

ความคลาดเคลื่อนทางยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์

พุทธชาติ ฉันทภัทรางกูร*

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา และสาเหตุความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์ ประชากรคือแบบรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา โรงพยาบาลบางสะพาน จำนวน 160 ใบ ตั้งแต่ 1 มกราคม – 31 ธันวาคม 2560 และเภสัชกร 8 คนที่ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยในเพื่อใช้ในการสัมภาษณ์หาสาเหตุของความคลาดเคลื่อนทางยา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์ Content analysis ผลการศึกษาพบว่า

อัตราความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาเป็น 4.00 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน (160 ครั้ง 40,000 วันนอน) ความรุนแรงระดับ B พบมากที่สุด ร้อยละ 60.00 ของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาทั้งหมด ประเภทของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาพบมากตามลำดับ ได้แก่ จ่ายยาผิดรูปแบบ ร้อยละ 30.00 จ่ายยาผิดชนิด ร้อยละ 20.00 จ่ายยาผิดความแรงและพิมพ์ฉลากยาผิด ร้อยละ 10.00 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความคลาดเคลื่อนพบมากคือ ลายมือแพทย์อ่านยากหรือไม่ชัดเจน ภาระงานมากเกินไป อัตรากำลัง มีชื่อหรือลักษณะของยาใกล้เคียงกัน การมาเร่งรับยาของผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือพยาบาล การทบทวนใบสั่งยาผิดพลาด และการสื่อสารผิดพลาด ตามลำดับ

จากผลการวิจัยที่ได้ควรนำไปวางระบบเพื่อป้องกันการเกิดความคลาดเคลื่อนซ้ำ เช่น การจัดการยา LASA การเพิ่มบุคลากรในกระบวนการบริการผู้ป่วยใน การประสานงานกับแพทย์และพยาบาลเมื่อพบใบสั่งยาที่อ่านลายมือแพทย์ไม่ชัดเจน และการสร้างสมานีในการทำงาน

คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา, งานเภสัชกรรมผู้ป่วยใน

*เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบางสะพาน

Medication Error of In Patients Pharmacy Department at Bangsaphan Hospital, Prachuap Kirhikhan.*Puttachart Chantapattarakul****Abstract**

This mixed-method research aimed to study the IPD dispensing errors and the cause of them at IPD department Bangsaphan hospital Prachuapkirikhan from 160 reports between January – December 2017 and interview 8 IPD pharmacists. Descriptive statistics including frequency, mean, and standard deviation while content analysis was used to analyze qualitative data. The findings revealed that:

The IPD dispensing errors from 160 reports per 40,000 day bed (4 times per 1,000 day bed). The most of severity of medication errors were level B 60%. The most of category were wrong dosage forms 30% wrong types 20% wrong strengths and wrong sticker printings 10% respectively. The most of dispensing error's cause were the doctor's sign, high work load, LASA drugs, the intervention of nurse or nurse aid, misscreen of the prescribings and miscommunication.

From this study due to make the risk preventing system such as LASA drug management, increase IPD service teamwork, increase good communication among the doctors and nurses and make consciousness working.

Key word : Medication error, IPD Pharmacy Department

**Professional Pharmacist, Pharmacy Department, Bangsaphan Hospital*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การให้บริการทางเภสัชกรรมจัดเป็นงานหลักงานหนึ่งที่สำคัญที่จะส่งผลต่อคุณภาพการบริการโดยรวมของโรงพยาบาล เนื่องจากมีหน้าที่ในการจ่ายยาให้กับผู้ป่วยและหน่วยต่างๆด้วยความถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็วและมีความเสี่ยงน้อยที่สุด ทำให้ผลการรักษามีประสิทธิภาพปลอดภัย และประหยัดซึ่งการที่จะทำให้ระบบจ่ายยามีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบจ่ายยาของโรงพยาบาลทั้งระบบ ทั้งนี้ความพยายามที่จะปรับปรุงระบบการจัดการเรื่องยานั้นมีมากมาย ตั้งแต่การออกแบบเพื่อป้องกันไม่ให้ผิด การมีระบบตรวจจับที่มีความไวหากเกิดความผิดพลาดขึ้น และการมีแนวทางแก้ไขเพื่อผ่อนหนักให้เป็นเบาได้ ซึ่งการจัดการความเสี่ยงในกระบวนการจ่ายยาโดยการค้นหาและจัดการกับความคลาดเคลื่อนในกระบวนการจ่ายยา เป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาคุณภาพที่สำคัญของโรงพยาบาล ทั้งนี้การศึกษาถึงการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาในลักษณะต่าง ๆ นั้น จะทำให้ทราบว่าปัญหาใดมีความรุนแรงมาก และจะหาแนวทางในการป้องกันความคลาดเคลื่อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างไร¹

ความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยาเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายต่อการรักษาด้วยยา ซึ่งเป็นบทบาทและความรับผิดชอบของเภสัชกรโดยตรง โรงพยาบาลต้องบริหารจัดการการเข้าไ้ระบบการทำงานและทราบปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องจะช่วยพัฒนาการติดตามผู้ป่วย การวางระบบการให้บริการเพื่อป้องกันความเสี่ยง จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาอย่างปลอดภัย มีประสิทธิภาพ บรรลุวัตถุประสงค์ในการรักษาของแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น² จากการรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลบางสะพาน พบว่าอัตราความคลาดเคลื่อนจากการจ่ายยามีค่าหลากหลายมากตั้งแต่ร้อยละ 4-10 ผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดจากความเสี่ยงดังกล่าวซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการบริการของงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบางสะพานจึงได้ทำการศึกษาความคลาดเคลื่อนของการบริการเภสัชกรรม

ในกระบวนการจ่ายยาเพื่อทำการค้นหาความเสี่ยงที่เกิดขึ้น รวมถึงอุบัติการณ์ความเสี่ยงดังกล่าว และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการหาสาเหตุของความเสี่ยงเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนหาแนวทางการป้องกันและลดจำนวนความคลาดเคลื่อนลง ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับบริการที่สะดวกรวดเร็ว ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ³ นอกจากนี้ข้อมูลที่ยังถือเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาระบบงานบริการจ่ายยาของงานเภสัชกรรมให้มีประสิทธิภาพและเป็นการประกันคุณภาพการบริการตามหลักการพื้นฐานอีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน และศึกษาสาเหตุความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในโรงพยาบาลบางสะพาน ประจวบคีรีขันธ์

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method) ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประชากรคือข้อมูลในแบบรายงานอุบัติการณ์ทางยา โรงพยาบาลบางสะพาน จำนวน 160 ใบ และเภสัชกร 8 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

๑. แบบรายงานอุบัติการณ์ทางยา ของโรงพยาบาลบางสะพาน (ผ่านการหาความตรงเชิงโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน)

๒. ตัวผู้วิจัย (การสัมภาษณ์ เภสัชกร 8 คน) การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการผ่านความเห็นชอบในการทำวิจัยจากคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลบางสะพาน ทดสอบเครื่องมือและพิจารณาปรับปรุงเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เก็บข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ 1 มกราคม ถึง 31 ธันวาคม 2560 จากแบบรายงานอุบัติการณ์ทางยาของโรงพยาบาลบางสะพาน ที่พยาบาลผู้พบเหตุการณ์เป็นผู้รายงาน และการสัมภาษณ์เชิงลึกเภสัชกร 8 คนที่ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยในวิเคราะห์อุบัติการณ์

และปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความคลาดเคลื่อนในการจ่ายยา จากแบบรายงานอุบัติการณ์ทางยาของโรงพยาบาลบางสะพาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for WINDOWS ใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ประเภทของความคลาดเคลื่อนการ

จ่ายยา N=160 ใบสั่งยา

ประเภทของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา ผู้ป่วยใน	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
จ่ายยาผิดรูปแบบ	48	30.00
จ่ายยาผิดชนิด	32	20.00
จ่ายยาผิดความแรง	16	10.00
คำนวณขนาดยาผิด	8	5.00
พิมพ์ฉลากยาผิด	16	10.00
จ่ายยาที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	10	6.25
จ่ายยาไม่ครบรายการ	15	9.38
จ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้	15	9.38

2. ผลความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน พบว่าความรุนแรงที่พบมากที่สุดคือ

Category B, A และ C ร้อยละ 60.00, 31.25 และ 12.50 ตามลำดับ ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน

ความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนการ จ่ายยา ผู้ป่วยใน	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
Category A	50	31.25
Category B	86	60.00
Category C	20	12.50
Category D	2	1.25
Category E	1	0.62
Category F	1	0.62

3. ผลการสัมภาษณ์เภสัชกรที่ปฏิบัติงานจ่ายยาผู้ป่วยใน 8 คน พบว่ามีสาเหตุของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาดังนี้

- 3.1 ลายมือแพทย์อ่านยากหรือไม่ชัดเจน
- 3.2 ภาระงานมาก ทำให้ต้องรีบเร่งในการทำงาน ส่งผลให้ไม่มีการตรวจสอบซ้ำ
- 3.3 ยามีชื่อคล้ายกันหรือมีลักษณะใกล้เคียงกัน
- 3.4 การมาเร่งรับยาจากเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย เช่นยา stat ยาปฏิชีวนะที่ต้องรีบให้ผู้ป่วยต่างๆ
- 3.5 การทบทวนใบสั่งยาผิดพลาด
- 3.6 การสื่อสารผิดพลาด

ข้อเสนอแนะเพื่อการป้องกันความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยในจากการสัมภาษณ์เภสัชกร 8 คน

1. แพทย์ควรเขียนคำสั่งยาให้ชัดเจนหรือจัดหาเครื่องมือที่แพทย์สามารถสั่งยาได้โดยไม่ต้องผ่านการคัดลอก
2. เภสัชกรควรปฏิบัติตามแนวทางที่ดีในการจ่ายยาทุกครั้ง
3. เภสัชกรควรอบรมความรู้ทางวิชาการที่เป็นปัจจุบันปีละ 1 ครั้งเป็นอย่างน้อย
3. ห้องจ่ายยาควรแยกตำแหน่งยา หรือ repackage ในยากลุ่ม LASA drug (มองคล้าย)
4. ควรปรับฐานข้อมูลชื่อยาให้เกิดความแตกต่างในยากลุ่มที่ชื่อพ้อง
5. ควรมีการตรวจสอบซ้ำในแต่ละขั้นตอนที่ปฏิบัติงานให้บริการจ่ายยา
6. การจัดหาบุคลากรทดแทนกรณีที่มีบุคลากรลางาน หรือติดราชการอื่นๆ
7. โรงพยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมคอมพิวเตอร์ให้มีความสะดวกในการดูข้อมูลต่างๆของผู้ป่วย เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติการใช้ยา เป็นต้น

8. กลุ่มงานเภสัชกรรมควรเอาอุปกรณ์ความคลาดเคลื่อนมาเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการทำงานของเภสัชกรและพนักงานเภสัชกรรม อย่างเคร่งครัด

9. โรงพยาบาลควรสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยต่อผู้ป่วยในองค์กร สนับสนุนให้มีการรายงาน การ feed back และการทบทวนเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อน โดยไม่ตำหนิและลงโทษ เน้นความถูกต้อง ปลอดภัย ต้องมาก่อน ความรวดเร็วในการให้บริการ

10. โรงพยาบาลควรเพิ่มอัตรากำลังเภสัชกรในงานบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยในเพื่อช่วยคัดกรองปัญหาที่เนื่องจากยาในหอผู้ป่วย และช่วยในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพ ได้รับความปลอดภัยจากการใช้ยาเพิ่มมากขึ้น

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบางสะพาน พบอัตราความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาเป็น 4 ครั้งต่อ 1,000 วันนอน ความรุนแรงระดับ B พบมากที่สุด ร้อยละ 60 ของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาทั้งหมด ประเภทของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาพบมากที่สุดได้แก่ จ่ายยาผิดรูปแบบ ร้อยละ 30 จ่ายยาผิดชนิด ร้อยละ 20 จ่ายยาผิดความแรงและพิมพ์ฉลากยาผิด ร้อยละ 10 จ่ายยาไม่ครบรายการและจ่ายยาที่แพทย์สั่งหยุดใช้ ร้อยละ 9.38 จ่ายยาผิดคน ร้อยละ 6.25 และคำนวณขนาดยาผิด ร้อยละ 5.00 ตามลำดับ ปัจจัยที่เป็นสาเหตุความคลาดเคลื่อนพบมากที่สุดคือ ลายมือแพทย์อ่านยากหรือไม่ชัดเจน ภาระงานมากเกินไปกว่าอัตรากำลังที่มี ยามีชื่อหรือลักษณะใกล้เคียงกัน⁴ สอดคล้องกับการศึกษาของยุพา ที่พบว่ายาชื่อพ้องมองคล้ายเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ของความคลาดเคลื่อนการจ่ายยา การมาเร่งรับยาของผู้ช่วยเหลือคนไข้หรือพยาบาล การทบทวนใบสั่งยาผิดพลาด และการสื่อสารผิดพลาด ตามลำดับ ที่เป็นแบบนี้เนื่องจากโรงพยาบาลบางสะพานเป็นโรงพยาบาลขนาด 150 เตียง อัตรากำลังบุคลากรยังคงเป็นของ 90 เตียง แต่ปัจจุบันมี

จำนวน ผู้ป่วยในเฉลี่ย 180 คน/วัน ภาระงานเพิ่มขึ้นมาก มีเภสัชกรปฏิบัติงานบริการ 2 คน เภสัชกรบริหาร 1 คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 คน พนักงานประจำห้องยา 3 คน ทำให้ความคลาดเคลื่อนทางยาสูงตลอดจน ยามีหลายรายการที่มีลักษณะคล้ายกัน มีหลายความแรง อีกทั้งพนักงานพิมพ์ฉลากยามีเพียง 1 คน มีเภสัชกรตรวจสอบยาก่อนส่งมอบ 1 คน ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนสูง พนักงานเภสัชกรรมนอกจากพิมพ์ฉลากยาและจัดยาแล้ว ต้องเก็บ copy order ในห่อผู้ป่วยและส่งมอบยาด้วยทำให้เกิดความรีบเร่งในการทำงานขาดสมาธิ ทำให้เกิดความผิดพลาดได้ง่าย

การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากผลการวิจัยงานบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน กลุ่มงานเภสัชกรรม ได้นำความเสี่ยงที่เกิดขึ้นไปวางระบบภายในเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ได้แก่ การเพิ่มจำนวนบุคลากร เภสัชกร เจ้าพนักงานเภสัชกรรม พนักงานเภสัชกรรม ในการ double check ก่อนส่งมอบให้ห่อผู้ป่วย/ผู้ป่วยที่รับยากลับบ้าน การจัดระบบยา LASA โดยแยกเก็บยา การ repackage ยาที่มีรูปลักษณ์คล้ายกัน ทำสัญลักษณ์เตือนยาที่มีความเสี่ยงต่อความคลาดเคลื่อน การปรับฐานข้อมูลชื่อยาในโปรแกรมคอมพิวเตอร์(Tallman letter) การสร้างสมาธิในการทำงาน ห้ามเล่น smart phone หรือเล่นขณะทำงาน การประสานงานกับแพทย์และพยาบาลในประเด็นเรื่องลายมือที่ไม่ชัดเจน การอบรม

ความรู้ทางวิชาการของเภสัชกรและเจ้าพนักงานเภสัชกรรม 1 ครั้ง/คน/ปี เพื่อลดปัญหาการ screen ใบสั่งยาผิดพลาดเมื่อพบความเสี่ยงนำมาทบทวนหารากของปัญหาที่แท้จริงและวางระบบไม่ให้เกิดซ้ำ ตลอดจนการสร้างวัฒนธรรมขององค์กรให้เน้นความถูกต้อง ปลอดภัย ก่อนความรวดเร็วในการให้บริการผู้ป่วย สร้างระบบรายงานที่ปราศจากการตำหนิและการลงโทษ มีการ feed back ข้อมูลและทบทวนเมื่อเกิดความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาขึ้น

บรรณานุกรม

1. อนุวัฒน์ ศุภชุตกุล (2543). การบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ดีไซน์.
2. ชมพูนุท พัฒนจักร ความคลาดเคลื่อนการจ่ายยาให้แก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลมหาสารคาม. เภสัชกรรมโรงพยาบาล.
3. อัมพร คงทวีเลิศ (2550). ความคลาดเคลื่อนของงานบริการจ่ายยา โรงพยาบาลสุโขทัย. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11. ปีที่ 21 ฉบับที่ 4 (ต.ค.-ธ.ค. 2550) : 108-110.
4. ยุพา วิภาสวัชรโยธิน มาศรินทร์ ธรรมสิทธิ์บุรณ์ การศึกษาความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์. วารสารเภสัชกรรมคลินิก. 15 (2551) : 151-