

แบบสรุปโครงการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
Continuous Quality Improvement (CQI)

ชื่อเรื่อง/โครงการพัฒนา

6R พา ปลอดภัย

ลำดับที่1.....ปี 2561

หน่วยงาน งานการพยาบาลสามัญศัลยกรรมหญิง 13/2

QMS-000-4-001-04

ตุลาคม 2561

รายนามสมาชิกผู้ร่วมดำเนินการ

1	นาง ชุมพร	น้ำแสง	หัวหน้างานการพยาบาล	หน.โครงการ
2	นางสาววิยรัตน์	ราศรีใส	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
3	นางสาวภัศรา	พรหมศร	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
4	นางสาวรัตนา	อินคง	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
5	นางสาวไพลิน	สาระหงษ์	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
6	นางสาวปิยะดา	ไชยะสาร	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
7	นางสาวจตุติคุณท์	ศรีประทุม	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
8	นางสาวปัทมวรรณ	นาเมืองรักษ์	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
9	นางสาวสุภาวดี	รุ่งจำกัต์	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
10	นางสาวฐิติมา	สิทธิ	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
11	นางสาวปริชาติ	ชุมพล	พยาบาลวิชาชีพ	สมาชิก
12	นางสาวชญาดา	ฉวยกระโทก	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
13	นายภานุวัฒน์	วงษ์อารี	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
14	นางสาวรวีวรรณ	หงษ์ศรี	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
15	นางสาวกัญญาภรณ์	เจียวหวาน	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
16	นางสาวรัชย์ตะวัน	อินทร์ศิริ	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
17	นางสาวเพ็ญประภา	เสน่หา	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
18	นางสาวอุมาพร	ทรัพย์มูล	ผู้ช่วยพยาบาล	สมาชิก
19	นางนภาวี	สุวรรณอ่อน	ผู้ปฏิบัติงานบริหาร	สมาชิกและเลขา

5 ลำดับปัญหาความเสี่ยงสำคัญที่พบระดับหน่วยงาน/โรงพยาบาล

- 1 ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับ C-I
- 2 การย้ายผู้ป่วยเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน
- 3 การพลัดตกหกล้ม
- 4 การเลื่อนผ่าตัดเนื่องจากการเตรียมผ่าตัดผิดพลาด
- 5 ผู้ป่วยเกิดแผลกดทับใหม่ขณะนอนโรงพยาบาล

โครงการที่เลือกมาดำเนินการ 6R พาปลอดภัย

หลักการและเหตุผล/ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ (อ้างอิงข้อมูลสถิติและผลการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา)

งานการพยาบาลศัลยกรรมหญิง จักษุ โสต ศอ นาสิกการรังสีวิทยาได้เปิดให้บริการผู้ป่วยหลากหลายสาขาโดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการบริหารยาจากพยาบาลวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหอผู้ป่วยได้ดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขึ้นในปี 2558 กำหนดให้ใช้หลัก 6R ในการบริหารยา มีการติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานในปี 2558 พบว่าการบริหารยายังมีความผิดพลาดอยู่โดย ความคลาดเคลื่อนระดับ A-B จำนวน 2 ครั้ง คิดเป็น 0.03 ครั้ง/1000 วันนอน ความคลาดเคลื่อนระดับ C-I จำนวน 9 ครั้ง คิดเป็น 0.13 ครั้ง/1000 วันนอน ปี2559 หน่วยงานได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพเรื่องการบริหารยาที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง โดยผลลัพธ์ของอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาจำแนกเป็น ดังนี้คือ ระดับ A-B (Near miss) ผลลัพธ์ 0.5 ครั้ง/1000 วันนอน ส่วนระดับ C-I (Error) ผลลัพธ์ 2.27 ครั้ง/1000 วันนอน ระดับความคลาดเคลื่อนการบริหารยารุนแรงที่พบคือระดับ E จำนวน 2 ครั้ง ปี2560 พบว่า อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับ A-B (Near miss) เป็น 0.14 ครั้ง/1000 วันนอน ส่วนระดับ C-I (Error) เป็น 0.08 ครั้ง/1000 วันนอน โดยพบว่าเป็นความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาระดับ C-D มากที่สุด ตั้งแต่เดือนเมษายน- ธันวาคม 2560 เป็นจำนวน 15 ครั้ง, ระดับ E-I จำนวน 1 ครั้ง ดังนั้นหน่วยงานจึงได้ ทบทวนและเห็นว่าจำเป็นต้องทำกิจกรรมพัฒนาในเรื่องนี้ขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานปลอดภัยอันเป็นการตอบสนองต่อ 2P safety ด้วย

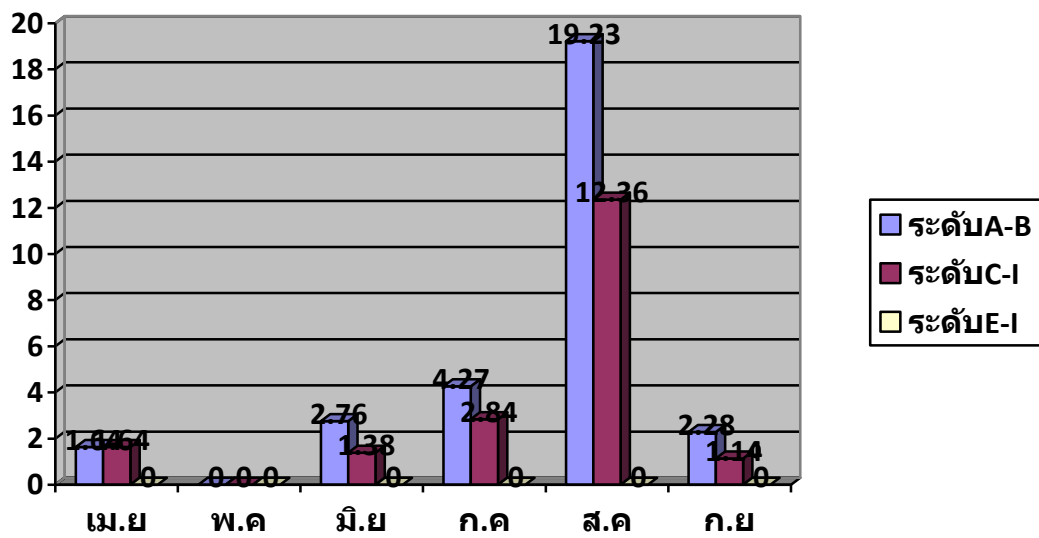
ผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหา (สามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสมกับการดำเนินงาน CQI ของหน่วยงาน)

ที่	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2560					
			เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.
1	ระดับ A-B (Near miss)	ครั้ง	1	0	2	3	14	2
		> 1 ครั้ง / 1,000 วันนอน	1.64	0	2.76	4.27	19.23	2.28
2	ระดับ C-D (Error)	ครั้ง	1	0	1	2	12	1
		0 ครั้ง / 1,000 วันนอน	1.64	0	1.38	2.84	12.36	1.14
3	ระดับ E-I (Error)	ครั้ง	0	0	0	0	0	0
		0 ครั้ง / 1,000 วันนอน	0	0	0	0	0	0

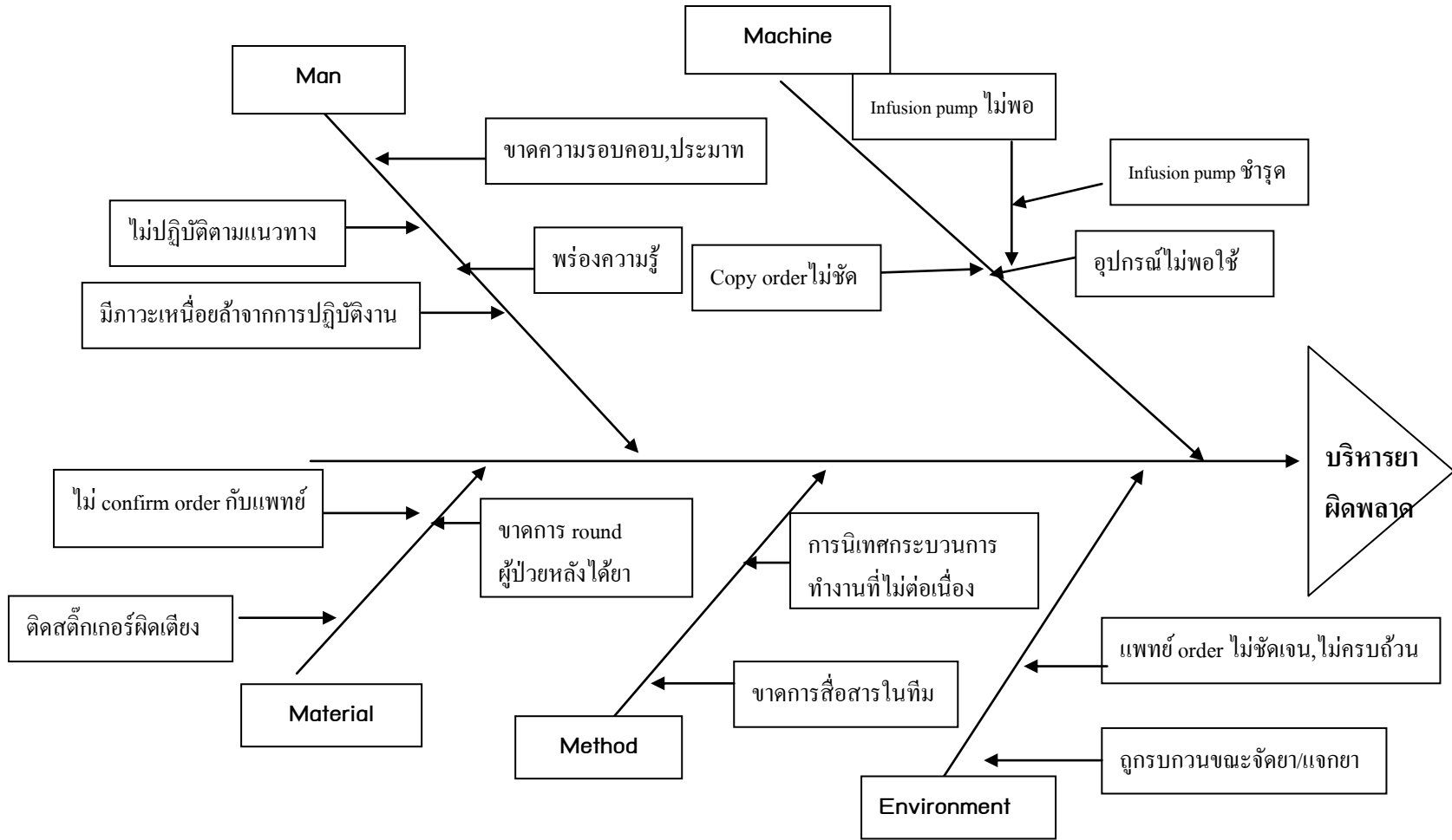
นำเสนอข้อมูลผลการสำรวจสภาพข้อมูลก่อนแก้ปัญหาในรูปแบบกราฟ

กราฟแสดงข้อมูล อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

กราฟแสดงข้อมูลปีงบประมาณ 2560



การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา



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

วัตถุประสงค์โครงการ

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยา
2. เพื่อให้พยาบาลบริหารยาที่มีประสิทธิภาพตามหลัก 6R
3. เพื่อลดอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

ตัวชี้วัดและเป้าหมายของตัวชี้วัด

1. อัตราความคลาดเคลื่อนการบริหารยา ระดับ C ขึ้นไปเป็น 0
2. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องตรงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

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.
วางแผน Plan ประชุมหน่วยงาน ระดม ความคิดกำหนดแนวทาง ปฏิบัติ การเก็บข้อมูล การ ติดตามผลการปฏิบัติ											
ลงมือแก้ปัญหา Do -นำแนวทางที่ได้ไปปฏิบัติ											
ตรวจสอบผล Check -เก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อน ในการบริหารยาและรายงาน ทุกเดือน											
แก้ไขปรับปรุง Action และจัดทำมาตรฐาน -นำผลลัพธ์ที่ได้มาวิเคราะห์ และหาแนวทางการพัฒนาต่อ สรุปเป็นแนวทางปฏิบัติใน หน่วยงาน											

1 เส้นแผนงาน ด้วยเส้น

2 การดำเนินงานจริง ด้วยเส้น

การปรับปรุงพัฒนา

ตารางสรุปวิธีการปรับปรุงแก้ไขและผลของการปรับปรุงแก้ไขในแต่ละวิธีการที่กำหนด

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Man	<ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่ปฏิบัติตามแนวทาง 2. ขาดความรอบคอบ, ประมาท 3. พร่องความรู้ 4. มีภาวะเหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงาน 	<ol style="list-style-type: none"> 1. นิเทศและติดตามการปฏิบัติตามหลัก 6R ในการบริหารยา, บันทึกการให้ยาในใบ MAR 2. มีการสุ่มตรวจสอบการจัดยาโดยคร่อมทีม 3. จัดระบบพยาบาลที่เสี่ยง/ทำการ conference ยาที่มีความเสี่ยงสูงและยาที่ใช้บ่อย 4. เสนอขออัตรากำลังทดแทนบุคลากรที่ลาออก/จัดเวรให้มีช่วงเวลาพักเกิน 16 ชม. 	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร	ตค.60	กย.61	<ol style="list-style-type: none"> 1. แบ่งทีมเป็น 2 ทีมและมีการตรวจสอบการจัดยาแบบคร่อมทีมเสมอ 2. เสนอขออัตรากำลังเพิ่ม แต่ยังไม่มีการบรรจุและไม่มีคนสมัคร
Method	<ol style="list-style-type: none"> 1. การนิเทศกระบวนการทำงานที่ไม่ต่อเนื่อง 2. ขาดการสื่อสารในทีม 	<ol style="list-style-type: none"> 1. หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร ติดตามการปฏิบัติทุกวัน/ทุกเวร 2. หัวหน้าเวรแจ้งเปลี่ยนแปลง order พร้อมให้ใบ copy order แก่พยาบาลmed เมื่อพบการสั่งยาหรือ order ไม่ชัดเจนให้ทำการทวนสอบกับหัวหน้าเวรทันที/ med nurse ต้องส่งเวรแก่เวรถัดมาเสมอเพื่อให้มีการสื่อสารตรงกันในการบริหารยา 	หัวหน้างาน/หัวหน้าเวร/ med nurse	ตค.60	กย.61	<ol style="list-style-type: none"> 1. มีการสุ่มตรวจใบ MAR และใบ DR.order สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยหัวหน้างาน 2. เวนดี้มีการตรวจสอบรายการใบ MAR คู่กับใบ Dr.order 3. med nurse มีการส่งเวรเกี่ยวกับการบริหารยาเวรต่อเวร

ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุง แก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Material	<p>1.ติดสติ๊กเกอร์ผิดเตียง</p> <p>2.ไม่ confirm order กับแพทย์</p> <p>3.ขาดการ round ผู้ป่วยหลังได้ยา</p>	<p>1.Inc.+Med nurse ตรวจสอบ สติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยให้ถูกต้อง ตรงกัน ทุกใบ หากพบการนำเอกสารใบเก่า ของผู้ป่วยเก่ามาใช้ต้องทำการเปลี่ยน สติ๊กเกอร์ก่อนทุกครั้ง</p> <p>2. confirm order กับแพทย์เมื่อพบว่า ไม่ชัดเจน ไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน <u>ห้ามตัดสินใจเองตามความเข้าใจของ</u> ตน, Inc.+Med nurse ทำการ ตรวจสอบ order ยาของแพทย์ตาม แผนการรักษาในทุกเวรย้ายก่อนลอก ลงใบ MAR</p> <p>3.กำหนดให้เดิน round IV/Med หลัง ให้ยาแล้ว 1ชม.เพื่อติดตามผลการ บริหารยา</p>	หัวหน้าเวร/med nurse	ตค.60	กย.61	<p>1.Inc.+Med nurse มีการ ตรวจสอบสติ๊กเกอร์ชื่อ ผู้ป่วยให้ ตรงกันทุกใบ</p> <p>2.พยาบาลสอบถามแพทย์ เมื่อพบคำสั่งการรักษาไม่ ชัดเจนและผิดปกติจากเดิม</p> <p>3.พยาบาลเดินตรวจเยี่ยม ผู้ป่วย/ยา หลังการรับเวร แต่หลังแจกยายังมีบางครั้ง ที่ไม่ได้ตรวจเยี่ยม</p>

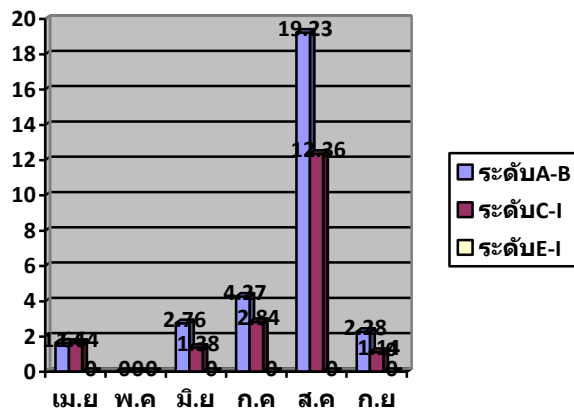
ปัญหา	สาเหตุ	วางแผนการปรับปรุงแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	วัน/เดือน/ปี		ประเมินผล การปรับปรุงแก้ไข
				เริ่ม	สิ้นสุด	
Machine	1.อุปกรณ์ไม่พอใช้ -Infusion pump ไม่พอ - Infusion pump ชำรุด 2. Copy order ไม่ชัด	1.เสนอขอของบจัดซื้อเครื่อง Infusion pump /หาบอร์ดเครื่องจ่ายเพื่อขอยืมเครื่องใช้/ ใช้ dosiflow set กรณีไม่มีเครื่อง 2.Inc.ย้ำหมึกให้ชัดในใบ copy ก่อน ส่งให้ Med nurse ทำการลอกใบ MAR และส่งเบิกยา	หัวหน้างาน/หัวหน้า เวร/ med nurse	ตค.60	กย.61	1.เสนอขอจัดซื้อเครื่อง Infusion pump แต่อยู่ใน ระหว่างรอพิจารณาเมื่อเปิด ปีงบประมาณใหม่ 2.W.9/1 ให้ยืมเครื่องเสมอ
Environment	1.แพทย์ order ไม่ชัดเจน,ไม่ ครบถ้วน 2.ถูกรบกวนขณะจัดยา/แจกยา	1.แจ้งแพทย์ทราบและขอความ ร่วมมือให้เขียน order. ให้ครบถ้วน ถูกต้อง ชัดเจน 2.ติดป้าย “ห้ามรบกวน กำลังจัดยา”	หัวหน้าเวร/ med nurse	ตค.60	กย.61	1.แพทย์รับทราบวิธีปฏิบัติ เรื่องการเขียนคำสั่งการ รักษา และการรับ order ของพยาบาล

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหา รอบที่ 1 (เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน 2561)

ที่-	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2561					
			ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.
1	ระดับ A-B (Near miss)	ครั้ง	0	5	3	2	0	0
		> 1 ครั้ง / 1000 วันนอน	0	11.34	5.43	4.58	0	0
2	ระดับ C-D (Error)	ครั้ง	0	2	6	2	0	1
		0 ครั้ง / 1000 วันนอน	0	4.51	10.87	4.58	0	1.68
3	ระดับ E-I (Error)	ครั้ง	0	0	0	0	0	0
		0 ครั้ง / 1000 วันนอน	0	0	0	0	0	0

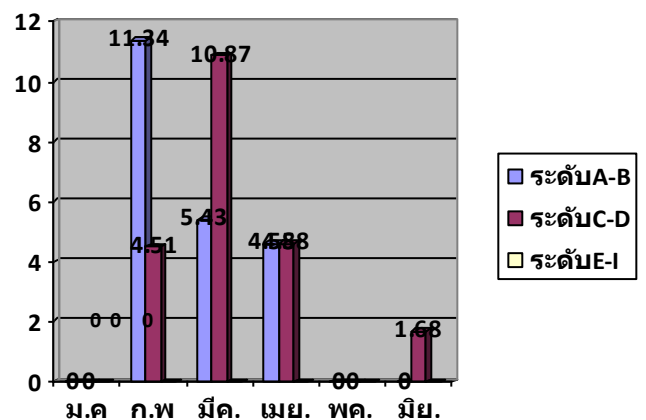
นำเสนอข้อมูลเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ/ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (สามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการนำเสนอกราฟได้ตามความเหมาะสม)

กราฟแสดงข้อมูลปีงบประมาณ 2560



ก่อนดำเนินการปรับปรุง

กราฟแสดงข้อมูลปีงบประมาณ 2561



หลังดำเนินการปรับปรุง

สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

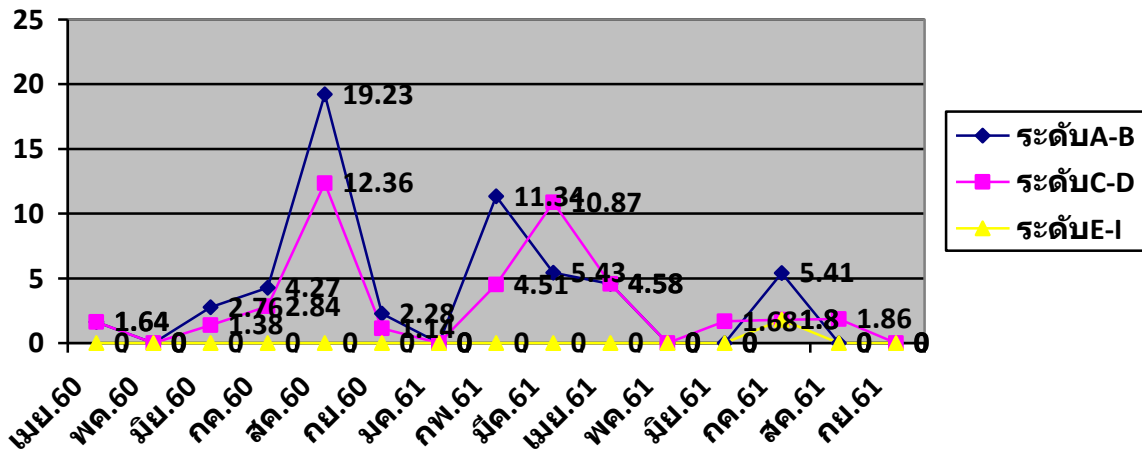
จากผลลัพธ์การดำเนินงาน 6 เดือนแรกพบว่ายังมีความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาในระดับที่สูงกว่าเป้าหมาย เมื่อวิเคราะห์สาเหตุ 3 อันดับแรกพบว่าเกิดจากการจัดยาไม่ครบ ลอกยาไม่ครบ ลอกยาผิด ซึ่งพบในยาเกินเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นจึงได้ทำการปรับเป้าหมายเป็นเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในก การบริหารยาเกินเป็นประเด็นหลัก แต่ยังคงปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีอยู่เดิม มีเพิ่มเติมแนวทางปฏิบัติดังนี้

1. เพิ่มกระบวนการตรวจรับยาทันทีที่ได้รับจากห้องยาเมื่อมาถึงหอผู้ป่วยโดยทำการตรวจเช็คชื่อยา ขนาดยา วิธีบริหาร ยา ให้ตรงกันระหว่างยาในซองกับชื่อยาหน้าซองใส่ยาและใบ MAR เนื่องจากเคยพบว่า ยาในซอง กับชื่อยาบนสลากไม่ตรงกัน
2. เพิ่มกระบวนการบริหารยาเกิน โดยให้ผู้ป่วยกินยาต่อหน้าพยาบาลทันที พร้อมแนะนำดื่มให้ผู้ป่วยด้วย ไม่ให้วางแก้วยาหรือซองยาไว้ให้ผู้ป่วยกินเอง ยกเว้นกรณี ยาหลังอาหารหากผู้ป่วยยังรับประทานอาหารไม่เสร็จให้เก็บกลับไว้และมาแจกใหม่หลังผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จ ทั้งนี้ต้องไม่เกินช่วงเวลาหลังอาหาร 1 ชั่วโมง
3. ประเด็นที่พบว่าเกิดจากความผิดพลาดรายบุคคล วิเคราะห์พบว่าเกิดจากการปฏิบัติงานที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยมี การควงเวรและไม่ได้หยุดพักผ่อน สาเหตุจากการขาดอัตรากำลังพยาบาล ทำให้ต้องปฏิบัติงานมากกว่า 40 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งได้ มีการตักเตือนเป็นรายบุคคล และได้มีการ จัดตารางเวรไม่ให้ขึ้นเวรติดต่อกันเกิน 10 เวรและต้องหยุดพั ก 24 ชั่วโมงก่อนขึ้นเวรผลัดต่อไป นำเสนอฝ่ายการ พยาบาลเพื่อ ขออัตรากำลัง เพิ่มและ ทดแทนพยาบาลที่ลาออกแต่ รพ. ไม่มีกรอบ อัตราบรรจุทำให้ไม่มีคนมาสมัครส่งผลให้ยังคงขาดอัตรากำลังต่อไป นอกจากนี้หอผู้ป่วยได้ทำการขอลดจำนวนเตียงจากเดิม 30 เตียง เป็น 25 เตียง แต่ไม่ได้รับการอนุมัติจากมติที่ประชุมกรรมการดำเนินงานศูนย์กา รแพทย์ฯ จึงไม่สามารถหาแนวทางป้องกัน Human error จากภาวะอ่อนล้าในการปฏิบัติงานได้

ผลการสำรวจสภาพข้อมูลหลังแก้ปัญหาปีงบประมาณ 2561 รอบที่ 2 (เดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน)

ที่	อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	เป้าหมาย	กค.		สค.		กย.	
			ยาเกิน	ยาผิด	ยาเกิน	ยาผิด	ยาเกิน	ยาผิด
1	ระดับ A-B (Near miss)	ครั้ง	3	1	0	0	0	0
		> 1 ครั้ง / 1000 วันนอน	5.41	1.80	0	0	0	0
2	ระดับ C-D (Error)	ครั้ง	1	0	1	0	0	0
		0 ครั้ง / 1000 วันนอน	1.80	0	1.86	0	0	0
3	ระดับ E-I (Error)	ครั้ง	1	0	0	0	0	0
		0 ครั้ง / 1000 วันนอน	1.80	1.80	0	0	0	0

กราฟแสดงข้อมูลเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน



ก่อนดำเนินการ

หลังดำเนินการรอบ 1

หลังดำเนินการรอบ 2

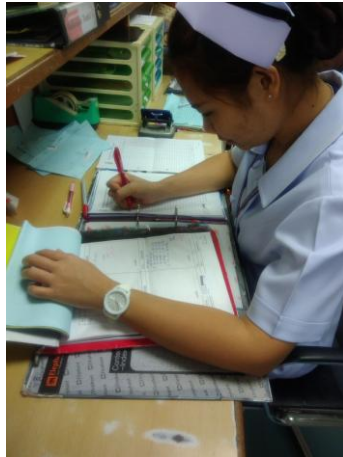
สรุปวิเคราะห์ผลการดำเนินการและการบรรลุเป้าหมายและตัวชี้วัด

ผลลัพธ์ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาเกินมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ แต่จากกราฟของ เดือน กรกฎาคม 2561 พบว่ามีความคลาดเคลื่อนระดับ E จำนวน 1 ครั้งคิดเป็น 1.80 ครั้ง/1,000 วันนอน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพื่อแก้ไขปัญหาโดย ทำการทบทวนและวิเคราะห์หา สาเหตุ ซึ่งพบว่าเกิดจาก พยาบาลลอกคำสั่งการรักษาไม่ครบถ้วน ไม่ได้ลอกยา HT คือยา Hydralazine (25 mg.) 3*4 po pc และ Atenolol (50 mg) 1*1 po pc นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์มาเขียนเพิ่มคำสั่งการรักษาหลังจากพยาบาลดึง copy order ไปแล้วส่งผลให้พยาบาลไม่เห็นคำสั่ง ที่เพิ่มและไม่ได้ส่งเบิกยาเพิ่ม ผู้ป่วยจึงไม่ได้ยาเกิน ลดความ ดันโลหิต ทำให้ความดันโลหิต ยังคงสูงจนแพทย์ต้องให้ยา drip เพื่อรักษาภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับ เดือนสิงหาคมพบว่าการจ่ายยา Augmentin 1 tab ให้ผู้ป่วยรับประทานซ้ำทั้งที่มียาเหลืออยู่แล้ว วิเคราะห์ สาเหตุเกิดจากขาดความรอบคอบ ขาดการตรวจสอบให้ดีก่อนจึงทำให้จ่ายยาที่หยุดให้แล้วให้ผู้ป่วยกินต่อ ดังนั้น หอผู้ป่วยจึงทบทวนแนวปฏิบัติใหม่ดังนี้

- 1.พยาบาล Incharge เป็นผู้เซ็นรับคำสั่งการรักษาและส่งต่อไป copy order ให้พยาบาล Med nurse เป็นผู้ลอกในใบ MAR และส่งเบิกยา
- 2.กรณีพยาบาล Med nurse ต้องการช่วยรับคำสั่งการรักษา ให้ทำการขีดและระบุเวลาที่รับคำสั่งใน ใบ Dr. order ตัวจริงด้วยหมึกสีแดงเพื่อสื่อสารว่ารับคำสั่งไปแล้ว ค่อยดึง copy ไปส่ง
- 3.ประสานงานแจ้งแพทย์ทราบแนวปฏิบัติของพยาบาล โดย แจ้งแพทย์ทราบว่ามีห้ามเขียนคำสั่งการ รักษาเพิ่ม หรือแก้ไขคำสั่งการรักษา เมื่อพยาบาลรับคำสั่งการรักษาไปแล้วซึ่งสังเกตจากหมึกแดงที่ระบุเวลา ในใบคำสั่งการรักษา

ความคลาดเคลื่อนระดับ A-B (Near miss) ในเดือน กรกฎาคม พบ 3 ครั้ง โดยพบว่าเป็นความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาของเภสัชกรทั้งหมด 100% โดยมีการจ่ายยาผิดชนิด 1 ครั้ง, จ่ายยาที่แพ้ซ้ำ 1 ครั้ง และจ่ายยาไม่ครบ 1 ครั้ง ซึ่งพยาบาลตรวจสอบพบหลังได้รับยาจากเภสัชและ หัวหน้าเวรได้ประสานงานแจ้งห้องยาให้รับทราบ ทำการเปลี่ยนยาให้และส่งรายงานอุบัติการณ์ในระบบ ให้งานเภสัชเป็นผู้ทบทวนต่อไป

ภาพการดำเนินงาน



บทเรียนที่ได้รับ

- 1 การปฏิบัติงาน โดยยึดมาตรฐานและวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ
- 2 การสื่อสารและประสานงานกัน ในทีมและระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงาน
- 3 ความรอบคอบ การมีสติ และร่างกายที่พร้อมย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

การพัฒนาต่อเนื่อง

- 1 การบริหารยาฉีดที่มีประสิทธิภาพ
- 2 การพัฒนาระบบนิเทศน์และติดตามการปฏิบัติงานตามวิธีปฏิบัติ

นวัตกรรม*ที่ได้จากการดำเนินโครงการจำนวน ไม่มี..... เรื่อง

สรุปจัดทำเป็นมาตรฐานการปฏิบัติงาน เรื่อง ไม่มี.....

กิจกรรม CQI จะทำต่อไปในอนาคต

การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังอาการผู้ป่วยเพื่อป้องกันการย้ายเข้า ICU โดยไม่ได้วางแผน