



# แบบฟอร์มการจัดการความรู้

การบันทึกข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัยทัศน์อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง LEAN การบันทึกข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัยทัศน์

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ วันอังคารที่ 10 พฤษภาคม 2566

## ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| 1. คุณ จิราภรณ์ จิตต์โสภา              | ผู้จัดการความรู้ (KM Manager) |
| 2. คุณ สุวัชรา พลเวียง                 | คุณอำนวย (Facilitator)        |
| 3. คุณ ัญญาลักษณ์ ชนะกุล               | คุณลิขิต (Note Taker)         |
| 4. ผศ.พญ. พัชนี ภาชิตชาคริต            | คุณกิจ                        |
| 5. ผศ.พญ. ดุจเดือน สีละมาต             | คุณกิจ                        |
| 6. ผศ.นพ. ชัยพฤกษ์ กุสุมาพรรณโณ        | คุณกิจ                        |
| 7. ผศ.พญ. จุฑารัตน์ เลื่อนผลเจริญชัย   | คุณกิจ                        |
| 8. พญ. วนิดา จงอรุณงามแสง              | คุณกิจ                        |
| 9. นพ. ญัฐพจน์ รัตนบุรี                | คุณกิจ                        |
| 10. พญ. เพ็ญภััสสรณ์ เตชะประจักษ์จิตต์ | คุณกิจ                        |
| 11. นพ. ธิปไตย เกิดจั่น                | คุณกิจ                        |
| 12. พญ. ปิยวรรณ คูปริดีชาติ            | คุณกิจ                        |
| 13. พญ. ปกรเกล้า เจียรนัย              | คุณกิจ                        |
| 14. นพ. ญัฐสิทธิ์ จิวากานนท์           | คุณกิจ                        |
| 15. นพ. อธิธิ ตัมพานูวัตร              | คุณกิจ                        |
| 16. พญ. วินัส ปัญจะ                    | คุณกิจ                        |
| 17. พญ. วรรศวัลย์ กุลองคณานนท์         | คุณกิจ                        |
| 18. พญ. เบญจวรรณ นาคลัมย์              | คุณกิจ                        |
| 19. นพ. นุตพงษ์ พฤกษ์ศิริ              | คุณกิจ                        |
| 20. นพ. เสฎฐวุฒิ ทวีสุทธิเวชย์         | คุณกิจ                        |
| 21. คุณ สายชล อ้ารงโชติ                | คุณกิจ                        |
| 22. คุณ พันธนิต จันทา                  | คุณกิจ                        |
| 23. คุณ ศิริรัตน์ เลิศสุชาตวนิช        | คุณกิจ                        |

24. คุณ ทศวรรณ ไชยну	คุณกิจ
25. คุณ พิมพ์ภีรา พลกล้า	คุณกิจ
26. คุณ นภาพร กุระวงค์	คุณกิจ
27. คุณ ทิพวรรณ อยู่คุ้ม	คุณกิจ
28. คุณ ฉัตรียา ชาวนา	คุณกิจ
29. คุณ นิลดา จุลลา	คุณกิจ
30. คุณ สาลินี พูลจันทร์	คุณกิจ
31. คุณ สุนนทวิญ ธรรมรักษา	คุณกิจ
32. คุณ เมทินี ลิขิตวัน	คุณกิจ
33. คุณ อภิญญา ไชยну	คุณกิจ
34. คุณ สุวัชรา พลเวียง	คุณกิจ
35. คุณ นครินทร์ สมัยใหม่	คุณกิจ
36. คุณ สุกัญญา พงษ์มาลา	คุณกิจ
37. คุณ ทองสุข ประมล	คุณกิจ
38. คุณ ภรพิมล สุดขยัน	คุณกิจ
39. คุณ ศิรินทร แยมสุนทร	คุณกิจ
40. คุณ มณีนุช ไชโย	คุณกิจ

## 1. หลักการและเหตุผล

ในงานบริการทางวิสัญญี มีหลายครั้งที่ผู้ป่วยเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและระดับความรู้สึก พบได้ทั้งในระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัด ภาควิชาวิสัญญีวิทยาได้มีการนำทบทวนอุบัติการณ์ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วยมาทบทวน โดยผู้พบเหตุบันทึกข้อมูลในอุบัติการณ์ที่เกิดในสมุด morbidity & mortality ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา วิสัญญีพยาบาลและวิสัญญีแพทย์ ผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรม morbidity & mortality conference รวบรวมและจัดลำดับการนำเสนอของแต่ละเดือน เพื่อให้ผู้พบเหตุเตรียมข้อมูลมานำเสนอในการทบทวนในกิจกรรม morbidity & mortality conference ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา ซึ่งจัดทุกวันอังคาร สัปดาห์ที่ 4 ของเดือน หลังจากนั้นภาควิชาวิสัญญีวิทยา/ทีมนำทางคลินิกวิสัญญีทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล นำผลการทบทวนมานำเสนอในกิจกรรมบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันและลดความรุนแรง ลดโอกาสเกิด อันจะเป็นประโยชน์แก่คุณภาพการบริการทางวิสัญญี เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย สอดคล้องกับเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยมาตรฐานด้าน safe surgery หลายเหตุการณ์ที่เกิดมีความเกี่ยวข้องกับแพทย์หลายสาขา หรือเกี่ยวข้องกับหน่วยงานอื่น ผู้รับผิดชอบกิจกรรมทำหน้าที่ประสานงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการทบทวนร่วมกันซึ่งได้รับการทบทวนร่วมกันในบางเหตุการณ์ หลายเหตุการณ์ที่ไม่สามารถสรุปแนวทางการแก้ไขให้ชัดเจนได้เนื่องจากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหายังไม่ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ

ที่ผ่านมาพบว่าการบันทึกข้อมูลอุบัติการณ์ในสมุด morbidity & mortality ของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติลงได้ครบถ้วน วิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่สะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากมีสมุดในการลงข้อมูลที่จุดลงข้อมูลจุดเดียว ไม่สะดวกในการบันทึก ผู้พบเหตุต้องปรึกษาอาจารย์วิสัญญีประจำห้องเพื่อประเมินว่าเข้าเกณฑ์ที่ต้องการทบทวนหรือไม่ก่อนลงข้อมูล หากเป็นกรณีที่ต้องทบทวนจะต้องลงข้อมูลสมุดตามหัวข้อต่างๆ ทำให้เกิดความล่าช้าและลืมนลงข้อมูล การระบุข้อมูลผู้ในแต่ละหัวข้อไม่ครบถ้วน เนื่องจากไม่มี ความชัดเจนในการระบุแต่ละหัวข้อ ที่ผ่านมามีจำนวนเหตุการณ์/ภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นทุกเดือน แต่ละเดือนมีหลายกรณี เกิดจากหลายปัจจัย ทั้งในส่วนของ Primary cause, Second cause อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเกิดร่วมกันทั้ง Primary cause และ Second cause และสาเหตุเกิดได้จาก Anesthesia related, Surgical related หรือ Patient related หรือหลายสาเหตุร่วมกัน ในแต่ละเดือนผู้รับผิดชอบกิจกรรมจะต้องติดตามหลายครั้งจึงจะได้ข้อมูลที่เพียงพอจะจัดลำดับการนำเสนอ ซึ่งเกิดความเสียเวลา สร้างความยุ่งยากในการปฏิบัติทั้งพบเหตุและผู้รับผิดชอบ อีกทั้งเวลาที่เหลือกระชั้นชิดในการนำเสนอ ส่งผลให้ผู้พบเตรียมข้อมูลสำคัญไม่ครบถ้วน ไม่มีข้อมูลที่เพียงพอในการวิเคราะห์ โอกาสที่จะเชิญผู้เกี่ยวข้องจากหน่วยงานอื่นมาร่วมในการวิเคราะห์ได้น้อย

หากมีการพัฒนารูปแบบการลงข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าถึงได้ง่ายและมีแบบฟอร์มที่สามารถระบุรายละเอียดได้ครบถ้วน จะช่วยให้สามารถรวบรวมข้อมูลการรายงานประจำเดือนได้อย่างรวดเร็ว และผู้ปฏิบัติงานสามารถรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยมา Root cause analysis ได้อย่างรวดเร็ว

## 2. วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีรูปแบบการลงข้อมูลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเตรียมข้อมูลได้พร้อมและครบถ้วน
3. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำ Root cause analysis ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา

## 3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

1. มีรูปแบบการลงข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ผู้ปฏิบัติงานมีการเตรียมข้อมูลได้อย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ
3. การทำ Root Cause analysis ของภาควิชาวิสัญญีวิทยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

## แนวทางการบันทึกข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัญญี (ก่อน LEAN)



## แนวทางการบันทึกข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัยทัศน์ (หลัง LEAN)



+

## 8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

คู่มือ : Google sheet สำหรับลงข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัญญี

ลำดับ	วันที่	ชื่อ-สกุล	อายุ	HN	ASA	Adverse event	Anesthetic related	Primary cause I	Secondary cause II	Human error (error in)	System error (error/problem in)	Pt. related factors	Risk level	Preventable
1							Full						G	No
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
25														
26														
27														
28														

และ  มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2566 เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปรีนเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

## 9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

9.1 บุคลากรทุกคนในภาควิชามีความตระหนักและให้ความสำคัญของการลงข้อมูลเหตุการณ์สำคัญ/ภาวะแทรกซ้อน เพื่อทบทวนในกิจกรรม morbidity & mortality ของภาควิชาวิสัญญีวิทยา

9.2 มี google sheet สำหรับการลงข้อมูลเหตุการณ์/ภาวะแทรกซ้อนทางวิสัญญีและการผ่าตัด

9.3 บุคลากรทางวิสัญญีมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการนำ LAEN มาช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

## 10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

10.1 บุคลากรมีการลงข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัญญีในgoogle sheet ได้อย่างครบถ้วนและรวดเร็ว ซึ่งลดขั้นตอนในการติดข้อมูลที่ยังไม่ครบถ้วน

10.2 วิสัญญีพยาบาล พยาบาล และแพทย์ประจำบ้านวิสัญญี ลงข้อมูลเหตุการณ์สำคัญทางวิสัญญีใน google sheet 100%

10.3 ผู้รับผิดชอบสามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปทบทวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## 11. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร

นำระบบ LEAN มาปรับใช้ในกระบวนการปฏิบัติงานที่มีความล่าช้า และสิ้นเปลืองทรัพยากรของหน่วยงาน

## 2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร

จากการวิเคราะห์เหตุการณ์/ภาวะแทรกซ้อน อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปวิเคราะห์กับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลผู้ป่วยผ่าตัดในองค์กร และพัฒนาตัวชี้วัดในการให้บริการทางวิสัญญีได้อย่างเหมาะสมในระดับองค์กร

### 12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม





.....  
(ลงชื่อ.....)

รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ/หัวหน้าหน่วยงาน