

๑. ชื่อเรื่อง : ฉันทหรือเธอที่ผลออกไป

(การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา คัดลอกคำสั่งแพทย์และการบริหารยา)

๒. ผู้จัดทำผลงาน

1. นาง สายใจ จันทร์คงเดชา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2. น.ส. สุนิตยา แสงทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

๓. ผู้นำเสนอ

๔. ผลงานนี้ไม่ผ่านการนำเสนอในเวทีใดมาก่อน

๕. ประเภทผลงานที่นำเสนอ Oral ระบุกลุ่ม

Poster ระบุกลุ่ม

Hot short film / clip VDO

๖. ลักษณะของผลงานที่นำเสนอครั้งนี้

ผลงานใหม่ ผลงานต่อยอดจากเรื่องเดิม

๗. ความเป็นมา / บริบท

การให้ยาเป็นบทบาทและหน้าที่สำคัญของพยาบาล นอกเหนือจากความรู้เรื่องยาแล้ว พยาบาลต้องมีความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ให้ดีที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์แก่ผู้ป่วย เช่น การให้ยาผิดชนิด การให้ยาในรายที่แพ้ยา หรือลืมหักยา เป็นต้น เพราะถ้าหากเกิดจากความไม่รอบคอบของพยาบาลทำให้ผู้ป่วยได้รับผลที่ไม่พึงประสงค์จากยาแม้เพียงระดับเล็กน้อยก็ตาม พยาบาลจะมีความคิดในการปฏิบัติวิชาชีพการพยาบาล

งานผู้ป่วยในมีบทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบ ในการให้ยาทั้งในรูปแบบยารับประทาน ยาฉีด จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่ปี 2552 – 2555 พบว่า จำนวนการบริหารยามีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ดังนั้นโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดทางยาจะสูงขึ้นตามไปด้วย ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยในงานผู้ป่วยใน คือ ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา ดังนี้

ความคลาดเคลื่อนทางยา	ปี 2551	ปี 2552	ปี 2553	ปี 2554	ปี 2555
- ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา	60.1	71.45	84.89	59.54	108.17
- ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา	6	7.14	10.79	4.28	4.38

จากการวิเคราะห์ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา ส่วนใหญ่เกิดจากการ key ยาลง Computer เกิดขึ้นอันดับต้นๆ ดังนี้ การ key ผิดขนาด , ไม่ได้ key , key ผิดเวลา , key ยา off และอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาแบ่งระดับความรุนแรงที่เกิดขึ้นอันดับต้นๆ ดังนี้ ระดับ B (ลืมแจกยาให้ผู้ป่วย), C (แจกยา off ให้ผู้ป่วย), D (แจกยาเกิน/ผิดคน), ตามลำดับ และพบว่าสาเหตุที่สำคัญในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา เกิดจาก

1) บุคคล

- พยาบาลจบใหม่ ขาดความรู้และประสบการณ์ในกระบวนการปฏิบัติงาน
- พยาบาลขาดการตระหนักและไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

2) เครื่องมือ

- การใช้ระบบ Computer โดย Program Mit Net (แบบเก่า)
- การใช้ระบบ Computer โดย Program Hos XP (แบบใหม่)

สาเหตุที่สำคัญในการบริหารยา เกิดจาก

1. บุคคล

- พยาบาลจบใหม่ขาดความรู้เกี่ยวกับการบริหารยา ประสบการณ์ ความรอบคอบ ความมั่นใจในกระบวนการปฏิบัติงาน

8.เป้าหมาย / วัตถุประสงค์

1. เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการให้บริหารยา
2. เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยเมื่อได้รับยา
3. เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องและปลอดภัย

9.ประเด็นสำคัญของเรื่องที่ต้องดำเนินการ

- มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โดยเฉพาะในกระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยา และการบริหารยา เพิ่มมากขึ้น

10.ตัวชี้วัดที่สำคัญ

1. อัตราความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา เป้าหมาย 0 %
2. อัตราความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา เป้าหมาย 0 %

11.กระบวนการดำเนินงาน / วิธีการ / กระบวนการคุณภาพ

สาเหตุการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. บุคคล

- พยาบาลจบใหม่ ขาดความรู้และประสบการณ์ในกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น การรับ Order แพทย์, อ่าน Order แพทย์, การ key ยาลง Computer เป็นต้น
- พยาบาลขาดการตระหนักและไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ
- พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความเคยชินโดยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการคัดลอกคำสั่งให้ถูกต้อง

2. เครื่องมือ

- การใช้ระบบ Computer โดย Program Mit Net (พยาบาลส่วนใหญ่มีความชำนาญแล้ว บางส่วนแต่พยาบาลที่จบใหม่ต้องเรียนรู้ระบบการใช้งานของ Program Mit Net อย่างละเอียด)
- การใช้ระบบ Computer โดย Program Hos XP (พยาบาลทุกคนต้องเรียนรู้ระบบการใช้งานของ Program Hos XP อย่างละเอียดเพราะต่างจากการใช้งานของ Program Mit Net)

3. แนวทาง

- แนวทางการใช้ Program Hos XP ของหน่วยงานไม่ชัดเจน ทำให้พยาบาลแต่ละคนมีกระบวนการใช้งานไม่เหมือนกันซึ่งทำให้เกิดความผิดพลาดเกิดขึ้น

4. การสื่อสาร

- แพทย์และพยาบาลขาดการสื่อสารเพื่อความถูกต้องในกระบวนการทำงานในบางครั้ง เช่น พยาบาลอ่าน Order แพทย์ไม่ออก ทำให้เกิดการคัดลอกยาผิดพลาด

สาเหตุความคลาดเคลื่อนการบริหารยา แบ่งเป็น 4 ประเภท

1. บุคคล

- พยาบาลจบใหม่ ขาดความรู้และประสบการณ์ในกระบวนการปฏิบัติงาน เช่น ขาดความรู้เรื่องยา เช่น ไม่ทราบชนิดยา, การใช้ยา, ผลข้างเคียงของยา รวมทั้งการประเมินผู้ป่วยหลังการให้ยา, ขาดความรอบคอบในการปฏิบัติงาน, ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน
- พยาบาลขาดการตระหนักและไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ

- พยาบาลปฏิบัติงานด้วยความเคยชินโดยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการบริหารยาอย่างถูกต้อง

2. เครื่องมือ

- ขาดอุปกรณ์เครื่องมือในการอำนวยความสะดวกในการบริหารยาอย่างถูกต้อง เช่น กรณียาฉีด ไม่มีการจำแนกยาในซองและระยะเวลาที่ฉีดตามกำหนด, ไม่มีการใช้รถจัด-แจกยา เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการจัดแจกยา โดยจำแนกเป็น เติง, ชื่อผู้ป่วย, เวลาในการให้ยา เช่น ยา ก่อนอาหาร, ยา หลังอาหาร, ยา ก่อนนอน อย่างชัดเจน, ไม่มีป้ายเตือนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย (กรณีผู้ป่วยย้ายเตียง), ไม่มีป้าย “เตือน” ป้ายเวลาในการจำแนกยาฉีด, ไม่มีป้ายยา “ Stat ” เพื่อบ่งบอกถึงการสั่งใช้ยา Stat

3. แนวทาง

- ไม่มีแนวทางการ OFF ยาที่ชัดเจน
- WI เกี่ยวกับการบริหารยาทั่วไปและยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีแนวทางการรับคำสั่งการให้ยา การคัดลอกยาตามคำสั่ง การเตรียมก่อนให้ยาและ การบริหารยา ไม่ชัดเจน

4. การสื่อสาร

- พยาบาลผู้รับ Order กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานขาดการสื่อสารที่ชัดเจน

(1) ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา

การดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี 2547 – 2551

- ใช้ copy order ควบคู่กับใบสั่งยา เป็นการ double check และเภสัชกรสามารถอ่านลายมือแพทย์ได้ โดยตรง เริ่มใช้ปี 2547
- ใช้ตะกร้ายาและสมุดเบิกยา stat dose เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามเวลาภายใน 30 นาที และบรรเทาอาการรบกวนของผู้ป่วย เริ่มใช้ ธันวาคม 2551

การพัฒนาระบบการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา ตั้งแต่ ปี 2552 - 2555

- ประสานเภสัชกรในการจัดทำแบบฟอร์ม Med Recorde เพื่อคัดลอกยาเดิมผู้ป่วย
- ยกเลิกการใช้สมุดยา stat เปลี่ยนเป็น key com แทน เพื่อลดขั้นตอน เริ่มใช้ มกราคม 2553
- In charge คัดลอก Order แพทย์ และเขียนลงใน ใบ medical record
- พยาบาลคนที่ 1 Key ยาใน Computer พยาบาลคนที่ 2 ตรวจสอบความถูกต้องและส่งยาไปห้องยา พร้อม ใช้ copy order ควบคู่กับ ใบ medical record
- กรณียา “ Stat ” In charge เป็นผู้รับ Order แพทย์และแนบป้ายยา “ Stat ” กับ Chart เพื่อรับยาจากห้องยา เริ่มใช้ 2553

(2) ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

การดำเนินงานที่ผ่านมา ตั้งแต่ ปี 2547 – 2551

- ยกเลิกการใช้การ์ดยาเกิน, kardex เปลี่ยนมาใช้เป็นใบ medical record ช่วยลดขั้นตอนและระยะเวลาในการปฏิบัติงาน เริ่มใช้เดือน กุมภาพันธ์ 2549
- ประสานความร่วมมือกับฝ่ายเภสัชกรรมในการบริหารยาแบบ Unit dose เป็นการจ่ายยาโดยเภสัชกร โดยตรงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง เริ่มใช้เดือน สิงหาคม 2549
- ประสานเภสัชกรในการจัดยาฉีด ให้มีลักษณะสะดวกต่อการใช้ และป้องกันความผิดพลาด (ในส่วนของพยาบาลในการ Key ยา ฉีดให้ระยะเวลา เช่น Ampicillin 1 gm. IV 6,12,18,24 จากนั้นห้องยา จะแยกใส่ยาในช่องและให้ฉีดยาตามเวลาที่กำหนด) เริ่มใช้ เดือน มีนาคม 2550
- การบริหารยาแก่ผู้ป่วย พยาบาลสอบถามผู้ป่วยและต้องให้ผู้ป่วย ระบุชื่อตนเอง

การพัฒนาระบบการบริหารยา ตั้งแต่ ปี 2552 – 2555

- การรับ Order แพทย์ In charge เป็นผู้รับ Order โดยระบุชื่อผู้รับ Order , เวลา,วันที่ ลงในใบ Doctor Order บันทึกโดยใช้ปากกาสีแดง และมอบหมายงานให้ Leader / Member เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล case ที่รับผิดชอบ เริ่มใช้ มิถุนายน 2552
- ใช้อัดฉีด-แจกยา เพื่อเพิ่มความถูกต้องในการจัดแจกยา โดยจำแนกเป็น เต็ม,ชื่อผู้ป่วย ,เวลาในการให้ยา เช่น ยา ก่อนอาหาร,ยาหลังอาหาร,ยาก่อนนอน อย่างชัดเจน เริ่มใช้ มิถุนายน 2553
- กรณีแพทย์ OFF ยา ให้พยาบาลเซ็นรับ Order โดยระบุชื่อผู้รับ Order , เวลา,วันที่ ลงในใบ Doctor Order และใบ medical record บันทึกโดยใช้ปากกาสีแดง และเขียนยาที่ OFF โดยระบุว่า OFF วันที่ ลงในการ์ดยาแล้วใส่ใน Lock ยา OFF ที่รัดฉีดแจกยา เริ่มใช้ มิถุนายน 2553
- การติดป้ายเตือนผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ด้วยตัวเลข ที่เห็นชัด เพื่อเป็นการระบุเตียงให้ชัดเจน เริ่มใช้ เดือน มีนาคม 2553
- ใช้อัดฉีด-แจกยาโดยการเข็นรถยาไปแจกยาที่เตียงผู้ป่วยพร้อมกับมีพยาบาล 2 คนในการปฏิบัติหน้าที่ เริ่มใช้ เดือน มีนาคม 2554

กรณียารับประทาน

พยาบาลคนที่ 1 Check ใบ medical record อ่านชื่อยาด้วยน้ำเสียงชัดเจน และเซ็นชื่อผู้แจกยา

พยาบาลคนที่ 2 หยิบยาจาก Lock ยาและแจกให้ผู้ป่วย เริ่มใช้ เดือน มีนาคม 2554

กรณียาฉีด

พยาบาลคนที่ 1 อ่านชื่อผู้ป่วย Order แพทย์ ชื่อยา , ชนิดยา, ขนาดยา, วิธีฉีด ด้วยน้ำเสียงชัดเจน

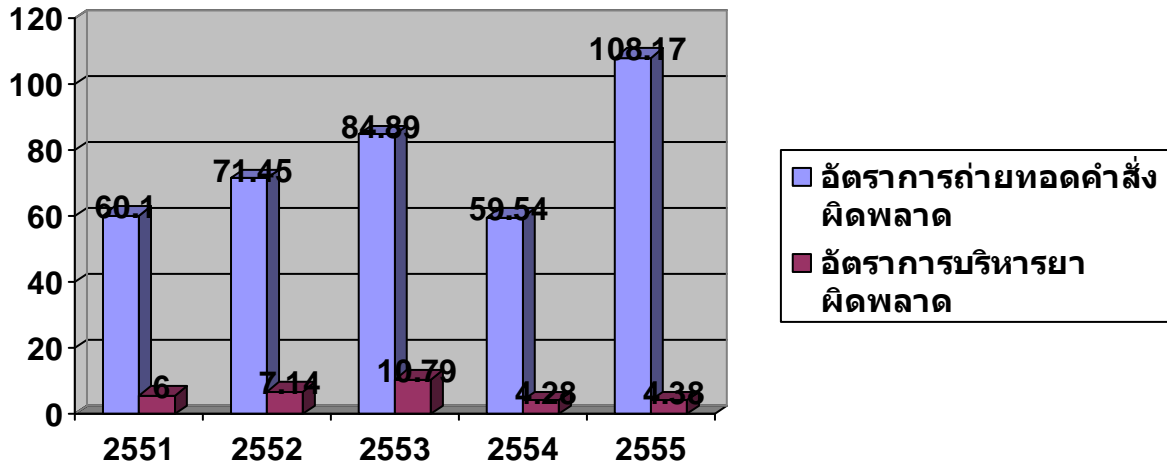
พยาบาลคนที่ 2 ผสมยาตาม Order แพทย์ และฉีดให้พร้อมกับยารับประทาน กรณีให้ยาฉีดเวลา

อื่นก็ปฏิบัติตามแนวทางเดียวกัน เริ่มใช้ มีนาคม 2554

- พยาบาลจบใหม่ศึกษาค้นคว้าหาความรู้และส่งงานเกี่ยวกับ การบริหารยาทั่วไป การบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งทดสอบการคำนวณยาที่ใช้ในหน่วยงานและยาทั่วไปที่ต้องรู้

- กำหนดให้การป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นจุดเน้นของหน่วยงาน ตั้งแต่ปี 2552 - 2555
- จัดทำ WI เกี่ยวกับการบริหารยาทั่วไปและยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีแนวทางการรับคำสั่งการให้ยา การคัดลอกยาตามคำสั่ง การเตรียมก่อนให้ยาและ การบริหารยา
- พยาบาลผู้บริหรยาลงเวลา real time พร้อมลงลายมือชื่อผู้ให้ยา
- กรณีต้องอาศัยการคำนวณในการให้ยา ผู้ให้ยาควรตรวจสอบผลที่ตนคำนวณได้กับพยาบาลคนอื่นทุกครั้ง
- จัดทำแบบฟอร์มในการตรวจสอบการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูงแยกแต่ละประเภท เช่น Morphine Pethidine เริ่มใช้ ธันวาคม 2555
- ฟื้นฟูเจ้าหน้าที่ทุกคนเข้าร่วมอบรมการบริหารยากับฝ่ายเภสัชกรรม
- มีการประชุมภายในหน่วยงานทุกเดือน และ รายงานความก้าวหน้าในการดำเนินงาน และวางแนวทางร่วมกัน กรณี เกิดความคลาดเคลื่อนบ่อย หรือ ความคลาดเคลื่อนระดับ E - I
- ร่วมเป็นคณะกรรมการในทีม PTC

ผลลัพธ์



แผนภูมิแท่งแสดงอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา พบว่า อัตราการถ่ายถอดคำสั่งผิดพลาดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก เจ้าหน้าที่ที่ยังขาดความตระหนักและขาดความละเอียดรอบคอบในการปฏิบัติงาน การปรับเปลี่ยนโปรแกรมการ key ยา ใหม่ สำหรับอัตราการบริหารยาผิดพลาดมีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่บรรลุเป้าหมาย คือ 0 % สาเหตุจากขาดการ double check และผู้ปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

การต่อยอดในการพัฒนาต่อไป

ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา

- ฝึกทักษะของพยาบาลในการ key ข้อมูลการสั่งยาจากโปรแกรม HosXP ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- ทบทวน WI ทุก 6 เดือน หรือปรับปรุง WI เมื่อเกิดปัญหา

ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา

- ทดสอบทักษะในการคำนวณยาทุก เดือน และหัวหน้าเวรสุ่มตรวจสอบทุกเวร
- ทบทวน WI ทุก 6 เดือน หรือปรับปรุง WI เมื่อเกิดปัญหา
- ใช้กระบวนการ Re-check ทุกชั้นตอน
- ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตัวชี้วัดที่สำคัญทุก 1 เดือน ในหน่วยงาน และ ทีม PTC
- พยาบาลผู้บริหารยาสวมเสื้อกั๊ก “Nurse Med” เพื่อกระตุ้นเตือนตนเองให้ตระหนักและเห็นความสำคัญในการบริหารยา