

Queue Check in @ orthopedic clinic

พว.วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ¹ และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ

¹ห้องตรวจกระดูกและข้อเบอร์10 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน

ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

* wilailak.w@cmu.ac.th

1.แนวปฏิบัติที่ดีในด้าน การพัฒนางานประจำ แนวปฏิบัติที่ดี การจัดการความรู้

2.บทนำ/ที่มาและความสำคัญ

ห้องตรวจกระดูกและข้อให้บริการตรวจรักษาผู้มารับบริการที่มีปัญหากระดูกและข้อ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุตั้งแต่แรกเกิดขึ้นไป โดยเป็นศูนย์รวมการให้บริการทั้งปฐมนุรักษ์ในระดับภายในจังหวัดเชียงใหม่ และระดับตติยภูมิรองรับพื้นที่ 17 จังหวัดภาคเหนือ จากสถิติพบว่าในแต่ละวันให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เฉลี่ย 250-300 รายต่อวัน ปัญหาที่พบและจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ พบว่า ผู้รับบริการใช้ระยะเวลาอนานในการมารับบริการ ทำให้ service cycle time ของห้องตรวจไม่บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ผลลัพธ์มากกว่า 150 นาที และค่า TOP BOX น้อยกว่าร้อยละ 80 และจากการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและการจัดการความเสี่ยงโดยอาศัยหลักการ FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) ในกระบวนการให้บริการที่ห้องตรวจกระดูกและข้อ พบขั้นตอนที่เป็นกระบวนการที่สำคัญทำให้เกิดความเสี่ยงที่ต้องการแก้ไขปรับปรุงมากที่สุด คือ การรอนานในจุดการคัดกรองผู้ป่วยซึ่งมีปัจจัยหลายสาเหตุและปัจจัยที่สำคัญที่ค้นพบและเป็นสาเหตุหลัก คือ ระบบนัดเป็นช่วงเวลาไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และประกอบกับในแต่ละวันมีกลุ่มผู้ป่วยที่ลงทะเบียนมาตรวจใหม่และส่งมาจากห้องตรวจต่างๆ มีจำนวนมาก เฉลี่ย 70-100รายต่อวัน ทำให้พบปัญหาผู้รับบริการในช่วงเช้ามีจำนวนมากและเหตุปัจจัยที่สำคัญผู้ป่วยที่มีนัดไม่มา คัดกรองตามเวลาที่กำหนดในนัด ประกอบด้วยโครงสร้างทางกายภาพของห้องตรวจกระดูกและข้อเบอร์ 10 ไม่เอื้ออำนวย ไม่สามารถรองรับผู้มารับบริการจำนวนมากได้ ทำให้เกิดความแออัดและเกิดความวุ่นวายในจุดคัดกรองผู้ป่วยบริเวณหน้าห้องตรวจ อีกทั้งระบบการคัดกรองผู้ป่วยไม่ได้แยกช่องทางชัดเจนในการเข้าถึงจุดพยาบาลคัดกรอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยใช้เวลาอนานในจุดคัดกรองที่ห้องตรวจ ประกอบกับ มีข้อร้องเรียนทั้งเป็นลายลักษณ์อักษรและด้วยวาจาแสดงความไม่พึงพอใจ ในขณะที่เจ้าหน้าที่พร้อมและเต็มใจให้บริการอย่างเต็มที่ และการนำเครื่องมือในการค้นหาข้อมูลเชิงลึกของผู้ใช้หรือลูกค้า (Empathy map) เพื่อที่จะค้นหาความต้องการหรือปัญหาต่าง ๆ พบปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข คือ ขั้นตอนการเข้าถึงและเข้ารับบริการ โดยความเสี่ยงที่พบ คือ การรอนานในการคัดกรอง จากการวิเคราะห์และการจัดการข้อมูลในห้องตรวจ ผู้ให้บริการมองเห็นความสำคัญที่ต้องพัฒนาระบบบริการให้ดีขึ้น การพัฒนานำความคิดสร้างสรรค์ การมุ่งนำนวัตกรรมทางด้านกระบวนการเข้ามาปรับระบบการทำงาน มีการเปลี่ยนมุมมองและยึดหยุ่นในกระบวนการพัฒนาความคิด และการปรับระบบงานให้มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่เป็นเลิศ

3.วัตถุประสงค์

- 3.1 เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการในห้องตรวจกระดูกและข้อ
- 3.2 เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความสะดวก รวดเร็ว ถูกต้อง ปลอดภัยและพึงพอใจในการใช้บริการ

4.ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

- 4.1 วิเคราะห์ปัญหาโดยการนำเครื่องมือ FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) มาจัดการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและการจัดการความเสี่ยง
- 4.2 การพัฒนากระบวนการโดยหลักการ แนวคิดทฤษฎีวงจรคุณภาพ เดมมิง PDCA คือ แนวความคิดในการแก้ปัญหา (Problem. Solving) และการพัฒนากระบวนการ (Process Improvement) อย่างต่อเนื่อง
- 4.3 Empathy Map คือแผนที่ทำความเข้าใจลูกค้า เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ธุรกิจสามารถรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับลูกค้าในด้านต่างๆ เช่น ความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และความต้องการ

5.วิธีการ/กระบวนการ

5.1 การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงาน ผ่านวงล้อการพัฒนาคุณภาพ PDCA โดยการนำหลักการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและการจัดการความเสี่ยงโดยอาศัยหลัก FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) คือ ขั้นตอนการเข้าถึงและเข้ารับบริการโดยความเสี่ยงที่พบ คือ การรอนานในการคัดกรอง โดยปัจจัยที่ค้นพบคือการนัดเป็นช่วงเวลาไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และจำนวนที่ผู้มารับบริการใหม่มีจำนวนมาก และการสำรวจความต้องการผู้รับบริการทาง Empathy Map

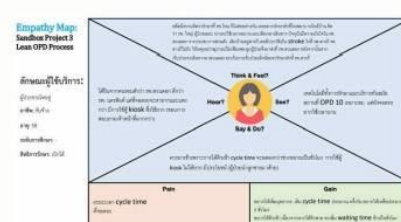
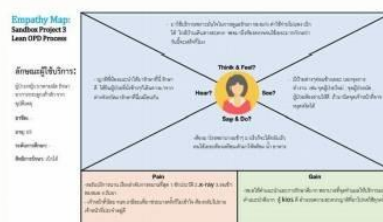
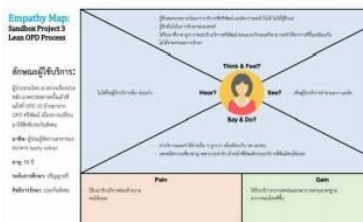
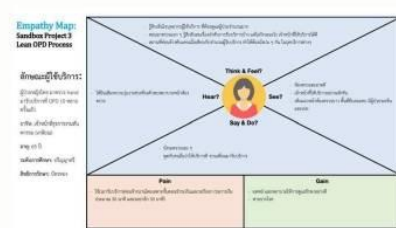
ตารางวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุก Proactive Risk และการจัดการความเสี่ยง FMEA กระบวนการบริการ

ห้องตรวจ.....10..... หน่วยตรวจ.....1..... งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล

กระบวนการ/ ประเด็น	ขั้นตอน Steps in the Process	Failure Mode ความเสี่ยง	Failure cause	Failure effects	Likelihood of Occurrence (1-10)	Likelihood of Detection (1-10)	Severity (1-10)	Risk Profile Number (RPN)	Action to Reduce Occurrence of failure + pt participation	KPI (เป้าหมาย)	แผนรองรับ หลังเกิด อุบัติเหตุ
กระบวนการ ให้บริการ ความไม่พึง พอใจการมา รับบริการที่ ห้องตรวจ กระดูกและ ข้อ	1. การเข้าถึงและ เข้ารับบริการ	รอนาน	-ผู้ป่วยยึดติดการมา รพ.เข้า -กลัวไม่มีที่จอดรถ -อาศัยการติดตาม มากับผู้อื่น -ระบบการนัดตาม ช่วงเวลาไม่สำเร็จ	-ผู้ป่วยรอนาน -ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ระบบบริการ -รพ. เสียค่าใช้จ่าย สาธารณสุขไปมาก -สถานที่แคบ คน แออัดจำนวนมาก	8	7	8	448	โครงการ New Service By Queue Arrive -สร้างแนวปฏิบัติใน การคัดกรอง	-ลดระยะเวลา รอคอย - ความพึงพอใจ	สร้างระบบ IT เข้ามาช่วย ในการคัด กรอง
	2. การประเมิน	คัดกรองผู้ป่วย ผิดพลาด	-จนคัดกรองมีน้อย รับเร่ง	-ผู้ป่วยได้รับการคัด กรองไม่ครอบคลุม	8	8	3	192			
	3. การวางแผน	การจัดระบบคิว ตรวจให้ไม่ตามเวลา ในโบนัด	-แพทย์ให้บริการ น้อย -แพทย์คัดผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน	-ผู้ป่วยรอนาน -ผู้ป่วยไม่พึงพอใจ ระบบบริการ -รพ. เสียค่าใช้จ่าย สาธารณสุขไปมาก	8	7	5	280			

กระบวนการ/ ประเด็น	ขั้นตอน Steps in the Process	Failure Mode ความเสี่ยง	Failure cause	Failure effects	Likelihood of Occurrence (1-10)	Likelihood of Detection (1-10)	Severity (1-10)	Risk Profile Number (RPN)	Action to Reduce Occurrence of failure + pt participation	KPI (เป้าหมาย)	แผนรองรับ หลังเกิด อุบัติการณ์
			-แพทย์ติดห้อง ผ้าคัด -แพทย์ติดประชุม								
	4. การดูแลผู้ป่วย	ผู้ป่วยต้องเปลี่ยน การดูแลไม่ ครอบคลุม เหมาะสม	-ผู้ป่วยจำนวนมาก -จนทำให้การดูแล น้อย (บุคลากร การแพทย์) -สถานที่แคบไม่ สามารถจัดเตียง ในห้องตรวจได้หมด -ผู้ป่วยนั่งนอน เปลี่ยนจำนวนมาก	-ญาติต้องคอยเฝ้า ผู้ป่วยนอกห้อง ตรวจ -ผู้ป่วยสับสนอยู่ ด้านนอกห้องตรวจ ไม่เห็นกระบวนการ การรักษาด้านใน ห้องตรวจ เกิด ความวิตกกังวล	7	7	7	343			
	5. การให้ข้อมูล และการเสริมพลัง แก่ผู้ป่วยและ ครอบครัว	ให้ข้อมูลและ คำแนะนำไม่ ครอบคลุม	-รับแจ้งในการ D/C	-ผู้ป่วยไม่ได้รับ คำแนะนำที่ ละเอียด	5	5	5	125			

กระบวนการ/ ประเด็น	ขั้นตอน Steps in the Process	Failure Mode ความเสี่ยง	Failure cause	Failure effects	Likelihood of Occurrence (1-10)	Likelihood of Detection (1-10)	Severity (1-10)	Risk Profile Number (RPN)	Action to Reduce Occurrence of failure + pt participation	KPI (เป้าหมาย)	แผนรองรับ หลังเกิด อุบัติการณ์
	6. การดูแล ต่อเนื่อง	ผู้ป่วยขาดการ ติดตามผลการรักษา	-ผู้ป่วยจำนวนมาก -จนทำให้การดูแล น้อย (บุคลากร การแพทย์)	-ไม่ได้ติดตามผู้ป่วย ทุกรายเมื่อผู้ป่วย ไม่มาตามนัด	5	5	5	125			



ระบบบริการที่ต้องการปรับปรุง

- ระยะเวลาการรอรับบริการ
- กระบวนการรับบริการ

5.2 การพัฒนากระบวนการ

5.2.1 พัฒนาระบบโดยการจัดทำ โปรแกรม Queue Arrive ร่วมกับหน่วยงาน
สารสนเทศโรงพยาบาล

5.2.2 พัฒนาระบบการคัดกรอง โดยปรับระบบ Queue Check in

5.2.3 ปรับระบบการคัดกรองผู้ป่วยหน้าห้องตรวจโดยการการแยกคัดกรองผู้ป่วยเป็น 3
ช่องทาง เพื่อลดระยะเวลาในการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงและซับซ้อนในการมาตรวจ
และมีแถบสีช่องทางชัดเจนง่ายต่อการเข้าถึง

6.ผลกระทบที่เป็นประโยชน์หรือสร้างคุณค่า

เสียงสะท้อนจากผู้รับบริการเป็นกุญแจที่สำคัญ ในการนำมาเป็นเป้าหมายของ
กระบวนการพัฒนาระบบบริการ การนำนวัตกรรมเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การ
วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน การกล้าคิดที่จะเปลี่ยนข้อจำกัดและกำหนดเป้าหมาย
ที่ต้องการอย่างชัดเจนเป็นความท้าทายในการเปลี่ยนแปลง ถึงแม้การเปลี่ยนแปลงนั้นจะเพิ่มภาระงานมากขึ้น
ผู้นำที่มีแนวคิดในการเปลี่ยนแปลง และนำพาสมาชิกทีมพร้อมใจกันร่วมในการพัฒนาไปด้วยจะทำให้ทีมผู้
ให้บริการกล้าที่จะมีการพัฒนาและออกมาจากระบบการทำงานแบบเดิมๆ และพร้อมในการพัฒนาโดยมี
ความคิดที่สร้างสรรค์ การออกแบบ Creative to Innovation จุดเริ่มต้นในการพัฒนา Queue check in ใน
กลุ่มผู้ป่วยมาตามนัด ที่มีคิวตรวจและเวลาในใบนัดแล้วจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการมารับบริการที่ห้อง
ตรวจ ในอนาคต ทีมผู้ให้บริการยังสามารถที่จะพัฒนานวัตกรรมใช้ระบบ ตู้แจกคิวอัตโนมัติเข้ามาช่วยในการ
บริการเรื่อง Queue check in โดยอาศัยความร่วมมือในหน่วยงานสหวิชาชีพ เข้ามาร่วมในการพัฒนา
ระบบงาน ทีมจะสามารถสร้างและนำเสนอคุณค่าในการบริการของเรา เป็นการพัฒนาระบบเพื่อตอบสนอง
การบริการที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย โดยเน้นอำนวยความสะดวก รวดเร็ว และพึงพอใจในการมารับ
บริการ นำไปสู่ความเป็นเลิศในการให้บริการผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด เป็นผลลัพธ์ที่ดีเลิศ ที่องค์กร
ปรารถนาให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

7.แผนการดำเนินงาน / การนำไปใช้ (Quality Improvement Process)

เริ่มวิเคราะห์ข้อมูลและประสานงาน ทดลองระบบ เดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม และดำเนินการ
แก้ไขปรับเปลี่ยนระบบเดือนเมษายน 2567

7.1 วิเคราะห์ปัญหาโดยการนำเครื่องมือ FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) มา
จัดการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและการจัดการความเสี่ยงที่ส่งผลให้ผลลัพธ์ในกระบวนการให้บริการที่ห้อง
ตรวจไม่เป็นไปตามเป้าหมายซึ่งจากการวิเคราะห์กระบวนการดูแลผู้ป่วย ขั้นตอนการเข้าถึง และเข้ารับบริการ
เป็นกระบวนการสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยปัจจัยสาเหตุที่พบ คือระบบนัดเป็นช่วงเวลาไม่สำเร็จตาม
เป้าหมายที่วางไว้ ผู้ป่วยที่ลงทะเบียนมาตรวจใหม่ และผู้ป่วยส่งมาจากห้องตรวจต่างๆ มีจำนวนมาก ทำให้
ระบบการคัดกรองล่าช้า ผู้ป่วยใช้เวลาเข้าแถวรอคัดกรองนาน และระบบคัดกรองแจกคิวตรวจทั้งผู้ป่วยใหม่
และผู้ป่วยมาตามนัดใช้ระบบพยาบาลแจกคิวคนเดียว ทำให้เกิดระยะรอคอยในการเข้าถึงบริการนาน ส่งผลให้
ให้ SCT เกินค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสำรวจความต้องการผู้รับบริการใช้เครื่องมือ Empathy Map

7.2 พัฒนาระบบโดยการจัดทำ โปรแกรม Queue Arrive ร่วมกับ หน่วยงานสารสนเทศ
โรงพยาบาล งานเทคโนโลยีสารสนเทศ เป็นโปรแกรมที่ร่วมคิดค้นสร้างขึ้นมาในการจัดคิวตรวจให้กับผู้ป่วยที่

ลงทะเบียนมาใหม่ที่ห้องตรวจและผู้ป่วยที่ส่งตรวจมาจากห้องตรวจต่างๆ ในการจัดลำดับคิว ช่วงเวลาการมาคัดกรองหน้าห้องตรวจและพบแพทย์ในการดูแลได้อย่างชัดเจน ระบบคิวที่มีพยาบาลประเมินตามความเร่งด่วนของผู้ป่วยในการเข้าพบแพทย์ สามารถจัดการระบบคิวผู้ป่วยตามความเร่งด่วนในการพบแพทย์แบ่งเป็น

7.2.1 ผู้ป่วยที่มีความเร่งด่วนพบแพทย์จัดระบบคิวให้แล้วพบพยาบาลคัดกรองช่วงเวลาเช้า

7.2.2 ผู้ป่วยที่ไม่เร่งด่วนสามารถรับคิวตรวจช่วงเวลากลางวัน แล้วมาพบพยาบาลคัดกรองและได้รับการตรวจช่วงเวลากลางวัน

7.2.3 ผู้ป่วยที่มาตรวจอาการไม่เร่งด่วนและต้องพบแพทย์เฉพาะทางโดยตรงมาไม่ตรงคลินิกที่ออกตรวจ สามารถให้คำแนะนำในออกใบนัดลดการรอคอยที่สูญเปล่า

7.3 ปรับระบบการคัดกรองหน้าห้องตรวจในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตามนัดและใบนัดระบุคิวตรวจและเวลาอย่างชัดเจนในใบนัด โดยกำหนดให้ผู้ป่วยที่มาใช้บริการวัดสัญญาณชีพแล้ว ให้นำใบนัดยืนยันตัวตนพร้อมรับ Queue Check in ตามเวลาที่ระบุในใบนัดเท่านั้น พบพยาบาลประเมินอาการคัดกรอง แล้วรอพบแพทย์

7.4 ปรับระบบการคัดกรองผู้ป่วยหน้าห้องตรวจโดยการแยกคัดกรองผู้ป่วยเป็น 3 ช่องทาง เพื่อลดระยะเวลาในการคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มที่ไม่มีอาการเปลี่ยนแปลงและซับซ้อนในการมาตรวจและมีแถบสีช่องทางชัดเจนง่ายต่อการเข้าถึง

ช่องทางที่ 1 สีม่วง ผู้ป่วยนั่งล้อเข็น เพลนอน

ช่องทางที่ 2 สีส้ม ผู้ป่วยลงทะเบียนมาใหม่ ส่งปรึกษาจากห้องตรวจต่างๆ

ช่องทางที่ 3 สีเหลือง มี 2 ช่องทาง ผู้ป่วยมาตามนัด

ตัววัดความสำเร็จที่สำคัญ: ผลลัพธ์เชิงปริมาณและผลลัพธ์เชิงคุณภาพ

1) ผลลัพธ์ SCT น้อยกว่าเท่ากับ 150 นาที

2) ระดับความพึงพอใจผู้รับบริการ Top Box มากกว่าเท่ากับ 80% และ Empathy Score มากกว่า 80%

3) ผู้ป่วยระดับ U ได้พบแพทย์ ในเวลา 30 นาที 100% ผู้ป่วยระดับ L ได้พบแพทย์ภายในเวลา 1 ชั่วโมง 100 %

4) จำนวนอุบัติการณ์การ ตกล้อ-เพล (Falling) (ราย) = 0

5) จำนวนอุบัติการณ์การระบุผิดตัว (Identification error) (ราย) = 0

6) จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลงและให้การช่วยเหลือล่าช้า (ราย) = 0

ผลการดำเนินงานหรือการประเมินผลการเปลี่ยนแปลง(Performance):

1) มีระบบคิวตรวจ โปรแกรม Queue Arrive ผู้ป่วยได้ทราบถึงช่วงเวลาลำดับการเข้ารับบริการในการคัดกรอง พบแพทย์ผู้ทำการรักษาได้อย่างชัดเจน สามารถนำระบบคิวที่ได้รับง่ายต่อการสื่อสารในทีมการดูแล และลดระยะเวลาการรอคอยพบแพทย์

2) ลดระยะเวลาในการคัดกรองที่หน้าห้องตรวจ โดยกระบวนการระบบ Queue Check in และการเข้าถึงกระบวนการคัดกรองที่คัดแยกผู้ป่วยอย่างชัดเจน

3) ผลลัพธ์ความสำเร็จตามตัวชี้วัด

มุมมอง BSC (Balanced Scorecard) /เป้าหมาย	KPI	เกณฑ์	ผลการดำเนินงาน (ปีพ.ศ.)			
			2566	2567		
				ม.ค.- มี.ค.	เม.ย.- มิ.ย.	ก.ค.- ก.ย.
Customer Perspective เข้าถึง ง่าย รวดเร็ว พึงพอใจ	Service cycle time (นาที)	<150	184	172	152	141
	Top Box (ร้อยละ)	>80	65.66	87.37	88.94	93.43
	Empathy score (ร้อยละ)	>80	59.60	80.53	90.45	90.40
การป้องกันการ Falling	จำนวนอุบัติการณ์การ ตกล่อ-เพล (Falling) (ราย) /ระดับความรุนแรงของการ บาดเจ็บจากการ ลื่นล้ม ตก ล่อ-เพล (Falling) ระบุ A-I	0	0	1C	0	0
การป้องกันการระบุ ผิดพลาด (Identification error)	จำนวนอุบัติการณ์การระบุ ผิดพลาด (Identification error) (ราย) /ระดับความรุนแรงของการ ระบุผิดพลาด (Identification error) ระบุ A-I	0	3B, 6C	2C	1B,2C	1B,2C
ผู้ป่วยมีอาการ เปลี่ยนแปลงช่วยเหลือ ล่าช้า	จำนวนผู้ป่วยที่มีอาการ เปลี่ยนแปลงและให้การ ช่วยเหลือล่าช้า (ราย)	0	0	0	0	0
	และ ผู้ป่วยระดับ U ได้พบ แพทย์ ในเวลา 30 นาที และระดับ L ภายในเวลา 1 ชั่วโมง	100%	100%	100%	100%	100%

8.วิเคราะห์และสรุปสาระสำคัญ

การพัฒนาปรับปรุงกระบวนการทำงาน ผ่านวงล้อการพัฒนาคุณภาพ และออกแบบกระบวนการให้มีประสิทธิภาพ โดยการนำหลักการวิเคราะห์ความเสี่ยงเชิงรุกและการจัดการความเสี่ยง โดยอาศัยหลัก FMEA (Failure Mode and Effect Analysis) ช่วยออกแบบระบบใหม่ ในกระบวนการให้บริการดูแลผู้ป่วยที่ห้องตรวจ และการนำเครื่องมือในการค้นหาข้อมูลเชิงลึกของผู้ใช้หรือลูกค้า (Empathy Map) เพื่อที่จะค้นหาความต้องการหรือปัญหาต่างๆ พบปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไข คือ ขั้นตอนการเข้าถึงและเข้ารับบริการโดยความเสี่ยงที่พบ คือ การรอนานในการคัดกรอง โดยปัจจัยที่ค้นพบคือการนัดเป็นช่วงเวลาไม่สำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ และจำนวนที่ผู้มารับบริการใหม่มีจำนวนมาก และการนำเครื่องมือใน

การค้นหาข้อมูลเชิงลึกของผู้ใช้หรือลูกค้า (Empathy Map) พบว่า ผู้รับบริการต้องการคือ ระยะเวลาการรอรับบริการ และกระบวนการมารับบริการ การออกแบบระบบการทำงานใหม่โดยนำนวัตกรรมระบบ Queue Check in ยืนยันตัวตามเวลาในใบนัด และ Queue Arrive กำหนดคิวในกลุ่มผู้ป่วยใหม่ พร้อมทั้งปรับปรุงพัฒนาระบบแนวทางในการคัดกรองผู้ป่วยแยกตามกลุ่ม ทำให้ง่ายต่อการเข้าถึงจุดการคัดกรองทำให้ไม่เกิดการรอนานในกลุ่มผู้ป่วยที่มาตามนัดอาการไม่เปลี่ยนแปลง ผลลัพธ์ที่ได้ ผู้รับบริการง่ายต่อการเข้าถึงจุดบริการและ ลดระยะเวลารอคอยนานในการคัดกรอง ทำให้ลด SCT (service cycle time) และเพิ่มความพึงพอใจ โดยพบว่า ค่า Top Box และ Empathy Scoreของห้องตรวจมีค่าเพิ่มขึ้นและผู้ป่วยได้รับการบริการที่ปลอดภัย

9.เอกสารอ้างอิง

- ปาริฉัตร สาน้อย. (31 มีนาคม 2015). *ออกแบบกระบวนการให้มีประสิทธิภาพด้วย FMEA (Failure Mode and Effect Analysis)*. <https://www.ftpi.or.th/2015/2277>
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2024). *รายงานความเสี่ยง ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. <http://172.17.8.240/RMS/>
- เศรษฐภูมิ เถาขารี. (2539). *การบริหารองค์กรด้วยวงจรเดมมิง*. <http://www.thailandindustry.com/onlinemag/view2.php?id=319§ion=17&issues=23>
- เศรษฐภูมิ เถาขารี. (2558). *การพัฒนาองค์กร (Organization Development) โดยรวม*. *Industrial Technology Review*, 21(273), หน้า 103-110.
- ศูนย์บริหารจัดการข้อมูลคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (2024). *รายงาน TOP BOX & Service Cycle Time*. <https://w2.med.cmu.ac.th/odc/>
- สนั่น เถาขารี. (2558). *การบริหารองค์กรสู่ความยั่งยืน, เทคนิค เครื่องกลไฟฟ้าอุตสาหกรรม*. 32(375), 99-109
- Methinee Sopa. (26 มกราคม 2024). *Empathy Map คืออะไร กลยุทธ์มัดใจลูกค้าที่สร้างยอดขายได้จริง!*. <https://www.primal.co.th/th/marketing/what-is-empathy-map/>