

แบบสรุปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

ลำดับที่1.....ปี 2562

หน่วยงาน งานการพยาบาลสามัญศัลยกรรมหญิง 13/2

พฤษภาคม 2562

รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1	นาง ชุมพร	ฉ่ำแสง	หัวหน้างานการพยาบาล	หัวหน้าโครงการ
2	นางสาววิยารัตน์	ราศรีใส	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
3	นางสาวภัศรา	พรหมศร	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
4	นางสาวรัตนา	อินคง	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
5	นางสาวไพลิน	สาระหงษ์	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
6	นางสาวปิยะดา	ไชยะสาร	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
7	นางสาวจตุติคุณท์	ศรีประทุม	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
8	นางสาวปัทมวรรณ	นาเมืองรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
9	นางสาวสุภาวดี	รุ่งจำกัต์	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
10	นางสาวฐิติมา	สิทธิ	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
11	นางสาวปรีชาดิ	ชุมพล	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
12	นางสาวชญาดา	ฉวยกระโทก	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
13	นายภานุวัฒน์	วงษ์อารี	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
14	นางสาวรัชต์ตะวัน	อินทร์ศิริ	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
15	นางสาวเพ็ญประภา	เส่นหา	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
16	นางสาวอุมาพร	ทรัพย์มูล	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
17	นางนภาวี	สุวรรณอ่อน	ผู้ปฏิบัติงานบริหาร	สมาชิกและเลขา

5 ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล

- 1 การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน
- 2 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารระดับ E-I
- 3 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะในผู้ป่วยที่คาสายสวนปัสสาวะ
- 4 การพลัดตกหกล้ม
- 5 ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับใหม่ขณะนอนโรงพยาบาล

โครงการที่เลือกมาดำเนินการ การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ (อ้างอิงข้อมูลสถิติและผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา)

จากรายงานสถิติผู้ป่วยในของหอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมหญิงในปี 2561 พบว่าอัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนสูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งหอผู้ป่วยได้ทำการทบทวนอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นพบว่าผู้ป่วยอาการทรุดลงจนนำไปสู่การย้ายเข้า ICU เฉลี่ยตลอดทั้งปี 2561 คิดเป็น 3.60 ครั้ง/1,000 วันนอน เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยที่ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน จำนวน 25 ราย พบว่าเป็นผู้ป่วยศัลยกรรมจำนวน 24 ราย คิดเป็น 96 % ผู้ป่วยจักษุจำนวน 1 ราย คิดเป็น 4 % ดังนั้นหน่วยงานจึงได้ทบทวนและเห็นว่าจำเป็นต้องทำกิจกรรมพัฒนาในเรื่องนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยอันเป็นการตอบสนองต่อ 2P safety ด้วย

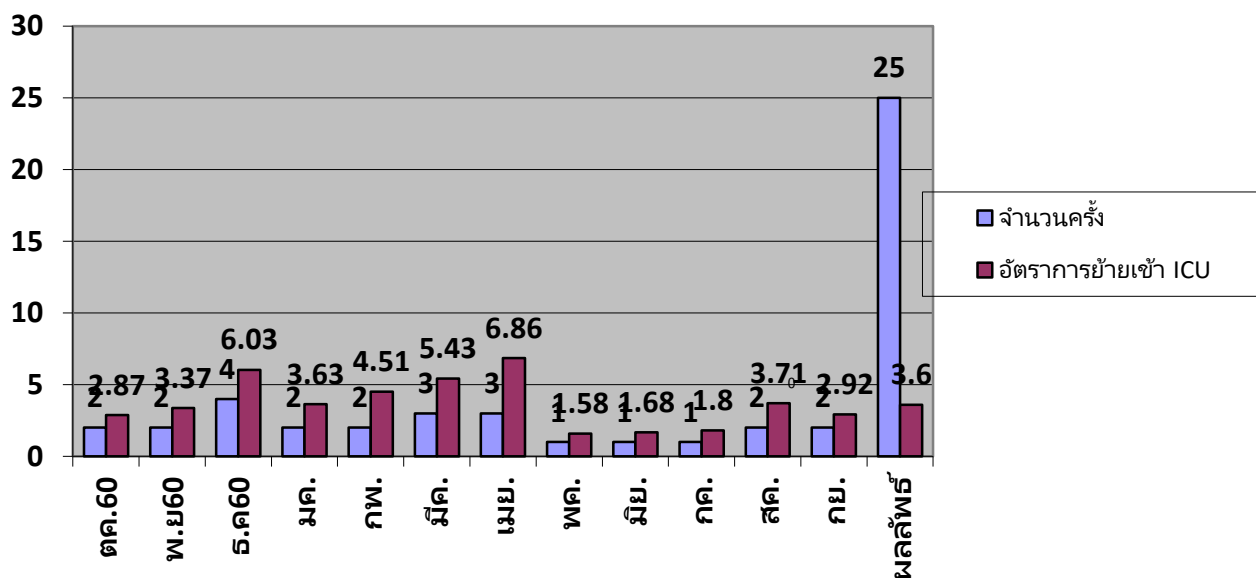
ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ข้อมูล	ปีงบประมาณ 2561													
			ต.ค. 60.	พ.ย. 60	ธ.ค. 60	ม.ค. 61.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค. 61.	ต.ค. 61.	ผลลัพธ์	
อัตรา การย้าย เข้า ICU โดย ไม่ได้ วางแผน	<2 ครั้ง / 1,000 วันนอน	ครั้ง	2	2	4	2	2	3	3	1	1	1	2	2	25	
		วัน	697	594	663	551	443	552	437	632	596	555	539	685	6,944	
		นอน														
		รวม														
		อัตรา เกิด	2.87	3.37	6.03	3.63	4.51	5.43	6.86	1.58	1.68	1.80	3.71	2.92	3.60	

นำเสนอข้อมูลผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหาในรูปกราฟ

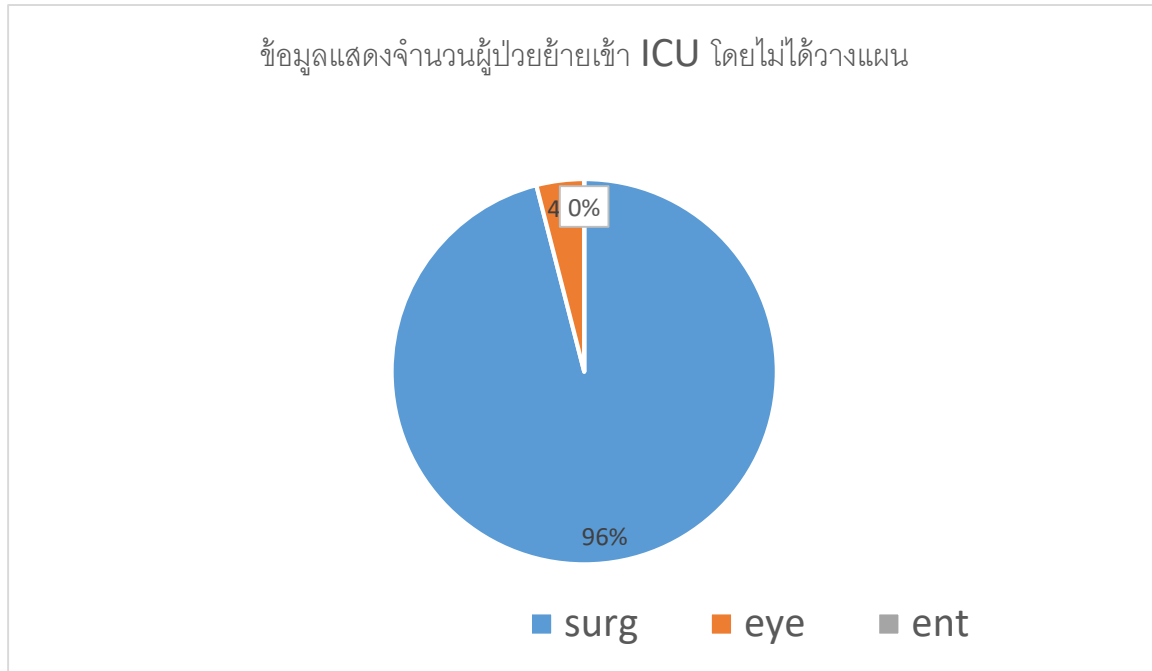
กราฟแสดงข้อมูล อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

กราฟแสดงข้อมูลปีงบประมาณ 2561

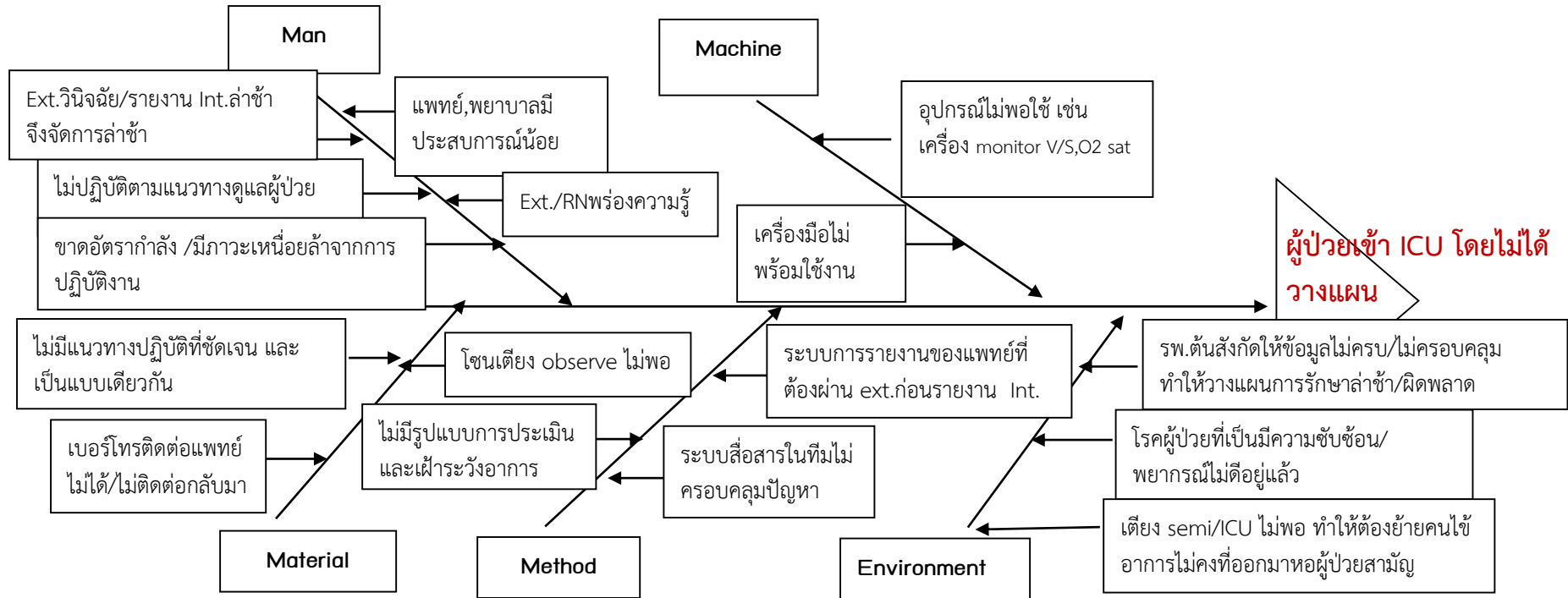


ข้อมูลแสดงจำนวนผู้ป่วยย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

สาขา	จำนวนผู้ป่วย unplan ICU													ร้อยละ
	ต.ค60.	พ.ย.60	ธ.ค60	ม.ค61.	ก.พ.	มี.ค	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ต.ค61.	ผลรวม	
SURG	2	2	4	2	2	3	3	1	1	1	1	2	24	96
EYE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4
ENT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



- M - Man บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่
- M - Method วิธีการ/กระบวนการทำงาน
- M - Material วัตถุดิบหรือข้อมูล เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการ
- M - Machine อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก
- E - Environment ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย
2. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. เพื่อลดอุบัติการณ์การย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน

ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน <2 ครั้ง/1000 วันนอน
2. พยาบาลมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562

ช่วงเวลา (เดือน)	2561			2562								
	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 ประชุมหน่วยงาน ระดม ความคิดกำหนดแนวทาง ปฏิบัติ การเก็บข้อมูล การ ติดตามผลการปฏิบัติ										
ลงมือแก้ปัญหา Do -นำแนวทางที่ได้ไปปฏิบัติ								
ตรวจสอบผล Check -รวบรวมข้อมูลและทบทวน ผลการดำเนินการ										
แก้ไขปรับปรุง Action และจัดทำมาตรฐาน -นำผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ และหาแนวทางการพัฒนาต่อ สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติใน หน่วยงาน								

- 1 เส้นแผนงาน ด้วยเส้น
- 2 การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น



การปรับปรุงพัฒนา

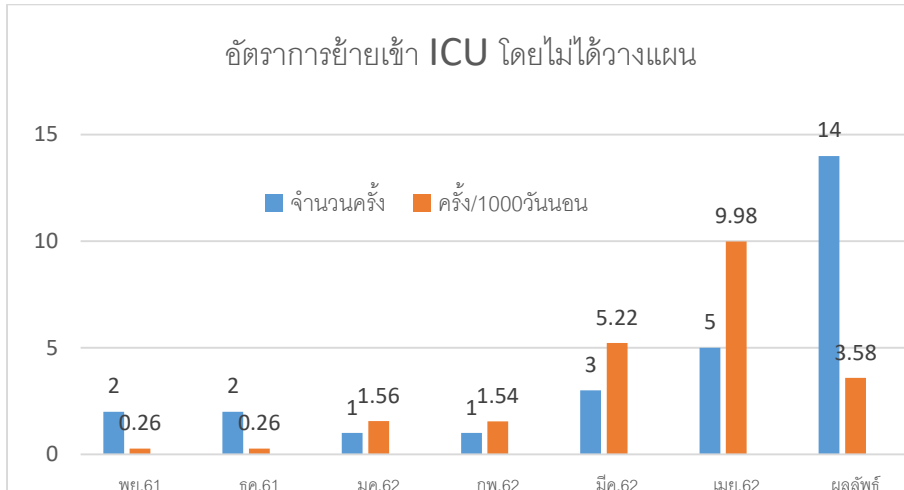
ตารางสรุปวิธีการปรับปรุงแก้ไขและผลของการปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวิธีการที่กำหนด

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Man	<ol style="list-style-type: none"> 1.แพทย์,พยาบาลมีประสบการณ์น้อย 2. Ext./RN พร่องความรู้ 3.ขาดอัตรากำลัง /มีภาวะเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน 4.ไม่ปฏิบัติตามแนวทางดูแลผู้ป่วย 5. Ext.วินิจฉัย/รายงาน Int.ล่าช้า จึงจัดการล่าช้า 	<ol style="list-style-type: none"> 1.นิเทศและติดตามการปฏิบัติงาน 2.พัฒนาทักษะ ความรู้โดยส่งอบรมหรือ ทบทวนเคส/ conference case 3.เสนอขออัตรากำลังทดแทนบุคลากรที่ลาออก/จัดเวรให้มีช่วงเวลาดูแล 16 ชม. 4.ส่งรายงานเพื่อทบทวนแนวทางการปฏิบัติร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ 	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร	ตค.61	กย.62	<ol style="list-style-type: none"> 1.หน่วยงานจัดทบทวนเคสทุกวันจันทร์หลังรับ-ส่งเวร 2.ส่งพยาบาลอบรมเพิ่มพูนความรู้ 3.จัดเวรให้มีช่วงพัก 16 ชม. 4.เขียนรายงาน IR ในระบบเมื่อมีเหตุการณ์ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน
Method	<ol style="list-style-type: none"> 1.ระบบการรายงานของแพทย์ที่ต้องผ่าน ext.ก่อนรายงาน Int. 2.ระบบสื่อสารในทีมไม่ครอบคลุมปัญหา 3.ยังไม่มีรูปแบบการประเมินและเฝ้าระวังอาการที่เป็นแนวทางเดียวกัน 	<ol style="list-style-type: none"> 1.ส่งรายงานเข้าทีมนำทางคลินิกเพื่อหาแนวทางแก้ไขหรือปรับปรุงระบบ 2.จัดระบบการส่งเวรโดย ต้องส่งเวรแก่เวรถัดมาเสมอเมื่อมีอาการหรือแผนการรักษาเปลี่ยนแปลง 3.ออกแบบใบ checklist ประเมินอาการและอุปกรณ์ติดตัวผู้ป่วยเพื่อเป็นเครื่องมือประกอบการประเมินอาการผู้ป่วยทุกเวร 	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร	ตค.61	กย.62	<ol style="list-style-type: none"> 1.มีแบบ checklist อาการผู้ป่วยประจำทีม 2.หัวหน้าเวรถือตรวจเยี่ยมแรกรับเวร ทุกเวร กำกับและติดตามการปฏิบัติงานของสมาชิกในเวร 3.หัวหน้าเวรบันทึกในระบบ EMR

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Material	1.ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน และเป็นแบบเดียวกัน 2.เบอร์โทรติดต่อแพทย์ไม่ได้/ไม่ติดต่อกลับมา 3.โซนเตียง observe ไม่พอ	1.ส่งรายงานเพื่อทบทวนแนวทางการปฏิบัติและ warning sign ร่วมกันของ ทีมสหสาขาวิชาชีพ 2.แจ้งแพทย์ขอความร่วมมือเรื่องเบอร์โทรที่ติดต่อได้ การรับโทรศัพท์และการติดต่อกลับวอร์ด 3.ประสานแพทย์เพื่อหาแนวทางเมื่อเตียงไม่พอ เช่น ไม่รับเคส refer, ย้ายไปวอร์ดอื่นที่มีเตียงรองรับแทน	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร	ตค.61	กย.62	1.มีการรายงาน IR กรณีเหตุการณ์ย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนเพื่อให้เกิดการทบทวนกระบวนการดูแลรักษา ร่วมกัน 2.ร่วมทบทวนและหาแนวทางป้องกัน แก้ไขในทีมนำทางคลินิก
Machine	1.อุปกรณ์ไม่พอใช้ เช่น เครื่อง monitor V/S,O2 sat 2.เครื่องมือไม่พร้อมใช้งาน	1.เสนอของขจัดซื้อเครื่อง monitor V/S,O2 sat/Infusion pump/ยืมหน่วยงานใกล้เคียง 2.จัดระบบตรวจสอบและเตรียมความพร้อมใช้ของเครื่องมือ โดยเช็คและตรวจสอบทุกต้นเวร	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร	ตค.61	กย.62	1.จัดซื้อเครื่อง monitor V/S ได้ 1 เครื่อง 2.ยืมเครื่อง infusion pump จากหอผู้ป่วยพิเศษ 9/1
Environment	1.รพ.ต้นสังกัดให้ข้อมูลไม่ครบ/ไม่ครอบคลุม ทำให้วางแผนการรักษา ลำบาก/ผิดพลาด 2.โรคผู้ป่วยที่เป็นมีความซับซ้อน/พยากรณ์ไม่ได้อยู่แล้ว 3.เตียง semi/ICU ไม่พอ ทำให้ต้องย้ายคนไข้อาการไม่คงที่ออกมาก่อน	1.แจ้งแพทย์ทราบและขอความร่วมมือให้ส่งข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน 2.เสนอเรื่องเข้าทีมนำทางคลินิกเพื่อกำหนดเกณฑ์การย้ายออกจาก SEMI/ICU	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร	ตค.61	กย.62	1.เสนอนำทางคลินิกเพื่อกำหนดเกณฑ์การย้ายออกจาก SEMI/ICU

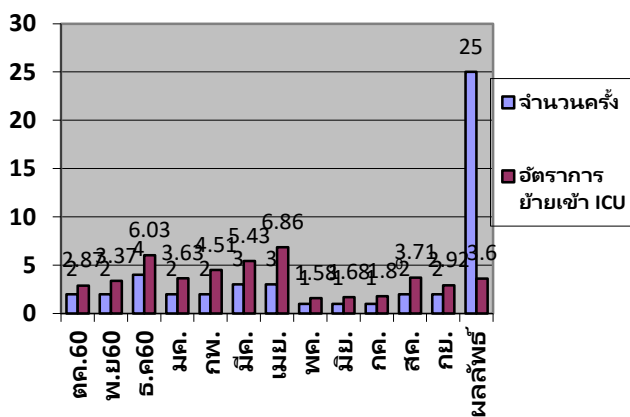
ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหา รอบที่ 1 (เดือนพฤศจิกายน 2561 ถึง เดือนเมษายน 2562)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2562						
			พ.ย. 61	ธ.ค. 61	ม.ค. 62	ก.พ. 62	มี.ค. 62	เม.ย. 62	ผลลัพธ์
1	อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน	ครั้ง	2	2	1	1	3	5	14
		<2 ครั้ง / 1000 วันนอน	0.26	0.26	1.56	1.54	5.22	9.98	3.58



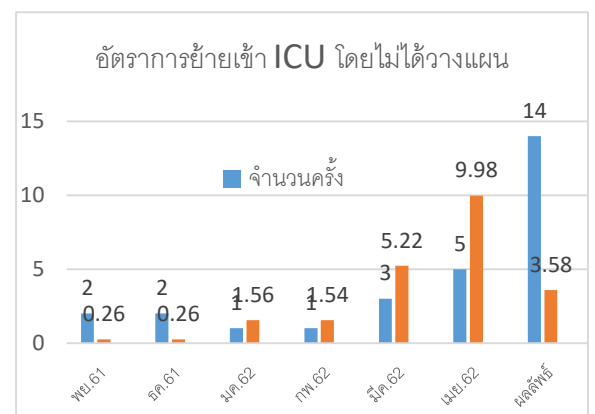
นำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ/ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอกราฟได้ตามความเหมาะสม)

กราฟแสดงข้อมูลปีงบประมาณ 2561



ก่อนดำเนินการปรับปรุง

กราฟแสดงข้อมูลปีงบประมาณ 2562



หลังดำเนินการปรับปรุง

สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

จากการทบทวนและระดมสมองร่วมกันของบุคลากรในหน่วยงานได้มีความเห็นตรงกันว่าควรจัดทำเครื่องมือช่วยในการประเมิน เฝ้าระวังและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อป้องกันอาการทรุดลงจนนำไปสู่การย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน อีกทั้งยังสามารถนำข้อมูลที่ได้จากแบบ Checklist นี้มาเป็นข้อมูลในการเขียนบันทึกทางการแพทย์ได้ อันจะส่งผลให้มีการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยและมีการติดตามการดูแลผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์ติดตัว เช่น ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ, Tracheostomy tube, Drain และ IV site เป็นต้น ซึ่งแบบเฝ้าระวังนี้เรียกว่า แบบ **Quick Round Pt.** ดังแสดงในภาพประกอบ ซึ่งพยาบาลหัวหน้าเวรเป็นผู้รับผิดชอบในการติดสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วย และถือไปตรวจเยี่ยมผู้ป่วยภายหลังการรับ-ส่งเวรในทุกเวร พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้นำมาบันทึกทางการแพทย์ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล พบว่าหลังการใช้แบบประเมินนี้แล้ว อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนลดลง จาก 3.60 ครั้ง/1000 วันนอน เป็น 3.58 ครั้ง/1000 วันนอน แต่ในเดือนเมษายน 2562 พบว่าอัตราการย้ายเข้าสูงขึ้นผิดปกติ ดังนั้นหน่วยงานจึงได้ทำการทบทวนเหตุการณ์และวิเคราะห์หาสาเหตุพบว่า เป็นผู้ป่วยศัลยกรรมที่มีอาการทรุดลงจากโรคที่เป็นเมื่อรายงานแพทย์รับทราบจึงให้ย้ายไปปรับการดูแลใกล้ชิดใน Semi ICU จำนวน 3 รายส่วนอีก 2 รายเป็นผู้ป่วยหุคอจมูกที่มีอาการทรุดลงจากโรคประจำตัวเดิม รายงานแพทย์ทำการรักษาและย้ายเข้า SICU ซึ่งจากผลลัพธ์การดำเนินการนี้ หน่วยงานยังต้องติดตาม ประเมินและเฝ้าระวังการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผนต่อไป

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหาปีงบประมาณ 2562 รอบที่ 2 (เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน)

ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2562				
			พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1	อัตราการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน	ครั้ง					
		<2 ครั้ง / 1000 วันนอน					

กราฟแสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน

ก่อนดำเนินการ

หลังดำเนินการรอบ 1

หลังดำเนินการรอบ 2

สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

ภาพการดำเนินงาน

แบบ Quick Round Pt																	
ให้ ✓ ในช่องที่ตรวจพบ																	
ว.ป.....	123	ET tube			Tracheostomy				แผล		Drain		Phlebitis		Foley Cath		
		ความถี่.....	cm	เลื่อน	ไม่เลื่อน	มีเสมหะ	ไม่มีเสมหะ	Chest move	Chest not Move	เจ็บ	ไม่เจ็บ	Work	Not Work	มีหนอง	ไม่มี	ตรวจดู	ไม่ตรวจดู
Sticker Here	ก																
	ข																
	น																

แบบ Quick Round Pt.

แบบ Quick Round Pt																	
ให้ ✓ ในช่องที่ตรวจพบ																	
ว.ป.....	123	ET tube			Tracheostomy				แผล		Drain		Phlebitis		Foley Cath		
		ความถี่.....	cm	เลื่อน	ไม่เลื่อน	มีเสมหะ	ไม่มีเสมหะ	Chest move	Chest not Move	เจ็บ	ไม่เจ็บ	Work	Not Work	มีหนอง	ไม่มี	ตรวจดู	ไม่ตรวจดู
27/12/17	ก																
ข																	
น																	
28/12/17	ก																
ข																	
น																	
29/12/17	ก																
ข																	
น																	
30/12/17	ก																
ข																	
น																	

การใช้แบบ Quick Round Pt. ในการปฏิบัติการพยาบาล

บทเรียนที่ได้รับ

การพัฒนาต่อเนื่อง

นวัตกรรม*ที่ได้จากการดำเนินโครงการจำนวน1..... เรื่อง

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง

กิจกรรม CQI จะทำต่อไปในอนาคต