



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงาน (F-QF-001)

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

5.สหสาขาวิชาชีพที่ เกี่ยวข้อง(แพทย์ พยาบาล IT ฯลฯ	-	-					
---	---	---	--	--	--	--	--

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน เลขที่กลุ่ม..... วันที่รับข้อมูล.....

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]

ชื่อเรื่อง / โครงการ Alarm lab card for Right time, Right Lab, Right Patient

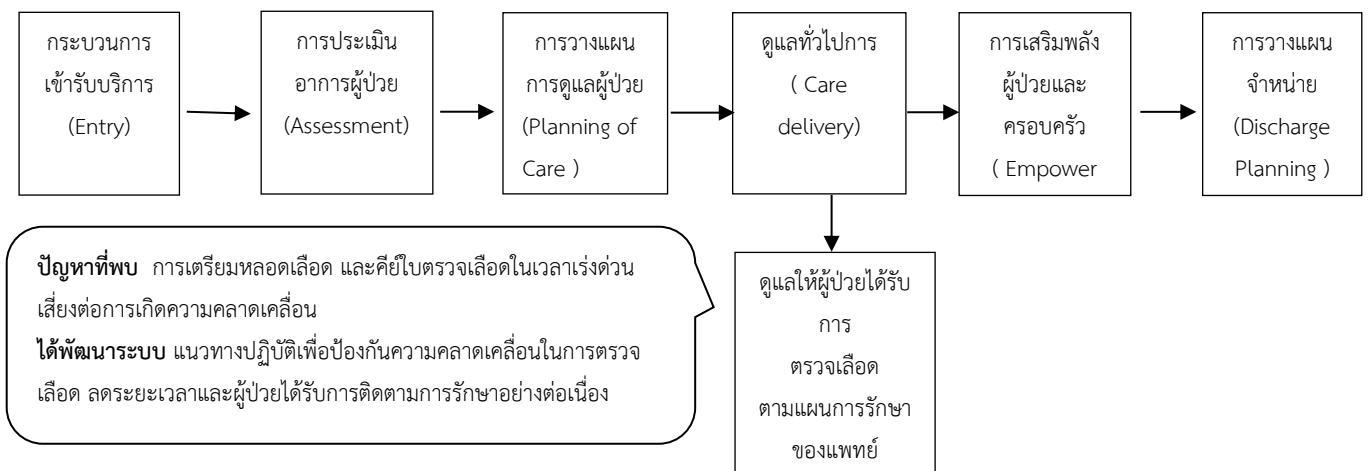
1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (ความเป็นมาของโครงการ)

หน่วยไตเทียมชั้น 5 ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนีให้บริการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาระดับเกลือแร่ในเลือด แคลเซียม ฟอสฟอรัส แอลบูมินอย่างสม่ำเสมอทุก 6 สัปดาห์ และตรวจประเมินความเข้มข้นของเลือดทุก 1 เดือนเพื่อติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยตรวจก่อนฟอกเลือดช่วงกลางของสัปดาห์ เพื่อลดความแปรปรวนของการเปลี่ยนแปลงของสารน้ำในร่างกาย มีการเตรียมหลอดเลือด, ใบตรวจเลือดตามแผนการรักษา กำหนดวันตรวจเลือดและนัดหมายผู้ป่วย เพื่อเตรียมตัวตรวจเลือดในวันนั้นๆ ประมาณ 1 สัปดาห์ก่อนถึงวันตรวจเลือดจริง ซึ่งในการเตรียมตรวจเลือดสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายใช้ระยะเวลามากและหลายขั้นตอน ที่ผ่านมามีความคลาดเคลื่อนประมาณ 3-5 รายจากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 60 คน (คิดเป็นร้อยละ 8) ซึ่งส่งผลให้แผนการรักษาล่าช้ากว่าที่ควรจะเป็น จึงได้พัฒนาแนวทางการตรวจเลือดภายในหน่วยงาน เพื่อเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถปฏิบัติตามแนวทางได้ถูกต้อง เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการติดตามการรักษา ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

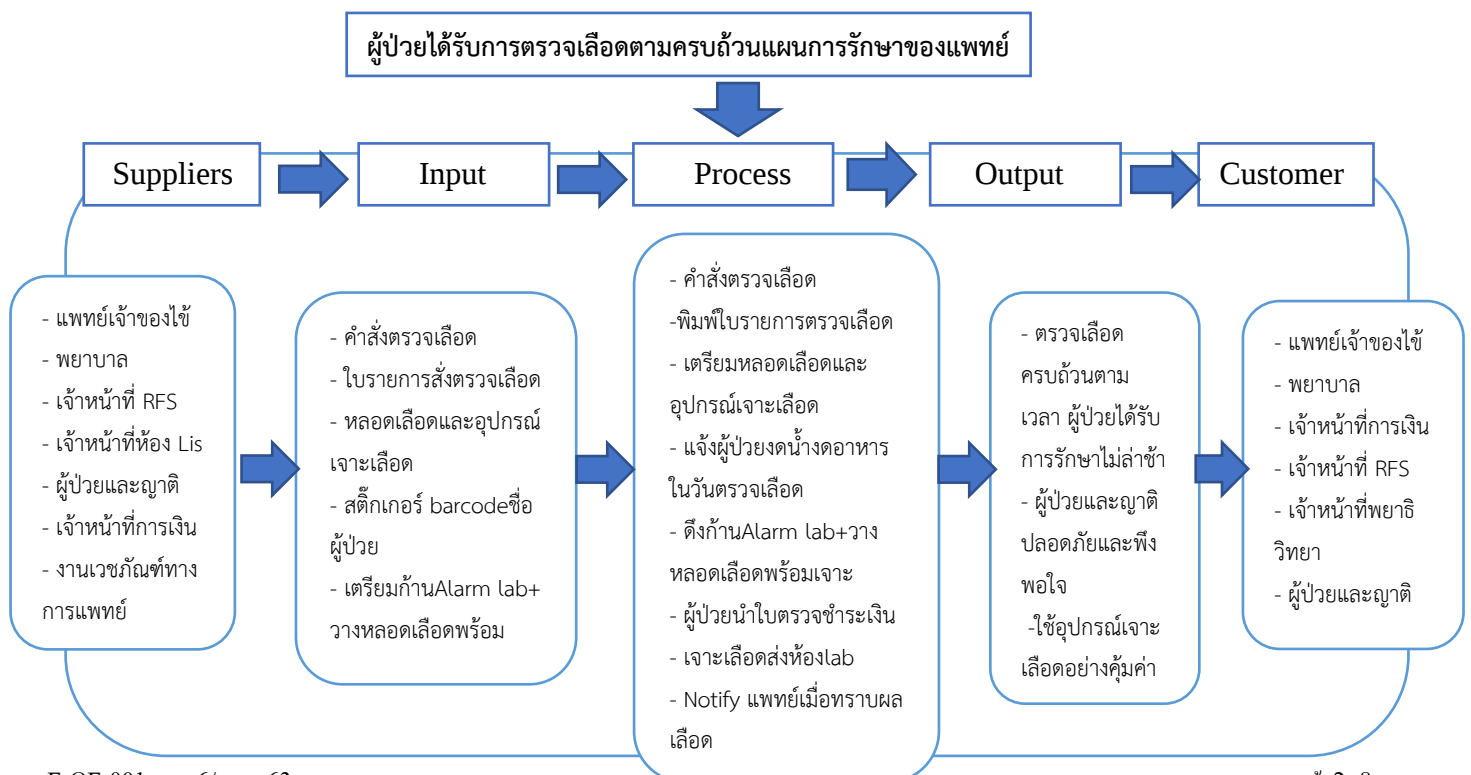
2. กรอบแนวคิด หรือ การวิเคราะห์สาเหตุ (Root cause analysis)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow)

กระบวนการทำงานหลักของหน่วยไตเทียม



2.2. สายธารแห่งคุณค่า (Value chain) ของกระบวนการทำงาน (Work Process) ตามแนวทาง SIPOC



2.3 การวิเคราะห์ปัญหาของโครงการ

การเตรียมตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการ(lab)เป็นประจำทุก 6 สัปดาห์ต่อผู้ป่วย 1 ราย มีรายการตรวจเลือดแตกต่างกันไปในแต่ละราย ตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- Blood Urea Nitrogen , Creatinine ,Electrolyte , Calcium , Phosphate ,Total Protein, Albumin , Fasting blood sugar ,Cholesterol ตรวจทุก 6 สัปดาห์ โดยจะมีการตรวจดูค่า Blood Urea Nitrogen ทั้งหมด 3 ครั้ง (ทุก 6 สัปดาห์) เพื่อนำมาคำนวณค่าความพอเพียงในการฟอกเลือดครั้งนี้ ครั้งที่ 1 ตรวจช่วงกลางของสัปดาห์ก่อนการฟอกเลือด ครั้งที่ 2 ตรวจช่วงกลางสัปดาห์หลังฟอกเลือด(วันเดียวกันกับครั้งแรก) ครั้งที่ 3 ตรวจก่อนฟอกเลือดครั้งถัดมาของสัปดาห์นั้น
- Serum Iron, TIBC, Ferritin, Parathyroid Hormone,- ตรวจทุก 3 เดือน
- HBsAg , HBsAb , Anti-HCV ,Liver function test - ตรวจทุก 6 เดือน, Anti-HIV, Anti-HBc - ตรวจทุก 1 ปี
- HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานตรวจทุก 6 สัปดาห์ แต่ถ้าไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวานตรวจปีละ 1 ครั้ง
- Complete Blood Count – ตรวจทุก 1 เดือน

ทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นถึงขั้นตอนที่ซับซ้อนและอาจเกิดความสับสนในการเตรียมการตรวจเลือด ตั้งแต่การเตรียมใบตรวจเลือด, หลอดเลือดรวมถึงกำหนดวันนัดหมายตรวจเลือดผู้ป่วย

วิเคราะห์ปัญหาดังนี้

Process(problem)		การเตรียมTubeไม่ครบถ้วน ตามเวลา	การเตรียมใบLab/และแจ้งผู้ป่วยวันที่ต้องงดน้ำงดอาหารก่อนตรวจเลือดไม่ครบถ้วน	วางTubeไม่ครบถ้วน	มีความคลาดเคลื่อนในการเจาะLab	มีความคลาดเคลื่อนในการส่งLabไปห้องปฏิบัติการ
Man	เจ้าหน้าที่	- เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจกระบวนการเจาะเลือด - ขาดการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย	- ไม่ได้แจ้งผู้ป่วยให้งดน้ำงดอาหารก่อนตรวจ - แจ้งวันเจาะเลือดผิดวัน - พิมพ์ใบLabไม่ครบ, สับสนซึ่งแต่ละรายตรวจเลือดต่างกัน	- Tubeหลุดออกจากช่องเมื่อนำไปวาง - เร่งรีบในการทำงาน	- ขาดความละเอียดรอบคอบในการทำงาน	- ส่ง Lab ล่าช้า - มีการตกหล่นระหว่างขนส่งLabไปห้องปฏิบัติการ - การเงินรับชำระเงินใบLabไม่ครบทุกรายการ
	ผู้ป่วย	-	-	-	- สันนิษฐานว่าต้องเจาะเลือด - สันนิษฐานว่างดน้ำงดอาหารมาก่อนตรวจ	- ผู้ป่วยไม่ได้นำใบLabไปชำระเงิน - ทำใบตรวจเลือดสูญหายก่อนวันตรวจเลือด
Machine		- ขาดเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบการเตรียมหลอดเลือดสำหรับเจาะเลือด	- ขาดเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบว่าเตรียมใบLabครบหรือไม่ มีรายการตรวจอะไรบ้าง	- ขาดเครื่องมือที่ตรวจสอบได้ว่าวางหลอดเลือดครบหรือไม่	- ขาดเครื่องมือ Notification	-
Method		- เกิดความสับสนในกระบวนการเตรียมหลอดเลือดและใบlabเนื่องจากมีความซับซ้อน	- เกิดความสับสนวันที่ และกระบวนการที่จะต้องติดใบงดน้ำงดอาหาร - ใช้เวลานานในการตรวจสอบความถูกต้อง	-	- เกิดความสับสนในกระบวนการ	- เจาะเลือดแล้วไม่ได้นำหลอดเลือดไปวางไว้ในตะกร้าส่งLabทำให้ส่งล่าช้า
Material		- เบิกหลอดเลือดและอุปกรณ์ไม่เพียงพอสำหรับเจาะเลือด	-	-	- ใช้กระดาษสีขาวติดหน้าแฟ้มไม่เด่นชัด ลายมืออ่านยาก หรืออาจมีการฉีกขาดของกระดาษ	- หากมีการเจาะผิดพลาดจะต้องสิ้นเปลืองอุปกรณ์เพิ่มขึ้น

Environment	- พื้นที่สำหรับเก็บTubeที่เตรียมเรียบร้อยแล้วไม่เพียงพอ(กล่องใส่)	- เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากส่งผลให้เกิดความผิดพลาด	- มีความเร่งรีบในการทำงาน	- มีความเร่งรีบในการทำงาน ไม่รอบคอบ	- เจ้าหน้าที่มีภาระงานมากส่งผลให้มีความคลาดเคลื่อนในการส่งLab ไปห้องปฏิบัติการ
-------------	---	--	---------------------------	-------------------------------------	--

3. วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัดและเป้าหมายของกระบวนการปรับปรุง

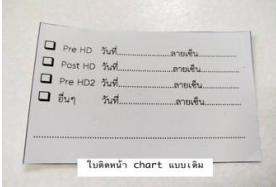
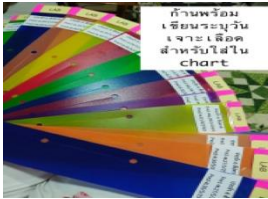
3.1 วัตถุประสงค์

- 3.1.1 เพื่อตรวจเลือดและติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนดการ
- 3.1.2 เพื่อเพิ่มระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติในการให้บริการในการตรวจเลือดและติดตามผลการรักษาของผู้ป่วย
- 3.1.3 เพื่อการลดต้นทุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจเลือดแต่ละครั้ง

3.2 กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง

กิจกรรมการพัฒนา

การปรับปรุง	รายละเอียด / ภาพประกอบ	สิ่งที่พบ ข้อดี / ข้อจำกัด
การทำงานเดิม - พิมพ์ใบตรวจเลือดของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งแตกต่างกัน ตามแผนการรักษาของแพทย์มีรายละเอียดดังนี้ค่า Blood Urea Nitrogen , Creatinine ,Electrolyte , Calcium , Phosphate ,Total Protein, Albumin , Fasting blood sugar ,Cholesterol - ตรวจทุก 6 สัปดาห์ ,Serum Iron, TIBC,Ferritin, Parathyroid Hormone – ตรวจ ทุก 3 เดือน HBsAg , HBsAb , Anti-HCV ,Liver function test - ตรวจทุก 6 เดือน , Anti-HIV, Anti-HBc - ตรวจทุก 1 ปี , HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวานตรวจทุก 6 สัปดาห์ แต่ถ้าไม่เป็นผู้ป่วยเบาหวานตรวจปีละ 1 ครั้ง, Complete Blood Count – ตรวจทุก 1 เดือน - เตรียมหลอดเลือด Clotted blood , EDTA , tube NA F อย่างละ 1 หลอด หากมีการตรวจเลือดอื่นๆเพิ่ม เช่น ferritin , Hepatitis profile ให้เพิ่ม tube Clotted blood อีก 1 tube หรือกรณีที่ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน ต้องตรวจ HbA1C เพิ่ม จะต้องเตรียม tube EDTA เพิ่ม อีก 1 หลอด โดยตรวจสอบให้ตรงกับใบตรวจเลือดว่าต้องใช้หลอดเลือดกี่หลอด - ติดสติกเกอร์ชื่อผู้ป่วยบนหลอดเลือดที่เตรียมไว้ ให้ครบถ้วนทุกหลอด ใส่ซองพลาสติกและเขียนหน้าของแยก ก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 1 = Pre 1 , หลังฟอกเลือด = Post และก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 2 = Pre 2 - แจ้งผู้ป่วยทราบวันที่ต้องตรวจเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยงดน้ำงดอาหารมาก่อนเจาะเลือด 6-8 ชั่วโมง เป็นวันที่เจาะเลือด Pre 1 ส่วนวันที่ตรวจ Pre 2 ไม่ต้องงดน้ำงดอาหารมา - ก่อนวันตรวจเลือด 1 วันในช่วงเย็น พยาบาลจะนำหลอดเลือดของผู้ป่วยที่เตรียมไว้มาวางคู่กับแฟ้มผู้ป่วยเพื่อเตรียมตรวจเลือดในตอนเช้าของวันรุ่งขึ้น - เมื่อผู้ป่วยมาฟอกเลือดในตอนเช้า จะได้รับการตรวจเลือดจากพยาบาลตามที่ได้จัดเตรียมไว้	  	ข้อดี - ผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือด ตามวันที่ได้ระบุไว้ และได้รับการติดตามการรักษาจากแพทย์ ข้อจำกัด - พิมพ์ใบเจาะเลือดไม่ครบ ผลเลือดที่ได้ไม่ครบขาดหายไป ต้องพิมพ์ใบเจาะเลือดใหม่และส่งเลือดเพิ่ม สิ้นเปลืองกระดาษในการพิมพ์ใบเจาะเลือด และทำให้ผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาล่าช้า - อาจมีการเตรียมหลอดเลือดผิดพลาด เตรียมหลอดเลือดไม่ครบ ต้องมีการส่งเลือดเพิ่ม สิ้นเปลืองอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการดูดเลือดเช่น syringe , เข็ม , ถุงพลาสติกใส และหลอดเลือด - ไม่มีการ Double check หลอดเลือดและใบเจาะเลือดว่าถูกต้องหรือไม่ทำให้หลังเจาะเลือดพบว่าผลเลือดขาดหายไป - หากต้องมีการแก้ไขใบเจาะเลือดที่มีการนำไปชำระเงินแล้ว แต่ใบนั้นไม่ถูกต้อง ทำให้ต้องมีการยกเลิกใบเจาะเลือดดังกล่าวก่อน ซึ่งญาติจะต้องไปทำเรื่องการเงินเพื่อยกเลิก จึงเกิดความไม่พอใจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากต้องเสียเวลาไปติดต่อหลายรอบ

การปรับปรุง	รายละเอียด / ภาพประกอบ	สิ่งที่พบ ข้อดี / ข้อจำกัด
ปรับปรุงครั้งที่ 1 ปรับเปลี่ยนแนวทางการเตรียมการตรวจเลือดเพื่อติดตามการรักษาใหม่ โดยใช้การทำงานเดิมและเพิ่มรายละเอียดดังนี้ - จัดทำตารางตรวจเลือด แสดงให้เห็นชัดเจนว่าทุก 6 สัปดาห์จะต้องติดตามผลเลือดอะไรบ้างในสัปดาห์นั้นๆ - ติดป้ายสีขาว เขียนระบุวันที่ตรวจเลือด ก่อนฟอกเลือด ครั้งที่ 1 = Pre 1 , หลังฟอกเลือด = Post และก่อนฟอกเลือดครั้งที่ 2 = Pre 2 ให้ชัดเจน และติดป้ายดังกล่าวไว้หน้าแฟ้มผู้ป่วย เพื่อให้ทราบวันที่ต้องตรวจเลือด เมื่อตรวจเลือด Pre 1 แล้ว พยาบาลที่เป็นผู้ตรวจเลือดจะเซ็นชื่อกำกับในใบสีขาวที่หน้าแฟ้ม แสดงว่าผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดเรียบร้อยแล้ว	 	ข้อดี - พิมพ์ใบตรวจเลือดได้ครบ ผู้ป่วยได้รับการประเมินผลเลือดตามแผนการรักษาของแพทย์ครบถ้วน - เมื่อได้รับการเจาะเลือดแล้ว มีการเซ็นชื่อกำกับหน้าแฟ้ม ข้อจำกัด - พบปัญหา หลอดเลือดหายไม่ได้นำมาวางในวันที่ผู้ป่วยต้องตรวจเลือด ทั้งที่มีป้ายสีขาวหน้าแฟ้ม เขียนระบุวันที่ต้องตรวจเลือดชัดเจน เนื่องจากไม่มีการ Double check หลอดเลือด เมื่อนำมาวางไว้เพื่อรอตรวจ - ป้ายสีขาวไม่เด่นชัดไม่เป็นที่น่าสนใจ เลยมีมือที่เขียนอ่านออกยาก กระดาษที่ติดไว้หน้า chart มีการหลุดลอก
ปรับปรุงครั้งที่ 2 ปรับปรุงหาแนวทางการเตรียมตรวจเลือดใหม่ โดยใช้การทำงานเดิมและเพิ่มรายละเอียดดังนี้ - จัดทำตารางรายชื่อผู้ป่วยทุกคนในหน่วยไตเทียมจำแนกโรคร่วมว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ , ฟอกเลือดแบบ HD หรือ HDF , เลขประจำตัวผู้ป่วย , ชื่ออาจารย์แพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิมพ์ใบตรวจเลือด เมื่อพิมพ์ใบแล้วให้พยาบาลผู้พิมพ์เซ็นชื่อและวันที่พิมพ์กำกับ, รวมทั้งพยาบาลผู้เตรียมหลอดเลือดเมื่อเตรียมหลอดเลือดแล้วให้เซ็นชื่อกำกับ - จัดทำตารางในการเช็คหลอดเลือด พยาบาลผู้วางหลอดเลือดเซ็นชื่อกำกับ และมีพยาบาลอีกคนหนึ่งเป็นผู้ตรวจสอบและเซ็นชื่อลงในใบเช็คอีกครั้ง	 	ข้อดี - มีการ Double check หลอดเลือดกับใบตรวจเลือด จึงแน่ใจได้ว่าพิมพ์ใบตรวจเลือดและเตรียมหลอดเลือดได้ถูกต้อง - ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดอย่างครบถ้วนทุกรายการ ข้อจำกัด - ใช้เวลาในการเตรียมการตรวจเลือดนานขึ้น เนื่องจากมีขั้นตอนเพิ่มขึ้น - ยังคงพบปัญหา ไม่ได้วางหลอดเลือดเมื่อถึงวันเจาะเลือด
ปรับปรุงครั้งที่ 3 ประชุมหาแนวทางการเตรียมตรวจเลือดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดตรงวันและได้รับการติดตามการรักษาอย่างครบถ้วน - จัดทำก้านพลาสติก Alam LAB ใส่ทุกแฟ้มผู้ป่วย ระบุ Pre 1- เขียนวันที่ตรวจเลือดชัดเจนและ Pre 2 - เขียนวันที่ตรวจชัดเจน ซึ่งก้านพลาสติกจะถูกดึงขึ้น 1 วัน ก่อนวันตรวจเลือดจริงและใส่ไว้หน้าใบ Hemodialysis record ใบล่าสุด โดยพยาบาลผู้ได้รับมอบหมาย และพยาบาลคนที่ 2 จะเป็นผู้วางหลอดเลือด - จัดทำตารางในการเช็คหลอดเลือด พยาบาลผู้วางหลอดเลือดเซ็นชื่อกำกับ และมีพยาบาลอีกคนหนึ่งเป็นผู้ตรวจสอบและเซ็นชื่อลงในใบเช็คอีกครั้ง - ถึงวันตรวจเลือด เมื่อพยาบาลเห็นแฟ้มผู้ป่วย มีก้าน Alarm LAB ที่ถูกดึงขึ้นก็จะทราบได้ว่าผู้ป่วยมีการตรวจ	 	ข้อดี - ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดเพื่อติดตามผลการรักษาอย่างแน่นอน - ไม่พบปัญหา การตรวจเลือดผิดวัน หรือไม่ได้วางหลอดเลือดอีก ข้อจำกัด - ใช้เวลาในการเตรียมการตรวจเลือดนานขึ้นเล็กน้อย - อาจเกิดความสับสนในกระบวนการเนื่องจากมีหลายขั้นตอน

การปรับปรุง	รายละเอียด / ภาพประกอบ	สิ่งที่พบ ข้อดี / ข้อจำกัด
เลือดในวันนั้น ผู้ป่วยก็จะได้รับการตรวจเลือดส่งตรวจทันที หากผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดเรียบร้อยแล้ว ให้ขีดฆ่าที่วันที่ตรวจออกแล้วเซ็นชื่อผู้เจาะกำกับ จึงดึงก้านAlarm LAB ลง และใส่ไว้ข้างหลังสุดของแฟ้ม เมื่อเจาะเลือดครบตามแผนการรักษา	 	

4. แผนการดำเนินงานกิจกรรม (ขั้นตอนการดำเนินการ)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)						ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ ของผู้รับผิดชอบ
	พ.ค. 2560	มิ.ย- ธ.ค. 2561	ม.ค- มี.ค. 2562	เม.ย- ก.ย. 2563	ก.พ 2563	มิ.ย63 -มี.ค. 2564	
1.เขียนโครงการ วางแผนประชุมทีมงาน	←→				→		นางสาววรรกมล พลถนนอม
2.ประชุมหาแนวทางแก้ไข ร่วมวางแผนจัดทำโครงการและแจ้งเจ้าหน้าที่ในหน่วยไตเทียมทราบ	←→						นางสาววรรกมล พลถนนอม
3.ดำเนินการตามแนวทางการปรับปรุงครั้งที่ 1		←→					นางสาววิไลลักษณ์ พันภูมิ
4.ประเมินผลและสรุปปัญหาหลังปรับปรุงครั้งที่1			←→				นางสาววรรกมล พลถนนอม
5.วางแผนหาแนวปฏิบัติใหม่และปรับปรุงครั้งที่ 2			←→				นางสาววรรกมล พลถนนอม
6.ดำเนินการตามแนวทางการปรับปรุงครั้งที่ 2				←→			
7.ประเมินผลและสรุปปัญหาหลังปรับปรุงครั้งที่ 2				←→			นางสาววรรกมล พลถนนอม
8.วางแผนหาแนวปฏิบัติใหม่และปรับปรุงครั้งที่ 3					←→		นางสาวปณิตตา เมี้ยนศิริ
9.ติดตามและประเมินผลต่อเนื่องที่3 และ 6เดือน					←→	→	นางสาวปณิตตา เมี้ยนศิริ
10.ประเมินผลและสรุปปัญหาที่พบ						←→	นางสาววรรกมล พลถนนอม

←→ วางแผนงาน

←---> ปฏิบัติจริง

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ/ผลดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ข้อที่			เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (พ.ค.2560 – มี.ค 2564)			
	1	2	3		ก่อน ดำเนินการ	หลังดำเนินการ		
						ครั้งที่1	ครั้งที่2	ครั้งที่3
อัตราผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดติดตามผลเลือดครบถ้วน ไม่ผิดพลาด ตรงตามกำหนด	√			> 90%	73%	81%	88%	95%
อัตราความพึงพอใจญาติและผู้ป่วยในการติดตามผลเลือด		√		>80%	73%	81%	87%	95%
อัตราการลดต้นทุนอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจเลือดแต่ละ ครั้ง			√	>20%	10%	15%	20%	25%

6. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น

6.1. - ผู้ป่วยได้รับการตรวจเลือดครบทุกรายการ มีความปลอดภัย ลดความคลาดเคลื่อนในการติดตามผลเลือด

- ช่วยลดระยะเวลาและขั้นตอนการทำงานสะดวกรวดเร็วในการติดตามผลเลือดของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม
- ช่วยลดต้นทุนของหน่วยงานในเรื่องอุปกรณ์ที่ใช้ในการตรวจเลือด
- ผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่ได้รับการติดตามผลเลือดอย่างต่อเนื่อง ครบทุกรายการในครั้งเดียว ไม่ต้องเสียเลือดเพิ่ม หรือไม่ต้องงดน้ำงดอาหารเพื่อมาตรวจเลือดใหม่ (หากมีความผิดพลาดเกิดขึ้น) และได้รับการรักษาจากแพทย์อย่างรวดเร็ว

6.2. - หลังจากได้แนวทางปฏิบัติแล้ว มีการเผยแพร่ให้พยาบาลในหน่วยงานทราบเพื่อปฏิบัติตามแนวทางในการตรวจเลือดผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน

7. การควบคุม / ติดตาม / ประเมินผล / การป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ

7.1 ปฏิบัติตามแนวทางการติดตามผลเลือดผู้ป่วยที่ได้วางแผนไว้ และกระตุ้นให้สมาชิกในหน่วยงานปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด

7.2 จัดประชุมในหน่วยงานเพื่อรับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และติดตามความก้าวหน้าของโครงการ ช่วยกันวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางปรับปรุงแก้ไขให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

7.3 ติดตามผลการดำเนินงานทุก6สัปดาห์ พบว่าไม่มีความคลาดเคลื่อนและไม่มีผู้ป่วยและญาติComplainเรื่องการเจาะเลือด

8. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการและการขยายผล

8.1 เป็นความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานทุกคน ร่วมวิเคราะห์เสนอแนะแนวทาง แก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ และปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนด จนทำให้โครงการประสบผลสำเร็จ เกิดประโยชน์ต่อกระบวนการทำงานและผู้ป่วย

8.2 ผู้ป่วยได้รับการติดตามผลเลือดเพื่อติดตามการรักษา พยาบาลทำการบันทึกผลและรายงานแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการปรับแผนการรักษาในเรื่องการฟอกเลือด การรับประทานยาและอาหารอย่างรวดเร็วถูกต้องและปลอดภัย

ความรู้ที่ได้จากการทำงาน	อุปสรรคจากการทำงาน	ข้อเสนอแนะ
1. ฝึกวิเคราะห์กระบวนการทำงานWork Process ตามหลักSIPOC 2. ฝึกวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา 3. เรียนรู้การทำงานร่วมกับผู้อื่น รับฟังความคิดเห็น และนำมาปรับใช้เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติร่วมกัน	1. ในช่วงแรกที่มีการปรับกระบวนการทำงาน เพิ่มขึ้นเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานยังไม่เข้าใจและสับสน แต่หลังจากที่มีการอธิบายขั้นตอนและชี้แจง ผลดีและผลเสีย ทำให้ได้รับความร่วมมือที่ดีจากผู้ร่วมงานมากขึ้น 2. ผู้ปฏิบัติงานลืมตั้งก้านAlarm Labขึ้นในช่วงแรก	1. เก็บข้อมูลค่าความคลาดเคลื่อนในการเจาะเลือด และปัญหาที่เกิดขึ้นขณะดำเนินโครงการ เพื่อนำไปแก้ไขและพัฒนาต่อไป

9. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป

9.1 ติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาระบบการตรวจเลือด เพื่อลดขั้นตอนในการใช้ใบเจาะเลือด,ลดการใช้กระดาษเปลี่ยนเป็นการใช้สติ๊กเกอร์ที่มี barcode ติดที่หลอดเลือด ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการนำมาใช้งานในหน่วยงานเนื่องจากยังไม่มีมีการพัฒนาระบบรองรับ

9.2 โอกาสพัฒนาครั้งต่อไป - จัดทำปฏิทินเจาะLabเพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลการเจาะLabและแก้ไขปัญหาการลืมวางTube

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)						ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	เม.ย.64	พ.ค.- มิ.ย.64	ก.ค.- 64	ส.ค.64	ก.ย.64	ต.ค.64	
1. รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหา	↔						นางสาวกรมล พลนอม
2. ดำเนินกิจกรรม จัดทำปฏิทินlab		↔ ←---→					นางสาววิไลลักษณ์ พันภูมิ

3. ประเมินผล		←	←	←	←	←	→	นางสาววรกมล พลถนนอม
4. ติดตาม		←	←	←	←	←	→	นางสาววรกมล พลถนนอม