

กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ

CQI  ICU



นำเสนอโดยกลุ่มทงอี (จอมนางคู่บัลลังก์)

1. การตั้งกลุ่ม

1. ชื่อกลุ่ม : ทงอี (จอมนางคู่บัลลังก์)
2. วิสัยทัศน์ : ลดความคลาดเคลื่อนทางยา ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับยา
3. เจตจำนง (purpose Statement) : มุ่งหมายให้การพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางอายุรกรรม ด้วยความรวดเร็วปลอดภัย ได้มาตรฐานวิชาชีพ
4. ประจำหน่วยงาน / ขอบเขต : ไอซียู , ดูแลผู้ป่วยหนักจำนวน 4 เตียง
5. ชื่อที่ปรึกษากลุ่ม : คุณกรรณิการ์ ชินวงศ์พรม
6. ชื่อผู้ประสานงานกลุ่ม : คุณณพิชญ์ วัฒนฉิ
7. จำนวนสมาชิกทั้งหมด 7 คน
- 8 . จดทะเบียนตั้งกลุ่ม...06..../.....กค..../...2554....



รายชื่อสมาชิกกลุ่ม

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	หน้าที่	การศึกษา	อายุ (ปี)	ประสบการณ์ทำงาน(ปี)
1.	น.ส.ชนิษฐา เขียวแสวง	หัวหน้ากลุ่ม	ปริญญาตรี	33	11
2.	น.ส.ณพิชญ์ วัฒนฉี	ผู้ประสานงานกลุ่ม	ปริญญาโท	42	20
3.	น.ส.วรรณนิภา ชิงชัยฤทธิ์	สมาชิก	ปริญญาตรี	43	19
4.	น.ส.เพลงศกุน สุวรรณภู	สมาชิก	ปริญญาตรี	51	18
5.	นาง ชีร์จุฑา นวไพบูลย์	สมาชิก	กำลังศึกษาปริญญาโท	34	13
6.	น.ส.วารินทร์ กลิ่นนาค	สมาชิก	ปริญญาตรี	33	12
7.	น.ส.สุชาลีนี พรหมบุตร	สมาชิก	ปริญญาตรี	33	11
			เฉลี่ย	38.4	14.85

ทำกิจกรรม 1. ค้นหาโอกาสพัฒนา

ตารางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

หัวข้อปัญหา	ความเป็นไปได้				ความรุนแรง				ความถี่				คะแนน
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1. ความผิดพลาดการให้ยาของพยาบาลไอซียู				7				7				7	84
2. การติดเชื้อจากการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ			7				7				7		63
3. การเกิดแผลกดทับ			7			7					7		56



มูลเหตุจูงใจที่เลือกทำกิจกรรม



ความคลาดเคลื่อนทางยา

เป็นประเด็นคุณภาพ และเป็นตัวชี้วัด ของรพ.

สะท้อนเรื่องความปลอดภัยในกระบวนการใช้ยา

ความคลาดเคลื่อนทางยา.....

“ไม่ใช่เพียงความคลาดเคลื่อน แต่เป็น**ความผิดพลาด**”

“นำไปสู่ **การสูญเสีย** ชีวิต เวลา ค่าใช้จ่ายในการรักษา”

“เกิดขึ้นได้ซ้ำๆ หากขาดความตระหนักของบุคลากร”

***** รพ. ต้องสนใจ ต้องมีทีมสหวิชาชีพ *******

เพื่อจัดระบบการค้นหา ใฝ่ระวัง รายงาน หาวิธีแก้ไข และป้องกัน

2. หัวข้อกิจกรรมเรื่อง : ลดความคลาดเคลื่อนการบริหารยาโดย
พยาบาล (Nurses Administration)

3. วัตถุประสงค์ :

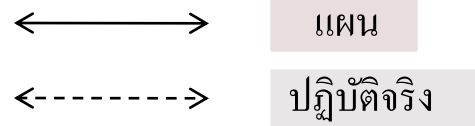
- เพื่อลดจำนวนครั้งของการบริหารยาผู้ป่วยผิดพลาด
- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากการได้รับยา

4. เป้าหมาย/เครื่องชี้วัดและเกณฑ์ : จำนวนครั้งของความผิดพลาดจากการ
ให้ยาของพยาบาล ภายในระยะเวลา 3 สัปดาห์ลดลงอย่างน้อย 20 %



ตารางแผนปฏิบัติการทำกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ 6 ก.ค.-6 ต.ค. 2554

แผนการปฏิบัติ	วันที่ 6 ก.ค.-27 ก.ค.54			วันที่ 28 ก.ค.54 - 7ก.ย.54				วันที่ 8ก.ย.-22 ก.ย. 54		วันที่ 23 ก.ย.-6 ต.ค.54			
ระยะเวลา (สัปดาห์)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
วางแผน (Plan)	←————→												
เก็บข้อมูล ระดมสมอง วางแผนแก้ไข (3 สัปดาห์)	←-----→												
ลงมือแก้ปัญหา (Do) (6 สัปดาห์)			←————→										
ลงมือแก้ปัญหา (Do) (6 สัปดาห์)			←-----→										
ตรวจสอบผล (Check/Study) (2 สัปดาห์)								←————→					
ตรวจสอบผล (Check/Study) (2 สัปดาห์)								←-----→					
แก้ไขปรับปรุง (Action) (2 สัปดาห์)											←————→		
แก้ไขปรับปรุง (Action) (2 สัปดาห์)											←-----→		



การประชุม ครั้งละ 1.5 ชั่วโมง

5. ตารางตรวจสอบข้อมูล (Check Sheet) ก่อนแก้ปัญหา

ข้อมูล : ความผิดพลาดการบริหารยาโดยพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 28 กค. – 17 สค . 2554

ระยะเวลา : จำนวน 3 สัปดาห์ ผู้ตรวจ นส. ขนิษฐา เขียวแสวง แห่งที่มา ไอซียู

ลำดับที่	รายการ(จำแนกข้อมูล)	รอยขีด	จำนวน (ครั้ง)	%
1	ผิดเวลา		1	7.14 %
2	ผิดขนาด	0	0	0
3	ผิดวิธี	0	0	0
4	ลืมให้ยา		1	7.14 %
5	ไม่ให้ยา (คำสั่งการรักษาไม่ถูกรับ)		12	85.72 %
	รวม	14	14	100 %

ตารางตรวจสอบข้อมูลก่อนแก้ปัญหา

ข้อมูล : ความผิดพลาดการบริหารยาโดยพยาบาล

ตั้งแต่วันที่ 28 กค. – 17 สค . 2554

ระยะเวลา : จำนวน 3 สัปดาห์

ผู้ตรวจ : นส. ขนิษฐา เขียวแสวง

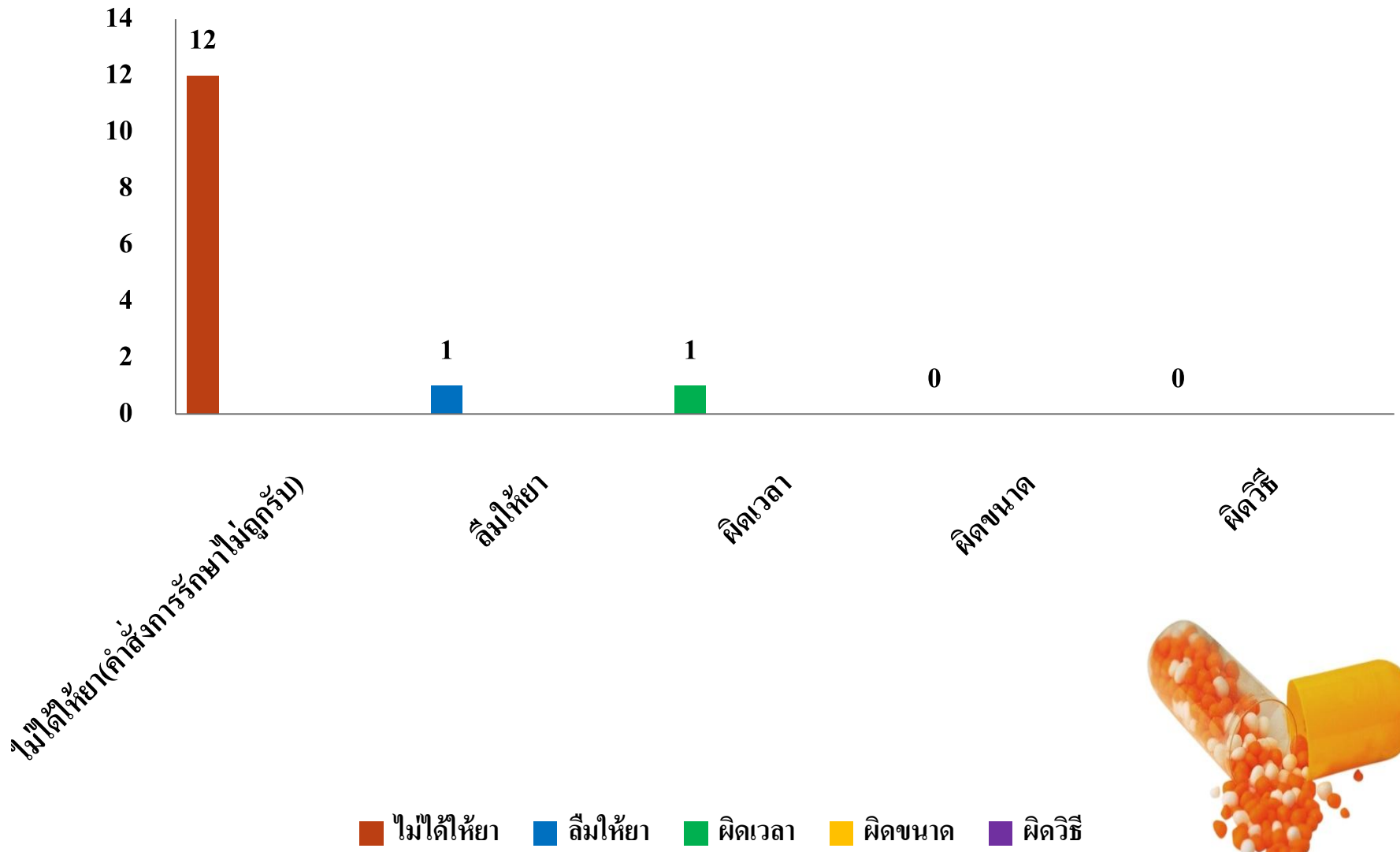
แหล่งที่มาของข้อมูล : ward ไอซียู

ลำดับที่	รายการ	จำนวน (ครั้ง)	%
1	ไม่ให้ยา (คำสั่งการรักษาไม่ถูกรับ)	12	85.72 %
2	ลืมนให้ยา	1	7.14 %
3	ผิดเวลา	1	7.14 %
4	ผิดขนาด	0	0 %
5	ผิดวิธี	0	0 %
	รวม	14	100 %

ตารางข้อมูลที่จัดเรียงตามลำดับ (ก่อนแก้ปัญหา)

ลำดับ	รายการ	จำนวน(คน)	จำนวนสะสม (ครั้ง)	%	%สะสม
1.	ไม่ได้ให้ยา(คำสั่งการรักษาไม่ถูกรับ)	12	12	85.72%	85.72%
2.	ลืมให้ยา	1	1	7.14%	92.86%
3.	ผิดเวลา	1	1	7.14%	100%
4.	ผิดขนาด	0	0	0	100%
5.	ผิดวิธี	0	0	0	100%
	รวม	14	14	100%	100%

แผนภูมิพารेटอแสดงข้อมูลจำแนกตามสาเหตุก่อนแก้ปัญหา



6. วิเคราะห์หาสาเหตุ แผนภูมิแกงปลา



คน

มีการรับส่งเวรที่ Hall ก่อนมีการ
รับส่งเวรที่ ward

พยาบาลมีจำนวนน้อย

ชั้นเวรติดกันเกินไป

พักผ่อนไม่เพียงพอ

2. การรับส่งเวรล่าช้าทำให้ต้องรีบจัดยา

เดินทางมารับเวรล่าช้า

3. บุคลากร (พยาบาล) อ่อนล้า

ขาดเครื่องมือในการค้นคว้าการใช้ยา

1. ขาดความรู้รายละเอียดในการให้ยา

ขาดการนิเทศน์จากพยาบาลอาวุโส

การบริหารยาผิดพลาด

รายชื่อเขียนอ่านไม่ออก

1. ไป medication record มองไม่ชัดเจนอ่านยาก

2. ยานอก ร.พ. ต้องจัดหา/ญาติซื้อเองนอกเวลา, วันหยุด

ยาไม่ขึ้นจากห้องยา / ในวันหยุดไม่ทราบว่าเป็นยานอก
ร.พ. / เพิ่มขนาดยา ยาไม่นอกร.พ. ไม่พอในวันหยุด

3. ยาจำเป็นเร่งด่วนไม่มีใช้/ผป. ได้รับยาล่าช้า

ห้องยาไม่มียา stock รอยาขึ้น

ห้องยาไม่จัดหา, ซื่อยากรณีวันหยุด

4. ยา continue จากห้องยา ขึ้นมาไม่ครบ

อุปกรณ์ / ระบบ

วิธีการ

เขียนลง order ผิดจากรับคำสั่ง
ทางโทรศัพท์

3.การรับorder ทางโทรศัพท์ผิดพลาด

ขาดการทวนคำสั่งการรักษาซ้ำ

4.ไม่มีการคัดลอกยาในKardex /ใบMAR09

ลืม / ขาดการตระหนักถึงความสำคัญ

ขาดความตระหนักถึงผลเสียต่อ ผ.ป. ของการให้ยาผิดพลาด

1.ไม่ตรวจสอบ chart ก่อนรับส่งเวร

ไม่มีแบบแผนการจัดยาที่แน่นอน

2.การจัดยาไม่เป็นระบบ

จัดตามกันมา / มีวิธีรูปแบบการจัดยาไม่เหมือนกัน

การบริหารยาผิดพลาด

เสียงโทรศัพท์ดังรบกวน / รับโทรศัพท์ขณะจัดยา

3.มีเสียง / สิ่งรบกวนขณะจัดยาตลอดเวลา

ญาติมาติดต่อสอบถามอาการผ.ป. ขณะจัดยา

แพทย์มาตรวจเยี่ยม / ถามอาการผู้ป่วยขณะจัดยา

เสียงโทรศัพท์ / ญาติรบกวนขณะส่งเวร

4.การส่ง/รับเวรของNurse ถูกรบกวน

แพทย์ มา round ขณะยังส่งเวรไม่เสร็จ

มีวิทย์ขนาดใหญ่ / สิ่งของอื่นวางอยู่บริเวณที่จัดยา

ไม่เปิดมู่รี (ที่บังแสง) ขณะจัดยา

1.พื้นที่จัดยาคับแคบมองเห็นไม่ชัดเจน

แสงสว่างไม่เพียงพอ / ไม่มีหลอดไฟติดบริเวณจัดยา

ไม่พอเก็บยาของผู้ป่วย

2.ช่องเก็บยามีขนาดเล็กเกินไป

หยิบไม่สะดวกซ้อนทับกัน / หยิบผิด

สิ่งแวดล้อม

กระบวนการแก้ไขปัญหา

ปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาในการ ทำกิจกรรม	ผลลัพธ์
<p>1. คน (พยาบาล)</p> <p>1.1 ขาดความรู้ รายละเอียดในการให้ ยา</p> <p>❑ ขาดคู่มือค้นคว้า การใช้ยา high Alert drug</p>	<p>- มีคู่มือการบริหารยา High Alert drug ซึ่งทางคณะกรรมการ Med error จัดทำขึ้น</p>	พยาบาล	~ พฤษภาคม	ดี
<p>❑ ขาดการนิเทศจาก พยาบาลอาวุโส</p>	<p>- มีการนิเทศน์การใช้ยาทั่วไปและยา High Alert drug แก่พยาบาลจบใหม่โดย พยาบาลอาวุโส</p>	พยาบาล	ก.ค. - ต.ค. 54	ดี

ปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาในการ ทำกิจกรรม	ผลลัพธ์
<p>1.2 บุคลากร พยาบาลอ่อนล้า</p> <p><input type="checkbox"/> บุคลากรน้อยมี ไม่เพียงพอ</p>	<p>- จัดหาอัตรากำลังขึ้นเสริมกรณีผู้ป่วยเต็ม 4 เตียง และ กรณีมีการทำหัตถการ การรักษาตลอด</p> <p>- ไม่จัดเวรให้ขึ้นติดต่อกันเกินไป ไม่ขึ้นเวรหรือแลก เวรเช่น ช/บ ติดกันบ่อยครั้ง</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>๑๑</p>
<p><input type="checkbox"/> พักผ่อนไม่ เพียงพอ ไม่สบายบ่อย</p>	<p>- พักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อย 6 ชม./ วัน</p> <p>ดูแลสุขภาพไม่ให้เกิดป่วย หากเจ็บป่วยไปพบแพทย์ และนอนพักจนอาการดีขึ้นก่อนกลับเข้าทำงาน</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>๑๑</p>
<p><input type="checkbox"/> ไม่มีเวลาbreak แน่นอน</p>	<p>- มีเวลาพักbreak ที่แน่นอนขณะอยู่เวร เวรละ 1 ชั่วโมง 11.00-12.00,12.00-13.00น.สลับกันพัก เพื่อ ผ่อนคลายความเหนื่อยล้าและความตึงเครียดขณะ ปฏิบัติงาน</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>๑๑</p>

ปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาในการทำกิจกรรม	ผลลัพธ์
<p>2. อุปกรณ์ / ระบบ</p> <p>2.1 ใบ medication record ลายมือเขียนไม่ชัดเจน อ่านยาก</p>	<ul style="list-style-type: none"> - เขียนใบ medication record ลายมือให้อ่านชัดเจน อ่านออกได้ง่าย - ใช้ปากกาเมจิเน้นขนาดยา(mg) , ยาที่มีความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการบริหารยา - ชีดเส้นใต้ด้วยปากกาแดง ระหว่างยาแต่ละตัว แยกให้เห็นยาได้ชัดเจน - แยกใบยารับประทานและยาฉีดเพื่อให้มองเห็นได้ชัดเจน - การreview order ให้เขียนเริ่มใบยาใหม่เพื่อการมองเห็นได้ชัดเจน 	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>ดี</p>

ปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาในการ ทำกิจกรรม	ผลลัพธ์
<p>3. วิธีการ</p> <p>3.1 ไม่ตรวจสอบ chart ก่อนรับส่งเวร</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ ขาดความตระหนักถึงผลเสียต่อ ผ.ป. ของการให้ยาผิดพลาด ❑ รีบไปทำงานอื่นที่รออยู่ 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำระบบการรับส่งเวรโดย <ul style="list-style-type: none"> - Inchart nurse round chart ก่อนส่งและรับเวรทุกคน/วัน/ทุกเวร - Med nurse ตรวจสอบใบ medication record ผู้ป่วยทุกราย / ทุกเวร 	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>ดี</p> <p>% ความผิดพลาด ลดลง = 0 %</p>
<p>3.2 การจัดยาไม่เป็นระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ จัดตามกันมา / มีวิธีรูปแบบการจัดยาไม่เหมือนกัน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำ Flow การให้ยาขึ้นภายใน ward - มีระบบการจัดยาแบบ one day dose เพื่อลดการหยิบยาผิดจากตะกร้าเก็บยาผู้ป่วยที่มียาจำนวนมาก 	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>ดี</p>

ปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาในการทำกิจกรรม	ผลลัพธ์
<p>3.3 ไม่มีการคัดลอกยาใน Kardex ไป medication record</p> <p>❑ ลืม / ขาดการตระหนักถึงความสำคัญ</p>	<p>-ตาม Flow การให้ยา การรับคำสั่งการรักษาทุกครั้งต้องลอกยาลงใน medication record เพื่อให้ Med Nurse จัดยา</p>	<p>พยาบาล</p>	<p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>ดี</p>

ปัญหา	แนวทางแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	ระยะเวลาในการ ทำกิจกรรม	ผลลัพธ์
<p>4.สิ่งแวดลอม</p> <p>4.1 พื้นที่จัดยากับแคบ มองไม่ชัดเจน</p> <ul style="list-style-type: none"> ❑ แสงสว่างไม่พอในการอ่านฉลากยา ❑ ไม่เปิดมู่รี (ที่บังแสง) ขณะจัดยา ❑ มีสิ่งของอื่นวางอยู่บริเวณที่จัดยา 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดหลอดไฟบริเวณที่จัดยาเปิดใช้ขณะจัดยา ให้มองเห็นได้ชัดเจน - ในเวลากลางวันเปิดมู่รีออกให้แสงสว่างส่องถึงมองเห็นขณะจัดยา - นำสิ่งของที่วางไว้ขัดขวางบริเวณที่จัดยาออกเช่นที่ทิ้งขยะRecycle 	<p>พยาบาล,ช่างไฟฟ้า</p> <p>พยาบาล</p>	<p>อยู่ในช่วงดำเนินการ</p> <p>ก.ค. - ต.ค. 54</p> <p>ก.ค. - ต.ค. 54</p>	<p>-</p> <p>ด</p> <p>ด</p>

5. ตารางตรวจสอบข้อมูล (Check Sheet) หลังแก้ปัญหา

ข้อมูล : ความผิดพลาดการบริหารยาโดยพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 18 กค. -7 กย. 2554

ระยะเวลา : จำนวน 3 สัปดาห์ ผู้ตรวจ : นส. ขนิษฐา เขียวแสวง แหล่งที่มาของข้อมูล : ไอซียู

ลำดับที่	รายการ(จำแนกข้อมูล)	รอยขีด	จำนวน (ครั้ง)	%
1	ผิดเวลา	0	0	0%
2	ผิดขนาด	0	0	0%
3	ผิดวิธี	0	0	0%
4	ลืมให้ยา		5	100%
5	ไม่ได้ให้ยา (คำสั่งการรักษาไม่ถูกรับ)	0	0	0%
	รวม	5	5	100 %

ตารางตรวจสอบข้อมูลหลังแก้ปัญหา

ข้อมูล : ความผิดพลาดการบริหารยาโดยพยาบาล ตั้งแต่วันที่ 28 กค. – 17 สค . 2554

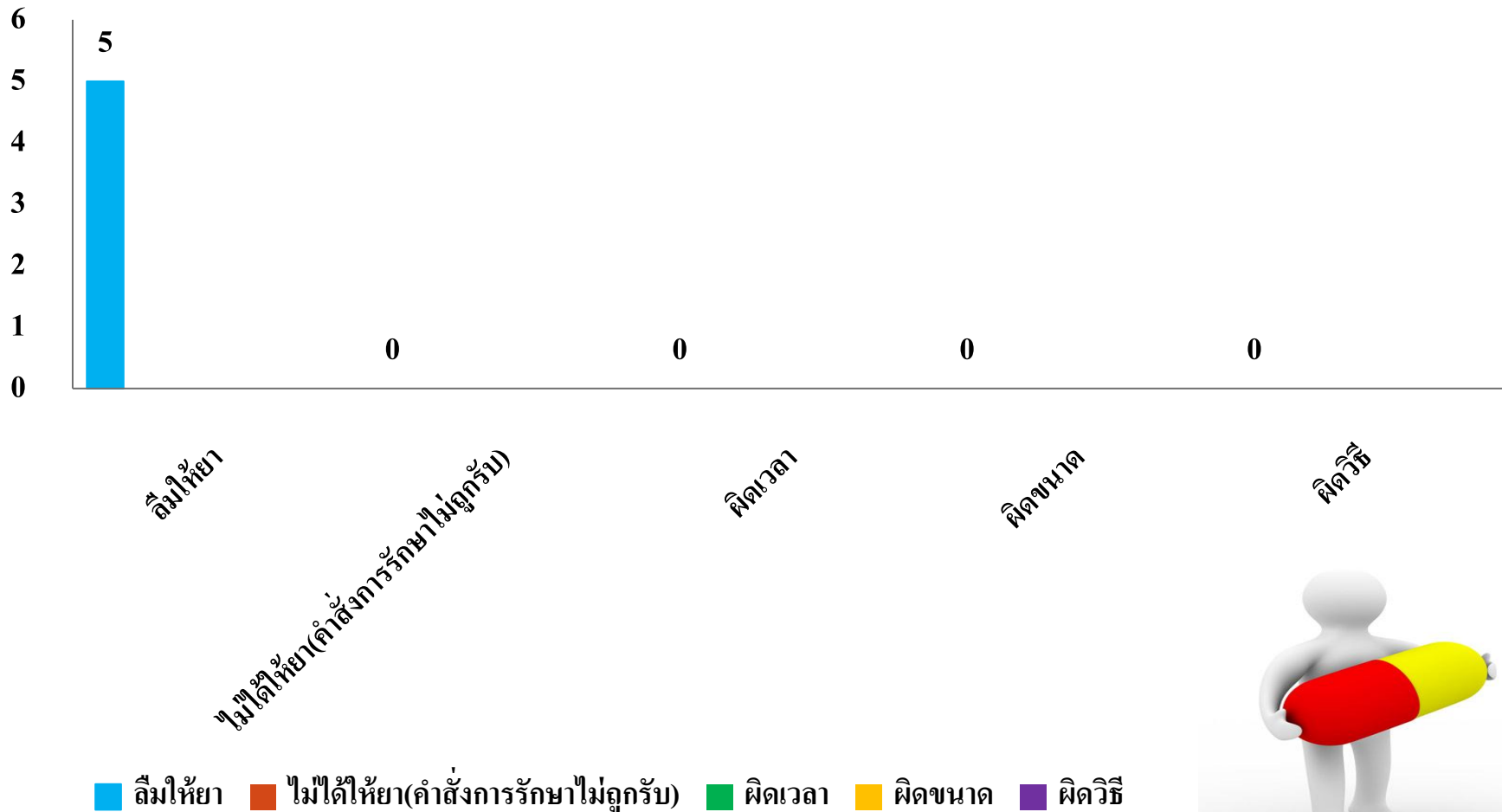
ระยะเวลา : จำนวน 3 สัปดาห์ ผู้ตรวจ : นส. ขนิษฐา เขียวแสง แหล่งที่มาของข้อมูล : ไอซียู

ลำดับที่	รายการ	จำนวน (ครั้ง)	%
1	ลืมให้ยา	5	100 %
2	ผิดเวลา	0	0%
3	ผิดขนาด	0	0%
4	ผิดวิธี	0	0 %
5	ไม่ให้ยา (คำสั่งการรักษาไม่ถูกรับ)	0	0 %
	รวม	5	100 %

ตารางข้อมูลที่จัดเรียงตามลำดับ (หลังแก้ปัญหา)

ลำดับ	รายการ	จำนวน (คน)	จำนวนสะสม (คน)	%	% สะสม
1.	ลืมให้ยา	5	5	100%	100%
2.	ไม่ให้ยา (คำสั่งการรักษาไม่ถูกรับ)	0	0	100%	100%
3.	ผิดเวลา	0	0	100%	100%
4.	ผิดขนาด	0	0	100%	100%
5.	ผิดวิธี	0	0	100%	100%
	รวม	5	5	100%	100%

แผนภูมิพารेटโตแสดงข้อมูลหลังการแก้ปัญหา



9.แผนภูมิพาเรโตเปรียบเทียบก่อนและหลังการแก้ปัญหา

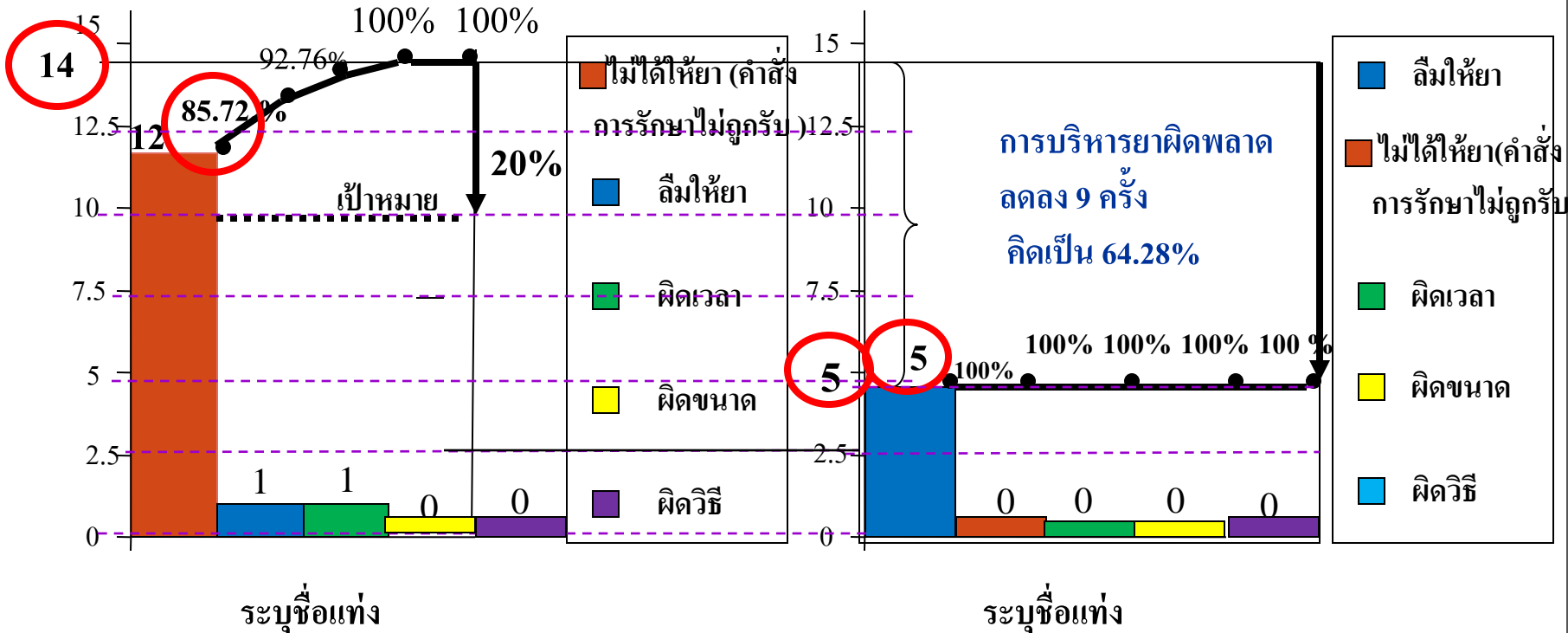
ก่อน

หลัง

(ครั้ง)

(ครั้ง)

จำนวนความผิดพลาดการบริหารยา



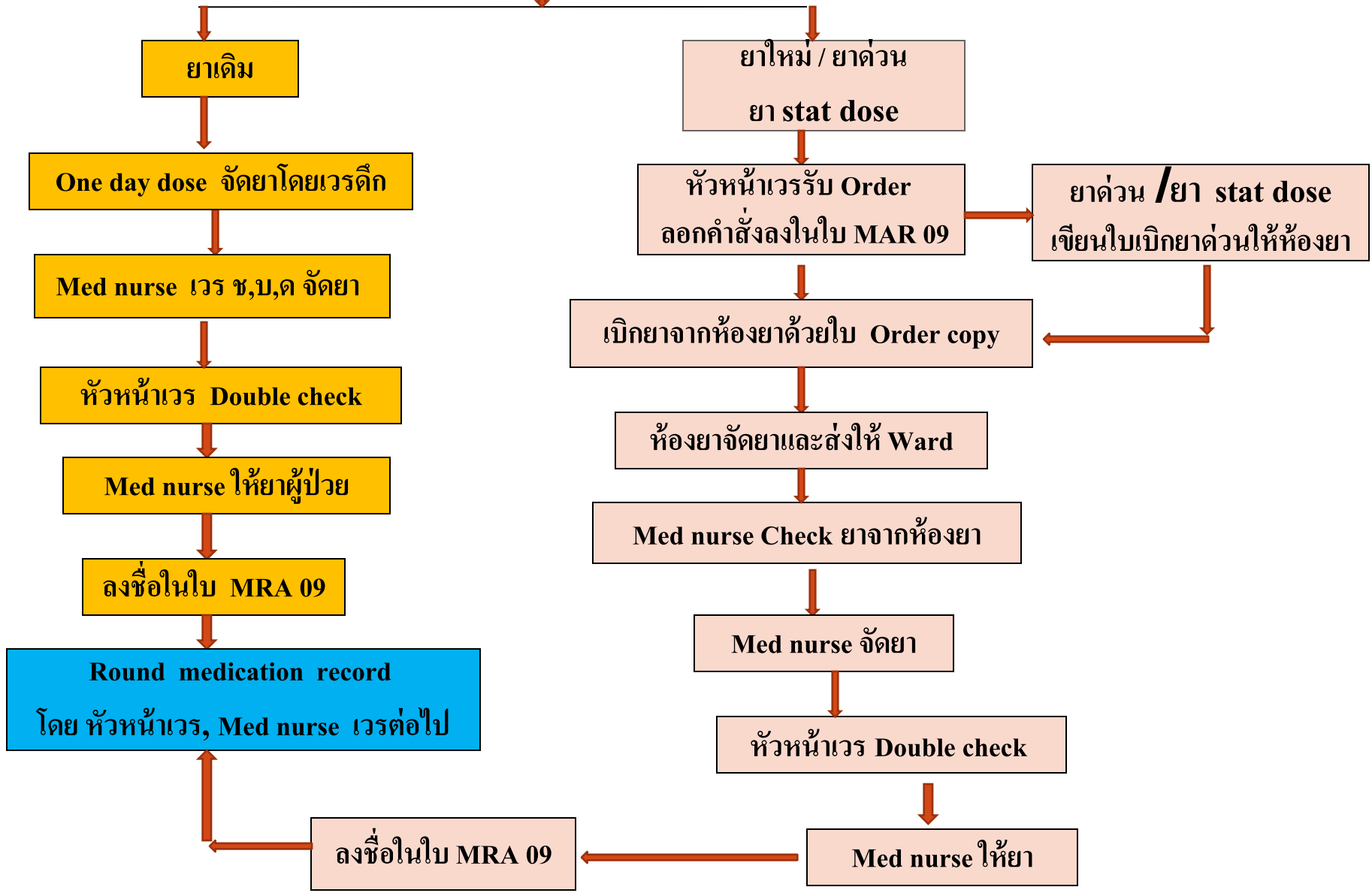
$$\text{การคำนวณ \% ที่ลดลงจริง} \frac{\text{ก่อน} - \text{หลัง}}{\text{ก่อน}} \times 100 = \frac{14 - 5}{14} \times 100 = 64.28\%$$

ก่อน

14

คำสั่งการรักษาจากแพทย์ (ยา)

Flow การให้ยา



10. มาตรฐานการบริหารยาโดยพยาบาล

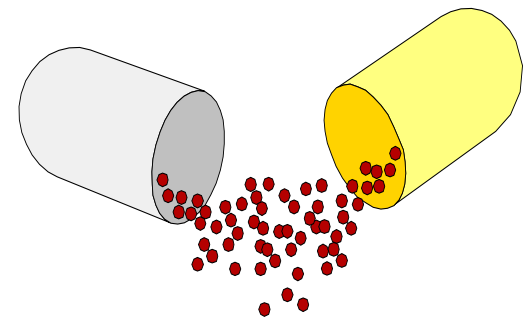
1. การบริหารยาโดยยึดหลัก 6 R คือ
 - 1.1 Right drug
 - 1.2 Right dose
 - 1.3 Right time
 - 1.4 Right patient
 - 1.5 Right route
 - 1.6 Right technique
2. การรับ-ส่งเวรต้องใช้ Kardex ,ไปmedication record
3. พยาบาลหัวหน้าเวรรับคำสั่งการรักษาลงในไปmedication record ทุกครั้ง เขียนลายมืออ่านง่ายชัดเจน ใช้ปากกาสี(เมจิ)เน้นย้ำปริมาณ ขนาดของยา ยาที่มีความเสี่ยงต่อการบริหารยาผิดพลาดให้เห็นได้ชัดเจน แยกไปmedication record เป็นยากิน ยาฉีด ยาone day, continue
4. หัวหน้าเวรและMed nurseขณะรับเวรต้อง round Chart และไปmedication record ตรวจสอบการรับคำสั่งการรักษาของเวรที่ผ่านมาทุกครั้งเพื่อป้องกันการลืมการรับคำสั่งการรักษาผิดพลาดก่อนนำไป medication record ไปจัดยา
5. Med nurse จัดยา และตรวจสอบการให้ยาโดยพยาบาลหัวหน้าเวรนั้นๆก่อนการให้ยาผู้ป่วย

มาตรฐานการบริหารยาโดยพยาบาล

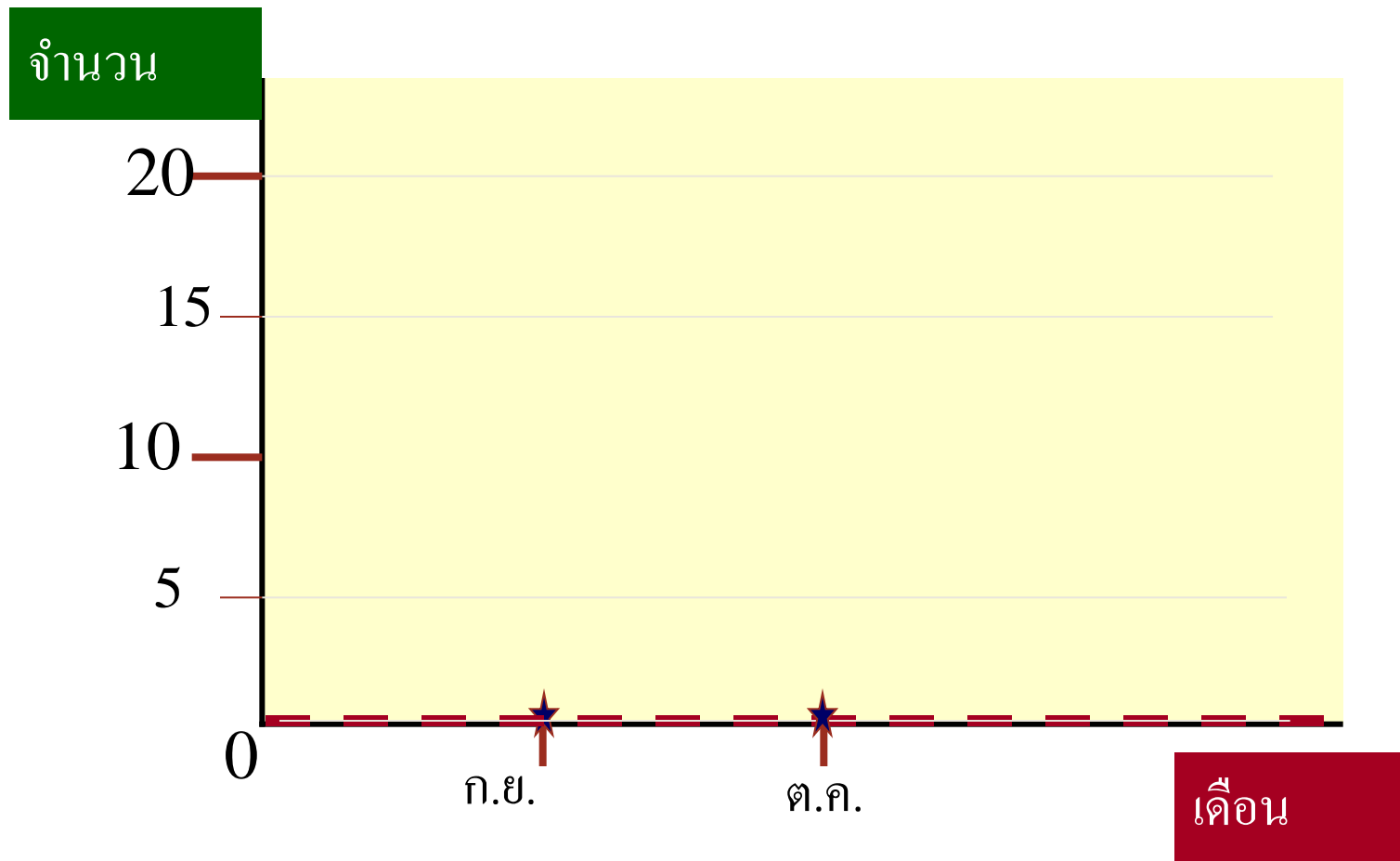
6. จัดยา one day dose โดยเวรตึก ลงในกล่องผู้ป่วยใน 1 วัน
7. การยกเลิกคำสั่งการรักษา ให้นำยาในตะกร้ายา ในกล่องone day dose, ใบรายการยา เขียนบันทึกการคืนยา ลงสมุดคืนยา ให้คนงานนำไปให้ห้องยาทำการคืนยาในคอมพิวเตอร์ ส่งใบการคืนยาให้กับ wardต่อไป
8. ยาด่วน ยา stat dose ให้เขียนเบิกยาโดยใช้ใบเบิกยาด่วนพร้อมใบ copy order ให้ห้องยา จัดยานำมาให้ผู้ป่วยทันที
9. ตรวจเช็คยาที่ขึ้นมาจากห้องยาให้ครบและถูกต้องตรงกับแพทย์สั่งให้เรียบร้อยในแต่ละเวร
10. ผู้ป่วยที่มีอาการแพ้ยาหรือสงสัยการแพ้ยา ต้องแจ้งแพทย์และเภสัชกรเพื่อประเมินอาการแพ้ยาเช่น มีผื่นแดงตามตัว เหนื่อยแน่นหน้าอก เป็นต้น
11. กรณีมีการบริหารยาผู้ป่วยผิดพลาดเกิดขึ้นแจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย แพทย์ คณะกรรมการ Med error รับทราบ ใ้ระวังสังเกตอาการผู้ป่วย และเขียนรายงาน Med error ทุกครั้ง

11. แผนการติดตามผล

ติดตามผลโครงการลดความคลาดเคลื่อนยาผิดพลาดในแต่ละเดือนโดยดู
จากการเก็บข้อมูล KPI ของ ward



12. กราฟแสดงการติดตามผล



12.สรุปผล

- ผลทางตรง = ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย
- ผลทางอ้อม = ความผิดพลาดในการให้ยาลดลง 64.28 % เกินเป้าหมาย 44.28 %



13. ปัญหาที่พบ

- ยาขึ้นในวันที่ 3 (tree day dose) ถึงเวลา 12.00 น. ไม่สามารถจัดยาได้ครบใน 1 วันในยาบางตัวต้องรอยาขึ้นจากห้องยา (จากโครงการ one day dose)
- ยาบางตัวอยู่ในตู้เย็นมองไม่เห็น และนานๆให้ยาหรือให้วันละครั้ง แก้ไขโดยการเขียน card ยาทัดไว้หน้าไป medication record และในกล่อง one day dose ให้มองเห็นชัดเจน



ปัญหาที่พบ

หลังจากทำกิจกรรมพบว่ายังมีความผิดพลาดเกิดขึ้นอยู่คือ ลืมให้ยาผู้ป่วย
จำนวน 5 ครั้ง ทางward ร่วมกันวิเคราะห์หาสาเหตุเกิดจาก

- ใบ medication record ซ้อนทับกันกับใบ Kardex ทำให้มองไม่เห็น
- ใบ medication record มีหลายใบแยกยา กิน ยาฉีด, ยา one day ยา
continue

แก้ไขโดย

- เปลี่ยนแฟ้มเก็บใบ medication record เป็นแฟ้มพลาสติกใส 2 ด้าน ด้าน
หนึ่งเป็นยาฉีด อีกด้านเป็นยา กินให้มองเห็นได้ชัดเจน ซึ่งกำลังอยู่ในช่วง
ดำเนินการ

14. หัวข้อกิจกรรมที่จะทำต่อไปในอนาคต :

ลดการติดเชื้อจากการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ



ขอบคุณค่ะ

