

ร่างบททวนการเกิดอุบัติเหตุการบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล

จำนวน เหตุการณ์ 2 เหตุการณ์

เหตุการณ์ที่ 1

เหตุเกิดเมื่อ วันที่ 21 สิงหาคม 2549 นักศึกษาชั้นปีที่ 3 ฝึกภาคปฏิบัติที่ตึกศัลยกรรมหญิง ได้บริหารยา Transamin 1 amp ทางหลอดเลือดดำผิดพลาด ชนิด ผิดคน ระดับความรุนแรง ระดับD เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

การแก้ไขเบื้องต้น

1. แจ้งให้อาจารย์นิเทศทราบ
2. รายงานหัวหน้าเวรทราบ
3. รายงานแพทย์เจ้าของไข้ทราบ
4. ให้เฝ้าระวังสังเกตอาการหลังให้ 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนใด ๆ
5. ให้เขียนรายงาน

การดำเนินการในระยะที่ 2

1. แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน
2. ผลการพิจารณา ให้ตัดคะแนนการปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้น 15 คะแนนและให้ปฏิบัติงานเพิ่มเติมในตึกศัลยกรรมหญิง 2 สัปดาห์ โดยมีอาจารย์นิเทศ โดยผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการบริหารวิทยาลัย

เหตุการณ์ที่ 1

เหตุเกิดเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2549 นักศึกษาชั้นปีที่ 2 ฝึกปฏิบัติที่ตึกศัลยกรรมหญิง ได้บริหารยา ผิดพลาด Amikin 250 mg ผสม NSS 100 ซีซี ทางหลอดเลือดดำ ชนิดผิด คน และผิดเวลา ระดับความรุนแรง ระดับD เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องเฝ้าระวังเพื่อให้อุ่นใจว่าไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

การแก้ไขเบื้องต้น

1. แจ้งให้อาจารย์นิเทศทราบ
2. ให้เขียนรายงาน

การดำเนินการในระยะที่ 2

1. แต่งตั้งคณะกรรมการสอบสวน
2. ผลการสอบสวนยังไม่ได้ข้อสรุป

วิเคราะห์เหตุการณ์ 2 เหตุการณ์ สรุปประเด็นโอกาสพัฒนาได้ดังนี้

1. นักศึกษาพยาบาลไม่ได้ใช้หลัก5R อย่างเคร่งครัด
2. ระบบการDouble check ของไม่เคร่งครัด
3. ผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเรื่องยาที่ได้รับ
4. นักศึกษาที่เตรียมยา ไม่ได้เป็นผู้ฉีดยาเอง มีเพื่อนอีกคนอาสาฉีดยาให้แทน
5. การรายงานอุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาดไม่ได้ระบุ ระดับความรุนแรงของความผิดพลาดการบริหาร

ยา

วิเคราะห์หาสาเหตุ

1. ประเด็นทำไม นักศึกษาพยาบาลไม่ได้ใช้หลัก5R อย่างเคร่งครัดในการบริหารยา

สาเหตุ 1. นักศึกษาขาดความรู้

2. นักศึกษาขาดความตระหนัก

3. นักศึกษาขาดประสบการณ์

4. หลักสูตรการปฐมนิเทศนักศึกษาก่อนขึ้นหอผู้ป่วย ในประเด็นระบบยาที่ปลอดภัย

ของหอผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ประเด็นความปลอดภัยในเรื่องยาของผู้ป่วย

2. ประเด็นทำไม ระบบการDouble check ไม่เคร่งครัด

สาเหตุ 1. ขาดการควบคุมตรวจสอบนิเทศที่ใกล้ชิด

2. นักศึกษาขาดความรู้ ขาดความตระหนัก ระบบ Double check

3. ไม่มีคู่มือการแนวทางการป้องกัน Administration error สำหรับอาจารย์และนักศึกษา

พยาบาล

4. หลักสูตรการปฐมนิเทศนักศึกษาก่อนขึ้นหอผู้ป่วย ในประเด็นระบบยาที่ปลอดภัย

ของหอผู้ป่วยยังไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ประเด็นความปลอดภัยในเรื่องยาของผู้ป่วย

3. ทำไมผู้ป่วยไม่ได้รับข้อมูลเรื่องยาที่ได้รับ

สาเหตุ 1. พยาบาลหรือนักศึกษาพยาบาลขาดความตระหนัก

2. ผู้ป่วย การศึกษา สูงอายุ ป่วยรุนแรง ไม่มีญาติ ที่จะตรวจสอบหรือให้ข้อมูลได้

3. ระบบการนิเทศ ตรวจสอบ ติดตามขาดความต่อเนื่อง

4. ทำไมนักศึกษาที่เตรียมยา ไม่ได้เป็นผู้ฉีดยาเอง มีเพื่อนอีกคนอาสาฉีดยาให้แทน

สาเหตุ 1. ขาดความรู้

2. ขาดความตระหนัก

3. การปฐมนิเทศไม่ครอบคลุมในประเด็นการบริหารยาและเน้นให้ถือปฏิบัติอย่าง

เคร่งครัดและเป็นข้อห้ามเด็ดขาด

4. ระบบการนิเทศติดตาม การบริหารยาของนักศึกษา รายบุคคล รายผู้ป่วย

5. ทำไมการรายงานอุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาดไม่ได้ระบุ ระดับความรุนแรงของความผิดพลาด

การบริหารยา

สาเหตุ 1. ขาดความรู้

2. ไม่มีคู่มือการปฏิบัติที่ชัดเจน

3. ไม่มีกรอบรปฐมนิเทศในประเด็นดังกล่าว เพราะอุบัติการณ์ที่เกือบพลาด (near miss) เป็นเหตุการณ์พึงสังวรประเภทหนึ่งที่มีความสำคัญเพียงพอที่ต้องทบทวน ซึ่งการฝึกของนักศึกษาอาจมีเหตุการณ์เกือบพลาดอยู่จำนวนมากแต่ไม่ได้รับการรายงานอุบัติการณ์

แนวปฏิบัติทางการป้องกันความผิดพลาดในการบริหารยาผิดพลาดของนักศึกษาพยาบาล

1. จัดทำคู่มือการบริหารยาเพื่อป้องกันการบริหารยาผิดพลาด โดยให้สอดคล้องกับระบบการจัดการยาที่ปลอดภัยของโรงพยาบาล และระบบการบริหารยาของหอผู้ป่วยและประเด็นยาที่ความเสี่ยงสูง และระดับความรุนแรงของความผิดพลาด ของ The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP) จัดแบ่งเป็น 9 ระดับ A - I
2. จัดทำหลักสูตรปฐมนิเทศ เรื่องระบบยาที่ปลอดภัยกับการบริหารที่ปลอดภัย
3. ดำเนินการปฐมนิเทศเรื่องระบบยาที่ปลอดภัยกับการบริหารที่ปลอดภัยให้แก่ศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติและทดสอบความรู้และทักษะให้ผ่านเกณฑ์ก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติ
4. พัฒนาระบบการรายงานอุบัติการณ์การบริหารยาผิดพลาดที่สอดคล้องกับระบบการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงและมีความไวและมีความชัดเจนของปัญหาเพื่อสามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น
5. เฝ้าระวังและรายงานอุบัติการณ์ความผิดพลาดในการบริหารยาอย่างจริงและต่อเนื่อง
6. ดำเนินการทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากการบริหารยาผิดพลาด ควรมีการดำเนินการทันทีที่เกิดเหตุการณ์เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุและหาแนวทางการป้องกัน ได้ทันที โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพการนิเทศ และการฝึกของนักศึกษา