

Insulin

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety

Insulin จัดเป็นยาความเสี่ยงสูงที่เป็นสาเหตุสำคัญของความคลาดเคลื่อนทางยา [1] ความซับซ้อนของชนิดยาที่หลากหลายและสูตรการรักษาที่แตกต่างกันเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักที่นำไปสู่ความสับสน ความผิดพลาดดังกล่าวมักส่งผลให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำที่รุนแรง ซึ่งเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย[2] ดังนั้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและมาตรการป้องกันเชิงระบบจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยง [3]



องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้ความสำคัญ ต่อการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา จนได้กำหนด Global Patient Safety Action Plan 2021–2030



ประเทศไทยได้เข้าร่วมสนับสนุนและประกาศนโยบาย 3P Safety (Patient, Personnel and People Safety) และจัดทำ Thailand 3P Safety Action Plan

E ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป :

ระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ (Severity Category E-I) หมายถึง การจัดระดับความรุนแรงของเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนตามเกณฑ์ระบบการรายงาน NRLS โดยเริ่มตั้งแต่ ระดับ E ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย (Required Intervention) ไปจนถึง ระดับ I ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต

1.35M รายงานความเสี่ยงทางคลินิก "Safe from Medication error" ทั้งหมด

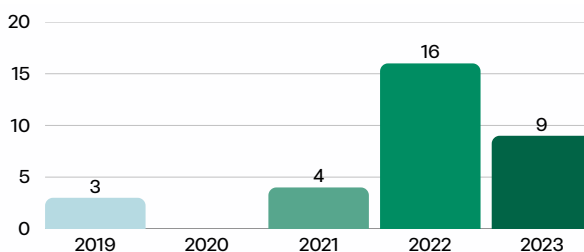
486K รายงานที่ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นด้วยเทคนิค NLP

32 รายงานที่เกี่ยวข้องกับยา Warfarin โดยเฉพาะ ความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป

จาก **22** โรงพยาบาล

สถิติจากระบบ NRLS (กุมภาพันธ์ 2561 – เมษายน 2567)

มีแนวโน้มรายปีสูงขึ้น

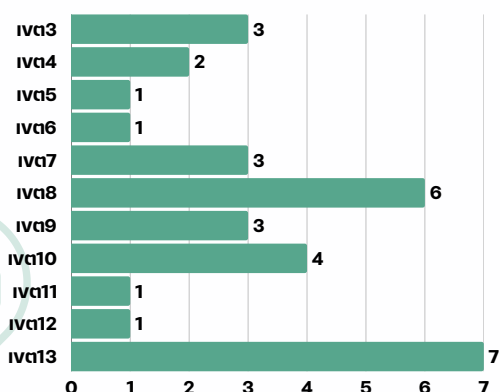


แนวโน้มเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนที่มีระดับความรุนแรง E-I จากการใช้ Insulin ในช่วงปี 2561–2567 พบว่า จำนวนเหตุการณ์โดยรวมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงปีหลังการระบาดของโควิด-19

รายงานฉบับเต็ม Power BI Dashboard Link: Power BI Link
Source: NRLS Thailand (2561–67) processed by NLP

ภาพรวมกระบวนการใช้ยา Potassium Chloride

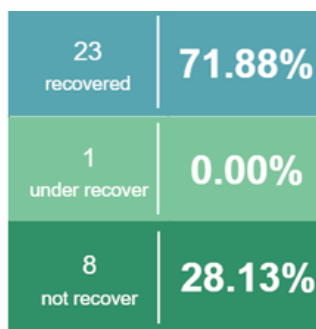
จำนวนการรายงานแบ่งตามเขตสุขภาพ



อันดับที่มีรายงานสูงสุด

เขตสุขภาพที่ 13 มีจำนวนรายงานสูงสุดที่ 7 รายงาน ตามด้วย เขตสุขภาพที่ 8 (6 รายงาน) และ เขตสุขภาพที่ 10 (4 รายงาน)

ความท้าทายในการจัดการและติดตามผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น



โดยภาพรวม มีโรงพยาบาลสมาชิก 22 แห่ง ที่ได้รับรายงานเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนรวมทั้งสิ้น 32 เคส

จากจำนวนทั้งหมด 32 รายงาน พบว่า 71.88% ได้รับการแก้ไขและปิดรายงานแล้ว (Recovered) ขณะที่ 28.13% ยังไม่สามารถปิดรายงานได้ (Not Recover) และมี 1 รายงาน(0.00%) ที่ยังไม่บันทึกความคืบหน้า (Under Recover)

เอกสารอ้างอิง 1. Institute for Safe Medication Practices (ISMP). ISMP list of high-alert medications in acute care settings. Horsham, PA: ISMP; 2018.

2. Geller AI, Shehab N, Lovegrove MC, et al. National estimates of insulin-related hypoglycemia and errors leading to emergency department visits and hospitalizations. JAMA Intern Med. 2014;174(5):678-86.

3. American Diabetes Association. 6. Glycemic targets: standards of medical care in diabetes-2022. Diabetes Care. 2022;45(Supplement_1):S83-S96.



Insulin

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

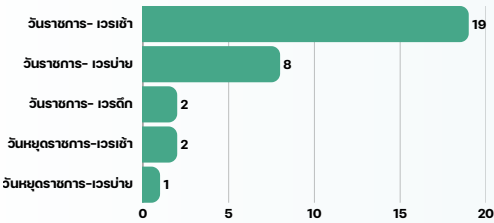
เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety)

ภาพรวมการรายงานอุบัติการณ์ความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยา Potassium Chloride

เวรเข้า ในเวลาราชการ :

เกิดความคลาดเคลื่อนสูงสุด



จากการสรุปข้อมูลพบว่า ในวันราชการช่วงเวรเช้า พบความคลาดเคลื่อนสูงสุด รองลงมาเป็น วันราชการในช่วงเวรบ่าย และ ในวันราชการช่วงเวรดึก

จุดเกิดเหตุ

MEDICAL DEPARTMENT CHART



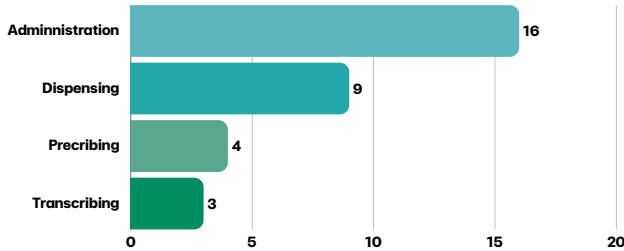
จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยใน (IPD) มีปริมาณสูงที่สุด 18 รายงาน รองลงมาคือผู้ป่วยที่มาจากหน่วยสนับสนุน และผู้ป่วยวิกฤต (ICU) เพียง 7 และ 5 รายงานตามลำดับ

วิธีการให้ยา



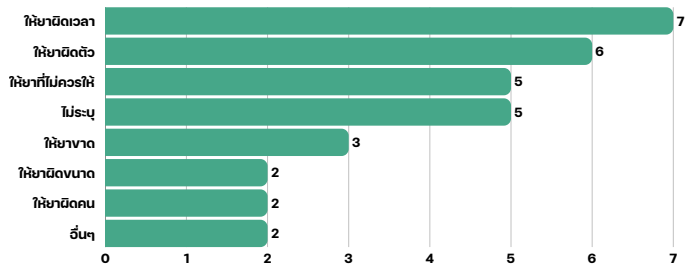
การรายงานวิธีกิน(2) เป็นการรายงานที่ผิดพลาด

พบความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุดคือ การบริหารยา



จากข้อมูลพบว่าหมวดกระบวนการ Administration (การบริหารยา) , Dispensing (การจ่ายยา) และ Prescribing (การสั่งใช้ยา) เป็น 3 อันดับแรกที่พบความคลาดเคลื่อนมากที่สุด ซึ่งหมวดเหล่านี้คิดเป็น 90,6% ของเหตุการณ์ทั้งหมด และถือเป็นจุดเสี่ยงหลักที่ต้องได้รับการแก้ไข

พบความคลาดเคลื่อน การให้ยาผิดเวลา สูงที่สุด 21.9%

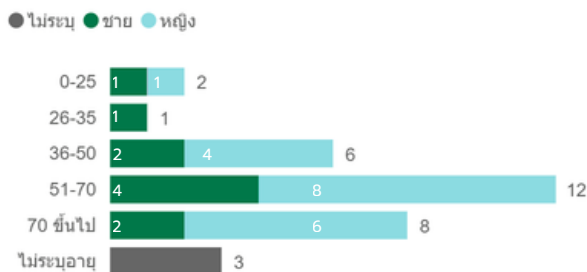


หมายเหตุ : อื่นๆ (2) มาจากรายงานที่ได้มามีข้อมูลไม่เพียงพอ

จากการวิเคราะห์ พบว่า การให้ยาผิดเวลา เป็นประเภทความคลาดเคลื่อนที่พบมากที่สุด โดยคิดเป็นสัดส่วน 21.9% รองลงมาคือ ให้ยามิถตัว 18.8% , ให้ยาที่ไม่ควรให้ 15.6% , ให้ยาขาด 9.4% และ ให้มิถขนาด ให้ยามิถคน คิดเป็นร้อยละ 6.3%

ปัจจัยทางประชากร

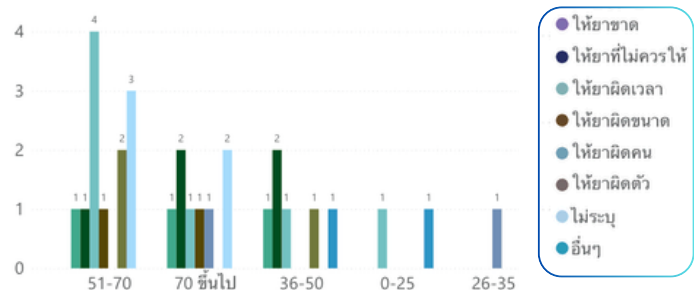
Age and Gender



ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะของผู้ป่วย และความรุนแรงของความคลาดเคลื่อนทางยา ตามอายุและเพศของผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบ

- ผู้สูงอายุ ≥ 51 ปีขึ้นไป: ~ 90%
- เพศหญิง มากกว่าเพศชาย

ความคลาดเคลื่อนทางยา ที่เกี่ยวข้องกับ Insulin จำแนกตามช่วงอายุ



หมายเหตุ : ข้อมูลประเภทไม่ระบุ มาจากรายงานที่ได้มามีข้อมูลไม่เพียงพอ

จากข้อมูลสรุปได้ว่า ความคลาดเคลื่อนทางยาจะพบมากในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่ม 51-70 ปี มีจำนวนสูงสุด โดยมีการให้ยามิถเวลา มากที่สุด รองลงมาคือการให้ยามิถตัว ในขณะที่ช่วงอายุน้อยนั้น พบความคลาดเคลื่อนไม่มาก

Insulin

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety

ผลกระทบมีความต่อเนื่อง ไปยังทุกขั้นตอนถัดไปในกระบวนการใช้ยา



1. การสั่งใช้ยา (Prescribing)
ข้อผิดพลาดเริ่มต้นที่นี่

2. การเตรียมยา (Pre-dispensing)
ส่งผลต่อการเตรียม

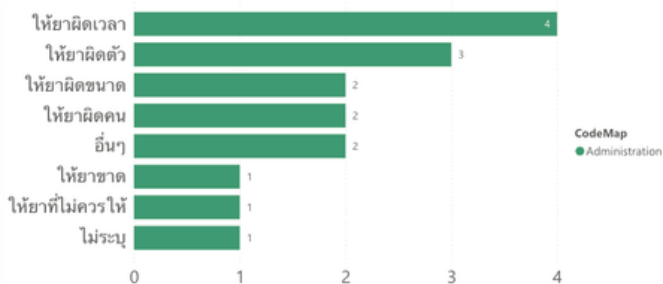
3. การจ่ายยา (Dispensing)
ส่งผลต่อการจ่าย

4. การบริหารยา (Administration)
ส่งผลต่อการบริหาร

วิเคราะห์แยกตามกระบวนการใช้ยา Insulin

การบริหารยา

การบริหารยาผิดพลาด เป็นความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุด โดยคิดเป็น 25.0% ของข้อมูลทั้งหมด



หมายเหตุ : ไม่ระบุ (1)/ อื่นๆ (2) มาจากรายงานที่ได้มา มีข้อมูลไม่เพียงพอ

การบริหารยาผิดพลาดเป็นสาเหตุสูงสุด 4 รายงาน จากทั้งหมด 16 รายงาน = 25.0% , รองลงมา ให้อายุผิดตัว 3 รายงาน = 18.8% ; กลุ่มที่ผิดขนาด , ผิดคน และ อื่นๆ อย่างละ 12.5% และ กลุ่มที่ให้อายุขาด , ให้อายุที่ไม่ควรให้ อย่างละ 6.3%

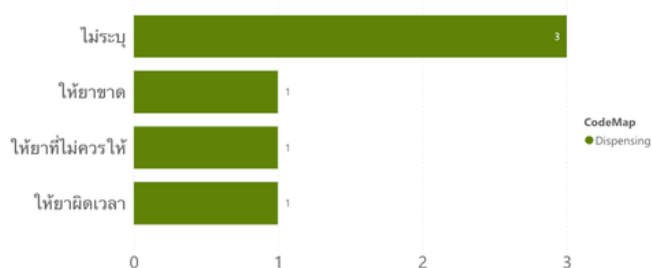
การสั่งใช้ยา



หมายเหตุ : ไม่ระบุ (1) มาจากรายงานที่ได้มา มีข้อมูลไม่เพียงพอ

จากข้อมูลที่มี 4 เคส แบ่งเท่าๆ กัน – สั่งใช้ยาขาด , สั่งใช้ยาที่ไม่ควรให้ , สั่งใช้ยาผิดพลาด รวมถึงรายงานที่ไม่ระบุ คิดเป็น อย่างละ 25% ; สะท้อนว่าปัญหากระจายตัว ไม่มีประเภทใดที่โดดเด่น

การจ่ายยา

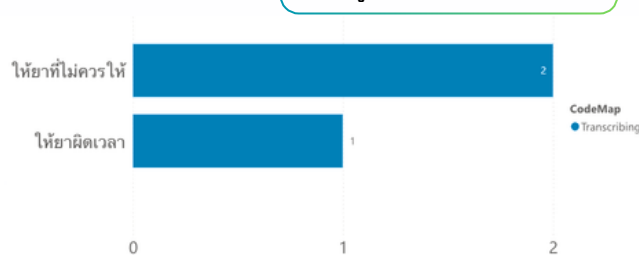


หมายเหตุ : ไม่ระบุ (3) มาจากรายงานที่ได้มา มีข้อมูลไม่เพียงพอ

จากข้อมูลข้างต้น มีข้อมูลที่ไม่ระบุมากที่สุด 3 รายงาน คิดเป็น 50% ส่วนที่เหลือกระจายเท่าๆ กันคือ การจ่ายยาขาด , จ่ายยาที่ไม่ควรให้ , จ่ายยาผิดพลาด อย่างละ 1 รายงาน คิดเป็น 16.7% ซึ่งหากมีแบบฟอร์มในการกรอกข้อมูลที่ชัดเจนจะทำให้ลดจำนวนข้อมูลรายงานที่ไม่ระบุลงได้

การคัดลอกคำสั่งยา

การคัดลอกคำสั่งยาที่ไม่ควรให้ เป็นความคลาดเคลื่อนที่สูงที่สุดโดยคิดเป็น 66.7% ของข้อมูลทั้งหมด



การคัดลอกคำสั่งยาที่ไม่ควรให้ เป็นสาเหตุสูงสุด คิดเป็น 66.7% โดยมีปัจจัยของการคัดลอกคำสั่งยาผิดพลาด คิดเป็น 33.3% จากข้อมูลที่ได้มา

Insulin

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety)

• วิเคราะห์แยกตามประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยา และ Contributing Factors

ขั้นตอนหลัก	ประเด็นความคลาดเคลื่อนทางยา	จำนวน	Contributing Factors
การสั่งใช้ยา (Prescribing)	ให้ยาขาด / ไม่ควรให้ / ผิดเวลา / ไม่ระบุ	4	Procedure / Protocol : กระบวนการเทียบเคียงยา (MR) บกพร่อง, คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน, ขาดแนวปฏิบัติในการสั่งอุปกรณ์ร่วม Communication : ลายมือที่อ่านยาก, การสื่อสารระหว่างทีมไม่ชัดเจน Technology : การพึ่งพาระบบบันทึกด้วยมือ (Manual System)
การจ่ายยา (Dispensing)	ให้ยาผิดตัว / ผิดเวลา / ขาด / ไม่ควรให้ / ไม่ระบุ	11	Procedure / Protocol : การจัดการยา LASA บกพร่อง, ความสับสนในการส่งมอบเครื่องมือให้ครบถ้วน Communication : กระบวนการให้ข้อมูล ณ จุดจำหน่ายไม่เพียงพอ People : ความคลาดเคลื่อนในการจำแนกชนิดยา, การเขียนฉลากยาผิดพลาด Workload & Team : (ไม่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องในประเด็นนี้)
การคัดลอกยา (Transcribing)	ให้ยาที่ไม่ควรให้ / ผิดเวลา	3	Procedure / Protocol : ปัญหาที่จุดเปลี่ยนผ่านของการดูแล (Transition of Care) ซึ่งการคัดลอกคำสั่งยาเพื่อจำหน่ายผิดพลาด Technology : การพึ่งพาระบบบันทึกด้วยมือซึ่งเสี่ยงต่อการคัดลอกผิดพลาด
การบริหารยา (Administration)	ให้ยาผิดเวลา	4	People : ช่องว่างด้านความรู้ของพยาบาลในการตีความ Insulin Regimen ที่ซับซ้อน (Basal/Bolus/Scale) Workload & Team : การทำงานภายใต้ภาระงานสูงทำให้เกิดความเร่งรีบและละเลยขั้นตอน
	ให้ยาผิดตัว (LASA)	3	Procedure / Protocol : ขาดกระบวนการทวนสอบโดยบุคคลที่สอง (Independent Double-Check) People : การทำงานตามความเคยชิน (Autopilot)
	ให้ยาผิดขนาด / ผิดคน	4	Procedure / Protocol : การละเลยการยืนยันตัวตนผู้ป่วย, การคำนวณหรือเตรียมยาผิดพลาด Workload & Team : การกำกับดูแลผู้ที่ขาดประสบการณ์ (พยาบาลจากหน่วยงานอื่น)
	ประเด็นอื่นๆ	3	(รวมถึง ให้ยาขาด, ให้ยาที่ไม่ควรให้, ไม่ระบุ) Technology : การไม่มีเครื่องมือช่วยยืนยันความถูกต้อง ณ จุดดูแลผู้ป่วย ทำให้ขั้นตอนความปลอดภัยถูกละเลยได้ง่าย
รวมทั้งสิ้น		32	

Insulin

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety



ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดปัญหา

• การสั่งใช้ยา

- **Procedure / Protocol :**
 - **กระบวนการเทียบเคียงยา (Medication Reconciliation) บกพร่อง:** มีการสั่งใช้ยาโดยไม่ได้ทบทวนประวัติการใช้ยาเดิมของผู้ป่วยอย่างละเอียด ทำให้เกิดการสั่งยาผิดพลาด หรือสั่งยาซ้ำซ้อนกับยาเดิม
 - **การสั่งยาโดยอ้างอิงข้อมูลทางห้องปฏิบัติการที่คลาดเคลื่อน** ซึ่งมีสาเหตุจากการใช้ผลตรวจผิดคนหรือข้อมูลเก่า ทำให้เกิดการสั่งยาที่ไม่เหมาะสมกับสภาวะผู้ป่วย
 - **คำสั่งการรักษาไม่ชัดเจน:** คำสั่งใช้ยามีความซ้ำซ้อนหรือกำกวม ทำให้เกิดการตีความผิดพลาด ไม่มีการระบุค่าทางห้องปฏิบัติการร่วมด้วย
 - **ขาดแนวปฏิบัติในการสั่งอุปกรณ์ร่วม:** แพทย์สั่งยา Insulin ชนิดปากกา (Penfill) แต่ไม่ได้สั่งอุปกรณ์ปากกาสำหรับฉีด ควบคู่กันไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาได้
- **Communication :**
 - **ลายมือที่อ่านยาก:** เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการจ่ายยาผิดพลาด
 - **การสื่อสารระหว่างทีม:** ขาดการสื่อสารที่ชัดเจนระหว่างแพทย์และเภสัชกร ทำให้เกิดการจ่ายยาตามลายมือแพทย์โดยไม่มีกรทวนสอบคำสั่งที่น่าสงสัย
- **Technology :**
 - **ระบบบันทึกด้วยมือ (Manual System):** การใช้คำสั่งที่เป็นกระดาษและลายมือเป็นสาเหตุหลักของการตีความผิดพลาด และทำให้ไม่มีกลไกตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นโดยอัตโนมัติ

• การจ่ายยา

- **Procedure / Protocol :**
 - **การจัดทนาย LASA บกพร่อง:** การจัดเก็บยา Insulin ต่างชนิดกัน (เช่น Novorapid vs Novomix) ไว้ในบริเวณใกล้เคียงกัน ทำให้เสี่ยงต่อการหยิบยาผิด
 - **กระบวนการให้ข้อมูลและคำแนะนำไม่เพียงพอ:** การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการเปลี่ยนยาหรือหยุดยาเดิมไม่ชัดเจน ณ จุดจำหน่าย (Discharge) ทำให้ผู้ป่วยใช้ยาทั้งตัวเก่าและตัวใหม่ซ้ำซ้อนกันที่บ้าน
 - **ความล้มเหลวในการส่งมอบเครื่องมือให้ครบถ้วน:** จ่ายยา Insulin ชนิดหลอด (Penfill) ให้กับผู้ป่วยแต่ลืมจ่าย "ปากกาสำหรับฉีด" ควบคู่กันไป
- **People :**
 - **ความคลาดเคลื่อนจากการจำแนกชนิดยา:** เภสัชกรเกิดความสับสนและหยิบยา Insulin ผิดชนิด
 - **การเขียนฉลากยาผิดพลาด:** เภสัชกรเขียนฉลากยากำกับวิธีการใช้ยาผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยฉีดยาผิด

• การบริหารยา

- **Procedure / Protocol :**
 - **การยืนยันตัวตนผู้ป่วยหละหลวม:** การนำยา Insulin ของผู้ป่วยรายหนึ่งไปฉีดให้อีกรายหนึ่ง
 - **ขาดการทวนสอบคำสั่งก่อนให้ยา:** พยาบาลไม่ได้ทวนสอบคำสั่งการรักษาอย่างละเอียด ทำให้ฉีดยาผิดชนิด, ผิดขนาด, หรือให้ยาที่ควรจะงด (Hold) ในผู้ป่วยที่ NPO
 - **ความหลากหลายของผลิตภัณฑ์ และชื่อการค้า** ทำให้เกิดความสับสนในการบริหารยา
 - **ความซับซ้อนของ Insulin Regimen:** ผู้ป่วยหนึ่งรายอาจต้องใช้ Insulin หลายชนิด (Basal/Bolus) และมี scale การให้ยาที่แตกต่างกัน ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานเกิดความสับสนในการเลือกใช้ยาและขนาดที่ต้องตามช่วงเวลา
 - **ปัญหาที่จุดเปลี่ยนผ่านของการดูแล (Transition of Care):** การสื่อสารคำสั่งสุดท้าย ณ จุดจำหน่ายผู้ป่วยมีความผิดพลาดหรือไม่ได้มีการทวนสอบความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาผิดที่บ้าน
- **People :**
 - **ช่องว่างด้านความรู้ของพยาบาล:** ไม่เข้าใจความแตกต่างระหว่าง Insulin ชนิดต่างๆ (เช่น short-acting vs long-acting) หรือสับสนระหว่าง scale การให้ยาตามมื้ออาหารกับ scale ก่อนนอน
 - **การทำงานตามความเคยชิน (Autopilot):** การละเลยขั้นตอนความปลอดภัยโดยไม่ตั้งใจเนื่องจากความเร่งรีบหรือภาระงานสูง
- **Workload & Team :**
 - **การกำกับดูแลผู้ขาดประสบการณ์:** พยาบาลจากหน่วยงานอื่นที่มาช่วยปฏิบัติงาน อาจไม่คุ้นเคยกับระบบและแนวทางการให้ยา Insulin ของหน่วยงานนั้นๆ
- **Technology :**
 - **การไม่มีเครื่องมือช่วยยืนยันความถูกต้อง ณ จุดดูแลผู้ป่วย:** ทำให้ขั้นตอนความปลอดภัยพื้นฐาน เช่น การตรวจสอบ "ผู้ป่วย-ยา-ขนาด-เวลา" สามารถถูกละเลยได้ง่าย

Insulin

การพัฒนากลไกเชิงระบบ

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วย

System-based Mechanisms for Preventing Medication Errors and Strengthening Patient Safety



ประเด็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย



ต่อหน่วยกำกับนโยบาย

กำหนดมาตรฐานความปลอดภัยในการสั่งใช้ยา

- **สร้างมาตรฐานคำสั่งการรักษา (Standardized Order Set) :** ผลิตต้นแบบให้ชุดคำสั่งการใช้ยา Insulin ที่เป็นมาตรฐาน ซึ่งบังคับให้ต้องระบุข้อมูลสำคัญให้ครบถ้วน ได้แก่: ชื่อสามัญและชื่อการค้า, ชนิด (Basal/Bolus/Pre-mixed), ขนาด (Unit), ความถี่, และ อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ร่วม (เช่น ปากกา, ขนาดเข็ม)
- **ยกระดับความปลอดภัยของยา LASA :** ประกาศให้ Insulin ต่างชนิดกัน (เช่น Novorapid/Novomix, Mixtard/Insulatard) เป็นยาคู่เหมือนที่ ต้องมีมาตรการจัดการพิเศษระดับชาติ
- **ยกเลิกการสั่งยา Insulin :** ยกเลิกการสั่งด้วยวาจาโดยเด็ดขาด สำหรับคำสั่งที่ไม่ใช่ภาวะฉุกเฉิน

ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การบริหารจัดการยา

- **ขับเคลื่อน "การจัดการ ณ จุดเปลี่ยนผ่านของการดูแล" (Transition of Care) :** กำหนดให้การเทียบเคียงรายการยา (Medication Reconciliation) และการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร ณ วันจำหน่าย เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่ เริ่มใช้หรือมีการปรับเปลี่ยน ยา Insulin ทุกราย
- **บูรณาการ "การจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์" เข้ากับระบบยา:** กำหนดนโยบายให้ "อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกับยา" (เช่น ปากกาฉีด) ถือเป็นส่วนหนึ่งของคำสั่งการรักษาและกระบวนการจ่ายยา ซึ่งต้องถูกตรวจสอบความครบถ้วนควบคู่ไปกับตัวยาเสมอ

ปรับปรุงเครื่องมือและกลไกด้านความปลอดภัย

- **ขับเคลื่อน "การจัดการ ณ จุดเปลี่ยนผ่านของการดูแล" (Transition of Care) :** กำหนดให้การเทียบเคียงรายการยา (Medication Reconciliation) และการให้คำแนะนำโดยเภสัชกร ณ วันจำหน่าย เป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยที่ เริ่มใช้หรือมีการปรับเปลี่ยน ยา Insulin ทุกราย
- **บูรณาการ "การจัดการอุปกรณ์ทางการแพทย์" เข้ากับระบบยา :** กำหนดนโยบายให้ "อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ร่วมกับยา" (เช่น ปากกาฉีด) ถือเป็นส่วนหนึ่งของคำสั่งการรักษาและกระบวนการจ่ายยา ซึ่งต้องถูกตรวจสอบความครบถ้วนควบคู่ไปกับตัวยาเสมอ

ต่อโรงพยาบาล

การสื่อสารและการสร้างสมรรถนะบุคลากร

- **ซ่อมและประเมินสมรรถนะประจำปี:** บังคับให้บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องต้องผ่านการอบรมและทดสอบความรู้เรื่องยา Insulin โดยเน้นที่ ความแตกต่างของ Insulin ชนิดต่างๆ, ระยะเวลาการออกฤทธิ์, และการจัดการ Insulin regimen ที่ซับซ้อน
- **กำหนดมาตรฐานการสื่อสาร:** ยกเลิกการใช้ "หมายเลขเตียง" ในการสื่อสารคำสั่งยา และบังคับใช้การระบุตัวตนผู้ป่วยด้วย 2 ตัวบ่งชี้ (ชื่อ-สกุล และ HN) เสมอ

ระบบการติดตามและสภาพแวดล้อม

- **ควรรู้ Bedside Medication Verification :** เช่น การใช้สายรัดข้อมือที่มี QR Code (เป็นแนวทางทดแทนที่ไม่ต้องลงทุนสูง) เพื่อยืนยันความถูกต้องของการบริหารยา
- **ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วม:** อบรมให้ผู้ป่วยและญาติสอบถามชื่อยาและขนาดยาก่อนรับการฉีดทุกครั้ง เพื่อเป็นปราการด่านสุดท้ายในการตรวจสอบ
- **ทบทวนกระบวนการ ณ จุดจำหน่าย (Discharge Process):** สร้าง "รายการตรวจสอบก่อนจำหน่าย" สำหรับผู้ป่วยที่ใช้ Insulin เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยได้รับยาและอุปกรณ์ครบถ้วน และเข้าใจวิธีการใช้อย่างถูกต้อง

มาตรฐานการบริหารยา



- **บังคับใช้นโยบาย Independent Double-Check:** กำหนดให้การเตรียมและการบริหารยา Insulin ทุกครั้ง ต้องผ่านการตรวจสอบโดยอิสระจากพยาบาลคนที่สอง ในประเด็น ชนิดของ Insulin, ขนาดที่ฉีด/ตั้งค่า, และ Scale ที่ใช้ และต้องมีการลงนามกำกับทั้งสองคน



- **สร้าง Early Warning Sign:** สำหรับการเฝ้าระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ NPO หรือมีการปรับเปลี่ยนขนาดยา



- **สร้างระบบพี่เลี้ยงที่เข้มแข็ง:** กำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนว่า ผู้ปฏิบัติงานใหม่หรือนักศึกษา ต้องอยู่ภายใต้การกำกับดูแลโดยตรง จากพยาบาลพี่เลี้ยงเสมอเมื่อต้องบริหารยา Insulin



บทสรุปเชิงนโยบายฉบับนี้จัดทำขึ้นจากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเหตุการณ์ความคลาดเคลื่อนทางยา การติดตามผล และการประเมินระบบการบริหารจัดการยา ที่เกี่ยวข้องกับยา อินซูลิน จากรายงานอุบัติการณ์ในระบบการ รายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS) และการถอดบทเรียนจากสถานพยาบาลสมาชิกทั่วประเทศ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ โดยมุ่งเน้น การยกระดับความปลอดภัยของผู้ป่วยตามแนวทาง 3P Safety (Patient, Personnel and People Safety) และ แผนยุทธศาสตร์ความปลอดภัยผู้ป่วยระดับโลก (World Health Organization: WHO)

แสกน QR code เพื่อติดตามงานวิจัย



หน่วยงาน 2P Safety (Patient and Personnel Safety) คือโครงการขับเคลื่อนความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขของประเทศไทยที่สอดคล้องกับทิศทางขององค์การอนามัยโลก (WHO) โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยในสถานพยาบาลลดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และยกระดับระบบคุณภาพโรงพยาบาลให้มีมาตรฐานสูงสุด โครงการนี้ได้พัฒนาต่อ ยอดเป็น 3P Safety (Patient, Personnel and People Safety) โดยขยายความครอบคลุมถึงความปลอดภัยของประชาชนทั่วไป เพื่อสร้างระบบสุขภาพที่ปลอดภัยและยั่งยืนสำหรับทุกคนในสังคม

ผู้เขียน



พญ.เอกจิตรา สุขกุล



ภญ.วิชชุนี พิตรากุล



เนตรนภา ปานมน



ภญ.เกลียวกมล บุญยอิน




ได้รับการสนับสนุน โดย
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล
(องค์การมหาชน)

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
Healthcare Accreditation Institute
(Public Organization) : HA

asw. ทำหน้าที่กำหนดมาตรฐานและการรับรองคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาล ตามพระราชกฤษฎีกาจัดตั้งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) พ.ศ. 2552 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เพื่อเป็นหลักประกันให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐานและทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อยกระดับมาตรฐานและคุณภาพในการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการด้านสาธารณสุขที่ดี และมีคุณภาพ

CONTACT US

ติดต่อ: เลขที่ 88/39 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ชั้น 5
กระทรวงสาธารณสุข ซอย 6 ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี
จังหวัดนนทบุรี 11000

-  โทรศัพท์ : 02-027-8844
-  Call Center : 02-975-5554
-  โทรสาร (Fax) : 02-026-6680
-  อีเมล : hathailand@ha.or.th
-  เว็บไซต์หลัก : ha.or.th
-  Facebook : [HA Thailand / asw.](https://www.facebook.com/HA.Thailand/asw)

