

แบบสรุปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง  
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา  
การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS Lock ที่หอผู้ป่วยพิเศษ 8/1  
ลำดับที่ .....1.....ปี 2561

หน่วยงานการพยาบาลพิเศษ 8/1

### รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1	นางสาวสุชานันท์	ไชยศรี	หัวหน้าโครงการ
2	นางสาวสุขวดี	เกษสุวรรณ	ที่ปรึกษาโครงการ
3	นางสาวสุธารัตน์	สุขศรี	ที่ปรึกษาโครงการ
4	นางสาวสุดาทิพย์	บุญชด	
5	นางสาวศิริวรรณ	วรรณภักดิ์	
6	นางสาวปภััสสร	เรืองขจร	
7	นางสาวสุทธิพร	อภิวังค์	
8	นางสาวสายใจ	แดงจอหอ	
9	นางนงเยาว์	ลาวิณห์	
10	นางพีไลพร	วิจิตร	
11	นางสาววันวิสาข์	ปานดวงแก้ว	
12	นางสาวจตุพร	เอี่ยมประเสริฐ	
13	นางสาวอรสา	ปัญทวย	
14	นางสาวธัญญาลักษณ์	บูรณาภา	
15	นางสาวกรรณิการ์	วันสุนิลา	
16	นางอรอุมา	อิมอาร์มย์	
17	นางสาวเดือน	เพิ่มสุข	
18	นางสาวสมฤดี	สรรพจารย์	
19	นางสาวอ้อยทิพย์	ไชโย	

### 5 ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล

- 1 มีความผิดพลาดในการ ลืมเอา NSS Lock ออกก่อนผู้ป่วยกลับบ้าน
- 2 ความเคลื่อนทางยา (Med error)
- 3 การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด
- 4 มารดาหลังคลอดเป็นลม

## โครงการที่เลือกมาดำเนินการ : การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS Lock ที่หอผู้ป่วยพิเศษ 8/1

### หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

หอผู้ป่วยพิเศษ 8/1 ให้การดูแลผู้ป่วยสูติ-นรีเวชและทารกแรกคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นการรักษาที่ได้รับยาทางหลอดเลือดดำแบบเปิดเส้นเลือดปลาย (NSS Lock) ที่ไม่ได้ให้สารน้ำอย่างต่อเนื่อง ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ลืมนการดูแล 2 ราย ในรายแรกเป็นทารกไม่ได้ off NSS lock ก่อนกลับบ้าน จึงติดตัวทารกกลับบ้านไปด้วย มารดาโทรกลับมาถามว่าต้องปฏิบัติอย่างไร ในรายนี้มารดาขอไปเอาสายออกที่คลินิกใกล้บ้านและติดตามผลไม่มีปัญหาใช้หรืออาการอีกเสบใดๆ รายที่ 2 ผู้ป่วยนรีเวชให้ยา ATB ครบแล้ว 1 วันก่อนกลับบ้าน ผู้ป่วยเดินมาขอเอา NSS lock ออก ตรวจสอบไม่มีการอักเสบใดๆ บริเวณ Port ติดตามใน med sheet ไม่เคยมีการ run เวลาการ Flush เส้นระหว่างวันที่ไม่ได้ให้ยา

เมื่อทบทวนสถิติจำนวนผู้ป่วย On NSS lock เดือน มกราคม – เมษายน 2561 มีจำนวนทั้งสิ้น 254 ครั้ง ลืม off 2 ครั้ง และที่เกือบลืมไม่ได้บันทึกเป็นอุบัติการณ์อีก 5 ครั้ง รวมเป็น 1.90% ของจำนวนครั้งที่ On NSS lock

จากสถิติทำให้ทีมหอผู้ป่วยพิเศษ 8/1 ให้ความสำคัญการดูแลหาแนวทางแก้ไขไม่ให้เกิดอุบัติการณ์ที่อาจจะรุนแรงมากกว่าที่ผ่านมา

### ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

#### แนวทางการปฏิบัติเดิม

มี order ให้ยาหรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ



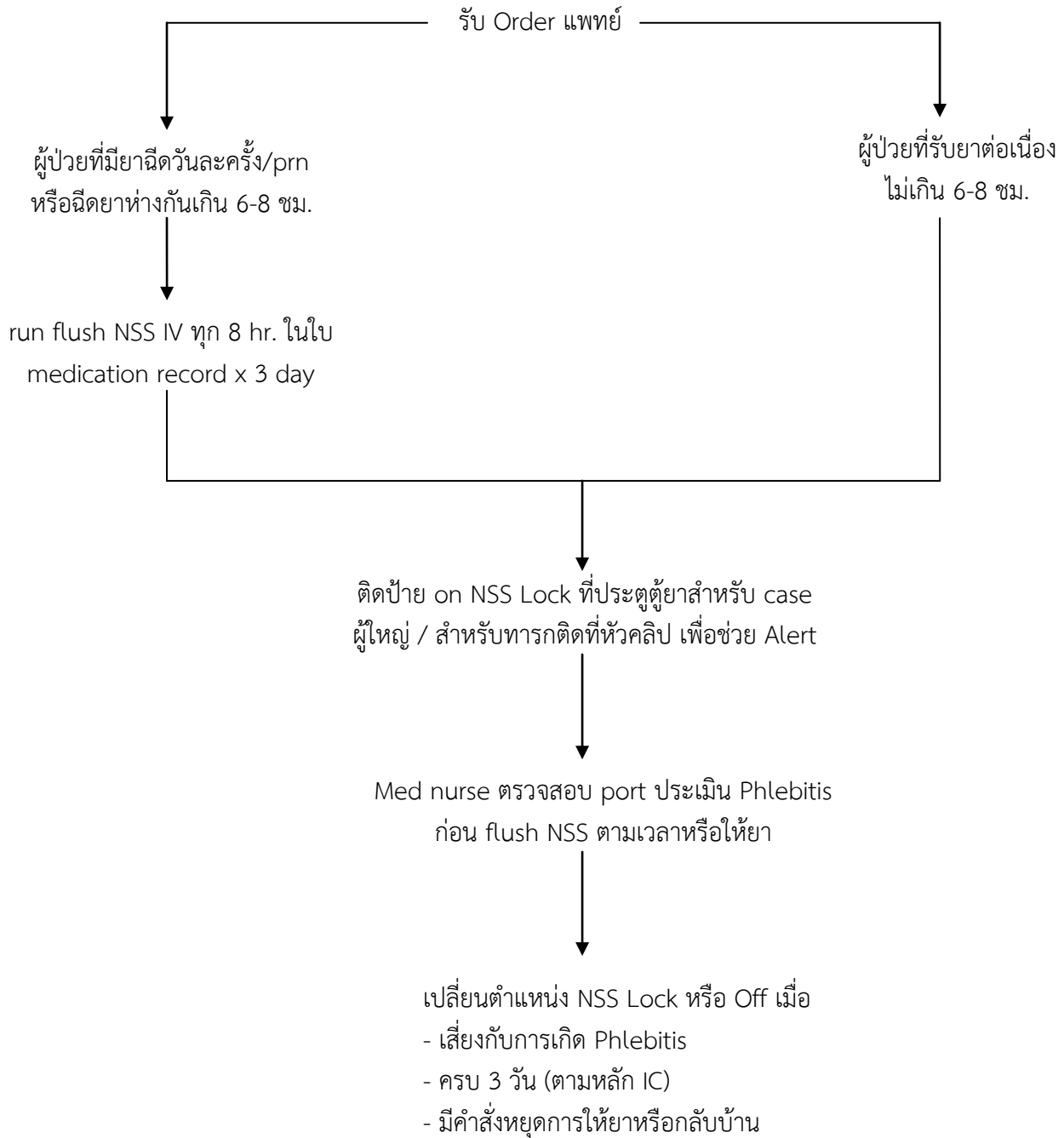
Incharge nurse รับ order แพทย์  
มีการส่งเวรทุกเวร



Med nurse ดูแล on NSS Lock  
หลังให้ยาตามเวลา

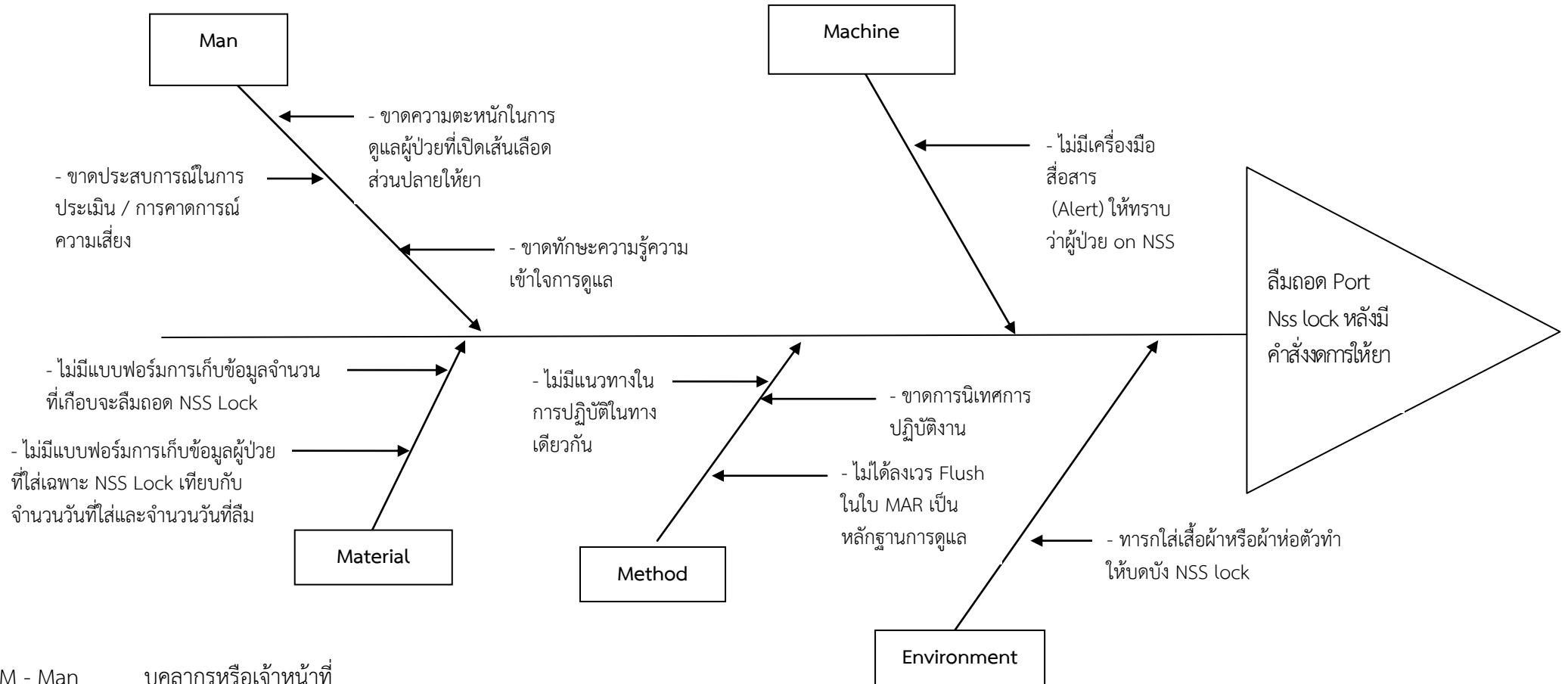
## แนวทางการปฏิบัติใหม่

สำหรับผู้ป่วยที่มีคำสั่งการรักษาให้ยาทางหลอดเลือดดำ แต่ไม่มีสารน้ำทางหลอดเลือดดำ



# การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

## วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยแผนภูมิแก๊งปลา



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

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อไม่ให้เกิดอุบัติการณ์การขาดการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS lock
2. เพื่อมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS lock
3. เพื่อให้ได้นวัตกรรมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย on NSS lock

### ตัวชี้วัดและเป้าหมายของโครงการ

1. อุบัติการณ์ผู้ป่วย On NSS Lock กลับบ้าน = 0 ครั้ง
2. อุบัติการณ์การเกิด Phlebitis จากการ on NSS Lock = 0 ครั้ง
3. ได้นวัตกรรม / เครื่องมือ ในการดูแลผู้ป่วย on NSS lock ของหอผู้ป่วยพิเศษ 8/1

กระบวนการทำงานและระยะเวลาในการดำเนินโครงการ.....มีนาคม 2561 – กุมภาพันธ์ 2562

ช่วงเวลา (เดือน) ขั้นตอน	ประจำเดือน											
	มี.ค. 61	เม.ย. 61	พ.ค. 61	มิ.ย. 61	ก.ค. 61	ส.ค. 61	ก.ย. 61	ต.ค. 61	พ.ย. 61	ธ.ค. 61	ม.ค. 62	ก.พ. 62
<b>วางแผน Plan</b> - รวบรวมข้อมูลจากความชุกด้าน IC - มอบหมายหัวหน้าทีมและรวบรวมทีมวิเคราะห์ปัญหาวางแผน - กำหนดแนวทางการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่ On NSS lock - ออกแบบและจัดทำป้ายสัญลักษณ์การ On NSS Lock	← →											
<b>ลงมือแก้ปัญหา Do</b> - นำแนวทางไปลองปฏิบัติ - จัดทำป้ายนวัตกรรมและการ run flush NSS Lock		← →										
<b>ตรวจสอบผล Check</b> - ติดตามการใช้แนวทางทุกวัน - เก็บข้อมูลและสาเหตุที่ไม่ได้ปฏิบัติตามทั้งข้อมูล Phlebitis						← →						
<b>แก้ไขปรับปรุง Action และจัดทำมาตรฐาน</b> - นำแนวทางปฏิบัติมาทบทวนปรับปรุง									← →			

- 1 เส้นแผนงาน ด้วยเส้น
- 2 การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น



การปรับปรุงพัฒนา

ตารางสรุปวิธีการปรับปรุงแก้ไขและผลของการปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวิธีการที่กำหนด

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุง แก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
<p><b>Man</b></p> <p>1. บุคลากรขาด ความตระหนัก</p> <p>2. ประสิทธิภาพ / การคาดการณ์ ความเสี่ยง</p> <p>3. ขาดทักษะดูแล</p>	<p>- ไม่นำแนวทางในการดูแลผู้ป่วย on NSS Lock มาปฏิบัติ เช่น ไม่มีการทำ บันทึกการ flush NSS ในผู้ป่วยที่ On NSS Lock</p> <p>- อายุงานน้อย และขาดการเล่า เหตุการณ์ความเสี่ยงบ่อยๆ</p> <p>- ไม่เข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วย NSS lock อย่างแท้จริง</p>	<p>- ประชุมทีมพยาบาลเพื่อทำความเข้าใจและ ร่วมหาแนวทางฯ</p> <p>- conference case ที่มีความเสี่ยงหรือเกิด อุบัติการณ์จากการ On NSS Lock / เล่าสู่ กันฟังให้บ่อยๆ เพื่อเสริมประสิทธิภาพ</p> <p>- จัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้ยา และสารน้ำทางหลอดเลือดดำ</p> <p>- นำผลงานวิจัยต่างๆ มาคุยกันอยู่เสมอ</p>	<p>หัวหน้าหน่วยงาน รองหัวหน้างาน หัวหน้าโครงการ</p>	<p>มี.ค.61</p>	<p>ก.ค.61</p>	<p>- ได้จัด conference case หลังรับเวรบุคลากรรับทราบ 80%</p>
<p><b>Method</b></p> <p>1. ไม่มีแนวทางใน การดูแลผู้ป่วย On NSS Lock</p> <p>2. ขาดการนิเทศ การปฏิบัติงาน</p> <p>3. ไม่ได้ลงเวร Flush ในใบ MAR เป็นหลักฐานการ ดูแล</p>	<p>- ไม่เคยมีการจัดทำแนวทางการดูแล ผู้ป่วยที่ on NSS Lock เพื่อให้เฉพาะยา เป็นเวลา</p> <p>- การนิเทศยังไม่ครอบคลุม</p> <p>- ไม่ได้รายงานหรือเก็บข้อมูลปัญหา รายงานที่เกือบจะลืมนัด NSS Lock โดยคิดว่าไม่เป็นหา</p>	<p>- จัดทำแนวทางการปฏิบัติและการดูแล ผู้ป่วยที่ on NSS Lock</p> <p>- จัดนิเทศแนวทางการปฏิบัติและการดูแล ผู้ป่วยที่ on NSS Lock</p> <p>- ระบุเวลาในการ flush NSS ลงในใบ MAR เพื่อเป็นช่องทางสื่อสารและประเมินผู้ป่วยที่ On NSS Lock</p> <p>- ทุกคนจะกระตุ้นเตือนการใช้แนวทางเมื่อมี การรับส่งเวรผู้ป่วยที่ให้เฉพาะยาเป็นครั้ง คราว</p>	<p>รองหัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าโครงการและ ทีมงานพยาบาล</p>	<p>มี.ค.61</p>	<p>ก.ค.61</p>	<p>- ได้จัดทำ แนวทางการปฏิบัติ และการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS Lock เรียบร้อยแล้ว</p> <p>- ได้จัดนิเทศกับบุคลากรใน หน่วยเรื่องการใช้นโยบายการ ปฏิบัติและการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS Lock ใช้เวลานิเทศหลัง รับเวร บุคลากรรับทราบ 80 % กำลังดำเนินการนิเทศให้ครบ 100%</p> <p>- เริ่มระบุเวลาในการ flush NSS ลงในใบ MAR ในผู้ป่วยทุก</p>

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุง แก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
						คนที่ on NSS Lock
<b>Machine</b> 1. ไม่มีเครื่องมือ สื่อสาร Alert ให้ ทราบว่าผู้ป่วย On NSS lock	- ไม่เคยมีการจัดทำเครื่องมือหรือ สัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย On NSS Lock	- ออกแบบและจัดทำป้ายสัญลักษณ์ที่บ่ง บอกว่าผู้ป่วย on NSS Lock และทดสอง ไข้	หัวหน้าหน่วยงาน รองหัวหน้างาน	มี.ค.61	ก.ค.61	- ได้จัดทำป้ายสัญลักษณ์ “ON NSS Lock” ติดบริเวณตู้ ยาหน้าห้องผู้ป่วยที่มี NSS lock และได้เริ่มใช้แล้ว และกำลังเก็บ ข้อมูลและสถิติ
<b>Environment</b> 1. ทารกใส่เสื้อผ้า หรือผ้าห่อตัวทำให้ บดบัง NSS lock	1. Port ถูกปิดด้วยเสื้อผ้า โดยเฉพาะ ทารกที่ไม่ทันได้สังเกต	- ขณะ Round ผู้ป่วยตรวจดูในส่วนที่ ปกปิดด้วยผ้าและคอยทบทวนโดยที่ैया หรือ On IV fluid - ก่อนกลับบ้านตรวจสอบผู้ป่วยซ้ำ	หัวหน้าเวรทุกเวร	มี.ค.61	ก.ค.61	- มีความตระหนักถึงปัญหามาก ขึ้นตรวจประเมินผู้ป่วยเกือบ ครบทุกเวร แต่ก่อนกลับจะ ตรวจสอบ 100%

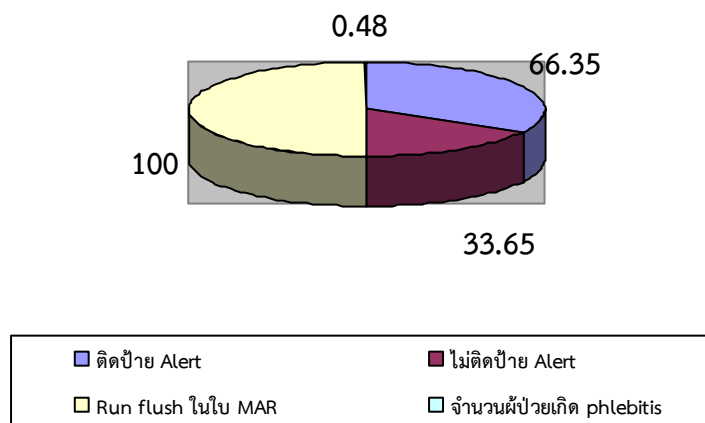


ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหา (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

ตารางสรุปจำนวนผู้ป่วย ON NSS ทั้งหมด 208 ครั้ง ตั้งแต่เดือน เมษายน 2561-เดือนกันยายน 2561

ลำดับที่	รายการ	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
1	จำนวนผู้ป่วย ติดป้าย Alert	138	66.35
2	จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ติดป้าย Alert	70	33.65
4	จำนวนผู้ป่วย Run flush ในใบ MAR	208	100.00
4	ลืมเอา NSS lock ออก	0	0.00
5.	จำนวนผู้ป่วยที่เกิด phlebitis	1	0.48

กราฟแสดงอัตราร้อยละผู้ป่วย ON NSS



หมายเหตุ ที่ใช้จำนวนครั้งเพราะผู้ป่วยบางราย off NSS lock แล้วกลับมา On nss lock ใหม่

สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์ผู้ป่วย On NSS Lock กลับบ้าน = 0 ครั้ง
2. พบอุบัติการณ์การเกิด Phlebitis จากการ on NSS Lock = 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 3.33 ของผู้ป่วยที่เก็บข้อมูล เป็นผู้ป่วยเด็กแรกเกิด on Nss lock เพื่อให้ ATB ใส่ Port พัน conform จากห้องคลอด ขึ้นมาให้ยาต่อที่ ward ระหว่างให้ยาไม่ได้เกาะ conform ที่พันออก เนื่องจากเห็นว่ายา flow ดี วันที่ 4 ของการให้ยาพบว่า มีน้ำรั่วซึมออกจาก conform จึงเปิดดูพบว่า Phlebitis stage 4 เป็นความรุนแรงระดับ F ต้องมีการติดตามอาการต่อเนื่อง โดยมีการปฏิบัติตามแนวทางที่จัดทำ เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ พบว่ามีการพันตรง exit side จนมองไม่เห็น บริเวณผิวหนังที่แทงเข็ม
3. ได้นวัตกรรมและแนวทางการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยที่ on NSS Lock ที่ ward 8/1

### บทเรียนที่ได้รับ

- ขาดเครื่องมือและตัวชี้วัดในการวัดกระบวนการปฏิบัติตามแนวทางที่จัดทำ ทำให้ไม่สามารถรับรองได้ว่าได้ปฏิบัติตามแนวทางครบถ้วนทุกขั้นตอนหรือไม่ จึงต้องมีการจัดทำเครื่องมือประเมินการปฏิบัติงานเพิ่มเติม

- จากผลลัพธ์ที่พบ Phlebitis ในทารกจากการ on NSS Lock จำนวน 1 ครั้ง ทางทีมได้มีการนำแนวทางปฏิบัติมาใช้กับทารกเช่นกัน จัดเป็น Training การติด tegaderm ในทารกที่ถูกต้องจากผู้แทนจำหน่ายและกำหนดไม่ให้ใช้วัสดุ stap port ที่ทำให้บดบังการประเมิน port หรือหากติดตามจากหน่วยงานอื่นทาง ward 8/1 จะแก้ไขใหม่ตามแนวทาง

- ไม่ได้แยกประเภทแนวทางการดูแลของผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ จึงต้องมีการปรับแนวทางเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วย

### การพัฒนาต่อเนื่อง

นำปัญหาที่พบในการดำเนินงานและกระบวนการ มาร่วมประชุมกับทีมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาและแนวทางการปฏิบัติต่อไป

นวัตกรรม\*ที่ได้จากการดำเนินโครงการจำนวน .....1..... เรื่อง

คือ นวัตกรรมป้ายชมพูแจ้งเตือน ผู้ป่วยที่ On NSS lock

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ On NSS lock

กิจกรรม CQI จะทำต่อไปในอนาคต

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ on NSS Lock

(นางสาวสุชานันท์ ไชยศรี)  
หัวหน้าโครงการ

(นางสาวสุธารัตน์ สุขศรี)  
ที่ปรึกษาโครงการ

(นางสาวสุชวดี เกษสุวรรณ)  
หัวหน้าหน่วยงานการพยาบาลพิเศษ (8/1)