การจัดการความรู้ของหน่วยงาน

1. **การจัดการความรู้เรื่อง** : การบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาด ในงานบริการเภสัชกรรม

2. **ชื่อหน่วยงาน** กลุ่มงานเภสัชกรรม

3. **ปัญหา/ความจำเป็นต้องแก้ไข**

ระบบบริหารความเสี่ยงถือเป็นเบื้องต้นที่จะนำไปสู่การพัฒนางาน กระบวนการบริหารความเสี่ยงมีจุดมุ่งหมายเพื่อการรับรู้และจำกัดความเสี่ยงเพื่อลดโอกาสและปริมาณของความสูญเสียที่จะเกิดขึ้น ซึ่งประกอบด้วยการค้นหา การประเมิน การจัดการกับความเสี่ยง และการประเมินผล ซึ่งกระบวนการค้นหาความเสี่ยงนั้นอาจจะโดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีต จากประสบการณ์ของคนอื่น หรือจากการเรียนรู้ในระหว่างการทำงาน โดยการรายงานอุบัติการณ์ การคัดกรองอุบัติการณ์ และการรายงานเหตุการณ์ ซึ่งบุคลากรทุกคนควรตระหนักและรายงานเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้องค์กรได้ข้อมูลอุบัติการณ์ตามความเป็นจริงและเกิดการแก้ปัญหาได้ถูกต้องเป็นระบบ ดังนั้นการวางระบบการรายงานที่ชัดเจน มีการสร้างความตระหนักต่อการรายงานข้อมูลและการทำแบบฟอร์มให้ง่ายต่อการรายงานก็จะช่วยให้การค้นหาความเสี่ยงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การแสดงให้เห็นว่าข้อมูลที่รายงานไปนั้นได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ การให้ข้อมูลกลับมายังเจ้าหน้าที่อย่างสม่ำเสมอเกี่ยวกับความถี่และความรุนแรงของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นก็จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการรายงานอุบัติการณ์ตามความเป็นจริงมากขึ้น

ระบบบริหารความเสี่ยงตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล Hospital accreditation(HA) ประกอบด้วย 8 โปรแกรมหลัก โดยหนึ่งนั้นเป็นความเสี่ยงทางด้านระบบยา ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นหลักทั้งในด้านการสั่งใช้ การถ่ายทอดคำสั่งใช้ การจ่าย และการบริหารยาผิดพลาด ซึ่งการรายงานอุบัติการณ์ตามความเป็นจริงทั้งเหตุการณ์พลาดแล้ว(missed) หรือเหตุการณ์เกือบพลาด(near missed) จะช่วยสนับสนุนให้มีการนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อแก้ไขหรือวางระบบบริหารจัดการด้านยาของโรงพยาบาลเกิดประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะเหตุการณ์เกือบพลาดซึ่งมักจะถูกละเลย แต่กลับเป็นจุดสำคัญที่นำไปสู่การเกิดอุบัติการณ์ที่พลาดได้ ดังนั้นการตระหนักและให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์เกือบพลาดโดยการรายงานข้อมูลอย่างสม่ำเสมอตามความเป็นจริงและข้อมูลเหล่านั้นถูกนำไปวิเคราะห์แก้ไขปัญหาทางด้านระบบยาอย่างเป็นระบบก็จะช่วยลดอุบัติการณ์ที่พลาดได้ ดังนั้นเพื่อให้บุคลากรของกลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านสามารถบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับเกือบพลาดได้ กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ดำเนินกิจกรรมจัดการความรู้กับการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาด ของกลุ่มงานเภสัชกรรมขึ้น

4. วิธีการจัดการความรู้

ขั้นตอนที่ 1. การบ่งชี้ความรู้ : บุคลากรกลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านเข้าใจกระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา และสามารถที่จะบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาดได้อย่างถูกต้อง

ขั้นตอนที่ 2. การสร้างและแสวงหาความรู้ และจัดการความรู้ให้เป็นหมวดหมู่แล้วนำมาประมวลกลั่นกรอง

การสร้างและแสวงหาความรู้ : เภสัชกรผู้รับผิดชอบงานเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาของโรงพยาบาลค้นคว้าเอกสารระบบยาเพื่อความปลอดภัย(safety medication system) เส้นทางสู่ Hospital accreditation และการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล พร้อมกับจัดทำร่างแบบบันทึกข้อมูลเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาด และนำเสนอต่อที่ประชุมกลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อปรับปรุงเนื้อหา ให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนประกาศใช้ และเผยแพร่ให้บุคลากรของกลุ่มงานเภสัชกรรมทุกท่านได้รับทราบและนำไปใช้รายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาดที่พบในงานบริการเภสัชกรรมต่อไป

การจัดความรู้ให้เป็นระบบ : การค้นหาความเสี่ยงด้านระบบยาโดยเฉพาะอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตามความเป็นจริงนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรที่จะตระหนักและร่วมมือในการรายงาน รวมทั้งการเข้าใจกระบวนการรายงาน และแบบรายงานที่ง่ายและสะดวกก็เป็นปัจจัยสำคัญที่จะสนับสนุนให้เกิดการรายงานตามจริง ดังนั้นเพื่อให้กระบวนการค้นหาความเสี่ยงที่เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาด ในงานบริการเภสัชกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้ดำเนินการจัดการความรู้เรื่องระบบบริหารความเสี่ยงกับการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาด ในงานบริการเภสัชกรรม โดยกำหนดประเด็นของการบันทึกอุบัติการณ์ให้ชัดเจนเป็นหมวดหมู่ต่างๆ ดังนี้

a. **รายการความผิดพลาด** ซึ่งแยกตามตำแหน่งของผู้ปฏิบัติงานที่พบอุบัติการณ์ดังนี้

   (1) **ตำแหน่งตรวจสอบคำสั่งแพทย์/พิมพ์ฉลากยา** (Prescribing errors,Transcribing errors) ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบได้ ดังนี้ สั่งยาผิดชนิด สั่งยาผิดความแรง/ขนาด สั่งยาผิดรูปแบบ สั่งใช้ยาผิดจำนวน สั่งใช้ยาผิดวิธี สั่งยาไม่ระบุขนาด/ปริมาณ/วิธีใช้ สั่งจ่ายยาโดยไม่ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย สั่งจ่ายยาซ้ำซ้อน โดยไม่แจ้งกลุ่มงานเภสัช สั่งจ่ายยาไม่ตรงกับผู้ป่วย สั่งจ่ายยาที่ผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา สั่งจ่ายยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน และสั่งใช้ยาที่ไม่มีจำหน่ายในโรงพยาบาลฯ

   (2) **ตำแหน่งผู้ป่วยใน** (Prescribing errors,Transcribing errors)

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบได้ ดังนี้ สั่งยาผิดชนิด สั่งยาผิดความแรง/ขนาด สั่งยาผิดรูปแบบ สั่งใช้ยาผิดจำนวน สั่งใช้ยาผิดวิธี สั่งยาไม่ระบุขนาด/ปริมาณ/วิธีใช้ สั่งยาโดยไม่ระบุชื่อ-สกุลผู้ป่วย สั่งยาไม่ตรงกับผู้ป่วย สั่งจ่ายยาผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้ยา

(3) **ตำแหน่งตรวจสอบยา (Transcribing errors, Pre-dispensing errors)** ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบได้ ดังนี้ บันทึกชื่อยา/ความแรงของยาผิด บันทึกผิดจำนวน บันทึกวิธีใช้ผิด บันทึกรูปแบบยาผิด (เม็ด,ฉีด,น้ำ) บันทึกข้อมูลไม่ครบรายการ (ขาดบางรายการ) บันทึกข้อมูลลงในPatient Profile ผิดคน จัดยาผิดชนิด/ความแรง จัดยาผิดจำนวน จัดยาผิดรูปแบบ(เม็ด,น้ำ,ฉีด) จัดยาไม่ครบรายการ ความผิดพลาดอื่นๆ

(3) **ตำแหน่งจ่ายยา (Transcribing errors, Pre-dispensing errors)** ความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจพบได้ ดังนี้ บันทึกชื่อยา/ความแรงของยาผิด บันทึกผิดจำนวน บันทึกวิธีใช้ผิด บันทึกรูปแบบยาผิด (เม็ด,ฉีด,น้ำ) บันทึกข้อมูลไม่ครบรายการ (ขาดบางรายการ) บันทึกข้อมูลลงในPatient Profile ผิดคน จัดยาผิดชนิด/ความแรง จัดยาผิดจำนวน จัดยาผิดรูปแบบ(เม็ด,น้ำ,ฉีด) จัดยาไม่ครบรายการ ความผิดพลาดอื่นๆ

b. **ลักษณะของปัญหา** เป็นการให้รายละเอียดเกี่ยวกับลักษณะการเกิดความคลาดเคลื่อน เช่น รายการยา หรือขนาดยาที่คลาดเคลื่อน

การประมวลและกลั่นกรองความรู้ : นำแบบฟอร์มการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed เข้าร่วมประชุมเภสัชกร เพื่อปรับปรุงเนื้อหาให้ครอบคลุมและชัดเจนยิ่งขึ้น

ขั้นตอนที่ 3. **การเข้าถึงความรู้ :** เภสัชกรนำแบบฟอร์มการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed มาชี้แจงในที่ประชุมกลุ่มงานเภสัชกรรม และให้แต่ละคนฝึกปฏิบัติ และหลังจากนั้นได้จัดทำเป็นเอกสารไว้ในแต่ละตำแหน่งปฏิบัติงาน 4 ตำแหน่ง คือ ตำแหน่งตรวจสอบคำสั่งใช้ยาและพิมพ์ฉลากยา ตำแหน่งบันทึกคำสั่งใช้ยาผู้ป่วยในตำแหน่งตรวจสอบยาก่อนจ่าย และตำแหน่งจ่ายยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่สามารถนำมาใช้ได้สะดวกยิ่งขึ้นเมื่อพบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed ในขณะปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 4. **การเรียนรู้หรือขยายผล**

การเรียนรู้ : จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed ของกลุ่มงานเภสัชกรรมซึ่งเกิดได้บ่อย ทำให้เจ้าหน้าที่กลุ่มงาน

เภสัชกรรมมีความเข้าใจต่อความสำคัญของการรายงานอุบัติการณ์ และมีเครื่องมือที่ง่ายและสะดวกในการบันทึก สามารถคัดแยกแบ่งประเภทของอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาได้ ซึ่งเป็นการส่งเสริมศักยภาพผู้ปฏิบัติงานให้สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การขยายผล : มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปยังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลซึ่งได้นำไปสู่การปรับแบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed ในการบริหารยาของหอผู้ป่วยในต่อไป

5. ประสิทธิภาพของผลลัพธ์

1. มีแบบฟอร์มในการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed ของงานบริการเภสัชกรรม
2. เจ้าหน้าที่มีทักษะ ความสามารถในการบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near missed ได้ทั้งเจ้าพนักงานเภสัชกรรม และเภสัชกร

6. การนำไปใช้ประโยชน์

1. ใช้ในการค้นหาความเสี่ยงของระบบยาที่เป็นความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาดทั้งที่เกิดภายในงานบริการเภสัชกรรม เช่น การจัดยา การบันทึกคำสั่งใช้ยาผิดพลาด และที่เกิดจากหน่วยงานอื่นแต่ได้ส่งต่อความผิดพลาดมายังงานบริการเภสัชกรรม เช่น การสั่งใช้ และการถ่ายทอดคำสั่งใช้ผิดพลาด
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ต่อระบบบริหารจัดการความเสี่ยงด้านระบบยาของบุคลากรภายในกลุ่มงานเภสัชกรรม
3. เป็นต้นแบบของการพัฒนาแบบบันทึกอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับเกือบพลาดให้กับหน่วยงานอื่น เช่น การบริหารยาของหอผู้ป่วย

7. ตัวแทนหน่วยงานประจำบอร์ด หรือผู้ประสานงาน

ชื่อ นายธีรพงศ์ นามสกุล ภิรมย์กิจ ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ

ชื่อ นางสาวสุพัณณดา นามสกุล สรเสนา ตำแหน่ง เภสัชกรปฏิบัติการ