



แบบฟอร์ม 1

แบบเสนอผลงานกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงาน กระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตามแนวทาง PDCA (F-WI-RA-QS-201/01)

ส่วนที่ 1 (เพื่อประโยชน์ของท่าน กรุณากรอกข้อมูลให้
ครบถ้วน)

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.....	

สำหรับงานพัฒนาคุณภาพ

งาน

เลขที่กลุ่ม.....

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 พัฒนารูปแบบกระบวนการรับและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยสำหรับหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ

1. หลักการและเหตุผล ความสำคัญของปัญหา (10)

หอผู้ป่วยพิเศษวิกฤตหัวใจ 91 ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบไหลเวียนไม่คงที่หรือที่มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะวิกฤต ผู้ป่วยหลังผ่าตัดหลอดเลือดหัวใจ/ลิ้นหัวใจ หรือหลังทำการหัตถการชั้นสูงทางหัวใจ เป็นต้น ข้อมูลสถิติการรับผู้ป่วย พ.ศ.2563-2565 มีจำนวน 276, 247, 233 ราย ตามลำดับ ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่รับเข้าถึงจำหน่าย มีการสื่อสารส่งต่อข้อมูลการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา โดยมีผู้เกี่ยวข้องในการรับและส่งข้อมูลผู้ป่วยมากมาย ตั้งแต่ก่อนรับผู้ป่วยจากห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด หอผู้ป่วยในหรือหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก จนรับผู้ป่วยมาดูแล เมื่อพิจารณากระบวนการรับส่งเวรซึ่งเป็นการทำงานหลักในการรับและส่งข้อมูลผู้ป่วยรายวันของหอผู้ป่วย พบว่า เมื่อมีการรับเวรทั้งกรณีรับเวรจากหน่วยงานอื่น หรือรับส่งเวรภายในหอผู้ป่วยเองเมื่อเปลี่ยนเวรพยาบาลใช้วิธีจดลงบนกระดาษเปล่าขนาด A5 หรือ A4 โดยจดบันทึกตามคำบอกของผู้ที่ส่งเวร ซึ่งมีวิธีการบันทึกที่ต่างกันขึ้นกับความเข้าใจเรื่องโรค ประสบการณ์การทำงาน โดยไม่มีรูปแบบที่กำหนดเป็นมาตรฐาน จากการปฏิบัติงานพบว่า ข้อมูลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจากการรับส่งเวรไม่ครบหรือมีความขัดแย้งกัน ต้องโทรสอบถามอีกภายหลัง ใช้เวลาในการทวนสอบข้อมูลไปมา ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำเป็นต้องมีข้อมูลที่ถูกต้องครบถ้วน สามารถใช้บริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยอย่างรวดเร็ว จากการเก็บข้อมูลพบความคลาดเคลื่อนของข้อมูลในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยประมาณ 13 ครั้งต่อเดือน นอกจากนี้รูปแบบการทำงานของพยาบาลแบ่งเป็น 3 เวน ประกอบด้วย เวนเช้า เวนบ่าย และเวรดึก เมื่อมีการเปลี่ยนเวรการดูแล พยาบาลที่มารับเวรจะมีการจัดบันทึกข้อมูลการรับเวรใส่กระดาษเปล่าของตัวเองจากคำเล่าของผู้ที่ส่งเวร ซึ่งผู้ที่ส่งเวรมักอ่านจากการกระดาษที่ตนจดบันทึกจากการรับเวรก่อนหน้านี้ ทีมวิเคราะห์พบว่า เป็นกระบวนการทำงานที่สูญเสียและทำให้ระยะเวลาของการรับและส่งเวรนานมากขึ้น และจะใช้เวลาเพิ่มขึ้นอีกในกรณีที่พยาบาลที่มารับเวรไม่เคยดูแลผู้ป่วยรายนั้นมาก่อนโดยเฉลี่ยมากกว่า 20 นาที ทีมจึงต้องการพัฒนารูปแบบการรับส่งข้อมูลและการบันทึกที่เป็นมาตรฐาน โดยมีหัวข้อกำหนดเป็นโครงครอบคลุมข้อมูลสำคัญที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เจ้าหน้าที่ใช้ในการบันทึกแทนกระดาษเปล่า และยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการรับส่งเวร เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล สื่อสารได้ถูกต้อง ครบถ้วน ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในการทำงาน ทำให้เจ้าหน้าที่มีความสะดวกในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

2. กรอบแนวคิดแสดงภาพรวมระบบ Work System และ SIPOC Diagram (10)

2.1 กระบวนการทำงาน (Workflow) การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจรายวัน

Work system กระบวนการทำงานระบบผู้ป่วยใน



Workflow การดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจรายวัน



★ ปัญหาที่พบ 1. ข้อมูลที่ถูกจดบันทึกเพื่อรับ-ส่งเวร ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุม ขึ้นกับประสบการณ์ของผู้รับและผู้ส่งเวร เสียเวลาในการซักถามไปมา
2. มีการบันทึกซ้ำๆ ในข้อมูลเดิม ของแต่ละคน ซึ่งเสียเวลาในการจดบันทึกทำให้ระยะเวลาในการรับส่งเวรนาน

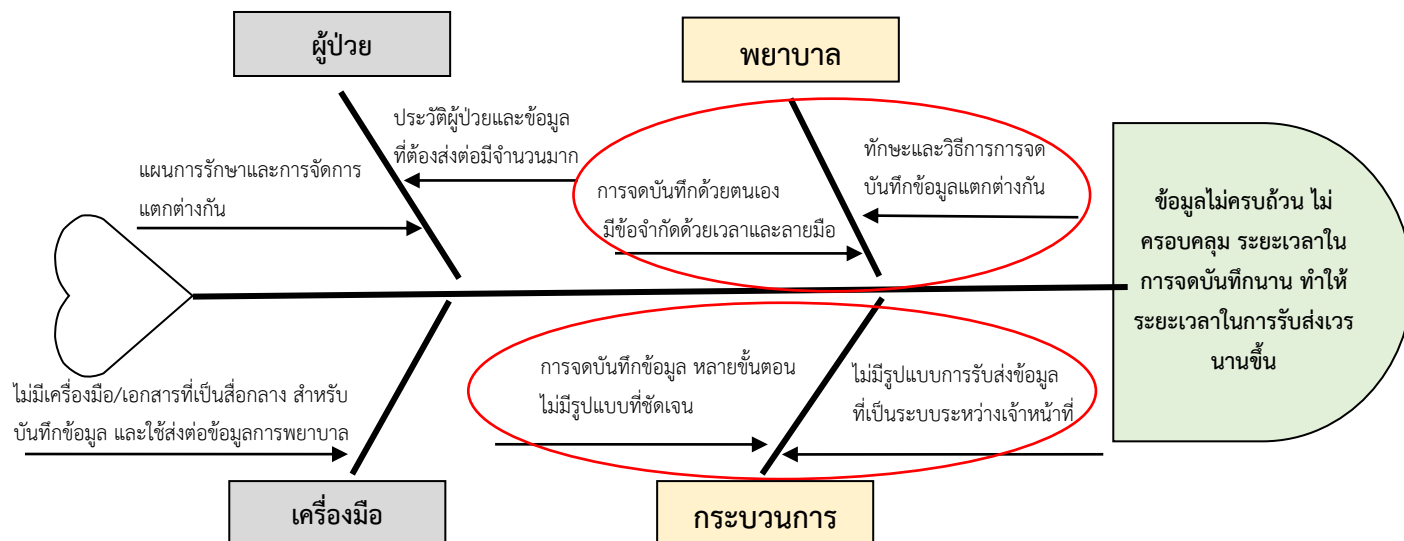
2.2 สายธารแห่งคุณค่า (Value chain) ของกระบวนการทำงาน (Work Process) ตามแนวทาง SIPOC

กระบวนการทำงานการรับ-ส่งเวร ในหอผู้ป่วยวิกฤตรายวัน

Suppliers	Inputs	Process	Output	Customers
1. ผู้ป่วย 2. แพทย์ 3. พยาบาล 4. พัสตุ 5. หน่วย อุปกรณ์ การแพทย์ 6. หน่วยเวช ระเบียบ	1. ข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ - ประวัติผู้ป่วย ประวัติครอบครัว สิทธิ การรักษา - สัญญาณชีพ และพารามิเตอร์ต่าง ๆ แสดงการทำงานของระบบต่างๆของ ร่างกาย - แผนการรักษา การรักษาและหัตถการที่ ได้รับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในความดูแล - ปัญหาที่ต้องได้รับการติดตาม 2. ยาและข้อมูลการใช้ยา 3. lab หรือสิ่งส่งตรวจ 4. กระดาษบันทึกข้อมูลการรับ-ส่งเวร 5. Kardex 6. เครื่องวัดสัญญาณชีพ มอนิเตอร์ข้าง เตียง 7. เวชระเบียน EMR	1. เตรียมข้อมูล เช่น ประวัติผู้ป่วย อาการ สัญญาณ ชีพ การรักษาและยาที่ได้รับ ปัญหาที่ต้องติดตาม ต่อเนื่อง เป็นต้น 2. เตรียมเอกสาร/อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องส่งต่อข้อมูล เช่น - กระดาษรับเวรที่มีข้อมูลผู้ป่วย - Kardex ที่บันทึกกิจกรรมหรือหัตถการที่ค้ำรอ ทำ เช่น ยา lab การส่งตรวจ เป็นต้น - เอกสารประกอบการส่งต่อข้อมูลอื่น ๆ เช่น ระดับน้ำตาล รายงานผลเพาะเชื้อ ผล lab เป็นต้น - lab หรือสิ่งส่งตรวจที่ค้างส่ง - กระดาษแบบบันทึกสัญญาณชีพ หรือในระบบอิ เล็กทรอนิกส์ 3. ส่งข้อมูลต่าง ๆ ให้กับผู้รับเวร แผนการรักษาที่ เกิดขึ้นระหว่างเวร ที่ทำไปแล้วและยังค้างอยู่	ข้อมูลผู้ป่วยที่ครบถ้วนใน การส่งต่อการดูแลที่ ต่อเนื่อง ได้แก่ 1. ข้อมูลประวัติผู้ป่วย 2. ข้อมูลแผนการรักษา การรักษาที่ได้รับ 3. ข้อมูลอาการและ ปัญหาปัจจุบัน 4. ข้อมูลที่สิ่งค้างรอทำ	พยาบาล

3. การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมาย (10)

การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา (Root Cause Analysis) (แผนภูมิแก๊งปลา)



วัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และเป้าหมายของกระบวนการปรับปรุง

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1. เพื่อให้ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับจากการรับส่งเวรประจำวันครบถ้วน	ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วยในการรับส่งเวรประจำวัน	> 95 %
2. เพื่อลดระยะเวลาในการรับส่งเวร	ระยะเวลาที่ใช้ในการรับส่งเวร	< 15 นาที
3. เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความสะดวกในการปฏิบัติงาน	ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการรูปแบบปฏิบัติงานใหม่ระดับมากถึงมากที่สุด	> 95%

4. กระบวนการปรับปรุง / วิธีการแก้ไขปรับปรุง (15)

รอบการปรับปรุง	วิธีการแก้ไขปรับปรุง	สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนา
ครั้งที่ 1 2560- ก.ย. 2562	1. จัดทำแบบฟอร์มการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย โดยกำหนดหัวข้อที่สำคัญ เช่น ประวัติการเจ็บป่วย การวินิจฉัย ปัญหาที่ต้องย้ายเข้ารับรักษาแผนกผู้ป่วยวิกฤต และหัวข้อเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วย การรักษา การผ่าตัด แยกตามระบบของร่างกาย เพื่อให้เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลเป็นมาตรฐานเดียวกัน (รูปที่2) 2. จัดพิมพ์แบบฟอร์มการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย กำหนดที่จัดเก็บให้ชัดเจน เพื่อสะดวกในการหยิบใช้ 3. ชี้แจงวิธีการทำงานในการประชุมหอผู้ป่วยประจำเดือนให้เจ้าหน้าที่ทราบ และมอบหมายสุจิตรา คงสูงเนิน: หัวหน้าทีม เป็นผู้รวบรวมปัญหาจากการใช้งานและความคิดเห็นต่อการใช้งาน	ข้อดี / ข้อเด่น - เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูลในทิศทางเดียวกันตามหัวข้อที่กำหนด - ข้อมูลมีความครบถ้วน - สามารถใช้แบบฟอร์มเป็นสื่อกลาง เพื่อสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานได้ ปัญหาที่พบ/ข้อจำกัด หอผู้ป่วยมีการรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจและทรวงอก จากห้องผ่าตัดอิตาลีละ 2 ราย พบว่าหัวข้อในแบบฟอร์มการรับส่งข้อมูลผู้ป่วย ไม่สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ต้องมีการบันทึกเพิ่มเติม ซึ่งพบปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนไม่ครอบคลุม เกิดการสื่อสารผิดพลาดส่งผลให้การบริหารจัดการในการดูแลผู้ป่วยเกิดความล่าช้า
ครั้งที่ 2 ต.ค. 2562- ก.พ. 2565	1. รวบรวมหัวข้อข้อมูลสำคัญสำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ เช่น ชนิดของการผ่าตัด Blood loss, อุปกรณ์ที่มากับผู้ป่วย, ลักษณะแผลและตำแหน่ง, สารน้ำและยาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น และที่ต้องติดตามต่อ เป็นต้น จัดทำใบรับส่งเฉพาะ สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ “Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ” ในรูปแบบ check box เพื่อเป็น checklist ให้เจ้าหน้าที่ทำเครื่องหมาย ✓ ในหัวข้อที่ผู้ป่วยได้รับ และอาจเพิ่มเติมเองบางส่วน ไม่ต้องจดบันทึกด้วยตนเองทั้งหมด (รูปที่3) 2. จัดพิมพ์แบบฟอร์ม กำหนดที่จัดเก็บให้ชัดเจน เพื่อสะดวกในการหยิบใช้และชี้แจงวิธีการทำงานให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทราบ 3. ประเมินผลการใช้งาน	ข้อดี / ข้อเด่น - ข้อมูลสำคัญได้รับการส่งต่อครบถ้วน ลดการจดด้วยลายมือ ความผิดพลาดลดลง - สามารถอ่านได้ง่าย มีรูปแบบการส่งต่อข้อมูลที่เป็นรูปแบบชัดเจน สะดวกในการใช้งาน ปัญหาที่พบ /ข้อจำกัด - แนวทางการรักษาผู้ป่วยผ่าตัดหัวใจและทรวงอก มีการเปลี่ยนแปลง เช่น รูปแบบการใส่ยา เทคนิคในการทำผ่าตัดและอุปกรณ์ที่ใช้ เป็นต้น - ในการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจต้องใช้แบบฟอร์มการรับส่งข้อมูล 2 ใบ ประกอบด้วย 1.1 แบบฟอร์มการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยทั่วไป 1.2 แบบฟอร์ม Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ พบความคลาดเคลื่อนและความไม่สอดคล้องของข้อมูล
ครั้งที่ 3 10/03/2565 - 31/3/2566	1. ปรับรูปแบบฟอร์มการรับส่งข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจให้อยู่ในใบแบบฟอร์มเดียวเป็น “Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ Version 2” (รูปที่ 4) 2. เพิ่มเติมหัวข้อและอัปเดตข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาเกี่ยวกับการผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ รายการยา ที่มีการใช้กับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ข้อมูลมีความครอบคลุมขึ้น 3. จัดพิมพ์แบบฟอร์ม กำหนดที่จัดเก็บให้ชัดเจน เพื่อสะดวกในการหยิบใช้และชี้แจงวิธีการทำงานให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยทราบ 4. ประเมินผลการใช้งาน	ข้อดี / ข้อเด่น - การรับส่งข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ ใช้แบบฟอร์มการรับส่งต่อข้อมูลชุดเดียว มีข้อมูลครบถ้วน ไม่มีความคลาดเคลื่อน - ลดระยะเวลา ในการจดบันทึกและการส่งต่อข้อมูล - สะดวกในการใช้งาน ปัญหาที่พบ/ข้อจำกัด - กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยนาน จำเป็นต้องมีการอัปเดต แก้ไข หรือสรุปข้อมูล ในแบบฟอร์มใหม่อยู่เสมอ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเขียนสรุป

รอบการปรับปรุง	วิธีการแก้ไขปรับปรุง	สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการพัฒนา
		ข้อมูลของผู้ป่วยใหม่ เพื่อให้สามารถส่งต่อข้อมูลได้กระชับ ถูกต้องและรวดเร็ว

5. การดำเนินการตามแผน (Gantt's Chart) (10)

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินการ (เดือน/ปี)						ผู้รับผิดชอบ / บทบาทหน้าที่ของผู้รับผิดชอบ
	2560	2561	2562	2564	2565	มี.ค. 2566	
1.ประชุมกลุ่มเพื่อร่วมกันวางแผนและออกแบบรูปแบบการการรับส่งต่อข้อมูลทางการแพทย์	←→	←→					สุจิตรา คณสูงเนิน : หัวหน้าทีม นางสาวสุดารัตน์ ศรีวงศ์ : สมาชิก
2.จัดทำ แบบฟอร์มการรับ-ส่งข้อมูลผู้ป่วย (การปรับปรุงครั้งที่ 1)	←→	←→					สุจิตรา คณสูงเนิน : หัวหน้าทีม นางสาวดวงเดือน ปิ่นปิ่น : สมาชิก
3.ชี้แจงให้เจ้าหน้าที่ภายในหอผู้ป่วยทราบวิธีการใช้งานและทดลองใช้งาน		←→	←→				สุจิตรา คณสูงเนิน : หัวหน้าทีม นางสาวสุดารัตน์ ศรีวงศ์ : สมาชิก
4. ประเมินผลการใช้งาน		←→	←→				สุจิตรา คณสูงเนิน : หัวหน้าทีม
5. ปรับปรุงครั้งที่ 2 ประชาสัมพันธ์ ทดลองใช้และประเมินผลการใช้งาน			←→	←→			นางสาวสุดารัตน์ ศรีวงศ์ : สมาชิก นางสาวดวงเดือน ปิ่นปิ่น : สมาชิก
6. ปรับปรุงครั้งที่ 3 ประชาสัมพันธ์ ทดลองใช้และประเมินผลการใช้งาน					←→	←→	หอผู้ป่วยพิเศษวิกฤตหัวใจ91

←→ วางแผนงาน

←--> ปฏิบัติจริง

6. ผลสำเร็จ/ผลลัพธ์ของการดำเนินการตามแผน/โครงการ (15)

ตัวชี้วัด	สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (ข้อที่)			เป้าหมาย	ผลดำเนินการ (เดือน/ ปี)			
	1	2	3		ก่อน ดำเนินการ	หลังดำเนินการ		
						ครั้งที่ 1 2560-2561	ครั้งที่ 2 2562-2564	ครั้งที่ 3 10/08/2565 – 31/3/2566
ร้อยละความครบถ้วนของข้อมูลผู้ป่วยในการ รับส่งเวรประจำวัน (%)	√			> 95 %	80	90	95	98
ระยะเวลาที่ใช้ในการรับส่งเวร (นาที)		√		< 15 นาที	20	20	15	12
ร้อยละความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการ รูปแบบปฏิบัติงานใหม่ระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด (%)			√	> 95 %	80	90	95	100

7. ผลการปรับปรุง / ผลที่คาดว่าจะได้รับเมื่อดำเนินงานเสร็จสิ้น (10)

Safety & Timely : ข้อมูลสำคัญของผู้ป่วยได้รับการส่งต่อครบถ้วน เป็นรูปแบบที่ชัดเจนไปในทางเดียวกัน ลดความผิดพลาดจากการจัดบันทึกและลายมือที่อ่านยาก ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการดูแลที่รวดเร็ว ถูกต้อง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ทำให้เจ้าหน้าที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขึ้นกรรับส่งกลับหอพักได้ทันรอบ(เพิ่มความปลอดภัยในการลงเวรป่วยตอนเที่ยงคืน)

Efficiency : การส่งต่อข้อมูลไม่เกิดความผิดพลาดหรือสื่อสารคลาดเคลื่อน ระหว่างเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน

Effectiveness : ผู้ป่วยได้รับการที่รวดเร็ว ปลอดภัย มีความพึงพอใจในการให้บริการ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยมีความสะดวกในการปฏิบัติงาน ลดเวลาการทำงานที่ไม่จำเป็น เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

8. การตรวจสอบ/ ติดตาม / ประเมินผล เพื่อป้องกันปัญหาเกิดซ้ำ (10)

มีการควบคุมและติดตามผลโดยให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเวอร์ถัดไป ตรวจสอบข้อมูลเพื่อลดความผิดพลาดของข้อมูล หากพบข้อมูลไม่ถูกต้องครบถ้วน ให้ดำเนินการแก้ไขทันที และมอบหมายให้สมาชิกทีมตัวชี้วัดคุณภาพ ตรวจสอบข้อมูลและสรุปผลรายเดือน นำเสนอในที่ประชุมหน่วยงานประจำเดือน ร่วมวิเคราะห์สาเหตุ หากเจ้าหน้าที่มีข้อสงสัยหรือพบปัญหาในกระบวนการทำงาน สมาชิกในทีมเป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือแนะนำวิธีการทำงานที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานรายบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ และจัดให้มีที่ปรึกษาหากเกิดปัญหาในการปฏิบัติงานโดยกลุ่มที่ให้คำปรึกษาจะมีกลุ่มไลน์เพื่อเรียนรู้ร่วมกันในปัญหาที่เกิดขึ้น

9. การเรียนรู้ที่ได้รับจากการทำโครงการ (5)

ความรู้ที่ได้จากการทำงาน	อุปสรรคจากการทำงาน	ข้อเสนอแนะ
1. ฝึกการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุ โดยใช้แนวคิด Human Factors Engineering และ มุมมองของ “มิติคุณภาพ” STEEEP ทำให้เกิดการปรับปรุงแก้ไขปัญหาย่างเป็นขั้นตอน 2. ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา จากการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้เกิดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น 3. ทักษะในการทำงานเกิดขึ้นจากการฝึกฝน และต้องมีระบบสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในการสืบค้น	1. เจ้าหน้าที่มีทักษะและประสบการณ์ไม่เท่ากัน 2. การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ อาจทำให้ไม่คุ้นชินระบบในการทำงาน เกิดความผิดพลาดได้ง่าย	1. จำเป็นต้องส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่มีการพัฒนารูปแบบการทำงานอยู่เสมอ 2. ควรจัดทำคู่มือหรือแนวทางการปฏิบัติงาน พร้อมวิธีการแก้ไข ที่เข้าใจง่าย ให้เจ้าหน้าที่ได้ศึกษาก่อนปฏิบัติงานจริงหรืออ่านในขณะที่ปฏิบัติงาน ทบทวนได้เสมอ เมื่อเกิดปัญหาสามารถแก้ไขได้เหมาะสม 3. มอบหมายให้มีทีมทำงานที่ติดตาม กำกับเป็นที่ปรึกษาในขณะที่ปฏิบัติงาน หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำเป็นหลักในการจัดการ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ (Key Success Factor) ได้แก่ ความร่วมมือกันของเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน ที่มองเห็นปัญหาร่วมกัน ช่วยเสนอแนะวิธีการและแนวทางแก้ไขปัญหา ปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดในทางเดียวกัน ยอมรับและให้ความร่วมมือในวิธีการแก้ปัญหาที่ทางสมาชิกทีมจัดทำขึ้น มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนาและต่อยอดชิ้นงาน ทำให้โครงการดำเนินการสำเร็จ เกิดประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงาน และผู้ป่วยได้รับการรักษาที่รวดเร็วและปลอดภัย โดยที่สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ทำให้โครงการดำเนินการสำเร็จหรือเกิดการเรียนรู้ ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

10. โครงการ / กิจกรรม / โอกาสพัฒนาในครั้งต่อไป (5)

โครงการ “พัฒนารูปแบบการรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ โดยใช้ระบบคอมพิวเตอร์” ปัญหาที่พบจากการปรับปรุงครั้งที่ 3 พบว่า กรณีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วยนาน ข้อมูลมีปริมาณมากจำเป็นต้องมีการอัปเดต แก้ไข หรือสรุปข้อมูล ในแบบฟอร์มใหม่อยู่เสมอ ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเขียนใหม่เพื่อสรุปข้อมูลที่สำคัญของผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความกระชับ จึงวางแผนยกเลิกระบบกระดาษ โดยพัฒนาแบบฟอร์มอิเล็กทรอนิกส์ ใช้คอมพิวเตอร์ประจำเตียงผู้ป่วย บันทึกข้อมูล ซึ่งสามารถอัปเดตข้อมูลได้ตลอด และสะดวกในการส่งต่อข้อมูล ทั้งนี้เพื่อลดขั้นตอนการทำงานและเพิ่มคุณภาพการบันทึกเนื่องจากสามารถอ่านได้ง่าย ไม่มีข้อจำกัดทางด้านลายมือ รวมถึงขยายผลการใช้งานไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตอื่นๆ โดยมีแผนดำเนินการ ช่วงเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2566 รับผิดชอบโครงการโดย นางสาวสุจิตรา คงสูงเนิน

Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ข้อมูลหอผู้ป่วย ward (เพิ่มเติมจากใบรับตรวจประวัติ)

ข้อมูลส่งต่อจาก OR วันที่ เวลา น. Op-time hr

CABG เส้น Value MVR AVR TVR เส้น hr

Blood loss ml Blood component LPRC unit/line LPPC unit/line FFP unit/line Cryo unit/line Auto blood ml

Equipment

☐ ETT No. Fr. cm

☐ 3-lumen at Lt. Rt. Internal jugular vein / subclavian / เส้น hr

☐ PA catheter at Lt. Rt. Internal jugular vein / subclavian / เส้น hr

☐ A-line at Lt. Rt. Radial / brachial / เส้น hr

☐ IABP Lt. Rt. Femoral Ratio 1:1 1:2 1:3

Trigger ☐ EKG ☐ Pressure augmentation %

☐ Epicardial pacemaker setting จำนวน สาย pacemaker setty %

☐ ICD สาย จำนวน hr

☐ NG No. Fr. Foley cath no. Fr.

Wound

☐ sternum ☐ Rt. Chest

☐ SVG at Lt. Rt. Both leg

IV fluid (ปริมาณที่ได้นับถือหลังผ่าตัด)

☐ acelar ml ☐ 0.9%NSS ml ☐ 5%DNV2 ml

Drugs

☐ Dopamine conc. IV drip rate ml/hr mcg/kg/min BW kgs

☐ Dobutamine conc. IV drip rate ml/hr mcg/kg/min

☐ Adrenaline conc. IV drip rate ml/hr mcg/min

☐ Levophed conc. IV drip rate ml/hr mcg/min

☐ primacor conc. IV drip rate ml/hr mcg/min

☐ เส้น hr

Complications

หมายเหตุวิสัญญีที่ได้ระบุ

รูปที่ 3 Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ (การปรับปรุงครั้งที่ 2)

Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ

ชื่อของวิสัญญี Dx.

UID

รับโอน / รับเข้า / รับ Refer จาก วันที่ เวลา น.

CC

PI

ข้อมูลส่งต่อจาก OR วันที่ เวลา น. Op-time hr

CABG เส้น Value MVR AVR TVR เส้น hr

Blood loss ml Blood component LPRC unit/line LPPC unit/line FFP unit/line Cryo unit/line Auto blood ml

Equipment

☐ ETT No. Fr. cm

☐ 3-lumen at Lt. Rt. Internal jugular vein / subclavian / เส้น hr

☐ PA catheter at Lt. Rt. Internal jugular vein / subclavian / เส้น hr

☐ A-line at Lt. Rt. Radial / brachial / เส้น hr

☐ IABP Lt. Rt. Femoral Ratio 1:1 1:2 1:3

Trigger ☐ EKG ☐ Pressure augmentation %

☐ Epicardial pacemaker setting จำนวน สาย pacemaker setty %

☐ ICD สาย จำนวน hr

☐ NG No. Fr. Foley cath no. Fr.

Wound

☐ sternum ☐ Rt. Chest

☐ SVG at Lt. Rt. Both leg

IV fluid (ปริมาณที่ได้นับถือหลังผ่าตัด)

☐ acelar ml ☐ 0.9%NSS ml ☐ 5%DNV2 ml

Drugs

☐ Dopamine conc. IV drip rate ml/hr mcg/kg/min BW kgs

☐ Dobutamine conc. IV drip rate ml/hr mcg/kg/min

☐ Adrenaline conc. IV drip rate ml/hr mcg/min

☐ Levophed conc. IV drip rate ml/hr mcg/min

☐ primacor conc. IV drip rate ml/hr mcg/min

☐ เส้น hr

Complications

หมายเหตุวิสัญญีที่ได้ระบุ

Version 6 วันที่ 10/6/65

Neurology/conscious

Respiratory

Infection

EKG

Hemodynamic

Nutrition/GI

Nephrology

Stool

PI/AD

เส้น

รูปที่ 4 Check for safety สำหรับผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจ version 2 (การปรับปรุงครั้งที่ 3)