

แบบสรุปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา
พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ Slide PAP Smear ค้างที่แผนก

ลำดับที่ปี 2560

หน่วยงาน แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชวิทยา

QMS-000-4-001-04

Rev. 20/12/2559

รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

- 1 นางเกศสุดา แม่หละเจริญพร
- 2 นางสาวภัทรา มาระกุล
- 3 นางสาวอัญชลีพร อยู่เล็ก
- 4 นางวรรณภา พุ่มประสพ
- 5 นางสาวปรารถนา จำปา
- 6 นางสาววลีพร อยู่ยง
- 7 นางสาวชุตินา มูลประจักษ์
- 8 นางสาวขจีจิตต์ หนูช่วย
- 9 นางสาวสุวรรณี จินดาธรรม
- 10 นางสาววรรณิดา จันทร์แบน

หน.โครงการ

5 ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล

- 1 ผู้รับบริการเร่งด่วน/ฉุกเฉินไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที
- 2 Slide Pap smear ค้างที่แผนก ไม่ได้ส่งตรวจ ส่งผลให้ผู้รับบริการไม่ได้รับผลตรวจ
- 3 การให้บริการผิด(คน เวชระเบียน สิ่งส่งตรวจ ยา และอื่นๆ)
- 4 ขอร้องเรียนเรื่องพฤติกรรมบริการ
- 5 ผู้รับบริการไม่ได้รับการเลื่อนนัดตรวจเมื่อแพทย์งดออกตรวจ

โครงการที่เลือกมาดำเนินการ พัฒนาระบบการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และ Slide PAP Smear ค้างที่แผนก

หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ (อ้างอิงข้อมูลสถิติและผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา)

จากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ มะเร็งปากมดลูกเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสอง(รองจากมะเร็งเต้านม) หากมีการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาผู้ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็งตามขั้นตอนที่ถูกต้อง จะทำให้สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราการตายของโรคมะเร็งปากมดลูกได้ วิธีการตรวจค้นหาความผิดปกติของปากมดลูกโดยการทำ Pap smear นั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกได้ตั้งแต่ระยะแรกๆที่ก่อนจะเป็นมะเร็งและสามารถรักษาให้หายขาดได้

สำหรับแผนกนรีเวชตั้งแต่เดือน เม.ย.-ก.ย. 59 ระยะเวลา6เดือน มีผู้มารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทั้งหมด 2695 ราย และมีจำนวนSlide Pap smear smear ที่เหลือค้าง ไม่ได้ส่งตรวจ 41 ราย

คิดเป็น1.52% จำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิดปกติ 74ราย คิดเป็น2.74 % และจำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิดปกติได้รับการติดตามตรวจรักษาเพิ่มเติม 61ราย คิดเป็น2.26%

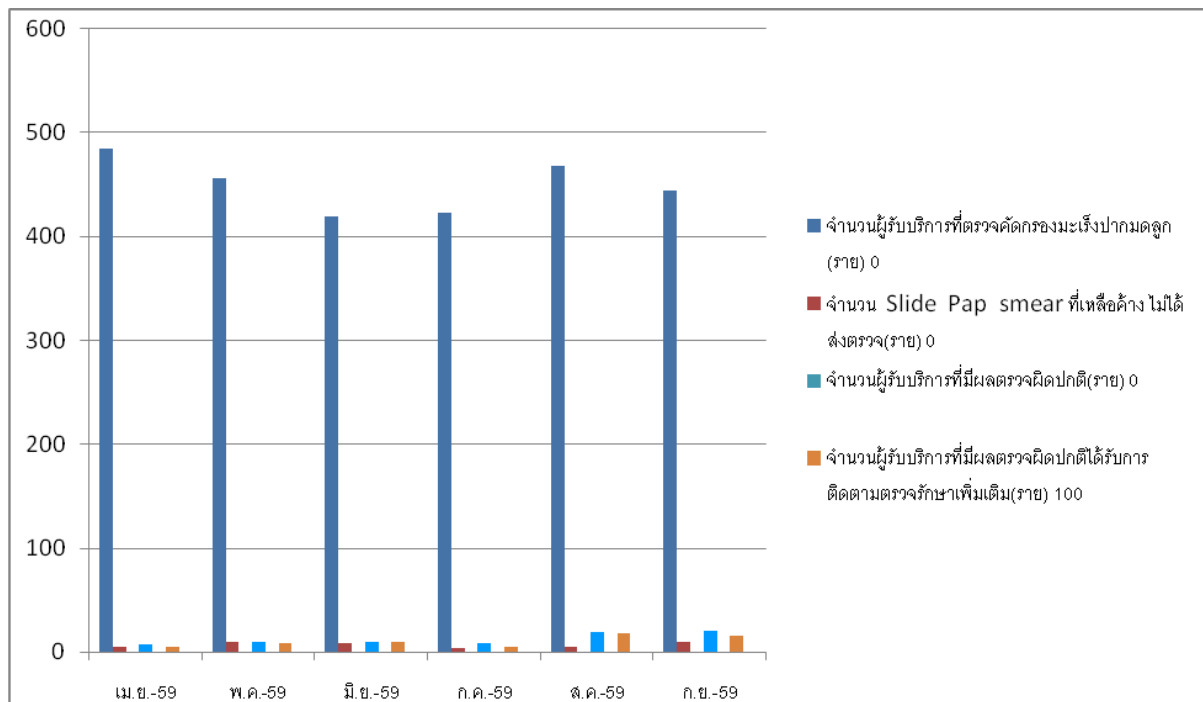
ดังนั้นทางหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกนรีเวชวิทยา ชั้น 2 จึงเล็งเห็นความสำคัญและได้ดำเนินโครงการ การพัฒนาระบบคัดกรองการตรวจมะเร็งปากมดลูกขึ้นมาและเพื่อให้ Slide Pap smear ได้รับการส่งตรวจครบถ้วน 100% ผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับผลการตรวจครบถ้วน(แจ้งผลโดยการส่งปณ.และส่งSMS) ถูกต้องและได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่องทุกราย

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา ปีงบประมาณ 2559 (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

ที่	รายการ	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2559					
			เม.ย.59	พ.ค.59	มิ.ย.59	ก.ค.59	ส.ค.59	ก.ย.59
1	จำนวนผู้รับบริการที่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ราย)	-	485 ราย	456 ราย	419 ราย	423 ราย	468 ราย	444 ราย
2	จำนวน Slide Pap smear ที่เหลือค้าง ไม่ได้ส่งตรวจ(ราย)	0%	5 ราย 1.03%	10 ราย 2.19%	8 ราย 1.90%	3 ราย 0.70%	5 ราย 1.06%	10 ราย 2.25%
3	จำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิดปกติ(ราย)	-	7 ราย 1.44%	10 ราย 2.19%	10 ราย 2.38/%	8 ราย 1.89%	19 ราย 4.05%	20 ราย 4.50%
4	จำนวนผู้รับบริการที่มีผลตรวจผิดปกติได้รับการติดตามตรวจรักษาเพิ่มเติม(ราย)	100%	5 ราย 71.4%	8 ราย 80%	9 ราย 90%	5 ราย 62.5%	18 ราย 94.7%	16 ราย 80%

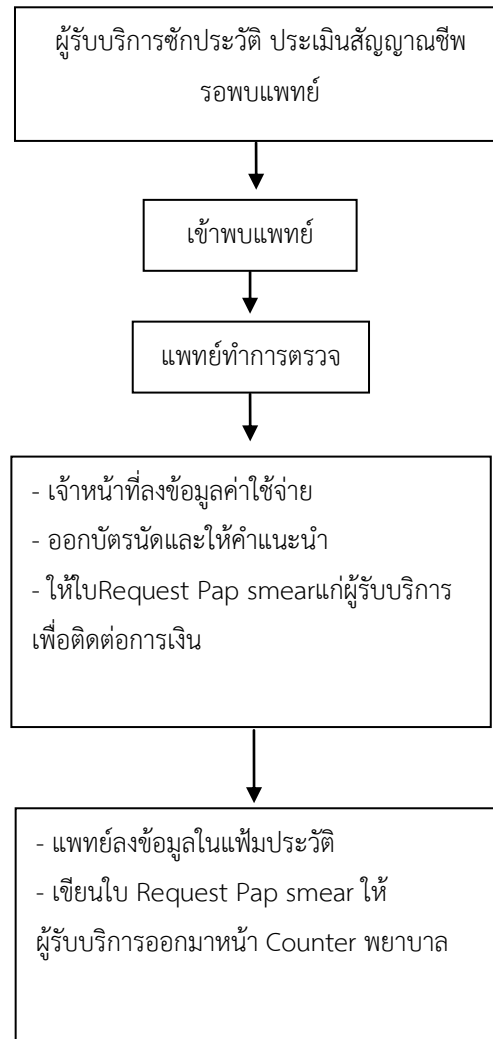
นำเสนอข้อมูลผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหาในรูปแบบกราฟ

กราฟแสดงข้อมูล ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา ปีงบประมาณ 2559

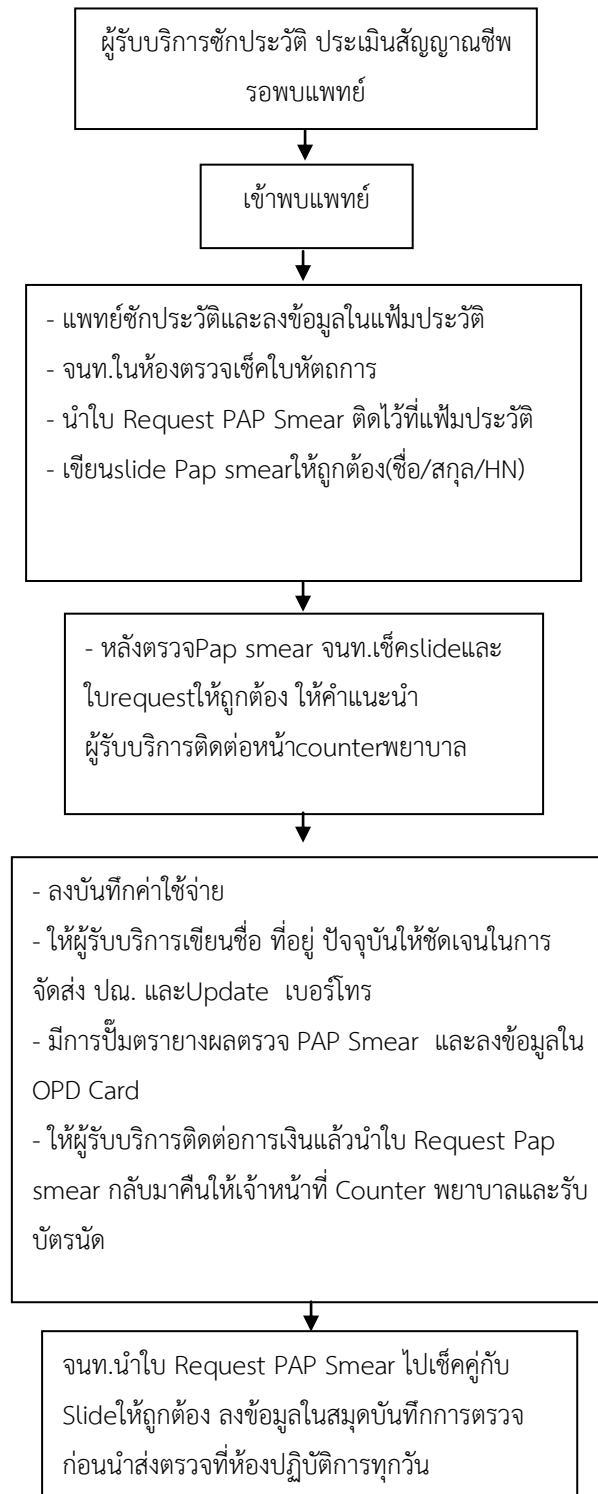


กรณีผลงาน Lean Management ลดขั้นตอนหรือระยะเวลา ควรแสดงผังวิเคราะห์กระบวนการทำงานและระยะเวลาก่อนการดำเนินการ

- ขั้นตอนก่อนการดำเนินการ

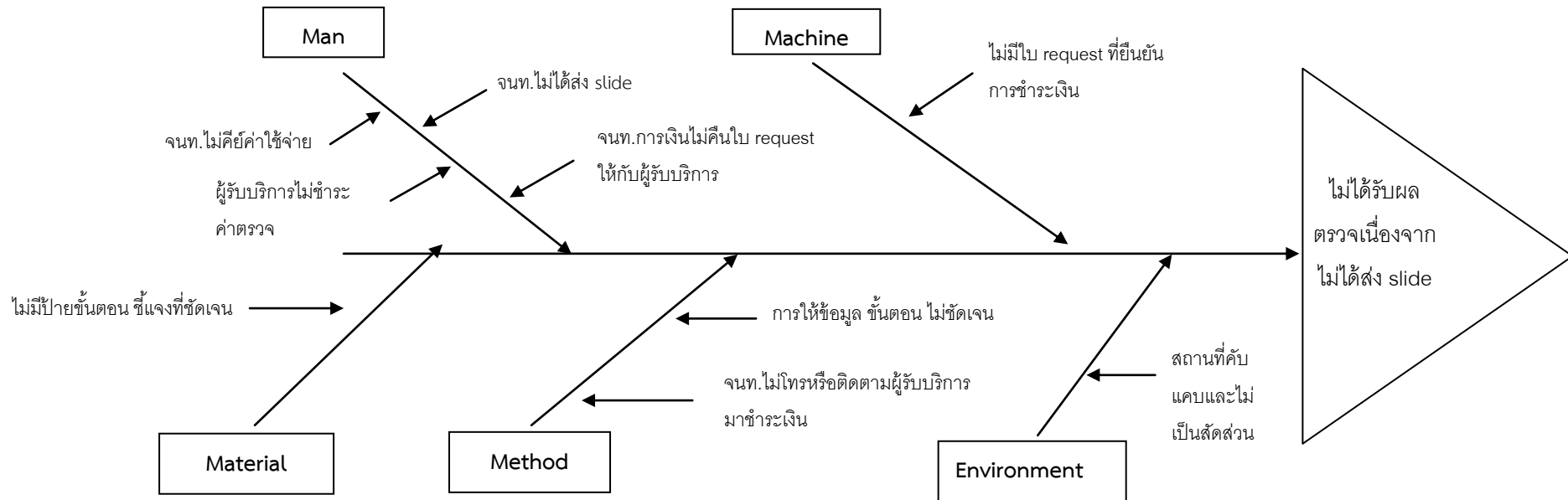


- ขั้นตอนหลังการดำเนินการ



การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยแผนภูมิกังปลา หรือ แผนภูมิต้นไม้)

ตัวอย่างการการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยแผนภูมิกังปลา



M - Man บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่

M - Method วิธีการ/กระบวนการทำงาน

M - Material วัตถุดิบหรือข้อมูล เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการ

M - Machine อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก

E - Environment ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง

วัตถุประสงค์โครงการ

- 1 เพื่อลดอัตราข้อร้องเรียนจากผู้รับบริการเรื่องไม่ได้รับผลตรวจมะเร็งปากมดลูก
- 2 Slide PAP Smear ได้รับการส่งตรวจครบถ้วน ไม่มี slide ค้าง
- 3 เพื่อค้นหาผู้ที่มีความผิดปกติของปากมดลูกตั้งแต่ระยะก่อนเป็นมะเร็ง และมารับการตรวจรักษาเพิ่มเติมทุกราย

ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

- 1 อัตราผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้รับผลตรวจ 100%
- 2 อัตรา Slide PAP Smear ได้รับการส่งตรวจครบถ้วน ไม่มี slide ค้าง 0%
- 3 อัตราผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่มีผลผิดปกติได้รับการตรวจรักษาเพิ่มเติม 100%

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560

ระยะเวลา (เดือน) ขั้นตอน	2559			2560								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
วางแผน Plan												
ลงมือแก้ปัญหา Do												
ตรวจสอบผล Check												
แก้ไขปรับปรุง Action และจัดทำมาตรฐาน												

1 เส้นแผนงาน ด้วยเส้น

.....

2 การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น



การปรับปรุงพัฒนา

ตารางสรุปวิธีการปรับปรุงแก้ไขและผลของการปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวิธีการที่กำหนด

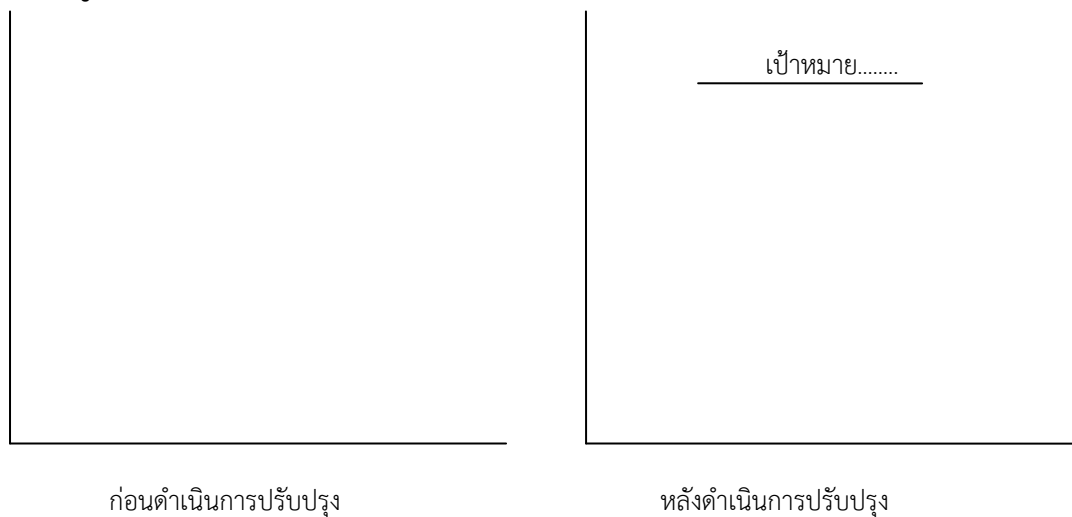
ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Man	1. จนท.ไม่ได้ส่ง slide 2. จนท.ไม่เคียค่าใช้จ่ายเนื่องจากแพทย์ไม่ได้เขียนข้อมูลการตรวจในใบหัตถการ/แฟ้มประวัติผู้ป่วย 3. ผู้รับบริการลืม/ไม่ชำระค่าตรวจ 4. จนท.การเงินไม่คืนใบ Request PAP Smear ให้กับผู้รับบริการ	1. มอบหมายจนท.เช็คslide Pap smear เพื่อทำการส่งที่ห้องตรวจปฏิบัติการเวลา14.00น.ทุกวัน 2. ประชุมและแจ้งจนท.ในห้องตรวจ ให้เช็คข้อมูลในใบหัตถการ/แฟ้มประวัติผู้ป่วยให้ถูกต้องก่อนนำออกมาให้จนท.เคาเตอร์พยาบาลเคียค่าใช้จ่าย 3. มอบหมายจนท.โทรหรือติดตามผู้รับบริการมาชำระค่าตรวจภายใน1 สัปดาห์ 4. มอบหมายจนท.โทรติดตามใบ Request PAP Smear จากห้องการเงินเพื่อส่งพร้อมกับ Slide PAP Smear	1. น.ส.วรรณภา พุ่มประสพ 2. น.ส.วรรณดา จันทร์แบน 3. น.ส.สุวรรณี จินดาธรรม 4. น.ส.ชุตินา มูลประจักษ์	ต.ค.2559	ก.ย.2560	
Method	1. การให้ข้อมูล ขั้นตอน ไม่ชัดเจน 2. จนท.ไม่โทรหรือติดตามผู้รับบริการมาชำระเงิน	1. ให้ข้อมูลขั้นตอนการตรวจPap smear ที่ชัดเจนกับผู้รับบริการทุกวันและUp dateเบอร์โทรปัจจุบันในเวลา8.30น.ก่อนเข้าตรวจ 2. มอบหมายเจ้าหน้าที่ให้รับผิดชอบเรื่องการโทรติดตามผู้ป่วยมาชำระค่าตรวจ	1. นางเกศสุดา แม่ทะเลเจริญพร 2. น.ส.ขจีจิตต์ หนูช่วย	ต.ค.2559	ก.ย.2560	
Material	1. ไม่มีป้ายขั้นตอน ชี้แจงที่ชัดเจน	1. จัดทำป้ายชี้แจงขั้นตอนการตรวจPap smear ที่ชัดเจนแก่ผู้รับบริการไว้ที่หน้าห้องตรวจ	1. น.ส.อัญชลีพร อุ่เล็ก 2. น.ส.ปรารถนา จำปา	ต.ค.2559	ก.ย.2560	

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Machine	1. ไม่มีใบrequest ที่ยืนยันการชำระเงิน	1. โทรติดตามใบ Request PAP Smearจากห้องการเงินเพื่อนำมาส่งพร้อมกับกับ Slide PAP Smear	1. น.ส.วลีพร อยู่ยง	ต.ค.2559	ก.ย.2560	
Environment	1. สถานที่คับแคบและไม่เป็นสัดส่วน	1. จัดหาหมุ่และสถานที่ให้เป็นสัดส่วน ง่ายต่อการจัดเก็บslideและใบ Request ก่อนการส่งตรวจห้องปฏิบัติการ	1. น.ส.ภัทรา มาระกุล	ต.ค.2559	ก.ย.2560	

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหา (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

ที่	รายการ	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2560											
			ต.ค. 59	พ.ย. 59	ธ.ค. 59	ม.ค. 60	ก.พ. 60	มี.ค. 60	เม.ย. 60	พ.ค. 60	มิ.ย. 60	ก.ค. 60	ส.ค. 60	ก.ย. 60
1	จำนวน ผู้รับบริการที่ ตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก (ราย)	-	394 ราย	398 ราย	349 ราย	353 ราย	380 ราย	396 ราย	407 ราย	537 ราย				
2	จำนวน Slide Pap smear ที่ เหลือค้าง ไม่ได้ ส่งตรวจ(ราย)	0%	0 ราย	0 ราย	1 ราย	1 ราย	0 ราย	3 ราย	0 ราย	0 ราย				
			0%	0%	0.2 8%	0.2 8%	0%	0.7 5%	0%	0%				
3	จำนวน ผู้รับบริการที่มี ผลตรวจผิดปกติ (ราย)	-	15 ราย	11 ราย	15 ราย	9 ราย	8 ราย	14 ราย	2 ราย	9 ราย				
			3.8 0%	2.7 6%	4.2 9%	2.5 4%	2.1 0%	3.5 3)	0.4 9%	1.6 7%				
4	จำนวน ผู้รับบริการที่มี ผลตรวจผิดปกติ ได้รับการติดตาม ตรวจรักษา เพิ่มเติม(ราย)	100%	15 ราย	10 ราย	14 ราย	9 ราย	8 ราย	14 ราย	2 ราย	9 ราย				
			100 %	90. 9%	93. 3%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %				

นำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ/ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอกราฟได้ตามความเหมาะสม)



สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

- 1
- 2
- 3
- 4

บทเรียนที่ได้รับ

- 1
- 2
- 3

การพัฒนาต่อเนื่อง

- 1
- 2
- 3

นวัตกรรมที่ได้จากการดำเนินโครงการจำนวน เรื่อง

- 1
- 2

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง

กิจกรรม CQI จะทำต่อไปในอนาคต

.....
.....

*นวัตกรรม คือ สิ่งที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการ

1. เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นใหม่ทั้งหมดหรือบางส่วน ไม่เคยมีใครคิดนำมาใช้ก่อน
2. เป็นสิ่งที่เคยมีมาแล้ว แต่นำมาปรับปรุงเสริมแต่งขึ้นใหม่ให้เหมาะสม
3. จะต้องไม่เป็นส่วนของระบบงานในปัจจุบัน