

แบบสรุปการดำเนินการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง
Continuous Quality Improvement (CQI)

เรื่อง

การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา
หน่วยงาน หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

CQI เรื่อง การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา

หลักการและเหตุผล

ความคลาดเคลื่อนทางการบริหารยาผู้ป่วยในเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความเสี่ยงต่อชีวิตคุณภาพผู้ป่วยจากอุบัติการณ์การการบริหารยาผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่พบเป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นเทคนิคการบริหารยา 6R ได้แก่ ให้ยาผิดขนาด ผิดคน ผิดทาง ผิดชนิดยา ผิดเวลา ผิดเทคนิคถึงแม้ว่าส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนก็ตาม แต่ก็มีความสำคัญ และเป็นความเสี่ยงหนึ่งทางคลินิก และเมื่อเกิดอุบัติการณ์ครั้งเดียวแต่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย ถึงกับชีวิตได้ เช่นอุบัติการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและการแพ้ยาซ้ำเป็นต้น จากข้อมูล เดือน มีค-กย 57 พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ A,B 21 ครั้ง และระดับ C 5 ครั้ง ระดับ E 1 ครั้งซึ่งส่วนใหญ่เป็นความคลาดเคลื่อนทางยา ด้านการให้ยา ได้แก่ การให้ยาผิดชนิดจากยาสลับซอง ให้ยาผิดเวลา ไม่ได้ยา พบยาในช่องลิ้นชักยา ยาตกที่พื้น ลืมให้ยาเนื่องจาก ผู้ป่วย NPO ไม่ได้ยาที่เป็นคำสั่งใหม่ ไม่ได้ผลสมยาในขวดน้ำเกลือ ให้ยาที่มีประวัติแพ้ยา ไม่ได้บันทึกรายการยาใหม่ในใบลงยา ไม่ off ยาในใบยาหลังรับ order การขาดความรู้ในการบริหารยา ไม่ทราบว่ายาตัวใดสามารถเก็บได้นานเท่าไร การรีบเร่งแข่งกับเวลา ภาระงานที่มากเกินไปและการขาดกำลังคนทำให้ไม่มีเวลาในการตรวจสอบยา Double check

จากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทางหน่วยงานจึงเล็งเห็นความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารยาติดตามเป้าหมายอุบัติการณ์อย่างต่อเนื่องและวิเคราะห์วางระบบเพื่อป้องกันให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการบริหารยาและไม่มี ความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น

วัตถุประสงค์

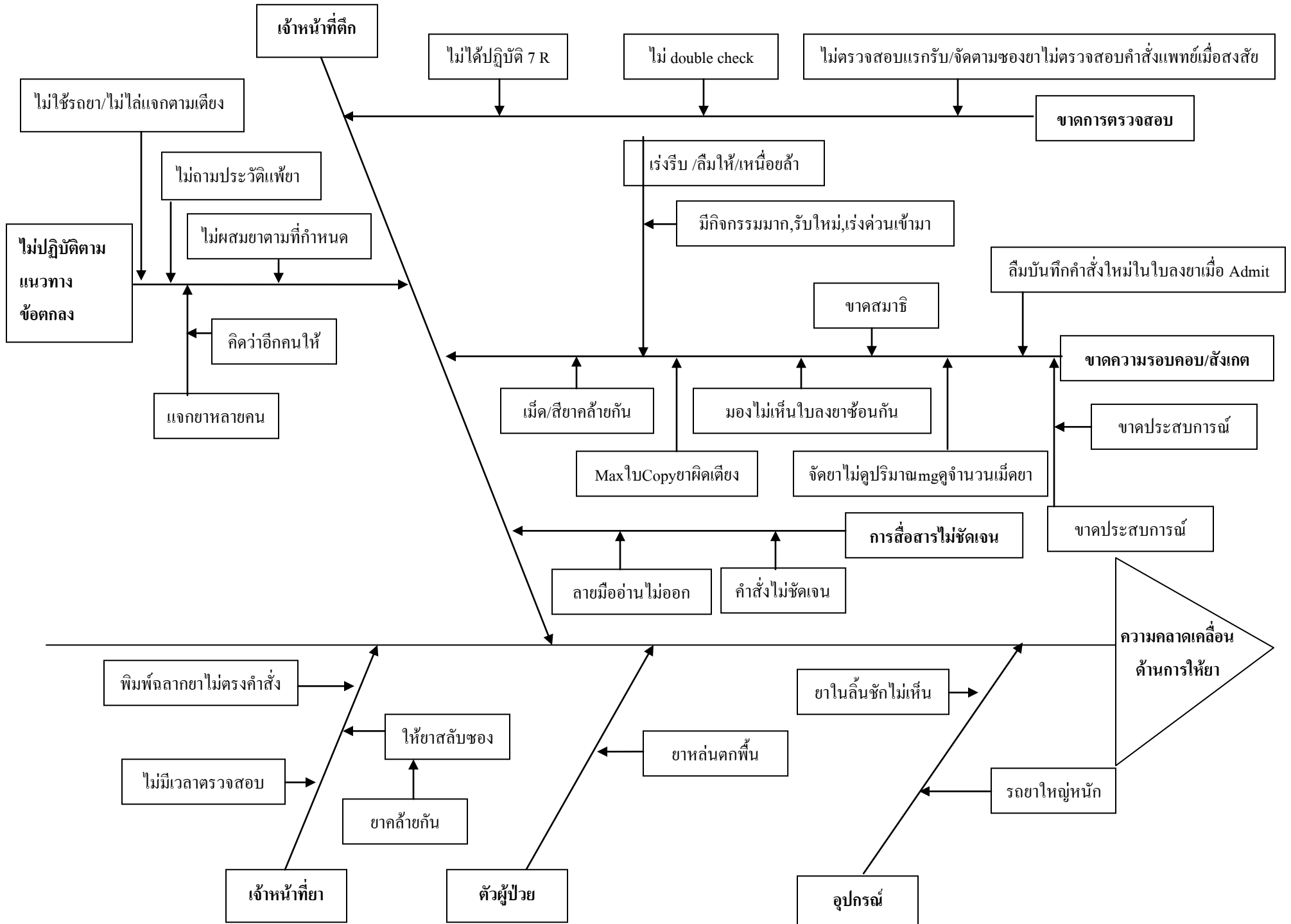
1. พัฒนาระบบการบริหารยาในกระบวนการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. ลดการเกิดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา (Admin. Error)

เป้าหมายของโครงการ

1. ให้ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและมีความปลอดภัย
2. ลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตัวชี้วัด

1. อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ C-D = < 0.5 /1000 วันนอน
 2. อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อนทางยา ระดับ E = 0 /1000 วันนอน
- อัตราความคลาดเคลื่อนทางยา (Admin error) = $\frac{\text{จำนวนครั้งที่เกิด Admin error} \times 100}{\text{วันนอนรวมผู้ป่วยในเดือนนั้น}}$



ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ

ที่	ขั้นตอน	ระยะเวลา 58							
		ตค	พย	ธค	มค	กพ	มีค	เมย	พค
1.	<p>วางแผน(Clan)</p> <ul style="list-style-type: none"> - รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ทบทวนปัญหาของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางการให้ยา - ประชุมแจ้งข้อมูลแก่บุคลากรในหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุต้นตอ คัดเลือกกระบวนการที่จะแก้ปัญหาและปรับปรุง และขอข้อเสนอแนะจากบุคลากรในหน่วยงานที่มีความเห็นต่อเรื่องระบบยาขอหน่วยงาน 		↔						
2.	<p>แนวปฏิบัติ DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - กำหนดแนวทางหลักการปฏิบัติและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนยา - นำ Best Practice มาปรับใช้ - ประชุมให้ความรู้ วิธีใช้ และแนวทางปฏิบัติ แก่บุคลากรในทีม ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติในการบริหารยา - ศึกษาผลกระทบและตรวจสอบระบบต่างๆในการปฏิบัติว่าได้ดำเนินการในทิศทางที่ตั้งใจไว้หรือไม่พร้อมสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อพัฒนาแผนการลงมือปฏิบัติ 		↔						←→
3.	<p>การตรวจสอบ (Check)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลที่ได้รับจากการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง - รวบรวมข้อมูลอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการบริหารยา เช่น การให้ยาผิดขนาด เป็นต้น ทุก 1 เดือน และ RCA เมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน 								←→
4.	<p>การดำเนินการให้เหมาะสม(Act)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประเมินผลโดยดูจากอุบัติการณ์ความผิดพลาดจากการบริหารยาเช่น การให้ยาผิดขนาดทุกเดือน/ปี - กรณีที่บรรลุผลสำเร็จนำแนวทางกระบวนการปฏิบัตินั้นมาจัดทำเป็นมาตรฐานพร้อมหาวิธีการปรับปรุงให้ดีขึ้นไป ถ้าหากผลที่ได้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์ตามแผนที่วางไว้ นำข้อมูลที่รวบรวมไว้มาวิเคราะห์และพิจารณาว่าจะดำเนินการต่อไป 								←→

ให้นำเสนอ 1 เส้นแผนงานด้วยเส้น

2 การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น _____

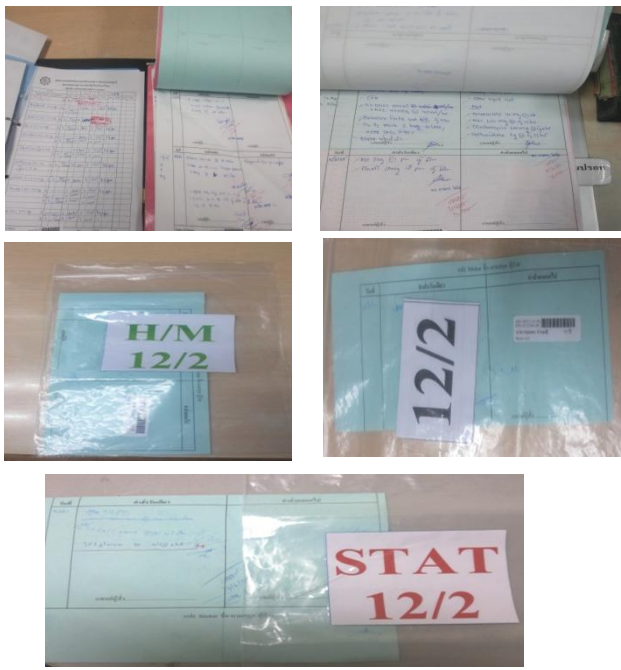
ข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์						
		มีค57	เมย57	พค57	มิย57	กค57	สค57	กย57
อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อน ทางยา ระดับ A-B	เพิ่มขึ้น	0.26 (2)	0.15 (1)	0(0)	0.22 (3)	0.32 (4)	0.44 (4)	0.63 (7)
อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อน ทางยา ระดับ C-D	< 0.5 /1000 วัน นอน	0.15 (1)	0.15 (1)	0.34 (2)	0.11 (1)	(0)	(0)	(0)
อุบัติการณ์การความคลาดเคลื่อน ทางยา ระดับ E	0 /1000 วัน นอน	0.15 (1)	0	0	0	0	0	0

การพัฒนา

แนวทางปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วย

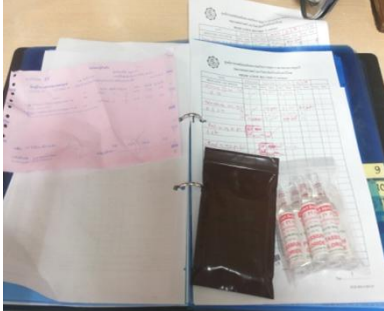



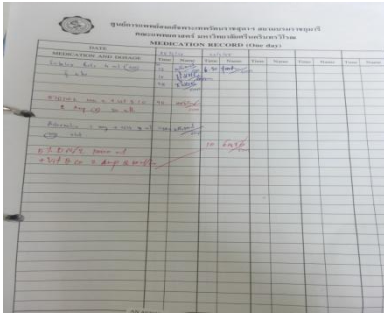
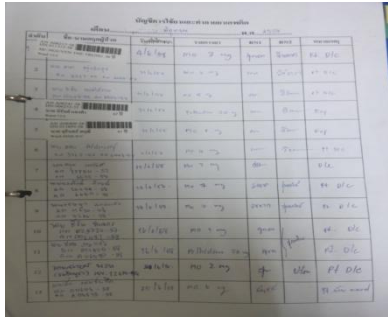

กระบวนการรับคำสั่งการรักษา

รายการ	รูปภาพ
<ol style="list-style-type: none"> รับคำสั่งการรักษาโดยตรวจสอบความถูกต้องก่อนรับ order คัดลอกคำสั่งลง Medication record เซ็นชื่อรับคำสั่งการรักษา ด้วยตัวบรรจง ส่งใบคำสั่งการรักษา copy เปิกษาไปที่ห้องยา 	

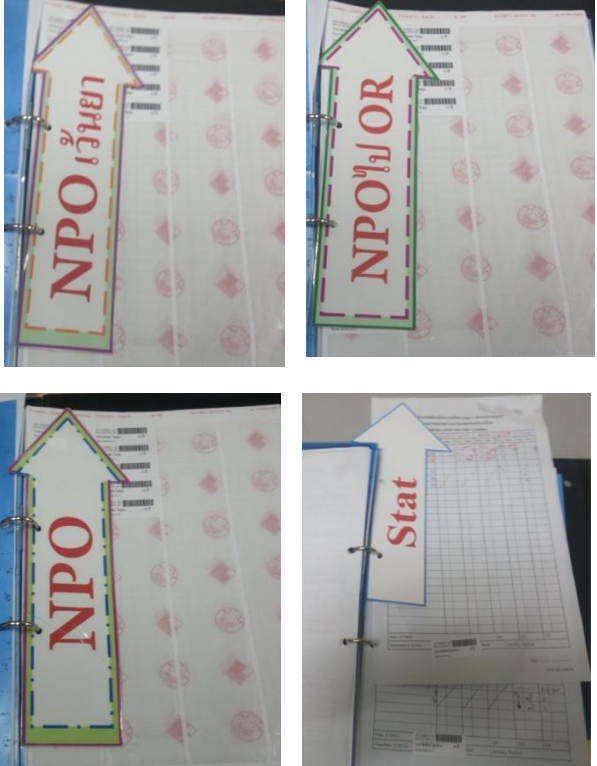
กระบวนการเตรียมยา

รายการ	รูปภาพ
<p>1.เตรียม check คำสั่งการรักษากับใบ Medication record</p> <p>2.เตรียมอุปกรณ์และยาที่ใช้</p> <p>3. เตรียมสถานที่ในการเตรียมยาให้สะอาด</p> <p>4. เตรียมยา 2 คน (Double check)</p>	

กระบวนการบริหารยา

รายการ	รูปภาพ
<p>1.ตรวจสอบความเข้ากันได้ของยา (ใช้คู่มือการให้ยา หรืออ่านฉลากที่แนบมากับยา</p> <p>2.บริหารยาอย่างเหมาะสมตามหลัก 6R ยาที่มีความเสี่ยงสูงต้องมีการ Identify ชัดเจน</p> <p>3.บันทึกการให้ยา ชนิด ขนาด หนทางที่ให้ อัตราเร็ว และเวลา</p> <p>3.การติดตามภายหลังได้รับยา (ประเมิน ตรวจสอบ iv site อาการแพ้ และผลข้างเคียง)</p> <p>4.Double check และเซ็นชื่อกำกับ</p>	      

นวัตกรรมในการช่วยบริหารยา

รายการ	รูปภาพ
1. ป้าย NPO 2. ป้าย NPO เว้นยา 3. ป้าย NPO ไป OR 4. ป้าย STAT เพื่อใช้ในการสื่อสารกับพยาบาล Med nurse ป้องกัน การให้ยาผิดพลาด	

มาตรฐานการให้ยาตามหลัก 6 R หอผู้ป่วยศัลยกรรมทั่วไป 12/2

มาตรฐานการให้ยาตามหลัก 6 R	แนวทางปฏิบัติของหอผู้ป่วย
1. ให้ยาถูกคน (Right patient)	1. ดัดชื่อผู้ป่วยที่ใบยาก่อนส่งเบิกทุกครั้ง 2. ตรวจสอบชื่อผู้ป่วยบนฉลากยาที่ได้รับทุกครั้งจากห้องยา 3. มีป้ายชื่อหัวเตียง ป้ายข้อมือ เพื่อระบุตัวผู้ป่วยก่อนให้ยาผู้ป่วย 4. มีการถามชื่อ นามสกุล และดูหมายเลขเตียง 5. มีป้ายชื่อคนไข้และฉลากยาติดอยู่บน syringe หรือถ้วยยาทุกตัว 6. เซ็นชื่อผู้เตรียมยา และผู้ให้ยาทุกครั้งในใบ MAR เมื่อแจกยา ให้กับผู้ป่วย

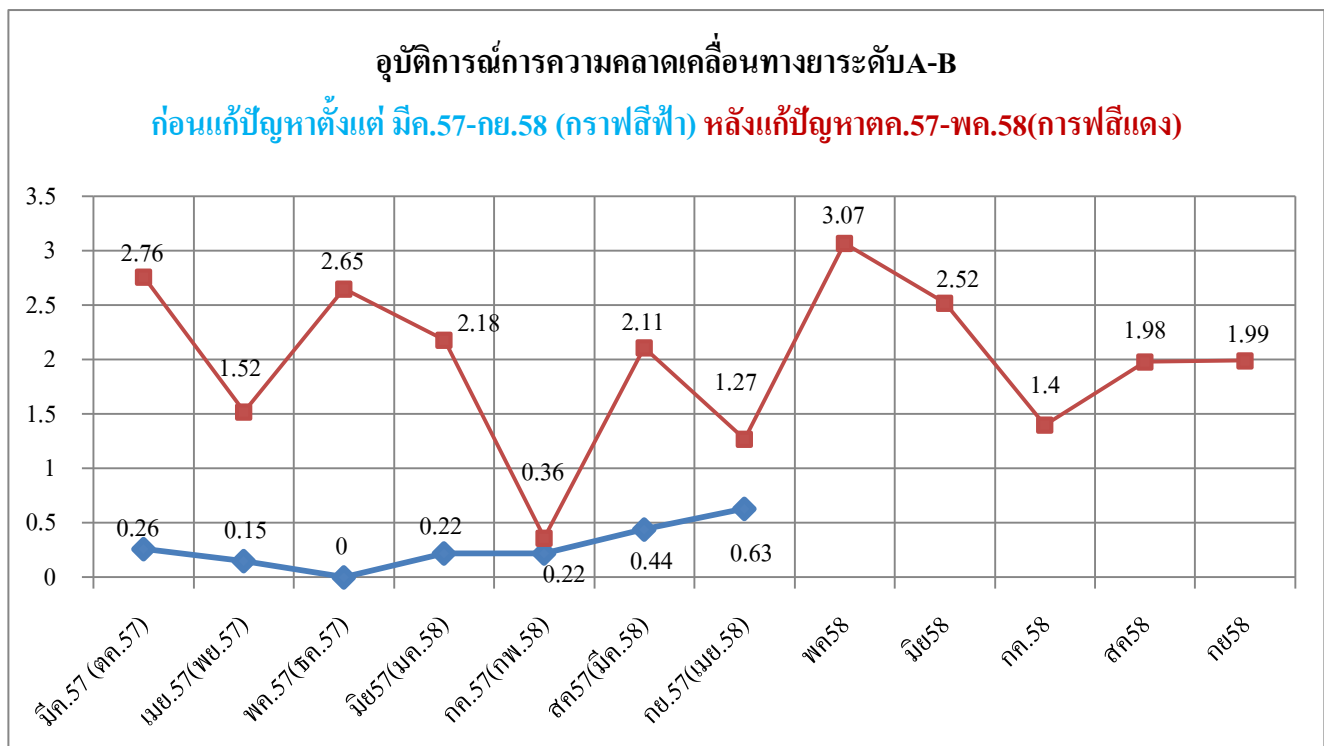
มาตรฐานการให้ยาตามหลัก 6 R	แนวทางปฏิบัติของหอผู้ป่วย
2. ให้ยาถูกชนิด (Right drug)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบยาที่ได้รับจากห้องยาทุกครั้งว่าถูกชนิด และประเภทตามที่แพทย์สั่งการรักษา และส่งเบิกไปหรือไม่โดย 2. ใช้วิธีการ Double-check ในการเตรียมยาและจัดยาให้กับผู้ป่วย 3. เพิ่มความระมัดระวังในยาที่มีชื่อหรือลักษณะคล้ายคลึงกัน 4. ไม่ให้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง โดยเฉพาะยาลดไข้ และยาเดิมที่ผู้ป่วยนำติดตัวมา โดยสอบถามและแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ก่อนทุกครั้ง และสอบถามการใช้ยาประจำ (Drug reconcile) 5. มีการติดตามวันที่ เวลาที่ผสมยา และวันที่หมดอายุกับยาทุกชนิดที่เปิดใช้แล้วของผู้ป่วย
3. ให้ยาถูกขนาด (Right dose)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบชนิด ขนาด และระยะเวลาของยาที่ให้ในคำสั่งรักษากับแพทย์ทุกครั้งก่อนส่งเบิกยา หากมีการสั่งหยุดให้แพทย์ต้องระบุคำสั่งการรักษาให้ชัดเจนและเมื่อมีการหยุดใช้ยาตัวใดของผู้ป่วยให้ส่ง Order ที่มีคำสั่งการรักษาให้หยุดยาและตัวยาคืนแก่ห้องยาทันที 2. ตรวจสอบรายชื่อยาที่ได้รับจากห้องยาว่ายาที่ได้รับมีชื่อตรงกับ Order โดยดูจากฉลากยา ตัวยา ขนาดยา 3. Recheck dose ยาก่อนจัดให้กับผู้ป่วย
4. ให้ยาถูกเวลา (Right time)	<ol style="list-style-type: none"> 1. กรณีที่มียาค่วนให้เขียนเส้นด้วยปากกาแดงแล้วนำไป order copy ใส่ในถุงส่งใบ order copy ยา สีแดง แล้วส่งเบิกยาค่วนจะได้รับยาภายใน 30 นาที โดยให้คนงานนั่งรอรับยา 2. กรณีที่ผู้ป่วยหนึ่งคนมียาที่ต้องให้ในเวลาเดียวกันหลายชนิด ให้ผสมยาทีละตัว 3. บริหารยาที่ให้เป็น Real time เช่นยาก่อนอาหารให้ 30 นาทีก่อนมื้ออาหาร ยาหลังอาหารให้ไม่เกินครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงหลังมื้ออาหาร ยา Stat dose ให้ทันทีไม่เกิน 15-30 นาที และยาปฏิชีวนะให้ไม่เกินครึ่งถึงหนึ่งชั่วโมงตามเวลาบริหารยา 7. ดูแลและตรวจสอบให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาทันที ณ เวลาที่แจกยา 8. ตรวจสอบ Card ยากับยาที่จัดให้ตรงกัน และเวลาที่ต้องให้ ให้ถูกต้องทุกเวอร์

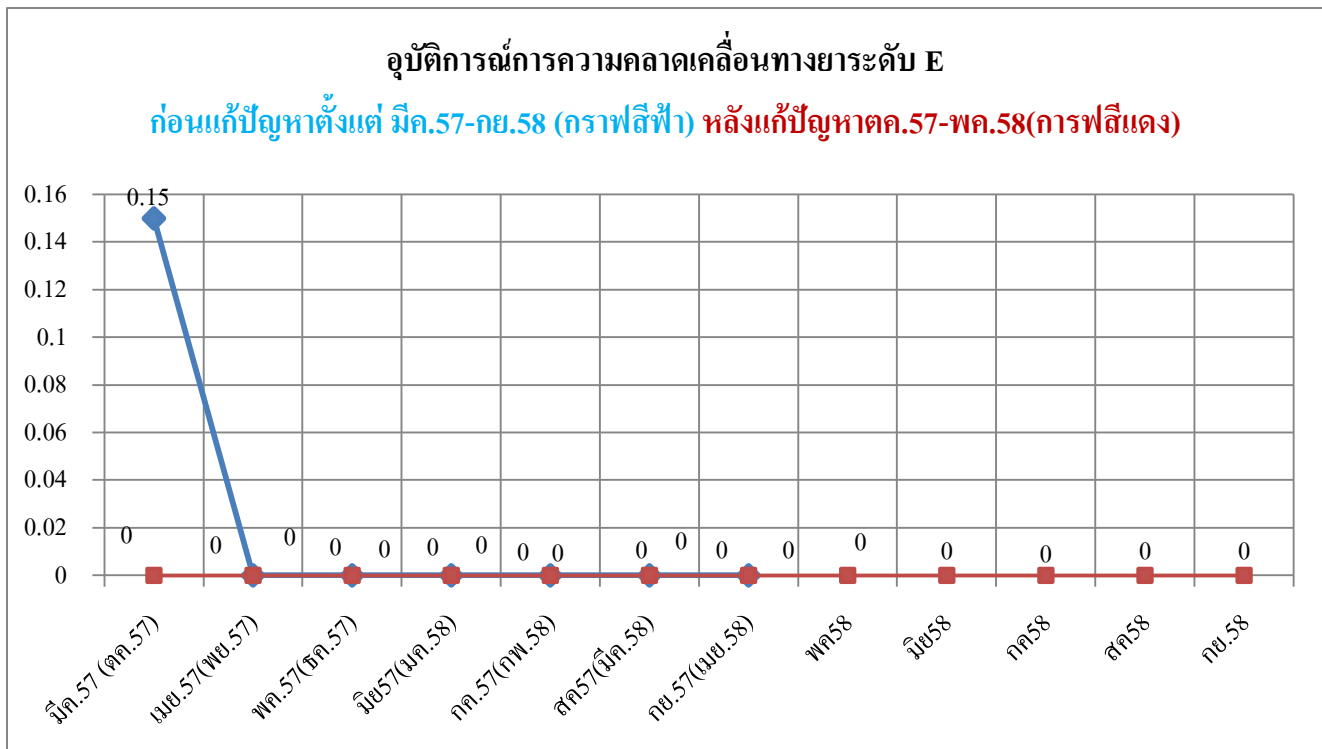
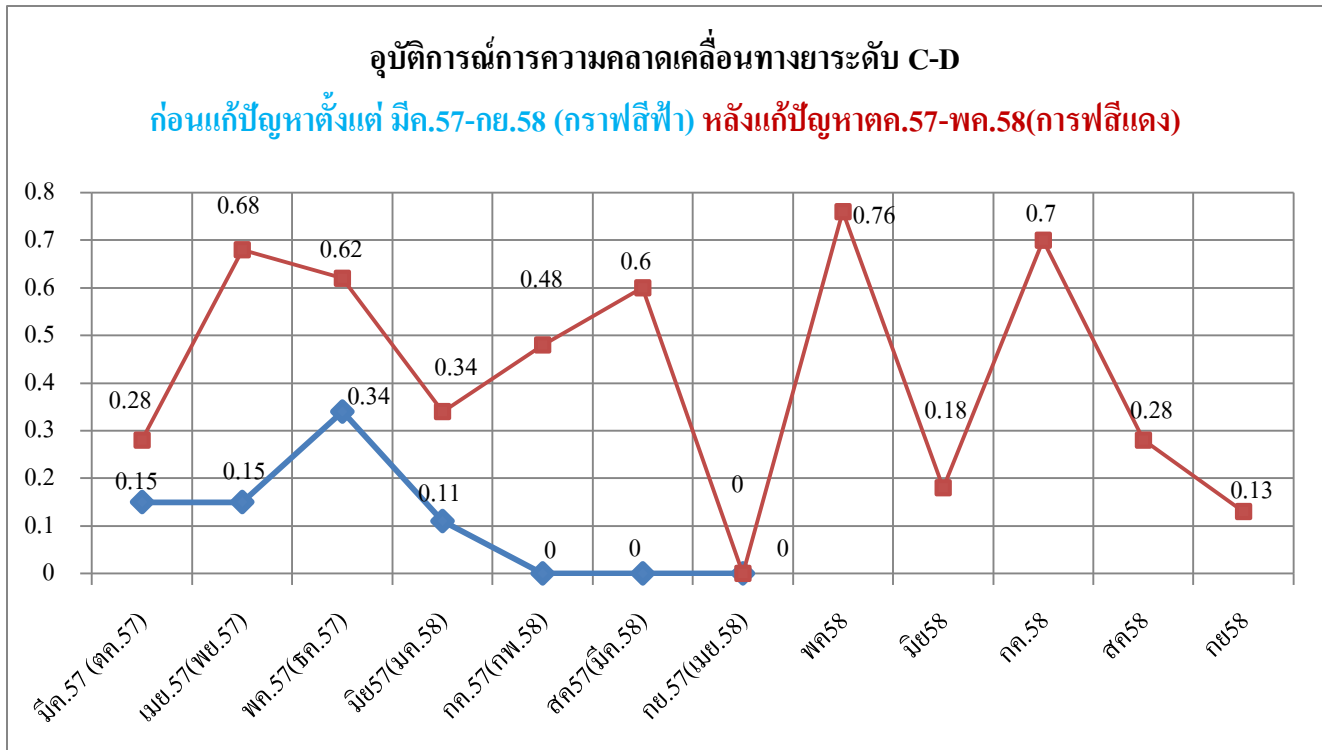
มาตรฐานการให้ยาตามหลัก 6 R	แนวทางปฏิบัติของหอผู้ป่วย
5.ให้ยาถูกวิธีทางและวิธีการ (Right route and right method)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ตรวจสอบวิธีการบริหารยากับคำสั่งการรักษาของแพทย์ คู่มือยาและฉลากยาที่มาพร้อมตัวยาทุกครั้งก่อนนำไปให้ผู้ป่วย 2. กรณีเป็นยาที่ไม่เคยพบหรือเคยให้มาก่อน ปรึกษาวิธีการให้กับแพทย์และเภสัชกร 3. ศึกษารายละเอียดของยาแต่ละชนิดจากคู่มือยา สอบถามเภสัชกรหรือแพทย์ว่ายาตัวใดสามารถให้คู่กันได้ และตัวใดมีปฏิกริยาที่ไม่พึงประสงค์ต่อกัน เป็นต้น 4. ปรับพิจารณาการบริหารยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการกลืนแต่ต้องได้รับยาที่เป็น Capsule ห้ามบด อาจต้องคุยกับแพทย์และเภสัชกรถึงข้อดีและข้อเสีย เพื่อหาแนวทางที่ยอมรับได้ร่วมกันในการบริหารยา
6.บันทึกการให้ยาถูกต้อง (Right document)	<ol style="list-style-type: none"> 1.บันทึกการให้ยาทุกครั้งลงในแบบบันทึกการให้ยาและบันทึกทางการพยาบาล โดยระบุชื่อยา ขนาดยา วิธีทางที่ให้ และผู้ที่ให้ให้ชัดเจน รวมถึงอาการข้างเคียง/อาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นทั้งในระหว่างและหลังการให้ยา โดยเฉพาะกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูง <ol style="list-style-type: none"> 2. ใช้ลายมือมือที่อ่านง่าย มีความชัดเจน และสื่อสารได้เข้าใจตรงกัน 3. มี Double check และเซ็นชื่อกำกับ

ข้อมูลหลังแก้ปัญหา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลลัพธ์											
		ตค 58	พย 57	ธค 57	มค 58	กพ 58	มีค 58	เมย 58	พค 58	มิย 58	กค 58	สค 58	กย 58
อุบัติการณ์การ ความคลาดเคลื่อน ทางยา ระดับ A-B	เพิ่มขึ้น	2.76 (20)	1.52 (9)	2.65 (17)	2.18 (13)	0.36 (6)	2.11 (14)	1.27 (7)	3.07 (16)	2.52 (14)	1.40 (10)	1.98 (14)	1.99 (15)
อุบัติการณ์การ ความคลาดเคลื่อน ทางยา ระดับ C-D	< 0.5 ครั้ง /1000 วัน นอน	0.28 (2)	0.68 (4)	0.62 (4)	0.34 (2)	0.48 (3)	0.60 (1)	0(0)	0.76 (4)	0.18 (1)	0.70 (5)	0.28 (2)	0.13 (1)
อุบัติการณ์การ ความคลาดเคลื่อน ทางยา ระดับ E	0 ครั้ง /1000 วัน นอน	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

กราฟนำเสนอเปรียบเทียบข้อมูลหลังดำเนินโครงการ





สรุปผลการดำเนินงาน

จากรายงานตัวชี้วัดดังกล่าว พบว่าหน่วยงานมีการตรวจจับความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับ A-B ได้สูงขึ้น แต่ยังคงพบความคลาดเคลื่อนในระดับ C-D ที่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย ซึ่งพบที่เกิดจากการมีพยาบาล Part time และ พยาบาลใหม่ในเดือน พฤษภาคม ทำให้พบความคลาดเคลื่อนในระดับ C-D ที่เพิ่มขึ้น ในระดับ ตั้งแต่ E-I = 0 ซึ่ง โดยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ทางหอผู้ป่วยพัฒนาปรับปรุงตามปัญหาและอุปสรรคที่พบอย่างสม่ำเสมอ

ผลของการเฝ้าระวังติดตามการปรับปรุงพัฒนา

- 1.บุคลากรในหน่วยงานเกิดตระหนักถึงการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา
- 2.บุคคลกรในหน่วยงานมีแนวทางปฏิบัติในการบริหารยาในหอผู้ป่วยที่ชัดเจนและเป็นแนวทางเดียวกัน
- 3.มีนวัตกรรมที่ช่วยในการช่วยบริหารยาและช่วยในการสื่อสารระหว่าง พยาบาล Incharge กับพยาบาล

Med nurse