ “การคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงการบริการอย่างรวดเร็ว” เมื่อปี 2561 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ก่อนพบแพทย์ในนัดหมายที่ 1 มีความพร้อมข้อมูลทางการแพทย์เพียงพอที่แพทย์จะเริ่มการรักษาเพิ่มขึ้นร้อยละ 99.2 และผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะเวลาที่เร็วขึ้น ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าถึงการบริการรวดเร็วขึ้นจาก 26.76 วัน เป็น 10.08 วัน จากข้อมูลสถิติหน่วยฯ ปี พ.ศ. 2561 - 2563 จำนวนมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 2,045, 1,980 และ 1,865 ราย/ ปี ตามลำดับ รวมถึงสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อ Covid 19 ที่เกิดขึ้นในช่วงต้นปี 2563 ประกอบกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรของคณะฯ จึงทำให้ต้องต้องมีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการระบบบริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งใหม่ และเป็นการสอดคล้องกับนโยบาย สปสช. “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม” (Cancer anywhere) ที่จะเริ่มใช้ 1 มกราคม 2564 ทำให้ผู้ป่วยที่รอเข้ารับบริการมีจำนวนมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความต้องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้รับการคัดกรองและการรับบริการล่าช้า ระยะเวลาการได้พบแพทย์ยาวนานขึ้น ดังนั้นหน่วยฯ จึงทำโครงการขึ้นเพื่อจัดระบบบริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งและการสนับสนุนพันธกิจด้านการศึกษาและการวิจัยคณะฯ

2. กรอบแนวคิดและการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root cause analysis) (20)

2.1 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) (แผนภูมิแก๊งปลา)

รูปที่ 1 แผนภูมิแก๊งปลาการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งเข้าถึงบริการล่าช้า (Root cause analysis)



ในช่วงเริ่มโครงการคัดกรองและนัดหมายของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยที่มาใช้บริการบางรายไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษา ระบบให้บริการรักษาพยาบาล ผลลัพธ์จากการตรวจ และญาติอาจมาเพื่อขอความเห็นแพทย์ และผู้ป่วยบางรายสามารถไปรับบริการการรักษากับโรงพยาบาลศูนย์มะเร็งตามเขตบริการสาธารณสุขซึ่งสามารถให้การรักษาในแนวทางเดียวได้ ผู้ป่วยจะเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัยและการรักษา มีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้องทั้ง ระบบบริการ ทรัพยากรทั้งบุคคลและสิ่งของแต่หน่วยงาน สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ส่งผลต่อความรวดเร็วการเข้าถึงบริการ

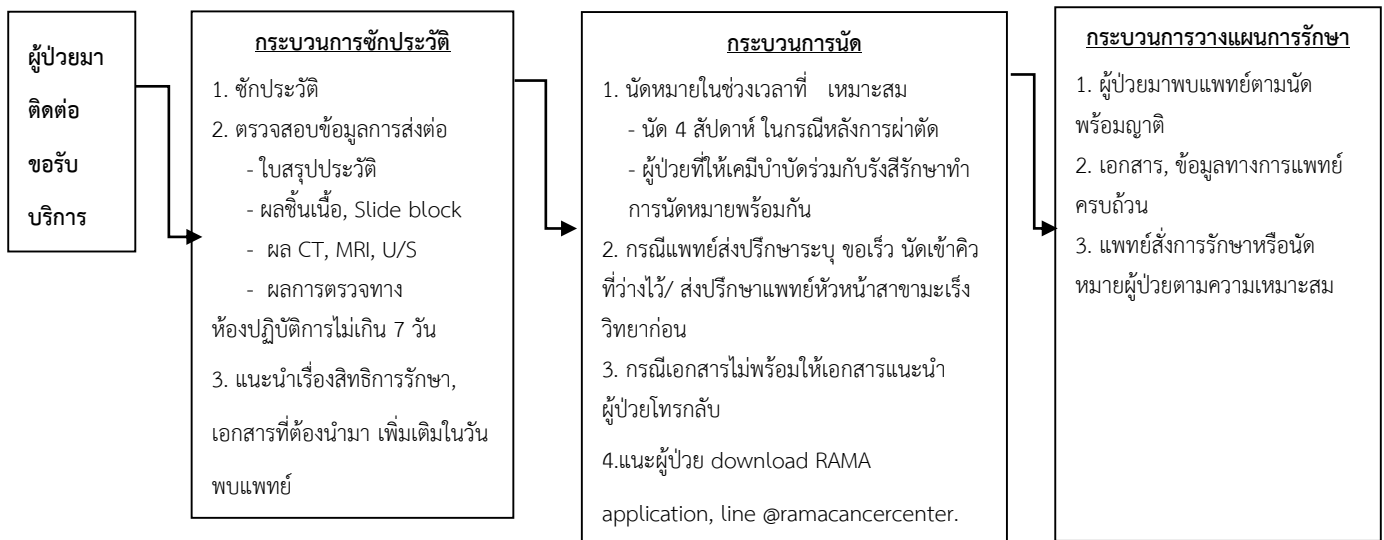
3. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายของกระบวนการปรับปรุง

3.1 วัตถุประสงค์ (วัตถุประสงค์ตัวชี้วัด (KPI) และเป้าหมาย (Target) ของตัวชี้วัด (Lagging Indicator)

- ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (โดยนับตั้งแต่วินิจฉัยเป็นมะเร็งและมาติดต่อครั้งแรก จนถึงเวลาที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล)
- อัตราผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการอย่างเหมาะสม (ภายใน 14 วัน) $\geq 90\%$ (อัตรา = จน. ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลภายใน 14 วัน/ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองทั้งหมด)
- อัตราได้รับข้อมูลครบถ้วน (ความพร้อมของข้อมูลทางการแพทย์ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่นัดหมายแรกก่อนพบแพทย์มีข้อมูลทางการแพทย์เพียงพอที่แพทย์จะเริ่มการรักษาพยาบาล) 100%

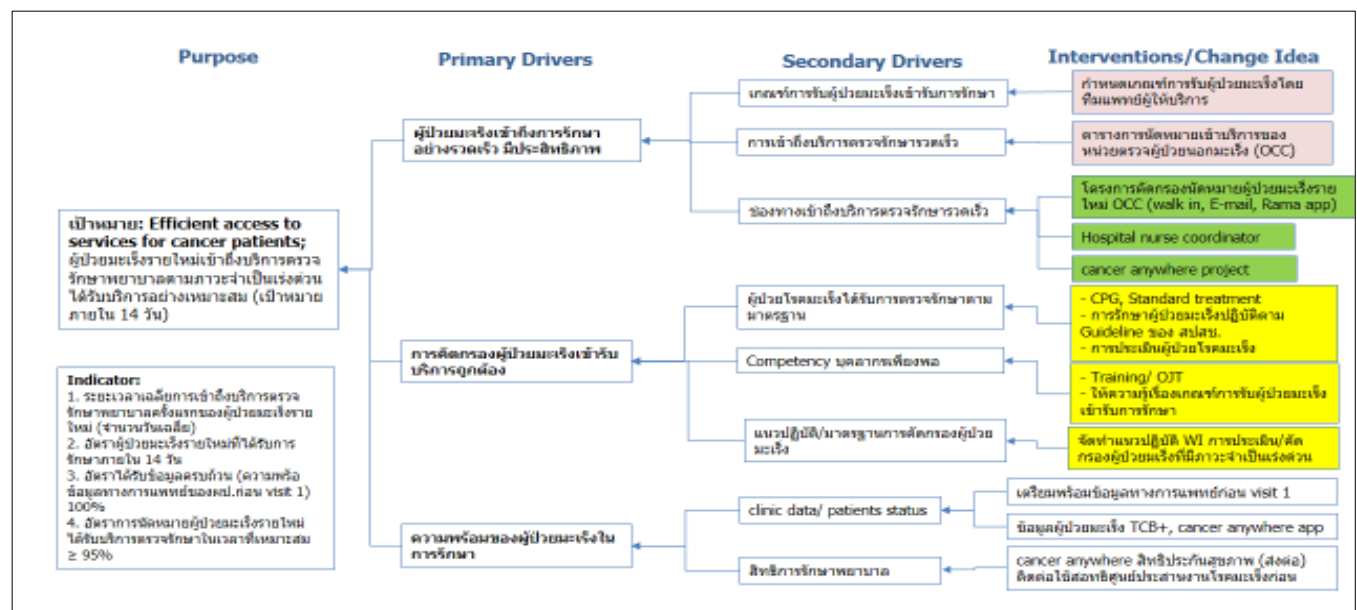
3.2 กระบวนการปรับปรุง/ วิธีการแก้ไขปรับปรุง

รูปที่ 2 กระบวนการทำงานของการคัดกรองและนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับบริการ



จากกระบวนการ (รูปที่ 1) หลังจากเริ่มปรับกระบวนการทำงานของการคัดกรองและนัดหมายผู้ป่วยเข้ารับบริการ พบว่ากระบวนการคัดกรองเป็นการส่งนัดหมายทางโทรศัพท์ ผู้ป่วยไม่ทราบสถานที่ตรวจและขั้นตอนการรับบริการ ระบบบริการตรวจรักษาที่มีบริการ และผู้ป่วยไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับข้อมูลทางการแพทย์ที่ต้องนำมาวันพบแพทย์ กระบวนการนัดหมาย ปัญหาที่พบ กรณีที่ส่งปรึกษา/ refer ไม่ได้ประสานงานล่วงหน้า ทำให้ข้อมูลผู้ป่วย/ข้อมูลทางการแพทย์ไม่ครบถ้วน ที่จำเป็นการรักษายาบาลไม่พร้อม

รูปที่ 3 การปรับปรุงกระบวนการภายใต้การใช้ แผนภูมิ Driver diagram ของการพัฒนาโครงการ



4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ) (5) กรูมการระบุช่วงเวลาที่ยชัดเจน (Gantt's Chart)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)						ผู้รับผิดชอบ/บทบาท หน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	ส.ค.63	ก.ย.63	ต.ค.63	พ.ย.63	ธ.ค.63	ม.ค.-มี.ค.64	
1. ประชุมร่วมทีมแพทย์สหสาขาปรับปรุงเกณฑ์การรับผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้ารับบริการ OCC	↔						OCC, oncologist, surgical oncologist
2. จัดทำ WI การประเมิน/คัดกรอง และสร้างตารางการนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้ารับบริการ OCC ตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการอย่างเหมาะสม	↔						บัวชร, แก้วใจ, นันทินาริ, สุพัตรา, อุไรวรรณ
3. วิเคราะห์กระบวนการคัดกรอง/นัดหมาย จัดทำฐานข้อมูลและเก็บข้อมูลการนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้ารับบริการ OCC ทุกวันพุธ	↔						บัวชร,ธีราภรณ์, ญัฐกานต์, ศิริประภา, อัจฉยาภรณ์, พนิดา
4. ประชุมทีมงานทุกวันศุกร์		↔					ทีมนำและเจ้าหน้าที่ OCC
5. กระบวนการที่ปรับปรุงรอบ 1 การทดลองปฏิบัติ			↔				ทีม Screening by OCC
6. วิเคราะห์กระบวนการรอรอบ 1 วิเคราะห์ข้อมูล สรุปข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้ารับบริการ OCC ทุกเดือน				↔	↔	↔	บัวชร, แก้วใจ, นันทินาริ, สุพัตรา, อุไรวรรณ, ธีราภรณ์, ญัฐกานต์,ศิริประภา, อัจฉยาภรณ์, พนิดา
7. ปรับปรุงกระบวนการรอรอบ 2				↔			ทีม Screening by OCC
8. นำกระบวนการรอรอบ 2 มาปฏิบัติ					↔	↔	ทีม Screening by OCC

 วางแผนงาน
 ปฏิบัติจริง

5. ผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ (ในรูปแบบตารางหรือกราฟ) (10)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
		ก่อนดำเนินการ ปี 2561	หลังดำเนินการ		
			ครั้งที่ 1 ปี 2562	ครั้งที่ 2 ปี 2563	ครั้งที่ 3 ม.ค.- มี.ค 2564
1. **ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ (จำนวนวัน)	< 14 วัน	10.08	10.0	11.0	6.70
2. อัตราผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการอย่างเหมาะสม	≥ 90%	NA	NA	89.86%	90.91%
3. อัตราได้รับข้อมูลครบถ้วน (* ความพร้อมของข้อมูลทางการแพทย์ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ก่อนพบแพทย์)	100 %	99.2%	98.6%	97.0%	98.80%

หมายเหตุ* ความพร้อมของข้อมูลทางการแพทย์ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง , มีผลชิ้นเนื้อ , กรณีผู้ป่วยส่งต่อ มี Slide Block ชิ้นเนื้อด้วย (สถานพยาบาลบางแห่งต้องมีหนังสือส่งต่อจากแพทย์) ผล CT , MRI , U/S ลง PACS ในระบบของโรงพยาบาล ,ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ CBC , BUN ,Cr , Electrolyte , LFT ไม่เกิน 7 วัน ใบสรุปประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลเดิม ,หนังสือส่งตัว, เอกสารรับรองสิทธิข้อมูลผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมดในกลุ่มสิทธิประกันสุขภาพ ส่งผ่านระบบ online: TCB plus (cancer anywhere application) จากระบบต้นสังกัดสิทธิการรักษา

****** ระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (จำนวนวันเฉลี่ย) นับจากวันที่ผู้ป่วยมาติดต่อครั้งแรกและวินิจฉัยเป็นโรคมะเร็งจนถึงเวลาที่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาล

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

จากการปรับปรุงกระบวนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยมะเร็งตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการบริการอย่างเหมาะสม การคัดกรองและนัดหมายของผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง พบว่า บรรลุเป้าหมายของโครงการทั้ง 3 ข้อ กล่าวคือ

6.1 ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้าถึงการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะเวลาที่เร็วขึ้นเนื่องจากข้อมูลทางการแพทย์เพียงพอ ผู้ป่วยไม่ต้องเสียเวลานัดหมายหลายครั้ง สามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย/ญาติ ในการเดินทางมารับบริการ โดยระยะเวลาในการเข้าถึงการบริการรักษาพยาบาล รวดเร็วขึ้นจาก 11 วัน เป็น 7 วัน

6.2 อัตราผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ได้รับการตรวจรักษาพยาบาลตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการบริการอย่างเหมาะสม (ภายใน 14 วัน เป้าหมาย $\geq 90\%$) ร้อยละ 90.91

6.3 อัตราได้รับข้อมูลครบถ้วน ความพร้อมของข้อมูลทางการแพทย์ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่นัดหมายแรกก่อนพบแพทย์ มีข้อมูลทางการแพทย์เพียงพอที่แพทย์จะเริ่มการรักษาพยาบาลได้ร้อยละ 98.80

7. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

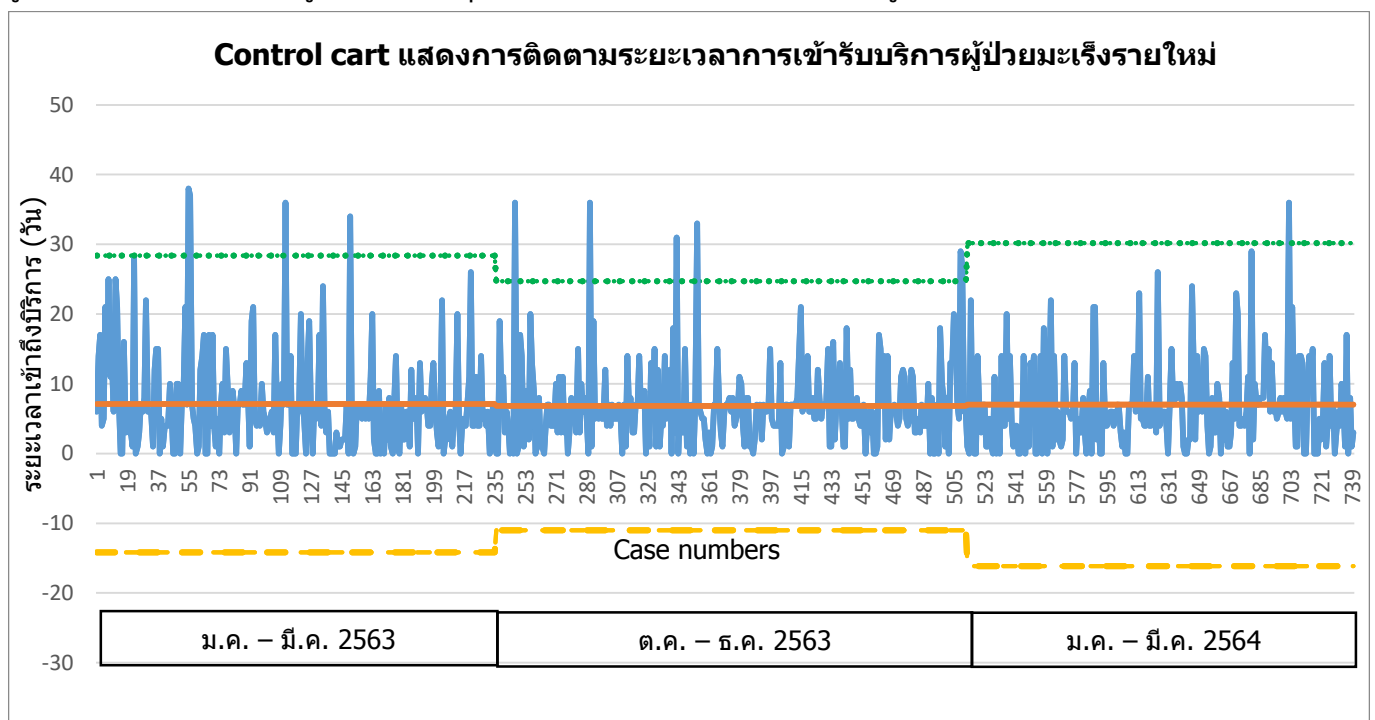
7.1 ประชุมประเมินโครงการร่วมทีมแพทย์สหสาขาและหน่วยบริการ และทบทวนกระบวนการทำงานทุก 1 เดือน

7.2 ติดตามตัวชี้วัดโครงการทุก 1 เดือน

7.3 ติดตามควบคุมกระบวนการกระบวนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยมะเร็งจากการคัดกรองและนัดหมาย โดยใช้ Control Chart

7.4 ติดตามคุณภาพของโครงการด้วย Control Chart พบว่า อธิบายผลลัพธ์ที่ได้จากกราฟ

รูปที่ 4 Control chart แผนภูมิติดตามควบคุมกระบวนการกระบวนการเข้าถึงบริการผู้ป่วยมะเร็ง



- ช่วงที่ 1 (3 ม.ค. - 31 มี.ค. 63) มีผู้ป่วยจำนวน 40 ราย ที่การเข้าถึงบริการใช้ระยะเวลามากกว่า 28 วัน พบว่า เกิดจากตัวแปรภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ จากสาเหตุ ผู้ป่วยมะเร็งประสบกับสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อ Covid 19 ที่เกิดขึ้น จำเป็นต้องรับบริการสถานพยาบาลใกล้บ้านหรือปรับระบบการมารับบริการตรวจรักษารูปแบบอื่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ต่อเนื่องมาตลอดจนถึงช่วงที่ 2

- ช่วงที่ 2 (3 ต.ค. - 31 ธ.ค. 63) มีผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ที่การเข้าถึงบริการใช้ระยะเวลามากกว่า 24 วัน พบว่า ผู้ป่วยยังไม่พร้อมให้เคมีบำบัดในกรณีหลังผ่าตัด และเกิดจากตัวแปรภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งประสบกับสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อ Covid 19 ที่เกิดขึ้นระลอกที่ 2 จำเป็นต้องรับบริการสถานพยาบาลใกล้บ้านศูนย์มะเร็งหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อให้รับบริการตรวจรักษาสถานบริการอื่นที่เหมาะสม

- ช่วงที่ 3 (1 ม.ค. - 28 ก.พ.64) ระยะเวลาในการเข้าถึงการบริการอยู่ในเกณฑ์ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของโครงการ เริ่มนโยบาย สปสช. “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม” (Cancer anywhere) ที่เริ่มใช้ 1 มกราคม 2564

- ช่วงที่ 4 (1 ก.พ. - 31 มี.ค.64) มีผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ที่ระยะเวลาในการเข้าถึง การบริการสูงขึ้นมากกว่า 30 วัน เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยต้องการเข้าร่วมโครงการ cancer anywhere และ สภาวะของผู้ป่วยไม่พร้อมให้เคมีบำบัด ที่สำคัญคือ เกิดตัวแปรภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ คือ ผู้ป่วยมะเร็งประสบกับสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อ Covid 19 ที่เกิดขึ้นระบาดระลอกใหม่ หน่วยบริการต้องปรับการให้บริการภายในใหม่ตามสถานการณ์และแผนปฏิบัติการของคณะฯ ส่งผลถึงปัจจุบัน

8. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ

- 8.1 หน่วยงานการมีเป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ร่วมกันของทีมสหสาขาในการบริการและเล็งเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็ง
- 8.2 เป็นโครงการที่สามารถเพิ่มศักยภาพของพยาบาลคัดกรองในหน่วยงาน มีระบบพยาบาลประสานงานโรคมะเร็ง (oncology nurse coordinator) ทำงานร่วมกับทีมสหสาขาโครงการ cancer anywhere
- 8.3 พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการผู้ป่วยมะเร็งตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการบริการอย่างเหมาะสม การคัดกรองและนัดหมายของผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้ารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถบริหารจัดการผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรามาธิบดีได้ ช่วยแก้ปัญหาผู้ป่วยที่รอเข้ารับบริการมีจำนวนมากขึ้น และมีความต้องการเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้รับการคัดกรองเข้ารับบริการตรวจรักษาพยาบาลรวดเร็วขึ้น
- 8.4 การประสานงานที่ดีในทีม มีการทำงานเป็น team work เกิดขึ้นในหน่วยงาน
- 8.5 ได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับ และความร่วมมือจากทุกภาควิชา ทุกแผนกและศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง
- 8.6 Customer values คุณค่าหรือประโยชน์ที่ผู้รับผลงานได้รับ
 - ผู้ป่วยมะเร็งเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลตามมาตรฐานสากล รวดเร็วมีประสิทธิภาพ
 - แนวปฏิบัติการนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งเข้ารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
 - แนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งที่มีภาวะจำเป็นเร่งด่วนเข้ารับบริการหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็งที่ได้มาตรฐาน
 - กระบวนการคัดกรอง/นัดหมายผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่และเก่าที่เข้ารับบริการ
 - ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่มีความพร้อมข้อมูลทางการแพทย์ครบถ้วน ก่อนพบแพทย์ในนัดหมายที่ 1 แพทย์ และผู้ป่วยสามารถร่วมตัดสินใจวางแผนการรักษาและเริ่มการรักษาได้
 - ระบบการประเมิน early warning sign สำหรับผู้ป่วยมะเร็งของหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง
 - พัฒนาทักษะสมรรถนะพยาบาลสามารถประเมินคัดกรองเฉพาะทางโรคมะเร็ง หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

- 9.1 พัฒนาต่อยอดโครงการประสานงานให้สอดคล้องกับการดำเนินการโครงการ Cancer anywhere ของ สปสช. “โรคมะเร็งไปรับบริการที่ไหนก็ได้ที่พร้อม”
- 9.2 จัดทำ work flow การคัดกรองการเข้าถึงบริการผู้ป่วยมะเร็งตามภาวะจำเป็นเร่งด่วนได้รับการบริการอย่างเหมาะสมร่วมกับทีมแพทย์สหสาขาผู้ให้บริการ
- 9.3 จัดทำ work flow การ refer ผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างโรงพยาบาลรามาธิบดีกับโรงพยาบาลลูกข่ายที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพ/ ประกันสังคม
- 9.4 แผนพัฒนาต่อยอด: สร้างระบบบริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งด้วยทีมสหสาขาแบบครบวงจร (one stop service) และสนับสนุนพันธกิจการเรียนรู้การสอนและวิจัย

สรุปผลงานการพัฒนา		 สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
ชื่อผลงานการพัฒนา		
① ที่มาและความสำคัญของการพัฒนา เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแบบแผนด้านการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังตามมาตรฐานสากล ซึ่งเผชิญกับผลกระทบจากการขาดแคลนเตียงผู้ป่วยของโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ High cost-high volume มีความซับซ้อน ต้องการรักษายาอย่างต่อเนื่องในมิติที่ซับซ้อน อย่างมีประสิทธิภาพ รวดเร็วและปลอดภัย และสอดคล้องกับโรคเรื้อรัง สปสช. "โครงการป้องกันโรคเรื้อรัง" ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการจำนวนมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีความต้องการเข้ารับการรักษาพยาบาลได้รับการดูแลและจัดการรักษาอย่างเหมาะสม ระยะเวลาการได้พบแพทย์ยาวนานขึ้น ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรที่มีอยู่ของโรงพยาบาลตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแบบแผนด้านการรักษาพยาบาลและการวินิจฉัย	② Customer Value(s) คุณค่าที่ผู้ป่วยได้รับจากผลงานพัฒนา 1. ผู้ป่วยและญาติเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลตามมาตรฐานสากล รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ 2. สามารถใช้ศักยภาพการตรวจรักษาผู้ป่วยเรื้อรังที่มีการจ่ายเป็นส่งต่อจากโรงพยาบาลได้มาตรฐาน 3. ระบบพยาบาลประสานงานโดยเร่ง (oncology nurse coordinator) ร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ cancer anyplace 4. พัฒนาทักษะระบบพยาบาลสายรอบประชิด คลินิกดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	③ เป้าหมาย (Purpose Statement) เป้าหมาย: ผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่เข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลตามภาวะจำเป็นเร่งด่วน ได้รับการบริการอย่างเหมาะสม (เป้าหมายภายใน 14 วัน)
④ Process: กระบวนการในการดำเนินการ (ระบุขั้นตอนสำคัญที่ใช้การปรับปรุง) Process กระบวนการ 1. กำหนดแผนการดำเนินงานโครงการ "การคัดกรอง/นัดหมายผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นเป็นเร่งด่วนได้รับบริการอย่างเหมาะสม" เริ่ม 1 มกราคม 2564 2. ปรับปรุงเกณฑ์การรับผู้ป่วยมะเร็งระยะต้น OCC/ วางแผนการนัดหมายบริการผู้ป่วยระยะต้น ร่วมกับทีมแพทย์และเจ้าหน้าที่พยาบาล 3. สื่อสารประชาสัมพันธ์ เกณฑ์การรับผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นเข้ารับบริการ OCC แก่หน่วยงานอื่น 4. ปรับกระบวนการบางส่วนโครงการ "การคัดกรองอย่างมีประสิทธิภาพ...ช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นเข้าถึงการบริการอย่างรวดเร็ว" เริ่ม (2560-ปัจจุบัน) และดำเนินการต่อเนื่องตามแผนปฏิบัติการ WI การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นภาวะจำเป็นเร่งด่วนเข้ารับบริการ OCC 5. จัดทำ Diver diagram โครงการร่วมกับทีมแพทย์สหสาขาและแพทย์ตรวจผู้ป่วยนอกมะเร็ง 6. สร้างตารางการนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นเข้ารับบริการ OCC 7. Implement cancer anywhere project ร่วมกันสนับสนุนความเป็นเลิศด้านโรคเรื้อรัง กำหนดแผนกลยุทธ์, Flow กระบวนการบริการ, คัดส่ง application/program/user 8. ดำเนินโครงการ Implement flow กระบวนการทำงานดูแลผู้ป่วยในหน่วยงาน 9. จัดทำฐานข้อมูลและเก็บข้อมูล และ KPI การนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นเข้ารับบริการ OCC	⑤ Performance : ตัวชี้วัดผลงานที่สำคัญ โดยแสดงข้อมูลในรูปแบบกราฟ ตัวชี้วัดสำคัญ (KPI) ที่สะท้อนการบรรลุความสำเร็จ 1. ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งระยะต้น (control chart จำนวนวันเฉลี่ย) 2. ระยะเวลาเฉลี่ยการเข้าถึงบริการตรวจรักษาพยาบาลครั้งแรกของผู้ป่วยมะเร็งระยะต้น (control chart จำนวนวันเฉลี่ย) 3. อัตราการนัดหมายผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นได้รับบริการตรวจรักษาในเวลาที่เหมาะสม $\geq 95\%$ 4. อัตราการคัดกรองผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นที่มีภาวะจำเป็นเร่งด่วน ได้รับบริการตรวจรักษาในเวลาที่เหมาะสม $\geq 95\%$ (กราฟแสดงร้อยละรายเดือน/รายปี) 5. อัตราการประสานงานส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะต้นรับบริการตามแผนการรักษา (กราฟแสดงร้อยละรายเดือน/รายปี)	
⑥ บทเรียนและข้อคิด : WHAT are the lesson learned in this project? ข้อคิดสำคัญ ปัจจัยความสำเร็จ ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค: 1. การมีเป้าหมาย/ วัตถุประสงค์ที่ชัดเจนของทีมงานในการปฏิบัติงานและเห็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยระยะต้น 2. การประสานงานที่ดีในทีม มีการทำงานเป็น team work 3. ได้มีการสนับสนุนและความร่วมมือจากผู้บริหารทุกระดับ สนับสนุนเป็นเลิศด้านโรคเรื้อรัง ก้าวหน้า รวดเร็วทุกแผนก แผนพัฒนาต่อออก: ดำเนินโครงการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยระยะต้นที่สหสาขาแบบครบวงจร (one stop service)	⑦ รายชื่อทีมงาน พว. บัษกร เวชพันธ์ หัวหน้าโครงการ และสมศักดิ์ พว. แก้วใจ บุญอุดม, พว. ชินดนัย คงอิน, พว. ชีราภรณ์ กลิ่นอำพร, พว. ธัญญะภา ดาราเย็น, พว. ศิริประภา ไกรทองสุข, พว. อังฉวีภรณ์ รัตนภูมิ, คุณสุพิศพร พรหมพา, คุณฉวีวรรณ อินสำนั และคุณพนิดา สดสม	