

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงาน** การลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยา กลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย (Look Alike – Sound Alike ; LASA) หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตากสิน
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** ตุลาคม 2553 - กันยายน 2554
3. **ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ**

ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) คือ เหตุการณ์ใดๆที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรด้านสาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เหตุการณ์ดังกล่าวอาจจะเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ประกอบวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์ กระบวนการและระบบ อันได้แก่ การสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดฉลาก บรรจุ ตั้งชื่อยา การจัดเตรียมยา การจ่าย การกระจาย การให้ยา (หรือการบริหารยา) การให้ข้อมูล การติดตาม และการใช้ยา

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามขั้นตอน ดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งยา (Prescribing error) หมายถึง การสั่งใช้ยาของแพทย์ที่ไม่ถูกต้อง ไม่ครบถ้วน ไม่เหมาะสม ที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนถึงตัวผู้ป่วย
2. ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (Order processing error)
 - ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่ง (Transcribing error) หมายถึง การบันทึกข้อมูลคำสั่งยาลงคอมพิวเตอร์ผิด
 - ความคลาดเคลื่อนในการจัดยา (Pre-dispensing error) หมายถึง การจัดยาที่ผิดจากคำสั่งการรักษาของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยจ่ายยา
3. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (Dispensing error) หมายถึง การจ่ายยาโดยเภสัชกรไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งการรักษาของแพทย์ เช่น จ่ายยาผิดชนิด จ่ายยาผิดรูปแบบ เป็นต้น
4. ความคลาดเคลื่อนในการบริหารยา (Administration error) หมายถึง การที่ผู้ป่วยได้รับยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งการรักษาของแพทย์

ยาชื่อพ้อง (Sound Alike ; SA) หมายถึง กลุ่มยาที่ชื่อมองคล้ายคลึงกัน อาจเป็นตัวสะกด หรือตัวอักษรเริ่มต้น รวมทั้งกลุ่มยาที่มีการออกเสียงใกล้เคียงกันทั้งชื่อการค้าและชื่อสามัญทางยา ทำให้การอ่านชื่อยาจากคำสั่งการรักษาของแพทย์ผิดพลาด เช่น Dopamine – Dobutamine เป็นต้น

ยามองคล้าย (Look Alike ; LA) หมายถึง ยาที่มีรูปลักษณ์ เช่น ขนาดเม็ดยา สี หรือบรรจุภัณฑ์ เช่น หลอดยา ฉลากยา ที่คล้ายคลึงกัน อาจทำให้การจัดยา หรือการจ่ายยาไม่ถูกต้อง

ดังนั้นหากกลุ่มชื่อพ้องมองคล้ายจึงเป็นอีกหนึ่งสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาได้

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สาระสำคัญของเรื่อง

ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นความเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย สามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระบวนการของระบบยา ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้หากมีการพัฒนาการออกแบบระบบและกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดี

จากการศึกษาและเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยา หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตากสิน ในเดือนตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2553 พบความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา 1,202 ครั้ง เมื่อนำมาวิเคราะห์พบว่า มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมอคล้าย จำนวน 294 ครั้ง คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 24.46 และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา 118 ครั้ง มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมอคล้าย จำนวน 42 ครั้ง คิดเป็นอัตราส่วนร้อยละ 35.59

จากหนังสือบูรณาการงานบริการเภสัชกรรมเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เรื่อง การจัดการเชิงระบบของยา LASA ได้กล่าวว่า พบรายงานการศึกษา 1 ใน 4 ของความคลาดเคลื่อนทางยา มีสาเหตุจากความสับสนเรื่องชื่อยาที่คล้ายกัน และร้อยละ 29 ของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยามีสาเหตุจากยา กลุ่มชื่อพ้องมอคล้าย ในปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก กำหนด National Patient Safety Goals ในเรื่องยา โดยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการพัฒนาระบบยาเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และกำหนดมาตรการลดความคลาดเคลื่อนทางยาโดยเน้นการบริหารจัดการยาในกลุ่มชื่อพ้องมอคล้าย ให้เป็นหนึ่งในสี่ประเด็นสำคัญที่ให้มีการดำเนินการ

ดังนั้นยาชื่อพ้องมอคล้ายจึงเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยาและการจ่ายยา เป็นเหตุให้ผู้ป่วยอาจได้รับอันตรายจากการได้รับยาผิดหากขาดการตรวจสอบซ้ำร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีแนวคิดที่จะหาทางป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยากลุ่มดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง และเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยา ส่งผลที่ดีต่อการบรรเทาและการรักษาโรค

4.2 ขั้นตอนการดำเนินงาน

- 4.2.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (การบันทึกข้อมูลการสั่งยาลงคอมพิวเตอร์และการจัดยา)และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมอคล้าย ในเดือนตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2553
- 4.2.2 วางแผนการดำเนินงาน โดยการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
- 4.2.3 วิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและสาเหตุ เพื่อนำมาสู่กิจกรรมในการแก้ไข
- 4.2.4 สร้างและดำเนินกิจกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมอคล้าย
- 4.2.5 สรุปและรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมอคล้าย ในเดือนตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554 เพื่อนำไปสู่การพัฒนาต่อไป

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

นางสายฝน สิทธิวิจารณ์กิจ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ 20

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ สักส่วนของผลงาน ร้อยละ 80

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 6.1 ศึกษาและรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (การบันทึกข้อมูล การส่งยาลงคอมพิวเตอร์และการจัดยา) และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้าย ในเดือน ตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2553 ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\frac{\text{อัตราการเกิด ความคลาดเคลื่อนทางยา}}{\text{จำนวนวันนอน}} = \frac{\text{จำนวนเหตุการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา} \times 1,000}{\text{จำนวนวันนอน}}$$

ตารางที่ 1 ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) เดือนตุลาคม 2552 ถึง กันยายน 2553

เดือน ปี	จำนวน วันนอน	ความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้าย (LASA)					
		กระบวนการก่อนการจ่ายยา				การจ่ายยา	
		การบันทึก ข้อมูล (ครั้ง)	การจัดยา (ครั้ง)	รวม (ครั้ง)	อัตราการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (ครั้ง : 1000 วันนอน)	จ่ายยาผิด (ครั้ง)	อัตราการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (ครั้ง : 1000 วันนอน)
ต.ค. 52	11,424	4	27	31	2.71	1	0.09
พ.ย. 52	10,494	3	23	26	2.48	5	0.48
ธ.ค. 52	11,270	5	28	33	2.93	3	0.27
ม.ค. 53	11,303	7	14	21	1.86	6	0.53
ก.พ. 53	10,279	5	13	18	1.75	2	0.19
มี.ค. 53	11,139	4	18	22	1.98	5	0.45
เม.ย. 53	9,950	5	19	24	2.41	4	0.40
พ.ค. 53	10,810	1	9	10	0.93	1	0.09
มิ.ย. 53	10,803	10	23	33	3.05	5	0.46
ก.ค. 53	11,312	11	25	36	3.18	3	0.27
ส.ค. 53	11,394	6	19	25	2.19	2	0.18
ก.ย. 53	11,440	2	13	15	1.31	5	0.44
รวม	131,618	63	231	294	2.23	42	0.32

6.2 วางแผนการดำเนินงาน โดยจัดประชุมกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน กำหนดกรอบเวลาในการดำเนินงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนการดำเนินงาน

ระยะเวลา	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.
	53	53	53	53	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
แผนการดำเนินงาน														
เก็บข้อมูลย้อนหลัง	↔													
วางแผนงาน	↔	→												
ปฏิบัติตาม แนวทางแก้ไข			←											→
ประเมินผล และปรับปรุง			←											→
สรุปผล														↔

6.3 วิเคราะห์ ค้นหาปัญหาและสาเหตุ เพื่อนำมาสู่การแก้ไข โดยได้กำหนดการแก้ไข ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สาเหตุและการดำเนินการแก้ไขปัญหา ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมงคล้าย (LASA)

สาเหตุ	การดำเนินการแก้ไข
การสื่อสาร 1. มีรายการยาเข้าใหม่ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่คุ้นเคย 2. เจ้าหน้าที่ใหม่ และเจ้าหน้าที่ห้วงเวลาขาดความรู้ และ ความชำนาญในงาน	1. จัดทำรายชื่อย่อชื่อยาชื่อพ้องมงคล้าย (LASA) เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง แจกจ่ายให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. ประสานงานกับวิชาการเภสัชกรรมในการจัดอบรมรายการยาเข้าใหม่ให้กับเจ้าหน้าที่ประจำและเจ้าหน้าที่ห้วงเวลา 3. นำข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมงคล้าย แจ้งในที่ประชุมความคลาดเคลื่อนทางยาที่ระดับเภสัชกร และเจ้าพนักงานเภสัชกรรมทุกเดือน เพื่อหาแนวทางป้องกันเชิงระบบร่วมกัน เช่น การร่วมกัน กำหนดข้อความท้ายชื่อยา เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน Sodamint (ขาวุ่น) NaCl (ขาวใส) เป็นต้น

สาเหตุ	การดำเนินการแก้ไข
	<p>4. เพิ่มช่องทางการสื่อสาร โดยจัดทำแผ่นป้ายสำหรับเขียนคู่ยาชื่อพ้องมองคล้ายใหม่ที่พบจากอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาไว้บริเวณจุดปฏิบัติงานที่เจ้าหน้าที่มองเห็นได้ชัดเจน</p>
<p>ยามีชื่อที่คล้าย หรือ ใกล้เคียงกัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานงานกับงานจัดซื้อ และงานคลังยาในการปรับฐานทะเบียนชื่อยา เพื่อให้เกิดความแตกต่างในคู่ยาชื่อพ้องมองคล้ายที่มักเกิดความคลาดเคลื่อน โดย <ul style="list-style-type: none"> - การใช้ตัวอักษรพิมพ์ใหญ่ พิมพ์เล็ก เพื่อเน้นคำให้ชัดเจน เช่น Dopamine inj. และ Dobutamine ปรับเป็น DoPAmine mg และ DoBUtamine - การใช้สลับชื่อสามัญทางยา และชื่อการค้าให้แตกต่างกัน เช่น Sermion 30 mg และ Servin 30 mg ปรับเป็น Sermion 30 mg และ Mianserin (Servin) 30 mg - การเพิ่มข้อความท้ายชื่อยา หรือเพิ่มวงเล็บสีเขียว เช่น FeSO₄ TABLET และ FBC TABLET ปรับเป็น FeSO₄ TABLET (สีแดง) และ FBC TABLET (เม็ดรีสีน้ำตาล) 2. เน้นเจ้าหน้าที่ Screen ใบสั่งยา ให้ใช้ปากกาสีแดงเขียนยี่ห้อชื่อยาในกลุ่มชื่อพ้องมองคล้ายให้ชัดเจน ก่อนส่งไปยังจุดบันทึกข้อมูลการสั่งยาทางคอมพิวเตอร์ 3. กรณีคำสั่งการรักษา หรือตัวสะกดไม่ชัดเจน ให้เจ้าหน้าที่โทรประสานงานกับหอผู้ป่วยทุกครั้งก่อนทำการบันทึกข้อมูลการสั่งยาทางคอมพิวเตอร์
<p>ยาที่มีรูป ลักษณะ หรือบรรจุภัณฑ์ใกล้เคียงกัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ประสานงานกับงานจัดซื้อ กรณีรายการยาที่ไม่ดีกระเปียบการจัดซื้อ เพื่อเปลี่ยนบริษัทให้ยามีรูป ลักษณะ หรือบรรจุภัณฑ์ต่างกับยาที่มีอยู่เดิม เช่น เปลี่ยนการจัดชื่อยา FeSO₄ จาก Medicine Supply ซึ่งเป็นยาเม็ดครึ่งทรงรีสีแดงเข้ม มาเป็นของ Asian Pharmaceutical ซึ่งเป็นยาแผงเม็ดกลม เพื่อให้แยกความแตกต่างจาก FBC ได้ชัดเจนยิ่งขึ้น 2. แยกบริเวณการจัดเก็บคู่ยาชื่อพ้องมองคล้ายให้ห่างจากกัน 3. ติดสติ๊กเกอร์สี ที่มีข้อความ “ระวัง LASA” บนป้ายชื่อบริเวณเก็บยา เพื่อกระตุ้นให้เกิดความระมัดระวัง 4. ติดสติ๊กเกอร์สี ที่มีข้อความ “LASA” บนหลอดหรือขวดยาที่ใส่ระวัง เช่น ติดสติ๊กเกอร์สีบนหลอดยา Diazepam inj เพื่อให้เกิดความแตกต่างกับหลอดยา Furosemide inj ซึ่งมีลักษณะคล้ายกัน

- 6.4 สร้างและดำเนินกิจกรรมเชิงรุกเป็นการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้มีความตื่นตัวในการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาจากกลุ่มยาชื่อพ้องมองคล้ายในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยา
- 6.4.1 จัดกิจกรรม “สะสมแต้ม แลกรางวัล” โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานสะสมคะแนน จากการบันทึกข้อมูลการสั่งยาลงคอมพิวเตอร์หรือการจัดยาที่เป็นยาในกลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย ไม่ผิดพลาดเลยในแต่ละวันที่มาปฏิบัติงาน ครบ 15 คะแนน นำมาแลกของรางวัล
- 6.4.2 จัดกิจกรรม “ร่วมส่ง ร่วมชื่อ ชื่อพ้องมองคล้าย” โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานนำเสนอผู้ป่วยชื่อพ้องมองคล้ายที่พบใหม่ ทั้งจากการมีรายการยาเข้าใหม่ของโรงพยาบาล หรือจากการปรับเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ยา ผู้ยาใดได้รับความเห็นชอบจากการประชุมจะได้รับรางวัล เพื่อเป็นการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้มีความตื่นตัวในการค้นหาผู้ป่วยชื่อพ้องมองคล้ายใหม่ๆ และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบ
- 6.4.3 จัดตั้งทีมผู้รับผิดชอบหลักในการรวบรวมรายชื่อผู้ป่วยชื่อพ้องมองคล้ายจากรายการยาเข้าใหม่ และจากความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน เพื่อสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบ และเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวัง และออกแบบระบบการปฏิบัติงานให้สามารถป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยาและการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้าย
- 6.4.4 กำหนดผู้ป่วยชื่อพ้องมองคล้ายที่เฝ้าระวังในปีงบประมาณ 2554 จำนวน 10 คู่ จากข้อมูลความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยาสูงสุด ของปีงบประมาณ 2553 โดยเป็นคู่ยาที่ให้ความสำคัญเป็นพิเศษ และสื่อสารให้เจ้าหน้าที่รับทราบ เพื่อเพิ่มความระมัดระวัง และปฏิบัติตามแนวทางที่ได้กำหนด ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา ของผู้ป่วยชื่อพ้องมองคล้ายที่เฝ้าระวัง

ผู้ป่วยชื่อพ้องมองคล้าย	ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (ครั้ง)
Enalapril 5 mg tablet - Amlodipine 5 mg tablet	31
ยาในกลุ่ม Cephalosporins	14
FBC tablet - FeSO ₄ tablet	13
FeSO ₄ tablet - MTV tablet	9
Ampicillin inj - Cloxacillin inj	9
Servin 30 mg tablet - Sermion 30 mg tablet	8
GE-1 - GE-2	5
Vitamin B CO tablet - Folic tablet	5
Vitamin B CO inj - Vitamin B ₁ inj	5
NaCl (Sodium Chloride) tablet - NaHCO ₃ (Sodamint) tablet	5

6.5 สรุปและรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยาและการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมงคล้าย ในเดือนตุลาคม 2553 ถึงกันยายน 2554 ภายหลังจากได้ดำเนินงานตามแนวทางที่วางไว้ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและปรับปรุงงานต่อไป ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมงคล้าย (LASA) เดือนตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554

เดือน ปี	จำนวน วันนอน	ความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมงคล้าย (LASA)					
		กระบวนการก่อนการจ่ายยา				การจ่ายยา	
		การบันทึก ข้อมูล (ครั้ง)	การจัดยา (ครั้ง)	รวม (ครั้ง)	อัตราการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (ครั้ง : 1000 วันนอน)	จ่ายยาผิด (ครั้ง)	อัตราการ เกิดความ คลาดเคลื่อน (ครั้ง : 1000 วันนอน)
ต.ค. 53	10,958	3	11	14	1.28	6	0.55
พ.ย. 53	10,081	7	21	28	2.78	5	0.50
ธ.ค. 53	10,331	3	24	27	2.61	0	0.00
ม.ค. 54	10,563	7	13	20	1.89	2	0.19
ก.พ. 54	9,914	2	10	12	1.21	2	0.20
มี.ค. 54	10,828	5	6	11	1.02	1	0.09
เม.ย. 54	10,367	7	11	18	1.74	3	0.29
พ.ค. 54	10,624	3	11	14	1.32	4	0.38
มิ.ย. 54	10,979	2	13	15	1.37	4	0.36
ก.ค. 54	11,613	6	12	18	1.55	1	0.09
ส.ค. 54	11,815	3	11	14	1.18	3	0.25
ก.ย. 54	11,748	3	11	14	1.19	2	0.17
รวม	129,821	51	154	205	1.58	33	0.25

ตารางที่ 6 ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา ของคูยาชื่อฟ็องมองคล้ายที่เฝ้าระวัง เดือนตุลาคม 2553 ถึง กันยายน 2554

คูยาชื่อฟ็องมองคล้าย	ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (ครั้ง)
Enalapril 5 mg tablet - Amlodipine 5 mg tablet	8
ยาในกลุ่ม Cephalosporins	21
FBC tablet - FeSO ₄ tablet	1
FeSO ₄ tablet - MTV tablet	0
Ampicillin inj - Cloxacillin inj	2
Servin 30 mg tablet - Sermion 30 mg tablet	1
GE-1 - GE-2	2
Vitamin B CO tablet - Folic tablet	4
Vitamin B CO inj - Vitamin B ₁ inj	3
NaCl (Sodium Chloride) tablet - NaHCO ₃ (Sodamint) tablet	12

7. ผลสำเร็จของงาน

จากข้อมูลเดือนตุลาคม 2552 – กันยายน 2553 หน่วยจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตากสิน พบความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยา (การบันทึกข้อมูลการสั่งยาของคอมพิวเตอร์ และการจัดยา) ที่มีสาเหตุจากยาชื่อฟ็องมองคล้าย จำนวน 294 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 2.23 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน) และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อฟ็องมองคล้าย จำนวน 42 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.32 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน) โดยเป็นความรุนแรงระดับ D จำนวน 5 ครั้ง จึงนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ ค้นหาสาเหตุ และหาแนวทางป้องกันแก้ไข ตลอดจนสร้างกิจกรรมเชิงรุกในการกระตุ้นเจ้าหน้าที่ให้มีความตื่นตัวในการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้น

หลังจกดำเนินการแก้ไข และทำกิจกรรมเชิงรุก ในเดือนตุลาคม 2553 – กันยายน 2554 พบว่าความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อฟ็องมองคล้ายลดลง เหลือ 205 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 1.58 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน) และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อฟ็องมองคล้ายลดลงเหลือ 33 ครั้ง (อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา 0.25 ครั้ง ต่อ 1,000 วันนอน) โดยเป็นความรุนแรงระดับ D จำนวน 1 ครั้ง

นอกจากนี้ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการก่อนการจ่ายยาของคูยาชื่อฟ็องมองคล้ายที่เฝ้าระวัง จำนวน 10 คู่ ลดลง 8 คู่ และเพิ่มขึ้น 2 คู่ โดยคูยาที่มีอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนเพิ่มขึ้นนี้ จะทำการปรับกระบวนการและเฝ้าระวังต่อไป

8. การนำไปใช้ประโยชน์

- 8.1 ทำให้ทราบข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยากลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) พร้อมทั้งมีการวิเคราะห์สาเหตุ และแนวทางป้องกัน เป็นการลดความคลาดเคลื่อนทางยาของการปฏิบัติงาน
- 8.2 เป็นแนวทางในการวางระบบหรือวางมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยากลุ่มชื่อพ้องมองคล้าย (LASA) ให้กับหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป
- 8.3 นำไปเป็นพื้นฐานในการวางระบบหรือวางมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการก่อนการจ่ายยา และการจ่ายยากลุ่มอื่นๆต่อไป เช่น ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug ; HAD) เป็นต้น
- 8.4 นำไปเป็นพื้นฐานในการวางแผนการปรับปรุงพัฒนาคุณภาพงานบริการของหน่วยจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลตาดกสิน

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

- 9.1 การเก็บข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาทั้งในกระบวนการก่อนการจ่ายยาและการจ่ายยาซึ่งทำได้ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากภาระงานที่มาก ซึ่งส่งผลให้ข้อมูลที่ได้ต่ำกว่าความเป็นจริง
- 9.2 การรับเจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติงานใหม่ ทั้งในส่วนของผู้จำหน่ายที่ประจำและเจ้าหน้าที่ห้วงเวลา ทำให้ขาดความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงาน จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้ายอย่างสม่ำเสมอ
- 9.3 การมีรายการยาเข้าใหม่ ที่มีชื่อยา หรือบรรจุภัณฑ์ที่คล้ายคลึงกับรายการยาที่มีอยู่เดิม ทำให้ต้องมีการสื่อสารข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานได้รับทราบอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น
- 9.4 การมีระเบียบข้อบังคับในการจัดซื้อยาของทางราชการทำให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนบริษัทในการจัดซื้อได้ ถึงแม้ว่าจะมีลักษณะบรรจุภัณฑ์คล้ายคลึงกันมากก็ตาม
- 9.5 พื้นที่จัดวางยาที่จำกัด ทำให้ไม่สามารถแยกรายการยาชื่อพ้องมองคล้ายออกจากกันได้ชัดเจนตามที่กำหนดทุกรายการ

10. ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากมีเจ้าหน้าที่หมุนเวียนเข้ามาปฏิบัติงานใหม่ และมีรายการยาเข้าใหม่ทุกปี ควรมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวเนื่องกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีสาเหตุจากยาชื่อพ้องมองคล้ายอย่างต่อเนื่อง ทั้งในส่วนของการอบรมรายการยาเข้าใหม่ สื่อสารเรื่องคู่ยาที่ต้องเฝ้าระวัง และความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากยาชื่อพ้องมองคล้าย เพื่อให้เกิดความตื่นตัวในการเฝ้าระวัง และเป็นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสาวนันท์รัตน์ วัฒนผาสูกานนท์)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....

ขอรับรองว่าสัดส่วนหรือลักษณะงานในการดำเนินการของผู้เสนอข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางสายฝน สิทธิวิจารณ์กิจ)

ผู้ร่วมดำเนินการ

...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ

(นางเพลินตา สิริมานุวัฒน์)

ตำแหน่ง เกษตรชำนาญการพิเศษ (ด้านเกษตรกรรมคลินิก)

หัวหน้ากลุ่มงานเกษตรกรรม กลุ่มบริการทางการแพทย์

กลุ่มงานเกษตรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

...../...../.....

ลงชื่อ

(นางกิตติยา ศรีเลิศฟ้า)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตากสิน

...../...../.....

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ของ นางสาวนันทรัตน์ วัฒนผาสุกานนท์

เพื่อขอรับเงินประจำตำแหน่ง เกษชกรชำนาญการ (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
(ตำแหน่งเลขที่ รพต. 747) สังกัด กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลตากสิน
สำนักงานแพทย์

เรื่อง การพัฒนาระบบการจ่ายยาผู้ป่วยในกลับบ้านในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน

หลักการและเหตุผล

ยาต่อเนื่อง หรือ ยาเดิมของผู้ป่วย หมายถึง ยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เพื่อการบำบัด บรรเทา รักษา โรคประจำตัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นยาที่ต้องใช้อยู่เป็นประจำ หากไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่องจะมีผลกระทบต่อการรักษา ป้องกัน โรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัวที่เป็นอยู่ได้

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องใช้ยาอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยด้านอายุรกรรม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต เป็นต้น มักจะต้องรับประทานยาหลายขนานในแต่ละวัน ซึ่งอาจทำให้เกิดความสับสน และรับประทานยาไม่ครบหรือไม่ถูกเวลา ส่งผลให้ยาออกฤทธิ์ได้ไม่เต็มที่ ทำให้ควบคุมอาการไม่ได้ หรือในทางตรงกันข้ามอาจทำให้ยาออกฤทธิ์มากเกินไปจนเกิดผลเสียแก่ผู้ใช้ยา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัว และจากการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยอื่นๆ

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตากสิน มักมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ทำให้มีปริมาณยาที่ผู้ป่วยต้องรับประทานใน 1 วันเป็นปริมาณค่อนข้างมาก และส่งผลถึงผู้ป่วยเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะรายการยากลับบ้านที่มียาเหลือเดิมของผู้ป่วยจากการเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยบางรายมีการเข้ารับการรักษาหลายสถานพยาบาลทำให้มียาเดิมสะสมปริมาณมาก ยาบางรายการซ้ำซ้อนกัน หรือเป็นยาชนิดเดียวกันแต่มีรูปแบบบรรจุภัณฑ์ต่างกัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักนำยามาเก็บปะปนกัน โดยที่ยาบางชนิดอาจไม่มีความจำเป็นในการใช้แล้ว หรือแพทย์สั่งให้หยุดใช้

ด้วยภาระงานที่มากและการขาดอัตรากำลังของเภสัชกร ปัจจุบันพยาบาลบนหอผู้ป่วยจึงเป็นผู้รวบรวมยาเหลือเดิมของผู้ป่วย เมื่อแพทย์มีคำสั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน โดยใช้ยาเหลือเดิมของผู้ป่วย หอจ่ายยาจะบันทึกข้อมูลยากลับบ้านโดยพิมพ์ฉลากยาให้ตามจำนวนที่แพทย์สั่ง และส่งมอบให้พยาบาลบนหอผู้ป่วยเป็นผู้รวบรวมยา ตีฉลาก ตลอดจนส่งมอบยาให้กับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ในบางครั้งอาจเกิดอุบัติเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจส่งผลถึงผู้ป่วย เช่น การนำยาที่มีความแรง 2 ความแรง ปนกัน ในของยาเดียวกัน การได้รับยาผิดชนิด การได้รับยาซ้ำซ้อน หรือการได้ยาผิดความแรง เนื่องจากการขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้อง เภสัชกรจึงต้องเข้ามามีบทบาทในการให้คำแนะนำ และการจ่ายยากลับบ้าน

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ที่อาจเกิดกับผู้ป่วยในกลับบ้าน หอผู้ป่วยอายุรกรรม จากการได้ยาผิดชนิด ผิดความแรง หรือได้รับยาซ้ำซ้อน
2. ลดความสูญเสีย และค่าใช้จ่ายด้านยาให้กับผู้ป่วยและโรงพยาบาล
3. พัฒนางานให้สอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพงานเภสัชกรรมโรงพยาบาล

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

การพัฒนากระบวนการจ่ายยาผู้ป่วยในกลับบ้าน ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ถือเป็นงานขยายบทบาทวิชาชีพเภสัชกรซึ่งเป็นหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและมีความพึงพอใจในการเข้ารับการรักษามากขึ้น

แนวทางในการพัฒนาระบบการจ่ายยาผู้ป่วยในกลับบ้านในหอผู้ป่วยอายุรกรรม มีขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานกับพยาบาลบนหอผู้ป่วยอายุรกรรมรวม ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยนำร่อง เพื่อชี้แจงถึงขั้นตอนและเหตุผลในการดำเนินการ
2. เมื่อผู้ป่วยมาอนรักษาทันทีในโรงพยาบาล พยาบาลในหอผู้ป่วยซักประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วย
 - 2.1 กรณีผู้ป่วยนำยาเดิมมาจากบ้าน พยาบาลแยกเก็บยาเดิมของผู้ป่วยไว้ต่างหากพร้อมระบุ ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วยให้ชัดเจนและจัดเก็บยาอย่างเหมาะสม (เช่น ยาแช่เย็นให้เก็บในตู้เย็น) โดยมีหลักเกณฑ์ คือ ห้ามจ่ายยาที่ผู้ป่วยนำมาจากบ้านให้กับผู้ป่วย
 - 2.2 กรณีผู้ป่วยไม่ได้นำยาเดิมมา พยาบาลแจ้งญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลให้นำยาเดิมของผู้ป่วยมาด้วย จากนั้น เข้าตามกระบวนการข้อ 2.1
3. พยาบาลส่งยาเดิมทั้งหมดของผู้ป่วยมาให้ห้องยาตรวจสอบชนิด ความแรง วันหมดอายุ และคุณภาพทางกายภาพของยาว่าสามารถนำมาใช้ต่อได้หรือไม่ โดยติดข้อความ “ยาเดิมของผู้ป่วยให้ตรวจสอบ” และระบุชื่อ-นามสกุล / เลขที่เตียงมาด้วย
 - 3.1 ยาที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วว่าสามารถใช้ได้ จะแยกเก็บพร้อมจดบันทึกรายการยา และจำนวน ลงในแบบฟอร์ม “บันทึกรายการยาเดิมที่นำมาจากบ้าน” พร้อมเย็บติดไว้ที่ถุงยาส่งกลับคืนหอผู้ป่วยให้แยกเก็บไว้ก่อน รอส่งมาพร้อมเบิกยากลับบ้าน
 - 3.2 ยาที่ไม่สามารถระบุว่าเป็นยาชนิดใด หรือมีคุณสมบัติทางกายภาพที่ไม่เหมาะสมในการนำกลับมาใช้ จะแยกไว้ต่างหาก พร้อมระบุ ชื่อ – นามสกุลผู้ป่วยให้ชัดเจน ส่งคืนหอผู้ป่วย เพื่อคืนให้ผู้ป่วยในภายหลัง
4. เมื่อมีคำสั่งกลับบ้าน หรือจำหน่ายผู้ป่วย ให้พยาบาลส่งยาที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากเภสัชกรพร้อมกับบันทึกรายการยาเดิมที่นำมาจากบ้าน คำสั่งยากลับบ้านของแพทย์ และแฟ้มเบิกยาของผู้ป่วยมาที่ห้องจ่ายยาใน พร้อมกันนี้ให้สอบถามผู้ป่วยและญาติ กรณียาเดิมของผู้ป่วยที่ไม่มีในคำสั่งยากลับบ้านครั้งนี้ ว่าต้องการรับยาคืนหรือต้องการบริจาคให้โรงพยาบาล ถ้าผู้ป่วยหรือญาติประสงค์บริจาคยาให้โรงพยาบาล ให้เขียนที่ช่องหมายเหตุ ในใบบันทึกรายการยาเดิมที่นำมาจากบ้านว่า “ผู้ป่วยยินดีบริจาคยา” เพื่อห้องยาจะได้เก็บยา เป็นยาบริจาคต่อไป

5. ห้องจ่ายยาตรวจสอบคำสั่งยากลับบ้านของผู้ป่วย กับยาเดิมที่นำมาจากบ้าน หากเป็นรายการยาเดิมจะนำมาใช้เป็นยากลับบ้านของผู้ป่วย
 - 5.1 กรณีเป็นยาที่โรงพยาบาลอื่น แต่เป็นยาชื่อสามัญเดียวกันกับรายการยากลับบ้าน และจำนวนเพียงพอตามคำสั่งกลับบ้าน ให้ใช้เป็นยากลับบ้านของผู้ป่วย
 - 5.2 กรณีเป็นยาที่โรงพยาบาลอื่น แต่เป็นยาชื่อสามัญเดียวกันกับรายการยากลับบ้าน แต่จำนวนไม่เพียงพอตามคำสั่งกลับบ้าน ให้ใช้ยาของโรงพยาบาลตากสิน
 - 5.3 กรณียาเดิม ชื่อการค้าเดียวกันกับของโรงพยาบาลตากสิน แต่จำนวนไม่พอ ให้จ่ายยาเพิ่มจนครบจำนวนกลับบ้าน
 - 5.4 กรณีจำนวนยาเดิมของผู้ป่วยมีเกินจำนวนที่เป็นคำสั่งกลับบ้าน และพิจารณาแล้วว่าจำเป็นต้องรับประทานต่อเนื่อง ให้จ่ายยาทั้งหมดไปได้เลย
6. รายการยาเดิมของผู้ป่วยที่ไม่มีในคำสั่งยากลับบ้านของแพทย์ และไม่มีควมจำเป็นในการใช้
 - 6.1 กรณีผู้ป่วยไม่ยินยอมบริจาคให้กับทางโรงพยาบาล ทางห้องจ่ายยาจะทำการแยกถุงยาออกต่างหาก พร้อมติดฉลาก “ยาของผู้ป่วย งดรับประทาน” ให้ชัดเจน และส่งคืนผู้ป่วยต่อไป
 - 6.2 กรณีผู้ป่วยยินยอมบริจาคยาให้กับทางโรงพยาบาล ห้องจ่ายยาจะแยกยาดังกล่าว เพื่อดำเนินการตามแนวทางยาบริจาคต่อไป
7. รวบรวมปัญหาที่พบจากการตรวจสอบคุณภาพยาเดิมของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยนำยามาเทรวมกัน ผู้ป่วยแกะยาออกจากแพ่งทั้งหมด ผู้ป่วยหักยาไว้ก่อนล่วงหน้าทั้งหมด หรือผู้ป่วยเก็บรักษาอย่างไม่ถูกวิธี เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนางาน และประสานงานกับหอผู้ป่วยในการขึ้นไปให้ความรู้ในการเก็บรักษาอย่างถูกวิธีกับผู้ป่วยหรือญาติ
8. กรณียากลับบ้านที่ต้องมีเทคนิค หรือวิธีการใช้ที่พิเศษ เช่น ยาสูดพ่น ให้หอผู้ป่วยประสานงานกับห้องจ่ายยาเพื่อให้เภสัชกรแนะนำการใช้ยาอย่างถูกวิธีกับผู้ป่วยหรือญาติก่อนจ่ายยากลับบ้าน
9. แจกแผ่นพับในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเก็บรักษาอย่างถูกวิธี และการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา และการตรวจสอบดูว่าซ้ำซ้อนกันหรือไม่ ในกรณีที่ผู้ป่วยมียาเดิมจากหลายสถานพยาบาล หรือมีปริมาณยาเดิมสะสมอยู่เป็นจำนวนมาก

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ลดความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ของจ่ายยาผู้ป่วยในกลับบ้าน หอผู้ป่วยอายุรกรรม จากการได้ยาผิดชนิด ผิดความแรง หรือได้รับยาซ้ำซ้อน เนื่องจากมีระบบการทวนสอบซ้ำร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ
2. ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากยาที่ใช้รักษาโรคประจำตัวให้กับผู้ป่วย
3. ลดความสูญเสีย และค่าใช้จ่ายด้านยาให้กับผู้ป่วยและโรงพยาบาล
4. เป็นการพัฒนาบทบาทวิชาชีพเภสัชกรรมให้ได้ใช้ความรู้วิชาการทางด้านยาที่มีอยู่อย่างเต็มที่และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1. ร้อยละของผู้ป่วยที่นำยาเดิมมาจากบ้านได้รับการดูแลและบริหารจัดการยากกลับบ้านโดยเภสัชกรมากกว่าหรือเท่ากับ 70%
2. มูลค่ายาที่สามารถประหยัดได้ให้กับทางโรงพยาบาล (บาท)

ลงชื่อ

(นางสาวนันทรัตน์ วัฒนพาสुकานนท์)

ผู้ขอรับการประเมิน

...../...../.....