

ถอดบทเรียนจากการประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2557

เรื่อง "การลดความคลาดเคลื่อนทางยา "

วันศุกร์ที่ 18 เมษายน 2557 เวลา 12.45 – 15.00 น.

ณ ห้องประชุมอภิตยาทรกิติคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น 7

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

อ. นพ.วรพันธ์ เกรียงสุนทรกิจ

หน่วยกุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์

ภญ.ศรีสุดา นภาพงษ์จันทร์

หัวหน้างานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม

พว.ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี

หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์

รองหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมด้านวิชาการ

การประชุมวิชาการ (Quality Conference) ครั้งที่ 3/2557 ได้รับเกียรติจาก ศาสตราจารย์ คลินิก นายแพทย์อุดม คชินทร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เป็นประธานในพิธีกล่าวเปิดการประชุม

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ รองหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมด้านวิชาการ ได้กล่าวถึง นิยาม ความคลาดเคลื่อนทางยา คือ เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ที่อาจเป็นสาเหตุ หรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วย ขณะที่ยานั้นอยู่ในความควบคุมของคุณกลางหรือผู้รับบริการ (ที่มา: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล แห่งประเทศไทย) จากนั้นได้นำเสนอกราฟ Medication Error กราฟแสดงระดับ Grading (รวม OPD และ IPD) ของปี พ.ศ. 2554 – ก.ย. 2556

ความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามระดับความรุนแรง

A ไม่มีความคลาดเคลื่อน แต่มีเหตุการณ์ที่อาจทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนได้ เช่น จัดซื้อยาที่ look-alike เก็บยาผิดที่ เขียนชื่อยาอ่านไม่ออก หรือมียาหมดอายุในสต็อก

B มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย เช่น แพทย์สั่งยาเกินขนาด เภสัชกรทักท้วง เภสัชกรส่งยามาผิด พยาบาลตรวจพบ หรือคัดลอกลงใบ MAR ผิด มีพยาบาลอีกคนพบก่อนให้ยาผู้ป่วย

C มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นแล้ว และถึงตัวผู้ป่วย แต่ไม่เป็นอันตราย เช่น เอายาหยอดตาไปหยอดหู แพทย์สั่งผสมยาใน NSS แต่ผสมเป็น DSW และยาเข้ากันได้ทั้งสองสารละลาย หรือลืมให้ยา simvastatin 1 วัน

D มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น แต่ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย แต่ยังจำเป็นต้องมีการติดตามผู้ป่วยเพิ่มเติม เช่น ฉีดมอร์ฟีนผิดคน ให้สังเกตอาการ หรือฉีดอินสุลินเกินที่แพทย์สั่ง แพทย์ให้เจาะน้ำตาลจากปลายนิ้ว

E มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว จำเป็นต้องได้รับการรักษาหรือแก้ไข เช่น แพทย์สั่งหยุดยาชั่วคราว 3 วัน หลังได้ warfarin ผิดขนาด แพทย์สั่งเปิดเส้นด้วย D10W หลังได้อินสุลินเกินไป 10 ยูนิต หรือแพทย์สั่งฉีด Naloxone หลังได้ Morphine ผิดคน

F มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยชั่วคราว ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือยี่ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาลออกไป เช่น ได้ยาที่แพ้ซ้ำ เกิดผื่นทั่วตัว รอสั่ง consult skin หรือผู้ป่วยนอก ได้ยาเบาหวานผิดขนาด ต้องกลับมานอนโรงพยาบาล

G มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยถาวร เช่น สลิมลดขนาดยาในผู้สูงอายุ ทำให้ไตวาย ฉีด cloxacillin รั่วออกนอกเส้น เกิด extravasation รุนแรง มี infection ลามจนต้องตัดแขน หรือให้ยา NTG inj. เกินขนาด เกิด severe hypotension, shock, brain damage จนเป็นอัมพาต

H มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยจนเกือบเสียชีวิต เช่น ให้ยาที่ผู้ป่วยแพ้ซ้ำ เกิด anaphylactic shock ต้องให้การช่วยชีวิต ฉีด Morphine เกินขนาด ผู้ป่วยหยุดหายใจ ต้องให้ antidote และช่วยชีวิต หรือ ให้ insulin เกินขนาด เกิด hypoglycemic shock

I มีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้น และเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยจนถึงแก่ชีวิต เช่น ได้ยา Ergot ร่วมกับ Ritonavir เกิด sever vasoconstriction ไตวาย Rhabdomyolysis และเสียชีวิต

ความคลาดเคลื่อนทางยา แบ่งตามขั้นตอนการใช้ยา

- Prescribing error การสั่งยา
- Dispensing error ขั้นตอนในกระบวนการตั้งแต่รับใบสั่งยาจนออกจากห้องยา
- Administration error ขั้นตอนในกระบวนการที่เกิดจากแพทย์หรือพยาบาลให้ยา
- Monitoring error มีการนำ Trigger Tool มาค้นหาและพบว่ามี การ Monitoring ยาบางชนิดล่าช้า

อ. นพ.วรพันธ์ เกรียงสุนทรกิจ หน่วยกุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ได้กล่าวถึง ความผิดพลาดในการสั่งยาของแพทย์ (Prescribing error) และแนวทางบริหารความเสี่ยง ดังนี้

จากนั้นได้นำเสนอกราฟแสดง Medication และ Non-Medication Error ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2556 โดยกล่าวว่า Non-Medication Error ที่พบคือ ผิดระเบียบการสั่งยา เช่น ไม่มีลายเซ็นแพทย์และรหัสแพทย์ รหัสแพทย์ไม่ชัดเจน ไม่มีใบ ยว./ยส. ไม่มีใบขออนุมัติการใช้ยา ไม่มีแบบฟอร์มประกอบการสั่งยา ไม่มีลายเซ็นแพทย์เฉพาะทาง

Challenges

- Training hospital: variety of prescribers (under supervision, แพทย์ประจำบ้าน, แพทย์ประจำบ้านต่อยอด, แพทย์บริการ และอาจารย์)

แนวทางการแก้ปัญหา

- Orientation: fellow, resident, extern ใหม่ทุกคน ในช่วงต้นปีการศึกษา
- ระบบ Medication reconciliation, ระบบ brief round (เฉพาะ
- อบรมพยาบาลเคมีนำบำบัด
- References เพื่อให้มีการ Active Learning
 - Pediatric and neonatal dosage handbook
 - Harriet Lane handbook
 - 7007 สายด่วนเรื่องยา

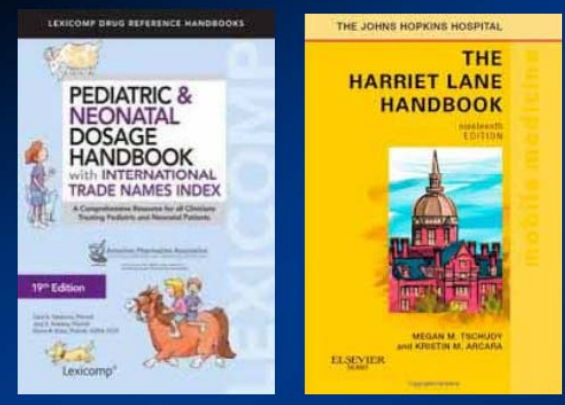
โรงพยาบาลรามาธิบดีร่วมกับคณะเภสัชกรรม มหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษา Wards ตัวอย่าง เกี่ยวกับ Medication reconciliation (MR) พบว่า

- 41.1%: medication discrepancies %: medication discrepancies (medication errors)
- □ 29.9% occurred at the admission
- 61% omission of medications medications
- □ 87.3% of the errors were prevented by the pharmacist

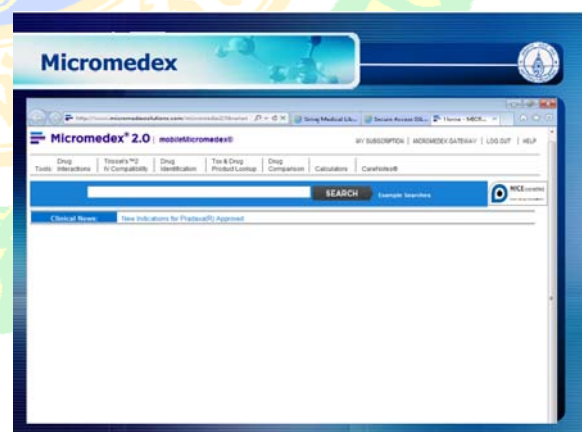
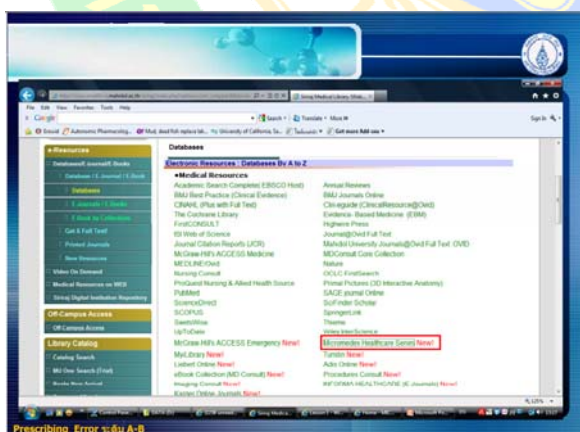
ผล Audit Medication Reconciliation KPI Monitoring ของภาควิชากุมารเวชศาสตร์ ณ ตุลาคม 2555 พบว่า

KPI	New Target	3 rd Audit N = 458	Pediatrics
1. MR in new case	100%	98%	95.65%
2. MR within 24 h	> 95%	97%	91.30%
3. MR with multidisciplinary (doctors and nurses)	> 80%	73.1%	78.26%
4. Unintentional discrepancy	< 15 %	16.16%	4.35%

References



7007 Drug interaction Preparation Compatibility Database: micromedex



Challenges

- Variation of age groups (0 – 15 ปี)
- Premie to overweight

- Actual weight vs weight for height
- Dosing: mg/kg, mg/sgm

แนวทางแก้ไข

- P-Net (เป็นระบบพิมพ์ ช่วยลดปัญหาที่เกิดจากการอ่านลายมือที่ผิดพลาด)
- Pre-mixed: TPN, chemotherapy, inotropic agents
- Program การคำนวณยา สำหรับแพทย์
- Small dose

จากการศึกษาใน The Health Foundation ของอังกฤษ กล่าวว่า วิธีการลด Prescribing error มี

ดังนี้

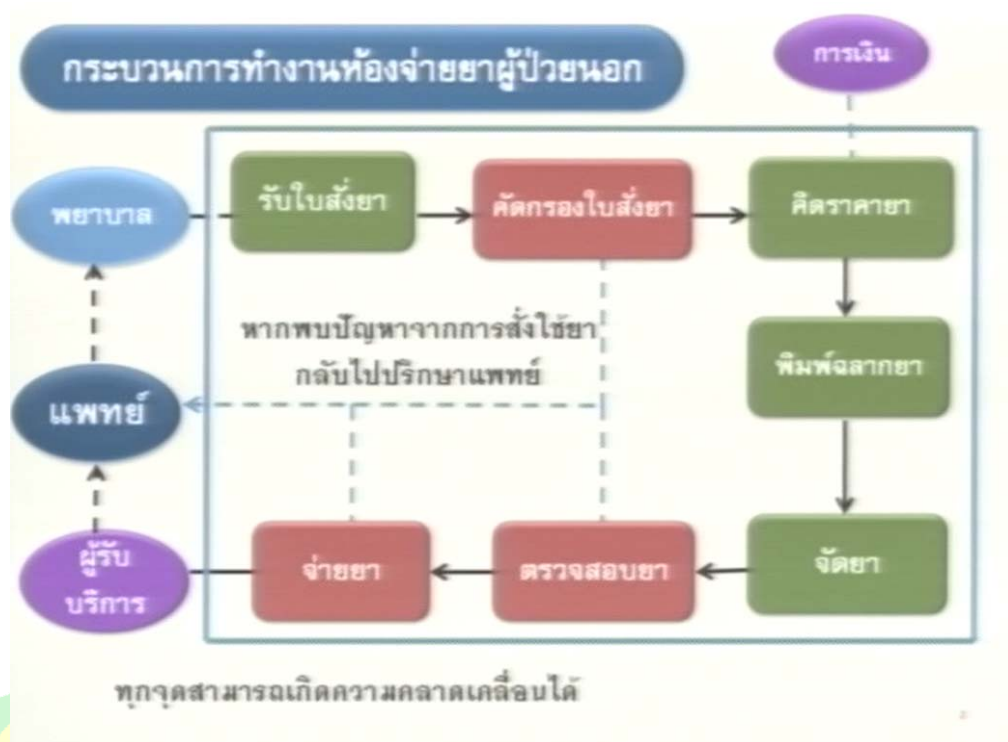
- Computerized tools
- Educational strategies
 - Group training session
 - Individual education visits
 - Letters and printed materials
 - Audit and error reporting systems
 - Improvement projecting and collaborative
- Professional roles (pharmacists, nurses)
 - Checking for the errors at pharmacy/wards
 - Medicine reconciliation or reviews
 - Individual or group education sessions

Summary

- Prescribing errors เป็นปัญหาที่ยังไม่ลดลง
- มาตรการแก้ปัญหา มีดังนี้
 1. ให้ความรู้ บุคลากร (แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล)
 2. ระบบ ได้แก่ กฎ, ระเบียบ double check, medication reconciliation
 3. Computer ได้แก่ program, alert, network (prescriber <-> pharmacy)

- Report เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงปัญหา และสถานการณ์ดำเนินการในปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนใด

ภญ.ศรีสุตา นภาพงษ์จันทรา หัวหน้างานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม กล่าวถึง Dispensing error ขั้นตอนในกระบวนการตั้งแต่รับใบสั่งยาจนออกจากห้องยา โดยมีกระบวนการทำงานในห้องจ่ายยาผู้ป่วยนอก ดังนี้



Dispensing error หมายถึงความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยาของฝ่ายเภสัชกรรม ที่จ่ายยาไม่ถูกต้องตามที่ระบุในคำสั่งใช้ยา ได้แก่

ตัวยา	จ่ายยาผิดชนิด ผิดความแรง/ขนาด จ่ายยาที่ไม่มีคำสั่งใช้ยา
จำนวน	จำนวนยาผิด
ฉลากยา	ชื่อผู้ป่วยผิด ชื่อยาผิด วิธีใช้ยาผิด
การเตรียมยา	เจือจาง/ผสมผิด
คุณภาพ	ใช้ภาชนะบรรจุไม่เหมาะสม จ่ายยาที่เสื่อมสภาพหรือหมดอายุ
ผู้ป่วย	จ่ายผิดตัวผู้ป่วย

โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นเหตุการณ์หลังจากจ่ายยาออกจากฝ่ายเภสัชกรรมแล้ว

จากนั้นได้นำเสนอกราฟแสดงระดับ Dispensing error ใน IPD และ OPD ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2556 โดยได้มีกิจกรรมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยา ดังนี้

การลดการจ่ายยาผิดชนิดยา รูปแบบยา ความแรงของยา จำนวน และจ่ายผิดตัวผู้ป่วย

- การอบรมเรื่องยาใหม่
- การสอนเภสัชกร และผู้ช่วยเภสัชเมื่อมีข้อมูลยาใหม่หรือเมื่อเกิด Error
- การคัดกรองใบสั่งยา
- การใช้สัญลักษณ์สื่อสารตั้งแต่จัดคัดกรอง (เริ่ม ต.ค.56)
- การใช้บาร์โค้ดบันทึก HN (เริ่ม ก.ค.56)
- การปรับปรุงระบบคอม ให้สามารถพิมพ์วิธีใช้ยาตามที่แพทย์สั่งได้
- การใช้ใบสั่งยา pre-printed
- การใช้สัญลักษณ์ของยา HAD
- การทำ lean ในห้องยา
- การใช้พิมพ์แยกอักษร ในชื่อยา เพื่อให้อ่านได้ง่ายในการจัด ตรวจสอบ หรือจ่ายยา
- วางยาที่คล้ายคลึงกันออกห่างจากกัน และมีป้ายชื่อชัดเจน
- ปรึกษาผู้จัดซื้อยา เพื่อเปลี่ยนลักษณะยาให้มีความแตกต่างกัน
- การลดจำนวนยาผิด มีการเตรียมบรรจุยาล่วงหน้า 50 เม็ด 100 เม็ด เป็นต้น
- การใช้ตารางสูตรคูณ เพื่อความรวดเร็วในการจัด และลดการผิดพลาดในการคำนวณ
- การ stamp ชื่อผู้ปฏิบัติงาน เพื่อเพิ่มความรับผิดชอบ
- การเพิ่มข้อความเตือนในฉลากยา
- การมี double check
- สรุปรายงานอุบัติการณ์ทุกเดือนจากส่วนงาน และแจกทุกห้องยา
- ทำป้ายเตือน ตัวยามีความเสี่ยงว่าจะเกิดความผิดพลาด
- identify ตัวผู้ป่วยก่อนจ่ายยา
- ตรวจสอบชื่อ - นามสกุล และเลขที่จ่ายยาของผู้ป่วย

การลดการจ่ายยาที่เสื่อมสภาพใช้ภาชนะไม่เหมาะสมหรือหมดอายุ

- ใช้ระบบเก็บยาแบบ First Expire First Out
- รายงานยาไม่เคลื่อนไหวใน 1 เดือน
- ระบบเตือนสัญลักษณ์รูปดาวเหลืองของคลังยา
- การตรวจวันหมดอายุของยาทุกเดือน หรืออย่างน้อย 6 เดือน/ครั้ง

- การใช้สัญลักษณ์ # เพื่อเตือนว่ายาไวต่อแสง บนฉลากยา

การลดการจ่ายยาที่ผู้ป่วยแพ้

- การ link ข้อมูลของผู้ป่วยในระบบให้ปรากฏบนใบสั่งยา เมื่อมีการพิมพ์ใบสั่งยาจากระบบ
- มีระบบเตือนขณะบันทึกคิตรายา
- การ stamp ADR บนใบสั่งยาเพื่อเตือนว่าผู้ป่วยมีประวัติแพ้ยา
- การปรับปรุงฉลากเตือนแพ้ยาให้รัดกุมขึ้น

การลดการเตรียมยาผิด

- การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการคำนวณ

สิ่งที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ

- การพัฒนาโปรแกรมตรวจจับการสั่งยาซ้ำซ้อน
- การพัฒนาโปรแกรมตรวจจับ Fatal drug interaction
- ผลิตรายการมาตรฐานการปฏิบัติงานของผู้ช่วยเภสัชกร

พว.ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธิ หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล กล่าวถึง การบริหารยา (Administration) ให้ถูกต้อง และปลอดภัย โดยในส่วนของพยาบาลมีแผนการดำเนินงาน เพื่อลดความคลาดเคลื่อนการบริหารยา ดังนี้

- วิเคราะห์สาเหตุความคลาดเคลื่อนทางยา
- จัดทำ CD เรื่องบริหารยาในหอผู้ป่วย เพื่อให้พยาบาล ศึกษา ทบทวน เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วย 4 ชั้นตอน ตาม Flow/WI
- ประชุมชี้แจงหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อรับทราบแผนการดำเนินงาน และหัวหน้าหอผู้ป่วย ประชุมทำความเข้าใจกับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย
- ทดสอบความรู้พยาบาล เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยทุกคน (100%) (Pre-test) แบบทดสอบเป็นข้อคำถามชนิด Multiple Choice จำนวน 20 ข้อ
- หัวหน้าหอผู้ป่วย สุ่มสังเกตพฤติกรรมการบริหารยาของพยาบาล (Pre-behavior) ตามขั้นตอนการบริหารยา 4 ชั้นตอน และบันทึกผลการสังเกตลงในแบบสังเกตการณ์บริหารยา
- หัวหน้าหอผู้ป่วยนำ CD เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยในหอผู้ป่วย ให้พยาบาล ศึกษา ทบทวน เกี่ยวกับวิธีปฏิบัติเรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วย 4 ชั้นตอน เมื่อพยาบาลศึกษา CD เรื่องการบริหารยาในหอ

ผู้ป่วย จนมั่นใจแล้วให้แจ้งหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อทดสอบความรู้เรื่องการบริหารยาในหอผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่ง (Post-test) ซึ่งในการทำแบบทดสอบครั้งนี้ พยาบาลทุกคนต้องทำแบบทดสอบอย่างถูกต้องทุกข้อ (20 คะแนน) ถ้าพยาบาลคนใดทำแบบทดสอบไม่ถูกต้อง ให้ศึกษา ทบทวนขั้นตอนการบริหารยาจาก CD ซ้ำ และกลับมาทำแบบทดสอบซ้ำ จนสามารถทำได้ถูกต้อง

- หัวหน้าหอผู้ป่วย สุ่มสังเกตพฤติกรรมการบริหารยาของพยาบาล (Pre-behavior) ตามขั้นตอนการบริหารยา 4 ขั้นตอนอีกครั้ง
- จัด Workshop การบริหารยาในหอผู้ป่วย ในการปฐมนิเทศบุคลากรใหม่

ตัวช่วยอื่นๆ ด้านความปลอดภัยในการบริหารยา

- สร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยด้านยา ด้วย KM กลุ่มเครือข่าย Medication reconciliation
- ความปลอดภัยด้านการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High Alert Drug)
 - บัตรติดตามผลการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง 6 ชนิด ได้แก่ Adrenaline (IV), Calcium gluconate (IV), Dobutamine, Dopamine, Heparin และ Insulin
 - ตารางคำนวณการให้ยาที่มีความเสี่ยงสูง 5 ชนิด ได้แก่ Dobutamine, Dopamine, Heparin, Nicardipine และ Norepinephrine
- การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติ ในการบริหารยา ได้แก่
 - การติดตามผลหลังการบริหารยา
 - เรียนรู้การบริหารอย่างถูกต้อง เมื่อกลับบ้าน เช่น ผู้ป่วยปลูกถ่ายอวัยวะ รับประทานยาตรงเวลา

ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์ รองหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมด้านวิชาการ ได้กล่าวถึง แนวทางการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในระบบคุณภาพ ดังนี้

- การวางนโยบาย โดยกำหนดนโยบาย และประกาศว่าผู้รายงานความคลาดเคลื่อนทางยาไม่มีความผิด ไม่มีการยืมยาให้ผู้ป่วย มีระบบการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ทบทวนอุบัติการณ์และวางระบบใหม่ และให้บุคลากรหยุดทันที เมื่อมีข้อสงสัยในเรื่องยา จนกว่าจะมีความชัดเจนว่าถูกต้อง
- ระบบรายงานอุบัติการณ์ โดยเปิดให้มีการรายงานอย่างอิสระ ไม่จำเป็นต้องผ่านผู้บังคับบัญชา ก่อน ต้องมีการทบทวน วิเคราะห์และแก้ไขเชิงระบบ มีการติดตามการแก้ไขให้เกิดประโยชน์อย่างจริงจัง และสื่อสารให้สมาชิกรับทราบว่ามี การนำรายงานอุบัติการณ์มาใช้ประโยชน์

- การให้ความรู้บุคลากร โดยมีการให้ความรู้เรื่องยาแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ ใช้ KM ในการกระจายความรู้สู่ผู้ปฏิบัติ มีการประเมินความรู้เรื่องยาเป็นระยะ กรณีมียาใหม่ ต้องแจ้งให้บุคลากรรับทราบ และมีที่ปรึกษาตอบคำถามตลอด 24 ชั่วโมง (โทร. 7007)
- การจัดการบริหารบุคลากร โดยกำหนดโครงสร้างของบุคลากรแต่ละเวรให้เหมาะสม กำหนดจำนวนสูงสุดของชั่วโมงทำงานใน 1 วัน และกำหนดให้มีระบบพี่เลี้ยงสำหรับบุคลากรใหม่
- การสร้างนวัตกรรม โดยสนับสนุนการใช้นวัตกรรมใหม่ๆ ในการลดความคลาดเคลื่อนทางยา เช่น การ์ดเตือน ตารางผสมยา และตารางขนาดยา การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยคำนวณ และการใช้ Barcode reader
- การจัดการสถานที่และสิ่งแวดล้อม โดยจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอในที่จัดยา ลดการรบกวนขณะคำนวณ หรือเตรียมยา มีฉลากให้หยิบใช้ได้สะดวก มีเว่นขยายช่วยกรณีตัวอักษรเล็กมาก และมีพื้นที่มากพอสำหรับการจัดเตรียมยา
- การดูแลอุปกรณ์ในการให้ยา โดยปฏิบัติตามคู่มือการดูแลอุปกรณ์ในการให้ยาอย่างเคร่งครัด และมีการฝึกอบรมให้ผู้ให้ยามีความชำนาญในการใช้เครื่องมือให้ยา
- การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตรวจสอบ โดยมีการอธิบายชื่อยา ขนาด ข้อบ่งใช้ของยา และข้อควรระวังให้ผู้ป่วยทราบ เมื่อผู้ป่วยสงสัยหรือท้วงติง ต้องหยุด และทบทวนความถูกต้องก่อนให้ยา และกรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ให้ผู้ป่วยแจ้งพยาบาลทันที
- การประกันคุณภาพ โดยมีการสุ่มตรวจการปฏิบัติงาน เพื่อหาช่องว่างของการปฏิบัติมาแก้ไข ปรับปรุงอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง และให้ความรู้ผู้บริหารทุกระดับเรื่องการบริหารความเสี่ยงด้านยา

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร รองคณบดีฝ่ายพัฒนาคุณภาพ ได้กล่าวสรุปว่า การให้ยาผู้ป่วยมีหลายขั้นตอน ต้องร่วมมือกันเป็นทีม และมีสติในทุกๆ ขั้นตอน ต้อง update ความรู้ เนื่องจากตัวยามีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในแต่ละขั้นตอนการให้ยาจะมีกระบวนการป้องกันความผิดพลาด โดยสามารถตรวจสอบได้จากแหล่งอ้างอิง หรือโทร.7007 สิ่งสำคัญคือ ทีมงาน (แพทย์ พยาบาล และเภสัชกร) ต้องมีการ double check และต้องกล้าที่จะสอบถามหรือทักท้วง เมื่อเห็นสิ่งผิดปกติ สำหรับระเบียบการหรือข้อกำหนดที่มี ขอให้ดำเนินการไปตามระบบ แต่ไม่ใช่ว่าจะเปลี่ยนแปลงไม่ได้ ถ้าพบว่าระเบียบการหรือข้อกำหนดไม่เหมาะสม ให้เสนอ เพื่อทำการพิจารณาได้ อีกสิ่งที่สำคัญคือ การเรียนรู้ เรียนรู้และทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และบางครั้งเรียนรู้จากข้างนอก

No Harm: สติ ความรู้ ระบบงานต่างๆ ที่ช่วยในการลดความผิดพลาด

No Blame: เมื่อพบสิ่งผิดพลาด มีการย้อนกลับไปดูที่ระบบว่าเกิดขึ้นเพราะสาเหตุใด

No Shame: สร้างระบบของการกล้ารายงาน สร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์

ผู้บันทึก และถอดบทเรียน นางสาวชลิตา มิ่งขวัญ

ผู้ตรวจสอบบทเรียน นางสาวสมใจ เนียมหอม

วิทยากรร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้



อ. นพ.วรพันธ์ เกரியสุนทรกิจ
หน่วยกุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์



ภญ.ศรีสุดา นภาพงษ์จันทรา
หัวหน้างานเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก ฝ่ายเภสัชกรรม



พว.ศิริพรรณ ชาญสุกิจเมธี
หัวหน้างานพัฒนาคุณภาพการพยาบาล



ภญ.วิมล อนันต์สกุลวัฒน์
รองหัวหน้าฝ่ายเภสัชกรรมด้านวิชาการ