

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล  
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์  
(ตำแหน่งประเภททั่วไป)

ตำแหน่งเภสัชกร 6 ว (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

1. ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา  
เรื่อง การลดความผิดพลาดในการจัดและจ่ายยา งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน  
โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
2. ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น  
เรื่อง การทำ CQI เรื่อง ปัญหาจากการใช้ copy order

เสนอโดย

นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ

ตำแหน่งเภสัชกร 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 115)

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

## ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การลดความผิดพลาดในการจัดและจ่ายยา งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** เดือน กรกฎาคม 2548 – พฤษภาคม 2549
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

กลุ่มงานเภสัชกรรมได้ดำเนินกิจกรรมตามนโยบายของ ทางโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร ในการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล ให้ได้มาตรฐานตามที่สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (พรพ.) กำหนด กลุ่มงานเภสัชกรรมจึงได้จัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่สำคัญของกลุ่มงาน ดังต่อไปนี้

1. การค้นหาความเสี่ยงสำคัญในหน่วยงาน โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ
2. ใช้ระบบการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาในเชิงระบบของกระบวนการดำเนินงาน
3. ใช้ระบบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง continuous quality improvement (CQI) พัฒนาระบบการ ให้บริการผู้ป่วยในให้มีคุณภาพ ความปลอดภัย และลดความผิดพลาดให้ได้มากที่สุด
4. ใช้ระบบการกำหนดเป้าหมายตัวชี้วัดความสำเร็จของการพัฒนางาน

### แนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

กลุ่มงานเภสัชกรรมได้ทบทวน ตัวชี้วัด และการรายงานความเสี่ยง ของผู้ป่วยใน ซึ่งมีข้อมูลตัวชี้วัด เกี่ยวกับข้อมูลการจัดยาผู้ป่วยในผิด (pre-dispensing error) ข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยในผิด (dispensing error) และจำนวนการรายงานความเสี่ยงจากหน่วยงาน และนอกหน่วยงาน เกี่ยวกับ ข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ซึ่งมีรายงานค่อนข้างสูง

กลุ่มงานได้ค้นหาสาเหตุของปัญหา และวางแผนปรับปรุงแก้ไขโดยจัดทำเป็นกิจกรรม CQI ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น เพิ่มแนวทางวิธีแก้ไข เพื่อลดความเสี่ยงร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น และให้เป็นไปตาม เจตจำนงที่กลุ่มงานได้ตั้งเป้าหมายไว้

### 4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินงาน

การพัฒนาคุณภาพกลุ่มงานเภสัชกรรม เริ่มในปี พ.ศ. 2548 มีการเก็บตัวชี้วัดทางคลินิก ที่สำคัญของกลุ่มงาน เภสัชกรรมคือ medication error ผู้ป่วยใน ได้แก่ pre-dispensing error dispensing error ซึ่งพบว่าความผิดพลาด ที่เกิดขึ้นสูงกว่าที่กลุ่มงานเภสัชกรรมกำหนด กล่าวคือเป้าหมาย pre-dispensing ไม่เกิน 0.5 % และ dispensing error ไม่เกิน 0.2 % เมื่อได้ตรวจสอบในเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2548 พบว่าเกิด pre-dispensing และ dispensing error 1.85% และ 0.76 % ตามลำดับ จึงได้จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพในกลุ่มงานเภสัชกรรม เรื่อง “การลดความผิดพลาดในการจัดและจ่ายยาผู้ป่วยใน” โดยได้ค้นหาปัญหาในขั้นตอนการทำงานที่อาจทำ ให้เกิดความผิดพลาด และทำการปรับปรุงแก้ไขขั้นตอนการทำงาน ในการจัดและจ่ายยาผู้ป่วยใน และปรับ ระบบการตรวจสอบความถูกต้องในขั้นตอนต่าง ๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ เปลี่ยนระบบการคัดลอก

ใบคำสั่งจ่าย ผู้ป่วยใน เป็นการ ใช้ คำสั่งจ่ายที่มีสำเนา (copy order) ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 และเพิ่มระบบการจัดเก็บ ใบบันทึกข้อมูลยา (drug profile) จัดยาแบบวันต่อวัน (one day dose) ลงในแฟ้ม ดิจิตอลและเตียงผู้ป่วย และแบ่งแยกสีแฟ้มตามหอผู้ป่วย

หลังจากดำเนินการปรับปรุงแก้ไขระบบการจัดยา และจ่ายยาผู้ป่วยใน ตามขั้นตอนต่าง ๆ ตามลำดับพบว่า ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2549 pre-dispensing error ลดลงเหลือ 0.23 % และ dispensing error ลดลงเหลือ 0.35 %

## 5. ผู้ร่วมดำเนินการ

- ไม่มี

## 6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

6.1 การวางแผนดำเนินงาน โดยวางแผนการประชุมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา แนวทางแก้ไข การลงมือทำการแก้ไข การเก็บข้อมูลตัวชี้วัด และการสรุปผลดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

แผนการดำเนินงาน

เวลา	เม.ย. 48	พ.ค. 48	มิ.ย. 48	ก.ค. 48	ส.ค. 48	ก.ย. 48	ต.ค. 48	พ.ย. 48	ธ.ค. 48	ม.ค. 49	ก.พ. 49	มี.ค. 49	เม.ย. 49	พ.ค. 49
แผนการปฏิบัติ														
วางแผน		←→												
แก้ปัญหา				←→										←→
ตรวจสอบ				←→										←→
แก้ไขปรับปรุง				←→										←→
สรุปผล														←→

การประชุม 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง

หมายเหตุ วางแผน ←→

ปฏิบัติจริง ←→

6.2 การค้นหาปัญหาเพื่อนำมาทำกิจกรรมการแก้ไข โดยการเรียกประชุมเจ้าหน้าที่หน่วยงาน เพื่อเสนอหัวข้อปัญหาที่คาดว่าเป็นสาเหตุทำให้เกิด pre-dispensing error และ dispensing error สูงขึ้น เมื่อกำหนดหัวข้อปัญหาต่าง ๆ ได้แล้ว ให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานลงคะแนนเลือก โดยคำนึงถึงระดับ

ความเป็นไปได้ ความรุนแรง และความถี่ ของสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น นำมาคำนวณเป็นผล  
คะแนน แล้วเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข สรุปรายละเอียดดังตาราง  
ต่อไปนี้

#### ค้นหาปัญหาเพื่อนำมาทำกิจกรรม

ลำดับ	หัวข้อปัญหา	ความเป็นไปได้				รวม	ความรุนแรง				รวม	ความถี่				รวม	ยอดรวม
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		
	<u>Pre dispensing error</u>																
1	การคัดลอกใบคำสั่งใช้ยา บนหอผู้ป่วย		2	3	5	33		2	4	4	32		1	4	5	34	99
2	สีปากกาใช้ไม่ถูกประเภท		4	5	1	27		5	5		25		4	5	1	27	79
3	ปัญหาหลายมือแพทย์		3	5	2	29		3	5	2	29		5	5		25	83
4	ปัญหาหลายมือเจ้าหน้าที่		2	5	3	31		6	2	2	26		3	5	2	29	86
5	ยามี่หลายความแรง		1	2	7	36		2	4	4	32		1	6	3	32	100
6	รูปแบบยามี่มากกว่า 1 ชนิด		1	2	7	36		2	4	4	32		1	6	3	32	100
7	ชื่อยาใกล้เคียงกัน		3	4	3	30		3	3	4	31		3	4	3	30	91
	<u>Dispensing error</u>																
8	แพทย์เขียนรายละเอียดไม่ ครบถ้วน		5	3	2	27		5	3	2	27		3	6	1	28	82
9	การลงเลข HN,AN ผิด		3	7		27		8	2		22		8	2		22	71
10	การจัดส่งยาผิด ward	3	5	2		19	2	6	2		20	3	5	2		19	58
11	ไม่ได้จัดและจ่ายยาตรงวันที่ ต้องจ่าย (ปัญหาไม่ได้รับยา ที่จ่ายให้)	3	5	2		19	3	5	2		19	2	6	2		20	58

ความเป็นไปได้ของปัญหา : probability (ระดับโอกาสเกิดความถี่)

1. ( น้อยมาก ) = < 1 : 10,000 several time in 5 – 30 years
2. ( น้อย ) = 1 : 10,000 several time in 2 – 5 years
3. ( เป็นครั้งคราว ) = 1 : 1,000 several time in 1 – 2 years
4. ( บ่อย ) = 1 : 100 several time in 1 year

ความรุนแรง : description severity

1. ( minor event ) = กระบวนการทำงานที่ผิดพลาดแต่ยังไม่ถึงตัวผู้ป่วย
2. ( moderate event ) = ไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย / หรือต้องเฝ้าระวังเพื่อให้มั่นใจว่าไม่เกิดอันตราย
3. ( major event ) = เกิดอันตรายชั่วคราวต้องบำบัดรักษา นอนโรงพยาบาลหรือนอนหลายวัน
4. ( catastrophic ) = เกิดอันตรายถาวร / ส่งผลให้ทำการช่วยชีวิต / อาจเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

ความถี่ : จำนวนครั้งของปัญหาที่พบในหน่วยงาน

1. ( พบน้อยมาก ) =  $\geq 1 : 10,000$  ใบสั่งยา
2. ( พบน้อย ) =  $\geq 1 : 1,000$  ใบสั่งยา
3. ( พบเป็นบางครั้ง ) =  $\geq 1 : 500$  ใบสั่งยา
4. ( พบบ่อย ) =  $\geq 1 : 100$  ใบสั่งยา

การวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาของกลุ่มงาน ได้นำหลักการค้นหาความเสี่ยงมาปรับใช้ในการค้นหาปัญหาที่เกิดจากกระบวนการทำงานผิดพลาด และนำมาวัดเป็นระดับคะแนน ซึ่งเมื่อนำคะแนนของแต่ละปัญหามาเปรียบเทียบความรุนแรงที่เกิดขึ้น พบว่าคะแนนรวมของแต่ละปัญหามีความรุนแรงอยู่ในระดับค่อนข้างสูงและใกล้เคียงกันเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้น จึงควรต้องมีการหาวิธีปรับปรุงแก้ไขขั้นตอนของกระบวนการทำงานของทุกปัญหาที่ค้นพบและนำไปดำเนินการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดความผิดพลาดการจ่ายยาและการจ่ายยาของผู้ป่วยใน

### 6.3 การสำรวจสภาพปัจจุบันก่อนการแก้ปัญหา

วันที่ 1 มกราคม 2548 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2548

ข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยในผิด (pre-dispensing error)			
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน (ใบ)	จำนวนความผิดพลาดการจ่ายยาผิด ( ครั้ง )	ร้อยละการจ่ายยาผู้ป่วยในผิด
มกราคม 2548	3,104	46	1.45 %
กุมภาพันธ์ 2548	3,208	59	1.84 %
มีนาคม 2548	2,967	86	2.90 %
เมษายน 2548	3,078	36	1.17 %
พฤษภาคม 2548	3,220	47	1.45 %

ข้อมูลการจัดยาผู้ป่วยในผิด (pre-dispensing error)			
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน (ใบ)	จำนวนความผิดพลาด การจัดยาผิด( ครั้ง )	ร้อยละการจัดยา ผู้ป่วยในผิด
มิถุนายน 2548	2,920	54	1.85 %

เป้าหมายของการทำกิจกรรมคือ

ลดความผิดพลาดในการจัดยา ไม่เกิน ร้อยละ 0.5

ข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยในผิด (dispensing error)			
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน (ใบ)	จำนวนความผิดพลาด การจ่ายยาผิด( ครั้ง )	ร้อยละการจ่ายยา ผู้ป่วยในผิด
มกราคม 2548	3,104	28	0.90 %
กุมภาพันธ์ 2548	3,208	24	0.75 %
มีนาคม 2548	2,967	16	0.54 %
เมษายน 2548	3,078	25	0.81 %
พฤษภาคม 2548	3,220	40	1.24 %
มิถุนายน 2548	2,920	22	0.76 %

เป้าหมายของการทำกิจกรรมคือ

ลดความผิดพลาดในการจ่ายยา ไม่เกิน ร้อยละ 0.2

#### 6.4 การแก้ปัญหา (เรียงลำดับการแก้ไข)

ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ไขปัญหา
<u>เกิดจากการจ่ายยา</u> 1.จ่ายยาผิดชนิด - ยามีหลายความแรง	<ol style="list-style-type: none"> <li>ในการจัดยา one day dose ผู้จัดยาต้องใช้ปากกาเน้นคำขีดทับชื่อยาที่มีมากกว่า 1 ความแรงบนฉลากยาเพื่อเน้นความแตกต่าง</li> <li>นำเสนอและประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงยาใหม่หรือยาที่นำเข้ามาใหม่ในโรงพยาบาล</li> <li>จัดทำซองบรรจุยาที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ติดบริเวณเคาน์เตอร์จ่ายยาเพื่อสะดวกในการตรวจสอบ</li> </ol>

ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ไขปัญหา
<p>2.จ่ายยาผิดรูปแบบ</p> <p>- รูปแบบยามีมากกว่า 1 ชนิด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ปรับปรุงข้อมูลยาในทะเบียนยา ที่มีมากกว่า 1 รูปแบบ โดยวงเล็บชนิดรูปแบบของยา</li> <li>2. เปลี่ยนชื่อยาที่จัดผิดรูปแบบบ่อย เช่น ชนิดเม็ด omeprazole tab. กับ ชนิดฉีด losec inj.</li> <li>3. ทบทวนการเขียนรายการยา ในใบ drug profile ยาฉีดใช้ปากกาหมึกแดง และ ยาประเภทอื่น ๆ ใช้หมึกสีน้ำเงิน การอ่านคำสั่งจากใบ copy order ให้ลงวันที่กำกับทุกครั้ง</li> </ol>
<p>3.ชื่อยาใกล้เคียงกัน</p>	<p>1.จัดให้มีการประชุมเจ้าพนักงานเภสัชกรรม กำหนดแนวทางในการทำงานให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน จัดทำตารางเวรในการปฏิบัติหน้าที่ให้ชัดเจน ในขั้นตอน บันทึกข้อมูลยา ตรวจสอบก่อนจัดยา จัดยา และตรวจสอบหลังจัดยา</p>
<p><b>เกิดจากระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยา บนหอผู้ป่วย</b></p> <p>4.การคัดลอก คำสั่งใช้ยา บนหอผู้ป่วยไม่ครบถ้วน</p>	<p>1. เปลี่ยนระบบการคัดลอก คำสั่งใช้ยา ผู้ป่วยใน โดยเปลี่ยนเป็นใช้ copy order เริ่มใช้กรกฎาคม 2548</p>
<p>5. ปัญหาลายมือเจ้าหน้าที่</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ทบทวนการอ่านคำสั่ง order for one day ให้ผู้อ่านคำสั่งขีดเส้นใต้รายการยาที่อ่าน ลงชื่อและวันที่กำกับทุกครั้ง</li> <li>2. การอ่านคำสั่ง off รายการยา ให้เขียนคำสั่ง off โดยใช้ปากกาหมึกแดง ลงชื่อผู้บันทึกในใบ copy order</li> </ol>
<p>6. การลงเลข HN,AN ผิด</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ตรวจสอบเลข HN,AN ให้ตรงกับชื่อผู้ป่วย</li> <li>2. การไม่เขียนข้อมูลผู้ป่วยในใบ copy order เขียนไม่ครบถ้วน เขียน HN/AN ผู้ป่วยผิด ประสานสอบถามกับเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วย เก็บข้อมูลความผิดพลาด เขียนใบรายงานความเสี่ยง ส่งคณะกรรมการบริหารความเสี่ยง โรงพยาบาล</li> </ol>

ปัญหาที่พบ	วิธีการแก้ไขปัญหา
<p><b>เกิดจากระบบการจัดยา</b></p> <p>7. ไม่ได้จัดและจ่ายยาตรงวัน ที่ต้องจ่าย</p>	<p>1. จัดให้มีการประชุมหาแนวทางการแก้ไขปัญหา ในการจัดและจ่ายยา ไม่ครบถ้วน โดยทบทวนตารางการให้ยาบนหอผู้ป่วย พิมพ์ตาราง และประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน ทำรายการยาที่ให้เก็บ stock บนหอผู้ป่วย และไม่ต้องจ่ายในระบบ one day dose</p> <p>2. ทบทวนใบ drug profile ของผู้ป่วยที่ admit ใหม่ ในตอนเช้า และ จัดเข้าแฟ้ม เขียนชื่อผู้ป่วยคิดในแฟ้ม กรณีขึ้นคำสั่ง “ผู้ป่วยรายนี้ จำหน่ายแล้ว” ให้บันทึก D/C บนแฟ้ม เพื่อรอจำหน่าย และจะไม่จัดยาสำหรับวันรุ่งขึ้น</p> <p>3. ทบทวนการใช้ระบบ double check ก่อนจ่ายยาทุกครั้ง มีการกำหนดเวรที่รับผิดชอบปฏิบัติงานการอ่านคำสั่ง และการตรวจสอบก่อนจ่ายยาทุกครั้ง</p>
<p>8. เจ้าหน้าที่ บันทึก รายการยาผิด</p>	<p>1. การจัดยาและจ่ายยาผู้ป่วยใน ต้องแนบใบ copy order และใบ drug profile ทุกขั้นตอนการทำงาน</p>
<p>9. การจัดยาส่งยาผิด ward</p>	<p>1. ดิดชื่อหอผู้ป่วยในตะกร้าที่จะจัดส่งยาขึ้นไปบนหอผู้ป่วย</p> <p>2. ทำระบบการส่งรับยา โดยพยาบาลบนหอผู้ป่วยต้องตรวจรับยากับเจ้าหน้าที่ที่ห้องยาส่งขึ้นไป มีการลงชื่อรับรอง</p> <p>3. การจัดส่งยาให้หอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ห้องยาเป็นผู้จัดส่งให้ในเวลา ราชการ มีสมุดบันทึกการรับส่งยาโดยให้เจ้าหน้าที่พยาบาลบนหอผู้ป่วยตรวจสอบก่อนรับยา</p>
<p><b>เกิดจากใบ คำสั่งใช้ยา</b></p> <p>10. ปัญหาลายมือแพทย์, แพทย์เขียนรายละเอียด ไม่ครบถ้วน</p>	<p>1. สอบถามกลับถ้าไม่แน่ใจในการอ่านคำสั่งแพทย์และเจ้าหน้าที่ ที่ไม่ชัดเจน</p> <p>2. ประสานคำสั่งกับแพทย์ เมื่อพบปัญหาแพทย์เขียนคำสั่งไม่ชัดเจน เก็บข้อมูลรายละเอียด เขียนรายงานความเสี่ยงส่งไปยังคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาล</p>



## 6.5 สรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม

ผลการดำเนินงานกิจกรรมความผิดพลาดในการจัดยา (pre-dispensing error) งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน มีแนวโน้มลดลง หลังจากดำเนินการแก้ไขระบบการทำงานเป็นลำดับ และในเดือน พฤษภาคม 2549 ตัวชี้วัด = 0.23 % ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือไม่เกิน ร้อยละ 0.5 % ดังข้อมูลที่แสดงในตารางต่อไปนี้

ข้อมูลการจัดยาผู้ป่วยในผิด (pre-dispensing error)			
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน (ใบ)	จำนวนความผิดพลาด การจัดยาผิด( ครั้ง )	ร้อยละการจัดยา ผู้ป่วยในผิด
กรกฎาคม 2548	3,166	68	2.15 %
สิงหาคม 2548	3,218	86	2.67 %
กันยายน 2548	3,307	22	0.67 %
ตุลาคม 2548	3,204	8	0.25 %
พฤศจิกายน 2548	3,014	30	0.99 %
ธันวาคม 2548	2,852	59	2.01 %
มกราคม 2549	3,466	25	0.72 %
กุมภาพันธ์ 2549	2,864	15	0.53 %
มีนาคม 2549	3,432	19	0.55 %
เมษายน 2549	3,456	5	0.14 %
พฤษภาคม 2549	3,056	7	0.23 %

ผลการดำเนินงานกิจกรรมความผิดพลาดในการจ่ายยา (dispensing error) งานบริการ  
เภสัชกรรมผู้ป่วยใน มีแนวโน้มลดลง หลังจากดำเนินการแก้ไขระบบการทำงานเป็นลำดับ และในเดือน  
พฤษภาคม 2549 ตัวชี้วัด = 0.35 % ซึ่งมีแนวโน้มลดลงใกล้เคียงเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือไม่เกิน ร้อยละ 0.2 %  
ดังข้อมูลที่แสดงในตารางต่อไปนี้

ข้อมูลการจ่ายยาผู้ป่วยในผิด (dispensing error )			
เดือน ปี	จำนวนใบสั่งยาผู้ป่วยใน ( ใบ )	จำนวนความผิดพลาด การจ่ายยาผิด( ครั้ง )	ร้อยละการจ่ายยา ผู้ป่วยในผิด
กรกฎาคม 2548	3,166	31	0.98 %
สิงหาคม 2548	3,218	32	0.99 %
กันยายน 2548	3,307	11	0.33 %
ตุลาคม 2548	3,204	8	0.25 %
พฤศจิกายน 2548	3,014	6	0.20 %
ธันวาคม 2548	2,852	19	0.67 %
มกราคม 2549	3,466	10	0.28 %
กุมภาพันธ์ 2549	2,864	4	0.13 %
มีนาคม 2549	3,432	24	0.69 %
เมษายน 2549	3,456	15	0.43 %
พฤษภาคม 2549	3,056	11	0.35 %

## 7. ผลสำเร็จของงาน

หลังจากดำเนินการปรับปรุงแก้ไขระบบการจัดยา และจ่ายยาผู้ป่วยใน ตามขั้นตอนต่าง ๆ ดังกล่าว  
เมื่อมีการสรุปครั้งที่ 1 ในเดือน กันยายน พ.ศ. 2548 พบว่า pre-dispensing error ลดลงเหลือ 0.67 % และ  
dispensing error ลดลงเหลือ 0.33 % จากนั้นติดตามประเมินผลและปรับปรุงแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การ  
สรุป ครั้งที่ 2 เดือน พฤษภาคม 2549 pre-dispensing error = 0.23 % และ dispensing error = 0.35 %  
สิ่งที่ได้ปรับปรุงพัฒนา

1. คำสั่งใช้ยาที่มีสำเนา (copy order) แทนคำสั่งการใช้ยา ทำให้ลดความคลาดเคลื่อนได้
2. จัดระบบการจ่ายยาให้เป็นระเบียบ มีการใช้ drug profile โดยเภสัชกร จัดแยกตะกร้าใส่ยาตามสีหออผู้ป่วยและติดชื่อหออผู้ป่วยชัดเจน และมีเพิ่มจัดเก็บเอกสารเพื่อสะดวกในการค้นข้อมูลยาของหออผู้ป่วย แยกสีตามหออผู้ป่วยติดชื่อหออผู้ป่วยและหมายเลขเตียง
3. มีรถเข็น สำหรับจัดเก็บเอกสารวางเพิ่มหออผู้ป่วย

## 8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 นำไปสู่การเปลี่ยนระบบการคัดลอก คำสั่งใช้ยา ผู้ป่วยใน เป็นคำสั่งการใช้ยาที่มีสำเนา copy order
- 8.2 เพิ่มระบบ การจัดเก็บ drug profile การจัดยา ระบบ one day dose ลงในแฟ้ม ติดชื่อและเตียงผู้ป่วย และแบ่งแยกสีแฟ้มตามหอผู้ป่วย
- 8.3 เพิ่มระบบการตรวจสอบยาที่ส่งมอบให้หอผู้ป่วย

## 9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

การเริ่มแก้ปัญหาล่วงแรก และเริ่มใช้ระบบ copy order พบว่าในเดือน กรกฎาคม 2548 ตัวเลข pre-dispensing error = 2.15 % และ dispensing error = 0.98 % ซึ่งสาเหตุอาจมาจากปัญหาดังต่อไปนี้

### 1. จากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน

- 1.1 เจ้าหน้าที่ที่มารับรรจุใหม่ ยังขาดประสบการณ์ในการอ่าน copy order
- 1.2 เจ้าหน้าที่เดิมแปลคำสั่งผิดพลาด ยังอ่านคำสั่งไม่ชัดเจน

### 2. จากเจ้าหน้าที่ภายนอกหน่วยงาน

- 2.1 พยาบาลส่งสำเนาคำสั่งใช้ยามาเบิกก่อนและแพทย์เขียนคำสั่งที่ต้นฉบับต่อไปอีกทำให้ข้อมูลในการเบิกยาไม่ครบถ้วนตรงกัน
- 2.2 แพทย์เขียนคำสั่งใช้ยาไม่ชัดเจน และ การเขียนคำสั่งโดยไม่ลงน้ำหนักมือ ทำให้สำเนาคำสั่งไม่ชัดเจน

ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และเหมาะสม ดังนั้นจึงได้มีการประชุมเพื่อค้นหาสาเหตุของปัญหาและวางแนวทางแก้ไขตามขั้นตอนที่ได้กล่าวมาข้างต้น และเก็บตัวชี้วัดต่อไป

## 10. ข้อเสนอแนะ

- 10.1 ในการดำเนินกิจกรรม เริ่มต้นต้องมีการทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในหน่วยงาน ให้เห็นถึงประโยชน์ และรู้ถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ การทำงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน
- 10.2 การทำงานต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ต้องมีการประชุมชี้แจงให้กับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทราบถึงระบบงานที่จะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลง วัตถุประสงค์ในการกิจกรรมทำเพื่อประโยชน์ที่จะได้รับกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ
- 10.3 การเก็บข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ ต้องเก็บข้อมูลให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุดต้องทำความเข้าใจ กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานให้ตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่บอกถึงความสำเร็จในการดำเนิน กิจกรรมอย่างแท้จริง
- 10.4 ระหว่างดำเนินกิจกรรม ควรเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ได้เสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับอุปสรรค ปัญหา ความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการทำงานที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินผลและแก้ไข อันจะทำให้การดำเนินงาน สอดคล้องกับการทำงานและเกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....  
(นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ)  
ผู้ขอรับการประเมิน  
(วันที่) - ๓ พ.ค. 25๖๒

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ..... (นางฉัตรพรานธิเดช)  
(ตำแหน่ง) ..... (ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีชีวภาพ)  
(วันที่) .....  
(ผู้บังคับบัญชาที่ควบคุมดูแลการดำเนินการ)

(ลงชื่อ) ..... (นายสมชาย จึงมีโชค)  
(ตำแหน่ง) ..... (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร)  
(วันที่) - 4 พ.ค. 25๖๒

## ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ของ นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง ตำแหน่งเภสัชกร 6 ว (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

(ตำแหน่งเลขที่ รพล. 115) สังกัด กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

สำนักการแพทย์

เรื่อง การทำ CQI เรื่อง ปัญหาจากการใช้ copy order

### หลักการและเหตุผล

การพัฒนาคุณภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ต้องมีการติดตามประเมินผล อุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ในการทำงาน ที่ผ่านมา และมีการประเมินตัวชี้วัดว่าอยู่ในเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้หรือไม่ มีการประเมินข้อมูลความเสี่ยงที่ได้รับรายงานที่เกี่ยวข้องจากภายใน และภายนอกหน่วยงาน มีการทบทวน ประเมินตนเองเป็นระยะ เมื่อพบความเสี่ยงที่สำคัญ หรือเพื่อค้นหาความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น โดยใช้ระบบการ ทบทวน 12 กิจกรรม ในหน่วยงาน และ เมื่อต้องการค้นหาสาเหตุของปัญหา เพื่อพัฒนาปรับปรุงกระบวนการ ทำงานเฉพาะเรื่อง ต่อไป โดยการจัดทำกิจกรรม CQI เฉพาะเรื่องนั้น ๆ มีการกำหนดเป้าหมาย ตัวชี้วัดที่ ชัดเจน ในการวัดผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรม

การทำกิจกรรม CQI เรื่อง ปัญหาจากการใช้ คำสั่งใช้ยาที่มีสำเนา หรือ copy order เนื่องจากกลุ่มงาน เภสัชกรรม มีการพัฒนาระบบการบริหารยาผู้ป่วยใน จากระบบการคัดลอกคำสั่งใช้ยา โดยเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบของหน่วยงาน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เป็นระบบ copy order เพื่อลดปัญหาความผิดพลาด และความเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากการฉีกแบ่ง copy order ที่มี 3 ส่วน บางครั้งข้อมูลที่ได้ ไม่ตรงกับต้นฉบับ เนื่องจากแพทย์มาเขียนสั่ง order เพิ่ม หลังจากฉีกไป copy order ไปแล้ว ทำให้การบริหาร ยาให้กับผู้ป่วยเกิดความคลาดเคลื่อนไม่สมบูรณ์ผู้ป่วยขาดยา หรืออาจได้รับยาล่าช้า และในปัจจุบันมีการนำ ระบบการใช้ป้ายสติ๊กเกอร์ชื่อผู้ป่วยติดกับใบ copy order ความคลาดเคลื่อนที่พบคือเจ้าหน้าที่พยาบาลติดป้าย ชื่อสติ๊กเกอร์ผู้ป่วยผิดคนจึงทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ตรงคนกว่าจะตรวจสอบตรวจทานแก้ไขใช้เวลานานทำให้ ผู้ป่วยได้รับยาล่าช้า

ดังนั้นเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงานการจัดยาและจ่ายยาผู้ป่วยในให้เพิ่มมากขึ้นและเพื่อ ลดอุปสรรคปัญหาต่าง ๆ ในการทำงานที่เกิดขึ้นควรมีการเปรียบเทียบข้อมูล ก่อนเริ่มใช้ และหลังเริ่มใช้ copy order เพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อหาแนวทางวิธีแก้ไขเพิ่มเติม

### วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อลดปัญหาความผิดพลาดและเพิ่มประสิทธิภาพกระบวนการทำงานการจัดยาและจ่ายยาผู้ป่วย ใน

2. เปรียบเทียบข้อมูล ก่อนเริ่มใช้ และหลังเริ่มใช้ copy order เพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ เพื่อหาแนวทางวิธีแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม

### กรอบวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ในการทบทวน ข้อมูล medication error ต่าง ๆ ของระบบยาผู้ป่วยใน พบปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และได้นำข้อมูล ความถี่ที่เกิด medication error ต่าง ๆ มาวิเคราะห์ พบว่าปัญหาส่วนหนึ่งมาจากปัญหาการใช้ copy order เช่น การคัดลอกข้อมูล order ของแพทย์ไม่ครบถ้วนจากการแบ่งส่วน copy order ลงมาเบิก และแพทย์เขียน order เพิ่มในภายหลังที่ต้นฉบับเดิม ปัญหาความไม่ชัดเจนของสำเนา copy order ทำให้ยากในการอ่านลายมือแพทย์และอาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นได้เป็นต้น

ดังนั้นจากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าว ควรหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา และวางแผนปรับปรุงแก้ไขโดยจัดทำเป็นกิจกรรม CQI เปรียบเทียบข้อมูล ก่อนเริ่มใช้ และหลังเริ่มใช้ copy order เพื่อทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ และได้เพิ่มแนวทางวิธีการแก้ไขเพิ่มเติมจากเดิม เพื่อหาโอกาสพัฒนาและลดความเสี่ยงร้ายแรง ที่อาจจะเกิดขึ้นเป็นไปตามเจตจำนงที่กลุ่มงานเภสัชกรรมได้ตั้งเป้าหมายไว้ และในการดำเนินกิจกรรม ควรมีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

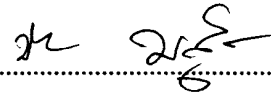
1. ทบทวนปัญหาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงในเชิงระบบการทำงาน ทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ในหน่วยงานและช่วยกันระดมความคิดหาแนวทางแก้ไขสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นชี้แจงเจ้าหน้าที่เพื่อให้เห็นถึงประโยชน์และวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมขึ้นเพื่อการวางแผนการทำงานต่อไปให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน และหลังจากดำเนินกิจกรรมต้องมีการทบทวนอุปสรรคปัญหาในการทำงานที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มงานสม่ำเสมอ
2. ประสานงานระหว่างหน่วยงาน ต้องมีการประชุมชี้แจงให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ ถึงปัญหาที่ทำให้เกิดความเสี่ยงโดยอาจทำให้เกิด ความคลาดเคลื่อน medication error ขึ้นได้ ดังนั้นควรจะมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานร่วมกันและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน และให้เจ้าหน้าที่ทราบถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นเพื่อประโยชน์ที่จะได้รับกับผู้ป่วยเป็นสำคัญ
3. เก็บข้อมูลตัวชี้วัดต่าง ๆ ต้องเก็บตัวเลขให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ถือเป็น ความสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจ กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานให้ตระหนักถึงความสำคัญ เพื่อจะได้ข้อมูลที่บอกถึงความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมได้อย่างแท้จริง
4. เปิดโอกาส ให้เจ้าหน้าที่ต่าง ๆ ได้เสนอความคิดเห็นถึงอุปสรรคปัญหา ความไม่สะดวกต่าง ๆ ในการทำงานที่เกิดขึ้น เพื่อประเมินผลและปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้การดำเนินงาน สอดคล้องกับการทำงานและเกิดประโยชน์ได้อย่างแท้จริง

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ลด medication error ต่าง ๆ ของระบบยาผู้ป่วยใน
2. เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพกระบวนการทำงานระบบยาผู้ป่วยใน

**ตัวชี้วัดความสำเร็จ**

1. ลด medication error ที่เกิดจากการใช้ copy order ไม่เกิน 30 ครั้งต่อจำนวนใบสั่งยา 1,000 ใบ

(ลงชื่อ) .....  .....

(นางสาวปานหทัย มนต์สุวรรณ)

ผู้ขอรับการประเมิน

(วันที่) ..... - 4 พ.ค. 2552 .....