3

สายคลินิก(เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโดยตรง)

1. ชื่อเรื่อง : การพัฒนาระบบการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยใน : ตึกชงโค

2. ชื่อและสมาชิกทีม : นายนพดล กันหากุล , นายยอดเพชร วันน้อย , นางพิมปภัสสร แสงบัณฑิต

3. เป้าหมาย : เพื่อลดอุบัติการณ์ที่กระทบถึงผู้ป่วยภายในเวลา 3 เดือน

4. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ :

ปัจจุบันการใช้ยาในการบำบัดผู้ป่วยได้รับความนิยมอย่างแพร่หลายเพราะการใช้ยาทางจิตเวชทำให้ได้ผลดีอย่างรวดเร็วโดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในระยะรุนแรง เช่น มีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือมีอาการซึมเศร้ารุนแรง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นได้ จำเป็นต้องใช้ยาเพื่อยับยั้งพฤติกรรมดังกล่าวและเพื่อให้ได้การรักษาที่รวดเร็วและแน่นอน นอกจากนี้ยายังมีบทบาทในการรักษาอาการต่อเนื่องจากระยะรุนแรงจนอาการค่อยๆดีขึ้น ยายังคงมีความจำเป็นต้องใช้ร่วมกับการรักษาวิธีอื่นๆซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอื่นๆได้ดีขึ้น (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย 2549) ดังนั้นการให้ยาอย่างถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หลักของการให้ยาอย่างถูกต้อง ประกอบด้วยการให้ยาถูกคน ถูกชนิด ถูกขนาด ถูกเวลา ถูกทาง และถูกเทคนิค ทำให้เกิดผลดีทำให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้อง มีอาการทางจิตสงบโดยเร็ว สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ตามศักยภาพของตนเอง แต่ทั้งนี้ปัญหาจากการดำเนินงานหรือเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาสามารถพบได้เป็นระยะๆ

ทีมการพยาบาลตึกชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้เริ่มพัฒนาระบบการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยในตึกชงโคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เพื่อให้สอดคล้องกับระบบการบริหารยาของโรงพยาบาล โดยห้องยามีระบบการจัดยาให้แก่ผู้ป่วยในครั้งละ 7 วัน (seven days dose) หลังการปรับเปลี่ยนระบบทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนทางยาจำนวนมาก เช่น ผู้ป่วยได้รับยาไม่ครบตามแผนการรักษา การลืมจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วย หรือการให้ยาไม่ตรงตามเวลา เป็นต้น ด้วยความตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ทีมการพยาบาลตึกชงโค ได้พัฒนาระบบการบริหารยาสำหรับผู้ป่วยใน จนทำให้อุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาลดลงอย่างมาก

แต่ทั้งนี้ยังมีอุบัติการณ์บ้างเล็กน้อยเรื่องการแจกยาผิดขนาด จ่ายยาให้ผู้ป่วยผิดคน หรือจ่ายยาไม่ตรงตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารยาครั้งที่ 2 ในปี 2553 จนถึงปัจจุบัน และจากการประชุมเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2557 พบว่าช่วงเดือน พ.ย. 56 - ม.ค.57 มีอุบัติการณ์ที่กระทบถึงตัวผู้ป่วย 4 รายคือให้ยาผิดขนาด2ราย ให้ยาผิดเวลา1ราย ให้ยาผิดทาง1ราย ที่ประชุมจึงได้ร่วมกันทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาพบว่าเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่จึงได้ดำเนินการพัฒนาระบบบริหารยาครั้งที่ 3 ขึ้น

5.กระบวนการพัฒนา(PDCA) :

1. ประชุมทีมการพยาบาลตึกชงโคเพื่อค้นหารากเหง้าที่แท้จริงของปัญหาพบว่าเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้อย่างสม่ำเสมอเป็นส่วนใหญ่
2. ปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการจัดแจกยาผู้ป่วย
3. ทีมพัฒนาระบบการบริหารยาผู้ป่วยในชงโคปฏิบัติตามแนวทางการจัดแจกยาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อเป็นแบบอย่างแก่ทีมการพยาบาลตึกชงโค
4. ทีมพัฒนาระบบการบริหารยาผู้ป่วยในชงโคติดตามและตรวจสอบให้ทีมการพยาบาลตึกชงโคปฏิบัติตามแนวทางการจัดแจกยาผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ
5. สรุปและวิเคราะห์ผล

6.การวัดผลและผลของการเปลี่ยนแปลง :

จากการติดตามอุบัติการณ์คาดเคลื่อนทางยาก่อนดำเนินการ 3เดือน (พ.ย.2556 - ม.ค.2557 มีอุบัติการณ์ที่กระทบถึงตัวผู้ป่วย 4 ราย) และหลังการดำเนินงาน 3 เดือน(ก.พ.2557 - เม.ย.2557) พบว่าอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาระดับ near miss (ยังไม่กระทบถึงผู้ป่วย) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่พบอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยาที่กระทบถึงผู้ป่วยลดลงเหลือ จำนวน 1 ราย เกิดจากสาเหตุไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าทีมการพยาบาลมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้มากขึ้นจึงทำให้ตรวจจับความผิดพลาดก่อนจะถึงผู้ป่วยได้มากขึ้น และส่งผลทำให้ลดอุบัติการณ์ที่กระทบถึงผู้ป่วยได้ หลังจากนั้นอีก 3 เดือน (มิ.ย.2557-ก.ค.2557) ไม่พบอุบัติการณ์ที่กระทบถึงผู้ป่วยเลย ทำให้เป็นผลดีกับผู้ป่วยที่ได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย

7.บทเรียนที่ได้รับ/การขยายผล :

จากการทำ CQI ครั้งนี้ทำให้พบว่าไม่ว่าแนวทางการปฏิบัติงานจะสร้างไว้ดีอย่างไร แต่ถ้าผู้ปฏิบัติไม่ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอก็จะทำให้ขาดประสิทธิภาพไม่ได้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นสิ่งที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติงานทุกอย่างคือ ความตั้งใจ ความสม่ำเสมอในการปฏิบัติงานและการทำงานเป็นทีม

8.การติดต่อกับทีมงาน :

นายนพดล กั้นหากุล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. 043-209999

แนวทางปฏิบัติในการจัดแจกยาผู้ป่วย (2557)

1.ขั้นตอนการเบิกยาผู้ป่วย

1.1 การเบิกยาให้นำคำสั่งการรักษาของแพทย์ส่งให้ห้องยาพร้อมทั้งยาที่แพทย์ off ไปคืนด้วยถ้า Review การรักษา ให้นำยาไปคืนทั้งหมด

1.2 การรับยาจากห้องยาประจำสัปดาห์ ทุกวันอังคาร พยาบาลต้องตรวจสอบความถูกต้องของยาที่รับมากับ order แพทย์ Medication Record ทุกครั้ง ถ้าไม่ถูกต้องให้แจ้งห้องยา ทันที

1.3 เมื่อเบิกยาได้แล้ว ให้นำยาเก็บไว้ในกล่องยารายบุคคลที่ติดป้ายชื่อบ่งชี้ของแต่ละรายให้ถูกต้อง

1.4 เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายให้คืนยาทั้งหมดให้ห้องยา

1.5 แพทย์มี orderให้ยารักษาโรคทางกายที่ผู้ป่วยนำมาให้ส่งห้องยาลอก Medication Record ทุกครั้ง

1.6 พยายามเบิกยาให้ได้ภายในเวรเช้า หรือถ้าเบิกไม่ทันให้ส่งต่อเวรในสมุดรับส่งเวรให้ชัดเจน

1.7 มีการตรวจสอบชนิดยาในซองยาอย่างชัดเจนโดยการเปิดซองยาดู

2.ขั้นตอนการจัดแจกยาผู้ป่วย

2.1 ขณะจัดยาต้องมีสมาธิไม่ทำกิจกรรมอื่นหรือหากมีความจำเป็น ให้ไปทำกิจกรรมอื่นให้เรียบร้อยก่อนจึงมาเริ่มจัดยาใหม่

2.2 เวรเช้ามีหน้าที่ในการจัดเตรียมยาไว้สำหรับแจกจ่ายให้ผู้ป่วย โดยพยาบาลที่ได้รับมอบหมาย ให้จัดยามีหน้าที่ในการจัดยา โดยดู Medication Record กับซองยาประกอบกัน ถ้าไม่ตรงกันให้ตรวจสอบคำสั่งแพทย์ทันที เมื่อจัดยาเรียบร้อยแล้ว ต้องตรวจเช็คจำนวนผู้ป่วย และจำนวนยาที่จัดเตรียมไว้ให้ตรงกันทุกครั้ง

2.3 พยาบาลเวรเช้าที่ได้รับมอบหมายให้แจกยาผู้ป่วย มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องซ้ำอีกครั้ง ก่อนแจกยาให้ผู้ป่วย และแจกยาให้ผู้ป่วยพร้อมเซ็นชื่อลงเวลาใน Medication Record ทุกครั้ง

2.4 พยาบาลเวรบ่าย - ดึก ที่ไม่ใช่หัวหน้าเวร มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้อง ก่อนแจกยาให้ผู้ป่วย ถ้าพบความไม่ถูกต้องให้ตรวจสอบกับคำสั่งแพทย์และแก้ไขทันที พร้อมทั้งลงบันทึกในใบคลาดเคลื่อนทางยาและแจกยาให้ผู้ป่วยพร้อมเซ็นชื่อลงเวลาใน Medication Record ทุกครั้ง

2.5 ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อหน้าพยาบาลโดยมีการตรวจสอบว่าผู้ป่วยกลืนยาจริง

2.6 เรียกผู้ป่วยมารอฉีดยาก่อนเตรียมยาฉีดให้ผู้ป่วย