

CQI

เด็กผู้ป่วยเด็ก – สูติกรรม ปีงบประมาณ 2551

เรื่อง เหตุเกือบพลาด

ความหมาย : เป็นเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดเหตุการณ์ที่อาจนำไปสู่อันตรายหรือเสียชีวิต ซึ่งอาจเกิดจากการให้บริการหรือการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้ยาผิด

สโลแกนกลุ่ม : “ ความผิดพลาดเป็นปฏิกชนมาช่วยกันสร้างระบบที่ปลอดภัยกันดีกว่า”

ที่มาของปัญหา

ต.ค. 50 – มี.ค.51 (รอบ 6 เดือน)

- ถัดลอกคำสั่งผิด 23 ครั้ง

- คลาดเคลื่อนขั้นตอนการให้ยา(เตรียมยา / การให้ยา) 7 ครั้ง

หน่วยงานจึงได้เกิดแนวคิดเรื่องความปลอดภัยด้านยาขึ้นเองโดยใช้แนวคิดเชิงระบบที่ว่า “ การป้องกันความผิดพลาด ไม่ใช่การเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ แต่ควรเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือระบบงาน และให้มีระบบการป้องกัน การเฝ้าระวัง การเตือนภัยอยู่ด้วย”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยา
2. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านยา
3. เพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการลดความคลาดเคลื่อนทางยา

เป้าหมาย

ลดอัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเป็นอันตรายให้เป็น “ ศูนย์ ”

ระยะเวลาดำเนินการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 – เดือนกันยายน 2551

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. รวบรวมข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงของหน่วยงานและแบบบันทึกการตรวจสอบความคลาดเคลื่อนทางยา
2. มีการประชุมวิเคราะห์ หาแนวทางแก้ไขปัญหาทุกครั้งที่มีการประชุมประจำเดือนของตึก
3. เน้นให้เจ้าหน้าที่ทุกระดับเข้าใจระบบการจัดเก็บข้อมูล โดยไม่ต้องกลัวความผิด
4. เมื่อมีความผิดพลาดเกิดขึ้นให้บันทึกข้อมูลในทันที
5. ประเมินผล

แนวทางปฏิบัติ

1. จัดเตรียมยาเม็ด ยาฉีด จากลิสต์ยาที่ทางเภสัชจัดมาให้ในรถเข็นยา Standless Unit dose และตรวจสอบความถูกต้องตาม Order
2. ตรวจสอบ Order แพทย์กับการ์ดยาให้ถูกต้องตรงกันก่อนเตรียมให้ยา
3. ตรวจสอบชื่อยาจากการ์ดยาและชื่อ ชนิดของยาให้ตรงกัน
4. ตรวจสอบยาน้ำที่เปิดใช้ในตึกผู้ป่วยซึ่งกำหนดหมดอายุหลังเปิดใช้ภายใน 1 เดือน
5. ตวงปริมาณยาน้ำตามคำสั่งการรักษาที่ให้
6. ขณะแจกยาให้ทวนสอบ ชื่อ – สกุล ผู้ป่วย/ Medical Record / การ์ดยาให้ตรงกัน
7. บันทึกเวลาที่ให้จริงหลังให้ยาทุกครั้ง
8. การตวงยาน้ำขนาดยาปริมาณน้อย (Small Dose) ให้ใช้ Syringe Disposable ตวงทุกครั้ง
9. พบปัญหาการบันทึกไม่ชัดเจน เช่น ไม่ระบุขนาด mg หรือ ให้ใน Dose ที่สูง ให้ร่วมปรึกษากับทีมเภสัชกรประจำตึกผู้ป่วย
10. จัดซื้อรถเข็นแจกยาเพื่ออำนวยความสะดวกในการจัดเตรียมยาและแจกยาผู้ป่วยให้ถูกต้องตามคำสั่งการรักษา
11. กรณีมีคำสั่งหยุดยา (Off ยา) ให้ฉีกการ์ดยาทิ้งและคืนยาเม็ดหรือยาฉีดให้ห้องยาโดยลงบันทึกสมุดส่งคืนยาของห้องยาทุกวัน และบันทึกหยุดยาในใบบันทึกการลงยา / Kardex
12. กรณีผู้ป่วยจำหน่ายให้คืนยาไปกับรถเข็นยาและแจ้งชื่อผู้ป่วยที่จำหน่ายในทะเบียนห้องยา

ตารางแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาขั้นตอนการคัดลอกคำสั่ง

ปีงบประมาณ 2551 (ต.ค. 50 – ก.ย. 51)

รายการ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
1. คัดลอกคำสั่งยาผิด		1	1		1	2		1	1				7
2. บันทึกเบอร์เตียงผิด			1			1			1	1			4
3. ไม่ส่ง Order ไปเปลี่ยนขนาดยา			1		1								2
4. เตรียมการ์ดยาผิดเวลา				1								1	2
5. ทำการ์ดยาหาย				1									1
6. ไม่ได้ Off การ์ดยาผู้ป่วยจำหน่าย				1	1				4				6
7. บันทึกขนาดยาผิด				1		2		1	1				5
8. ไม่ลงบันทึกรายการยาใน Kardex					1	2		1	1			1	6
9. คำสั่งการรักษาไม่ระบุขนาดยา					1								1
10. OFF การ์ดยาผิดเตียง					1								1
11. ลืมลอกการ์ดยา					1	1						1	3
12. ไม่ลงบันทึกชื่อผู้ให้ยา												1	1
											รวม		39

ตารางแสดงความคลาดเคลื่อนทางยาขั้นตอนการจ่าย (เตรียยา / การให้ยา)

ปีงบประมาณ 2551 (ต.ค. 50 – ก.ย. 51)

รายการ	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	รวม
พยาบาลให้ยาผู้ป่วยผิด (Adminerror)													
1. ให้ยาผิดคน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
2. ให้ยาผิดขนาด / ผิดจำนวน	-	-	-	-	1	2	-	1	-	-	-	-	4
3. ให้ยาผิดเวลา	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
4. ให้ยาผิดวิธี / ผิดเทคนิค	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
5. ให้ยาผิดชนิด	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
6. ไม่ได้ให้ยาที่แพทย์สั่ง / ลืมให้	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	2	4
7. พยาบาลให้ยาผู้ป่วยที่มีประวัติแพ้	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
											รวม		13
8. บันทึกผิด (จากตารางคัดลอกคำสั่ง)											รวม		39

ปัญหาและอุปสรรค

1. ความเคยชินกับการทำงานในรูปแบบเดิมและการไม่ยอมรับการเปลี่ยนแปลง
2. ความเกรงใจกันในการที่จะสื่อสารคำสั่งการรักษาของแพทย์และพยาบาล
3. ความเกรงกลัวต่อการถูกลงโทษ

ข้อเสนอแนะ

1. นำแนวคิดเชิงระบบมาใช้ซึ่งแนวคิดเชิงระบบยอมรับขีดจำกัดของมนุษย์ซึ่งป็นปัจเจกชน
ธรรมดาคนทุกคนสามารถกระทำผิดได้
2. ควรมาช่วยกันสร้างระบบการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

สิ่งที่ได้เรียนรู้

1. ได้แนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกัน
2. ช่วยให้ผู้ปฏิบัติพอมองเห็นแนวโน้มของปัญหาได้ชัดเจนขึ้นและสามารถหาแนว
ทางการแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น
3. พยาบาลมีความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาความคลาดเคลื่อนทางยาและมีความ
ระมัดระวังมากขึ้น

บทสรุป

อัตราความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเป็นอันตราย = 0%

ความผิดพลาดหรือความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นในเด็กผู้ป่วยเด็กจะพบว่า อยู่ในระดับความรุนแรง 0 - 2 ไม่พบความคลาดเคลื่อนทางยาที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยหรือไม่เคยเกิด ซึ่งเท่ากับ 0 % แต่ทางตึกก็ได้ตระหนักและเฝ้าระวังตลอดมา โดยยึดความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลักและจัดเก็บข้อมูลต่อเนื่องเพื่อพัฒนาให้เกิดระบบการลดความคลาดเคลื่อนทางยาต่อไป