



แบบฟอร์มการจัดการ

การจัดการความรู้ของหน่วยงานการพยาบาลพิเศษ 12/1

หัวข้อในการจัดการความรู้ (Knowledge Vision)

เรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่ให้กับผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษา

วัน/เดือน/ปี ที่จัดการความรู้ 10 เมษายน 2566

ผู้เข้าร่วมกิจกรรม

1.	สุภาณี	ธรรมานนท์	ผู้จัดการความรู้ (KM Manager)
2.	จิตรลดา	พูลศิลป์	คุณอำนวย (Facilitator)
3.	รวิวรรณ	ศรีสวय	คุณลิขิต (Note Taker)
4.	อรพรรณ	กลินหอม	คุณกิจ
5.	กฤติยา	สุภาวรงค์	คุณกิจ
6.	ณัฐนันท์	ศรีคุณ	คุณกิจ
7.	สุกัญญา	ประภาศรีเกตุ	คุณกิจ
8.	อัญริยา	กิ่งของ	คุณกิจ
9.	อริสา	ศุภจินดา	คุณกิจ
10.	สิลิมาส	วงศ์สุวรรณ	คุณกิจ
11.	ภัทรวดี	โบราณสัน	คุณกิจ
12.	จุฑามาศ	สมพร	คุณกิจ
13.	อนัญพร	สิทธิธรรม	คุณกิจ
14.	มนัสศวรร	ใจเย็น	คุณกิจ
15.	ศศิณา	ตานี	คุณกิจ
16.	จันทิมา	พลนิยม	คุณกิจ
17.	ปิยฉัตร	เสนสอน	คุณกิจ
18.	ประภัสสร	ถนัดกิจ	คุณกิจ
19.	สินีนารถ	ซาเฮาะ	คุณกิจ
20.	ศิริวรรณ	แวนแก้ว	คุณกิจ
21.	จริยา	กันหาเรียง	คุณกิจ

1. หลักการและเหตุผล

เนื่องจากหน่วยงานมีผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเป็นส่วนใหญ่ และมีผู้ป่วยที่จะต้องได้รับยาบางชนิดก่อนเข้ารับการผ่าตัด และหน่วยงานได้เกิดอุบัติการณ์การบริหารยาที่ให้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผิดพลาดเมื่อเดือน พฤศจิกายน 2562 Right time, Harm level C และ D จำนวน 2 รอบ ซึ่งหากมีความผิดพลาดตั้งแต่การจัดเตรียมยา จนไปถึงการนำยาให้แก่ผู้ป่วยไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้รับยา ล้วนมีความสำคัญมาก หากเกิดความผิดพลาดย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยไม่มากก็น้อย ดังนั้นทางหน่วยงานจึงเล็งเห็นความสำคัญในเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการให้ยาผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด เพื่อให้เกิดความผิดพลาดน้อยลง หรือไม่มีเกิดเลย

2. วัตถุประสงค์

1. ลดอุบัติการณ์การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดที่ไม่ครบถ้วน
2. ลดความผิดพลาดในการบริหารยา (Administration Error) ให้กับผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

3. เป้าหมาย/ตัวชี้วัด

- ไม่เกิดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาที่ให้กับกลุ่มผู้ป่วยก่อนเข้ารับการผ่าตัดทุกราย
- อุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป = 0

4. วิธีการ/รูปแบบการจัดการความรู้*** (กรณาระบุ)***

- Success Story Telling (SST) (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.1)
- The World Cafe (กรณีเลือกข้อนี้ให้ใส่ข้อมูลตามตารางข้อ 5.2)

5. กระบวนการจัดการความรู้ (Share & Learn)

5.1 Success Story Telling (SST)

ผู้เล่าเรื่อง (Narrator)	เหตุการณ์ (Context)	เทคนิค/วิธีการ (Action)	ผลลัพธ์ที่ได้รับ (Result)
สุภาณี	- ด้วยภาระงานเวรเช้าที่อาจจะยุ่งมาก จึงทำให้ทุกคนมีภาระงานมาก จนทำให้มีการสื่อสารที่ผิดพลาด จนทำให้ลืมฉีดยา on call ให้กับผู้ป่วย	- สร้างความตระหนักให้กับหัวหน้าเวรทุกเวรในการควบคุมทีมให้ทำงานด้วยความละเอียดและรอบคอบ	- การมีระบบ Double check ในทุกเวร
จิตรลดา	- ไม่มีการเตรียมยา และไม่มีป้ายเตือนให้ฉีดยา on call	- มีการจัดเตรียมยา และทำป้ายเตือนให้ชัดเจนสำหรับยา on call	- สำหรับยา on call มีการจัดทำป้ายเตือน เพื่อป้องกันการลืมให้ยา
อรพรรณ	- Med nurse ต้องคอยสังเกต คอยรับคำสั่งจากหัวหน้าทีมว่ามีการส่งผู้ป่วยไป OR	- มีการนิเทศหัวหน้าเวรเรื่องการสื่อสารให้กับทีม	- ทุก case ที่จะส่งไป OR หัวหน้าทีมต้องมีการกล่าวขานสื่อสารให้กับทีมรับรู้ให้มีประสิทธิภาพ
กฤติยา	- พยาบาลมีความประมาท/เผลอเรอ /ความเคยชิน ทำให้มีการบริหารยาผิดพลาด	- มีการ Double check ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยา	- พยาบาลปฏิบัติตามหลักการให้ยา 6R

อัญพร	- สำหรับยา on call ควรมีการจัดทำ ป้ายเตือน	- มีการจัดทำป้ายเตือนยา on call ทำให้ลดความผิดพลาดในการลื มให้ยาได้	- จัดทำป้ายเตือนยา oncall
สุกัญญา	- เกิดจากตัวบุคคลที่มีความประมาท ทำให้เกิดความผิดพลาด	- มีการนิเทศรายบุคคล	- บุคคลเขียนใบรายงาน อุบัติการณ์ตนเอง เพื่อให้ เกิดความตระหนักในการใช้ แนวปฏิบัติ
มนัสสุวรรณ	- เนื่องจาก W.12/1 เป็น ward เตรียมผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดหลาย case ด้วยภาระงานเวรเข้าที่อาจจะ ยุ่ง จึงทำให้ลืมฉีดยา on call	- ให้พยาบาลคูเวร Med nurse ช่วยตรวจสอบการเตรียมยาอีก ครั้ง เพื่อเป็นการช่วยกันทบทวน	- การมีระบบ Double check
ศศิณา	- พยาบาลขาดทักษะการเตรียมยา ตามหลัก 6R	- มีการนิเทศพยาบาลเรื่องการ บริหารยาตามหลัก 6R เพื่อเป็น การทบทวน และลดความ ผิดพลาดในการบริหารยา	- จัดทำแผนนิเทศเรื่องการ บริหารยาตามหลัก 6R
จันทิมา	- การสื่อสารภายในทีมไม่มี ประสิทธิภาพ	- สร้างความตระหนัก เรื่องการ สื่อสารให้มีประสิทธิภาพให้กับ ทีมพยาบาลทุกเวร	- จัดทำแผนนิเทศเรื่องการ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

6.สรุปความถี่ (ข้อมูลที่ได้มาจากข้อ 5.1 หรือ 5.2)

เรื่อง	จำนวนความถี่
1. การมีระบบ Double check ให้กับพยาบาลคูเวร Med nurse	3
2. มีการจัดเตรียมยา และทำป้ายเตือนให้ชัดเจนสำหรับยา on call	2
3. มีการสื่อสารภายในทีมให้มีประสิทธิภาพ	2
4. เกิดจากความผิดพลาดที่ตัวบุคคล	2

7. Key Success Factor (ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จ สรุปจากกระบวนการจัดการความรู้ในข้อ.6

(โดยเรียงจากความถี่ที่ได้จากข้อ 6 จากความถี่มากที่สุดไปหาน้อยสุด)

1. กำหนดให้ Med nurse มีการ Double check ยากับพยาบาลคูเวรช่วยตรวจสอบการเตรียมยาอีกครั้ง
เพื่อเป็นการทบทวน และลดความผิดพลาดในการบริหารยา
2. การจัดเตรียมยา และจัดทำป้ายเตือนยา on call ทำให้ลดความผิดพลาดในการลืมให้ยาได้
3. หลังจากมีการจัดทำแผนนิเทศเรื่องการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การสื่อสารภายในทีมดีขึ้น
4. ความผิดพลาดที่ตัวบุคคล มีการเขียนรายงานอุบัติการณ์ตนเอง ทำให้บุคคลเกิดความตระหนักในการใช้
แนวปฏิบัติมากขึ้น

8. นวัตกรรมหรือสิ่งที่ได้จากการจัดการความรู้ (กรุณาแนบหลักฐาน)

- คู่มือ
 แผ่นพับ

และ มีการเผยแพร่ความรู้ผ่านโปรแกรมหรือระบบต่างๆเมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566

เพื่อการตรวจสอบ (พร้อมปริญเอกสารแนบ หน้า website KM หน่วยงานมาด้วย)

9. ผลจากการดำเนินการทำกิจกรรม KM

ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาก่อนการดำเนินการทำกิจกรรม KM

เดือน	ชนิดความคลาดเคลื่อน	Harm level					อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
		A	B	C	D	E (up)	
พฤศจิกายน 62	Right time	0	0	1	1	0	8.62 %
ธันวาคม 62	6R	0	0	0	0	0	0
มกราคม 63	6R	0	0	0	0	0	0
กุมภาพันธ์ 63	6R	0	0	0	0	0	0
มีนาคม 63	6R	0	0	0	0	0	0
เมษายน 63	6R	0	0	0	0	0	0

เดือน	อุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป
พฤศจิกายน 62	2
ธันวาคม 62	0
มกราคม 63	0
กุมภาพันธ์ 63	0
มีนาคม 63	0
เมษายน 63	0

ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาหลังการดำเนินงานการทำกิจกรรม KM

เดือน	ชนิดความคลาดเคลื่อน	Harm level					อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
		A	B	C	D	E (up)	
ตุลาคม 65	6R	0	0	0	0	0	0
พฤศจิกายน 65	6R	0	0	0	0	0	0
ธันวาคม 65	6R	0	0	0	0	0	0
มกราคม 66	6R	0	0	0	0	0	0
กุมภาพันธ์ 66	6R	0	0	0	0	0	0
มีนาคม 66	6R	0	0	0	0	0	0

เดือน	อุบัติการณ์ระดับ C ขึ้นไป
ตุลาคม 65	0
พฤศจิกายน 65	0
ธันวาคม 65	0
มกราคม 66	0
กุมภาพันธ์ 66	0
มีนาคม 66	0

หมายเหตุ

- การคำนวณ Administration error = $\frac{\text{จำนวนครั้งที่เกิด} \times 1,000}{\text{จำนวนวันนอนรวม}}$
- เก็บข้อมูลเฉพาะ case ที่ต้องได้รับยาก่อนผ่าตัด

นิยาม

อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นการวัดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีระดับ Harm level ตั้งแต่ระดับ C ขึ้นไป

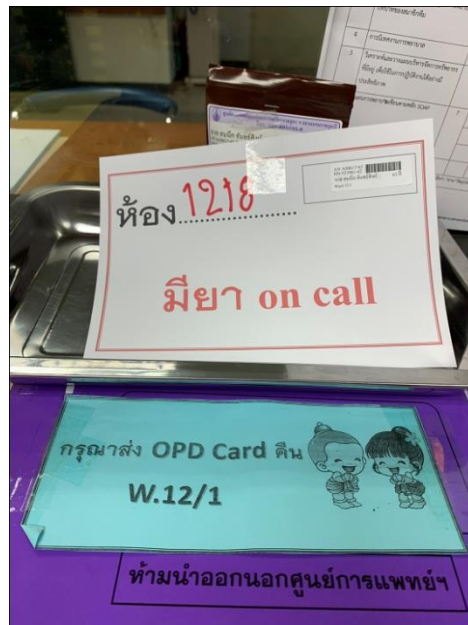
10. สรุปผลการนำเทคนิคไปปฏิบัติใช้

ก่อนการดำเนินการในช่วงเดือน พฤศจิกายน 2562 – เมษายน 2563 มีรายงานอัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผิดพลาด (Medication Error) จำนวน 2 รอบ คิดเป็น 8.62% หลังดำเนินการพบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผิดพลาดในเดือน ตุลาคม 2565 – มีนาคม 2566 เท่ากับ 0% แสดงให้เห็นประสิทธิภาพของแนวทางการบริหารยาที่ให้กับผู้ป่วยก่อนผ่าตัด หลังจากการทำ KM ทำให้อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาลดน้อยลงจนถึงไม่เกิดขึ้นเลย

11. After Action Review (AAR)

1. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาหน่วยงานของท่านได้อย่างไร
 - มีแนวทางในการป้องกันการเกิด Medication Error ที่สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงาน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น
 - หน่วยงานมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเรื่องความปลอดภัยของผู้ป่วย
2. ท่านสามารถนำองค์ความรู้ไปพัฒนาองค์กรได้อย่างไร
 - เพื่อพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติ และตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วย เพื่อความปลอดภัยตามมาตรฐาน HA การเกิด Medication Error และ adverse drug event นำไปสู่องค์กร เพื่อความปลอดภัยตามเป้าหมายของโรงพยาบาล

12. ภาพประกอบการทำกิจกรรม



.....
(นางสุภาณี ธรรมานนท์)
รักษาการแทน หัวหน้างานการพยาบาลพิเศษ 12/1

ภาคผนวก

KM - MSMC

ห้อง.....

ชื่อ - สกุล

มีข่า on call