

แบบสรุปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง  
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา

ประสิทธิผลของการบริหารยา Heparin ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 12/2

ลำดับที่ 1 ปี 2563

หน่วยงาน หอผู้ป่วยสามัญศัลยกรรมทั่วไป 12/2

พฤษภาคม 2563

## รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1. นางจินตนา	แก้วดวงใจ	หัวหน้าโครงการ
2. นางสาววิจิตรา	รอดเกตุกุล	พยาบาล
3. นางสาวปรีดา	เส็งสุข	พยาบาล
4. นางสาวสุรีพร	สงประเสริฐ	พยาบาล
5. นางสาวสุชาดา	ตัณญาชัย	พยาบาล
6. นางสาววัลลี	น้ำเกษม	พยาบาล
7. นางสาวสุกัลยา	เวชสาร	พยาบาล
8. นางสาวฐาปนี	ฮามสาร	พยาบาล
9. นางสาวอินทิรา	วิลัยมาตร	พยาบาล
10. นายสมชาย	กาชู	ผู้ช่วยพยาบาล
11. นางสาวเอรวดี	ศรีสูงเนิน	ผู้ช่วยพยาบาล
12. นายธนรัตน์	อ่อนตา	ผู้ช่วยพยาบาล
13. นางสาววรรณภา	เลี่ยมไต้	ผู้ช่วยพยาบาล
14. นายณัฐพร	โสภารัตน์	ผู้ช่วยพยาบาล
15. นางสาวตติยาภรณ์	ฤกษ์ใหญ่	ผู้ช่วยพยาบาล
16. นางสาวสิริลักษณ์	ติระวรรณันท์	ผู้ปฏิบัติงานทั่วไป
17. นางสาวรัตนา	ติระวรรณันท์	พนักงานบริการ
18. นางสาวเสาวลักษณ์	ศรีภา	พนักงานบริการ

## 5 ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล

- 1 การบริหารยา HAD ผิดพลาด
- 2 การเกิดแผลกดทับ
- 3 การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ (Phlebitis)
- 4 พลาดตกหล่น
- 5 การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดผิดพลาด

## โครงการที่เลือกมาดำเนินการ : ประสิทธิภาพของการบริหารยา Heparin ในหอผู้ป่วยศัลยกรรม 12/2

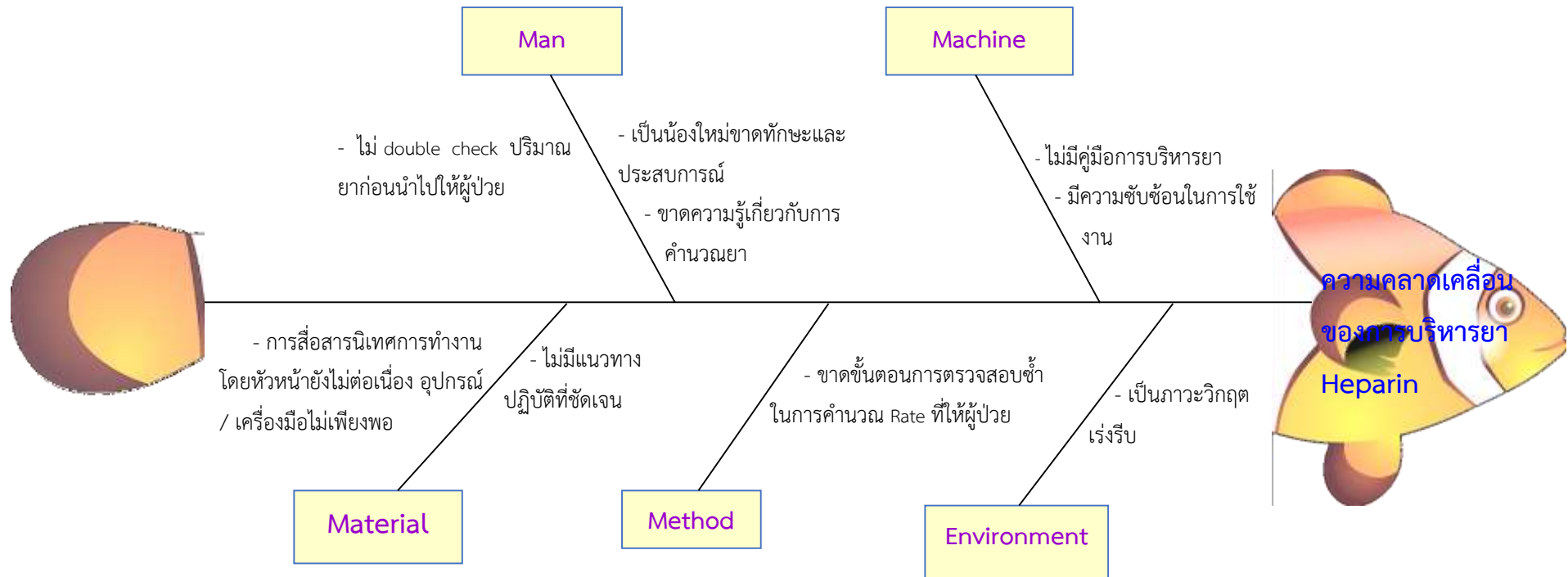
### หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ

ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2 มีผู้ป่วยที่ใช้ยา Hight Alearl Drug อยู่บ่อยครั้งโดยเฉพาะในภาวะเร่งด่วน เช่น ยา Heparin , Insulin ทางหลอดเลือดเป็นต้น จากการทบทวนเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงาน จากข้อมูล เดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563 พบว่ามีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ B,D เกิดขึ้น 3 ครั้ง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2562 เกิด 1 ครั้ง ในชนิดของ Insulin (RI v drip ) ระดับ

ความรุนแรง B เดือนพฤศจิกายน 2562 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 1 ครั้ง ในชนิดของยา Heparin ระดับความรุนแรง D และเดือนมกราคม 2563 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 1 ครั้ง ในชนิดของยา Heparin ระดับความรุนแรง B

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2 เกิดจากพยาบาลจบใหม่ ขาดทักษะและประสบการณ์ ขาดขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำในการคำนวณ Rate ที่ให้ผู้ป่วยทางหน่วยงานจึงเล็งเห็นความสำคัญในการบริหารยา Heparin โดยเฉพาะในระดับผู้ปฏิบัติงานพยาบาลที่อายุงาน 1-2 ปี โดยการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ เพิ่มแนวทางการใช้ Unfractionated heparin (UFH) เพื่อให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มขึ้นและเกิดความตระหนักรู้ จนไม่เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพิ่มมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยปลอดภัยตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

## การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



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

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการให้ยา Heparin
2. เพื่อให้พยาบาลมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการบริหารยา Heparin อย่างมีประสิทธิภาพ

### ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา จากการบริหารยา Heparin ระดับ C-I = 0
2. อัตราความพึงพอใจจากผู้ปฏิบัติงานจริง  $\geq 90\%$
3. ตัวชี้วัดปฏิบัติปีงบประมาณ (ต.ค.62 - ก.ย.63)

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ เดือน ตุลาคม 2562 – กันยายน 2563

ระยะเวลา (เดือน) ขั้นตอน	2562				2563							
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
<b>วางแผน Plan</b> 1. รวบรวมข้อมูลสถิติ 5 เดือนย้อนหลัง 2. วิเคราะห์อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD โดยวิเคราะห์หา root cause มุ่งเน้นที่ระบบ / กระบวนการ และปรับปรุงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นซ้ำ 3. ปรึกษาทีมเภสัชกร เพื่อให้ความรู้เรื่องยาและตรวจสอบเครื่องมือ												
<b>ลงมือแก้ปัญหา Do</b> 1. กำหนดแนวทางการบริหารยาและเครื่องมือ/นวัตกรรม ร่วมทีมเภสัชกร ตรวจสอบเครื่องมือ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการให้ความรู้เรื่องยา Heparin และการคำนวณ Rate IV drip												

ระยะเวลา (เดือน) ขั้นตอน	2562			2563								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
3. จัดทำเครื่องมือ / นวัตกรรมและนำไปใช้												
<b>ตรวจสอบผล Check</b> 1. รวบรวมปัญหาและ อุปสรรคในการใช้แนวทางการ พัฒนาแนวปฏิบัติ การบริหาร ยา Heparin ทางหลอดเลือด ดำ 2. สรุปผลและนำปัญหา อุปสรรคไปปรับปรุงให้เหมาะ กับการใช้งาน												
<b>แก้ไขปรับปรุง Action และจัดทำมาตรฐาน</b> 1. ประเมินผลโดยอุบัติการณ์ / ตัวชี้วัดประสพผลสำเร็จ กรณี ที่บรรลุสำเร็จ นำแนวทาง กระบวนการปฏิบัตินั้นมา จัดทำเป็นมาตรฐาน พร้อมหา วิธีการปรับปรุงให้ดีขึ้นไป หากผลที่ได้ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ นำข้อมูลที่รวบรวมมา วิเคราะห์และพิจารณา ดำเนินการต่อไป												

1 เส้นแผนงาน ด้วยเส้น

2 การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น

.....



—————

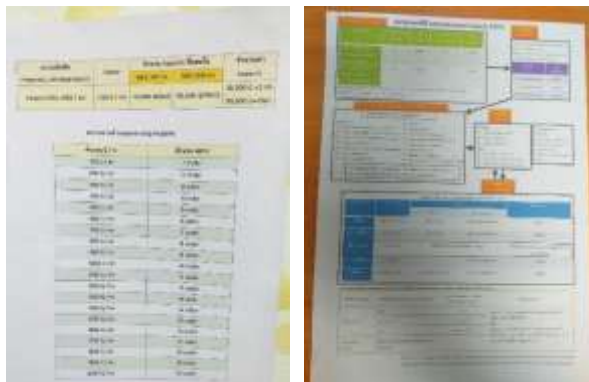
ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

รายการ	เดือน				
	กย.62	ตค.62	พย.62	ธค.62	มค.63
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์(ครั้ง)	0	1	1	0	1
ชนิดของยาที่ใช้	-	RI	Heparin	-	Heparin
ระดับความรุนแรง	-	B	D	-	B

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Man บุคลากร/ผู้ป่วย	1.บุคลากรพยาบาลในหน่วยงานยังขาดความรอบคอบและทักษะประสบการณ์ความรู้ความเข้าใจเรื่องการคำนวณยา, การไม่ Double check และยังขาดความตระหนักของการให้ยากลุ่ม HAD	1. รายงานผลการดำเนินงานให้บุคลากรในหน่วยงานรับทราบและวิเคราะห์แนวโน้มความคลาดเคลื่อนการบริหารยาในแต่ละเดือน 2. วิเคราะห์อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา HAD โดยวิเคราะห์หาสาเหตุปรับปรุงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น 3. ปรึกษาทีมแพทย์และเภสัชกรเพื่อให้ความรู้เรื่องยาและตรวจสอบเครื่องมือ 4. พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการให้ความรู้เรื่องยา Heparin และการคำนวณ Refe iv drip พัฒนาเรื่องความรู้ Indication ในการให้ Heparin , การ Monitor ขณะได้รับยา Heparin และ Dose adjustment ที่พยาบาลความทราบ เพื่อเป็นไปในแนวทางเดียวกับแพทย์ผู้ดูแล	หนง. ,พยาบาล	ตค.62	กย.63	
Method กระบวนการทำงาน	1. ไม่มีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน 2. ขาดขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำ 3. นิเทศการทำงานโดยหัวหน้างานยังไม่ต่อเนื่อง	1. จัดให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยและทำความเข้าใจในแนวทางปฏิบัติพร้อมนำไปใช้		ตค.62	กย.63	- จากการจัดกิจกรรมทบทวนความเสี่ยงของบุคลากรได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความรู้ รวบรวมวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มี Indication ของการให้ Heparin ได้สร้างความตระหนักในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและมีมาตรฐาน



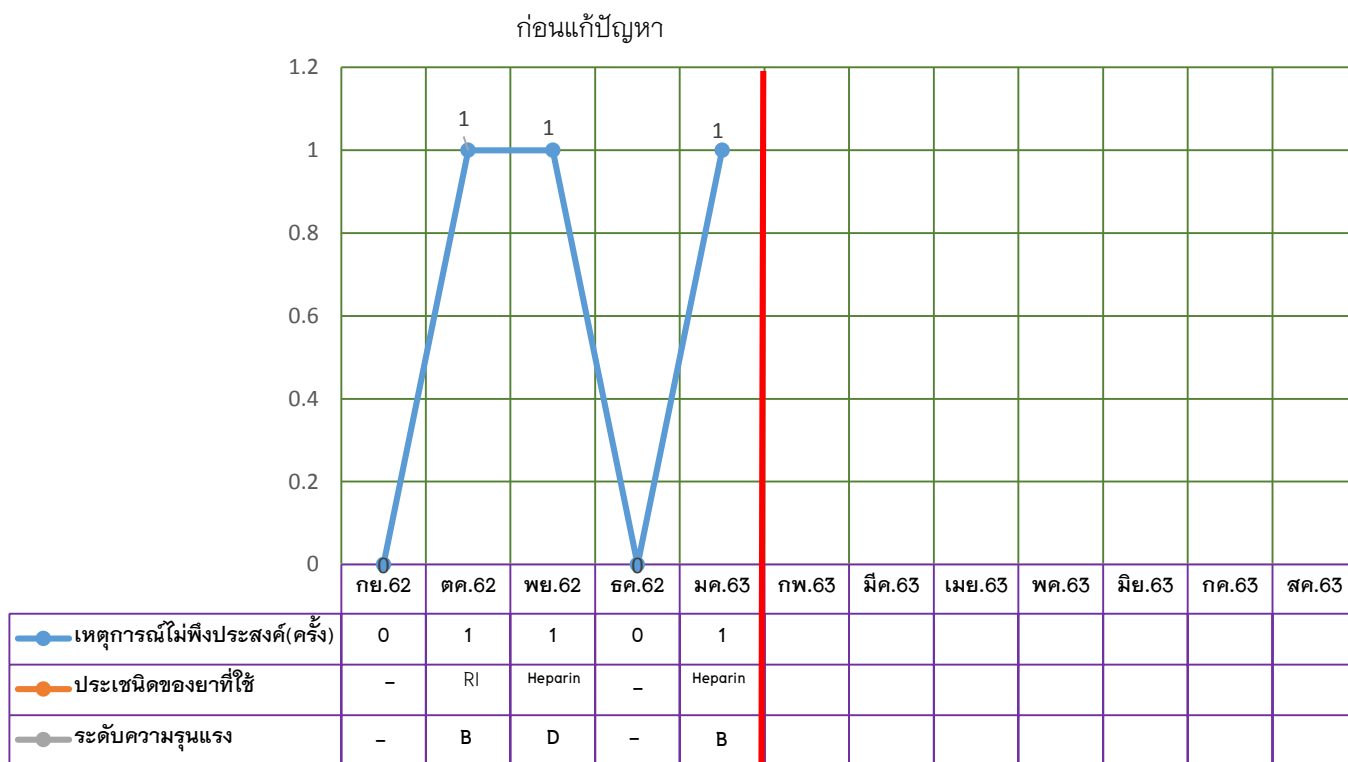
ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Material อุปกรณ์ที่ใช้ใน กระบวนการ	1. อุปกรณ์ที่ใช้ในการผสม ยาและตารางการ drip Heparin ไม่เพียงพอ	1. สํารวจความเพียงพอและ พร้อมใช้ของอุปกรณ์ 2. จัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อ ความต้องการใช้งาน	หนง.	ตค.62	กย.63	- เดิมจากปี 2561 ในหน่วยงานมีตารางการคำนวณการ drip Heparin แล้ว แต่มีปริมาณไม่เพียงพอ จึงวางแผนจัดการ นำมาใส่ในแฟ้ม Medication Record   <p style="text-align: center;">รูปเดิม</p>  <p style="text-align: center;">รูปใหม่</p>

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Machine อุปกรณ์อำนวยความสะดวก	1. ไม่มีคู่มือการบริหารยา 2. มีความซับซ้อนในการทำงาน	1. จัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ Drip Heparin โดยใช้แนวทางของ Unfractional heparin (UFH)	หนง , พยาบาล	ตค.62	กย.63	<b>ประเมินผลการปรับปรุงแก้ไข</b> มีแนวทางการใช้ / เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ต้อง Drip Heparin 
Environment สภาพแวดล้อม สถานที่	1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้องได้รับยา HAD เป็นผู้ป่วยในภาวะเร่งรีบ /วิกฤต	1. เน้นย้ำให้บุคลากรพยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญของการบริหารยา HAD เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาและเข้าใจถึงความเสี่ยง 2. เน้นย้ำปฏิบัติตามแนวทางทุกขั้นตอน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย	พยาบาล	ตค.62	กย.63	- เน้นย้ำหลักการ 10 R เพื่อเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหา

รายการ	เดือน							
	กพ.63	มีค.63	เมย.63	พค.63	มิย.63	กค.63	สค.63	กย.63
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ครั้ง)								
ชนิดของยาที่ใช้								
ระดับความรุนแรง								

ตาราง กราฟแสดงเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้นวัตกรรม



ตาราง กราฟความพึงพอใจในการบริหารยา

## สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

### บทเรียนที่ได้รับ

#### การพัฒนาต่อเนื่อง

1. จัดทำเครื่องมือหรือนวัตกรรมในการบริหารยาในกลุ่มยา High Alert Drug อื่น
2. มีการนิเทศติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

#### นวัตกรรม \* ที่ได้จากการดำเนินโครงการจำนวน 1 เรื่อง

“ ประสิทธิภาพของการบริหารยา Heparin ในหอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2 ”

#### สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง การบริหารยา High Alert Drug

กิจกรรม CQI จะดำเนินการทำต่อไปในอนาคต

- ฝ้าผู้กยัดผู้ป่วยไม่ตกเตียง