



แบบสรุปกิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา
การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

ลำดับที่ ..1./..2565..

จัดทำโดย

หน่วยงาน การพยาบาลสามัญอายุรกรรมหญิง 11/2

ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

QMS-000-4-001-06

Rev. 28/09/2565

1) สมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1	คุณสายชล	สัวขุนทด..... ที่ปรึกษาโครงการ
2	คุณรัชณี	เหล่าเทิม..... ประธาน/หัวหน้าโครงการ
3	คุณภาวิณี	บัวเรียน เลขานุการโครงการ (ผู้ประสานงาน)
4	คุณศิริประภา	แพงทวย
5	คุณสายพิน	แสงหิรัญ
6	คุณเจนจิรา	เพชรประยูร
7	คุณธิดารัตน์	เมืองแก้ว
8	คุณวิชญาพร	ประดับกรณ
9	คุณธนาพร	ภูทะวัง
10	คุณวิมล	สังข์สีแก้ว
11	คุณพรพีไล	แสะสาร
12	คุณวิภาดา	กอกแก้ว
13	คุณชมพูนุช	กาลจักร
14	คุณยุภาพร	โททองดี
15	คุณจุฑารัตน์	มุกุสิทธิ
16	คุณกฤศญาภรณ์	สีคำซอน
17	คุณอัญชลิ	ป้องภัย
18	คุณแสนสุภรณ์	ศรีแสน
19	คุณปาริชาติ	บุญประกอบ
20	คุณชลทีชา	สีบวงษ์
21	คุณชญาณี	สินประเสริฐ
22	คุณมินตรา	ชมไพร
23	คุณรัชณีกร	ม่วงผงดาด
24	คุณฐิติรัตน์	กล่อมใจ
25	คุณรสสุคนธ์	เวียงนนท์
26	คุณตรียะกุล	สว่างพิทักษ์
27	คุณชนากานต์	มหาราช

2) กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (CQI) ตอบสนอง

(ทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อ และระบุข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม)

- (1) แผนยุทธศาสตร์ SMART ของศูนย์การแพทย์ ระบุ.....
- (2) คุณภาพความปลอดภัยที่เป็นเป้าหมายและจุดเน้นสำคัญขององค์กร/ทีม CLT/ทีมนำระบบ
 - 2.1) SIMPLE² ความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากร ระบุ...Medication..Error....
 - 2.2) 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ระบุ.....
 - 2.3) ปัญหาความเสี่ยงสำคัญของหน่วยงาน/ทีมเรื่อง ระบุ.....
- (3) การพัฒนาเพื่อยกระดับผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดระดับองค์กร/ทีม CLT/ ทีมนำระบบงานสำคัญ
 - 3.1 ตัวชี้วัด THIP 3.2 ตัวชี้วัด ExPNet
 - 3.2 ตัวชี้วัดองค์กร (SAR part 4) ตัวชี้วัดทีม/ระบบงาน (SAR part 1-2)ระบุตัวชี้วัด

3) ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

4) หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

การบริหารยาเป็นส่วนหนึ่งในมาตรฐานความปลอดภัย SIMPLE ซึ่งความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) คือ ความคลาดเคลื่อนที่เกิดในกระบวนการใช้ยา ตั้งแต่การสั่งใช้ยา การคัดลอกคำสั่งใช้ยา การจ่ายยา และ การบริหารยา นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นเหตุการณ์ที่อาจหลีกเลี่ยงหรือป้องกันได้ด้วยระบบควบคุมที่มีประสิทธิภาพและความร่วมมือระหว่างผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

การบริหารยา เป็นอีกหนึ่งหน้าที่สำคัญสำหรับพยาบาล พยาบาลต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับขนาดยา กลไกการออกฤทธิ์ของยา พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยที่ได้รับยาเหมาะสม ฉะนั้นการบริหารยาในหน่วยงานถือว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยทางหน่วยงานยึดหลัก 6R ถึงแม้ว่าจากสถิติของหน่วยงานจะพบความคลาดเคลื่อนทางยาที่ไม่รุนแรง มีการตรวจสอบขั้นตอน double check ยา อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ A-B ในเดือนกรกฎาคม 2565 พบ 6 ครั้ง เดือนสิงหาคม 2565 พบ 8 ครั้ง และในเดือนกันยายน 2565 พบ 10 ครั้ง มีแนวโน้มที่มากขึ้น ในขณะที่อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ระดับ A-I พบเพียง 1 ครั้ง แต่เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ซึ่งมีอันตรายส่งผลต่อชีวิตผู้ป่วย

จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ทางหน่วยงานเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารยาติดตามเฝ้าระวังอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการบริหารยา

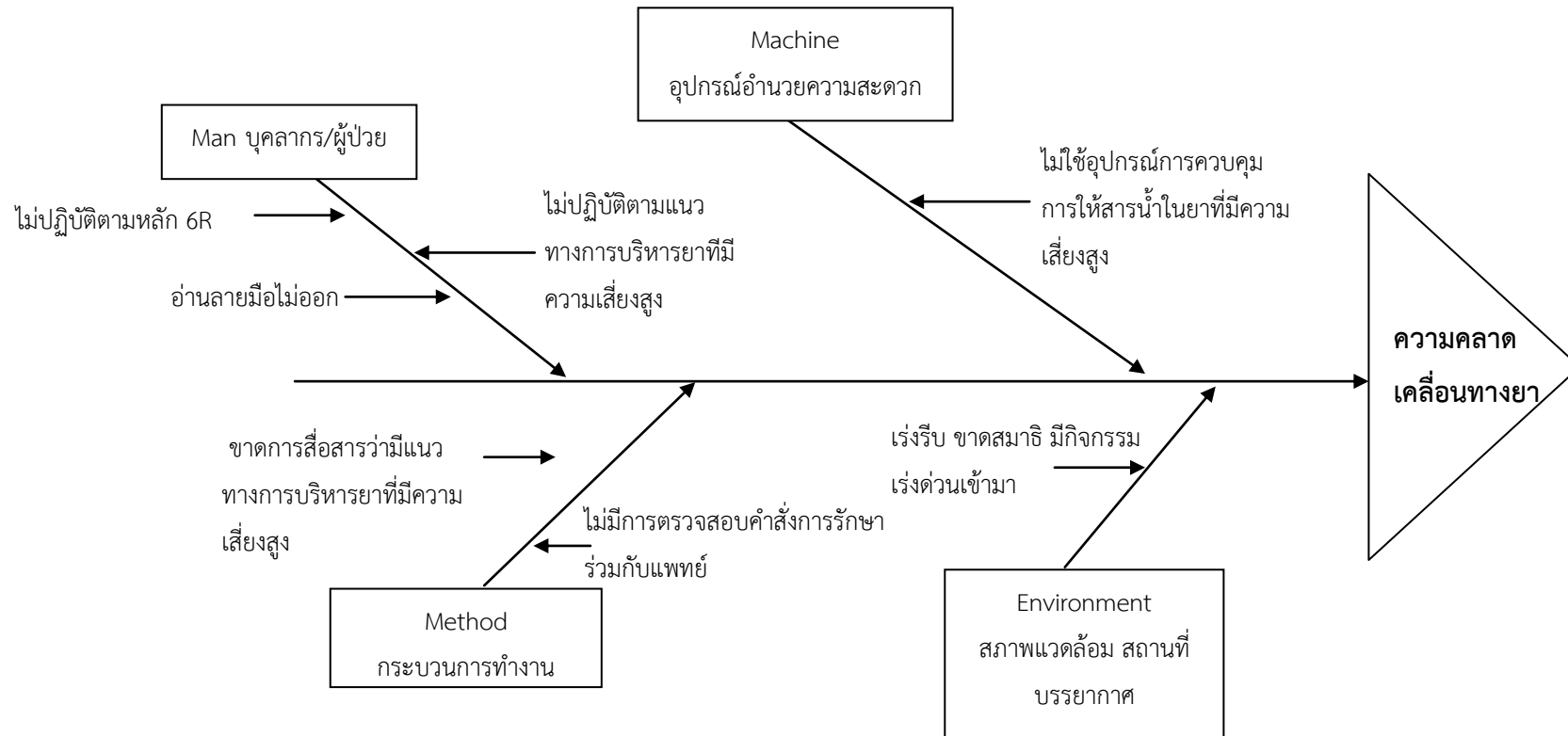
5) ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

ที่	ข้อมูล/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ 2565							
			ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ ระดับ A-B=Near miss	<5 ครั้ง/1000 วันนอน	0	0	0	0	0	6	8	10
2	อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยใน ระดับ C-I = Error	0 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน	0	0	0	0	0	0	0	0
3	อัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยา HAD ระดับ A-I	≤ 0.5 ต่อ 1,000 visit	0	0	0	0	0	0	0	1

* ตัวชี้วัดรายเดือน ย้อนหลัง 6 เดือน, รายไตรมาส ย้อนหลัง 4 ไตรมาส, รายปี ย้อนหลัง 3 ปี

**กรณีผลงาน Lean Management ลดขั้นตอนหรือระยะเวลา ควรแสดงผังวิเคราะห์กระบวนการทำงานและระยะเวลาก่อนการดำเนินการ

6) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



ปัจจัยด้าน เช่น

Man	บุคลากรหรือเจ้าหน้าที่
Method	วิธีการ/กระบวนการทำงาน
Material	วัตถุดิบหรือข้อมูล เช่น งบประมาณ การบริหารจัดการ
Machine	อุปกรณ์/เครื่องมืออำนวยความสะดวก
Environment	ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อปัญหา/ความเสี่ยง
อื่นๆ

7) วัตถุประสงค์โครงการ

ไม่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs)

8) ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ A-B=Near miss <5 ครั้ง/1000 วันนอน
2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาผู้ป่วยในระดับ ระดับ C-I = Error 0 ครั้ง/1000 วันนอน
3. อัตราการคลาดเคลื่อนการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) ระดับ A-I \leq 0.5 ต่อ 1,000 visit

9) ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ.....ตุลาคม 2565– กันยายน 2566 (1 ปีงบประมาณ หรือ 2 ปีงบประมาณ)

แผนการดำเนินการ	2565			2566								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
ทบทวนข้อมูล / วางแผน ออกแบบระบบ(Plan/Design)												
สื่อสาร นำไปปฏิบัติครอบคลุม พื้นที่..... (Do/Action)												
ติดตาม ประเมินผล เรียนรู้ กิจกรรมการพัฒนา (Study/Learning)												
แก้ไขปรับปรุง และจัดทำ มาตรฐาน (Act/Improvement)												

10) กิจกรรมการพัฒนา

ปัจจัย ด้าน	สาเหตุ	วางแผนกิจกรรมการพัฒนา	ผู้รับผิดชอบ (ทีม หน่วยงาน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง)	วัน/เดือน/ปี		สรุปประเมินผล เรียนรู้ กิจกรรมการพัฒนา
				เริ่ม ระบุ	สิ้นสุด ระบุ	
• Man บุคลากร/ ผู้ป่วย	<ul style="list-style-type: none"> •ไม่ปฏิบัติตามหลักการบริหารยา 6R •ไม่ปฏิบัติตามการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) •อ่านลายมือแพทย์ไม่ออก ทำให้เกิดความผิดพลาดในการคัดลอก 	<ul style="list-style-type: none"> • ประชุมให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของการบริหารยาตามหลัก6R และแนวทางปฏิบัติการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) แก่บุคลากรในทีม เพื่อให้บุคลากรปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง 	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้า Medication error ในหน่วยงาน	ต.ค.2565	ก.ย.2566	<ul style="list-style-type: none"> •ให้ความรู้วิธีปฏิบัติ เรื่อง การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง •
• Method กระบวนการ ทำงาน	<ul style="list-style-type: none"> •ขาดการสื่อสารว่ามีแนวทางการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง •ไม่มีการตรวจสอบคำสั่งการรักษา ร่วมกับแพทย์ 	<ul style="list-style-type: none"> •กำหนดแนวทางหลักการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drugs) •คำสั่งการรักษาที่ไม่ชัดเจนให้มีการทวนสอบคำสั่งรักษากับแพทย์เจ้าของไข้ก่อนการบริหารยา 	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้า Medication error ในหน่วยงาน หัวหน้าเวร	ต.ค.2565	ก.ย.2566	
• Machine อุปกรณ์อำนวยความสะดวก	<ul style="list-style-type: none"> •ไม่ใช้อุปกรณ์การควบคุมการให้สารน้ำในยาที่มีความเสี่ยงสูง 	<ul style="list-style-type: none"> •กำหนดให้ใช้อุปกรณ์การควบคุมการให้สารน้ำในยาที่มีความเสี่ยงสูงทุกครั้ง 	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าเวร	ต.ค.2565	ก.ย.2566	
• Environment สภาพแวดล้อม สถานที่ บรรยากาศ	<ul style="list-style-type: none"> •มีกิจกรรมเร่งด่วนเข้ามา •ขาดสมาธิ 	<ul style="list-style-type: none"> •ให้พยาบาลที่รับผิดชอบในการบริหารยาในเวลานั้นๆไม่ทำกิจกรรมอื่น เพื่อให้มีสมาธิในการบริหารยา 	หัวหน้าหน่วยงาน หัวหน้าเวร	ต.ค.2565	ก.ย.2566	