

1. ชื่อผลงาน / โครงการ : **Look Alike บอกได้ ง่ายนิดเดียว**

2. คำสำคัญ : ความคลาดเคลื่อนทางยา (Medication error) ความคลาดเคลื่อนก่อนการจ่ายยา (Pre-dispensing error) ยาชื่อพ้องมองคล้าย (Look Alike - Sound Alike Drugs)

3. ชื่อหน่วยงาน : งานเภสัชกรรม กลุ่มงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

4. สมาชิกทีม : ภญ. ภาวีณี อร่ามเจริญรัตน์ นายไกรสร ประเสริฐสันติสุข นางสาวจุฑารัตน์ เกิดเดช และนางสายฝน ชาญสูงเนิน

5. การติดต่อกับทีมงาน : กลุ่มงานเภสัชกรรม ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา โทร.044-305131 ต่อ 115

6. เป้าหมาย :

1. เพื่อลดความคลาดเคลื่อนทางยาในการจัดยาและจ่ายยาของยาที่มีลักษณะคล้ายกัน (Look Alike)
2. เพื่อพัฒนาระบบยาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วย

7. ปัญหาและสาเหตุโดยย่อ: ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงหนึ่งที่ทำให้เกิดอันตรายต่อการรักษาด้วยการใช้ยา ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยในระบบการให้บริการ ความคลาดเคลื่อนทางยาเป็นความเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้โดยพัฒนาออกแบบระบบและขั้นตอนการให้บริการ ประเภทของความคลาดเคลื่อนทางยาจะมีตั้งแต่ไม่มีความคลาดเคลื่อน มีความคลาดเคลื่อนแต่ไม่เป็นอันตราย มีความคลาดเคลื่อนและเป็นอันตราย จนกระทั่งเป็นอันตรายจนเสียชีวิต (แบ่งเป็นระดับ A - I) จากข้อมูลปีงบประมาณ 2561 พบว่าอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาของผู้ป่วยนอกเท่ากับ 4.95 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา โดยความคลาดเคลื่อนส่วนใหญ่เกิดขึ้นในขั้นตอนก่อนจ่ายยา (Pre-dispensing) เท่ากับ 3.14 ต่อ 1,000 ใบสั่งยา ซึ่งเป็นบทบาทความรับผิดชอบของงานเภสัชกรรมโดยตรง และในเดือนกันยายน 2561 มีอุบัติการณ์จ่ายยาผิดจาก carbocysteine syrup 100 mg เป็น Paracetamol syrup 250 mg เมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่า เป็นยาที่มีลักษณะคล้ายกัน ทำให้มีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนได้ง่าย งานเภสัชกรรมจึงเล็งเห็นความสำคัญของยากลุ่มดังกล่าวเนื่องจากทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาผิดชนิดและผิดความแรง หากไปถึงผู้ป่วยอาจเกิดอันตรายขั้นรุนแรงได้ ดังนั้นจึงทำการค้นหาคู่ยาที่คล้ายกันเพิ่มเติม และพัฒนางานเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเช่นเดิมอีก รวมถึงเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้เพิ่มความระมัดระวังในการจัดและจ่ายยามากยิ่งขึ้น

8. กิจกรรมการพัฒนา:

1. ประชุมเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนในอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น

○ บุคคล

- ผู้จัดยาขาดการตรวจสอบก่อนและหลังการหยิบยา ใช้ภาพจำที่คุ้นเคยว่าขวดยาเป็นแบบใด สีใด
- ผู้จ่ายยาดูขวดยาเพียงผิวเผิน ใช้ภาพจำที่คุ้นเคยว่าขวดยาเป็นแบบใด สีใด

○ ระบบ

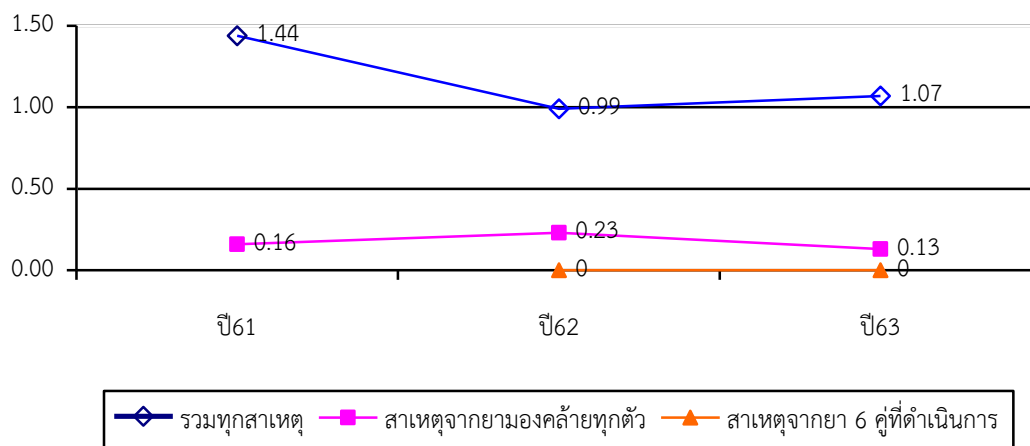
- ยาทั้ง 2 เป็นบริษัทเดียวกัน ลักษณะขวดจึงเหมือนกัน ฉลากยามีโทนสีใกล้เคียงกัน ต่างกันที่รายละเอียดในฉลากยา
- ฉลากยาโรงพยาบาลเมื่อปิดทับขวดจะพันเกือบรอบขวด เหลือรายละเอียดที่ขวดให้อ่านเพียงเล็กน้อย

2. หาแนวทางแก้ไข/พัฒนา และดำเนินการ

- เดือนตุลาคม 2561 เริ่มดำเนินการในยาที่เกิดอุบัติการณ์ โดยสร้างความแตกต่างที่ขวดยาทั้งสองด้วยการติดสติ๊กเกอร์สีที่ฝาขวด Paracetamol syrup 250 mg ส่วน Carbocisteine syrup นั้นปล่อยไว้เช่นเดิม เพื่อเป็นสัญลักษณ์ช่วยให้การตรวจสอบยาสะดวกและสังเกตง่ายขึ้น
- เดือนพฤศจิกายน 2561 เพิ่มการติดสติ๊กเกอร์สีที่ฝาขวดยาน้ำและซองยาเม็ดคู่อื่นที่คล้ายกันได้แก่ Paracetamol syrup 120 mg - CPM syrup, Vitamin B1 - Vitamin B6, Ropect - Vitamin B12
- เดือนมีนาคม 2562 เมื่อ Omeprazole บริษัทเดิมใกล้หมดคลัง จึงจัดซื้อยาจากบริษัทอื่นแทน เนื่องจากแพคเกจเดิมคล้ายกับยา Fexofenadine ที่วางอยู่ตู้เดียวกันและมีการหยิบผิดเกิดขึ้น
- เดือนเมษายน 2562 มีการนำยา Trilipix® เข้าบัญชียาโรงพยาบาล ซึ่งกล่องบรรจุยามีความคล้ายคลึงกับซองยา Lipantyl® ต่างเพียงแค่นาटकกล่องและยาวางข้างกันที่ตู้ยา จึงได้นำแผ่นฟิวเจอร์บอร์ดมาคั่นระหว่างยาทั้งสอง เพื่อป้องกันกล่องยาปะปนกันและหยิบผิด

9. การวัดผลและผลการเปลี่ยนแปลง:

อัตราความคลาดเคลื่อนในการจัดยาชนิดและความแรง (ต่อ 1000 ใบสั่งยา)



จากการดำเนินการพบว่า ปีงบประมาณ 2562 และ 2563 ไม่พบความคลาดเคลื่อนของยา 6 คู่ที่ดำเนินการไป จึงสรุปได้ว่าวิธีที่นำมาใช้สามารถลดความคลาดเคลื่อนในการจัดยาที่มีลักษณะมองคล้ายได้ แต่พบความคลาดเคลื่อนของยามองคล้ายคู่อื่นที่ไม่ได้ดำเนินการอีกหลายคู่ ได้แก่ Enalapril 5 mg – Enalapril 20 mg, Ferrous sulfate – Folic acid, Poly oph – Hista oph, MOM – Alum milk, ยาสูตร Norgesic – Paracetamol 500 mg

และจากกราฟจะเห็นได้ว่าความคลาดเคลื่อนจากยาที่มีลักษณะมองคล้ายพบเพียงส่วนน้อยเท่านั้น แต่ที่เกิดจากสาเหตุอื่นยังพบเป็นจำนวนมาก วิเคราะห์แยกเป็นหมวดหมู่ได้ดังนี้ 1)ยาที่ซื้อขึ้นต้นด้วยตัวอักษรเดียวกัน 2)ยาเดียวกันแต่คนละความแรง 3)ยาคนละตัวแต่ความแรงเหมือนกัน และ 4)อื่นๆ

10. บทเรียนที่ได้รับ โอกาสพัฒนา หรือข้อเสนอแนะในการพัฒนาต่อไป: เนื่องจากการดำเนินการดังกล่าว ยังไม่ครอบคลุมกลุ่มยาที่มีลักษณะมองคล้ายที่มีในโรงพยาบาลทั้งหมด ทำให้ยังมีอุบัติการณ์เกิดขึ้นในคู่อื่น

ที่มีลักษณะทั้งข้อพับและมองคล้ายเกิดขึ้น ดังนั้นงานเภสัชกรรมจึงต้องพัฒนาและดำเนินการให้ครอบคลุมในคู่ยาที่ลักษณะของเม็ด ฉลาก กล่อง ขนาด คล้ายกันต่อไป รวมถึงควรพัฒนาในส่วนความคลาดเคลื่อนในการจัดผลิตชนิดและความแรงที่เกิดจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งมีอัตราการเกิดมากกว่า เพื่อลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยาให้เหลือน้อยที่สุด