

ผลงานการพัฒนาระบบงาน (CQI)

1. ชื่อผลงาน/โครงการพัฒนา : อัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error) ลดลงได้ถ้าช่วยกัน
2. คำสำคัญ : Predispensing error
3. สรุปผลงานโดยย่อ

จากผลการเก็บข้อมูลด้านความผิดพลาดด้านยา (MEDICATION ERROR) พบว่าอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error) ซึ่งเป็นความผิดพลาดด้านยาชนิดหนึ่ง และเป็นความผิดพลาดด้านยาที่เกิดขึ้นมากที่สุดในฝ่ายเภสัชกรรม รวมถึงอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ถ้าเกิดความผิดพลาดนั้น ๆ ไม่ได้รับการตรวจจับ หรือป้องกันการเกิดความผิดพลาดก่อนการจ่ายยาที่ถูกวิธี ทางฝ่ายเภสัชกรรม จึงได้นำวิธีการ TALL MAN LETTER , การจัดทำคู่มือรายการยาที่เกิด LASA, การจัดวางยาบนชั้นวางยา,การจัดทำป้ายชื่อยา,การตรวจสอบยาซ้ำแบบ DOUBLE CHECK หรือ TRIPPLE CHECK มาใช้เพื่อลดอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error)

4. ชื่อและที่อยู่ขององค์กร :งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเขาชัยสน จ.พัทลุง
5. สมาชิกทีม : ทีมงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก
6. เป้าหมาย :เพื่อลดอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error)
7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

โรงพยาบาลเขาชัยสนได้เริ่มพัฒนาระบบการลดอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา (Predispensing error) มาโดยตลอด โดยเฉพาะในช่วงตั้งแต่ปี 2552 จนถึงปัจจุบันได้มีการจัดเก็บข้อมูล และการแก้ปัญหาที่เป็นระบบมากขึ้น มีกิจกรรมการพัฒนาเพื่อลดอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error)จึงทำให้อัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error) ลดลงตามลำดับ สาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error) ได้แก่การจัดยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง การจัดยาผิดชื่อ ผิดความแรง การสลับรายการยาของผู้ป่วย จึงได้จัดทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการ การลดอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error)ขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาที่ถูกต้องครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง

8. กิจกรรมการพัฒนา :

กิจกรรมพัฒนางานแบ่งเป็น4 ระยะ คือ ระยะที่1 ตุลาคม 2551 – กันยายน 2552 ระยะที่ 2 ตุลาคม 2552 – กันยายน 2553 และระยะที่ 3 ตุลาคม 2553- กันยายน 2554 ระยะที่ 4 กันยายน 2554-ปัจจุบัน

กิจกรรมระยะที่ 1 ตุลาคม 2551 – กันยายน 2552 มีวิธีดำเนินการดังนี้

1. เก็บข้อมูล
2. ลงพื้นที่จริง วิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันภายในฝ่ายเภสัชกรรม
3. ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา
4. กำหนดให้การจดยาผิดเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่จดยา

ปัญหา/สาเหตุ	สภาพปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง
ระยะเวลาที่ 1 1.การจดยาผิดชนิด LASA	1. การจัดวางยาบนชั้นวางยาเป็นการจัดวางเรียงตามลำดับอักษรภาษาอังกฤษจาก A – Z ทำให้ยาที่มีชื่อคล้าย ๆ กัน หรือยาชนิดเดียวกันแต่มีหลายความแรง ถูกจัดวางไว้ในตำแหน่งที่ใกล้เคียงกัน หรือติดกัน เช่น Amoxy 500 mg วางไว้ติดกับ Amoxy 250 mg, Dimenhydrinate อยู่ติดกับ Diclofenac	1.ใช้วิธีการจัดวางยาบนชั้นวางยาโดย <ul style="list-style-type: none"> ● ยาที่มีความแรงมากกว่า 1 ความแรงให้จัดวางไว้ให้ห่างกันโดยใช้ยาอื่นกั้นไว้อย่างน้อย 2 ช่อง ● ยาที่มีชื่อคล้าย ๆ กันให้จัดวางไว้ห่างกันโดยมียาอื่นกั้นอย่างน้อย 2 ช่อง 2.จัดทำบันทึกข้อมูลการจดยาผิดชนิดเป็นรายบุคคล และกำหนดให้การจดยาผิดเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่จดยา

กิจกรรมระยะที่ 2 ตุลาคม 2552 – กันยายน 2553

1. เก็บข้อมูล
2. ลงพื้นที่จริง วิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันภายในฝ่ายเภสัชกรรม
3. ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา
4. กำหนดให้การจดยาผิดเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่จดยา
5. จัดทำบัญชีรายชื่อผู้ยาที่เกิด LASA
6. ใช้วิธีการของ TALL MAN LETTER
7. จัดทำป้ายชื่อยาให้มีสีต่างกันในรายการยาที่มีมากกว่า 1 ความแรง

ปัญหา/สาเหตุ	สภาพปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง
ระยะเวลาที่ 1 1.จดยาจำนวนน้อยหรือมากกว่าที่สั่งจ่าย (ยาคลินิกโรคเรื้อรัง) 2.จดยาไม่ครบ/ลืมจ่าย	1. การจดยาของเจ้าหน้าที่ต้องแข่งขันกับเวลา เพราะผู้มารับบริการมีจำนวนมากทำให้เจ้าหน้าที่จดยาไม่ระหนักในการตรวจสอบยาที่จัดก่อนส่งมอบยาให้เภสัชกร 2. ยาที่ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังไม่มีการ	1. เพิ่มความตระหนักในการตรวจสอบรายการยาที่จัดลงชื่อกำกับในใบสั่งยาทุกครั้งก่อนส่งมอบยาให้เภสัชกร 2. ทำการ prepack ยาที่ใช้ในคลินิกโรคเรื้อรังไว้ล่วงหน้า

<p>3. จัดยาฝึคความแรง(ยาชนิดเดียวกัน)</p>	<p>prepack ยาไว้ล่วงหน้า ทำให้ต้องนับยาจำนวนมาก ๆ ส่งผลให้เกิดการล้าได้</p> <p>3. ถึงแม้ยาชนิดเดียวกันความแรงต่างกันวางห่างกัน แต่ก็ไม่มีจุดสังเกตที่เด่นชัดในการแยกความแตกต่างของป้ายชื่อยา</p> <p>4. ป้ายชื่อยาที่มีชื่อคล้าย ๆ กันยังขาดจุดสังเกตที่ทำให้เห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน</p>	<p>3 จัดทำบัญชีรายชื่อยาที่เกิด LASA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชื่อพ้อง ● มองคล้าย ● หลายความแรง <p>4 ใช้วิธีการ TALL MAN LETTER</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้อักษรพิมพ์ใหญ่พิมพ์เล็กสลับกัน ● ใช้เครื่องหมาย – กั้นกลาง ● นำตัวเลขความแรงของยามาไว้ข้างหน้าชื่อยา <p>5 จัดทำป้ายชื่อยาให้มีสีต่างกันในรายการยาที่มีความแรงมากกว่า 1 ความแรง</p> <p>6 เรียกกำลังเสริม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดให้มีการขึ้นเวรเหลือมของเจ้าหน้าที่ในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังโดยนอกจากเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามปกติแล้ว ให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมอีกหนึ่งคนขึ้นมาปฏิบัติงานเวลา 08:00 น และเลิกงานเวลา 16:00 น ● ในกรณีที่มีผู้มารับบริการจำนวนมากโทรศัพย์เรียกเจ้าหน้าที่จากคลังยามาช่วย
---	--	---

กิจกรรมระยะที่ 3 ตุลาคม 2553- กันยายน 2554

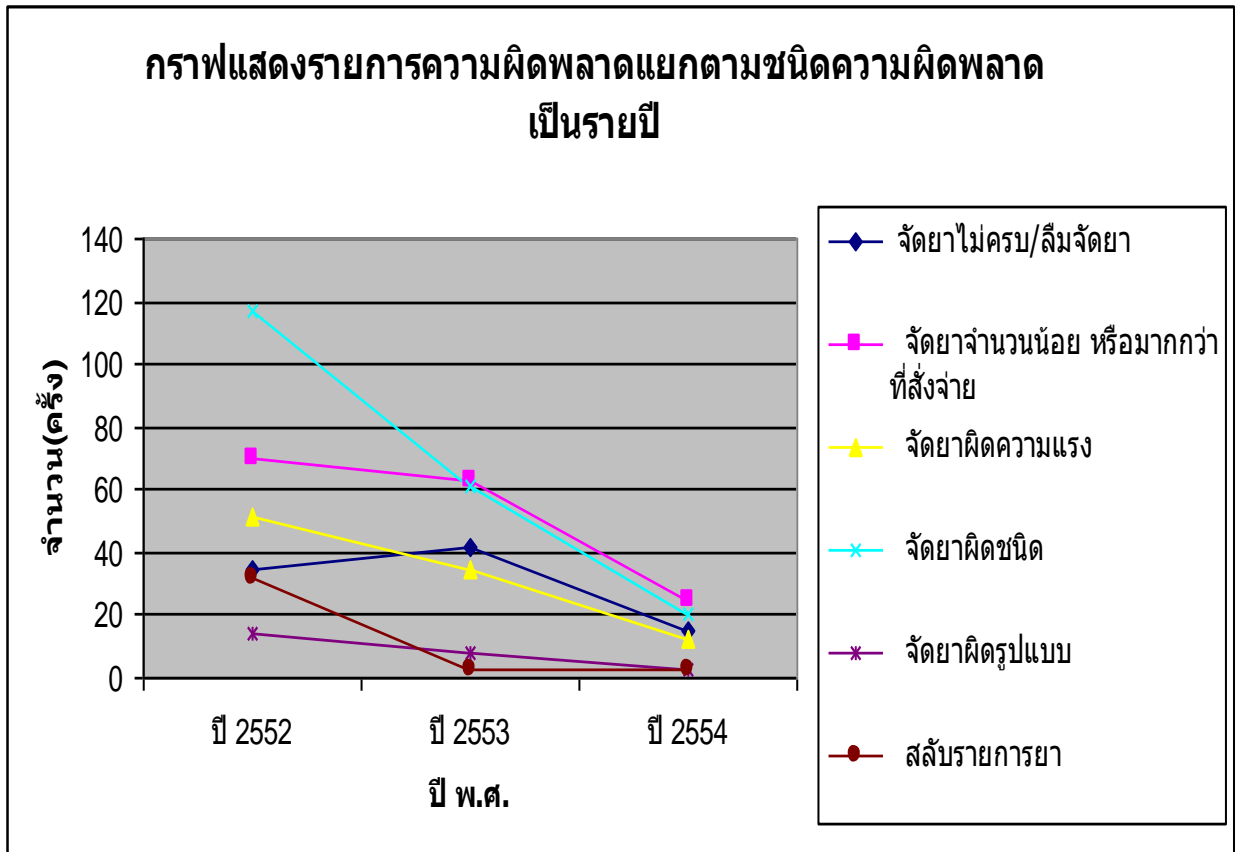
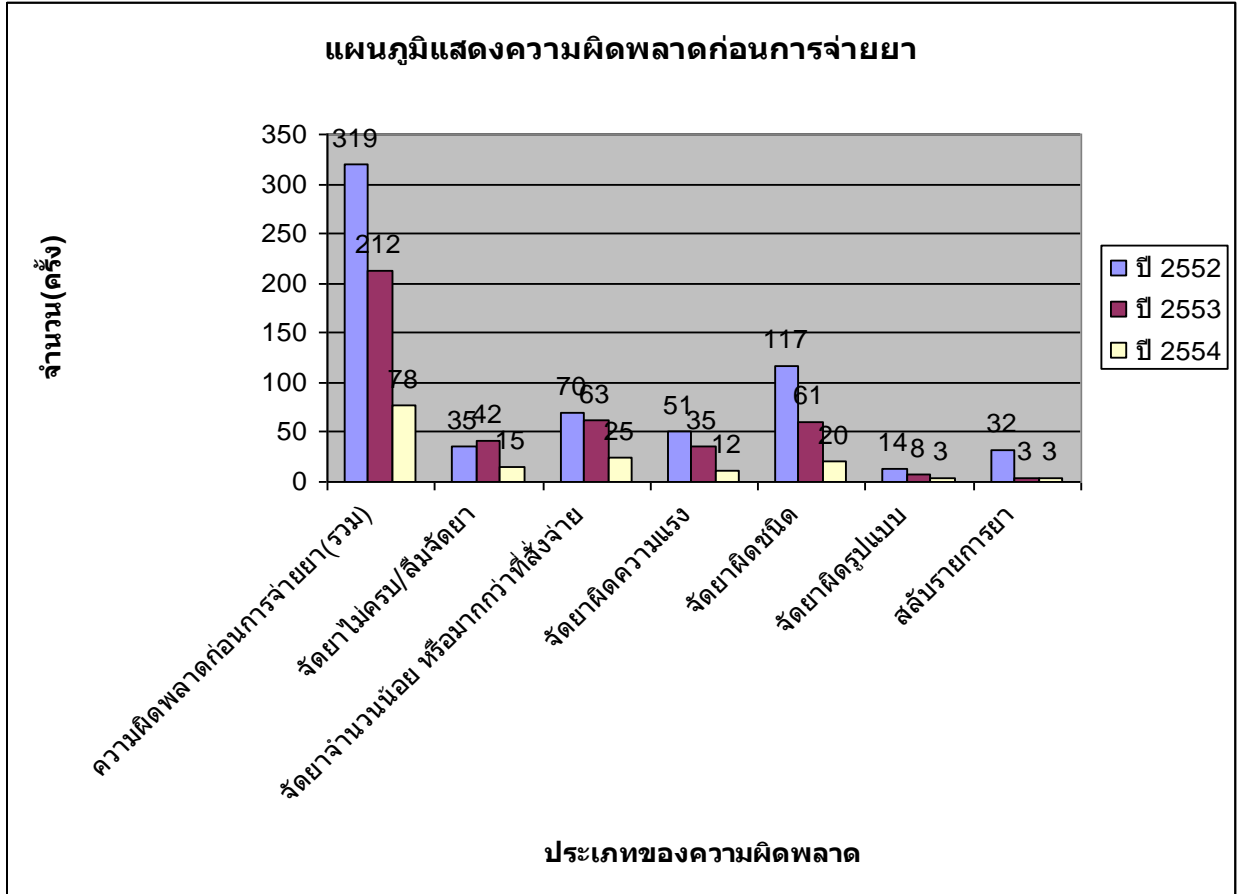
1. เก็บข้อมูล
2. ลงพื้นที่จริง วิเคราะห์หาสาเหตุร่วมกันภายในฝ่ายเภสัชกรรม
3. ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา
4. กำหนดให้การจัดยาฝึคเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่จัดยา
5. จัดทำบัญชีรายชื่อยาที่เกิด LASA
6. ใช้วิธีการของ TALL MAN LETTER
7. จัดทำป้ายชื่อยาให้มีสีต่างกันในรายการยาที่มีมากกว่า 1 ความแรง
8. การเรียกกำลังเสริม

ปัญหา/สาเหตุ	สภาพปัจจุบัน	แนวทางแก้ไข/ปรับปรุง
<p>ระยะที่ 3</p> <p>1.การจัดยาผิดชนิด LASA</p> <p>2.จัดยาไม่ครบลิ้มจัดยา</p> <p>3.จัดยาจำนวนน้อย/หรือมากกว่าจำนวนที่สั่งจ่าย</p> <p>4 สลับรายการยา(ใส่ยาผิดตะกร้าผู้ป่วย)</p>	<p>1. ชื่อยานมลลยากับชื่อยานชั้นวางยาไม่ตรงกัน เช่น ชื่อยา Levothyroxine sodium ชื่อยานมลลาคือ Thyroxine sodium ชื่อยานชั้นวางยาชื่อ Levothyroxine sodium</p> <p>2. ในช่วงเวลาเร่งด่วนคลินิกโรคเรื้อรังจำนวนผู้รับบริการมีมาก และรายการยาของผู้ป่วยแต่ละคนก็มากทำให้เจ้าหน้าที่เกิดการล่า จัดยาไม่ทันขาดความรอบคอบเพราะเพราะเร่งรีบจะจัดยาให้ทันผู้มารับบริการ</p> <p>3 ตะกร้าใส่ยาผู้ป่วยมีขนาดเล็กเกินไปไม่เหมาะกับการจัดยามาก ๆ ทำให้เกิดการล้นตะกร้า และตกลงไปในตะกร้ายาของผู้อื่นได้</p>	<p>1 เพิ่มความตระหนักในการตรวจสอบรายการยาที่จัดลงชื่อกำกับในใบสั่งยาทุกครั้งก่อนส่งมอบยาให้เภสัชกร</p> <p>2.จัดทำบันทึกข้อมูลการจัดยาผิดชนิดเป็นรายบุคคล และกำหนดให้การจัดยาผิดเป็นตัวชี้วัดของเจ้าหน้าที่จัดยา</p> <p>3.เพิ่มจุดตรวจสอบยาหลังจัดยา เพื่อทำการ DOUBLE CHECK ยาที่จัด โดยให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมเป็นผู้ทำหน้าที่ DOUBLE CHECK</p> <p>4 แก้ไขข้อมูลบนฉลากยา และป้ายชื่อบนชั้นวางยาให้ตรงการโดยการเข้าไปแก้ไขข้อมูลในระบบ MIT NET</p> <p>5 ปรับปรุงแก้ไขบัญชีรายการยาที่ที่เกิด LASA</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ชื่อพ้อง ● มองคล้าย ● หลายความแรง <p>6 เรียกกำลังเสริม</p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดให้มีการขึ้นเวรเหลือมของเจ้าหน้าที่ในวันที่มีคลินิกโรคเรื้อรังโดยนอกจากเจ้าหน้าที่ที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการตามปกติแล้ว ให้เจ้าพนักงานเภสัชกรรมอีกหนึ่งคนขึ้นมาปฏิบัติงานเวลา 08:00 น และเลิกงานเวลา 16:00 น ● ในกรณีที่มีผู้มารับบริการจำนวนมาก โทรศัพท์เรียกเจ้าหน้าที่จากคลังยามาช่วย <p>7 ใช้วิธีการ TALL MAN LETTER</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ใช้อักษรพิมพ์ใหญ่พิมพ์เล็กสลับกัน ● ใช้เครื่องหมาย – กั้นกลาง ● นำตัวเลขความแรงของยามาไว้ข้างหน้าชื่อ

		ยา 8 มีการเปลี่ยนขนาดตะกร้าใส่ยาให้ใหญ่ขึ้น
--	--	--

9. การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

ชนิดของความผิดพลาด	จำนวน(ร้อยละ) ปี 2552	จำนวน(ร้อยละ) ปี 2553	จำนวน(ร้อยละ) ปี 2554
1. ความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error)	319(100)	212(100)	78(100)
1.1 จัดยาไม่ครบ/ลืมจัดยา	35(11)	42(19.81)	15(19.23)
1.2 จัดยาจำนวนน้อย หรือมากกว่าที่สั่งจ่าย	70(21.9)	63(29.72)	25(32.05)
1.3 จัดยาผิดความแรง(ยาชนิดเดียวกัน) LASA	51(16)	35(16.51)	12(15.38)
1.4 จัดยาผิดชนิด LASA	117(36.7)	61(28.77)	20(25.64)
1.5 จัดยาผิดรูปแบบ(ยาน้ำ ยาเม็ด ยาครีม) LASA	14(4.4)	8(3.77)	3(3.84)
1.6 สลับรายการยา(ใส่ยาผิดตะกร้าผู้ป่วย)	32(10)	3(1.42)	3(3.84)



10. บทเรียนที่ได้รับ :

1. ปัญหาความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error) มีสาเหตุมากกว่า 1 สาเหตุ ดังนั้นการวิเคราะห์หาสาเหตุจึงเป็นสิ่งจำเป็น และค่อยๆ ทำการแก้ไขไปที่สาเหตุ
 2. ทางฝ่ายเภสัชกรรมมีการเปลี่ยนแปลงในส่วนของเจ้าหน้าที่จัดยาอยู่บ่อย ทุกครั้งที่มีการมีเจ้าหน้าที่ใหม่เข้ามาทำงานต้องทำการให้ความรู้และแนะนำวิธีการต่างๆ ในการสังเกต เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการจัดยา
 3. ปัญหาบางปัญหาสาเหตุที่แท้จริงอาจจะไม่ได้เกิดที่เราโดยตรงเพราะฉะนั้นการประสานงานและขอความร่วมมือให้ตรงจุดก็ทำให้หา
 4. ความภาคภูมิใจที่อัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา(Predispensing error) ลดลงแบบก้าวกระโดดทำให้มีกำลังใจในการพัฒนางานเพื่อลดอัตราความผิดพลาดก่อนการจ่ายยา (Predispensing error) ให้น้อยที่สุด หรือไม่เกิดขึ้นเลย
11. การติดต่อกับทีมงาน : เภสัชกรพัชรมณัน ศรีจันงค์ งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลเขาย้อย จงฬทลุง