



แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพประเภทรายบุคคล(KAIZEN)

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพงาน

เลขที่ผลงาน...../.....

วันลงทะเบียน.....

ชื่อ-สกุล เบญจวรรณ สุขอ่วม/สุวิมล คำภานุรัตน์ เบอร์ติดต่อ1961/1971 Email Addressiseeyou_007@hotmail.com ภาควิชา/ หน่วยงาน งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาลอาคารสิริภักดิ์

ชื่อ-สกุล เบญจวรรณ สุขอ่วม รหัสบุคคล 005084 (ข้อมูลผู้รับเงินโอนเข้าบัญชีเงินเดือนผ่านรหัสบุคคลกรณีผลงานผ่านเกณฑ์ - กรุณาระบุให้ครบ)

โปรดเขียน (✓) ในช่อง ☒ อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานทางWebsite ☐ ไม่อนุญาตให้เผยแพร่ผลงานทางWebsite

(โปรดระบุ) ☒ ไม่ต้องการต่อยอดผลงานเป็น R2R ☐ *ต้องการต่อยอดผลงานเป็น R2R

ชื่อผลงาน...X-RAY Portable ทันใจ ลูกคน ลูกเวลา

1.สภาพปัญหา^{ก่อน}ปรับปรุง

1.1 หอผู้ป่วยพิเศษศูนย์การแพทย์สิริกิติ์ 9/3 เป็นหอผู้ป่วยพิเศษที่ต้องใช้บริการเครื่องเอกซเรย์แบบเคลื่อนที่ (X-RAY Portable) อวัยวะส่วนต่างๆที่หอผู้ป่วย เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาและวินิจฉัยอาการของผู้ป่วย ที่ผ่านมาพบปัญหาคือ เมื่อ order ให้ผู้ป่วย X-RAY ที่ห้องผู้ป่วย ผู้ที่ทราบอาจจะมิแค่แพทย์และพยาบาล หากเจ้าหน้าที่ X-RAY มาถึงที่หอผู้ป่วย ผู้ที่นำพาเจ้าหน้าที่ X-RAY ไปที่ห้องผู้ป่วยคือผู้ช่วยพยาบาล ทำให้ต้องเสียเวลาในการสอบถามและทวนสอบความถูกต้องกับพยาบาลอีกครั้งว่าห้องใด มี order X-RAY ส่วนใด ใน 1 เดือนพบปัญหา พาเจ้าหน้าที่ X-RAY เข้าห้องผู้ป่วยผิดห้อง 1 ครั้ง ซึ่งเสี่ยงต่อการ X-RAY ผู้ป่วยผิดคน และพบว่า X-RAY ไม่ครบตาม order 1 ครั้ง เนื่องจากขาดการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน รวมทั้งการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ X-RAY จึงเกิดแนวความคิดในการสร้างเครื่องมือที่จะสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ X-RAY ให้ทราบว่า order X-RAY ผู้ป่วยห้องใด

1.2 วัตถุประสงค์ในการดำเนินการครั้งนี้

1.2.1.ผู้ป่วยได้รับการ X-RAY ถูกคน ถูกห้อง ถูกเวลา

1.2.2.ลดเวลาในการ X-RAY

1.2.3.เจ้าหน้าที่ X-RAY สามารถมา X-RAY ผู้ป่วยได้ถูกต้องครบถ้วนตามแผนการรักษา

ตัวชี้วัดในการดำเนินการ ระยะเวลา 2 ปี

(QR code เอกสารแนบ1)



2.กระบวนการปรับปรุง/สภาพ^{หลัง}ปรับปรุง

2.สภาพการทำงานใหม่ /กระบวนการทำงานใหม่

1.ขั้นตอนการวางแผน(Plan) : เดิมเมื่อมี order X-RAY พยาบาลจะรับ order จากแพทย์แต่เพียงผู้เดียว ปัญหาที่พบ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลา 1 เดือน พบว่า เกิดความล่าช้า และเจ้าหน้าที่ X-RAY เข้าห้องผู้ป่วยผิดห้อง 1 ครั้ง และพบว่า X-RAY ไม่ครบตาม order 1 ครั้ง เนื่องจากขาดการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน รวมทั้งการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ X-RAY ด้วย (workflow ก่อนดำเนินการ **เอกสารแนบ 2**) การปรับปรุงที่เคยดำเนินการที่ผ่านมาคือ มีการแจ้งให้ผู้ช่วยพยาบาลรับทราบ order ด้วย และการวางแผนที่จะพัฒนาเป็นป้ายสื่อสาร X-RAY เพื่อป้องกันความผิดพลาดทางการสื่อสาร

2.ขั้นตอนการปฏิบัติ (Do) : กำหนดแนวทางการปรับปรุงและลงมือปฏิบัติดังนี้

2.1จัดทำแผ่นป้าย X-RAY สำหรับแขวนหน้าห้องผู้ป่วย

2.2เมื่อพยาบาลรับ order X-RAYจากแพทย์แล้ว แจ้งให้ผู้ช่วยพยาบาลนำป้าย X-RAY ไปแขวนหน้าห้องผู้ป่วยที่มี order X-RAY ภายในเวลานั้น หากเป็น order X-RAY ของเช้าวันถัดไป ให้ผู้ช่วยพยาบาลเวรติดแขวนป้าย X-RAY ตอนเช้าวันถัดไป

2.3เมื่อเจ้าหน้าที่ X-RAY มา X-RAY ผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาลสามารถนำเจ้าหน้าที่ไปที่ห้องผู้ป่วยที่มีป้าย X-RAY แขนงอยู่หน้าห้องได้ทันที (workflow หลังดำเนินการ **เอกสารแนบ 3**)

3.ขั้นตอนการตรวจสอบ (Check) : ประเมินแนวทางแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหา ความถี่ในการติดตาม ผู้รับผิดชอบ และผลการติดตามการดำเนินกิจกรรมตามตาราง (**เอกสารแนบ 4**) แล้วนำมาหมุนวงรอบการทำงาน ได้ 3 วงรอบ

4.จัดทำมาตรฐาน (Act) : ดำเนินการจัดทำมาตรฐานการทำงาน และการนำไปใช้ โดยเขียนเป็นคู่มือและมาตรฐานการใช้งาน (**เอกสารแนบ 5**)

3. ตารางผลดำเนินโครงการ (**เอกสารแนบ 6**)

สรุปผลดำเนินโครงการ ในระยะที่1-3 พบว่า อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการ X-RAY ถูกคน ถูกห้อง ถูกเวลา เป็นไปตามเป้าหมาย ส่วนอัตราที่ผู้ป่วยได้รับการ X-RAY ภายใน 1 ชั่วโมงในระยะที่1 ได้ 97% เนื่องจากบางครั้ง เมื่อ key order X-RAY ไปแล้วเจ้าหน้าที่ยังไม่เห็น order จึงแก้ไขโดยการโทรแจ้งทุกครั้ง ถ้าเป็น order ที่ทำทันที และ เพิ่มเลขห้องที่ป้าย X-RAY เพื่อความรวดเร็วในการระบุห้อง แต่ในระยะที่ 2 และ 3 บรรลุเป้าหมาย 99% เนื่องจากมีข้อจำกัดของจำนวนเจ้าหน้าที่ X-RAY ส่วนอัตราที่เจ้าหน้าที่มา X-RAY ผู้ป่วยครบถ้วนตาม order นั้นในระยะที่1 พบปัญหาแพทย์เพิ่ม order แต่ไม่ได้ key order X-RAY เพิ่มเจ้าหน้าที่จึงทำตาม order เดิม และระยะที่ 2 พบ แพทย์ key คำสั่งไม่ตรงกับ order จึงมีการพัฒนาป้ายในระยะที่ 3 โดยเพิ่มการระบุส่วนที่ X-RAY ลงไปด้วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ X-RAY ทวนสอบกับ order ที่ได้รับอีกครั้งระยะที่3 จึงบรรลุเป้าหมาย 100%

4. มาตรฐานการทำงาน (โปรดระบุ)

☐ ไม่มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน

☒ มีมาตรฐานการทำงาน(WI) / มาตรฐานการใช้งาน (**เอกสารแนบ 5**)

5.การขยายผลกิจกรรม (โปรดระบุ)

☐ ใช้เฉพาะตนเองเท่านั้น ☐ ใช้เฉพาะในหน่วยงานของท่าน

☒ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายในคณะฯ(9NK1,9NK2) ☐ ใช้ในหน่วยงานอื่นภายนอกคณะฯ

ลงชื่อ(เจ้าของผลงาน)

19/04/65

(น.ส.เบญจวรรณ สุขอ่วม)

ลงชื่อ(หัวหน้า ภาค/ฝ่าย/งาน/หน่วย)...

S

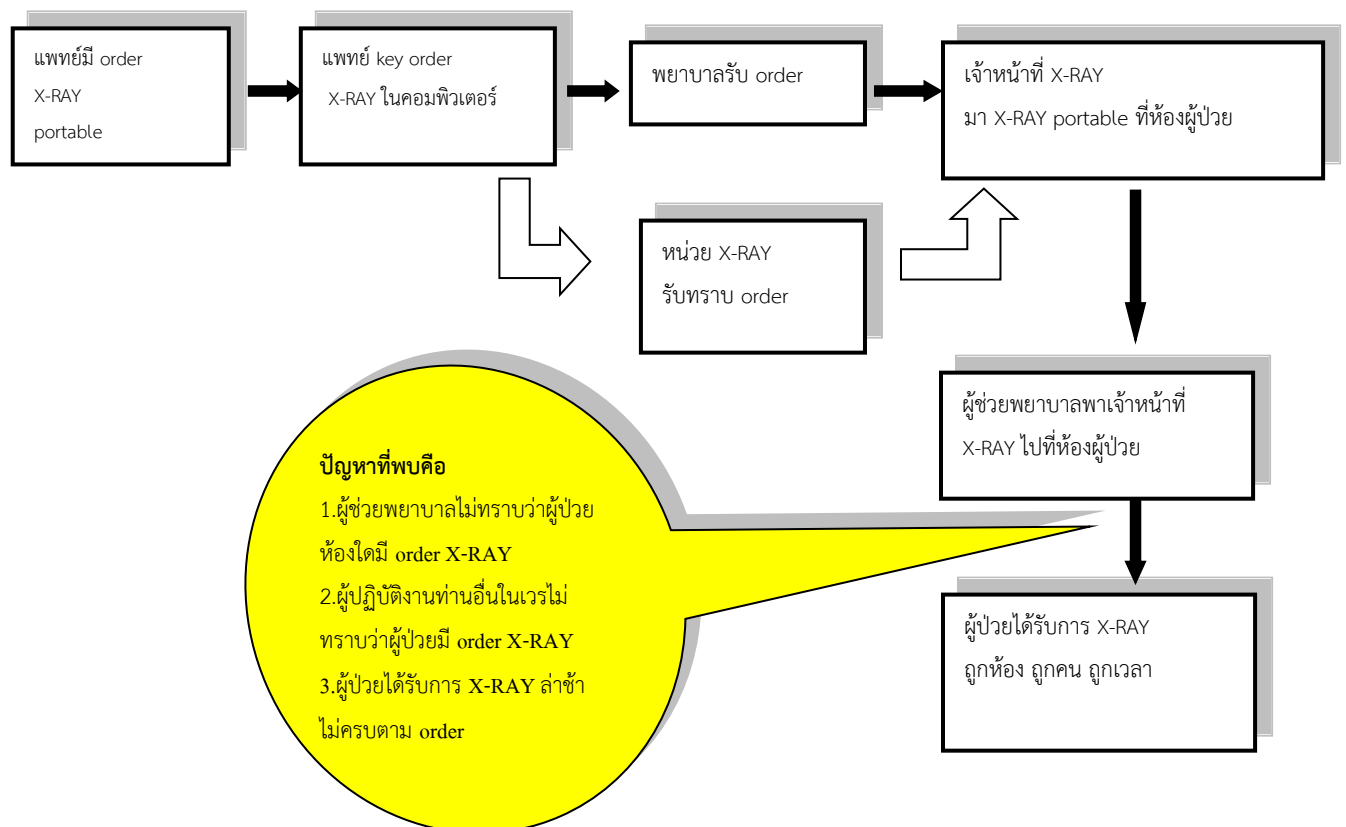
(น.ส.สุภาพร จงประกอบกิจ)

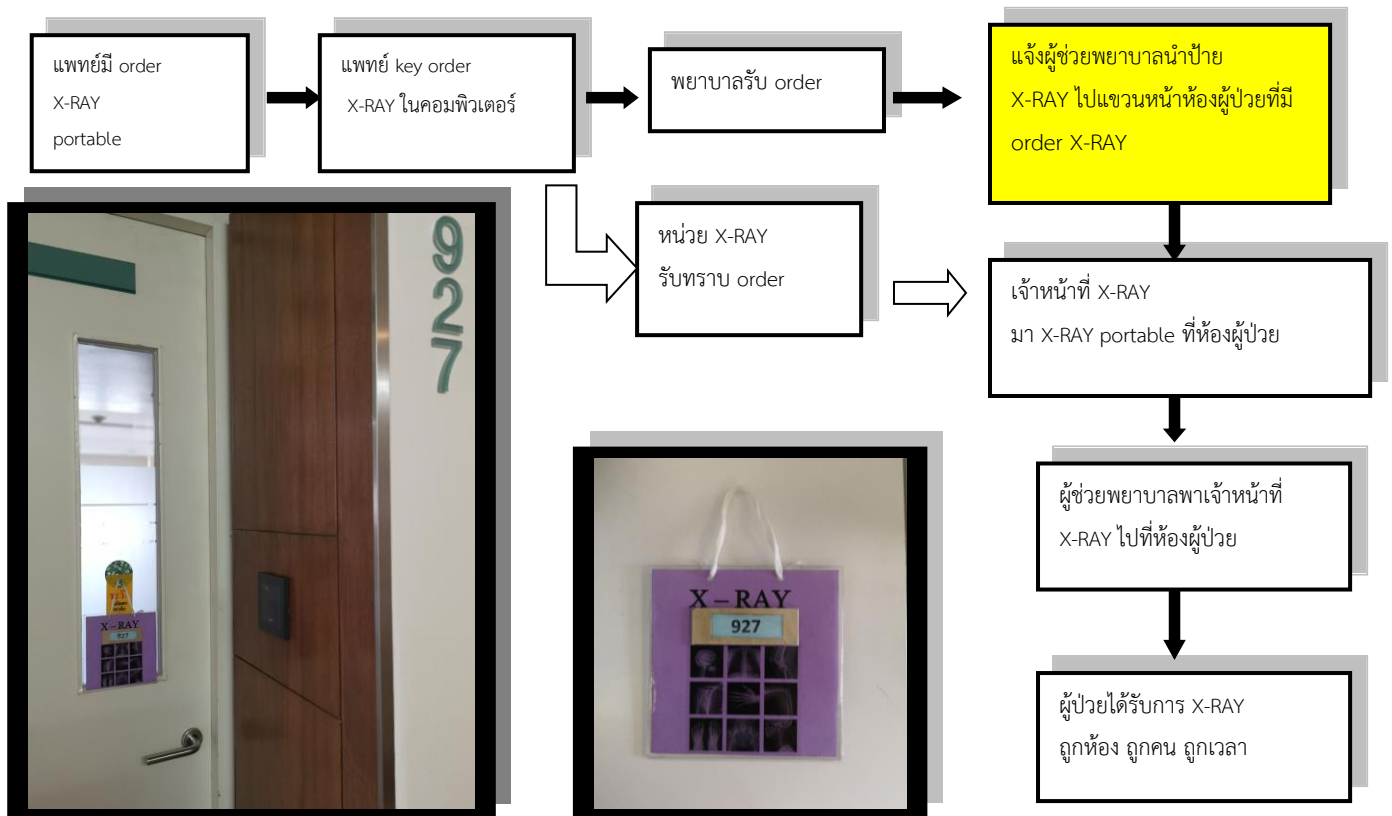
สังกัด งานการพยาบาลผู้ป่วยใน ฝ่ายการพยาบาลอาคารสิริกิติ์

วัน / เดือน / ปี 29/04/65

เอกสารแนบ 2

Workflow ก่อนดำเนินการ





การปรับปรุงป้าย X-RAY หลังหมุนวงจรการทำงาน 3 ระยะ

ระยะที่ 1



ระยะที่ 2



ระยะที่ 3

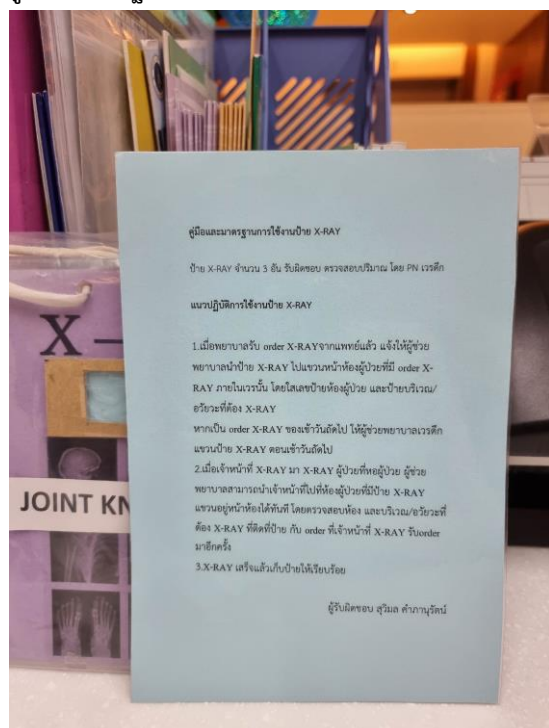


เอกสารแนบ 4

กิจกรรม	ระยะเวลาการดำเนินการ						ผู้รับผิดชอบ
	ปี2562		ปี2563		ปี2564		
	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค-ธ.ค	ม.ค-ธ.ค	ม.ค-ธ.ค	
1.ประชุมวางแผนดำเนินการ	↔						หน.หอผู้ป่วย+จนท.9NK3
2.จัดทำแผ่นป้าย X-RAY สำหรับแขวนหน้าห้องผู้ป่วย		↔					เบญจวรรณ+สุวิมล
3.ชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ทุกคนในหน่วยงานรับทราบ			↔				เบญจวรรณ+สุวิมล
4.ระยะที่1 นำแผ่นป้าย X-RAY มาใช้ในหน่วยงาน				↔			จนท.9NK3
5.ติดตามประเมินผลระยะที่ 1				↔			เบญจวรรณ+สุวิมล
6.ระยะที่2 นำแผ่นป้าย X-RAY ไปให้หอผู้ป่วย 9NK1 และ 9NK2 ทดลองใช้+ปรับปรุงป้ายครั้งที่2					↔		จนท.9NK1+จนท.9NK2
7.ติดตามประเมินผลระยะที่2					↔		เบญจวรรณ+สุวิมล
8.ระยะที่3ปรับปรุงป้าย X-RAY ครั้งที่3+นำกลับไปใช้						↔	เบญจวรรณ+สุวิมล
3.ติดตามประเมินผลระยะที่3						↔	เบญจวรรณ+สุวิมล

เอกสารแนบ 5

คู่มือและมาตรฐานการใช้งานป้าย X-RAY



เอกสารแนบ 6

ตารางผลดำเนินโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลดำเนินการ ระยะเวลา 2 ปี			
		ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ		
			ระยะที่1(กค-ธค62)	ระยะที่2(มค-ธค63)	ระยะที่3(มค-ธค64)
1.อัตราของผู้ป่วยที่ได้รับการ X-RAY ถูกคน ถูกห้อง ถูกเวลา	100%	95%	100%	100%	100%
2.อัตราที่ผู้ป่วยได้รับการ X-RAY ภายใน 1 ชั่วโมง	100%	90%	97%	99%	99%
3.อัตราที่เจ้าหน้าที่มา X-RAY ผู้ป่วยครบถ้วนตาม order	100%	95%	97%	98%	100%