

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพต่างให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการส่งมอบบริการให้แก่ผู้ป่วย โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลที่มีการใช้ยาเป็นหลัก มีเป้าหมายหลักในการรักษา คือ ผู้ป่วยต้องได้รับยาที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหรืออาการ ทั้งชนิด ปริมาณ ขนาด รูปแบบยา วิธีใช้ที่ถูกต้องเหมาะสม ตรงตามเวลา เพื่อให้เกิดผลในการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ และยาที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นกลุ่มยาที่เมื่อให้ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมหรือผิดพลาดแล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ดังนั้นจึงต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างสหวิชาชีพ เพื่อลดและป้องกันความเสี่ยงและความคลาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งองค์ต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ ต่างก็ให้ความสำคัญกับการป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นจากกลุ่มยาความเสี่ยงสูง Michael Cohen และ คณะ (1999) ได้ทำการศึกษาเรื่อง High -Alert Medications : Safeguarding Against Errors โดยตีพิมพ์ในบทที่ 14 ของหนังสือชื่อ Medication Errors โดยกล่าวไว้ว่า การใช้ยาในปัจจุบันมีความปลอดภัยค่อนข้างสูงแต่อย่างไรก็ตามมียากลุ่มที่ชื่อว่ากลุ่มยาความเสี่ยงสูง (High Alert Medications) เป็นกลุ่มยาที่พบว่าหากเกิดความคลาดเคลื่อนอาจก่อให้เกิดอันตราย อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ จึงจำเป็นต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษในการใช้ยากลุ่มนี้แตกต่างกับยาอื่นทั่วไป ในปีเดียวกัน The Joint Commission ได้ตีพิมพ์บทความ เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน เรื่อง High –Alert Medications And Patient Safety โดยอ้างอิงหลักการจากการศึกษาของ Cohen, Michael R . and Kilo เช่นกัน โดยในบทความดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงรายการยาที่มักถูกกำหนดให้เป็นยาที่มีความเสี่ยงสูง บอกถึงความเสี่ยงสำคัญที่มักจะเกิดขึ้นและแนวทางปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าว ต่อมาในปี คศ.2002 American Hospital Association ,Health Research & Education Trust,and the Institute for Safe Medication Practices ได้กำหนดแนวปฏิบัติสำหรับการบริหารจัดการยาความเสี่ยงสูง ชื่อ Checklist/Action Plan For The Management Of High-Alert Medications โดยการประยุกต์เอาหลักการของ Cohen , Michael R. and Kilo มาใช้กำหนดแนวทางดังกล่าว และในปี 2007 Suzanne Graham และคณะ ได้ทำการศึกษาเรื่อง Implementation of a High-Alert Medication Program จนได้รับรางวัล Lawrence Patient Safety Award 2007 โดยทำการศึกษาใน Kaiser Permanente Northern California (KPNC) ซึ่งผู้ศึกษาใช้การนิเทศ

ติดตามการปฏิบัติตามระบบแบบติดตามตรวจสอบ (Auditation) โดยใช้เครื่องมือที่เรียกว่า Audit Specification

ในประเทศไทยมีหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยด้านยาความเสี่ยงสูง ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้กำหนดเป็นเกณฑ์คุณภาพด้านยาความเสี่ยงสูงสำหรับโรงพยาบาลไว้ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขกำหนด ให้ระบบบริหารจัดการยาที่มีความเสี่ยงสูงเป็นหนึ่งใน 13 ตัวชี้วัดสำคัญของระบบยาที่ต้องมีการนิเทศติดตาม ในปี 2551 สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลได้นำหลักของ Patient Safety Goals มาปฏิบัติภายใต้ชื่อที่จดจำได้ง่ายว่า SIMPLE (อนุวัฒน์ ศุภชอุฏ 2551) และกลุ่มยาที่มีความเสี่ยงสูงก็เป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญ ใน Patient Safety Goals ที่ต้องบริหารจัดการยาให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วย โดยการกำหนดเครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis) ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน ส่วนที่ 1 กล่าวถึงมาตรฐานของยาความเสี่ยงสูงในประเด็นต่างๆ ส่วนที่ 2 กล่าวถึงการประเมินตนเองของหน่วยงานว่าในปัจจุบันองค์กรของท่านมีการปฏิบัติอย่างไรในมาตรฐานข้อดังกล่าว ส่วนที่ 3 กล่าวถึงเป้าหมายในอนาคตที่องค์กรจะปฏิบัติเพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานและส่วนที่ 4 กล่าวถึงแผนปฏิบัติการที่องค์กรจะดำเนินการเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ ซึ่งในส่วนที่ 2-4 เป็นการตอบของหน่วยงานในลักษณะของการประเมินตนเอง

ในขณะที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้เล็งเห็นความสำคัญของความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากความคลาดเคลื่อนทางยาของยาความเสี่ยงสูง ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติออกมามากมายหลายระดับ รวมทั้งกำหนดให้เป็นตัวชี้วัดสำคัญในการประเมินระบบความปลอดภัยและระบบยา มีหน่วยงานติดตามประเมินผลเป็นประจำทุกปี แต่ข้อมูลด้านความไม่ปลอดภัยของยากลุ่มนี้ก็ยังคงมีการรายงานมากขึ้น จากรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่เก็บรวบรวมโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งได้จากการรายงานโดยสมัครใจจากโรงพยาบาลต่างๆ พบว่ายาในรายการที่มักถูกกำหนดให้เป็นรายการยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล เช่น ยาฉีดโดปามีน (Dopamine) ยาฉีดโปตัสเซียมคลอไรด์ (Potassium Hydrochloride) ยาฉีดเพทิดีน (Pethidine) และยาฉีดมอร์ฟีน (Morphine) ต่างก็มีรายงานอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ข้อมูลที่เก็บรวบรวมไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527-2549 พบรายงานอาการไม่พึงประสงค์ จากยาฉีดโดปามีน (Dopamine) จำนวน 52 ครั้ง จากยาฉีดโปตัสเซียมคลอไรด์ (Potassium Hydrochloride) 139 ครั้ง จากยาฉีดเพทิดีน (Pethidine) 1,013 ครั้ง และยาฉีดมอร์ฟีน (Morphine) 777 ครั้ง และข้อมูลที่รวบรวมไว้ล่าสุดในปี พ.ศ. 2550 พบพบรายงานอาการไม่พึงประสงค์จากยาฉีดโดปามีน (Dopamine) จำนวน 11 ครั้ง จากยาฉีดโปตัสเซียมคลอไรด์ Potassium Hydrochloride 13 ครั้ง จากยาฉีดเพทิดีน (Pethidine) 216 ครั้ง และยาฉีดมอร์ฟีน (Morphine) 154 ครั้ง

ข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากรายงานความคลาดเคลื่อนทางยา ก็เป็นไปในทำนองเดียวกันดังนี้ โรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง เป็นโรงพยาบาลที่ประเมินตนเอง ตามเกณฑ์คุณภาพการใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้านความปลอดภัย ของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีระดับคะแนนอยู่ในระดับ 3 จากทั้งหมด 5 ระดับ การตรวจประเมินคุณภาพ โดยสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) มีระดับคะแนน อยู่ในระดับ 2.5 จากทั้งหมด 5 ระดับ ในปี พ.ศ. 2552 พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 3,065 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในรายการยาความเสี่ยง สูง 45 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 ข้อมูลถึงเดือนกรกฎาคม 2553 พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 4,338 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในรายการยาความเสี่ยงสูง 49 ครั้ง โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง เป็น โรงพยาบาลที่ประเมินตนเองตามเกณฑ์คุณภาพการใช้จ่ายของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ด้านความปลอดภัยของยาที่มีความเสี่ยงสูง มีระดับคะแนนอยู่ในระดับ 4 ผ่านการรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลโดยสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) ในปี พ.ศ. 2552 พบความ คลาดเคลื่อนทั้งหมด 875 ครั้ง เป็นความคลาดเคลื่อนในรายการยาความเสี่ยงสูง 5 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2553 ข้อมูลถึงเดือนกรกฎาคม 2553 พบความคลาดเคลื่อนทั้งหมด 740 ครั้ง โดยยังไม่พบความคลาดเคลื่อน ทางยาในรายการยาความเสี่ยงสูง ในหน้าหนังสือพิมพ์ข่าวเรื่องความไม่ปลอดภัยด้านยาที่ก่อเกิดอันตราย แก่ผู้ป่วยก็ยังมีให้เห็นอยู่ไม่น้อย เช่น เมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2553 มีข่าวทางหน้าหนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่ง ว่า “วานนี้ (2 ก.ค.) นายอนุสรณ์ จารวุฒนานุกูล อายุ 37 ปี เดินทางมาร้องเรียนที่หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ พร้อมกับหอบ หลักฐานเอกสารบันทึกการแจ้งความต่อนักงานสอบสวน สน.มักกะสัน ระบุนวันที่ 17 มิ.ย. ว่าโรงพยาบาลเพชรเวช ถนนเพชรบุรี แขวงห้วยขวาง เขตบางกะปิ จำยาผิด ทำให้ นายจิระเดช จารวุฒนานุกูล อายุ 72 ปี บิดาต้องกลายเป็นผู้ป่วยอาการ โคม่า นอนไม่ได้สติอยู่ในห้องไอซียูนาน รวม 20 กว่าวัน โดยนำด้วยยาแก้โรคเบาหวานบรรจุอยู่ในซองโรงพยาบาลเพชรเวชระบุชื่อยา DEPIZIDE (เดปิไซด์) ที่ทางโรงพยาบาลส่งจ่ายมาแสดงเป็นหลักฐาน และอีกครั้งเมื่อวันที่ 5 ตุลาคม 2553 มีข่าว ทางหน้าหนังสือพิมพ์ฉบับหนึ่ง ว่า “นพ.สุพรรณ ศรีธรรมมา โฆษกกระทรวงสาธารณสุข เปิดเผยว่า นพ.ไพจิตร วราชิด ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) มีคำสั่งตั้งกรรมการสอบข้อเท็จจริงเพื่อให้ความ เป็นธรรมทั้ง 2 ฝ่าย กรณี นางลักขณา อุบลวัตร ชาวจังหวัดลพบุรี แจ้งความดำเนินคดีกับกระทรวง สาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเภสัชกร ร.พ.พระนารายณ์มหาราช หลังพามารดาไปตรวจ โรคปวดข้อและกระดูกตามนัด แล้วรับยากลับบ้าน แต่เมื่อกินยาแล้วมีอาการง่วงซึม กระทั่งผ่านไป 3 วัน ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว แพทย์ตรวจพบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำมาก และพบว่าซองยาของหนึ่งที่ได้รับ เป็นยาที่ผิดชื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน นพ.สุพรรณ กล่าวว่า เบื้องต้นโรงพยาบาลยอมรับในข้อผิดพลาด เพราะผู้ป่วยรายนี้ได้รับสั่งจ่ายยามากกว่า 10 ชนิดเนื่องจากป่วยหลายโรค จึงอาจทำให้มีซองยาผู้อื่น คิดไปด้วย และเจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาก็ยอมรับว่ามีซองใส่ยาเบาหวานของผู้ป่วยอีกรายหาย ไปจริง

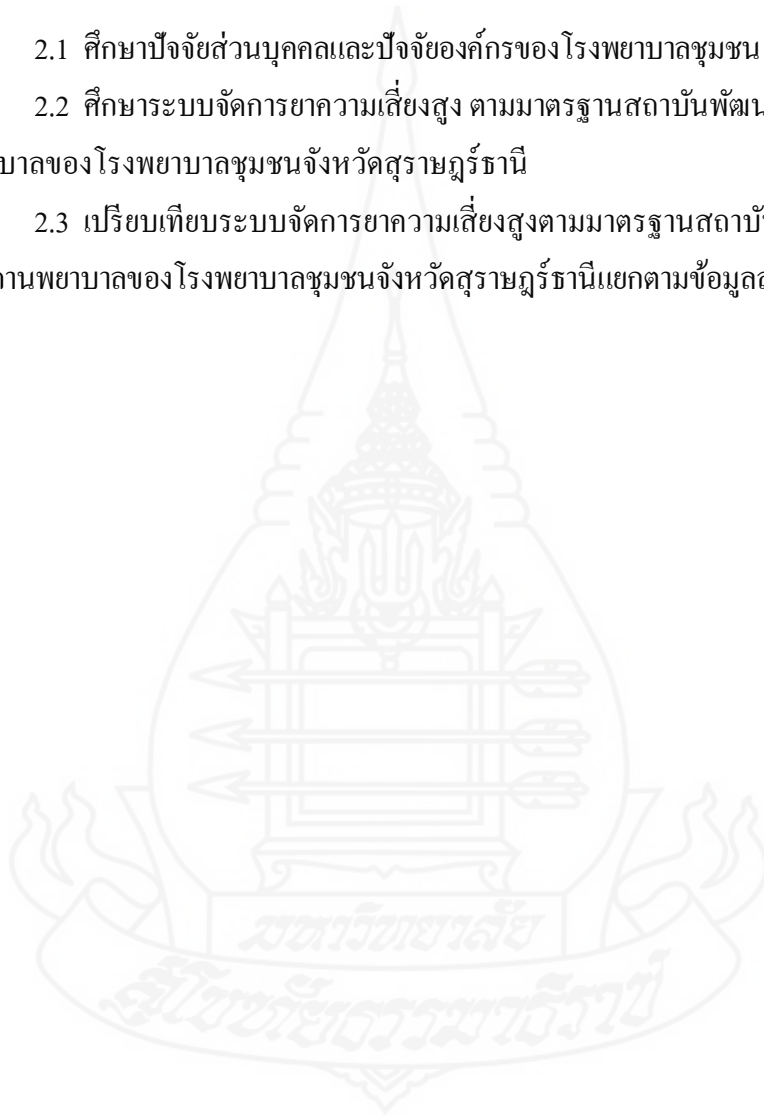
ซึ่งปกติต้องประกาศหาเพราะเป็นยาควบคุม แต่ครั้งนี้ไม่สามารถติดตามได้ เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยมาก จากเหตุการณ์ข้างต้นทำให้ทราบว่า ทั้งๆที่ทุกองค์กร ทุกหน่วยงาน ทุกฝ่าย ต่างให้ความสำคัญเป็นอย่างมากต่อกลุ่มยาที่เรียกว่ายาความเสี่ยงสูง แต่ในความเป็นจริงผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการยังคงได้รับอันตรายที่เกิดจากการใช้ยากลุ่มดังกล่าวอยู่อีกเป็นจำนวนมาก ข้อมูลที่ถูกเปิดเผยออกมาสู่สาธารณชนเป็นเพียงข้อมูลส่วนน้อยเท่านั้น ส่วนหนึ่งเนื่องจากที่ผ่านมาการให้ความสำคัญต่อยาความเสี่ยงสูงมักออกมาในรูปแบบของการกำหนดเป็นตัวชี้วัด สร้างมาตรฐาน และนิเทศติดตามตัวชี้วัดหรือมาตรฐานที่กำหนดขึ้น โดยรูปแบบของเยี่ยมสำรวจ การสัมภาษณ์ การสอบถาม การนำเสนอ หรือการให้ตอบแบบประเมินตัวเอง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ตอบแบบประเมินมักจะเป็นเภสัชกรผู้รับผิดชอบระบบยาหรืออย่างดีที่สุดก็เป็นการตอบโดยคณะกรรมการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team) ข้อมูลที่ได้จึงไม่ได้มาจากผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของระบบยาความเสี่ยงสูงอย่างแท้จริง จึงไม่ได้ทราบส่วนขาดหรือส่วนที่ยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานขององค์กรอย่างแท้จริง ทำให้ไม่สามารถค้นหาความเสี่ยงที่สำคัญได้อย่างถูกต้อง การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงและการวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงก็จะคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง เหตุการณ์ความไม่ปลอดภัยจึงยังคงเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งแสดงว่าการบริหารความเสี่ยงในส่วนของการความปลอดภัยด้านยาของยาความเสี่ยงสูงด้วยในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่สามารถทำให้ทราบถึงสาเหตุของความเสี่ยง และความเสี่ยงที่สำคัญของระบบยาความเสี่ยงสูงที่แท้จริงจึงไม่สามารถวางแผนเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

ในการศึกษานี้ผู้ทำการวิจัย จึงได้นำเครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap Analysis) ในส่วนของความปลอดภัยด้านยา เรื่องยาความเสี่ยงสูง ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวใช้สำหรับการประเมินเพื่อหาส่วนขาดของระบบยาความเสี่ยงสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เครื่องมือดังกล่าวถูกกำหนดขึ้นโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) และได้ประกาศไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบรอบ 60 ปี พ.ศ. 2550 โดยผู้วิจัยนำเอามาตรฐานที่ถูกกำหนดไว้ในส่วนที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อถามผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับระบบยาความเสี่ยงสูงทุกวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อประเมินหาส่วนขาดหรือส่วนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐาน จากผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของระบบยาความเสี่ยงสูง และเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง เพื่อ ทราบว่าในฐานะผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของระบบยาความเสี่ยงสูงและเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลชุมชนนั้นจะสามารถประเมินหาส่วนขาดหรือส่วนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานขององค์กร ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้มากน้อยแค่ไหน การวิจัยครั้งนี้จะใช้แบบสอบถามดังกล่าว เพื่อค้นหาส่วนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานของระบบยาความเสี่ยงสูงในองค์กร เพื่อทราบสาเหตุและความเสี่ยงที่สำคัญของระบบยาความเสี่ยงสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้

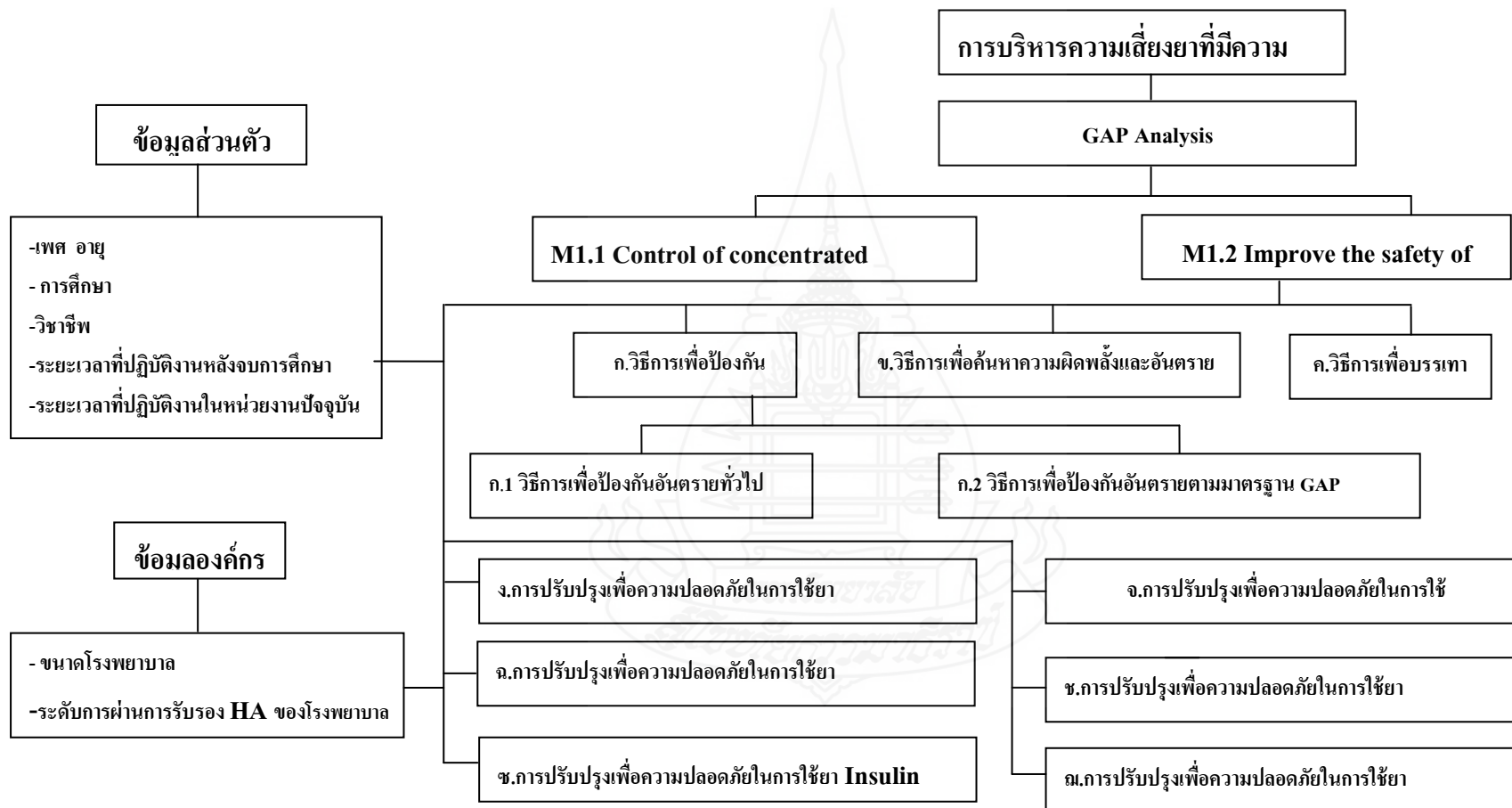
วางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ตรงกับสภาพปัญหามากขึ้น และข้อมูลดังกล่าวอาจนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวทางในการนิเทศติดตามระบบยาความเสี่ยงสูงต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 2.1 ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยองค์กรของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 2.2 ศึกษากระบวนการจัดการยาความเสี่ยงสูง ตามมาตรฐานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี
- 2.3 เปรียบเทียบกระบวนการจัดการยาความเสี่ยงสูงตามมาตรฐานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีแยกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลองค์กร



3. แผนผังแสดงกระบวนการวิจัย



4. ขอบเขตการวิจัย

ในการศึกษานี้ผู้ทำการวิจัย จึงได้นำเครื่องมือประเมินหาส่วนขาดและวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วย (Gap analysis) ในส่วนของความปลอดภัยด้านยา เรื่องยาความเสี่ยงสูง ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวใช้สำหรับการประเมินเพื่อหาส่วนขาดของระบบยาความเสี่ยงสูง เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยต่อไป เครื่องมือดังกล่าวถูกกำหนดขึ้นโดยสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (สรพ.) และได้ประกาศไว้ในมาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพฉบับเฉลิมพระเกียรติพลเอกสฤษดิ์ราชสมบัติครบรอบ 60 ปี พ.ศ. 2550 โดยผู้วิจัยนำเอามาตรฐานที่ถูกกำหนดไว้ในส่วนที่ 1 มาสร้างเป็นแบบสอบถามเพื่อถามผู้เกี่ยวข้องกับระบบยาความเสี่ยงสูงทุกวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาล เพื่อประเมินหาส่วนขาดหรือส่วนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานจากผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของระบบยาความเสี่ยงสูง และเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง เพื่อทราบว่าในฐานะผู้เกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของระบบยาความเสี่ยงสูงและเป็นผู้ปฏิบัติงานจริง ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาลชุมชนนั้นจะสามารถประเมินหาส่วนขาดหรือส่วนที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานขององค์กร ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ได้มากน้อยแค่ไหน เพื่อนำไปสู่การค้นหาค่าความเสี่ยงที่สำคัญของระบบยาความเสี่ยงสูงในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี และใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่ตรงกับสภาพปัญหามากขึ้น และข้อมูลดังกล่าวอาจนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาแนวทางในการนิเทศติดตามระบบยาความเสี่ยงสูงต่อไป

ประชากรในการวิจัย ประกอบด้วย กลุ่มแพทย์ เภสัชกร และพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในหอผู้ป่วยใน ห้องคลอด ห้องผ่าตัดและห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลชุมชน 18 แห่ง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ดังนี้ แพทย์ทั้งหมด 59 คน เภสัชกรทั้งหมด 67 คน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลทั้งหมด 18 คน พยาบาลประจำตึกผู้ป่วยในทั้งหมด 243 คน พยาบาลประจำห้องคลอดทั้งหมด 103 คน พยาบาลประจำห้องห้องผ่าตัดทั้งหมด 13 คน และพยาบาลประจำห้องห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งหมด 178 คน รวมทั้งหมดเป็น 681 คน โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2554 ถึง 20 มีนาคม 2554

5. นิยามศัพท์

5.1 โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ตั้งแต่ 10 เตียง 30 เตียง และ 60 เตียง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.2 Hospital Accreditation (HA) หมายถึง กลไกกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงาน ภายในโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบทั่วทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิด การเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวทางที่กำหนดไว้ใน มาตรฐานโรงพยาบาล

5.3 แพทย์ หมายถึง แพทย์ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 10 เตียง 30 เตียง และ 60 เตียง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.4 เกสัชกร หมายถึง เกสัชกรที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 10 เตียง 30 เตียง และ 60 เตียง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.5 พยาบาล หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนที่มีเตียงสำหรับรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตั้งแต่ 10 เตียง 30 เตียง และ 60 เตียง ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

5.6 Gap Analysis หมายถึง การวิเคราะห์ความแตกต่าง คือ การวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างข้อแนะนำทางวิชาการกับสิ่งที่ปฏิบัติจริง ซึ่งจะนำมาสู่การลดความแตกต่างดังกล่าว เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในการส่งเสริมการนำข้อมูลวิชาการมาสู่การปฏิบัติ

5.7 ยาที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง ยากลุ่มที่เมื่อให้ในรูปแบบที่ไม่เหมาะสมหรือผิดพลาดแล้วอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

5.8 กระบวนการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง กระบวนการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ตั้งแต่ขั้นตอนการสั่งใช้ยา การถ่ายคำสั่งใช้ยา การตรวจสอบความถูกต้องก่อนการจ่ายยา การจ่ายยา การให้ยา การค้นหาปัญหาอื่นๆเกี่ยวกับยาที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

5.9 ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) หมายถึง เหตุการณ์ใดๆ ที่สามารถป้องกันได้ ที่อาจเป็นสาเหตุหรือนำไปสู่การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม หรืออาจเป็นอันตรายแก่ผู้ป่วยในขณะที่ยาอยู่ในความควบคุมของบุคลากรสาธารณสุข ผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ เหตุการณ์เหล่านั้นอาจเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติทางวิชาชีพ กระบวนการ และระบบ ซึ่งรวมถึงการสั่งใช้ยา การสื่อสารคำสั่งการใช้ยา การติดฉลากยา การบรรจุยา การตั้งชื่อยา การเตรียมยา การส่งมอบยา การกระจายยา การให้ยา การให้ข้อมูล การติดตามและการใช้ยา

5.10 ความคลาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง หมายถึง เหตุการณ์หรือการกระทำใดๆ ที่เกิดขึ้นในทุกๆ ขั้นตอนของกระบวนการการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง

5.11 เพศ หมายถึง เพศของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เพศชาย และเพศหญิง

5.12 อายุ หมายถึง อายุของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยนับอายุเต็มปฏิทินจนถึงปีที่ตอบแบบสอบถาม

5.13 ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาขั้นสูงสุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามได้รับ

5.14 ตำแหน่ง หมายถึง ตำแหน่งในปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งหมายถึง ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มงาน หรือผู้ปฏิบัติงานระดับชำนาญการหรือระดับปฏิบัติการ

5.15 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน (หลังจบการศึกษา) หมายถึง จำนวนปีของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ โดยนับตั้งแต่วันที่จบการศึกษาจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

5.16 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานปัจจุบัน หมายถึง จำนวนปีของผู้ตอบแบบสอบถามที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ โดยนับตั้งแต่วันที่เข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานปัจจุบันจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถาม

5.17 การควบคุมการใช้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง (Control of concentrated electrolyte Solutions) หมายถึง การที่โรงพยาบาลของท่านให้ความสำคัญกับความปลอดภัยในการใช้ KCl รวมทั้งสารละลาย Electrolyte เข้มข้นอื่นๆ เช่น Potassium phosphate solution โดยกำหนดให้เป็นรายการยาความเสี่ยงสูงของโรงพยาบาล มีการจัดทำแนวทางการใช้ (Protocol) ที่เรียบง่ายและเหมาะสมครอบคลุม ให้ปฏิบัติต่อ KCl เสมือน ยาที่ต้องควบคุม มีการจำกัดการสั่งใช้ การจัดเก็บ และการบันทึก สำหรับสารละลายเข้มข้น KCL มีการระบุหน่วยของสารละลายเข้มข้นเป็นน้ำหนักต่อปริมาตร แทนการระบุเป็นสัดส่วน (Ratio) หรือร้อยละ มีการใช้สารละลายเข้มข้น เช่น KCl ในรูปแบบที่พร้อมให้ (ready-to-administer) หรือพร้อมใช้ (Ready-to-use) ซึ่งไม่จำเป็นต้องเจือจางก่อนใช้ ไม่จัดเก็บสารละลายอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เข้มข้นไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย แต่เก็บไว้ที่บริเวณจัดเตรียมของเภสัชกรรม ซึ่งแยกไว้เฉพาะหรือในพื้นที่ที่ถูกกั้น มีการจัดเตรียมสารละลายอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เข้มข้นให้เป็นสารละลายพร้อมใช้โดยเภสัชกรหรือผู้มีความรู้คุณสมบัติเหมาะสม (แพทย์พยาบาล ผู้ช่วยเภสัชกร) ที่ผ่านการอบรมแล้วเท่านั้น หากโรงพยาบาลของท่านจำเป็นต้องมีการเก็บหลอดสารละลายโปรตัสเซียมคลอไรด์ (KCl) ไว้ในหน่วยดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ที่แยกไว้เฉพาะเท่านั้น ที่หลอดสารละลาย โปรตัสเซียมคลอไรด์ (KCl) จะต้องเขียนฉลากติดแต่ละหลอดด้วยสีสะท้อนแสงระบุว่า “ต้องผสมให้เจือจาง” หรือ หรือ “Diluted Before Use” เสมอ มีการจัดเตรียมสารละลายอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เข้มข้นให้เป็นสารละลายพร้อมใช้ที่หน่วยเภสัชกรรม ก่อนส่งมอบให้กับหอผู้ป่วย แต่อย่างต้องเก็บและจัดเตรียม สารละลายอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เข้มข้นที่หน่วยดูแลผู้ป่วย จะมีการลดความเสี่ยงในการใช้ดังกล่าวโดยปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดโดยสหวิชาชีพ

(Multidisciplinary policies&procedure) เกี่ยวกับวิธีสั่งใช้, จัดเก็บ, เตรียม และให้สารละลายเข้มข้นอย่างปลอดภัย มีการใช้นโยบายจัดซื้อที่ปลอดภัย (Purchasing for safety policies) เพื่อลดสารละลายเข้มข้นที่มีการเขียนฉลากและการบรรจุในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน มีการแยกการเก็บสารละลายเข้มข้นออกจากยาอื่นๆ จำกัดการเข้าถึงสารละลายเข้มข้น โดยกำหนดให้ผู้ปฏิบัติงานที่มีคุณสมบัติเหมาะสม (จำนวนน้อยคน) เท่านั้นที่เข้าถึงได้ มีการจำกัดสารจำนวนละลายเข้มข้นในหน่วยดูแลผู้ป่วยให้มีน้อยที่สุดที่จำเป็นสำหรับการรักษาผู้ป่วยเท่านั้น มีการติดประทับคำเตือนที่ชัดเจนที่สารละลายเข้มข้นแต่ละหลอด เช่น ข้อความเตือนว่าเป็นยาความเสี่ยงสูงสูง “High Alert Drug” หรือ “ห้าม IV Push” มีการจัดหาข้อมูลทางคลินิกและข้อมูลวิชาการที่จำเป็นเกี่ยวกับการจัดเตรียมและการให้ สารละลายเข้มข้นให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถใช้ได้ง่าย มีการจัดให้มีเครื่องมือคำนวณขนาดยา (Dose) เช่น ตารางคำนวณขนาดยา (Dosage charts) สำหรับผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัว ต่างๆ มีการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานทุกคนที่เกี่ยวข้องในการใช้สารละลายเข้มข้นอย่างปลอดภัย หลังจากจัดเตรียมสารละลายอิเล็กโทรไลต์ (Electrolyte) เข้มข้น จะจัดให้มีการทวนสอบอย่างอิสระ (Double check) โดยผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม และได้รับการฝึกอบรมอีกคนหนึ่ง โดยการจัดทำรายการที่ต้องทวนสอบ (checklist) สำหรับใช้ในการทวนสอบ ซึ่งประกอบด้วยการคำนวณความเข้มข้น, อัตราการให้, สายที่ต่อเชื่อม สำหรับสารละลายที่จัดเตรียมเรียบร้อยแล้วโรงพยาบาลของท่านมีกระบอกฉลากหรือข้อความเตือนว่า “ใช้อย่างระมัดระวัง” ก่อนที่จะนำไปให้ผู้ป่วย จะมี เครื่อง Infusion Pump ในจำนวนที่เพียงพอต่อการบริหารยาความเสี่ยงสูงที่ต้องการความแม่นยำสูง และใช้ เครื่อง Infusion Pump หรือใช้อุปกรณ์อื่นที่สามารถจำกัดปริมาณสารละลายในแต่ละช่วงเวลาได้ เพื่อให้สารละลายที่มีความเข้มข้นสูง กับผู้ป่วยทุกราย มีการสนับสนุนการฝึกอบรมของผู้ปฏิบัติงาน ที่เกี่ยวข้องกับสารละลายความเข้มข้นสูง (High concentrated solution) และการให้ได้รับประกาศนียบัตรรับรองเป็นรายปี และในคำสั่งการรักษาของแพทย์แพทย์จะระบุอัตราการให้สารละลายด้วยทุกครั้ง

5.18 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาความเสี่ยงสูง (Improve the safety of High-Alert Drug) หมายถึง การมีวิธีการเพื่อป้องกันอันตราย ที่แบ่งเป็น วิธีการเพื่อป้องกันอันตรายทั่วไป และวิธีการเพื่อป้องกันอันตรายตามมาตรฐานของ Gap Analysis การมีวิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย การมีวิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย ซึ่งการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยตามมาตรฐานของ Gap Analysis แบ่งการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยไว้ดังนี้ การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน (Warfarin) การปรับปรุง เพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดเฮพาริน (Heparin) การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติด

(Narcotics) การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ยาอินซูลิน Insulin และการปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ Sedatives (ยาสงบประสาท)

5.19 วิธีการเพื่อป้องกันอันตรายทั่วไป หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการประกาศนโยบาย เรื่องความปลอดภัยของระบบยาความเสี่ยงสูงเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ไม่มีการสั่งใช้ยา ความเสี่ยงสูงทางโทรศัพท์ ใช้ชื่อยาความเสี่ยงสูงที่เป็นชื่อสามัญทางยาไม่ใช่ชื่อทางการค้า ใช้ชื่อยา ความเสี่ยงสูงที่เป็นชื่อเต็มหรือตัวย่อที่เป็นทางการเท่านั้นไม่ใช่ตัวย่อที่ไม่เป็นสากล มีการเขียนตัวเลข ขนาดยาที่ต้องการใช้ หากขนาดยาที่ใช้อยู่ในรูปทศนิยมมีค่าไม่เต็มหนึ่ง ท่านใส่ เลข 0 ตามด้วยจุด และตามด้วยตัวเลขที่ต้องการ เช่น ต้องการให้ยา ศูนย์จุดสาม มิลลิกรัม ท่านเขียน 0.3 mg เป็นต้น หากให้ยาโดยขนาดยาที่ใช้เป็นเลขจำนวนเต็ม โรงพยาบาลของท่านจะระบุเป็นเลขเต็มจำนวนไม่ได้ จุดทศนิยม เช่น 5 mg ไม่เขียน 5.0 mg หากมีการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูงจะระบุขนาดยาที่ต้องการให้ ผู้ป่วยได้รับในหน่วย มิลลิกรัมต่อกิโลกรัมต่อวัน (mg/kg/day) เสมอ ในกรณีใช้ Infusion Pump จะระบุ อัตราเร็วในการให้ยาเป็น มิลลิลิตรต่อชั่วโมง (ml/hr) ทุกครั้ง โดยแพทย์จะเป็นผู้จัดยาความเสี่ยงสูง แก่ผู้ป่วยด้วยตนเองทุกครั้งและแพทย์จะติดตามอาการของผู้ป่วยโดยอยู่ที่หอผู้ป่วยอย่างน้อยภายใน 1 ชั่วโมง หลังการให้ยาทุกครั้ง จะมีการตรวจสอบความถูกต้อง (ตามหลัก 6 ถูก) ของยาที่มีความเสี่ยง สูงซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้ง (Double check) ก่อนมีการให้ยา จะมีการมีการคำนวณขนาดยาซ้ำอย่างน้อย 2 ครั้งก่อนมีการใช้ยาความเสี่ยงสูง จะมีการตรวจสอบประวัติการแพ้ยาของผู้ป่วยทุกครั้ง ก่อนมีการ ใช้ยาความเสี่ยงสูง ท่านผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการใช้ยาความเสี่ยงสูง มีข้อมูลผู้ป่วยเกี่ยวกับ ผู้ป่วยเพียงพอทุกครั้ง เช่นข้อมูลทั่วไป ข้อมูลโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือ การวินิจฉัยโรค ของแพทย์ เป็นต้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการใช้ยาความเสี่ยงสูง มีข้อมูลที่จำเป็น เพียงพอ เสมอเมื่อ เช่น ขนาดการใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวัง อาการข้างเคียง หรือ ปฏิกริยาต่อกันระหว่างยา มีการแนบข้อปฏิบัติในการใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง ไปพร้อมกับยาทุกครั้ง และ มีการติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและปฏิกริยาต่อกันระหว่างยาโดยทีมสหวิชาชีพ

5.20 วิธีการเพื่อป้องกันอันตราย ตามมาตรฐานของ Gap Analysis หมายถึง การที่มีการ จัดทำชุดคำสั่งที่จัดพิมพ์ไว้ล่วงหน้า (Preprinted order forms) และแผนการจัดการดูแลผู้ป่วย (Clinical pathways) หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Protocols) ซึ่งสะท้อนวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐานสำหรับ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสภาวะของโรคหรือความต้องการที่คล้ายคลึงกัน มีการลดความหลากหลายโดยการ กำหนดมาตรฐานความเข้มข้นและขนาดยาให้มีน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็น เช่น จัดให้มียาความเสี่ยงสูง เพียงความเข้มข้นเดียวเท่านั้น มีการพิจารณาจัดตั้งหน่วยบริการยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulation services) หรือวาร์ฟาริน คลินิก (Warfarin Clinic) ซึ่งดำเนินการโดยพยาบาลหรือ เภสัช จัดให้มีข้อความเตือนใจและข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการติดตามการใช้ยาที่เหมาะสมอยู่ในชุดคำสั่ง,

protocols, และ flow sheets เช่น ข้อความว่า “ยาความเสี่ยงสูง” “ห้าม IV Push” หรือ “ผู้ป่วยใช้ยา Warfarin” และมีการจัดทำแนวทาง (Protocols) การใช้ยาความเสี่ยงสูงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีมีครรภ์ หรือให้นมบุตร เป็นต้น

5.21 วิธีการเพื่อค้นหาความผิดพลาดและอันตราย หมายถึง มีการบรรจุข้อความเตือนใจ และข้อมูลเกี่ยวกับ ปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับการติดตามการใช้ยาในชุดคำสั่งการใช้ยา ในแนวทางการใช้ยา (Protocols) และในขั้นการการปฏิบัติต่างๆ ในการใช้ยาความเสี่ยงสูง (Flow sheet) เช่น ข้อความว่า “KCl Case”, “Waffarin case”, “IV Insulin case” ข้อความว่า “เปลี่ยนขนาดยา” หรือ การบอกว่า INR หรือค่า % Bleeding เป็นต้น หากมีผู้ต้องการใช้ข้อมูลผลการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญต่อการใช้ยาความเสี่ยงสูง จะสามารถทำให้ผู้ต้องการนั้นสามารถเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้ และมีการนำแนวทางการทวนสอบอย่างอิสระแก่กัน (Double-checks) มาใช้อย่างเหมาะสม กับยาความเสี่ยงสูงทุกรายการ

5.22 วิธีการเพื่อบรรเทาอันตราย หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการจัดทำ Protocols อนุญาตให้มีการใช้สารต้านฤทธิ์เพื่อช่วยชีวิต (Reversal agents/Antidotes) โดยไม่ต้องรอแพทย์ มีแนวทางช่วยชีวิต (Rescue protocols) เมื่อคนไข้เกิดอันตรายจากการใช้ยาความเสี่ยงสูง มีสารต้านพิษ (Antidotes) และสารต้านฤทธิ์ (Reversal agents) พร้อมใช้เสมอ และ มีการตรวจสอบความเพียงพอ พร้อมใช้ของ Antidotes หรือ Reversal agents อย่างสม่ำเสมอทุกวัน

5.23 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้กลุ่มยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการ จัดทำ Anticoagulation flow sheet และคำสั่งใช้ยา เพื่อติดตามผู้ป่วยจากโรงพยาบาลไปถึงบ้าน เช่น สมุดประจำตัวผู้ป่วยที่ใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Anticoagulants) และมีการ จัดให้มี Anticoagulant clinic ทั้งในแผนกของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก

5.24 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ ยาต้านการแข็งตัวของเลือด ชื่อ วาร์ฟาริน (Warfarin) หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการ กระจายการยา Warfarin ที่มีหลายความแรงให้เหลือน้อย ที่สุด เช่น อาจมีแค่ 2 ความแรง คือ 3 mg กับ 5 mg มีการ จัดทำแนวทางการปรับขนาดยา Warfarin ที่เป็นมาตรฐานที่เป็นมาตรฐานเดียวกันตั้งแต่การเริ่มให้ยา, การให้ยาต่อเนื่อง, แนวทางการปรับขนาด Vitamin K, การหยุดยาเพื่อการผ่าตัด เป็นต้น มีการ ปรับปรุงการเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างรวดเร็วเมื่อต้องปรับขนาดยา Warfarin (เช่น เข้าถึงผ่านระบบ Computer แทนการ ดูประวัติใน OPD Card) มีการ จัดให้มีหน่วยยาต้านการแข็งตัวของเลือดกลาง (Anticoagulation Center) เพื่อติดตามและจัดการปรับขนาดยา การติดตามผลการใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน (Warfarin) จะมีการจัดให้ได้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการภายใน 2 ชม. หรือภายในเวลาที่เหมาะสม ที่จะติดตามผลจากการใช้ยานั้น (Monitoring time) มีการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยตามระดับความสามารถ

ในการรับรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการกินยาการติดตามผลการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด วาร์ฟาริน (Warfarin) ด้วยตนเอง รวมถึงเกี่ยวกับยาและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และมีการใช้กระบวนการกระบวนการที่จะได้มา ซึ่งข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่ บานกอนเขมาได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Medication reconciliation) เพื่อปรับปรุงการสื่อสารส่งมอบข้อมูลการใช้ยา และร่วมกับผู้ป่วยจัดทำบัญชียาที่ผู้ป่วยใช้อย่างถูกต้อง

5.25 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาด้านการแข็งตัวของเลือด ชื่อ เฮฟปาริน (Heparin) หมายถึง มีการใช้แนวทางการให้ยาเฮฟปาริน ตามน้ำหนักตัว (Heparin weight-based Heparin protocol) โดยจำกัดให้มีไม่เกิน 1-2 แนวทาง มีการ ใช้แบบฟอร์มการสั่งใช้ยา Heparin ที่พิมพ์ล่วงหน้า (preprinted order forms) หรือใช้แนวทางการสั่งใช้ยา (ordering protocols) มีแนวทางการปรับขนาดยา Heparin ที่ได้พิจารณาครอบคลุมถึงการใช้ปัจจัยที่ทำให้เลือดออกง่ายขึ้น เช่น thrombolytics and GIIg/IIIa inhibitors ร่วมด้วยทุกครั้ง ไม่มีการให้ Heparin ภายใน 6-12 ชั่วโมงก่อนหรือหลังการให้ LMWH มีการใช้ยา Heparin ที่มีความเข้มข้นเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งใน ห้องผ่าตัด(OR), ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ER), และห้องผู้ป่วยภาวะวิกฤต (ICU) มีการ แยกเวชภัณฑ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับยาด้านการแข็งตัวของเลือด เฮฟปาริน(Heparin)ออกจากกันทั้งในเวลาใช้หรือการจัดเก็บมีการจ่าย Anticoagulant จากแผนกเภสัชกรรมเท่านั้น มีการ การเก็บ Heparin ไว้ที่หน่วยดูแลผู้ป่วย ให้ใช้ขนาดบรรจุความเข้มข้น และขนาดยาที่น้อยที่สุด

5.26 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (Narcotics) หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการจัดทำแนวทาง (Protocol) ที่เป็นมาตรฐานสำหรับการให้ยาแก้ปวดชนิดเสพติด มีการ ใช้วิธีการที่เหมาะสมในการติดตามผลข้างเคียงจาก Narcotic และ Opiate การจัดให้มีแนวทาง (Protocol) การให้ Naloxone และสารต้านฤทธิ์ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องรอคำสั่งแพทย์มีการปรึกษา Pain specialist (อาจจะเป็นพยาบาล เภสัชกร แพทย์ ที่ได้รับการฝึกอบรม) ถ้าแพทย์ผู้ดูแลไม่เชี่ยวชาญในเรื่องการควบคุมอาการปวด การใช้วิธีการระงับอาการปวดและความกังวลที่ไม่ใช่ยาให้มากขึ้น มีการ หลังจากตั้งโปรแกรมการให้ยาที่ Infusion Pump แล้ว ให้มี Independent double-check โดยเภสัชกรหรือพยาบาล มีการทำ Independent double-check สำหรับ PCA และ/หรือ Epidural narcotics มีการ ลดหรือจัดการใช้ยาที่มีความแรงหลายขนาดถ้าเป็นไปได้ และมีการใช้แนวทาง (protocols) และคำสั่งใช้ยาที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าสำหรับ PCA, การให้ยาแก้ปวดหลังผ่าตัด, การให้ Sedation รวมทั้ง Epidural, Intrathecal pain management

5.27 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการ ใช้ยาคิดอินซูลิน (Insulin) หมายถึง การ โรงพยาบาลมีการกำหนดให้มี Independent double-check ยา, ขนาดยา, Pump setting, วิธีการให้และการระบุตัวผู้ป่วยก่อนที่จะมีการให้ IV insulin ทุกครั้ง มีการใช้คำสั่งการหยดยา Insulin (Infusion

order) ที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้า มีการ แยกยาที่ชื่อพ้องมองคล้ายออกจากกัน เช่น Regular Insulin, NPH Insulin และ Heparin มีการจัดเตรียมสารละลาย Insulin ต่างๆ ในแผนกเภสัชกรรมเท่านั้น มีการจัดเตรียมสารละลาย Insulin เพื่อให้ IV-infusion insulin มีมาตรฐานความเข้มข้นเดียวกัน มีการมอบให้ผู้ป่วยบริหารยา insulin ด้วยตนเองถ้าสามารถทำได้ มีการ ประสานเวลาที่ให้อาหารกับเวลาที่ใช้ Insulin เพื่อผลของการใช้ยาที่ดีและป้องกันอาการระดับน้ำตาลในกระแสเลือดต่ำเกินค่าปกติ (Hypoglycemia) มีการยกเลิกการใช้ Sliding insulin dosage scale มีการมีการติดตามผลการใช้ยาอย่างเหมาะสมโดยการตรวจน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี Rapid testing บ่อยขึ้น เมื่อสั่งใช้ Insulin จะระบุหรืออ้างอิงถึงมาตรฐานที่กำหนดไว้สำหรับการตรวจทดสอบทางห้องปฏิบัติการ และการติดตามผลทางคลินิกที่ผู้ป่วย เสมอ

5.28 การปรับปรุงเพื่อความปลอดภัยในการใช้ยาสงบประสาท (Sedatives) หมายถึง การที่โรงพยาบาลมีการ เก็บสำรองและสั่งใช้ Oral moderate sedation ที่มีความแรงเพียงขนาดเดียว เท่านั้น มีการจัดทำคำสั่งที่พิมพ์ไว้ล่วงหน้าสำหรับการสั่งใช้ Sedatives มีการติดตามผลของยาในเด็กทุกรายที่ได้รับ Chloral hydrate สำหรับการทำให้หลับก่อนการผ่าตัด (Pre-operative sedation) ในทุกทั้งระยะก่อนการผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังทำการผ่าตัด มีเครื่องมืออุปกรณ์ช่วยชีวิตที่เหมาะสมกับอายุของผู้ป่วย และสารแก้ ในทุกหน่วยงานที่มีการให้ยา Sedative และระหว่างการผ่าตัดซึ่งผู้ป่วยได้รับ Sedation มีการ ใช้แนวทางการปรับลดขนาดยาอัตโนมัติสำหรับ Benzodiazepines, Sedatives และ hypnotics อื่น ในกลุ่มเป้าหมายมีการติดตามผู้ป่วยเพื่อดูอาการแสดงของการกดการหายใจจากระดับ O_2 saturation หรือ CO_2 โดยใช้ pulse Oximeter และ Capnographer และ มีการ บูรณาการเอกสารการให้ยากับข้อมูลสัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อตรวจสอบแนวโน้มความเสี่ยงที่สามารถคาดการณ์และป้องกันได้

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1 ทำให้ทราบว่าในภาพรวมระดับจังหวัด ส่วนที่ต่างจากมาตรฐานของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานีตามมาตรฐานของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเรื่องความปลอดภัยในผู้ป่วยด้านยาความเสี่ยงสูงมีมากน้อยเพียงใด ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปใช้เพื่อการพัฒนาและปรับปรุงระบบความปลอดภัยของผู้ป่วยด้านยาความเสี่ยงสูงที่ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริงมากขึ้น

6.2 ทำให้ทราบว่าในภาพรวมของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี เมื่อเปรียบเทียบระบบจัดการยาความเสี่ยงสูงตามมาตรฐานสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี แยกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลองค์กร มีความเสี่ยงสำคัญ

ของระบบความเสี่ยงสูงในประเด็นใดบ้าง ซึ่งข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปเพื่อใช้ในการวางแผน เพื่อความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยที่มีการใช้ยาความเสี่ยงสูงต่อไป

6.3 ได้ข้อเสนอแนะที่อาจใช้เป็นแนวทางในการในการนิเทศติดตามระบบความเสี่ยงสูง สำหรับโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

