

๑. ชื่อเรื่อง : อย่า error ให้ใคร

๒. ผู้จัดทำผลงาน : 1. นางสาวสุทธิดา ศาสนอุดม  
2. นางสาววรารัตน์ สุวรรณชาติ  
3. นางสาวสุไรดา เจะโกะ

๓. ผู้นำเสนอ

๔. ผลงานนี้ไม่ผ่านการนำเสนอในเวทีใดมาก่อน

๕. ประเภทผลงานที่นำเสนอ () Oral ระบุกลุ่ม .....
- () Poster ระบุกลุ่ม .....
- () Hot short film / clip VDO

๖. ลักษณะของผลงานที่นำเสนอดังนี้

- () ผลงานใหม่ () ผลงานต่อยอดจากเรื่องเดิม

๗. ความเป็นมา / บริบท

งานหอผู้ป่วยในเป็นงานที่ให้บริการทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งการเก็บส่งตรวจเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาล เพื่อช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การติดตามผลการรักษา การพยากรณ์โรค ป้องกันโรคและการระบาดโรค ซึ่งพยาบาลจะต้องมีความตระหนักและให้ความสำคัญ เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ส่งส่งตรวจผิดคน เก็บส่งตรวจผิดคน ติดใบ Lab ผิดเตียง นับว่าเป็นประเด็นที่สามารถทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยทั้งสิ้น

จากการเก็บรวบรวมข้อมูล พบว่ามีจำนวน Lab error เกิดขึ้น ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งเท่ากับ 0 ดังนี้

ข้อมูล	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
ความผิดพลาดในการเก็บส่งตรวจ	- tube ไม่พอ - เขียนใบ Lab ไม่ครบ - spacemen ไม่พอ - เก็บ spacemen clot - ลงข้อมูลในคอมไม่ตรงกับ Lab - ลืมเก็บ spacemen - ติดใบ Lab ผิดเตียง	- ลืม งดน้ำและอาหาร - spacemen น้อย - ไม่เขียนใบ Lab	รอข้อมูล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแต่ละปี พบว่าความผิดพลาดในการเก็บสิ่งส่งตรวจลดลง แต่อย่างไรก็ตามอาจมีความผิดพลาดเกิดขึ้นหรือลดลง จึงได้มีการจัดทำแนวทางการป้องกัน Laboratory error ขึ้นมาใหม่ ที่พัฒนามาจากความผิดพลาดที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

### เป้าหมาย / วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

### ประเด็นสำคัญของเรื่องที่ต้องดำเนินการ

1. ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการติดใบ Lab ผิดเพียง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วยได้

### ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. อัตราการเกิด Laboratory error 0%

### กระบวนการดำเนินงาน / วิธีการ / กระบวนการพัฒนาคุณภาพ

#### (1) ความผิดพลาดในการเก็บสิ่งส่งตรวจ

การดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ 2547 - 2553

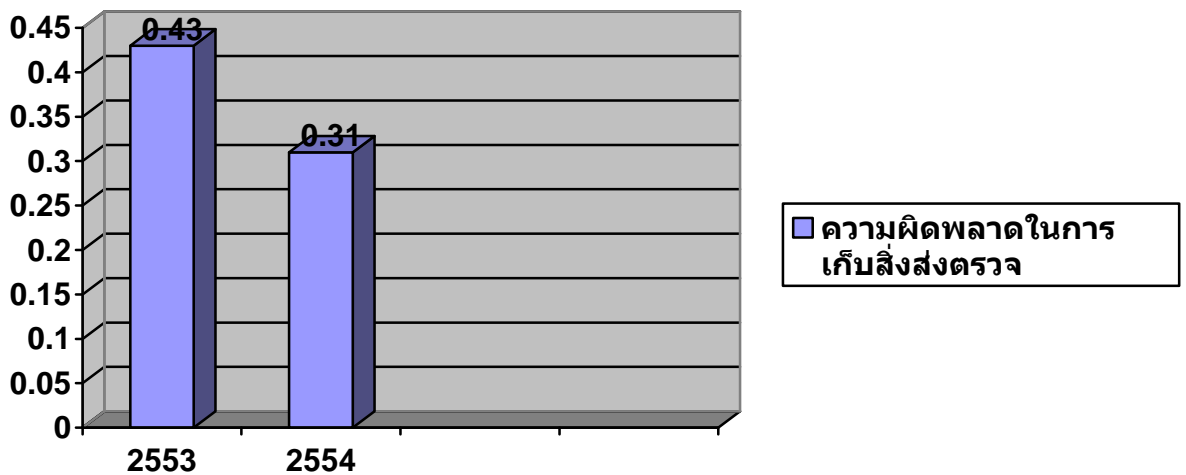
- ใช้ใบ Lab และสิ่งส่งตรวจนำไปส่งที่ห้องตรวจ โดยใส่ลงในตะกร้าส่ง Lab
- เมื่อได้ใบ Lab ก็นำมาติดลงใน chart ของผู้ป่วย

การพัฒนาคุณภาพ ตั้งแต่ปี 2554 - ปัจจุบัน

- ประสานห้องตรวจในเรื่องของการจัดทำ สมุดส่งตรวจ Lab และคู่มือในการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูง เพื่อเป็นแนวทางในการเก็บสิ่งส่งตรวจ
- มีการตรวจสอบและประเมินความเพียงพอของภาชนะที่ใช้เก็บสิ่งส่งตรวจทุกเดือน และจัดเตรียมให้เพียงพอกับความต้องการในการใช้ โดยการสำรวจจากยอดจำนวนครั้งในการเก็บสิ่งส่งตรวจของแต่ละเดือน
- In charge ตรวจสอบ Order แพทย์ เขียนชื่อ HN ชนิด Lab ลงใน ใบ Lab และสติ๊กเกอร์ติด Lab
- พยาบาลที่รับผิดชอบ case เก็บสิ่งส่งตรวจ จะต้องตรวจสอบ Order แพทย์ ใบ Lab และสติ๊กเกอร์ติด Lab ให้ครบถ้วน ก่อนไปเก็บสิ่งส่งตรวจที่ตัวผู้ป่วย

- เมื่อเก็บสิ่งส่งตรวจเสร็จให้แจ้ง พยาบาลที่เป็น In charge เพื่อ In charge จะได้ลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ส่งไปยังห้องตรวจ โดยมีการตรวจสอบจาก Order อีกครั้ง
- พยาบาลคนที่เก็บสิ่งส่งตรวจ เป็นคนลงข้อมูล ชื่อ-สกุล HN เดียง ชนิด Lab และเซ็นชื่อผู้ส่งตรวจ ในสมุดส่งตรวจ และนำสิ่งส่งตรวจใส่ซองแยกสิ่งส่งตรวจ เพื่อป้องกันการหกเปื้อนใบ Lab ใส่ลงในตะกร้าไปยังห้องตรวจ พร้อมด้วยสมุดส่งตรวจ Lab
- พยาบาลที่ส่ง Lab จะต้องลงข้อมูล ชื่อ-สกุล HN เดียง ชนิด Lab และเซ็นชื่อผู้ส่งตรวจ ลงสมุดส่งตรวจ Lab ที่เป็นของห้องตรวจ Lab
- เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ Lab ที่เป็นคนรับสิ่งส่งตรวจ จะต้องเซ็นชื่อรับสิ่งส่งตรวจลงในสมุดส่งตรวจ Lab ที่พยาบาลเป็นคนนำไปด้วย
- เมื่อได้ใบ Lab ให้ In charge เรียกชื่อ-สกุล เดียง ชนิด Lab
- พยาบาลคนที่ 2 เป็นคนเปิด chart ที่ In charge เรียก เพื่อติดใบ Lab ลงใน chart ผู้ป่วย

#### ผลลัพธ์



แผนภูมิแท่งแสดงอัตราการเก็บสิ่งส่งตรวจผิดพลาด พบว่ามีแนวโน้มความผิดพลาดลดลง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย เท่ากับ 0 ซึ่งสาเหตุเกิดจาก ผู้ปฏิบัติงานขาดความรอบคอบและไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

## การต่อยอดในการพัฒนาต่อไป

- ทบทวน WI ทุก 6 เดือน หรือปรับปรุง WI เมื่อเกิดปัญหา
- In charge แบ่ง case รับผิดชอบ พยายามปฏิบัติตามหน้าที่ความรับผิดชอบ
- มีการศึกษาข้อมูลจากคู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการชั้นสูงตร ก่อนการเก็บส่งส่งตรวจ