

แบบสรุปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
Continuous Quality Improvement (CQI)

ปรับง่าย ผู้ป่วยปลอดภัย

ลำดับที่ 1 ปี 2561

หน่วยงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1.คุณรจนา	จีมะลิ	หัวหน้าโครงการ
2.คุณวิจิตรรา	รอดเกตุกุล	พยาบาลวิชาชีพ
3.คุณจินตนา	แก้วดวงใจ	พยาบาลวิชาชีพ
4.คุณปรีดา	เส็งสุข	พยาบาลวิชาชีพ
5.คุณสุวีพร	สงประเสริฐ	พยาบาลวิชาชีพ
6.คุณสุชาดา	ตัณญาชัย	พยาบาลวิชาชีพ
7.คุณอัญชลี	อรรคธรรม	พยาบาลวิชาชีพ
8.คุณเพ็ญพิสุทธิ์	พิมพา	พยาบาลวิชาชีพ
9.คุณฐาปนี	ฮามสาร	พยาบาลวิชาชีพ
10.คุณวัลลี	น้ำเกษม	พยาบาลวิชาชีพ
11.คุณสุกัลยา	เวชสาร	พยาบาลวิชาชีพ
12.คุณสมชาย	กาชู	ผู้ช่วยพยาบาล
13.คุณธนรัตน์	อ่อนตา	ผู้ช่วยพยาบาล
14.คุณเอรวดี	ศรีสูงเนิน	ผู้ช่วยพยาบาล
15.คุณวรรณภา	เลี่ยมไฉ่	ผู้ช่วยพยาบาล
16.คุณณัฐพร	โสภารัตน์	ผู้ช่วยพยาบาล
17.คุณสิริลักษณ์	ตีระวรรณันท์	ผู้ปฏิบัติงานบริหาร
18.คุณรัตนา	ตีระวรรณันท์	พนักงานวิชาชีพ
19.คุณเสาวลักษณ์	ศรีภา	พนักงานวิชาชีพ

5 ลำดับปัญหาความเลียงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/ โรงพยาบาล

- 1.การบริหารยา HAD ผิดพลาด
- 2.การเตรียมผู้ป่วยผ่าตัดผิดพลาด
- 3.การเกิดแผลกดทับ
- 4.การเกิดหลอดเลือดดำอักเสบจากการให้สารน้ำ (Phlebitis)
- 5.พลัดตกหกล้ม

โครงการที่เลือกมาดำเนินการ : การบริหารยา HAD ผิดพลาด เรื่องปรับง่าย ผู้ป่วยปลอดภัย

หลักการและเหตุผล

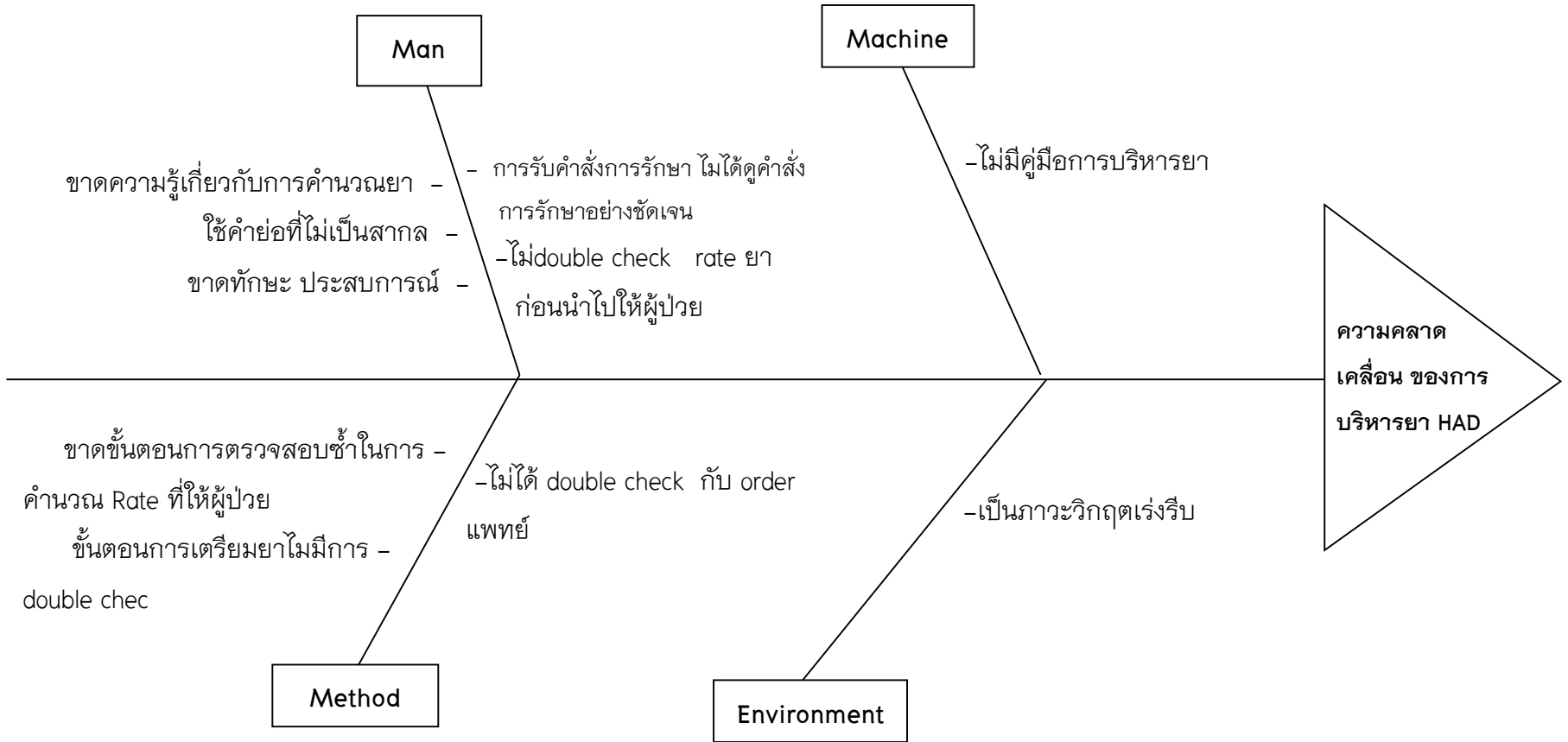
หอผู้ป่วยดัลยกรรมทั่วไป 12/2 มีผู้ป่วยที่ใช้ยา Hight Aleart Drug อยู่บ่อยครั้งในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ เช่น การให้ ยา Insulin ,Heparine IV drip ทางหลอดเลือดซึ่งเป็นยาที่ต้องแก้ไขภาวะวิกฤติอย่างเร่งด่วนจากการ ทบทวนความคาดเคลื่อนทางยาของหน่วยงานพบว่าเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในระดับ E เกิดจากการ คำนวณผิดพลาดทำให้เกิดผลกับผู้ป่วยสาเหตุเบื้องต้นพบว่า พยาบาลขาดทักษะ/ประสบการณ์ , เป็นภาวะ วิกฤตเร่งรีบ ,ขาดขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำในการคำนวณ Rate ที่ให้ผู้ป่วย,การใช้ตัวย่อไม่เป็นสากล

ทางหน่วยงานจึงเล็งเห็นความสำคัญในการบริหารยา Hight Aleart Drug เพื่อแก้ไขภาวะวิกฤตอย่าง เร่งด่วนจึงจำเป็นต้องใช้ความรวดเร็วรอบคอบเพราะชีวิตของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การสร้างเครื่องมือหรือ นวัตกรรมต่างๆขึ้น เป็นตัวช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัย ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในภาวะวิกฤติ

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

รายการ	เดือน				
	กย.60	ตค.60	พย.60	ธค.60	มค.61
เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (ครั้ง)	1	1	1	0	1
ชนิดของยาที่ใช้	Heparin	RI	RI	-	Heparin
ระดับความรุนแรง	B	E	E	-	E

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



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

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรในหน่วยงานทราบและปฏิบัติตามแนวทางในการลดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา High Alert Drug ได้แก่ Insulin ,Heparine
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริหารยาที่ถูกต้อง ปลอดภัย
3. เพื่อการตรวจสอบการเกิดความคลาดเคลื่อนในการให้ยาผิดขนาดและบริหารยาได้อย่างทัน่วงทีในภาวะวิกฤติ

ตัวชี้วัดและเป้าหมายของโครงการ

1. จำนวนอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาจากการบริหารยา Insulin , Heparine ระดับ E -I 0 ครั้ง/เดือน
2. อัตราความพึงพอใจจากผู้ปฏิบัติงานจริง $\geq 90\%$

ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ : ตุลาคม 2560 – กันยายน 2561

ระยะเวลา (เดือน) ขั้นตอน	2560			2561								
	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
<p>วางแผน Plan</p> <p>-รวบรวมข้อมูลสถิติ 5 เดือน ย้อนหลัง</p> <p>-วิเคราะห์อุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยาHADโดย วิเคราะห์หา root cause</p> <p>มุ่งเน้นที่ระบบ/กระบวนการ และปรับปรุง เหตุการณ์ที่จะเกิดซ้ำ</p> <p>-ปรึกษาทีมเภสัชกรเพื่อให้ ความรู้เรื่องยาและตรวจสอบ เครื่องมือ</p>	←—————→											
<p>ลงมือแก้ปัญหา Do</p> <p>-กำหนดแนวทางการบริหารยา และเครื่องมือ /นวัตกรรม ร่วมกับทีมเภสัชกร ตรวจสอบ เครื่องมือ</p> <p>-พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดย การให้ความรู้เรื่องยา RI,Hepparinและการคำนวณ Rate iv drip</p> <p>-จัดทำเครื่องมือ /นวัตกรรม และนำไปใช้</p>								←—————→				

การปรับปรุงพัฒนา

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุง แก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Man	1.บุคลากรพยาบาลใน หน่วยงานยังขาดการความ รอบครอบและทักษะ ประสบการณ์ความรู้ความ เข้าใจเรื่องการค้าขนวนยา การไม่ double check rate ยาก่อนนำไปให้ ผู้ป่วย รวมถึงการรับคำสั่งการ รักษา ไม่ได้ดูคำสั่งการรักษา อย่างชัดเจน	1.รายงานผลการดำเนินงานให้ บุคลากรในหน่วยงานรับทราบ และวิเคราะห์แนวโน้มความ คลาดเคลื่อนการบริหารยาใน แต่ละเดือน 2.วิเคราะห์อุบัติการณ์ความ คลาดเคลื่อนทางยาHADโดย วิเคราะห์หา root cause ปรับปรุงเหตุการณ์ที่จะเกิดซ้ำ 3.ปฐกษาทีมเภสัชกรเพื่อให้ ความรู้เรื่องยาและตรวจสอบ เครื่องมือ 4.พัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการให้ความรู้เรื่องยา RI,Hepparinและการคำนวณ Rate iv drip	หน งาน และ พยาบาล	ตค.60	กย.61	

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุง แก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Method	<p>2.แพทย์ใช้คำย่อที่ไม่เป็นสากลและไม่ปฏิบัติตามแนวทางการสั่งยา</p> <p>1.ขาดขั้นตอนการตรวจสอบซ้ำในการคำนวณ Rate ที่ให้ผู้ป่วย</p> <p>2.ขั้นตอนการเตรียมยาไม่มีการ double chec</p> <p>3.ไม่ได้ double check กับ order แพทย์</p>	<p>1.สอบถามแพทย์หากสงสัยในคำสั่งการรักษาของแพทย์หรือพบว่าผิดปกติจากที่เคยปฏิบัติมาให้สอบถามแพทย์เพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติ</p> <p>2.แจ้งแพทย์ให้ทราบถึงแนวทางปฏิบัติตามแนวทางการสั่งยา</p> <p>1.ให้ปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยา HAD อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องการ double check ต้องทำทุกขั้นตอน</p> <p>2.กำหนดแนวทางการบริหารยา และเครื่องมือ /นวัตกรรมร่วมกับทีมเภสัชกร ตรวจสอบเครื่องมือ</p> <p>3จัดทำเครื่องมือ /นวัตกรรมและนำไปใช้ (Dosing Chart ตารางขนาดยา จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการคำนวณ)</p>	พยาบาล	ตค.60	กย.61	

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุง แก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Material	1.ไม่มีคู่มือและแนวทางการ บริหารยา	1.จัดทำคู่มือและแนวทางการ บริหารยากลุ่มความเสี่ยงสูง Hight Aleart Drug ได้แก่ Insulin ,Heparine โดย ประสานงานกับแพทย์และ เภสัชกร	หนง ,จินตนา	ตค.60	กย.61	
Environment	1.ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ต้อง ได้รับยา HAD เป็นผู้ป่วยที่มี ภาวะวิกฤตเร่งรีบ	1.เน้นย้ำให้บุคลากรพยาบาล ตระหนักและเห็นความสำคัญ ของการบริหารยา HAD เพื่อ ป้องกันความคลาดเคลื่อนทาง ยาและเข้าใจถึงความเสี่ยง 2.เน้นย้ำปฏิบัติตามแนวทาง ทุกขั้นตอนเพื่อความปลอดภัย ของผู้ป่วย	พยาบาล	ตค.60	กย.61	