

ผลงานประกอบการพิจารณาประเมินบุคคล
เพื่อแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์
(ตำแหน่งประเภททั่วไป)

ตำแหน่งเภสัชกร 6 ว (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

เรื่องที่เสนอให้ประเมิน

- ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา
เรื่อง การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกลาง
- ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
เรื่อง โครงการพัฒนาการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลกลาง

เสนอโดย

นางภัทรา สีอุไรย์

ตำแหน่งเภสัชกร 5

(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 809)

กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม

โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ชื่อผลงาน การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกลาง
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2551
3. ความรู้ทางวิชาการหรือแนวคิดที่ใช้ในการดำเนินการ

เป้าหมายสำคัญของการรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ยา คือ ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่ตรงกับโรคหรืออาการของตนในขนาด รูปแบบของยา และวิธีการที่เหมาะสม ตามเวลาและวิถีทางที่กำหนด เพื่อให้เกิดผลในการรักษาตามที่คาดหมายอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ไม่ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จึงถือเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ ทุกสาขาอาชีพ ที่จะต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบและกระบวนการดูแลรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องและปลอดภัย

ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สำคัญอย่างหนึ่งที่สามารถทำให้เกิดอันตรายต่อการรักษาด้วยการใช้ยาในโรงพยาบาล และเป็นปัญหาสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการรักษาไม่ได้ผล เกิดผลข้างเคียงหรือพิษจากยาลิ้นเปลืองยาโดยไม่เกิดประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยต้องรักษาในโรงพยาบาลนาน ความคลาดเคลื่อนทางยาอาจเกิดจากการทำงานที่ด้อยมาตรฐานหรือความล้มเหลวของระบบ

การรายงานอุบัติการณ์ของความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นกลวิธีหนึ่งที่ Institute of Medicine (IOM) ประเทศสหรัฐอเมริกาแนะนำในการดำเนินงานเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา เนื่องจากข้อมูลจากรายงานจะส่งผลกระทบต่อผู้เกี่ยวข้องและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีความระมัดระวังในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้นและนำไปสู่การวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของความคลาดเคลื่อนนั้น รวมถึงก่อให้เกิดการดำเนินการแก้ไขปัญหามาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำอีกในอนาคต

American Society of Health-System Pharmacists ได้ให้คำจำกัดความของความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ไว้ ดังนี้

ความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์ใด ๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติวิชาชีพ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ กระบวนการและระบบ ซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตามและการใช้ยา

องค์กรควรมีการติดตามความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความคลาดเคลื่อนทางยาถูกจัดเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อสะท้อนถึงระบบในการป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ความเหมาะสมของระบบการกระจายยา และความปลอดภัยในการรักษาด้วยการใช้ยาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล

4. สรุปสาระสำคัญของเรื่องและขั้นตอนการดำเนินการ

4.1 สาระสำคัญ

ความคลาดเคลื่อนทางยา เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลตัวหนึ่งที่จะเป็นการประกันคุณภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพและความปลอดภัยจากการใช้ยา ดังนั้นโรงพยาบาลกลางจึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการการคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา รวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความผิดพลาดของระบบซึ่งส่งเสริมให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา และนำข้อมูลมาเป็นแนวทางเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา โดยอยู่ในรูปแบบของทีมสหสาขาวิชาชีพ แต่หลังจากคณะกรรมการการคลาดเคลื่อนทางยาได้สร้างระบบการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาขึ้น พบว่ามีการรายงานอุบัติการณ์จำนวนมาก ดังนั้นจึงได้ทำการศึกษาขึ้นเพื่อวิเคราะห์อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยแยกระดับความรุนแรงออกเป็น 9 ระดับ ตั้งแต่ A-I ตาม National-Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) และแยกประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาออกเป็น 4 ประเภท ตามขั้นตอนที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้

1. ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (administration error)
2. ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error)
3. ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (transcribing error)
4. ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error)

และรวบรวมสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา จากการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

4.2 ขั้นตอนการดำเนินการ

4.2.1 เก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาตามแบบรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีผู้รายงานโดยสมัครใจ

4.2.2 วิเคราะห์อัตรา ความรุนแรง ประเภทของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาและสาเหตุที่เกิดโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

5. ผู้ร่วมดำเนินการ

“ไม่มี”

6. ส่วนของงานที่ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติ

ผู้เสนอเป็นผู้ปฏิบัติผลงานทั้งหมด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

6.1 ทบทวนรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีผู้รายงานเข้ามาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551

6.2 หาอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน โดยใช้สูตรคำนวณ ดังนี้

$$\text{อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา (ผู้ป่วยใน)} = \frac{\text{จำนวนเหตุการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา} \times 1,000}{\text{จำนวนวันนอน}}$$

6.3 วิเคราะห์ระดับความรุนแรง โดยแบ่งระดับความรุนแรงออกเป็น 9 ระดับ ตาม National-Coordinating Council of Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) ดังนี้

- ระดับ A: ยังไม่มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้
- ระดับ B: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ได้ทำอันตรายต่อผู้ป่วย เนื่องจากความคลาดเคลื่อนไปไม่ถึงผู้ป่วย
- ระดับ C: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ได้ทำอันตรายต่อผู้ป่วย ถึงแม้ว่าความคลาดเคลื่อนนั้นจะไปถึงผู้ป่วยแล้ว
- ระดับ D: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่ได้ทำอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม
- ระดับ E: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไขเพิ่มเติม
- ระดับ F: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเพียงชั่วคราว รวมถึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือยี่ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลต่อไป
- ระดับ G: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร
- ระดับ H: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต (เช่น การแพ้ยาแบบ anaphylaxis และหัวใจหยุดเต้น)
- ระดับ I: มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต

6.4 วิเคราะห์ประเภทความคลาดเคลื่อนทางยา โดยแบ่งความคลาดเคลื่อนทางยาออกเป็น 4 ประเภท ตามขั้นตอนที่เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ได้แก่

- 6.4.1 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา (prescribing error) คือ การเลือกใช้ยาผิด การเลือกขนาดยาผิด การเลือกรูปแบบยาผิด การสั่งยาในจำนวนที่ผิด การเลือกวิถีทางให้ยาผิด การเลือกความเข้มข้นของยาผิด การเลือกอัตราเร็วในการให้ยาผิดหรือการให้คำแนะนำในการใช้ยาผิด การสั่งใช้ยาผิดตัวผู้ป่วย หรือการไม่ระบุชื่อยา ความแรง ความเข้มข้น ความถี่ของการใช้ยา ที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนที่ส่งถึงตัวผู้ป่วย
- 6.4.2 ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา (transcribing error) คือ ความคลาดเคลื่อนของกระบวนการคัดลอกคำสั่งใช้ยาจากคำสั่งใช้ยาดั้งเดิมของผู้สั่งใช้ยาเขียน (ไม่ได้คัดลอก หรือคัดลอกผิด)
- 6.4.3 ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา (dispensing error) คือ ความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม ที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยา ได้แก่ ผิดชนิดยา รูปแบบยา ความแรงของยา ขนาดยา วิธีใช้ยา จำนวนยาที่สั่งจ่าย จ่ายผิดตัวผู้ป่วย จ่ายยาที่เสื่อมสภาพ

หรือหมกอำย จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ยา (unauthorized- drug) เตรียมยาผิด เช่น เจือจาง/ผสม ผิด ใช้ภาชนะบรรจุไม่เหมาะสม ฉลากยาผิด ชื่อผู้ป่วยผิด ชื่อยาผิด

6.4.4 ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา (administration error) คือ การให้ยาที่แตกต่างไปจากคำสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยาที่เขียนไว้ในบันทึกประวัติการรักษาของผู้ป่วย หรือความคลาดเคลื่อนที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ผิดไปจากความตั้งใจในการสั่งใช้ยาของผู้สั่งใช้ยา

6.5 รวบรวมสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยา โดยรวบรวมจากรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา

7. ผลสำเร็จของงาน

7.1 อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลความคลาดเคลื่อนทางยาตามแบบรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ที่มีผู้รายงานโดยสมัครใจ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน 2,866 ครั้ง อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยในคิดเป็น 25.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนเหตุการณ์การและอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน (ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2551)

	จำนวน
จำนวนเหตุการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	2,866 ครั้ง
จำนวนวันนอน	111,970 วัน
อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	25.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน

7.2 ระดับความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ระดับความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาแสดงดังตารางที่ 2 โดยระดับความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ ระดับ B พบจำนวน 1,333 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 47 รองลงมาคือ ระดับ C พบจำนวน 925 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 32 ระดับ D พบจำนวน 297 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 10 ระดับ A พบจำนวน 283 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 10 และ ระดับ E พบจำนวน 28 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 1 ตามลำดับ และไม่พบเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ F ถึง I

ตารางที่ 2 ระดับความรุนแรงในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน

ระดับความรุนแรง	จำนวนเหตุการณ์	ร้อยละ
A	283	10
B	1,333	47
C	925	32
D	297	10
E	28	1
F	0	0
G	0	0
H	0	0
I	0	0
รวม	2,866	100

7.3 ประเภทของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

ประเภทของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาแสดงดังตารางที่ 3 โดยประเภทของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบมากที่สุด คือ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา พบจำนวน 1,676 รายการ คิดเป็นร้อยละ 58 รองลงมาคือ ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งการใช้ยา พบจำนวน 563 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 20 ความคลาดเคลื่อนในการสั่งการใช้ยา พบ 336 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 12 และความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา พบ 291 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 10 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ประเภทของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน

ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวนเหตุการณ์	ร้อยละ
ความคลาดเคลื่อนในการสั่งใช้ยา	336	12
ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา	563	20
ความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา	291	10
ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา	1,676	58
รวม	2,866	100

7.4 สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา

สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจากการรวบรวมข้อมูลในแบบรายงานการเฝ้าระวังความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน ทั้งหมด 2,866 เหตุการณ์ โดยมีการรายงานสาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อน

ทางยา ทั้งหมด 3,496 สาเหตุ โดยที่ 1 เหตุการณ์สามารถรายงานสาเหตุได้มากกว่า 1 สาเหตุ แสดงดังตารางที่ 4 สรุปได้เป็นปัจจัยต่างๆ อยู่ 4 ปัจจัย ได้แก่

1. การติดต่อสื่อสาร
2. ชื่อ/ลักษณะของยาทำให้สับสน
3. บุคลากร
4. ปัจจัยส่งเสริม

ตารางที่ 4 สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยใน

สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน	ร้อยละ
1. การติดต่อสื่อสาร ได้แก่		
- การรับคำสั่งทางโทรศัพท์	51	2
- การคัดลอก/การแปลคำสั่งผิดพลาด	902	26
2. ชื่อ/ลักษณะของยาทำให้สับสน	189	5
3. บุคลากร		
- ขาดความรู้	51	2
- ทำงานเร่งรีบแข่งกับเวลา	1,124	32
- จำนวนขนาดยาผิดพลาด	28	1
- อื่นๆ เช่น		
ขาดความรอบคอบ/ระมัดระวัง	655	19
ไม่ทำตามระบบที่วางไว้/บกพร่องใน การปฏิบัติหน้าที่	152	4
หลงลืม	119	3
ขาดการตรวจสอบ	43	1
ขาดประสบการณ์	2	0.1
ขาดความตระหนักในหน้าที่	2	0.1
ไม่ระบุ	11	0.3
4. ปัจจัยส่งเสริม		
- แสงสว่าง/เสียงรบกวน	24	1
- การขัดจังหวะ	35	1
- ขาดนโยบาย	33	1
- ระบบการสื่อสารไม่เหมาะสม	75	2
รวม	3,496	100

สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบมากที่สุดคือ การทำงานรีบเร่งแข่งกับเวลา พบว่ามี การรายงาน 1,124 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 32 รองลงมาคือ การคัดลอก/แปลคำสั่งผิดพลาด พบว่ามี การรายงาน 902 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 26 และเกิดจากบุคลากรไม่รอบคอบ ไม่ระมัดระวัง พบว่ามี การรายงาน 655 ครั้ง คิด เป็นร้อยละ 19 ตามลำดับ ชื่อ/ลักษณะของยาทำให้สับสน พบว่ามี การรายงาน 189 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 5 ตัวอย่างยาที่มีชื่อ/ลักษณะยาค้ำยกัน แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตัวอย่างรายชื่อยาที่มีชื่อ/ลักษณะยาค้ำยกัน

ยาที่มีชื่อคล้ายกัน	ยาที่มีลักษณะคล้ายกัน
Cetirizine tab. กั๊บ Cinnarizine tab.	Furosemide inj. กั๊บ Diazepam inj.
Clotrimazole cream กั๊บ Co-trimoxazole tab.	Norgesic tab. กั๊บ Metformin tab.
Cordarone tab. กั๊บ Cardura tab.	Aminoleban inj. กั๊บ Amiparen inj.
Hydroxyzine tab. กั๊บ Hydralazine tab.	Clexane 0.4 mg inj. กั๊บ Clexane 0.6 mg inj.
Ibiamox tab. กั๊บ Diamox tab.	Heparin inj. กั๊บ Insulin inj.
Lasix tab. กั๊บ Losec tab.	Pletaal tab. กั๊บ Mucosta tab.
Glucolyte II. กั๊บ GE-2.	Dapsone tab. กั๊บ Isoniazid tab.
Merislon tab. กั๊บ Mestinin tab.	Dimenhydrinate tab. กั๊บ Diazepam 5 mg tab.
Methimazole tab. กั๊บ Metronidazole tab.	Risperidol 0.5 mg tab. กั๊บ Risperidol 2 mg tab.
Plasil tab. กั๊บ Plendil tab.	
Prenolol tab. กั๊บ Propranolol tab.	
Tranxene tab. กั๊บ Transamine tab.	
Aminoleban inj. กั๊บ Amiparen inj.	

สรุปผล

จากการศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลกลาง พบว่ามีจำนวนเหตุการณ์ทั้งหมดรวม 2,866 ครั้ง อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยในคิดเป็น 25.6 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน โดยระดับความรุนแรงที่พบบมากที่สุดคือ ระดับ B รองลงมาคือ ระดับ C และไม่พบเหตุการณ์ที่มีความรุนแรงระดับ F ถึง I ประเภทของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบมากที่สุด คือ ความคลาดเคลื่อนในการให้ยา รองลงมาคือ ความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกคำสั่งใช้ยา สาเหตุของการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบมากที่สุดคือ เกิดจากบุคลากรไม่รอบคอบ ไม่ปฏิบัติตามกฎ หรือมาตรการที่วางไว้ รองลงมาคือการทำงานรีบเร่งแข่งกับเวลา

8. การนำไปใช้ประโยชน์

ข้อมูลจากการศึกษานี้ ได้นำไปเป็นพื้นฐานในการวางระบบหรือวางมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิด ความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นได้อีก ดังนี้

8.1 การติดต่อสื่อสาร

8.1.1 การคัดลอกคำสั่งแพทย์ลงในใบให้ยา (Medication Administration Record: MAR) มีการเพิ่มมาตรการให้มีการตรวจสอบโดยพยาบาลอีก 1 ครั้งเพื่อลดความผิดพลาดในการลอกคำสั่งการใช้ยา

8.1.2 กรณีจำเป็นต้องรับคำสั่งทางโทรศัพท์ ต้องทวนชื่อยา ชื่อผู้ป่วย รูปแบบยา ความแรงยา วิธี/วิธีการให้ยา ถ้าเป็นไปได้ควรมีบุคคลที่ 3 ร่วมรับฟัง และต้องรีบบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรทันที

8.2 ชื่อ/ลักษณะยาทำให้สับสน

8.2.1 ยาที่มีหลายความแรงให้ห้อยยาแยกชั้นวางยาออกให้ห่างกัน และทำป้ายความแรงยาให้เห็นเด่นชัด เพื่อลดความผิดพลาด

8.2.2 ยาที่มีลักษณะคล้ายกัน เช่น furosemide injection และ diazepam injection ออกมาตรการไม่ให้มีการสำรองไว้บนหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันการหยิบผิด ส่วนยาที่จำเป็นต้องมีสำรองไว้เช่น heparin injection กับ insulin injection ให้แยกเก็บให้ห่างกันอย่างชัดเจน

8.3 บุคลากร

8.3.1 จัดให้มีการประชุมเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการยาเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา แก่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

8.3.2 แจ้งอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้น แก่บุคลากรทางการแพทย์ และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นการแจ้งเตือน ให้เพิ่มความระมัดระวัง

8.4 ป้ายส่งเสริม

8.4.1 มีการจัดพื้นที่ในการทำงานให้มีแสงสว่างเพียงพอ และเป็นพื้นที่เฉพาะเพื่อลดการรบกวนและจัดจิงหวะ

9. ความยุ่งยาก ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการ

9.1 การรายงานอุบัติการณ์

ไม่ตรงกับความเป็นจริง เนื่องจากบุคลากรที่อยู่ในเหตุการณ์ไม่กล้ารายงานเพราะเกรงกลัวการลงโทษหรือเปิดเผยผู้กระทำทำให้ผู้อื่นทราบทั่วกัน ซึ่งส่งผลให้การรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง

9.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

เนื่องจากระบบยาเป็นระบบใหญ่และซับซ้อน มีผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก ผู้ที่รายงานเหตุการณ์อาจเป็นแพทย์ พยาบาล หรือเภสัชกร ดังนั้นอาจมีความเข้าใจไม่ตรงกันในเรื่องของนิยามต่าง ๆ และการจัดประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยา

9.3 การวิเคราะห์สาเหตุ

สาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่ได้จากการศึกษานี้ เป็นเพียงสาเหตุเบื้องต้นอาจไม่ใช่สาเหตุที่แท้จริง ซึ่งหากนำมาวิเคราะห์อย่างละเอียดและหาสาเหตุที่แท้จริงจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกต้องและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

10. ข้อเสนอแนะ

10.1 ควรมีการสื่อสารอย่างชัดเจน ว่าการรายงานความคลาดเคลื่อนนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำ โดยไม่มุ่งเน้นหาผู้กระทำความผิดเพื่อมาลงโทษ

10.2 ควรจัดให้มีการอบรมเพิ่มเติม หรือการประชุมวิชาการแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในเรื่องนี้ เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจในการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ซึ่งจะทำให้การรายงานความคลาดเคลื่อนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

10.3 ควรนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง และมีการรณรงค์ให้มีการรายงานอย่างต่อเนื่อง และเพื่อนำมาพัฒนาระบบงานและสร้างเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยที่ยั่งยืน ภายในโรงพยาบาล

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *ส.อ.*

(นางภัทรา สีอุไรย์)

ผู้ขอรับการประเมิน

31 ส.ค. 2552

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ..... *จ.สพ.*

(นางจริยา สุภาพงษ์)

(ตำแหน่ง) เกษตรกร 8 วช. (ด้านเกษตรกรรมคลินิก)

ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้ากลุ่มงานเกษตรกรรม

กลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเกษตรกรรม

โรงพยาบาลกลาง

(วันที่)..... 31 / ส.ค. 2552 /

ลงชื่อ..... *สมาน*

(นายสมานรถ ดันอริยกุล)

(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

(ขณะดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลกลาง)

31 / ส.ค. 2552

ข้อเสนอ แนวคิด วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ของ นางภัทรา ลือไธย

เพื่อประกอบการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง เกษัชร 6 ว (ด้านเภสัชกรรมคลินิก)
(ตำแหน่งเลขที่ รพก. 809) สังกัดกลุ่มบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเภสัชกรรม
โรงพยาบาลกลาง สำนักการแพทย์

เรื่อง โครงการพัฒนาการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง ในโรงพยาบาลกลาง

หลักการและเหตุผล

เป้าหมายหลักของงานเภสัชกรรมคือ การส่งเสริมให้การใช้ยาเป็นไปอย่างมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ การให้บริการด้านยาแก่ผู้ป่วยจึงต้องป้องกันมิให้เกิดความคลาดเคลื่อน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับผลการรักษาตามที่ต้องการ หรือได้รับอันตรายจากยา เป็นผลให้เจ็บป่วยมากขึ้น หรืออาจทำให้พิการจนถึงเสียชีวิต ผลเสียที่เกิดขึ้นอาจสูงจนประเมินมิได้ ส่งผลเสียต่อสัมพันธภาพของบุคลากรกับผู้ป่วย และชื่อเสียงของโรงพยาบาล ความคลาดเคลื่อนที่พบอาจเกิดขึ้นได้ ตั้งแต่การสั่งใช้ยา คัดลอกคำสั่ง การจ่าย การบริหารยา ตลอดจนการติดตามการใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบว่าทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายในระดับรุนแรง ส่วนมากเกิดขึ้นกับยาที่มีความเสี่ยงสูงซึ่งยาที่มีความเสี่ยงสูง คือ ยาที่มีดัชนีการรักษาแคบ ยาที่มีอาการข้างเคียงรุนแรง ยาที่มีรายงานการนำไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ซึ่งทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิต เป็นต้น ดังนั้นเป้าหมายอันดับแรกของการพัฒนาระบบยาจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงและเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาดังกล่าว

วัตถุประสงค์และหรือเป้าหมาย

1. เพื่อสำรวจความคิดเห็นและหาจุดบกพร่องในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง
ในโรงพยาบาลกลาง
2. เพื่อหาแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลกลาง
3. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาลกลาง
4. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยในการใช้ยา

กรอบการวิเคราะห์ แนวคิด ข้อเสนอ

ยาที่มีความเสี่ยงสูง คือยาที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความผิดพลาดในกระบวนการรักษา และก่อให้เกิดอันตราย อาจถึงแก่ชีวิตหากเกิดความผิดพลาดในการใช้ยาหรือบริหารยา ดังนั้นคณะกรรมการการคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลกลาง จึงได้มีการกำหนดแนวทางดำเนินการเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยมีการรวบรวมรายการยาที่พิจารณาร่วมกันผ่านทางคณะกรรมการที่มำทางคลินิกต่างๆ ว่า เป็นยาที่มี

ความเสี่ยงสูง และได้จัดทำมาตรฐานในการสั่งใช้ยา การจ่ายยา การบริหารยาหรือให้ยาแก่ผู้ป่วย โดยอาศัยความร่วมมือกันระหว่าง แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดความผิดพลาดและอันตรายที่อาจเกิดจากการใช้นั้น แต่ยังคงพบว่ามีรายงานความคลาดเคลื่อนจากยาที่มีความเสี่ยงสูง จึงมีแนวคิดที่จะทำการพัฒนาระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงขึ้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่ชัดเจนและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูง และเพิ่มความปลอดภัยในการรักษามากขึ้น

แนวทางการดำเนินการพัฒนาการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงมี ดังนี้

1. ทบทวนข้อมูล

- 1.1 ทบทวนข้อมูลอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูง
- 1.2 ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับยาที่มีความเสี่ยงสูง

2. สำรวจข้อมูล

- 2.1 จัดทำแบบสอบถามเพื่อสำรวจความคิดเห็นและหาจุดบกพร่องในการจัดการยาที่มีความเสี่ยง สูงระบบเดิมที่มีอยู่ (ครอบคลุมแพทย์ พยาบาล เภสัชกร)
- 2.2 รวบรวมแบบสอบถามคืนพร้อมสรุปวิเคราะห์ข้อมูล
- 2.3 เสนอผลที่วิเคราะห์ได้จากแบบสอบถาม พร้อมทั้งแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนา ระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบยา

3. สรุปแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระบบยาเห็นควรให้ดำเนินการ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงระบบการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง นำมาสร้างเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง

4. จัดการประชุมให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้อง

5. นำแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนาแล้ว ลงสู่การปฏิบัติโดยนำเข้าไปประชุมที่มนำเฉพาะด้านต่างๆ

6. จัดทีมลงเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน เพื่อรับทราบความคิดเห็นและปัญหาที่เกิดขึ้นหลังจากได้การปฏิบัติงานตามแนวทางที่ได้วางไว้แล้ว

7. นำข้อมูลจากการเยี่ยมสำรวจหน่วยงาน และข้อมูลจากการรายงานอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยามาปรับปรุงแนวทางให้เหมาะสมและนำลงสู่การปฏิบัติต่อไป

8. เก็บข้อมูลอุบัติการณ์ในการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูงเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการดำเนินงาน


9. ติดตามอุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูงและวิเคราะห์สาเหตุเพื่อนำมาปรับปรุงพัฒนาระบบ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูง ที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลกลาง สามารถนำไปใช้จริงและได้รับความร่วมมือจากทุกหน่วยงาน
2. อุบัติการณ์การเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาที่มีความเสี่ยงสูง ของโรงพยาบาลกลางลดลง
3. ผู้ป่วยที่มารักษาที่โรงพยาบาลกลาง ได้รับยาที่ถูกต้อง ปลอดภัยมากขึ้น

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกิดจากยาที่มีความเสี่ยงสูงลดลงหลังจากได้ดำเนินการตาม โครงแล้ว

ลงชื่อ.....

(นางภัทรา สีอุไรย์)

ผู้ขอรับการประเมิน
31 / ส.ค. 2557